

Politiche sanitarie

Economia, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

125

• SAGGI

Qual è la migliore strategia per ottenere solidarietà in un mercato di fondi malattia competitivo: limitazioni ai premi assicurativi o sussidi ai premi calcolati in base al rischio?

Wynand PMM Van de Ven

133

Dal liberismo al liberismo. La parabola del diritto alla salute dall'Ottocento al Duemila

Gavino Maciocco

153

Gli utenti e l'accessibilità ai servizi sanitari

Alessandro Solipaca

161

Sistemi di finanziamento del servizio sanitario e impatti redistributivi

Andrea Rafaniello, Federico Spandonaro



Anno 4, numero 4,
ottobre-dicembre 2003

Direttore
Gilberto Muraro

Condirettori
Piervincenzo Bondonio
George France

Direttore esecutivo
Nerina Dirindin



Il Pensiero Scientifico Editore

Sistemi di finanziamento del servizio sanitario e impatti redistributivi

Andrea Rafaniello, Federico Spandonaro

CEIS Sanità, Facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata, Roma

Riassunto. Il lavoro utilizza il metodo proposto da Aronson et al (1994) per scomporre gli effetti redistributivi indotti dal sistema di finanziamento del servizio sanitario in tre componenti: una connessa alla progressività del sistema, l'altra all'equità orizzontale e una terza al *reranking*. L'obiettivo del lavoro è la stima degli effetti redistributivi indotti dal processo di riforma del sistema di finanziamento del servizio sanitario. I risultati sono presentati con riferimento sia all'intero sistema, sia ad ogni sua singola componente: imposte, contributi sociali (Irap), assicurazioni private, compartecipazioni.

Parole chiave. Effetti redistributivi, equità orizzontale, finanziamento del servizio sanitario, progressività.

Abstract. This paper uses the method of Aronson et al (1994) to disaggregate the redistributive effects generated by the Italian health care finance system into three parts: a progressivity component, a horizontal equity component and a reranking component. The focus is on the effects of the reform of the health care finance system. Results are presented for the health care finance system as a whole, as well as for its constituent parts: mix of tax, social insurance contributions (Irap), private insurance premiums and out of pocket payments.

Key words. Health care finance, horizontal equity, progressivity, redistributive effect.

1. Introduzione

Il consolidato processo di trasformazione in senso federale dell'assetto istituzionale dello Stato, così come confermato dalla riforma dell'art. 117 della Costituzione, dovrebbe condurre nel tempo ad una maggiore rispondenza degli interventi pubblici agli effettivi bisogni delle diverse comunità locali, e quindi ad un significativo miglioramento dell'efficienza allocativa delle risorse pubbliche. Ciò renderà tuttavia necessaria una più attenta valutazione delle disuguaglianze territoriali nonché un loro continuo monitoraggio, tanto più necessario con riferimento al settore sanitario in ragione della meritorietà riconosciuta al bene salute. L'art. 32 della Costituzione definisce, infatti, la tutela della salute come un "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività".

L'analisi equitativa dei sistemi sanitari va compiuta distinguendo, da un lato, gli effetti prodotti sul fronte dell'erogazione e, dall'altro, quelli prodotti nel campo del finanziamento. Questo contributo si sofferma in particolare sulla stima di questi ultimi e analizza l'impatto sia dell'introduzione dell'Irap (d.lgs. 446/1997) sia del nuovo sistema di finanziamento federale delle regioni (d.lgs. 56/2000), sul

fronte dell'equità verticale e dell'equità orizzontale. I dati cui si fa riferimento riguardano l'intero territorio nazionale, al fine di chiarire il livello redistributivo complessivo del sistema all'avvio del processo federale.

Il lavoro utilizza l'approccio di Wagstaff, Van Doorslaer, Van Der Burg et al (1999a, 1999b), già utilizzato in studi analoghi di natura comparativa svolti su scala internazionale. Esso è così articolato: il paragrafo 2 presenta il sistema di finanziamento in vigore nel 1995 e i successivi interventi normativi che ne hanno modificato la configurazione; il terzo e il quarto paragrafo illustrano, rispettivamente, la metodologia per la stima dell'equità verticale e dell'equità orizzontale; il quinto paragrafo presenta le ipotesi formulate per la computazione dei risultati, che sono illustrati nel sesto paragrafo; il settimo paragrafo presenta le conclusioni.

2. Il sistema di finanziamento del Servizio sanitario: dal Fondo sanitario nazionale al federalismo fiscale in sanità

Alla base dell'intervento pubblico in sanità e della costruzione del sistema impositivo volto a finan-

ziarlo vi è il riconoscimento della salute come bene meritorio. L'area pubblica rappresenta, tuttavia, solo una parte della spesa sanitaria. La tabella 1, relativa alle fonti di finanziamento dei consumi sanitari, mostra che oltre un quinto del finanziamento del settore sanitario non deriva da trasferimenti erariali e che nel periodo tra il 1995 e il 2000 la quota di spesa privata (compartecipazioni alla spesa e stipula di polizze sanitarie private) è passata dal 23,46% al 27,40% dell'intero monte risorse impiegato. Emerge inoltre un radicale cambiamento di composizione delle fonti pubbliche di finanziamento.

Tabella 1 - Fonti di finanziamento dei consumi sanitari

1995	Cont. soc.	Irpef	Iva	Pol. ass.	Spesa out of pocket
	43,92%	20,49%	12,12%	1,71%	21,75%
2000	Irapp	Irpef	Iva	Pol. ass.	Spesa out of pocket
	25,40%	13,41%	33,80%	1,42%	25,98%

Fonte: Elaborazione propria su dati della Banca d'Italia e dell'Istat.

L'introduzione dell'Irap (d.lgs. 446/1997) e il nuovo sistema di finanziamento delle regioni (d.lgs. 56/2000) hanno, infatti, profondamente mutato il contesto istituzionale all'interno del quale opera il settore sanitario.

Nel 1995 la componente pubblica del finanziamento è riconducibile in parte a meccanismi di tipo contributivo e in parte alla fiscalità generale. Per quanto riguarda quest'ultima il suo riparto è sostanzialmente attribuibile, proporzionalmente, al gettito Irpef ed Iva registrato nello stesso anno, che sono le due imposte principali del sistema tributario nazionale. Il prelievo contributivo si configura invece come tributo sul reddito, che presenta connotazioni regressive. La base imponibile è infatti composta dal reddito complessivo ai fini Irpef e la scala delle aliquote presenta due valori: il 6,6% per i redditi fino ai 40 milioni annui, il 4,6% oltre i 40 e fino ai 150 milioni; si annulla oltre i 150 milioni¹.

Con l'introduzione dell'Irap il legislatore sopprime i contributi per il Servizio sanitario nazionale, sostituendoli con un'imposta sul valore della produzione netta derivante dall'esercizio abituale di attività dirette alla produzione o allo scambio di beni o

servizi. Con questa imposta il costo del lavoro, che viene fatto rientrare nel valore della produzione netta, è sottoposto ad un'aliquota del 4,25%. Il gettito dell'Irap ha un vincolo di destinazione per il finanziamento della spesa sanitaria pari al 90%.

Il processo riformatore continua con l'introduzione del federalismo fiscale e la contestuale abolizione del Fondo sanitario nazionale sostituito dalla compartecipazione regionale del gettito Iva (inizialmente prevista nel 25,7%) e dall'aumento dell'addizionale regionale Irpef dallo 0,9% all'1,4%. Il nuovo assetto istituzionale è inoltre accompagnato da un meccanismo perequativo, di natura solidaristica, che agisce in favore delle regioni finanziariamente non autosufficienti in base alla propria capacità fiscale. Con l'accordo dell'8 agosto 2001 il governo ha infine aumentato al 38,55% la quota di compartecipazione regionale al gettito Iva con l'obiettivo di innalzare progressivamente la spesa sanitaria pubblica al 6% del Pil.

Nel complesso, rapportando la quota di spesa pubblica al 2000 con quella al 1995 in base alla tabella 1, si evince come le riforme varate comportino da un lato una riduzione della quota di finanziamento pubblico pari al 5,12% nel corso del quinquennio e dall'altro, con riferimento alla composizione della stessa, un significativo incremento della quota Iva.

3. Equità verticale e progressività del sistema di finanziamento

Quali effetti redistributivi hanno prodotto i profondi cambiamenti normativi inerenti al sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale? La risposta a un quesito siffatto implica lo studio della relazione tra la spesa sanitaria totale sostenuta dai singoli nuclei familiari e la loro capacità contributiva. Ciò rinvia ai due principi dell'equità orizzontale e dell'equità verticale (quest'ultimo connesso strettamente al criterio della progressività).

Un'utile misura della progressività di un sistema di finanziamento è fornita dall'indice di Kakwani (1977a, 1977b).

Si supponga che il reddito complessivo "x" del singolo nucleo familiare sia una variabile casuale con media "m" e funzione di ripartizione "F(x)"; la "F(x_n)" rappresenterà quindi la quota di redditi dei nuclei familiari con reddito complessivo pari o inferiore a "x_n" ed è nota come curva di Lorenz calcolata nel punto "x_n"; il coefficiente di Gini, che indicheremo con "G_x", sarà invece pari a uno meno due volte l'area al di sotto della curva di Lorenz. Definiamo ora la curva di concentrazione del finanziamento "T" calcolata nel punto "x_n" come F[(T(x_n))], ovvero la quota di finanziamento corrisposta dai singoli nuclei familiari con reddito complessivo uguale o minore di "x_n"; a partire da questa potremo calcolare

¹ Sono esclusi dalla base imponibile i redditi da pensione fino a 18 milioni complessivi.

l'indice di concentrazione del finanziamento " C_T " che sarà pari a uno meno due volte l'area al di sotto della curva di concentrazione stessa.

Come noto il concetto di progressività è connesso all'elasticità della funzione di finanziamento " $T(x)$ " rispetto al reddito " x ": se l'elasticità è maggiore di uno il sistema è progressivo, se è inferiore è regressivo (ed è proporzionale quando è pari a uno). Tuttavia una simile misura risulterebbe calcolata in un dato punto dell'universo dei redditi e pertanto fornirebbe un'indicazione "locale" e non "globale" sulla progressività di un sistema di finanziamento. Per tale ragione Kakwani, osservando come la distanza tra la " $F(x_n)$ " e la $F[(T(x_n))]$ dipenda dall'elasticità e sia tanto maggiore quanto maggiore è la differenza dell'elasticità dall'unità, definisce la progressività di un sistema di finanziamento attraverso la comparazione tra " C_T " e " G_X ". In particolare l'indice di Kakwani, " K_T ", sarà pari a:

$$(1) \quad K_T = C_T - G_X$$

Un valore positivo di " K_T " implicherà un sistema progressivo e un valore negativo un sistema regressivo. " K_T " uguale a zero rappresenterà invece un sistema proporzionale. Il valore di " K_T " sarà compreso tra $(G_X - 1)$, nel qual caso l'intero finanziamento del servizio sanitario graverà sul nucleo familiare più povero, e $(1 - G_X)$, ovvero l'intero servizio sanitario sarà finanziato dal nucleo familiare più ricco.

Ancora Kakwani osserva che il valore dell'indice di Gini calcolato sui redditi dei singoli nuclei familiari al netto delle quote di finanziamento, indicato con " G_{X-T} ", è pari a:

$$(2) \quad G_{X-T} = G_X - [tK_T/(1-t)]$$

con " t " che rappresenta l'aliquota media di finanziamento. Dalla (2) si ottiene:

$$G_X - G_{X-T} = [tK_T/(1-t)]$$

Essa mostra che gli effetti redistributivi di un sistema di finanziamento dipendono tanto dall'aliquota media di finanziamento " t ", quanto dal livello di progressività del sistema stesso, rappresentato dall'indice di Kakwani.

Infine, l'indice di Kakwani gode dell'importante proprietà secondo la quale, quando un sistema di finanziamento è composto da una serie di singole fonti di finanziamento, il livello di progressività dell'intero sistema è pari ad una somma ponderata degli indici di Kakwani calcolati per singola fonte di finanziamento. Analiticamente avremo:

$$(4) \quad K_T = \sum_i t_i/t K_i$$

$$(5) \quad G_X - G_{X-T} = [\sum_i t_i K_i / (1-t)]$$

La (5) permette di scomporre l'effetto redistributivo complessivo con riferimento ad ogni singola fonte di finanziamento.

4. Equità orizzontale e scomposizione degli effetti redistributivi

In termini generali è possibile misurare l'effetto redistributivo associato ad un determinato sistema di finanziamento dalla variazione del coefficiente di Gini associato al finanziamento stesso " T ":

$$(6) \quad RE = G_X - G_{X-T}$$

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, attraverso la (3), esso dipende tanto dall'aliquota media di finanziamento " t ", quanto dal livello di progressività del sistema " K_T ". La (3) sconta, tuttavia, un importante assunto, in quanto ipotizza che tutti i singoli nuclei familiari, con pari capacità contributiva, finanzino pariteticamente il sistema sanitario, in altre parole la (3) ipotizza l'assenza di ogni forma d'inequità orizzontale.

Aronson, Johnson e Lambert (1994) mostrano tuttavia come, in presenza di iniquità orizzontale, tale scomposizione non stimi correttamente gli effetti redistributivi, e come essi vadano viceversa scomposti nel seguente modo:

$$(7) RE = [tK_T/(1-t)] - \sum \alpha_X G_{F(X)} - (G_{X-T} - C_{X-T}) = V - H - R$$

dove " α_X " è il prodotto tra la quota di popolazione dei nuclei familiari aventi un reddito strettamente pari ad " x " e la quota di reddito al netto del finanziamento degli stessi nuclei familiari; " $G_{F(X)}$ " è invece il coefficiente di Gini calcolato sui redditi al netto del finanziamento sempre sui medesimi nuclei familiari aventi un reddito strettamente pari ad " x "; " C_{X-T} " è infine l'indice di concentrazione dei redditi al netto del finanziamento ed è calcolato sull'intero insieme dei nuclei familiari.

In questa scomposizione il primo termine, indicato con la " V ", identifica gli effetti redistributivi analizzati con la (3) nel paragrafo precedente; il secondo termine " $\sum \alpha_X G_{F(X)}$ ", definito con la " H ", rappresenta invece l'inequità orizzontale in senso stretto. Il suo calcolo implica la partizione dell'insieme dei nuclei familiari in " n " sottogruppi, ognuno dei quali composti da " m " nuclei familiari aventi tutti lo stesso identico reddito al lordo del finanziamento. È facile osservare come, in assenza di iniquità orizzontale, " $G_{F(X)}$ " sarà pari a zero in tutti i sottogruppi dell'insieme dei nuclei familiari. Da ultimo " $G_{X-T} - C_{X-T}$ ",

indicato con "R", identifica il *reranking*, ovvero il mutato ordinamento dei nuclei familiari a seguito del passaggio dal reddito lordo al reddito netto. Esso non rappresenta tipicamente l'inequità orizzontale, tuttavia esso dipende strettamente dalla presenza di dette forme d'inequità². Tanto "H" quanto "R" saranno sempre maggiori o uguali a zero.

In generale avremo quindi che la presenza di forme d'inequità orizzontale tenderà a ridurre gli effetti equitativi prodotti da un sistema di finanziamento con caratteristiche di progressività, o, viceversa, ad accrescere l'inequità di un sistema in sé già regressivo.

5. Dati ed assunti

La stima degli effetti redistributivi, che sarà presentata nel paragrafo successivo, è stata ottenuta attraverso una serie di elaborazioni effettuate sui dati rilevati periodicamente nell'indagine sui bilanci delle famiglie dalla Banca d'Italia. Poiché l'analisi intende analizzare l'impatto dell'introduzione dell'Irap e del nuovo finanziamento delle regioni, essendo l'ultima rilevazione disponibile riferita al 2000, si è dovuta applicare virtualmente la nuova normativa sul finanziamento delle regioni, in vigore dal gennaio del 2001, ai dati del 2000.

L'unità campionaria di riferimento in tale indagine è il nucleo familiare. Con riferimento a quest'ultimo la Banca d'Italia rileva, tra gli altri dati, i consumi durevoli e non durevoli, la stipulazione e l'importo di eventuali polizze sanitarie integrative, il reddito disponibile al netto di imposte e contributi dei singoli componenti il nucleo familiare. A partire da quest'ultimo si sono stimati, per aggregazione, il reddito lordo delle famiglie e la quota di imposte dirette a finanziare il servizio sanitario; a partire dai redditi lordi dei singoli componenti il nucleo familiare si sono poi stimati i contributi sociali e la quota dell'Irap, ipotizzando che su di essi gravasse l'onere economico effettivo. La quota di imposte indirette è stata invece stimata in base ai consumi familiari. Poiché i consumi durevoli si caratterizzano per la loro natura di spesa pluriennale, la totalità dei consumi durevoli è stata riallocata fra tutti i nuclei familiari in funzione dei loro redditi netti. Infine i consumi out of pocket (pagamenti diretti e partecipazioni alla spesa) sono stati stimati incrociando i dati sui consumi delle famiglie di fonte Istat con quelli rilevati dalla Banca d'Italia, come da noi rielaborati.

²Da un punto di vista esclusivamente analitico si evidenzia come solo in presenza di un'aliquota media di finanziamento "t" maggiore di uno, ipotesi peraltro non significativa sotto il profilo economico, valori positivi di "H" non implicano valori positivi di "R".

Si è posto quindi il problema di come rendere "idealmente" comparabili i redditi delle famiglie con diversa numerosità, o più in generale con diversa composizione, e le relative quote di finanziamento del servizio sanitario. È, infatti, sembrato corretto ipotizzare che all'interno delle singole famiglie si generino economie di scala, cioè che il reddito necessario al conseguimento di un determinato "livello di benessere" vari, al variare della dimensione familiare, in misura meno che proporzionale rispetto al numero dei componenti. A tal fine si è fatto ricorso ad una misura equivalente "E" tanto del reddito "X" quanto del finanziamento "T":

$$(8) \quad E_X = X/N^\alpha; \quad E_T = T/N^\alpha$$

dove "N" è il numero dei componenti la famiglia e "α" è un parametro compreso tra zero e uno. Assumere un valore di alfa estremo, $\alpha = 1$ oppure $\alpha = 0$ equivale ad assegnare a ciascun individuo della famiglia un reddito equivalente pari rispettivamente al reddito pro capite (assenza di economie di scala) o al reddito familiare (indipendenza dal numero dei componenti). Nel presente lavoro le stime sono presentate con riferimento a tre possibili valori intermedi del parametro, ovvero ad $\alpha = 0,3$, $\alpha = 0,5$ (ipotesi centrale) e $\alpha = 0,7$.

6. Principali risultati

Le stime riportate nelle tabelle 2, 3 e 4 evidenziano chiaramente gli effetti redistributivi connessi ai differenti meccanismi di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e quindi, per comparazione, l'impatto dell'introduzione del d.lgs. 446/1997 e del d.lgs. 56/2000³.

Dalla tabella 2 (effetti redistributivi nel 1995) si osserva che, considerato nella sua interezza, il sistema di finanziamento presenta un livello di redistribuzione positivo ($RE = 0,001848$): in altre parole il sistema redistribuisce risorse a favore delle classi con minore reddito. Questo risultato dipende principalmente dall'aliquota media di finanziamento ($t = 0,119356$) e solo in minima parte dalla progressività del sistema ($K = 0,016064$).

Se questo è vero per il sistema nella sua globalità, le singole fonti di finanziamento presentano tuttavia differenze significative.

La spesa out of pocket risulta, ad esempio, significativamente regressiva ($K = -0,131399$ e $RE = -0,003607$). Del tutto trascurabili sono invece gli effetti derivanti dalla stipula di polizze sanitarie, in

³I risultati commentati fanno tutti riferimento all'ipotesi centrale $\alpha = 0,5$.

Tabella 2 - Effetti redistributivi nel 1995

	Contributi sociali	Irpef	Iva	Pol. ass.	Spesa out of pocket	Tot. Fin.
$\alpha = 0,3$						
t =	0,051984	0,024658	0,014762	0,002075	0,026470	0,119949
K =	0,087536	0,126706	-0,155483	0,058296	-0,131820	0,016767
V =	0,004800	0,003203	-0,002330	0,000121	-0,003584	0,002285
(H + R) =	0,000167	0,000005	0,000009	0,000025	0,000009	0,000305
RE =	0,004633	0,003198	-0,002339	0,000097	-0,003593	0,001981
$\alpha = 0,5$						
t =	0,051195	0,024571	0,014868	0,002080	0,026642	0,119356
K =	0,086172	0,129084	-0,154782	0,065421	-0,131399	0,016064
V =	0,004650	0,003252	-0,002336	0,000136	-0,003597	0,002177
(H + R) =	0,000195	0,000005	0,000010	0,000025	0,000011	0,000330
RE =	0,004455	0,003246	-0,002346	0,000111	-0,003607	0,001848
$\alpha = 0,7$						
t =	0,050348	0,024476	0,014986	0,002082	0,026834	0,118726
K =	0,079511	0,128122	-0,149360	0,067561	-0,127070	0,013745
V =	0,004216	0,003215	-0,002272	0,000141	-0,003504	0,001852
(H + R) =	0,000226	0,000006	0,000012	0,000026	0,000014	0,000354
RE =	0,003989	0,003209	-0,002284	0,000115	-0,003518	0,001498

Fonte: Elaborazione propria su dati della Banca d'Italia e dell'Istat.

Tabella 3 - Effetti redistributivi nel 2000

	Contributi sociali	Irpef	Iva	Pol. ass.	Spesa out of pocket	Tot. Fin.
$\alpha = 0,3$						
Tt =	0,032974	0,018077	0,046043	0,001890	0,035384	0,134368
K =	0,107600	0,025409	-0,158230	0,152945	-0,133682	-0,057448
V =	0,003669	0,000468	-0,007637	0,000290	-0,004904	-0,008917
(H + R) =	0,000178	0,000000	0,000120	0,000023	0,000016	0,000464
RE =	0,003491	0,000468	-0,007757	0,000266	-0,004919	-0,009382
$\alpha = 0,5$						
t =	0,032102	0,018086	0,046441	0,001874	0,035683	0,134186
K =	0,097330	0,026470	-0,156459	0,156370	-0,131936	-0,060198
V =	0,003228	0,000488	-0,007620	0,000294	-0,004882	-0,009330
(H + R) =	0,000197	0,000000	0,000131	0,000023	0,000020	0,000473
RE =	0,003031	0,000487	-0,007751	0,000270	-0,004902	-0,009802
$\alpha = 0,7$						
t =	0,031197	0,018095	0,046880	0,001856	0,036011	0,134039
K =	0,080846	0,026827	-0,149455	0,153174	-0,125894	-0,061536
V =	0,002603	0,000494	-0,007351	0,000285	-0,004703	-0,009525
(H + R) =	0,000208	0,000000	0,000147	0,000022	0,000026	0,000477
RE =	0,002395	0,000494	-0,007498	0,000262	-0,004729	-0,010002

Fonte: Elaborazione propria su dati della Banca d'Italia e dell'Istat.

quanto la quota di risorse ad esse destinata è estremamente bassa ($t = 0,002080$).

Tra le fonti di finanziamento pubbliche la quota Iva risulta fortemente regressiva ($K = -0,154782$ e $RE = -0,002346$), mentre risultano progressive tanto la quota Irpef ($K = 0,129084$ e $RE = 0,003246$)

quanto i finanziamenti derivanti dai contributi sociali ($K = 0,086172$ e $RE = 0,004455$). Tuttavia il maggiore effetto redistributivo connesso a questi ultimi, rispetto alla quota Irpef, deriva dalla maggiore aliquota media che caratterizza questa fonte di finanziamento ($t_{\text{Cont.Soc}} = 0,051195$ e $t_{\text{Irpef}} = 0,024571$).

Tabella 4 - Comparazione 1995/2000 (hp: $\alpha = 0,5$)

1995	Contributi sociali	Irpef	Iva	Pol. ass.	Spesa out of pocket	Tot. fin.
t =	0,051195	0,024571	0,014868	0,002080	0,026642	0,119356
K =	0,086172	0,129084	-0,154782	0,065421	-0,131399	0,016064
V =	0,004650	0,003252	-0,002336	0,000136	-0,003597	0,002177
(H + R) =	0,000195	0,000005	0,000010	0,000025	0,000011	0,000330
RE =	0,004455	0,003246	-0,002346	0,000111	-0,003607	0,001848
2000	Irap	Irpef	Iva	Pol. ass.	Spesa out of pocket	Tot. fin.
t =	0,032102	0,018086	0,046441	0,001874	0,035683	0,134186
K =	0,097330	0,026470	-0,156459	0,156370	-0,131936	-0,060198
V =	0,003228	0,000488	-0,007620	0,000294	-0,004882	-0,009330
(H + R) =	0,000197	0,000000	0,000131	0,000023	0,000020	0,000473
RE =	0,003031	0,000487	-0,007751	0,000270	-0,004902	-0,009802

Fonte: Elaborazione propria su dati della Banca d'Italia e dell'Istat.

Questo risultato non era affatto scontato, data la struttura apparentemente regressiva dei contributi sociali: alla luce delle soglie di esenzione previste dal legislatore tale struttura risulta invece progressiva. D'altra parte, tra le diverse fonti di finanziamento i contributi sociali generano la quota d'inequità orizzontale più elevata ($H + R = 0,000195$). Complessivamente la presenza di dette forme d'inequità riduce del 17,8% la capacità redistributiva dell'intero sistema di finanziamento ($H + R = 0,000330$).

Ancora dalla tabella 2 si nota come, al crescere del valore assegnato al parametro " α " (cioè quando si ipotizzano economie di scala generate dalle singole unità familiari crescentemente significative), più rilevante risulterà la capacità redistributiva del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale.

L'introduzione dell'Irap e il nuovo meccanismo di finanziamento delle regioni hanno profondamente mutato il contesto istituzionale nel quale si inserisce il settore sanitario. La tabella 3 (effetti redistributivi nel 2000) mostra gli effetti redistributivi stimati sui dati campionari del 2000 con riferimento alla nuova normativa. La tabella 4 (comparazione 1995/2000), infine, misura la rilevanza di dette trasformazioni. Ciò che colpisce nella tabella 4 non è tanto, o solo, il mutamento di segno dell'effetto redistributivo considerato nella sua complessità, quanto la sua dimensione ($RE = -0,009802$). Esso deriva principalmente dalla mutata composizione del finanziamento pubblico a seguito del nuovo contesto normativo e dipende solo in parte dalla crescente spesa *out of pocket* registrata nel corso del quinquennio ($t = 0,035683$ con un incremento di oltre il 30%); trascurabile rimane invece l'effetto derivante dalla stipula di polizze sanitarie.

Analizziamo ora nel dettaglio i singoli canali di

finanziamento pubblico del Servizio sanitario nazionale.

L'introduzione dell'Irap, con la contestuale abrogazione dei contributi sociali, ha ridotto gli effetti redistributivi connessi a questo canale di finanziamento di circa il 30% ($RE = 0,003031$); ciò è dovuto esclusivamente alla riduzione dell'aliquota media ($t = 0,032102$), mentre risulta aumentato il grado di progressività del canale stesso ($K = 0,097330$)⁴. Questo risultato consente di identificare, per esclusione, nel d.lgs. 56/2000 (che ha avuto effetti, vedi paragrafo § 2, tanto sulla quota Irpef quanto sulla quota Iva) il provvedimento normativo cui imputare il mutamento degli effetti redistributivi stimati.

Per quanto riguarda la quota Irpef si è ridotta tanto l'aliquota media di finanziamento ($t = 0,018086$), quanto, e soprattutto, la progressività del canale di finanziamento stesso ($K = 0,026470$). La capacità redistributiva dell'Irpef, quantunque ancora positiva, si è ridotta al 15% del valore che aveva nel 1995.

Ciò che ha radicalmente mutato il segno della redistribuzione è quindi la quota Iva, quasi interamente imputabile all'aliquota media di finanziamento, più che triplicata rispetto al 1995 ($t = 0,046441$).

Anche le forme d'inequità orizzontale risultano grandemente accresciute (più del 40%) rispetto al 1995 ($H + R = 0,00473$).

Infine (tabella 3) è confermata l'esistenza di una relazione inversa tra effetti redistributivi e parametro " α ".

⁴Si noti come la progressività dell'Irap dipenda dalla presenza di categorie di reddito (in particolare i redditi da pensione) non soggette ad imposta; ciò rende progressivo un canale di finanziamento altrimenti proporzionale.

7. Conclusioni

L'obiettivo del lavoro è stato quello di stimare l'impatto dell'introduzione dell'Irap e del federalismo fiscale sugli effetti redistributivi del sistema di finanziamento del servizio sanitario. I risultati ottenuti evidenziano come si sia passati da una situazione di moderata progressività ($K = 0,016064$, $RE = 0,001848$) ad una situazione di regressività ($K = -0,060198$, $RE = -0,009802$). Questo risultato, già di per sé significativo, va inoltre letto congiuntamente con i possibili effetti equitativi prodotti dalle stesse riforme sul fronte dell'erogazione dei servizi sanitari.

In particolare, se lo scopo del d.lgs. 56/2000 è di rendere ogni regione maggiormente rispettosa del proprio vincolo di bilancio, tendenzialmente collegando le risorse tributarie regionali al reddito prodotto localmente, la dotazione finanziaria di ogni singola regione sarà necessariamente influenzata dalla squilibrata distribuzione della base imponibile tra Nord e Sud del paese, mentre resteranno relativamente omogenee le esigenze di spesa. Questo presumibilmente porterà le regioni con un più elevato livello di reddito a disporre di maggiori risorse per l'e-

rogazione dei servizi pubblici aggiuntivi, tra i quali i servizi sanitari.

Data la delicatezza dei temi equitativi, tanto sul fronte dell'erogazione, quanto – come si può desumere dai dati e dalle riflessioni esposte – sul fronte del finanziamento, pare opportuno che nell'agenda di politica sanitaria sia inserita un'ulteriore riflessione sul sistema complessivo di finanziamento del servizio sanitario.

Bibliografia

- Aronson JR, Lambert PJ (1993), Inequality decomposition analysis and the Gini coefficient revisited, *The Economic Journal*, 103: 1221-1227.
- Aronson JR, Johnson P, Lambert PJ (1994), Redistributive effect and unequal income tax treatment, *The Economic Journal*, 104: 262-270.
- Kakwani NC (1977a), Measurement of tax progressivity: an international comparison, *The Economic Journal*, 87: 71-80.
- Kakwani NC (1977b), Applications of Lorenz curves in economic analysis, *Econometrica*, 45: 719-727.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Van Der Burg H et al (1999a), Equity in the finance of health care: some further international comparison, *J Health Econ*, 18: 263-290.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Van Der Burg H et al (1999b), The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *J Health Econ*, 18: 291-313.