

Programmazione e governo della spesa sanitaria: i limiti del decreto

Claudio De Vincenti, professore di Economia Politica presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "La Sapienza"

08 ottobre 2010

Con una accelerazione negli ultimi giorni, il governo ha appena varato uno schema di Decreto legislativo che abbraccia tre materie: l'autonomia di entrata delle regioni e quella delle province, la determinazione di fabbisogni e costi standard nel settore sanitario. Lo schema va ora all'esame della Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale.

In questo commento mi soffermerò sulla terza parte dello schema di decreto, quella riguardante il finanziamento della sanità, rinviando a ulteriori interventi l'analisi dei limiti e delle contraddizioni che caratterizzano le altre due parti (entrate di regioni e province). Al contrario dello schema di Decreto sui fabbisogni standard di comuni e province che, come evidenziato da Marco Causi su nelMerito del 24 settembre scorso, non contiene alcuna indicazione operativa e rinvia semplicemente al futuro lavoro che dovrà essere svolto dalla Sose, lo schema in materia di sanità fornisce alcune indicazioni circa le modalità di calcolo di fabbisogni e costi standard che meritano di essere analizzate.

Va per prima cosa rilevato come il decreto effettui una scelta netta a favore di un procedimento *top-down*: il punto di partenza è la determinazione a monte del fabbisogno sanitario nazionale "in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica"; per ottenere il finanziamento della singola regione si dovrà applicare all'ammontare di finanziamento nazionale così predeterminato il rapporto tra il fabbisogno sanitario standard della regione e la somma dei fabbisogni regionali standard risultanti, l'uno e gli altri, dal calcolo che viene appresso descritto.

Calcolo dei fabbisogni regionali standard:

1. si applicano a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle tre regioni *benchmark*;
2. queste sono scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque che vengono individuate dal Ministero della salute, di concerto col Ministero dell'economia e delle finanze, come regioni che hanno garantito i Livelli essenziali di assistenza (Lea) in condizione di equilibrio economico e in condizioni di efficienza e appropriatezza;
3. per ognuno dei tre macrolivelli – assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera – si calcola un costo standard aggregato come media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni *benchmark*, inteso come spesa sostenuta per macrolivello rapportata alla popolazione pesata in funzione della struttura per età;
4. questo costo standard viene poi applicato alla popolazione pesata di ognuna delle regioni, ottenendo così il suo fabbisogno standard.

Le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e così pure le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età relativi a quell'esercizio. La determinazione di costi e fabbisogni standard viene effettuata annualmente dal ministro della Salute, di concerto col ministro dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Il sistema entra in vigore dall'anno 2013. Infine, i criteri indicati dal decreto potranno in futuro essere rideterminati previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, comunque nel rispetto del livello di finanziamento nazionale stabilito.

Il metodo delineato dallo schema di decreto ha alcuni meriti da non sottovalutare. In primo luogo - seppure tramite il procedimento *top-down* che, come dirò fra poco, presenta difetti rilevanti - il metodo garantisce a priori il rispetto delle compatibilità di finanza pubblica. In secondo luogo, il procedimento di determinazione dei fabbisogni standard appare ragionevolmente gestibile. Infine, se la scelta delle regioni *benchmark* individuerà quelle che realmente garantiscono i Lea in condizioni di appropriatezza e con i costi più bassi, si evidenzieranno potenziali risparmi di spesa rispetto al fabbisogno nazionale storico che, in

un'ottica dinamica, potranno essere utilizzati o a riduzione della spesa aggregata o per potenziare i Lea e/o migliorare il mix di servizi nelle regioni in ritardo su alcuni Lea (per esempio l'assistenza specialistica e quella residenziale in sostituzione di un ricorso eccessivo ai ricoveri ospedalieri).

Ma non mancano criticità di concezione e applicazione che considero di importanza decisiva. La prima riguarda proprio il procedimento *top-down*. A parte i dubbi circa la sua compatibilità con il dettato della legge delega, il problema principale è il seguente: se le regioni *benchmark* saranno realmente quelle che garantiscono i Lea in condizioni di appropriatezza e con i costi più bassi, il riproporzionamento finale dei fabbisogni regionali al finanziamento nazionale predeterminato all'inizio del processo determinerà un eccesso di risorse a disposizione delle regioni, in particolare proprio di quelle *benchmark*, col rischio di aumentare la spesa in queste regioni e di indebolire la spinta all'efficienza che si vorrebbe imprimere; quest'ultima poi risulterebbe a maggior ragione indebolita se le regioni *benchmark* non dovessero essere quelle che garantiscono i Lea con i costi più bassi. In sintesi, il fatto che il finanziamento nazionale venga predeterminato indipendentemente dal calcolo dei fabbisogni regionali standard implica una crepa logica nell'impianto stesso del procedimento.

Vi sono poi diverse osservazioni critiche da fare circa il metodo di calcolo di costi e fabbisogni standard. In primo luogo, si tenga presente che disponiamo di dati circa i consumi distinti per classi di età, anche se al momento solo per l'assistenza ospedaliera e, all'interno dell'assistenza distrettuale, per la farmaceutica e la specialistica ambulatoriale. Questo significa due cose: il calcolo del rapporto tra spesa per macrolivello e popolazione pesata può essere condotto in modo corretto solo per queste voci di spesa, non anche per il resto dell'assistenza distrettuale e per l'assistenza in ambiente di vita e di lavoro; per quanto riguarda almeno l'ospedaliera e, all'interno dell'assistenza distrettuale, la farmaceutica e la specialistica, si potrebbero calcolare costi standard e definire quantità standard distinti per classi di età, identificando così i relativi fabbisogni standard in modo meno approssimato di quanto non accadrebbe dividendo semplicemente la spesa per la popolazione pesata. In secondo luogo, nel decreto si rinuncia del tutto a utilizzare, oltre alla struttura per età, anche altri criteri di pesatura, come l'indice di povertà, che implicano una variabilità dei bisogni sanitari a parità di struttura per età della popolazione. Inoltre, il riferimento a un solo esercizio – il secondo precedente l'anno di riferimento – per la scelta delle regioni *benchmark* non tiene conto di possibili oscillazioni casuali di spesa regionale: avrebbe più senso fare riferimento alla media del triennio terminante con il secondo esercizio precedente l'anno di riferimento.

Ancora, la determinazione annuale dei fabbisogni – implicita per il fabbisogno nazionale ed esplicita per quelli regionali – fa venire meno la certezza, cui puntava il Patto per la salute del settembre 2006, circa le risorse a disposizione e con essa la possibilità per Stato e Regioni di programmare su un orizzonte pluriennale la spesa e quindi le azioni di miglioramento dell'organizzazione e gestione del sistema. Per un verso, si ripresenta così il rischio di un inseguimento anno per anno della spesa da parte del finanziamento del tipo sperimentato tra il 2001 e il 2006, con effetti di perdita di controllo sulla spesa. Per altro verso, si dà di nuovo la stura alla prassi delle defatiganti trattative annuali tra Stato e Regioni e tra le stesse Regioni circa il riparto del finanziamento nazionale, che in passato ha portato a definire le risorse annualmente a disposizione delle singole regioni a esercizio finanziario già concluso!

Non è chiaro poi se il 2013, primo anno successivo al triennio di riferimento del nuovo Patto per la salute 2010-12 siglato nell'autunno scorso, sarà l'inizio della fase di transizione – nel qual caso non viene indicato un termine alla transizione – o se il 2013 è l'inizio della fase a regime – in tal caso la transizione terminerebbe col 2012, un termine entro il quale è ben poco credibile che le regioni più inefficienti possano raggiungere il *benchmark*. Infine, nulla si dice circa la procedura di revisione a regime dei criteri di calcolo di costi e fabbisogni standard: il decreto dispone semplicemente che potrà effettuarsi previa intesa in Conferenza Stato-Regioni.

Dopo le critiche, qualche proposta. (i) Il metodo *top-down* va sostituito con un procedimento iterativo: calcolati i fabbisogni standard regionali sulla base dei dati di spesa e popolazione

relativi al triennio terminante con il secondo esercizio precedente l'anno di riferimento, si verifica quale sarebbe stato il risparmio di spesa aggregato che ne sarebbe derivato e lo si riproporziona all'anno di riferimento confrontandolo col finanziamento inizialmente stabilito; si decide a questo punto quanto del risparmio di risorse così emerso deve andare a riduzione del finanziamento aggregato e quanto invece va destinato a migliorare i Lea e a sostenere le regioni in ritardo. (ii) Il finanziamento così determinato va mantenuto in quota di Pil per il triennio successivo e così pure le percentuali di riparto tra le regioni, effettuando quindi la rideterminazione dei fabbisogni standard e del finanziamento aggregato con cadenza triennale. (iii) Per ospedaliera, farmaceutica e specialistica si calcolano costi e quantità standard distinti per classi di età e sulla loro base si determinano i fabbisogni standard per queste voci di spesa. (iv) Per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro e per medicina generale e pediatria è preferibile adottare il pro-capite semplice. (v) Va previsto esplicitamente che a regime una revisione dei criteri dovrà fare riferimento all'elaborazione di analisi sui bisogni sanitari effettivi e su una contabilità – da costruire – per funzioni. (vi) Va definita una fase di transizione ragionevole, che dovrebbe estendersi a tutto il triennio successivo al 2012.