Democratica

Amministrare il welfare locale:
cosa cambia con il federalismo?

Roma, 1 ottobre 2010

Federalismo, regioni e sanità

Claudio De Vincenti

Sapienza Università di Roma

Struttura della presentazione

- L’apertura di una fase nuova: il Patto per la Salute del settembre 2006
- Le scelte ondivaghe del governo Berlusconi
- La legge 42/2009 e i fabbisogni standard
- I possibili approcci a fabbisogni e costi standard
- Fabbisogni e costi standard nella bozza di decreto legislativo
- Una valutazione
- Qualche proposta

Il Patto per la Salute 2007-09 (1)

I punti chiave:

- incremento del finanziamento del SSN e sua stabilizzazione in quota di Pil per il triennio 2007-09
- predeterminazione per il triennio delle percentuali di riparto tra le regioni
- rafforzamento dei vincoli di bilancio regionali consolidando automatismi fiscali
- fondo transitorio triennale di sostegno per le regioni in disavanzo; accesso condizionato a Piano di Rientro con programmi operativi di riorganizzazione e aumento aliquote regionali (Irpef e Irap)

Il Patto per la Salute 2007-09 (2)

Perché è stato un punto di svolta:

- mentre adegua e stabilizza il finanziamento, rafforza i vincoli di bilancio regionali
- predetermina per un triennio risorse complessive e loro riparto tra le regioni; ogni regione può programmare interventi, sapendo su quali risorse può contare
- interrompe l'inseguimento della spesa da parte del finanziamento: (i) predeterminando risorse per ogni regione; (ii) separando i problemi di finanziamento ordinario del sistema, da ancorare al Pil, dal problema del finanziamento specifico dei disavanzi delle regioni in difficoltà, cui dedica il fondo transitorio vincolato all'adozione dei piani di rientro

Il Patto per la Salute 2007-09 (3)

Risultati:

- dal punto di vista del controllo della spesa: rispetto ai sei anni che vanno dal 2000 al 2006, quando era aumentata del 7% in media l'anno, la spesa sanitaria rallenta nel triennio 2007-09 con un tasso di aumento medio annuo del 3,7%, pressoché dimezzato rispetto al periodo precedente;
- dal punto di vista della governance del SSN: si afferma una strategia di "governo condiviso" Stato-Regioni, un assetto quindi in cui, a fianco dell'autonomia gestionale e della responsabilità di bilancio delle regioni, lo Stato svolge un ruolo, essenziale per l'unitarietà del sistema, di coordinamento degli obiettivi di salute, di promozione dell'appropriatezza delle prestazioni e di rigore finanziario

Problemi aperti:

- la definizione del finanziamento aggregato non poggia su analisi dei fabbisogni effettivi connessi ai Lea ma risponde a una logica di negoziazione tra Stato e Regioni a partire dalla spesa ereditata dal passato
- anche il riparto del finanziamento tra le regioni non poggia su analisi dei fabbisogni in funzione dei Lea e delle particolarità regionali, ma procede dai criteri di riparto ereditati (in parte quota capitaria ponderata con l'età in parte quota capitaria secca) e dagli aggiustamenti "pattizi" operati in sede di Conferenza delle Regioni
- la mancanza di indicatori affidabili circa l'erogazione dei Lea in condizioni di efficienza rende il confronto sui piani di rientro al Tavolo di verifica un "braccio di ferro" di difficile gestione e ne limita l'efficacia (non a caso i piani, pur cominciando a "piegare" la spesa storica, non hanno conseguito l'obiettivo dell'equilibrio economico nel triennio e sono stati prorogati oltre la scadenza)

Le scelte ondivaghe del governo Berlusconi

Estate 2008:

- senza attendere l'aggiornamento del Patto, che avrebbe dovuto essere effettuato nel corso del 2009, il governo taglia 2 mld di euro nel 2010 e 3 mld nel 2011 (rispetto all'invarianza in rapporto al Pil)

Dicembre 2009:

- nuovo Patto per la salute 2010-12 in cui il governo si impegna a riportare al livello originario il finanziamento, rinviando a successivi provvedimenti il compito di rinvenire le risorse necessarie

Estate 2010:

- mentre parte delle risorse promesse deve ancora essere assicurata, il DL 78 opera un nuovo taglio alle risorse regionali per 4,5 mld nel 2011 e 5,5 nel 2012 (non necessariamente sulla sanità – a parte farmaceutica e stipendi - ma una ricaduta appare inevitabile)

Implicazioni:

- viene meno la strategia di "governo condiviso"
- incertezza risorse e difficoltà per le regioni a programmare i propri interventi

La sanità nella legge delega sul federalismo

- la sanità rientra tra le materie per le quali vengono definiti i Livelli essenziali delle prestazioni (Lep)
- il finanziamento tramite tributi propri, addizionale Irpef, compartecipazione Iva, quote del fondo perequativo alimentato anch'esso da una compartecipazione Iva, deve coprire integralmente i fabbisogni standard corrispondenti ai Lep (art. 8, c. 1, lett d)
- i fabbisogni standard devono essere calcolati in relazione ai costi standard associati ai Livelli essenziali delle prestazioni (art. 8, c. 1, lett b)

I possibili approcci a fabbisogni e costi standard (1)

La frontiera efficiente:

- scelta delle variabili esplicative (demografiche, socio-economiche, stili di vita, ecc.)
- stima della relazione che lega la spesa regionale a ogni variabile esplicativa (impatto di ogni variabile sulla spesa nella media delle regioni)
- stima degli scostamenti regionali dalla spesa standard pro-capite
- costruzione di un indicatore di qualità dei servizi sanitari
- stima della frontiera efficiente qualità-spesa

Le criticità:

- delicatezza della scelta delle variabili esplicative
- complessità nella costruzione di un indice aggregato di qualità
- mancata corrispondenza alla lettera della legge delega

I possibili approcci a fabbisogni e costi standard (2)

Bottom-Up (metodo analitico):

- il costo standard come costo efficiente per unità di prodotto
- fabbisogno standard = popolazione ponderata x quantità di prestazioni pro-capite standard x costo standard delle diverse prestazioni (si tratta di una semplificazione rispetto alla identificazione analitica di quantità di prestazioni in funzione dei bisogni sanitari specifici delle singole regioni)
- la somma dei fabbisogni regionali determina il finanziamento aggregato

Le criticità:

- attuale carenza di dati per un calcolo fine di costo per singole prestazioni
- ci sono esternalità di produzione tra le prestazioni che insieme compongono un Lea, cosicché il suo costo non è la mera sommatoria dei costi delle prestazioni ma dipende da come le prestazioni vengono combinate all'interno dell'azienda sanitaria
- come si garantisce la coerenza tra finanziamento aggregato risultante dal metodo bottom-up e compatibilità macroeconomiche? ossia, come si garantisce il coordinamento della finanza pubblica?

I possibili approcci a fabbisogni e costi standard (3)

Un metodo analitico semplificato:

- il costo standard come costo medio nazionale - o in regioni *benchmark* - unitario per livello aggregato di assistenza
- fabbisogno standard per livello aggregato di assistenza = somma per tutte le classi di età di: costo standard x unità di assistenza standard in una classe di età x popolazione regionale nella classe di età
- esempio assistenza ospedaliera: calcolo del costo medio nazionale per ricovero equivalente (corretto quindi per l'indice di complessità della casistica); costo medio x tasso di ospedalizzazione in una classe di età x popolazione regionale nella classe di età; somma del risultato per tutte le classi di età
- fabbisogno standard regionale = somma dei fabbisogni per livelli aggregati di assistenza
- la somma dei fabbisogni regionali determina il finanziamento aggregato

Problematiche:

- i bisogni sanitari di una regione non dipendono solo dalla struttura per età della sua popolazione
- i dati sui consumi per classi di età sono disponibili solo per i livelli aggregati assistenza ospedaliera, farmaceutica e – ma non per tutte le regioni – specialistica ambulatoriale
- per gli altri livelli aggregati di assistenza occorre accontentarsi del calcolo della spesa pro-capite equivalente
- la combinazione dei due tipi di calcolo può essere comunque interessante
- resta il problema di garantire il coordinamento della finanza pubblica

La bozza di Decreto Legislativo (1)

Procedimento top-down:

- il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica
- ripartizione del finanziamento per 3 macrolivelli: 5% all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 51% all'assistenza distrettuale; 44% all'assistenza ospedaliera
- per ottenere il finanziamento della singola regione si applica al fabbisogno nazionale standard il rapporto tra il fabbisogno sanitario standard della regione – determinato come sotto - e il valore totale dei fabbisogni regionali

La bozza di Decreto Legislativo (2)

Calcolo del fabbisogno regionale standard:

- si applicano a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni *benchmark*
- 3 regioni *benchmark* scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le 5 - individuate da MS e MEF - che abbiano garantito Lea in condizione di equilibrio economico (comprese le entrate proprie regionali effettive) e in condizioni di efficienza e appropriatezza
- calcolo del costo standard aggregato per ognuno dei tre macrolivelli come media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni *benchmark*
- costo nelle regioni *benchmark* come spesa depurata (mobilità, sforzo fiscale, prestazioni superiori ai Lea) rapportato alla popolazione pesata
- applicazione del costo standard alla popolazione pesata di ogni regione, ottenendo il suo fabbisogno standard

La bozza di Decreto Legislativo (3)

La dinamica del procedimento:

