

Scelte private e scelte pubbliche in sanità: federalismo, costi standard e concorrenza

Prof. Stefano Capri

Istituto di Economia

Università Cattaneo-LIUC

Castellanza (VA)



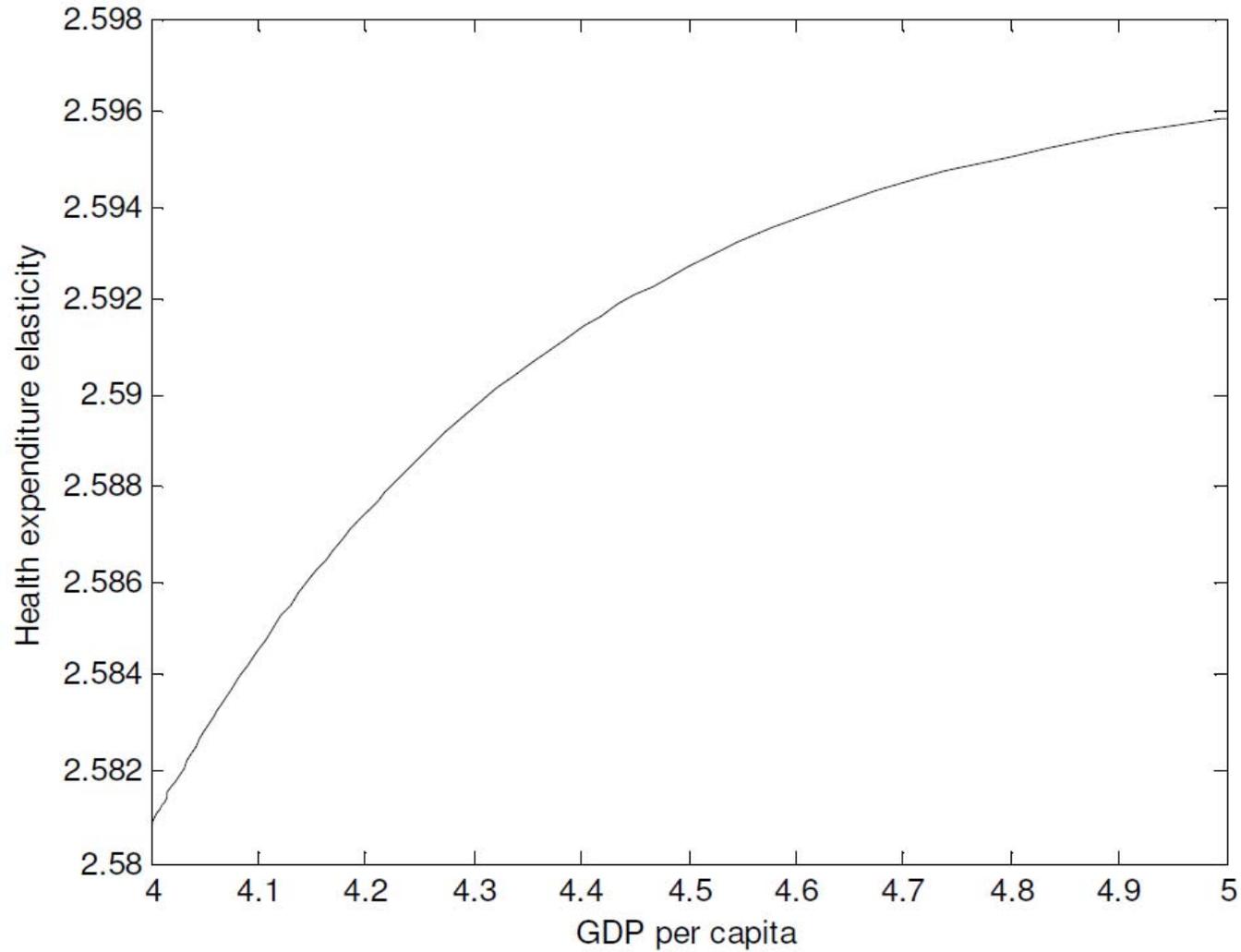
- Caratteristiche del settore sanitario
- Confronti internazionali
- Posizione dell'Italia
- Italia: il problema del differenziale Nord-Sud
- Il differenziale Nord-Sud in sanità
- Federalismo: soluzione?

Caratteristiche settore sanitario

SPESA SANITARIA

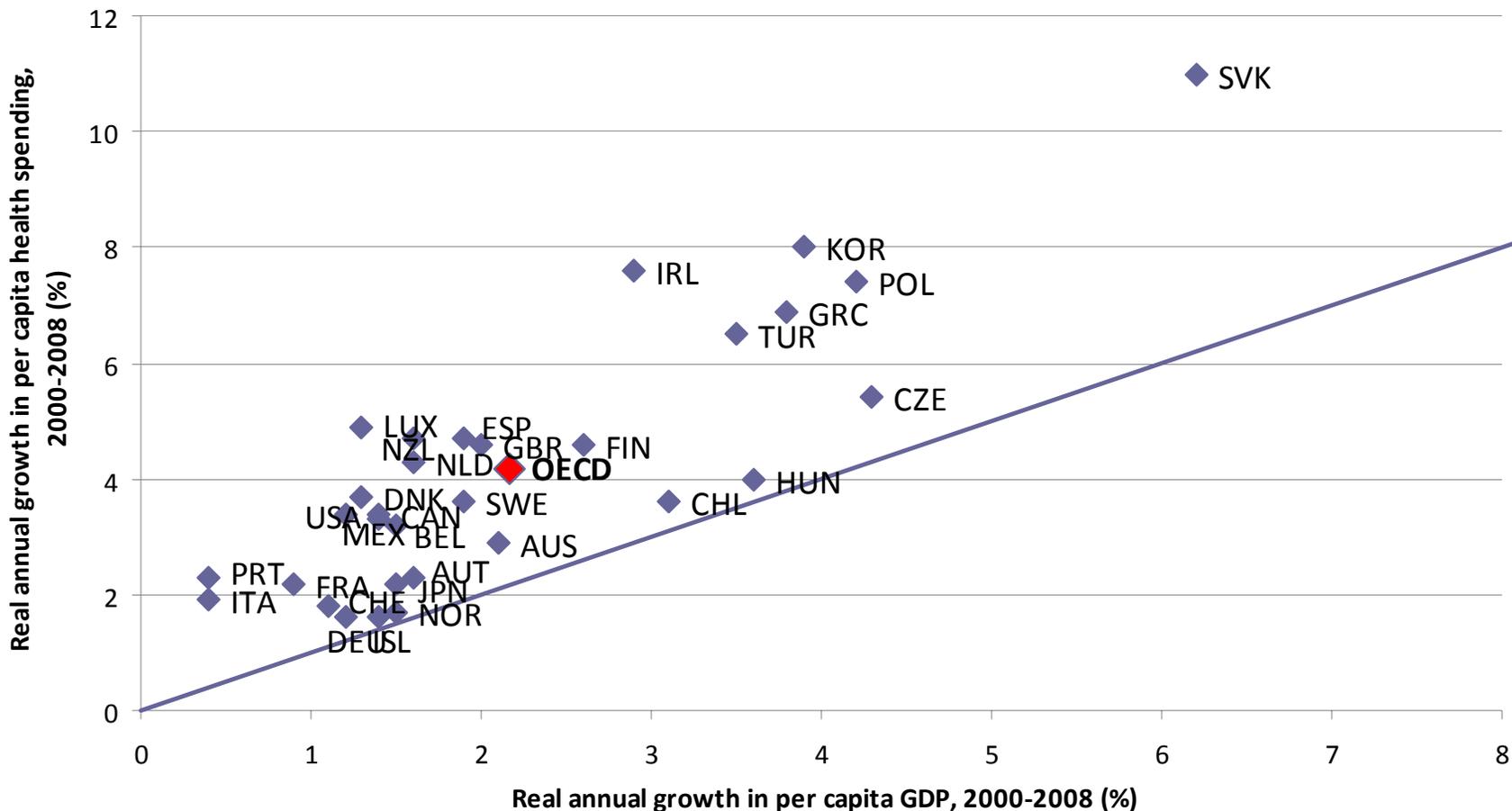
- Forte crescita della spesa a partire dagli anni '60
- Politiche di contenimento: rallentamento anni '90
- Le prestazioni sanitarie sono un bene di lusso: elasticità al reddito > 1
- Le prestazioni sanitarie sono uno dei fattori che contribuiscono allo stato di salute dei cittadini

Figure 1: The relation between income per capita and health expenditure elasticities



(Mehara et al. European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences 2010)

Figure 1. Annual growth in health expenditure and GDP, 2000-2008



Notes: 2000-2006: Luxembourg and Portugal. 2000-2007: Australia, Denmark, Greece, Japan and Turkey. 2000-2009: Iceland.

(OECD 2010)

Sistema sanitario

- Per sistema sanitario si intende l'insieme di regole legate al finanziamento e all'organizzazione della fornitura delle prestazioni sanitarie in un determinato paese.
- Lo scopo di ciascun sistema è quello di favorire una allocazione efficiente delle risorse imponendo un uso corretto dei fondi.
- Non esiste un modo perfetto per organizzare l'offerta delle prestazioni: il sistema privato è superiore a quello pubblico nella definizione degli incentivi all'uso delle risorse a livello micro, ma presenta forti problemi circa il contenimento della stessa a livello macro ed inoltre non consente di ottenere dei buoni risultati dal punto di vista dell'equità.

Esempi di sistemi sanitari

- ***Italia***
- Finanziamento: Servizio Sanitario Nazionale (SSN), finanziato prevalentemente attraverso la tassazione generale. Vi sono alcune assicurazioni private che coprono circa il 6-7% dell'intera spesa sanitaria. Vi sono poi compartecipazioni alla spesa (ticket) sia per prestazioni ambulatoriali sia per accertamenti diagnostici e prescrizioni farmaceutiche, con importi variabili da regione a regione. A partire dal 2001 sono accresciute le responsabilità di spesa delle singole regioni, le quali gestiscono direttamente le strutture di offerta.
- Offerta: strutture pubbliche e private; molte delle strutture private (ospedali) sono finanziate pubblicamente attraverso accreditamenti e convenzioni regionali. I medici di medicina generale (MMG) sono liberi professionisti con un contratto con il SSN. Tutti i residenti hanno accesso gratuito ai servizi sanitari.

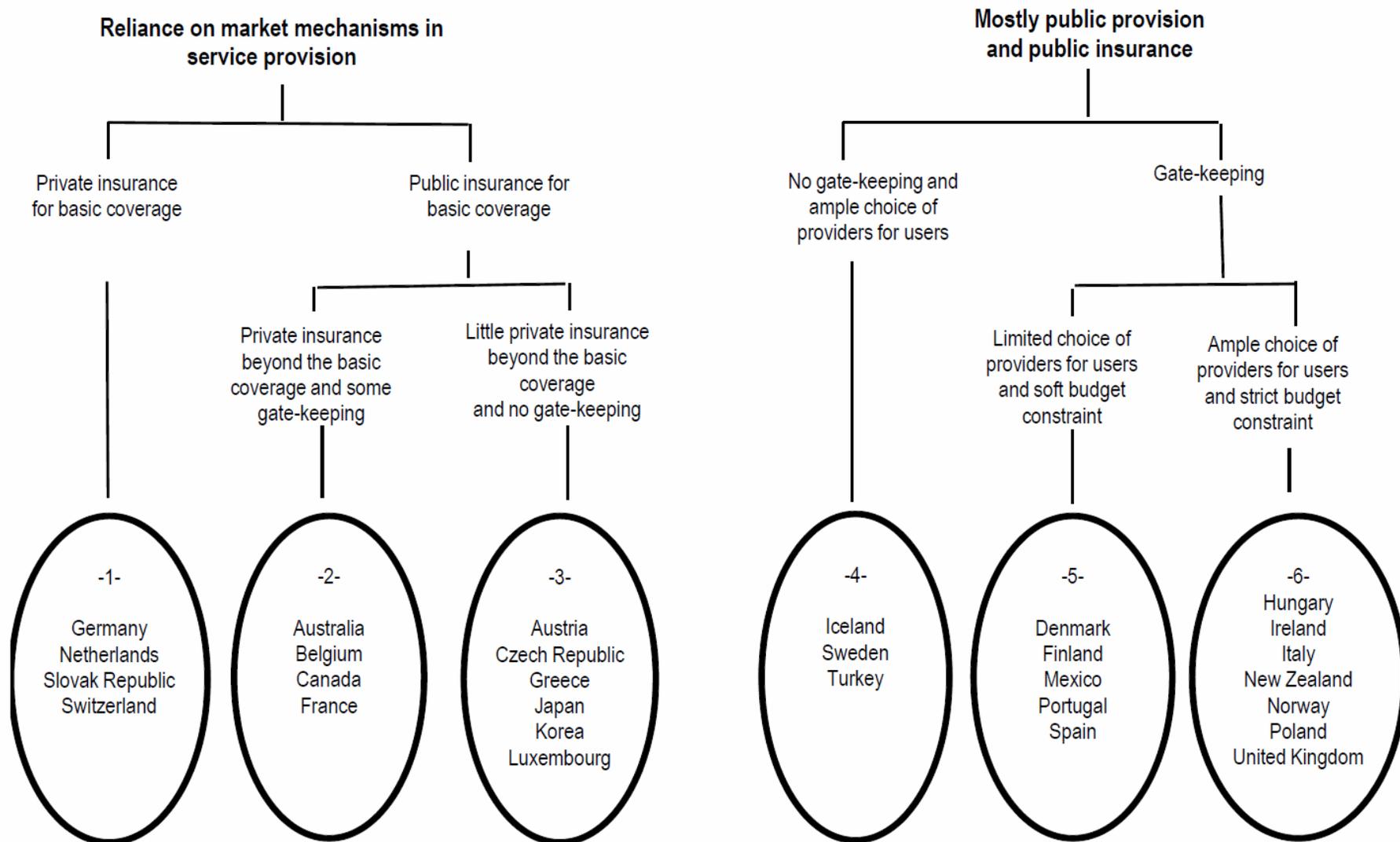
- ***Germania***
- Finanziamento: schema di assicurazione sociale obbligatoria, finanziato attraverso contributi assicurativi. Al di sopra di un certo livello di reddito è possibile uscire dallo schema pubblico e acquistare un'assicurazione privata (circa il 9% della popolazione). In crescita è il ricorso alla compartecipazione per le prestazioni sia ambulatoriali che ospedaliere.
- Offerta: netta separazione fra assistenza primaria e ospedaliera. Gran parte della primaria è offerta da medici privati, mentre quella ospedaliera è sia pubblica che privata. Tutti i residenti hanno accesso gratuito ai servizi sanitari.

- ***Francia***
- Finanziamento: schema di assicurazione sanitaria obbligatoria, prevalentemente finanziata da contributi assicurativi. Ampia applicazione di compartecipazione alla spesa. Oltre il 90% della popolazione gode di qualche forma di assicurazione sanitaria volontaria.
- Offerta: gran parte degli ambulatori sono privati, mentre circa il 70% degli ospedali è pubblico. Tutti i residenti hanno accesso gratuito ai servizi sanitari.

- ***Regno Unito***
- Finanziamento: National Health Service (NHS) finanziato quasi per intero dalla tassazione generale (10% attraverso contributi assicurativi). Ricorso a compartecipazione alla spesa per prestazioni farmaceutiche, dentali e oculistiche.
- Offerta: l'assistenza primaria è fornita dai GPs (General Practitioner attraverso i Primari Care Trusts (PCTs), in gran parte all'interno del settore pubblico. Solamente il 5% degli ospedali è privato. Tutti i residenti hanno accesso gratuito al NHS.

- ***Stati Uniti***
- Finanziamento: per oltre la metà finanziato attraverso assicurazioni private, pagate in gran parte dai datori di lavoro (schemi di copertura per i dipendenti). La parte pubblica è rappresentata dai programmi federali Medicare (per gli anziani over 65) e Medicaid (per gli indigenti). Molteplici sistemi di compartecipazione alla spesa.
- Offerta: in gran parte strutture private. Il 70% degli ospedali è privato, non-for-profit. Pochi gli ospedali gestiti dal governo federale. Circa il 16% della popolazione al di sotto dei 65 anni è priva di assicurazione sanitaria (oltre 45 milioni di individui).

Figure 18. **Groups of countries sharing broadly similar institutions**



(OCD 2010)

MERCATO DI CONCORRENZA PERFETTA

- l'elevato numero di imprese tra loro indipendenti, cioè diversificate rispetto ai diritti di proprietà;
- l'omogeneità del prodotto , bene o servizio, per tutti i produttori e la sua chiara identificabilità';
- al consumatore è fornito un elevato grado di informazione sulle caratteristiche del bene o servizio offerto sul mercato;
- il consumatore, attraverso la manifestazione delle sue preferenze, indirizza in grande misura le scelte produttive (la cosiddetta sovranità del consumatore);

MERCATO DI CONCORRENZA PERFETTA

- la diffusione delle informazioni tra tutti gli operatori nel mercato;
- l' elevata contendibilità del mercato, cioè la presenza costante di minacce di entrata nel mercato stesso da parte di operatori concorrenti.

FALLIMENTI DEL MERCATO IN SANITA'

- Basso numero di imprese indipendenti (SSN, Privati, Privati convenzionati)
- Prodotto disomogeneo (variabilità pratica medica; difficoltà di definizione)
- Ignoranza del consumatore
- Rapporto di agenzia medico-paziente; asimmetria dell'informazione
- Scarsa diffusione dell'informazione (qualità, esiti, costi)
- Bassa contendibilità ed elevate barriere all'entrata

IL BENE SALUTE

Il bene scambiato sul mercato (prestazione sanitaria) ha caratteristiche tali da renderlo peculiare e non inquadrabile nelle categorie di beni studiati dall'economia.

- Input in un processo produttivo incerto (impossibile scegliere l'input sulla base soltanto del calcolo economico): quale sarà il risultato di efficacia?
- Il consumatore (il paziente) non è in grado di formulare la domanda
- Il paziente non è in grado di avere informazioni precise e complete sul proprio stato di salute, sui tipi di cure che possono essere disponibili, sull'efficacia di tali cure, sul loro costo, sul tipo di trattamento che presenta il mix migliore fra costi e benefici.

LA DOMANDA DI PRESTAZIONI SANITARIE

I consumatori domandano salute per due ragioni principali (Grossman):

- come bene di consumo ed in tale veste anche la salute può essere considerata dal consumatore come un bene alla stregua degli altri beni appropriabili; in particolare sotto questo aspetto la salute concorrerà all'aumento dell'utilità del paziente;
- come bene di investimento. In tale veste essa determina l'ammontare di tempo che può essere dedicato all'attività lavorativa ed al tempo libero. In questo caso, quindi, la salute entra nella funzione di utilità dei consumatori in un modo indiretto tramite il reddito ottenuto e i beni acquistati se si è in salute o al tempo da dedicare alla cura o alla prevenzione.

