

Federalismo, rispetto delle regole e crescita

Laboratorio Sanità

Il mondo della salute tra governance federale e fabbisogni infrastrutturali

Gregorio De Felice
Servizio Studi e Ricerche
Intesa Sanpaolo

Fabio Pammolli
Direttore IMT Altì Studi
Fondazione CERM

Le tesi del Rapporto

- Il “sistema della salute” italiano non è solo fonte di criticità, ma anche di **potenzialità per lo sviluppo complessivo del Paese.**
- Sono tuttavia indispensabili **investimenti**, sia per fronteggiare le esigenze dei prossimi anni, sia per cogliere le opportunità che la sanità può generare sugli altri comparti dell’economia.
- **Il pieno funzionamento della riforma federale è un prerequisito fondamentale.**

Agenda

■ Parte 1

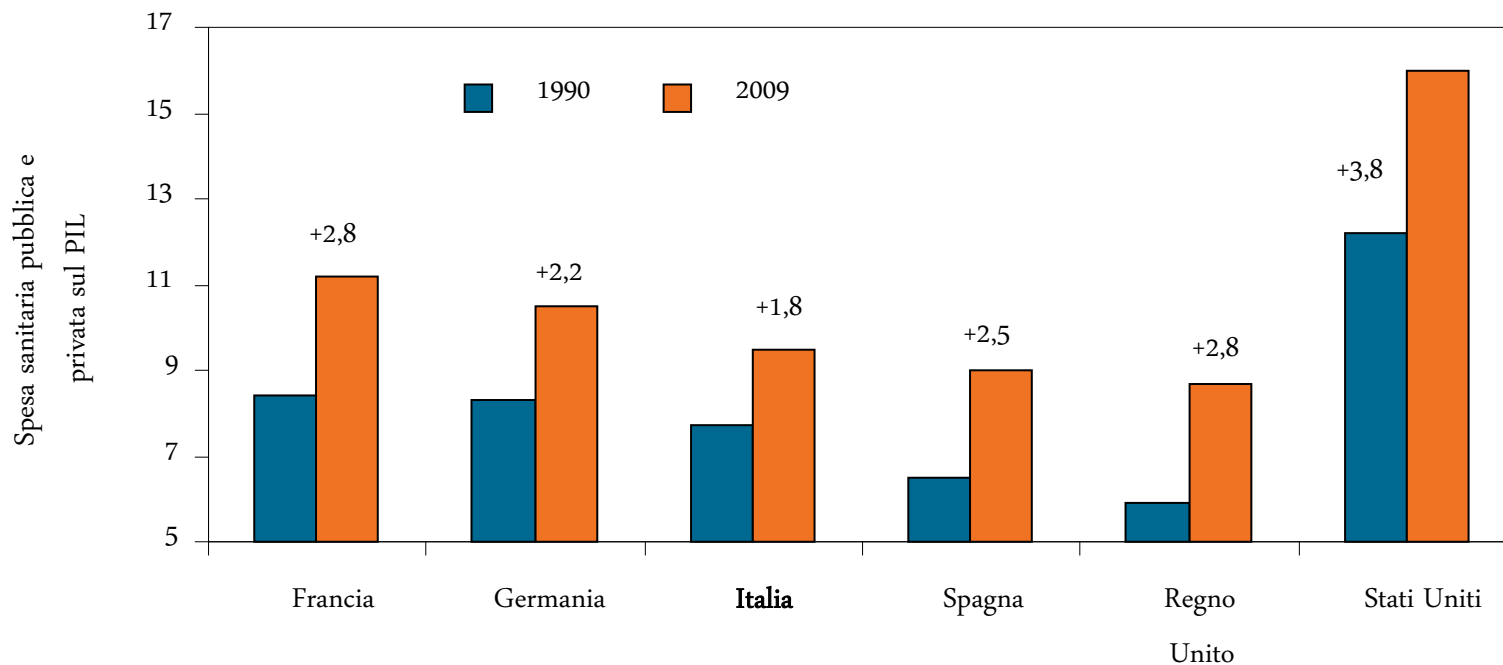
- **La rilevanza economica della sanità**
- **Il mondo della salute alla vigilia del federalismo**
- **Come colmare i divari infrastrutturali?**

■ Parte 2

- I divari di spesa tra qualità e condizioni di efficienza
- La spesa sanitaria in Italia: proiezioni di lungo periodo
- Il pilastro complementare

Spesa sanitaria in crescita ...

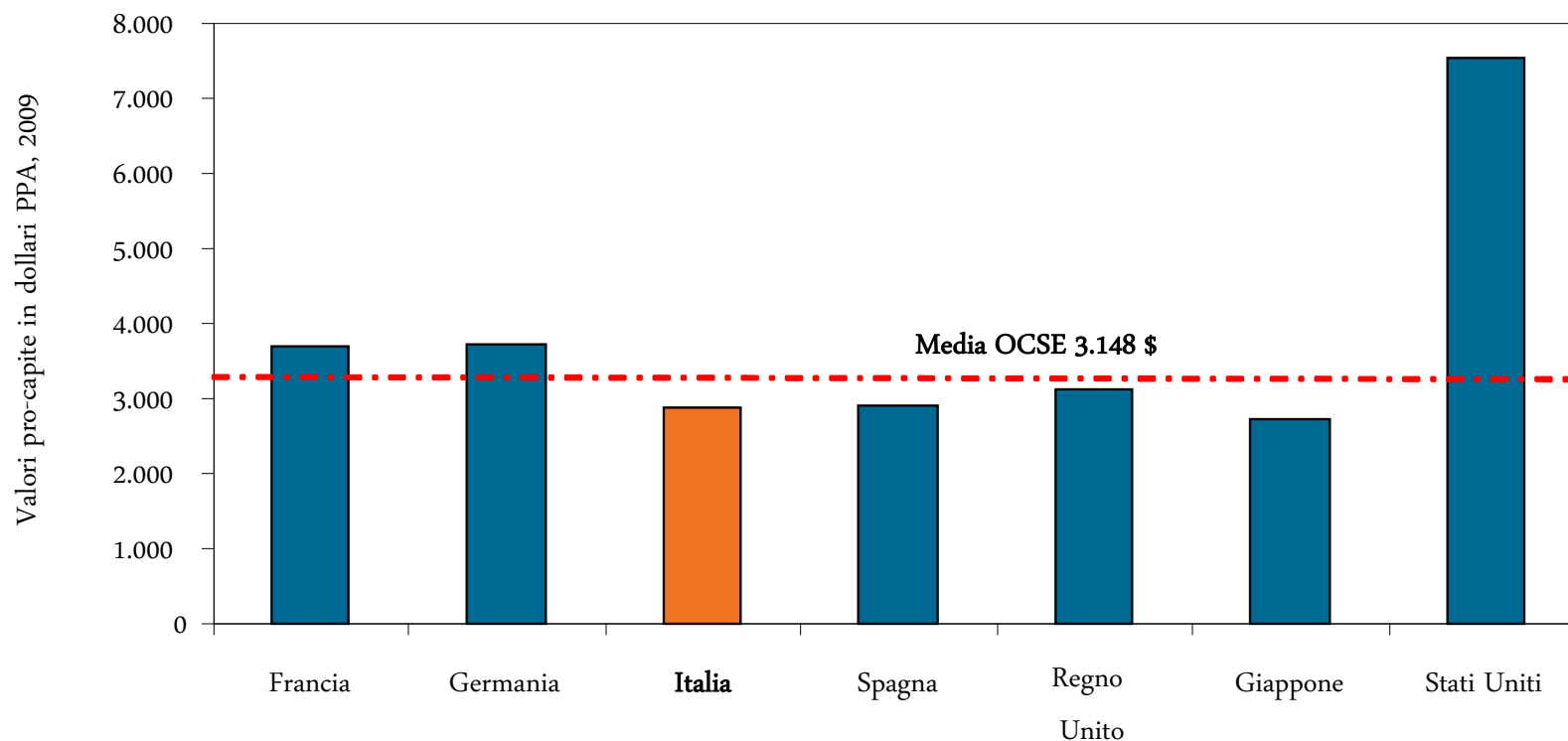
Incidenza della spesa sanitaria pubblica e privata sul PIL



- Nei principali partner UE-15 e negli Stati Uniti, l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria complessiva è almeno raddoppiata dal 1960 a oggi.
- La dinamica della spesa italiana risulta meno accentuata rispetto ad altri paesi.

