

**SENATO DELLA REPUBBLICA**  
**XIV LEGISLATURA**

---

**Servizio del bilancio**

Nuova edizione

*Nota di lettura*

*n. 3*

A.S. n. 633: "Conversione in legge del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".

Settembre 2001

## INDICE

Articolo 1 (Patto di stabilità interno) .....	pag. 1
Articolo 2 (Disposizioni in materia di spesa nel settore sanitario) .....	pag. 4
Articolo 3 (Disposizioni in materia di equilibrio dei presidi ospedalieri e di sperimentazioni gestionali).....	pag. 5
Articolo 4 (Accertamento e copertura dei disavanzi) .....	pag. 7
Articoli 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 (Misure in materia di farmaceutica) .....	pag. 7

## Articolo 1

*(Patto di stabilità interno)*

L'articolo 1 stabilisce il tetto delle spese correnti regionali (al netto di quelle sanitarie, per interessi o finanziate da programmi comunitari) fino al 2004, mentre per la spesa sanitaria si rimanda al contenuto dell'accordo Stato-regioni dell'8 agosto u.s..

L'articolo ha dunque una duplice finalità: da una parte, con riferimento alle regioni a statuto ordinario, viene sostanzialmente rinnovato il patto di stabilità interno fissando un tetto all'espansione della spesa corrente regionale per il triennio 2002-2004<sup>1</sup>; dall'altra, si persegue la finalità, che riguarda invece tutte le regioni, della legificazione del citato accordo in materia sanitaria.

Per quanto riguarda la riproposizione del concorso delle regioni al raggiungimento degli obiettivi complessivi di indebitamento netto della Pubblica Amministrazione, dal punto di vista del metodo il testo sembra ricalcare sostanzialmente l'impostazione dell'analogha misura contenuta nel disegno di legge originario poi divenuto legge finanziaria 2001 (Capo IV), nel senso di prevedere un meccanismo di limitazione della crescita delle spese anziché del disavanzo.<sup>2</sup>

L'incremento della spesa corrente regionale viene fissato rispetto ai pagamenti 2000 nella misura del 4,5% per il 2002 (che deriva dalla somma tra il tasso di inflazione 2001, pari al 2,8%, e l'inflazione programmatica 2002, pari all'1,7%), dell'1,3% per il 2003 e dell'1% per il 2004.

---

<sup>1</sup> Le regioni a statuto speciale e le province autonome sono per il momento escluse da tale disposizione, prevedendo per esse il comma 4 un successivo accordo con il Ministero dell'economia e delle finanze.

<sup>2</sup> Cfr. le osservazioni al riguardo contenute nella Nota di lettura n. 89 del novembre 2000 di questo Servizio.

Gli effetti di contenimento delle spese correnti regionali, che sono considerate al netto degli interessi passivi, dei programmi comunitari, delle funzioni trasferite ai sensi dei provvedimenti di federalismo amministrativo<sup>3</sup>, e della spesa sanitaria, sono stimati dalla RT in 600 mld per il 2002, 800 per il 2003 e 1.300 per il 2004. Ad essi vanno aggiunti i risparmi riferibili alle regioni a statuto speciale, che la RT, subordinatamente alla stipula di specifici accordi, quantifica in 200, 250 e 400 mld rispettivamente per gli anni 2002, 2003 e 2004.

La valutazione di tali risparmi è stata determinata sulla base dei pagamenti relativi all'anno 2000 e dei pagamenti tendenziali relativi agli anni 2002, 2003 e 2004, che, secondo quanto afferma la RT, sono sottesi al DPEF 2002-2006.

**Poiché la relativa tavola di tale ultimo documento non forniva il dato disaggregato relativo alla spesa regionale, occorrerebbe che il Governo confermasse che le stime riportate nella tabella allegata alla RT in esame non incorporino elementi programmatici, dato che la correttezza della previsione incide sul *quantum* del risparmio. Sarebbe altresì opportuno acquisire una verifica sull'entità dell'incidenza percentuale sul totale delle spese correnti regionali della spesa afferente alle regioni a statuto speciale, atteso il rapporto delineato nella RT tra i due livelli di risparmio<sup>4</sup>.**

L'ammontare delle spese per l'assistenza sanitaria è stabilito, ai sensi del citato accordo tra Stato e regioni, nella misura di lire 138 mila miliardi per il 2001, 146.376 mld per il 2002, 152.122 mld per il 2003 e 157.371 mld per il 2004: tali cifre prendono a riferimento la quota per il 2001 incrementata

---

<sup>3</sup> Si segnala che il riferimento alle funzioni trasferite è contenuto solo nella tabella allegata al provvedimento e non invece nel testo dell'art. 1, né nella RT.

<sup>4</sup> Sulla base dei dati del *Gruppo monitoraggio flussi di cassa*, presso il Ministero del Tesoro, relativi ai flussi a tutto il 1999, sembrerebbe che tale incidenza si attesti intorno al 20% circa.

annualmente in relazione all'andamento del PIL così come previsto nel DPEF 2002-2006. La corrispondente disponibilità di risorse assicurate dallo Stato è complessiva ed esaustiva, trattandosi di un tetto di spesa; i disavanzi di gestione saranno dunque coperti dalle regioni con modalità stabilite da norme regionali connesse all'introduzione di misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF e altre misure di contenimento inclusa l'adozione di interventi su meccanismi di distribuzione dei farmaci (articolo 4, comma 3). Per la copertura della quota dei disavanzi relativi all'anno 2000 le regioni sono autorizzate a contrarre mutui con oneri a carico dei rispettivi bilanci.

La RT afferma poi che ai fini del rispetto di tale quadro evolutivo della spesa sanitaria pubblica concorrono le disposizioni di cui agli articoli 2, comma 6, 3, comma 4, e le misure in materia farmaceutica di cui agli articoli da 5 a 11, che saranno illustrati di seguito. Alle misure già varate con il decreto in esame si aggiungeranno ulteriori interventi, come si desume dall'accordo Stato-regioni, sempre al fine di consentire alle regioni di rispettare i tetti prefissati, che comunque sarebbe opportuno richiamare espressamente nel corpo dell'articolato. Non essendo peraltro ancora definita la manovra per il 2002, non risultano specificate le modalità con cui gli effetti del provvedimento sono recepiti negli equilibri di bilancio 2002-2004.

Si segnala infine che il primo periodo dell'articolo 1 pone il tetto di spesa al livello delle spese correnti 2002 senza specificare se si tratti di impegni o di pagamenti (la relazione illustrativa richiama entrambi), mentre la base di calcolo delle variazioni assume il livello degli impegni, laddove invece la relazione tecnica fa riferimento ai pagamenti 2000: al di là di tutto, si tratta di verificare se ciò non possa avere dei riflessi sull'entità di risparmi attesi.

## Articolo 2

*(Disposizioni in materia di spesa nel settore sanitario)*

Con l'articolo 2 viene imposto alle aziende sanitarie ed ospedaliere l'obbligo (pur se temperato da limitate deroghe) di aderire alle convenzioni per l'acquisto di beni e servizi o di adottare altri idonei strumenti di contenimento della spesa, mentre alle regioni sono attribuiti i relativi compiti di controllo, la raccolta dei dati e l'irrogazione di sanzioni per gli amministratori che risultassero inadempienti.

Sono inoltre previste l'istituzione di un Osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria e l'introduzione di un sistema di monitoraggio regionale sulle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere.

Vengono infine posticipate di un anno sia la riduzione che l'abolizione (previste con l'ultima legge finanziaria) dei *ticket* per le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale.

La RT non considera il comma 3, concernente l'istituzione dell'Osservatorio regionale; **occorre che il Governo ne verifichi gli aspetti finanziari, anche se è presumibile che si tratti di oneri modesti.**

I risparmi conseguenti agli slittamenti dell'entrata in vigore della riduzione e della successiva abolizione dei *ticket* sulla specialistica e diagnostica sono quantificati facendo riferimento alle stime degli oneri conseguenti all'articolo 85, comma 3, della legge finanziaria 2001, pari a 2.100 mld per il 2002 e 4.200 mld per gli anni successivi.