LA DOMANDA DI PRESTAZIONI SANITARIE

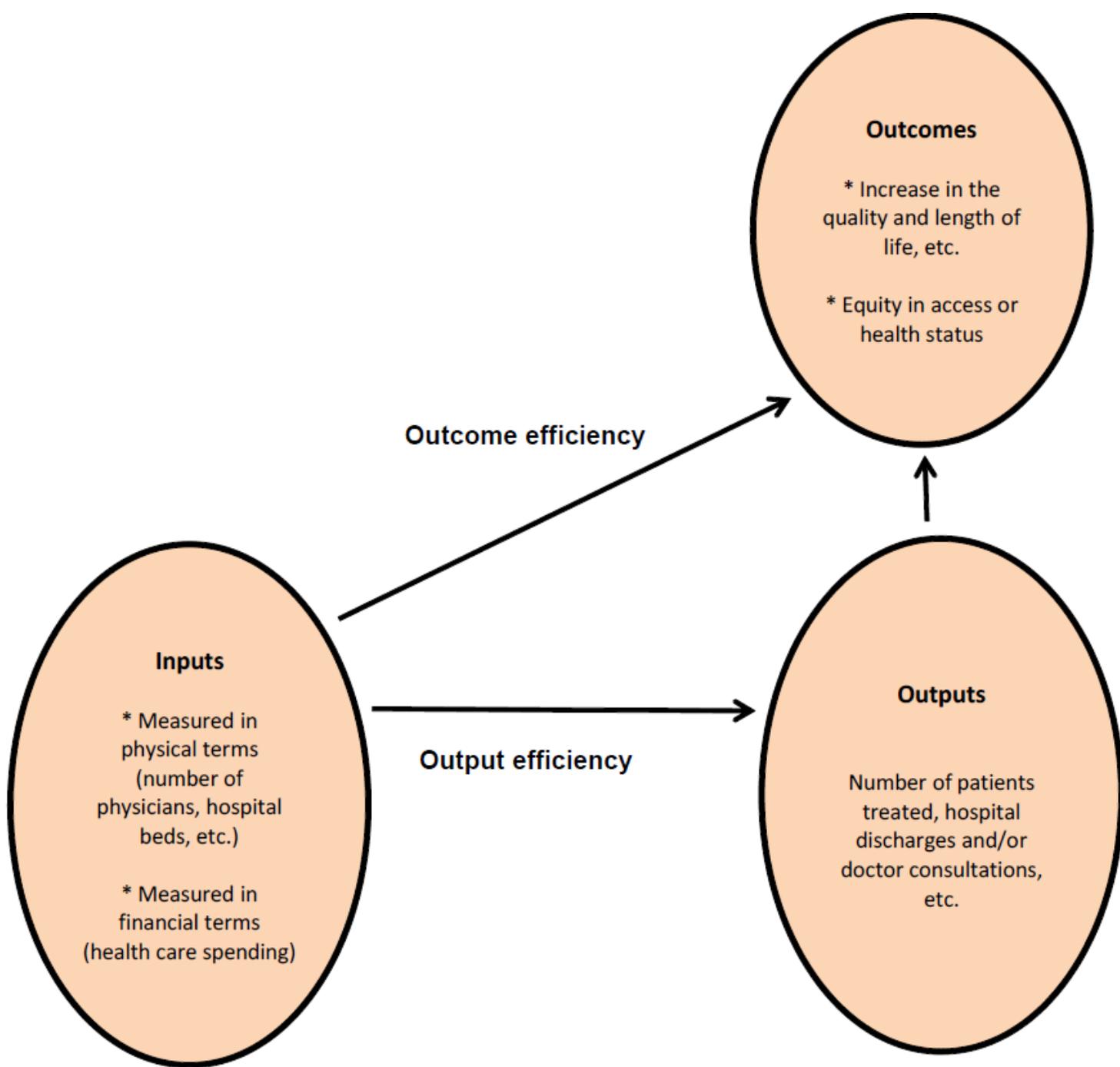
La prestazione sanitaria non è un bene direttamente utile al consumatore; l'utilità della prestazione è infatti commisurata alla efficacia della stessa nell'aumentare o riequilibrare uno stato di salute del consumatore. Il consumatore possiede una funzione di utilità statica definita su due beni come segue:

$$U = u(h ; X)$$

dove h sono i giorni di buona salute di cui il consumatore può godere e X è un bene privato composito che rappresenta l'acquisto di tutti gli altri beni.

A sua volta h è il prodotto dell'assistenza sanitaria S

$$h = \phi(S) \quad \phi' > 0 ; \phi'' \leq 0$$



RAPPORTO DI AGENZIA MEDICO-PAZIENTE

- un agente (il medico) che agisce per conto di un paziente (il principale) che non ha tutte le informazioni per decidere
- Una determinata malattia può essere curata con A e con B. A è più efficace di B, ma costa il doppio. Il medico, come agente del proprio paziente dovrebbe scegliere e consigliare A. Supponiamo tuttavia che il medico abbia fra i suoi pazienti due persone con lo stesso problema e risorse finanziarie sufficienti ad acquistare solo un trattamento del tipo A. In questo caso, il medico massimizzerebbe il guadagno complessivo di salute dei suoi pazienti consigliando ad entrambi il trattamento B.
- Conflitto fra utilità sociale e quella del singolo individuo: B non è una scelta ottima per il singolo, ma massimizza la funzione di benessere sociale.

RAPPORTO DI AGENZIA MEDICO-PAZIENTE

Principali punti del rapporto di agenzia fra medico e paziente:

- informazioni precise circa lo stato di salute. Il paziente potrebbe essere portato a sotto/sovrastimare la gravità dei propri sintomi a seconda delle circostanze personali;
- informazione sul tipo di trattamento necessario e disponibile per guarire;
- informazioni circa l'efficacia, il costo e gli effetti collaterali delle varie cure possibili.

DISTORSIONI DELLA DOMANDA

Motivi per i quali i medici interferirebbero con la formazione della domanda di prestazioni sanitarie:

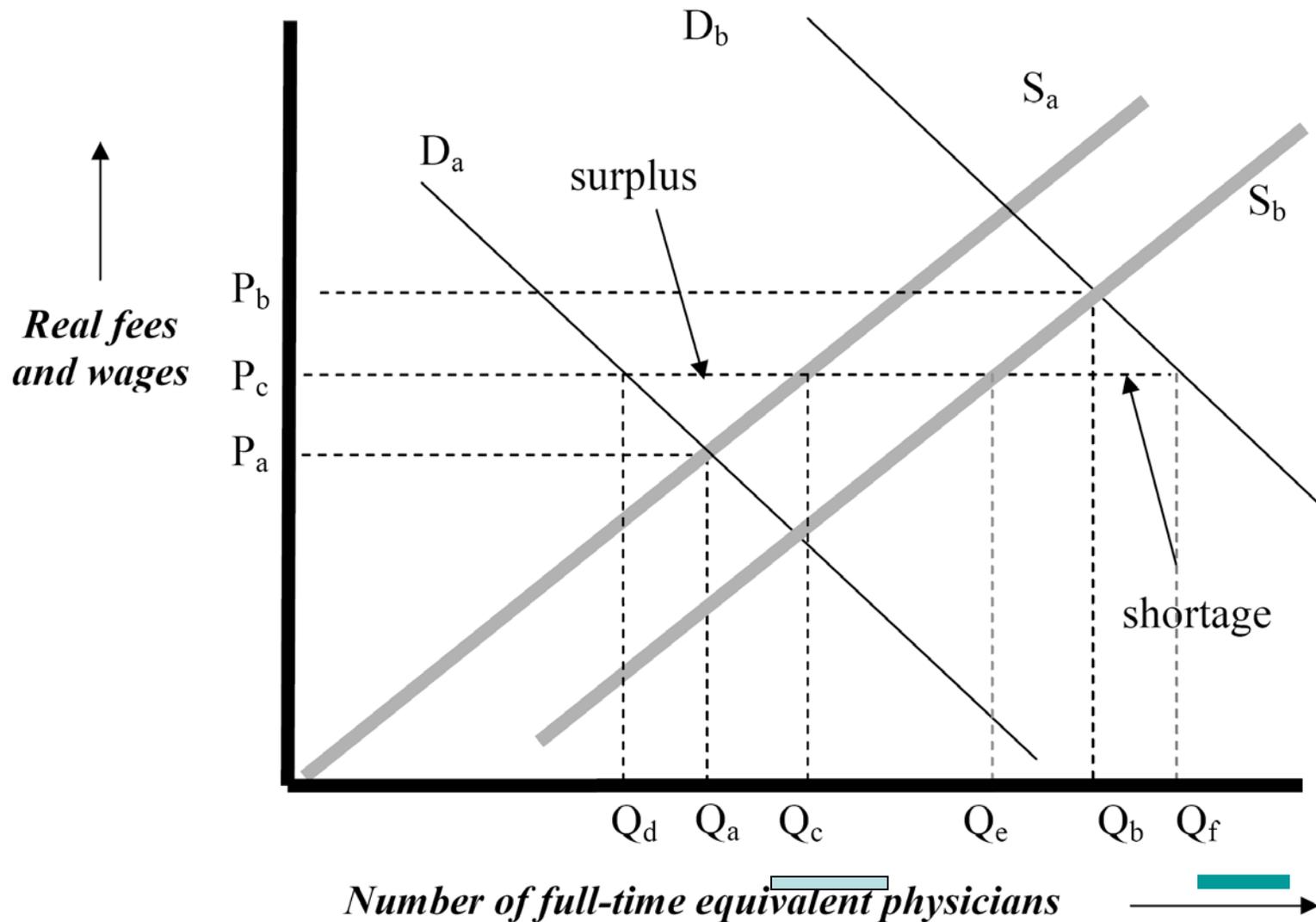
- il medico potrebbe essere portato per vocazione a sovrastimare il beneficio delle prestazioni mediche e quindi potrebbe tendere a prescrivere una quantità di cure maggiori di quelle che il paziente acquisterebbe se potesse scegliere;
- l'incertezza del risultato potrebbe inoltre spingere i medici a fare più test diagnostici di quanti siano strettamente necessari;
- la responsabilità civile e penale dei medici circa il proprio comportamento potrebbe spingere la categoria a aumentare la quantità di cure somministrate al fine di tutelarsi contro eventuali denunce da parte del paziente in caso di mancata efficacia delle terapie somministrate;

DISTORSIONI DELLA DOMANDA

- una quasi totale mancanza, almeno in certi paesi, di una cultura di costo-efficacia delle terapie. I medici, infatti, non sono spesso abituati a considerare il costo opportunità delle cure somministrate. In questo, essi si comportano come agenti del singolo paziente e non dell'intera collettività;
- il medico ha una sua funzione di utilità propria ed in taluni casi, le proprie preferenze potrebbero avere un ruolo importante nel processo decisionale; il medico, per esempio, potrebbe prescrivere un trattamento che egli ritiene superiore ad altri per quanto riguarda l'efficacia, anche se non esistono delle evidenze empiriche così in favore per esso.

DOMANDA INDOTTA

- Quando sul mercato il numero di medici che devono spartirsi la popolazione aumenta, essi tenderanno a somministrare più cure ai pazienti.
- Quando entrambe le curve si spostano, potrebbe essere molto difficile stabilire i rapporti di causa-effetto. Potrebbe essere infatti l'offerta ad adeguarsi alle nuove condizioni della domanda ed in questo caso non sarebbe corretto ricorrere al concetto di domanda indotta.



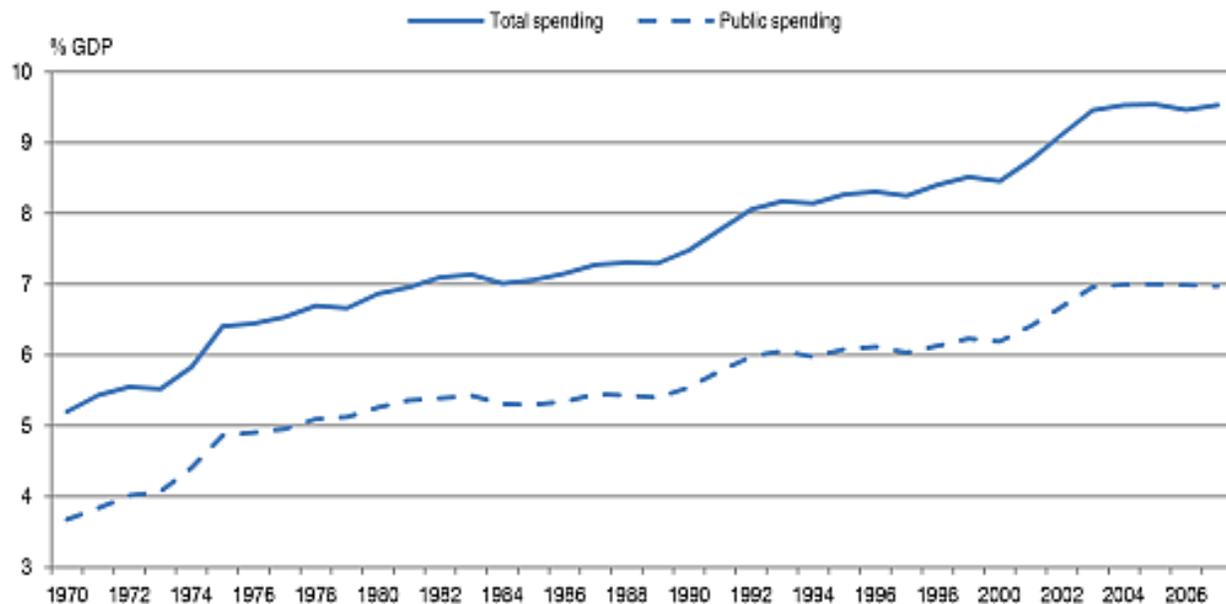
Prezzi di equilibrio Paese **a** = P_a ; Paese **b** = P_b

Se $P = P_c \rightarrow$ Paese **a** surplus di medici; Paese **b** carenza di medici

Confronti internazionali

- Studio OECD nov 2010

Panel A. Spending to GDP ratios over time for the OECD average¹



Panel B. Spending across OECD countries, 2007

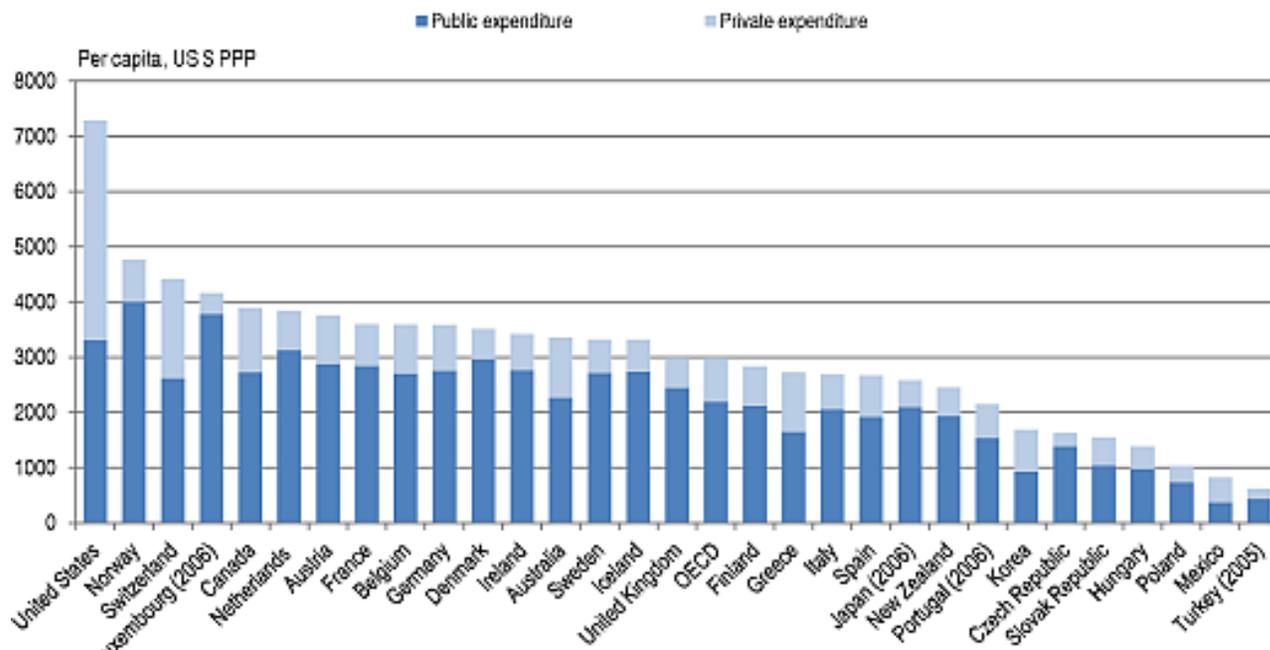
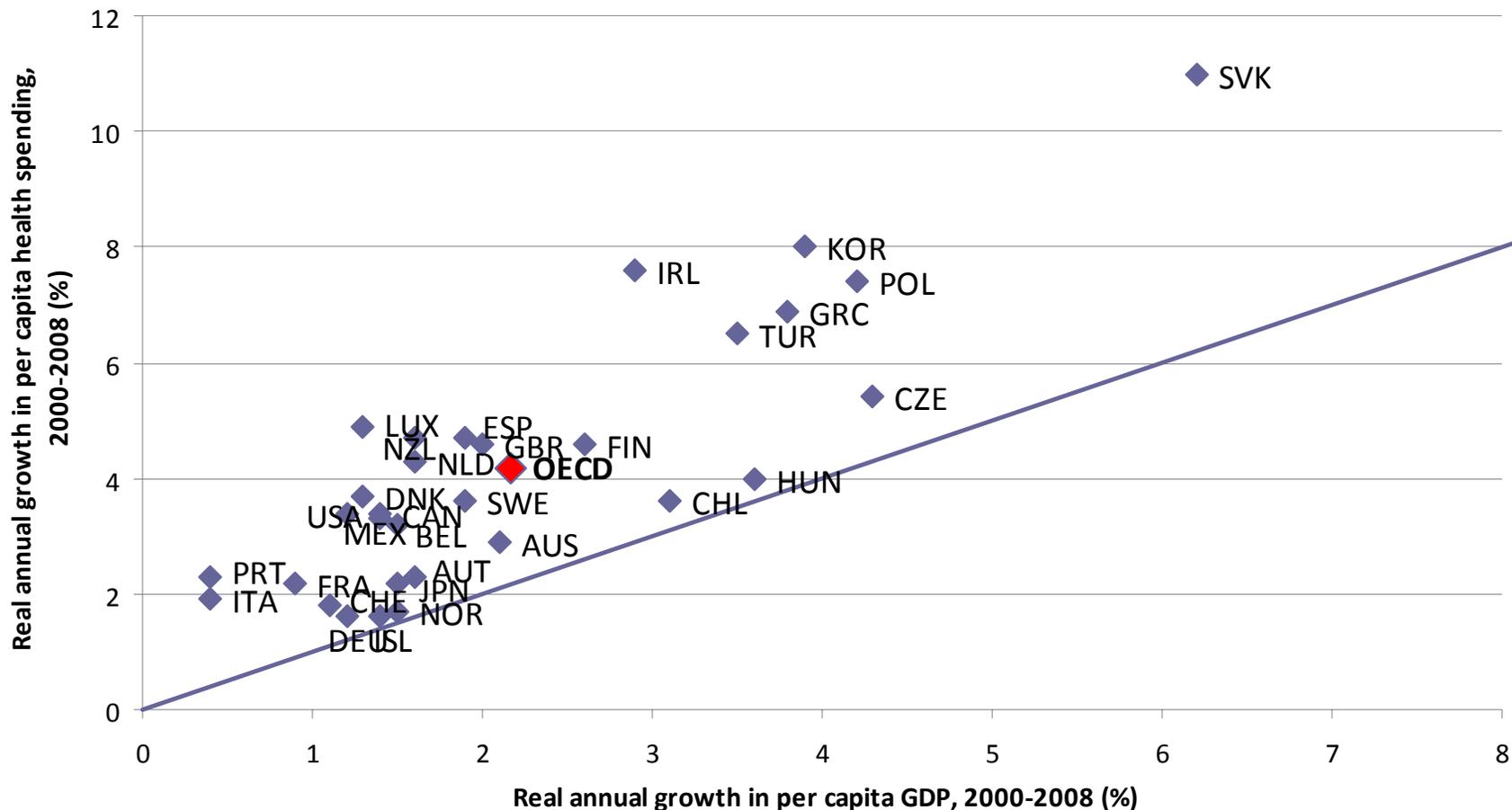


Figure 1. Annual growth in health expenditure and GDP, 2000-2008



Notes: 2000-2006: Luxembourg and Portugal. 2000-2007: Australia, Denmark, Greece, Japan and Turkey. 2000-2009: Iceland.