... ma ancora relativamente bassa

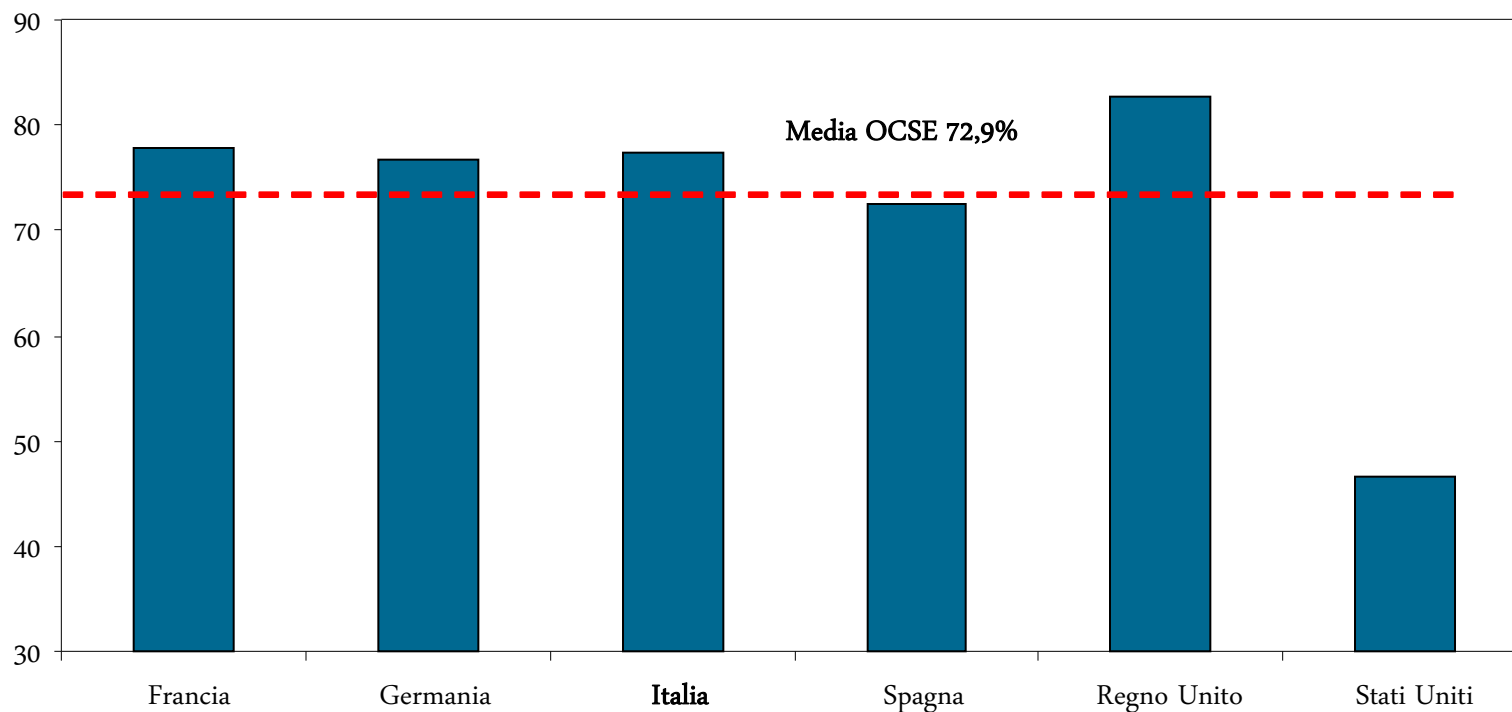
Spesa sanitaria pro-capite, valori in dollari PPA, 2009



- La spesa sanitaria italiana pro-capite in parità di potere d'acquisto è inferiore alla media OCSE.

Coverage pubblico allineato

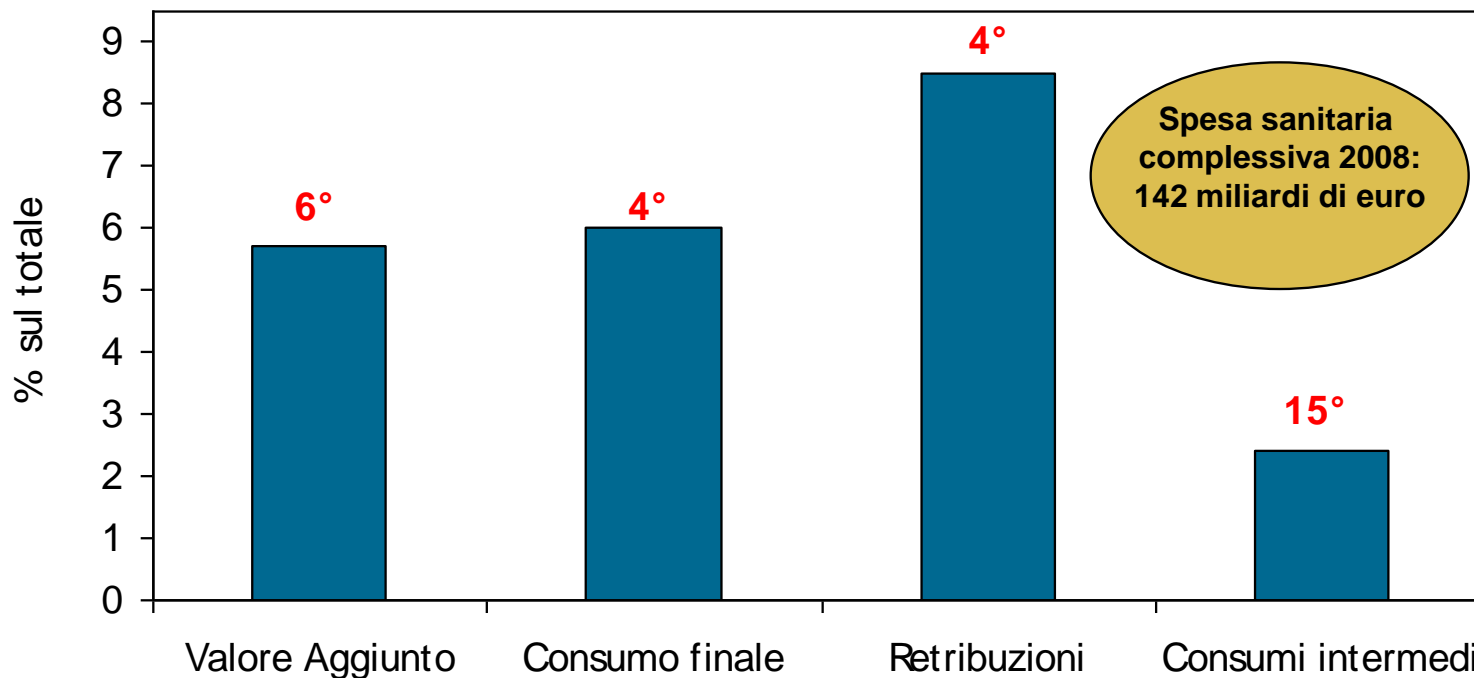
Quota della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale, 2009



- L'Italia registra una riduzione dell'incidenza della componente pubblica: nel 1990 la quota pubblica era pari a 79,5%, nel 2009 è pari al 77,3%.

Un peso crescente nell'economia ...

Italia: peso economico della Sanità e posizione rispetto agli altri settori* (2005)

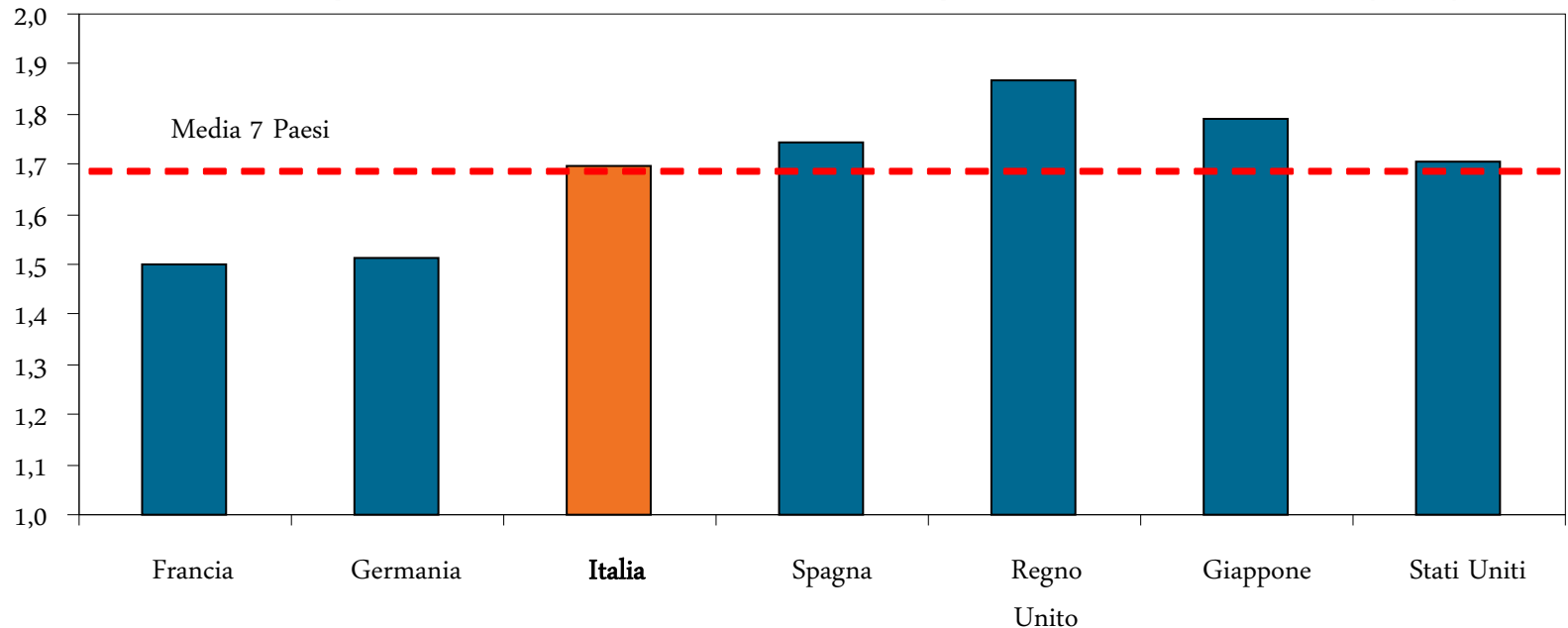


* Classificazione in 37 settori

- Il peso economico della sanità è cresciuto in termini di consumi, valore aggiunto, retribuzioni e domanda indotta. La sanità è tra i settori che hanno maggiormente aumentato la propria rilevanza.

... ma soprattutto volano per uno sviluppo dei settori a elevato valore aggiunto e contenuto tecnologico

Effetto complessivo dell'aumento di un euro di spesa nel settore sanitario (2005)



- La filiera della salute è un settore trasversale che attiva la produzione di beni e servizi di comparti diversi. E' in crescita il peso degli acquisti "a maggior valore aggiunto" come i servizi professionali, le telecomunicazioni, l'informatica, le strumentazioni mediche.
- Una politica di acquisti pubblici orientata all'innovazione darebbe una forte spinta al nostro comparto *hi-tech* e dei servizi avanzati.

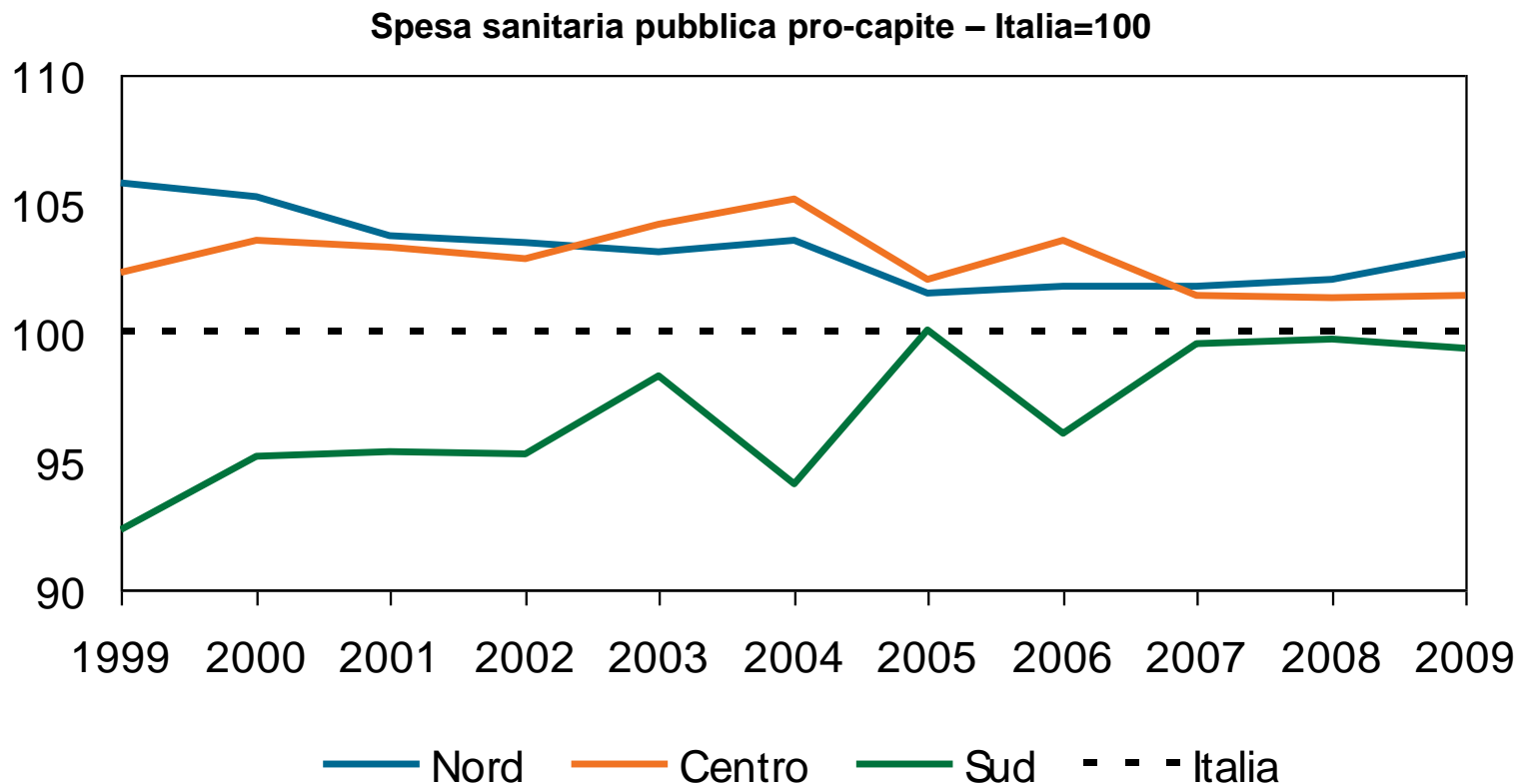
Politica industriale tramite la spesa sanitaria: il caso dell'ICT negli USA

- L'investimento complessivo (in dieci anni) del progetto di informatizzazione della sanità americana approvato a febbraio 2010 è pari a **75-100 miliardi di dollari**.
- Questo investimento darà una spinta decisiva per la crescita del settore ICT.
- Il Governo statunitense prevede che la digitalizzazione dei servizi sanitari possa generare **244.000 nuovi posti di lavoro** e, quando sarà a regime, consentirà **un risparmio di 200-300 miliardi di dollari all'anno**.

La *governance* regionale: modelli diversi e risultati diversi

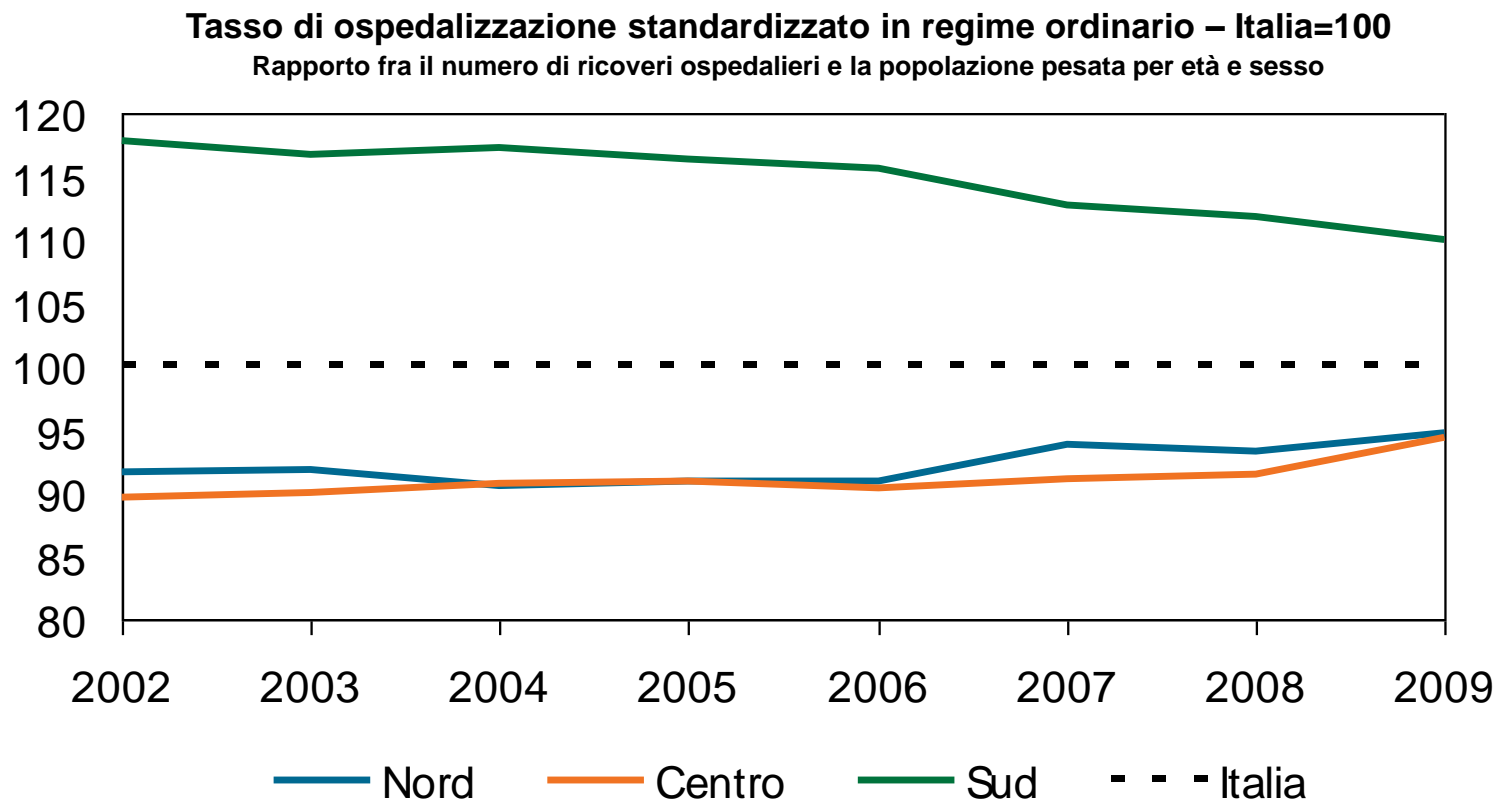
- Le **Regioni** hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.
- L' autonomia si è concretizzata in scelte molto differenziate che hanno determinato una forte **eterogeneità territoriale**:
 - nei modelli di *governance* e nel ruolo delle Aziende Sanitarie;
 - nel ruolo degli erogatori privati di servizi sanitari e, quindi, nel peso del cosiddetto “quasi mercato” nei diversi Sistemi di Sanità Regionali.
- I risultati economico-finanziari sono molto diversi. I disavanzi si concentrano in un numero ristretto di Regioni.

I gap di spesa si riducono ...



- Dal lato della spesa si assiste a un processo di convergenza che porta i diversi sistemi regionali a disporre di risorse sostanzialmente allineate.

... ma i differenziali di efficienza e qualità rimangono considerevoli



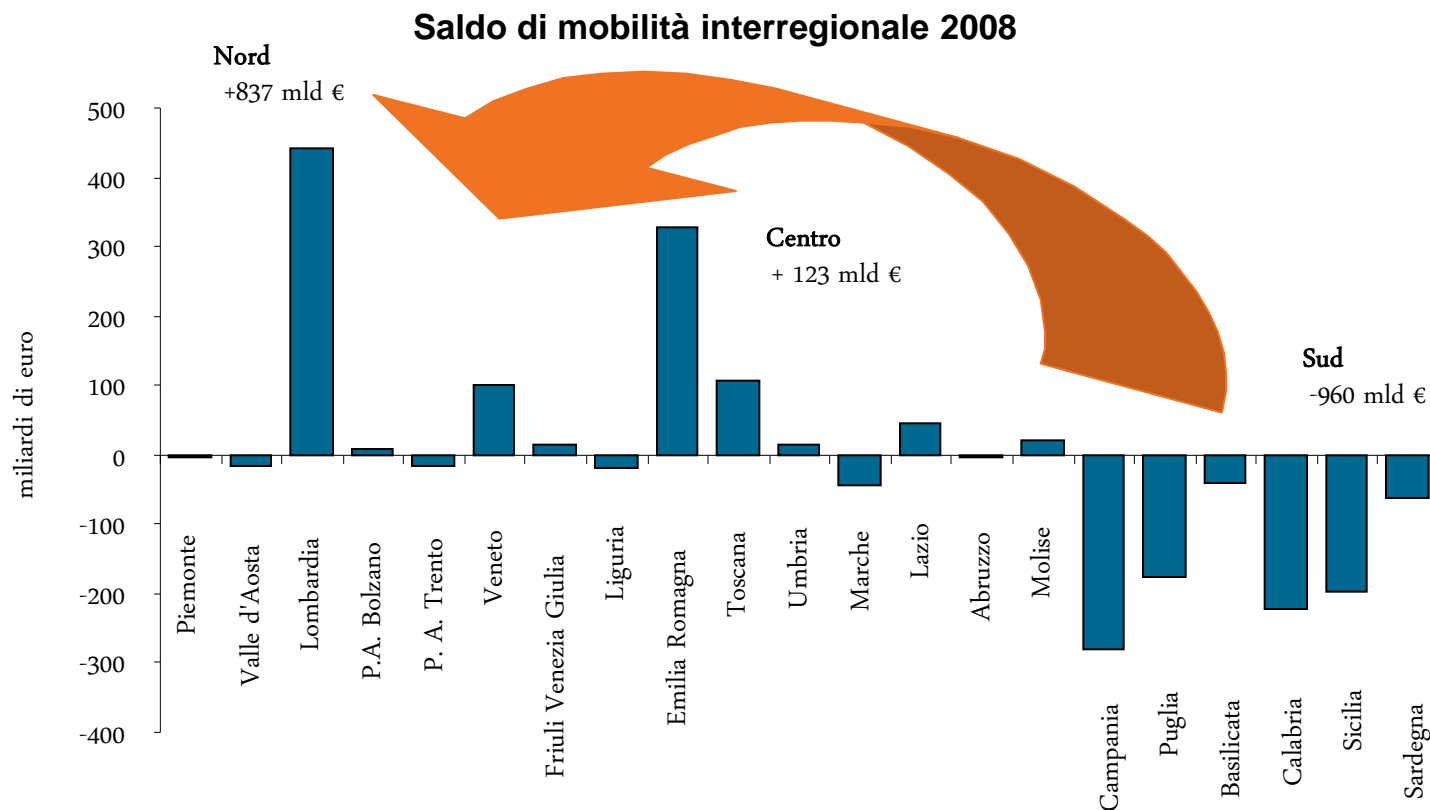
- Nonostante i miglioramenti registrati dai servizi offerti dalle Regioni del Sud il gap negli standard di efficienza e qualità rispetto al Centro-Nord è ancora ampio.

Efficienza: Sud in recupero ma divario ancora ampio

- Gli indicatori per valutare l'efficienza dei servizi resi sul territorio sono molteplici. A titolo esemplificativo:
 - **Ricoveri finalizzati ad accertamenti diagnostici:** nelle Regioni meridionali si registra una maggiore frequenza rispetto a quanto riscontrato nel resto del Paese
 - **Incidenza dei ricoveri medici brevi** (inferiori o uguali ai 3 giorni): è in genere superiore alla media nazionale nelle Regioni del Sud
 - **Giornate di degenza media pre-operatoria:** nelle Regioni del Mezzogiorno superano in tutti i casi le due giornate, con l'unica eccezione dell'Abruzzo, mentre nel resto del Paese si collocano, in media, al di sotto dei due giorni

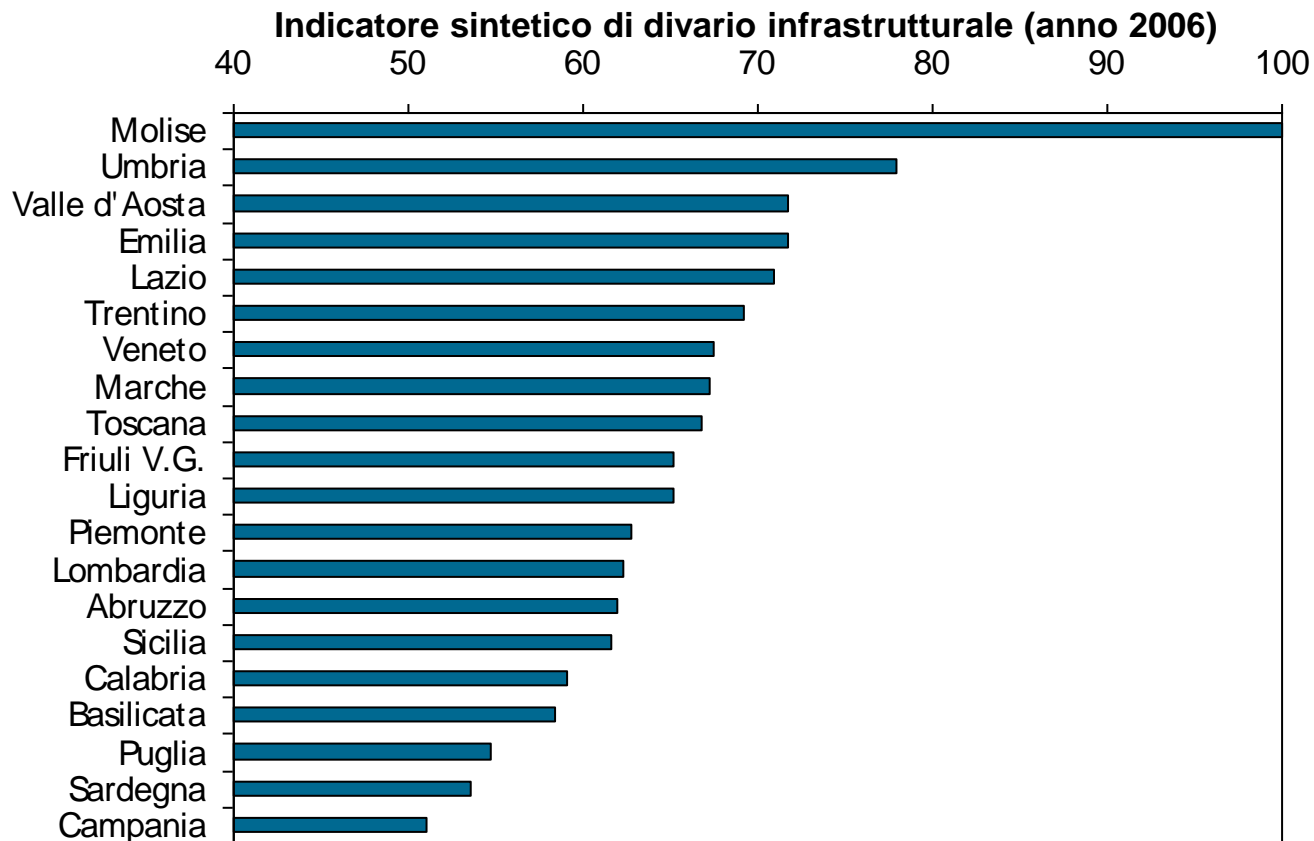
In quasi tutti i casi si continua a riscontrare un certo grado di arretratezza delle Regioni del Mezzogiorno.

Alla ricerca di cure migliori: dal Sud al Nord



- **Qualità:** i dati di mobilità ospedaliera evidenziano la tendenza dei pazienti a spostarsi dalla regione di residenza, presumibilmente in cerca di cure migliori o di strutture ospedaliere di maggiore qualità rispetto a quanto disponibile nella propria Regione.

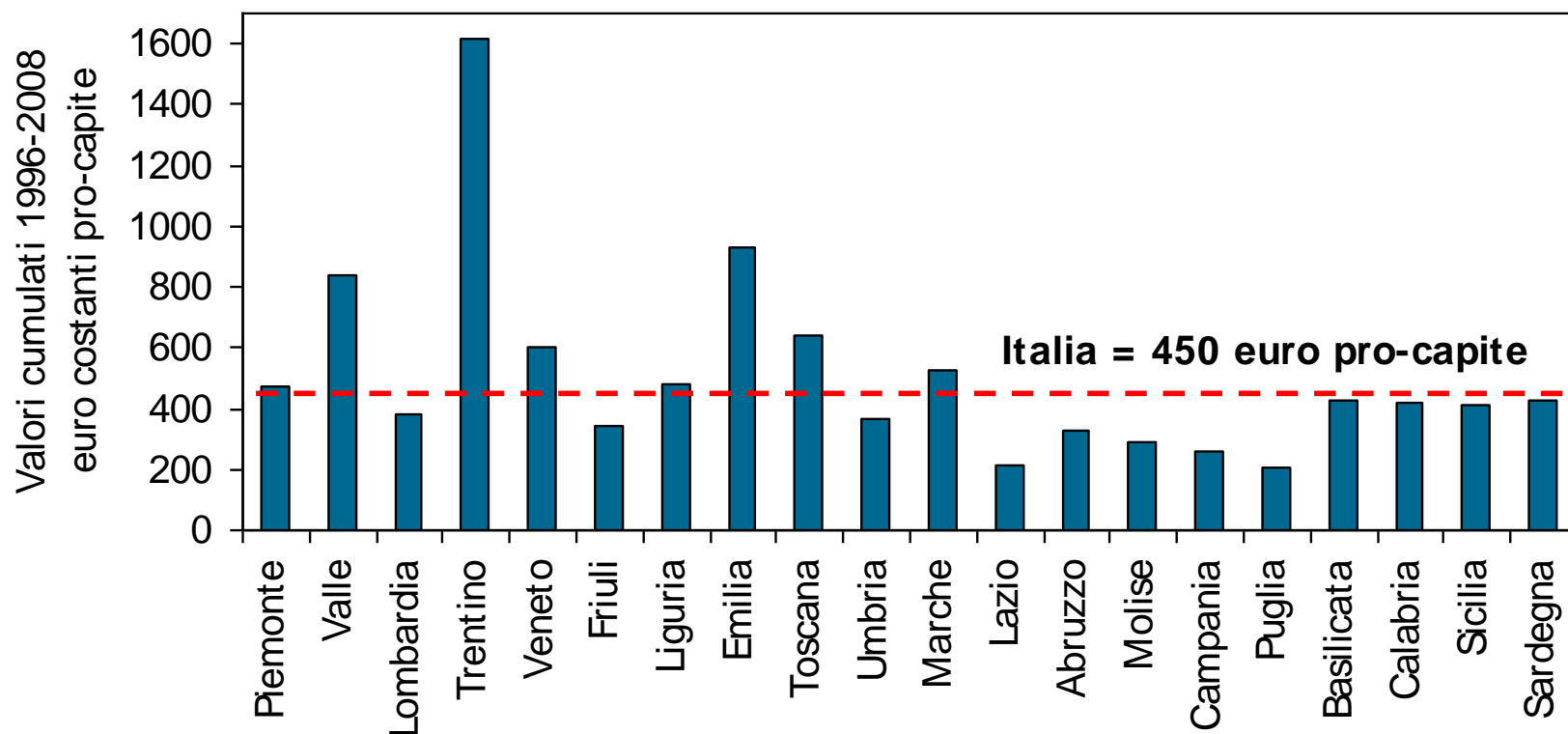
Sulle performance regionali pesa il divario di capitale fisico e umano



- L'indice, elaborato in base ad una metodologia dell'Istat, sintetizza le informazioni sulla dotazione pro-capite di capitale fisico ed umano a livello regionale.
- La dotazione infrastrutturale influenza la capacità di fornire prestazioni adeguate e di qualità, Infrastrutture insufficienti e obsolete possono concorrere alla produzione di sovra costi.

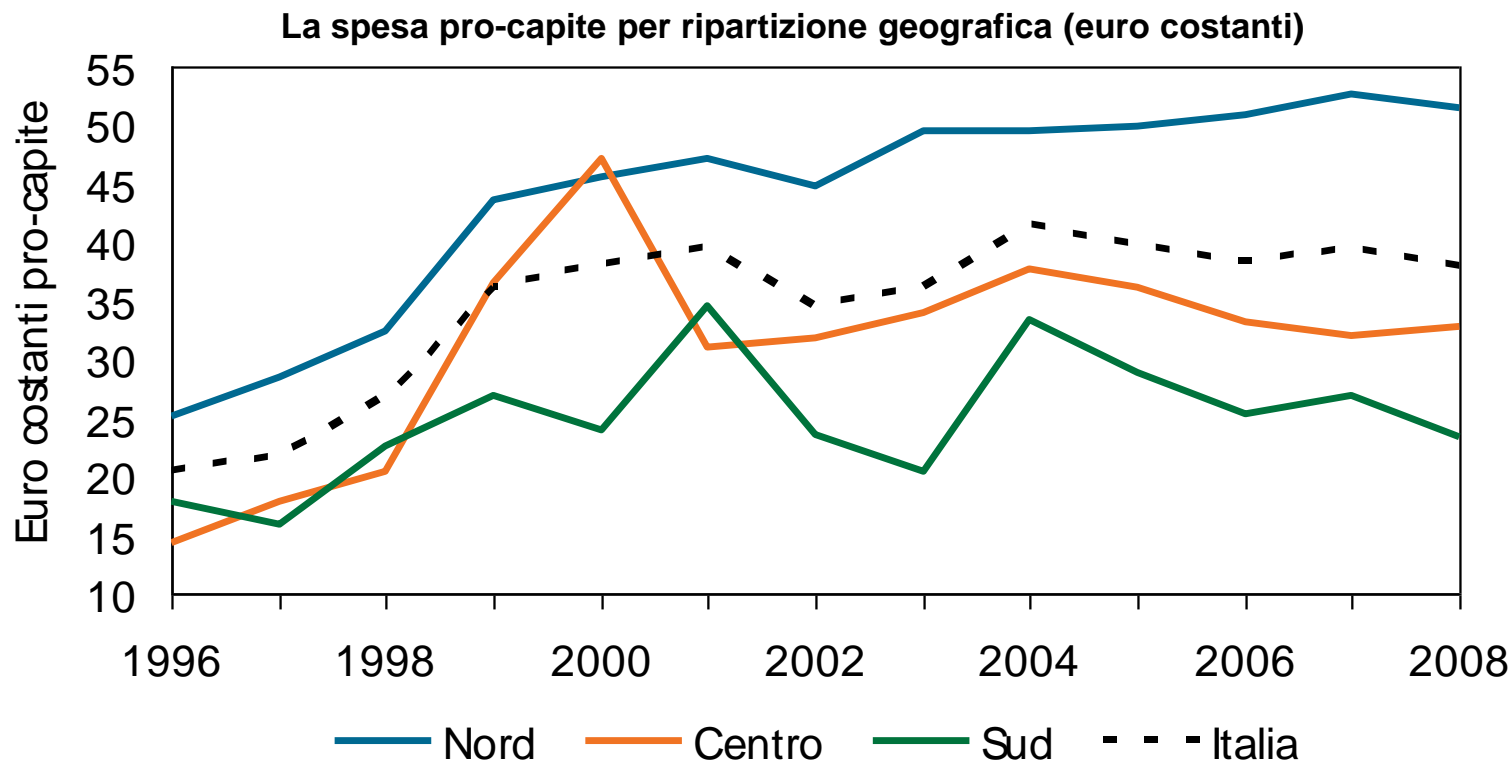
Al Sud si è speso meno per infrastrutture e tecnologie ...

Gli investimenti cumulati per Regione (euro costanti)



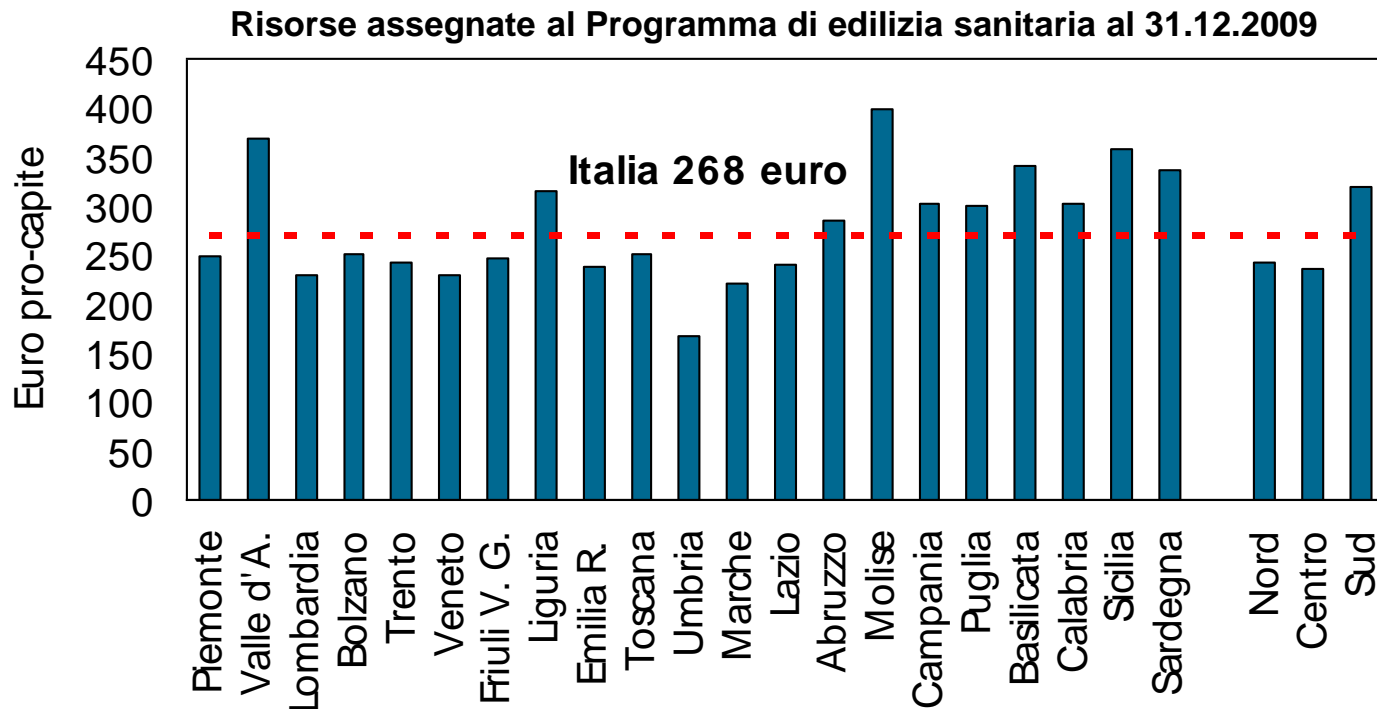
- Tutte le Regioni del Sud si posizionano sotto la media nazionale in termini di investimenti pro-capite realizzati tra il 1996 e il 2008.

... e il gap di spesa si amplia nel periodo esaminato ...



- Il gap di spesa si amplia tra il 1996 e il 2008: nel 1996 gli investimenti delle Regioni del Sud erano pari all'88% della media nazionale, nel 2008 la spesa è pari al 62% del valore medio nazionale.
- La dinamica della spesa per investimenti in infrastrutture e tecnologie della Pubblica amministrazione mostra significative differenze a livello geografico.

