CeRM
Competitività Regole Mercati
Competitiveness Rules Markets

- commento per QS -

Ripensare il finanziamento in sanità
La preoccupazione di assicurare risorse adeguate e sostenibili spesso confusa con il tentativo di tagliarle

di Fabio Pammolli[1] *e Nicola C. Salerno*[2]

Il tema è ritornato alla ribalta dopo le recenti dichiarazioni del Presidente Monti sulle difficoltà di reperire risorse per la copertura del fabbisogno sanitario, e sulla necessità di progettare correttivi al sistema di finanziamento.

Argomento complesso e delicato, che meritava di essere introdotto diversamente, non con una esternazione incidentale all'interno di un discorso dedicato ad altro e che poi non ha lasciato il tempo per precisazioni. Ha avuto, tuttavia, il pregio di riaccendere il dibattito, quanto a lungo e con quali risultati questo dipenderà dal senso di responsabilità di politici, amministratori e tecnici.

Per evitare posizioni ideologiche e non confondere strumenti e fini, è essenziale affidarsi il più possibile a riferimenti oggettivi. In percentuale del Pil, oggi l'Italia dedica alla sanità risorse pubbliche leggermente inferiori rispetto ai Paesi europei più direttamente comparabili, inferiori rispetto agli Stati Uniti.

Bisogna però aggiungere alcune osservazioni:

- Ormai da tanti anni, quando si parla di spesa sanitaria, in Italia ci si riferisce a quella di parte corrente, mentre è trascurata e sottovalutata la componente in conto capitale;
- Una parte consistente della spesa di assistenza continuata ai non autosufficienti non è a carico del Ssn, ma dell'Inps (l'assegno di accompagnamento) e dei Comuni (un universo ancora non completamente censito);
- La poca trasparenza dei bilanci di Asl e Ao crea il rischio concreto che porzioni di spesa non vengano correttamente e tempestivamente contabilizzate (si pensi ai debiti commerciali sommersi che si accumulano per ritardi nei pagamenti) o aggregate (le unità di spesa del Ssn non hanno una contabilità omogenea);
- Le analisi di *benchmarking* dimostrano l'esistenza di sacche di inefficienza, sia produttiva che allocativa, annidate soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno e in alcune Regioni a statuto speciale del Nord;

[1] Presidente e Direttore del CeRM (www.cermlab.it).
[2] Senior Economist del CeRM.

— Se l'osservazione dei casi reali qualcosa ci deve comunicare, i segnali che arrivano dalle unità di spesa decentrate sono di urgenti bisogni di maggiori risorse, in mancanza delle quali le file di attesa si allungano, le strutture invecchiano, la qualità si indebolisce, anche beni e servizi intermedi cominciano divenire di difficile acquisizione.

Tutti elementi che vanno adeguatamente soppesati quando ci si interroghi su quante risorse sarebbero necessarie e quante il Paese è in grado di realisticamente dedicare al suo sistema sanitario. Le difficoltà sono state ovviamente acuite dalla crisi. La caduta del Pil ha di fatto azzerato una decina di anni di bassa crescita, riportando indietro alla fine degli anni Novanta. E davanti ci sono prospettive di ripresa lenta e incerta. Le cause non sono certo da cercare nella sanità, ma ignorare i contraccolpi sulle possibilità di finanziamento significa costringere il Ssn a "navigare al buio".

L'elevato debito pubblico, che drena ogni anno interessi per circa 5 p.p. di Pil, e la sclerosi che da sempre contraddistingue la composizione del bilancio Italia, suggeriscono che aumentare il grado di selettività della spesa sia una leve importante, forse l'unica attivabile in tempi rapidi, per governare in maniera responsabile e trasparente il *trade-off* tra fabbisogno e risorse. Selettività significa soprattutto *copayment intelligenti*, graduati a seconda delle caratteristiche del singolo e del nucleo familiare, e coordinati tra Stato e Regioni (non 21 modelli per quante Regioni e Province Autonome ci sono!). Tenuto conto che il Ssn italiano ha l'impronta universale assoluta con cui è nato circa 35 anni fa, con tutte le prestazioni categorizzate come essenziali e bassi, quasi nulli e scomposti sul territorio schemi di *copay*, muovere in questa direzione è tutt'altro che una scelta estremista e sminuente le funzioni redistributive ed equitative. Significherebbe microfondarle per garantirle sempre, anche durante anni difficili per l'economia e la finanza pubblica. Una prima lettura delle affermazioni di Mario Monti è questa: serve introdurre selettività.

Sin qui le ragioni esposte sono "interne", nel senso che le difficoltà di reperire risorse per il Ssn rimandano a caratteristiche del sistema economico e del sistema sanitario italiano, amplificate dalla crisi. Ci sono altre ragioni per interrogarsi sull'ammodernamento del finanziamento della sanità, che non riguardano solo l'Italia ma coinvolgono tutti Paesi a economia e *welfare* sviluppati, senza distinguo per quelli a tradizione *bismarkiana* e *beveridgiana*, addirittura tra quelli a prevalenza di finanziamento pubblico via ripartizione (*pay-as-you-go*) e a prevalenza fi finanziamento privato tramite assicurazioni. Queste ragioni hanno a che fare con i *trend* futuri del fabbisogno.

Come bisogna evitare allarmismi, vanno evitati anche i "tranquillismi". Dal Dopoguerra ad oggi, l'incidenza della spesa sanitaria corrente sul Pil è raddoppiata o più che raddoppiata in Italia e nei Paesi comparabili con l'Italia. Non solo non si ravvedono ancora segnali di saturazione, ma i *trend* di crescita storici sono avvenuti nonostante le politiche di

stabilizzazione che in alcuni casi, come per l'Italia nella fase di ricompattamento delle finanze pubbliche prima dell'ingresso nell'Euro, sono state anche molto incisive (forse il motivo principale per cui si destinano ancora oggi meno risorse della media). Se nei prossimi 50 anni il *trend* dovesse posizionarsi anche soltanto al di sotto della metà di quello visto sinora, non solo il sistema italiano, ma qualunque sistema sanitario oggi esistente nei Paesi sviluppati, andrebbe incontro a difficoltà enormi per governare in maniera positiva una simile pressione.

Scenari di proiezioni focalizzati sull'invecchiamento della popolazione, e senza adeguato spazio per i *driver extra*-demografici (elasticità della domanda al Pil, effetto "Baumol" sui costi, ricerca e innovazione, formalizzazione delle cure ai non autosufficienti, etc.) sono a rischio di sottostimare in maniera significativa le future esigenza di spesa. Eppure sono questi gli scenari incorporati negli annuali Programmi di Stabilità dei *Partner* Ue.

Di fronte all'incertezza dei *trend*, l'altra caratteristica chiave (dopo la selettività), su cui solo adesso si cominciano ad approfondire i confronti e a cui Mario Monti alludeva, è la combinazione di ripartizione e accumulazione reale nel finanziamento. Per alcuni Paesi, come l'Italia, questo cambiamento implica l'iniezione di quote di accumulazione reale da affiancare al *pay-as-you-go* pubblico. Per altri Paesi, come gli Stati Uniti, implicherebbe la trasformazione del pilastro di finanziamento privato, già esistente, da un modello incentrato su contratti assicurativi (il *pooling* assicurativo è un *pay-as-you-go* su scala minore) ad uno con uno spazio maggiore e sufficiente di accumulazione reale. Accumulazione reale significa investimenti *ad hoc* di lungo termine, gestiti in maniera tale da permettere, con i loro frutti, la copertura di esigenze di spesa sanitaria futura. Un ribilanciamento di *pay-as-you-go* e accumulazione reale, questo è lo snodo su cui ragionare.

Per dettagli sulla *ratio* di questo ribilanciamento, e soprattutto sui collegamenti tra il ribilanciamento e la selettività nell'universalismo, si rimanda ai consigli di lettura in calce. Il discorso diverrebbe lungo e anche complesso. Qui in conclusione si desidera sottolineare alcuni distinguo, spesso ignorati nel dibattito e invece essenziali per giudicare con equilibrio e imparzialità le riforme del finanziamento:

- Ricercare l'affidabilità delle proiezioni di spesa, guardando al di là del *driver* dell'invecchiamento, non è, in sé, una posizione tesa a sminuire e ridimensionare il sistema sanitario pubblico. Anzi, il contrario. Far trovare, improvvisamente, il sistema sanitario pubblico non all'altezza dei compiti, questo sì che lo metterebbe a repentaglio;
- La selettività dell'universalismo microfonda i flussi di redistribuzione delle risorse. Più capaci si è di capire da dove i flussi provengono (persone e anche Regioni) e a chi sono destinati (persone e Regioni), più alta è la qualità del sistema redistributivo e al sua capacità di essere adeguato ai bisogni;
- Studiare soluzioni di ribilanciamento tra *pay-as-you-go* e accumulazione reale non ha, di per sé, nessun collegamento obbligato con la sostituzione dell'offerta

pubblica (strutture del Ssn) con operatori privati (cliniche, ambulatori, specialisti sotto convenzione). Anzi, l'effetto potrebbe essere addirittura l'opposto: più risorse dedicabili alla sanità, sia per esigenze correnti che capitali, eviterebbero spostamenti sull'offerta privata causati dalle file d'attesa, o dall'incapacità a coprire adeguatamente alcuni Drg, o dalla ricerca di sistemazioni di vitto e alloggio più confortevoli. Diversificare il finanziamento non vuol dire dedicare le risorse del nuovo canale ad accumulazione reale ad operatori privati. Di sicuro gli operatori privati vedranno aumentare il loro ruolo, se il Ssn si troverà in difetto di risorse sufficienti per fronteggiare i fabbisogni;

— Adottare un canale di finanziamento ad accumulazione reale non implica ridurre le potenzialità redistributive e coesive. Tutto dipende da come lo si disegna, da come lo si incentiva, da come lo si collega con la selettività dell'universalismo, da come lo si rapporta la *pay-as-you-go* pubblico di base. Più risorse canalizzabili, in maniera sostenibile, sulla stessa finalità, la salute, sono una opportunità, con esiti che dipendono dalle scelte si fanno. Che dipendono da noi.

Sarà un tema ricorrente nei prossimi anni. Prepariamoci a discuterlo nelle modalità più trasparenti e libere da "campanilismi" ideologici.

Roma, lì 10 Dicembre 2012

Per saperne di più dal sito del CeRM:

Demography, Sustainability, Growth
http://www.cermlab.it/articoli/demography-sustainability-growth-notes-on-the-future-of-the-european-social-market-economy (di Fabio Pammolli)

Welfare Funds
http://www.cermlab.it/articoli/open-capitalisation-funds-covering-both-pension-and-health-care-provisions (di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno)

I trend della spesa sanitaria e le ragioni del finanziamento multipillar con componente ad accumulazione reale
http://storico.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=51 (di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno)

I trend della spesa sanitaria e le ragioni del finanziamento multipillar con componente ad accumulazione reale
http://storico.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=51 (di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno)

Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare
http://storico.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=19 (di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno)

La sanità e la barriera della produttività
http://storico.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=15 (di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno)

Relazione e slides Convegno Aies, Torino
http://storico.cermlab.it/_documents/TORINO_AIES_SALERNO.pdf
http://storico.cermlab.it/_documents/slide_SALERNO_AIES.pdf (di Nicola C. Salerno)

La riforma del Welfare, il Paygo, i nuovi Ammortizzatori del Mercato del Lavoro
http://storico.cermlab.it/argomenti.php?group=lavoro&item=96 (di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno)