

ECONOMIA SANITARIA

LA REALTÀ DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Introduzione

La crescita della spesa sanitaria è stato uno dei problemi che più hanno sorpreso e preoccupato i responsabili delle politiche sociali dei paesi sviluppati.

Quali fattori di ordine socio-economico hanno influenzato tale fenomeno?

- Aumento della popolazione assistita;
- Ampliamento della gamma di prestazioni erogate;
- L'estensione dei livelli di copertura;
- La dilatazione della domanda individuale di servizi;
- La lievitazione dei costi di produzione.

Introduzione

Numerose analisi empiriche evidenziano una correlazione positiva fra il reddito pro capite e l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo. A mano a mano che il reddito aumenta, le risorse destinate alla salute tendono a crescere in termini non soltanto assoluti ma anche relativi.

Tale correlazione vale sia nel tempo sia nello spazio e, in questo secondo caso, è rilevabile sia a livello internazionale sia intra-nazionale.

Il miglioramento delle condizioni di vita, l'aumento dei livelli d'istruzione, le modificazioni dell'ambiente di lavoro, l'invecchiamento della popolazione, il progresso scientifico in campo medico, sono fattori che comportano un aumento della spesa sanitaria pro capite più rapido di quello del reddito guadagnato.

1. Le dimensioni della spesa sanitaria totale

L'evoluzione della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) nel nostro Paese ha seguito in linea di massima le tendenze riscontrate a livello internazionale.

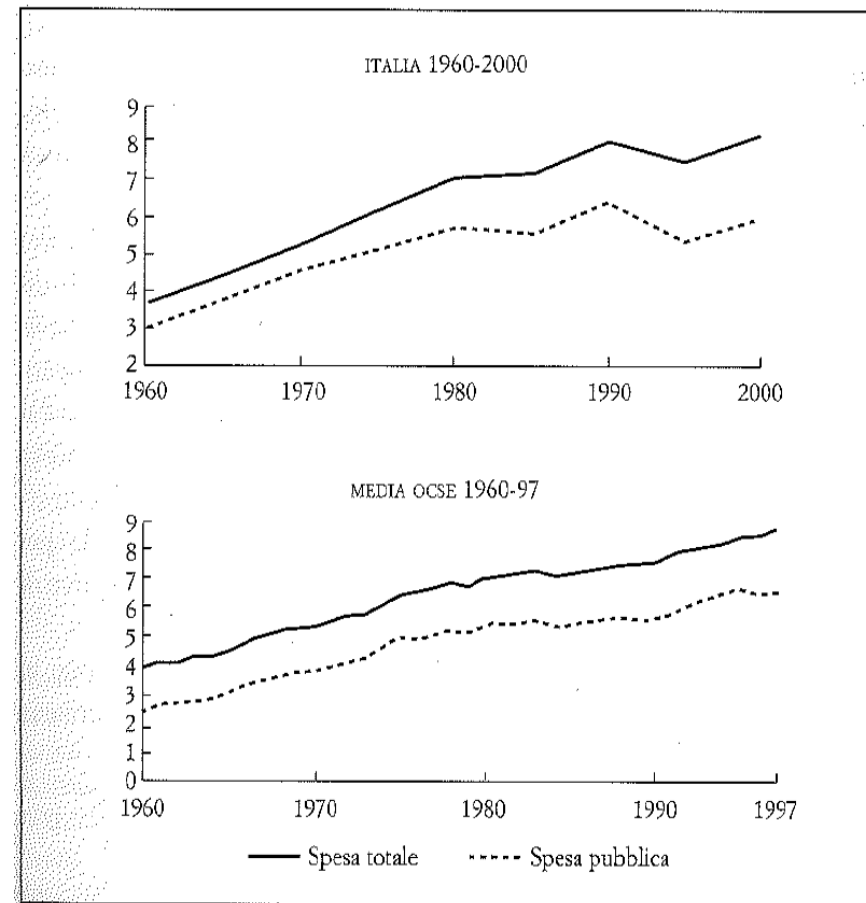
L'incidenza sul PIL è cresciuta negli anni, passando da valori appena inferiori al 4% agli inizi degli anni '60, a quasi il 7% alle fine degli anni '70 (al momento dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale), fino a raggiungere, negli anni più recenti, valori superiori all'8%.

