

IL FINANZIAMENTO E IL RIPARTO DELLE RISORSE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Roberto Fantozzi - Ufficio Parlamentare di Bilancio

Stefania Gabriele - Ufficio Parlamentare di Bilancio

Alberto Zanardi - Ufficio Parlamentare di Bilancio, Università di Bologna e Centro Dondena-Università Bocconi

27 maggio 2021 - *Riunione intermedia SIEP 2021*

Federalismo differenziato e tutela della salute Problemi e prospettive alla luce della pandemia

SCHEMA DELLA RELAZIONE

- Descrizione del **meccanismo attuale** di finanziamento e riparto regionale nel SSN
- Effetti dell'**evoluzione demografica** a parità di meccanismo attuale
 - Simulazione di lungo periodo: 2065 rispetto a 2020
 - Simulazione di breve periodo (anno Covid): 2020 rispetto a 2019
- Revisione nel **meccanismo di riparto** attuale a parità di demografia
 - Esperienze **internazionali**
 - Simulazione degli effetti sul riparto della considerazione della **deprivazione**, insieme all'età, come determinante del bisogno sanitario

IL FINANZIAMENTO DEL SSN: ELEMENTI COSTITUTIVI

Il **finanziamento del SSN** si configura come un sistema:

- **Top-down** (a fondo chiuso): l'ammontare complessivo delle risorse (fabbisogno standard nazionale G_{st}) riconosciuto sotto qualsiasi forma (tributi, trasferimenti) **all'insieme delle Regioni** è stabilito ex-ante nel quadro della programmazione finanziaria del settore pubblico (vincolo di bilancio)

La fissazione dei LEA è subordinata alle risorse disponibili (al contrario, in un sistema *bottom-up* sono i LEA ad essere fissati ex-ante: il fabbisogno complessivo è dato dai prodotti tra i livelli di servizio coerenti con i LEA e i costi standard di fornitura)

- **Verticale**: nell'insieme delle Regioni l'ammontare complessivo delle **entrate tributarie standard** loro assegnate (T_{st}) è inferiore al fabbisogno complessivo, per cui per il suo finanziamento integrale sono necessari trasferimenti verticali dal bilancio dello Stato alle Regioni (TR) $\rightarrow TR = G_{st} - T_{st}$

- **Perequato sui fabbisogni standard**: dal fabbisogno complessivo viene derivato per **ogni Regione** un **fabbisogno standard** mediante un **criterio di riparto** \Rightarrow rimando

Per ciascuna Regione i trasferimenti verticali colmano **integralmente** il divario tra il proprio fabbisogno standard e la propria capacità fiscale standard

FABBISOGNO E RIPARTO QUOTA INDISTINTA FSN 2020

FSN 2020 - RIPARTO TRA LE REGIONI DELLE DISPONIBILITA' FINANZIARIE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
FONTI DI FINANZIAMENTO INDISTINTO E FINALIZZATO

(importi in euro)

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle Regioni a statuto speciale e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	Integrazione a norma del decreto legislativo 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale risorse per il finanziamento indistinto dei LEA (Ante mobilità)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)=(1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)
PIEMONTE	167.095.971,00		1.448.745.760,89	791.455.000,00	5.938.133.043,62		8.345.429.775,51
VALLE D'AOSTA	4.341.336,00	143.847.845,24	65.843.816,24	24.075.000,00			238.107.997,49
LOMBARDIA	344.688.926,00		4.683.100.055,74	1.980.963.000,00	11.847.567.295,86		18.856.319.277,60
P.A. BOLZANO	17.089.038,00	496.177.269,98	349.062.753,97	110.369.000,00			972.698.061,95
P.A.TRENTO	17.328.157,00	624.070.288,81	270.178.865,12	97.766.000,00			1.009.343.310,93
VENETO	187.978.900,00		1.917.720.777,12	865.617.000,00	6.254.424.721,27		9.225.741.398,39
FRIULI VENEZIA GIULIA	47.484.584,00	1.519.685.826,83	546.211.608,88	225.405.000,00			2.338.787.019,71
LIGURIA	62.729.872,00		483.945.495,66	287.846.000,00	2.203.166.115,26		3.037.687.482,93
EMILIA ROMAGNA	171.955.829,00		1.912.727.177,56	852.253.000,00	5.519.140.431,66		8.456.076.438,22
TOSCANA	138.369.096,00		1.316.544.543,05	643.136.000,00	5.039.025.169,49		7.137.074.808,54
UMBRIA	34.031.402,00		215.260.663,92	136.681.000,00	1.302.977.464,33		1.688.950.530,25
MARCHE	57.467.177,00		475.634.839,31	237.265.000,00	2.132.574.251,30		2.902.941.267,61
LAZIO	162.193.247,00		2.670.706.055,66	984.159.000,00	7.142.036.553,84		10.959.094.856,51
ABRUZZO	41.537.068,00		278.560.797,34	175.337.000,00	1.984.248.224,43		2.479.683.089,78
MOLISE	12.952.736,00		3.601.311,18	36.084.000,00	528.207.059,34		580.845.106,52
CAMPANIA	163.215.831,00		870.059.704,10	575.955.000,00	8.916.860.379,50		10.526.090.914,60
PUGLIA	113.350.898,00		610.664.771,41	439.595.000,00	6.329.645.798,48		7.493.256.467,89
BASILICATA	16.926.354,00		10.850.238,39	65.888.000,00	964.857.624,95		1.058.522.217,33
CALABRIA	47.418.994,00		-	186.816.000,00	3.375.489.031,54		3.609.724.025,54
SICILIA	128.084.893,00	4.535.119.949,03	1.128.261.340,97	496.431.000,00		2.946.718.881,00	9.234.616.064,00
SARDEGNA	45.917.138,00	2.288.038.643,55	569.069.657,16	203.659.000,00			3.106.684.438,72
T O T A L E (*)	1.982.157.447	9.606.939.823	19.826.750.234	9.416.755.000	69.478.353.165	2.946.718.881	113.257.674.550

T_{st}

TR

G_{st}

DELIBERA CIPE 20, 14 MAGGIO 2020

FABBISOGNO E RIPARTO: NESSUN RUOLO PER LEA E COSTI STANDARD

Il D.lgs. 68/2011 **sembra innovare** l'assetto del finanziamento/riparto del SSN garantendo per **ogni Regione** risorse coerenti con il **soddisfacimento dei LEA in condizioni di efficienza**

- **Finanziamento**: il **fabbisogno sanitario nazionale standard** (art. 26 c. 1) è determinato in coerenza con:
 - i vincoli di finanza pubblica nazionali e comunitari
 - il **soddisfacimento dei LEA** in modo uniforme su tutto il territorio nazionale
 - **Riparto**: per ciascuno dei tre livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) il **riparto della quota indistinta del FSN** si determina moltiplicando:
 - il **costo (spesa) standard pro capite** (art. 27 c. 5) determinato come media ponderata della spesa pro capite in **3 regioni benchmark** (attualmente Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto) individuate in una rosa di 5, che abbiano garantito **l'erogazione dei LEA** in condizione di **equilibrio economico**
 - per la **popolazione (pesata per età per alcuni livelli di assistenza)** di ciascuna Regione
- ⇒ ad ogni Regione **risorse necessarie per fornire un livello di servizi coerenti con i LEA in condizioni di efficienza**

