

Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica

Gruppo Remolet*

a cura di **Cesare Cislighi[°]** e **Antonella Sferrazza^{°°}**

[°]Coordinatore scientifico, attività e ricerche economico sanitarie, Agenas

^{°°}Collaboratore Agenas

A differenza del settore ospedaliero, l'ambito dell'assistenza specialistica non è ancora stato sufficientemente oggetto di indagine, soprattutto per mancanza di informazioni dettagliate sugli accessi alle prestazioni relativi ai singoli.

La novità rappresentata dalla costruzione di nuovi flussi informativi, basati sulla cosiddetta "tessera sanitaria", potrebbe consentire oggi di analizzare in modo compiuto ed approfondito la domanda di prestazioni specialistiche, ma per il momento le informazioni presenti in tali flussi, purtroppo, non sono disponibili neppure per i soggetti che istituzionalmente svolgono funzioni di monitoraggio e valutazioni, nonostante sia stato previsto dal DL 6 luglio 2012 n. 95, c.25 bis, art.15. Nell'attesa di poter utilizzare tali informazioni, Agenas ha chiesto ad alcune Regioni, all'interno del progetto Remolet (Rete di monitoraggio dei livelli essenziali tempestiva), di elaborare quanto in loro possesso per cercare di produrre un quadro sufficientemente indicativo dell'attuale situazione, anche se non esaustivo.

Molte Regioni hanno aderito alla richiesta dei dati, come indicato dalla Figura 1, altre sono disponibili all'invio e stanno superando le difficoltà tecniche che fino ad ora hanno ostacolato la realizzazione, mentre per altre ancora, seppur in assenza di una volontà contraria, il coinvolgimento nel progetto non si è ancora realizzato. Le undici Regioni che hanno messo a disposizione i dati corrispondono all'80% della popolazione italiana (e se si aggiungono la Puglia e la Calabria si arriva al 90%) e, quindi, si può ragionevolmente ritenere che le con-

* Il Gruppo Remolet è un gruppo volontario di referenti regionali che confluiscono i dati di attività al fine di realizzare un benchmarking sui temi collegialmente individuati come rilevanti.

clusioni di queste analisi possano essere rappresentative dell'intero Paese.

Ad ogni referente regionale è stato chiesto di fornire i dati relativi al numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali, ai totali dei valori tariffari e dei ticket riscossi nei tre settori in cui tradizionalmente viene suddivisa l'attività specialistica: Diagnostica, Laboratorio e Attività clinica. Nei dati raccolti non sono stati presi in considerazione le prestazioni erogate in pronto soccorso, in quanto per diverse Regioni, o questi dati non erano disponibili, o presentavano dubbi di attendibilità e completezza.

I soggetti che hanno usufruito di prestazioni sono stati suddivisi in tre gruppi: esenti dal pagamento dei ticket per reddito, esenti per patologia, non esenti. I dati sono relativi ai due semestri del 2011, ed al primo semestre 2012; è in corso la raccolta dei dati del secondo semestre 2012, che saranno oggetto di prossime analisi.

L'interesse del confronto dei dati dei primi semestri 2011 e 2012 nasce dal fatto che, a partire dal secondo semestre 2011, è stato introdotto il cosiddetto "super ticket" cioè una quota di compartecipazione applicata alle ricette della specialistica; le Regioni hanno poi articolato il su-

per ticket con differenti modalità; al "super ticket" è poi aggiunta anche la recrudescenza degli effetti della crisi economica.

L'ANDAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Il primo risultato dell'analisi è il calcolo dei tassi semestrali di utilizzo di prestazioni specialistiche; questi tassi sono stati aggiustati per età, utilizzando (per semplicità) i pesi definiti dai criteri del riparto dei finanziamenti regionali.

Si osservi, comunque, che in alcune Regioni sono state accorpate delle prestazioni in "pacchetti assistenziali", per cui non sempre il dato del numero di singole prestazioni erogate potrebbe presentare fedelmente l'intensità di utilizzo dell'assistenza specialistica; in alcune, come la Campania, ci sono sicuramente delle prestazioni non registrate. Tali differenze, però, non hanno subito cambiamenti notevoli da un semestre all'altro, per cui i trend risultano per lo più veritieri.

Si può osservare in Figura 2 come vi sia un effetto stagionale che fa sì che i consumi del secondo semestre (che comprende anche il mese di agosto) siano sempre inferiori al primo. Confrontan-