1. Le dimensioni della spesa sanitaria totale

Nel 2002, la spesa corrente per il Servizio sanitario è stata pari a 80 miliardi di euro, circa 1.370 euro per abitante.

A tale ammontare si aggiunge la spesa privata per la salute la quale è stimabile intorno ai 400-450 euro pro capite.

La situazione italiana (quanto a spesa totale) può essere giudicata in linea con quella dei principali paesi sviluppati.

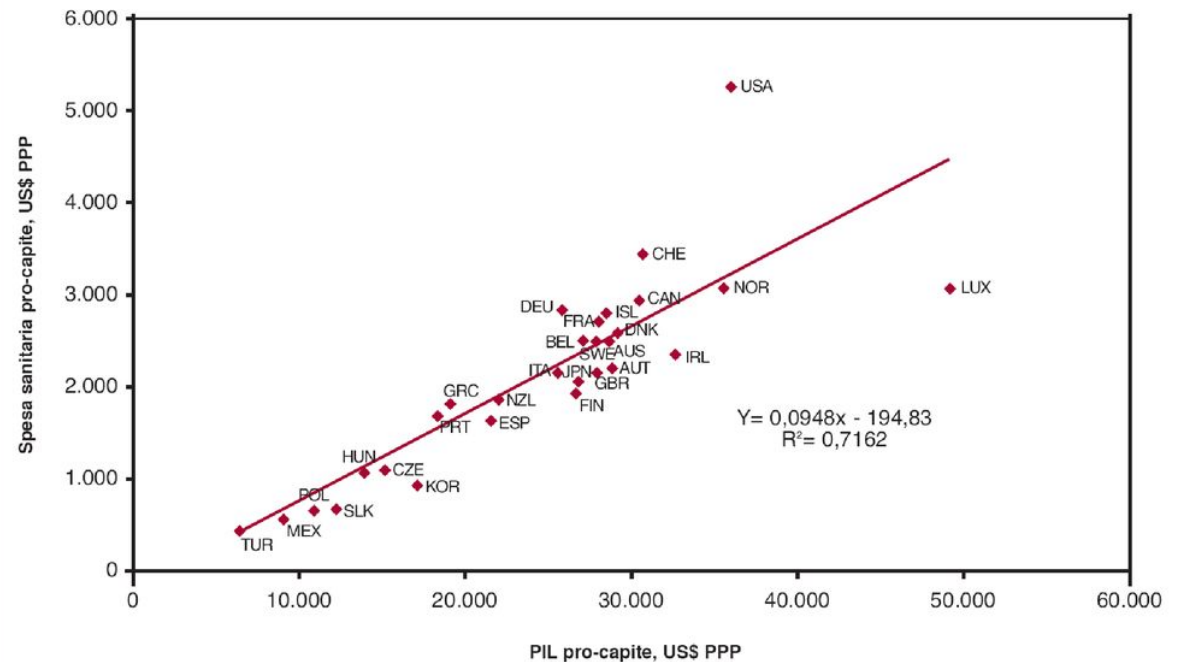


1. Le dimensioni della spesa sanitaria totale

I confronti internazionali indicano che la quota di risorse destinata alla salute è, nel nostro paese, prossima (e, più correttamente lievemente inferiore) a quella dei paesi con livello di sviluppo simile al nostro.

Il grafico rende evidente la relazione, in termini pro capite, fra la spesa sanitaria e il PIL.

Spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite, 2002 Correlazione



Fonte: OECD Health Data 2004, 1ª edizione

2. La dinamica della spesa sanitaria pubblica

Analizzando la dinamica della spesa sanitaria possiamo distinguere due diverse fasi:

- la prima va dal 1979 al 1991 (sostanzialmente gli anni '80)
- la seconda ha inizio nel 1992 (l'anno della «svolta» - ormai storica - imposta dal governo Amato alla spesa pubblica) e si estende fino agli anni più recenti.

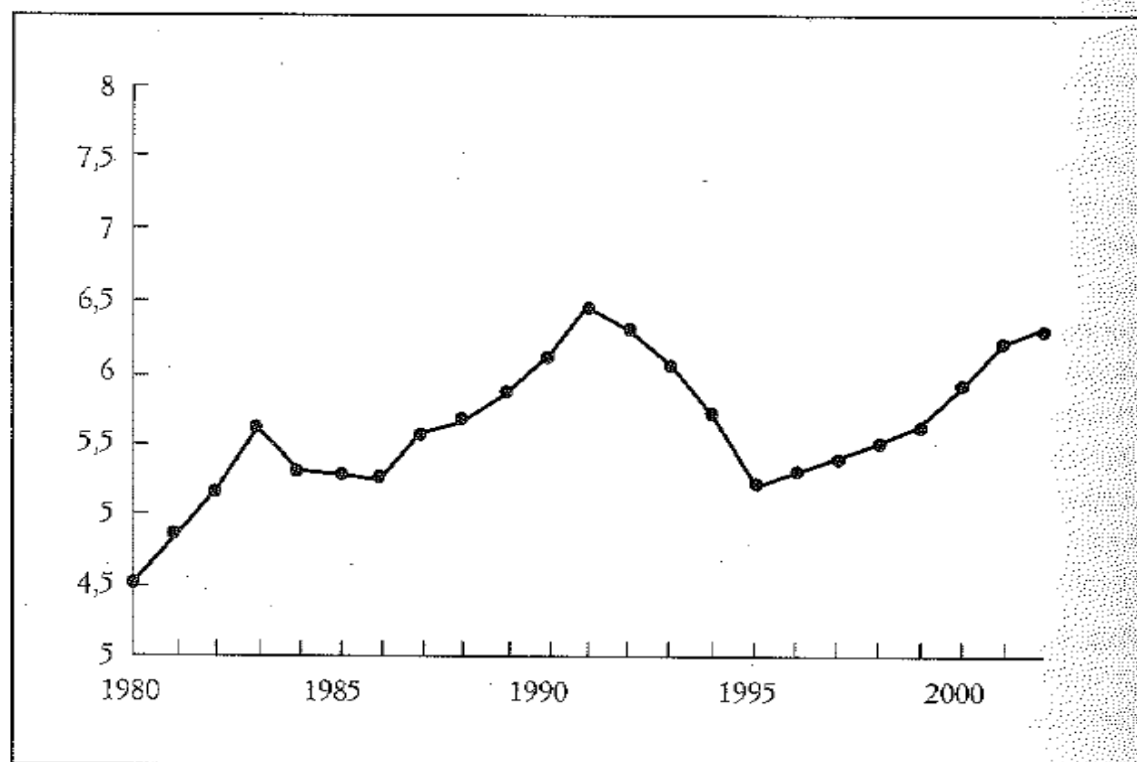


fig. 4.3. Spesa sanitaria pubblica, 1980-2002 (% del Pil).

Fonte: Elaborazione dati RGSEP, vari anni.

Il periodo 1979-1991

Contraddistinto da un rallentamento della componente pubblica e da un'accelerazione della componente privata della spesa sanitaria.

Il rallentamento della componente pubblica è particolarmente apprezzabile se si considera che è stato ottenuto in concomitanza con la realizzazione di alcuni obiettivi di politica sanitaria sanciti dalla legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, quali:

- l'estensione dell'assistenza a tutta la popolazione;
- la diffusione della parità di trattamento a categorie di assistiti che in precedenza godevano di trattamenti parziali.

Il rallentamento è stato facilitato da una serie di provvedimenti legislativi che, allungando e intricando l'iter burocratico da seguire, hanno reso più complesse le procedure di spesa. Ma anche da una riduzione dell'attività ospedaliera e dal blocco degli organici.

Il periodo 1979-1991

Con riguardo al contenimento dell'attività ospedaliera, a partire dal 1975 (con la legge 386/1974) si osserva un lento declino dei posti letto, delle giornate di degenza e della domanda di ricovero.

Tale fenomeno è al tempo stesso causa ed effetto del contenimento della dinamiche della spesa pubblica.

Effetto, perché le politiche di razionalizzazione del sistema hanno reso inevitabile la chiusura totale o parziale di un certo numero di reparti e di strutture di ricovero, e quindi la riduzione dell'attività ospedaliera.

Causa, grazie al ripensamento critico nei confronti del ricorso alla spedalizzazione e alla progressiva riduzione della durata media della degenza.

Il periodo 1979-1991

Con riferimento alla **spesa per il personale**, il blocco degli organici e il meccanismo delle deroghe regionali, se da un lato hanno rallentato la crescita del personale dipendente, dall'altro hanno favorito l'aumento degli impegni per servizi affidati all'esterno (pulizia, manutenzione, cucina, ecc.).

E la composizione del personale?

L'abolizione della figura dell'infermiere generico ha comportato un rallentamento nella politica di reclutamento, oltre che di formazione, del personale paramedico, e ha contribuito al rallentamento della crescita di una importante voce di spesa (peraltro non senza gravi ripercussioni sulle attività svolte).

L'accelerazione della crescita della **spesa privata**, seconda caratteristica della dinamica degli anni '80, è riconducibile alla crescente insoddisfazione degli utenti nei confronti del servizio pubblico, anche in relazione alle mutate «preferenze» dei consumatori.

Il periodo 1979-1991

Un fattore che ha sicuramente contribuito allo sviluppo della sanità privata è il trattamento fiscale delle spese mediche private (sostenute direttamente dai cittadini nel mercato privato della salute) e delle polizze assicurative di gruppo.

E' noto, infatti, che le spese mediche e i premi assicurativi sono parzialmente deducibili dal reddito dichiarato ai fini fiscali.

In assenza di politiche pubbliche accomodanti, da un lato aumenta l'insoddisfazione dei contribuenti, dall'altro si allarga la domanda di polizze private. Ne discende che le agevolazioni fiscali sono destinate a produrre effetti redistributivi a favore del mercato privato delle prestazioni sanitarie e del settore delle assicurazioni.

Nel complesso, gli anni '80 sono caratterizzati dalla presenza di un duplice mercato: quello pubblico, con prestazioni soggette a ticket e quello privato, con prestazioni sussidiate sul piano fiscale.

Il periodo 1992-2002

Si tratta di un periodo caratterizzato da importanti riforme: quella della prima metà degli anni '90 che ha favorito l'«aziendalizzazione» e la «regionalizzazione», e quella della fine degli anni '90 che hanno completato la precedente riforma e puntato alla responsabilizzazione delle regioni dal lato del finanziamento (attraverso l'avvio del cosiddetto federalismo fiscale).

Aziendalizzazione: Istituzione delle aziende sanitarie dotate di responsabilità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Regionalizzazione: Processo di adozione di un sistema di finanziamento statale alle regioni con responsabilità delle regioni e dei direttori generali rispetto ad eventuali disavanzi di gestione.

Il periodo 1992-2002

Il decennio si contraddistingue per la sostanziale stabilità rispetto al PIL, dell'ammontare di risorse impiegate nel SSN: nel 2002 la spesa corrente del SSN è pari al 6,3% del PIL, a fronte di un analogo valore nel 1992.

Tale stabilità è il risultato di due tendenze nettamente contrastanti: una forte contrazione nella prima parte del decennio e una successiva ripresa che perdura tuttora.

Analizzando le due fasi del decennio considerato, iniziando dalla prima, quella della contrazione (1992-1996), i fattori sono da rinvenire nei vincoli imposti dal risanamento della finanza pubblica che hanno comportato da un lato una modificazione della struttura della spesa pubblica e, dall'altro, un graduale spostamento delle spesa sanitaria dal settore pubblico al settore privato (traslando gli oneri sulla spesa sostenuta direttamente dai cittadini al momento del consumo delle prestazioni).

Il periodo 1992-2002

Interventi adottati?

- Favorire il blocco di alcune voci di spesa;
- L'aumento dei ticket;
- L'introduzione di criteri di esclusione relativamente ad alcune particolari tipologie di prestazioni (si pensi ai farmaci appartenenti alla categoria C, a totale carico del consumatore);
- Il differimento nell'erogazione di alcune prestazioni (liste d'attesa).
- Il rinvio implicito al settore privato

Ciò ha condotto ad una crescente insoddisfazione dell'utenza nei confronti delle prestazioni erogate dal servizio pubblico e ad una preoccupazione circa la possibile inefficienza del sistema.

Il periodo 1992-2002

Il problema è stato affrontato con una serie di interventi di riordino del Servizio sanitario nazionale, che hanno proposto modifiche sostanziali della struttura e delle relative funzioni fra i vari soggetti istituzionali.

All'interno di tale processo di riordino, particolare attenzione meritano le innovazioni relative al nuovo sistema di remunerazione dei produttori di prestazioni sanitarie. L'introduzione, a partire dal 1995, delle **tariffe** quale modalità di pagamento dell'attività ospedaliera costituisce una delle novità più rilevanti degli anni recenti.

Il periodo 1992-2002

La fase di contrazione delle risorse destinate alla sanità pubblica termina con il 1996, anno a partire da quale si osserva una netta inversione di tendenza, sancita da una serie di provvedimenti che segnano l'avvio del difficile processo di graduale adeguamento delle disponibilità finanziarie.

Interessante appare l'analisi della dinamica delle diverse voci di spesa.

Personale dipendente, assorbe il 35% del totale delle risorse e la spesa relativa a tale voce cresce a ritmi notevolmente inferiori rispetto a quelli relativi alla spesa aggregata. Una spiegazione è legata al rapido contenimento della dotazione di personale.

Beni e Servizi, mostrano una dinamica più sostenuta di quella osservata per la spesa totale e ciò è da ricondurre al crescente ricorso a servizi esterni

Farmaceutica, tale spesa aumenta dell'85% a causa di: a) un aumento del prezzo dei farmaci; b) un aumento dei consumi; c) del cosiddetto «effetto *mix*» (prescrizione di farmaci più costosi).

Considerazioni generali

L'andamento della spesa sanitaria negli anni '90 costituisce un importante fattore di spiegazione delle tensioni che si sono registrate in tutto il decennio, con riguardo ai sistemi di finanziamento della spesa pubblica.

Come abbiamo visto, a una brusca contrazione (dal 1992 al 1995) è seguita una lenta ripresa, peraltro appena sufficiente a riportare la spesa ai livelli di ben dieci anni prima.

Nel complesso, quindi, la spesa pubblica è rimasta stabile (rispetto al PIL), generando una situazione del tutto eccezionale per un settore storicamente caratterizzato da uno sviluppo più che proporzionale rispetto al PIL.

Il risanamento della finanza pubblica è stato causa della stagnazione del mercato del settore sanitario: di qui i ripetuti allarmi sulla situazione del settore e sulle sue prospettive di sviluppo.

La centralità dell'assistenza ospedaliera

Il sistema è quasi esclusivamente rivolto alla diagnosi e alla cura degli stati morbosi; le risorse destinate alla identificazione ed alla soppressione delle cause di malattia sono clamorosamente esigue.

Il peso dell'assistenza ospedaliera è pari a quasi la metà della spesa sanitaria totale. Alla prevenzione, per contro, è destinato solo il 4% delle risorse.

Il sistema sanitario italiano è, quindi, fortemente condizionato dalla struttura ospedaliera, dalle sue caratteristiche organizzative e produttive e dalle contraddizioni intrinseche nel suo sviluppo.

L'attenzione per le politiche di «de-istituzionalizzazione» e di «territorializzazione» dei servizi (dimissioni precoci, spedalizzazione a domicilio, day hospital, ecc.) hanno solo marginalmente contribuito alla lenta riduzione dell'attività di ricovero di tipo tradizionale, rispondendo più alle modificazioni intervenute nelle modalità di finanziamento che alle esigenze di razionalizzazione e di riconversione del sistema nel suo complesso.

Il ruolo delle risorse umane

La seconda rilevante caratteristica della spesa sanitaria è l'importanza della quota destinata al pagamento del personale dipendente.

Le prestazioni sanitarie, in quanto servizi ad alta intensità di lavoro e scarsamente soggetti ad automazione, assorbono una considerevole quantità di risorse umane.

Inoltre, si tratta di una spesa fissa, in grado di autoalimentarsi nel corso degli anni e quindi difficilmente manovrabile nel breve periodo.

A tale proposito, merita particolare attenzione quella che può essere considerata una delle principali peculiarità della realtà sanitaria italiana: la eccessiva dotazione di personale medico (il numero di medici per 1000 abitanti in Italia è il doppio rispetto a quello degli Stati Uniti). Si tratta della cosiddetta *pletora* medica, destinata, nonostante gli interventi a contenimento del numero di nuovi laureati, a perdurare, ancora a livelli rilevanti, per molti decenni.

Il ruolo delle risorse umane

La forza di pressione delle organizzazioni professionali e la debolezza dei decisori pubblici hanno di fatto imposto un'evoluzione dei servizi in gran parte modellata in base alle esigenze occupazionali della categoria.

Due esempi...

Le dimensioni raggiunte dai servizi di guardia medica.

L'innalzamento dell'età pediatrica per l'iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta.

Gli squilibri a livello territoriale

Un'altra importante caratteristica del sistema sanitario italiano è il notevole squilibrio a livello territoriale nelle dimensioni della spesa pro capite e nella composizione dei consumi.

In generale, si riproduce lo stesso tipo di sperequazione (anche se in scala ridotta) riscontrabile fra nazioni sviluppate e paesi arretrati: le regioni dell'Italia centrosettentrionale hanno una spesa pro capite superiore a quella delle regioni meridionali e insulari.

Nel corso degli anni '80, le politiche di riparto del Fondo sanitario nazionale, volte esplicitamente a ridurre le sperequazioni, hanno notevolmente contribuito a ridurre i divari, ma il rapporto fra la spesa pro capite delle regioni più favorite e quella delle regioni meno favorite è ancora pari a circa 1,5.

I divari sono spiegabili alla luce di due elementi fondamentali: la **struttura demografica** e la **mobilità interregionale** delle diverse realtà territoriali.

Gli squilibri a livello territoriale

1. La composizione per età e per sesso della popolazione giustifica una larga parte dei divari di spesa registrati fra le diverse regioni italiane;
2. i flussi di mobilità per motivi sanitari contribuiscono a spiegare gli eccessi di spesa pro capite osservati a carico delle regioni con maggiore capacità di attrazione della domanda di prestazioni sanitarie.

Agli squilibri in termini di spesa pro capite si aggiungono gli squilibri in termini di composizione qualitativa dell'attività e di livelli di assistenza garantiti alla popolazione. In linea generale nell'Italia settentrionale è accentuata l'importanza dell'assistenza ospedaliera e di quella specialistica, mentre nelle zone meridionali risulta particolarmente onerosa l'assistenza generica (farmaceutica e di base).

La variabilità interregionale della spesa pubblica è fortemente influenzata dalla diversa struttura dell'apparato sanitario esistente e, in particolare, dalla dotazione di posti letto. L'ammontare complessivo di risorse impiegate, così come il livello delle attività svolte, sono infatti in buona parte guidati dalla disponibilità di posti letto.

Gli squilibri a livello territoriale

Ai divari in termini di dotazione di posti letto sono in linea di massima associati analoghi divari in termini di ricorso alle strutture ospedaliere. I ricoveri in istituti di cura sono notevolmente e sistematicamente meno elevati nel mezzogiorno che nelle regioni centro-settentrionali.

Oltre al tasso di ricovero anche la durata media della degenza è positivamente correlata alla dotazione di posti letto. Il fenomeno è analogo a quello che si riscontra in tutti i Paesi sviluppati.

Nonostante le notevoli differenze nella dotazione di strutture ricettive, il tasso di sfruttamento della capacità produttiva (o tasso di utilizzazione dei posti letto) presenta modesti livelli di variabilità fra regioni. Le ragioni sono da ricercare nella forte correlazione positiva fra giornate di degenza e posti letto (numeratore e denominatore del rapporto da cui si ottiene il tasso di utilizzazione).

La produzione di giornate di degenza è quindi proporzionale alla disponibilità di posti letto

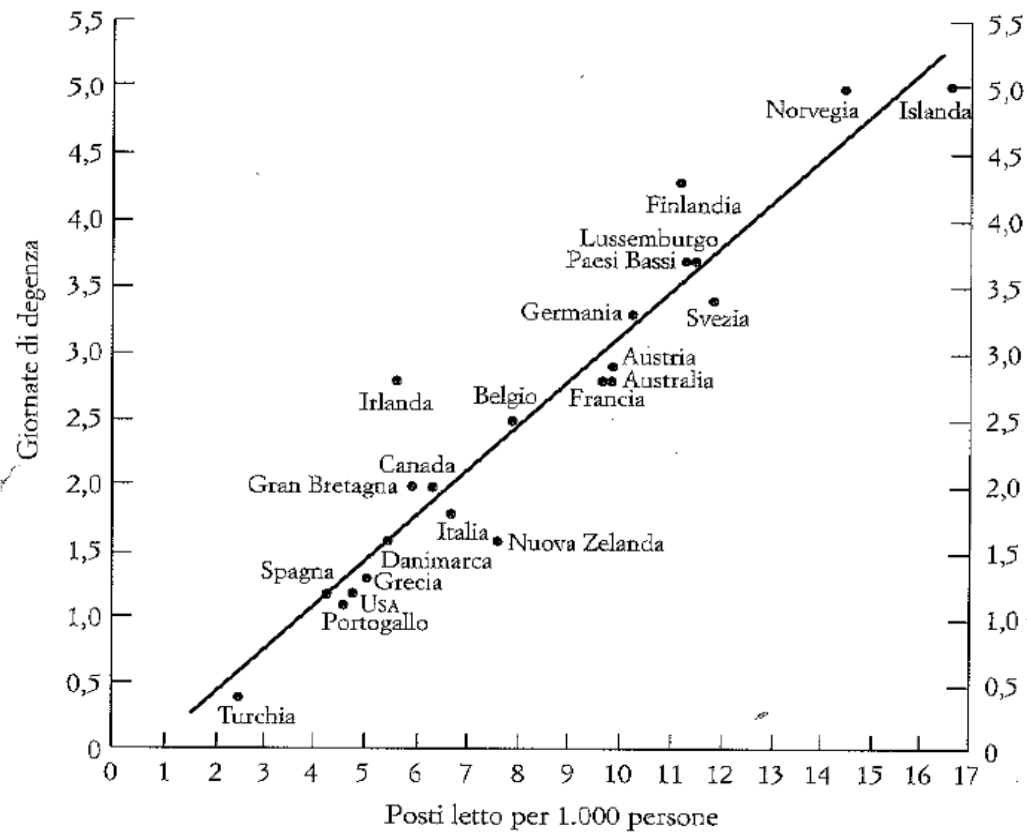
Legge di Romer

È ormai statisticamente provato, a livello internazionale e intra-nazionale, che il numero di giorni che in media ogni cittadino trascorre in ospedale è direttamente correlato all'offerta di posti letto.

Maggiore è la disponibilità di posti letto, più diffusa è la tendenza ad accogliere e trattenere i pazienti in ospedale [OECD, 1993].

Si tratta di una regolarità statistica nota come **legge di Romer**. L'ipotesi di Romer è che un aumento dell'offerta di prestazioni ospedaliere è in grado di originare un aumento della corrispondente domanda: «a built bed is a filled bed» [Romer, 1961]

Legge di Romer



Relazione fra dotazione di posti letto ospedalieri e giornate di degenza erogate (1991).

Fonte: Dati OCSE.

4. Il problema del finanziamento della spesa pubblica

Nonostante gli attuali livelli di spesa siano in linea rispetto alla media dei Paesi sviluppati, sembra appropriato parlare di problemi ancora irrisolti nel governo della sanità pubblica.

Le modalità di finanziamento

I problemi principali sono legati alla stima del fabbisogno del SSN, all'annosa questione dei disavanzi delle aziende sanitarie.

Con l'adozione del «federalismo fiscale» si è completato un processo di allineamento in capo alle regioni della responsabilità in materia di sanità, sia sul versante del finanziamento, sia sul versante della spesa. In precedenza, la responsabilità della spesa per il Servizio sanitario nazionale era nominalmente in mano alle regioni che, dati i finanziamenti pubblici, erogavano materialmente le prestazioni.

4. Il problema del finanziamento della spesa pubblica

Il (primo) vero e proprio meccanismo di finanziamento del SSN è stato definito in occasione della riforma del sistema fiscale avviata con la legge 133/1999. La legge prevedeva l'abolizione dei trasferimenti erariali alle regioni a statuto ordinario e la loro sostituzione con una compartecipazione regionale al gettito dell'IVA (oltre che con altre voci minori).

A partire dal 2001, il SSN è finanziato attraverso tre fondamentali canali:

- L'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e l'addizionale regionale IRPEF;
- La compartecipazione regionale al gettito dell'IVA;
- La compartecipazione accresciuta all'accisa sulla benzina;
- Le entrate proprie delle aziende sanitarie;
- Altri mezzi di autofinanziamento regionale

5. Il riparto delle risorse

Il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale rappresenta un tipico problema di allocazione delle risorse.

Ogni anno, una volta definite le risorse disponibili a livello nazionale, il governo centrale e le regioni stabiliscono l'ammontare di risorse necessario, in ciascuna regione, per far fronte ai bisogni di assistenza sanitaria della popolazione.

La determinazione del fabbisogno finanziario nelle singole regioni è definito sulla base della **quota capitaria**, che commisura il finanziamento applicando una quota fissa per ciascun residente sul territorio regionale (corretta per tener conto delle specifiche caratteristiche demografiche e socio-sanitarie della popolazione residente in ciascuna regione) e prevedendo un conguaglio legato alla compensazione della mobilità sanitaria.

5. Il riparto delle risorse

Il processo prevede due livelli di allocazione:

- 1) Per «**livelli di assistenza**» nel quale le risorse sono distribuite fra prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera.
- 2) Per **regioni** attraverso un complesso sistema di ponderazione della quota capitaria.

Con il federalismo fiscale si prevede che ogni regione disponga di risorse proprie (tributi regionali e/o compartecipazioni a tributi erariali) in misura sufficiente a fronteggiare il complesso delle spese di sua competenza.

Non si tratta più di riparto, ma della stima del fabbisogno finanziario per le funzioni sanitarie delle singoli regioni