- le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento
- le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento
- costi e fabbisogni standard sono determinati annualmente dal Ministro della Salute di concerto col Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni
- non viene inizialmente (art 1, c 2) specificata la lunghezza del periodo transitorio, salvo disporre (art. 3, c 4) che il fabbisogno standard delle singole regioni viene determinato nei modi sopra indicati a decorrere dall'anno 2013
- i criteri indicati dal decreto potranno essere rideterminati previa Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, comunque nel rispetto del livello di fabbisogno *standard* nazionale stabilito in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica

Una valutazione: i punti a favore

- il procedimento top-down garantisce il rispetto delle compatibilità macroeconomiche e dei vincoli di finanza pubblica
- il procedimento di determinazione dei fabbisogni standard appare ragionevolmente gestibile
- 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 assistenza specialistica e RSA in sostituzione dei ricoveri ospedalieri)

Una valutazione: le criticità (1)

Il procedimento top-down:

- il metodo top-down rispetta il dettato della legge delega?
- 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 fabbisogno nazionale predeterminato all'inizio del processo determinerà un eccesso di risorse a disposizione delle regioni, sia di quelle *benchmark* che delle altre, con effetti generalizzati di indebolimento della spinta all'efficienza
- la spinta all'efficienza risulterebbe poi ovviamente indebolita se le regioni benchmark non dovessero essere quelle che garantiscono i Lea con i costi più bassi
- in sintesi, il problema è che la determinazione del fabbisogno nazionale avviene indipendentemente dal calcolo dei fabbisogni regionali standard

Una valutazione: le criticità (2)

Il calcolo di costi e fabbisogni standard:

- i dati dei consumi per classi di età sono disponibili per assistenza ospedaliera, farmaceutica e specialistica ambulatoriale
- per quanto riguarda l'ospedaliera e, all'interno dell'assistenza distrettuale, la farmaceutica e la specialistica si potrebbero almeno calcolare costi standard e quantità standard per classi di età, identificando i relativi fabbisogni standard in modo meno approssimato
- non è giustificato applicare la pesatura per età a tutte le voci di assistenza sanitaria
- si rinuncia del tutto ad altri criteri di pesatura, come l'indice di deprivazione sociale, che implicano una variabilità dei bisogni sanitari a parità di struttura per età della popolazione
- non viene chiarito se, nel caso i fabbisogni standard calcolati in una regione per i tre macrolivelli non rispettino le percentuali di ripartizione (5-51-44 per cento), vadano riproporzionati prima di calcolare il fabbisogno complessivo della regione o se invece si sommino a formare il fabbisogno regionale che fa da riferimento per il riparto del finanziamento nazionale; questa seconda strada sembra la più logica, tanto più alla luce dei limiti della pesatura in base al solo criterio della struttura per età, ma andrebbe esplicitata (sembra comunque andare in questa direzione la lett g del c 4 dell'art 3)

Una valutazione: le criticità (3)

La dinamica del procedimento:

- la determinazione annuale dei fabbisogni standard – implicita per il fabbisogno nazionale ed esplicita per quelli regionali – fa venire meno la certezza 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; si ripropone così il rischio di un inseguimento anno per anno della spesa da parte del finanziamento e la prospettiva di defatiganti trattative annuali tra Stato e Regioni e tra le stesse Regioni circa il riparto del finanziamento nazionale
- la procedura di revisione a regime dei criteri di calcolo di costi e fabbisogni standard resta indeterminata e si dispone semplicemente che potrà effettuarsi previa Intesa in Conferenza Stato-Regioni nel rispetto del livello di fabbisogno nazionale standard
- non ci sono indicazioni circa la fase di transizione, se non disporre che i nuovi criteri saranno applicati a partire dal 2013: non appare credibile che le regioni più inefficienti possano raggiungere il *benchmark* entro la fine del 2012

Qualche proposta

- Sostituire al metodo top-down un procedimento iterativo: calcolati i fabbisogni standard regionali, si decide quanto del risparmio di risorse è destinato a migliorare i Lea e a sostenere le regioni in ritardo e quanto va a riduzione del finanziamento aggregato
- Predeterminazione triennale delle risorse aggregate (determinate in base al processo iterativo indicato) e delle percentuali di riparto tra le regioni
- Adottare per il calcolo di costi e fabbisogni standard riferiti a ospedaliera, farmaceutica e specialistica il metodo analitico indicato sopra
- Per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro e per medicina generale e pediatria adottare il pro-capite semplice
- Correggere i fabbisogni regionali così calcolati per altri indici di pesatura della popolazione, come l'indice di deprivazione
- Prevedere che la revisione dei criteri a regime farà riferimento all'elaborazione di analisi sui bisogni sanitari effettivi e su una contabilità – da costruire - per funzioni (almeno per macrofunzioni: assistenza in degenza, day hospital, assistenza territoriale, specialistica, ecc.)
- Definire una fase di transizione più lunga: il triennio successivo al 2012