

Politiche di budgeting nei sistemi sanitari per esigenze di finanza pubblica *Budgeting policies in health systems for reasons of public finance*

Enza Caruso

Università degli studi di Perugia - Dipartimento di Economia; Centro di analisi delle politiche pubbliche dell'Università di Modena e Bologna.

Parole chiave: Europa, Italia, finanziamento e spesa sanitaria, budgeting

RIASSUNTO

Il saggio pone in rassegna le principali politiche di spesa sanitaria e finanziamento adottate in Europa e in Italia, che dipendono dalle condizioni delle finanze pubbliche e dall'organizzazione dei sistemi di welfare. I sistemi sanitari dei paesi non colpiti dall'austerità, con adeguati livelli di spesa sanitaria, elevata copertura e ridotta spesa out of pocket, hanno potuto affrontare la crisi con politiche contro cicliche. Nei paesi condannati dall'austerità la sanità è stata invece pesantemente colpita rincorrendo politiche pro cicliche. In Italia, la cornice finanziaria del nuovo Patto per la salute si è presentata da subito fortemente precaria, essendo condizionata a successive modifiche che si rendessero necessarie in relazione ai vincoli macroeconomici. Al riguardo, si illustrano le recenti manovre di riduzione del finanziamento sanitario, evidenziando come i miglioramenti di efficienza nella gestione delle risorse hanno in sostanza fatto spazio ad altre politiche.

Key words: Europe, Italy, health expenditures, health financing, budgeting.

SUMMARY

The paper reviews the main policies of health expenditure and financing taken in Europe and Italy, which depend on the condition of public finances and the organization of welfare systems. Countries which were not affected by the austerity policies, with appropriate levels of health care spending, high coverage and reduced out of pocket expenditures, were able to tackle the crisis with counter cyclical policies. On the other hand, Countries that have been hit by austerity, chasing pro cyclical policies have heavily cut the health spending. In Italy, the new Pact for health have immediately taken a highly precarious financial framework, depending on subsequent changes that would be necessary respect to macroeconomics constraints. In that regard, the paper focuses on the latest healthcare funding cuts, showing how the efficiency gains in resource management, rather than being invested for the sustainability of the system, have been used to cover other sectors expenditures.

1. Introduzione

«Non esiste un limite prevedibile alla spesa sociale che la nazione può ragionevolmente richiedere salvo quello che impone il governo», è quanto dichiarò nel 1969 Richard Crossman, segretario di Stato per la sanità e i servizi sociali in UK, volendo giustificare in senso positivo l'aumento della porzione di spesa sanitaria pubblica in rapporto alla crescita dell'economia (1). Oggi la situazione è diversa perché la torta del Pil non cresce abbastanza. In questo contesto, la dimensione pubblica della spesa per la salute è sempre più ristretta entro i vincoli macroeconomici.

La politica sanitaria in Europa ha abbandonato la visione *health for all* della WHO, ed è declinata sempre più come fattore produttivo per la crescita economica dei mercati (2). Le raccomandazioni del semestre europeo si concentrano sull'uso efficiente delle risorse pubbliche e sulla politiche per la concorrenza, ponendo poca attenzione al diritto di accesso universale ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità e all'equità delle cure in senso realmente sostenibile.

Nel quadro del semestre europeo il Ssn italiano non risulta essere interessato da specifiche raccomandazioni. Nonostante ciò continua ad essere posto duramente sotto attacco dalla politica nostrana. I miglioramenti di efficienza nella gestione delle risorse guadagnati da una buona governance centralistica degli ultimi dieci, capace di far scuola oltre i confini nazionali, sembrano dover far spazio ad altre politiche pubbliche. Il patto per la salute, inteso a salvaguardare i risparmi realizzati dal Ssn reinvestendoli nello sviluppo dell'assistenza territoriale, è già stato rotto e le azioni

programmate sui servizi sanitari allungano la lista delle risorse sottratte al settore.

2. La visione della sanità nella governance europea

La garanzia del diritto alla salute è inclusa nella carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000. L'accesso universale ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità costituisce un valore comune dei sistemi sanitari europei (3) e, in quanto obiettivo della strategia Europa 2020 (4), deve essere promosso con linee guida e parametri di riferimento nei paesi membri attraverso l'*Open method of coordination* (Omc)¹.

L'Omc, introdotto per la prima volta nel 1990 come strategia europea per l'occupazione e per il coordinamento delle politiche economiche e fiscali degli Stati membri, è stato esteso proprio con il trattato di Lisbona del 2000 alle politiche di protezione e inclusione sociale. Le politiche sanitarie, confermate nella competenza degli Stati nazionali, non sono state immediatamente incluse nell'agenda degli investimenti sociali, anzi l'aumento della spesa sanitaria è stato visto come una minaccia ai potenziali investimenti in altri settori di politica sociale (5).

1. L'OMC si basa sull'analisi comparata dei progressi dei singoli sistemi nazionali verso gli obiettivi comunitari, lasciando però agli Stati membri l'onere per il loro conseguimento. La definizione degli obiettivi avviene attraverso un processo di consultazione tra gli Stati membri. Per orientare le politiche nazionali, l'Europa utilizza linee guida specifiche e fissa i tempi di realizzazione. Gli Stati membri devono recepire gli orientamenti in piani d'azione nazionali. Le performance di ogni Stato membro vengono quindi valutate in sede europea, utilizzando indicatori quantitativi o qualitativi. L'analisi comparata permette quindi di identificare le migliori pratiche da diffondere tra gli Stati membri.

È sul finire del 2004 che ha luogo il primo Omc europeo per la sanità. Gli obiettivi dell'UE si configurano nella fase iniziale in stretta relazione con la visione *health for all* dell'Organizzazione mondiale della sanità e con la prospettiva del vivere in buona salute per la crescita economica dell'Ocse. Al centro del dibattito vi è sempre l'accesso universale ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità, ponendo attenzione da un lato alle sfide che l'invecchiamento della popolazione pone per lo sviluppo di politiche di assistenza *long term care*, dall'altro all'esigenza di contenere la crescita della spesa sanitaria pubblica recuperando efficienza per la sostenibilità dei sistemi di welfare europei. Tuttavia, per l'UE l'obiettivo del vivere tutti in buona salute non ha un fine esclusivo in sé, bensì resta subordinato all'obiettivo prioritario di fare dell'Europa «l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo». In tal senso, le discussioni sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari prendono il sopravvento, modificando anche il linguaggio utilizzato nei documenti ufficiali, che declina sempre più la politica sanitaria europea come fattore produttivo per la crescita economica (2, 5). La crisi accelera questo processo e, dal 2010, l'assistenza sanitaria diventa materia monitorata nel contesto della sostenibilità delle finanze pubbliche all'interno del ciclo del semestre europeo (e non più come parte delle politiche di lotta alla povertà e all'esclusione sociale).

