

**SSST**

**Stato e mercato**

4° modulo: Economia sanitaria

Nerina Dirindin

**ORIFE**

1

**ORIFE**

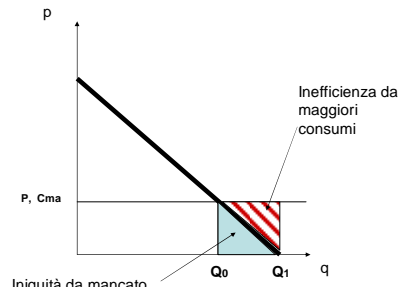
1. Cost sharing e Sistemi di compartecipazione

**ORIFE**

2

**ORIFE**

**Co-payment: gli effetti in termine di benessere**

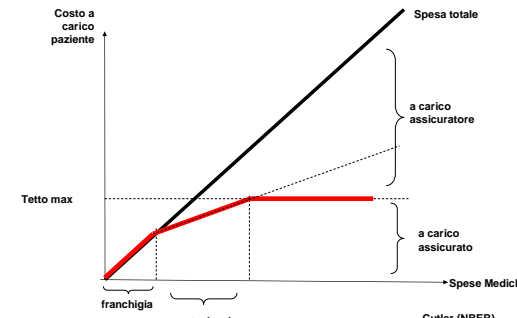


**ORIFE**

3

**ORIFE**

**Cost sharing e assicurazione**

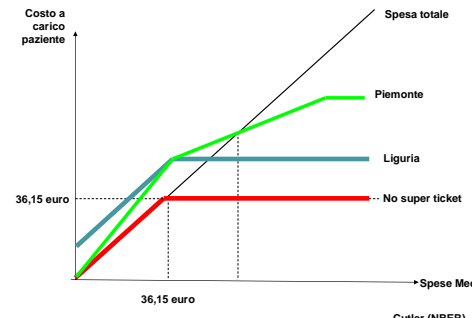


**ORIFE**

4

**ORIFE**

**Il super ticket di 10 euro**



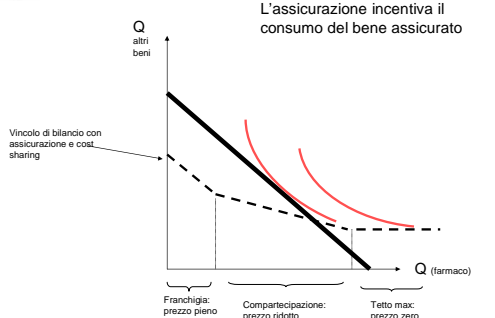
**ORIFE**

5

**ORIFE**


**Scelta ottima in presenza di copertura assicurativa (cost sharing)**

L'assicurazione incentiva il consumo del bene assicurato



**ORIFE**


6




## Sistema di compartecipazione al costo in Italia

**Due aspetti rilevanti da considerare:**

- 1. Sistema di compartecipazione:**
  - quali prestazioni sono soggette alla compartecipazione?
  - quale livello e struttura della compartecipazione?
- 2. Sistema di esenzione**
  - chi è tenuto a compartecipare e chi è esentato?
  - in base a quali criteri?



7




## Sistemi di compartecipazione al costo nel SSN

### Finalità


In teoria, ai sistemi di compartecipazione possono essere assegnate tre finalità:

1. responsabilizzazione utilizzatori (consapevolezza costo servizi)
2. moderazione della domanda
3. finanziamento spesa

Nel SSN ha principalmente la prima finalità.



8




## Criteri di esenzione in base alla condizione economica


I criteri di selettività della condizione economica basati unicamente sul reddito dichiarato a fini fiscali sono di facile applicazione, ma presentano importanti limiti:

- il reddito risultante dalle dichiarazioni fiscali è incompleto e soggetto ad evasione
- non tiene conto delle caratteristiche della famiglia (assenza scale di equivalenza)
- non tiene conto del patrimonio

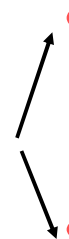
Il sistema previsto a fine anni '90 (oggi congelato) introduceva l'ISE anche per la compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie



9



## Aspetti da considerare




**EFFICIENZA**


- COSTI AMMINISTRATIVI
- GETTITO DA TICKET
  - elasticità domanda ed elasticità incrociata
- CONTENIMENTO SPESA SANITARIA
  - effetto su quantità e su spesa netta

**EQUITA'**


- accesso servizi (diritto a tutela)
- oneri imposti a pazienti




10



## 2. Federalismo fiscale e sanità



11




## Partiamo dalla revisione della Costituzione

La Costituzione, così come riformata nel 2001, descrive un nuovo sistema di:


- competenze, fra i diversi livelli di governo
- finanziamento delle funzioni attribuite
- perequazione, per i territori con minore capacità fiscale

al quale non è ancora stata data attuazione.

Vediamo come è cambiata la Costituzione.



12

 **Potestà legislativa esclusiva e concorrente**

**La Costituzione del 2001** (art. 117)


Le Regioni possono legiferare in tutte le materie salvo ...  
... quelle attribuite per **competenza esclusiva** allo Stato


... politica estera, difesa,  
sistema tributario e contabile dello Stato  
perequazione delle risorse finanziarie

**m) il governo centrale determina i livelli essenziali delle prestazioni** concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

...


**p) il governo centrale determina la legislazione elettorale, gli organi di governo e le funzioni fondamentali** di Comuni, Province e Città metropolitane.


 13

 **L'autonomia finanziaria degli enti decentrati**

**La Costituzione del 1947** (art. 119)  
«Le Regioni hanno autonomia finanziaria nelle forme e nei limiti stabiliti da leggi della Repubblica, ...»  
«Alle Regioni sono attribuiti tributi propri e quote di tributi erariali, in relazione ai bisogni delle Regioni per le spese necessarie ad adempiere le loro funzioni normali. »

**La Costituzione del 2001** (art. 119)  
«I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa.»  
«... hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate proprie, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica .»


 14

 **Che cosa è stato fatto negli anni '90: il decentramento**

avvio processo di decentramento, in linea con tendenze internazionali; il decentramento si realizza soprattutto dal lato delle entrate, meno da quello della spesa

**I Comuni**  
1991 nuova legge elettorale  
1993 introduzione ICI  
1999 addizionale Irpef

**Le Regioni**  
1995 abolizione trasferimenti vincolati (eccetto FSN)  
1995 nuove regole elettorali  
1998 introduzione Irap (autonomia dal 2000)

 15

 **Cosa è stato fatto negli anni 2000: il federalismo fiscale**


**2000** Decreto Legislativo 56/2000 “disposizioni in materia di federalismo fiscale” (abolizione trasferimenti a RSO compreso FSN, introduzione compartecipazione IVA, fondo perequativo nazionale, rimozione vincoli di destinazione, transizione)

**2001** Legge costituzionale 3/2001 di riforma del titolo V della Costituzione


**L. 42/2009** delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione


**2010-11** - otto decreti attuativi

 16

 **La legge delega 42/2009 in materia di federalismo fiscale**

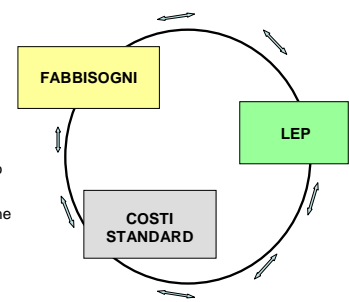
- norma lungamente attesa (dal 2001)
- di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione;
- approvata nel maggio 2009 con una vasta maggioranza parlamentare (astensione PD, voto contrario UDC);
- considerata un “compromesso politico”, i dettagli saranno chiari solo con la sua attuazione
- legge quadro, con decine di principi e criteri direttivi generali (32 principi solo nell'art. 2)
- contiene una complessa struttura di *governance* (commissione parlamentare, commissioni intergovernative, Commissione tecnica paritetica - Copaff);
- numerosi decreti legislativi di attuazione delle deleghe


 17


 **I tre aspetti da considerare**

La legge delega precisa solo genericamente il legame fra Lep, fabbisogni e costi standard.

Il compito è rinviato ai decreti attuativi, alcuni in discussione ma anch'essi poco chiari.



 18





### I Livelli essenziali di assistenza sanitaria

I livelli essenziali di assistenza sanitaria sono stati definiti con il **DPCM del 29 novembre 2001** composto da 4 liste:

1. lista **"positiva"** di tutte le **prestazioni che devono essere garantite** dal SSN (distinte per 3 macro aree: collettiva, distrettuale, ospedaliera);
2. lista **"negativa"** delle **prestazioni escluse dai LEA** (e.g. chirurgia estetica, circoncisione, medicine non convenzionali, vaccinazioni non obbligatorie, prestazioni di medicina fisica riabilitativa ritenute non indispensabili);
3. lista di quattro gruppi di **prestazioni parzialmente escluse dai LEA**, erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche;
4. lista dei **43 DRG "ad alto rischio di inappropriatazza"** se erogati in regime di ricovero ordinario o in day hospital.

**La legge finanziaria per il 2007 ne prevede la revisione.**


19




### Il finanziamento della sanità: la situazione fino al 2011


Approccio seguito fino ad oggi (ante federalismo fiscale):

- **Definizione delle disponibilità complessive nazionali**
- **Riparto per i 3 livelli di assistenza**
  - prevenzione
  - ass. distrettuale
  - ass. ospedaliera
- **Riparto fra le regioni, per quota capitaria ponderata**

Il riparto è effettuato tramite un meccanismo messo a punto con la legge 662/1996.

La spesa storica è stata, ancorché imperfettamente, superata a partire dal 1997.


20





### La quota capitaria ponderata

La legge 662/1996, al comma 34 dell'articolo 1, indica i seguenti parametri di riferimento per il riparto delle disponibilità finanziarie:

- *popolazione residente,*
- *frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso,*
- *tassi di mortalità,*
- *indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari,*
- *indicatori epidemiologici territoriali*

Come sono stati applicati tali criteri?


21




### Applicazione dei criteri di ponderazione della quota capitaria


Ai fini del riparto delle risorse fra le regioni, la struttura per età ha svolto un ruolo rilevante nel primo decennio di applicazione dei parametri della 662/96.

A partire dalla metà degli anni zero, i criteri di riparto mutano lentamente: depotenziamento del fattore età, eliminazione di alcuni criteri minori.

| Riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN      |               |               |             |              |        |
|---|---------------|---------------|-------------|--------------|--------|
| Criteri di ponderazione 2003-2010                       |               |               |             |              |        |
| (quota % di risorse su cui è applicata la ponderazione) |               |               |             |              |        |
|   | pop. resid. * | struttura età | mortalità * | densità pop. | totale |
| 2003  | 17            | 77,9          | 5           | 0,4          | 100    |
| 2004  | 17            | 77,9          | 5           | 0,4          | 100    |
| 2005  | 30            | 67,9          | 2,5         | 0,2          | 100    |
| 2006  | 65            | 35            | -           | -            | 100    |
| 2007  | 65            | 35            | -           | -            | 100    |
| 2008  | 65            | 35            | -           | -            | 100    |
| 2009  | 65            | 35            | -           | -            | 100    |
| 2010  | 65            | 35            | -           | -            | 100    |

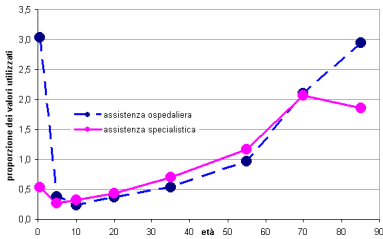
\* popolazione Istat (non pesata)  
\* mortalità infantile e perinatale (opportunamente elaborate)



22




### I pesi utilizzati per classi di età

I pesi attribuiti alle diverse classi di età, ai fini del riparto della spesa ospedaliera e specialistica, sono il risultato dell'analisi dei dati disponibili sul consumo di prestazioni.

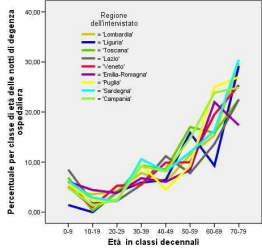




Agenas 2010
23



### Il profilo dei consumi sanitari per età

I dati Istat, documentano il profilo dei consumi di giornate di degenza e di visite mediche per classe di età.




Agenas, 2008
24



### Come sarà finanziata la sanità delle regioni con il FF

La legge sul federalismo fiscale prevede il finanziamento dei servizi sanitari delle regioni sulla base dei fabbisogni standard calcolati tenuto conto del costo standard

Nella fase di transizione, i costi standard sono ininfluenti nel riparto delle risorse.

A regime (?) i costi standard potrebbero invece giocare un ruolo nella determinazione delle risorse complessive.



### Come sarà finanziata la sanità delle regioni con il FF

Il decreto 68/2011 indica la seguente metodologia:

- **Riparto per macro-livelli di assistenza:**
  - assistenza collettiva 5%
  - assistenza distrettuale 51%
  - assistenza ospedaliera 44%
- **Riparto fra le Regioni in base al costo standard, con una metodologia specificata solo in prima approssimazione**

Sostanzialmente i metodi in uso dal 1998, ridenominati

Il costo standard è definito su tre regioni *benchmark*, scelte fra 5, sulla base di criteri di qualità, efficienza e appropriatezza.