

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"

1.3 - Lo scenario finanziario pubblico 2007 e l'impatto sulle famiglie

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

1.3.1 Introduzione

Nel capitolo 1.2 (Polistena, Ratti, Spandonaro) si è analizzata l'evoluzione della spesa sanitaria, valutandone il legame con i fattori economici, demografici e istituzionali.

La spesa sanitaria si divide nella quota pubblica e in quella privata, seguendo un'evoluzione naturale, ma fondamentalmente in funzione delle scelte di politica sanitaria effettuate dal Governo e poi dalle Regioni. Si è quindi scelto di inferire la tendenza della spesa pubblica, rappresentando le manovre di razionalizzazione previste per il 2007 e, quindi, per differenza ottenere la quota che rimane a carico delle famiglie: quest'ultima è, infatti, fortemente dipendente dalle scelte pubbliche in tema di compartecipazione alla spesa e relative esenzioni, oltre che dalla qualità relativa dei servizi del SSN e di quelli privati.

Ricordiamo, inoltre, che il modello discusso nel capitolo 1.2 evidenzia come alcune scelte di politica sanitaria abbiano un impatto significativo sulla spesa complessiva: in particolare, si è inferito una sorta di meccanismo moltiplicatore della spesa pubblica, ma anche un impatto non neutrale della composizione della stessa, con riferimento alla scelta fra erogazione diretta o mediante strutture accreditate.

Nei paragrafi seguenti si analizza lo scenario di riferimento per la spesa pubblica 2007, ivi comprese le ipotesi sul relativo disavanzo.

1.3.2 Descrizione del modello utilizzato

Per quanto concerne la spesa pubblica, l'ipotesi adottata è che il suo trend segua tanto lo sviluppo economico e demografico, come mostrato nel capitolo 1.2, tanto gli effetti delle scelte di bilancio centrali e regionali; l'ipotesi adottata, anche sulla scorta delle evidenze del capitolo 1.2, è che la spesa pubblica segua un modello di "regressione al finanziamento", in altri termini tenda ad adeguarsi al volume di risorse messe a disposizione.

A questo comportamento si sommano gli effetti di trasferimento finanziario (sui bilanci familiari) derivanti dalle compartecipazioni, nonché le scelte di erogazione diretta o mediante strutture accreditate. Anche quest'ultima variabile è stata inserita sulla scorta dell'evidenza desumibile dal modello descritto nel capitolo 1.2, il quale identificava, limitatamente al Centro-Sud, un meccanismo inefficiente di programmazione, in particolare relativamente alla distribuzione fra erogatori pubblici e privati.

Le ipotesi sopra sintetizzate sono state sottoposte a un test econometrico, utilizzando un modello di tipo panel, relativo alle Regioni italiane.

I dati sono di fonte Istat e Ministero della Salute, relativi al periodo 1995-2004.

Tutte le variabili considerate sono risultate significative e con i segni attesi.

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Indicando con:

SSP = spesa sanitaria pubblica pro-capite

PIL = PIL pro-capite

SD = quota di spesa pubblica a gestione diretta

FIN = finanziamento pro-capite

TK = incidenza del ticket (farmaceutico)

POP_65+ = quota di popolazione con più di 65 anni

il modello econometrico stimato è:

$SSP = f(PIL; SD; FIN; TK; POP_65+)$.

Il modello spiega il 76,90% della variabilità: in particolare l'effetto temporale è in pratica completamente spiegato dal modello come dimostra l' R^2 *within* pari a 95,47%; meno bene, invece, viene spiegato l'effetto di variabilità tra le Regioni (R^2 *between* = 49,48%).

I buoni risultati del test econometrico rassicurano sull'affidabilità del modello per costruire scenari, seppure a breve termine, di evoluzione della spesa sanitaria pubblica.