**Non vi sono osservazioni al riguardo**, essendosi anzi rilevato in sede di verifica della RT sull'emendamento al disegno di legge finanziaria per

il 2001 in materia di *ticket* sanitari che la quantificazione dell'onere relativo al 2002 appariva sottostimata, per cui il risparmio ora atteso per il medesimo anno 2002 potrebbe anche risultare superiore.<sup>5</sup>

La RT specifica che all'interno dei 2.100 mld di risparmio sul livello della spesa corrente si può distinguere una parte, pari al 65 per cento, imputabile alla specialistica convenzionata esterna e una parte, pari al restante 35 per cento, imputabile alla specialistica interna, che si tradurrebbe in un aumento delle entrate proprie delle ASL.

### **Articolo 3**

*(Disposizioni in materia di equilibrio dei presidi ospedalieri e di sperimentazioni gestionali)*

L'articolo 3 conferisce alle regioni il compito di predisporre le misure necessarie per garantire l'equilibrio economico dei singoli presidi ospedalieri, per individuare i provvedimenti di riequilibrio e per sanzionare i direttori generali nell'ipotesi di mancato conseguimento degli obiettivi economici.

Viene inoltre stabilito lo *standard* di dotazione media dei posti letto nella misura di 5 per 1000 abitanti, di cui uno riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza, con il riassorbimento del personale in esubero nelle strutture riconvertite ovvero, se necessario, con l'avvio delle procedure previste per le eccedenze di personale nella Pubblica Amministrazione.

La RT quantifica in 420 mld circa su base annua, prudenzialmente ridotti a 100 mld per il 2002 e 200 mld per il 2003 e 2004, i risparmi conseguenti alla fissazione del nuovo *standard* di dotazione media di posti letti per acuti (4 anziché 4,5). La RT calcola tali risparmi considerando solo la

---

<sup>5</sup> Cfr. Nota di Lettura n. 89 già citata, pag. 122.

componente della spesa per acquisti di beni e servizi e non la spesa per il personale, che viene semplicemente posto in mobilità, nel presupposto che la spesa ospedaliera sia costituita per il 70 per cento da spesa per il personale e per il 30 per cento da spesa per acquisti di beni e servizi. Il numero di posti letto considerati risulta sostanzialmente confermato dai dati desunti dalla *Relazione sullo stato sanitario del Paese-2000*<sup>6</sup>, mentre la quota di posti letto effettivamente utilizzati, ipotizzata pari al 50 per cento, sembrerebbe essere più elevata<sup>7</sup>, il che amplificherebbe l'effetto finanziario della norma.

**Esistono dunque motivi per stimare con prudenza le cifre fornite dal Governo**, anche in quanto nel passato tali misure non hanno dato luogo a risultati soddisfacenti. Al riguardo, è opportuno ricordare che, nel valutare l'effetto di misure analoghe dal punto di vista dell'evoluzione della spesa per consumi intermedi, la Corte dei conti ha messo anzi in rilievo che “le misure di contenimento, reiteratamente riprodotte con le annuali manovre a partire dal 1994 e da ultimo con il collegato alla Finanziaria per il 1998, hanno mancato l'obiettivo della prevista riduzione”<sup>8</sup>. Peraltro, uno studio condotto sui sistemi sanitari dei paesi OCSE e pubblicato dall'ASI<sup>9</sup> ha evidenziato come una riduzione dei posti letto comporti una riduzione sia della durata della degenza media che del numero dei ricoveri.

**Appare comunque indispensabile che il Governo fornisca ulteriori indicazioni sugli elementi che concorrono al raddoppio in un solo anno, dal 2002 al 2003, dei risparmi attesi.**

---

<sup>6</sup> Del ministero della sanità.

<sup>7</sup> Secondo i dati contenuti ne *l'Atlante della sanità italiana*, compilato con il contributo dell'ISTAT, di Farmindustria e dell'Università di Tor Vergata, tale quota sarebbe pari al 75 per cento.

<sup>8</sup> Corte dei conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni anno 1999 e stime 2000*, pag. 274.

<sup>9</sup> Agenzia Sanitaria italiana, nn. 45 e 46 del novembre 1998.