Il semestre europeo, ambito di coordinamento del ciclo della programmazione economica e fiscale europea, si è tradotto di fatto come il periodo di imposizione dell'austerità, dando mandato al livello di governo sovra-

nazionale di intervenire in modo coercitivo per il rispetto del rigore di bilancio degli Stati membri. Anzi, si potrebbe dire che salire sul cavallo del semestre europeo permette il sostegno dell'UE per implementare quelle riforme politiche considerate impopolari a livello nazionale (6).

Il Consiglio e la Commissione europea possono di fatto vincolare le politiche sanitarie dei paesi membri con specifiche raccomandazioni per il raggiungimento degli obiettivi macroeconomici e di finanza pubblica entro il quadro della nuova governance europea (7, 8). Le raccomandazioni, sempre più frequenti, insistono sull'utilizzo efficiente delle risorse pubbliche e sulle possibili economie di spesa dai risparmi veloci conseguibili nel settore sanitario, ponendo poca attenzione all'equità delle cure. Nei paesi sottoposti alle politiche di salvataggio dal default, le raccomandazioni sono addirittura sostituite con il rinvio alle politiche di consolidamento fiscale dettate dalla *Troika*, che si sono sostanziate in un forte aumento della pressione fiscale e una pesante riduzione della spesa pubblica, contribuendo alla caduta del Pil.

Le misure adottate in molti paesi membri hanno quindi fatto ricadere i costi della crisi sui diritti delle persone, restringendoli e subordinandoli agli interessi dei capitali, di banche e assicurazioni (9). Il processo di formulazione delle raccomandazioni entro il semestre europeo non sembra peraltro essere guidato dalle tradizionali metriche sulle performance dei sistemi sanitari che hanno caratterizzato l'Omc. Piuttosto è oggi sempre più influenzato da determinanti di potere (attività di *lobbying* e di negoziazione) e carente di criteri di trasparenza (10). Il fatto che le

politiche sociali siano sempre più subordinate alle politiche macroeconomiche in seno alle istituzioni europee non rappresenta tuttavia una novità. Conferma invece quella tendenza volta a declinare tutto in termini di crescita economica dell'UE, piuttosto che orientare gli obiettivi di politica sanitaria al soddisfacimento del diritto alla salute delle persone (6). L'assistenza sanitaria è stata infatti riconosciuta entro l'area europea come un importante mercato (concorrenziale) interno di servizi (e di industrie) che presenta il più alto potenziale di occupazione, ma anche come il settore di politica sociale con il più alto potenziale di minare la sostenibilità fiscale futura dei sistemi di welfare europei (2). Per questi motivi, l'investimento in salute nel territorio e nella prevenzione, nonostante i proclami nei documenti ufficiali a sostegno della crescita economica (11), in realtà non si presenta come una priorità.

Le riforme strutturali in senso realmente sostenibile richiedono invece tempi lunghi, capacità di governance, risorse ed investimenti, riportando al centro del dibattito le performance dei sistemi sanitari e i diritti fondamentali alla base del contratto sociale.

3. Le politiche di budgeting nei sistemi sanitari europei

La recessione è stata particolarmente pesante nell'area mediterranea: tra il 2008 e il 2013, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna hanno registrato per tre o più anni una contrazione del Pil. Nel 2014 l'Italia è il paese che presenta le maggiori difficoltà di ripresa (-0,4% di Pil); nel 2015, contravvenendo alle previsioni, la crescita reale si arresta all'0,8% (peggio di noi nell'area EU15 con il segno

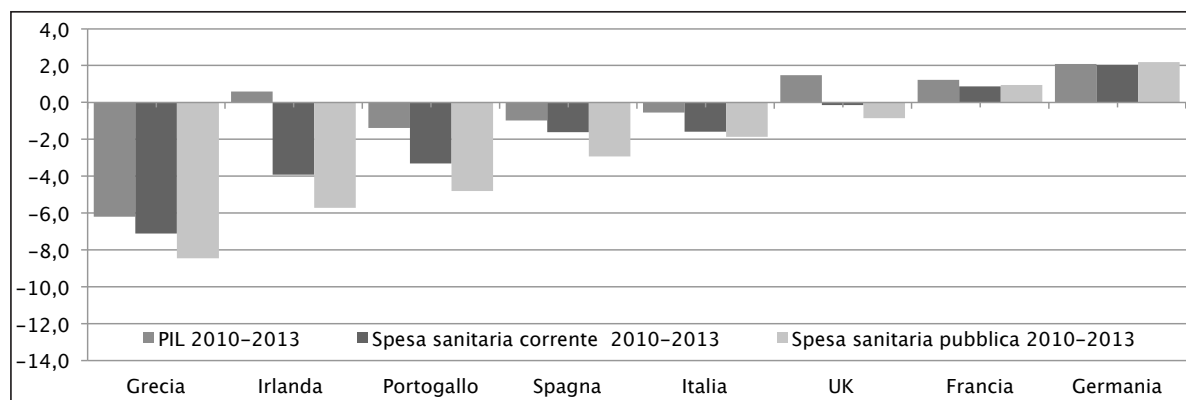
negativo solo la Grecia e la Finlandia); la disoccupazione, dopo il picco raggiunto nel 2014 (12,7% della forza lavoro contro il 6,7% del 2008), accenna nel 2015 una lieve riduzione al 12,3%. Resta invece una piaga di dimensioni eccezionali in Grecia (25%) e in Spagna (22%). Nella tragedia greca circa un quinto della popolazione vive in condizione di severa deprivazione materiale e circa un terzo della popolazione non gode di copertura sanitaria (12). Nel contesto della crisi delle finanze pubbliche, le economie di spesa realizzate nel settore della salute sono state un po' ovunque superiori a quelle realizzate in altri settori. Tra il 2010-2013 il declino della spesa sanitaria nei paesi stretti dal *diktat* dell'austerità è andato oltre il rallentamento dell'economia (fig. 1).

