

I piani di rientro tra efficienza della spesa e perequazione interregionale

Massimo Bordignon
Università Cattolica

Banca D'Italia
Roma giugno 2019

Piano della discussione

- I rischi del modello italiano di attribuzione di competenze e finanziamento della sanità;
- I PdR
- Qualche dettaglio ulteriore sul finanziamento sanità;
- Che è successo con la crisi;
- La (maggiore) convergenza nella qualità dei servizi.
- Conclusioni & problemi aperti

Competenze

- L'attribuzione delle competenze alle regioni italiane è singolare in un contesto internazionale.
- Tipicamente, nei sistemi decentrati i governi locali hanno un ruolo più rilevante nell'**istruzione**, mentre la sanità, anche quando organizzata sotto forma di un sistema di produzione e finanziamento prevalentemente pubblico, resta centralizzata.

Competenze

- In Italia, invece come in pochi altri casi concreti ma con modelli istituzionali però diversi - federali (Canada), sistema sanitario locale (Svezia, Spagna)- la gestione della sanità è la **principale funzione** svolta delle regioni italiane.

Competenze

- Specificatamente, la «tutela della salute» è una funzione a **legislazione concorrente** delle regioni (art.117 della Costituzione).
- Nelle materie di legislazione concorrente le Regioni hanno la **potestà legislativa**, all'interno dei «principi fondamentali» fissati dalla legislazione statale.

Competenze

- In più, le funzioni amministrative (l'organizzazione dei servizi) e dunque la **responsabilità della spesa** nel campo sanitario sono quasi interamente delegate alle regioni.

Chi fa che cosa nella PA italiana (OCSE: definizione Cofog)

	Amministr. Pubbliche	Stato centrale	Governi locali	Enti di previdenza
Servizi generali	100	49	51	0
Difesa	100	100	0	0
Ordine pubblico e sicurezza	100	87	13	0
Affari economici	100	54	46	0
Protezione ambientale	100	16	84	0
Abitazioni e assetto del territorio	100	10	91	0
Sanità	100	1	99	0
Attività ricreative, culturali e di culto	100	35	65	0
Istruzione	100	73	27	0
Protezione sociale	100	2	4	94

Competenze

- Tuttavia, l'autonomia regionale nell'organizzazione dei servizi sanitari è **vincolata** anche dal fatto che questi entrano nella categoria dei «servizi concernenti diritti sociali», secondo la lettera m, art 117 della costituzione.
- Dunque, le prestazioni sanitarie offerte devono essere comunque tali **da garantire** comunque su tutto il **territorio nazionale** i «livelli essenziali» stabiliti dalla legislazione statale.

Competenze

- Queste disposizioni sono contraddittorie. Introducono un complesso *trade-off* tra esigenze di **autonomia** e **vincoli di uniformità** nell'offerta dei servizi sanitari.
- Anche perché i «livelli essenziali delle prestazioni» in campo sanitario, in quanto definenti diritti sociali, sono definiti in **modo ampio** dal legislatore nazionale: in sostanza, coincidono con la **quasi totalità** dei servizi offerti dal SSN come definiti dai LEA.

Finanziamento

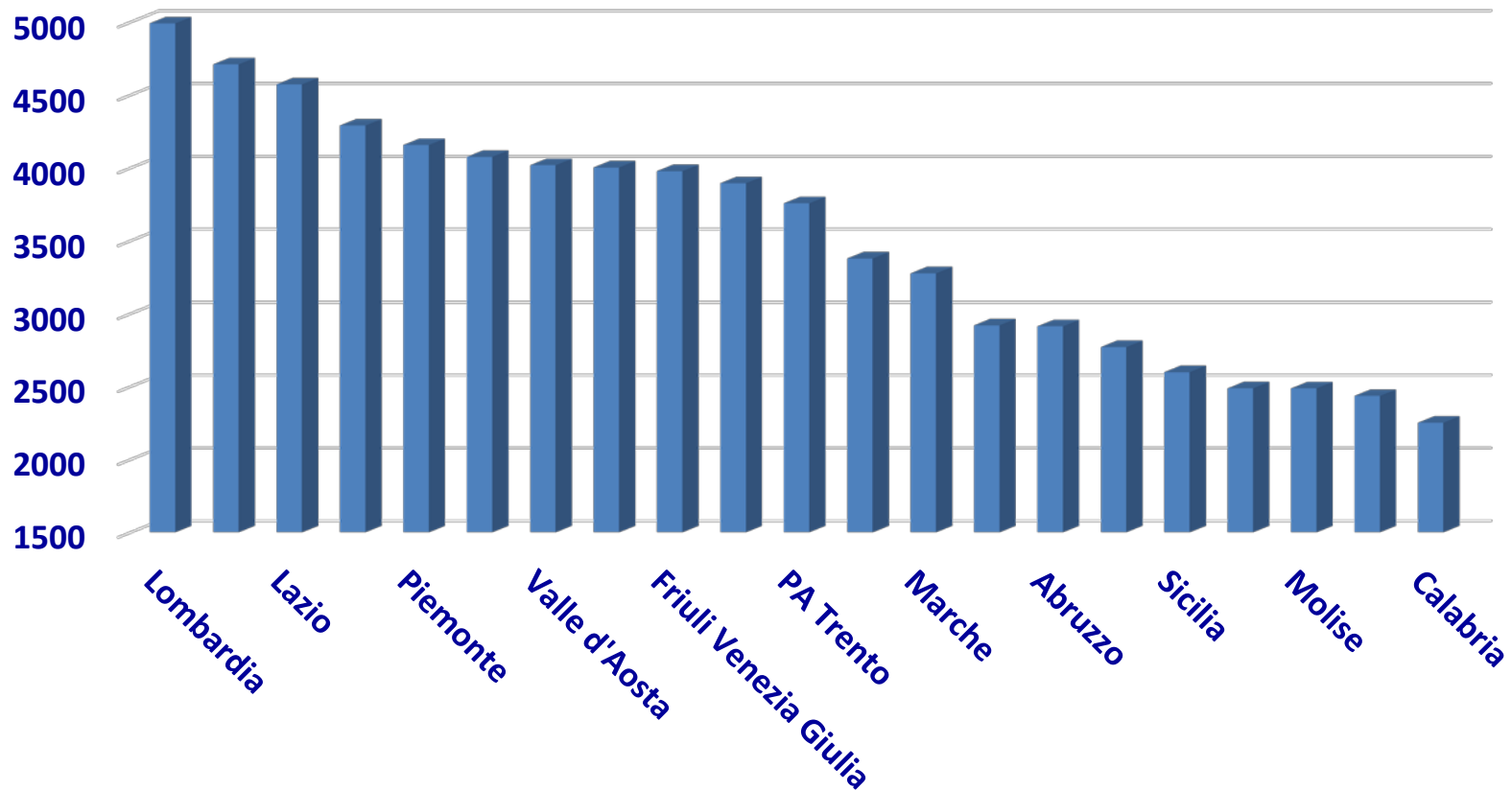
- Ciò ha effetti rilevanti sul sistema di finanziamento.
- Poiché il servizio è costoso, **ampie risorse** regionali devono essere attribuite al suo finanziamento.
- E lo stato non può disinteressarsene perché l'obbligo delle regioni di offrire «servizi essenziali» definiti dalla stessa legislazione statale implica che lo stato **debba garantire** che ciascuna regione abbia risorse sufficienti a finanziare i servizi.

Perequazione

- Visto l'enorme divario nelle risorse tributarie delle regioni, questo implica **forti esigenze di perequazione interregionale.**
- Ancor di più perché il legislatore ha scelto di attribuire alle regioni tributi (in buona parte **vincolati** al finanziamento della Sanità) su basi imponibili con distribuzioni fortemente diseguali (valore aggiunto privato piuttosto che per es. consumi).

