



Rapporto **CEIS - Sanità 2005** *Sette parole chiave del SSN*

a cura di

V. Atella

A. Donia Sofio

M. Meneguzzo

F.S. Mennini

F. Spandonaro

CEIS - Sanità, Facoltà di Economia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

IEP

ITALPROMO ESIS PUBLISHING

5.1 L'equità del processo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale italiano

Doglia M.¹, Spandonaro F.²

5.1.1 Premessa

Mantenendo una linea di continuità con quanto pubblicato nelle precedenti edizioni (2003 e 2004) del Rapporto CEIS³, scopo del presente contributo è quello di affrontare in modo organico la questione del perseguimento dell'equità nel finanziamento del Servizio Sanitario italiano.

Il ragionamento sull'equità del sistema presentato nel Rapporto integra le evidenze sul lato del finanziamento (*income space*), con quelle connesse all'impatto sui bilanci delle famiglie ex-post (*burden space*)⁴.

L'integrazione degli approcci è a nostro parere quanto mai opportuna, a causa di alcune problematiche intrinseche agli studi di progressività del finanziamento. La metodologia, pur essendo ampiamente consolidata⁵ e applicata in campo sanitario⁶, presenta alcuni aspetti controversi.

In particolare ci riferiamo all'estensione del concetto di progressività alle spese dirette delle famiglie. Infatti esse entrano nel computo dell'analisi dell'effetto redistributivo come si trattasse di imposte. Se da un punto di vista meramente statistico nulla osta all'estensione dell'uso degli indicatori di progressività, di fatto considerare i consumi sanitari diretti alla stregua di imposte di scopo appare economicamente poco ragionevole. Nel caso delle imposte, infatti, il prelievo è indipendente dal beneficio, mentre nel caso dei consumi l'onere è la mera contropartita del beneficio ricevuto. Se in generale trova accettazione il principio del beneficio applicato alla tassazione, nel caso specifico questo sembra contraddire l'implicita valutazione (di merito) che privilegia una tassazione progressiva per il finanziamento della sanità, in ossequio alla meritorietà del bene.

La perplessità sul tema dell'estensione ai consumi degli indicatori di redistribuzione trova una ulteriore conferma nell'osservazione che, in termini statistici, si può giungere alla conclusione che i consumi siano progressivi, in quanto maggiormente sostenuti dalle famiglie a più alto reddito.

¹ ISTAT.

² CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

³ Cfr. Rafaniello A. e Spandonaro F. (2003) e Maruotti A., Mennini E.S., Piasini L., Spandonaro F. (2004).

⁴ Cfr. il contributo di Doglia M. e Spandonaro F., nel presente Rapporto (Capitolo 5.2).

⁵ Cfr. Reynolds M. e Smolensky E. (1974, 1977), Kakwani N.C. (1977a, 1977b), Lambert P.J., Aronson J.R. (1993), Aronson J.R., Johnson P., Lambert P.J. (1994).

⁶ Wagstaff A. e van Doorslaer E. (1997, 1999a, 1999b).

Il tema è fortemente critico in un contesto come quello italiano, caratterizzato da un Sistema Sanitario Nazionale universale e solidaristico, ove sono assenti finanziamenti mediante premi assicurativi e, di fatto, anche mediante imposte di scopo. In contesti di tipo mutualistico, e a maggior ragione in quelli privatistici, una qualche maggiore giustificazione dell'estensione si può trovare nell'importanza che i contributi di malattia e i premi assicurativi (individuali e collettivi) hanno nel globale finanziamento dei servizi sanitari erogati⁷.

Quanto sopra giustifica l'abbandono da parte nostra di valutazioni redistributive sui consumi sanitari diretti, il cui impatto equitativo verrà affrontato con diverso approccio nel capitolo successivo del Rapporto.

Sembra inoltre opportuno sottolineare che, a fronte di una larga parte del finanziamento derivante dalla fiscalità generale trasferita alle Regioni per gli scopi di erogazione dell'assistenza sanitaria, l'effetto finale stimato dipende in larga parte dalle ipotesi fatte sulla composizione di tale trasferimento. Nei contributi citati apparsi nei Rapporti CEIS 2003 e 2004, si è ragionato in base all'evoluzione normativa relativa al finanziamento del sistema, adottando implicitamente la visione del D.Lgs. n. 56/2000, il quale ha previsto l'abolizione dei trasferimenti centrali (almeno *ex ante*) sostituiti da tributi propri regionali e compartecipazione all'IVA.

Su questo aspetto sembra doveroso segnalare due questioni: in primo luogo il sostanziale "congelamento" della norma citata, che di fatto non giustifica completamente l'ipotesi di un effettivo trasferimento sull'IVA di una quota rilevante del finanziamento del sistema sanitario pubblico; in secondo luogo definire un impatto equitativo derivante dalla quota di compartecipazione regionale all'IVA, introdotta per sostituire i trasferimenti centrali aboliti, potrebbe essere relativamente poco significativo. Il primo motivo è che è stato contestualmente abolito il vincolo di destinazione di tali fondi alla sanità. Il secondo è che la scelta di utilizzare l'IVA e non le imposte dirette ai fini della suddetta compartecipazione deriva da ragioni tecniche e ha risvolti economici significativi, ma probabilmente non implica scelte di tipo equitativo; in altri termini se la sanità "riceve" una quota del gettito IVA, di cui abbiamo misurato la regressività nei Rapporti CEIS Sanità 2003 e 2004, contestualmente altre funzioni statali riceveranno maggiore finanziamento da imposte dirette, implicando nei fatti un finanziamento più progressivo. In ossequio alle precedenti osservazioni, riteniamo che le valutazioni redistributive che seguono debbano essere interpretate come contributi al dibattito sull'equità del sistema sanitario, senza però perdere di vista la redistribuzione complessiva generata dal sistema fiscale, che rappresenta il modo più corretto di interpretare le scelte equitative effettuate.

5.1.2 La metodologia di valutazione dell'equità nel sistema di finanziamento dei servizi sanitari e la banca dati

Nel presente paragrafo si espongono i risultati dell'analisi degli effetti redistributivi indotti dal finanziamento del comparto sanitario pubblico; la prospettiva adottata sconta l'introduzione dell'IRAP (D.Lgs. n. 446/1997) e il nuovo sistema di federalismo fiscale previsto dal D.Lgs. n. 56/2000, con una particolare attenzione al comportamento delle Regioni in tema di introduzione delle addizionali IRPEF.

⁷ *A nostro avviso potrebbe essere eventualmente sostenibile l'inclusione della sola spesa out of pocket derivante da compartecipazioni alla spesa, ma purtroppo tale dato non è attualmente disponibile.*

La metodologia utilizzata segue le indicazioni fornite da Aronson e Lambert (1993) circa l'analisi degli effetti redistributivi prodotti da diversi prelievi fiscali e i lavori applicativi di Wagstaff e Van Doorslaer (1997, 1999a, 1999b)⁸, i quali forniscono anche utili confronti a livello internazionale per l'analisi.

Ricordiamo che l'applicazione dell'indice di Reynolds_Smolensky (1974) sugli effetti redistributivi, insieme alla relativa scomposizione proposta da Aronson, Johnson e Lambert (1994) che utilizza l'indice di Kakwani (1977), permette di misurare la progressività/regressività del sistema di finanziamento, separatamente per ogni singola fonte di prelievo, come anche le variazioni in termini di equità orizzontale e verticale e il *reranking*.

Le elaborazioni sono state effettuate sui dati dell'"Indagine sui bilanci delle famiglie" fornita dalla Banca d'Italia con riferimento all'anno 2002. Al momento di andare in stampa ancora non è stata resa disponibile la nuova rilevazione riferita all'anno 2004. Si è quindi optato per utilizzare le informazioni sulla distribuzione dei redditi del 2002, applicandole alla composizione dei gettiti 2004.

A partire dal reddito disponibile netto fornito dalla Banca d'Italia, si è provveduto a stimare le basi imponibili ai fini dell'applicazione dell'IRPEF e dell'IRAP. Per quest'ultima imposta si è ipotizzato si trasli sui lavoratori (dipendenti e autonomi).

Successivamente si è proceduto a stimare la quota di gettito per la sanità derivante dalla compartecipazione IVA e dall'IRAP. Infine si è stimata la quota d'imposte dirette volta a finanziare (in ultima istanza) il Servizio Sanitario.

Sulla base delle citate ricostruzioni, si è poi applicato un algoritmo di calcolo che produce la stima dell'effetto redistributivo (RE), e la sua scomposizione nella componente di equità orizzontale (H), equità verticale (V) e *reranking* (R).

5.1.3 L'effetto redistributivo del finanziamento del Sistema Sanitario

Come già evidenziato nei contributi citati apparsi nei Rapporti CEIS Sanità 2003 e 2004, cui si rimanda per maggiori dettagli, la composizione del finanziamento del Sistema Sanitario si è profondamente modificata a seguito del passaggio dai contributi di malattia all'IRAP e poi dell'introduzione della compartecipazione IVA (Tabella 1).

Tabella 1 - Stima della composizione delle fonti di finanziamento del Sistema Sanitario al netto delle spese dirette delle famiglie

1995	Cont. Soc.	Dirette	Indirette
	57,39%	26,77%	15,84%
2002	IRAP	Dirette	Indirette
	32,74%	17,54%	49,72%
2004	IRAP	Dirette	Indirette
	37,89%	8,83%	53,27%

⁸ Cfr. le osservazioni contenute nella premessa.

Sembra doveroso ricordare che è stato ipotizzato che la quota di finanziamento per la sanità a residuo (dopo le imposte di scopo, compartecipazioni e i tributi propri regionali) sia composta da imposte dirette e indirette in proporzione ai rispettivi gettiti. Inoltre si è ipotizzato che la compartecipazione IVA venga progressivamente aggiornata per continuare a garantire la copertura del FSN.

Come sopra enunciato si è considerata la sola quota di finanziamento diretto, senza quindi considerare la quota di spesa sanitaria privata: il dato non può peraltro essere strettamente considerato come il finanziamento del servizio pubblico, in quanto esclude anche le compartecipazioni alla spesa per indisponibilità dei relativi dati.

Tabella 2 - Analisi della progressività/regressività del sistema di finanziamento (diretto) della Sanità – Italia 2004

2004	TOT	IRAP	Indirette	Dirette
RE =	-0,0112	0,0036	-0,0147	0,0004
H =	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
V =	-0,0102	0,0038	-0,0140	0,0004
R =	0,0010	0,0002	0,0007	0,0000

Per quanto riguarda l'analisi dell'effetto redistributivo, si conferma complessivamente il dato elaborato l'anno scorso (sebbene trattasi di una stima che potrà essere migliorata quando saranno disponibili i nuovi dati 2004 dell'“Indagine sui bilanci delle Famiglie” della Banca d'Italia); quindi si conferma che prosegue l'inversione di tendenza avvenuta fra il 1995 e il 2000, testimoniata nei Rapporti CEIS Sanità 2003 e 2004: RE è secondo le nuove elaborazioni sui livelli stimati al 2002, ma senza l'apporto regressivo della spesa *out of pocket*.

Il valore espresso dall'indice RE permette di apprezzare anche i diversi effetti redistributivi delle singole fonti di finanziamento. Nella determinazione dell'effetto regressivo dell'intero finanziamento (RE = -0,0112) il peso maggiore è attribuibile alle imposte indirette (RE = -0,0147) che, essendo in proporzione del gettito aumentate, spiegano il progressivo divenire regressivo del sistema di finanziamento della sanità.

Gli effetti indotti dall'IRAP (RE = 0,0036) e dalle imposte dirette (RE = 0,0004) sono invece lievemente progressivi, ma non tali da controbilanciare gli effetti delle imposte indirette.

Si noti anche che non si evidenziano problematiche connesse all'equità orizzontale (H), mentre l'effetto redistributivo è in larga misura di tipo verticale (indicatore V); si evidenzia però anche una componente di *reranking* (R), ovvero di famiglie che “cambiano posto” nella distribuzione dei redditi per effetto della tassazione.

5.1.4 L'effetto delle addizionali IRPEF

Le Regioni possono agire sulle addizionali IRPEF, sebbene in limiti predeterminati, e in pratica lo hanno fatto con modalità difformi.

Come si evince dalla tabella 3, gran parte delle Regioni applica un'addizionale IRPEF pari allo 0,9%, solo la Puglia si situa all'1,1% e la Calabria all'1,4%. Altre Regioni istituisco-

no però addizionali IRPEF con aliquota progressiva: Umbria e Piemonte con 2 aliquote, Lombardia, Marche e Veneto con 4 aliquote; nelle Marche l'ultima aliquota si spinge sino al 4,0% (oltre € 69.721,68), mentre in Lombardia e Veneto arriva all'1,4% (oltre € 30.987,41 ed € 29.000,00 rispettivamente).

Tabella 3 - Addizionali IRPEF Regionali – Italia 2004

Livello	TOT
0,9%	Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta
1,1%	Puglia
1,4%	Calabria
2 aliq.	Piemonte (0,9/1,4), Umbria (0,9/1,1)
4 aliq.	Lombardia (0,9/1,2/1,3/1,4), Marche (0,9/1,4/3,6/4,0), Veneto (0,9/1,2/1,3/1,4)

Fonte: MEF

La permanenza di livelli considerevoli di disavanzo⁹ implica che sarà necessario provvedere o con trasferimenti di oneri sul bilancio delle famiglie (operando sul lato delle partecipazioni alla spesa), oppure che si dovrà agire sul versante fiscale.

Si è quindi ritenuto interessante simulare quale sarebbe, a livello nazionale, l'effetto dell'applicazione di una maggiore tassazione regionale, mediante addizionale IRPEF, scegliendo alcune delle diverse modulazioni effettivamente utilizzate da parte delle Regioni. Per le simulazioni si sono prescelte l'opzione "semplice" (aliquota unica portata all'1,4% in tutte le Regioni, indicata con 1AL), l'opzione delle due aliquote ("versione Piemonte": 0,9% sul primo scaglione, 1,4% oltre, indicata con 2AL) e quella delle 4 aliquote nella versione "estrema" utilizzata nelle Marche (0,9% sino a € 15.493,71, 1,9% sino a € 30.987,41, 3,6% sino a € 69.721,68, 4,0% oltre, indicata con 4AL).

**Tabella 4 - Analisi della progressività/regressività del sistema di finanziamento (diretto) della Sanità – Italia 2004
Ipotesi diverse addizionali regionali IRPEF**

2004	1 AL	2AL	4AL
RE =	-0,0110	-0,0111	-0,0109
H =	0,0000	0,0000	0,0000
V =	-0,0101	-0,0102	-0,0099
R =	0,0010	0,0010	0,0010

⁹ Cfr. Capitolo 1.2, Rapporto CEIS Sanità 2005 di Atella V.

Dalle simulazioni emerge come gli effetti redistributivi delle addizionali siano limitati e comunque rendano meno regressiva l'imposizione.

Abbastanza sorprendentemente, la progressività delle aliquote sembrerebbe avere un effetto comunque limitato (anche per effetto della scarsa entità della quota di IRPEF nel finanziamento della sanità).

Adirittura l'opzione con due aliquote ha un effetto minore di quello di adottare una aliquota unica all'1,4%. Anche l'ipotesi "estrema" adottata dalle Marche, con aliquota che sale fino al 4,0%, pur avendo evidentemente un impatto maggiore, non sembra poter cambiare i segni degli effetti redistributivi.

L'attenzione si sposta quindi sostanzialmente sul gettito, ove si vede come solo l'ultima opzione potrebbe avere un impatto significativo nella copertura dei disavanzi sanitari.

L'analisi conduce alla conclusione che gli effetti prodotti da diverse modalità di prelievo delle addizionali IRPEF non sono neutrali, sebbene limitati (e relativi alla componente verticale della redistribuzione).

Evidentemente, in un'ottica federalista, sarà utile analizzare le diverse modalità di applicazione delle addizionali, sulla distribuzione regionale dei redditi.

Considerando che le differenze da questo punto di vista sono notevoli, si raccomanda alle Regioni di effettuare valutazioni quantitative sui reali effetti redistributivi prima di decidere le modalità di prelievo.

5.1.5 Conclusioni

Il sistema di finanziamento del SSN al netto del contributo delle compartecipazioni alla spesa risulta sempre più regressivo, per effetto dell'aumento dell'importanza della quota di gettito derivante dalla compartecipazione fiscale all'IVA; peraltro ciò avviene in un contesto di regressività complessiva del prelievo: anzi per la sanità l'effetto è in qualche modo mitigato. Gli effetti redistributivi sono per lo più attribuibili alla componente verticale, con un contributo aggiuntivo derivante da fenomeni di *reranking*.

Il permanere di disavanzi significativi a livello regionale, in una logica di federalismo fiscale, dovrebbe far prevedere che nel futuro ci dovranno essere incrementi di imposizione a livello regionale.

L'ulteriore ricorso a imposizione indiretta comporterà ovviamente ulteriori aumenti della regressività del sistema. Per tale motivo sembra particolarmente interessante verificare l'impatto di un incremento delle addizionali regionali IRPEF.

A tal fine si sono scelte alcune delle diverse modulazioni effettivamente utilizzate da parte delle Regioni. In particolare l'opzione di aumentare l'aliquota unica sino all'1,4% (in tutte le Regioni); inoltre si è simulata l'opzione delle due aliquote (attualmente in uso in Piemonte e Umbria con aliquote diverse) e infine quella delle 4 aliquote nella versione "estrema" utilizzata nelle Marche (adottata con diverse aliquote anche da Lombardia e Veneto).

L'analisi conduce alla conclusione, che era peraltro lecito aspettarsi, che gli effetti prodotti dalle diverse modalità di prelievo delle addizionali IRPEF non sono neutrali; seppure rendono il prelievo meno regressivo, gli effetti sono limitati e provengono dalla componente verticale della redistribuzione.

L'attenzione si dovrà quindi centrare sul gettito atteso e sugli effetti particolari a livello regionale.

Sulla prima questione sembra evidente che l'aumento delle addizionali all'1,4% non è da solo sufficiente a coprire i disavanzi attesi. Neppure l'ipotesi di struttura delle Marche (con aliquota che sale fino al 4,0%) sembra del tutto congrua. Peraltro se la copertura fosse garantita con un *mix* comprendente partecipazioni, il segno redistributivo sarebbe molto probabilmente negativo.

Si consideri infine che a livello regionale gli effetti potrebbero essere ulteriormente diversi, per effetto delle diverse strutture delle distribuzioni dei redditi: è bene che le Regioni effettuino valutazioni quantitative sui reali effetti redistributivi prima di decidere modalità di prelievo ulteriori.

Bibliografia

- Aronson J.R., Johnson P., Lambert P.J. (1994), *Redistributive Effect and Unequal Income Tax Treatment*, in "The Economic Journal", vol. 104, pp. 262-270.
- Bracewell-Milnes B. (1971), *The measurement of Fiscal Policy*. London: Confederation of British Industry.
- Dalton H. (1955), *Principles of Public Finance*. New York: Frederick A. Praeger INC.
- Kakwani N.C. (1977), *Application of Lorenz Curves in Economic Analysis*, in "Econometrica", vol. 45, pp. 719-728.
- Kakwani N.C. (1977), *Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison*, in "The Economic Journal", vol. 87, pp. 71-80.
- Lambert P.J., Aronson J.R. (1993), *Inequality Decomposition Analysis and Gini Coefficient Revisited*, in "The Economic Journal", vol. 103, pp. 1221-1227.
- Musgrave R. e Thin T. (1948), *Income Tax Progression 1929-48*, in "Journal of Political Economy", vol. 56, pp. 498-514.
- Reynolds M. e Smolensky E. (1974), *The Post Fisc. Distribution: 1961 and 1970 Compared*. Institute for research on poverty, Discussion Paper 19174, University of Wisconsin.
- Reynolds M. e Smolensky E. (1977), *Public expenditures, taxes, and the distribution of income: the United States, 1950, 1961, 1970*. New York, New York Academic Press.
- Slitor R.E. (1948), *The measurement of Progressivity and Built-in Flexibility*, in "Quarterly journal of Economics", vol. 62, pp. 309-13.
- Wagstaff A. e van Doorslaer E. (1997), *Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands*, in "Journal of Health Economics", pp. 499-516.
- Wagstaff A., Van Doorslaer E. et al. (1999a), *Equity in the finance of health care: some further international comparison*, in "Journal of Health Economics", pp. 263-290.
- Wagstaff A., Van Doorslaer E. et al. (1999b), *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*, Journal of Health Economics n. 18, pp. 291-313.