segue a pag. 95 ►

Figura 1 - Regioni che hanno conferito i loro dati



Figura 2 - Tassi semestrali di utilizzo di prestazioni specialistiche

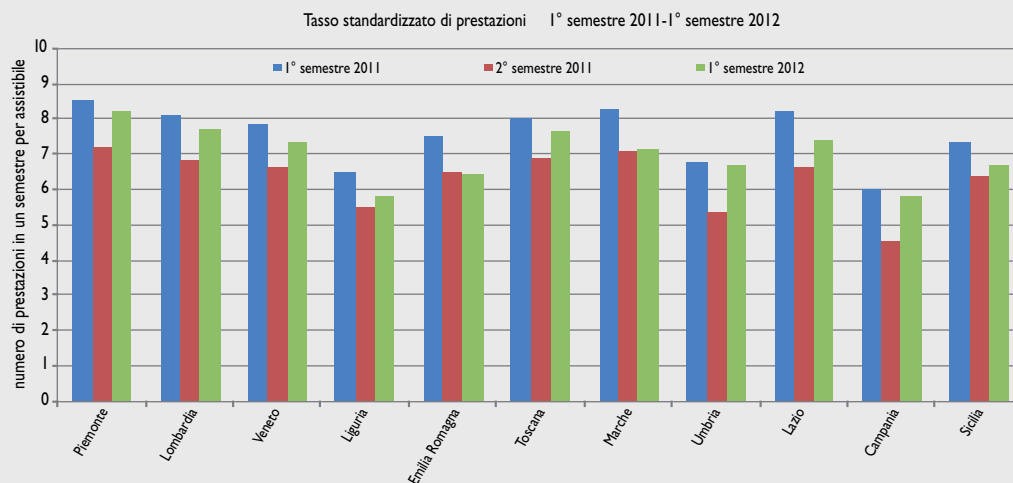


Figura 3 - Trend dei consumi di prestazioni tra i primi semestri 2011 e 2012

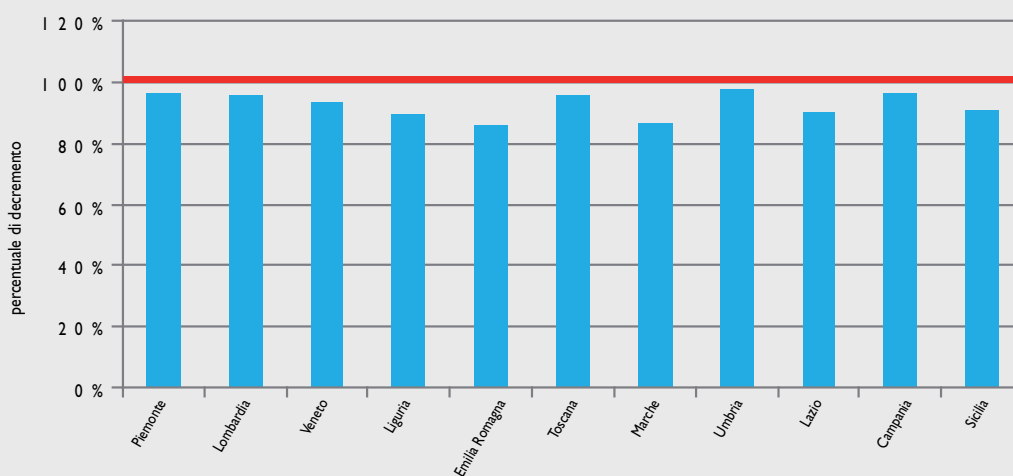
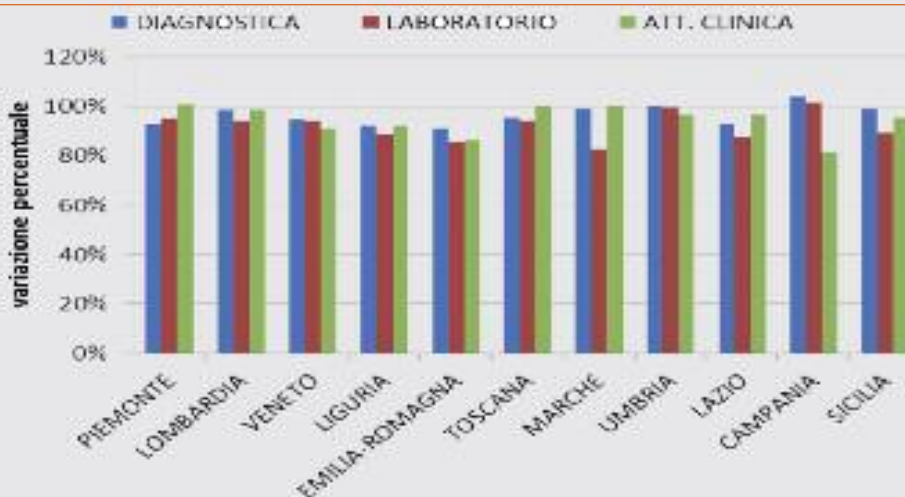


Figura 4 - Trend dei consumi di prestazioni per settore tra i primi semestri 2011 e 2012



► segue da pag. 93

do, invece, i primi semestri del 2011 e del 2012 si osserva in tutte le Regioni una diminuzione di prestazioni, in alcune più accentuata, e in altre meno, come meglio rappresentato in Figura 3.

In alcune Regioni come il Piemonte, l'Umbria e la Campania, la diminuzione è stata minima, mentre in altre è stata molto più accentuata (e tra queste il maggior decremento risulta quello della Regione Emilia-Romagna¹).

A questo punto, ci siamo chiesti quali possano essere state le cause di questa diminuzione di prestazioni erogate, decremento che interviene dopo che l'assistenza specialistica aveva mostrato un ampio incremento dovuto allo sviluppo delle tecniche diagnostiche e alle politiche di deospedalizzazione intervenute negli ultimi anni.

L'ANDAMENTO PER SETTORE SPECIALISTICO

Per cercare di capire qualcosa in più occorre, innanzitutto, analizzare le frequenze per

le diverse tipologie di prestazioni (Figura 4).

Non vi è omogeneità di comportamento tra le diverse Regioni, anche se, nella maggioranza, il settore che ha subito un maggior decremento risulta essere quello del laboratorio, mentre la diagnostica strumentale, tranne che in poche Regioni, sembra sia il settore con la minor flessione (ed in Campania si osserverebbe addirittura un suo incremento positivo, ma forse ciò è dovuto ad una migliore registrazione di prestazioni prima mancanti).

L'ANDAMENTO PER TIPO DI PRODUTTORE (PUBBLICO VS PRIVATO)

Le prestazioni specialistiche sono prodotte sia da presidi pubblici delle aziende del Ssn, sia da presidi privati accreditati con il Ssn. Nei dati qui analizzati sono del tutto assenti sia le prestazioni non a carico del Ssn e acquistate dai cittadini come "out of pocket", cioè pagandone interamente il prezzo, sia quelle erogate dal pubblico in regime di "intramoenia".

segue a pag. 97 ►

¹ Nella valutazione complessiva dei dati riferiti alla Regione Emilia Romagna occorre considerare che, a seguito del terremoto del maggio 2012, l'intera popolazione delle zone colpite (circa 1 milione di abitanti) è stata esonerata dal pagamento del ticket nel periodo giugno-settembre.

Figura 5 - Trend dei consumi di prestazioni per produttore tra i primi semestri 2011 e 2012

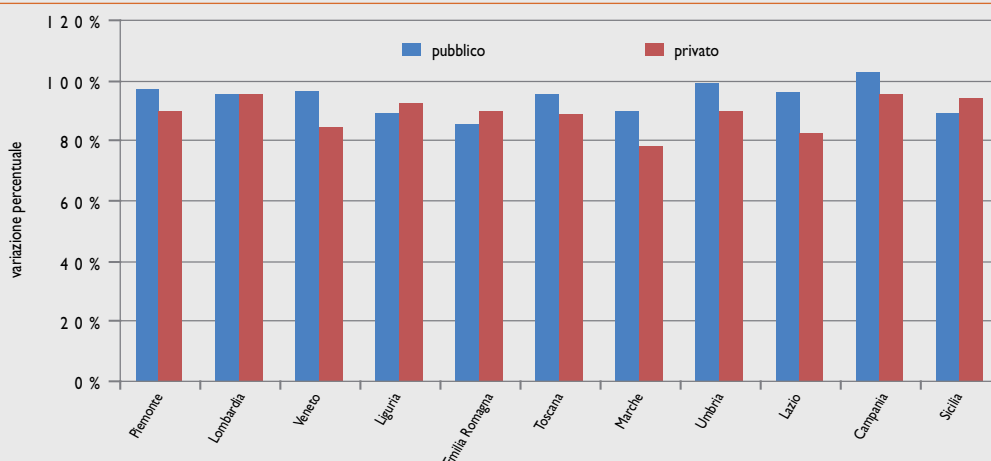


Figura 6 - Trend dei consumi di prestazioni per tipo di esenzione tra i primi semestri 2011 e 2012

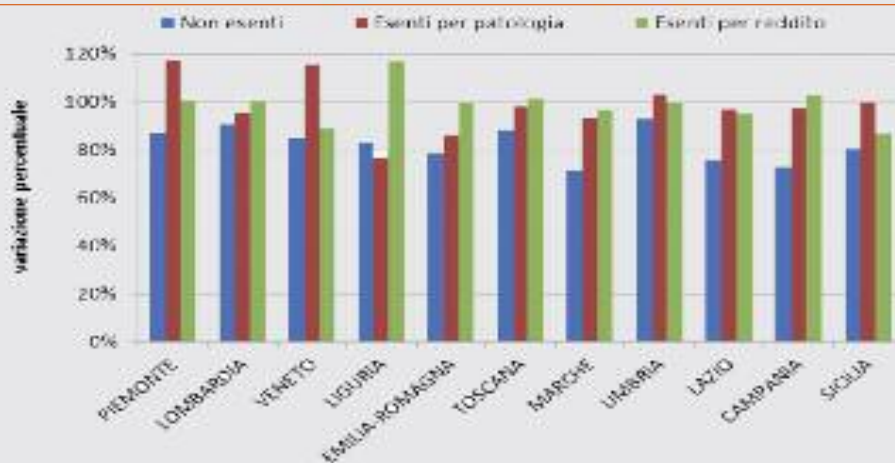


Figura 7 - Valori medi tariffari per prestazione nel 2011 e nel 2012

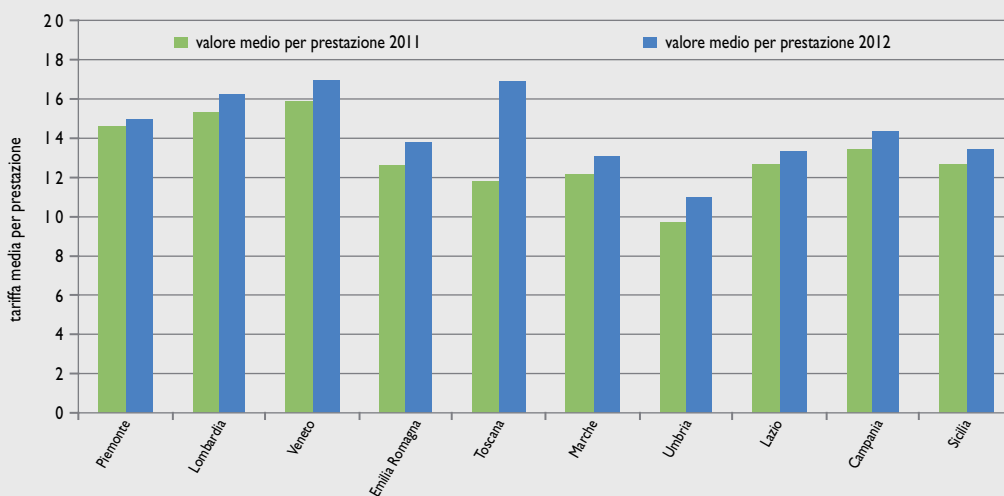
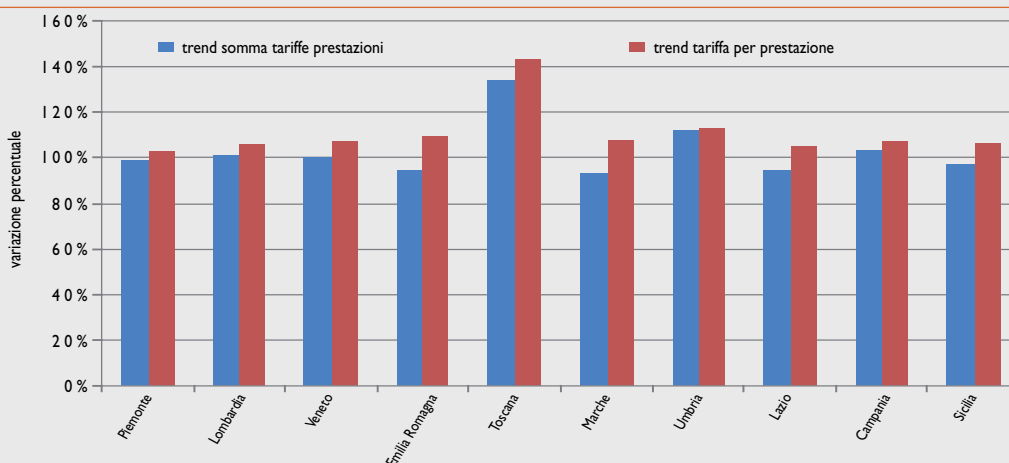


Figura 8 - Trend della somma e delle medie dei valori tariffari di tutte le prestazioni erogate nel 2011 e nel 2012



► segue da pag. 95

Tranne che in Liguria, in Emilia-Romagna e in Sicilia, la diminuzione è più accentuata nelle prestazioni prodotte nel privato rispetto a quelle prodotte nel pubblico (Figura 5). Questo fa pensare che il produttore privato potrebbe aver adottato dei prezzi di vendita delle prestazioni più convenienti, seppur non necessariamente inferiori, rispetto ai ticket, per cui l'utente che si è rivolto al privato ha preferito acquistare la prestazione, invece che porla a carico del Ssn. In alcuni casi, infatti, potrebbe non aver giocato solo il prezzo in confronto del ticket, ma la maggior utilità di ricorrere ad un acquisto privato senza dover subire tempi di attesa può esser cresciuta in modo determinante, in virtù della diminuzione del differenziale tra prezzo e ticket.

L'ANDAMENTO PER TIPO DI UTENTE (ESENTEVS NON ESENTI)

Un altro aspetto importante analizzato è stato l'andamento dei consumi rispetto alla tipologia del soggetto assistibile, e cioè se non esente dai pagamenti dei ticket, o esente per patologia o per reddito. Per maggiore chiarezza, è opportuno far osservare nuovamente che, laddove ci sia un'esenzione che richiede sia la presenza di una patologia sia quella di un basso reddito, si è privilegiato per la nostra analisi quest'ultimo elemento.

Pur con andamenti complessivi molto eterogenei tra le diverse Regioni, appare evidente che la diminuzione maggiore è avvenuta per i soggetti non esenti, il che suggerisce, quindi, che una delle cause sicuramente importanti della diminuzione debba essere individuata nell'aumento dei ticket.

In Liguria, la diminuzione maggiore viene osservata nelle prestazioni esenti per patologia, ma questo sembra sia dovuto ad un trasferimento del tipo di esenzione, essendo aumentate notevolmente le esenzioni per reddito. Solo nel Lazio e nelle

Marche la diminuzione del numero di prestazioni ha riguardato tutte le tipologie di esenzioni.

Nell'interpretazione della Figura 6 si consideri che le variazioni possono essere dovute anche ad un cambiamento di status nei soggetti; probabilmente alcuni che precedentemente non avevano fatto valere il loro diritto all'esenzione per patologia, in presenza di un aumento dei ticket, l'hanno fatta valere; anche l'introduzione di nuove regole per ottenere l'esenzione per reddito può aver modificato il numero dei soggetti che ne usufruiscono. Questi cambiamenti di status potrebbero spiegare gli aumenti di prestazioni in soggetti con esenzione per patologia in Piemonte, Veneto e Umbria e per reddito in Liguria, Toscana e Campania. L'attuale non disponibilità di dati relativi ai singoli soggetti esenti non permette di distinguere l'andamento delle prestazioni dall'andamento delle esenzioni.

L'ANDAMENTO DEI VALORI TARIFFARI

Oltre alla frequenza delle prestazioni è opportuno anche valutare l'andamento dei valori tariffari (Figura 7) considerando che, tra il 2011 e il 2012, le tariffe regionali per la specialistica non hanno cambiato sostanzialmente di valore, tranne che per la Regione Toscana (che ha visto un incremento medio di circa 5 euro per prestazione).

Tutte le Regioni evidenziano un incremento del valore medio pro-prestazione: ciò può essere dovuto anche al fatto che la diminuzione di prestazioni ha maggiormente riguardato le prestazioni meno costose, che, peraltro, sono anche quelle dove il ticket proporzionalmente grava in misura maggiore. Si consideri, comunque, che in alcune Regioni sono anche intervenuti degli incrementi dei valori tariffari.

Nonostante l'incremento del valore tariffario medio per singola prestazione, la somma delle tariffe (Figura 8) è diminuita in tutte le Regio-

segue a pag. 99 ►

Figura 9 - Valori medi tariffari per prestazione nel 2011 e 2012 nel pubblico e nel privato convenzionato

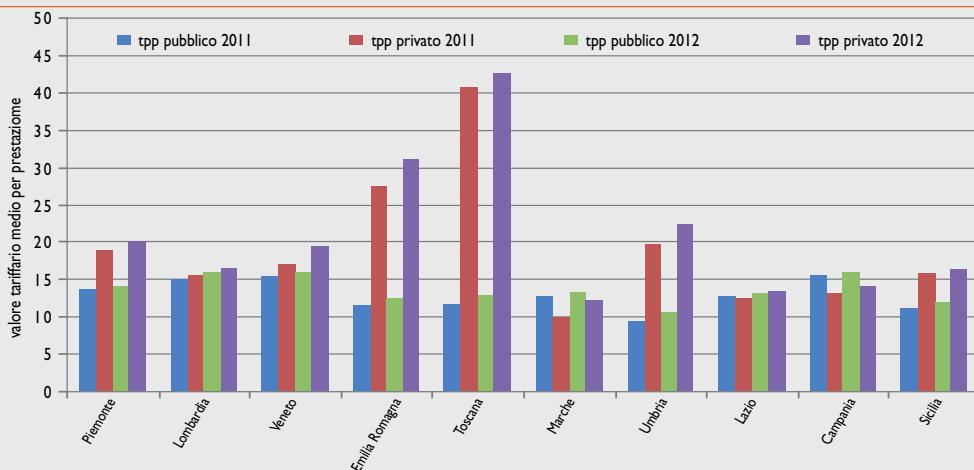


Figura 10 - Valori medi per abitante dei ticket versati dal 1 luglio 2011 al 30 giugno 2012

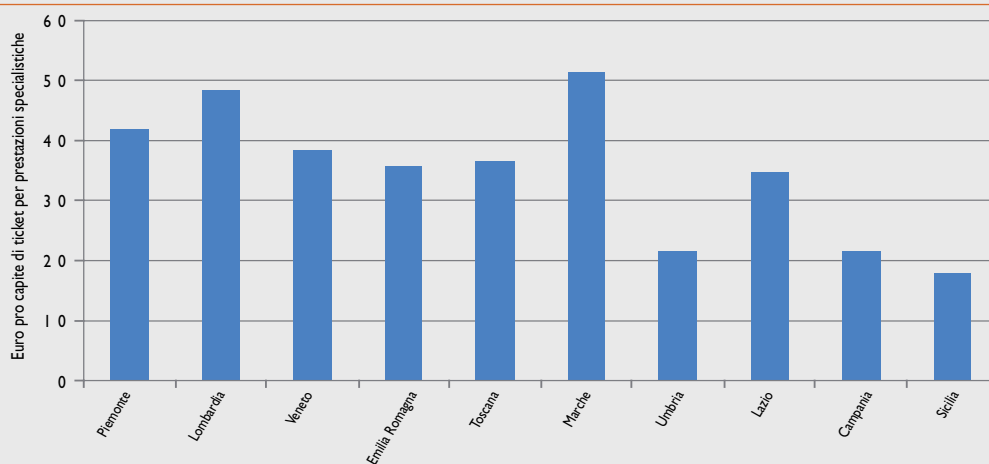
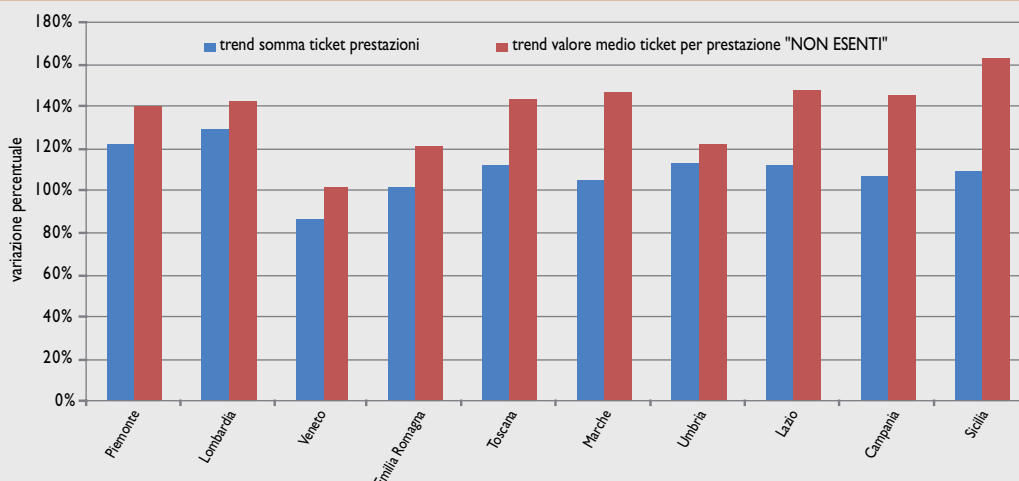


Figura 11 - Rapporto tra i ticket riscossi nei primi semestri del 2011 e del 2012



► segue da pag. 97

ni tranne che in Toscana, in Umbria ed in Campania, mentre in Lombardia e Veneto è rimasta pressoché costante.

Il quadro cambia se si calcola il valore medio per prestazione separatamente per il pubblico e per il privato accreditato: si può constatare (Figura 9) che in alcune Regioni il privato ha dei valori per prestazione molto superiori a quelli del pubblico. Ciò fa pensare che in queste Regioni il privato tenda ad erogare prevalentemente prestazioni più complesse e, quindi, anche più costose, mentre le prestazioni meno costose siano erogate prevalentemente dal pubblico. Il fenomeno appare molto accentuato proprio nelle Regioni dove il privato ha un ruolo meno importante nell'erogazione di prestazioni specialistiche, come ad esempio in Emilia Romagna, Toscana e Umbria.

L'ANDAMENTO DELLA RISCOSSIONE DEI TICKET

Dal 1° luglio 2011 al 30 giugno 2012, nelle Regioni che hanno reso disponibili i dati (corrispondenti a 46,5 milioni di abitanti) per le prestazioni specialistiche, sono stati riscossi 1.719 milioni di euro di compartecipazione, sommando sia i ticket sia il cosiddetto "super-ticket". Ciò significa che per ogni abitante in media è stato riscosso un valore di 37 euro che porterebbe ad una stima nazionale di 2.243 milioni di euro. La Figura 10 mostra qual è il valore pro capite dei ticket versati in un anno nelle varie Regioni considerate: le diversità osservate sono importanti e possono essere causate da molti fattori, ad esempio da diversità di strutture per età, da differenze nei tassi di accesso, per il case mix della casistica, da diver-

sità sia nelle tariffe e nelle regole di determinazione dei ticket, sia per l'estensione delle esenzioni.

Utilizzando i dati i forniti da alcune Regioni, si può sostanzialmente ritenere che gli utenti di prestazioni specialistiche si aggirino sul 50% degli abitanti e solo la metà di questi sono i non esenti, mentre le prestazioni degli esenti superano i tre quarti. Se queste stime si estendono all'intero paese, allora si può credibilmente ritenere che i soggetti che hanno pagato i ticket della specialistica siano il 25% della popolazione, cioè 15 milioni, e quindi risulterebbe che, a testa, mediamente avrebbero versato circa 150 euro (2.250 miliardi di euro di incasso pagati da 15 milioni di soggetti, quindi in media 150 euro a testa).

Considerando, invece, la differenza delle somme versate per ticket tra il primo semestre 2012 ed il primo semestre 2011 si può notare in Figura 11 come vi sia stato in molte Regioni un aumento dei valori riscossi minore di quello che ci si sarebbe potuti attendere come effetto del cosiddetto "super ticket" mentre, contestualmente, una maggior variazione del valore medio per prestazione fa pensare che vi sia stata compensazione tra aumento dei ticket e diminuzione di prestazioni.

In tutte le Regioni il gettito dei ticket è aumentato, mentre nel Veneto è diminuito del 13%. Anche i valori medi dei ticket per prestazione, considerando solo le prestazioni dei "non esenti", sono aumentati in tutte le Regioni.

In Figura 12 si evidenzia come il settore che ha subito la minor diminuzione di incasso di ticket è quello dell'attività clinica con tutte le Regioni, tranne il Veneto, in chiaro aumento. An-

segue a pag. 101 ►

Figura 12 - Rapporto tra i ticket riscossi nei primi semestri del 2011 e del 2012 per settore di prestazione

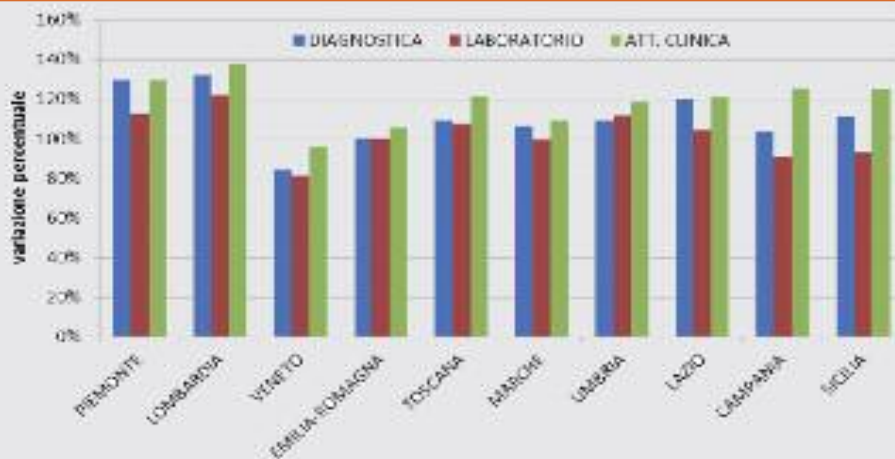


Figura 13 - Rapporto tra i ticket riscossi nei primi semestri del 2011 e del 2012 per tipo di produttore

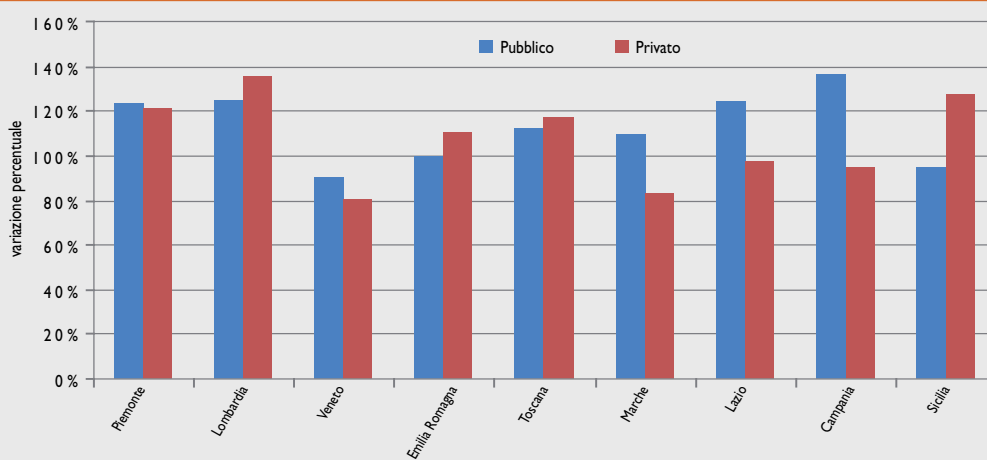
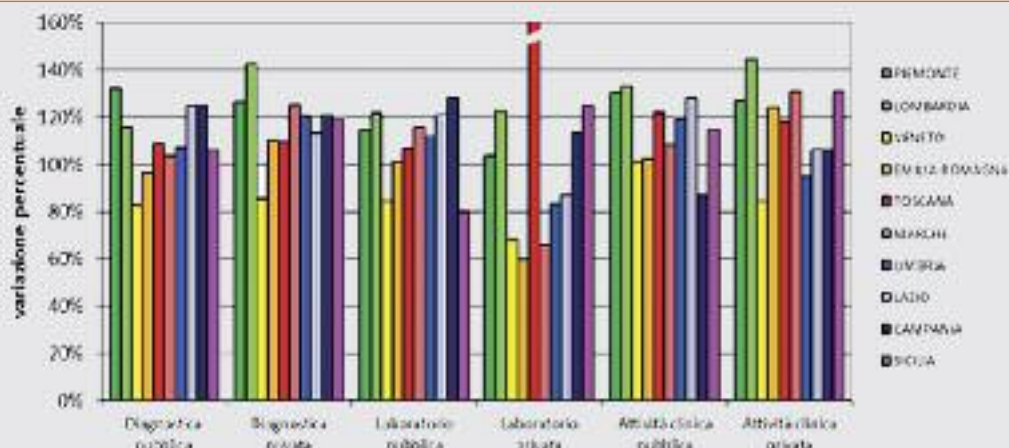


Figura 14 - Rapporto tra i ticket riscossi nei primi semestri del 2011 e del 2012 per Regione, settore e tipo di produttore



► segue da pag. 99

che la diagnostica mostra un incremento in quasi tutte le Regioni (a parte in Veneto ed in Emilia Romagna, in cui si registrano, rispettivamente, un decremento e una stazionarietà); il settore laboratoristico, in molte Regioni, è il settore dove si è verificata la maggior diminuzione di introiti da ticket.

Altrettanto interessante è l'analisi per categoria di produttore, pubblico e privato; non c'è omogeneità tra le Regioni, perché in alcune sono aumentati sia i ticket nelle prestazioni prodotte da presidi pubblici sia da quelli privati, mentre in altre gli uni sono diminuiti e gli altri sono aumentati, o viceversa (Figura 13).

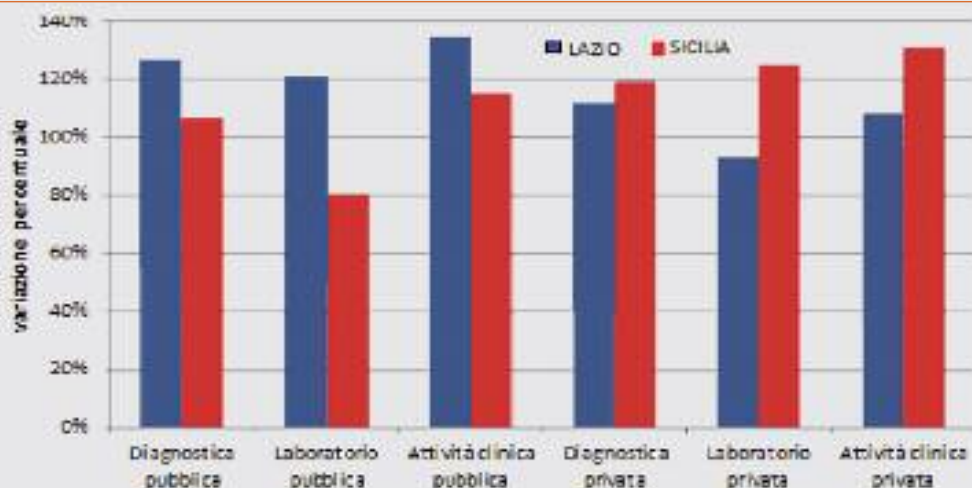
Infine la Figura 14 evidenzia congiuntamente i trend dei ticket per Regione, settore di attività e tipo di produttore (si osservi il dato mancante della Campania per la diagnostica del settore pubblico, lacuna che può influire anche sulle analisi congiunte).

Il Piemonte e la Lombardia evidenziano ovunque un aumento, il Veneto mostra valori in chiara diminuzione, tranne per l'attività clinica pubblica, mentre per l'attività di laboratorio priva-

ta la diminuzione è accentuata. In Emilia-Romagna sono pressoché costanti l'attività di laboratorio pubblica e l'attività clinica pubblica, mentre è in fortissima diminuzione il laboratorio privato. In Toscana aumenta il gettito dei ticket in tutti i settori, sia del pubblico sia del privato, nelle Marche c'è sempre un aumento tranne nel settore del laboratorio privato, in Umbria aumentano i ticket riscossi nella diagnostica, nel laboratorio pubblico e nell'attività clinica pubblica, nel Lazio si registra solo la diminuzione nell'attività di laboratorio privato. In Campania diminuisce il gettito dei ticket solo nei laboratori privati e nell'attività clinica privata e, infine, in Sicilia c'è un aumento in tutti i settori, tranne che nel laboratorio pubblico.

Nella Figura 15, che estrae dalla Figura 14 a titolo esemplificativo due sole Regioni, il Lazio e la Sicilia, si evidenziano due pattern opposti di andamento dei gettiti da ticket nei settori pubblico e privato. In Lazio i ticket riscossi nel privato hanno un trend minore di quelli riscossi nel pubblico (e nel settore laboratoristico i primi addirittura diminuiscono), mentre in Sicilia accade il contrario perché è il pubblico che dimi-

Figura 15 – Come la Figura 14 ma solo con il Lazio e la Sicilia



nuisce molto di più e nei laboratori diminuiscono solo quelli del settore pubblico.

Questo esempio indica come l'aumento dei ticket abbia comportato reazioni differenti. In alcune situazioni, probabilmente, vi è stato uno spostamento di prestazioni dal pubblico al privato, in quanto il ticket ha ridotto la maggiore utilità economica del servizio pubblico, che compensava anche la maggiore comodità di accesso al privato.

In altre situazioni, forse, non vi è stato questo spostamento, bensì la clientela dei presidi privati ha trovato convenienza ad accedere alla prestazione acquistandola privatamente. Un ruolo importante è stato sicuramente giocato dalle diverse politiche innescate dai commissariamenti delle Regioni e dai relativi Piani di rientro.

Queste diverse modalità sono probabilmente condizionate anche dalle diverse logiche con cui è stato determinato l'ammontare del super ticket, che in alcune Regioni è stato fissato in modo proporzionale alla tariffa della prestazione, in altre è stato stabilito in maniera proporzionale al reddito dell'utente, in altre ancora è rimasto con una quota fissa. Dove vi è proporzionalità alla tariffa (o al prezzo di mercato) non può accadere che vi sia maggior convenienza all'acquisto out of pocket come, invece, può avvenire per la popolazione più benestante, laddove i ticket sono proporzionali al reddito.

CONCLUSIONI

È difficile trarre conclusioni capaci di interpretare compiutamente le diversità riscontrate nelle varie Regioni, anche per via delle differenti politiche di compartecipazione adottate. La prima domanda che ci si deve porre è la seguente: "sono diminuite le prestazioni?".

La risposta è solo parziale, in quanto di sicu-

ro sono diminuite le prestazioni a carico del Ssn, ma non si può determinare in che misura queste siano o meno transitate nel settore degli acquisti privati. È probabile che si siano verificati contemporaneamente almeno tre elementi: una riduzione dovuta ad un effetto generale della crisi economica e della scarsità di risorse in sanità, riduzione probabilmente indotta più dal razionamento dell'offerta che dalla riduzione della domanda; un probabile trasferimento verso gli acquisti privati dovuto alla popolazione non esente che avrebbe dovuto pagare un ticket talvolta addirittura maggiore del prezzo; un allontanamento dall'accesso alle prestazioni per soggetti per i quali il pagamento dei ticket creava delle difficoltà e contestualmente il sistema delle esenzioni non era capace di attenuarle.

La seconda domanda è allora la seguente: "le esenzioni hanno determinato diversità di comportamento?". A questa domanda è difficile dare una risposta in quanto non si è a conoscenza se siano o meno aumentati i soggetti esenti. Nei soggetti non esenti le prestazioni risultano sempre in diminuzione (vedi Figura 6), mentre in Piemonte, in Veneto e in Umbria risultano in aumento le prestazioni per gli esenti per patologia e in Liguria, in Toscana e in Campania quelle degli esenti per reddito. È, però, probabile che in questi casi ci sia stato anche un aumento dei soggetti esenti che hanno richiesto e ottenuto le esenzioni proprio per evitare di pagare i ticket aumentati.

Si osservi infine che, mentre la riduzione delle prestazioni acquistate dai produttori privati rappresenta per il Ssn un effettivo risparmio, la diminuzione di prestazioni nel pubblico non rappresenta necessariamente un risparmio in quanto, almeno nel breve-medio periodo i costi fissi rimangono costanti e diminuiscono solo i co-

sti variabili (che però per il settore della specialistica sono scarsi). Ciò significa che l'effetto globale dell'aumento dei ticket in alcuni casi potrebbe aver comportato un aumento degli introiti di compartecipazione non sostanziale e una stabilità dei costi di produzione dei servizi pubblici, determinando, in questo modo, una situazione non così favorevole per i bilanci aziendali come invece si era sperato.

Nei riguardi dell'utenza, invece, sicuramente i ticket sono stati vissuti come una tassa non gradita e difficilmente si può ritenere che abbiano effettivamente comportato un aumento dell'appropriatezza ed anzi paradossalmente si può addirittura temere che agendo di più sui soggetti più deboli in quanto per lo più non proporzionali alle capacità contributive potrebbero aver inciso maggiormente sull'accesso alle prestazioni appropriate rispetto alle inappropriate. Maggiori approfondimenti comunque potrebbero, e forse dovrebbero, essere effettuati mediante indagini ad hoc come ad esempio l'Indagine Multiscopo Istat del 2012 di cui tra breve si potranno analizzare i risultati; dal questionario della Multiscopo sulla salute si potrebbe infatti sape-

re quanto sia attualmente il consumo di prestazioni a carico del Ssn oppure out of pocket.

Certamente, in ogni caso, sembra che tutto il sistema ticket-esenzioni abbia evidenziato delle distorsioni negli effetti prodotti e quindi, forse, sarebbe opportuno che fosse rivisto e se non ridimensionando i ticket, obiettivo probabilmente non attuabile, almeno ristrutturando il sistema in modo che debbano pagare solo coloro che possono farlo e non coloro che hanno scarsità di reddito o che già subiscono un aggravio delle spese sostenute a causa delle loro condizioni di malati cronici.

Si ringraziano le Regioni che ci hanno fornito i dati e i componenti regionali del Gruppo Remolet che hanno collaborato a questo lavoro: Maria Giovanna Fiume, Tiziana Spinosa, Gianluca Azzaro (Campania); Manuele Falcone (Toscana); Bruno Buonopane, Domenico Gallo, Angela Testi (Liguria); Carlo Zocchetti (Lombardia); Maria Balducci, Aldo Rosano, Cinzia Torri, Gabriella Guasticchi (Lazio); Salvatore Scodotto, Alessandra Allotta, Sebastiano Pollina Addario (Sicilia), Nicola Gennaro, Francesco Bortolan (Veneto).