## **Articolo 4**

*(Accertamento e copertura dei disavanzi)*

L'articolo 4 fissa i limiti temporali entro i quali vanno stimati o accertati gli eventuali disavanzi di gestione, che dovranno essere poi coperti dalle regioni attraverso misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, variazioni dell'aliquota dell'addizionale all'IRPEF o altri interventi idonei, come si è già osservato nell'ambito dell'articolo 1.

Le regioni possono contrarre mutui con oneri a carico dei rispettivi bilanci per i disavanzi relativi al 2000.

**Nulla da osservare al riguardo, per i profili di competenza.**

## **Articoli 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11**

*(Misure in materia di farmaceutica)*

L'articolo 5 fissa al 13% della spesa sanitaria complessiva a carico del SSN l'onere per l'assistenza farmaceutica, tanto a livello nazionale che in ogni singola regione.

Secondo l'articolo 6 la CUF compilerà una lista di farmaci che possono essere totalmente o parzialmente esclusi dalla rimborsabilità in rapporto al loro grado di efficacia.

Analogo potere è attribuito alle regioni in relazione ad eventuali anomalie nell'andamento della spesa farmaceutica.

L'articolo 7 disciplina il sistema di rimborso dei farmaci di uguale composizione stabilendo che è a carico del Servizio sanitario nazionale il prezzo corrispondente a quello del farmaco generico meno costoso. Ove sia

prescritto un farmaco diverso, la differenza fra il prezzo più basso così individuato e il prezzo del farmaco eventualmente prescritto è a carico dell'assistito.

Con l'articolo 8 si introduce l'erogazione di farmaci agli assistiti direttamente tramite le aziende sanitarie locali, nel caso di medicinali che richiedono un controllo costante, di trattamento in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale e di terapia per il periodo immediatamente seguente il ricovero ospedaliero o la visita specialistica ambulatoriale.

L'articolo 9 limita al numero massimo di 3 pezzi (con l'ulteriore limite di 60 giorni di terapia) per ricetta la prescrizione dei medicinali per la cura delle malattie croniche, invalidanti o rare. Discipline diverse regolano l'erogazione di alcune particolari tipologie di farmaci.

L'articolo 10 prevede l'avvio di una sperimentazione semestrale per il rimborso di particolari farmaci, consistente nell'adozione del prezzo di riferimento per categorie terapeutiche omogenee o nella riduzione del prezzo del farmaco rimborsabile al crescere del fatturato relativo al farmaco stesso.

Ai sensi dell'articolo 11 viene limitato il regime agevolativo di rimborso dei farmaci valido per le farmacie rurali a quelle aventi un fatturato non superiore a 500 milioni annui.

In relazione all'articolo 5 si fa presente che il tetto del 13 per cento è la percentuale che, secondo dati di varie fonti (Ministero della Sanità, Corte dei Conti), la spesa sanitaria ha raggiunto nel 2000 sulla spesa sanitaria complessiva. La disposizione è dunque coerente con la finalità dell'accordo Stato-regioni dell'agosto 2001 che, tra l'altro, intende dirimere qualsiasi controversia relativa all'accordo dell'anno precedente circa la congruità delle risorse statali relative all'anno 2001, atteso che le eventuali eccedenze di spesa resteranno a carico dei bilanci regionali. E' pertanto evidente che il

rispetto del tetto di spesa del 13 per cento è affidato all'attuazione da parte delle regioni delle misure di contenimento della spesa farmaceutica contemplate sia nell'accordo citato che nel decreto-legge in esame. Nell'ambito di tale misura, importanza prioritaria riveste la ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza - cui peraltro è esplicitamente subordinata la validità dell'accordo Stato-regioni dell'agosto scorso - ed in particolare il ricorso alla totale o parziale esclusione dalla rimborsabilità dei farmaci non essenziali con provvedimento amministrativo regionale.

Per quanto riguarda l'articolo 7, si ricorda che esso contiene disposizioni analoghe a quelle del testo originario dell'articolo 85, comma 26, della legge finanziaria 2001. La RT afferma che per la quantificazione dei risparmi si è fatto riferimento all'importo indicato nell'articolo 85, comma 9, della stessa legge finanziaria, che rappresenta gli effetti della modifica introdotta nel corso dell'esame parlamentare al disegno di legge finanziaria, vale a dire il passaggio dal parametro del prezzo più basso a quello del prezzo medio ponderato dei medicinali aventi prezzo non superiore a quello dei generici.

**E' opportuno pertanto un chiarimento del Governo al riguardo.**

In relazione ai risparmi derivanti dall'articolo 9, calcolati in 120 mld su base annua nell'ipotesi di una riduzione pari al 5 per cento della spesa per pluriprescrizioni, stimata in circa 2.400 mld, **sarebbe opportuna un'illustrazione dettagliata da parte del Governo dei fattori che potrebbero concorrere ad una limitazione dell'attuale livello di spesa in conseguenza della prescrivibilità su singola ricetta di un numero minore di confezioni.** Si fa comunque presente che la normativa in esame sembra avere carattere transitorio, poiché si fa salva la disciplina a regime in materia dettata dall'articolo 85, comma 12, della legge finanziaria 2001. **I**

**risparmi quantificati dal Governo non possono pertanto avere carattere permanente**, come sembra sottendere la RT, mentre invece alcuni risparmi potrebbero già prodursi per l'anno in corso.

Infine, con riferimento all'ultimo periodo dell'articolo 9 in materia di analgesici oppiacei, occorrerebbe un chiarimento circa il rapporto del limite temporale ivi previsto con il limite numerico contenuto nella normativa vigente.

Per quanto riguarda l'articolo 11 si fa presente che, pur risultando congrui i dati sul fatturato considerati nella RT, non appare immediatamente evidente che le farmacie rurali con un fatturato non superiore a 500 mln siano il 10% delle sussidiate, considerato che il fatturato medio di tutte le farmacie rurali è pari a circa 400 mln.

Il risparmio atteso di 30 mld potrebbe, quindi, risultare sovrastimato: occorrerebbe invece tener conto anche dell'effetto finanziario della norma per il 2001. In ogni caso, occorrerebbe che il Governo esplicitasse se il fatturato preso in considerazione per le farmacie rurali sia quello globale ovvero sia quello relativo solo ai prodotti finanziati dal Servizio sanitario nazionale.

**In conclusione, pur avendo già rilevato che tutte le misure di carattere sanitario contenute nel decreto in esame sono parte di una più vasta azione di Governo volta a consentire il rispetto dei tetti complessivi di spesa stabiliti nell'accordo Stato-regioni dell'agosto scorso, si segnala che – se si interpreta, in mancanza di dati, il riferimento nella RT all'1 per cento della spesa sanitaria come indicativo degli obiettivi della normativa - una parte significativa dei risparmi afferenti al settore sanitario è ricollegabile, per esclusione, all'articolo 5, che presenta comunque evidenti profili di carattere**

programmatico. In tale ipotesi, i risparmi rappresenterebbero rispettivamente circa un terzo per il 2002 e 2003 e tre quarti per il 2004 del totale dei risparmi stimati nella RT al netto della quota relativa al Patto di stabilità interno. Sarebbe ovviamente opportuno che il Governo fornisse la quantificazione degli effetti della normativa.

Riepilogo effetti finanziari del provvedimento sulla base delle indicazioni della RT

Risparmi di spesa e maggiori entrate (RT)		2002	2003	2004
Patto di stabilità interno	Art. 1	800	1.050	1.700
Differimento abolizione <i>ticket</i>	Art. 2, co. 6	2.100	2.100	-
Riduzione posti-letto	Art. 3, co. 4	100	200	200
Farmaceutica	Art.da 5 a 11(*)	1.464	1.464	1.464
	di cui:			
Rimborso farmaci stessa composizione	Art. 7	56	56	56
Numero di confezioni prescrivibili	Art. 9	120	120	120
Sconto a carico farmacie	Art. 11	30	30	30
	<b>Totale</b>	<b>4.464</b>	<b>4.814</b>	<b>3.364</b>
(*) nel presupposto interpretativo esplicitato nel testo				