

Competitività
Regolazione
Mercati

CERM

*Roma,
Gennaio 2010*

ALLA RICERCA DI *BENCHMARK* PER IL FEDERALISMO SANITARIO

**Fabio Pammolli
Nicola Salerno**

SEMINARIO CNEL

UNA QUANTIFICAZIONE DELLE DIFFERENZE REGIONALI (MODELLO SANIREGIO)

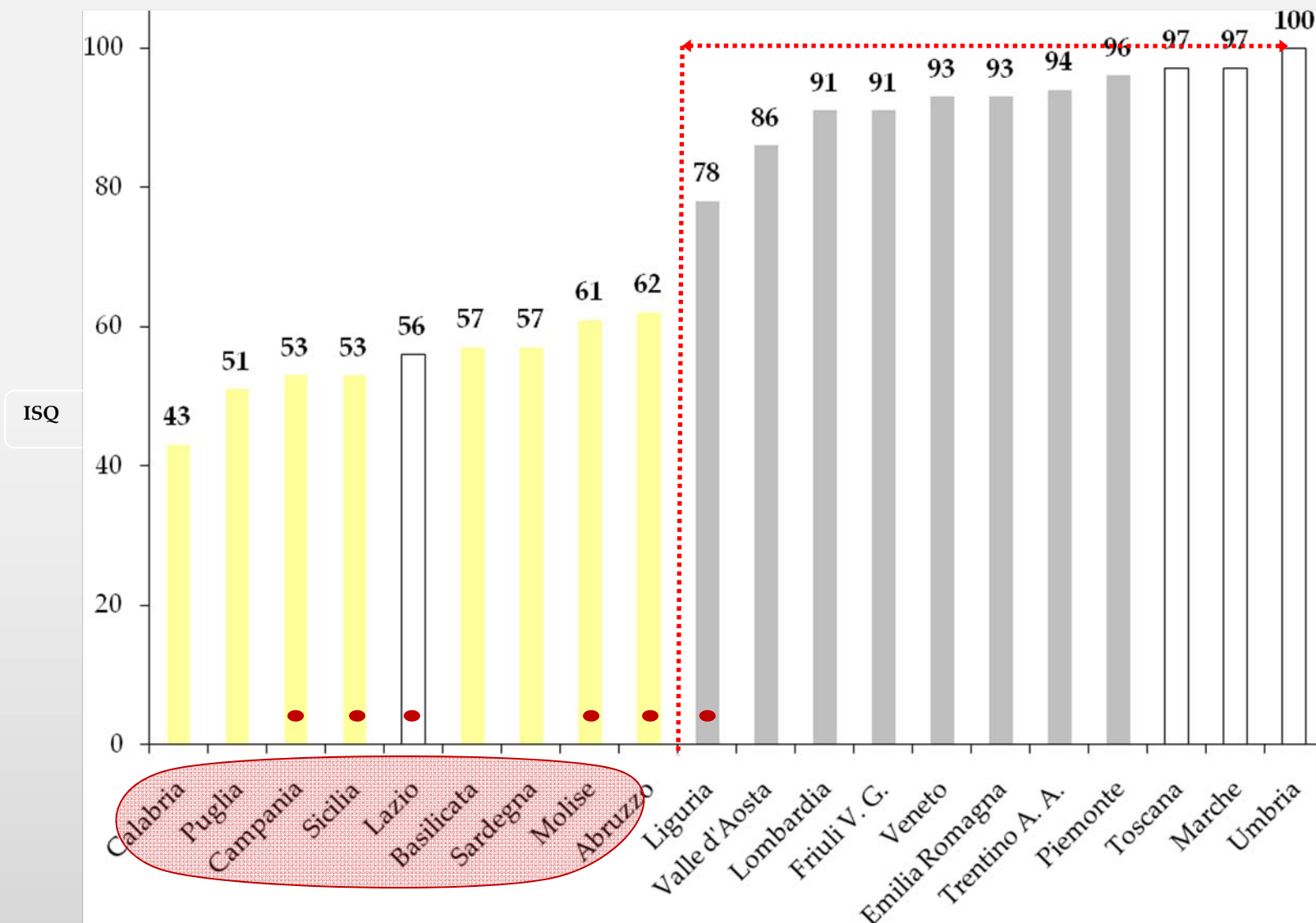
INDICAZIONI PER IL FEDERALISMO SANITARIO

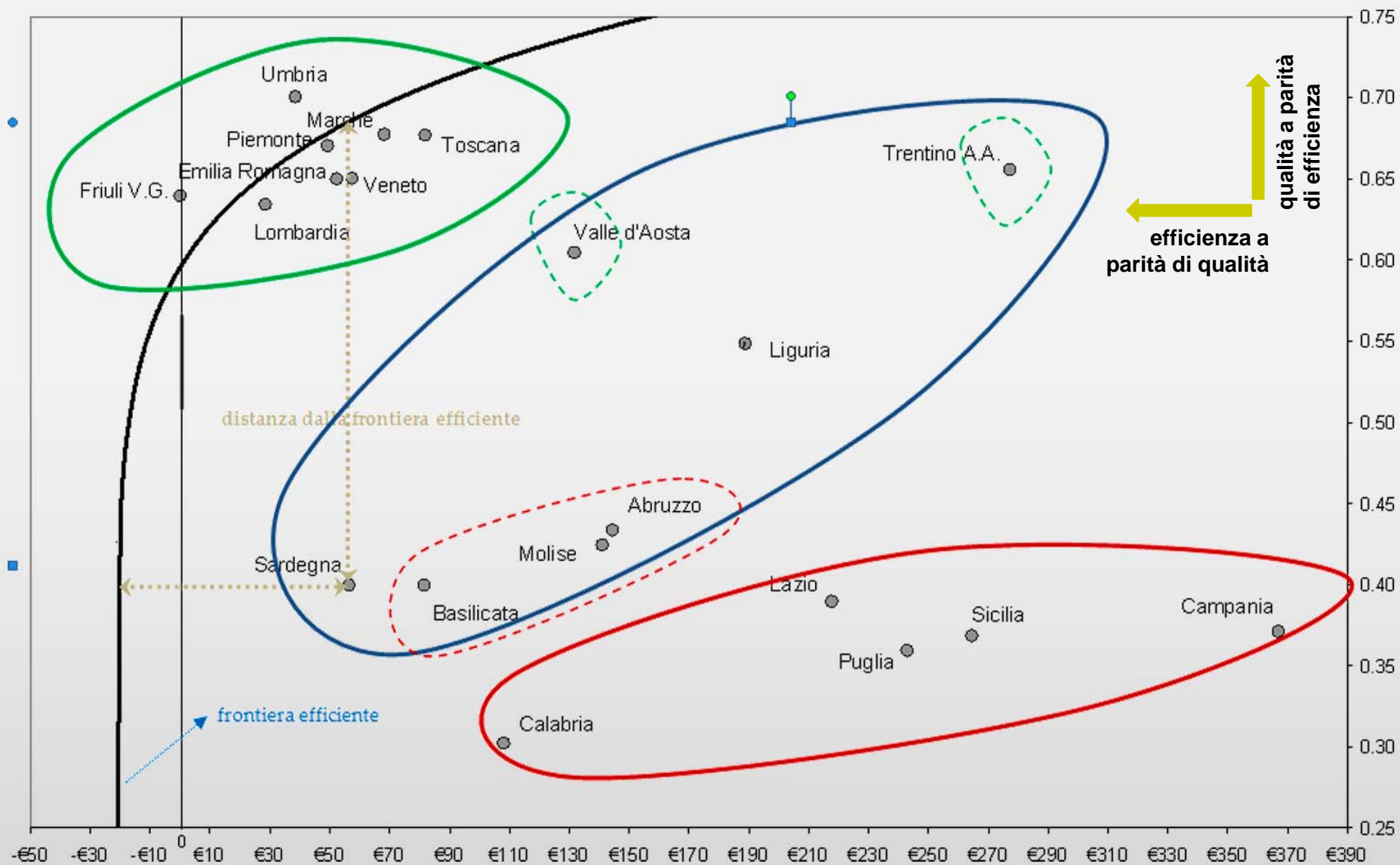
CONSIDERAZIONI SUL METODO DI DEFINIZIONE DEGLI *STANDARD*

CONCLUSIONI E SPUNTI DI *POLICY* (OLTRE LA DIATRIBA *STANDARD* MICRO VS. *STANDARD* MACRO)

	SPESA PRO-CAPITE MEDIA ULTIMO DECENNIO (Euro 2000)	DIFFERENZA % RISPETTO ALLA MEDIA ITALIANA	TASSO DI CRESCITA MEDIO ANNUO
VALLE D'AOSTA	1.451	16,73%	2,40%
TRENTINO ALTO ADIGE	1.439	15,77%	3,10%
• LIGURIA	1.423	14,48%	2,40%
• LAZIO	1.395	12,23%	5,00%
• MOLISE	1.304	4,91%	5,20%
EMILIA ROMAGNA	1.300	4,59%	2,30%
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.267	1,93%	2,50%
UMBRIA	1.266	1,85%	3,10%
• ABRUZZO	1.265	1,77%	4,40%
TOSCANA	1.253	0,80%	2,90%
PIEMONTE	1.251	0,64%	4,00%
MARCHE	1.235	-0,64%	3,20%
SARDEGNA	1.234	-0,72%	4,00%
VENETO	1.216	-2,17%	2,60%
• CAMPANIA	1.215	-2,25%	3,80%
LOMBARDIA	1.207	-2,90%	3,30%
CALABRIA	1.158	-6,84%	3,50%
• SICILIA	1.155	-7,08%	6,40%
PUGLIA	1.150	-7,48%	3,90%
BASILICATA	1.126	-9,41%	4,40%
ITALIA	1.243		3,70%

	SPESA PRO-CAPITE 2007 (Euro correnti)	DIFFERENZA % RISPETTO ALLA MEDIA ITALIANA	VARIAZIONE DI RANKING VS. MEDIA 1997-2006
MARCHE	1.601	-6,01%	-8
LOMBARDIA	1.633	-4,12%	-3
SARDEGNA	1.634	-4,10%	-5
VENETO	1.638	-3,87%	-3
PUGLIA	1.641	-3,64%	3
BASILICATA	1.653	-2,98%	5
UMBRIA	1.657	-2,73%	-6
• CAMPANIA	1.663	-2,38%	2
• SICILIA	1.666	-2,21%	6
TOSCANA	1.687	-0,94%	-1
EMILIA ROMAGNA	1.697	-0,36%	-4
PIEMONTE	1.709	0,31%	2
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.714	0,59%	-1
• ABRUZZO	1.730	1,55%	2
CALABRIA	1.808	6,16%	11
• LIGURIA	1.881	10,45%	-2
TRENTINO ALTO ADIGE	1.904	11,78%	-2
VALLE D'AOSTA	1.914	12,36%	-2
• LAZIO	1.925	13,00%	2
• MOLISE	1.947	14,31%	4
ITALIA	1.703		





Valori di contabilità sanitaria

Spesa *pro-capite* effettiva,
media 1997-2006
(Euro 2000) **[a]**

Valori stimati

Aggiustamento
necessario per
standardizzazione e
spostamento sulla
frontiera
(Euro 2000) **[b]**

Valori stimati

Spesa
pro-capite
efficiente
(Euro 2000)
[a-b]

Valori stimati

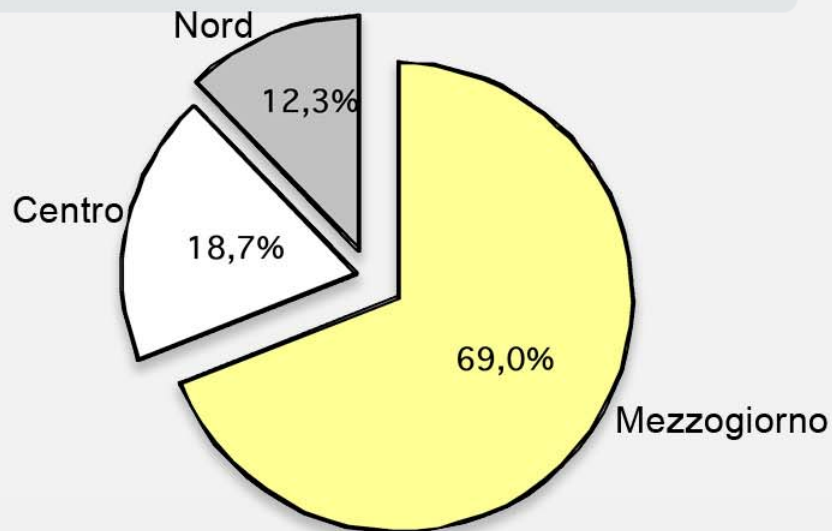
Aggiustamento
in percentuale
della spesa
effettiva (%)
[(a-b)/a]

•	CAMPANIA	1.215	388	827	31,9%
•	SICILIA	1.155	285	870	24,7%
	PUGLIA	1.149	264	885	23,0%
•	LAZIO	1.395	238	1.157	17,1%
	TRENTINO A. A.	1.439	246	1.193	17,1%
•	LIGURIA	1.423	200	1.223	14,1%
•	ABRUZZO	1.265	164	1.101	13,0%
•	MOLISE	1.303	161	1.142	12,4%
	CALABRIA	1.157	129	1.028	11,1%
	BASILICATA	1.125	102	1.023	9,1%
	VALLE D'AOSTA	1.451	128	1.323	8,8%
	SARDEGNA	1.233	77	1.156	6,2%
	TOSCANA	1.253	33	1.220	2,6%
	VENETO	1.215	30	1.185	2,5%
	EMILIA R.	1.300	25	1.275	1,9%
	MARCHE	1.234	19	1.215	1,5%
	LOMBARDIA	1.206	11	1.195	0,9%
	PIEMONTE	1.250	6	1.244	0,5%
	FRIULI V.G.	1.266	-20	1.286	-1,6%
	UMBRIA	1.266	-36	1.302	-2,8%

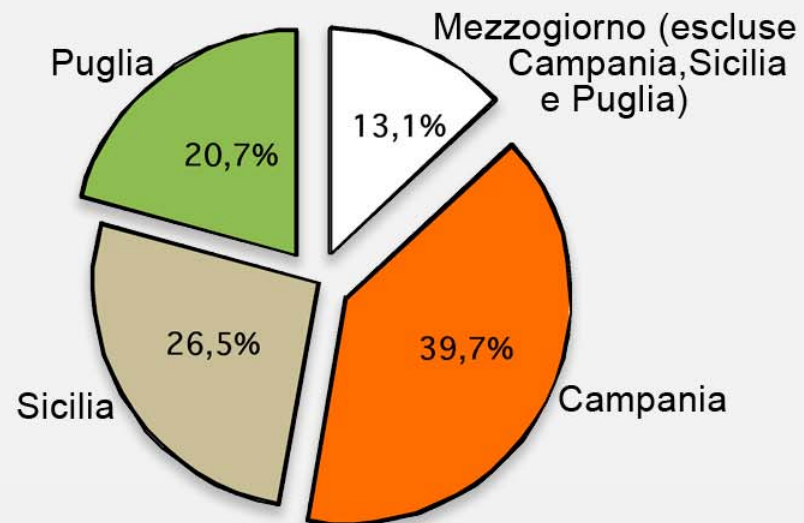


<i>milioni di Euro correnti</i>		2007	2008
Campania	●	3.097,45	3.090,84
Sicilia	●	2.056,79	2.061,21
Puglia		1.552,75	1.615,06
Lazio	●	1.856,43	1.896,89
Trentino Alto Adige		343,4	359,81
Liguria	●	436,76	448,24
Abruzzo	●	302,95	303,91
Molise	●	77,12	80,77
Calabria		361,25	368,62
Basilicata		88,33	92,11
Valle d'Aosta		21,73	22,95
Sardegna		167,75	174,61
Toscana		166,47	172,7
Veneto		202,63	210,64
Emilia Romagna		144,92	150,81
Marche		37,88	39,55
Lombardia		145,51	150,1
Piemonte		38,64	40,34
Friuli Venezia Giulia		-	-
Umbria		-	-
Italia		11.098,75	11.279,16
% Pil Italia		0,72%	0,72%

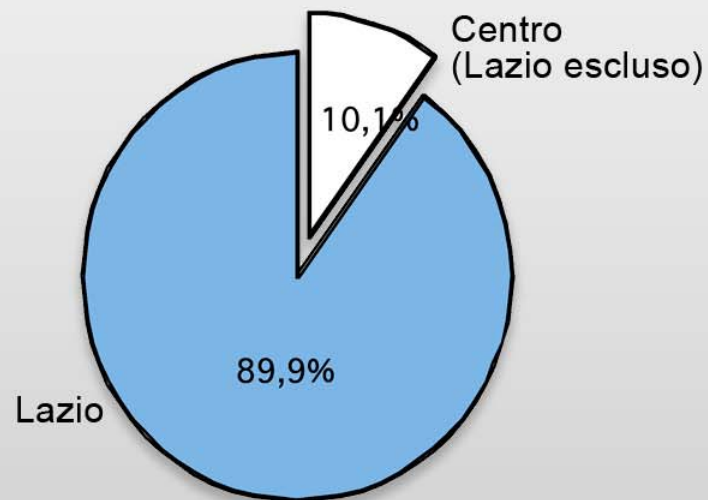
ITALIA



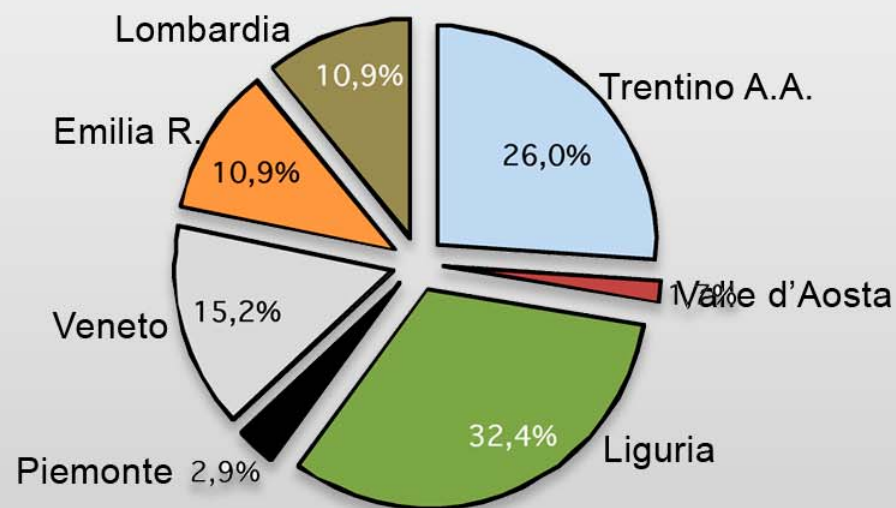
MEZZOGIORNO



CENTRO



NORD



Lettura *cum granu salis* (contabilità non affidabile; scelte differenti su variabili esplicative; aggiustamenti non ottenibili *ex-abrupto*; più che aggiustamenti della spesa servirebbero innalzamenti della qualità)

Correlazione tra sovraspesa e bassa qualità; forte dualismo geografico; Regioni devianti sono interessate da piani di rientro

Entità delle risorse coinvolte (sia *gap* di spesa che *gap* di qualità)

Entità della quota dei flussi di perequazione che viene assorbita da inefficienze e non va a promuovere Lea

Urgenza di avviare un processo di convergenza verso *benchmark*. **Quali *benchmark*?**

È fuor di dubbio la necessità di dotare il Ssn di un sistema di contabilità affidabile, basato su principi condivisi, dopo una *due diligence* complessiva. È tassello imprescindibile di governo

Tuttavia, utilizzare la contabilità analitica per arrivare a definire costi *standard* per unità di prestazione o per raggruppamenti dettagliati di prestazioni, da utilizzare poi in sede di finanziamento (per dimensionare e suddividere il Fsn), **presenta delle criticità ...**

Non si discute della possibilità e della necessità di costruire un impianto di contabilità analitica in grado di rappresentare al meglio gli andamenti economici di Asl/Ao. **Quello su cui si invita a riflettere** è che questa microfondazione possa prestare *tout court* gli *standard* ai rapporti Stato-Regioni in sanità ...

1. La contabilità non è ancora pronta. E da un *benchmarking* su un **sottinsieme limitato** di Ao possono non scaturire valori rappresentativi da applicare su scala nazionale

2. Anche se la contabilità fosse pronta, per tradurre il costo *standard* in un fabbisogno *standard* è necessario fissare degli **standard sui volumi** (i consumi efficienti). Per far questo, è ineludibile un passaggio di ponderazione che tenga conto delle caratteristiche regionali. Operare un *risk adjustment* a livello di singola prestazione o di raggruppamenti dettagliati di prestazioni, significa costruire un sistema parametrico troppo fitto e aperto ad opinabilità

3. Al di là del grado di efficienza, **le funzioni di produzione regionali possono essere diverse.** Anzi, auspicabilmente dovrebbero sempre più differenziarsi e specializzarsi per tener conto della prevalenza dei bisogni espressi dalla comunità, e di vincoli/opportunità presenti sul territorio (connessioni con Liveas e Lea socio-sanitari; *mix* ospedale - territorio; *mix* ricovero - *day hospital*; economie di scala/scopo; impegno in prevenzione; etc.). Fissare degli *standard* come se la funzione di produzione fosse unica e condivisa (a meno di un solo fattore moltiplicativo influente sui rendimenti), rischia di imporre paletti esogeni in contrasto con i principi del federalismo e della sussidiarietà (***benchmark* dal “basso” ma calati dall’alto”**)

4. La microfondazione incontra anche criticità per quanto riguarda la porzione del costo *standard* riconducibile agli ammortamenti. Non può essere la mera attribuzione *pro-quota* degli ammortamenti complessivi (impostazione contabile), perché **nello standard è necessario dar conto delle scelte di investimento ottimali** (quelli ammissibili a finanziamento attraverso il Fsn). E gli investimenti ottimali dipendono dalle caratteristiche regionali (economie di scala/scopo, popolosità, densità abitativa, fattispecie dei bisogni, etc.), oltre che dallo *status quo* della infrastrutturazione

Indicatore sintetico di dotazione infrastrutturale in sanità	
Nord Ovest	116,4
Nord Est	119,7
Centro	101,8
Mezzogiorno	75,6
<i>Italia</i>	<i>100</i>

Rivista di Statistica Ufficiale n. 2-2006, Istat

5. Inoltre, la **sperequazione infrastrutturale** (sia tipologia di *asset* che loro qualità) incide sui **rendimenti delle funzioni di produzione e sulla qualità degli *output***. Una endogenità che non va sottovalutata nella fissazione di *standard* di costo. Lo snodo delle infrastrutture è stato tra le ragioni dell'inapplicabilità del primo schema di finanziamento federalista, quello del D. Lgs. n. 56-2000. Infrastrutture insufficienti e vetuste possono generare sovracosti. Se gli *standard* non ne tengono conto e non sono realistici, sono a rischio di credibilità e di *enforcement*

(un argomento simile può esser ripetuto anche per la dimensione della qualità)



Lea

perimetro dei livelli essenziali
integranti diritti di cittadinanza

quota capitaria
ponderata
applicata al 100%

RILEVAZIONE INDIRETTA
DEL FABI SOGNO
SU SCALA AGGREGATA
regole consolidate di ripartizione
che considerano aspetti economici,
demografici, di struttura dei consumi
sanitari, popolosità e densità abitativa,
etc.

Fsn

(corrente &
capitale)

compatibilità macroeconomiche
(con programmazione preferibilmente
pluriennale)

fase di interazione politica per coordinare i Lea, il Fsn e i Fsr

Fsr

(corrente &
capitale)

- mix di prestazioni che meglio concretizzano i Lea su comunità/territorio
- modalità di erogazione
- “esplorazione” della funzione di produzione per processi di ottimizzazione
- *benchmarking* tra proprie Asl e proprie Ao, sia in funzione di programmazione delle risorse che di valutazione di amministratori e dirigenti (**qui è utile microfondare!**)
- coordinamento Lea, Liveas, Leas socio-sanitari
- tariffazione (**qui standard di costo**) e *copay*
- scelte di investimento (strutture e dotazioni)
- integrazione con risorse proprie per ogni esigenza non coperta da risorse del Fsn

fase della piena responsabilizzazione della Regione

Parti integranti della riforma:

- (a) Periodo di **transizione** (da valutare alla luce dei cambiamenti introdotti dalle nuove regole di riparto e da eventuali scelte sul perimetro dei Lea)
- (b) Come parte della transizione, **programma pluriennale di investimenti**, a carico del bilancio dello Stato e sotto rigorosa regia, per attenuamento *gap* infrastrutturale in sanità (interventi straordinari ex art. 16 della Legge n. 42-2009)
- (c) Le scelte di *policy* delle Regioni non sono insindacabili, ma ogni anno un **Programma Sanitario pluriennale** deve esser discusso e validato dalla Conferenza Unificata, per dar conto di sostenibilità finanziaria e adeguatezza (tassello di nuove Istituzioni federaliste ancora a venire)

	2007	delta 2060
Francia	8.1	6.8
Germania	7.4	7.2
Italia	5.9	5.3
Spagna	5.5	5.6
Svezia	7.2	5.4
Regno Unito	7.5	7.4
UE15	6.9	6.4
UE27	6.7	6.3

SPESA SANITARIA PUBBLICA DI TIPO ACUTE - % Pil

Proiezioni del *terzo round* del *Wga-Ecofin* (2009); scenario che considera sia l'invecchiamento della popolazione che l'impatto dell'avanzamento scientifico-tecnologico



	2005	delta 2050
Francia	8.1	7.1
Germania	8.8	6.0
Italia	6.6	9.4
Spagna	5.5	7.2
Svezia	8.6	4.2
Regno Unito	7.2	5.7
Stati Uniti	7.2	6.4
media Ocse	6.7	6.9

SPESA SANITARIA PUBBLICA *ACUTE & LTC* - % Pil

Proiezioni Ocse (2006); scenario che considera sia l'invecchiamento della popolazione che altri *driver extra-demografici* (innovazione, elasticità della domanda superiore all'unità, etc.)