FABBISOGNO E RIPARTO: NESSUN RUOLO PER LEA E COSTI STANDARD

In realtà:

- **Finanziamento**: il fabbisogno sanitario nazionale continua a essere determinato secondo un **approccio top-down**
- **Riparto**: il riparto regionale avviene di fatto sulla base **soltanto della popolazione** regionale rispetto a quella nazionale (in parte pesata per età) mentre il **costo standard è irrilevante** (finisce per essere una costante moltiplicativa che viene elisa nella formula di riparto)

RIPARTO QUOTA INDISTINTA SSN: LIVELLI DI ASSISTENZA E CRITERI DI RIPARTO

Livello assistenza	Percentuale di spesa		Criteri di ponderazione popolazione	
Prevenzione	5%		Non pesata	
Distrettuale	51%	Medicina di base	7.00%	Non pesata
		Farmaceutica	11.76% del fabbisogno indistinto	Tetto imposto su fabbisogno complessivo delle somme vincolate
		Specialistica	13.30%	Pesata
		Territoriale	18,947%	Non pesata
Ospedaliera	44%		50% popolazione pesata 50% popolazione non pesata	

Riparto **per livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera)**

- 40% della spesa totale è ripartita secondo **quote capitarie pesate per età** (differenziate tra specialistica e ospedaliera) quale **proxy dei bisogni sanitari**
- 60% della spesa totale è ripartita secondo una **quota capitaria secca**

PESI DELLA POPOLAZIONE PER FASCE DI ETÀ E TIPO DI ASSISTENZA

Fasce di età	Pesi per livello di assistenza	
	Specialistica	Ospedaliera
0-1	0.389	3.122
1-4	0.221	0.366
5-14	0.279	0.226
15-24	0.390	0.363
25-44	0.650	0.528
45-64	1.156	0.930
65-74	2.177	2.079
75+	2.074	2.906

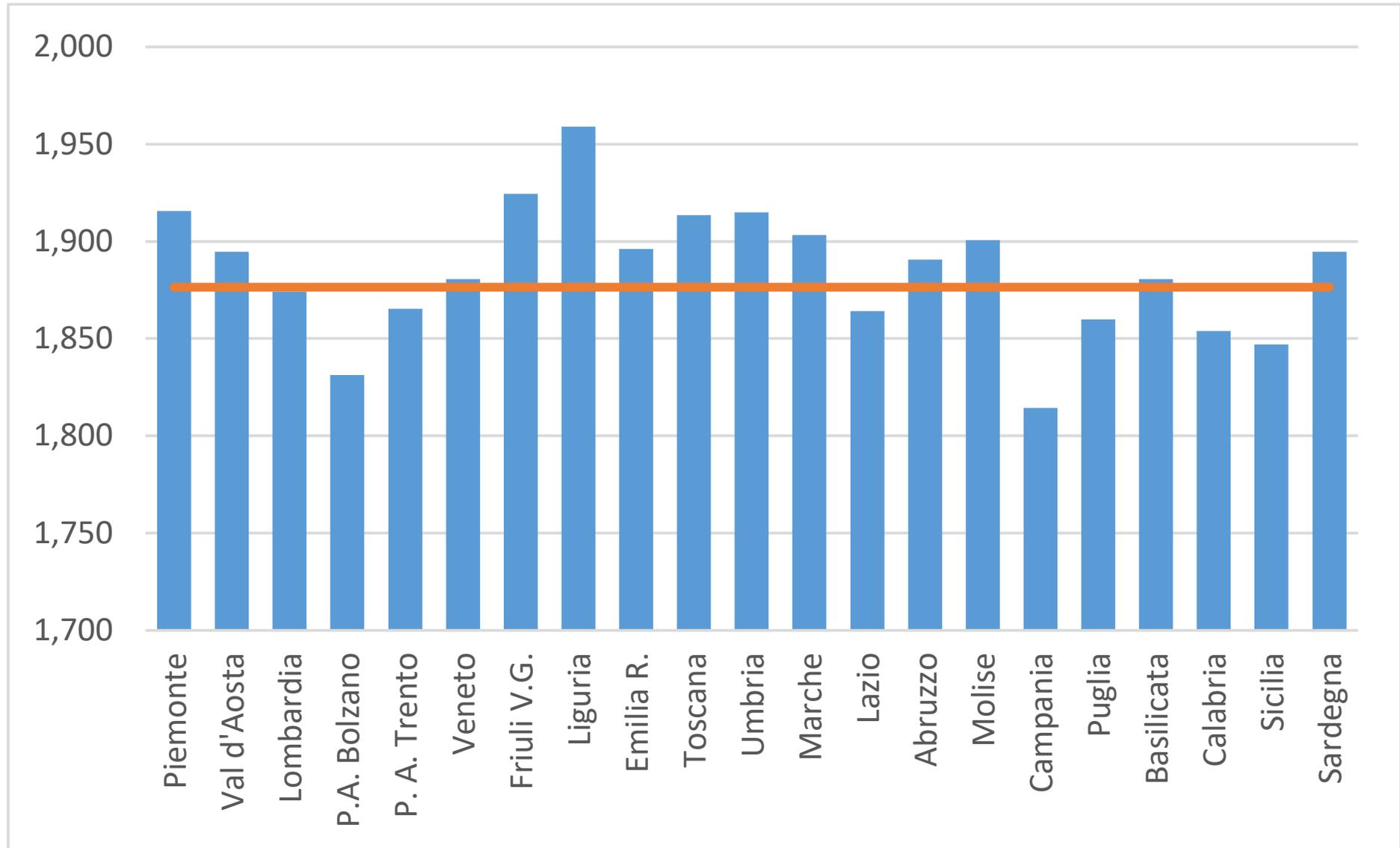
FINANZIAMENTO PRO-CAPITE PER FASCE DI ETÀ

Quota indistinta 2020 pro-capite per fasce di età (euro)

Livelli assistenza \ Fasce di età	0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+	totale
Prevenzione	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Medicina di base	131	131	131	131	131	131	131	131	131
Specialistica	97	55	70	97	162	288	543	518	250
Territoriale	356	356	356	356	356	356	356	356	356
Ospedaliera non pesata	413	413	413	413	413	413	413	413	413
Ospedaliera pesata	1,289	151	93	150	218	384	858	1,200	413
Totale senza farmaceutica	2,380	1,200	1,157	1,241	1,374	1,666	2,395	2,711	1,656
Farmaceutica	317	160	154	165	183	222	319	361	221
Totale	2,697	1,360	1,311	1,406	1,557	1,888	2,715	3,072	1,876

FINANZIAMENTO PRO-CAPITE 2020 PER REGIONI

(QUOTA INDISTINTA, EURO)



CRITICITÀ DELL'ASSETTO ATTUALE

Criticità dell'attuale meccanismo di finanziamento e riparto:

- i **LEA non entrano direttamente** nella determinazione dei fabbisogni sanitari standard (nazionale e regionali)
 - ⇒ di per sé il sistema **non garantisce il finanziamento integrale dei LEA** come sarebbe invece prescritto dalla Cost. art. 117, c. 2, lett. m
 - ⇒ i LEA operano soltanto come **strumento di monitoraggio ex-post** (vedi slide successiva)
- le **differenziazioni ammissibili nei costi** di produzione dei servizi sanitari (es: economie di scala) non sono riconosciute

