

Servizio Sanitario Nazionale e redistribuzione del reddito*

di Rosella Levaggi

1. Introduzione

Il massiccio intervento dello Stato nel mercato delle prestazioni sanitarie risale ad un periodo storico in cui l'ideologia dell'welfare state era dominante e la sanità veniva considerata un bisogno fondamentale ed irrinunciabile che doveva essere soddisfatto. Da qui nasceva la necessità di fornire pubblicamente l'assistenza sanitaria e di renderla accessibile a tutti. Il principio che regola la maggior parte dei sistemi di assistenza sanitaria è proprio quello della parità di accesso alle prestazioni mentre per quanto riguarda la raccolta delle risorse questa dovrebbe essere basata in modo più che proporzionale sulla base della capacità contributiva del singolo. In questa nota vogliamo invece soffermarci su un tema a cui non è stata data la giusta importanza dalla letteratura e che riguarda l'effettiva redistribuzione del reddito che in Italia viene effettuata utilizzando la spesa sanitaria

2. La redistribuzione teorica del reddito

I sistemi sanitari pubblici si finanziano principalmente mediante tassazione perché questo metodo realizza la dicotomia massima fra il contribuente ed il fruitore del servizio finanziato. Le prestazioni sanitarie sono offerte gratuitamente a tutta la collettività mentre i fondi per finanziare il sistema sanitario possono essere raccolti tramite le imposte generali sul reddito, tramite imposte specifiche o con l'uso di tariffe. Tali imposte possono essere applicate sia a livello nazionale che a livello locale come nei paesi scandinavi. I fondi a disposizione a livello nazionale sono poi allocati alle varie Regioni seguendo determinati criteri redistributivi e il budget allocato a ciascuna regione non dipende dallo sforzo contributivo. Questo sistema realizza la massima redistribuzione del reddito sotto due condizioni fondamentali:

- a) le imposte utilizzate per finanziare la spesa sono progressive
- b) l'utilizzo delle prestazioni oltre che l'accesso alle cure è effettivamente garantito a tutti.

L'effettivo livello di redistribuzione del reddito della spesa sanitaria non è facilmente calcolabile e di fatto è stato calcolato solo per poche nazioni o solo con riferimento a specifici servizi. Dove tale indice è stato calcolato, spesso si sono riscontrate delle forti discrepanze fra la redistribuzione attesa e quella effettiva. Questo avviene sia perché le imposte utilizzate non sempre sono progressive sia perché l'utilizzo effettivo dei beni forniti viene effettuato più dalle classi con un livello di istruzione, cultura e reddito maggiore della media.

Il problema è duplice e nasce sia dal lato delle entrate che da quello delle uscite. Per quanto riguarda il lato del finanziamento occorre innanzitutto usare delle imposte progressive ed inoltre andrebbe considerato il ruolo dell'evasione fiscale nella distribuzione del reddito. A parte quella sul reddito personale, le imposte progressive sono in realtà molto poche e talvolta le scelte effettuate dagli Stati circa i tributi da utilizzare non sono molto felici.

* Paper per il 1° sottogruppo "Andamenti della spesa, sostenibilità e modelli di finanziamento" del gruppo di studio di Astrid su "Le politiche sanitarie", coordinato da Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola.

Dal lato dell'utilizzo delle prestazioni il problema è ancora più difficile: se da un lato i pazienti che hanno un reddito più elevato tendono a rivolgersi anche alla sanità privata per evitare code e adempimenti burocratici, gli studi più recenti mostrano che sia la domanda di prestazioni sanitarie che la cura in generale della propria salute dipende dal livello di reddito, di istruzione e di cultura degli individui ed inoltre dal contesto socio-culturale in cui vivono.

Per quanto riguarda l'Italia una stima dell'impatto redistributivo della spesa sanitaria non esiste ed in questa nota verranno messe in evidenza alcuni aspetti su cui occorrerebbe approfondire lo studio.

3. Il Finanziamento della spesa sanitaria in Italia

In Italia, in conseguenza delle riforme che hanno devoluto alle Regioni molte competenze in campo sanitario, la spesa sanitaria viene finanziata da tributi a livello regionale, da compartecipazioni al gettito di tributi nazionali, con trasferimenti perequativi per equilibrare le risorse a livello regionale ed infine con il pagamento diretto (o tramite assicurazione privata) da parte dei cittadini. Quest'ultima voce rientra nella spesa sanitaria privata; in Italia lo Stato ha incentivato questo utilizzo di risorse private tramite una serie di benefici fiscali a favore della sanità integrativa.

Dopo la finanziaria del 1996 i principali metodi di finanziamento a livello regionale della sanità possono essere così riassunti:

- IRAP (aliquota standard 3,9%, variabile in +/- di 0,92 punti percentuali dalle singole regioni);
- Addizionale IRPEF (aliquota 0,9%, aumentabile dello 0.5%, per finanziamento sanità);
- Tassa automobilistica regionale;
- Tassa regionale per il diritto allo studio universitario;
- Compartecipazione all'accisa sulla benzina e al gettito IVA (37,4% nel 2004);
- Trasferimenti da parte dello Stato finanziati con la fiscalità generale.

Vediamo quindi quali di queste imposte può essere considerata progressiva.

L'addizionale IRPEF a livello regionale è una imposta proporzionale in quanto aumenta di una quota percentuale il gettito a livello nazionale. L'IRAP viene prelevata mediante una aliquota proporzionale, uguale per la maggior parte dei settori produttivi. Tale aliquota però non ha come base imponibile il reddito dell'individuo, ma il valore aggiunto della produzione. L'impatto redistributivo in termini di reddito dovrebbe quindi essere calcolato ad hoc. Occorre inoltre considerare che il carico tributario può essere traslato in avanti (aumento del prezzo del bene venduto) o indietro (riduzione del prezzo pagato ai fornitori degli inputs produttivi).

L'IVA è una imposta proporzionale ai consumi e secondo alcuni studi potrebbe avere un effetto regressivo in quanto sono gli individui che hanno un reddito più basso che spendono la maggior parte del reddito (risparmiano meno).

Le altre imposte rappresentano una percentuale limitata del finanziamento della spesa sanitaria a livello regionale e il loro impatto redistributivo andrebbe calcolato ad hoc.

I trasferimenti da parte dello Stato rappresentano comunque una quota importante del finanziamento della spesa regionale e hanno due effetti a) operano una redistribuzione delle risorse a livello regionale b) potrebbero contribuire alla redistribuzione del reddito a livello nazionale se per finanziarlo fossero utilizzate delle imposte progressive. In Italia le imposte non hanno una destinazione specifica, ma una posta molto grande come i trasferimenti per la sanità assorbiranno certamente imposte progressive come l'IRPEF e proporzionali come l'IRES. Tuttavia l'effetto redistributivo delle entrate destinate alla sanità in Italia non è così certo e il tema andrebbe approfondito.

4. La redistribuzione dal lato della spesa

Per poter studiare la redistribuzione dal lato della spesa sarebbe necessario conoscere gli effettivi utilizzatori di tutti i servizi sanitari offerti e comparare l'utilizzo con l'effettivo bisogno. Tale operazione, almeno in questi termini è praticamente impossibile. Tramite lo strumento delle banche dati assistito è ormai possibile ricondurre l'utilizzo delle prestazioni al singolo individuo e in questo modo possiamo avere una visione abbastanza precisa di come le risorse vengono distribuite. In teoria si potrebbe legare questi dati a indici di reddito, di istruzione e di cultura per capire come le risorse vengono utilizzate. Tuttavia, questo tipo di operazione, non consentirebbe di stabilire se questo consumo è legato ad un reale bisogno. Gli studi fatti in Italia per quanto riguarda la redistribuzione del reddito della spesa in generale mostrano che l'impatto redistributivo dei trasferimenti in natura (categoria a cui appartiene la maggior parte della spesa sanitaria) è molto limitato (Sonedda e Turati, 2005). Zocchetti et al (2004) giungono più o meno alle stesse conclusioni. Il reddito e l'istruzione sono elementi importanti che determinano il ricorso alle cure sanitarie; questo fatto potrebbe alterare la redistribuzione in natura operata dalla spesa verso le classi più colte e più ricche.

Occorre però notare che per quanto riguarda la spesa, esistono due diversi livelli di redistribuzione che si vuole raggiungere con tale intervento. Certamente la redistribuzione del reddito, ma anche la redistribuzione del rischio collegato alla malattia e in questo caso tutti coloro che hanno un livello di salute peggiore dovrebbero ricevere di più, indipendentemente da altre caratteristiche.

5. La redistribuzione interregionale

La riforma del settore sanitario in Italia ha assunto dei connotati molto particolari riguardanti l'autonomia decisionale che è stata assegnata alle Regioni in tema di scelte in campo sanitario. Con la nuova riforma, le Regioni hanno autonomia sulla spesa sanitaria in quanto possono decidere in quali settori concentrare di più la propria attività, ma siccome la tutela della salute è un diritto costituzionalmente garantito, lo Stato ha previsto che tutte le Regioni debbano provvedere un pacchetto minimo di servizi in modo gratuito e a tutta la popolazione (LEA) e che vengano trasferite risorse dalle regioni più ricche a quelle più povere mediante i trasferimenti perequativi.

Lo scopo dei trasferimenti perequativi è dunque quello di riequilibrare le risorse in modo che, una volta tenuto conto anche dei bisogni e dei costi a livello locale, lo sforzo fiscale necessario in ciascuna area per raggiungere un determinato livello di servizio sia più o meno uguale.

In Italia le risorse sono distribuite in modo molto disuguale. Levaggi e Mancini (2009) fanno notare come per certe Regioni questi trasferimenti siano la fonte principale di finanziamento della spesa sanitaria. Senza entrare nel merito dei problemi relativi a questa scelta e alle possibili conseguenze dal punto di vista economico, occorre comunque notare che i trasferimenti perequativi hanno un effetto redistributivo importante.

Per stimare questo impatto redistributivo possiamo far ricorso alla stima del residuo fiscale. Nella tabella 1 presentiamo il residuo fiscale stimato per l'Italia da Ferrario e Zanardi (2009) per le sole Regioni a statuto ordinario. I dati sono stati ottenuti riattribuendo i gettiti delle imposte alle Regioni in cui sono stati originati mediante una metodologia abbastanza complessa.

Come si può notare in questo caso la redistribuzione delle risorse va dalle Regioni del nord a quelle del Sud, fatta qualche eccezione (la Liguria).

Ferrario e Zanardi (2009) stimano che l'impatto redistributivo della spesa sanitaria a livello regionale sia pari a circa il 7% del PIL contro un 38% dell'intera spesa pubblica italiana. In questo senso quindi la spesa sanitaria sembrerebbe contribuire in modo significativo alla redistribuzione a livello regionale, ma non tanto forse come ci si potrebbe aspettare. Questo dato va tuttavia ulteriormente interpretato

utilizzando gli indici di redistribuzione che la letteratura ha sviluppato per calcolare l'impatto redistributivo delle imposte.

Questo tipo di operazione porta a concludere che il 20% dell'intera redistribuzione del reddito operata a livello regionale può essere attribuita alla sanità. In questo senso la sanità ha un forte effetto redistributivo.

6. Conclusioni

Gli effetti redistributivi teorici della spesa sanitaria non sempre sono verificati dal punto di vista empirico. Affinché la spesa operi redistribuzione del reddito occorre infatti che le imposte siano veramente progressive e che dalla spesa tragga una maggiore utilità coloro che hanno un reddito più basso di quello medio.

In Italia non esistono delle indicazioni precise circa l'effetto redistributivo della spesa sanitaria a livello di reddito e su questo aspetto occorrerebbe uno sforzo da parte della comunità scientifica per colmare questa lacuna.

Dal punto di vista di policy è infatti fondamentale sapere come le risorse si stanno redistribuendo. Al momento attuale la spesa sanitaria opera invece una forte redistribuzione delle risorse dal punto di vista regionale, un elemento che potrebbe ridursi nei prossimi anni a seconda del tipo di scelta effettuata per i meccanismi di allocazione delle risorse e dei trasferimenti perequativi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Arachi, G., C. Ferrario and A. Zanardi (2009), *Regional redistribution and risk sharing in Italy: the role of different tiers of government*, forthcoming in *Regional Studies*

Ferrario C. and A. Zanardi (2009), *From interpersonal to interregional redistribution: the case of social policies in Italy*, forthcoming in E. Ongaro, A. Massey, M. Holzer and E. Wayenberg (eds.) “Governance and Intergovernmental Relations in the European Union and the United States: Policy and Management”, Edward Elgar, Cheltenham, UK

Ferrario, C. Zanardi, A. (2009) *Fiscal federalism and the NHS in Italy: an analysis of interregional redistributive effects*, Paper presentato alla XXI Conferenza Siep, Pavia, 2009, <http://www-1.unipv.it/websiep/2009/200943.pdf>

Levaggi, R. e C. Mancini (2009) *Processi di federalismo in sanità*, mimeo

Sonedda, D. e G. Turati (2005) *Winners and Losers in the Italian Welfare State: A Microsimulation Analysis of Income Redistribution Considering In-Kind Transfers*, *Giornale degli Economisti, GDE* (Giornale degli Economisti e Annali di Economia), Bocconi University, vol. 64(4), pages 423-464, December.