La contrazione delle risorse pubbliche per la salute ha gonfiato il peso della spesa privata nei paesi più a rischio (fig. 2) e, contestualmente, ne ha rallentato la crescita per effetto della traslazione dei costi sulle tasche dei cittadini (13). Tuttavia, in valori nominali la spesa sanitaria privata è diminuita in Grecia, Portogallo, UK, Italia.

Nella gran parte dei paesi europei la riduzione della copertura sanitaria pubblica si è comunque tradotta in aumenti di spesa *out of pocket* piuttosto che nello sviluppo delle assicurazioni private. In questo contesto di debolezza del mercato privato, le pressioni dei fondi sanitari integrativi per la privatizzazione di talune prestazioni sanitarie fornite nell'ambito pubblico si fanno sempre più forti. Al riguardo, le commissioni parlamentari di indagine sulla sostenibilità del Ssn italiano hanno diverse visioni (14, 15).

Nella geografia europea un rilevante nume-

Figura 1 - Tassi di crescita reale del Pil e della spesa sanitaria corrente totale e pubblica (media 2010-2013)



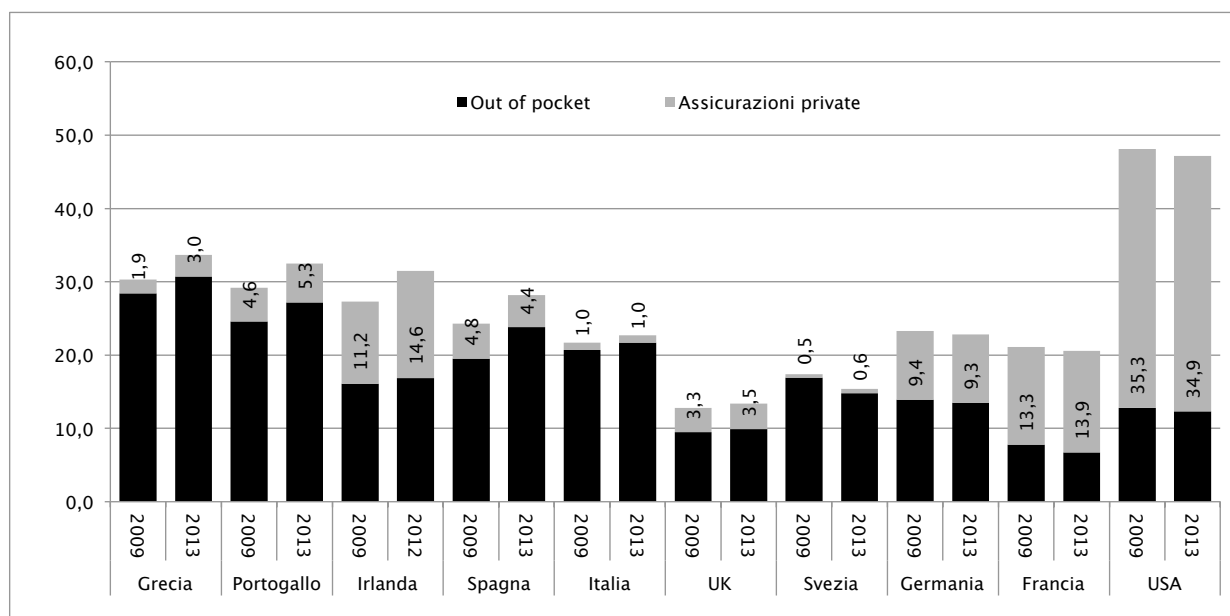
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2015

ro di paesi ha sperimentato tagli drastici alla spesa sanitaria, mentre altri si sono impegnati per salvarla, quanto meno sull'onda immediata della crisi economica (13). Le condizioni preesistenti delle finanze pubbliche, il modello di welfare esistente, la dimensione del finanziamento e l'allocatione della spesa sanitaria, l'organizzazione dei sistemi sanitari hanno infatti influenzato le azioni di

riforma intraprese (o imposte dai programmi di austerità) e le dimensioni delle manovre (16, 17).

Sul fronte del finanziamento, i tagli al fabbisogno sanitario pubblico (in particolare nei paesi maggiormente colpiti dalla crisi) o una maggiore pressione sulla contribuzione sociale sono state politiche comuni. Non sono però mancate politiche contro cicliche

Figura 2 - Spesa privata delle famiglie in % della spesa sanitaria corrente



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2015

di aumento dei fondi pubblici (Austria e Svezia) o di compensazione della contribuzione caricata sul costo del lavoro con l'incremento dei trasferimenti dalla fiscalità generale (Germania). La copertura dei deficit sanitari è avvenuta con ricorso all'indebitamento (Francia, Portogallo, Austria) oppure utilizzando la leva fiscale locale (Italia). Per sostenere i sistemi di sicurezza sociale sono state introdotte o aumentate imposte di scopo (Belgio e Francia). Nella ricerca di risorse aggiuntive alcuni paesi hanno agito con politiche selettive, innalzando per esempio le aliquote contributive per i redditi più elevati da lavoro autonomo (Francia), oppure tagliando le agevolazioni fiscali legate alla sottoscrizione di polizze di assicurazioni sanitarie private o alla spesa *out of pocket* (Danimarca, Irlanda, Portogallo). Non mancano poi controlli più stringenti e tetti sulla crescita della spesa sanitaria (Austria, Belgio, Francia, Portogallo e Spagna) e, più in generale, sull'intera spesa pubblica (Danimarca e Spagna) (16, 17, 18). Tra le politiche di contenimento della spesa sono state privilegiate misure efficientiste dai risparmi immediati con tagli lineari ai prezzi e ai volumi di prestazioni. Ne sono esempi la riduzione o il congelamento delle retribuzioni (Austria, Danimarca, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna, UK) e il blocco del turn over (Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna, UK); la revisione dei budget ospedalieri (Austria, Danimarca, Grecia, Italia, Olanda, Portogallo, Irlanda del Nord) e/o dei tariffari delle prestazioni (Danimarca, Francia, Irlanda Inghilterra, Italia); l'accorpamento di strutture e/o chiusura di ospedali (Belgio, Danimarca, Grecia, Italia, Olanda, Portogallo, Spagna); la regolazione

degli acquisti di farmaci e dispositivi medici sfruttando il potere di monopsonio nelle procedure centralizzate (Danimarca, Francia, Grecia, Italia, Olanda, Portogallo e Spagna), l'introduzione di prezzi di riferimento, di sconti obbligatori o la riduzione del *mark up* sui prezzi nella filiera del farmaco (Belgio, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo); l'introduzione di tetti sui volumi di spesa di farmaci e dispositivi medici e la divisione dei rischi per ripianare eventuali sforamenti (Belgio, Grecia, Italia, Portogallo) (16, 17, 18, 19, 20).