... nonostante gli obiettivi del Programma generale degli investimenti in Sanità



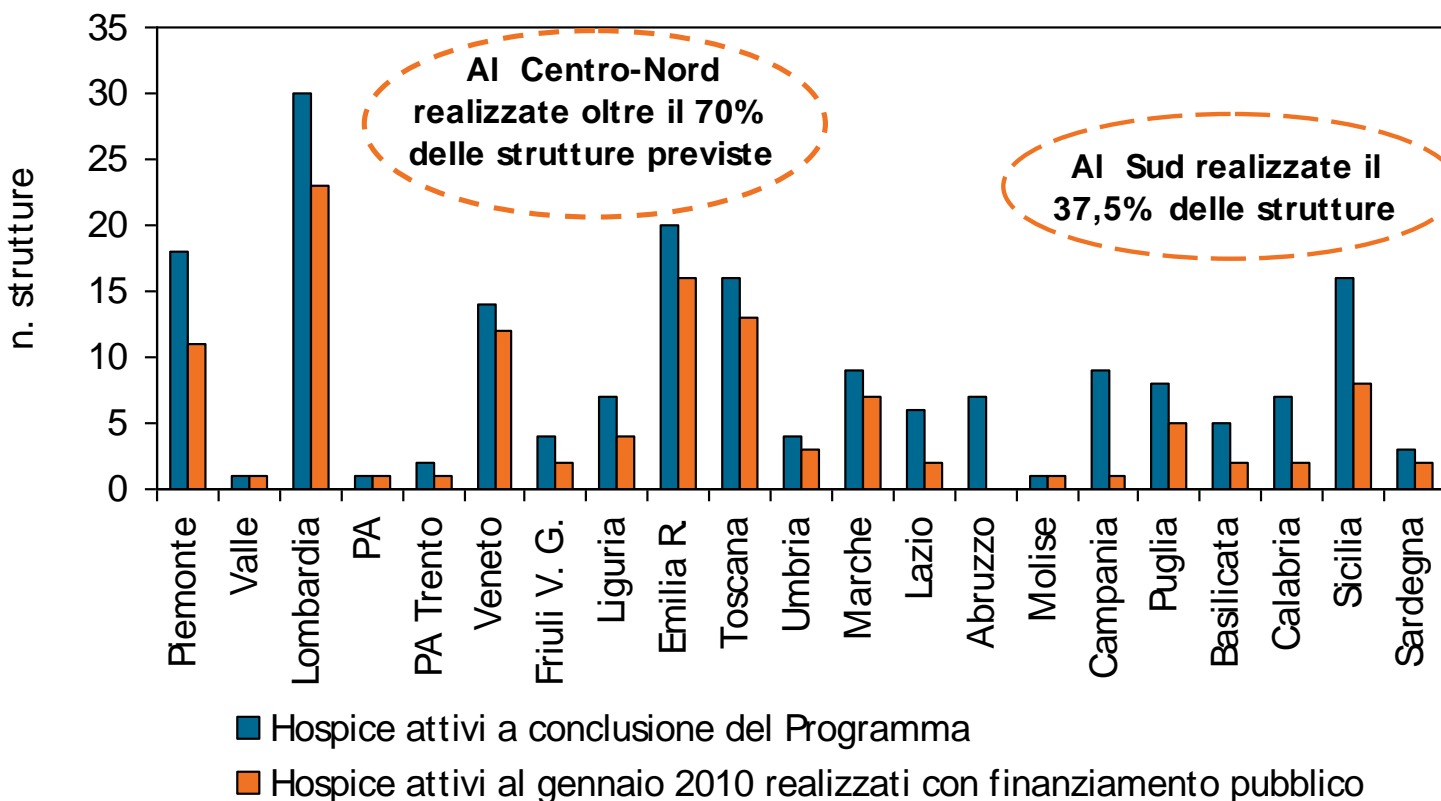
- Principale obiettivo del Programma generale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, introdotto nel 1988, è il riequilibrio delle strutture tra Nord e Sud del Paese.
- Dotazione complessiva pari a 24 miliardi di euro; il maggior impegno è stato destinato alle regioni del Sud.

La capacità di spesa del Sud è stata modesta

- Le Regioni del Centro-Nord mostrano un maggior tempismo nella richiesta di autorizzazione per la spesa delle somme a esse destinate.
- La maggior parte delle risorse revocate si concentra **nelle Regioni del Mezzogiorno, dove più del 23% degli impegni di spesa è stato revocato.**
- Nel 2009 le Regioni del Sud hanno rivelato una sensibile accelerazione nell'attuazione dei programmi.
- A fine 2009 il 90% del valore degli accordi sottoscritti risultava autorizzato. Molise, Puglia, Basilicata e Calabria hanno autorizzato il 100% degli accordi.

Anche nei programmi specifici di intervento il Mezzogiorno mostra maggiori difficoltà

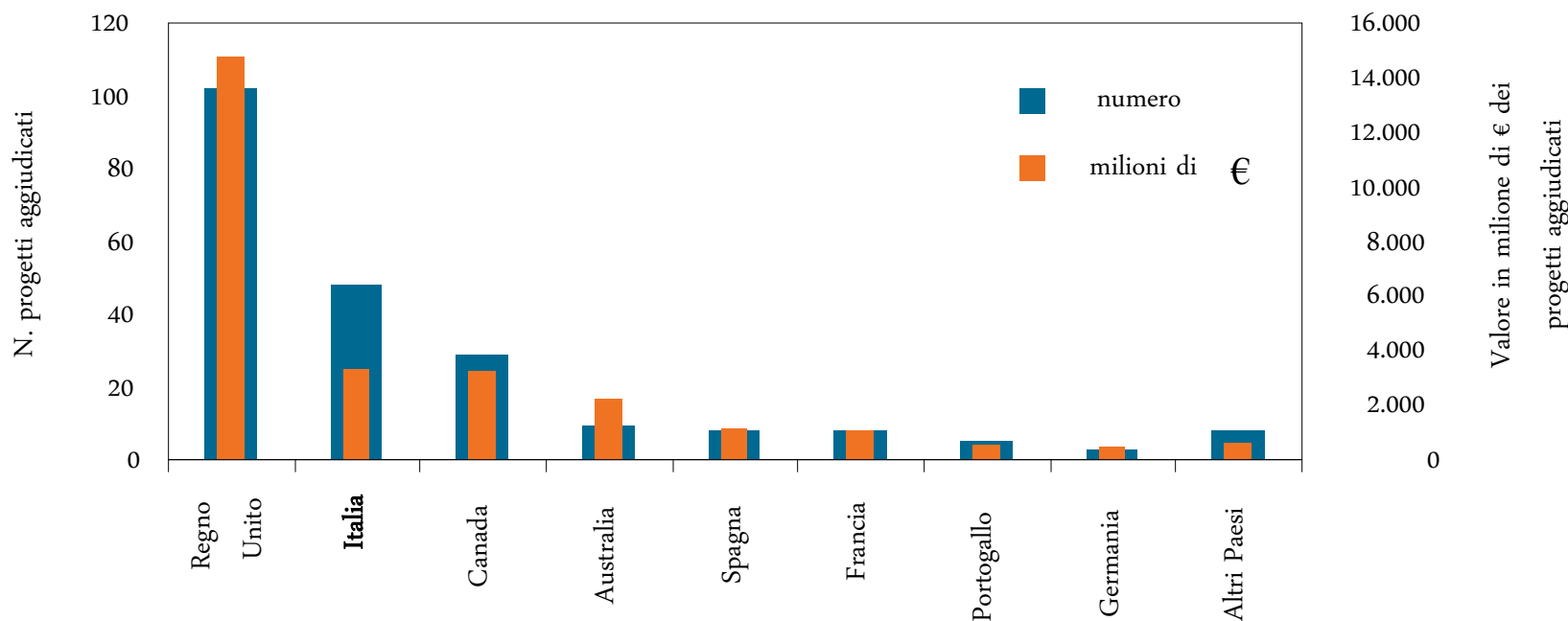
Stato di attuazione del programma di investimenti in strutture per cure palliative



- Al Sud manca anche la spinta del settore privato (solo 3 hospice sono stati realizzati con finanziamento privato), che invece ha un peso notevole al Centro-Nord, dove più di un terzo delle strutture complessivamente attivate è stato realizzato con finanziamenti privati.

Il ruolo del Project Finance

Le Public Private Partnership in sanità (valori cumulati a maggio 2010)



- In Italia, 16 strutture già realizzate/ampliate in Public Private Partnership.
- 13 ospedali sono invece in fase di costruzione.
- Rilevante il numero di progetti abbandonati nel corso del tempo.

Agenda

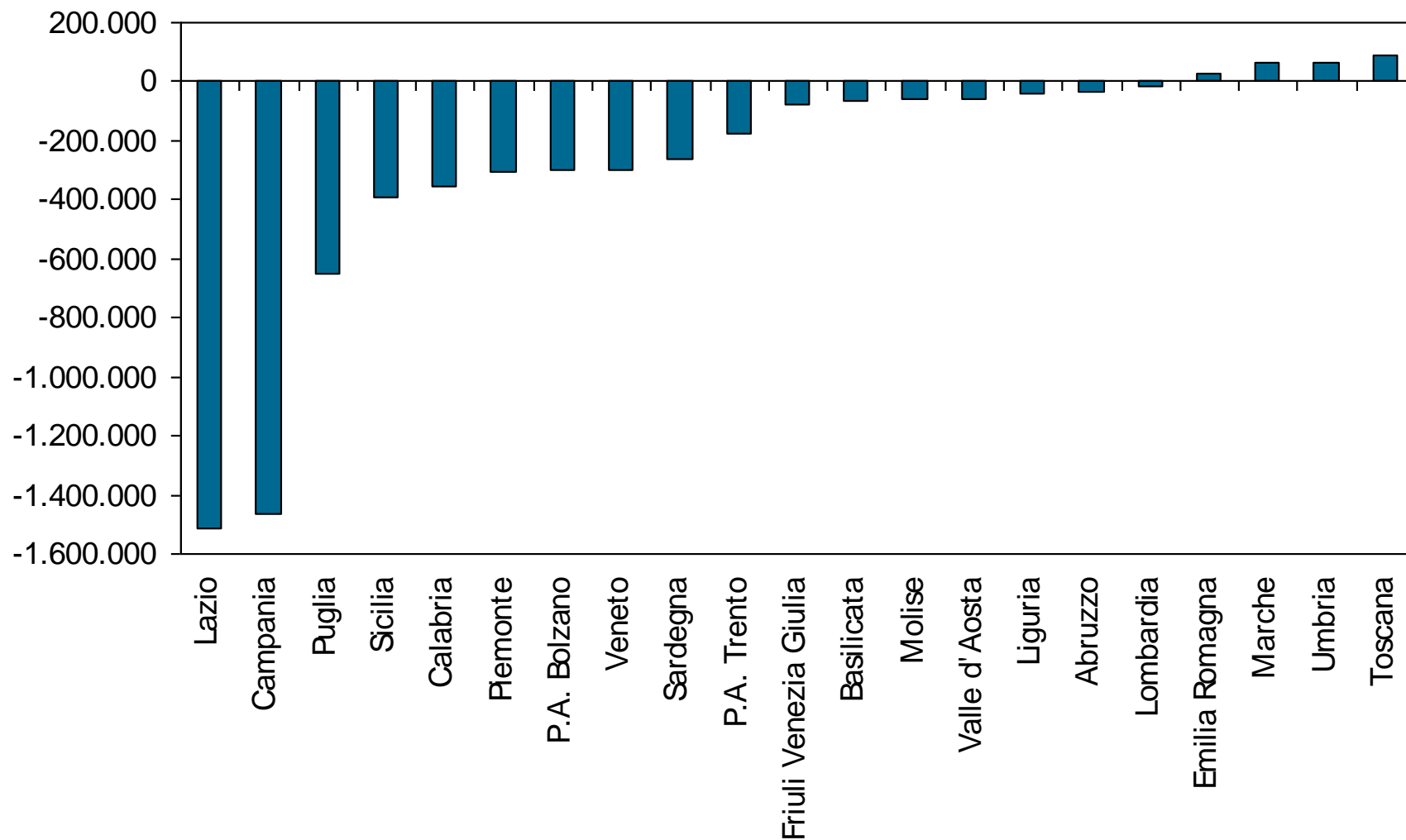
■ Parte 1

- La rilevanza economica della sanità
- Il mondo della salute alla vigilia del federalismo
- Come colmare i divari infrastrutturali?

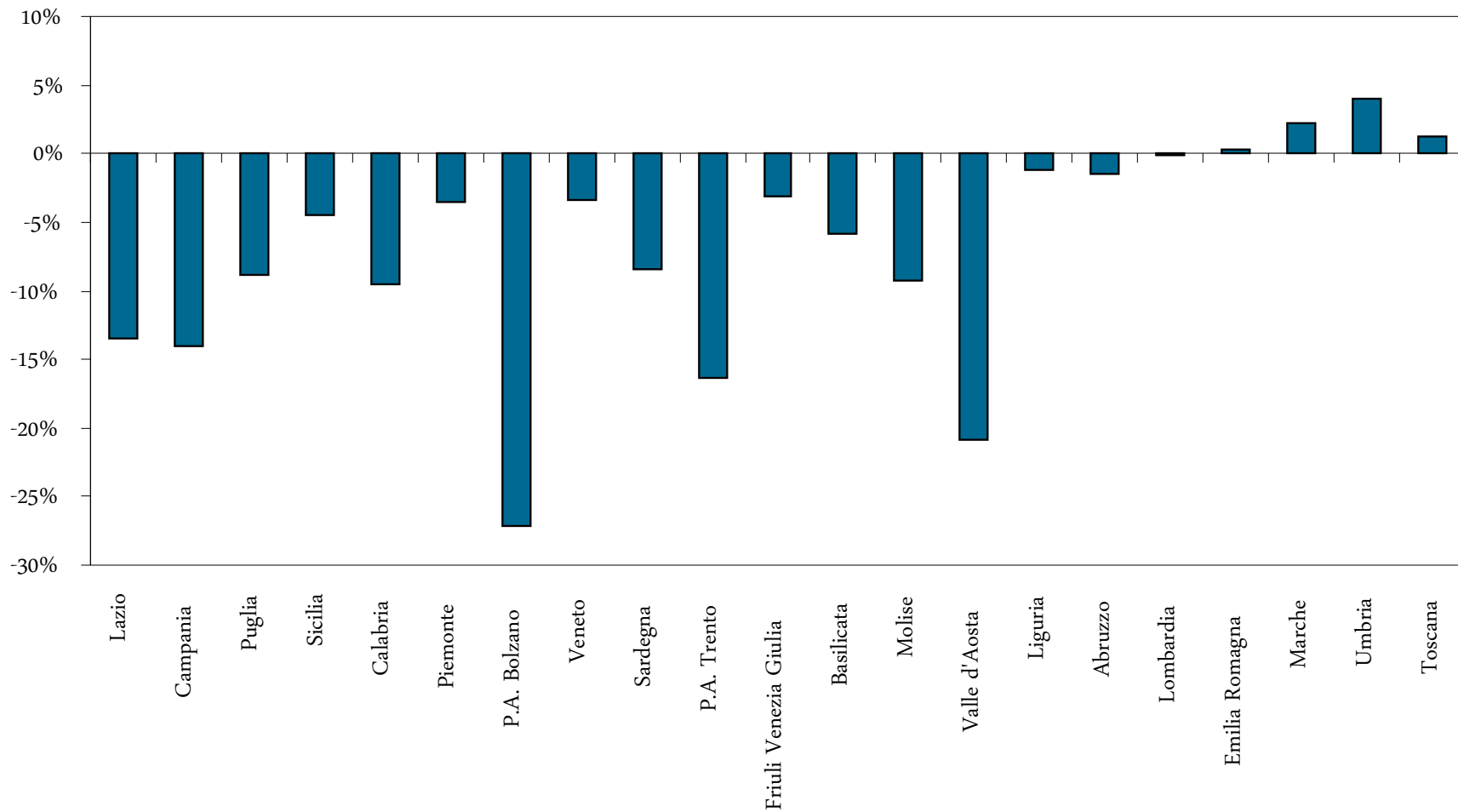
■ Parte 2

- **I divari di spesa tra qualità e condizioni di efficienza**
- **La spesa sanitaria in Italia: proiezioni di lungo periodo**
- **Il pilastro complementare**

Scarto tra spesa a consuntivo e spesa *standardizzata*



Scarto % tra spesa a consuntivo e spesa *standardizzata*



La spesa sanitaria delle Regioni

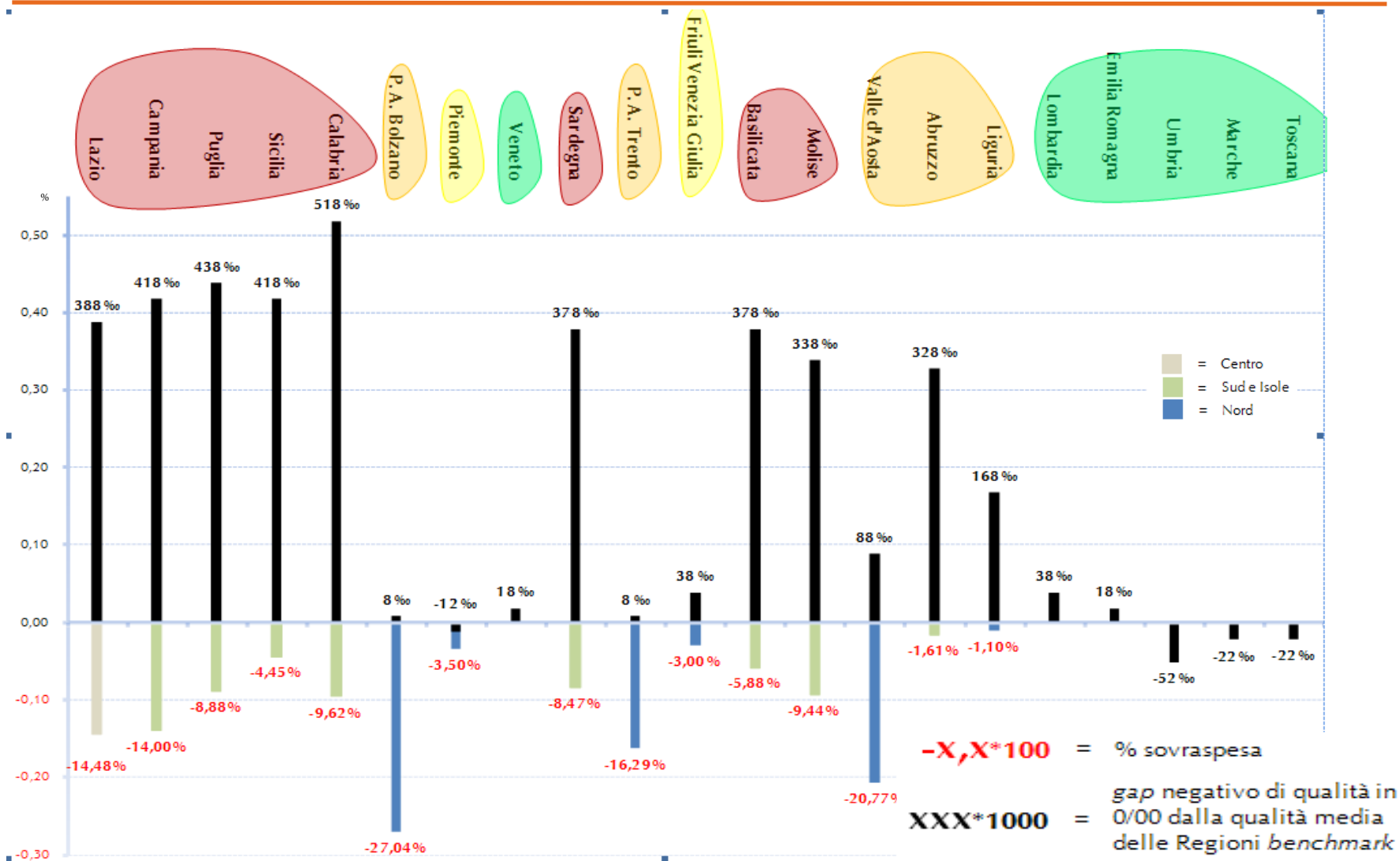
Spesa a consuntivo e spesa *standardizzata* per classi di età

		SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)			
<i>benchmark</i>		= Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto			
		2009			
Regioni	Euro/mille	<i>effettiva</i>	<i>standardizzata</i>	<i>effettiva in % VA</i>	<i>standardizzata in % VA</i>
Piemonte		8.522.707	8.218.150	6,7%	6,5%
Valle d'Aosta		284.311	225.064	6,6%	5,3%
Lombardia		16.960.356	16.945.464	5,2%	5,2%
P. A. Bolzano		1.109.253	808.688	6,5%	4,7%
P. A. Trento		1.079.192	902.673	6,7%	5,6%
Veneto		8.817.601	8.518.764	6,0%	5,8%
Friuli Venezia Giulia		2.431.381	2.356.571	6,7%	6,5%
Liguria		3.329.996	3.291.155	7,6%	7,5%
Emilia Romagna		8.101.115	8.129.969	5,8%	5,8%
Toscana		6.938.500	7.024.515	6,5%	6,6%
Umbria		1.610.768	1.674.834	7,4%	7,7%
Marche		2.837.457	2.900.681	6,8%	7,0%
Lazio		11.235.677	9.721.172	6,6%	5,7%
Abruzzo		2.437.813	2.402.098	8,4%	8,2%
Molise		647.486	587.505	10,0%	9,0%
Campania		10.476.600	9.013.553	10,7%	9,2%
Puglia		7.362.098	6.709.137	10,3%	9,4%
Basilicata		1.078.244	1.015.597	9,6%	9,1%
Calabria		3.728.862	3.374.685	10,9%	9,9%
Sicilia		8.718.556	8.329.419	9,9%	9,5%
Sardegna		3.112.487	2.848.337	9,1%	8,4%
(somma/media)	ITALIA	110.820.460	104.998.029	7,8%	7,3%

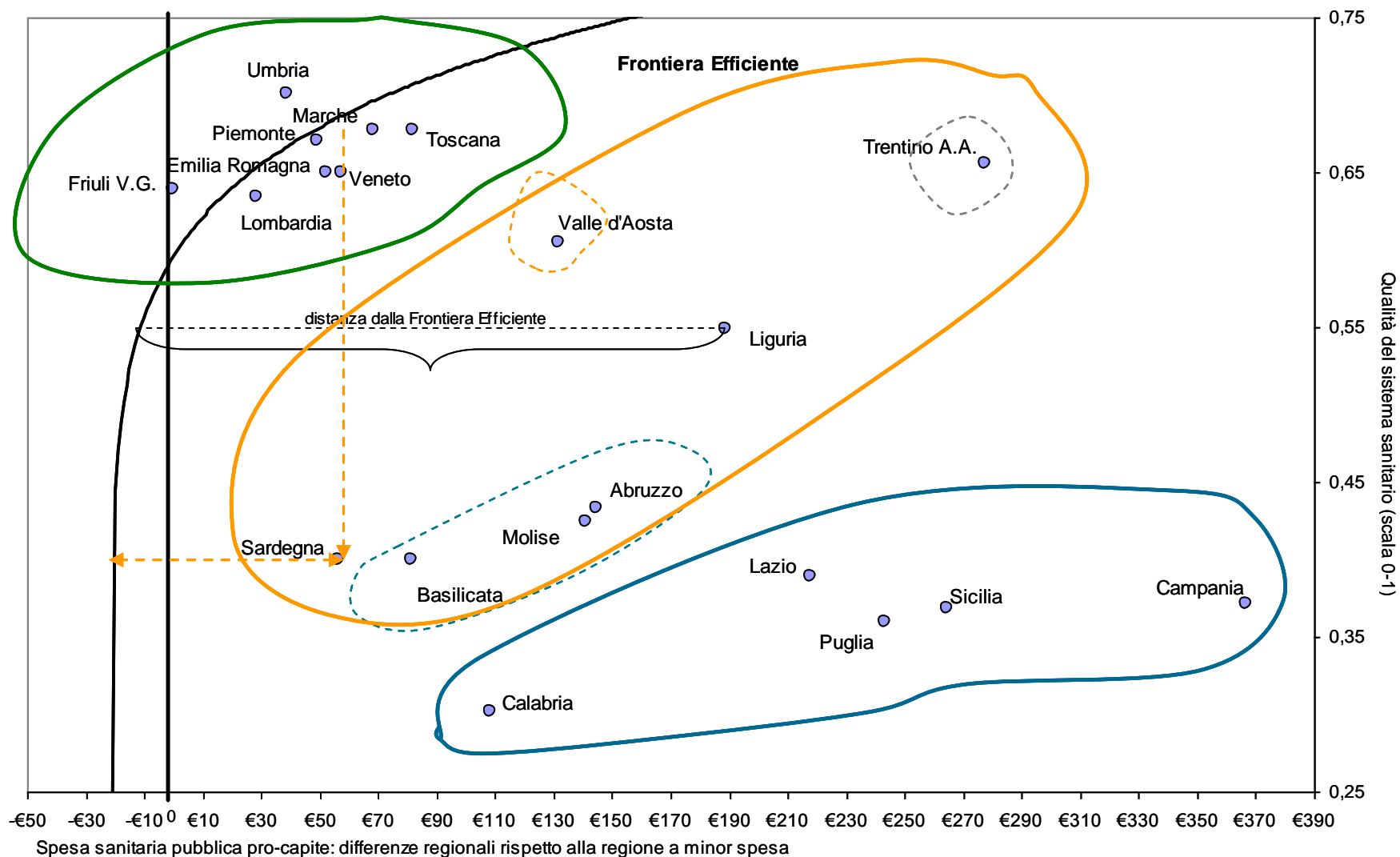
a) VA = valore aggiunto ai prezzi base (2008; fonte Rgsep);

b) L'incidenza sul VA a livello Paese è la media aritmetica delle incidenze regionali

Sovraspesa vs. gap di qualità – metodo dei profili di spesa per età



Sovraspesa vs. gap di qualità – metodo econometrico *panel*



La nuova *governance* federalista

- Finanziamento ordinario allineato alla spesa standard. Nel complesso delle risorse (FSN) ivi incluso il fondo di perequazione, ogni Regione ha dotazioni sufficienti per i LEA al costo efficiente.
- Le risorse del finanziamento ordinario non derivano da capitoli di bilancio dello Stato, ma dal gettito di basi imponibili territorialmente individuate.
- Omogeneizzazione degli standard contabili, vincoli di bilancio credibili, effetti distributivi positivi, controlli per appropriatezza.
- Per finanziare le prestazioni extra LEA, o per coprire le sovraspese nell'offerta dei LEA, le Regioni devono attivare la leva fiscale regionale, oppure ricorrere a schemi di compartecipazione del privato.
- Di fronte a *governance* non all'altezza, sanzioni ed elevato costo politico.
- Due criticità: strutturare la transizione, introdurre una *governance* centralizzata per le infrastrutture.

La spesa sanitaria tra demografia, tecnologia e istituzioni

Le proiezioni di spesa di lungo periodo: AWG Ecofin

Spesa sanitaria pubblica - % PIL	<i>Scenario centrale (Awg-reference scenario)</i>				<i>Scenario tecnologico</i>
	<i>acute</i>		per lungodegenza		<i>acute</i>
	2007	Δ 2007-2060	2007	Δ 2007-2060	Δ 2007-2060
Francia	8,1	1,2	1,4	0,6	6,8
Germania	7,4	1,8	0,9	1,4	7,2
Italia	5,9	1,1	1,7	1,3	5,3
Spagna	5,5	1,6	0,5	0,9	5,6
Svezia	7,2	0,8	3,5	2,3	5,4
Regno Unito	7,5	1,9	0,8	0,5	7,4
UE-15	6,9	1,5	1,3	1,2	6,4
UE-27	6,7	1,5	1,2	1,1	6,3

Le proiezioni di spesa: OCSE

Spesa sanitaria pubblica - % PIL	<i>Scenario con driver demo ed extra demo</i>	
	spesa <i>acute</i> e per lungodegenza	
	2005	Δ 2005-2050
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
UE-15	7,2	6,4
UE-27	6,7	6,9

Le proiezioni di spesa: Fondo Monetario Internazionale

- **2030, G-7 UE:** il +0,8% di PIL dello scenario centrale di Awg-Ecofin si confronta con il +3% circa del FMI. **Al 2050** il divario di proiezioni si allarga: la forchetta +2/+6% di Awg si confronta con il +9 % del FMI.
- **Al 2030**, le proiezioni FMI per il Canada fanno registrare oltre +3% di PIL; quelle per il Giappone circa +3%; quelle per gli Stati Uniti (Congressional Budget Office) quasi + 4,5%. **Al 2050**, la proiezione per gli Stati Uniti è di circa +13% di PIL (CBO).

La sfida della sostenibilità

“Altogether, in the G-7 economies, the key policy challenge over the coming decades will be to make health care systems sustainable by containing costs as well as creating fiscal space in other areas so as to adapt to societal preferences and needs for a greater share of ageing-related spending [...]”

FMI (2010), *Long Term Trends in Public Finances in G-7 Economies*

*“The net present value of future increases in health care and pension spending is more than ten times larger than the increase in public debt due to the crisis. Any fiscal consolidation strategy must involve reforms in both these areas. This includes **Europe, where official projections largely underestimate health care spending trends.** Given the magnitude of the spending increases involved, early action in these areas will be much more conducive to increased credibility than fiscal front-loading”*

FMI (2010), *Ten Commandments for Fiscal Adjustment in Advanced Economies*

La sfida della sostenibilità: il caso dell'Italia

- Nello scenario centrale Awg-Ecofin, per stabilizzare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, nel 2050 la copertura pubblica dovrebbe ridursi **dal 75% al 50%**.
- *Ciascun attivo* finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità per i 65+ con risorse equivalenti al **31% del PIL pro-capite**, vs. il **25,2%** della media UE-15. Se si considera lo scenario centrale di Awg-Ecofin, al 2050 questo valore sarà del **42,2%** vs. il **38,3 %** della media UE-15.
- *Ciascun occupato* finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità per i 65+ con risorse equivalenti al **52,6%** del PIL pro-capite, vs. il **36,2 %** della media UE-15. Se si considera lo scenario centrale di Awg-Ecofin, al 2050 questo valore sarà del **62,3%** vs. il **51,5 %** della media Ue-15.

Quale *mix* tra ripartizione e accumulazione?

- Le proiezioni di spesa evidenziano l'innalzamento della pressione sui redditi degli attivi, con effetti depressivi sulla produttività del lavoro. Quali conseguenze sul finanziamento pubblico e privato?
- La ripartizione è essenziale per l'universalismo selettivo, ma è “risorsa scarsa” e dovrà sostenere anche una maggiore diversificazione degli istituti di *welfare*.
- La ripartizione, oltre una certa soglia, è percepita come imposizione. L'accumulazione come predisposizione di redditi che restano nella piena disponibilità individuale.
- La ripartizione avviene unicamente su redditi interni già prodotti. L'accumulazione può rivolgersi anche a opportunità di rendimento internazionali.