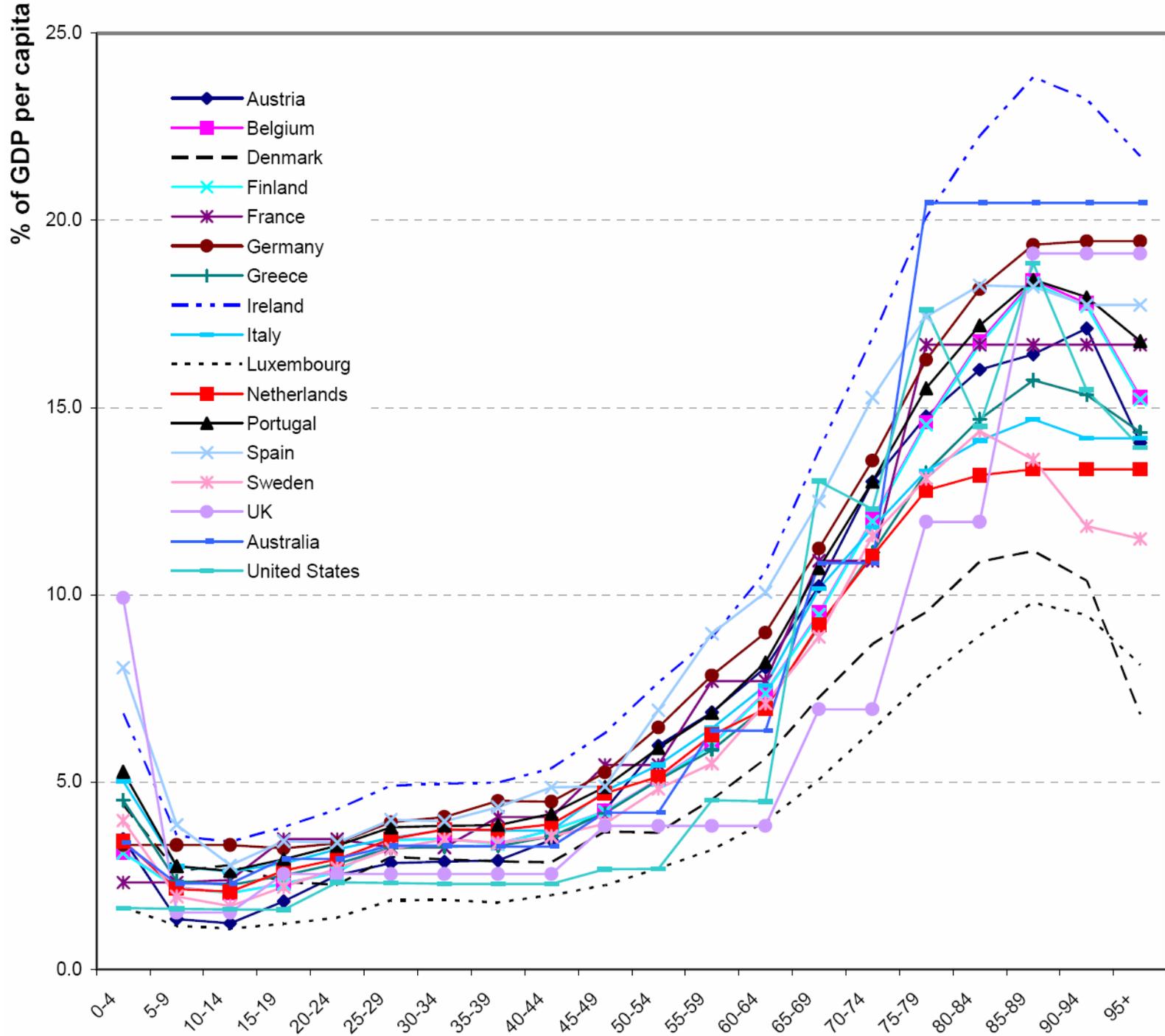


Figure 2. Health expenditure as a share of GDP, 2008 (or latest year available)

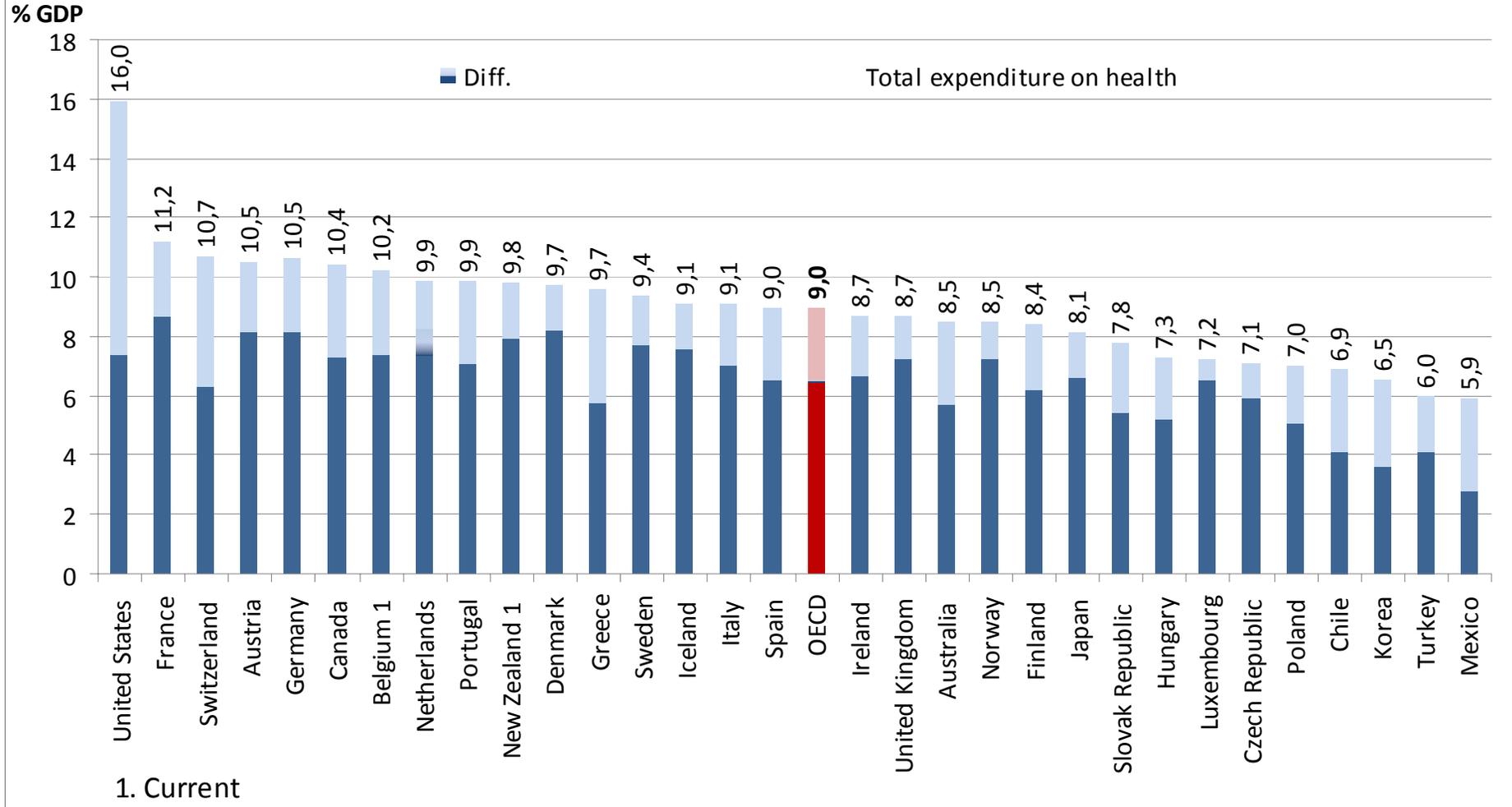
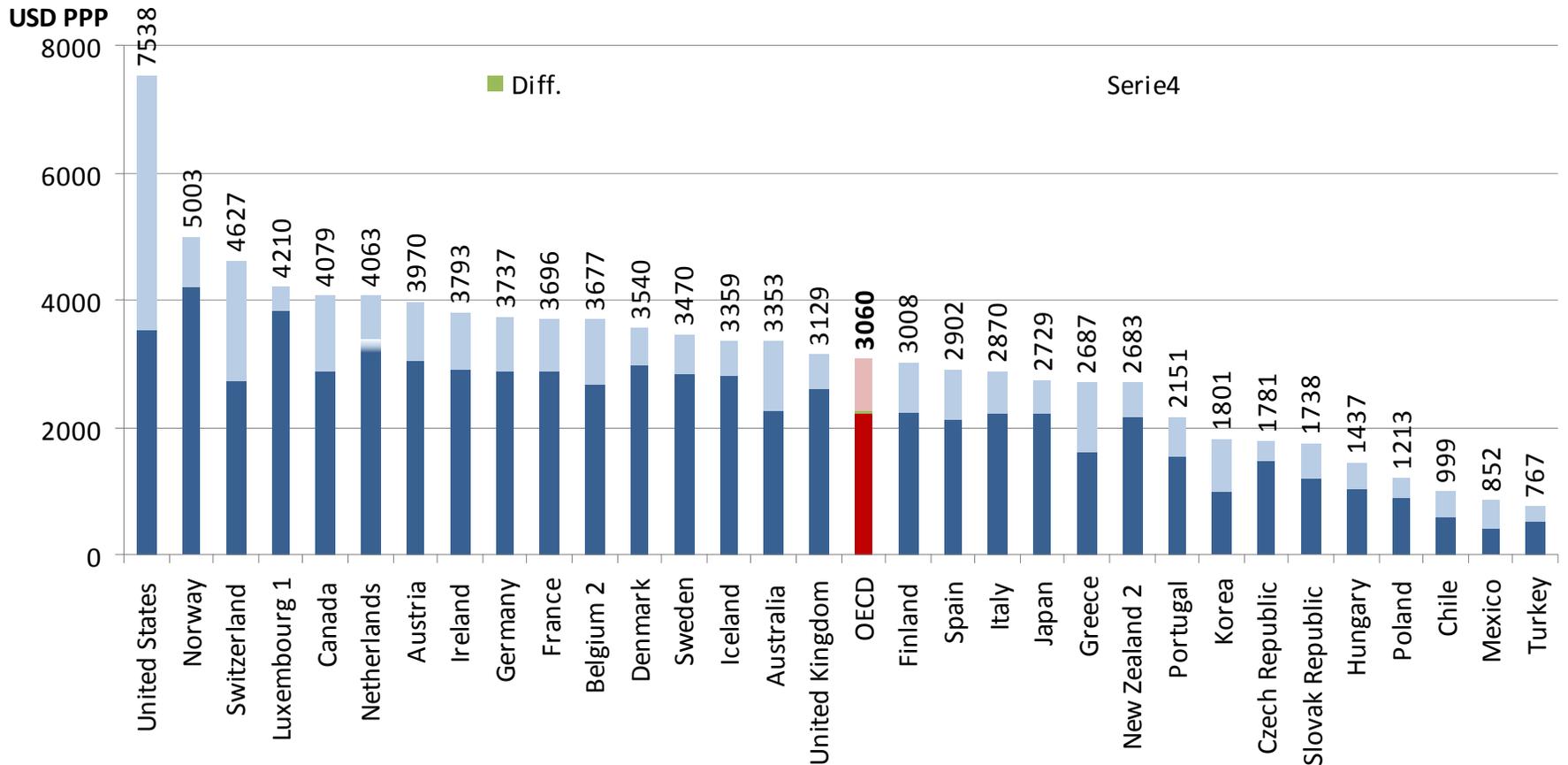


Figure 3. Health expenditure per capita, US\$ PPP, 2008 (or latest year available)



1. Refers to insured population rather than resident population. 2. Current expenditure. Source: *OECD Health Data 2010*.

Data are expressed in US dollars adjusted for purchasing power parities (PPPs), which provide a means of comparing

Figure 5. Number of CT scanners per million population, 2008 (or latest year available)

CT scanners per million population

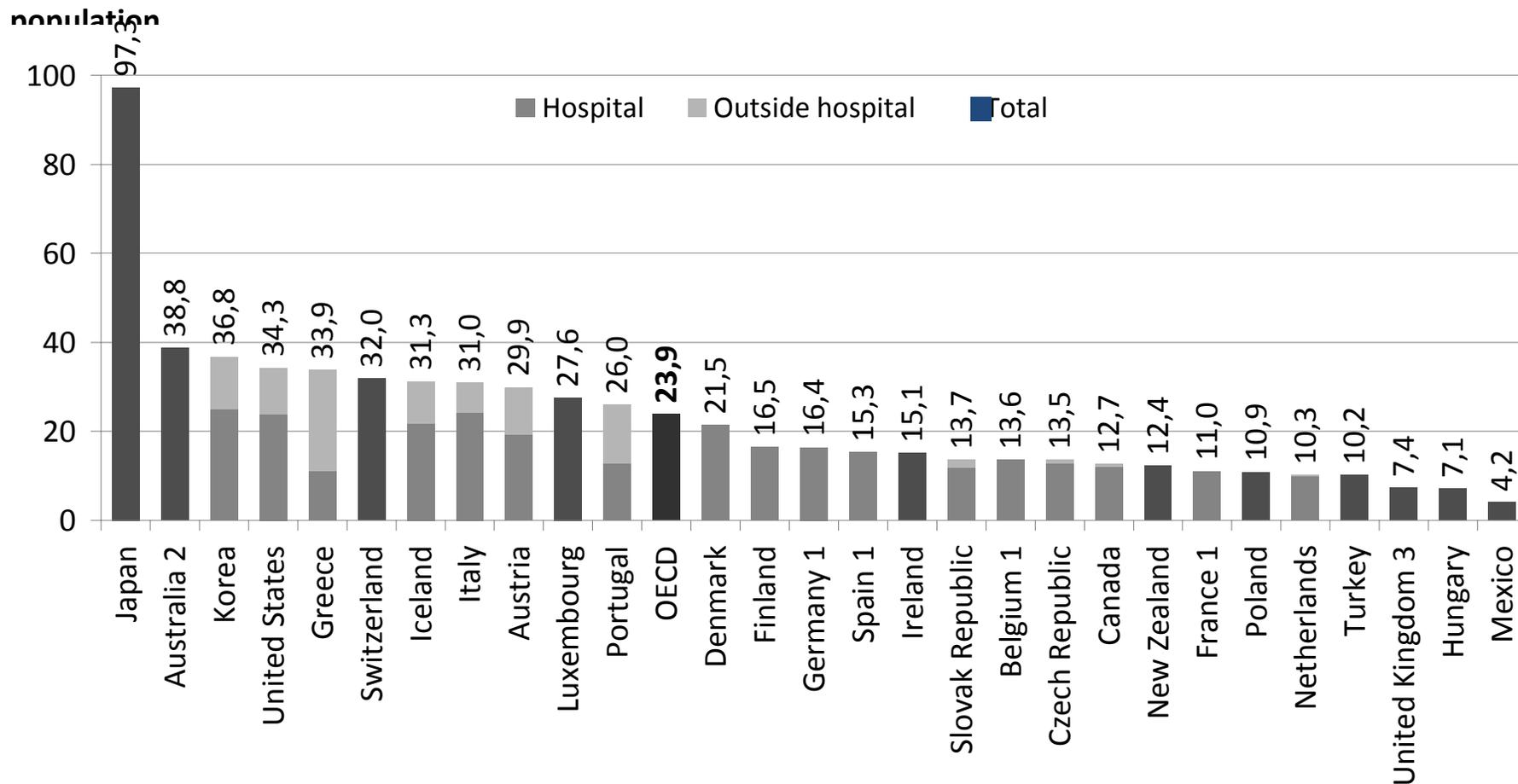
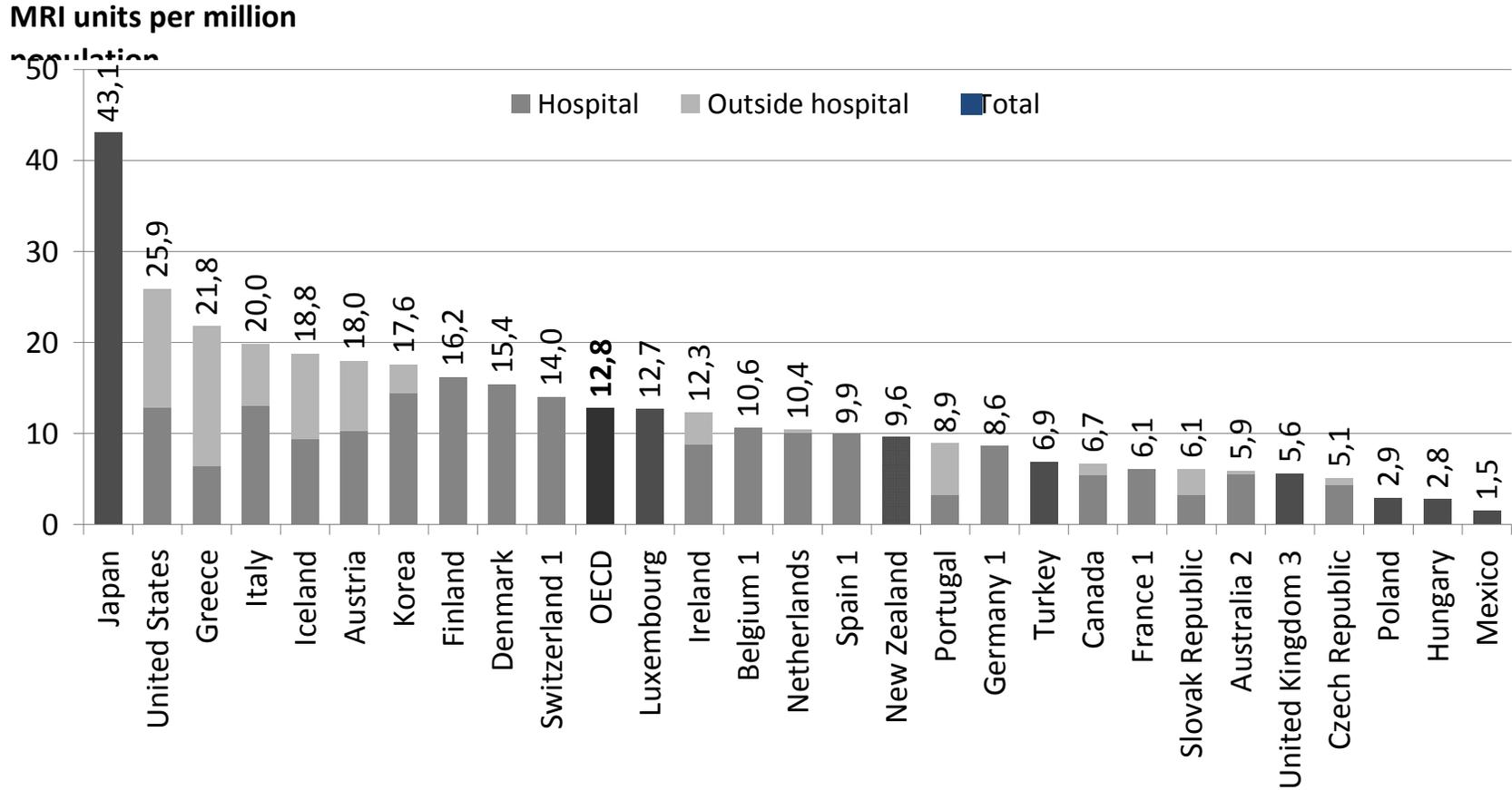
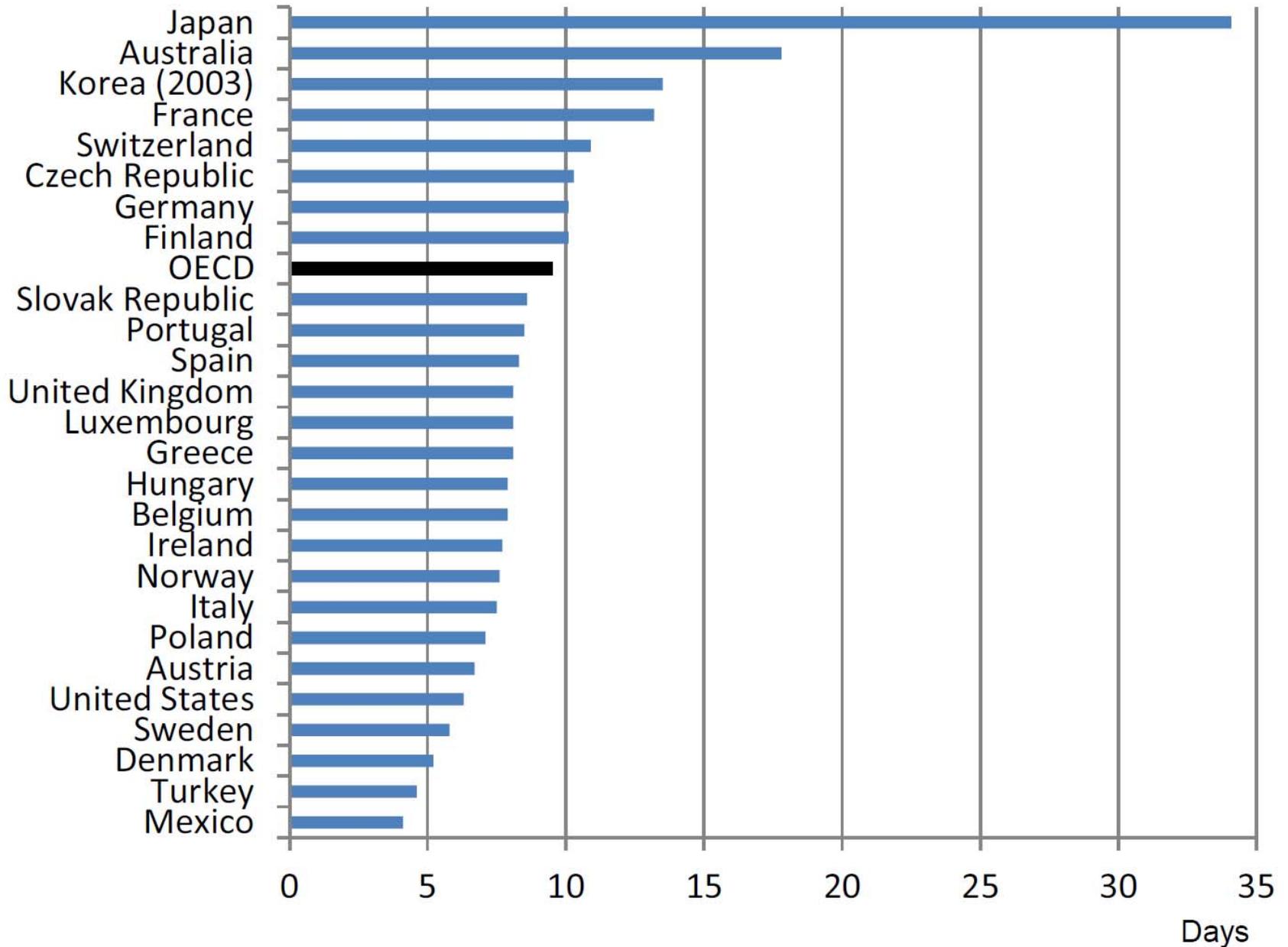