Tabella 1 - Coefficienti di regressione su dati panel Italia 1995-2004

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,016	0,016
Spesa a gestione diretta su spesa a gestione convenzionata	-85,117	0,000
Finanziamento pro-capite	0,482	0,000
Ticket	-7,163	0,000
Percentuale popolazione 65 +	40,777	0,003
Costante	-233,905	0,264

1.3.3 Lo scenario 2007

Lo scenario di seguito descritto deriva dall'adozione delle ipotesi economiche e demografiche già descritte nel capitolo 1.2, integrate dalle ipotesi di finanziamento previste nella Legge Finanziaria attualmente in discussione. Si è altresì tenuto conto della manovra proposta relativamente alle compartecipazioni alla spesa e ai piani di rientro, così come enunciati negli allegati tecnici all'art. 88 della Legge Finanziaria in discussione.

La Finanziaria stanziava risorse centrali per la Sanità pari € 96,0 mld., a cui si aggiunge € 1,0 mld. per le Regioni in maggiore difficoltà finanziaria (elevati disavanzi).

Ulteriori risorse regionali sono contabilizzate per € 3,7 mld. portando il finanziamento complessivo a € 100,7 mld., segnando un considerevole aumento.

Sempre dalle Regioni è attesa una razionalizzazione della spesa, derivante dai piani di rientro delle Regioni con elevati disavanzi, il cui effetto netto è stimato in € 1,0 mld.

Si consideri, infine, che la Finanziaria contiene interventi ulteriori di riduzione della spesa ten-

Tabella 2 - Scenario 2007

Voce	Mld. €	% su Pil
Spesa sanitaria totale	123,8 - 124,7	8,2 - 8,3
Spesa sanitaria pubblica	102,7 - 105,0	6,8 - 7,0
Finanziamento	97+3,7	6,4 - 6,7
Disavanzo	2,0 - 4,3	-
Spesa sanitaria privata	19,7 - 21,1	1,3 - 1,4
Var. annua spesa sanitaria privata	-6,2% -12,3%	

denziale, mediante incrementi delle compartecipazioni, riduzione di tariffe e lotta all'inappropriatezza, per un ammontare di circa € 2,0 mld.

Circa il 50% della manovra, relativo alle compartecipazioni, è compreso negli effetti tendenziali stimati dal modello: non è invece possibile, allo stato attuale di sviluppo del modello, considerare gli effetti derivanti dai "tagli" delle tariffe, che vengono quindi aggiunti esogeneamente. Per ragioni di prudenza, e in linea con gli scopi del Rapporto, si è limitato il ragionamento all'anno 2007, anche in considerazione del fatto che i dati disponibili per la stima dei parametri si fermano al 2004.

La tabella 2 contiene lo scenario costruito in base alle risultanze dei modelli e dell'analisi della L. Finanziaria, con indicazione del *range* di valori ritenuto maggiormente possibile. La figura 1 rappresenta in modo grafico le evoluzioni previste.

Considerando che il Finanziamento centrale previsto è di € 96,0 mld., al quale va aggiunto € 1,0 mld. con destinazione vincolata alle Regioni in maggiore difficoltà finanziaria, per un totale di € 97,0 mld., risulta un livello pari al 6,7% del Pil, qualora la crescita sia nulla.

Assumendo come crescita reale del Pil un valore ricompreso fra l'1% e l'1,5%, e una inflazione al 2,1%, in linea con i documenti di programmazione economica, il finanziamento previsto risulta pari al 6,4% del Pil; quindi per garantire un finanziamento al 6,7% del Pil 2007 è necessario aggiungere al finanziamento centrale quello regionale, raggiungendo il livello di € 100,7 mld.

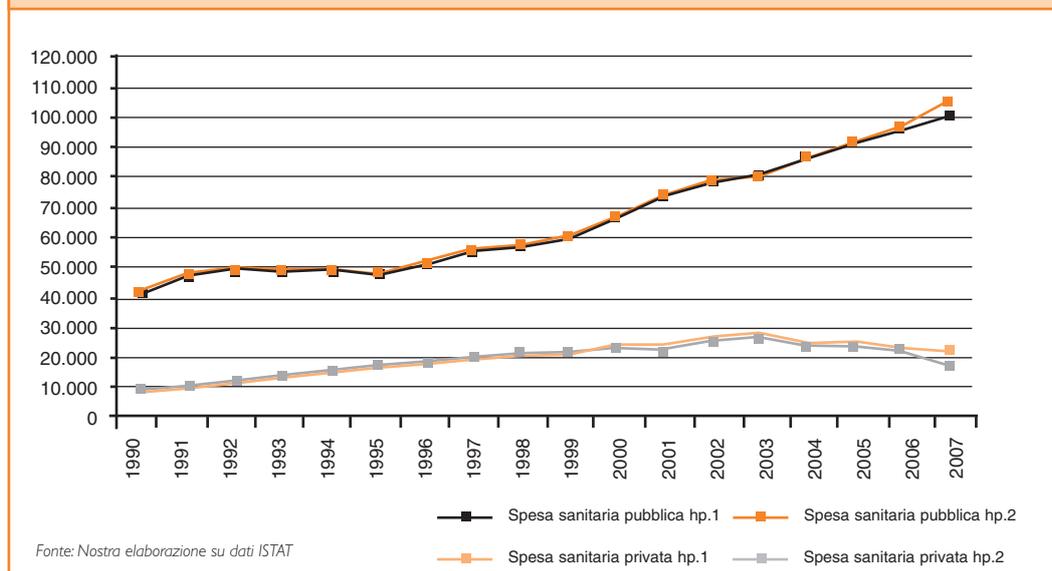
Secondo le nostre simulazioni la spesa sanitaria pubblica si dovrebbe attestare nella migliore delle ipotesi fra il 6,8% e il 7,0% del Pil, ovvero in termini nominali fra € 102,7 mld. e € 105,0 mld.

Solo scontando ipotesi favorevoli in termini di gettito dei ticket e l'integrale riuscita della manovra prevista, la spesa si avvicinerebbe al target previsto del 6,7%, con un modesto disavanzo di 0,1 punti di Pil; qualora la manovra non dovesse dare integralmente gli esiti previsti e le razionalizzazioni, specialmente nel Centro-Sud, non fossero all'altezza delle aspettative, il disavanzo potrebbe raggiungere i € 4,3 mld., ovvero 0,3 punti di Pil.

Assumendo che la spesa sanitaria totale si attesti all'8,2% (fino all'8,3%) del Pil (cfr. cap. 1.2), la quota a carico delle famiglie potrebbe diminuire di € 25-48 pro-capite, risultando pari a 1,3-1,4 punti di Pil.

In pratica, l'aumento del finanziamento pubblico scaricherebbe parzialmente le famiglie da

Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria dal 1990 al 2007



oneri sanitari, ma l'effetto verrebbe controbilanciato dai maggiori oneri derivati dalle nuove compartecipazioni (pronto soccorso) e dall'inasprimento di quelle esistenti (specialistica). Se per le famiglie si assiste ad un leggero decremento, la manovra, tesa a una maggiore responsabilizzazione degli utenti, innesca però complessi meccanismi equitativi; da questo punto di vista l'adozione di ticket in cifra fissa anche sulle ricette della specialistica lascia supporre un impatto equitativo discutibile sulle fasce di popolazione più a rischio (cfr. cap. 4.1, Doglia, Spandonaro).

Probabilmente, quindi, la manovra non riuscirà a realizzare l'agognato equilibrio finanziario, sebbene in presenza di un incremento di finanziamento pari a oltre 0,2 punti di Pil.

La questione, peraltro come in ogni anno dalla nascita del SSN, sarà quella dell'eventuale attribuzione della responsabilità del disavanzo.

Per avere un sostanziale equilibrio sarebbe necessario un ulteriore recupero di efficienza dell'ordine del 5-6%: obiettivo ambizioso ma non irraggiungibile, qualora si individuino strumenti e target per agire.

1.3.4 Valutazioni conclusive

Sebbene, in un campo fortemente regolamentato come quello sanitario, i modelli possono avere un valore limitato, essendo l'evoluzione dei fenomeni soggetta a shock esogeni derivanti dalle scelte pubbliche, essi contribuiscono alla descrizione di scenari coerenti: come tali vanno quindi intesi gli esercizi previsivi presentati, che si sperano utili per supportare il processo decisionale.

Emerge come anche il 2007 sarà probabilmente segnato da un insuccesso (seppure parziale) nel riportare in equilibrio finanziamento e spesa pubblica.

I contributi relativi a vari Paesi europei e non, ospitati nel presente Rapporto (cfr. capp. 2.1-2.6), ci mostrano come la formazione di disavanzi sia un problema sostanzialmente comune, con

l'esclusione forse del caso australiano (ove l'azione pubblica opera sul versante del razionamento delle prestazioni garantite) e di quello olandese (ove sono i premi assicurativi ad adeguarsi); allo stesso tempo sembra che la questione non sia internazionalmente percepita come centrale per il governo della spesa, piuttosto è in discussione come determinare un livello di spesa ritenuto accettabile e congruo.

La sensibilità nostrana all'equilibrio finanziario è probabilmente spiegata dal peculiare contesto di finanza pubblica, caratterizzato da un ingente debito pubblico accumulato: inoltre, la sua coda di polemiche sull'attribuzione dei disavanzi comporta ritardi nei pagamenti e creazione di oneri impropri.

L'evidenza statistica dei modelli predisposti sembra peraltro, in qualche modo, giustificare una forma di sottostima del finanziamento, data la tendenza della spesa ad adeguarsi ad esso e l'effetto moltiplicatore sulla spesa totale.

Oltre alle questioni legate agli aspetti finanziari, emerge comunque una volontà di rifinanziamento del settore, che conferma e accelera una tendenza *bipartisan*, in atto da almeno un quinquennio. La Sanità ha infatti pagato un notevole contributo al risanamento della finanza pubblica italiana e all'"entrata" in Europa, sino a toccare nel biennio 1995-1996 il minimo storico di finanziamento e spesa pubblica (rispettivamente 51% e 5,2% del Pil). Il decennio successivo ha riportato la spesa sul livello del 1991 (6,4%), anche se il finanziamento è stato più prudente: dopo un decennio e in presenza di una secolare tendenza all'aumento della spesa sanitaria complessiva, è sostanzialmente accettabile lo scenario descritto dal modello che porta la spesa pubblica fra il 6,8%-7% del Pil: valori comunque medi nel panorama internazionale.

Qualora i vincoli di bilancio non permettano una ulteriore crescita, si pone comunque un problema equitativo, ovvero come trasformare la rilevante quota di spesa *out of pocket* in spesa assicurata, mediante forme di copertura integrative, dotate di qualche elemento di solidarietà. Indubbiamente (vedi gli altri contributi del Rapporto) il processo può essere facilitato da recuperi di efficienza e appropriatezza delle prestazioni, capaci di liberare risorse, particolarmente utili in un contesto fortemente sperequato che necessita di interventi di riqualificazione e adeguamento.

Rimandando agli altri contributi del Rapporto per una analisi più approfondita dei livelli e delle cause dell'(in)efficienza e (in)appropriatezza, vale la pena qui ricordare che le risorse che si dovessero liberare sono però già "prenotate", nel senso che hanno una loro naturale destinazione ai necessari incrementi di qualità del servizio; sebbene il SSN italiano manchi di sistematico monitoraggio della qualità dei servizi, è opinione comune che esistano ampi e doverosi margini di miglioramento, da realizzarsi ad esempio con investimenti in IT, edilizia ecc. Prende atto di questo anche la Finanziaria, che contiene una norma programmatica di rifinanziamento della L. 88/1988 per l'edilizia sanitaria.

In conclusione, se il *gap* fra finanziamento e spesa sembra leggermente ridursi e, comunque, sembra delinearci più un problema di gestione del disavanzo che non di livello assoluto dello stesso, rimane irrisolto (nel senso "di implicito") il tema del contributo che la Sanità paga alla riduzione dell'enorme debito pubblico italiano: evidentemente è un problema di priorità, che va affrontato riconoscendo che esiste uno stretto legame fra le varie parti del welfare, innanzi tutto fra Previdenza (prestazioni in denaro) e Sanità (prestazioni in natura).