Pertanto, nonostante i richiami ai LEA e ai costi standard, siamo fermi allo schema tradizionale di riparto tra Regioni secondo **in generale un pro capite uguale** e, per alcuni livelli di assistenza, **differenziato per struttura d'età**

Passare a **sistemi di riparto più complessi** richiede tuttavia poter disporre di ampi **data-set di micro-dati** su una grande molteplicità di **profili individuali** e consumi sanitari

EFFETTI DELL'EVOLUZIONE DEMOGRAFICA SUL RIPARTO DELLE RISORSE SANITARIE

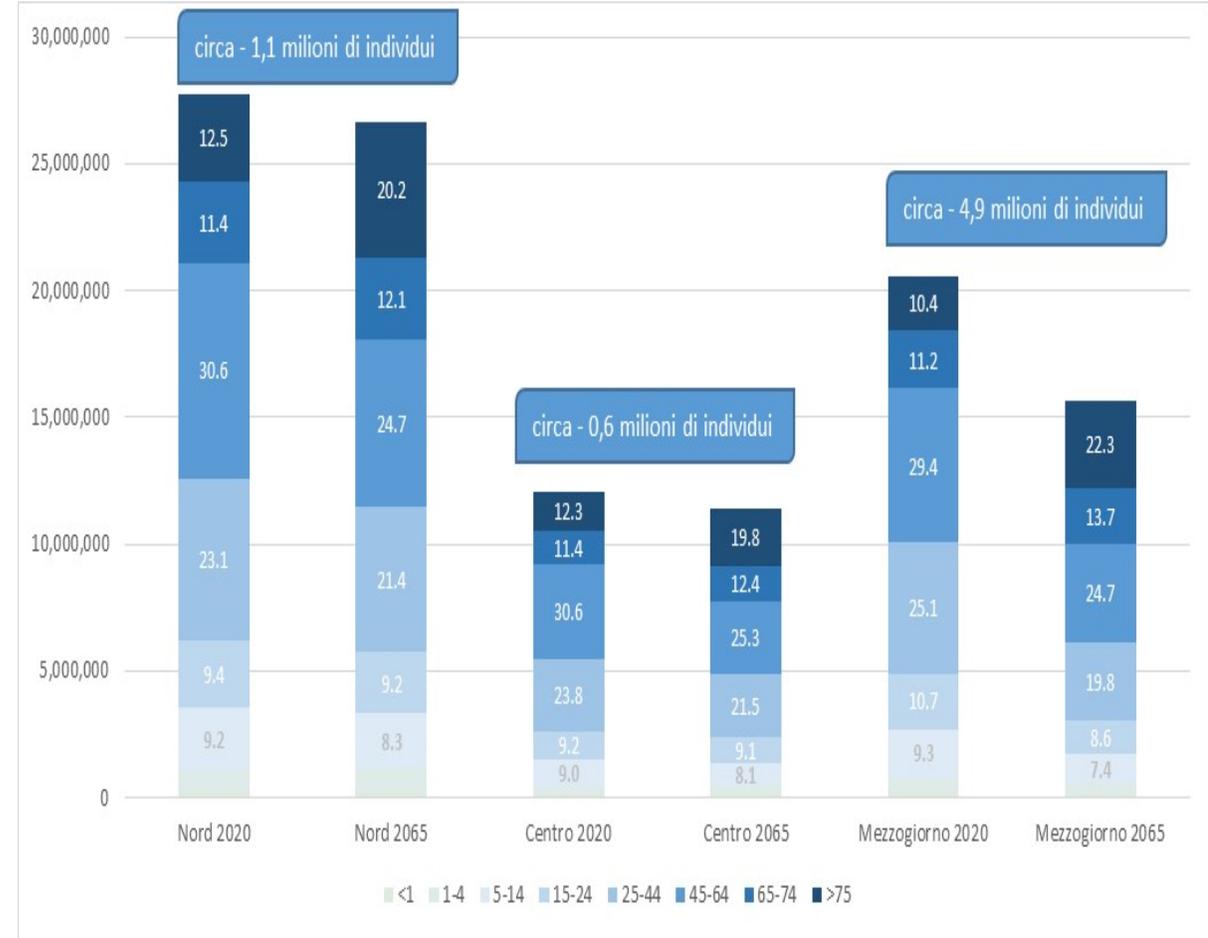
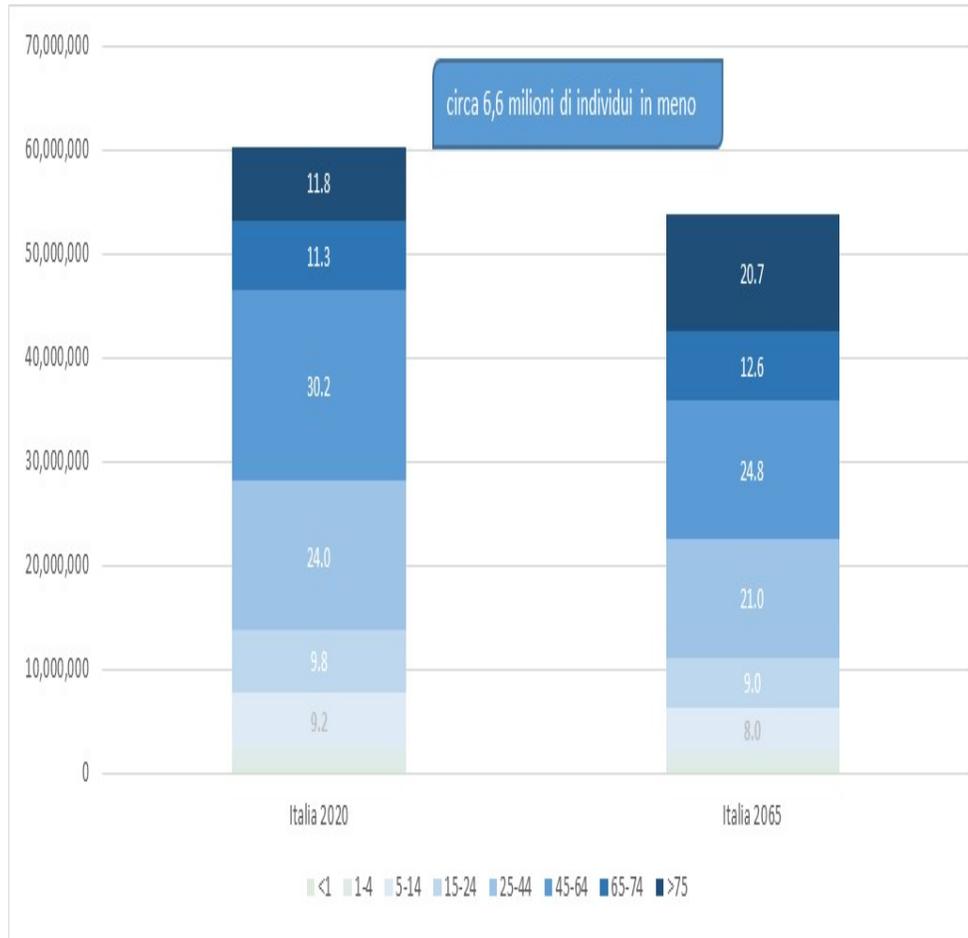
Due **simulazioni** degli effetti dell'**evoluzione demografica** a parità di meccanismo attuale:

1. **Lungo periodo**: 2065 rispetto a 2020
2. **Breve periodo** (*anno Covid*): 2020 rispetto a 2019

EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE 2065-2020

PER FASCE DI ETÀ E MACRO-REGIONI - SCENARIO MEDIANO

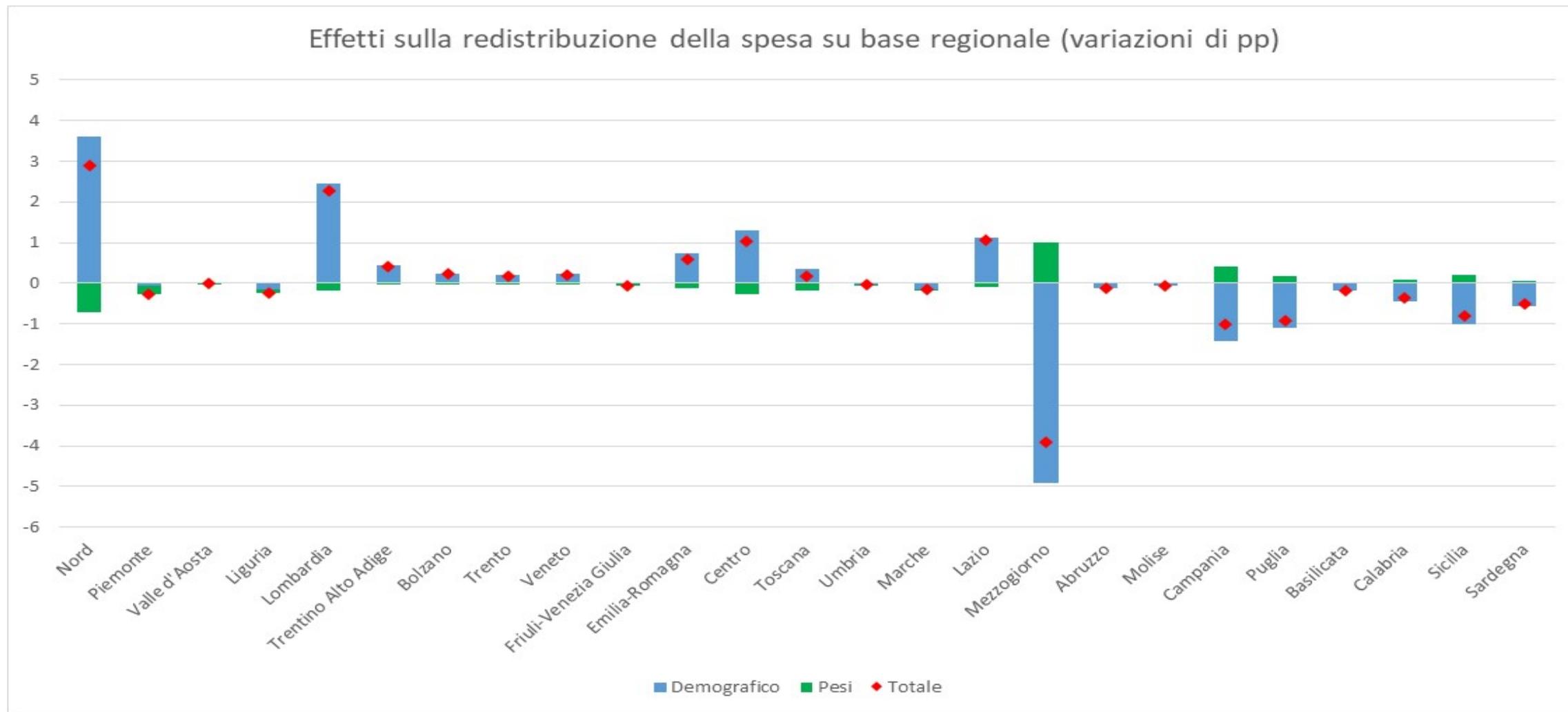
(Valori Assoluti e composizione percentuale)



Fonte: Istat- previsioni della popolazione 2018-2065

VARIAZIONE DEL RIPARTO 2065-2020 - SCENARIO MEDIANO

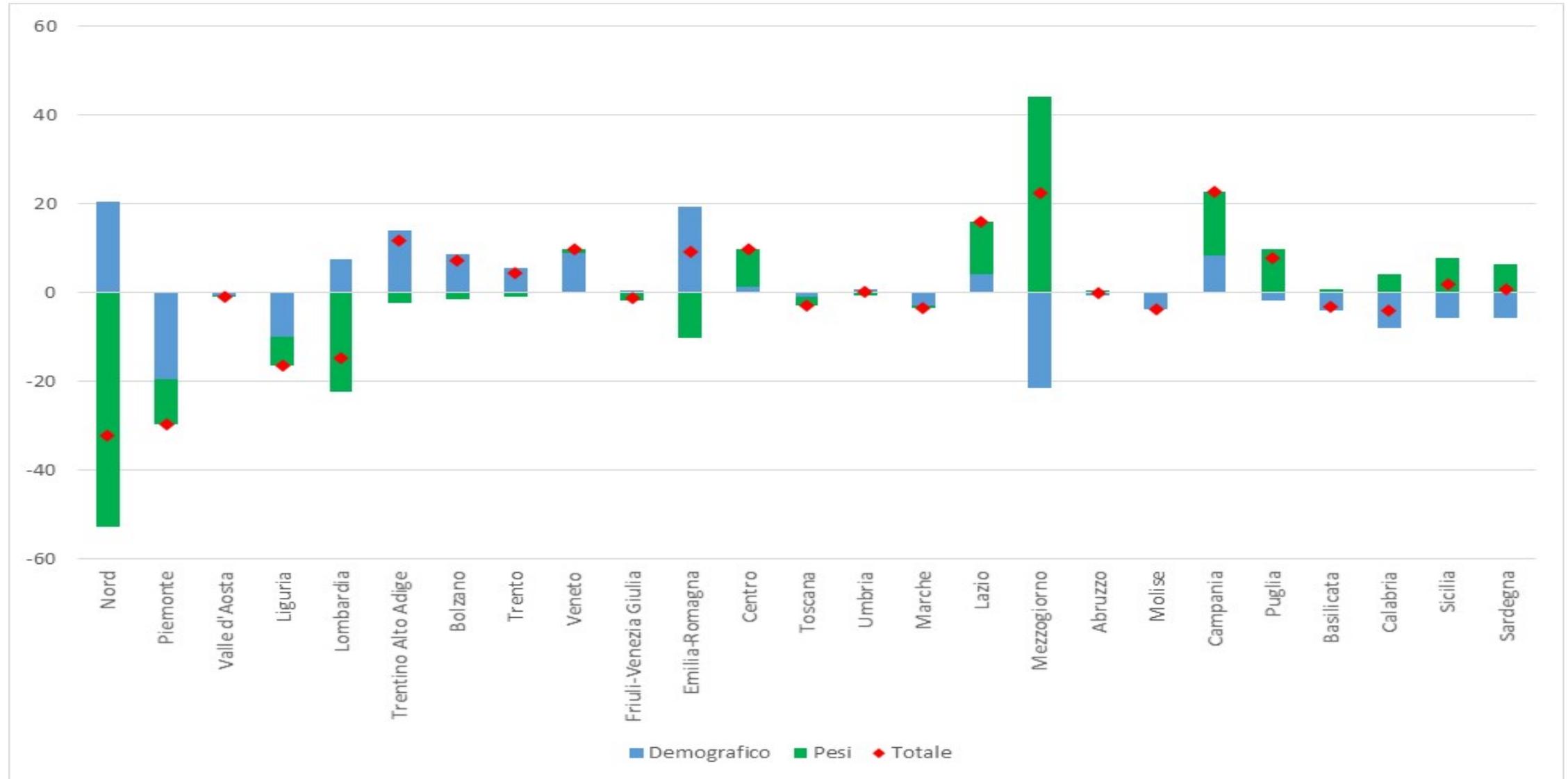
(Punti percentuali)



Fonte: Istat- previsioni della popolazione 2018-2065

VARIAZIONE DEL RIPARTO NELL'ANNO DELLA PANDEMIA 2020-2019

(Milioni di euro)



I CRITERI DI RIPARTO: UN CONFRONTO ANCORA APERTO

Negli ultimi decenni **frequenti cambiamenti** nei **criteri di riparto** regionale applicati:

- 1980-1981: 70-85% secondo indicatori di rischio sanitario
- 1982-1984: 68-78% secondo la spesa storica
- 1985-1991: 85-97% secondo i consumi sanitari per classi di età
- 1992-1996: 96-98% secondo quota capitaria secca
- L. 662/1996: ampliamento dell'insieme delle variabili rilevanti per il riparto: popolazione, frequenza dei consumi per età e genere, tassi di mortalità, indicatori epidemiologici territoriali, ecc.
- D.lgs. 68/2011: **«falsa riforma» dei costi standard e dei LEA**

Patto per la salute 2014-16: necessità di rivedere la determinazione di costi e fabbisogni standard mediante **nuove pesature** che tengano conto **in modo più adeguato dei bisogni sanitari** e l'inserimento di criteri di assegnazione che premino i **comportamenti virtuosi**

La **determinazione del fabbisogno nazionale** è invece sempre rimasta saldamente ancorata ad una logica di tipo **top-down**, senza collegamento diretto con i LEA

ESPERIENZE INTERNAZIONALI

Fuoco sui casi di riparto a favore di **enti territoriali multi-funzione** (e non agenzie locali sanitarie o fondi sanitari). Forti specificità istituzionali

- In tutti i paesi **finanziamento top-down**
- In alcuni paesi **fondi specifici** per il finanziamento della sanità (*Canada*), in altri **finanziamenti generali** per tutti i servizi essenziali a livello territoriale (sanità, istruzione, assistenza) (*Spagna*)
- In alcuni paesi ad un finanziamento principale per la sanità si affianca un **sistema di perequazione globale** basato su criteri diversi e più complessi (*Canada, Australia*)
- **Criteri di riparto**: in alcuni paesi **quota capitaria secca** (*Canada*), in altri **formule più avanzate** (*Australia, Nuova Zelanda*) basate su: età, genere, morbilità, fattori socio-culturali, fattori ambientali (superficie, densità, insularità, ruralità)
- In alcuni paesi aggiustamenti per tener conto dei **bisogni insoddisfatti** (*Nuova Zelanda*) che non emergono dai consumi effettivi (consumi potenziali)

ESPERIENZE INTERNAZIONALI: RIPARTO IN SISTEMI PUBBLICI DECENTRATI

	Regno Unito	Spagna	Canada	Nuova Zelanda	Australia	Danimarca
Finanziamento principale (per sanità o per servizi pubblici complessivi)	<i>Block grants</i> . Riparto tra i paesi della variazione del finanziamento complessivo.	Fondo fondamentale per la garanzia dei servizi pubblici (sanità istruzione e assistenza), 80% del finanziamento totale.	<i>Canada health transfer</i> . Può esserne trattenuta una parte come sanzione.	Finanziamento per la sanità da ripartire tra i distretti.	Finanziamento finalizzato per la sanità, sulla base di accordi con gli stati.	Block grants alle Regioni e alle autorità sanitarie.
Criteri di riparto del finanziamento principale	Quota di devoluzione dei servizi (99,5% per la sanità) e popolazione	Popolazione, superficie, densità, insularità, popolazione coperta equivalente, quota di popolazione in certi gruppi di età.	Base capitaria.	Popolazione, costo dei servizi pesato per età, genere, etnia, gruppo socio-economico (indice di deprivazione per quintili), aggiustamento per ruralità, oltremare e rifugiati. Aggiustamenti per bisogni non soddisfatti.	Pro-capite.	Demografia e struttura sociale (gruppi svantaggiati, speranza di vita relativa, patologie mentali, territorio).
Altri finanziamenti	Altri finanziamenti, di cui alcuni negoziati.	Fondo globale di sufficienza per le altre competenze. Due ulteriori fondi per favorire la convergenza (maggiore discrezionalità dello stato).	Ulteriori trasferimenti perequativi per l'insieme dei servizi erogati, in base al gettito. Programma di trasferimenti ai tre territori del nord. Il governo federale può concedere temporaneamente finanziamenti specifici.		Supporto fiscale generale incondizionato (perequazione orizzontale sui fabbisogni dei diversi servizi) ripartito in base alla popolazione aggiustata. Per il fabbisogno sanitario: fattori sociodemografici (età, presenza di indigeni e indicatori di status socio-economico, zona remota), ampiezza del settore privato, scala di erogazione del servizio, livelli salariali.	Ulteriore finanziamento (20%) in base all'attività. Cofinanziamento dei comuni collegati all'attività.

EFFETTI SUL RIPARTO DELLE RISORSE SANITARIE DI UN CAMBIAMENTO NELLA VALUTAZIONE DEI BISOGNI

Quali effetti sul riparto delle risorse se nella valutazione dei bisogni sanitari (pesi) si considerano, accanto all'**età**, anche **altre determinanti**, come in alcune esperienze straniere?

Riferimento: Agenas 2010

Micro-dati campionari da Indagine Istat «Aspetti della vita quotidiana 2019» (\approx 45.500 individui, 19.500 nuclei familiari) che riportano:

- **Caratteristiche individuali**: età, condizioni socio-economiche, regione di residenza
- **Consumi sanitari** (rimando)

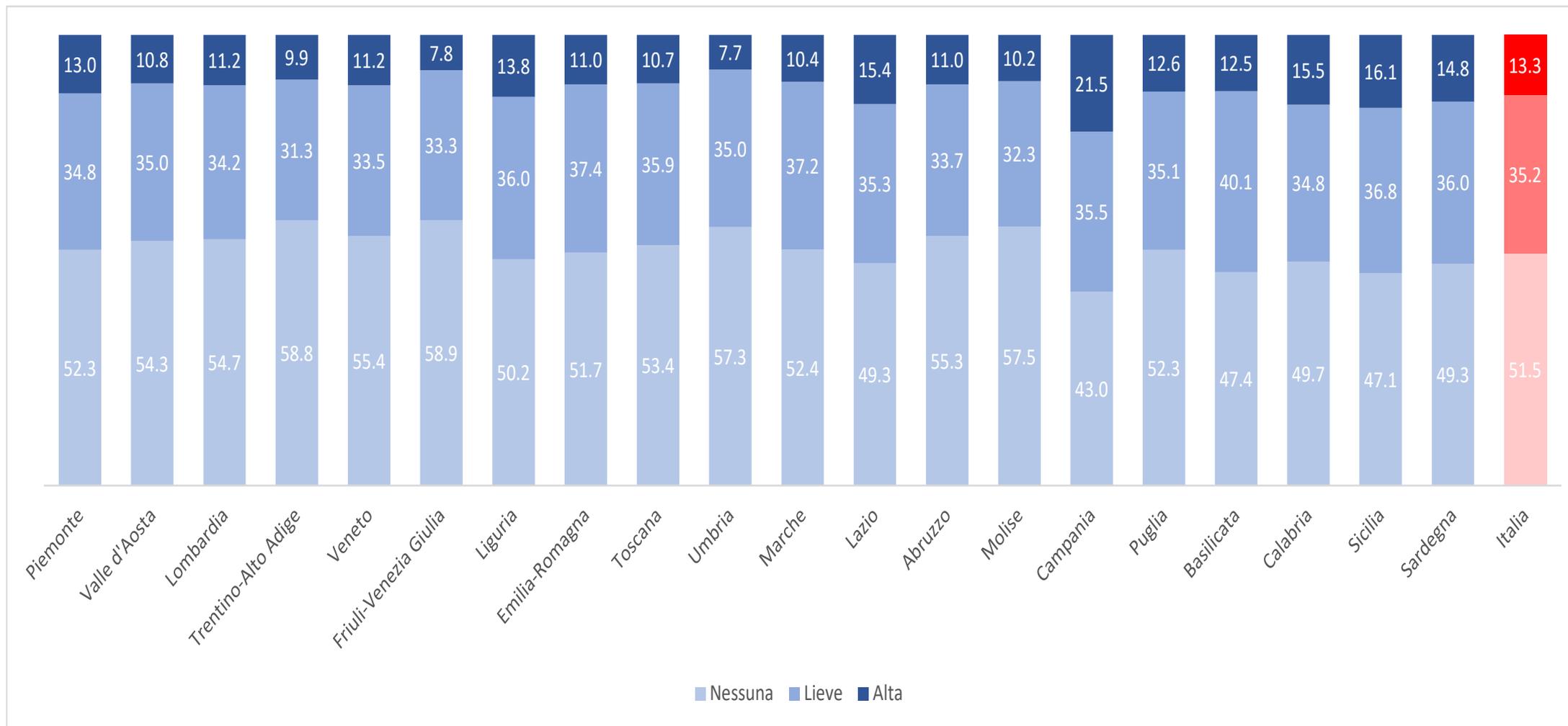
EFFETTI SUL RIPARTO DELLE RISORSE SANITARIE DI UN CAMBIAMENTO NELLA VALUTAZIONE DEI BISOGNI

Quale determinante di bisogno sanitario consideriamo il livello di **deprivazione** determinato come sintesi di indicatori elementari (dicotomiche):

- istruzione
- condizione lavorativa
- proprietà abitazione
- dimensione abitazione
- tipologia familiare

Qui definiti tre livelli di deprivazione: **nessuna, lieve, alta**

INTENSITÀ DELL'INDICE DI DEPRIVAZIONE

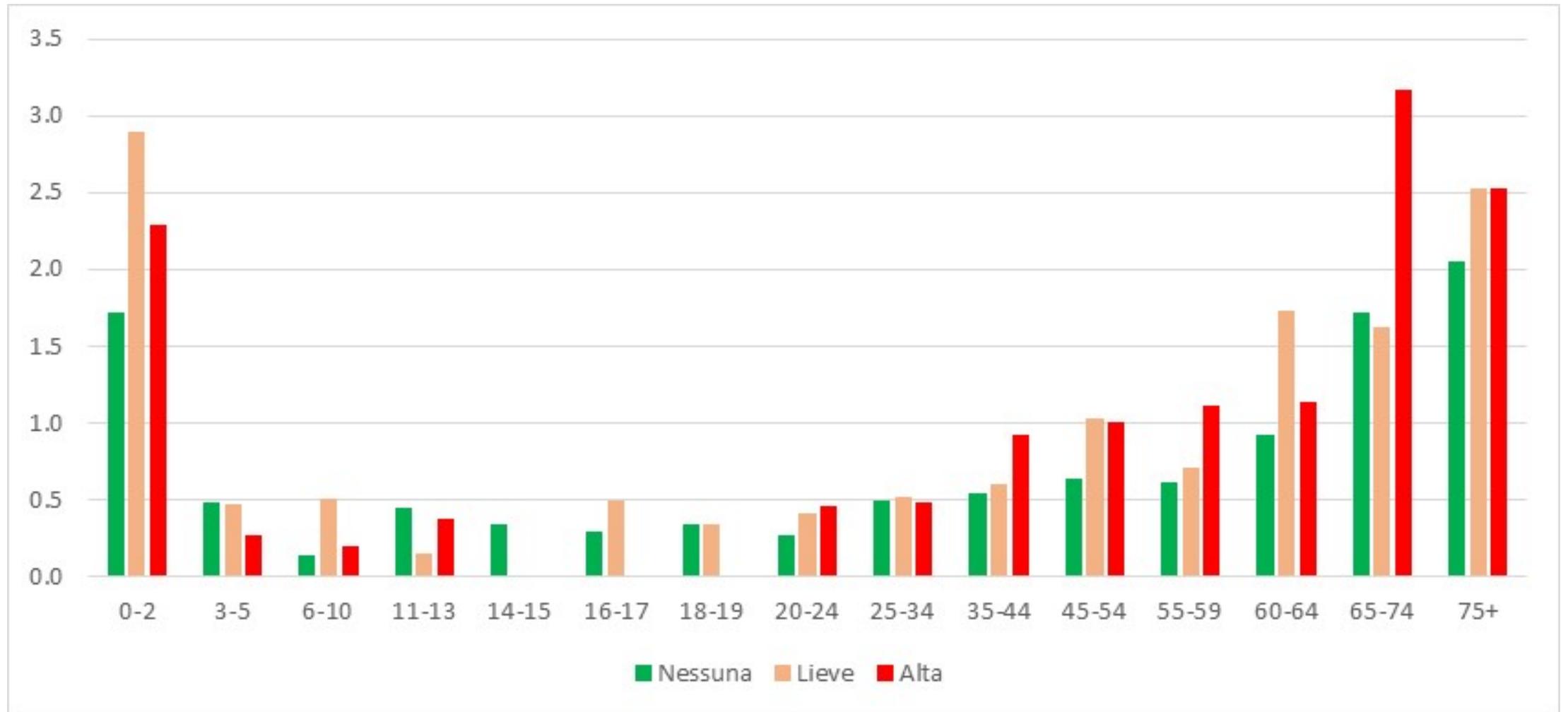


EFFETTI SUL RIPARTO DELLE RISORSE SANITARIE DI UN CAMBIAMENTO NELLA VALUTAZIONE DEI BISOGNI

In particolare simuliamo gli effetti differenziali della considerazione della **deprivazione** sul riparto per:

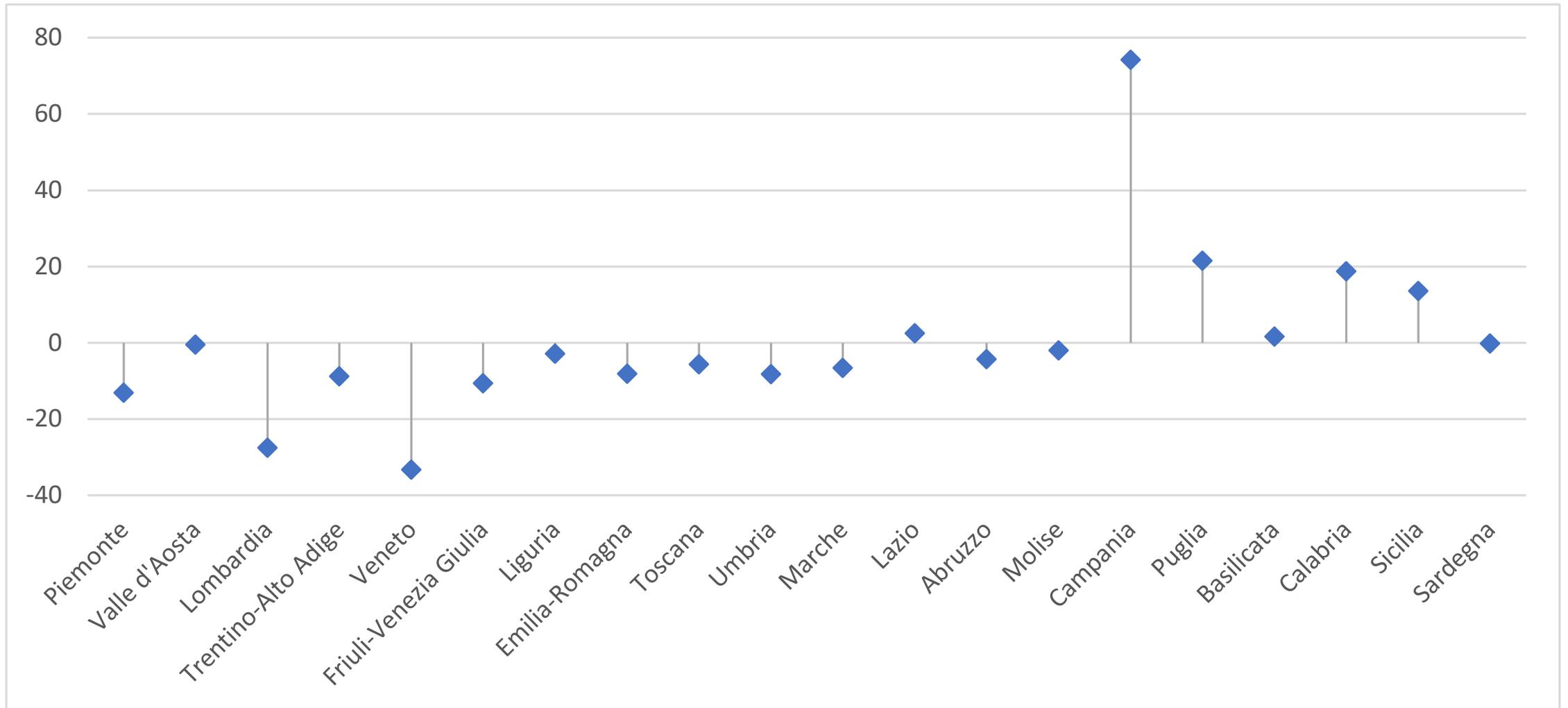
- assistenza ospedaliera
- assistenza specialistica
- **Consumi sanitari**
 - per assistenza ospedaliera: media tra indici di consumo pc su numero di ricoveri e giornate di degenza
 - per assistenza specialistica: media tra indici di consumo pc su individui con visite specialistiche e su individui con accertamenti diagnostici

ASSISTENZA OSPEDALIERA: CONSUMO PER FASCIA DI ETÀ E LIVELLO DI DEPRIVAZIONE



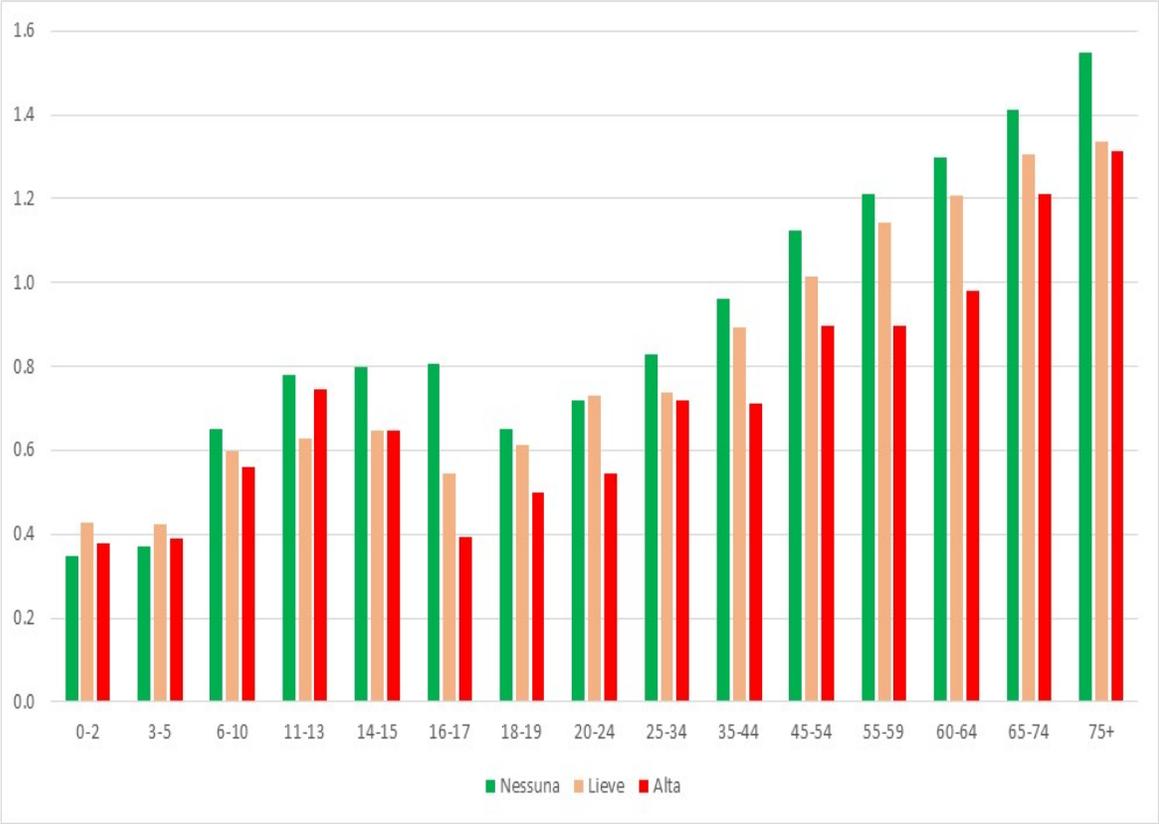
ASSISTENZA OSPEDALIERA: EFFETTI DELLA DEPRIVAZIONE SUL RIPARTO REGIONALE

(Milioni di euro)

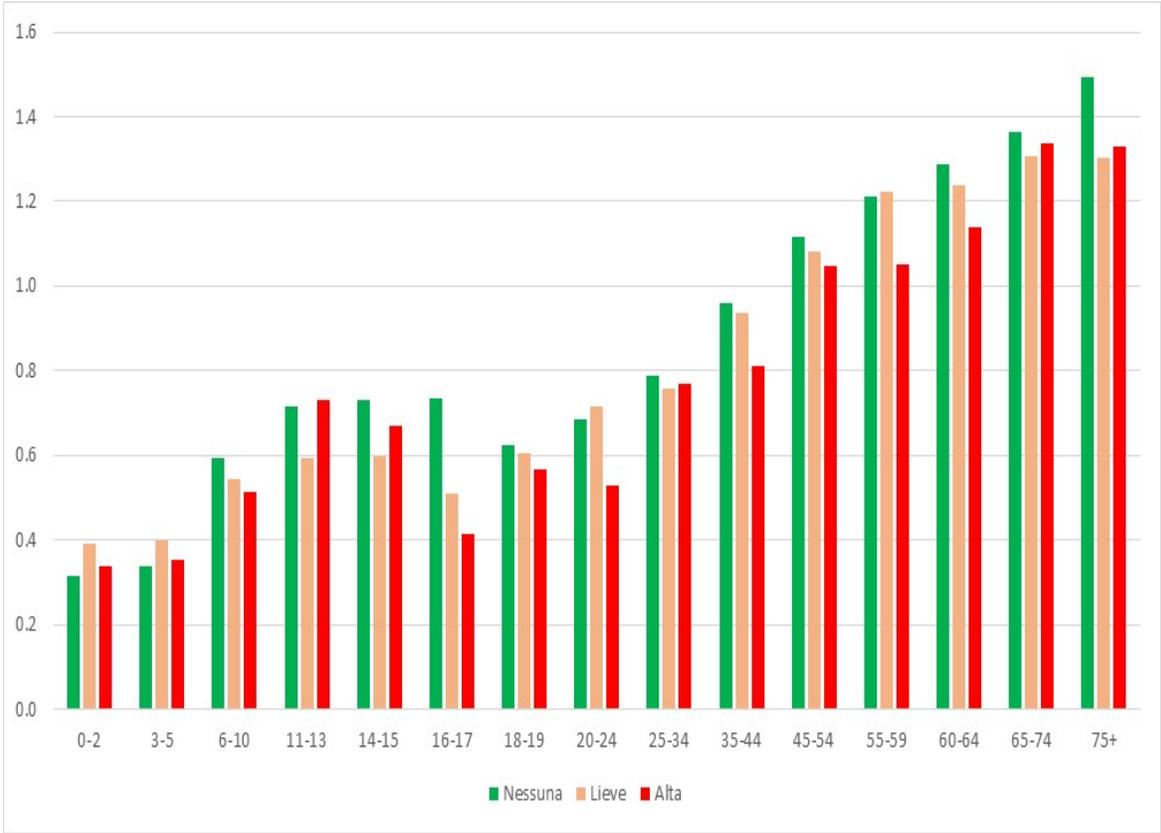


ASSISTENZA SPECIALISTICA: CONSUMO PER FASCIA DI ETÀ E LIVELLO DI DEPRIVAZIONE

EFFETTIVO

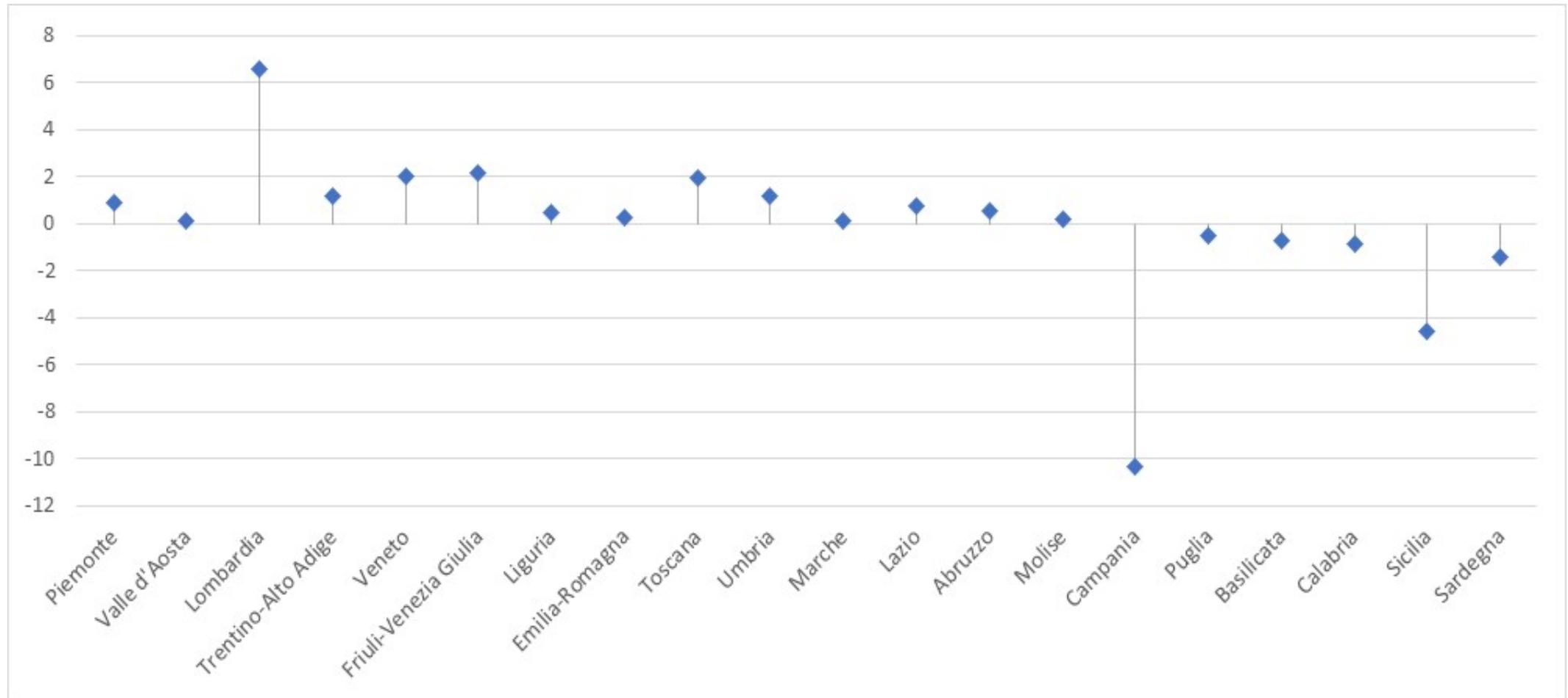


POTENZIALE



ASSISTENZA SPECIALISTICA: EFFETTI DELLA DEPRIVAZIONE SUL RIPARTO REGIONALE

(Milioni di euro)



GRAZIE PER L'ATTENZIONE