Figure 4. Number of MRI units per million population, 2008 (or latest year available)

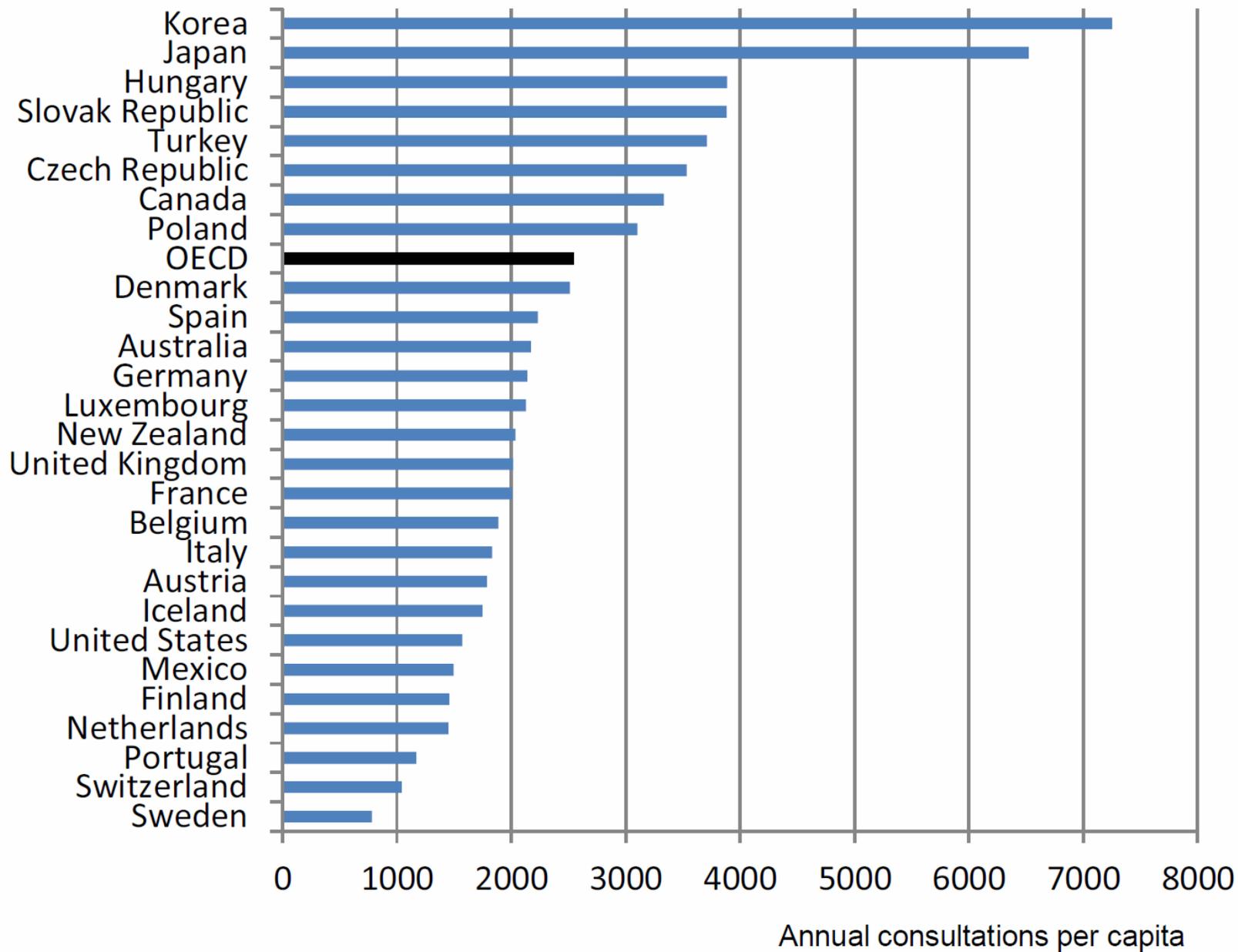


- Confronti su indicatori di efficienza

Average length of stay (ALOS): in-patient care

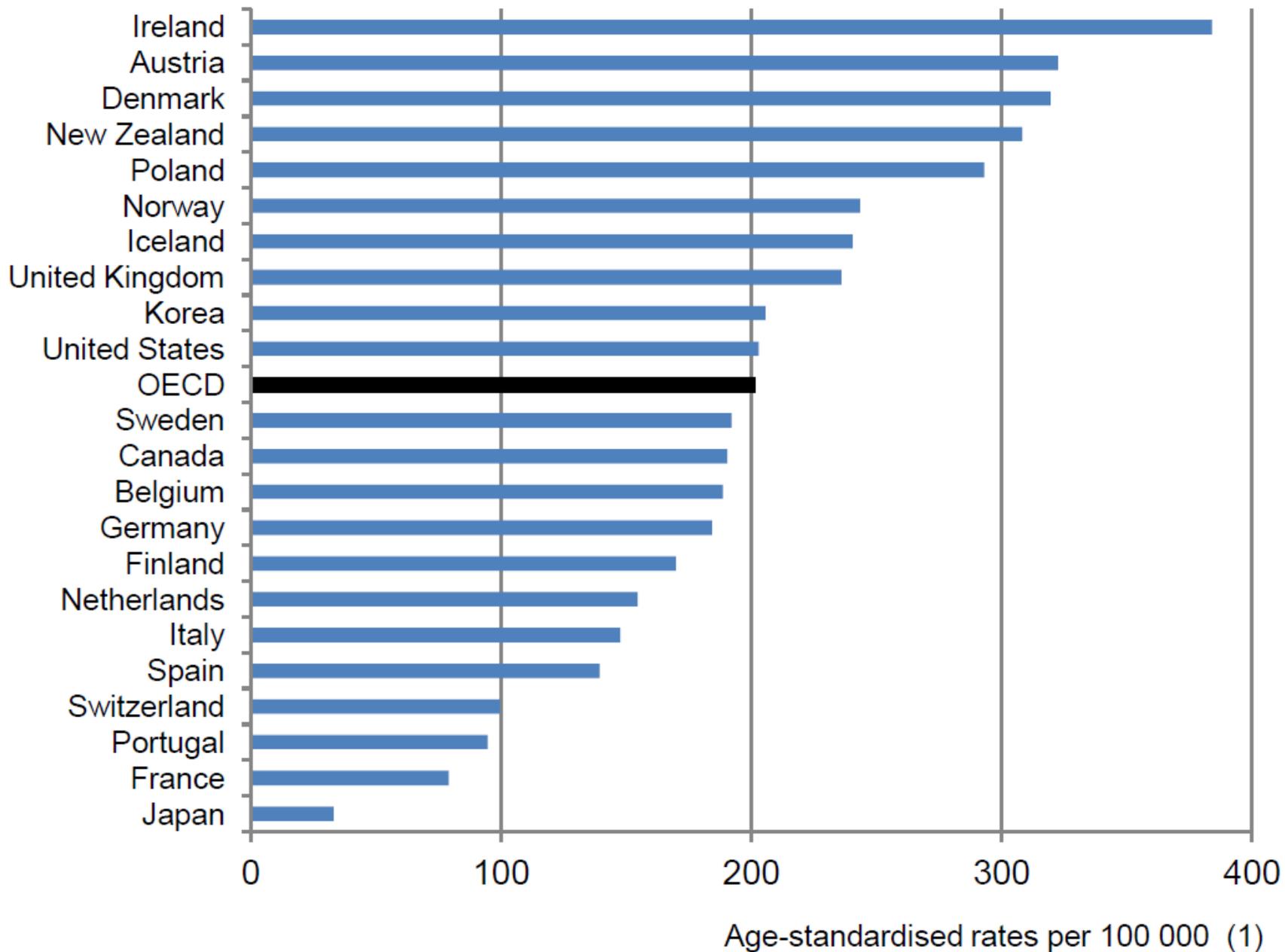


Number of consultations per doctor



- Confronti su indicatori di qualità

Avoidable admissions: chronic obstructive pulmonary diseases



Avoidable admissions: asthma

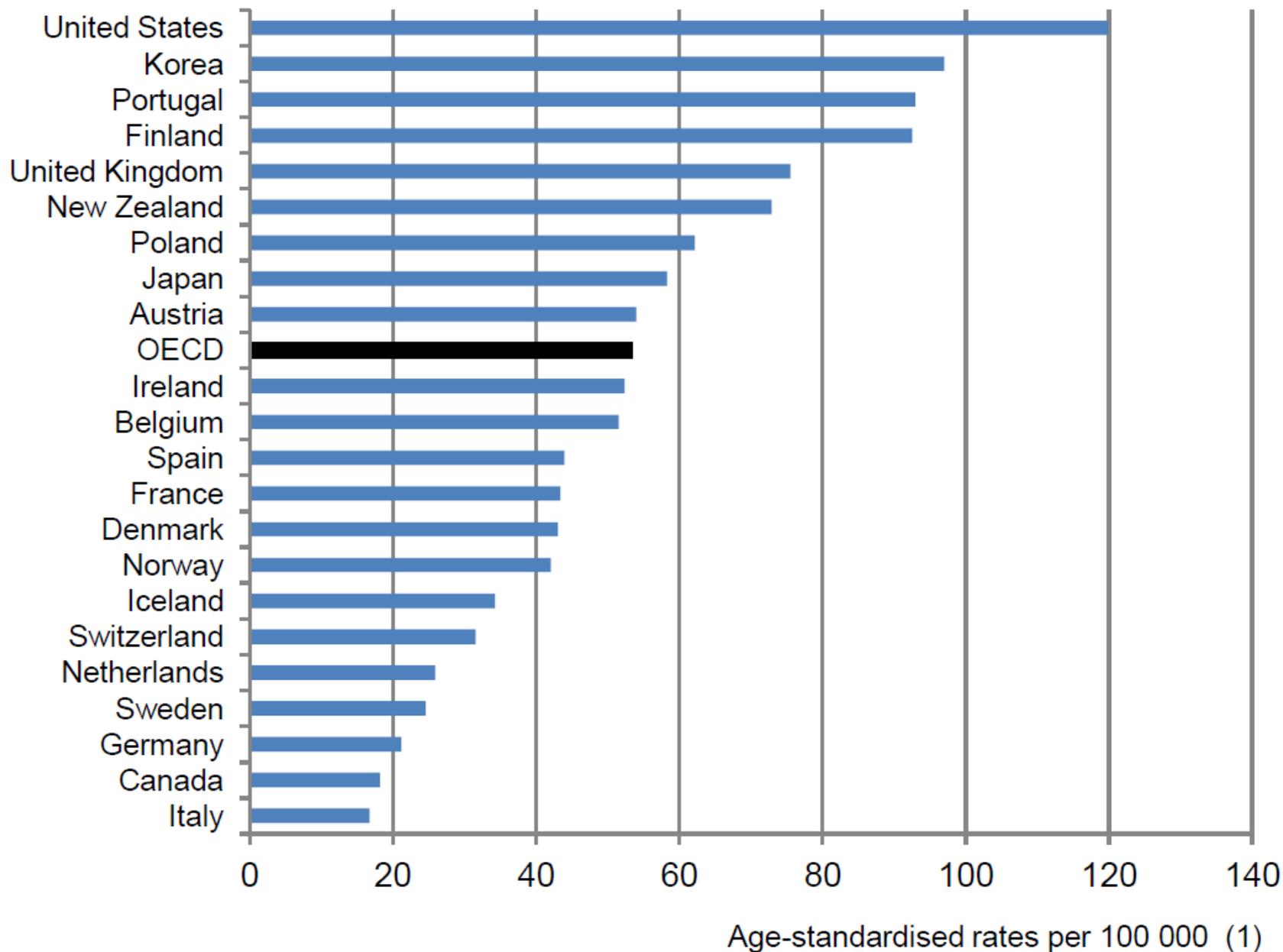
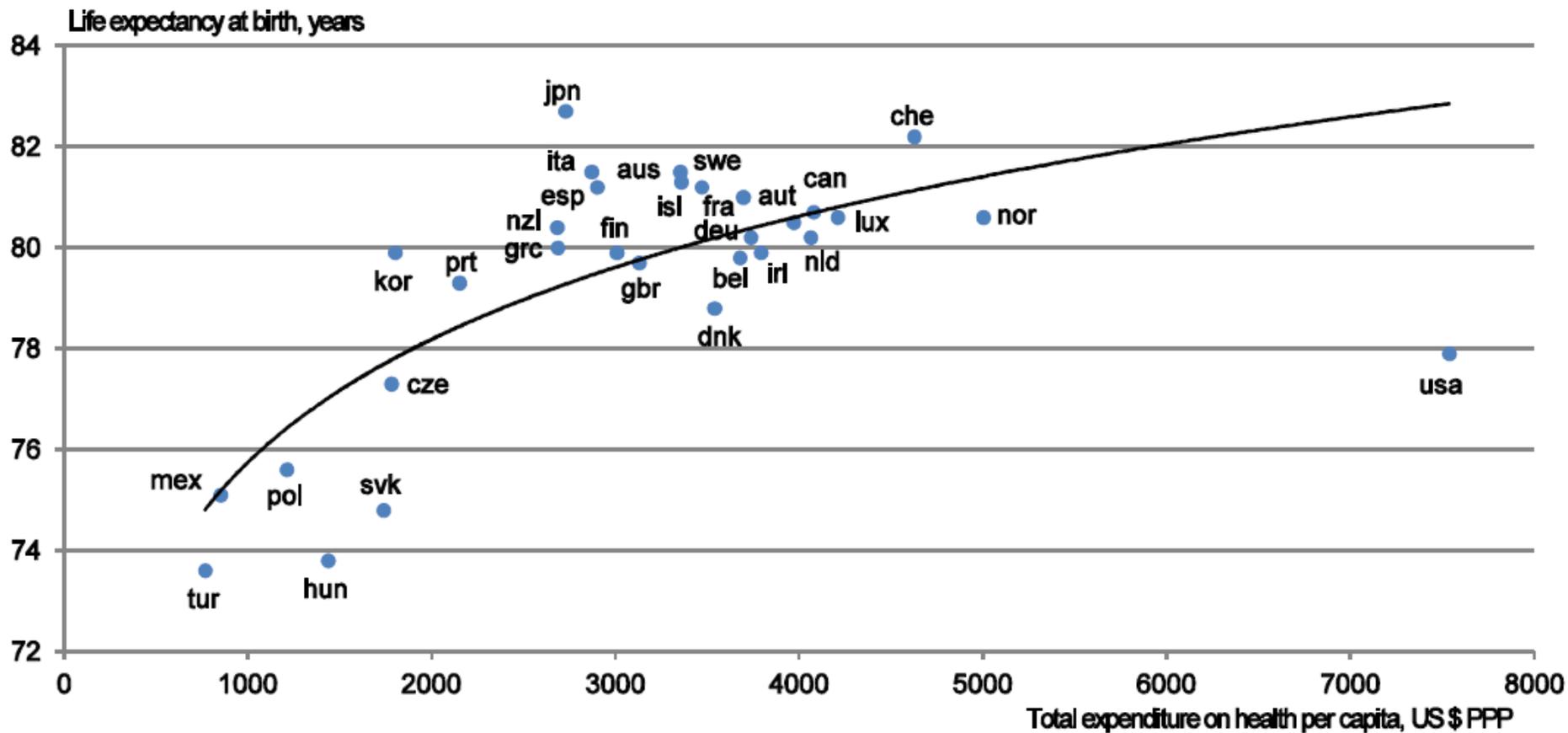


Figure 1. There are large differences in life expectancy and health care spending across OECD countries

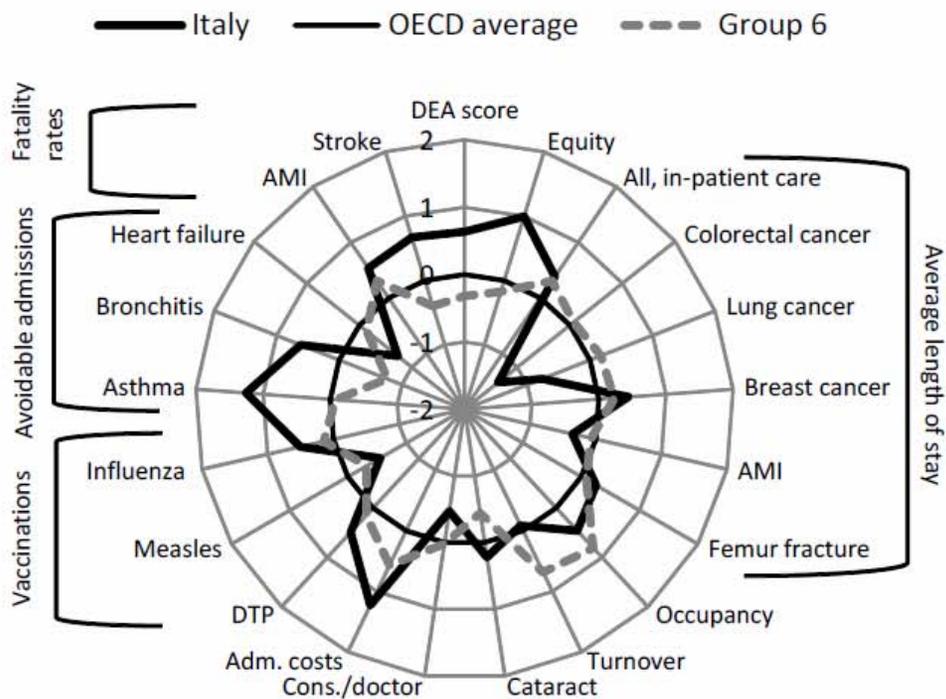
2008¹



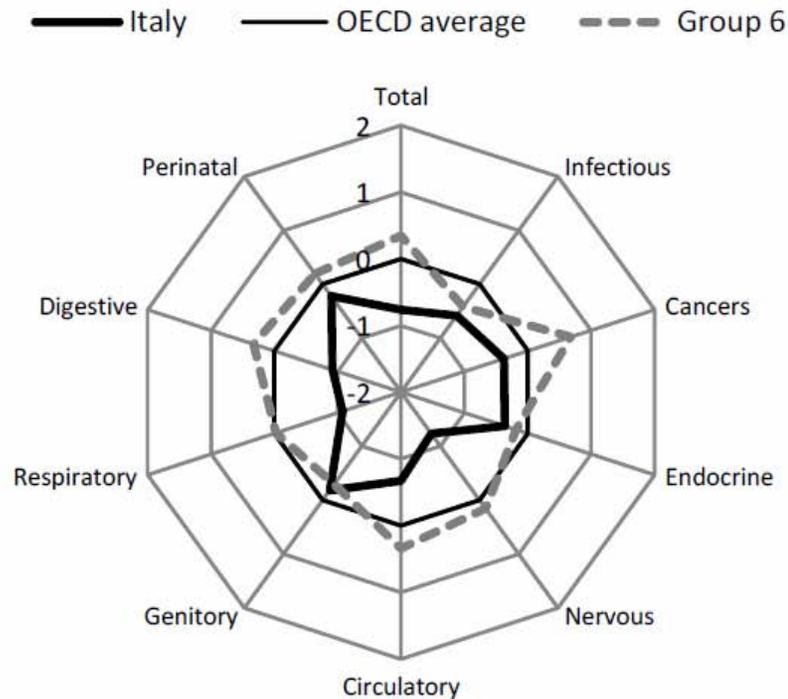
Italy: health care indicators

Group 6: Hungary, Ireland, Italy, New Zealand, Norway, Poland, United Kingdom

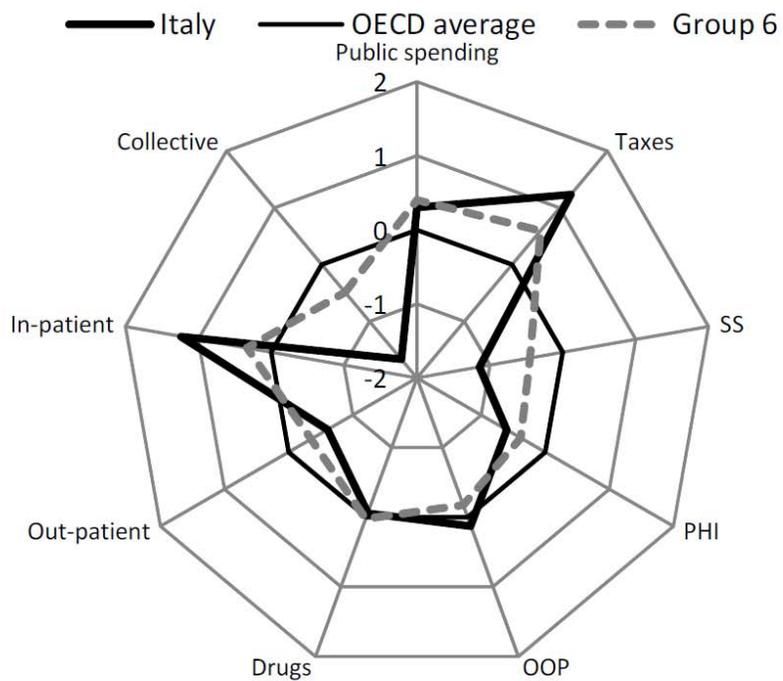
A. Efficiency and quality



B. Amenable mortality by group of causes



E. Financing and spending mix



F. Policy and institutions

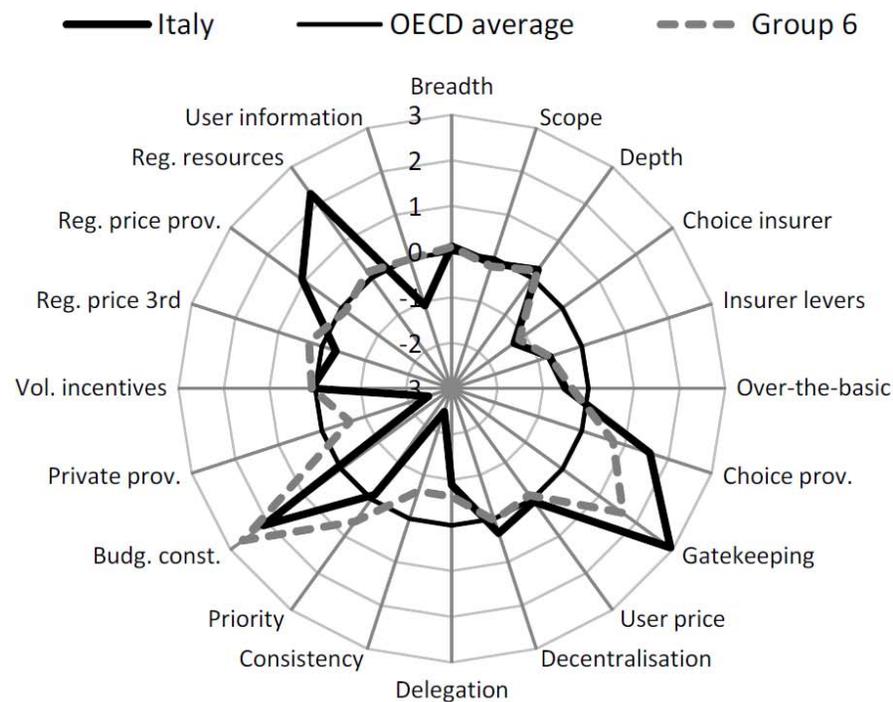
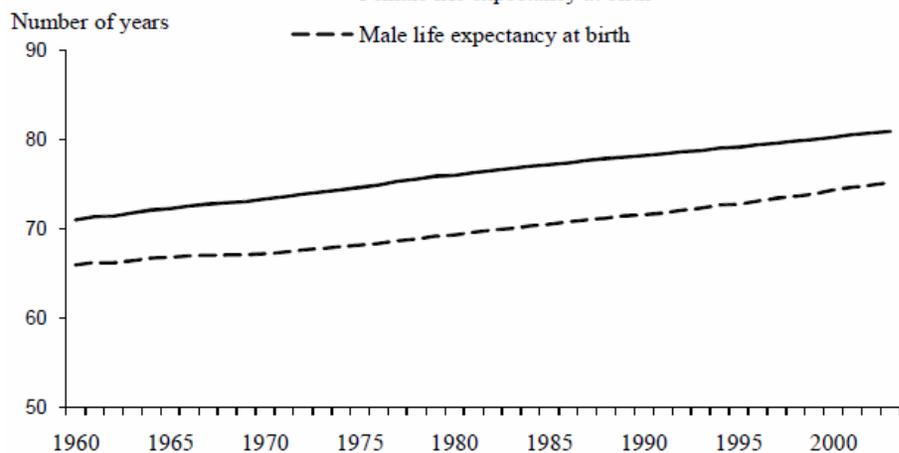


Figure 3. Trends in different measures of health outcomes: OECD average
1960-2003¹

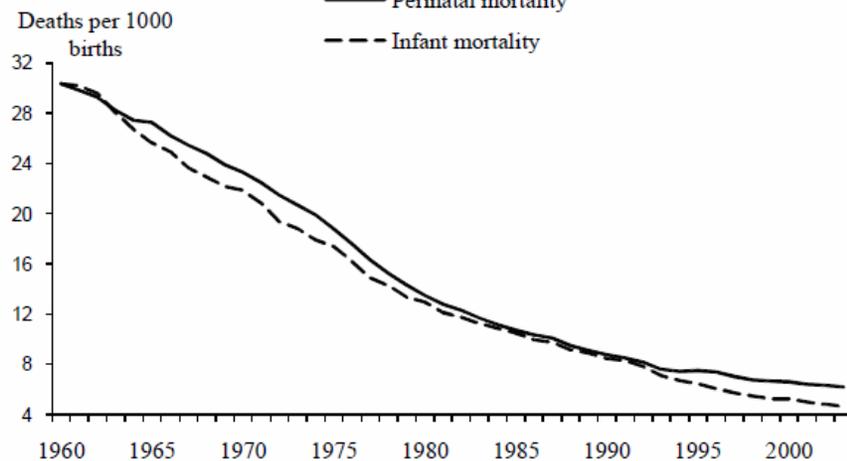
A. Life expectancy at birth

— Female life expectancy at birth
- - - Male life expectancy at birth

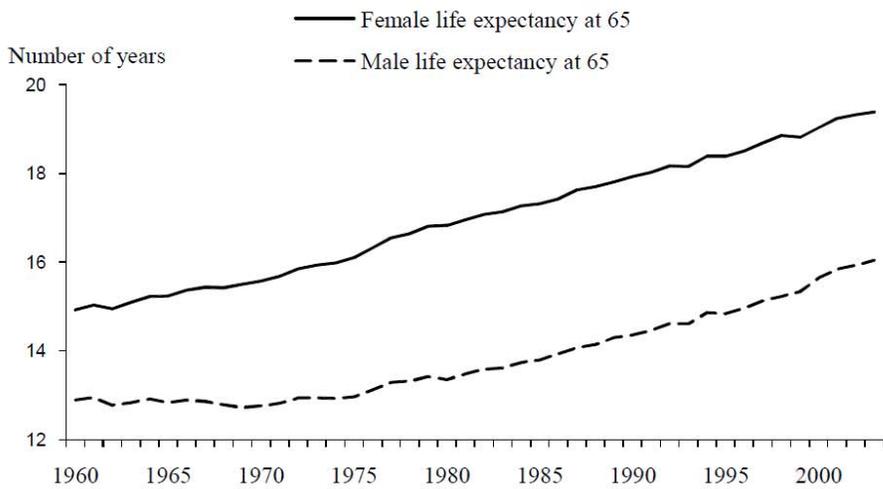


C. Perinatal and infant mortality²

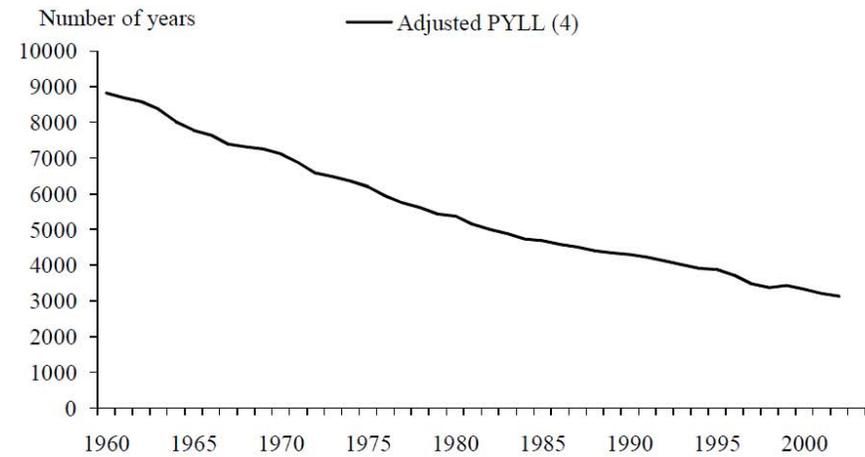
— Perinatal mortality
- - - Infant mortality



B. Life expectancy at 65³



D. Premature mortality²



1. 1960-2002 for panel D.

2. Korea, Mexico and Turkey excluded.

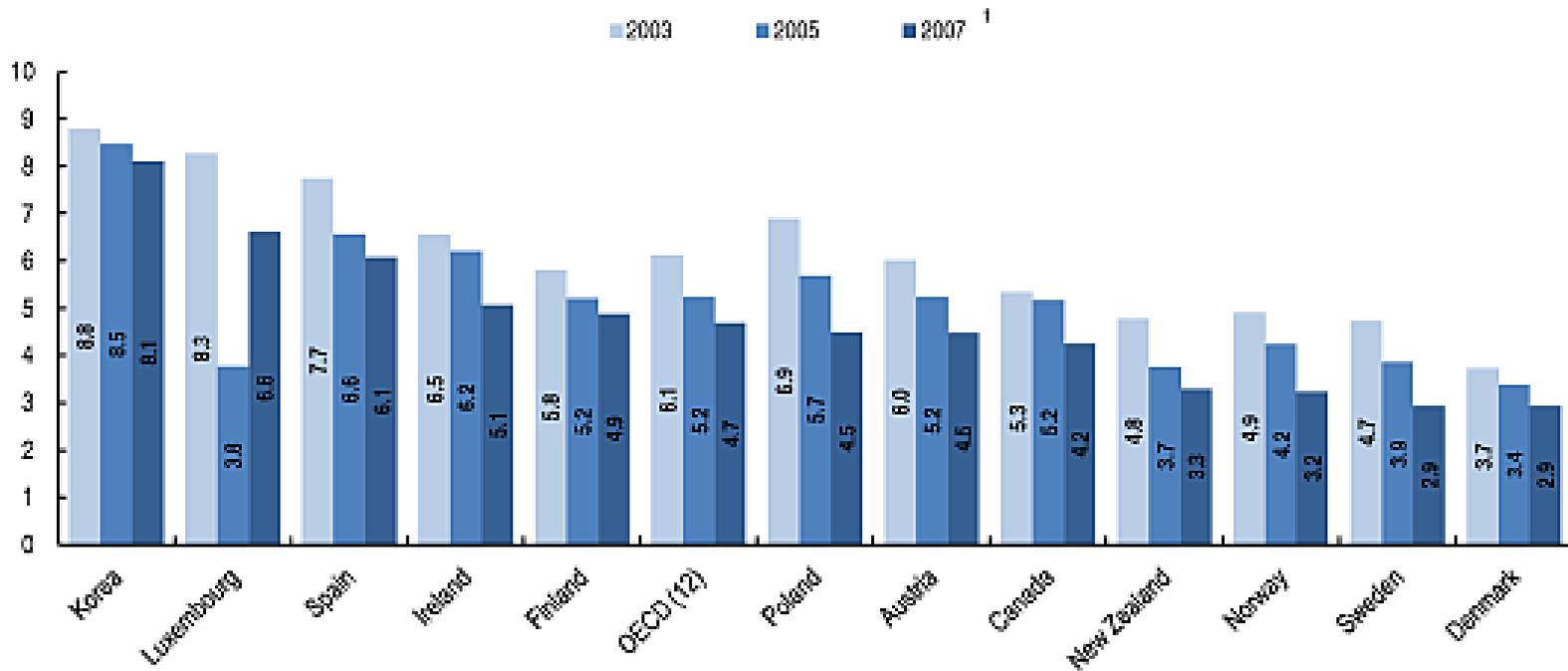
3. Korea and Switzerland excluded.

4. Potential years of life lost excluding deaths which can be attributed to "external causes" (land transport accidents, accidental falls, assaults and suicides).

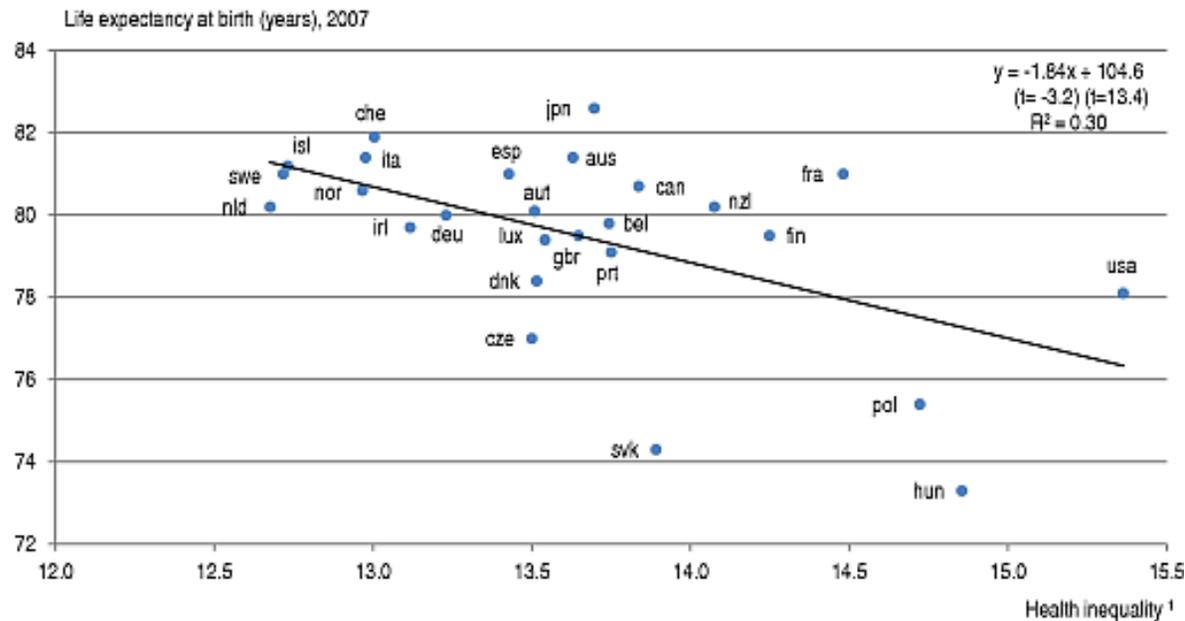
Source: OECD Health Data 2007.

Table: Measures of health status and country rankings,

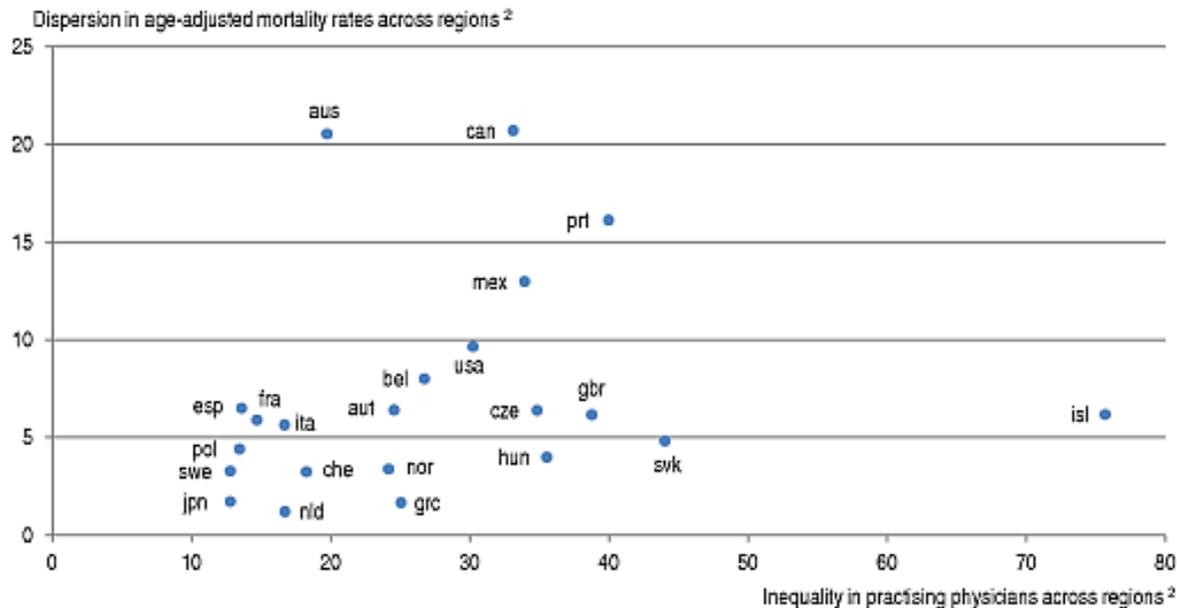
Reduction in in-hospital case-fatality rates for acute myocardial infarction



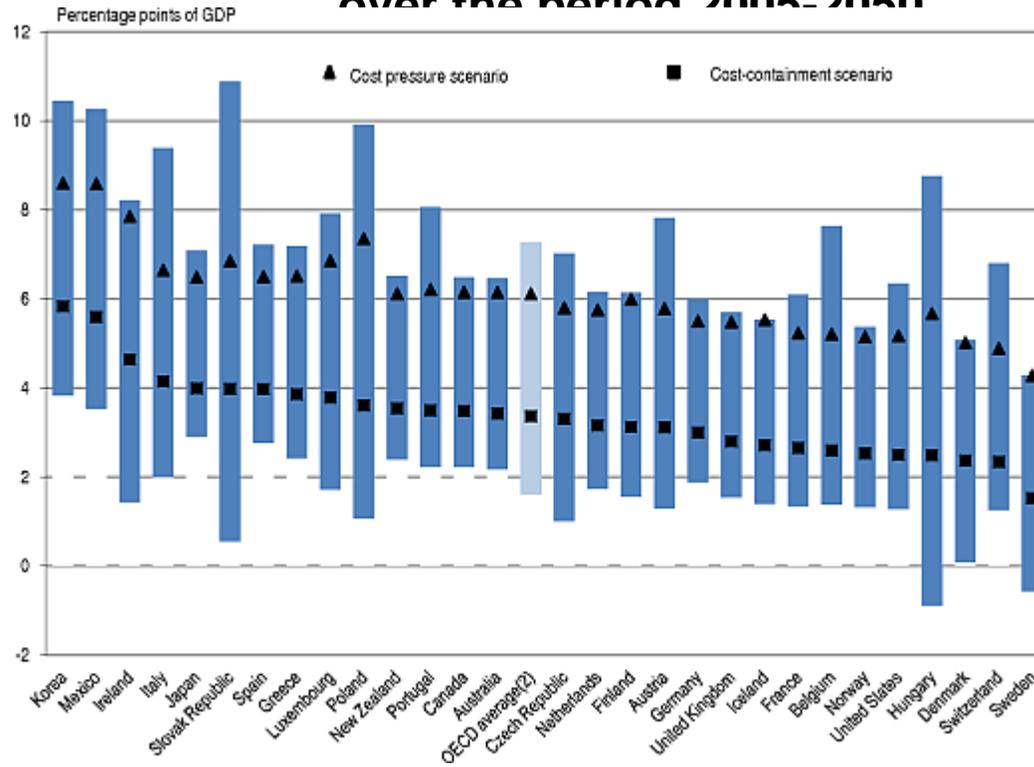
Panel A. No trade-off between the average health status and its dispersion among individuals



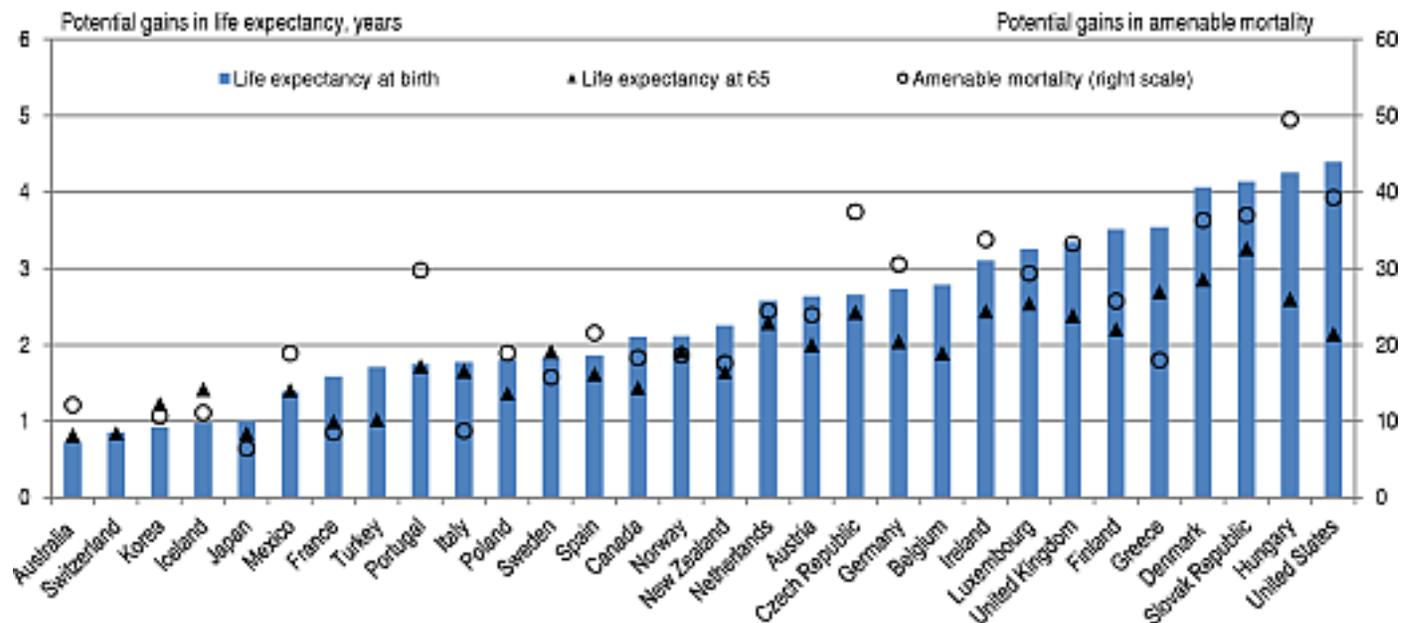
Panel B. Weak correlation with the regional dispersion of physicians



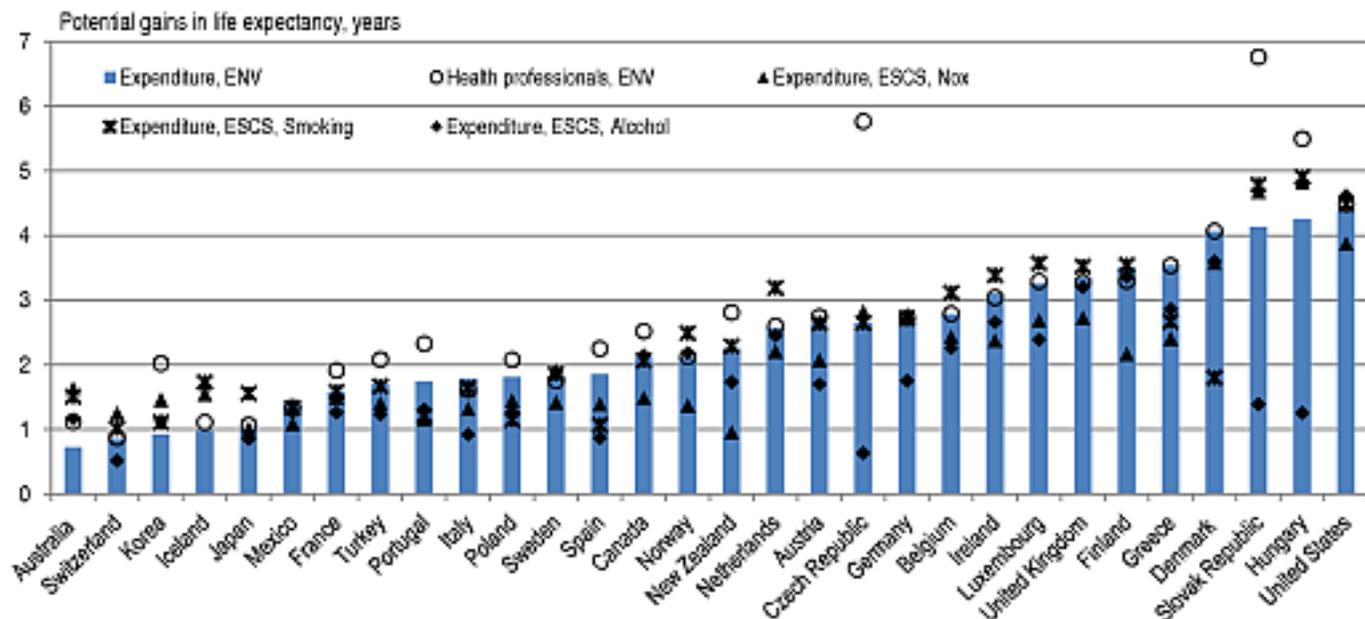
Projected increase in public health and long-term care spending by country over the period 2005-2050



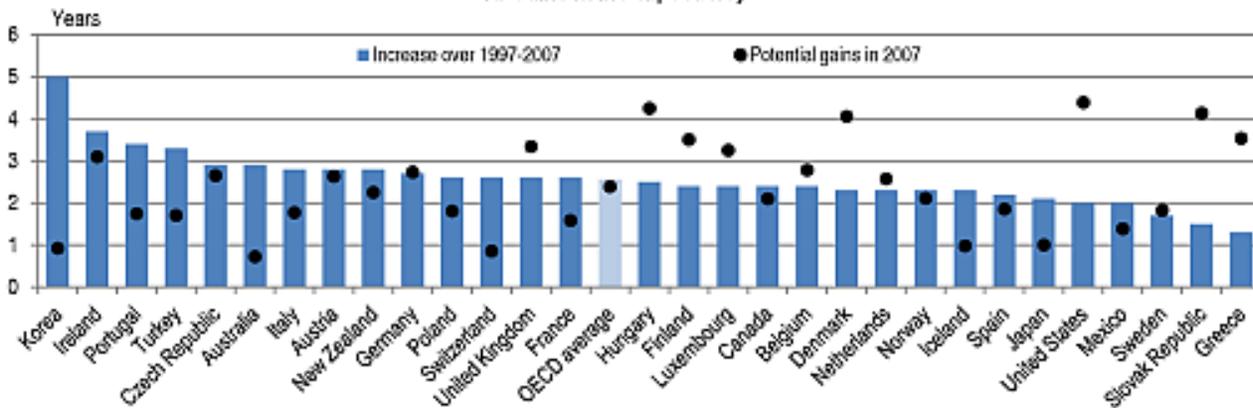
Panel A. Sensitivity of DEA efficiency scores to the definition of outcomes ¹



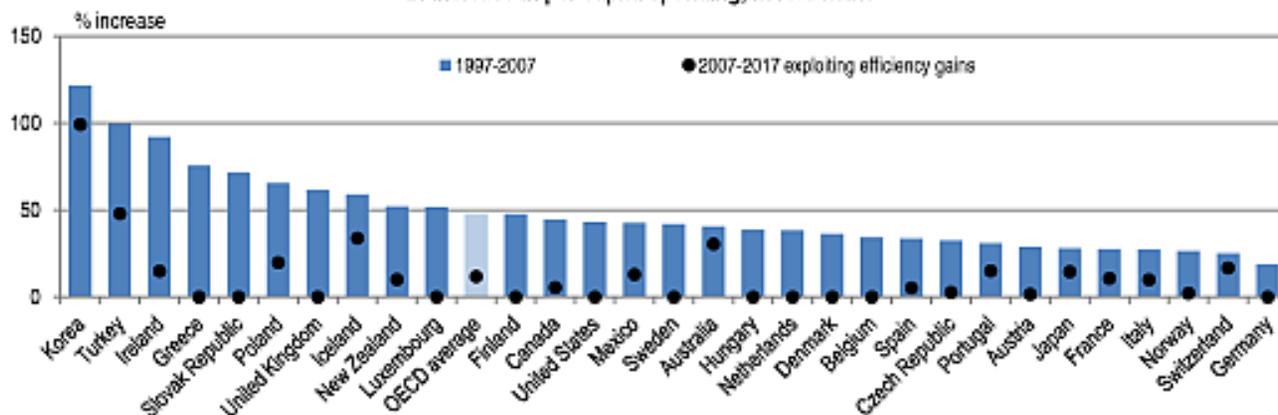
Panel B. Sensitivity of DEA efficiency scores to the inclusion of different inputs ²



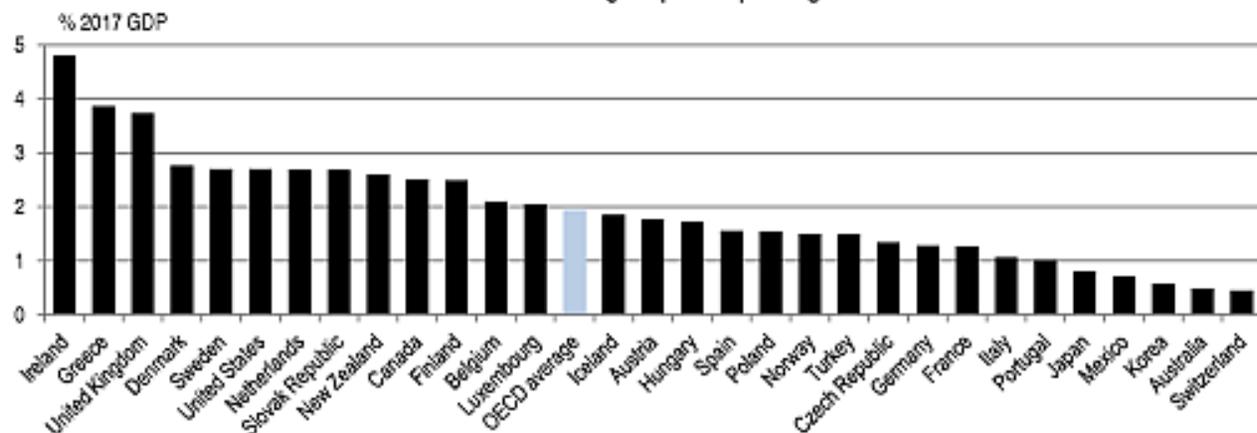
A. Gains in life expectancy¹



B. Increase in per capita spending, in real terms²



C. Potential savings in public spending³



Panel B. Gains in life expectancy at birth, 1995-2007

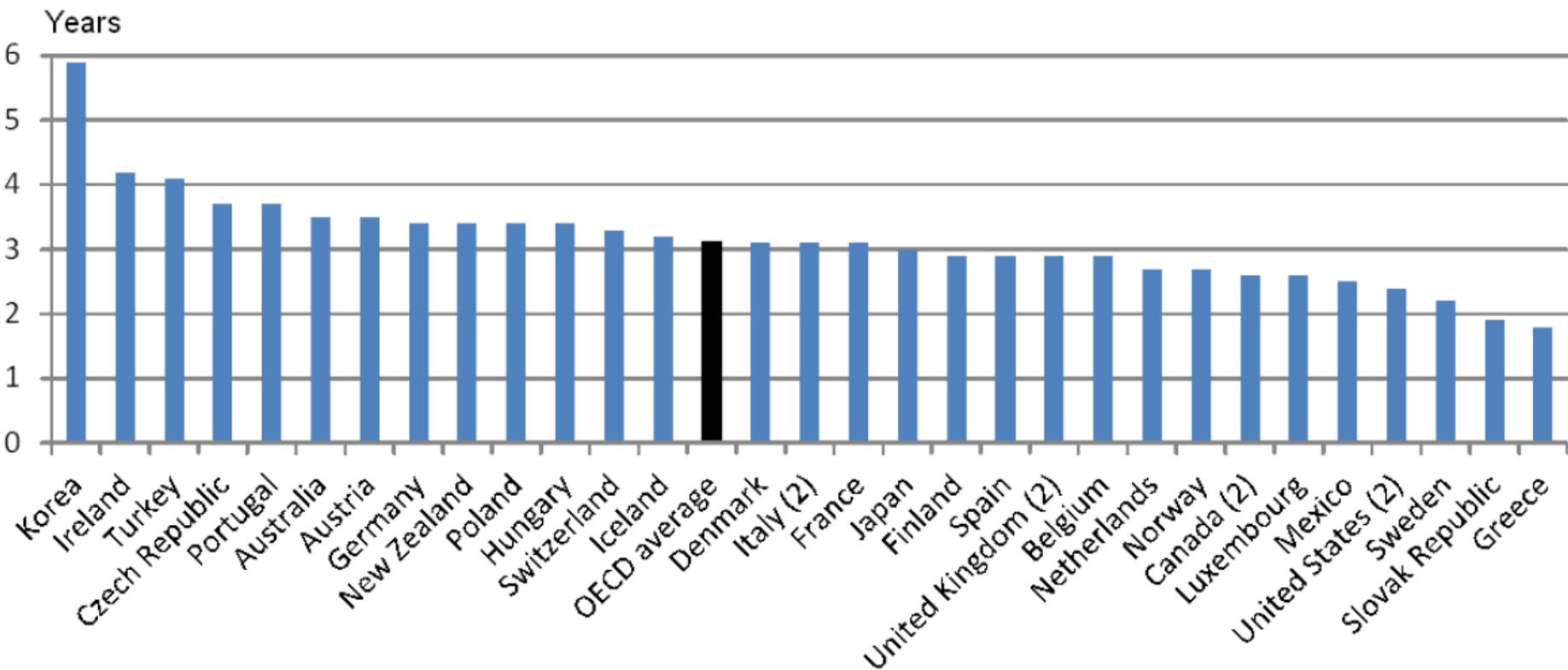
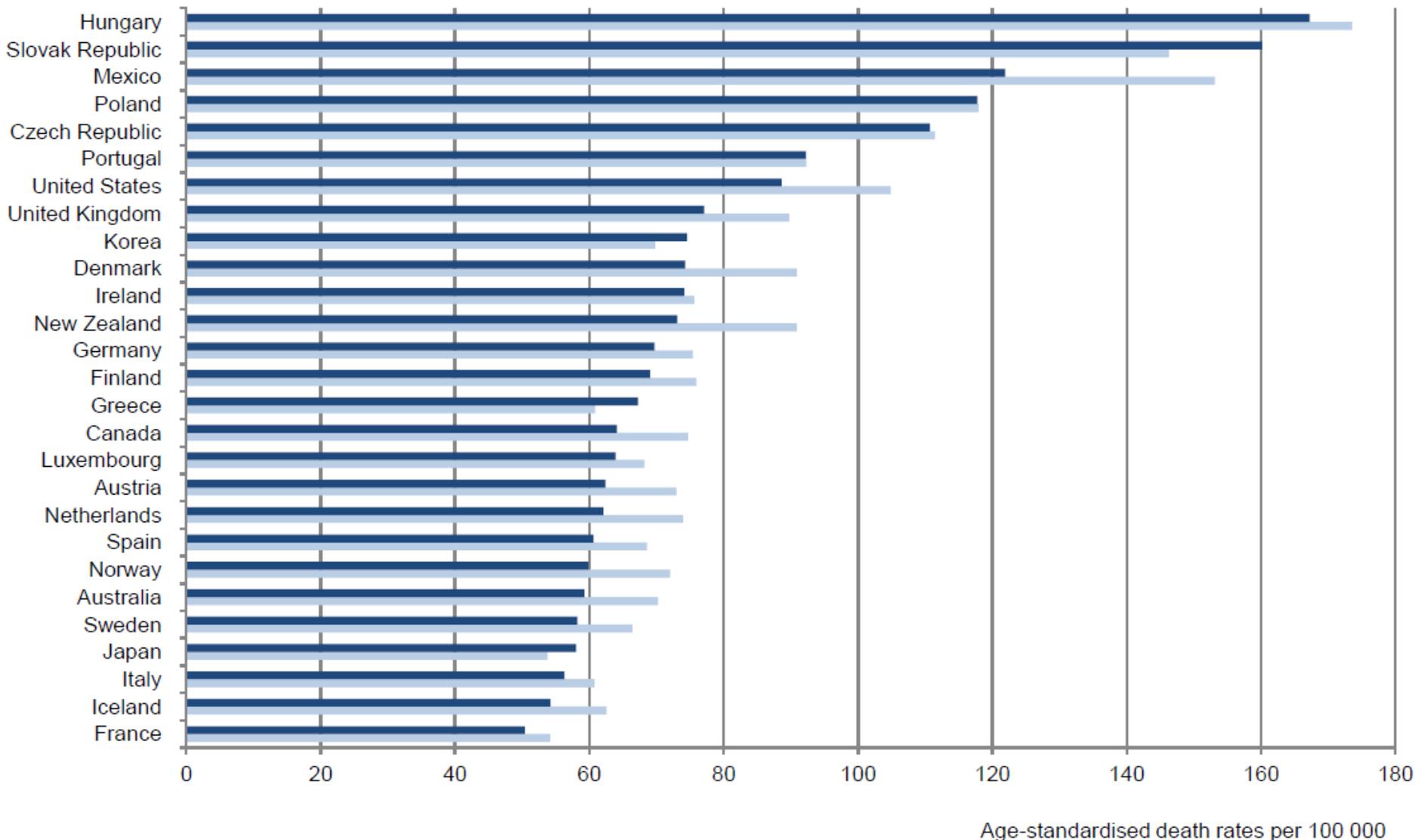


Figure 4. Amenable mortality: international comparison using two different lists

All causes, 2006 or latest year available

■ Nolte and Mc Kee list

■ Tobias and Yeh list



Italia

- In Italia esistono
- 15 regioni a statuto ordinario (dal 1970)
- 5 regioni a statuto speciale
- 2 province autonome
- Le “21 regioni” sono diverse per:
 - • storia e cultura
 - • superficie
 - • popolazione
 - • reddito e ricchezza (sviluppo economico)
 - • capacità fiscale
 - • legislazione
 - • apparato burocratico

- Le regioni sono diverse nella demografia e nelle condizioni di salute per:
- struttura e movimento della popolazione
- tassi di mortalità
- speranza di vita
- incidenza e prevalenza malattie

.... e nella sanità per:

- dotazione di infrastrutture e servizi sanitari
- risorse umane
- autosufficienza fiscale (regioni a statuto speciale)
- spesa sanitaria (pubblica, privata)
- mix pubblico-privato
- qualità dei servizi (flussi migratori)

Analisi confronto fra Regioni (Mapelli-Formez 2008)

Le performance dei SSR sembrano indipendenti da:

- modello istituzionale (integrato / separato)
- modello di governance (accentrato / contrattuale)

Dipendono da capacità di regia della Regione e ricchezza di strumenti e capacità di governance

Il livello di spesa sanitaria non appare decisivo rispetto a:

- performance dei servizi sanitari
- risultati di salute

Il suo elevato livello è spesso dovuto a incapacità gestionale (causa di deficit)

1. La governance si sviluppa in un contesto generale e specifico favorevole
2. Le performance dei SSR dipendono anche dal contesto regionale
3. Il divario Nord-Sud in sanità è parte della “questione meridionale” e va affrontato non solo con strumenti finanziari (trasferimenti), ma con
4. investimenti sul capitale umano (sanitario)
 - risorse professionali
 - formazione (manageriale, cultura dei risultati)
 - investimenti nei sistemi informativi
 - investimenti sul capitale sociale e ambientale per ridurre / eliminare le cause di arretratezza

Federalismo

- La spesa sanitaria assorbe il 75-80% dei bilanci delle Regioni

- Divario Nord-Sud in generale

(Prof. Franco, Bankitalia, Novembre 20109)

Crisi economica e conti pubblici

- il Governo prevede di portare il deficit della PA al 2,2% del PIL nel 2013. Negli anni successivi si dovrà mirare al pareggio
- la pressione fiscale nel 2009 superava di 4 punti quella media degli altri paesi UE. Nella DFP resta pressoché costante
- la riduzione del deficit dovrà necessariamente fondarsi sul contenimento della spesa primaria corrente (nel 2009 superiore del 5% alla media degli anni '90): nell'ultimo decennio cresciuta del 2% l'anno in termini reali
- in uno scenario favorevole (PIL: +2% dal 2012) sarebbe necessario mantenere la spesa primaria corrente costante in termini reali fino al 2016 (anno del possibile pareggio)
- in uno scenario di stagnazione (PIL: +1% annuo), la spesa primaria corrente in termini reali dovrebbe scendere del 5% entro il 2016

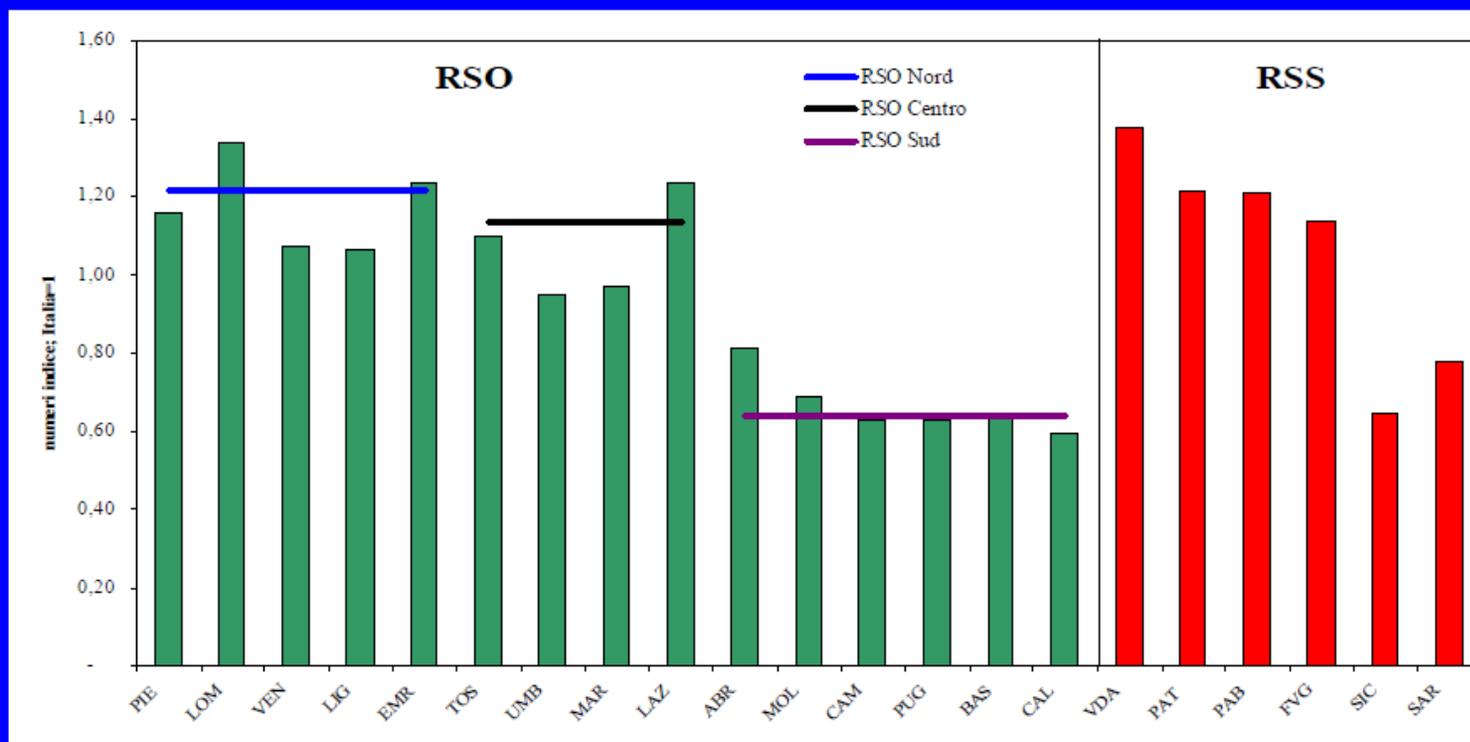
Entrate pubbliche in ciascuna regione: molto differenziate, in relazione soprattutto al PIL

RSO Nord: 13.300 euro

RSO Centro: 12.400 euro

RSO Sud: 7.000 euro

Entrate complessive (centrali ripartite e decentrate): media 2004-06



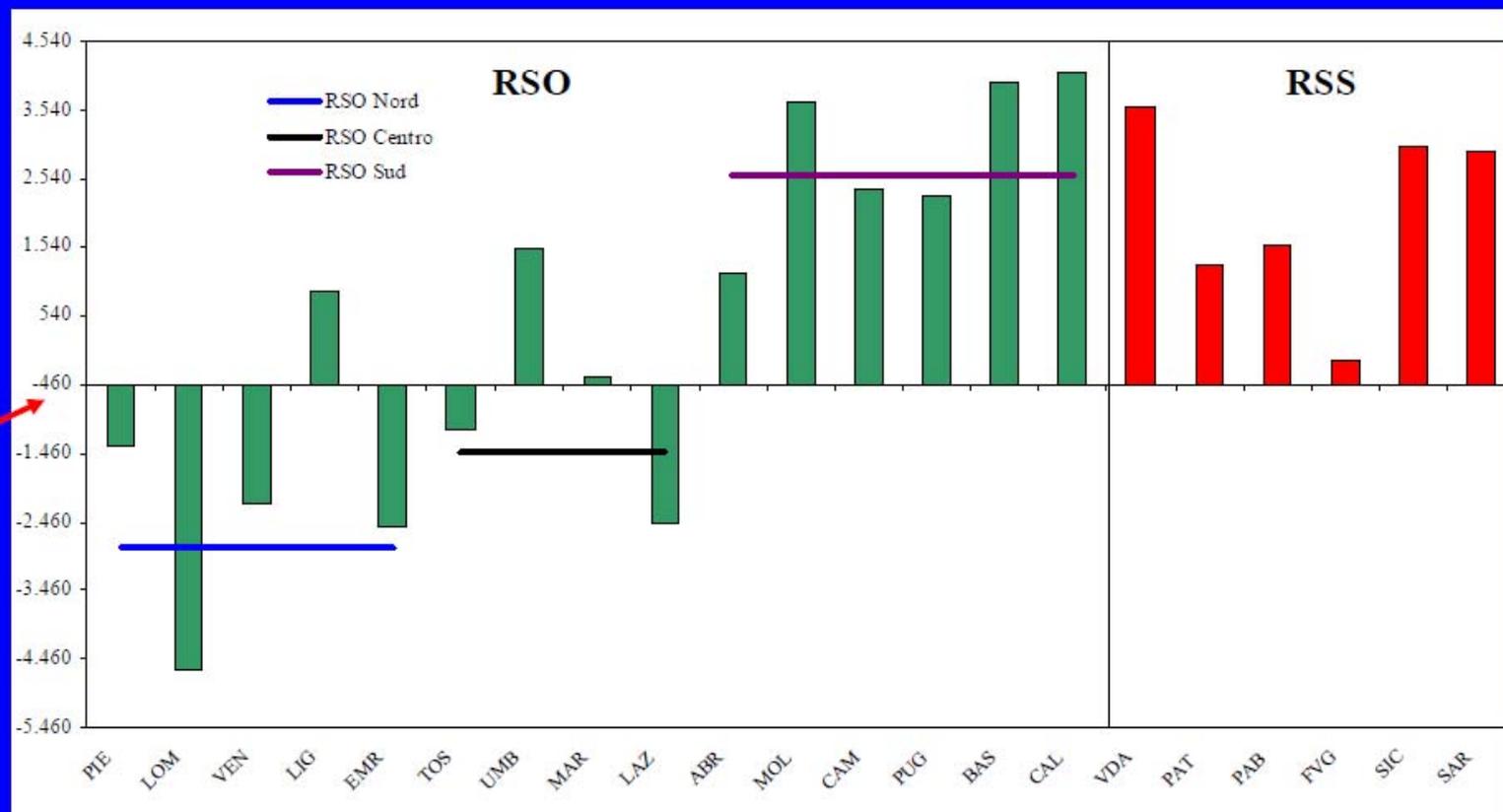
**Valori pro
capite
(numeri
indice:
Italia = 1)**

I residui fiscali: sei regioni finanziano le altre

Residui determinati soprattutto dalle entrate, dal divario di sviluppo economico. Beneficiano inoltre le regioni a statuto speciale e le regioni di piccole dimensioni

Residui fiscali: media 2004-06

Valori pro capite



**Residui pro capite (numeri indice: Italia = 1; avanzo primario 460 euro).
Lombardia: -4600 euro; Calabria: + 4080 euro)**

Nel Mezzogiorno la Pubblica Amministrazione spende meno che nel CN, ma incassa molto meno

	Spese primarie	Entrate	Saldo
Reg. Stat. Ord. Centro Nord	10,9	13,0	2,1
Reg. Stat. Ord. Mezzog.	9,6	7,0	-2,6

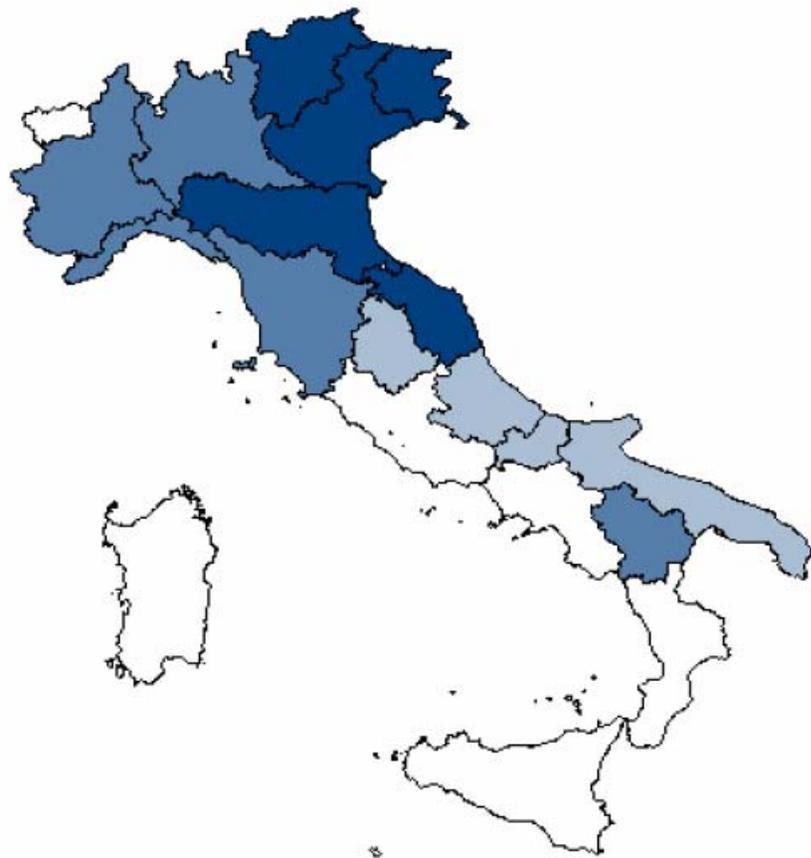
(media 2004-06, migliaia di euro pro capite)

- i divari riflettono il fatto che **la spesa è tendenzialmente proporzionale alla popolazione mentre le entrate riflettono i redditi e le basi imponibili che nel Mezzogiorno sono di gran lunga inferiori** (ma vi è anche più evasione in % delle basi imponibili)
- l'afflusso netto verso il Sud di risorse intermedie dall'operatore pubblico è pari al **15,6% del prodotto del Mezzogiorno** (5,7% in Abruzzo; 23,7% in Calabria); il 3,5 % di quello nazionale

Istruzione: qualità inferiore nel Mezzogiorno

Livelli di apprendimento della matematica nelle scuole medie (InValSI)

(quartili; a.s. 2005-06)



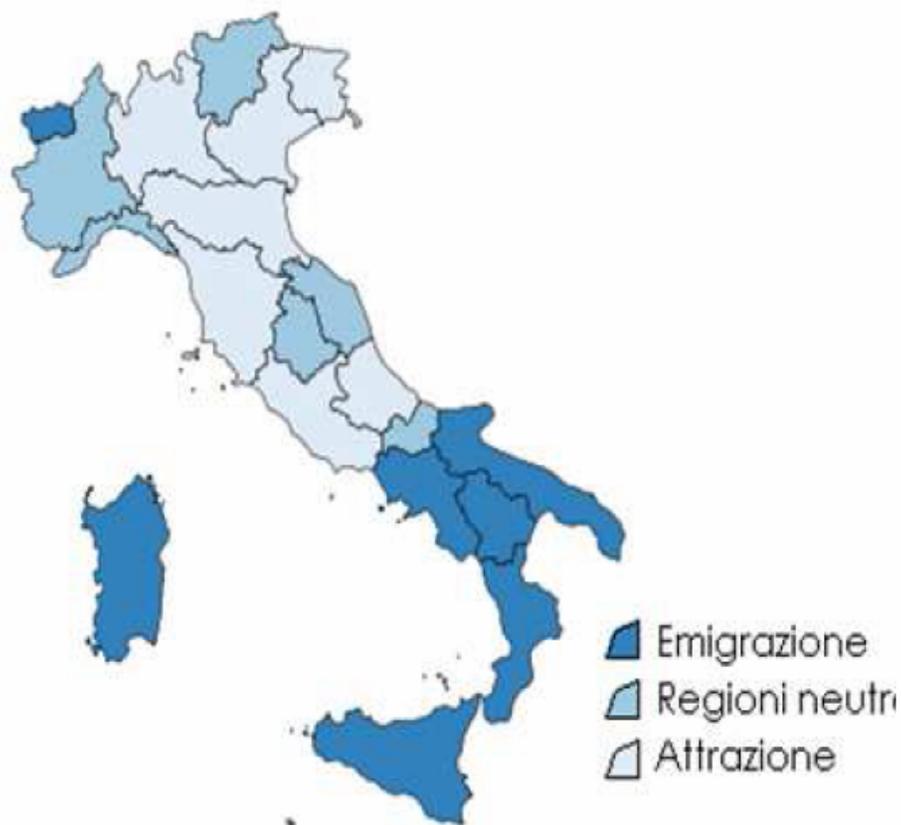
Vi sono divari nella quantità di istruzione

Vi sono divari nella qualità dell'istruzione, che si ampliano con l'età

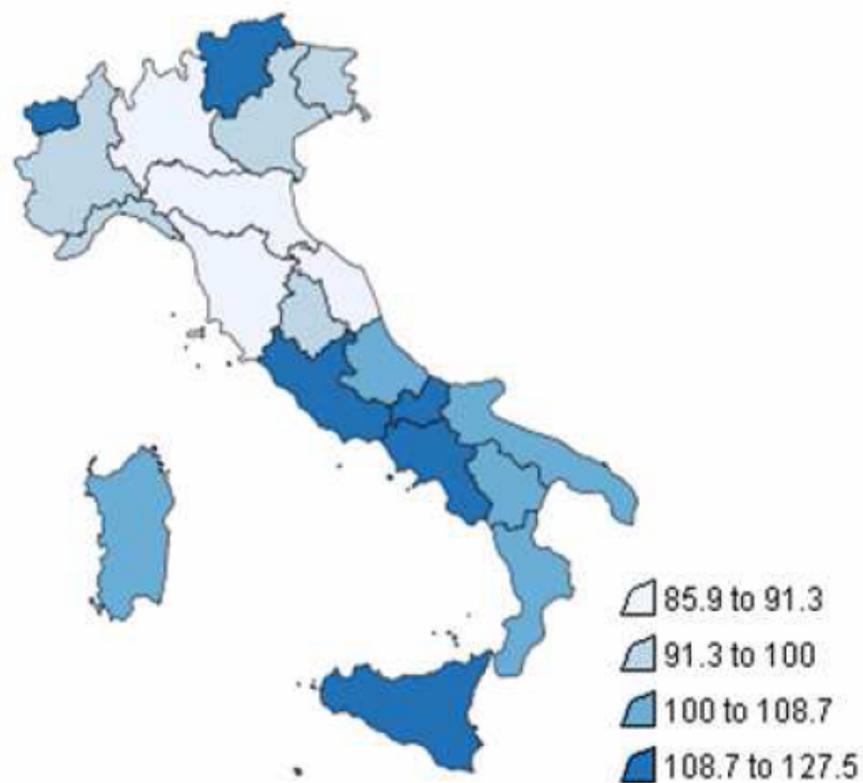
Le strutture scolastiche sono peggiori

Sanità: i pazienti preferiscono curarsi nel Centro Nord, la spesa corrente pro capite è più elevata a Sud

Indice di migrazione ospedaliera
(fuga/attrazione)



Spesa ospedaliera
(media nazionale 2004-06=100)

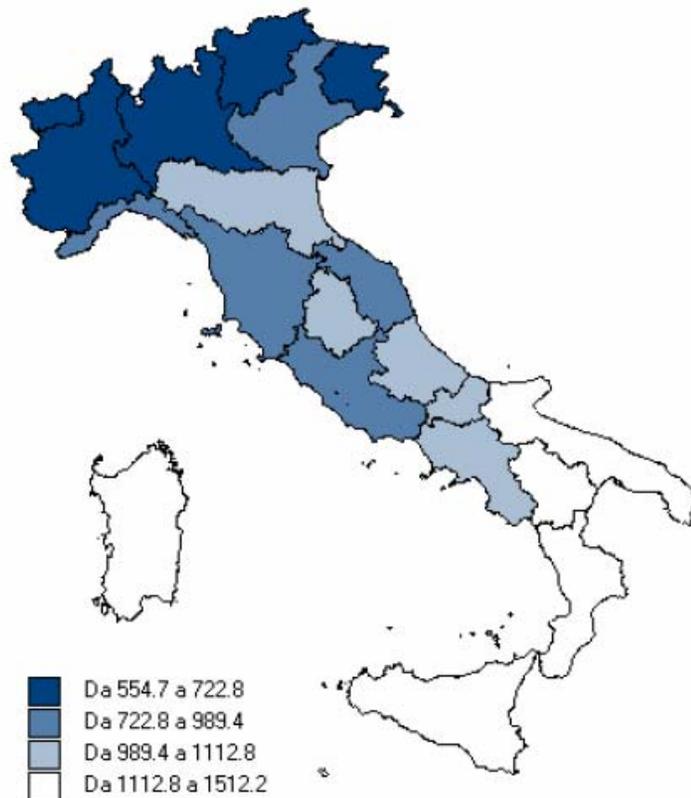


I colori più scuri corrispondono a una migrazione più elevata e a una spesa più elevata

Giustizia e gestione dei rifiuti: servizi meno buoni al Sud (anche i servizi locali in generale)

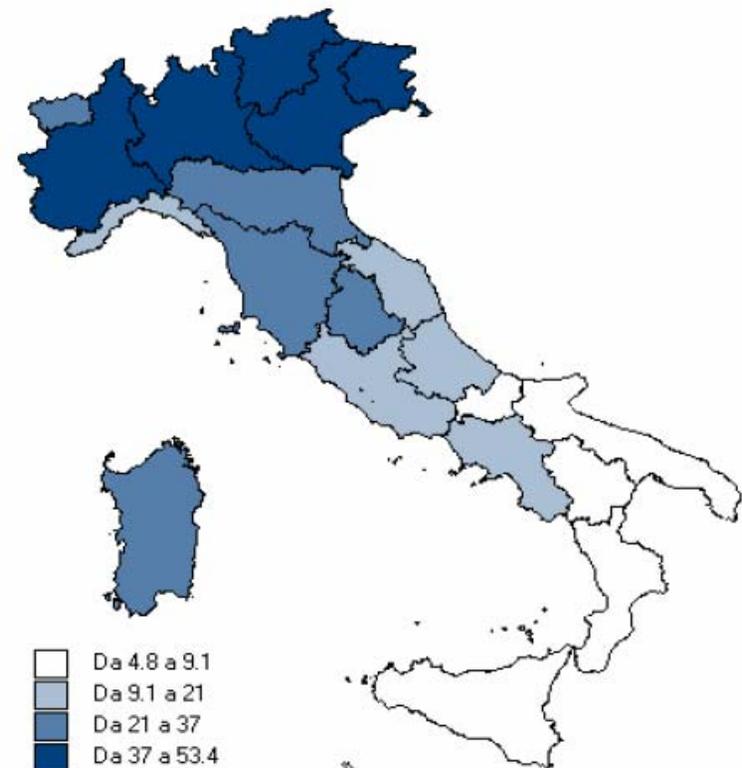
Giustizia civile: durata dei procedimenti di cognizione ordinaria

(quartili; giorni; 2006)



Rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata

(quartili; valori percentuali; 2007)



(colori più scuri corrispondono a una minore durata dei procedimenti di cognizione ordinaria di primo grado e a maggiori livelli di raccolta differenziata)

- vi sono ampi divari territoriali nella qualità dei servizi pubblici: nel Mezzogiorno i servizi sono in media peggiori, ma vi sono rilevanti differenziazioni anche nel Centro-Nord, dove la qualità di alcuni servizi non risulta pienamente adeguata nel confronto internazionale
- i divari riguardano i servizi statali (istruzione e giustizia), quelli regionali (sanità), quelli locali (trasporti locali, rifiuti urbani, acqua, asili nido)
- in alcuni casi i divari si associano a una spesa inferiore nel Mezzogiorno (es. asili nido) in altri a una spesa “corretta” superiore (es. sanità): rileva l’efficienza nella produzione del servizio e carenze nelle infrastrutture
- la garanzia di risorse finanziarie omogenee non comporta necessariamente che la qualità dei servizi sia ovunque adeguata: i servizi in concreto forniti ai cittadini dipendono soprattutto dall’efficienza con cui le risorse sono utilizzate

- Dovremo puntare al riequilibrio dei conti e alla crescita. Sara' cruciale l'efficienza dei servizi pubblici
- ● Il decentramento:
 - - non deve compromettere l'equilibrio dei conti
 - - deve riordinare flussi redistributivi necessariamente ampi
 - - deve soprattutto contribuire a migliorare la qualita dei servizi pubblici
- E' importante:
 - - passare in tempi rapidi dalla spesa storica al costo standard
 - - accrescere l'autonomia impositiva degli enti territoriali, collegando decisioni di spesa e di prelievo
 - - definire un vincolo di bilancio stringente (evitare trasferimenti ex post)

- Occorre rendere piu approfonditi e sistematici gli indicatori riguardanti la qualita dei servizi (Invalsi, Sant'Anna, ecc.)
- • Una maggiore informazione ai cittadini puo accrescere gli incentivi degli amministratori a migliorare la gestione delle risorse pubbliche
- • Sono cruciali i meccanismi sanzionatori per gli enti che non assicurano i livelli essenziali delle prestazioni o l'esercizio delle funzioni fondamentali o gli obiettivi di servizio

- **Analisi delle differenze in Sanità**

(Pammolli e Salenro, *Alla ricerca di standard per la sanità federalista*, CERM 2010)

- Finanziamento sulla base di costi standard e di fabbisogni calcolati su un benchmark di regioni virtuose
- Problemi:
 - La contabilità non è predisposta
 - Costo standard → fabbisogno standard necessità analisi dei consumi efficienti (studio funzioni di produzione)
 - Regioni diverse → funzioni di produzione diverse. Una $F(x)$ uguale per tutti = vincoli esogeni in contrasto con federalismo e sussidiarietà
 - Occorre tener conto delle differenze nelle strutture: infrastrutture insufficienti generano costi diversi

1997-2006	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%

 Sud e Isole	 Nord
 Centro	 Piano di rientro in corso

**LA SPESA PRO-CAPITE
DI PARTE CORRENTE (ISTAT)**

2007	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		



Sud e Isole
Centro



Nord
Piano di rientro in corso

LA SPESA
DI PARTE CC

- Dati decennio 1997-2006: divario di spesa (e.g. Lombardia e Veneto sotto la media)
- Dati 2007: recupero regioni del Sud (e.g. Calabria, Lazio, molise sopra la media)

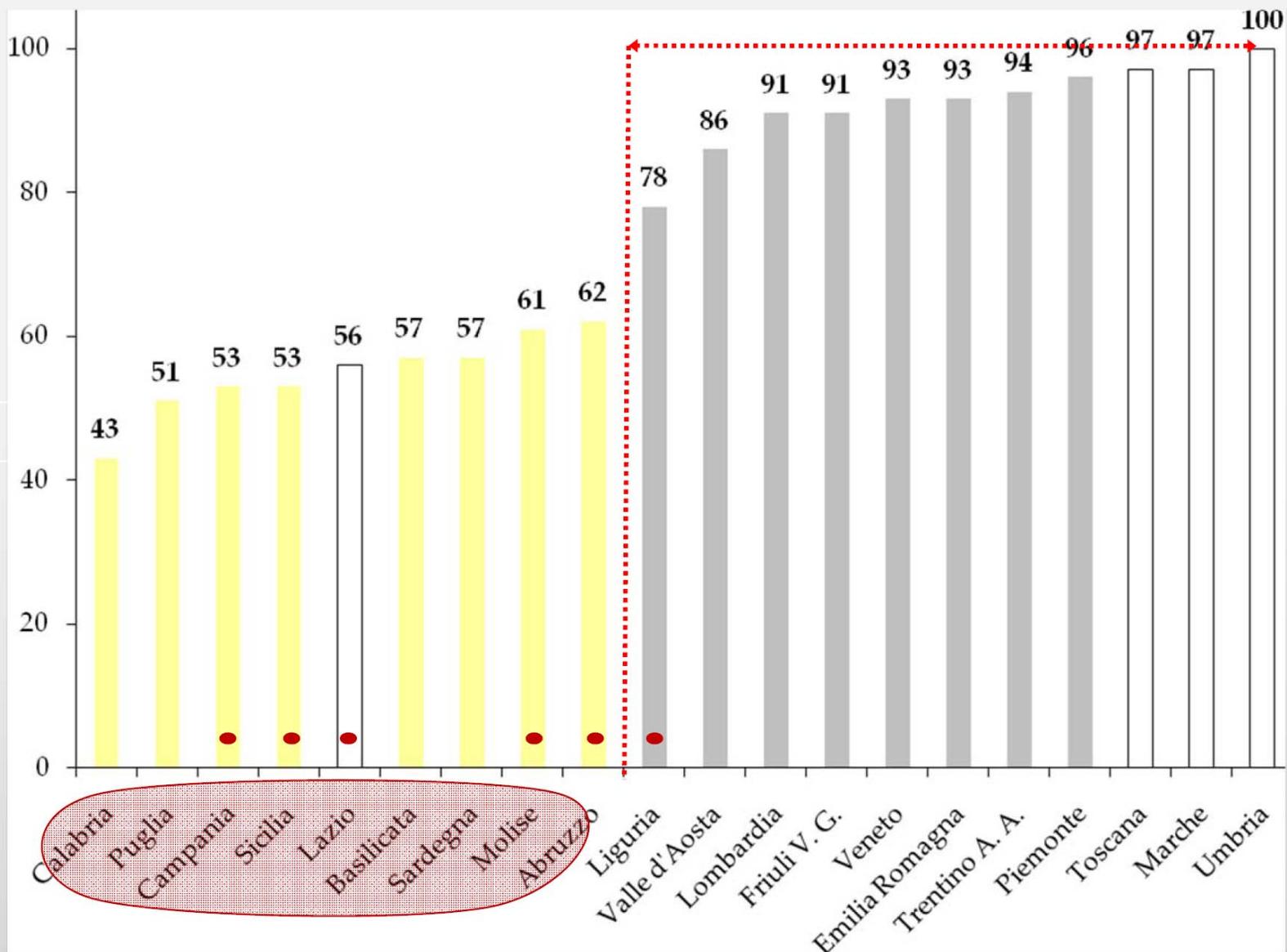
- →dinamica di spesa più forte nel Sud = miglioramento prestazioni?
- →dinamica più lenta nel Nord = maggiore efficienza?

- Il modello SaniRegio del Cerm¹:
 - Variabili che influenzano la spesa san (socio-economiche; demografiche; stili di vita; capitale fisico e umano)
 - Applicando i coefficienti medi ad ogni regione: spesa regionale standardizzata e frontiera dell'efficienza → 9 regioni dovrebbero ridurre la spesa con correzioni a due cifre! (vedi tab. successiva)

¹ Pammolli e Salerno, CERM Nota 1-2010

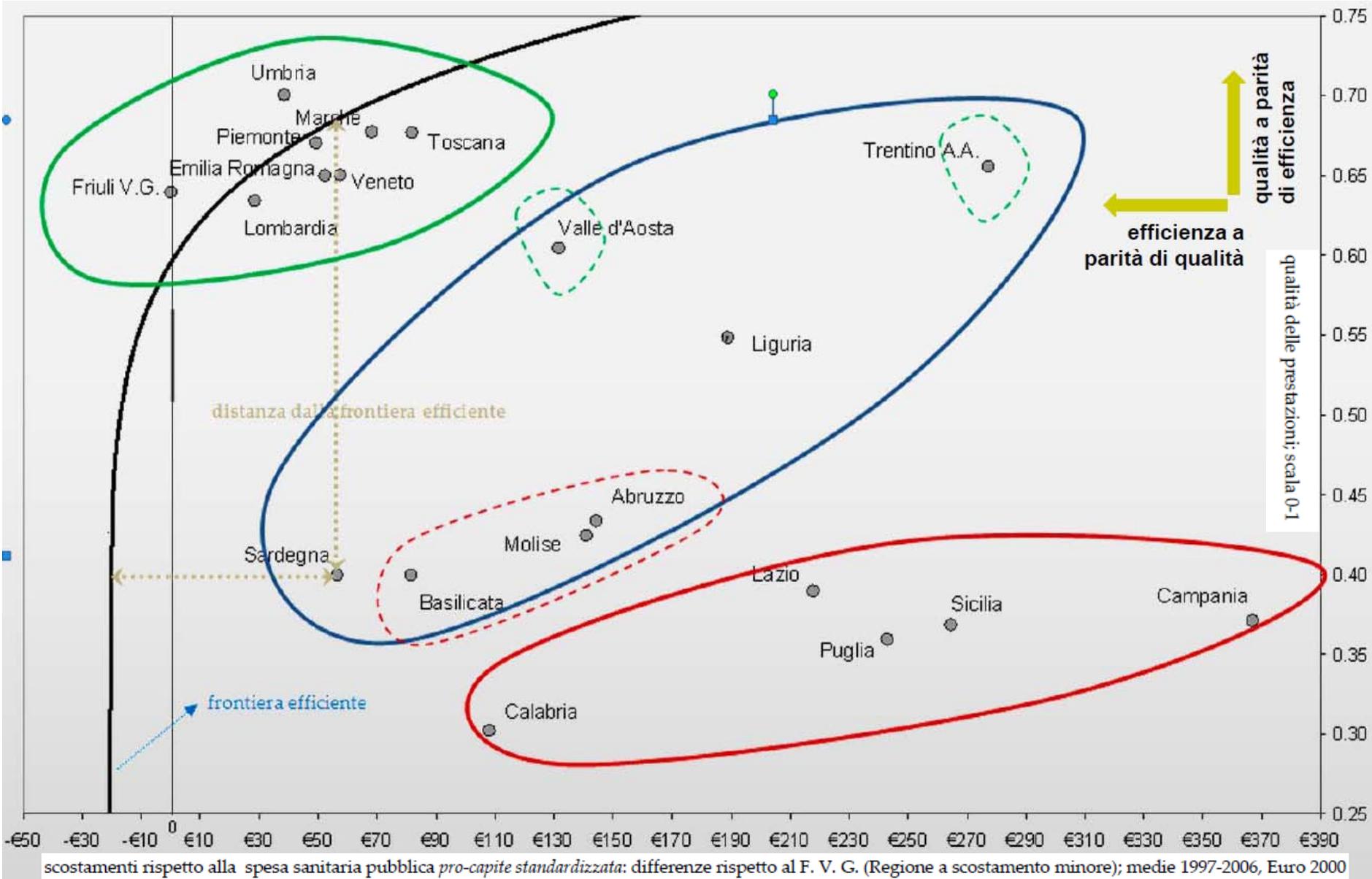
Tavola 3 - Spesa sanitaria pro-capite e aggiustamenti necessari tenendo conto sia della standardizzazione della spesa che del ranking di qualità

	valori di contabilità sanitaria -- spesa pro-capite effettiva, media 1997-2006 (Euro 2000) [a]	valori stimati -- aggiustamento necessario in virtù di standardizzazione e di qualità offerta [b]	valori stimati -- spesa pro-capite efficiente (in 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 Alto Adige	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 Romagna	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 Venezia Giulia	1.266	-20	1.286	-1,6%
Umbria	1.266	-36	1.302	-2,8%

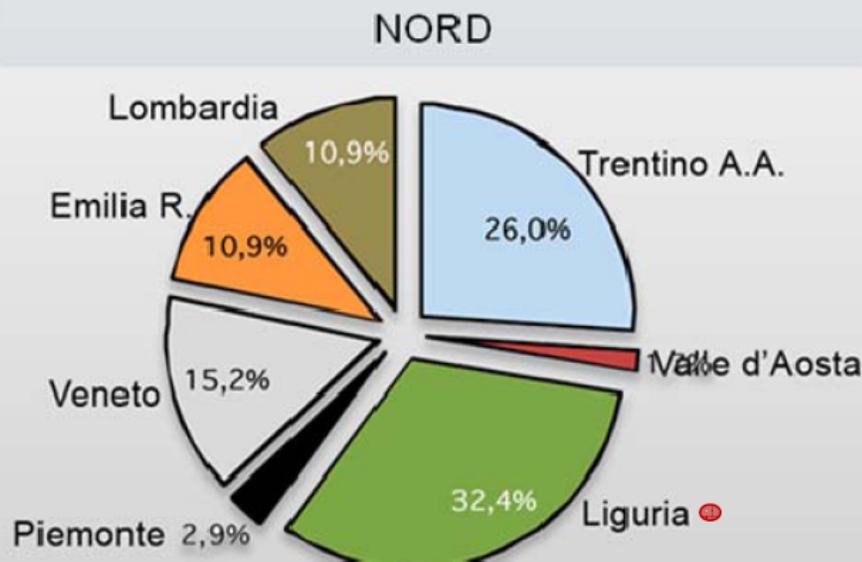
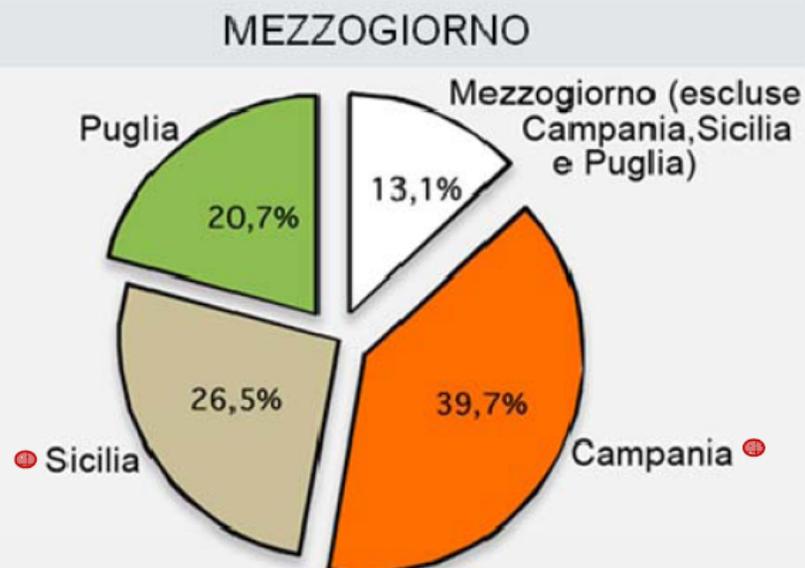
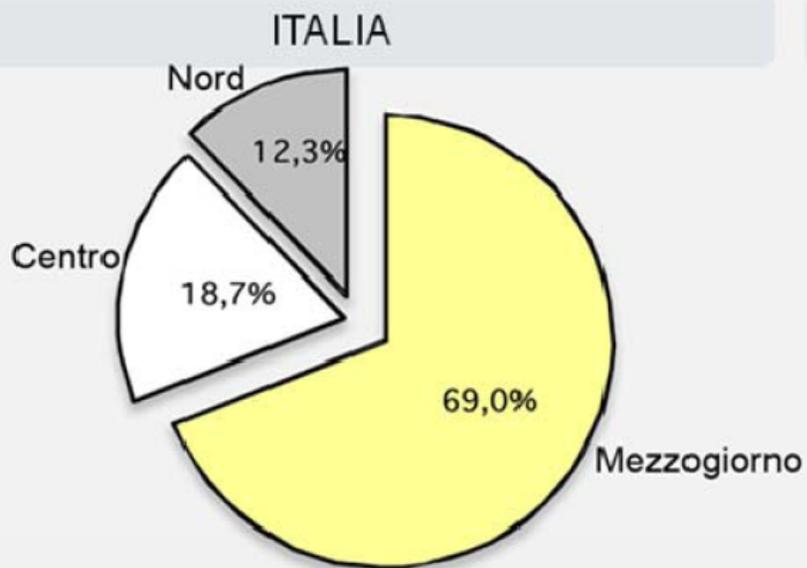


INDICATORE SINTETICO DI QUALITÀ (ISQ)

Frontiera efficiente della spesa sanitaria pubblica pro-capite



Distribuzione geografica degli scostamenti dalla spesa aggregata efficiente



- Che cosa accadrebbe se TUTTE le Regioni fossero state efficienti (cioè sulla frontiera)?
 - a parità di prestazioni offerte la spesa sarebbe stata di 11 miliardi € inferiore (pari allo 0,7% del PIL)

*milioni di Euro correnti***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%

 *Sud e Isole*
 *Centro*

 *Nord*
 *Piano di rientro in corso*

**QUANTIFICAZIONE DEI RISPARMI AGGREGATI
 NELL'IPOTESI DI EFFICIENZA NEL 2007-2008**

- La contabilità non è ancora adeguata per costruire modelli affidabili e per controllare i comportamenti delle unità produttive (ed effettuare un benchmarking efficace)
- Per tradurre un costo standard in fabbisogno standard è necessario fissare i consumi efficienti → ponderazione con le caratteristiche regionali
- Indipendentemente dall'efficienza, le funzioni di produzione regionali possono essere diverse (prevalenza malattie, proporzione ospedale-territorio, ecc.): assumerla uguale impone vincoli esogeni in contrasto con i principi del federalismo e della sussidiarietà
- Come attribuire la spesa per investimenti: 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

Tavola 6 - Indicatore sintetico di dotazione infrastrutturale in sanità ²⁰

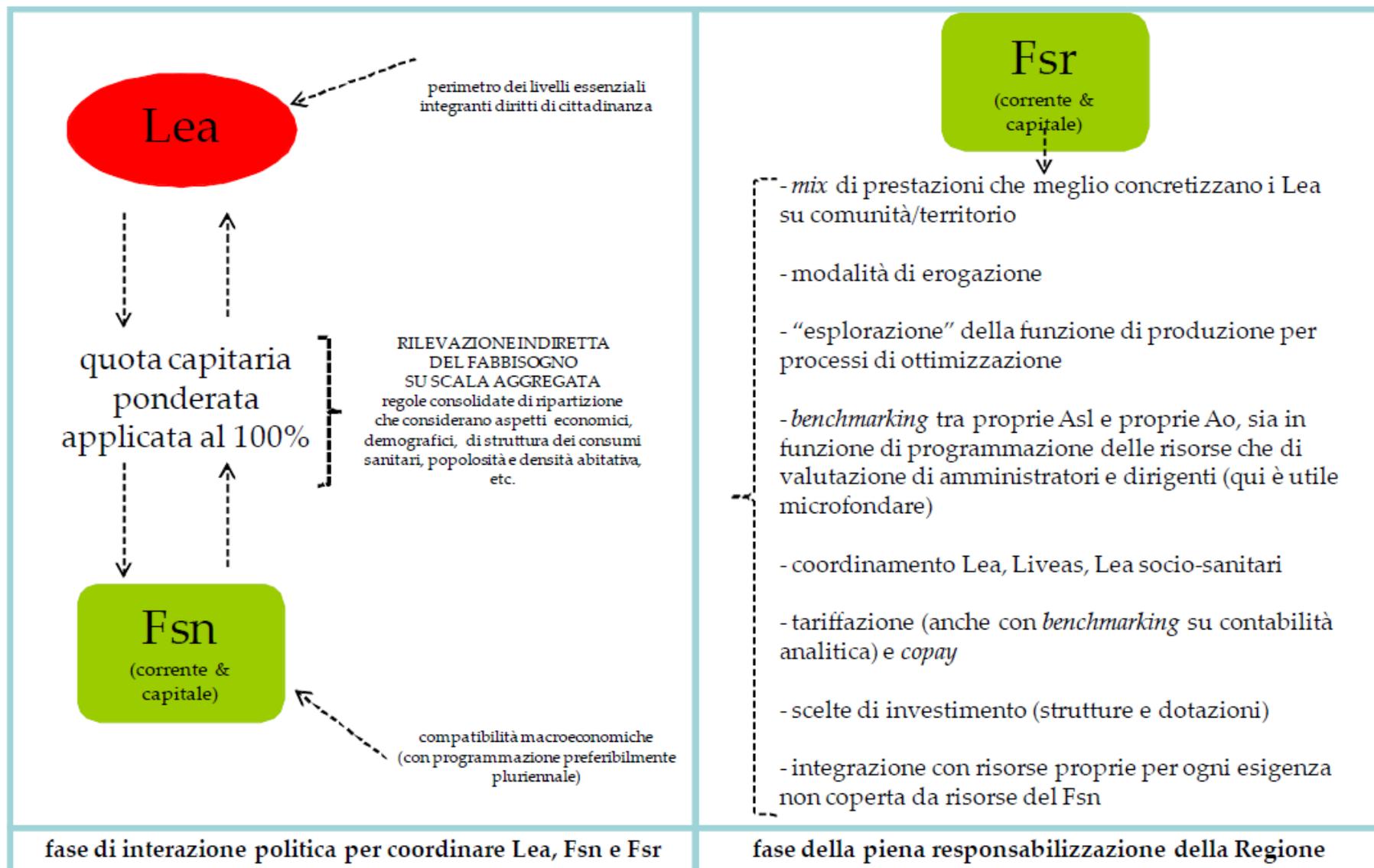
Nord Ovest	116,4
Nord Est	119,7
Centro	101,8
Mezzogiorno	75,6
<i>Italia</i>	<i>100</i>

- **La sperequazione infrastrutturale incide sui rendimenti delle funzioni di produzione e sulla qualità degli *output*. Una endogenità che non va sottovalutata nella fissazione di *standard* di costo.**

→ periodo di transizione

Proposta a regime→

Figura 2 – Relazioni finanziarie a regime (dopo periodo di transizione)



Alcune conclusioni

- Se le Regioni avessero tutte la stessa efficienza (Ricolfi L. Il sacco del Nord, 2010):
 - €20 miliardi in più alle regioni del nord
 - €18 miliardi in meno di evasione fiscale
 - €12 miliardi di eccesso di spesa
 - Totale = €50 miliardi di squilibrio
- Soltanto nella Sanità si risparmierebbero €7 miliardi (Pammolli e Salerno 2010)
- Il federalismo è la soluzione? Forse, se:
 - Si adegua la contabilità
 - Si introducono indicatori di outcome e di efficienza
 - Si incentivano (incentivi positivi e negativi) gli amministratori
 - Si collega maggiormente la spesa al territorio (peggioramenti e ± miglioramenti)
 - Si aumenta l'autonomia regionale (HTA, Prezzi, Salari)
- Importante :
 - Considerare l'equità
 - Fondo di sussidiarietà
 - Alcune funzioni centrali (Igiene pubblica e.g. vaccinazioni)