

Programmare la spesa avrebbe voluto dire orientarla in tutto il Paese verso risultati di maggiore efficacia, sviluppare un nuovo modello di intervento sanitario, incidere su sprechi strutturali

LA SPESA sanitaria è da tempo ormai sul banco degli imputati. Spesso si sente affermare che è eccessiva; che ne derivano effetti sul disavanzo complessivo dello Stato incompatibili con una politica di contenimento dei deficit; che la riforma sanitaria, anche se condivisibile per la sua filosofia sociale, è però un «lusso» per l'Italia. Ne seguono, di necessità, i tagli alla spesa sanitaria in nome di un «rigore» doloroso, ma inevitabile.

Nulla, allo stato attuale delle cose e delle conoscenze, giustifica le opinioni sopra tratteggiate. In realtà: il bilancio del settore sanitario, considerato in sé, tende ad essere in pareggio; il suo contributo alla formazione del disavanzo complessivo dello Stato è quindi modesto. Su cosa si basa, allora, l'affermazione che la riforma sia un lusso incompatibile con un paese in crisi?

C'è il fondato sospetto che l'attacco alla spesa sanitaria non derivi da presunti squilibri finanziari ma dal rifiuto dei principi sociali della riforma: non sono mancate infatti proposte di più o meno esplicita demolizione della riforma sanitaria. Ma, allora, un dibattito centrato sul livello della spesa è strumentale e fuorviante. La questione va spostata su un terreno diverso da quello finanziario: ci si deve chiedere, insomma, se la salute sia un bene pubblico o un interesse puramente individuale e privato, e

quale, di conseguenza, sia l'operatore più adeguato per «produrre» salute. Richiamiamo perciò le ragioni che hanno portato all'istituzione del Servizio sanitario nazionale:

a) l'aspirazione delle classi popolari ad una condizione di maggior sicurezza sociale;

b) il riconoscimento dell'esistenza di un nesso profondo malattie-società;

c) l'iniquità, le inefficienze, l'assoluta ingovernabilità del sistema sanitario prima della riforma;

d) la fiducia nel metodo della programmazione, come strumento efficace per dare risposte adeguate ai bisogni essenziali della collettività.

Non c'è dubbio che restare nel solco delle economie più sviluppate significa, per l'Italia, anche dare risposta a questo tipo di esigenze: il Servizio sanitario nazionale è stato il modo concreto di raccogliere la sfida. Ma — occorre chiedersi — con quali costi e con quali risultati?

La spesa appare in veloce crescita negli ultimi anni, ma questa dinamica è in buona parte legata ad una «illusione statistica»: in realtà la spesa unitariamente contabilizzata dal Servizio sanitario nazionale non è confrontabile con quella dispersa nei mille rivoli del vecchio sistema mutualistico. In ogni caso, se crescita c'è stata, essa è abbastanza fisiologica, dal mo-

Sanità, la riforma sabotata

mento che la spesa sanitaria italiana non ha ancora raggiunto, in rapporto al prodotto interno lordo, i livelli medi dei paesi CEE.

Vediamo le entrate. Esse sono fortemente condizionate dai ricorrenti provvedimenti di fiscalizzazione: si tratta di provvedimenti che riducono le entrate sanitarie con obiettivi, quali il contenimento dei costi di produzione e la difesa della competitività internazionale, estranei alle finalità specifiche del sistema sanitario. Non è corretto, allora, imputare al sistema sanitario i costi derivanti da tali politiche economiche.

Si ha così che il bilancio del settore sanitario, apparentemente in forte deficit, in realtà tende verso il pareggio, se si considerano le entrate sanitarie al netto degli effetti dei provvedimenti di fiscalizzazione. Non sembra quindi condivisibile la drammatizzazione del livello dei costi del sistema sanitario.

Ben più rilevante è il problema della distribuzione sociale e territoriale dei costi; su questo argomento le informazioni attendibili sono scarse, ma, anche trascurando fenomeni di evasione, le sperequazioni legali del carico contributivo sono particolarmente vistose, a tutto danno dei lavoratori dipendenti. L'ipotesi per cui il Servizio sanitario nazionale dovrebbe fornire solamente alcune prestazioni di base

appare quindi realmente iniqua: essa di fatto premerebbe coloro che, sfuggendo in larga misura all'onere contributivo, possono permettersi il ricorso a strutture private.

A fronte dei costi dobbiamo considerare i risultati. Il coro di proteste contro rigidità, burocratismi, insufficienze qualitative del Servizio sanitario nazionale è quasi unanime e, indubbiamente, assai fondato. Si tratta di un tipico problema strutturale, da affrontare in tempi non brevi con il metodo della programmazione. Ma questo metodo è, sistematicamente, contraddetto e ostacolato dalla gestione del bilancio dello Stato che ha prevalso negli ultimi anni, consistente nel fissare «a priori» le risorse, indipendentemente dalle esigenze che tali risorse devono soddisfare.

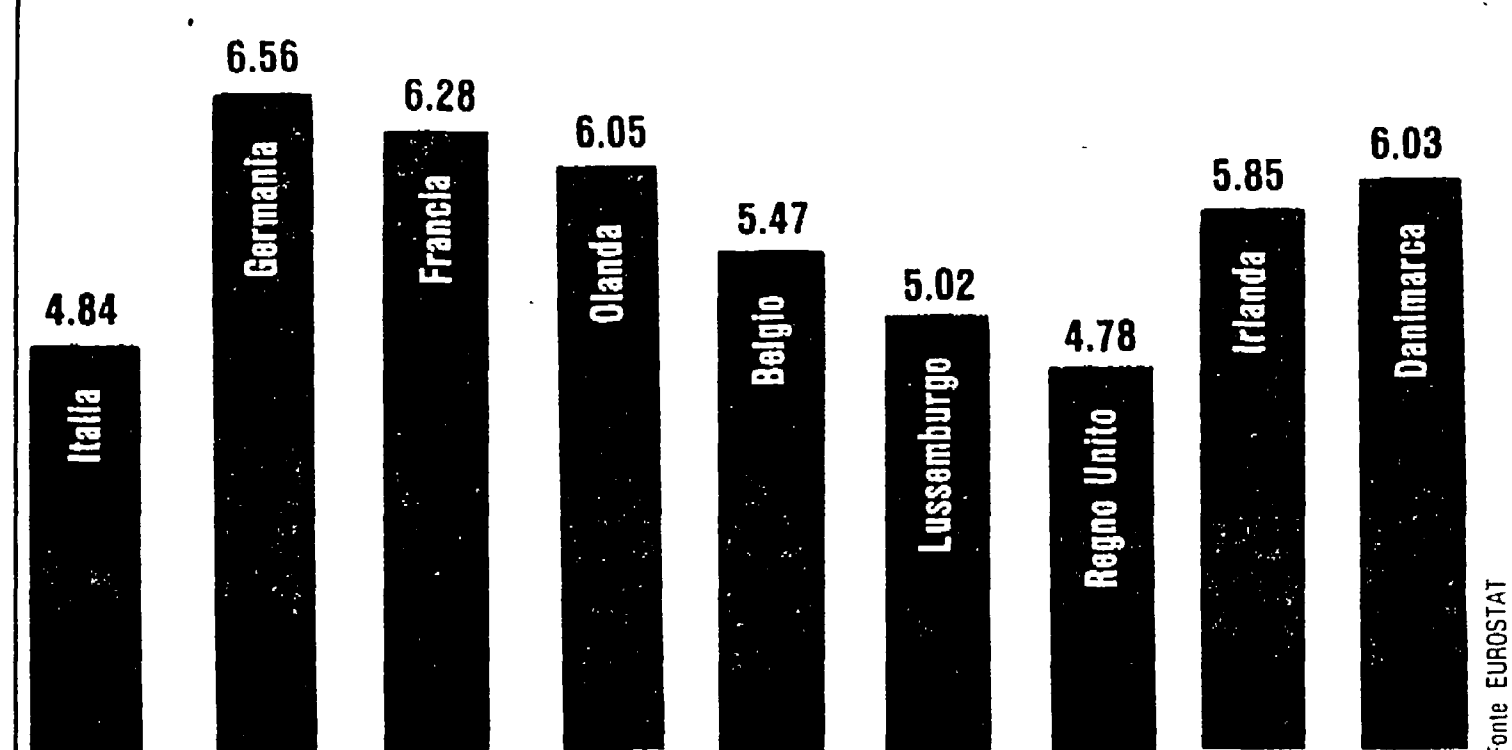
La mancata definizione, dal 1978 ad oggi, del piano sanitario nazionale appare, in questa luce, un fatto emblematico. La contraddizione esistente tra il momento di definizione delle riforme e il momento della loro gestione. Essa ripete lo scontro in atto tra le forze riformatrici e un blocco moderato che, nella gestione quotidiana, tende a svuotare i principi e contenuti innovativi. Finora, sotto la guida della DC è stato lo schieramento antiriformatore a prevalere. Bisogna rovesciare questa tendenza.

Marco Geri

Stanziamenti al buio e col contagocce, intreccio fra pubblico e privato

Il servizio sanitario nazionale fu deliberato dal Parlamento nel dicembre 1978. Era il frutto di scelte ampie e di una elaborazione culturale e scientifica. L'approvazione parlamentare era, tuttavia, un punto di partenza e non di arrivo.

Erano immaginabili le difficoltà che sarebbero derivate dalla mancanza di altre riforme che facevano parte dello stesso disegno di rinnovamento, in particolare la riforma delle autonomie locali e quella dell'assistenza sociale. Le complessità oggettive del processo di trasformazione si sono intrecciate, in questi quattro anni dalla approvazione parlamentare, con un attacco che si è fatto col tempo più virulento ed anche in una certa misura, più pericoloso, proponendosi non più soltanto di difendere vecchi interessi colpiti dalla riforma ma di sferrare, anche sul terreno della sanità, un attacco generale all'insieme della politica



Prestazioni sanitarie nella CEE in rapporto al prodotto lordo

In Europa siamo agli ultimi posti

Il confronto fra i paesi CEE permette una valutazione del livello della spesa sanitaria in sistemi economici abbastanza simili e comparabili. Purtroppo i dati disponibili sono molto poco aggiornati; è possibile comunque qualche considerazione di massima. Il rapporto fra la spesa per prestazioni sanitarie e prodotto lordo indica, anche se grossolanamente, la quota delle risorse interne di un paese destinate alla produzione di salute. Nel 1979 Italia e Regno Unito dividevano, sostanzialmente alla pari, il livello più basso di spesa sanitaria nell'ambito dei paesi CEE. Negli anni successivi la spesa sanitaria, in rapporto al prodotto lordo, in quasi tutti i paesi considerati evidenziando una tendenza di fondo dei paesi capitalistici avanzati.

È abbastanza verosimile (ma non esistono dati definitivi al riguardo) che la spesa sanitaria italiana sia cresciuta ad un ritmo superiore a quello medio dei paesi europei: l'Italia ha conosciuto in questi anni un processo di trasformazione profonda nel settore sanitario, che ha sicuramente spinto verso un riallineamento con i livelli medi europei. Nonostante ciò, nel 1982 il livello della spesa sanitaria italiana (1) in rapporto al prodotto lordo ha raggiunto il 5,77%, un valore tuttora leggermente inferiore al livello medio, nel 1979, dei paesi CEE, Italia esclusa. Questi risultati, pur nella loro semplicità, smentiscono con forza l'opinione secondo la quale il problema cruciale del sistema sanitario sarebbe il livello, eccessivamente elevato, della spesa per la sanità.

(1) Il dato di spesa qui utilizzato, che meglio approssima la spesa per prestazioni sanitarie come definita dall'EUROSTAT, è la spesa corrente nel conto consolidato delle USL, pubblicato nella Relazione Generale sulla situazione economica del Paese.

La girandola dei decreti legge nell'ultima legislatura

d.l. presentati	totali d.l. di cui sanità	tenute in precedenti d.l. non convertiti dal Parlamento. Questa pratica inconstituale della reiterazione non può essere così descritta:
d.l. convertiti	272 43	totali d.l. di cui sanità
d.l. decaduti	168 22	d.l. presentati 3 volte 9
d.l. respinti	92 19	d.l. presentati 4 volte 5
	10 2	d.l. presentati 5 volte 1
		1

M.B. — È stato usato un criterio restrittivo selezionando nella seconda colonna solo i d.l. assegnati per il parere primario alle Commissioni sanità (besti pensare che il recente d.l. che reca la normativa sui ticket non ci compare)

Alcuni dei d.l. presentati riproponevano norme con-

Un servizio pagato dai lavoratori che costa di più dove non funziona

Il confronto fra i versamenti di un operaio e quelli di un professionista - Perché sono sempre sbalate le previsioni di spesa del governo

Le entrate

Stima dei contributi, secondo le aliquote in vigore, sulla base dei dati di Contabilità nazionale.

Settore	Aliquota	Redditi interni da lavoro depend. (miliardi)	Contributi stimati (miliardi)
Agricoltura	3 %	9.050	271,5
Industria	12,6 %	94.043	11.849,4
Servizi destinabili alla vendita	12 %	65.000	7.800
Amministrazione pubbliche	8,5 %	54.000	4.590
TOTALE			24.510,9

In questi anni il governo ha sempre strumentalmente tentato di far apparire basso il dato delle entrate. Ma in realtà, facendo riferimento anche alle sole entrate contributive (aggiungendo ai contributi introitati dall'INPS, quelli fiscalizzati e quelli trasferiti direttamente dallo Stato per i dipendenti statali) si arriva, per il 1981, ad una cifra di poco inferiore ai 22.000 miliardi.

Su questo risultato è opportuna qualche considerazione. Se, infatti, si applicano le aliquote contributive ai redditi interni da lavoro dipendente, divisi per settore produttivo, si ottiene una stima dell'ammontare complessivo dei contributi di oltre 3.000 miliardi, superiore al dato rilevato. C'è, quindi, un'area di evasione da recuperare.

CHI PAGA — Il lavoratore dipendente, con una detrazione salariale dell'1,15%, salvo che nei settori degli enti locali e degli enti di diritto pubblico (nei due casi le detrazioni sono rispettivamente il 2,90% e l'1,75%).

Le imprese, con una percentuale sui salari e gli stipendi che, per le sole prestazioni sanitarie, va dall'1,84% per gli operai dell'agricoltura, all'11,50% per i dipendenti dell'industria. Questa è una delle voci del costo del lavoro.

I lavoratori autonomi e tutti i cittadini obbligatoriamente iscritti al Servizio sanitario nazionale contribuiscono con una quota annua, indicizzata, di circa 230.000 lire e con una quota del 3% del reddito imponibile ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche.

Fanno eccezione i coltivatori diretti, per i quali la quota viene calcolata sul reddito agrario, e i mezzadri e i coloni che versano 35.000 lire annue.

Si può calcolare, per il 1982, l'onere contributivo annuale di un libero professionista e di un operaio dell'industria, che avessero entrambi un reddito imponibile ai fini dell'Irpef di 15.000.000 di lire. I contributi provenienti dal primo sarebbero pari, nel 1982, a poco meno di 690.000 lire; dal lavoro del secondo deriverebbe invece un contributo superiore a 1.890.000 lire.

È NOTA E PREVEDIBILE LA SPESA SANITARIA? — Certo non lo era prima della riforma quando la spesa era dispersa in comparti diversi (ospedali, mutue, comuni, ecc.), indipendenti tra loro, spesso non ispirati a trasparenza come non lo era in particolare quella delle mutue, oggi disciolte, ma la cui gestione stralciò, affidata al ministero del Tesoro, è ancora pendente.

Con la riforma tutto il sistema sanitario è stato portato ad unità nell'ambito delle competenze di gestione delle USL. La spesa sanitaria pubblica è oggi dunque nota attraverso i rendiconti che le stesse Regioni e USL trasmettono al ministero del Tesoro ed è nota la sua dinamica. È infatti ragionevolmente prevedibile la dinamica delle singole voci che l'accompagnano in relazione alle determinazioni che su di essa incidono.

Appare, quindi, chiaramente assurda la previsione governativa di spesa corrente per il 1983: 28.500 miliardi. Con una spesa 1982 intorno ai 27.900 miliardi, anche applicando solo indicativamente e globalmente il tasso di crescita del 13% si va oltre i 31.500 miliardi; in realtà molto probabilmente l'inflazione non sarà del 13%, nel 1983 parte del resto l'applicazione del nuovo contratto del personale dipendente con gli oneri conseguenti, mentre pure la dinamica dei prezzi di alcuni fattori sarà ben maggiore del 13%, ad esempio nel campo farmaceutico, il nuovo Governo non rinnoverà profondamente le scelte compiute sino ad oggi.

Non ci si può limitare a registrare questi dati. Sono, appunto, le caratteristiche di conoscibilità e prevedibilità della spesa a mettere in chiara luce la necessità e la possibilità di programmarla e qualificarla.

FINANZIAMENTO A PIE DI

LISTA: SANATORIA DI OGNI SPRECO — Ci si riferisce, parlando di finanziamento a pie' di lista, a quel fenomeno per il quale, invece di assicurare preventivamente le risorse, si finisce col finanziare a fine esercizio la spesa comunque effettuata, ripianando appunto la differenza tra stanziamenti e spesa. Ne risultano premiate proprio quelle situazioni locali che meno si sono fatte carico del governo della spesa.

Tale differenza sembra essere una caratteristica costante delle vicende del fondo sanitario nazionale. Ciò deriva da una caratteristica di imprevedibilità della spesa o è frutto di una precisa scelta politica? La risposta appare scontata alla luce dei fatti più sopra per quanto riguarda la previsione di spesa 1983.

Questa pratica, di assegnare una cifra che già ad inizio esercizio si sa insufficiente, ha portato al formarsi nel tempo di un indebitamento che, oltre ad essere di ostacolo alla gestione, va introducendo oneri impropri nella spesa: si pensi alla lievitazione dei prezzi operata dai fornitori che sono costretti a subire pesanti dilazioni nei pagamenti.

Il livello di indebitamento, definito come quota della spesa che non ha avuto copertura nel bilancio dello Stato e dunque nei trasferimenti del Fondo Sanitario Nazionale, può essere oggi stimato intorno ai 4.000 miliardi.

CHI DECIDE LA SPESA? — Sono stati ripetutamente ricordati i poteri straordinari della spesa, del medico, l'influenza cioè che esso ha preservando farmaci e prestazioni di analisi di laboratorio e diagnostica strumentale. Sulla spesa influisce spesso anche una distorta domanda sanitaria. Anch'essa, tuttavia, non costituisce un dato immutabile dovendosi, con la riforma, intervenire non soltanto sul lato della riorganizzazione dell'offerta sanitaria (razionalizzazione dei servizi), ma anche sul lato dell'orientamento della domanda sanitaria.

Ma nel breve periodo, quale parte della spesa si deve al Governo o comunque ai livelli istituzionali centrali e quale alle determinazioni periferiche? In altri termini, quante è imputabile alla definizione dei prezzi dei fattori (prezzi dei farmaci, trattamento contrattuale del personale, ecc.) e quanta al loro impiego?

Considerando l'estrema rigidità del sistema nel breve-medio termine appare evidente come il maggiore responsabile della spesa sia la decisione circa il costo dei fattori e questa facoltà è imputabile alle USL non oltre il 16-17% del complesso.

Ben si comprende allora la strumentalità di chi vuole presentare un Governo cui sarebbe stato reso impossibile ogni intervento dal decentramento dei poteri realizzato con la riforma! Giusto è dunque chiedere alle USL il corretto impiego dei fattori, ma non meno necessario è chiedere con altrettanta forza ai momenti decisionali centrali rigore nell'ambito della determinazione del costo dei fattori.

Con simili investimenti qualsiasi azienda fallirebbe

Dal 1980 ad oggi lo stanziamento per investimenti è stato del 2-2,6% rispetto agli stanziamenti di parte corrente. In termini quantitativi, con riferimento all'anno 1982, si è trattato di 610 miliardi di fronte ad uno stanziamento di parte corrente di 25.710 miliardi.

Da tale irrisoria entità degli investimenti deriva una progressiva decadenza delle strutture e del potenziale tecnologico.

È una questione che non può essere lasciata in ombra, non soltanto per gli effetti che ha sulla qualità dei servizi offerti e sulla efficacia della loro distribuzione territoriale, ma anche per le conseguenze sullo stesso funzionamento del servizio sanitario nazionale.

La struttura pubblica, ha ereditato dal vecchio sistema una rete di ambulatori insufficiente e mal distribuita, nonostante ciò, viene dotata in modo irrisorio di risorse per investimenti. Quelle private convenzionate sono invece garantite sotto questo profilo.

In quanto le loro esigenze sono già considerate in sede di rinnovo della convenzione nazionale e incorporate nelle tariffe.

I privati traggono vantaggio anche dal fatto che i tempi di pagamento delle prestazioni si sono fortemente accorciati rispetto all'epoca delle mutue (quando alcune mutue avevano pagamenti arretrati di 3-4 anni). Ciò ha consentito loro, disponendo di flussi di denaro certi, di decidere processi di sostanziale rinnovamento tecnologico. Al contrario, il servizio pubblico ha avuto con il contagocce i finanziamenti per adeguare le sue tecnologie.

Le proposte per invertire radicalmente la tendenza

- Quali possono essere allora le proposte per avviare una radicale inversione di tendenza?
- 1) rapida approvazione da parte del nuovo Parlamento della legge di Piano sanitario nazionale; questa legge dovrà però essere profondamente rivista e approvato da un'assemblea o dalla commissione sanità del Senato che non costituisca certo un reale strumento di pianificazione e programmazione ed anzi determinava dei punti di arrestamento;
 - 2) individuazione più chiara possibile, all'interno del Piano sanitario nazionale, dei livelli assistenziali da garantire a tutti i cittadini, degli standardi fisici e di efficienza economica e degli obiettivi prioritari da perseguire nel periodo di validità del piano; a tali livelli e standard va commisurato il finanziamento del Servizio sanitario nazionale;
 - 3) definizione, nell'ambito del Piano sanitario nazionale e del Bilancio dello Stato, della entità delle risorse da assegnarsi nel medio periodo al Servizio sanitario nazionale, dando certezza al finanziamento;
 - 4) disponibilità di fondi per investimento in misura adeguata e tali da garantire il riequilibrio territoriale nella dotazione di servizi e la riconversione e riqualificazione di strutture esistenti. Anche per il Servizio sanitario nazionale, in sostanza, il problema della efficienza e della produttività deve essere posto in termini strutturali e di disponibilità finanziarie per investimenti, oltre che sul piano della ricerca di corretti meccanismi di governo del sistema;
 - 5) individuazione di criteri definitivi di riparto del Fondo sanitario nazionale fra le varie regioni e zone del paese, con la contemporanea formazione di fondi di sviluppo da porre a disposizione soprattutto delle aree meno dotate; tali fondi devono essere assegnati sulla base di programmi precisi da valutarsi alla luce delle indicazioni della pianificazione nazionale e regionale; il loro impiego deve inoltre consentire adeguate verifiche, al fine di evitare (come già accaduto) che risorse «aggiuntive» assegnate alle regioni possano essere impiegate per finalità diverse da quelle per le quali erano state conferite. È, quello indicato, il quadro all'interno del quale può e deve esprimersi correttamente il controllo da parte delle Regioni, entro il quale va promossa una piena responsabilizzazione dei Comuni, anche sul piano finanziario, dotandoli corrispondentemente di un reale spazio di potere impositivo proprio.

A cura del CESPE, gruppo di lavoro sanità:
Ide Arseni
Luciano Bedelli
Gianni Berni
Paolo Bernabei
Claudio Galanti
Marco Geri
Aldrigo Grizzi
Luciano Guzzardi
Valerio Russo
Ernesto Veronesi