

SOSTENIBILITÀ E *GOVERNANCE* DELLA SPESA SANITARIA

**- BOLOGNA -
11 Febbraio 2011**

Fabio Pammolli & Nicola C. Salerno (CeRM - Roma)

DINAMICA STORICA E PROIEZIONI

[≅ 30 min]

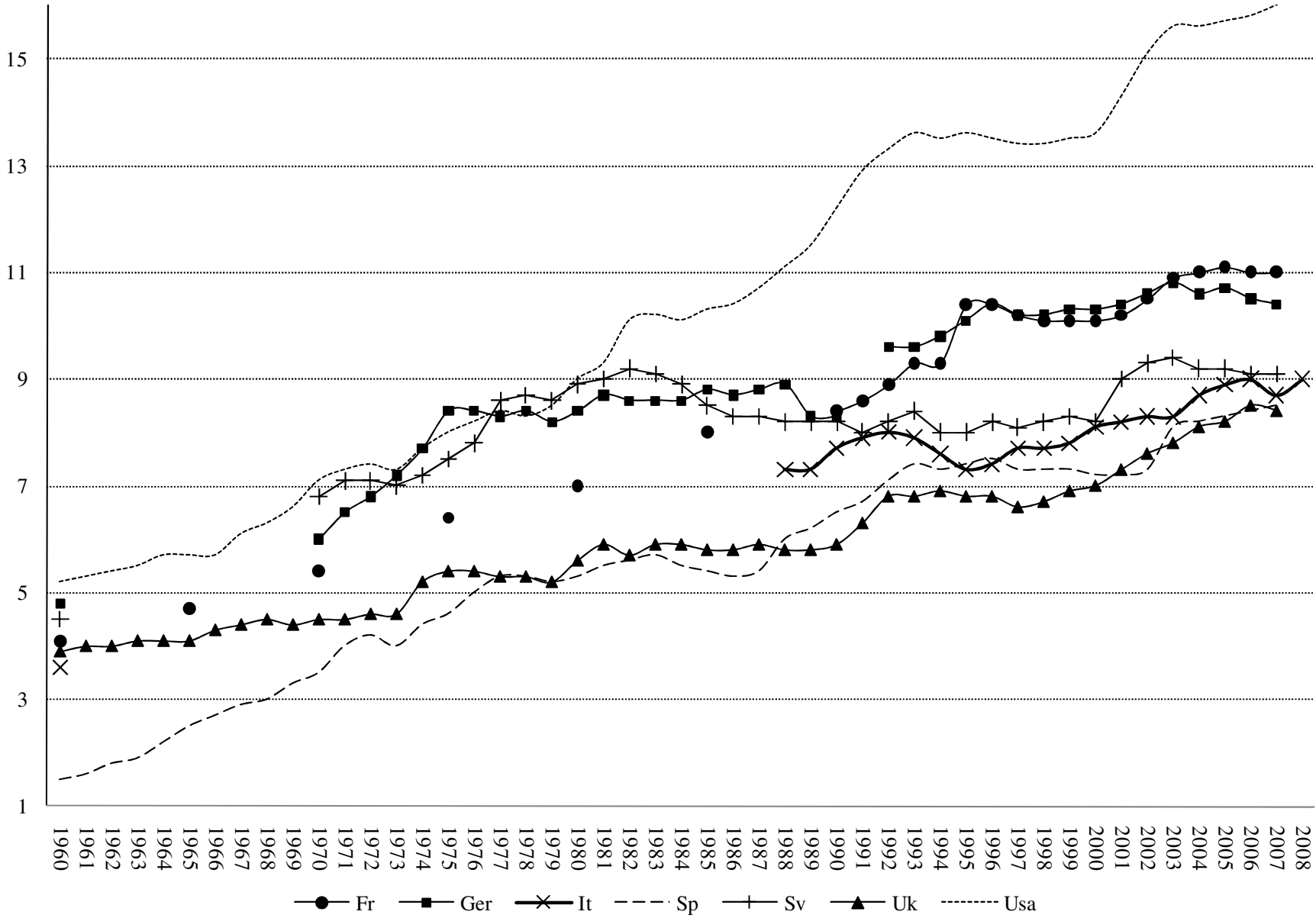
GOVERNANCE FEDERALISTA

[≅ 90 min]

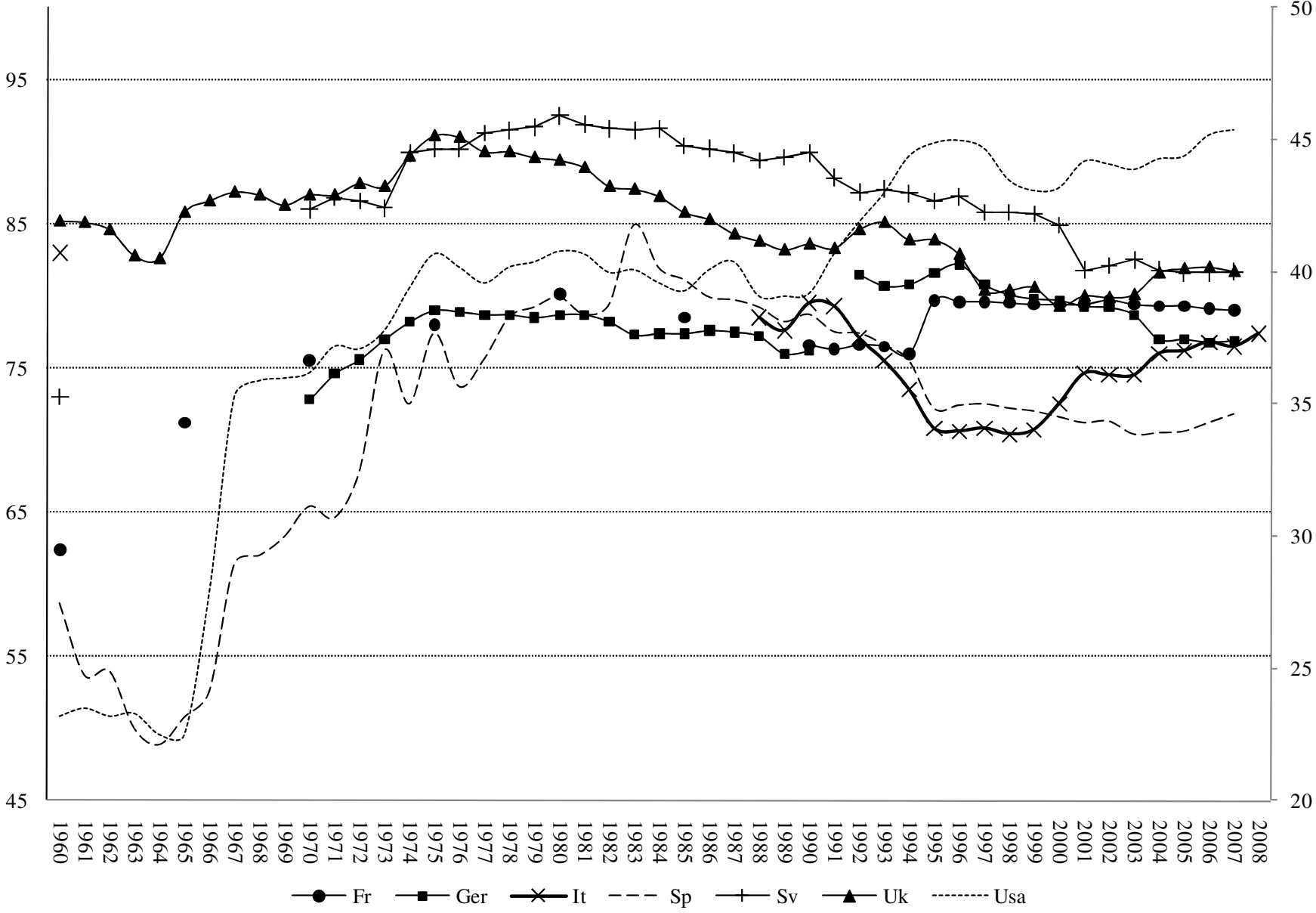
REGOLAZIONE E *MULTIPILLAR*

[≅ 30 min]

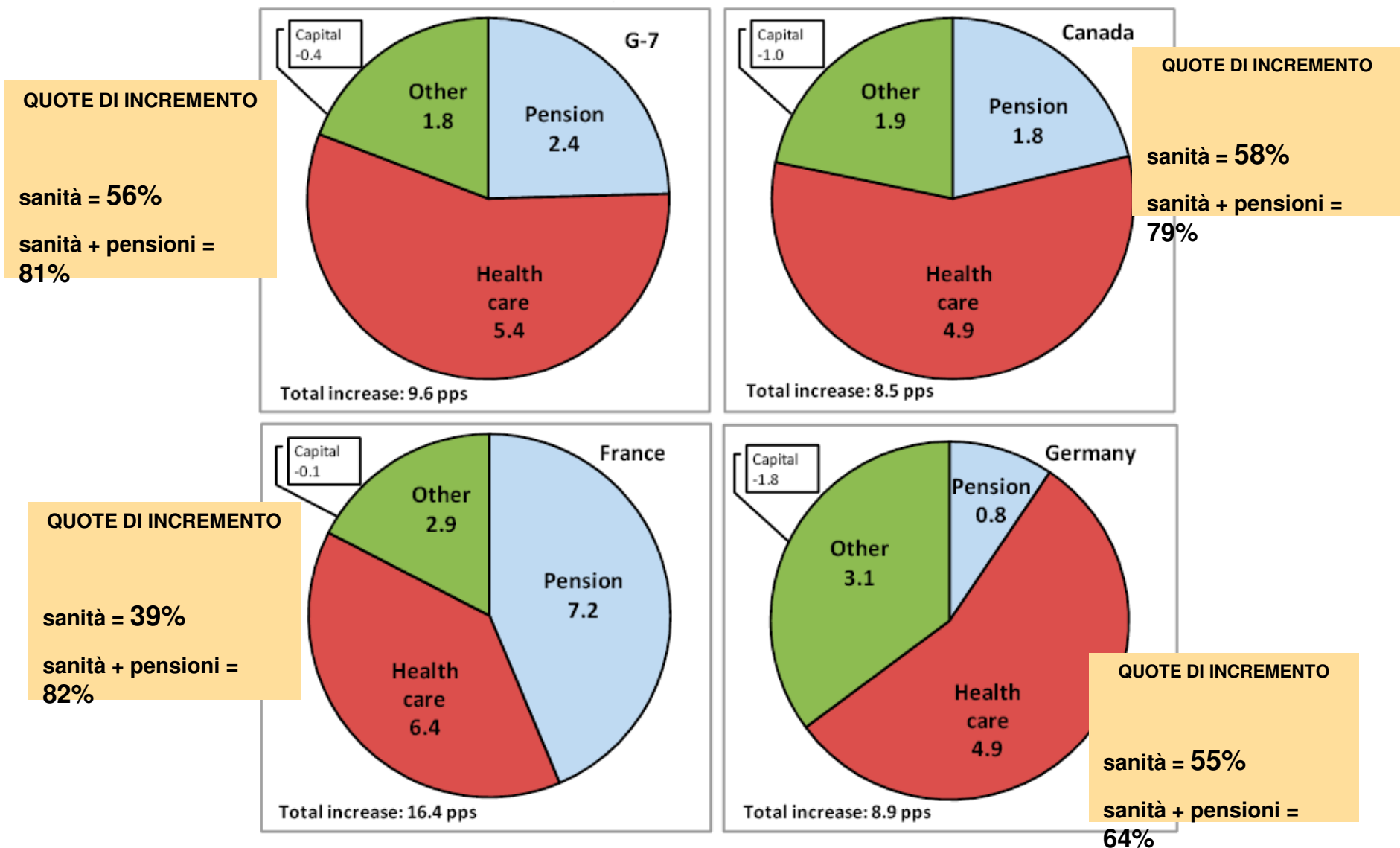
Incidenza della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul Pil



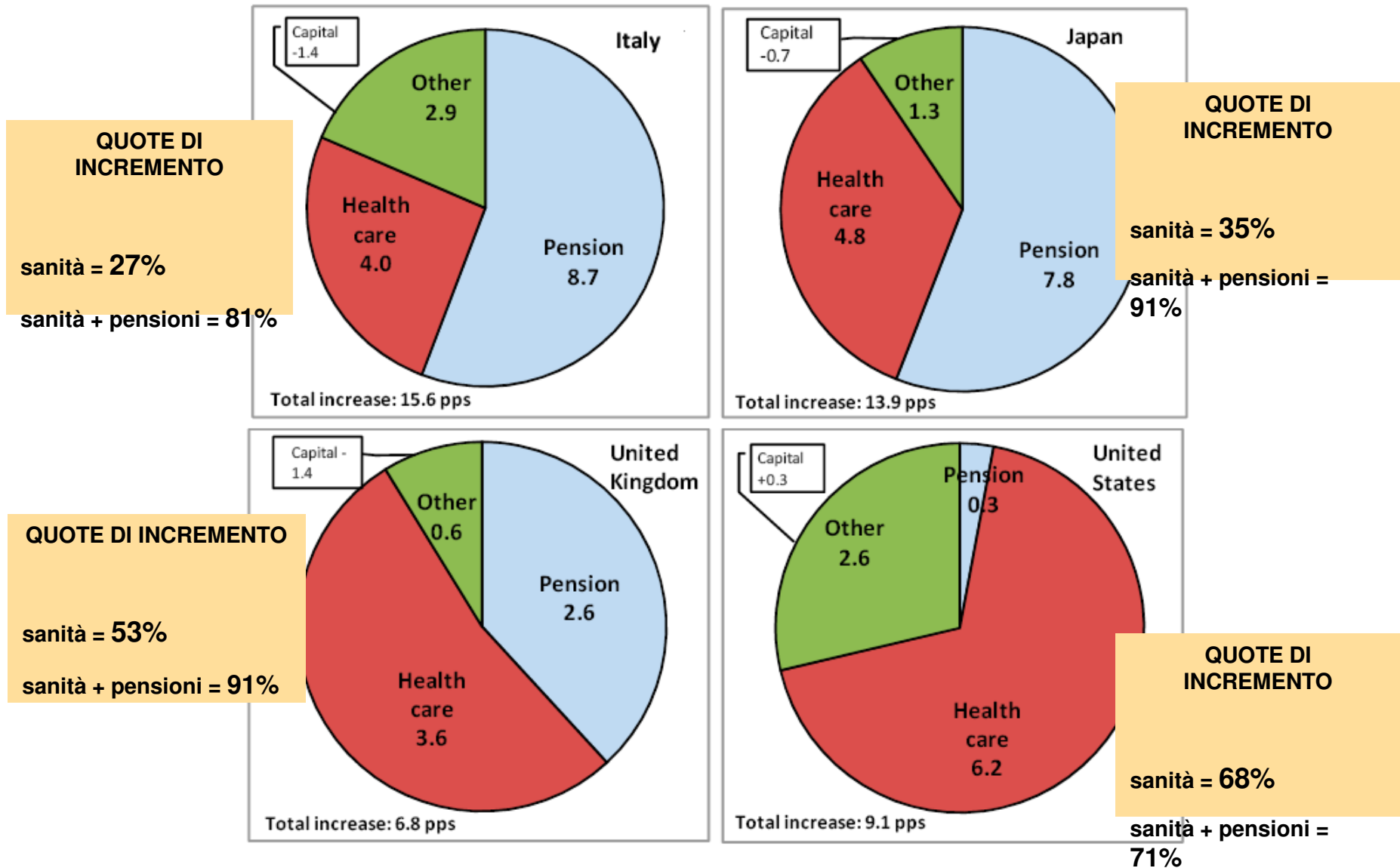
Coverage pubblico



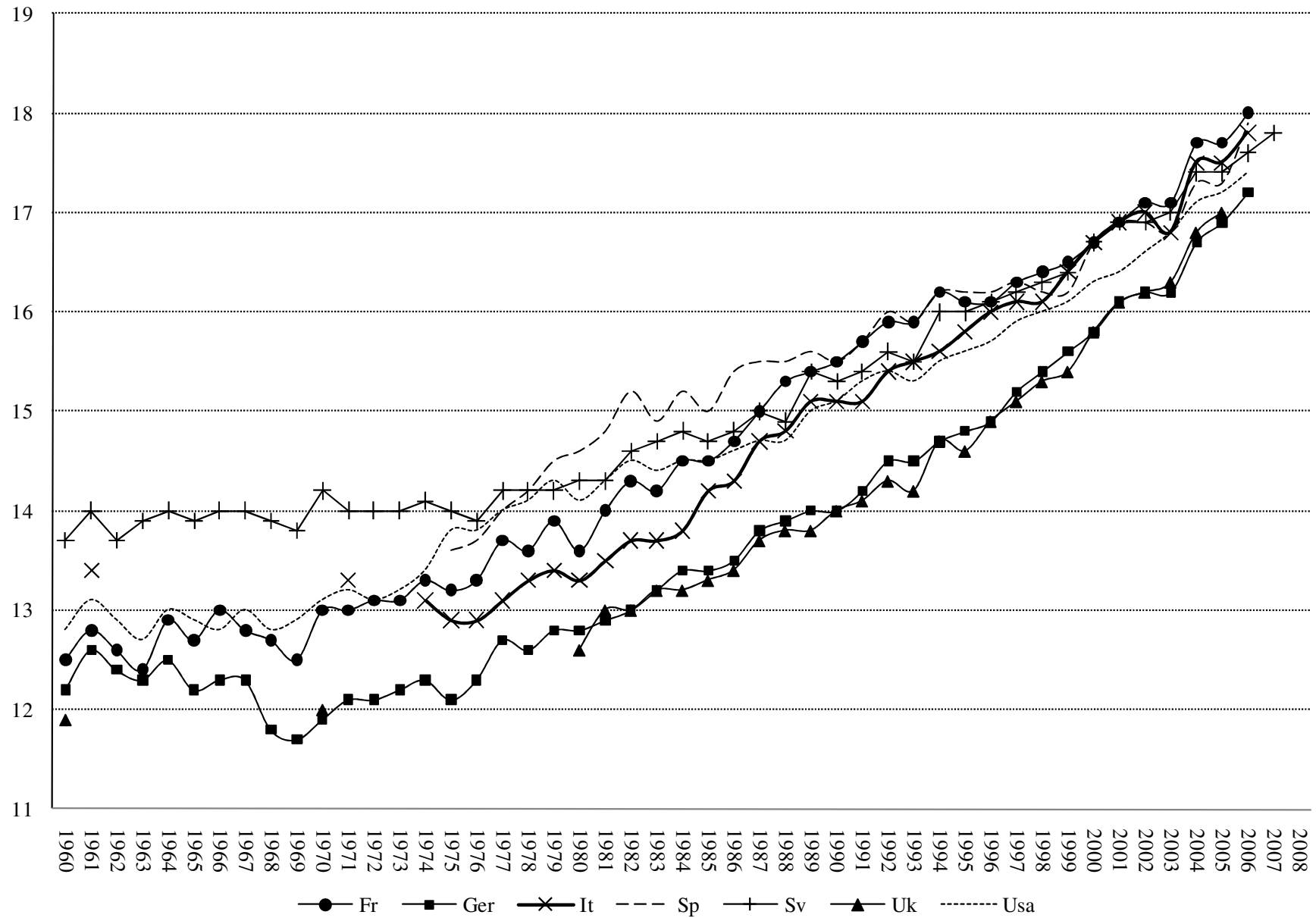
Spaccato dell'incremento della spesa primaria sul Pil 1960-2007



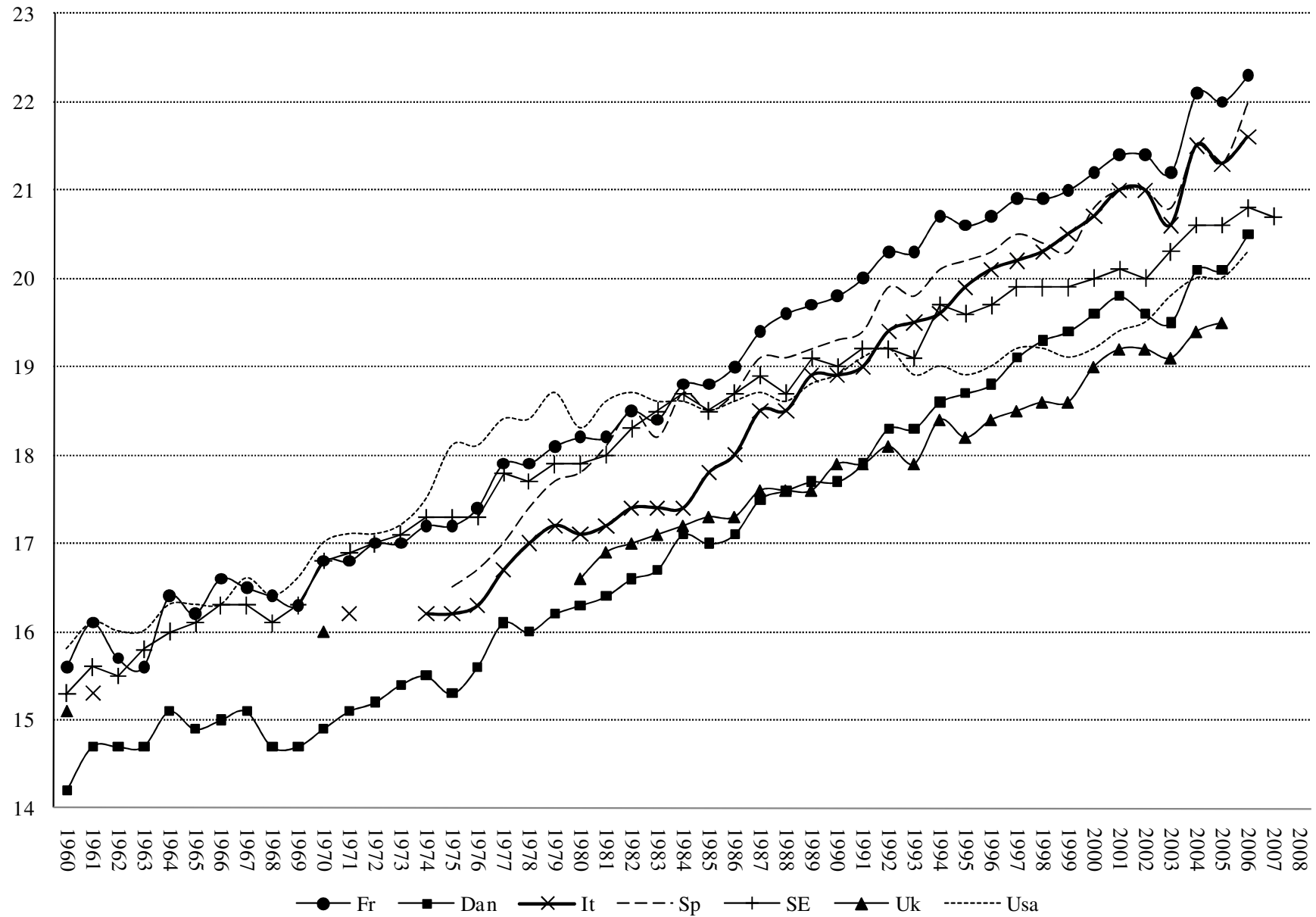
Spaccato dell'incremento della spesa primaria sul Pil 1960-2007



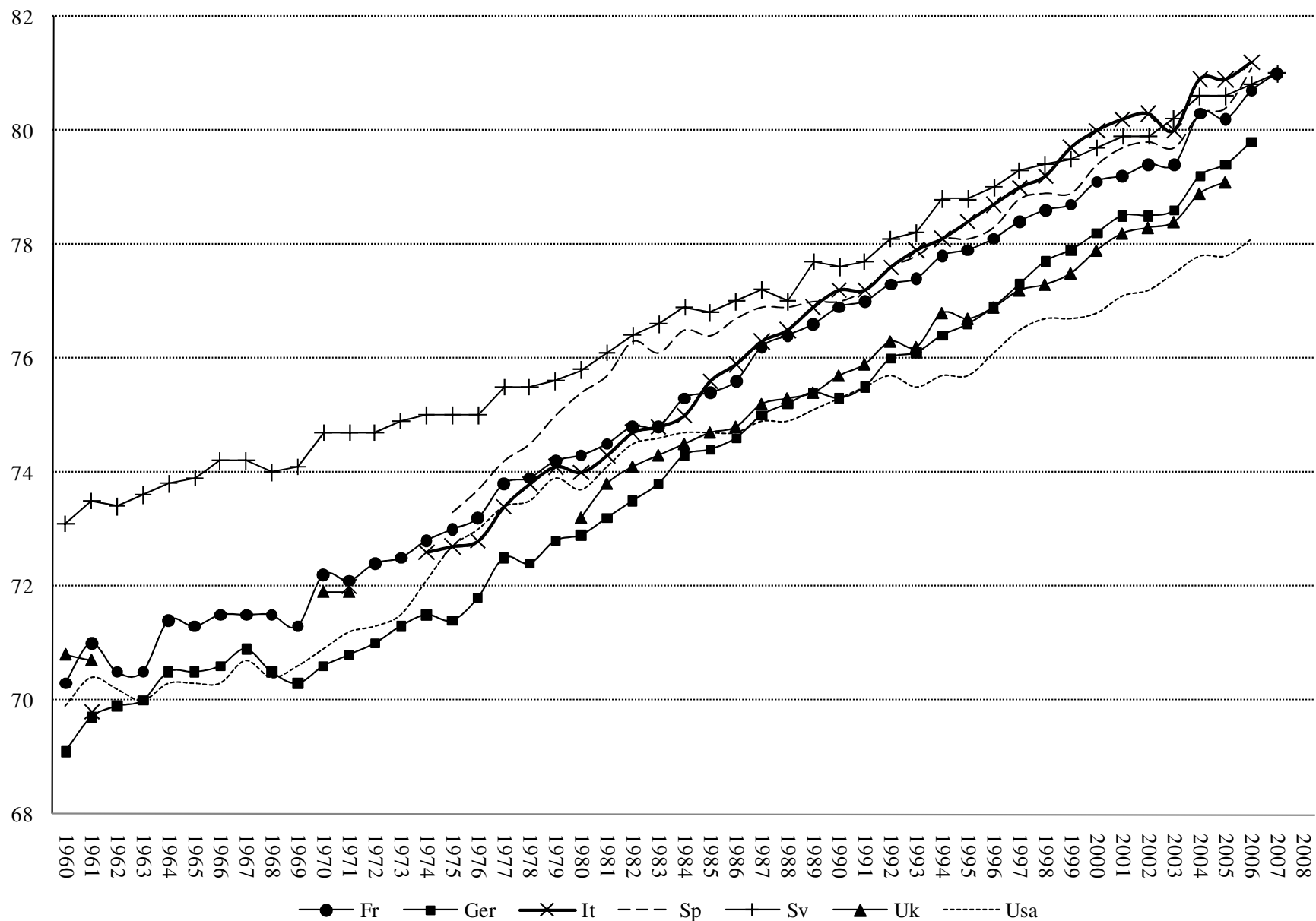
Vita attesa a 65 anni per gli uomini



Vita attesa a 65 anni per le donne



Vita attesa alla nascita



Mortalità evitabile (definizione Ocse)

1970	/ 000.000			
	maschi	femmine	totale	
Canada	10000	5600	7900	
Francia	10000	5400	7900	
Germania	11500	6600	9000	
ITALIA	11000	6600	8900	
Giappone	9000	5600	7200	
Uk	9200	5600	7900	
Usa	12000	6600	9100	

2003	/ 000.000			var % tot
	maschi	femmine	totale	
Canada	4700	3000	3600	-54%
Francia	6000	2600	4100	-48%
Germania	5000	2900	3900	-57%
ITALIA	4500	2500	3100	-65%
Giappone	4000	2300	3000	-58%
Uk	6500 *	3700 *	4800 *	-39%
Usa	7000	4000	5300	-42%

* al 1990

INTENSA DINAMICA PASSATA

Negli ultimi 50 anni, incidenza sul Pil della spesa sanitaria (pubblica e privata) **almeno raddoppiata** in tutti Paesi a economia e *welfare* sviluppati (*bismarkiani*, *beveridgiani*, a prevalenza pubblica o privata)

L'incremento già sconta gli interventi di *policy* di stabilizzazione

Non ci sono evidenze di effetti che dall'allungamento della vita si traducano in riduzione/stabilizzazione della spesa (l'ipotesi dell'*healthy ageing*)

Dal 1960, l'**incremento della spesa primaria sul Pil** potenziale è attribuibile per **più della metà alla sanità**. Nel G-7 il 56%, negli Usa il 68%

INTENSA DINAMICA PASSATA

“ The bulk of the increase in public spending (over 80 percent) is due to two items: health care and pensions. **In particular, health care spending has surged in many G-7 countries.** In the United States, it has accounted for **more than two thirds** of the increase in the primary spending ratio and **more than half** in Canada, Germany, and the United Kingdom ”

Fmi (2010), Long Term Trends in Public Finances in G-7 Economies

PROIEZIONI A LUNGO TERMINE

Il Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento di **Ecofin**, l'**Ocse** e il **Fmi** sono concordi nell'indicare che il *trend* potenziale della spesa sanitaria va verso un **raddoppio o un più che raddoppio dell'incidenza sul Pil tra 40-50 anni**

Alla base di questa dinamica: elasticità al Pil > 1 , avanzamento scientifico-tecnologico, ampliamento della domanda, diffusione e formalizzazione delle prestazioni Ltc, effetto "Baumol"

Dal 1960 ad oggi, il tasso di crescita della spesa *pro-capite* ha sovrastato quello del Pil *pro-capite* di 1-2 p.p. a seconda del Paese. Sia nel comparto della spesa pubblica che nel complesso pubblico&privato

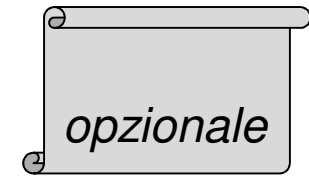
Per gli Stati Uniti, il *Congressional Budget Office* proietta un **+13** p.p. di Pil al 2050

Proiezioni Awg-Ecofin (III release)

Spesa sanitaria pubblica - % Pil

	<i>scenario centrale (o Awg-reference scenario)</i>				<i>scenario «tecnologico»</i>
	acuta		per lungodegenza		acuta
	2007	Δ 2007-2060	2007	Δ 2007-2060	Δ 2007-2060
Francia	8,1	1,2	1,4	0,6	6,8
Germania	7,4	1,8	0,9	1,4	7,2
Italia	5,9	1,1	1,7	1,3	5,3
Spagna	5,5	1,6	0,5	0,9	5,6
Svezia	7,2	0,8	3,5	2,3	5,4
Uk	7,5	1,9	0,8	0,5	7,4
Ue-15	6,9	1,5	1,3	1,2	6,4
Ue-27	6,7	1,5	1,2	1,1	6,3

Ipotesi Awg-Ecofin – spesa *acute*

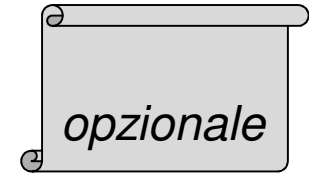


La spesa *pro-capite* per fasce di età-sesso nell'anno base (il 2007) si evolve nel tempo al tasso di crescita del Pil *pro-capite* più “*spread*”

... a questa dinamica si aggiunge una elasticità della domanda di prestazioni al Pil *pro-capite* pari ad 1,1 nel 2007, e poi convergente con continuità all'unità al 2060

Tra un anno e l'altro i profili di spesa età-sesso si traslano in avanti della metà dell'incremento di vita attesa (è il cosiddetto *dynamic profiling*)

Ipotesi Awg-Ecofin – spesa *long-term*



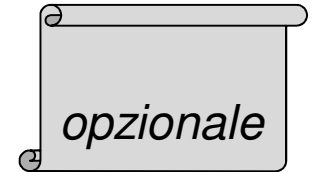
La spesa *pro-capite* per fasce di età-sesso cresce allo stesso tasso del Pil per occupato («effetto Baumol»), tranne che per le prestazioni *cash* dove il riferimento è il Pil *pro-capite*

L'elasticità della domanda di prestazioni è sempre unitaria

Tra un anno e l'altro le probabilità di evento inabilitante/invalidante si riducono della metà della riduzione della probabilità di morte (*dynamic profiling*)

Infine, la probabilità di ricevere prestazioni istituzionalizzate e formalizzate (al di fuori della rete familiare e amicale) rimane stabile ai valori del 2007

Ipotesi Awg-Ecofin – scenario «tecnologico» per la spesa *acute*



Per la prima volta nella terza *release* uno scenario «tecnologico», in cui l'elasticità della domanda al Pil è pari a 0,7

Il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è pari a

$$0,7 * \text{tasso di crescita del Pil pro-capite} + 2 \text{ p.p.}$$

(i 2 p.p. intendono cogliere gli effetti, sia lato domanda che lato offerta, degli avanzamenti della scienza e della tecnologia)

Più o meno dovunque la spesa quasi raddoppia in termini di Pil

Storicamente (dal 1960 ad oggi), il tasso di crescita della spesa *pro-capite* ha sovrastato quello del Pil *pro-capite* di 1-2 p.p. a seconda del Paese

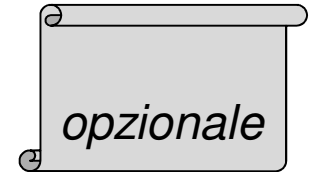
Proiezioni Ocse

Spesa sanitaria pubblica - % Pil *scenario a più intensa crescita*

spesa acuta e per lungodegenza

	2005	Δ 2005-2050
Francia	8,1	7,1
Germania	8,8	6,0
Italia	6,6	9,4
Spagna	5,5	7,2
Svezia	8,6	4,2
Uk	7,2	5,7
Ue-15	7,2	6,4
Ue-27	6,7	6,9

Ipotesi Ocse – spesa *acute*

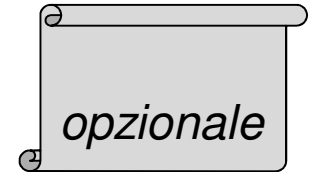


Il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è pari a quello del Pil *pro-capite* moltiplicato 1,2 e con l'aggiunta di uno “*spread*” di 1,1 p.p. gradualmente convergente a zero entro il 2050

In alternativa a questa ipotesi, negli scenari in cui si ipotizza elasticità unitaria, si aggiunge sempre uno “*spread*” di 1 p.p. (che non si riassorbe nel tempo)

n.b.: le ipotesi macro e quelle di *dynamic profiling* sono simili a Awg-Ecofin

Ipotesi Ocse – spesa *long-term*



La dinamica è quella del Pil per occupato, ma ...

... la quota di *formal assistance* è inversamente proporzionale al tasso di partecipazione al mercato del lavoro nella fascia 50-64, quest'ultimo a sua volta è ipotizzato convergere al 70 per cento in tutti i Paesi

... e per i tassi di dipendenza si individua una doppia dinamica: la prima in riduzione su archi decennali di pari passo con il miglioramento dello stato medio di salute (il *dynamic profiling*); l'altra in aumento *year-by-year* come conseguenza di dinamiche lato domanda e di aumenti dei costi delle prestazioni connessi al progresso scientifico-tecnologico

Proiezioni del Fondo Monetario Internazionale (2010)

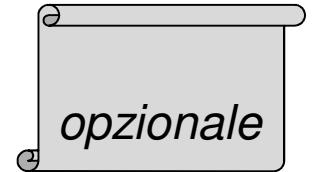
G-7 Eu al 2030: il **+0,8** p.p. di Pil della Commissione (lo scenario centrale di Awg-Ecofin) si confronta con il circa **+3** p.p. del Fmi

Al 2030 => le proiezioni Fmi per il Canada fanno registrare oltre **+3** p.p. di Pil; quelle per il Giappone circa **+3** p.p.; quelle per gli Stati Uniti (*Congressional Budget Office*) quasi **+4,5** p.p.

G-7 Eu al 2050 => il divario di proiezioni si allarga: la forchetta **+2/+6** p.p. della Commissione (scenario centrale e tecnologico Awg-Ecofin) si confronta con il circa **+9** p.p. del Fmi

Al 2050 => la proiezione per gli Stati Uniti (sempre mutuata dal *Congressional Budget Office*) è di circa **+13** p.p. di Pil

Dinamica potenziale o dinamica già corretta dalla *policy*?



«Quale spesa?». Quella **potenziale**, che si realizzerebbe se la domanda potesse sempre essere soddisfatta al meglio, sia in quantità che in qualità? O quella che già **sconta interventi di stabilizzazione** e di riconduzione all'interno dei vincoli di bilancio?

La differenza è sostanziale, perché il *trade-off* cui andiamo incontro, tra *coverage* e qualità/innovatività delle prestazioni da un lato e sostenibilità finanziaria dall'altro, lo si coglie nella sua reale portata solo con riferimento alla spesa potenziale

Proiezioni che sottintendono **azioni contenitive** di *policy* **ridimensionano il *trade-off*** senza, nel contempo, dar conto della praticabilità delle azioni di stabilizzazione negli anni a venire

È con il «potenziale» che si dovrà misurare in futuro la capacità di *governance*

“For health care spending, the outlook is much more challenging [than for pensions]. [...] Studies indicate that **non-demographic** factors - most notably technology, but also income growth and the expansion of insurance - explain the vast majority of spending increases in health”

Fmi (2010), Long Term Trends in Public Finances in G-7 Economies

“Altogether, in the G-7 economies, the key policy challenge over the coming decades will be **to make health care systems sustainable** by containing costs as well as creating fiscal space in other areas so as to adapt to societal preferences and needs for a greater share of ageing-related spending [...]”

Fmi (2010), Long Term Trends in Public Finances in G-7 Economies

EFFETTI SU *COVERAGE* E BILANCIO

Per stabilizzare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil al livello attuale, *coverage* dall'attuale **75%** circa al **50%** nel 2050 se si fa riferimento allo scenario centrale di Awg-Ecofin, oppure significativamente **al di sotto del 50%** se lo scenario è quello Ocse / Fmi / «tecnologico» Awg-Ecofin

Se lo scenario è Ocse/Fmi o il «tecnologico» Awg-Ecofin, per ricondurre il debito pubblico italiano al 60% del Pil nel 2050, necessario un profilo di avanzi **continuamente crescente sino a superare il 10% del Pil => «ingessamento» della politica di bilancio**

(in) compatibilità micro e macro

INTERGENERATIONAL ACCOUNTING

In Italia ogni persona attiva finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata ai 65+ con risorse equivalenti ad oltre il **31%** del Pil *pro-capite*. Al 2050, **42,2%** con le proiezioni pensioni e sanità dello scenario centrale Awg-Ecofin; e **48,6%** se le proiezioni della sanitaria sono Ocse/Fmi. Nella media Ue-15, i tre valori sono rispettivamente **25,2, 38,3 e 45%**

In Italia ogni persona occupata finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata ai 65+ con risorse equivalenti ad oltre il **52,6%** del Pil *pro-capite*. Al 2050, **62,3%** con le proiezioni per pensioni e sanità dello scenario centrale di Awg-Ecofin; e del **71,5%** se le proiezioni della sanitaria sono Ocse/Fmi. Nella media Ue-15, i tre valori sono rispettivamente **36,2, 51,5 e 60,4%**

COMPOSIZIONE DEL *WELFARE SYSTEM*

Se la dinamica della spesa si posizionasse anche solo in una situazione intermedia tra lo scenario centrale di Awg-Ecofin e quelli Ocse/Fmi, in Italia nel 2050 **l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil** arriverebbe ad approssimare quella della spesa pensionistica pubblica (nel lungo periodo stabilizzata attorno al **14%**)

Quale spazio rimarrebbe per finanziare gli altri istituti di welfare? (famiglia, minori, povertà, conciliazione vita-lavoro, accesso/mantenimento prima casa, *education*, disoccupazione, etc.)

(in) compatibilità micro e macro

SIAMO PREPARATI?

(1) Efficienzamento e Responsabilizzazione

 **Federalismo**



(2) Regolazione e *Multipillar*

DINAMICA STORICA E PROIEZIONI

***GOVERNANCE* FEDERALISTA**

REGOLAZIONE E *MULTIPILLAR*

OBIETTIVI

Commisurare il finanziamento ai fabbisogni efficienti. Nel complesso delle risorse (Fsn), ivi incluso il fondo di perequazione, ogni Regione ha dotazioni sufficienti ad implementare i Lea al loro costo efficiente

Favorire programmazione della spesa pubblica e rispetto dei vincoli macrofinanziari

Le risorse non derivano da capitoli esogeni di bilancio dello Stato (vecchio modello di finanza derivata), ma derivano dal gettito di basi imponibili territorialmente individuate e integrate da perequazione

La finanza decentrata rende esplicito il vincolo delle risorse a tutti i livelli di governo

Di fronte a *governance* non all'altezza, politici e amministratori devono renderne conto ai cittadini elettori (anche ipotesi di decadenza dall'elettorato passivo e da ruolo dirigenziale)

Per finanziare le prestazioni *extra* Lea, o per coprire le sovraspese nell'offerta dei Lea, le Regioni dovranno attivare la leva fiscale regionale, oppure ricorrere a schemi di compartecipazione del privato

(1) SaniRegio 1

(2) Benchmarking su profili di spesa pro-capite

(3) SaniRegio 2

SANIREGIO 1

Quale dovrebbe essere la spesa sanitaria *pro-capite* efficiente della Regione, alla luce sia delle variabili che incidono sulla spesa sia della qualità delle prestazioni offerte?

Step 1

Stima dell'impatto medio che ogni variabile esplicativa ha sulla spesa nel complesso delle Regioni italiane (impatto *standardizzato*)

Step 2

Costruzione di un **indicatore composito di qualità** delle prestazioni

Step 3

Costruzione della **frontiera efficiente**: dato il livello di qualità delle prestazioni, quale scostamento dalla spesa *standard* (risultato di *Step 1*) è giustificabile?

Step 4

Aggiustamenti necessari sia in termini di spesa *pro-capite* che in termini di spesa aggregata

$$y_{it} = a + x_{it}b + \mu_i + \lambda_t + v_{it}$$

y_{it} (200 x 1)

Spesa pro-capite corrente della Regione i nell'anno t

a (1 x 1)

b (n° esplicative x 1)

Parametri da stimare della relazione strutturale comune a tutte le Regioni

x_{it} (200 x n° esplicative)

Variabili esplicative

μ_i (200 x 1)

Grandezza che coglie di quanto ogni Regione si discosta dalla relazione strutturale media comune a tutte le Regioni (**differenza di struttura**)

λ_t (200 x 1)

Grandezza che coglie **variazioni congiunturali comuni a tutte le Regioni**

v_{it} (200 x 1)

Variabile stocastica d'**errore**

Gruppo 1

Variabili socio-economiche (Pil *pro-capite*; tasso attività; tasso di occupazione; % laureati; % anziani soli; etc.)

Gruppo 2

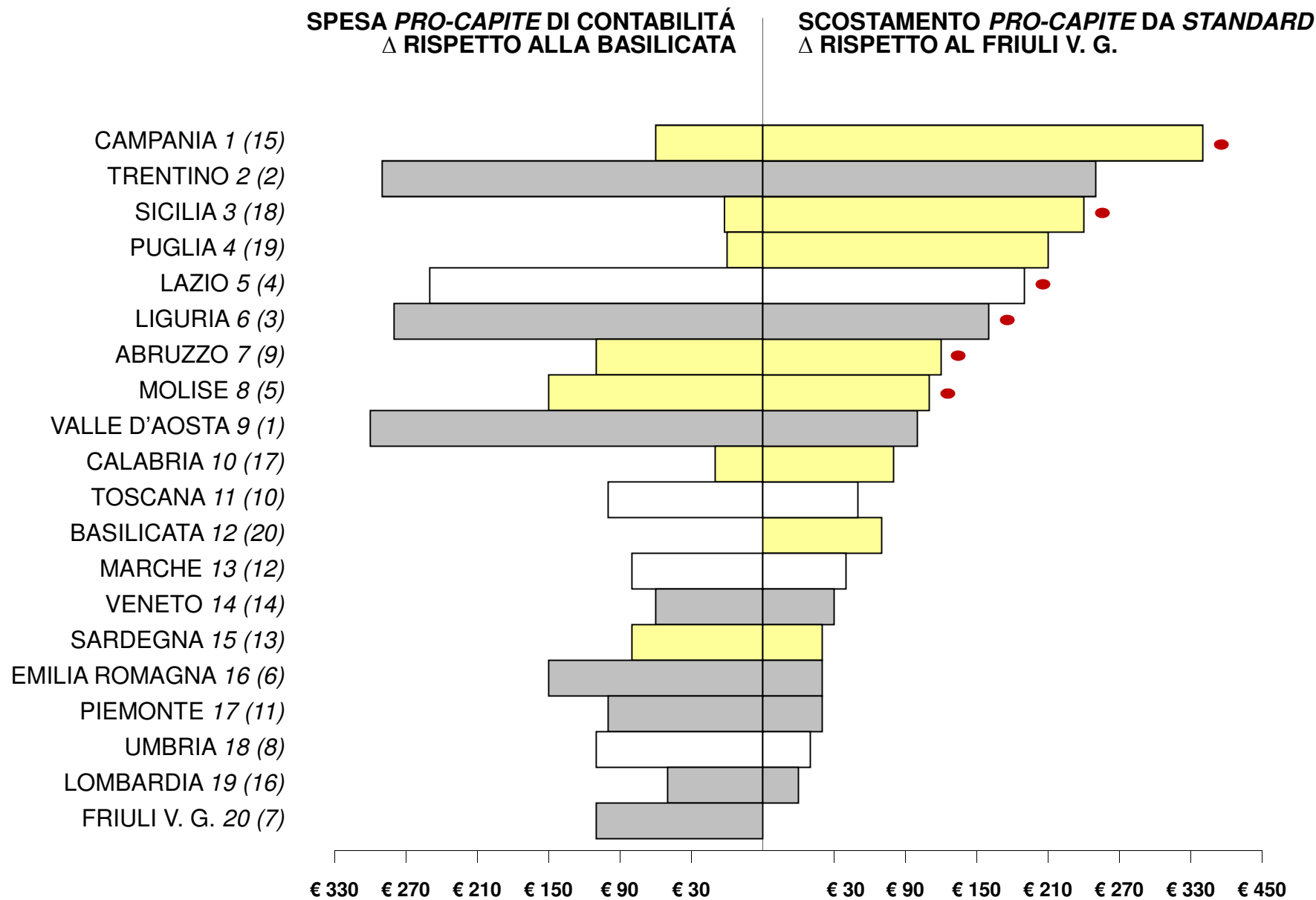
Struttura demografica (quote di popolazione per fasce d'età; tasso mortalità per età-sesso)

Gruppo 3

Stili di vita (% consumatori di verdura, di pesce, di carni bovine, di formaggio, di alcolici, di vino, di birra; % fumatori; % grandi fumatori; % con colazione adeguata al mattino; % con cena pasto principale)

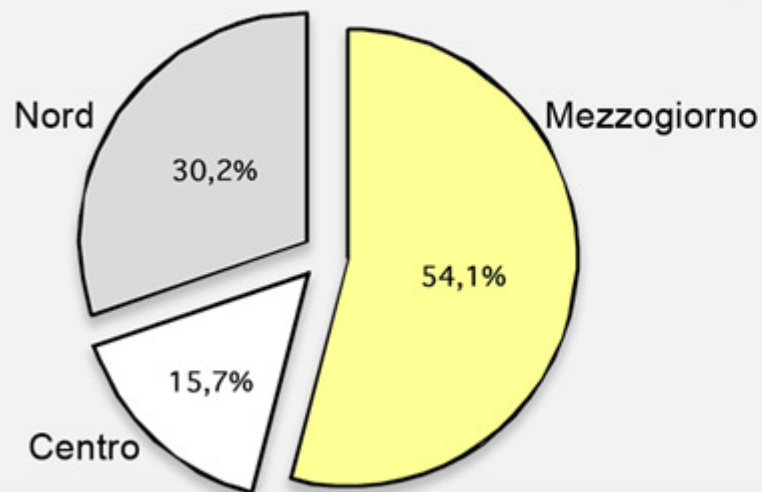
Gruppo 4

Dotazione di capitale fisico e umano da parte del Ssn: posti letto ordinari; posti letto in *day hospital*; % odontoiatri su dipendenti Ssn; % infermieri su dipendenti Ssn; n° medici generici per ab.; diffusione Tac e Rm)

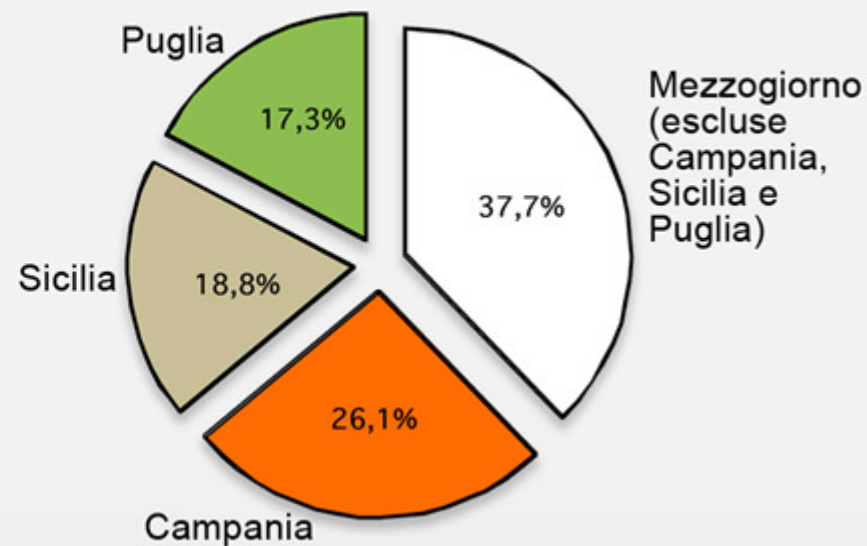


SANIREGIO 1 – GLI SCOSTAMENTI PRO-CAPITE DALLO STANDARD

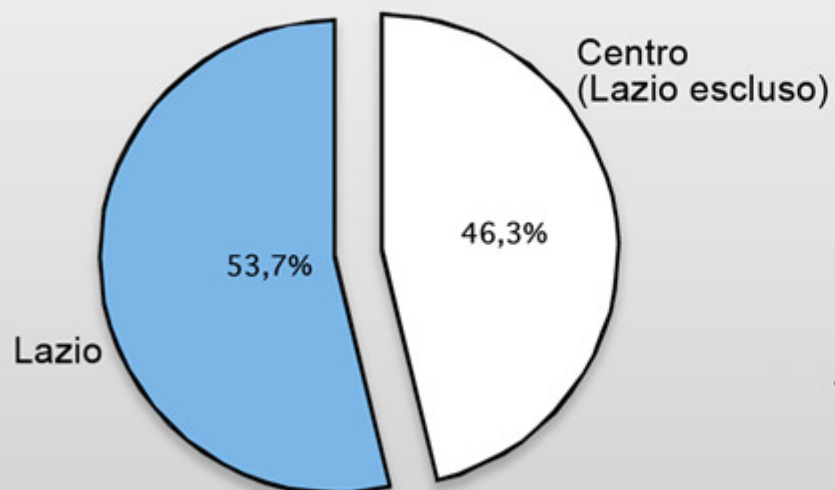
ITALIA



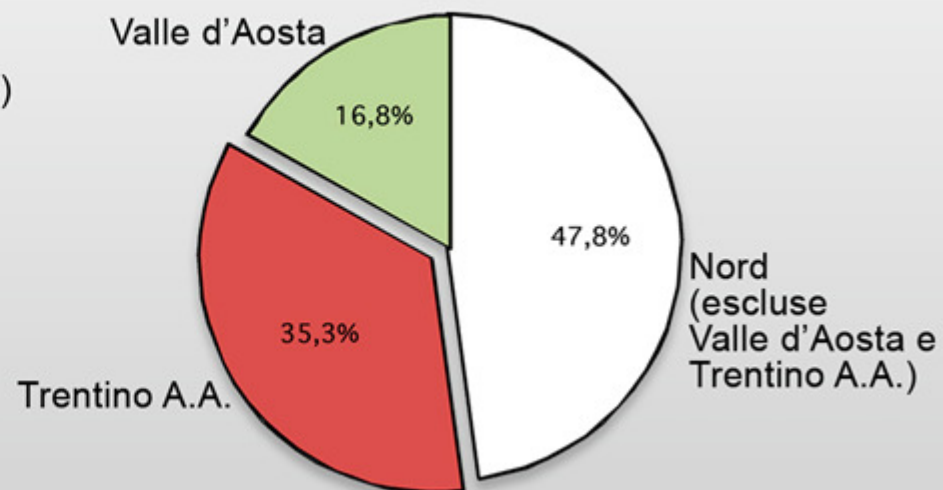
MEZZOGIORNO



CENTRO



NORD

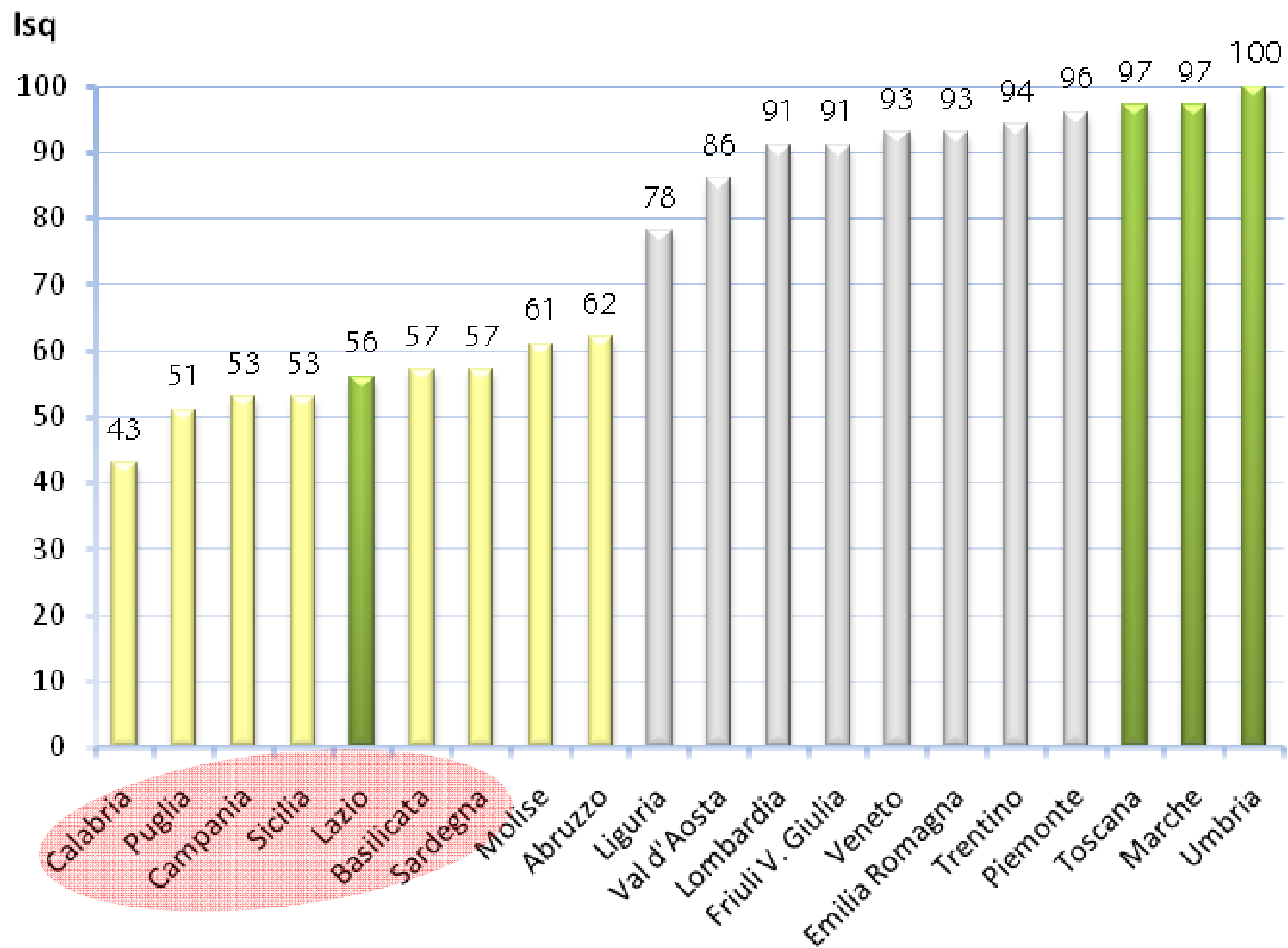


Indicatore di *outcome*: mortalità *post* intervento, mortalità *post* ricovero, attesa *pre* operatoria dopo ospedalizzazione, tassi di ricaduta (fonte: “Progetto Mattoni”; peso: 1/2)

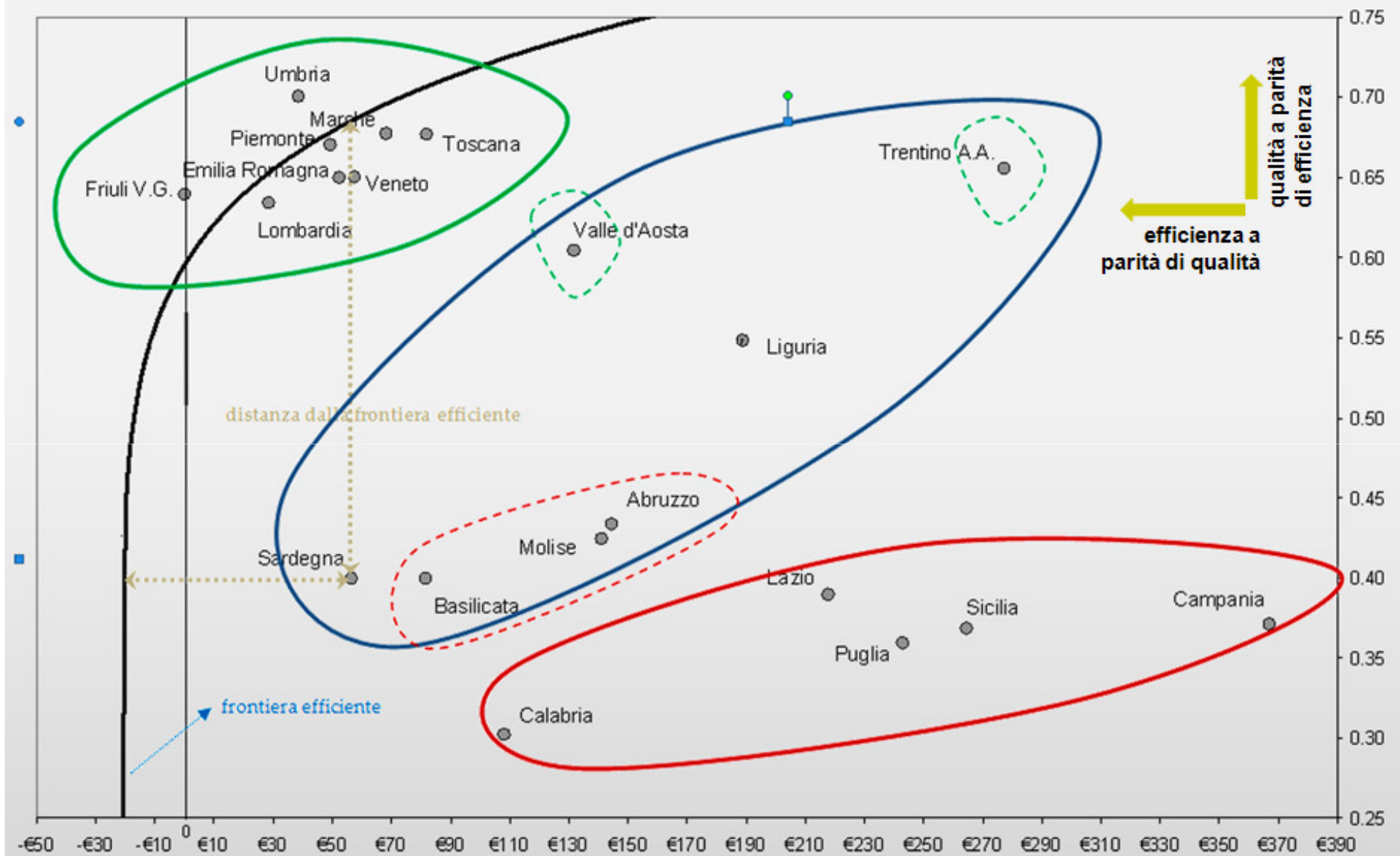
Indicatore di soddisfazione: varie espressioni di soddisfazione soggettiva, tra cui anche lunghezza e durata dichiarate delle file di attesa (fonte: “Survey Istat”; peso: 1/6)

Indicatore di mobilità: saldi di mobilità per ricoveri acuti ordinari (fonte: dati MinSal; peso: 1/6)

Indicatore di appropriatezza: rischi di ricovero ospedaliero per varie malattie (fonte: “Atlante Sanitario”; peso: 1/6)



SANIREGIO 1 – INDICATORE SINTETICO DI QUALITÀ

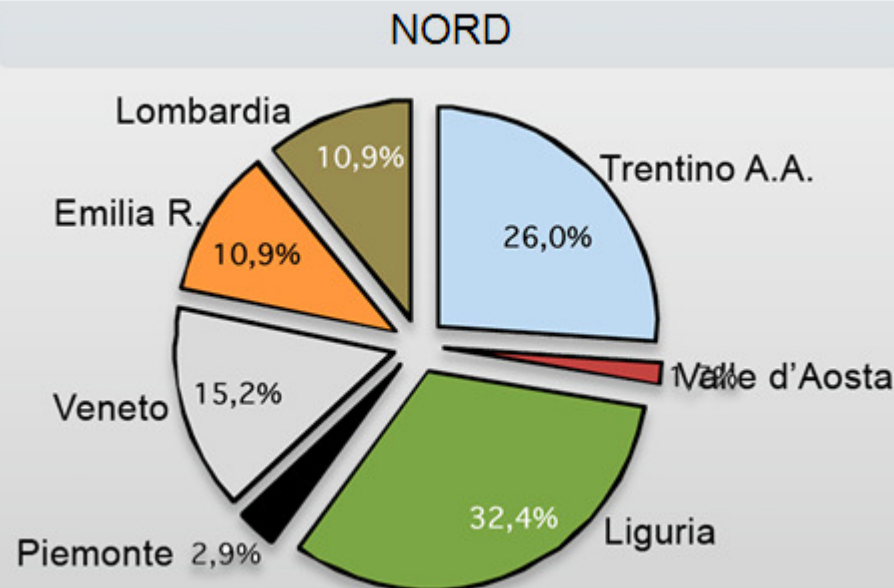
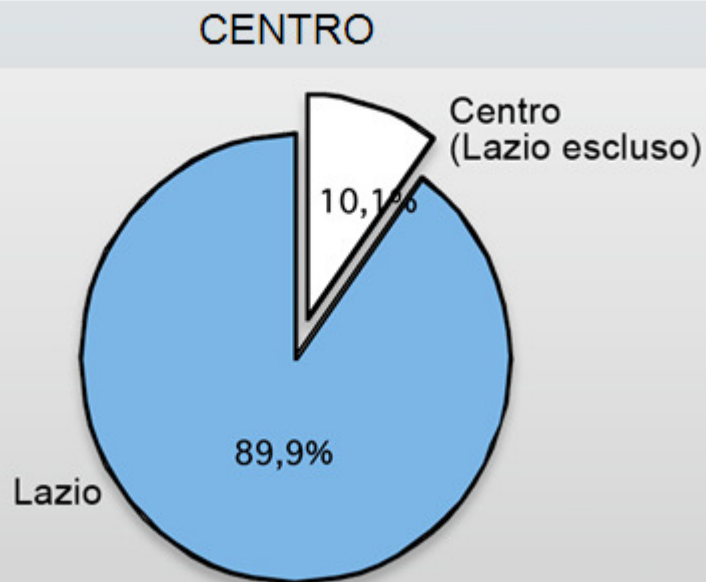
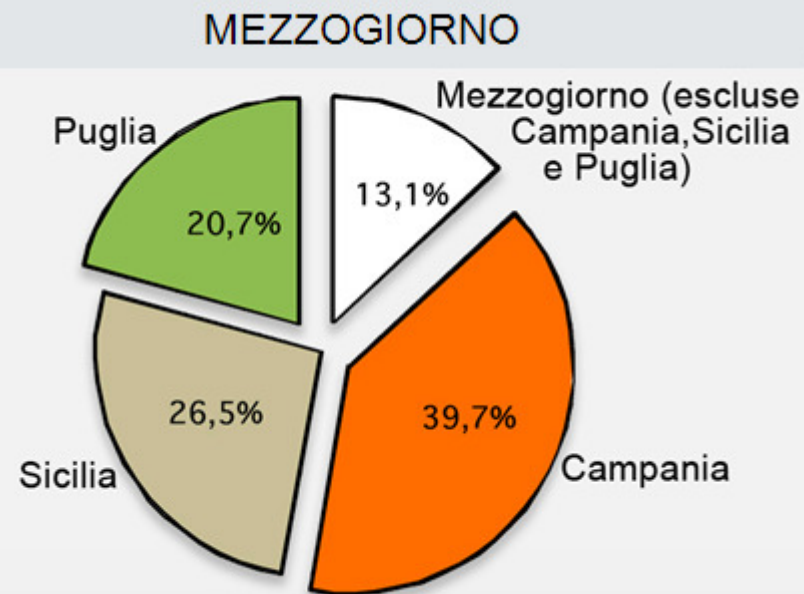
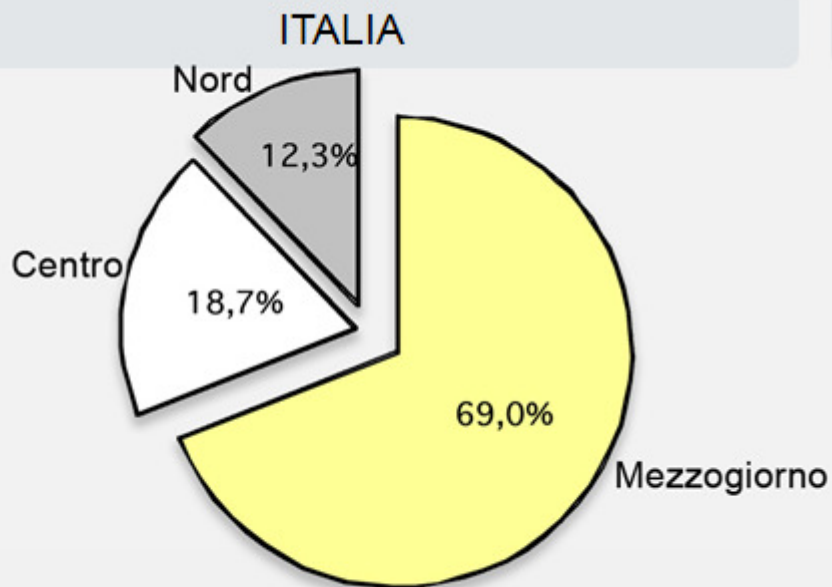


SANIREGIO 1 – LA FRONTIERA

	Valori di contabilità sanitaria Spesa <i>pro-capite</i> effettiva, media ultimi 10 anni (Euro base 2000) [a]	Valori stimati Aggiustamento necessario per <i>standardizzazione</i> e spostamento sulla frontiera (Euro base 2000) [b]	Valori stimati Spesa <i>pro-capite</i> efficiente (Euro 2000) [a-b]	Valori stimati Aggiustamento in percentuale della spesa effettiva (%) [(a-b)/a]	
●	CAMPANIA	1.215	388	827	31,9%
●	SICILIA	1.155	285	870	24,7%
	PUGLIA	1.149	264	885	23,0%
●	LAZIO	1.395	238	1.157	17,1%
	TRENTINO A. A.	1.439	246	1.193	17,1%
●	LIGURIA	1.423	200	1.223	14,1%
●	ABRUZZO	1.265	164	1.101	13,0%
●	MOLISE	1.303	161	1.142	12,4%
	CALABRIA	1.157	129	1.028	11,1%
	BASILICATA	1.125	102	1.023	9,1%
	VALLE D'AOSTA	1.451	128	1.323	8,8%
	SARDEGNA	1.233	77	1.156	6,2%
	TOSCANA	1.253	33	1.220	2,6%
	VENETO	1.215	30	1.185	2,5%
	EMILIA R.	1.300	25	1.275	1,9%
	MARCHE	1.234	19	1.215	1,5%
	LOMBARDIA	1.206	11	1.195	0,9%
	PIEMONTE	1.250	6	1.244	0,5%
	FRIULI V.G.	1.266	-20	1.286	-1,6%
	UMBRIA	1.266	-36	1.302	-2,8%

SANIREGIO 1 – CORREZIONI DI SPESA PRO-CAPITE PER RAGGIUNGERE LA FRONTIERA

<i>milioni di Euro correnti</i>		2007	2008
Campania	•	3.097,45	3.090,84
Sicilia	•	2.056,79	2.061,21
Puglia		1.552,75	1.615,06
Lazio	•	1.856,43	1.896,89
Trentino Alto Adige		343,4	359,81
Liguria	•	436,76	448,24
Abruzzo	•	302,95	303,91
Molise	•	77,12	80,77
Calabria		361,25	368,62
Basilicata		88,33	92,11
Valle d'Aosta		21,73	22,95
Sardegna		167,75	174,61
Toscana		166,47	172,7
Veneto		202,63	210,64
Emilia Romagna		144,92	150,81
Marche		37,88	39,55
Lombardia		145,51	150,1
Piemonte		38,64	40,34
Friuli Venezia Giulia		-	-
Umbria		-	-
Italia		11.098,75	11.279,16
% Pil Italia		0,72%	0,72%



SANIREGIO 1 – DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DELLE CORREZIONI MACRO

Lettura *cum granu salis* (contabilità non affidabile; scelte differenti su variabili esplicative; aggiustamenti non ottenibili *ex-abrupto*; più che aggiustamenti della spesa bisognerebbe innalzare la qualità)

Correlazione tra sovraspesa e bassa qualità; forte dualismo geografico

Entità delle risorse coinvolte (sia *gap* di spesa che *gap* di qualità)

Entità della quota dei flussi di perequazione che viene assorbita da inefficienze e non va a promuovere Lea e qualità

Urgenza di avviare un processo di convergenza verso *benchmark*. Quali *benchmark*? E come?

SANIREGIO 2

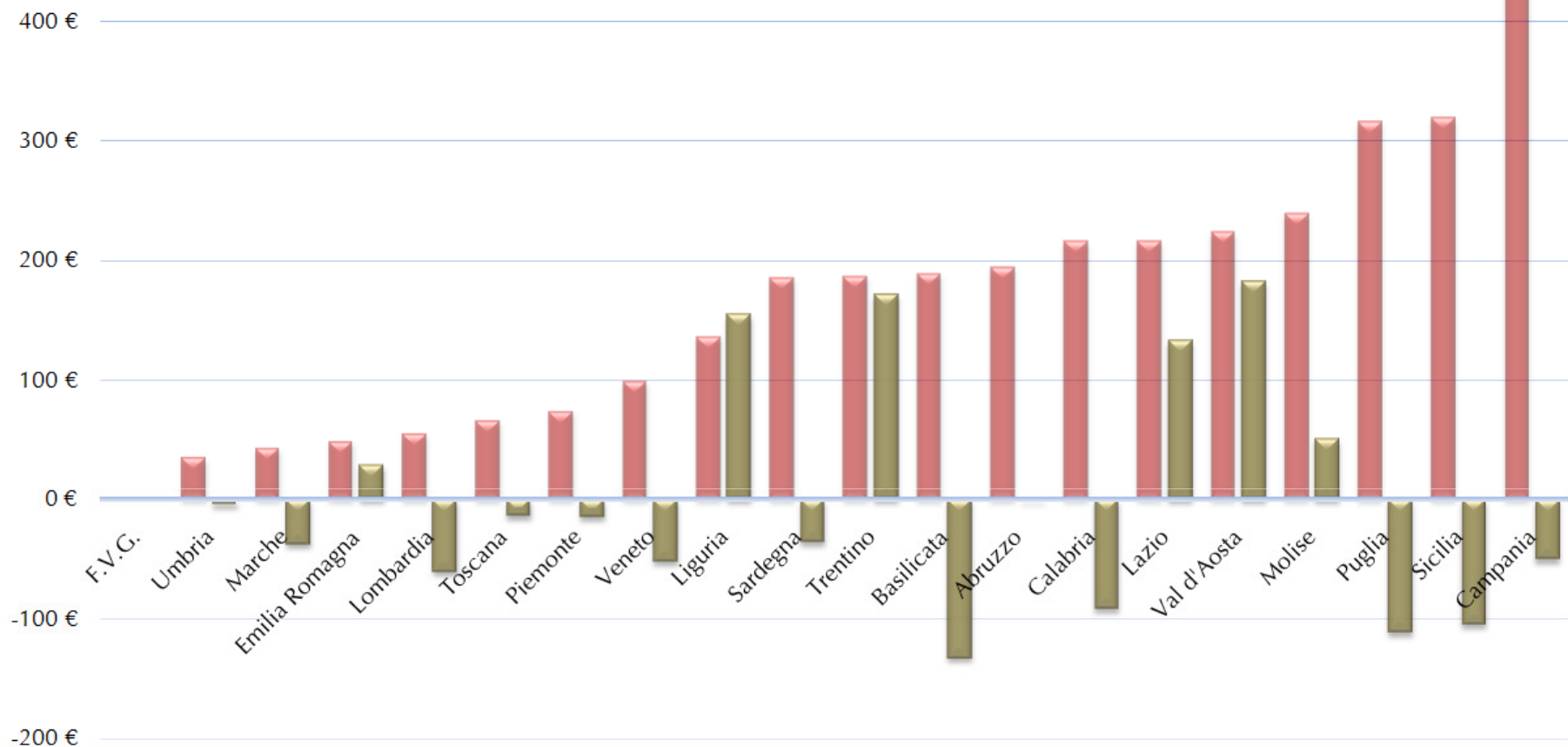
La struttura è la stessa

Medesimo indicatore di qualità

Nuova scelta delle variabili esplicative, con produzione di più scenari alternativi

Serie di dati aggiornate al 2010

Diverso approccio al *benchmarking* spesa-qualità



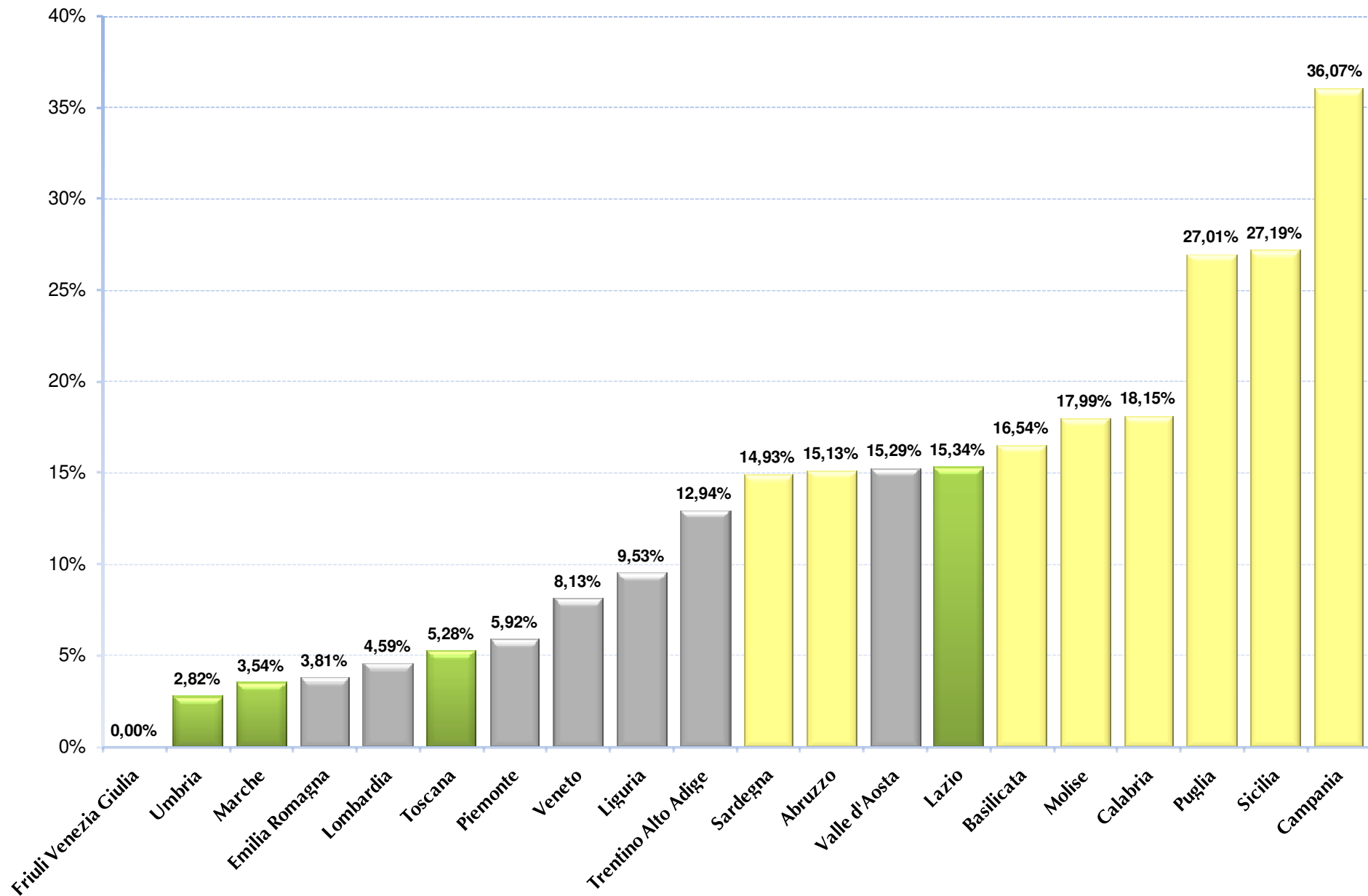
■ **CONTABILITÀ:** differenza tra la spesa corrente *pro-capite* della Regione *i*-esima e quella del Friuli Venezia Giulia; le spese sono calcolate come medie sull'ultimo decennio (in Euro costanti)
■ **STIME:** differenza tra la spesa *pro-capite* ingiustificata della Regione *i*-esima e quella del Friuli Venezia Giulia (i.e. differenza tra gli effetti fissi delle due Regioni)

NOTA 1: Il Friuli Venezia Giulia è la Regione che, dall'analisi *panel*, risulta con il minor effetto fisso, ovvero con la minore quota di spesa non giustificabile grazie alle variabili esplicite
 NOTA 2: La differenza di spesa contabile fra due Regioni può essere espressa come somma della differenza di spiegata dalle variabili esplicative e della differenza di effetto fisso

SANIREGIO 2 – GLI SCOSTAMENTI PRO-CAPITE DALLO STANDARD

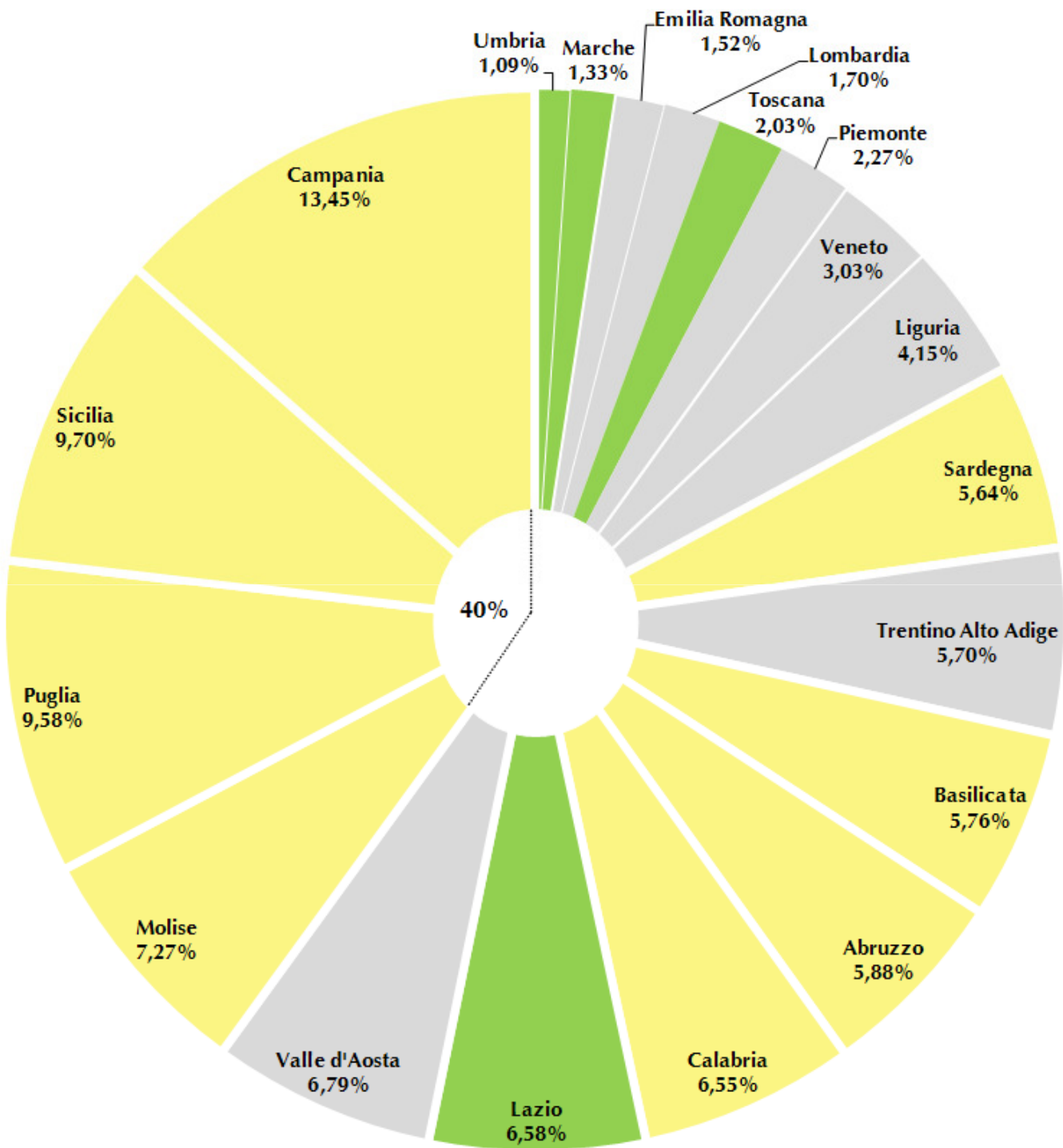
Regione	F.V.G.	Umbria	Marche	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Piemonte	Veneto	Liguria	Sardegna	Trentino Alto Adige	Basilicata	Abruzzo	Calabria	Lazio	Valle d'Aosta	Molise	Puglia	Scilia	Campania
delta di spesa pro-capite corrente non giustificabile in base alle variabili esplicative	0 €	36 €	44 €	50 €	56 €	67 €	75 €	100 €	137 €	186 €	188 €	190 €	194 €	216 €	217 €	224 €	240 €	316 €	320 €	444 €
<i>ranking</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
delta di spesa pro-capite corrente di contabilità	0 €	-5 €	-38 €	29 €	-61 €	-14 €	-15 €	-52 €	155 €	-36 €	171 €	-133 €	0 €	-92 €	133 €	183 €	52 €	-112 €	-105 €	-51 €
<i>ranking</i>	14	12	8	15	5	11	10	6	18	9	19	1	13	4	17	20	16	2	3	7

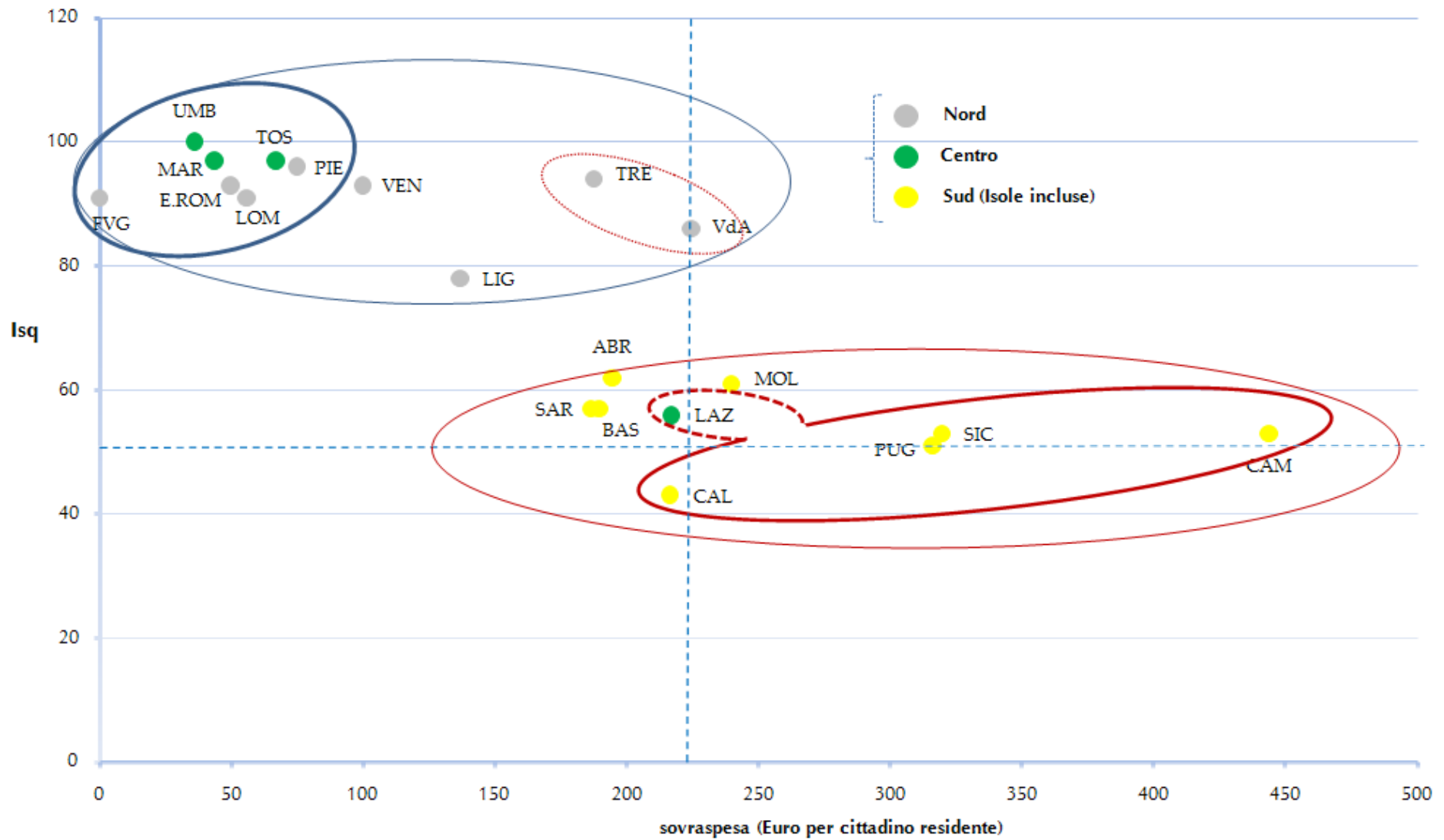
SANIREGIO 2 – GLI SCOSTAMENTI PRO-CAPITE DALLO STANDARD

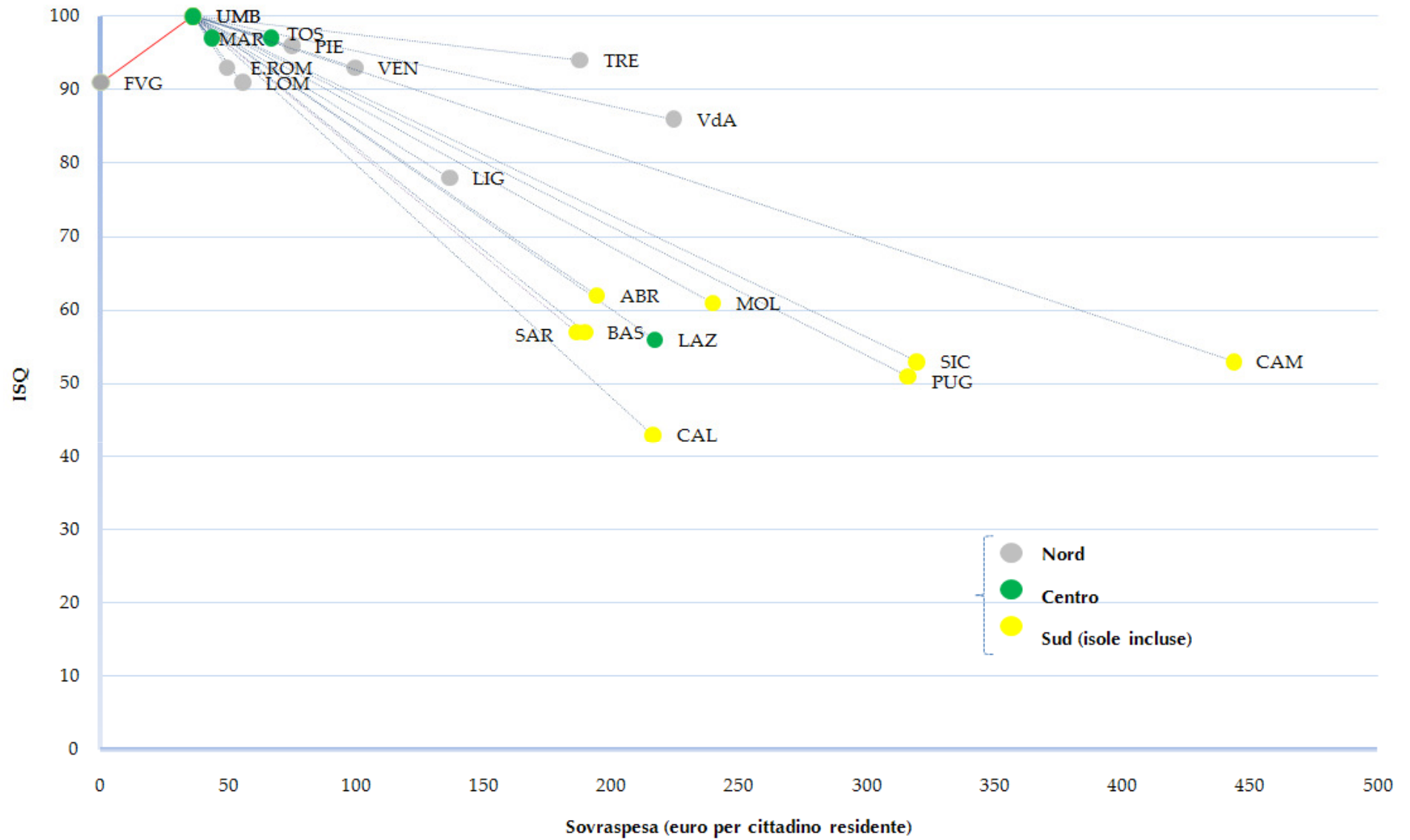


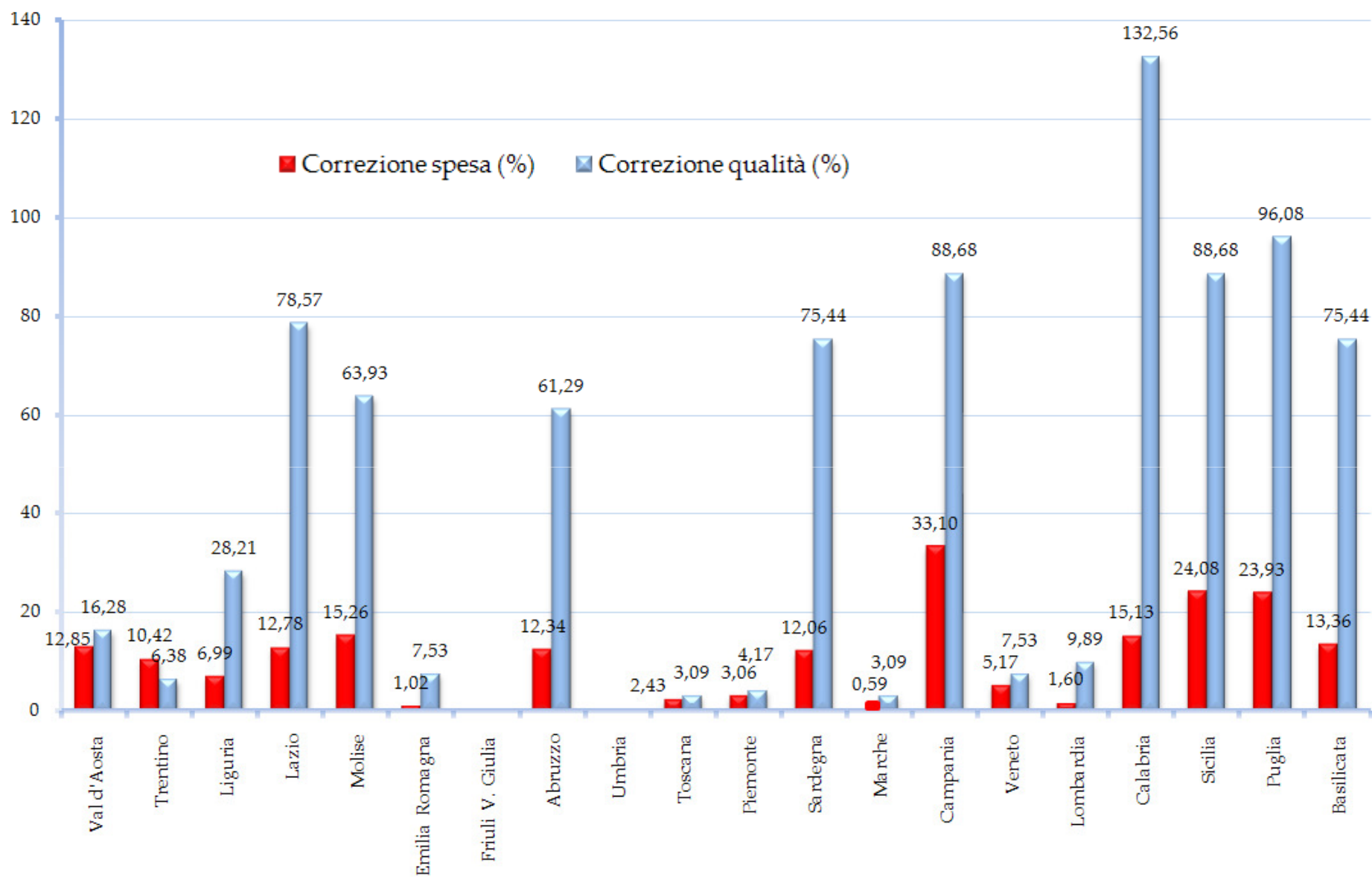
SANIREGIO 2 – SOVRASPESA PRO-CAPITE IN % SPESA CONTABILE

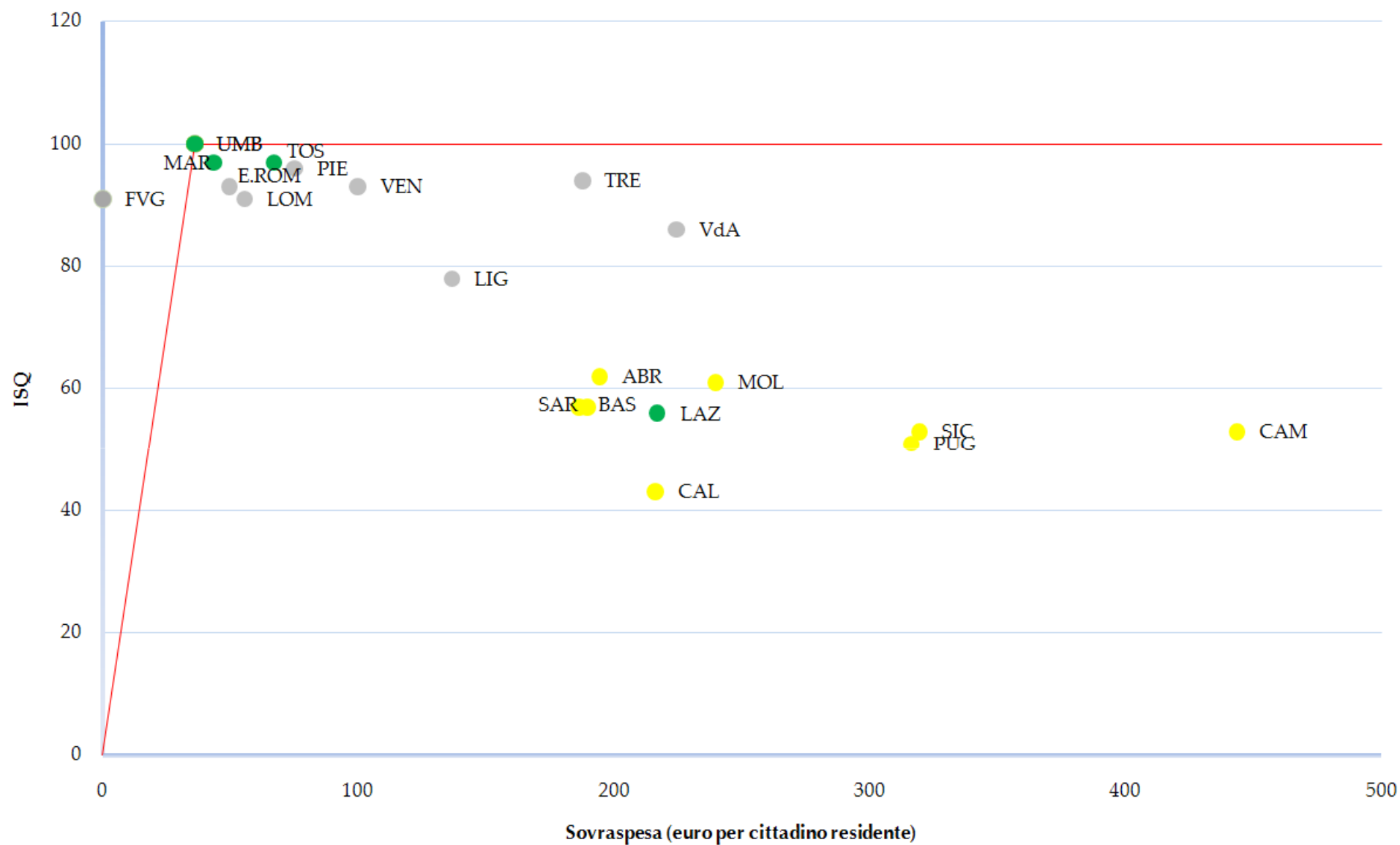
SANIREGIO 2 – DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DELLA SOVRASPESA

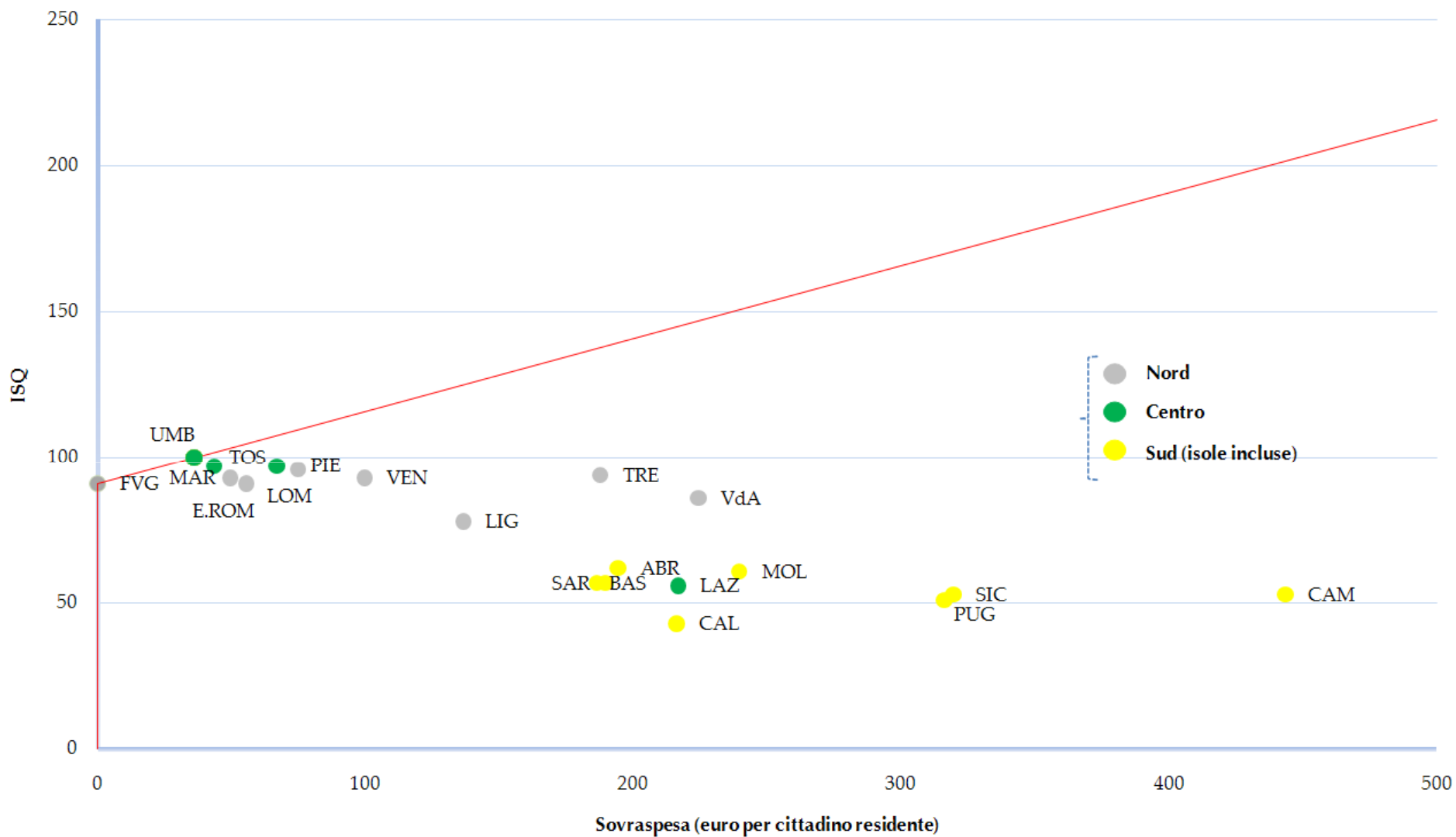


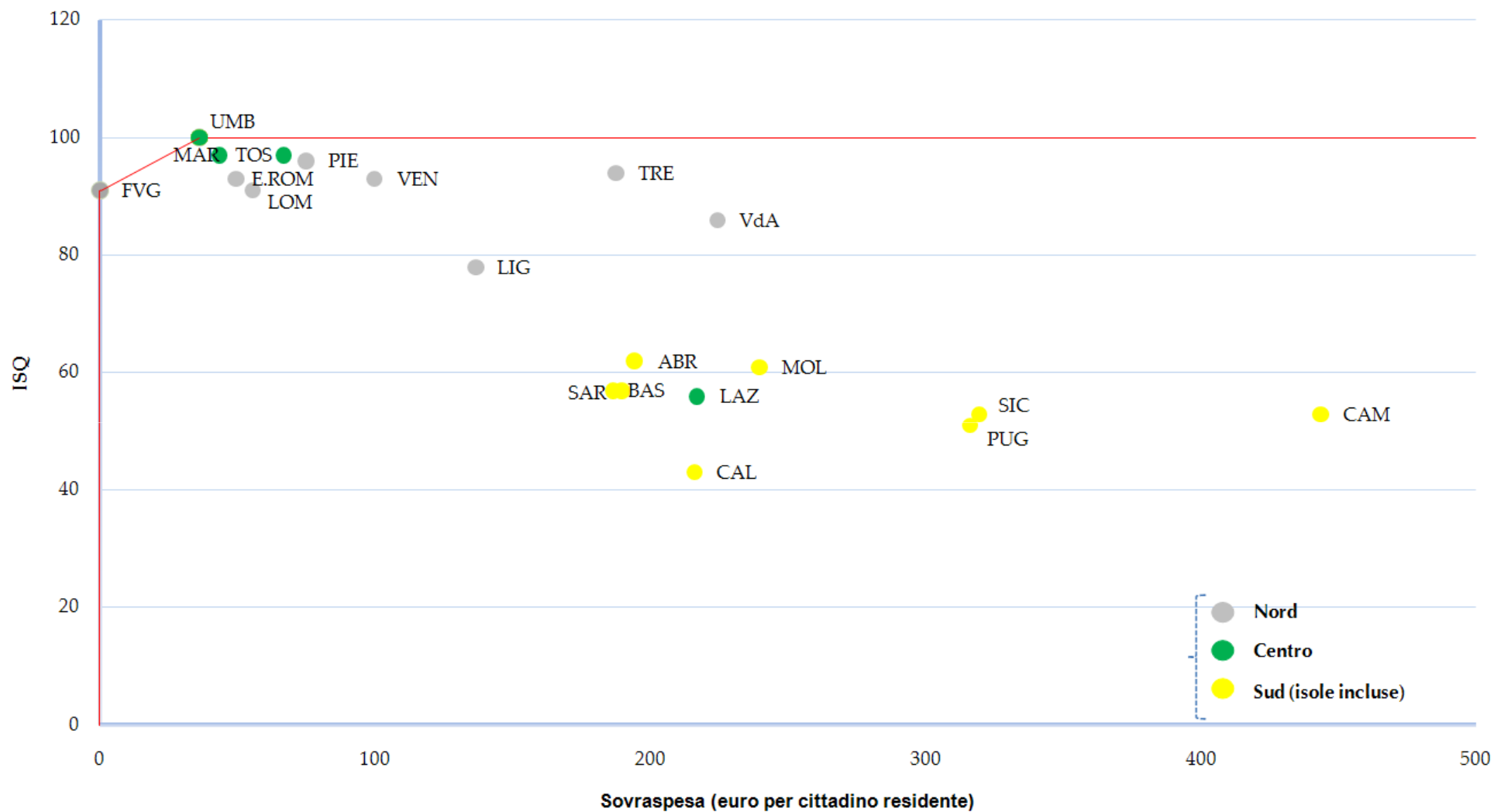


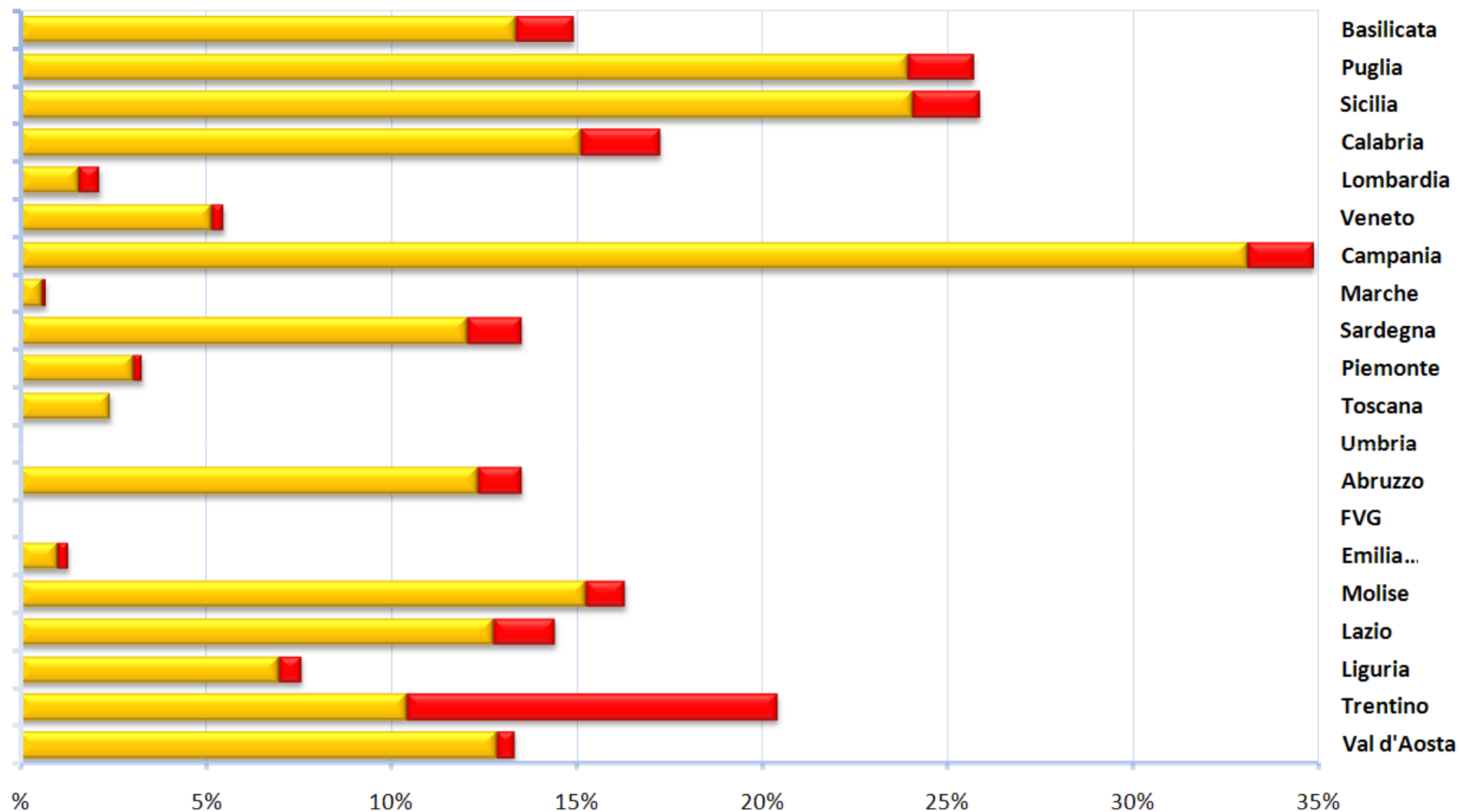












SANIREGIO 2 – INTERVALLO MINMAXDI CORREZIONE %; SCENARI 2, 3, 4

Confermati risultati e conclusioni di SaniRegio 1

Come rendere il *benchmarking* comprensibile e incorporabile nei processi di assegnazione delle risorse?

Come organizzare la transizione verso gli *standard* di spesa corrente? ... E controllare la convergenza?

La qualità dipende anche dalla infrastrutturazione

Il controllo della spesa dipende anche dalla infrastrutturazione

In SaniRegio la spesa è “giustificata” anche sulla base di variabili lato offerta e, tra queste, variabili di infrastrutturazione

La perequazione infrastrutturale aiuterebbe le Regioni a muoversi verso il *benchmark* (in entrambe le direzioni). Come farla e con quali fondi?

STANDARD SU PROFILI DI SPESA

Si selezionano le Regioni che hanno dato esempio di capacità di rispetto della programmazione di spesa e di erogazione di prestazioni di qualità (spesa \approx fabbisogno)

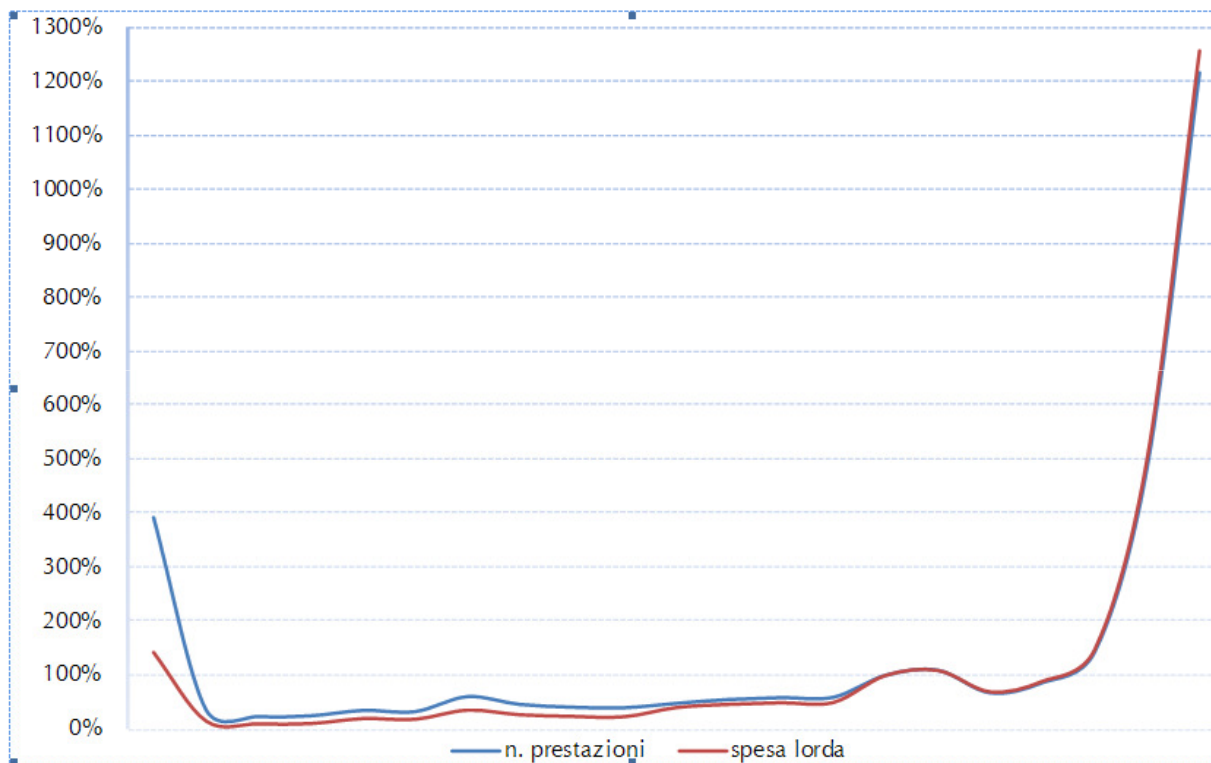
Per le Regioni *benchmark* si calcolano i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età, e i rapporti tra spesa *pro-capite* di persone appartenenti alle diverse fasce di età

I rapporti tra spese *pro-capite* forniscono criterio di ponderazione della popolazione residente utile per la ripartizione del Fsn

I profili assoluti di spesa *pro-capite* delle Regioni *benchmark* possono essere applicati alla struttura demografica di tutte le Regioni, per calcolare la loro spesa *standard* e confrontarla con la spesa contabile a consuntivo

::: Esempi di statistiche di base per Regione :::
 rapporti tra la spesa ospedaliera *pro-capite* delle varie fasce di età - media delle 5 Regioni *benchmark*

SPESA OSPEDALIERA	MEDIA 5 REGIONI BENCHMARK	
	65-69 = 1	
	rapporti tra valori <i>pro-capite</i> per età	
	n. prestazioni	spesa lorda
< 1	391,13%	142,57%
1 - 4	36,90%	16,11%
5 - 9	23,87%	10,47%
10 - 14	25,07%	11,01%
15 - 19	35,03%	20,25%
20 - 24	32,71%	18,91%
25 - 29	60,40%	35,87%
30 - 34	46,09%	27,37%
35 - 39	40,88%	24,27%
40 - 44	39,91%	23,69%
45 - 49	48,21%	40,69%
50 - 54	55,09%	46,51%
55 - 59	58,63%	49,52%
60 - 64	59,25%	50,05%
65 - 69	100,00%	100,00%
70 - 74	109,07%	109,07%
75 - 79	67,37%	69,51%
80 - 84	86,41%	89,21%
85 - 89	143,78%	148,53%
90 - 94	484,37%	500,52%
95 +	1215,51%	1256,23%



BENCHMARKING SU PROFILI DI SPESA

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)				
<i>benchmark = Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto</i>				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.218.150	-304.557	-3,57%
Valle d'Aosta	284.311	225.064	-59.247	-20,84%
Lombardia	16.960.356	16.945.464	-14.892	-0,09%
P. A. Bolzano	1.109.253	808.688	-300.565	-27,10%
P. A. Trento	1.079.192	902.673	-176.519	-16,36%
Veneto	8.817.601	8.518.764	-298.837	-3,39%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	-74.810	-3,08%
Liguria	3.329.996	3.291.155	-38.841	-1,17%
Emilia Romagna	8.101.115	8.129.969	28.854	0,36%
Toscana	6.938.500	7.024.515	86.015	1,24%
Umbria	1.610.768	1.674.834	64.066	3,98%
Marche	2.837.457	2.900.681	63.224	2,23%
Lazio	11.235.677	9.721.172	-1.514.505	-13,48%
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	-35.715	-1,47%
Molise	647.486	587.505	-59.981	-9,26%
Campania	10.476.600	9.013.553	-1.463.047	-13,96%
Puglia	7.362.098	6.709.137	-652.961	-8,87%
Basilicata	1.078.244	1.015.597	-62.647	-5,81%
Calabria	3.728.862	3.374.685	-354.177	-9,50%
Scilia	8.718.556	8.329.419	-389.137	-4,46%
Sardegna	3.112.487	2.848.337	-264.150	-8,49%
ITALIA	110.820.460	104.998.029	-5.822.431	-5,25%

efficiamento della spesa con applicazione dei profili pro-capite benchmark

BENCHMARKING SU PROFILI DI SPESA

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)

benchmark = Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto

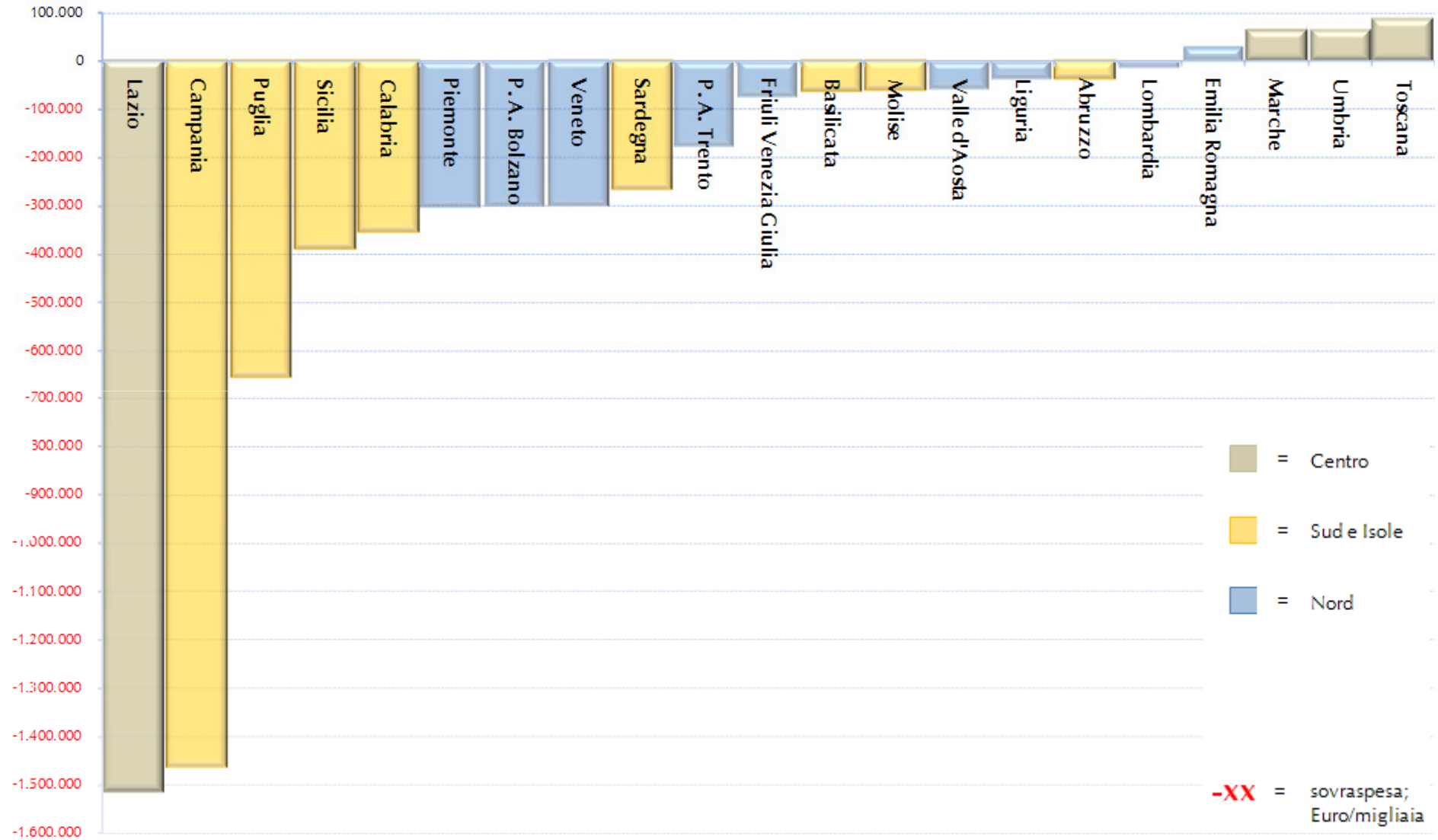
Regioni	Euro/mille	2009			
		effettiva	standardizzata	effettiva in % VA	standardizzata in % VA
Piemonte	8.522.707	8.218.150	6,7%	6,5%	
Valle d'Aosta	284.311	225.064	6,6%	5,3%	
Lombardia	16.960.356	16.945.464	5,2%	5,2%	
P. A. Bolzano	1.109.253	808.688	6,5%	4,7%	
P. A. Trento	1.079.192	902.673	6,7%	5,6%	
Veneto	8.817.601	8.518.764	6,0%	5,8%	
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	6,7%	6,5%	
Liguria	3.329.996	3.291.155	7,6%	7,5%	
Emilia Romagna	8.101.115	8.129.969	5,8%	5,8%	
Toscana	6.938.500	7.024.515	6,5%	6,6%	
Umbria	1.610.768	1.674.834	7,4%	7,7%	
Marche	2.837.457	2.900.681	6,8%	7,0%	
Lazio	11.235.677	9.721.172	6,6%	5,7%	
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	8,4%	8,2%	
Molise	647.486	587.505	10,0%	9,0%	
Campania	10.476.600	9.013.553	10,7%	9,2%	
Puglia	7.362.098	6.709.137	10,3%	9,4%	
Basilicata	1.078.244	1.015.597	9,6%	9,1%	
Calabria	3.728.862	3.374.685	10,9%	9,9%	
Scilia	8.718.556	8.329.419	9,9%	9,5%	
Sardegna	3.112.487	2.848.337	9,1%	8,4%	
(somma/ media) ITALIA		110.820.460	104.998.029	7,8%	7,3%

a) VA = valore aggiunto ai prezzi base (2008; fonte Rgsep)

b) L'incidenza sul VA a livello Paese è la media aritmetica delle incidenze regionali

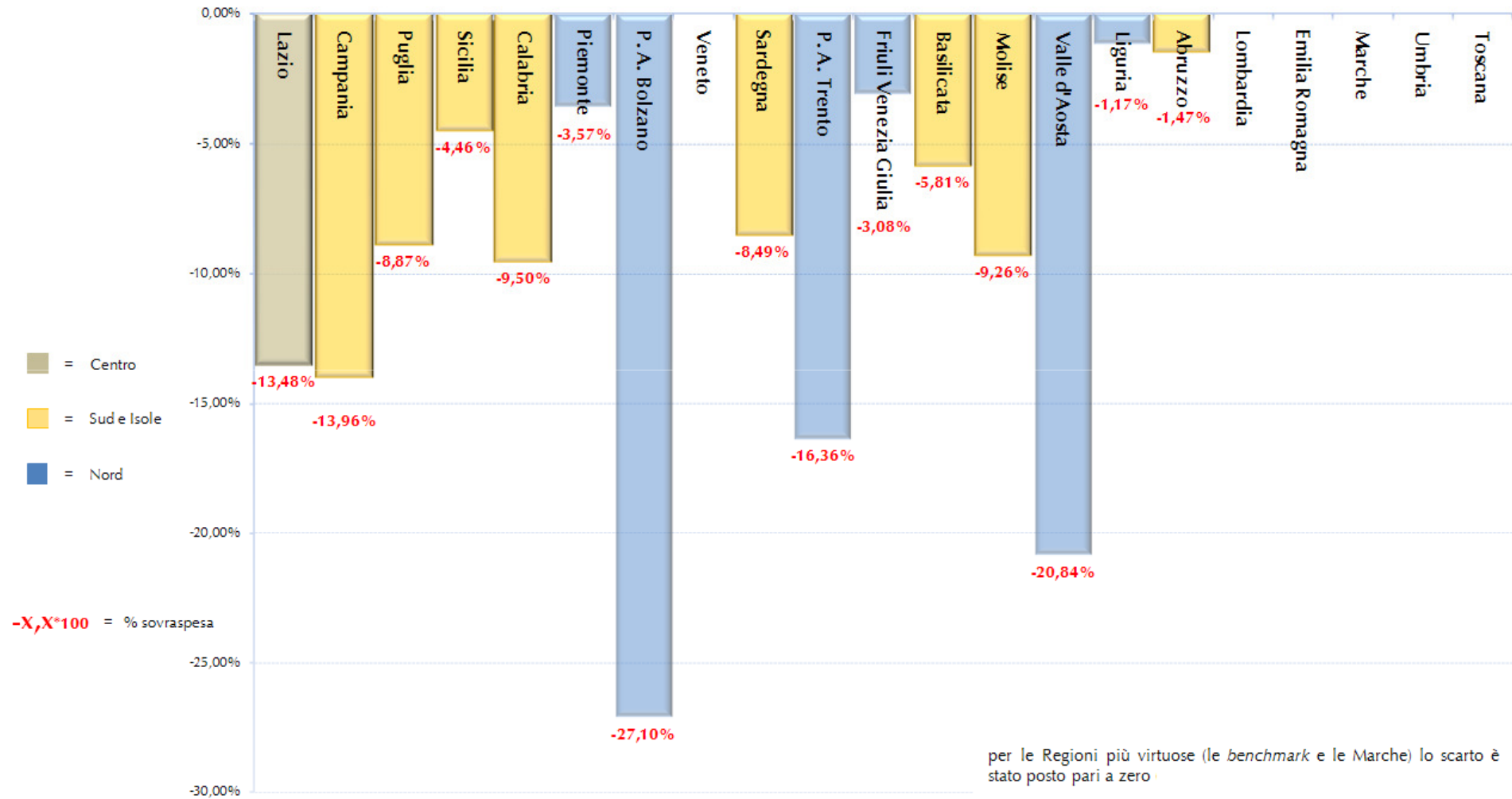
efficiamento della spesa con applicazione dei profili pro-capite benchmark

BENCHMARKING SU PROFILI DI SPESA



efficientamento della spesa con applicazione dei profili pro-capite benchmark

BENCHMARKING SU PROFILI DI SPESA



efficientamento della spesa con applicazione dei profili pro-capite benchmark

Anche da questa terza analisi emergono cospicui valori di sovraspesa (assoluti e %). I dati sono coerenti con i due SaniRegio

Qui la lettura è diversa: applicando i profili di spesa corrente *benchmark*, si chiede a tutte le Regioni di ottenere gli stessi risultati delle Regioni *benchmark*. A tal fine, le si deve porre sullo stesso piano delle *benchmark* dal punto di vista della capacità infrastrutturale

Nei due SaniRegio, la dotazione infrastrutturale “giustifica” la spesa: le Regione più infrastrutturate hanno più possibilità di offrire prestazioni adeguate e di qualità, e la loro spesa trova ragion d’essere

Qui, proprio perché si sta chiedendo a tutte le Regioni di fare esattamente le stesse cose delle *benchmark*, è implicito il funzionamento della perequazione infrastrutturale

La perequazione infrastrutturale, aumentando la qualità e “giustificando” spesa rende i risultati dei tre modelli coerenti tra loro

**Indicatore sintetico di dotazione
infrastrutturale in Sanità
(Istat)**

Nord Ovest	116,4
Nord Est	119,7
Centro	101,8
Mezzogiorno	75,6
<i>Italia</i>	<i>100</i>

il gap infrastrutturale in Sanità

Indicatore sintetico di dotazione infrastrutturale – (CeRM e Ufficio Studi IntesaSanpaolo)		Posizione
Molise	100,0	1
Umbria	77,9	2
Valle d'Aosta	71,7	3
Emilia Romagna	71,7	4
Lazio	70,9	5
Trentino A.A.	69,2	6
Veneto	67,5	7
Marche	67,2	8
Toscana	66,8	9
Friuli V.G.	65,2	10
Liguria	65,2	11
Piemonte	62,8	12
Lombardia	62,3	13
Abruzzo	62,0	14
Sicilia	61,6	15
Calabria	59,1	16
Basilicata	58,4	17
Puglia	54,7	18
Sardegna	53,6	19
Campania	51,0	20

il gap infrastrutturale in Sanità

QUADRO “CONCLUSIVO”

L'applicazione dei profili di spesa *pro-capite* delle Regioni *benchmark* può essere una soluzione operativa percorribile?



Sì. Sono necessarie regole semplici e trasparenti, al riparo da *bargaining* e da opinabilità, e non affette da endogenità con altre variabili di *policy*. Regole facilmente incorporabili nei processi e nei documenti di finanza pubblica ...



Assegnare risorse *pro-capite* identiche per componente di ogni fascia di età mette già in atto un meccanismo di redistribuzione tra territori. La coesione territoriale può essere integrata da perequazione infrastrutturale e da universalismo selettivo (vantaggi) ...



No. La *standardizzazione* deve far riferimento anche ad altre variabili economico-sociali, ed in particolare ad indicatori del grado di deprivazione (povertà assoluta/relativa, povertà grave, etc.)



È uno dei punti in discussione tra Stato e Regioni. Anche in questi giorni a proposito del riparto del Fsn-2011 ...

SU QUESTI PUNTI SI STA DISCUTENDO

QUADRO “CONCLUSIVO”

Standardizzare serve liberare risorse da reinvestire nel Ssn, o a ridurre stanziamenti in bilancio? Serve una risposta chiara ..

La decretazione sul fondo di perequazione infrastrutturale è ancora incompleta (quante risorse? su quale orizzonte si riescono a programmare i fondi?)

Manca un raccordo responsabile tra risorse disponibili e perimetro dei Lea. Possiamo permetterci universalismo assoluto?

La base contabile delle Asl e delle Ao è gravemente deficitaria.

Manca un sistema contabile omogeneo e trasparente.

Anche su questo punto, è marcata la ripartizione geografica

Anche una volta ricordate le risorse disponibili con il perimetro dei Lea, che cosa accade nel caso di congiuntura avversa e di manovre correttive?

In Italia pesano debito pubblico e bilancio “sclerotico” ...

È opportuno continuare a mantenere distinti il Fsn corrente e capitale?

SU QUESTI PUNTI SI STA DISCUTENDO

DINAMICA STORICA E PROIEZIONI

***GOVERNANCE* FEDERALISTA**

REGOLAZIONE E *MULTIPILLAR*

cenni rapidi

REGOLAZIONE E SELETTIVITÀ

L'aggiustamento verso gli *standard* non deve andare a discapito dell'adeguatezza delle prestazioni e dell'equità di accesso

Tra vincoli di bilancio e obiettivi finanziari, uno snodo importante per salvaguardare le finalità redistributive ed equitative è il passaggio all'universalismo selettivo => compartecipazioni ai costi graduate per condizioni economiche-patrimoniali e condizioni sanitarie (singolo/famiglia)

La compartecipazione responsabilizza e trasmette il valore della prestazione

La compartecipazione (graduata e bilanciata) aumenta la coesione sociale, all'interno del territorio e tra territori

Un impianto di universalismo selettivo aumenterebbe le possibilità di *governance* durante i periodi di congiuntura avversa e quando si rendono necessarie manovre correttive di finanza pubblica (flessibilità, plasticità della politica sanitaria)

regolazione e universalismo selettivo

CE LA FARÀ LA RIPARTIZIONE?

La pressione sui redditi (da lavoro e non) anno per anno prodotti diventerà sempre più forte, con probabili **effetti distorsivi e depressivi** e di **razionamento**

Soglie incompatibili con il funzionamento dell'economia e il finanziamento degli altri istituti di *welfare* a finalità redistributiva

La stesso problema della ripartizione si ripresenta, con modalità solo apparentemente diverse, nella **mutualità privata** (le società di mutuo soccorso) e nel **pooling assicurativo** (i contratti di assicurazione sia individuali che collettivi)

Spostare il finanziamento dal pubblico al privato di per sé non muta i termini della sostenibilità della spesa, se non si inseriscono quote di accumulazione reale

quale finanziamento?

INTERGENERATIONAL ACCOUNTING REGIONALE

Variazioni degli indici di dipendenza strutturale

se si realizzano obiettivi occupazionali Lisbona-Stoccolma (scenario demografico ISTAT "centrale")

	2025				2050			
	strutturale		strutturale effettivo *		strutturale		strutturale effettivo *	
Nord Ovest	60,5	8,1	86,4	6,9	81,1	28,7	115,9	36,3
Nord Est	58,9	6,5	84,1	6,6	79,7	27,3	113,9	36,3
Centro	60,4	7,6	86,3	2,3	83,6	30,8	119,4	35,5
Mezzogiorno	60,0	10,2	85,7	-24,2	93,1	43,3	133,0	23,1

l'indice strutturale effettivo considera gli occupati effettivi

** con tasso di disoccupazione Lisbona-Stoccolma; la colonna di destra riporta i p.p. di variazione rispetto ad oggi*

quale finanziamento?

INTERGENERATIONAL ACCOUNTING REGIONALE

Variazioni degli indici di dipendenza strutturale

se le aree geografiche falliscono i *target* Lisbona-Stoccolma (i livelli occupazionali restano quelli attuali)

e gli occupati sono pesati per livello di produttività attuale (produttività del Nord Ovest = 100%; scenario demografico ISTAT "centrale")

	2025				2050			
	strutturale		strutturale effettivo corretto per produttività*		strutturale		strutturale effettivo corretto per produttività*	
Nord Ovest	60,5	8,1	91,8	12,3	81,1	28,7	123,1	43,6
Nord Est	58,9	6,5	91,0	10,0	79,7	27,3	123,1	42,2
Centro	60,4	7,6	101,9	12,8	83,6	30,8	141,0	51,9
Mezzogiorno	60,0	10,2	167,3	28,4	93,1	43,3	259,6	120,7

l'indice strutturale effettivo considera gli occupati effettivi

** con tasso di disoccupazione attuale ; la colonna di destra riporta i p.p. di variazione rispetto ad oggi*

quale finanziamento?

RAGIONE E DILEMMA DEL FEDERALISMO

Le Regioni più inefficienti nella spesa corrente sono anche le stesse che:

(1) Forniscono prestazioni di minor qualità

(2) Hanno la minor dotazione infrastrutturale (indicatori Istat e CeRM - IntesaSanpaolo)

(3) Sperimenteranno un più rapido processo di invecchiamento nelle prossime decadi

(4) Nei prossimi anni subiranno il processo di deterioramento più marcato negli indicatori di dipendenza strutturale, sia quelli demografici puri che quello corretti per occupazione e produttività

Il Federalismo rappresenta la cura per il divario territoriale, ma i *gap* di partenza non vanno sottovalutati perché possono pesare sul buon esito della trasformazione federalista

quale finanziamento?

I VANTAGGI DEL MIX

La ripartizione è essenziale per l'universalismo e la redistribuzione, ma è «**risorsa scarsa**». Oltre una certa soglia genera distorsioni. Non può essere «monopolizzata» da pensioni e sanità perché ci sono altri istituti a finalità redistributiva da sostenere

La ripartizione, oltre una certa soglia, è percepita come **imposizione**. L'accumulazione come **predisposizione di redditi** che restano nella piena disponibilità/appropriabilità individuale

La ripartizione può contare solo su **redditi interni già prodotti**. L'accumulazione **prepara per tempo** le risorse e può rivolgersi anche a opportunità di **rendimento internazionali**

La ripartizione è **statica**. L'accumulazione è **dinamica**

Finalità redistributive possono essere perseguite anche tramite la **fiscalità che vale sull'accumulazione**

I VANTAGGI DEL MIX

Opportunità di rendimento internazionali guadagnerebbero **base imponibile** al Fisco nazionale e, nella misura in cui i risparmi trovassero valide opportunità di investimento all'interno, si darebbe impulso alla **capitalizzazione dell'economia**

Ovviamente l'accumulazione non è una panacea. Le mancano alcune proprietà positive e salienti sia della ripartizione (è il canale più adatto alla coesione inter e inter generazionale e alle finalità redistributive) che della mutualità e della copertura assicurativa (contro grandi eventi avversi, l'accumulazione potrebbe non essere capiente o, se lo è, potrebbe venire in larga parte assorbita)

Inoltre, **va evitato anche un eccesso di accumulazione reale** che esporrebbe troppo al rischio di mercato e potrebbe essere esso stesso fonte di instabilità dei mercati (in concomitanza con i flussi di investimento e di disinvestimento)

I VANTAGGI DEL *MIX*

La mancanza di sufficienti quote di accumulazione reale nel finanziamento della sanità riguarda sia Europa che Stati Uniti

Uno degli aspetti più importanti di quel «territorio di mezzo», verso cui cominciano ad avvicinarsi i sistemi sanitari dell'Europa e degli Stati Uniti, è proprio il **riproporzionamento dei diversi criteri di finanziamento**, in un *mix* che permetta di coglierne gli aspetti positivi e di controbilanciarne quelli negativi

Lungo questa strada, sia per l'Europa che per gli Stati Uniti la sfida è quella di **inserire una quota sufficiente di accumulazione reale** nel sistema di finanziamento della sanità, e di farlo mantenendo gli obiettivi fondamentali del sistema

ALL'INDOMANI DEI DECRETI TURCO/SACCONI

I Lea/Lep hanno definizione potenzialmente onnicomprensiva

Si è confermata/compiuta la scelta di favorire i fondi complementari al Ssn, ma il perimetro di complementarità è vago, cambierà nel tempo e forse anche nello spazio (Regioni, Enti Locali) => problemi di incompletezza contrattuale

I fondi sanitari **non sono tenuti all'accumulazione reale** delle risorse (come invece i fondi pensione post D. Lgs. 124/1993)

Non esistono regole per la *governance* (come per i fondi pensione)

Il complesso della fiscalità agevolata (anche quella che riguarda out-of-pocket, mutuo soccorso e assicurazioni) sembra non rispondere a un disegno organico su finalità e strumenti (servirebbe una «manutenzione» straordinaria del Tuir)

IL FONDO *WELFARE*

Le due finalità, pensione complementare e sanità complementare, potrebbero essere perseguite **attraverso un solo strumento** (fondi *welfare*), che gestisse sui mercati programmi di risparmio di lungo termine con:

- (a) Possibilità di smobilizzo del montante per far fronte alle esigenze sanitarie minori (inclusi i *copay*)
- (b) Utilizzo ogni anno di quote del montante per pagare premi di assicurazioni collettive, in particolare riferiti a eventi «catastrofici» o prestazioni di invalidità/inabilità (*Ltc*)

LA FISCALITÀ AGEVOLATA

La fiscalità agevolata per la sanità complementare è oggi molto frastagliata

Spending review di tutti i riferimenti nel Tuir e nelle leggi collegate. Riorganizzazione secondo una logica che in maniera trasparente e proporzionata colleghi il sostegno fiscale alla finalità e allo strumento per perseguirla

Detrazione con struttura «piramidale»: se la spesa *out-of-pocket* per finalità «a» e «b» gode di detraibilità all'x% entro le soglie «amax» e «bmax», il contributo allo strumento organizzato che persegue le finalità «a» e «b» (qualunque esso sia, sms, fondo, assicurazione) sarà detraibile all'x% entro la soglia «amax+bmax»

Stesse basi fiscali per far emergere le capacità dei vari strumenti di far fronte alle esigenze di finanziamento

IL PERIMETRO DI OPERATIVITÀ

I fondi «doc» sono vincolati agli *extra* Lea e ai *copay* sui Lea. Il presidio pubblico pressoché totale e la mobilità, nel tempo e nello spazio, del confine tra Lea ed *extra* Lea complicano lo sviluppo del pilastro privato. Universalismo selettivo e aggregazioni tra operatori aiuteranno ma ...

... vagliare anche la possibilità di sganciare l'operatività dal perimetro degli *extra* Lea. Ragioni:

- (a) Su alcune prestazioni, come la *Ltc*, **l'universalismo dovrà divenire fortemente selettivo nei mezzi;**
- (b) Se si realizzano i fondi *welfare*, le **agevolazioni fiscali vengono concesse per l'insieme delle funzioni** (non c'è il paradosso di agevolazione concessa per finalità non meritoria);
- (c) Il finanziamento privato dei Lea non necessariamente si traduce in segmentazione dell'offerta. Potrebbe addirittura **umentare le risorse pro-capite disponibili all'interno del servizio pubblico** (effetto disingorgo, effetto *benchmarking*)

PUBBLICAZIONI

EDITORIALI

SULLA STAMPA

CONNESSIONI Editoriale sull'economia

SANITÀ

I numeri del Federalismo in Sanità

Working Paper CeRM: Benchmarking e Standard su profili di spesa per età

Questo Working Paper porta un esempio di criterio di ripartizione del Fsn tra le Regioni. Il criterio rimane coerente, in termini generali, con le indicazioni contenute nel "Decreto legislativo in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ... [[?\]](#)

PENSIONI E WELFARE

L'integrazione pubblico-privato nel finanziamento della sanità e ...

Quaderno CeRM n. 3-2010

Il Quaderno contiene una dettagliata ricostruzione dell'evoluzione del quadro normativo relativo agli strumenti di copertura della spesa privata per sanità e assistenza alla persona: dall'out-of-pocket, ai fondi sanitari vecchi e nuovi, alle società di mutuo ... [[?\]](#)

FARMACEUTICA

La regolamentazione delle farmacie in Italia

Tentativi di riforme, ostacoli e incertezze

All'indomani dell'audizione del Presidente dell'Agcm Antonio Catricalà in Commissione Igiene e Sanità del Senato, questo Wp fa il punto sullo stato della distribuzione al dettaglio del farmaco in Italia. Si ripercorre l'evoluzione normativa e regolamentare ... [[?\]](#)

ISTITUZIONI, FINANZA PUBBLICA E CRESCITA

Una proposta di regole a regime per la ripartizione del Fsn

Nel tracciato del decreto sui fabbisogni standard e per completarlo

Rimanendo nel tracciato indicato dalla Legge n. 42/2009 e dal recente decreto sui fabbisogni standard (licenziato dal CdM e ora al vaglio delle Commissioni), si avanza una proposta sulle regole che dovranno presiedere, dopo la fase di transizione, alla ... [[?\]](#)

Commenti

LAVORO

È nata prima la retribuzione o la produttività?

LIBERALIZZAZIONI E REGOLAZIONE

Il prezzo di riferimento e le gare sui farmaci off-patent: quanta confusione ...

UNIVERSITÀ

L'università alla prova della governance

GRAFICI E SCHEDE PER CAPIRE 