Le ricette per indurre comportamenti di appropriatezza hanno interessato gli obblighi alla prescrizione del principio attivo o la sostituzione volontaria dei farmaci *branded* con i generici (Belgio, Grecia, Italia, Portogallo, Spagna); l'introduzione della ricetta elettronica (Grecia, Portogallo); l'utilizzo di linee guida (Danimarca, Grecia, Portogallo) e il monitoraggio delle prescrizioni (Portogallo, Italia) (16, 17, 20).

Effetti positivi sui risparmi di spesa si associano alle valutazioni HTA (Health Technology Assessment) di costo efficacia (non sempre disponibili e in genere importate da altri paesi), o a pratiche e-health (cartelle cliniche e ricette elettroniche) che contribuiscono al monitoraggio delle cure (Belgio, Francia, Grecia, Portogallo) (16, 21, 22).

Tra le politiche di prevenzione si è fatto ricorso all'aumento delle accise su alcool (Danimarca e Francia) e tabacco (Danimarca, Francia, Portogallo e Spagna) o all'introduzione di imposte sui cibi spazzatura (Francia) (16).

Rafforzare le cure primarie, nonostante le intenzioni dichiarate in tutti i sistemi sanitari,

non è un'operazione semplice quando le risorse sono scarse. Alcuni paesi hanno stanziato risorse aggiuntive (Belgio e Olanda); altri hanno abbassato la compartecipazione privata alla spesa per le visite sul territorio (Belgio e Germania); diversi sono gli Stati che hanno ridefinito i setting di cura ospedale-territorio secondo appropriatezza (Francia, Irlanda, Italia, Norvegia, Portogallo UK). Il Galles ha prolungato gli orari di accesso ai servizi primari. In Belgio e Francia sono stati introdotti incentivi sulle performance per la retribuzione dei medici di medicina generale (16, 21). In Grecia, invece, seguendo il memorandum, la riforma delle cure primarie ha assegnato ai medici un budget di 250 visite mensili (capienza che si esaurisce in meno di una settimana), oltre il quale le visite sono a pagamento. Questa riorganizzazione dell'assistenza di base ha compromesso l'accesso al pubblico non appena le liste garantite dei medici si riempiono (22, 23).

Nelle dimensioni della copertura sanitaria con la crisi non sono mancate politiche di assalto all'universalismo.

Nel sistema sanitario spagnolo, diventato di tipo assicurativo, il diritto di accesso ai servizi sanitari per i migranti irregolari è stato limitato ai soli servizi di emergenza-urgenza, mentre i cittadini dell'UE che hanno perso il lavoro sono coperti solo se sottoscrivono costose polizze di assicurazione privata (24). In Irlanda è stata soppressa la copertura gratuita alle cure primarie per le persone anziane over 70 più benestanti (25). Nei paesi dove la copertura universale non è garantita sono state ristrette le soglie *mean tested* per l'accesso alle cure gratuite. In Grecia per rispondere ai bisogni di cura insoddisfatti, sono sorti nei

centri urbani ambulatori sociali che garantiscono con il lavoro gratuito e volontario dei medici l'assistenza primaria (26).

Operazioni di *delisting* hanno interessato prevalentemente i farmaci, favorendo l'uso di generici con valutazioni costo-efficacia HTA (Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Spagna) o con l'introduzione di liste positive (Grecia, Spagna, Portogallo). In alcuni paesi dal pacchetto dei benefici sono state escluse prestazioni prima garantite (e.g. le cure odontoiatriche in Irlanda e Olanda) o è stato limitato l'accesso ai servizi preventivi (Olanda). Nell'Irlanda del Nord, invece, la copertura sanitaria per i servizi preventivi è stata estesa (16).

Diffusamente i sistemi sanitari europei stanno cercando di fare cassa con l'aumento della compartecipazione privata alla spesa sanitaria per le prescrizioni farmaceutiche (Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna, Svezia), le visite specialistiche (Danimarca, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda²), l'accesso alle cure primarie (Francia, Grecia, Portogallo), i ricoveri ospedalieri (Francia, Grecia, Irlanda e Portogallo), l'accesso non urgente al pronto soccorso (Italia e Portogallo), le cure per la non autosufficienza (Portogallo). Non mancano situazioni dove la riduzione della protezione all'accesso è stata ridimensionata modificando i tetti di esenzione (Finlandia, Irlanda, Portogallo e Svezia) o escludendo persone prima esenti

2. Paradossale appare il caso olandese dove la compartecipazione alla spesa ha assunto la forma della franchigia per cui le persone pagano qualsiasi spesa medica fino a 350 euro con l'eccezione delle visite dal medico di base. A causa dei costi molte persone non eseguono le prescrizioni mediche (per esempio non effettuano esami o non acquistano medicinali) (28).

(Grecia e UK) (16, 22, 25, 26, 27, 28).

Solo pochi paesi hanno incentivato l'accesso alle visite territoriali di assistenza primaria di base (Finlandia e Germania) o di diagnostica ambulatoriale (Belgio, Danimarca, Germania). Alcune regioni italiane e i Paesi Bassi³ hanno fatto passi indietro sui ticket per la specialistica. Anche in Grecia il ticket di 25 euro sui ricoveri ospedalieri è stato cancellato dal 2014. Diversi paesi hanno agito con politiche *target* per agevolare l'accesso ai servizi sanitari di migranti (Danimarca e Francia) e soggetti più vulnerabili allargando le soglie di accesso o le esenzioni (Austria, Belgio, Finlandia, Grecia, Portogallo, Spagna) (16).

4. Gli effetti sulle performance dei sistemi sanitari europei

In periodi di crisi, quando un'economia fonda il suo welfare su un solido sistema di stabilizzatori automatici per la protezione del reddito, se la sanità è adeguatamente finanziata e la compartecipazione privata alla spesa è bassa, politiche pro cicliche di ridimensionamento delle risorse in alcune funzioni di spesa possono essere supportabili nel breve periodo se non intaccano le performance del sistema, riescono a migliorare l'efficienza dei fattori produttivi e se gli incrementi di spesa privata sono sostenibili dalle famiglie (16, 25). Sotto queste condizioni la crisi, come da più voci sostenuto, può essere considerata un'opportunità per ripensare la riallocazione delle risorse e riformare in senso maggiormente sostenibile l'organizzazione dei servizi sanitari, investendo in percorsi di cura migliori sul piano costo-efficacia (21).

3. Cfr. nota precedente.

Oltre queste condizioni, sono però la misura e i tempi di realizzazione dei risparmi che fanno la differenza. L'Italia, ad esempio, pur non godendo di un buon sistema di ammortizzatori sociali rispetto agli altri paesi, presenta uno dei migliori sistemi sanitari al mondo e ha iniziato questo processo di efficientamento della spesa e riorganizzazione dei servizi sanitari ben prima dell'inizio della crisi (29, 30). Tuttavia, dal 2010 un attacco senza precedenti al settore sta contraendo la spesa sanitaria anche in valori nominali. Nei paesi più in difficoltà, la misura (troppo grande) e i tempi (troppo stretti) per conseguire i risparmi richiesti ai sistemi sanitari hanno profondamente abbassato la qualità dei servizi e prodotto una drastica riduzione della copertura sanitaria della popolazione con conseguenti danni alla salute delle persone (25, 26, 28, 31).

La sostenibilità di un sistema sanitario è la condizione per un equo accesso alle cure (32). Un sistema è tanto più sostenibile quanto più il livello di finanziamento è adeguato e le risorse sono prevedibili e stabilizzate nel tempo. Sotto una congiuntura sfavorevole, nel breve periodo i sistemi sanitari assicurativi riescono meglio a mobilitare risorse aggiuntive aumentando le aliquote contributive caricate sulla forza lavoro occupata (16). Nei sistemi sanitari nazionali finanziati con la fiscalità generale, la perdita di gettito fiscale richiederebbe invece di essere compensata con fondi di riserva allocati nel bilancio dello Stato: si pensi per esempio al fondo straordinario a copertura dei Lea introdotto in Italia con la legge 243/12 sul pareggio di bilancio (33).

La capacità di pareggiare i bilanci sanitari

incontra però dei limiti quando la finanza pubblica è sotto pressione e le priorità di politica economica pongono in secondo piano le politiche sanitarie. Una crisi persistente, come quella che sta attraversando il vecchio continente, richiede quindi di porre in essere ulteriori politiche per far fronte ai deficit e garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari. Il riaccentramento della governance e la riduzione della frammentazione del sistema certamente migliorano il controllo delle risorse spese. Attraverso questa via, la riduzione del finanziamento è stata affrontata principalmente contenendo i costi del personale, l'eccesso di capacità produttiva ospedaliera e sfruttando il potere monopsonista per migliorare la regolazione degli acquisti di beni e servizi. La politica del produrre di più con meno risorse incontra però dei limiti quando la misura dei tagli al budget sanitario diventa troppo grande: i guadagni di efficienza vengono meno e queste stesse politiche possono demotivare il personale, far abbassare la qualità e le performance dei servizi, incrementare le liste di attesa e indurre problemi di accesso (16, 21, 25, 34). Scelte politiche che guardano al lungo periodo possono invece migliorare l'efficienza futura e la qualità dei servizi sanitari, senza compromettere l'accesso alle cure, se riallocano i risparmi verso politiche di sviluppo della medicina preventiva e territoriale, di network di HTA, di pratiche e-health (21).

L'evidenza sui dati e le politiche seguite, prima espone, dimostrano che nel vecchio continente, sono i sistemi sanitari forti ad aver intrapreso azioni di riforma per la sostenibilità futura. Nei paesi condannati dall'austerità, la spesa sanitaria è stata invece colpita

da pesanti tagli, tanto che in valori nominali è oggi inferiore ai dati registrati pre-crisi. Le performance già deboli dei sistemi sanitari sono peggiorate e i soggetti più vulnerabili (disoccupati, poveri, migranti) incontrano sempre più difficoltà di accesso ai servizi per le pesanti restrizioni sulla copertura sanitaria, ricorrendo ai servizi emergenziali (di pronto soccorso), con conseguenze sull'efficienza e l'efficacia dei servizi (25, 28).

La crisi peggiora le condizioni di salute dei decili più bassi della distribuzione del reddito. La paura della perdita del lavoro, condizioni di vita più precarie, disoccupazione e insicurezza abitativa sono le cause di maggiori disordini mentali (25, 28, 35). Nei paesi con maggiori tassi di disoccupazione, stress e ansia si associano ad un incremento dei suicidi (26, 27). Una ricerca spagnola condotta tra i pazienti dei servizi sanitari di base ha dimostrato che circa un terzo dei disturbi di salute mentale deriva dalla combinazione dei rischi di disoccupazione con le difficoltà al pagamento dei mutui (36).

A causa della diminuzione del reddito disponibile, pazienti che prima facevano ricorso a servizi sanitari privati si sono riversati nel settore pubblico (28). In Grecia tra il 2009 e il 2011 sono aumentati i ricoveri ospedalieri pubblici a fronte di un calo non solo dei ricoveri in ospedali privati ma anche nell'uso dei servizi ambulatoriali e delle visite mediche generali gravati da una maggiore compartecipazione privata alla spesa (27, 34). Sostenere di tasca propria le cure sanitarie comporta infatti serie barriere all'accesso soprattutto dove la spesa *out of pocket* è elevata, come nei paesi dell'area mediterranea.

5. Il budgeting nel SSN e le recenti manovre di finanza sanitaria italiana

Seppure nel ciclo del semestre europeo, l'Italia non sia stata finora interessata da specifiche raccomandazioni per la sanità, il contributo del settore nelle manovre correttive dei conti pubblici è stato più che significativo.

Il processo di efficientamento della spesa è iniziato ben prima della crisi.

La spesa sanitaria è stata infatti stabilizzata in valori reali sin dal 2006, quando i guardiani del bilancio hanno ripreso in mano le redini della borsa. Le nuove regole del gioco hanno dettato la fine del *bail out* governativo a pioggia.

Con la politica premiante degli equilibri di bilancio (anticipazioni per cassa dal 95% al 99% delle risorse spettanti) e quella sanzionatoria dei Piani di rientro per la correzione degli squilibri (automatismi sulla leva fiscale locale, blocco del turn-over e divieto di iscrivere in bilancio spese discrezionali), i disavanzi sono stati progressivamente contenuti.

La complessa architettura della governance centralistica per il controllo della spesa sanitaria, fatta di vincoli e adempimenti crescenti nel tempo, è stata inoltre arricchita con l'introduzione del d.lgs. 118/11 che, dando attuazione al processo di armonizzazione dei bilanci, ha perimetrato con opportuni capitoli tutte le entrate e le uscite della sanità nei bilanci regionali e istituito da un lato una tesoreria unica per il finanziamento del Ssn, e dall'altro la Gestione sanitaria accentrata (Gsa) per il raccordo e consolidamento dei conti tra la contabilità

finanziaria delle regioni e quella economico patrimoniale degli enti sanitari (37).

L'operazione di riclassificazione contabile ha fatto emergere le sofferenze del fabbisogno di liquidità del settore sanitario, che nelle regioni in piano rientro derivano dai mancati trasferimenti per cassa delle coperture certificate in sede di monitoraggio centrale, ma poi utilizzate per altre finalità (cd. distrazione dei fondi).

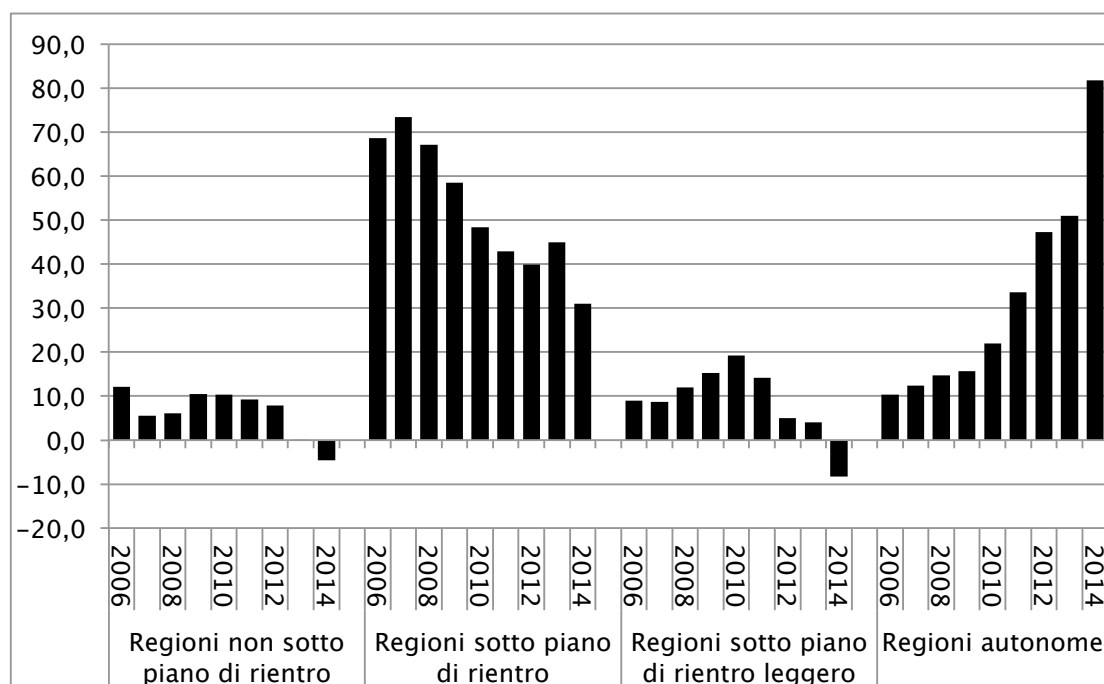
Un fenomeno cui si è cercato di porre rimedio sia con la concessione delle anticipazioni di liquidità da parte dello Stato per il ritardo dei pagamenti verso i fornitori (dl 35/13 e s.m.i), sia con l'obbligo di erogare effettivamente alle aziende sanitarie entro la fine di ciascun anno almeno il 90% del finanziamento spettante (statale e regionale). Un vincolo, per l'accesso alle quote premiali, che la legge di stabilità per il 2015 ha innalzato al 95% (le quote restanti devono comunque essere trasferite entro la fine di marzo dell'anno successivo).

I risultati a consuntivo dei conti economici (CE riclassificati con il d.lgs. 118/11) segnalano un avanzo di gestione negli ultimi tre anni (583 mln nel 2012, 333 mln nel 2013, 227 mln nel 2014).

È necessario tuttavia considerare che i CE sono comprensivi delle coperture extrafondi per i Lea contabilizzate dalle regioni. Il disavanzo prima delle coperture accertato dal Tavolo tecnico del Mef ammonta invece a circa 864 mln nel 2014 ed è in continua riduzione dal 2006 quando aveva superato i 6 mld (37).

È interessante osservare (fig. 3) che a fronte della tendenziale riduzione del contributo al disavanzo delle regioni in piano di rien-

Figura 3 - La concentrazione dei disavanzi



Fonte: Ns elaborazione su dati RGS, 2015.

tro, per contro è in crescita quello delle regioni a statuto speciale⁴.

Dal 2010 l'austerità nostrana ha fatto però entrare la sanità in una nuova fase di riduzione della spesa nominale, oltre che reale. Il quadro della finanza pubblica descritto nei documenti di economia e finanza (tab. 1) evidenzia come a partire dal Def 2011 ogni anno, per effetto del cumulo delle manovre correttive, i risultati sono sempre migliori delle attese e vengono messi a regime nelle nuove previsioni. La seconda parte della tabella riporta le differenze tra le previsioni e i risultati assestati nel Def 2015 (i numeri in

grassetto danno conto delle effettive economie di spesa annuali rispetto all'ultima previsione).

Il Def 2015 ha assestato i risultati di gestione degli anni passati con una revisione al rialzo. In media annua dal 2010 al 2014 la crescita stagnante del Pil (+0,2%) si è accompagnata ad una decrescita della spesa sanitaria (-0,3%), contrariamente alla restante parte della scatola nera della spesa primaria corrente che ha continuato ad assorbire maggiori risorse (+1,3%). La quota del settore sanitario si è dunque ristretta sia rispetto alla torta del Pil che a quella dell'intera spesa primaria corrente. Nel 2014 la spesa sanitaria ha ricominciato a crescere pur mantenendosi ancora al di sotto della previsione contenuta nel Def 2014.

I maggiori effetti di contenimento della spesa si registrano sulle politiche direttamente con-

4. Le Rss provvedono al finanziamento della sanità con risorse proprie. Non è prevista alcuna forma di monitoraggio salvo la rilevazione dei dati nel Nsis del Ministero della salute. Il disavanzo è quindi calcolato come differenza tra quanto speso e il fabbisogno teorico definito in sede di riparto delle risorse a copertura dei Lea.

Tabella 1 - Risultati e previsioni di finanza sanitaria nei DEF 2010-2015 (mld di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014
DFP 2010	114,962	116,116	119,048	123,846	
DEF 2011	113,457	114,836	117,391	122,102	126,512
DEF 2012	112,742	112,039	114,497	114,727	115,421
DEF 2013	112,526	111,593	110,842	111,108	113,029
DEF 2014	112,526	111,094	109,611	109,254	111,474
DEF 2015	112,526	112,215	110,422	110,044	111,028
differenza 2010-2015	2,436	3,901	8,626	13,802	
differenza 2011-2015		2,621	6,969	12,058	15,484
differenza 2012-2015			4,075	4,683	4,393
differenza 2013-2015				1,064	2,001
differenza 2014-2015					0,446
PIL NA DEF 2015	1.605,694	1.638,857	1.615,131	1.609,462	1.616,048
Spesa corrente primaria NA DEF 2015	664,989	666,420	671,423	684,031	692,331
% spesa sanitaria sul Pil	7,0%	6,8%	6,8%	6,8%	6,9%
% spesa sanitaria su spesa corr primaria	16,9%	16,8%	16,4%	16,1%	16,0%

Fonte: Ns elaborazione su documenti di finanza pubblica

trollabili dal governo centrale: la farmaceutica (su cui hanno influito l'aumento della compartecipazione privata alla spesa, la riduzione del prezzo medio dei farmaci, la rideeterminazione dei tetti di spesa) e il personale (interessato dal blocco del turn over nelle regioni sotto piano di rientro oltre che dalle economie di spesa per il congelamento dei livelli retributivi). Meno incisive sono state invece le misure che ricadono sotto l'autonomia delle regioni: acquisti di beni e servizi (dispositivi medici e servizi in outsourcing) e acquisti di prestazioni da erogatori privati (ospedaliera e specialistica).

Sul piano del finanziamento ordinario del Ssn, l'ostinata lotta per la difesa delle risorse condotta dal dicastero della salute e dalle regioni nel corso delle contrattazioni per il nuovo Patto per la salute 2014-2016 certamente non rappresenta un successo. La rideterminazione del finanziamento del Ssn ha continuato ad applicare la regola di allineamento delle risorse alle variazioni del Pil tenendo comunque conto degli effetti delle manovre sul settore (109,9 mlds nel 2014, 112,1 mld nel 2015 e 115,4 mld nel 2016). In quella sede, è stato però concertato il principio ge-

nerale secondo cui i risparmi derivanti dalle misure di efficienza e efficacia contenute nel Patto restassero nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie a garanzia dell'equilibrio del sistema.

Segnato dalle discussioni sulla sostenibilità fiscale del Ssn e dovendo fare i conti con il programma di revisione della spesa, il Patto ha assunto come strategia principale la razionalizzazione della rete ospedaliera riversando i risparmi nel potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare. In senso favorevole, si punta a rafforzare i sistemi informativi per il controllo e il monitoraggio delle cure primarie, lasciando alla spending review la ricerca di nuovi risparmi sulla farmaceutica e sulle politiche di acquisto di beni e servizi. Ma la cornice finanziaria del nuovo Patto per la salute si è presentata da subito fortemente precaria (essendo condizionata a "successive modifiche che si rendessero necessarie" per esigenze macroeconomiche).

La riduzione del finanziamento ha trovato subito sostanza nel concorso agli obiettivi di finanza pubblica che la manovra di stabilità per il 2015 ha aggravato sulle regioni: 4,7 mld di economie di spesa da applicarsi libe-

ramente nel rispetto dei Lea e dunque del finanziamento del Ssn. Tuttavia, poiché senza contraddizione non c'è vita, in assenza di autoordinamento l'attribuzione dei risparmi sarebbe stata spalmata tenendo anche conto del Pil e della popolazione residente, ma soprattutto ricadendo eventualmente anche sulle risorse destinate al finanziamento corrente del Ssn. La sforbiciata sulla sanità, già predeterminata nella manovra per il 2015 e inclusa nei tendenziali di spesa del Def 2015, è stata dettagliata nel dl. 78/2015 che, nel recepire le intese regionali del 26 febbraio e del 5 luglio 2015, ha addossato al settore il 50% dei tagli (2.352 mln) rideterminando il finanziamento del Ssn in 109,7 mld per il 2015 e in 113,1 mld per il 2016.

Restando libere le regioni di conseguire i risparmi con misure alternative nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, la lista delle economie di spesa è stata comunque stilata e interessa prioritariamente la rinegoziazione dei contratti al ribasso di beni e servizi, le misure di appropriatezza prescrittiva di prestazioni di specialistica ambulatoriale (con penalizzazioni sulla retribuzione accessoria o variabile dei medici) e di ricoveri riabilitativi, l'applicazione del regolamento sugli standard ospe-

dalieri (azzeramento strutture sotto i 40 pl; riduzione di oltre 10.000 incarichi di strutture semplici e complesse; riorganizzazione della rete assistenziale).

La nuova legge di stabilità per il 2016 è intervenuta nuovamente sul finanziamento del Ssn, rideterminandolo da 113.097 a 111.000 mln (tab. 2). Per la copertura dei 2.097 mln di tagli, la finanziaria rinvia a successiva intesa le misure di efficientamento della spesa. Difatti la manovra, senza quantificare i risparmi, ha semplicemente provveduto a rafforzare la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi e della valutazione delle tecnologie (HTA), oltre ad estendere i piani di rientro per la correzione degli squilibri finanziari alle strutture di ricovero (Ao, policlinici e Ircss) e in divenire alle Asl. Si sottolinea che la rideterminazione del finanziamento è inclusiva dei nuovi Lea, condizionando la corresponsione di 800 milioni all'approvazione del provvedimento di aggiornamento dei Lea entro 60 gg dall'approvazione della legge di stabilità. Al netto dei nuovi Lea la rideterminazione del fabbisogno sanitario ammonterebbe a 110.200 mln con un aumento rispetto al 2015 di soli 490 mln. In caso di disavanzi sanitari la legge di stabi-

Tabella 2 - Legge di stabilità 2016 (mln di euro)

	2014	2015	2016
Finanziamento SSN Patto per la Salute 2014-2016	109.928	112.062	115.444
Finanziamento SSN DL 78/2015	109.928	109.710	113.097
Spesa sanitaria tendenziale NA DEF 2015	111.028	111.289	113.372
Legge di stabilità 2016			
<i>minori spese (rinvio ad intesa)</i>			2.097
<i>maggiori spese (nuovi LEA inclusi nel fabb ind)</i>			800
Spesa sanitaria programmatica	111.028	111.289	112.075
Finanziamento SSN LS 2016	109.928	109.710	111.000
Finanziamento SSN LS 2016 al netto dei nuovi LEA	109.928	109.710	110.200
Pil NA DEF 2015 programmatico	1.616.254	1.635.384	1.678.566
% sul Pil della spesa sanitaria	6,9%	6,8%	6,7%

Fonte: Ns elaborazione su documenti di finanza pubblica

lità ha confermato che l'equilibrio di bilancio resta assicurato dall'attivazione della leva fiscale locale.

Il Ssn italiano, considerato tra i più efficienti ed efficaci al mondo, sebbene sia l'unico a non essere interessato da specifiche rac-

comandazioni nell'ambito del semestre europeo, continua ad essere posto duramente sotto attacco dalla politica nostrana, il patto per la salute è già stato ripetutamente violato e per gli anni a venire non si intravedono inversioni di tendenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Timmins N. Optimism about the future. *Health Economics, Policy and Law* 2015; 10 (1): 107-111.
2. Helderman JK. The crisis as catalyst for reframing health care policies in the European Union. *Health Economics, Policy and Law* 2015; 10 (1): 45-59.
3. Council of the European Union. Council conclusions on common values and principles in EU health systems – 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, 1-2 June. Brussels; 2006.
4. European Commission. EUROPE 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. COM(2010) 2020 final. Brussels; 2010.
5. Pearson M. Financial sustainability and affordability of health care systems. Lessons from OECD countries. OECD; 2012.
6. Azzopardi-Muscatt N, Clemens T, Stoner D, Brand H. EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors. *Health Policy* 2015; 119: 375–383.
7. European Commission. Europe 2020 – Country specific recommendations; 2013. <http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/>
8. European Commission. Europe 2020 – Country specific recommendations; 2014. http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm
9. Appleby J, Helderman JK, Gregory S. The global financial crisis, health and health care. *Health Economics, Policy and Law* 2015; 10 (1): 1-6.
10. Commission on Global Governance for Health. The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet* 2014; 383: 630–67.
11. Consiglio dell'Unione Europea. Processo di riflessione su sistemi sanitari moderni, adeguati e sostenibili. Pacchetto di strumenti per investimenti efficaci di fondi strutturali nel campo della salute 2014-2020. 17871/13, SAN 531; 2013.
12. Caruso E. Il diritto alla salute nei sistemi socio sanitari europei. La tragedia greca. *La Rivista delle Politiche Sociali – Italian Journal of Social Policy* 2014; 2-3: 27-49.
13. Morgan D, Astolfi R. Financial impact of the GFC: health care spending across the OECD. *Health Economics, Policy and Law* 2015; 10 (1): 7-19.
14. Camera dei Deputati. Indagine conoscitiva: la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII (Affari sociali); 2014.
15. Senato della Repubblica. La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità. Relazione intermedia. XII Commissione permanente - Igiene e Sanità; 2015.
16. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresco A et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy, Policy summary 12. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
17. van Gool K, Pearson M. Health, austerity and economic crisis: assessing the short-term impact in OECD countries. OECD Health Working Paper No. 76; 2014.
18. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos

- M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe, Policy summary 5. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
19. Polyzos N, Karanikas H, Thireos E, Kastanioti C, Kontodimopoulos N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. *Health Policy* 2013; 109: 14-22.
 20. Vondoros S, Stargardt T. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy* 2013; 109: 1-6.
 21. Quaglio G, Karapiperis T, Van Woensela L, Arnold E, McDaid D. Austerity and health in Europe. *Health Policy* 2013; 113: 13-19.
 22. Goranitis I, Siskou O, Liaropoulos L. Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy* 2014; 117: 279-284.
 23. Matsaganis M. The Greek crisis: social impact and policy responses. Friedrich Ebert Stiftung. Department of Western Europe/North America. German; 2013. <http://library.fes.de/pdf-files/id/10314.pdf>
 24. Chauvin P, Simonnot N. Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries. Final report on social and medical data collected in 2012. Médecins du Monde/Doctors of the World International Network. Paris; 2013.
 25. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* 2013; 381: 1323-31.
 26. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014; 383: 748-53.
 27. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 2011; 378: 1457-8.
 28. Eurofound. Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin; 2013.
 29. Caruso E, Dirindin N. Il sistema sanitario alla ricerca della sostenibilità. In Zanardi A (a cura di) *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2012*. Bologna: il Mulino; 2012: p. 167-197.
 30. Caruso E, Dirindin N. Sanità pubblica: legittima difesa. In Zanardi A (a cura di) *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2013*. Bologna: il Mulino; 2013: p. 103-133.
 31. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Pappou LE, Stefanis CN. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *The Lancet* 2011; 378:1459.
 32. WHO. Health systems financing – the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/>.
 33. Caruso E, Gori C, Pelliccia L, Pesaresi F. Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti. In NNA Network Non Autosufficienza (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore; 2013: p. 137-163.
 34. Karidis NP, Dimitroulis D, Kouraklis G. Global Financial Crisis and Surgical Practice: The Greek Paradigm. *World Journal of Surgery* 2011; 35: 2377-2381.
 35. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. *American Journal of Public Health* 2013; e1.
 36. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risk of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health* 2012; p. 1-5.
 37. RGS. Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n.2. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Ministero dell'Economia e delle Finanze; 2015.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno