

RETORICA E REALTÀ NELLA DETERMINAZIONE DEI FABBISOGNI STANDARD NELLA SANITÀ

di Giuseppe Pisauro
22 ottobre 2010

Lo schema di decreto legislativo "di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario" è una buona illustrazione dei problemi che incontra l'attuazione della legge delega sul federalismo fiscale.

In buona sostanza lo schema di decreto legislativo ripropone i contenuti del Patto per la salute 2010-2012, sottoscritto con l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. La novità più rilevante è che laddove nel Patto si avvia "ai fini di un'autovalutazione regionale" un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa volto a confrontare lo stato dei servizi sanitari nelle singole regioni, nello schema di decreto si prevede che i risultati di quel sistema di monitoraggio portino all'individuazione di un gruppo di "regioni migliori". Su questo gruppo si basa la costruzione di quelli che vengono definiti "costi standard" e che in realtà sono semplicemente livelli di spesa pro-capite per tre sotto-settori della sanità (assistenza collettiva, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera). In realtà, la novità è solo apparente, in quanto l'individuazione delle regioni migliori e la costruzione dei costi standard non ha alcun effetto pratico sulla determinazione del livello della spesa sanitaria né sul suo riparto tra le regioni. Cerchiamo di capire perché.

Il finanziamento complessivo della sanità è un dato esogeno: "determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria". Il finanziamento della sanità non è quindi determinato come somma del costo delle varie prestazioni (i livelli essenziali di assistenza) ma deriva da una decisione politica presa a monte, nel corso del processo di formazione del bilancio pubblico. Si tratta dell'approccio già seguito nel Patto per la salute. Esogena è anche la ripartizione del finanziamento complessivo in tre macrolivelli di assistenza (la stessa contenuta nel Patto per la salute): 5% per l'assistenza sanitaria collettiva, 51% per l'assistenza distrettuale, 44% per l'assistenza ospedaliera. Si individua un gruppo di tre regioni di riferimento (benchmark). Si calcolano i costi standard a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza come media della spesa pro-capite (pesata) di quelle regioni. Il costo standard così determinato viene applicato a ciascuna delle 21 regioni e province autonome. Il fine non è pervenire per somma al finanziamento nazionale della sanità. Quest'ultimo, come abbiamo visto, è prefissato a monte di tutta la procedura. Il calcolo dei costi standard serve, semplicemente, per "individuare il valore percentuale di ogni singola regione e provincia autonoma rispetto al valore nazionale quale fabbisogno sanitario standard regionale da applicare al fabbisogno sanitario standard nazionale". Insomma, il calcolo dei costi standard non serve per definire il livello del finanziamento ma solo un criterio di riparto.

Per chiarire meglio, ripercorriamo la procedura per un singolo macrolivello, diciamo l'assistenza ospedaliera, il cui finanziamento complessivo è prefissato, come abbiamo visto, al 44% del finanziamento totale. È quindi un valore dato, in miliardi di euro. Per le tre regioni benchmark, si considera la spesa ospedaliera totale e la popolazione pesata (per intenderci, attualmente ai fini del riparto di metà della spesa ospedaliera, posto pari a 1 il peso di una persona in età 45-64 anni, una in età 15-24 vale 0,4 mentre una di età superiore a 75 anni vale 3,2 e così via). Il costo standard è pari al rapporto tra spesa e popolazione pesata, è quindi una spesa pro-capite pesata, un valore in migliaia di euro. Questo valore viene applicato alla popolazione nazionale pesata. Si ottiene così un valore teorico della spesa nazionale, diciamo una spesa standard nazionale: il livello di spesa che si avrebbe se in tutte le regioni la spesa pro-capite pesata coincidesse con lo standard. Si può supporre che le regioni benchmark presentino una spesa pro-capite pesata minore della media e che, quindi, la spesa standard nazionale per l'assistenza ospedaliera sia minore della spesa nazionale effettiva.

La procedura, tuttavia, non serve per individuare il livello di spesa, ma solo un criterio di riparto da applicare al

livello, determinato altrove, del finanziamento nazionale. La quota di ciascuna regione della spesa standard è pari, per costruzione, alla quota della popolazione (pesata) di quella regione sulla popolazione (pesata) nazionale. Questa percentuale va applicata al finanziamento nazionale per determinare il finanziamento regionale.

A conti fatti, quindi, la quota del finanziamento nazionale per l'assistenza ospedaliera spettante a ciascuna regione è pari semplicemente alla sua quota della popolazione pesata. La scelta delle regioni benchmark e la definizione del costo standard non giocano alcun ruolo¹. La stessa procedura si applica agli altri due macrolivelli di assistenza (per i quali eventualmente si userà un diverso sistema di pesi per la popolazione). Alla fine il finanziamento totale di ciascuna regione sarà pari alla somma dei finanziamenti per i tre macrolivelli, ciascuno proporzionale alla sua quota della popolazione (ponderata con un sistema di pesi diverso per ciascun macrolivello di assistenza).

Sorprendente? Forse a prima vista. Ma se si riflette sulla logica dell'esercizio diventa quasi ovvio per due motivi. Innanzi tutto, lo schema di decreto propone la costruzione di un criterio di riparto, mentre il livello della spesa è determinato altrove, sulla base del vincolo di finanza pubblica. Va detto che si tratta di un approccio del tutto ragionevole. Irragionevole sarebbe immaginare che il livello del finanziamento della sanità possa essere indipendente dagli equilibri di bilancio e nascere come somma delle esigenze, per quanto valutate sulla base di una qualche nozione di costo standard. In secondo luogo, si mantiene il carattere nazionale del sistema, per cui si impone che il finanziamento pro-capite (pesato) sia uniforme. Qui entrano in ballo giudizi di valore, per cui le opinioni possono essere diverse (importante esplicitarle).

La procedura proposta dal decreto non è, tuttavia, priva di conseguenze distributive. Queste dipenderanno dalla definizione dei pesi per le varie classi di età e le varie categorie di assistenza sanitaria (oggi solo un terzo del finanziamento è ripartito sulla base della popolazione pesata, la parte restante sulla base della popolazione assoluta). Le conseguenze distributive, rispetto alla situazione attuale, possono essere molto importanti. Lo testimonia la contrastata storia del criterio di riparto della spesa sanitaria: dalla popolazione assoluta alla popolazione pesata all'attuale criterio misto (con le regioni con popolazione "più giovane"; avvantaggiate dalla popolazione non pesata).

Lo schema di decreto non riesce a mettere in comunicazione la programmazione di bilancio, per cui il livello del finanziamento totale dipende dalle compatibilità di finanza pubblica, e l'analisi comparativa di quantità e qualità dei servizi erogati. Ad essere onesti, sarebbe stato sorprendente se ci fosse riuscito. Se si accetta il carattere nazionale del servizio sanitario (per evitare equivoci, chi scrive non ha dubbi in proposito), ne deriva che, come minimo, i livelli di finanziamento pro-capite debbano essere uniformi. In realtà, dovrebbe derivarne anche la tendenziale uniformità dei livelli dei servizi finanziati con quelle risorse (ferma restando la possibilità di risorse locali aggiuntive). Sappiamo che non è così, a causa dell'inefficienza e della non appropriatezza (per usare il linguaggio del decreto) che caratterizza alcuni sistemi sanitari regionali. Tutti d'accordo che lì occorra intervenire. Implicito in parte del dibattito è il pensiero che lo si possa fare riducendo il livello di finanziamento delle regioni "peggiori". Dovrebbe, invece, essere evidente che se una tale minaccia può servire a contrastare i cattivi comportamenti finanziari (in altre parole, ad evitare i disavanzi) difficilmente potrà funzionare come espediente disciplinare per indurre l'uso efficiente di risorse date. Per questo fine servono, semmai, sanzioni per gli amministratori e poteri sostitutivi incisivi attribuiti al governo centrale.

In definitiva, lo schema di decreto, riguardo alla ripartizione del finanziamento, è una onesta fotografia della situazione attuale. Fotografia la cui nitidezza è in parte offuscata da un eccesso di retorica sul ruolo effettivamente svolto dai costi standard. Avvia, comunque, un percorso, iniziando a definire standard di spesa (anche se in modo ancora troppo aggregato). Una definizione che potrà servire a misurare le aree di inefficienza e a verificarne in futuro i miglioramenti. È bene tenere separato, come, al di là della retorica, fa il decreto, questo percorso dai criteri di riparto del finanziamento. D'altro canto, un "federalista ingenuo" direbbe: diamo a tutti i territori le stesse risorse finanziarie nazionali, sul loro utilizzo

valuteranno gli elettori di ciascun territorio. Nessuno spazio per costi standard in quell'impostazione. Saggiamente, da tempo è stato scelto un approccio diverso in cui il livello nazionale di governo non si disinteressa di quanto fanno i livelli locali, almeno per “le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.” Da questo punto di vista, il confine tra federalismo e assetto unitario è abbastanza labile: il modo in cui si sta affrontando la materia del finanziamento della sanità è indipendente dalla legge 42/2009 e, a ben vedere, anche dalla riforma del Titolo V del 2001. Non a caso, la discussione di oggi ricorda quella sul decreto-legge 56 del 2000. Le questioni qui trattate potevano essere affrontate nello stesso modo anche nel quadro normativo di dieci anni fa.

1. Per chi si trovasse più a suo agio con l'algebra, si rinvia a un mio commento più ampio:

http://www.nens.it/_public-file/FEDERALISMO.%20SANITA.%208.10.10.pdf