I differenziali regionali

IRPEF netta per contribuente
(Dichiarazioni 2018 - Anno d'imposta 2017, euro)



Le differenze regionali nel potenziale fiscale Addizionale all'IRPEF

Regione	2015
Abruzzo	134,7
Basilicata	116,9
Calabria	96,0
Campania	99,8
Emilia Romagna	194,6
Lazio	170,2
Liguria	189,6
Lombardia	202,0
Marche	157,1
Molise	118,2
Piemonte	184,8
Puglia	109,6
Toscana	175,5
Umbria	156,1
Veneto	178,2
Media Nord	189,8
Media Centro	152,0
Media Sud	105,6

Gettito pro capite ad aliquota uniforme dell'1,3%, applicata alle basi imponibili regionali

Le differenze regionali nel potenziale fiscale IRAP

Regione	2015
Abruzzo	142,6
Basilicata	123,1
Calabria	67,7
Campania	99,1
Emilia Romagna	292,2
Lazio	243,3
Liguria	202,2
Lombardia	366,2
Marche	181,1
Molise	87,7
Piemonte	229,1
Puglia	101,8
Toscana	230,6
Umbria	154,5
Veneto	272,9
Media Nord	272,5
Media Centro	173,3
Media Sud	97,9

Gettito pro capite ad aliquota
uniforme del 3,9%, applicata alle basi
imponibili regionali

Rischi

- Nella prospettiva della **teoria del federalismo fiscale** (cioè, di studio dell'ottima allocazione di funzioni e risorse a diversi livelli di governo) questo peculiare meccanismo di co-gestione e finanziamento della sanità pubblica in Italia solleva parecchie **perplexità**.

Rischi

(1) *Efficienza*

- A enti territoriali di *dimensioni, risorse proprie e capacità amministrative* molto diverse come le Regioni italiane, sono stati attribuiti **esattamente** gli stessi compiti di gestione di un servizio complesso come la sanità pubblica.

Rischi

2) *Incentivi perversi*

- La mancanza di una **chiara allocazione di responsabilità** tra livelli di governo e l'ampio ruolo dello stato centrale nel **finanziamento** genera rischi di de-responsabilizzazione finanziaria, azzardo morale (**soft budget constraint**) e finanziamento ex post (bailing out dei disavanzi sanitari) (e.g. Bordignon & Turati, 2009).

PdR

- In questa prospettiva, la disciplina dei Piani di rientro con annesso potenziale commissariamento appare **un tentativo di soluzione** a queste problematiche.
- Vincoli normativi e legislativi sulla spesa per contrastare **rischi di azzardo morale**; «tutela» da parte del **centro** sulle regioni meno in grado di gestire la sanità.
- Restano problematiche, legate ai vincoli costituzionali (il Presidente della regione «commissario» di se stesso?)

PdR

- Nel complesso, la nostra analisi suggerisce che i PdR siano stati di «**successo**» sia nel controllare i **disavanzi** che nel avvicinare la **qualità** dell'offerta di servizi..
- A questo «successo» ha sicuramente contribuito la crisi economica e l'obiettivo **prioritario** di controllare a tutti i costi i livelli di spesa.
- Bisogna vedere, naturalmente quanto il processo sia sostenibile alla lunga..

Tassi di crescita reale della spesa sanitaria, medie di periodo

	2000-2009	2009-2011	2011-2013
Greece	5.3	-11.1	-7.4
Ireland	7.0	-6.6	
Iceland	1.6	-3.8	2.3
Portugal	1.8	-2.2	-4.7
Denmark	3.3	-1.8	-0.1
U.K.	5.3	-1.8	0.4
Spain	4.1	-0.5	
Italy	1.6	-0.4	-3.2
Austria	2.2	0.2	1.0
Norway	2.8	0.5	1.2
Belgium	3.7	0.6	0.1
France	2.1	0.7	0.9
Canada	3.5	0.8	0.2
Netherlands	5.5	1.0	1.5
USA	3.4	1.3	1.6
Switzerland	1.9	1.4	2.7
Finland	3.9	1.6	0.5
Sweden	3.4	1.8	1.7
Germany	2.1	2.1	2.2

Spesa sanitaria pc (pubblica + privata) in dollari a PPA

	2000	2010	2016
USA	4559	7932	9892
Svizzera	3332	5686	7919
Germania	2709	4413	5551
Austria	2702	4238	5227
Francia	2505	3872	4600
Olanda	2228	4638	5385
Belgio	2221	3980	4840
Italia	2047	3141	3391
Finlandia	1828	3442	4062
Irlanda	1781	4556	5528
U.K.	1565	3041	4192
Spagna	1467	2886	3248
Grecia	1413	2696	2187

Finanziamento e perequazione interregionale nella sanità

- C'è una Costituzione (2001) - inutile, con precetti contraddittori..(comma 3 e 4, art. 119)..
- C'è una legge delega (l.42/2009) di attuazione della medesima che prevede per la **sanità** (come per *istruzione, assistenza, trasporti*) una perequazione per **fabbisogni/ costi standard** basati su un meccanismo ***bottom up*** (dalla quantificazione dei LEP al fondo sanitario e poi al suo riparto per fabbisogni regionali..)..

Finanziamento e perequazione interregionale nella sanità

- C'è un decreto attuativo della legge per la sanità (D. Lgs. 68/2011) che già ne **rovescia l'impostazione** (da *bottom up* a *top down*) e introduce un complicato meccanismo per il riparto basato sul calcolo dei costi standard per 3 regioni e suddivisioni della spesa complessiva..
- C'è la **realtà**: i costi standard scompaiono dalla formula finale e il fondo sanitario viene ripartito sulla base di un **pro-capite pesato**, esattamente così come si faceva prima..

Come funziona?

- Per la sanità, lo Stato definisce il totale del finanziamento per la sanità per anno sulla base delle esigenze di finanza pubblica
- Il Fondo viene ripartito tra le RSO sulla base di un **pro-capite pesato** (con qualche aggiustamento marginale)
- Le risorse sono attribuite a ciascuna Regione per raggiungere il proprio obiettivo di finanziamento come un **top up sulle risorse tributarie** regionali attribuite alla sanità per le RSO (Irap + addizionale Irpef **ad aliquota base**).

Come funziona?

- A sua volta, il top up è attribuito sulla base di una **compartecipazione a aliquote differenziate** sull'IVA (una distorsione che proviene da una cattiva applicazione del 56/2000) + un residuo di trasferimento dallo stato (FSN).
- Nel 2018 la compartecipazione IVA ha **finanziato dal 65 al 92%** della sanità nelle varie Regioni.
- Per le Regioni in disavanzo, scattano i **meccanismi correttivi**, le aliquote vengono portate al massimo e interventi vengono previsti in forma prima debole (**Piani**) e poi se non funzionano, forte (**Commissariamento**).

Che è successo con la crisi?

- Il complesso modello di attuazione previsto dalla Legge delega e dai decreti delegati non è mai stato applicato ed è definitivamente **saltato** con la crisi.
- Costi e fabbisogni standard per funzioni diverse da sanità **mai calcolati**; nessuna perequazione per capacità fiscale su addizionale Irpef; nessuna perequazione infrastrutturale etc.
- La sanzione sulla non eleggibilità del Presidente in deficit (D.Lgs.149/2011) dichiarato **incostituzionale** dalla Corte.

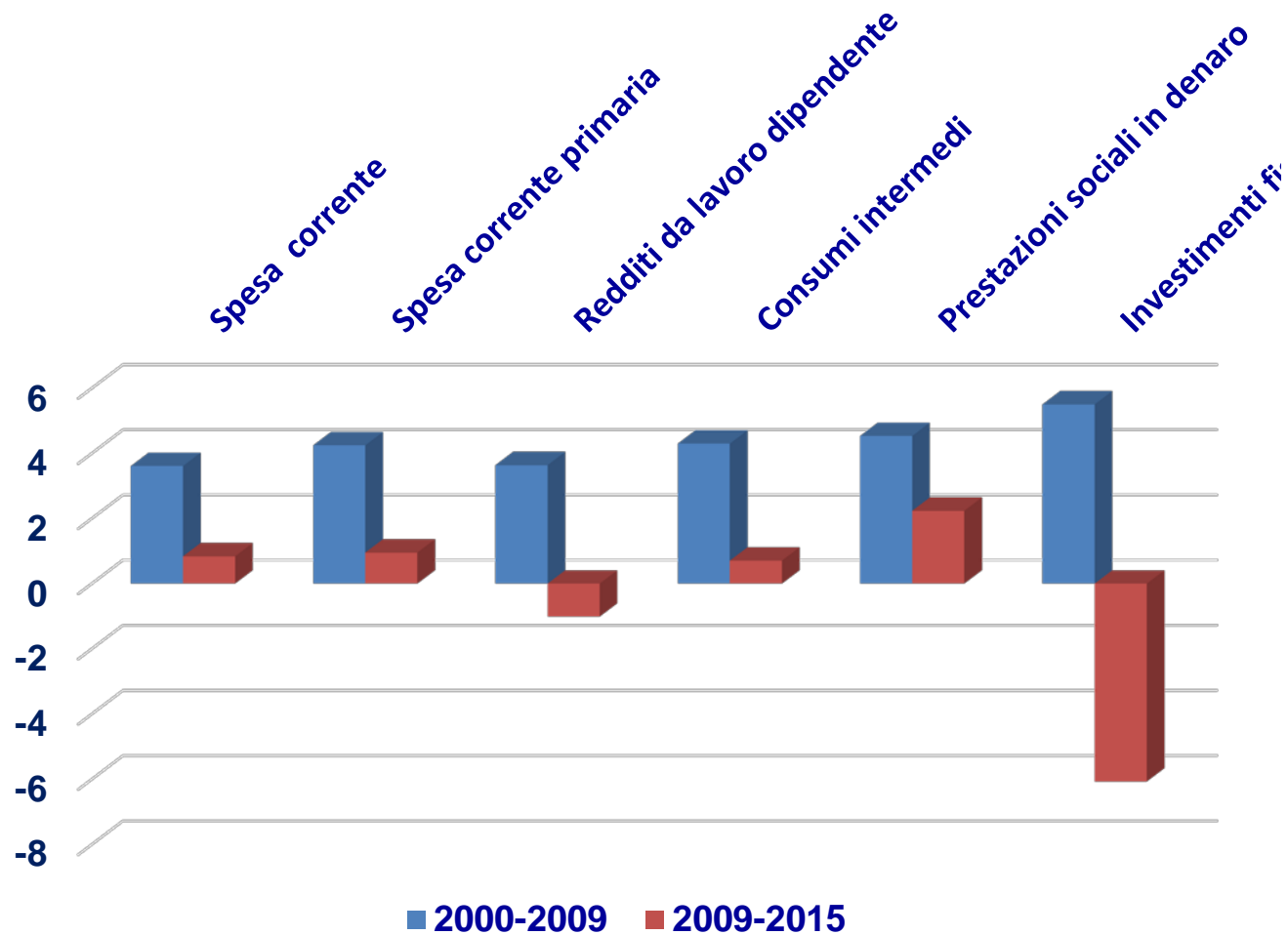
Che è successo con la crisi?

- La crisi finanziaria ha spinto lo Stato centrale a
 - (1) ridurre o consolidare la spesa pubblica, in particolare quella locale & regionale;
 - (2) introdurre sfibranti meccanismi di controllo sugli enti territoriali sub-centrali per garantire il rispetto degli equilibri di bilancio (rilassati solo di recente);
 - (3) fare **una scelta** date le minori risorse.

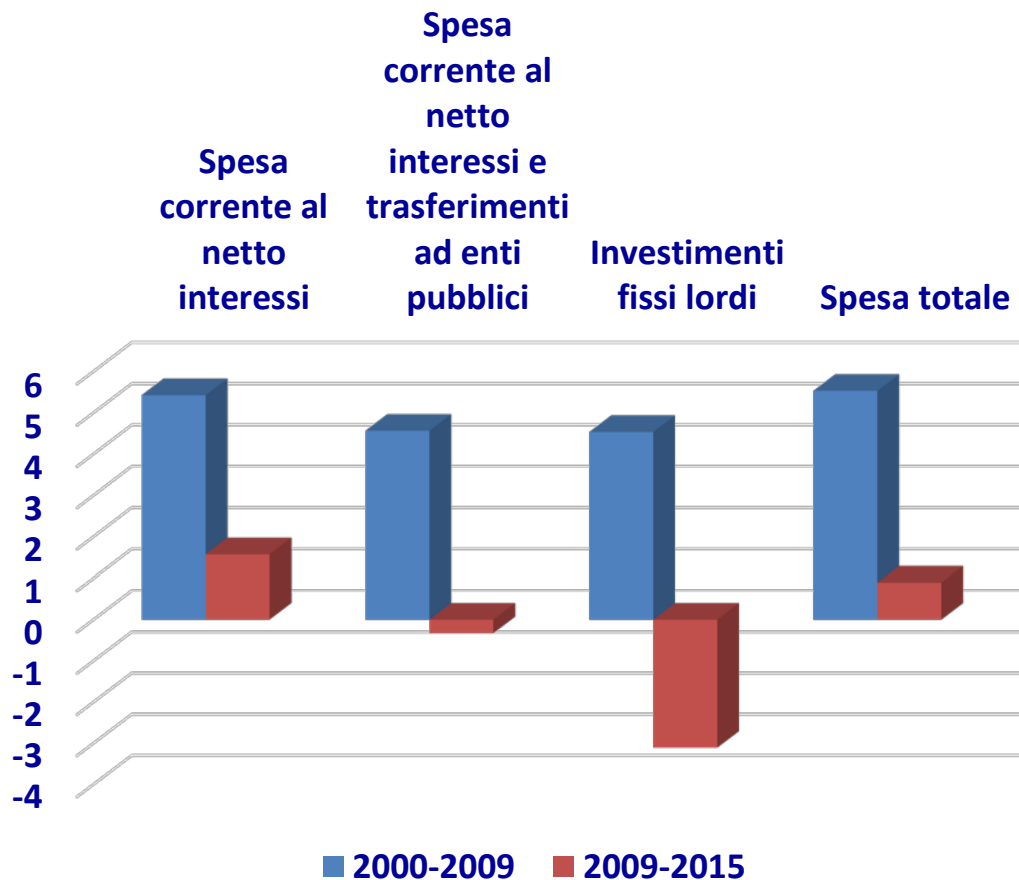
Che è successo con la crisi?

- Per le regioni, la scelta è stata quella (mai dichiarata o discussa esplicitamente in Parlamento o sulla stampa) di concentrare le risorse residue sul finanziamento e la perequazione **esclusivamente** per la sanità.
- Perché? Non ovvio.
- Probabilmente più **ragioni politiche** (sovrapposizione di competenze e non chiare definizioni di responsabilità) che vincoli legislativi.

Il consolidamento post crisi: spesa delle Amministrazioni Pubbliche (crescita media nominale)

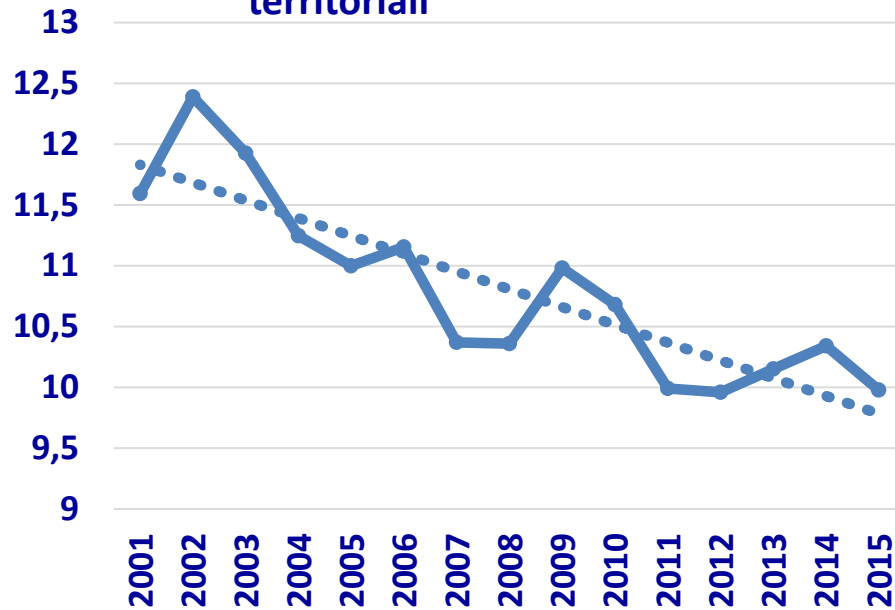


Il consolidamento post crisi: spesa delle Regioni (crescita media nominale)

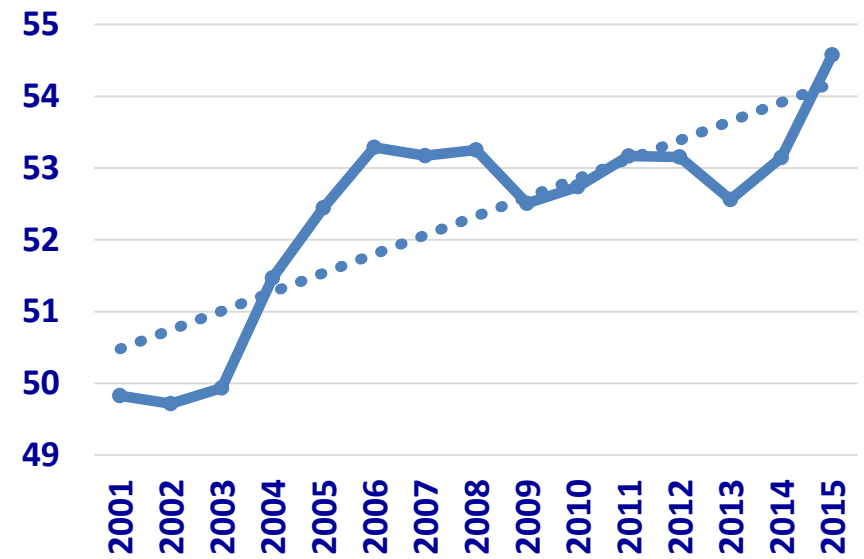


Gli effetti della crisi: spesa delle RSO

Spesa primaria delle RSO al netto dei trasferimenti ad altri enti pubblici, in % della spesa totale degli enti territoriali



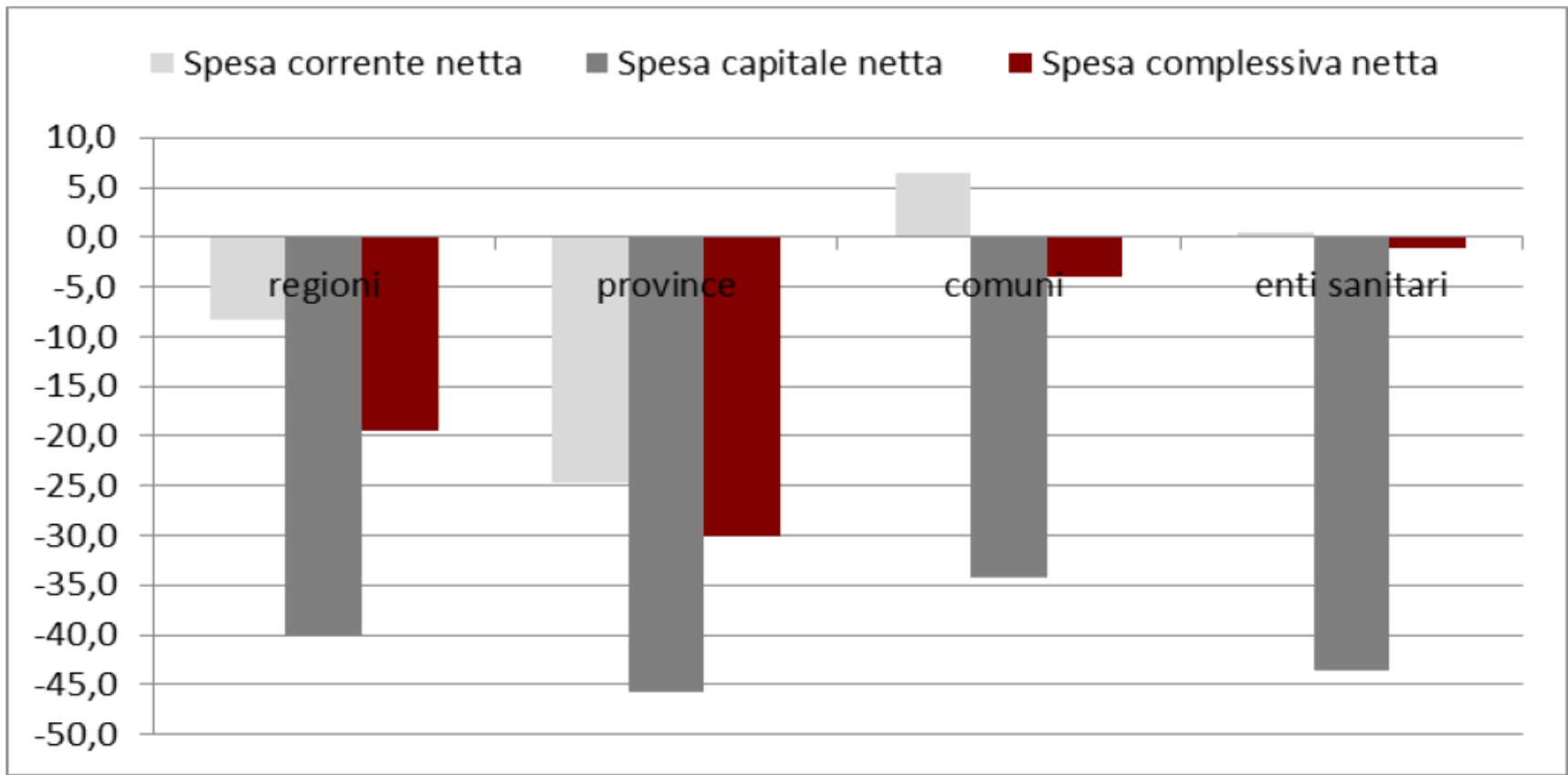
Spesa primaria degli enti sanitari locali al netto dei trasferimenti ad altri enti pubblici, in % della spesa totale degli enti territoriali



Che è successo alla finanza locale?

LA SPESA DELLE REGIONI, PROVINCE, COMUNI ED ENTI SANITARI

Variazioni nominali 2009 - 2014



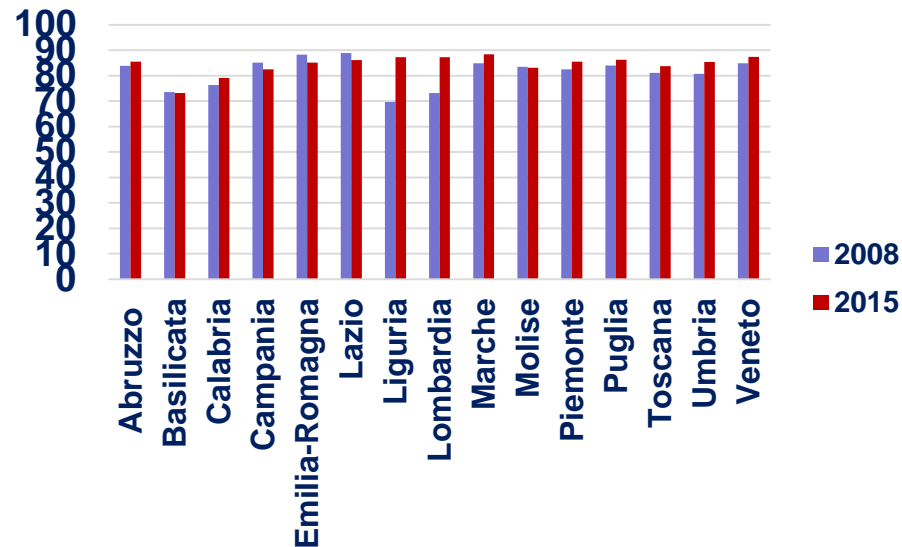
Per le spese regionali...

- Siccome la perequazione si è concentrata **esclusivamente** sulla sanità, su altre funzioni, pur importanti e teoricamente protetti dalla delega, (assistenza sociale, istruzione, etc.) i divari regionali sono rimasti **invariati o cresciuti**.
- Ma sulla sanità, grazie anche ai PdR c'è stato un **notevole processo di convergenza**, anche nei livelli di spesa pro-capite.

Analisi delle spese

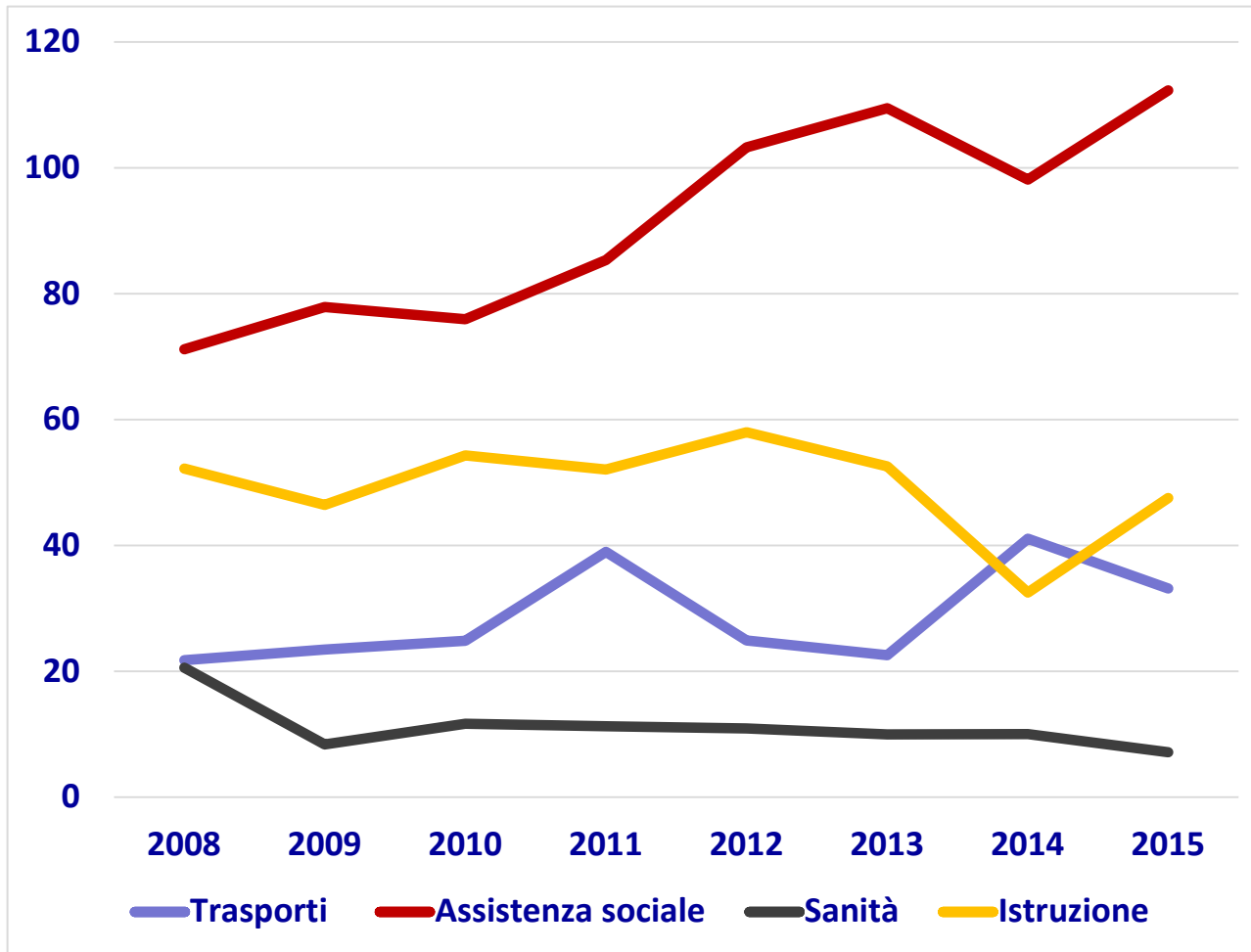
Sanità e assistenza, in % delle spese correnti

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Media	81,2	81,1	82,2	83,2	84,5	85,1	85,2	84,3
Min	69,7	72,3	74,1	72,6	77,2	77,0	77,7	73,2
Max	88,9	86,9	87,3	89,4	88,8	87,6	88,9	88,4
CV	7,2	5,3	5,0	5,6	3,9	3,5	4,5	4,7

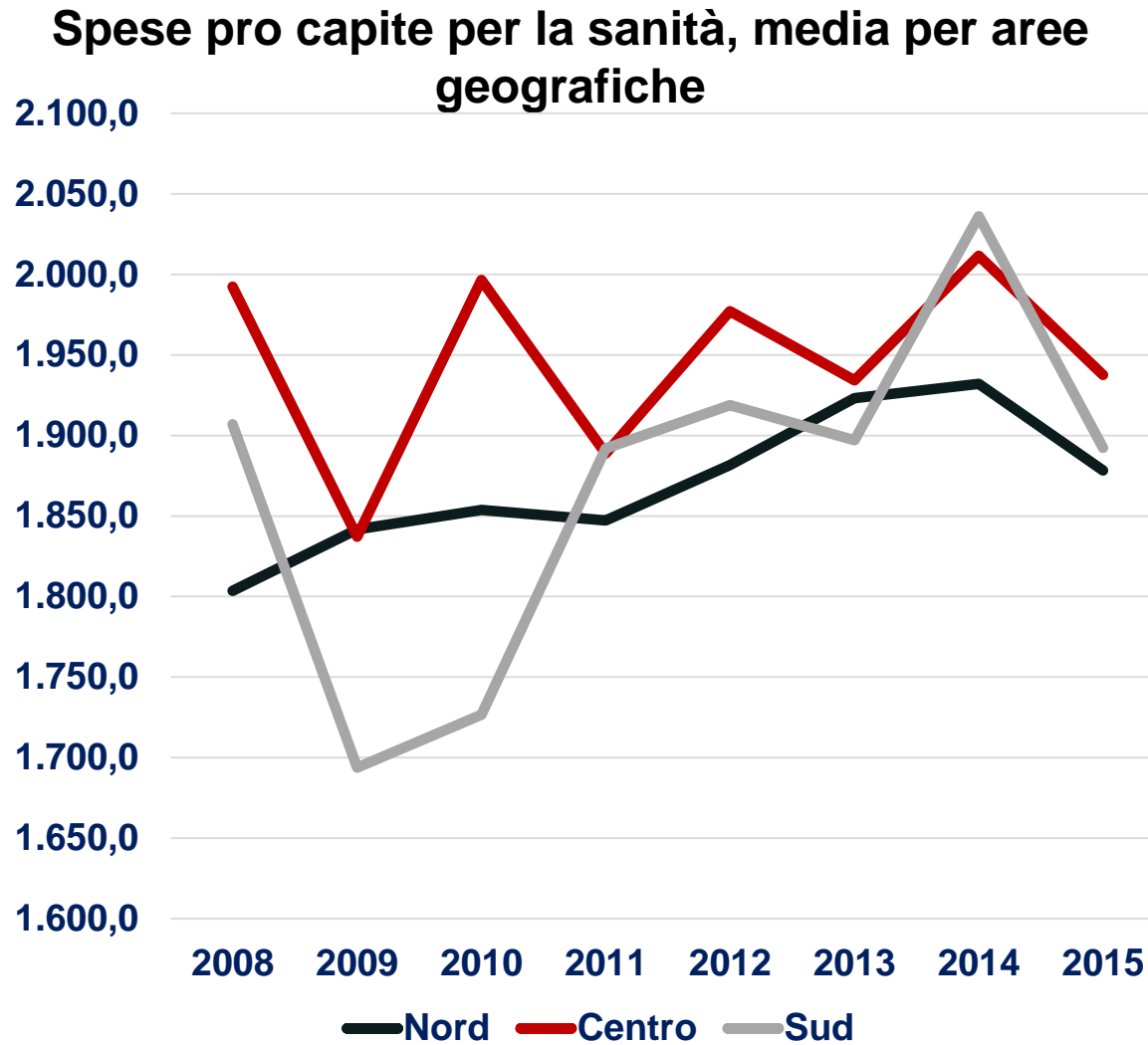


Analisi delle spese

Coefficienti di variazione delle diverse funzioni (quote sulla spesa corrente)

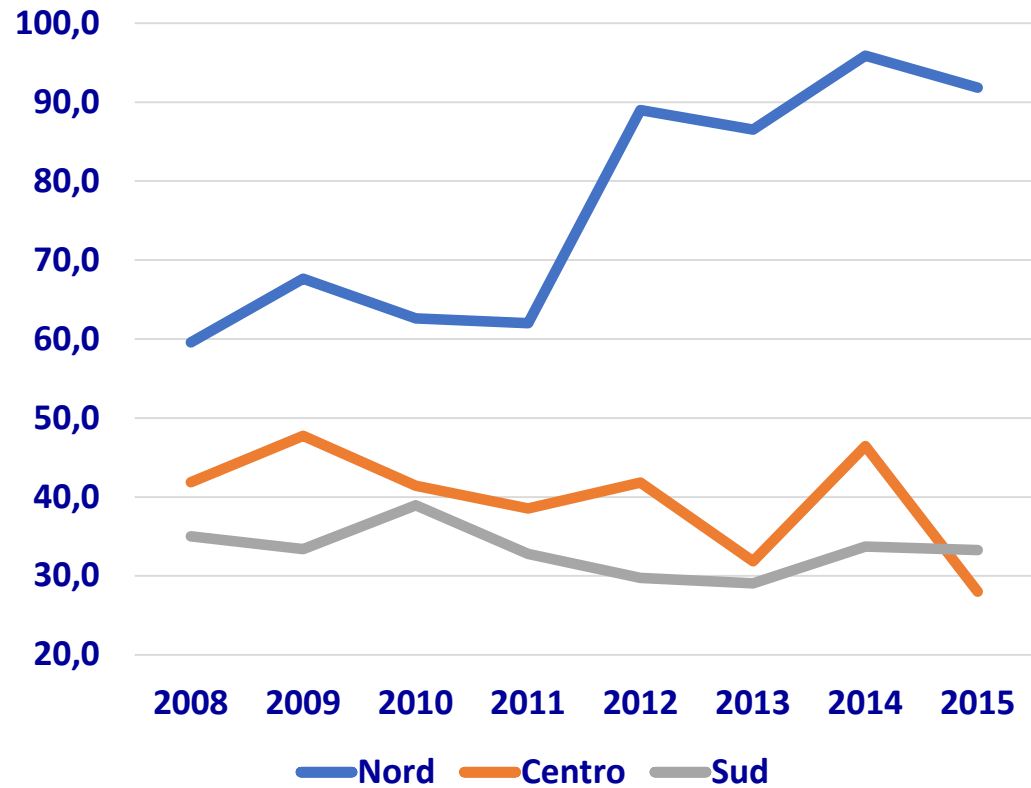


Analisi delle spese



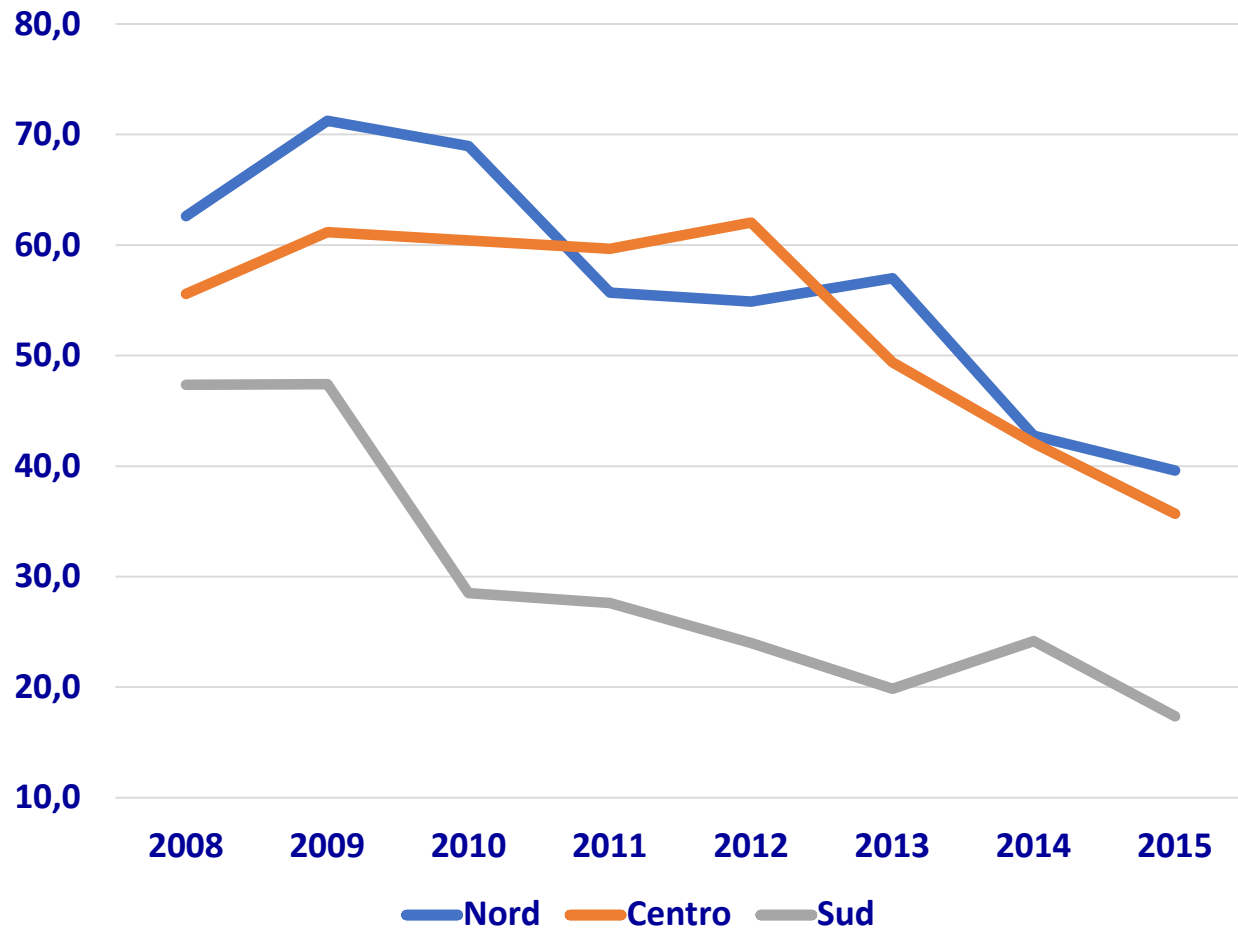
Analisi delle spese

Spese pro capite per assistenza sociale, media per aree geografiche



Analisi delle spese

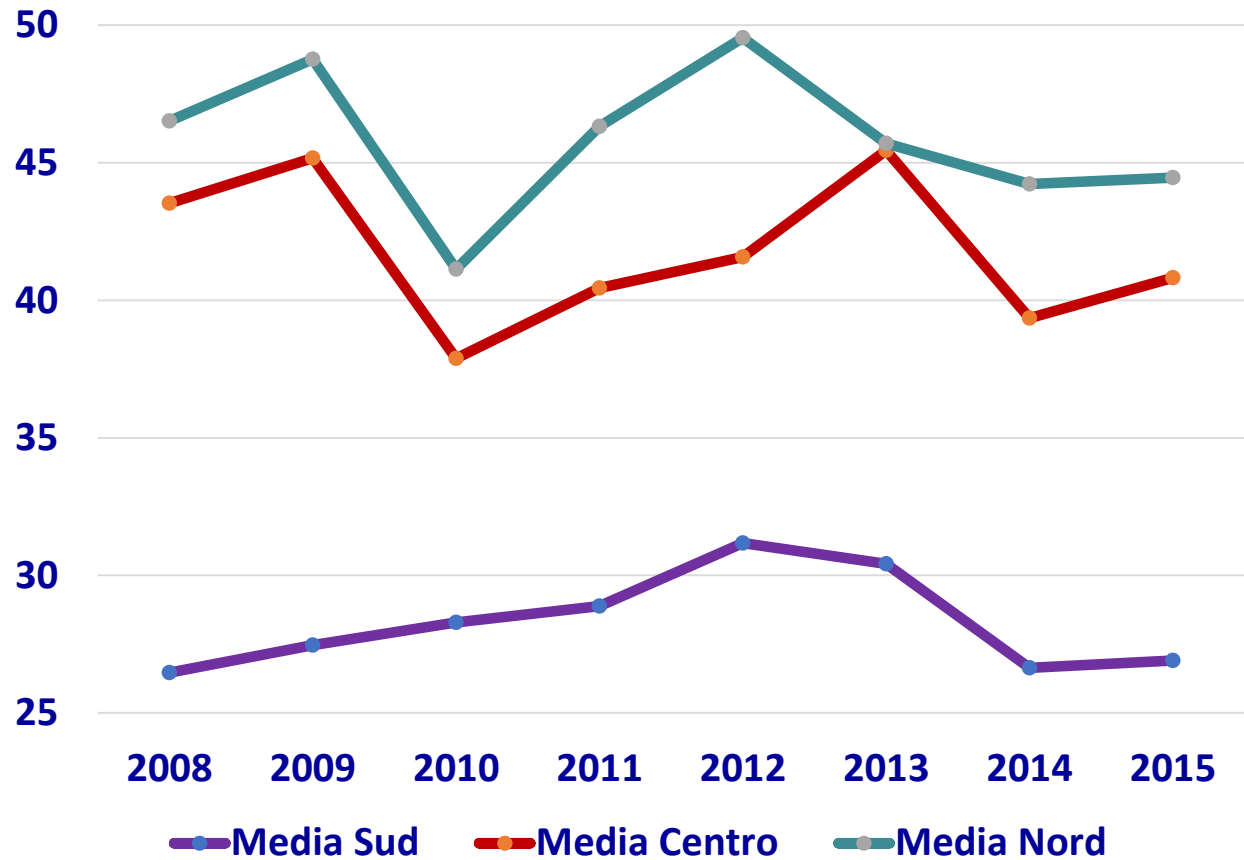
Spese pro capite per istruzione, diritto allo studio, formazione e ricerca, media per aree geografiche



E il finanziamento ...

- Le esigenze di controllo da parte dello stato centrale della finanza regionale hanno anche condotto ad una **riduzione degli spazi di autonomia** sul lato tributario, con blocchi successivi delle aliquote, interventi in riduzione della basi imponibili (IRAP) etc.
- La quota di spese totali coperte da **tributi propri** si è di conseguenza ridotta (maggiore sbilanciamento verticale)
- Ciò ha svantaggiato soprattutto le **regioni ricche**, che potevano contare su maggiori basi imponibili

Vertical imbalance, per aree geografiche



La convergenza nella qualità dei servizi

- Cos'è successo alla **qualità** della spesa sanitaria?
- Nello sforzo di contenere **la spesa** e con l'introduzione della normativa sui **piani di rientro** (introdotta a partire dal 2007) qualche miglioramento c'è stato.
- E senza dirlo, si è già introdotto di fatto un **modello di autonomia differenziata**.
- Praticamente tutte le regioni dal Lazio in giù, sono sotto PdR e in qualche caso commissariate da oltre 10 anni...

Le Regioni in piano di rientro sanitario

REGIONE	2007- 2009	2010- 2012	2013- 2015	2016- 2018
Piemonte		X	X	
Liguria	X			
Lazio	C	C	C	C
Abruzzo	C	C	C	X
Molise	C	C	C	C
Campania	C	C	C	C
Puglia		X	X	X
Calabria	X	C	C	C

X: Regione in PdR,

C: Regione commissariata ed in PdR

Monitoraggio LEA in sanità

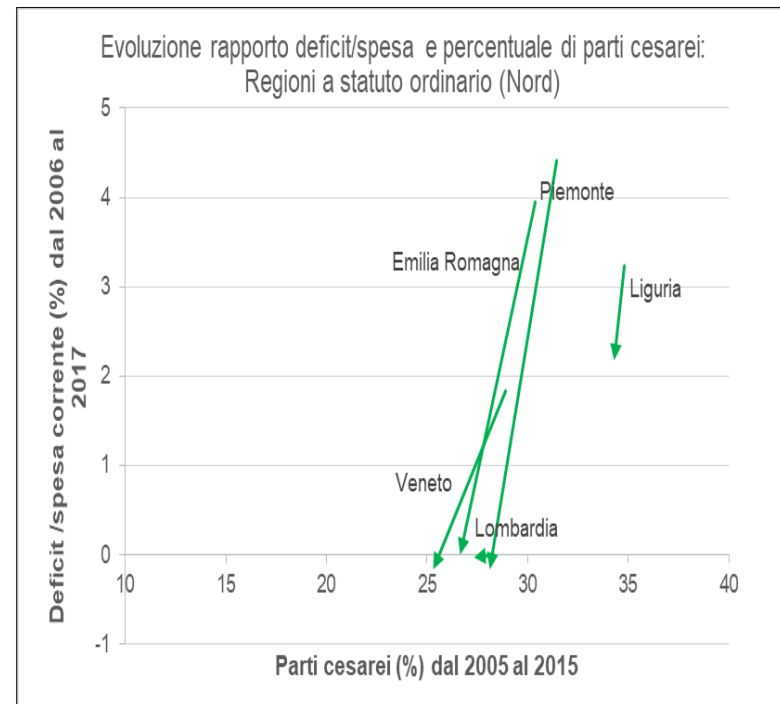
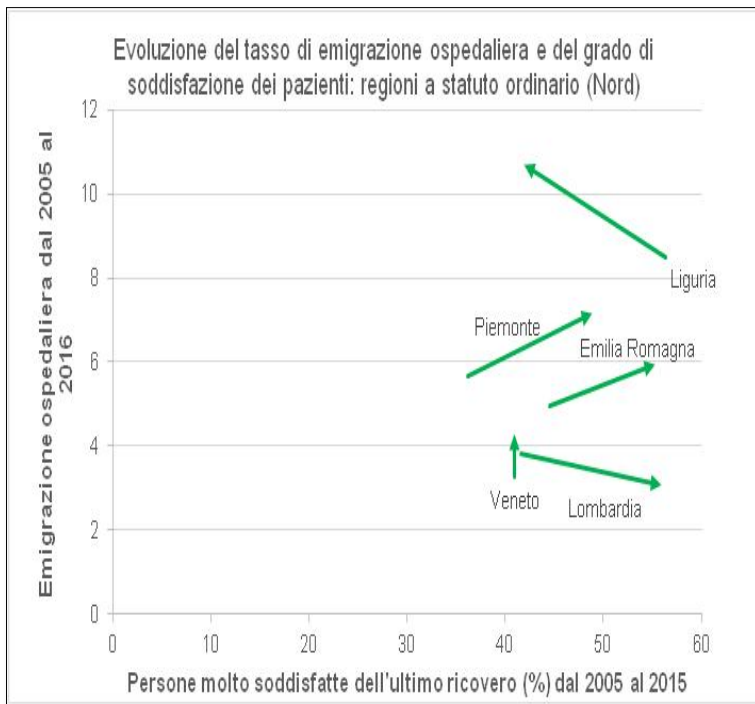
REGIONE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Abruzzo	148	120	133	145	145	152	163	182
Basilicata	167	157	164	165	169	146	177	170
Calabria	97	88	99	128	133	136	137	147
Campania	141	117	95	101	117	136	139	106
Emilia Romagna	175	215	208	208	210	204	204	205
Lazio	138	114	122	135	167	152	168	176
Liguria	174	162	137	154	176	187	194	194
Lombardia	169	200	171	195	184	187	193	196
Marche	177	183	180	161	165	191	192	190
Molise	161	136	126	142	146	140	159	156
Piemonte	185	180	174	170	186	201	200	205
Puglia	127	129	74	123	140	134	162	155
Toscana	207	198	185	168	193	214	217	212
Umbria	183	180	191	184	171	179	190	189
Veneto	192	163	178	182	193	190	189	202

Valutazione	Intervallo
Adempiente	>160
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	>130<160
Critica	<130

Disavanzi sanitari & indicatori di efficienza nei servizi

Le RSO del Nord

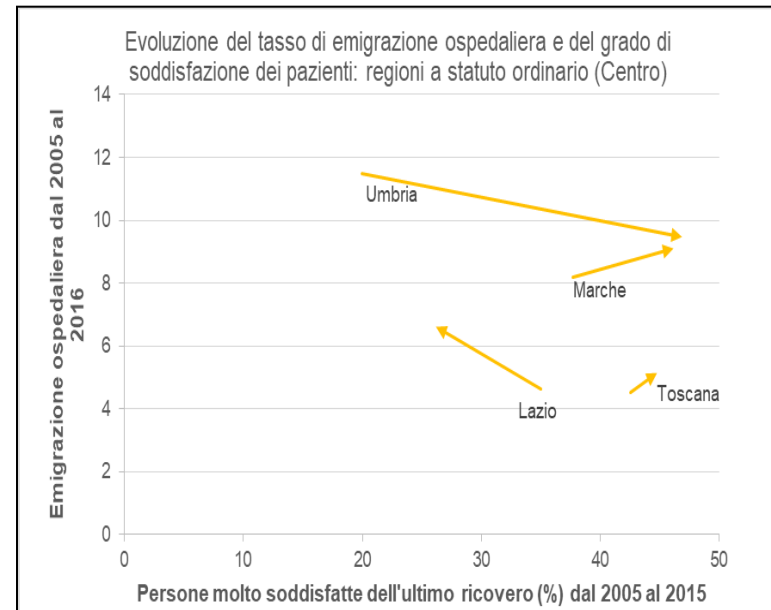
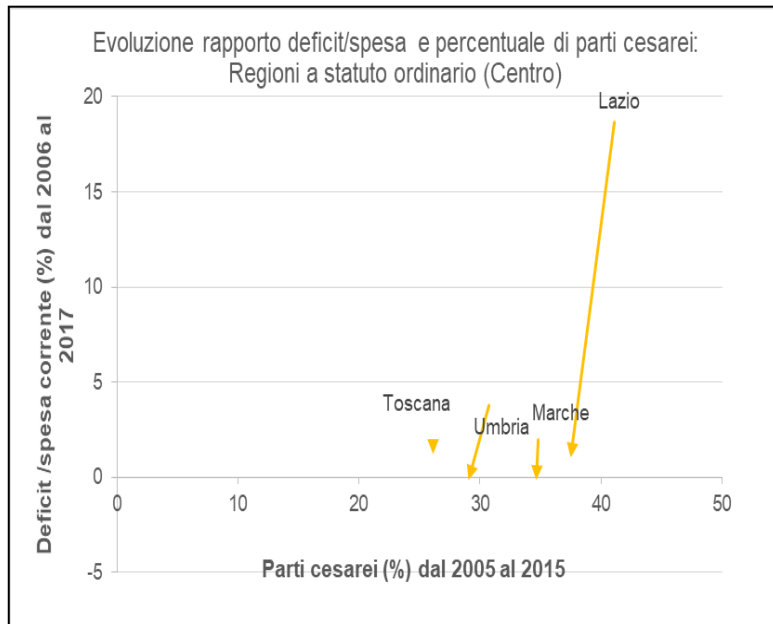
- Si riducono i disavanzi e migliora l'appropriatezza
- Aumenta la soddisfazione con variazioni minime nella emigrazione, tranne che in Liguria e in Veneto



Disavanzi sanitari & indicatori di efficienza nei servizi

Le RSO del Centro

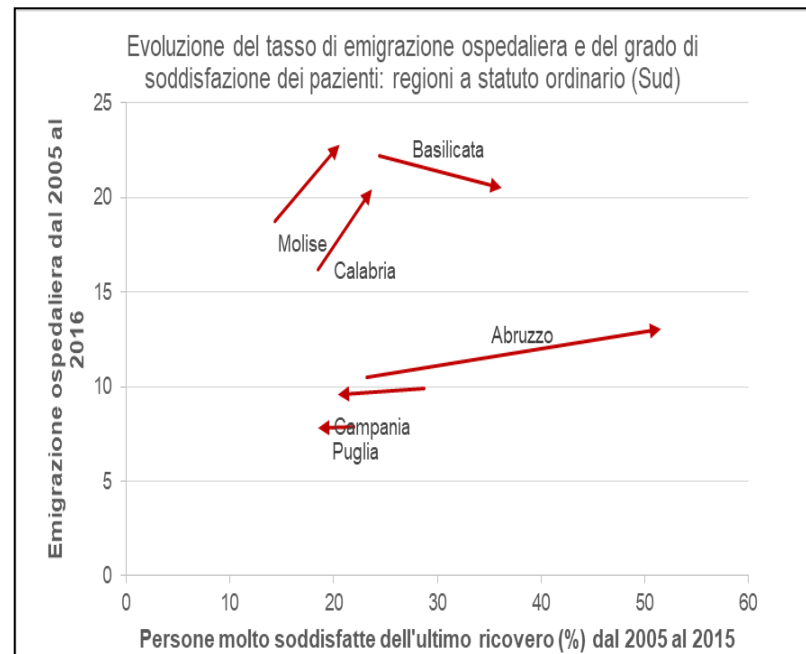
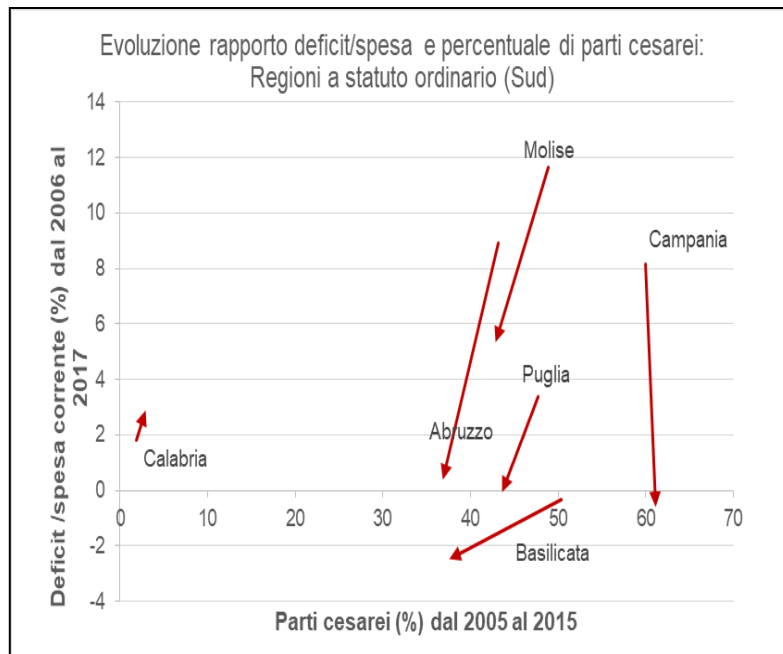
- Si riducono i disavanzi (specie nel Lazio) e migliora l'appropriatezza
- Aumenta la soddisfazione con variazioni minime nella emigrazione, tranne che in Lazio



Disavanzi sanitari & indicatori di efficienza nei servizi

Le RSO del Sud

- Si riducono i disavanzi, ma non in Calabria; migliora appropriatezza (non in Campania e in Calabria)
- Molise e Calabria aumenta l'emigrazione; aumenta la soddisfazione in Basilicata e Abruzzo



Conclusioni

- Il modello italiano di attribuzione competenze & finanziamento sanità genera **molti rischi**, già segnalati da un'ampia letteratura economica;
- la legislazione e la pratica dei PdR sembra essersi rilevato **capace** di fronteggiare alcuni di questi. La nostra analisi mostra:
 - convergenza nei livelli di spesa pro-capite;
 - eliminazione dei disavanzi;
 - nel complesso, qualche convergenza qualità dei servizi;
 - di fatto «tutela» statale delle regioni più deboli.

Conclusioni

- Ciò è stato possibile anche per la prevalenza, indotta dalla crisi, dell'obiettivo di **controllo della spesa** su tutti gli altri;
- La crisi ha anche spinto a privilegiare il finanziamento e la perequazione della sanità su altre funzioni regionali pur ritenute meritorie dalla legislazione, conducendo ad un **ampliamento** delle distanze nella spesa per queste funzioni tra regioni. E' questo accettabile?
- Ma per la sanità pubblica restano **molti problemi**.

Conclusioni

- Quanto è compatibile il mantenimento degli obiettivi di qualità e copertura universale del SSN con il percorso presente di **continua riduzione delle risorse in termini reali** eccezionale in un contesto internazionale? Con una popolazione che invecchia oltre tutto.
- Fino a che punto è accettabile il percorso di **livellamento delle risorse** (per la sanità, ma non solo) da parte delle regioni più forti (vedi il prepotente risorgere del tema del **federalismo differenziato**)?

Conclusioni

- Il «**procapite pesato**» come criterio di riparto del FSN presenta molti vantaggi (semplicità);
rimaniamo così o dovrebbe essere corretto con stime più accurate di costi e fabbisogni standard?
- In che modo la legislazione sui PdR può essere ulteriormente **migliorata**, dati i vincoli costituzionali?