



performance
accesso
scenari appropriatezza
innovazione
efficienza integrazione
bisogni SSN
empowerment
regioni
HTA
health
sviluppo
Italia
valutazioni
cronicità
risorse
economia
federalismo
selettività
sostenibilità
equità
crescita
welfare

11° Rapporto Sanità

L'Universalismo diseguale

11th Health Report

Unequal Universalism

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



performance
accesso
scenari appropriatezza
innovazione
efficienza integrazione
bisogni SSN
empowerment
responsabilità regioni
europa salute cura
health HTA
investimenti federalismo
sviluppo selettività
risorse sostenibilità welfare
cronicità
valutazioni
crescita

Italia
economia

Introduzione

L'Universalismo diseguale (o imperfetto)

Introduzione

L'Universalismo diseguale (o imperfetto)

Federico Spandonaro – *Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”*,
Presidente C.R.E.A. Sanità

1. Il contesto

Il titolo scelto per l'11° Rapporto Sanità, “L'Universalismo diseguale”, come tradizione del nostro lavoro nasce da un tentativo di lettura quantitativa dell'evoluzione del sistema sanitario italiano; evidentemente la scelta del titolo tradisce il tentativo di segnalare che osserviamo fenomeni che, alcuni in modo strisciante, altri in modo più prorompente, risultano incoerenti con la linea politica che ha portato all'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale universalistico in Italia.

Va subito premesso che Universalismo diseguale non è, necessariamente, una contraddizione in termini; e neppure implica automaticamente l'iniquità del sistema: avremmo forse potuto dire anche “Universalismo imperfetto”.

Già in tempi “non sospetti”, infatti, abbiamo espresso nelle pagine del Rapporto l'idea che fosse necessario rivalutare il concetto di equità verticale (trattamento “diseguale” di bisogni diversi): una rivalutazione del concetto che abbiamo ritenuto opportuna perché il principio è spesso negletto nel dibattito di politica sanitaria, storicamente sbilanciato sul versante dell'equità orizzontale, che per lo più traduce il “naturale” sentimento per cui “davanti alla Sanità/Salute” dobbiamo essere tutti uguali.

Vorremmo, in altri termini, evitare interpretazioni che possano far pensare ad una adesione alla posizione, che si tramuta facilmente in una sterile deriva anti-federalista, per cui il vero attentato all'Universalismo risiede nella creazione di 21 sistemi sanitari regionali, la cui diversità, effetto degli “egoismi” e delle “inefficienze” locali, genererebbe di per sé grave nocimento all'Universalismo e al diritto dei cittadini alla tutela della salute.

Posizione che non possiamo condividere di fronte all'evidenza che gli obiettivi del federalismo, primo fra tutti quello della responsabilizzazione finanziaria regio-

nale, ma anche quello della razionalizzazione dell'offerta, sono stati in larga parte raggiunti: e anzi è proprio in alcuni nodi irrisolti a livello centrale che risiedono a nostro parere rischi di tenuta del sistema.

In continuità con i precedenti Rapporti Sanità, sposiamo la tesi per cui la complessità (intrinseca nel settore sanitario) è naturalmente permeata di fattori di “diversità”, che non è corretto combattere per “ragioni di principio”; sono infatti enzimi essenziali per una evoluzione del sistema, purché adeguatamente governati.

L'evoluzione del sistema, si potrebbe dire meglio il suo ammodernamento, richiede infatti cambiamenti che, di contro, sembrano invisibili ai più.

La razionalizzazione del sistema, giusta ambizione, è stata sin qui condotta cercando di rimuovere elementi ritenuti “tumori” del sistema (l'intromissione della politica, le inefficienze, la carenza di etica, etc.), implicitamente assumendo che il disegno originale rimanesse adeguato in ogni sua parte e che quindi bastasse rimuoverne le patologie.

Nel dibattito di politica sanitaria sembra in qualche modo predominante una posizione “creazionista”, nel senso di considerare l'affermazione dell'Universalismo acquisita con la istituzione del SSN: in questa ottica, obiettivo della politica sanitaria diventa il preservare il sistema da ogni attacco esterno e quindi ogni cambiamento che possa metterne in pericolo l'assetto sostanziale definito alla fine degli anni '70.

Difendere la conquista dell'Universalismo è certamente condivisibile, sebbene rileggendo la L. 833/1978 appare chiaro che ben altre erano le “vere” priorità: prima fra tutte la riduzione degli squilibri regionali e anche una visione olistica, integrata dell'approccio alla salute; la prima non è mai stata raggiunta e la seconda, come vedremo, inizia a scricchiolare.

Nel nostro Paese quello dell'Universalismo è princi-

pio largamente condiviso, e ritenuto, giustamente, una conquista di civiltà, permeata di grande valore politico e culturale: molto meno praticato è il tema della riduzione delle disuguaglianze, che cercheremo di mostrare come prosperino nell'“Universalismo diseguale”. Analogamente sembra sfuggire che quella che è stata definita la politica dei “silos”, ormai imperante in Sanità, è la negazione in termini dell'approccio olistico sottostante la L. 833/1978.

In altri termini, il dibattito sulla difesa dell'Universalismo va contestualizzato, e operando in tal senso si iniziano a intravedere alcune contraddizioni nelle posizioni che si pongono come paladine di una strenua difesa dell'assetto originario del SSN.

I paladini dell'Universalismo, ad esempio, sono per lo più anche convinti assertori dell'esistenza di forti livelli di inefficienza nel SSN (prima) e dei SSR (ora), anche perché tendono a individuare in tale fattore la ragione unica di rischio di fallimento del sistema.

A fronte di una spesa che, da anni, segnaliamo essere molto inferiore a quella degli altri Paesi europei, e a livelli di salute che, come vedremo, almeno per ora rimangono superiori, considerare l'inefficienza il principale difetto del sistema appare quanto meno discutibile.

L'inefficienza sembra essere diventata l'alibi, per una classe politica ormai disabituata a proiettarsi nel futuro, per non voler ipotizzare nuovi assetti nel settore: d'altra parte, ogni cambiamento ha costi politici e, evidentemente, nel caso specifico la percezione è che non sarebbero controbilanciati dai benefici: d'altronde, se davvero può essere sufficiente ridurre la sacca di inefficienza per mantenere il sistema Universalistico (e quindi “perfetto” per definizione) così come è, perché assumersi i rischi del cambiamento?

Nell'ottica descritta, emerge che, paradossalmente, le posizioni riformatrici degli anni '70, ergendosi ora a difesa quasi oltranzistica degli assetti attuali, sebbene con la giustificazione della difesa dell'Universalismo, rischiano di tramutarsi in posizioni conservatrici.

Finché rimarrà in cima all'agenda politica il tema dell'inefficienza difficilmente si determinerà un incentivo al vero cambiamento: posizione assolutamente miope in base ai dati disponibili, ma certamente dominante. Si tratta di una idea che permea la cultura politica (e in parte

tecnica) del Paese, tant'è che non c'è anno (o finanziaria o legge di stabilità che sia) in cui non fioriscano i *rumors*, con relative smentite, di nuovi tagli al finanziamento della Sanità pubblica; ex post duole poi ammettere che per lo più i *rumors* “vincono” sulle smentite, e qualche taglio si verifica sempre, ovviamente sempre “tecnicamente” giustificato dalla riduzione degli sprechi.

Le promesse di mantenimento del finanziamento (da ultimo nel Patto della Salute), sono, anno dopo anno, smentite dai fatti, come anche quelle di non toccare i settori che più sono stati oggetto di interventi, prima di tutto il farmaceutico.

Questo approccio non sembra essere più sostenibile, sia perché ha effetti non trascurabili tanto sul sistema sanitario, quanto su quello industriale, sia perché i dati dicono che non è questa la vera priorità.

Nel seguito proveremo a riassumere, a partire dai dati disponibili, quali altre priorità è opportuno darsi, partendo dall'osservazione che quello sin qui realizzato è un Universalismo non omogeneo, crescentemente diseguale, e che dopo oltre 30 anni è forse doveroso chiedersi se non dipenda anche da qualche elemento di obsolescenza del disegno originario.

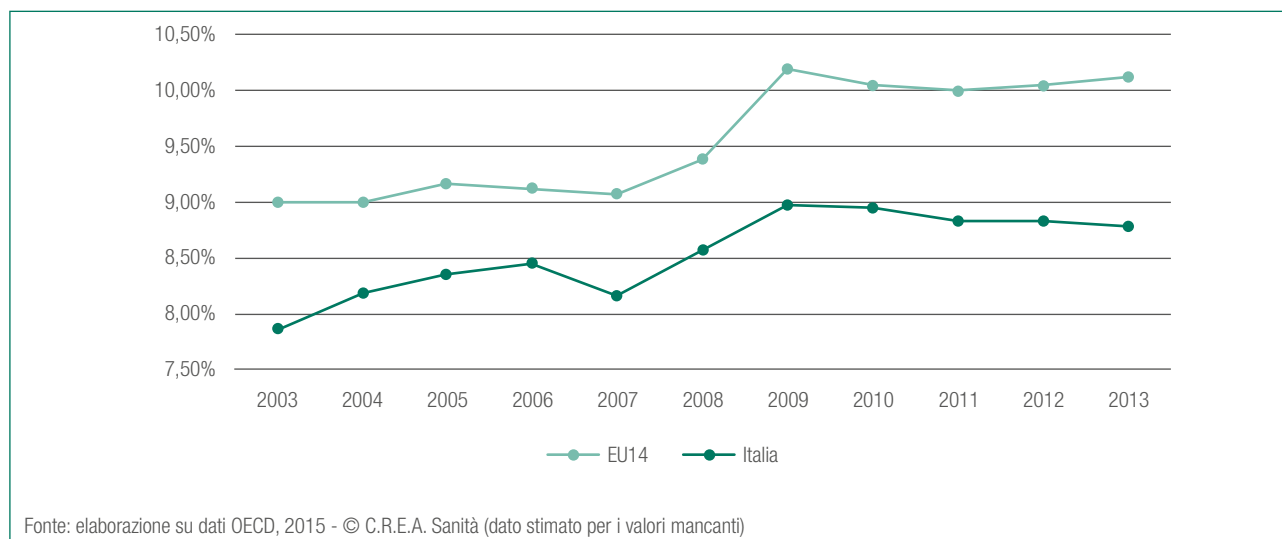
2. Inefficienza, sostenibilità e le disuguaglianze generate a livello socio-economico

Come anticipato, la spesa sanitaria italiana è largamente inferiore a quella dei Paesi europei con noi confrontabili.

La figura 1 dà visivamente il senso di un progressivo distacco dell'Italia dagli altri Paesi: non solo la spesa è ormai inferiore a quella dei Paesi EU14 del -28,7%, ma anche in percentuale del PIL si allarga la forbice. Si consideri che il fenomeno è allarmante principalmente per la sua dinamica: nell'ultimo decennio siamo passati da valori che sono stati anche inferiori al 18%, per poi sfiorare il 30%, con gli anni più recenti, quelli segnati dalle *spending review*, in cui il *gap* aumenta di oltre il 2% annuo (quasi il 3% fra il 2012 e il 2013).

Neppure le esigenze di risanamento della finanza pubblica sembrano più giustificare questi *trend*: malgra-

Figura 1. Spesa sanitaria totale corrente pro-capite in % PIL – Italia vs. EU14, anni 2003-2013



do la stagnazione del PIL, l'impegno degli italiani per la propria salute rimane sotto il 9% (tendendo a ridursi ancora), mentre EU14 ha ormai superato il 10% (differenza che è in percentuale rilevante ma ancora di più in termini nominali: e ricordiamo che in EU14, insieme ai Paesi più ricchi, abbiamo anche Grecia, Portogallo e Spagna, e quindi lo scarto dipende, e appare inferiore, anche per effetto dei minori livelli di spesa di questi ultimi Paesi).

Sempre in termini di finanza pubblica, il contributo dato dalla Sanità appare evidente: negli ultimi 3 anni, la spesa sanitaria della Pubblica Amministrazione (PA) si è ridotta del -1,1%, mentre quella non sanitaria è aumentata del +4,9%.

Va ribadito che non esistendo un criterio "scientifico" per stabilire quale sia la quota ottimale di spesa sanitaria, né tanto meno quella dell'intervento pubblico, ancorarsi ai confronti sembra essere davvero ragionevole; e da tali confronti emerge incontrovertibilmente che la spesa sanitaria italiana è bassa, e che nella PA la Sanità si distingue per essere il settore che ha dato il maggiore contributo al risanamento delle finanze pubbliche.

Quanto sopra ci sembra sufficiente per mettere in dubbio che l'inefficienza sia la vera priorità e il prossimo paragrafo rafforzerà questa osservazione.

Ma il vero problema è che se si difende il sistema perché garante dell'Universalismo e quindi delle pari

opportunità di accesso, si deve analizzare anche il costo per tenerlo in equilibrio finanziario.

La figura 2 dà il senso delle differenze di spesa per la salute fra i cittadini italiani: anche standardizzando il dato in funzione dei fenomeni demografici, e tenendo conto della mobilità, l'esito è allarmante: ormai fra il cittadino della Regione in cui si spende di più, e quello residente nella Regione in cui si spende meno, il divario ha raggiunto il 33,4%.

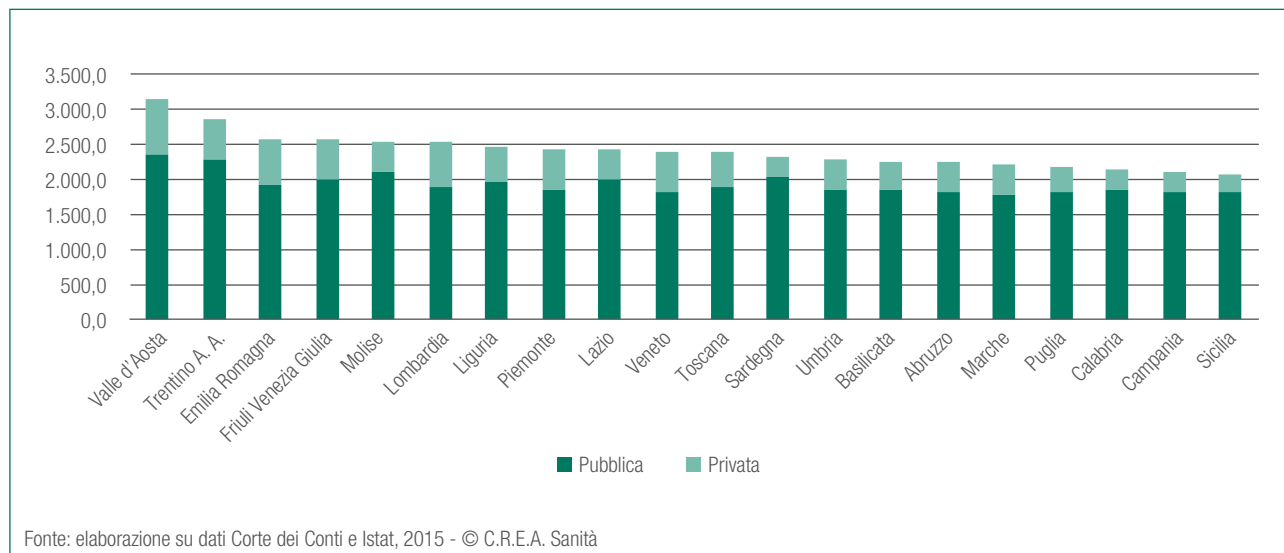
La differenza è significativamente inferiore a quella del PIL pro-capite, che nel 2013 è pari al 165,0%, ma il sistema attuale non è comunque in grado di annullare (o quanto meno portare le differenze su valori accettabili) l'effetto del reddito sulle possibilità di accesso.

Si noti ancora che una parte rilevante (ancorché non esaustiva) della differenza è data dai differenziali di spesa privata (apprezzabili nella figura 2) e questo implica la necessità di un approfondimento sul significato di questa spesa.

Una interpretazione possibile è infatti quella che relega le differenze a questioni che non impattano sull'equità del sistema: in altri termini, l'idea potrebbe essere quella di considerare (in particolare) i differenziali di spesa privata come consumi che esulano dai LEA e quindi socialmente insignificanti.

Se questa posizione sia corretta è questione forse non valutabile con i dati ad oggi disponibili, ma di certo

Figura 2. Spesa sanitaria standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2013



presta il fianco a varie controdeduzioni. Intanto, perché nella spesa privata una quota rilevante è data dalle compartecipazioni a prestazioni pubbliche (e quindi nei LEA), il cui impatto regionale è molto diversificato e non sempre foriero di una redistribuzione equa. Analogamente ci sono prestazioni che pur rimborsate dal SSN, sono acquistate direttamente dalle famiglie, perché le condizioni (dalle liste di attesa alle citate compartecipazioni) non rendono conveniente usufruire del rimborso: un caso eclatante è il consumo di farmaci di classe A privata, che è cresciuto di oltre il 70% tra il 2010 e il 2014; ma anche la crescita delle spese *out of pocket* della specialistica, testimoniano analoga situazione.

In altri termini, considerare la spesa privata un coacervo di prestazioni di scarsa rilevanza sociale è affermazione che non trova supporto nei dati, e che evidenzia un atteggiamento permeato di un forte paternalismo, sicuramente discutibile.

Di fatto, il sistema sanitario italiano non è mai riuscito a ridurre le disuguaglianze geografiche (basti vedere le cosiddette griglie LEA, per avere conferma che il Paese continua ad essere spaccato).

La figura 3 evidenzia l'arretramento dell'intervento pubblico italiano (e quindi il minor impatto equitativo) in rapporto alle tendenze europee.

Si noti che il risanamento finanziario finisce per pe-

sare sui cittadini anche dal punto fiscale, penalizzando nei fatti quelli che risiedono nelle Regioni che non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario del SSN.

E quindi non appare un caso che la quasi totalità delle Regioni sottoposte a Piano di Rientro (ed in alcuni casi, come ad esempio il Lazio, con i deficit più elevati) siano anche quelle in cui si osserva la maggior pressione tributaria locale tanto in termini di addizionale regionale Irpef che di Irap (figure 4 e 5).

Spesa bassa e pressione fiscale alta sembra un *mix* deleterio: potenzialmente possono innescare un circolo vizioso, con il rischio di deprimere lo sviluppo e in prospettiva peggiorare i *gap* anche sanitari.

Alla luce di quanto sopra, appare davvero inspiegabile la "leggerezza" con cui le Regioni (e anche il Governo centrale, che ne ha incassato i benefici) hanno scelto di rispondere al taglio imposto ai loro bilanci utilizzando ancora le risorse della Sanità.

Indubbiamente la voce Sanità è prevalente nei bilanci regionali, pesando per il 72,9% della spesa corrente e il 24,4% (sebbene sottostimato, si veda il capitolo finanziamento) degli investimenti. Ma i € 2,3 mld. di taglio alla Sanità sarebbero stati il 5,7% delle spese correnti non sanitarie e il 15,0% degli investimenti non sanitari, percentuali significative ma non drammatiche: la domanda è come mai si appalesi sempre solo una

Figura 3. Quota del finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia vs Paesi EU14*. Valori %, anni 2000-2013

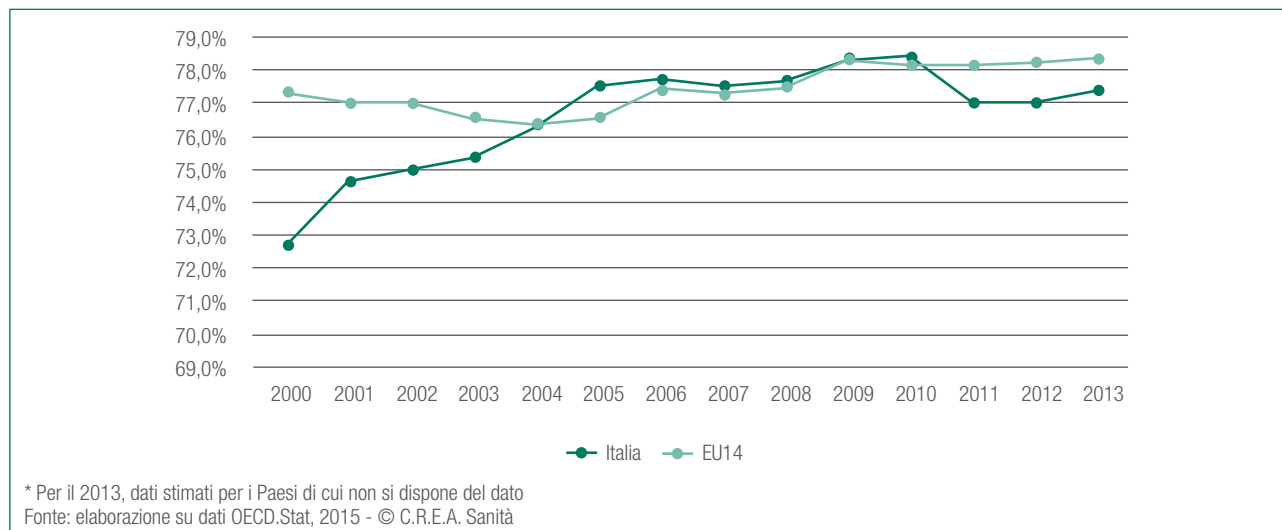
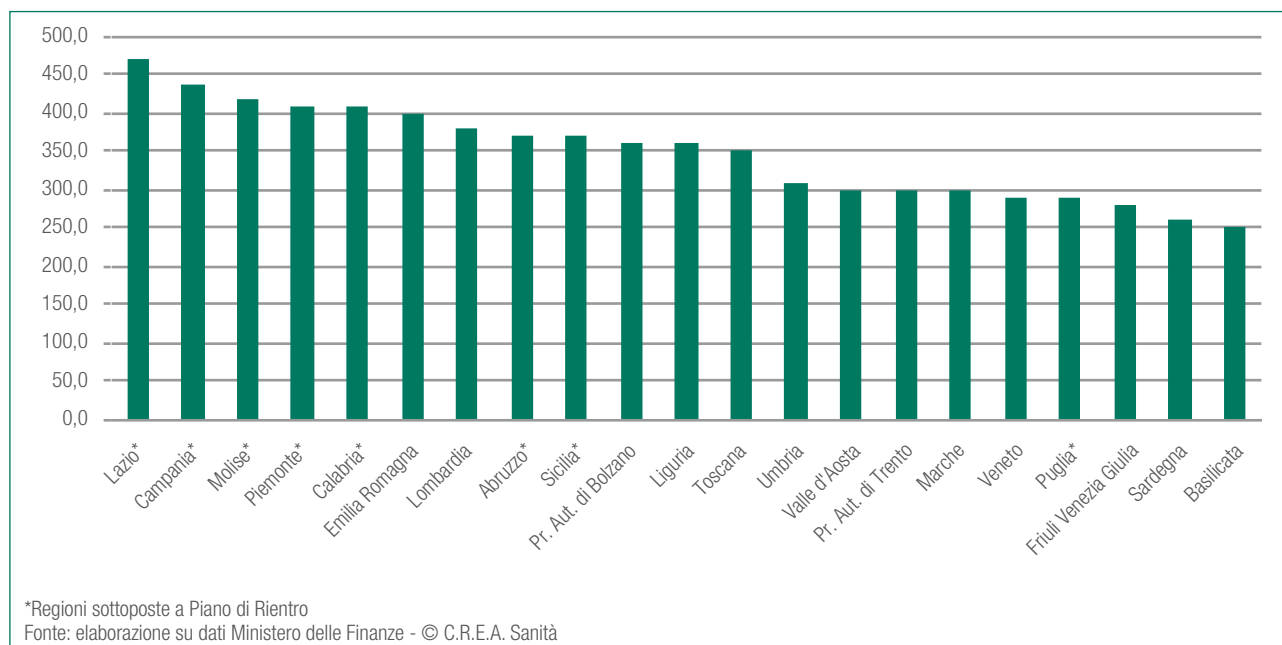


Figura 4. Addizionale regionale Irpef. Ammontare medio per contribuente (€), anno d'imposta 2013



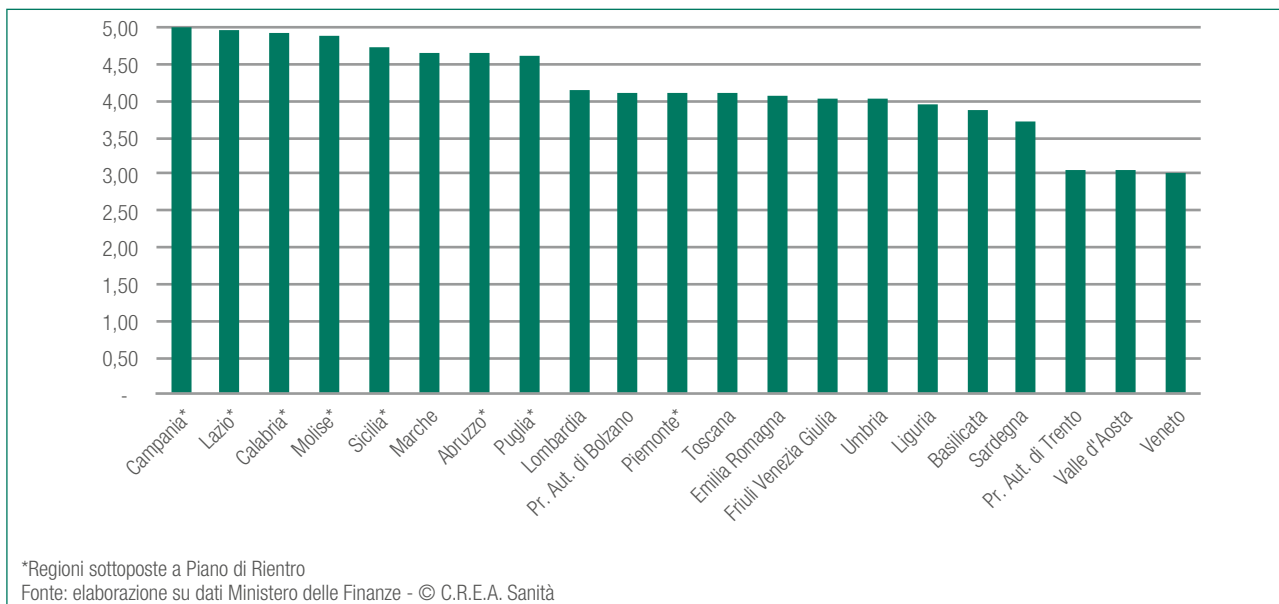
politica regionale per la Sanità, rimanendo opaca quella per gli altri settori.

Per inciso, va anche notato che l'*accountability* del sistema pubblico, invece di migliorare, diventa sempre più opaca: quest'anno per la prima volta non si dispone ancora del consolidamento regionale della spesa sanitaria (peraltro 2013), e neppure si riesce a capire a quanto ammontino gli investimenti nel settore, tanto

che nelle statistiche OECD per il nostro Paese non risulta più disponibile il dato di spesa totale (corrente + investimenti).

Questo sostanziale disinteresse del sistema per l'*accountability* è reso evidente dalle numerose anomalie che si riscontrano nelle statistiche pubblicate: a partire dagli oltre 6 miliardi di sovrastima dell'OECD della spesa farmaceutica italiana rispetto al dato OsMed, per

Figura 5. Aliquota Irap media effettiva applicata dalle Regioni. Valori %, anno d'imposta 2012



passare alla totale non considerazione nelle statistiche Istat sui consumi sanitari delle famiglie dell'impatto dei fondi sanitari (per lo più negoziali), che porta a produrre una stima assolutamente per eccesso della quota *out of pocket* della spesa privata (dato che restituisce una immagine ingiustamente anomala del Paese).

Se non altro è stato rettificato a livello internazionale (OECD) il dato, chiaramente errato, che voleva la spesa italiana per programmi di prevenzione allo 0,5% della spesa sanitaria corrente, che ora è stato portato al 3,7% della spesa sanitaria corrente pubblica (valore che sembra allineato con i dati, seppure parziali, disponibili): è indicativo, però, che per quanto non dotato di fondamento, il dato sia stato abbondantemente utilizzato anche nel dibattito nazionale, dimostrando una scarsa cultura statistica del Paese.

Tornando alle tendenze di finanziamento e spesa, pare doveroso interrogarsi sulle relazioni fra sistema sanitario e sistema economico (e istituzionale): l'ambizione della L. 833/1978 era quella di costruire un SSN che fosse elemento di coesione sociale: la domanda è se con questi livelli di finanziamento e spesa la tendenza sia ancora quella o meno.

Il rischio è che le redistribuzioni in atto siano in larga misura involontarie, prevalendo quelle fra aree geo-

grafiche o quelle per gruppi di pressione, piuttosto che quelle fra fasce più o meno agiate della popolazione.

D'altronde permane una rimozione collettiva rispetto al fatto che il sistema universalistico nazionale di stampo Beveridgeano è certamente sulla carta il modello che massimizza l'equità; ma la "casa comune" prevede che il sistema di *Welfare* sia supportato da un sistema fiscale capace di accertare i mezzi a disposizione delle famiglie, e (questione ancora meno studiata) che l'efficienza media nella erogazione dei servizi sia omogenea.

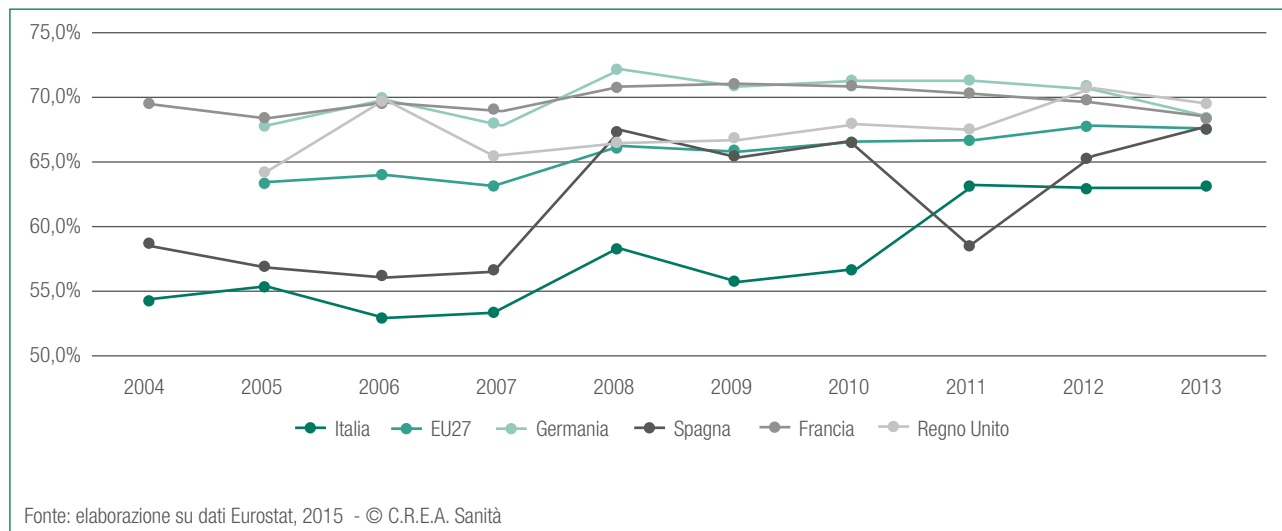
Nessuna delle due condizioni si realizza dopo oltre 30 anni in Italia e questo di per sé dovrebbe richiedere una riflessione approfondita, tanto sulla reale capacità di cambiare lo status quo, quanto sulla possibilità di prendere atto che non essendoci le condizioni per uno sviluppo ordinato del sistema, si debba cambiarne una parte dell'assetto: alla ricerca di soluzioni che, sebbene di compromesso, aumentino l'equità complessiva del sistema.

3. Efficienza e disuguaglianze di salute

Nel paragrafo precedente abbiamo lasciato in sospeso il tema dell'efficienza, dovendosi correttamente mettere in relazione la spesa con gli esiti di salute.

Il tema è davvero molto complesso ed esula dagli

Figura 6. Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche. Confronti internazionali, anni 2004-2013



obiettivi del Rapporto: adottando però una larga approssimazione, vale la pena di ragionare intorno ad alcuni dati che sembrano effettivamente evocativi della attuale congiuntura italiana.

La figura 6 riporta l'andamento, nell'ultimo decennio, della quota di popolazione (abbiamo scelto quella over 75 anni) che, a livello internazionale, dichiara di avere patologie di lunga durata o problemi di salute.

Emerge immediatamente come la quota in Italia sia significativamente inferiore a quella degli altri Paesi e questo (unito al basso livello di spesa e corroborato da altri indicatori come l'aspettativa di vita) confermerebbe l'efficienza della Sanità italiana.

Ma la figura 6 mostra anche un allarmante processo di convergenza verso i livelli degli altri Paesi: stiamo in altre parole perdendo la nostra supremazia in termini di efficacia/esiti.

Il dato (pur con i caveat necessari rispetto a questo tipo di rilevazioni) deve imporre una riflessione.

Intanto, perché il peggioramento (ancorché relativo) rispetto agli altri Paesi sembra corrispondere temporalmente all'allargamento della forbice di spesa con essi.

Poi, perché il dato sulla prevalenza delle cronicità ci indica che esse sono stabili, e anzi si nota una tendenza alla riduzione dei tassi in corrispondenza delle età più giovanili e di alcune patologie, quali la BPCO, che

beneficiano dell'impegno della prevenzione dai rischi del fumo (si veda il 10° Rapporto Sanità, 2014).

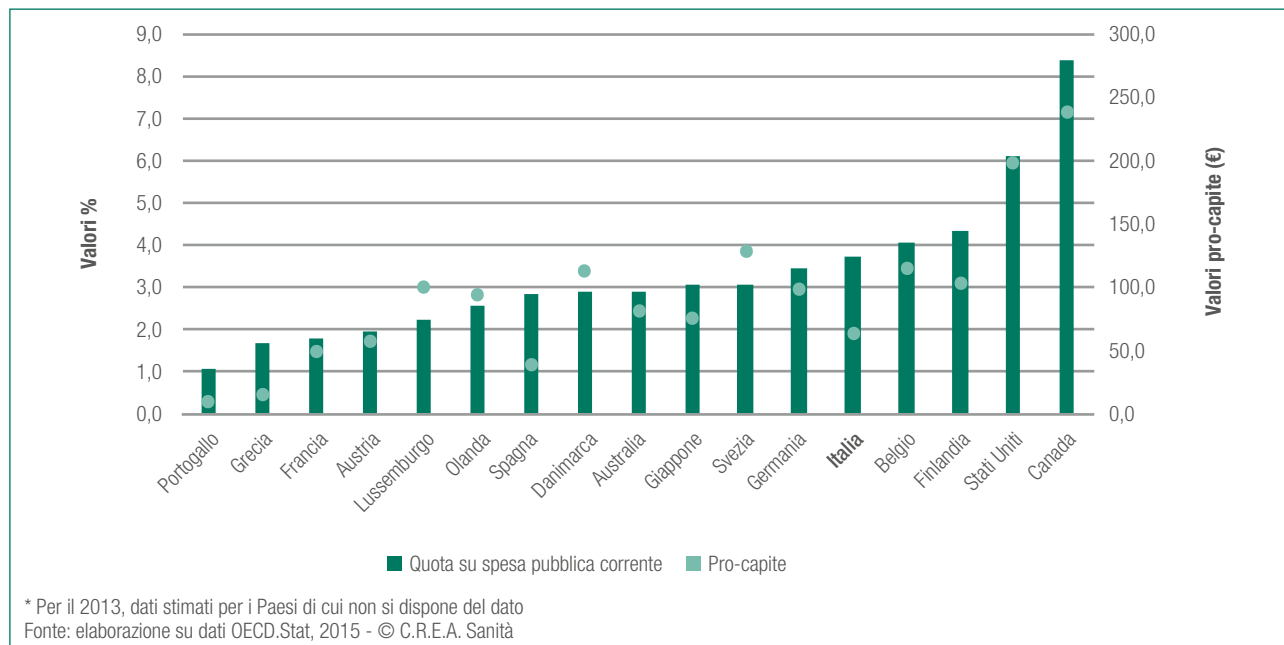
Ne segue che se il dato "clinico" è buono, ma lo stato complessivo di salute non migliora più come negli altri Paesi, evidentemente qualcosa non sembra funzionare adeguatamente nella risposta ai bisogni della popolazione.

Non possiamo che fare illazioni su questo punto: pur consci dei limiti delle evidenze, ci sembra siano comunque proposizioni utili, se non altro per iniziare a riflettere sul fenomeno.

Una prima ipotesi potrebbe essere che l'origine del problema sia da ricercarsi nell'inadeguata crescita dei servizi di assistenza primaria a compensazione della riduzione dell'offerta e dei costi delle strutture ad alta intensità di spesa, in particolare gli ospedali: in altri termini al fatto che i risparmi siano stati incamerati nel calderone della riduzione della spesa pubblica e non reinvestiti, ipotesi peraltro suffragata dall'esplicita dichiarazione di voler riformare il settore dell'assistenza primaria a invarianza di spesa.

Altra possibilità, che in qualche modo è un postulato della prima, è quella di un crescente disallineamento rispetto alla modifica della natura dei bisogni della popolazione: bisogni che i cambiamenti socio-economici pongono prioritariamente nell'area di quello che, usando

Figura 7. Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica in EU15 e altri Paesi OECD - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anno 2013*



una tassonomia forse obsoleta, consideriamo sociale o al più socio-sanitario; di certo l'integrazione della risposta alla non-autosufficienza con il SSN non è avvenuta (anzi neppure è iniziata, probabilmente per l'assoluta carenza di risorse ad essa destinate); l'assistenza domiciliare e, in seconda battuta, quella residenziale sembra che continuino a non crescere se non marginalmente, con valori italiani distanti dalle medie europee; e il fatto che le aree assistenziali che meglio rappresentano le sfide per il futuro siano del tutto non presidiate da un punto di vista statistico, con rilevazioni molto carenti in termini di approfondimento dei fenomeni e oltretutto rese disponibili con ritardi inaccettabili (l'ultimo anno disponibile è il 2012), ben rende l'assenza di una pianificazione strategica razionale. Si noti che ancor peggiore è il livello informativo disponibile (in verità è del tutto assente) sulle forme di supporto tecnologico (telemedicina e simili) all'assistenza domiciliare e residenziale.

Infine, segnaliamo la revisione dei dati OECD che ha reso merito all'investimento italiano in programmi di prevenzione, pari al 3,7% della spesa pubblica corrente (non allo 0,5% diffuso l'anno scorso), quota relativamente alta rispetto agli altri Paesi, se non fosse che è

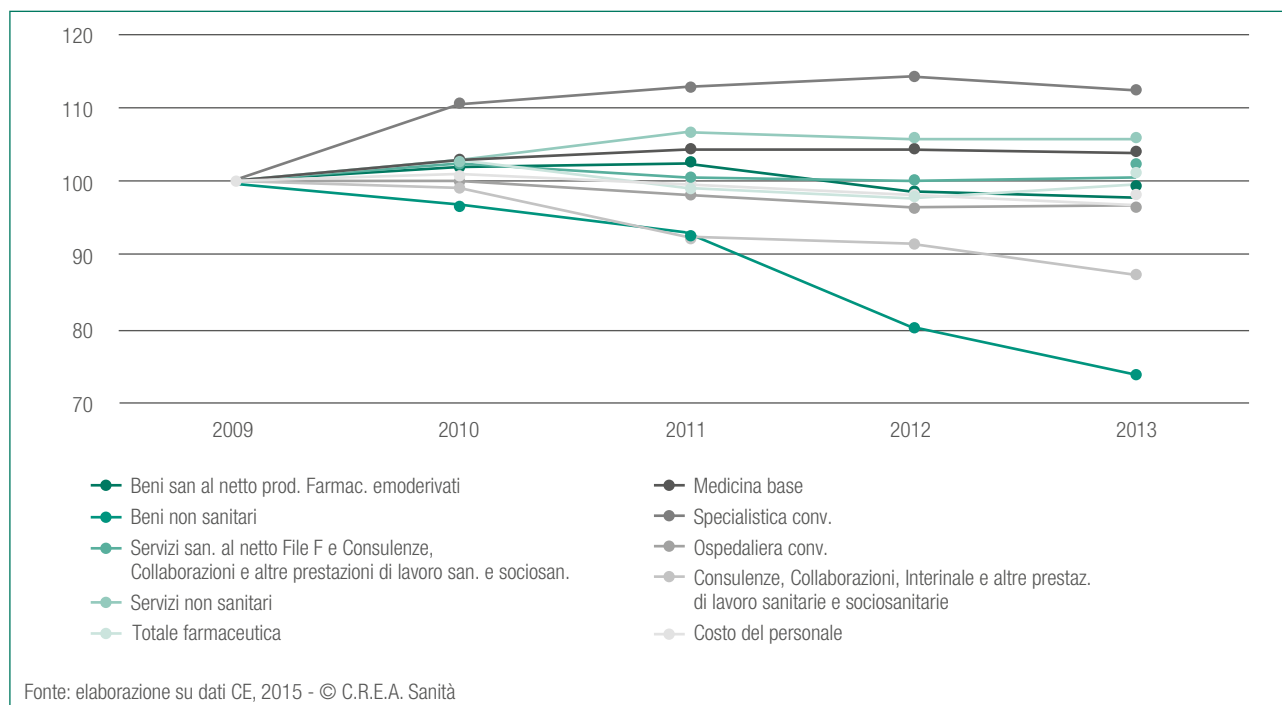
espressa in percentuale di una spesa sanitaria significativamente minore: ne segue che in termini assoluti l'investimento sia non eclatante (figura 7). Tra l'altro, la spesa per interventi sugli stili di vita, fattore che appare condiviso sia alla base di gran parte delle principali patologie del nostro secolo, rimane ignota ma probabilmente molto modesta: rimaniamo uno dei Paesi più sedentari di Europa e questo da solo potrebbe spiegare parte dell'involuzione dello stato di salute.

Ovviamente si potrebbe argomentare che la salute non dipende dai livelli di spesa (argomento che se preso alla lettera potrebbe, peraltro, mettere in seria discussione l'esigenza dell'intervento pubblico), specie se le razionalizzazioni sono effettivamente tali e quindi eliminano sprechi senza ridurre i servizi.

La figura 8 fornisce il trend della spesa pubblica nell'ultimo quinquennio: si noti il crollo della spesa per beni non sanitari e delle varie forme di consulenza e collaborazioni.

Si noti anche la riduzione della ospedaliera convenzionata e del personale (dovuto al blocco del *turn-over*), e anche la "perfetta" costanza della farmaceutica (in quanto i tagli sulla territoriale e le genericazioni han-

Figura 8. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2009=100), anni 2009-2013



no compensato e assorbito i costi della spesa ospedaliera, segnata dall'arrivo delle principali innovazioni).

Nel complesso, nessuna voce di spesa è più cresciuta dopo il 2012: le peggiori "performance" (quindi gli aumenti più marcati) le troviamo nei servizi non sanitari (area privilegiata dell'*outsourcing*), parzialmente nella medicina di base e nella specialistica convenzionata che, presumibilmente dall'avvento dei cosiddetti *super ticket*, drena parte della domanda che prima era delle strutture pubbliche.

Complessivamente la figura 8 evidenzia il successo finanziario delle *spending review*, ma lascia almeno sospeso il tema della reale capacità di incrementare l'efficienza delle strutture pubbliche: la sovrapposibilità quasi totale dei risparmi fa infatti pensare a tagli lineari.

Certamente il *management* pubblico ha risposto positivamente all'esigenza di mantenere i servizi con risorse sempre minori: rimane il dubbio che sia riuscito a mantenere l'equilibrio finanziario senza utilizzare meccanismi striscianti di razionamento (economico o delle prestazioni).

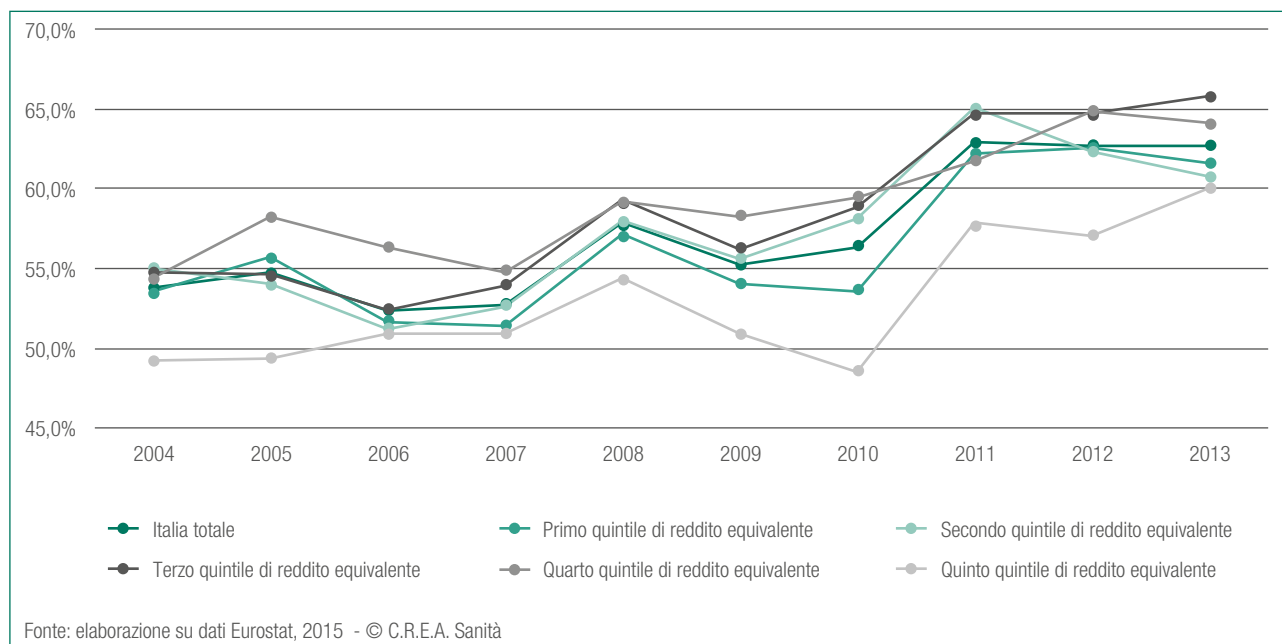
Tornando ai dati di salute, ci sembra infatti notevole rimarcare come il peggioramento della *performance* italiana non sia distribuito equamente nelle popolazio-

ne, essendo piuttosto in larga misura circoscritto a fasce ben definite.

La figura 9 analizzando le modifiche nello stato di salute della popolazione italiana per quintili di reddito, fa emergere con immediatezza come il quinto quintile (il più ricco) continui ad avere condizioni di salute significativamente migliori di quelle degli altri quintili, mentre fra gli altri si può notare come il primo e il secondo (i quintili più poveri) abbiano *performance* sistematicamente migliori che il terzo e quarto.

Possiamo tentare di interpretare il dato dicendo che il SSN, a fronte di rischi di razionamento, ha preferito (con successo) salvaguardare le fasce più disagiate, andando però a scapito della classe media.

Il mantenimento dei servizi non implica quindi automaticamente la salvaguardia di un Universalismo equilibrato: il non aggiornamento dei sistemi attuali di esenzione e compartecipazione, pur salvaguardando le fasce meno abbienti, probabilmente penalizza la classe media, fatto che ha una rilevanza anche politica non trascurabile, nella misura in cui il rischio di una disaffezione del ceto medio verso il SSN, porterebbe certamente alla sua implosione e alla crescita di una

Figura 9. Popolazione *over 75* con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2013

richiesta di *opting out*, forse già visibile nell'incremento della domanda di prestazioni nel privato.

In termini di impatto equitativo, nel 2013, l'incidenza del fenomeno di impoverimento dovuto alle spese socio-sanitarie *Out of Pocket* e "Catastrofiche" ha continuato a ridursi: quasi 100.000 famiglie in meno rispetto al 2012 risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastrofiche; ma il miglioramento è purtroppo solo apparente: infatti, 1,6 milioni di persone in meno rispetto al 2012 hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP, ma parallelamente più del 5% della popolazione (oltre 3 milioni) rinuncia a priori a sostenerle per motivi economici.

La ovvia correlazione esistente tra il fenomeno delle rinunce e l'impoverimento (peraltro assente invece con la "Catastroficità", fenomeno essenzialmente legato alle aree non coperte del SSN quali odontoiatria e assistenza ai non-autosufficienti) conferma che l'eziologia del problema sia da individuarsi essenzialmente nella iniqua distribuzione del reddito, e non nel costo in sé delle prestazioni. E quindi, di conseguenza, nella capacità di risposta protettiva del sistema: i problemi equitativi sono infatti strettamente correlati ai livelli di spesa pubblica pro-capite, confermando tanto l'importanza del servizio sanitario pubblico in termini equitativi,

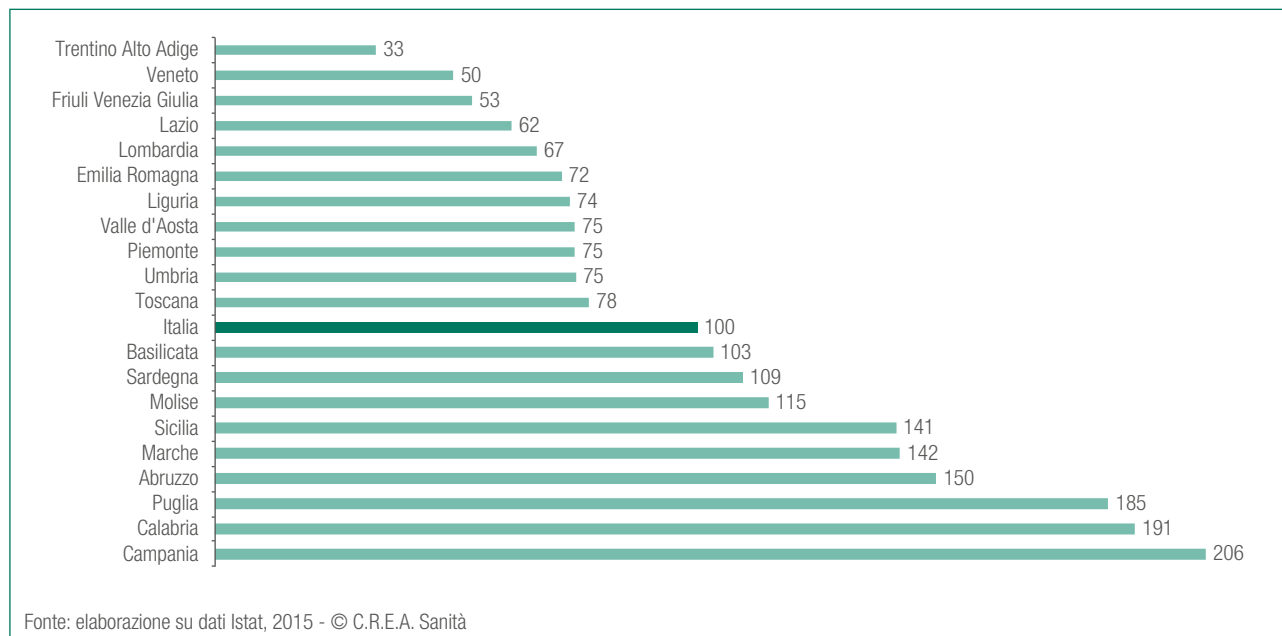
quanto i problemi di riparto delle risorse. Infatti troviamo in testa (minori problemi equitativi) le Regioni a maggiore spesa, quali le PP.AA. di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto, e in coda le più povere, Campania, Calabria, Puglia e Abruzzo (figura 10).

In prospettiva, allarma anche il continuo aumento della quota destinata al socio-sanitario (4,1% nel 2013 e 4,4% nel 2014), perché evidentemente rappresentativa di una sofferenza del SSN nella copertura della domanda espressa dalla popolazione. Ancor di più considerando l'ulteriore manovra di € 2,35 mld. sul Fondo, ponendosi il problema di quanta parte potrà configurarsi come un reale miglioramento di efficienza e quanta come inasprimenti (espliciti e impliciti) degli impatti sui bilanci delle famiglie.

Certamente le recenti manovre sull'appropriatezza delle prestazioni specialistiche, ma anche quelle di rinegoziazione dei prezzi di riferimento in campo farmaceutico, se non adeguatamente inserite in un disegno generale di governo della spesa sanitaria (si noti: totale non pubblica) finiranno per generare nuovi oneri per i bilanci delle famiglie.

Si prefigurano, quindi, anche nuovi oneri per i Fondi Sanitari (integrativi e non), che impattando senza una

Figura 10. Indice di equità regionale. Numeri indice (Italia=100)



previa adeguata pianificazione, rischiano di creare loro serie difficoltà finanziarie: purtroppo il fenomeno della complementarità in Sanità, pur notoriamente in grande crescita, rimane negletto nell'agenda politica; per valutare quanto il tema sia trascurato, basti dire che statisticamente la spesa, come anticipato, rimane impropriamente confusa in quella *out of pocket* e, inspiegabilmente, neppure i dati dell'anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute vengono resi pubblici.

Si conferma, in altri termini, la totale assenza di una cultura della sussidiarietà in campo sanitario, con l'esito di non definire in che modo primo e secondo "pilastro" dovrebbero relazionarsi; e con il rischio di generare inefficienze (duplicazioni di costo, assenza di controlli sulla qualità delle prestazioni rese, etc.), oltre l'ennesima occasione di disuguaglianza senza giustificazione: in particolare perché continuano a coesistere almeno tre differenti trattamenti fiscali, senza evidenti ragioni per differenziarli.

4. Razionamenti

Proseguendo gli approfondimenti di un filone di ricerca inaugurato l'anno scorso, torniamo ancora sul

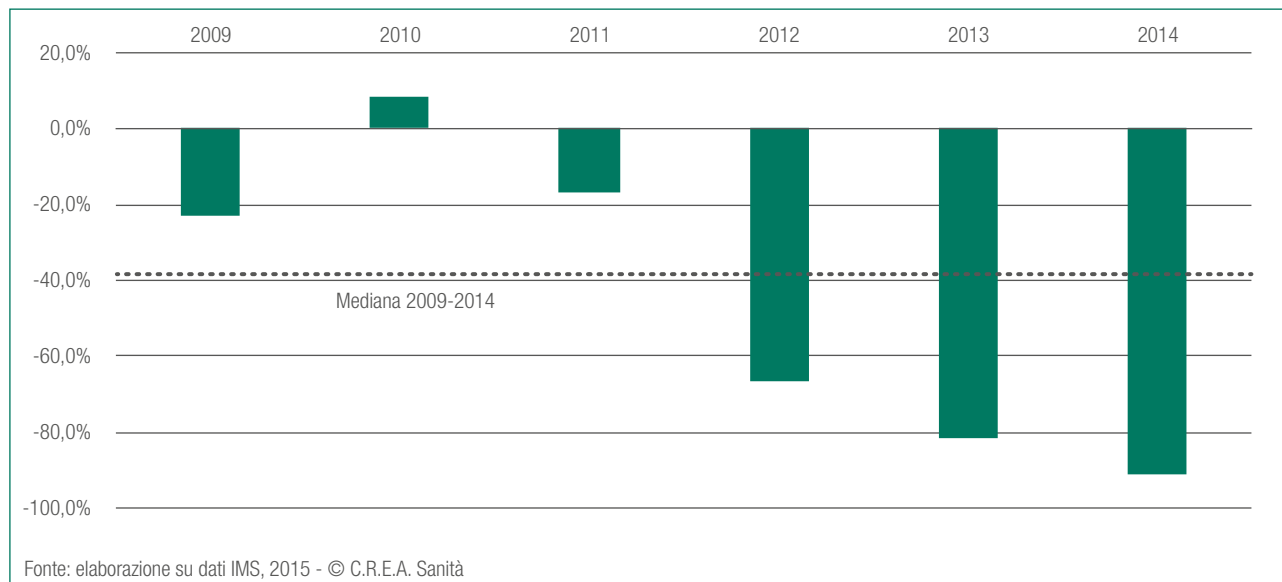
tema razionamenti che, per definizione, rappresentano "deviazioni" da una logica di corretto Universalismo: in presenza di razionamenti, infatti, è ragionevole che qualcuno non avrà accesso a prestazioni che pure gli "spetterebbero".

Il livello di copertura del SSN delle prestazioni essenziali (sempre che il termine sia correttamente definibile in un contesto di Paesi ad alto reddito come il nostro) è difficilmente calcolabile, ma che sia pari al 100% è perlomeno discutibile: basti citare l'offerta attuale di meno di 40 posti letto residenziali contro livelli quasi doppi in gran parte degli altri Paesi, e una assistenza domiciliare in cui l'incremento dell'ADI erogata dalle ASL è stato praticamente compensato dalla riduzione delle ore di assistenza e dall'arretramento delle prestazioni erogate dai Comuni.

Per non parlare della totale assenza di informazione sulla diffusione dei servizi di telemedicina, dei quali la paucità delle informazioni disponibili fa intuire la assoluta marginalità.

Le informazioni disponibili non permettono di dimostrare in modo ineccepibile l'esistenza di razionamenti, specialmente nelle aree dell'assistenza territoriale e sociale, dove l'esperienza suggerisce siano maggiori: qualcosa si può però elaborare in settori quali il farma-

Figura 11. Mediana delle differenze di consumo (*standard units*) per prodotto Italia vs Big EU per anno di approvazione EMA dei farmaci. Anni 2009-2014



ceutico, in quanto caratterizzati da una maggiore messe di dati.

L'esempio della farmaceutica appare peraltro paradigmatico: la *governance* del settore si è sinora dimostrata efficace, avendo garantito una sostanziale costanza del dato di spesa nominale, compensando con i decrementi della territoriale, gli incrementi dell'ospedaliera, quest'ultimi "spinti" dall'accesso al mercato di nuovi farmaci, spesso ad alto costo.

La fine del principale flusso di genericazioni (non compensabile almeno a breve dall'avvento dei biosimilari), e l'arrivo di nuovi farmaci ad alto costo in arrivo, fa presagire l'impossibilità futura di garantire a lungo l'invarianza di oneri.

La questione è se almeno il punto di partenza, ovvero la situazione attuale, sia "ottimale" o già contenga elementi di disuguaglianza.

Dare una risposta assoluta è come sempre difficile: non di meno una originale elaborazione sui dati di consumo nei maggiori (per dimensioni) Paesi europei, fornisce alcuni elementi degni di riflessione.

Analizzando le mediane di consumo (in *standard units*) dei farmaci approvati da EMA (*European Medicines Agency*) negli anni 2009-2014 (figura 11) emerge come i consumi di quelli commercializzati in Italia

dell'anno 2014 siano inferiori del -38,4% rispetto a quelli dei Paesi di confronto (Francia, Germania, Spagna e Regno Unito); la differenza dipende ovviamente anche dal ritardo effettivo di accesso al mercato, apprezzabile osservando che per quelli approvati nell'anno (2014) la mediana di consumo in Italia è inferiore del -91,2% rispetto ai Paesi considerati; scendendo poi al -81,6% per quelli del 2013 e al -66,7% per il 2012; si avvicina al livello europeo, ma è ancora sotto, negli anni precedenti: -16,5% con riferimento a quelli del 2011, -22,7% per il 2009; solo per i farmaci approvati nel 2010 il consumo italiano al 2014 risulta superiore dell'8,1%, ma il dato è condizionato da un consumo anomalo di soli 3 prodotti.

Dovrebbe in particolare far riflettere la persistenza di un *gap* significativo di consumo anche per i farmaci approvati da EMA 5 anni fa, che non sembra spiegabile né con ragioni epidemiologiche, le quali piuttosto farebbero prevedere consumi maggiori in Italia per via della maggiore età media, né con i ritardi nell'inserimento nei prontuari.

Si aggiunga che in Italia sono sul mercato solo il 67,9% dei farmaci approvati da EMA tra il 2009 e il 2014, e commercializzati in almeno un Paese EU5 (tabella 1): solo 3 su 19 (15,8%); 17 su 27 (63,0%) nel

Tabella 1. Prodotti approvati dall'EMA (2009-2014) commercializzati in Italia e EU5 - Anno 2014

| ATC | Commercializzati IT | Commercializzati EU | Quota commercializzati in Italia |
|---------------|---------------------|---------------------|----------------------------------|
| A | 9 | 13 | 69,2% |
| B | 6 | 8 | 75,0% |
| C | 3 | 6 | 50,0% |
| D | 2 | 2 | 100,0% |
| G | 8 | 8 | 100,0% |
| H | 0 | 1 | 0,0% |
| J | 10 | 14 | 71,4% |
| L | 33 | 49 | 67,3% |
| M | 3 | 5 | 60,0% |
| N | 11 | 14 | 78,6% |
| P | 0 | 1 | 0,0% |
| R | 2 | 7 | 28,6% |
| S | 3 | 3 | 100,0% |
| V | 1 | 3 | 33,3% |
| Totale | 91 | 134 | 67,9% |

Fonte: elaborazione su dati IMS, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

2013, 12 su 20 (60,0%) nel 2012, 23 su 29 (79,3%) nel 2011, 11 su 12 (91,7%) nel 2010 e 25 su 27 (92,6%) nel 2009.

In altri termini, ci vogliono quasi 5 anni per il “riallineamento” dei consumi italiani agli *standard* medi dei Paesi considerati.

Si delinea un quadro che complessivamente non evoca sprechi o usi disinvolti dei farmaci “nuovi”, di recente approvazione, ma piuttosto il rischio di uno strisciante razionamento; sebbene la disponibilità di farmaci in Italia rimanga ampia (con alcuni ritardi significativi, dipendenti tanto dai meccanismi di rimborso che dagli inserimenti in prontuario e, anche, dai tempi di approvvigionamento), i consumi in Italia rimangono significativamente minori che nei Paesi considerati, vuoi per la maggiore selettività dei criteri di eleggibilità dei pazienti, vuoi per la “prudenza” prescrittiva dei medici, vuoi per possibili carenze di *budget*, etc.: sarebbe, quindi, certamente meritorio un approfondimento sul contributo dei singoli fattori al fenomeno, come anche sulle conseguenze del citato razionamento.

Intanto, appare evidente che l'equilibrio finanziario

sinora mantenuto, non dipende solo dall'ottenimento di sconti, *payback*, e in generale da prezzi inferiori alla media EU, ma anche da un minor ricorso a farmaci di recente approvazione.

Di per sé potrebbe non trattarsi di un problema, ma certamente ne andrebbero meglio approfondite le implicazioni e, principalmente, si pone un problema di differenti opportunità terapeutiche fra Italia e la *Big EU*.

Di nuovo sembra emergere come gli equilibri attuali del sistema poggino su situazioni di Universalismo diseguale (o imperfetto), che rimangono del tutto negletti nel dibattito in corso.

5. Riflessioni finali e azioni per rendere meno diseguale il Sistema

Per quanto sopra argomentato, riteniamo che l'assetto attuale non sia più difendibile se non su un piano del tutto ideologico: certamente ci batteremo sempre perché le differenze di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali siano rese quanto più possibile indipendenti dal censo o, in generale, dalle condizioni socio-economiche dei cittadini.

Pensare però che le azioni adottate, specie quelle che implicano di fatto un arretramento dell'intervento pubblico, siano giustificabili perché finalizzate a mantenere l'Universalismo del sistema non convince più.

Innanzitutto perché esse assumono implicitamente che il sistema sia oggi esente da difetti di Universalismo sostanziale; ma anche perché assumono altresì che non ci sia esigenza di prioritizzare gli interventi, valutando che la rimozione delle inefficienze di sistema sarebbe sufficiente a rendere sostenibile l'originario disegno Universalistico.

Ma, come il Rapporto prova a dimostrare, il legame fra inefficienze allocative, certamente presenti, e risparmi possibili (almeno a breve termine) è del tutto indimostrata. Mentre appare immediatamente evidente che:

- l'assetto attuale non riesce a incidere se non marginalmente sulle differenze geografiche, specialmente in termini di qualità dei servizi;
- crescono gli indizi della formazione di nuove differenze “verticali”: in particolare quelle che riguardano

lo stato di salute del ceto medio e degli anziani soli o comunque fragili;

- cresce l'impatto sostanziale (al netto delle rinunce quindi) della Sanità sui bilanci delle famiglie;
- crescono gli indizi di razionamento delle prestazioni, specialmente di quelle più recenti e, presumibilmente, più costose; ma anche le recenti determinazioni sulle prestazioni di specialistica, per quanto corretto il richiamo all'appropriatezza, rischiano di creare nuovi *gap* fra domanda e offerta pubblica, non facilmente governabili negli assetti attuali;
- cresce l'evidenza del fatto che il risanamento finanziario si stia ottenendo non solo con i recuperi di efficienza, ma anche creando nuove disparità, ad iniziare da quelle che riguardano i carichi fiscali.

Le condizioni economiche generali non permettono facili illusioni sulla disponibilità di poter disporre di risorse maggiori delle attuali; per questo sarebbe almeno auspicabile dichiarare una "moratoria" a medio termine di ogni tentativo di contrarre ulteriormente la crescita del finanziamento del SSN: moratoria prevista nell'ultimo Patto della Salute, ma subito infranta con la manovra sui bilanci regionali.

L'ipotesi minimale dovrebbe essere una assoluta invarianza del rapporto finanziamento / PIL; più governabile, stante il crescente *gap* con la spesa sanitaria europea, potrebbe però essere l'invarianza del rapporto spesa sanitaria italiana vs spesa sanitaria EU14: il rischio, altrimenti, è l'impossibilità di mantenere livelli di risposta assistenziale paragonabili a quelli EU.

La "moratoria" avrebbe anche il merito di riportare il tema dell'efficienza dalla prima riga dell'agenda nazionale, al suo ambito naturale, che è quello del *management* delle aziende sanitarie.

Con la certezza delle risorse disponibili, sarebbe anche forse possibile rivedere la lista delle priorità di intervento, inserendo anche tematiche che superano l'orizzonte del breve termine; fra queste ci sembra urgente inserire:

- la definizione della quota di domanda sanitaria soddisfabile con le risorse pubbliche, la proiezione della

spesa privata residua e quindi la definizione delle regole di governo della sanità complementare, definendone la meritorietà sociale e i rapporti con il SSN;

- la ridefinizione dei criteri di riparto delle risorse, considerando che l'assunto (presente nei costi *standard*) di una sostanziale gratuità delle prestazioni è ormai superata nei fatti;
- la rivalutazione dell'accREDITAMENTO professionale come criterio per perseguire una adeguata appropriatezza prescrittiva e parallelamente dell'accREDITAMENTO delle strutture come leva di governo dell'offerta, evitando una burocratizzazione del sistema e la rottura del rapporto fiduciario medico-paziente;
- l'analisi degli approcci corretti per garantire condizioni competitive (ma *fair*) nei mercati sanitari, massimizzando i risparmi, ma salvaguardando allo stesso tempo le condizioni di contendibilità dei mercati stessi: sembra infatti dominante la ricerca di risparmi a breve termine, spesso ottenuti mediante lo sfruttamento di economie di scala, che sfruttano la grande opportunità (in termini di risparmi) dell'apertura a condizioni di competizione in molti mercati sanitari, ma sembrano trascurare le profonde differenze di questi mercati rispetto alle esperienze del passato; basti pensare ai biosimilari, per i quali si verificano grandi differenze (forti investimenti e quindi barriere all'entrata, pochi *player*, ...) rispetto all'esperienza degli equivalenti; analogamente, in altri settori sanitari, non sembra si sia pienamente colto il rischio di competizioni di puro prezzo non adeguatamente regolamentate;
- la necessità di rapportarsi in modo proattivo con le decisioni a livello internazionale in tema di *pricing* delle nuove tecnologie: appare infatti evidente che l'attuale sistema di governo basato sul *value based pricing* diventa fortemente penalizzante per le popolazioni residenti nei Paesi con minore crescita e pensare di compensare il fenomeno con l'uso (e a volte l'abuso) di accordi confindenziali, *payback*, tetti e altri interventi per via amministrativa non è sostenibile a medio termine.



Executive summary

Unequal (or Imperfect) Universalism

Executive summary

Unequal (or Imperfect) Universalism

Federico Spandonaro – *“Tor Vergata” University of Rome, President of C.R.E.A. Sanità*

1. The context

According to our tradition, the title that has been chosen for the 11th Health Report, “Unequal Universalism”, stems from a quantitative attempt at interpreting the evolution of the Italian health system; obviously the title betrays an attempt at pointing out that we have been observing phenomena that (some in a creeping way, while others in a more exuberant manner) are incoherent with political policies that have led to the institution of the universalistic National Health Scheme in Italy.

It should immediately be stated that unequal universalism is not necessarily a contradiction in terms, nor does it automatically imply unequal impacts of the system: we might have perhaps called it “imperfect universalism”.

In fact, way back when, we voiced our opinion in the Report that it was necessary to reassess the concept of vertical equity (different treatment of different needs): it was a reassessment of the concept we considered appropriate since the principle is often neglected in health policy discussions; historically, in the debate about health care system the focus is on horizontal equity that mostly translates the “natural” belief according to which when “facing healthcare/health” issues we must all be equal.

In other words, we wish to avoid interpretations that might suggest adherence to a position that can easily be transformed into a sterile anti-federalist drift; following that approach the real attack on universalism lies in the creation of 21 regional healthcare systems whose diversity (the result of local “selfishness” and “inefficiencies”) actually generate serious harm to universalism and to citizens’ rights for health protection.

It is a position we cannot share, because we face evidence that the objectives of federalism, first and

foremost those regarding regional financial responsibility but also the rationalization of offers, have largely been reached: indeed, we believe that the risk of leaks in the system lie precisely in some unsolved issues at the central level policies.

In continuity with previous Health Reports, we agree with the argument referring that the complexity (intrinsic to the healthcare sector) is naturally permeated with factors of “diversity”, ones that it is wrong to fight for “reasons of principle”; in fact, they are essential enzymes for the evolution of the system, provided they are governed adequately.

In fact the evolution of the system, or it might better be described as its modernization, requires changes that (on the contrary) seem to be largely unpopular.

Rationalization of the system, which is an honest ambition, has been conducted to date by trying to remove elements considered as “tumours” of the same (the interference of politics, inefficiencies, lack of ethics, etc.), implicitly assuming that the original plan continues to be adequate in its entirety and therefore all one has to do is remove the “tumours”.

In the debate on healthcare policy, there is somehow a predominant “creationist” position, in the sense of considering the affirmation of universalism as having been completely acquired with the institution of the SSN (National Health Scheme): in this context, the objective of healthcare policy becomes that of protecting the system from all external attacks and therefore from all changes that might endanger its substantial structure defined during the late 1970s.

Defending the conquest of universalism is certainly shareable, although when rereading Law No. 833/1978 it seems clear that there were other “real” priorities: first and foremost a reduction in regional disparity and even a holistic vision, of which health care services integration

is a prominent element; the former was never achieved and the second, as we will see further on, is beginning to creak.

In our Italy principle of universalism is widely accepted and rightly believed to be a conquest of civilization, imbued with great political and cultural worth: the subject of reducing inequalities is practiced much less, and we will attempt to demonstrate how they thrive in “unequal universalism”. Similarly it seems to escape that what was called the policy of “silos”, now prevailing in Health, is denial in terms of a holistic approach underlying Law No. 833/1978.

In other words, the debate regarding the defence of universalism must be contextualized; and by striving in this direction, some contradictions come to the surface regarding the positions that define themselves as champions strenuously defending the original SSN system.

The champions of universalism, for example, are mostly also convinced advocates of the existence of high levels of inefficiency in the SSN (National Health Service – beforehand) and in the SSR (Regional Health Services – at present), also because they tend to pinpoint in this factor the only reason for risk of the system’s failure.

But considering inefficiency as the main flaw of the system seems questionable, in the face of an health expenditure that, for years, we have been reporting as one that is very much lower compared to other European countries, and at levels of health that, as we will see further on, at least for the moment continue to be higher.

Inefficiency seems to have become an alibi, for a political class that is no longer accustomed to projecting itself into the future, since it is unwilling to take into consideration new orders in the sector: on the other hand, every change has political costs and, presumably in this specific case, the perception is that these would not be counterbalanced by benefits. Indeed, if it were truly enough to reduce the load of inefficiencies in order to maintain the universalistic system (and therefore a “perfect” one by definition) as is, why take the risks of change upon oneself?

From this standpoint, paradoxically it emerges that reforming positions dating back to the Seventies, pres-

ently rising to an almost extremist defence of current systems, albeit with a justification in defence of universalism, are likely to being transformed into conservative positions.

Insofar as inefficiency remains at the top of the political Agenda, it will be difficult to determine an incentive for real change: an absolutely short-sighted position based upon available data, but certainly a dominating one. It is a concept that permeates the political (and in part the technical) culture of the country, so much that there is not a year (or national budget or law of stability or whatever) with the blossoming of rumours and with relative denials of new slashes to public health-care funding; ex post it is painful to admit that rumours mostly “win” over denials, and that the odd slash always takes place: obviously, always “technically” justified by the reduction of inefficiencies.

Promises for maintaining funding (most recently in the Government – Regions “Health Pact”) are, year after year, contradicted by facts; so are those stating that areas that have most been the objects of intervention shall not be touched, primarily the pharmaceutical sector.

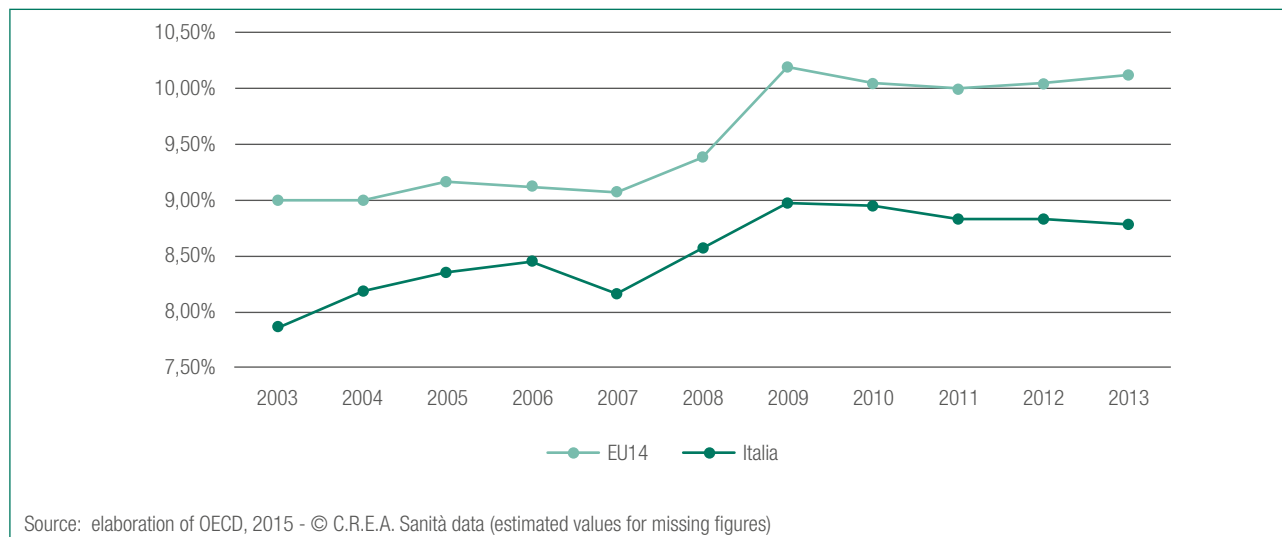
This approach no longer seems sustainable, both because it has non-neglectable effects on the health-care and on industrial systems, and also because data confirms that this is not the true priority.

This report aims at summarizing, with the available data, what other priorities should be in the forefront; setting off from the observation that what has been established to date is a non-homogeneous sort of universalism, growingly unequal, and after 30 years perhaps it is due time to ask ourselves whether this might also depend upon some element of obsolescence belonging to the original plan.

2. Inefficiency, sustainability and inequalities generated at the social-economic level

As anticipated, Italian healthcare expenditure is far below that of comparable European countries.

Figure 1 gives a visual sense of the gradual gap between Italy and the other countries: not only is our ex-

Figure 1. Current total per capita healthcare expenditure in GDP % – Italy vs. EU14, years 2003-2013

penditure lower than that of EU14 countries by -28.7%, but the gap widens even concerning the percentage of GDP.

We must consider that the phenomenon is alarming principally due to its dynamics: over the last decade we have gone from figures even lower than 18%, then brushing up against 30%; in the last years the gap is increasing by over 2% on an annual basis (nearly 3% between 2012 and 2013).

Even public finance constraints no longer seem to justify these trends: despite GDP stagnation, the commitment of Italians for their health remains below 9% (tending to fall further), while EU14 by now has exceeded 10% (a percentage difference that is relevant but even more so in nominal terms: and we must also bear in mind that in EU14, along with the richer countries, we also have countries like Greece, Portugal and Spain where the pro-capita GDP is less than in Italy; in other words, the difference depends (and seems lower) even by effect of the lower expenditure levels of the aforesaid countries).

Once again in terms of public finance, the contribution allotted for health seems evident: over the past 3 years, healthcare expenditure by the Public Administration has fallen by -1.1%, whereas the non-healthcare allotment has risen by +4.9%.

Since there is no “scientific” way to determine what

the optimal share for healthcare expenditure is, basing oneself on comparisons seems truly reasonable: the outcome of the said comparisons, incontrovertibly, report that Italian healthcare expenditure is low, and that in the Public Administration sector Health is distinguished by being the “area” that has provided a greater contribution to the consolidation of public finances.

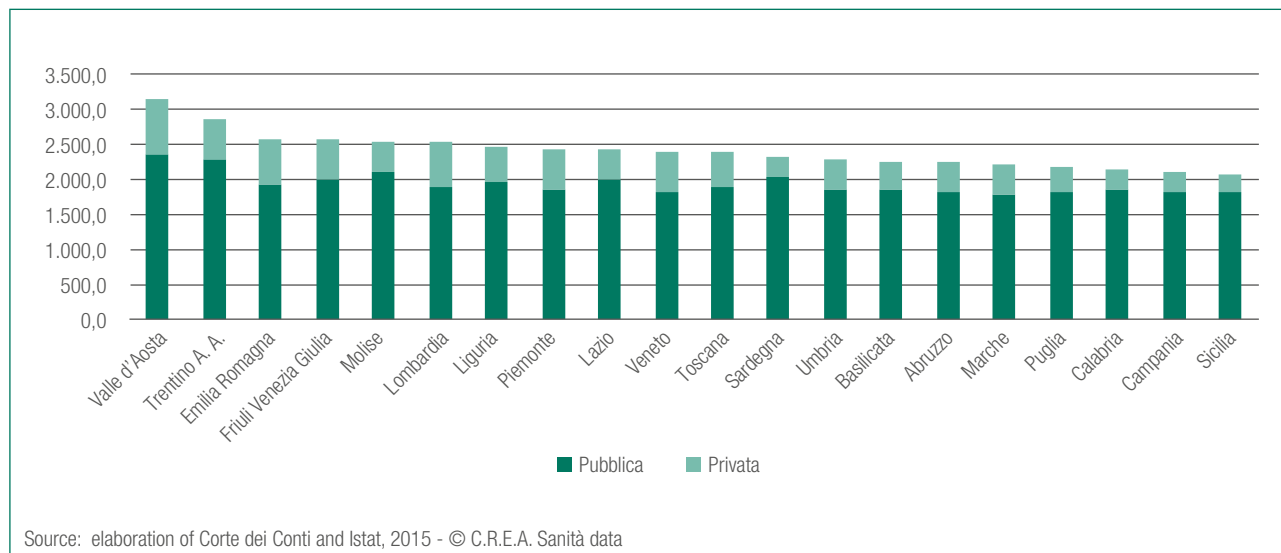
The aforesaid seems sufficient in casting a doubt whether inefficiency is the true priority and the next section will reinforce this observation.

But the true problem is that if you defend the system as guarantor of universalism and therefore of equal opportunity to access, you also must analyze the expenditure to be sustained in order to keep it financially balanced.

Figure 2 illustrates the differences in health expenditure among Regions: while the figure is standardized according to demographical phenomena, and keeping mobility in mind, the result is nevertheless alarming. The gap between a citizen living in a Region where more is spent and one living in a region where less is spent, has climbed to 33.4%.

The difference is significantly lower than that of the pro capita GDP, which in 2013 was equal to 165.0%; but in any case, the present system is not able to cancel (or at least bring the gap to acceptable values) the effect of income on the possibilities of access.

Figure 2. Standardized healthcare expenditure. Per capita values (€), year 2013



It must again be observed that a relevant part (through not exhaustive) of the difference is given by the differentials of private expenditure (which may be appreciated in Figure 2) and this implies the necessity to investigate the meaning of this expense.

In fact, a feasible interpretation is one that relegates the differences to issues that do not have an impact on the equity of the system: in other terms, the idea might be that of considering (in particular) the differentials of private expenditure as consumption beyond the LEA (Essential Assistance Levels) and therefore insignificant at a social level.

Whether this position is correct cannot be assessed with the data available, but it is certainly exposed to various counter-arguments.

Meanwhile, since a significant share of private expenditure is given by co-payments for public services (and therefore in LEA), its impact at a regional level is quite diversified and not always a harbinger of fair redistribution. Similarly there are services that although reimbursed by the SSN scheme, are purchased directly by families since conditions (considering the waiting lists, as well as copayments level) make benefitting from reimbursement inconvenient: a striking example is the use of drugs belonging to Class A (reimbursed) privately purchased, which has grown by over 70% be-

tween 2010 and 2014; in addition, the growth of *out of pocket* expenses for specialist care that are proof of a similar situation.

In other words, considering private expenditure as an array of services with low social relevance is a groundless affirmation – one that underlines an attitude imbued with strong paternalism and definitely debatable.

In fact, the Italian health system has never successfully reduced geographical inequality (suffice it to observe the so-called LEA grids elaborated by the Ministry of Health to confirm the fact that the country continues to be divided).

Figure 3 shows the retreat of Italian public intervention (and therefore presumably a lower equalization) in relation to European trends.

It must be also noted that policies finalized to achieve finance equilibrium, also imply a different fiscal burden on citizens, actually penalizing population residing in regions unable to maintain financial balance of the SSN health scheme.

It therefore does not seem a coincidence that the majority of regions subjected to a Piano di Rientro (repayment plan), and in some cases, as for example the Lazio region, with higher deficits, are also those where a greater local fiscal burden is observed (Figures 4 and 5).

Low expenditure and high tax burden seem to be

Figure 3. Share of public funding for current healthcare expenditure, Italy vs. EU14 countries. Values %, years 2000-2013*

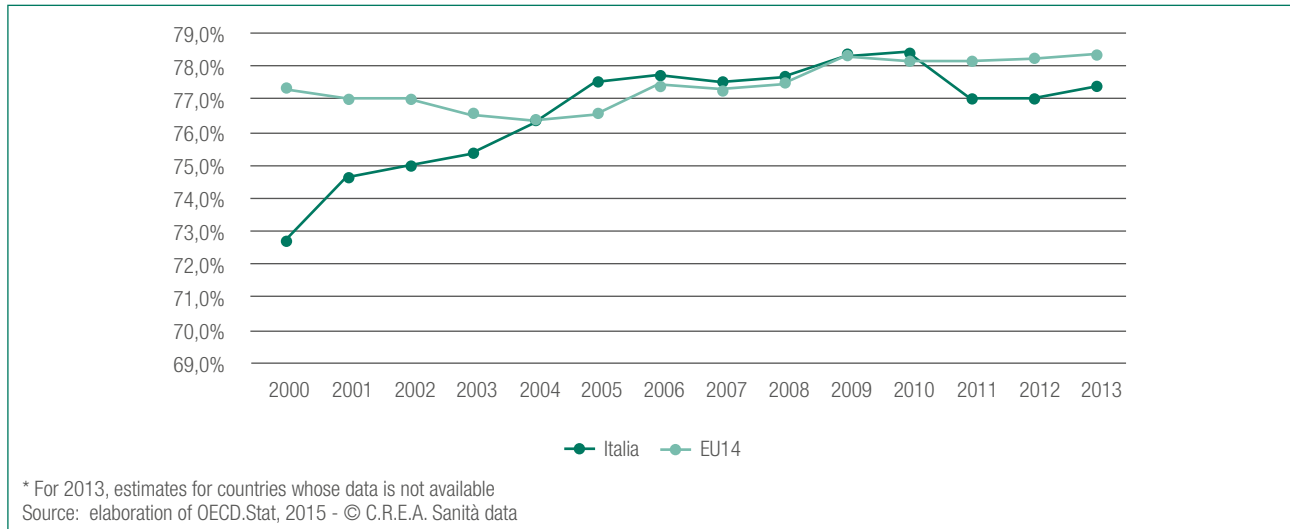
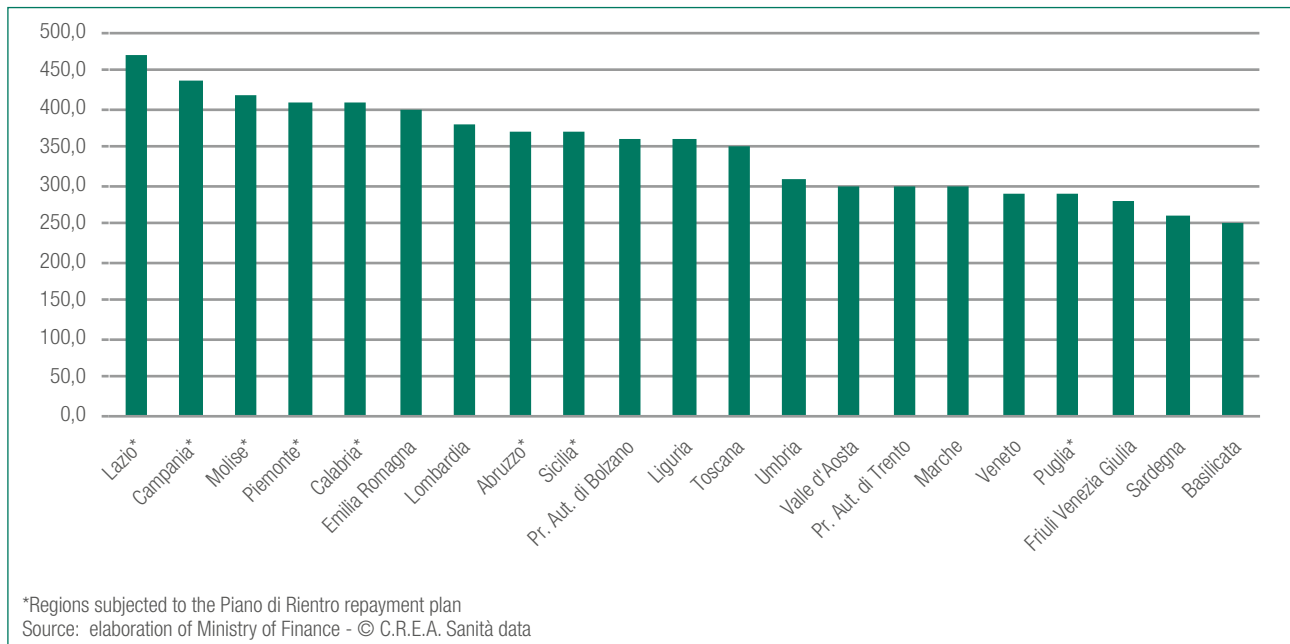


Figure 4. Additional regional personal income tax. Average amount per taxpayer (€), tax year 2013

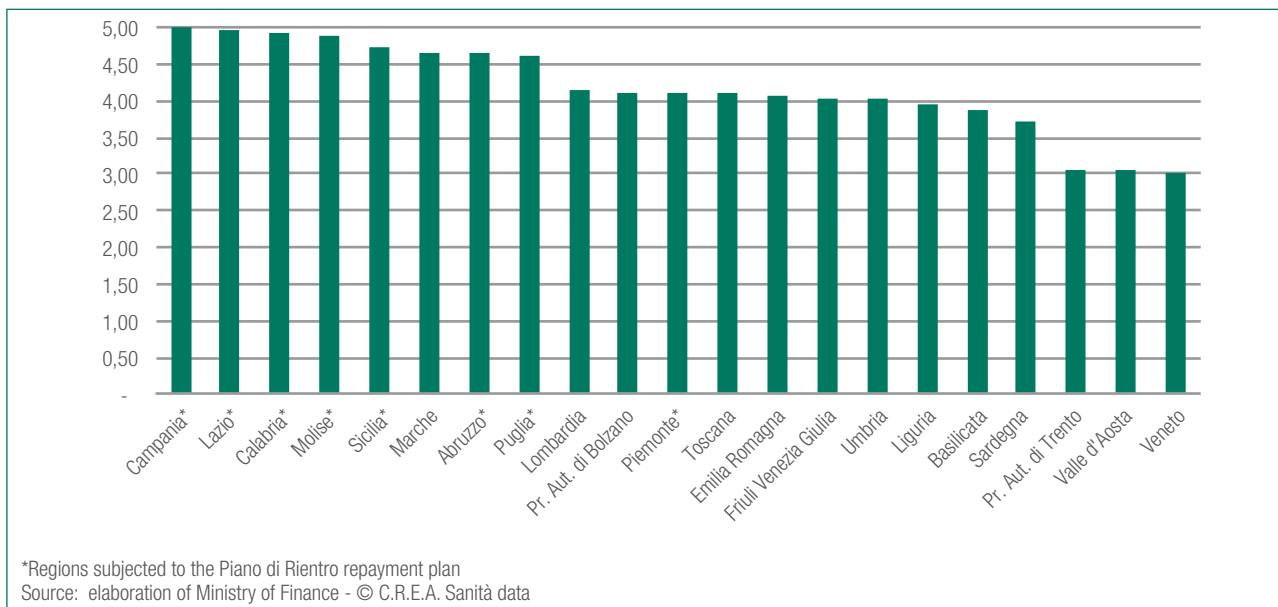


a detrimental *mix*: that can potentially set off a vicious circle, with the risk of dampening development and in perspective worsening the *gap* even in the health sector.

In light of the above, the “levity” used by regions (and even by the central government that has cashed in benefits) in choosing to reply to the cuts imposed on their budgets by again using healthcare resources, seems truly inexplicable.

Undoubtedly Healthcare is a prevailing item in regional budgets, accounting for 72.9% of current expenditure and 24.4% (although underestimated, see the chapter on funding) of investments. The € 2.3-billion slash to Healthcare equal to 5.7% of current non-healthcare expenditure and 15.0% of non-healthcare investments, which are significant yet not dramatic figures: the question is why is only the regional policy for health-

Figure 5. Irap (regional tax on productive activities) average effective tax rate applied by Regions. Values %, tax year 2012



care always manifest, while that regarding other sectors remains rather obscure.

Incidentally it should be noted that, instead of improving, *accountability* of the public system, is becoming more and more obscure: this year for the first time we still do not have regional consolidation of healthcare expenditure (moreover 2013), nor can it be figured out how much investments in the sector amount to, so much so that data regarding total expenditure (current + investments) is no longer available in OECD statistics for our country.

This substantial lack of interest for *accountability* by the system is made evident by the many discrepancies that can be observed in published statistics: beginning with the € 6 billion overestimate by OECD for Italian pharmaceutical expenditure as compared to OsMed (national observatory on pharmaceutical care) figures; then with a total non-consideration of the impact of healthcare funds (mostly contractual ones) in Istat statistics regarding family healthcare consumption, leading to the production of an absolutely excessive estimate of the *out of pocket* share of private expenditure (data that gives an absolutely false representation of the country).

Luckily some figures have been rectified at an in-

ternational level (OECD), being clearly erroneous: for example that of Italian expenditure for prevention programmes, set to 0.5% of current healthcare expenditure and now corrected to 3.7% of current public healthcare expenditure (a figure that seems in line with the data, albeit partial, that is available): however it is indicative that, although without foundation, the said data was widely employed even in the national debate – demonstrating a country’s poor statistical culture.

Returning to the subject of funding and expenditure trends, it seems only right to question the relation between the healthcare system and the economic (and institutional) system: the ambition of Law No. 833/1978 was to build a SSN scheme that was an element of social cohesion. The question is whether, with these levels of funding and expenditure, the trend is still the same or not.

The risk is that ongoing redistributions are for the most part involuntary, prevailing among those geographic areas or those by lobbyists rather than those between more or less affluent brackets of the population.

On the other hand, there lingers collective denial regarding the fact that the national universalistic system, of a Beveridge matrix, in theory is certainly the model that maximizes equity; but the “common house”

provides that the *Welfare* system should be supported by a fiscal system capable of ascertaining the means available to families and (an even less investigated issue) that average efficiency in the distribution of services is quite homogeneous.

Neither condition is achieved in Italy after more than 30 years and this, in itself, would require some in-depth considerations, both regarding the real capacity of changing the status quo, and the possibility of realizing that, since conditions do not exist for an orderly development of the system, then part of the governance rules should be changed: in search of solutions that, although involving compromise, would increase overall fairness of the system.

3. Healthcare efficiency and inequalities

In the previous paragraph we have left the subject of efficiency open, having to properly relate health expenditure with the outcomes.

The subject is truly a very complex one and it falls outside the objectives of the Report: but by adopting a broad generalization, it would be worthwhile to reason on certain data that actually seem evocative of the current Italian conjuncture.

Figure 6 reports the trend, over the last decade, of the share of population (we have chosen those over 75 years of age) who, at the international level, declare they suffer from long-term illnesses or health problems.

It immediately emerges that the Italian share is significantly lower than that of other countries and this (along with the low level of expenditure and corroborated by other indicators such as life expectancy) seems to confirm the efficiency of Italian healthcare.

But Figure 6 also illustrates an alarming process of convergence towards levels recorded by other countries: in other words, we are losing our supremacy in terms of effectiveness/outcomes.

This data (albeit with the caveat needed in the case of this type of survey) necessarily calls for some considerations.

First of all, this decline (although relative) compared to other countries seems to temporally correspond to the widening of the expenditure gap with them.

Furthermore, consider that data specifically regarding the prevalence of chronic disease demonstrates their stableness, and there is indeed a downward trend of rates in correspondence with younger ages and certain diseases, such as COPD, that benefit from commitment to prevention campaigns against smoking risks (see 10th Health Report, 2014). It ensues that

Figure 6. Population aged 75 and above, with chronic or long-term health problems per 100 individuals with the same features. International comparisons, years 2004-2013

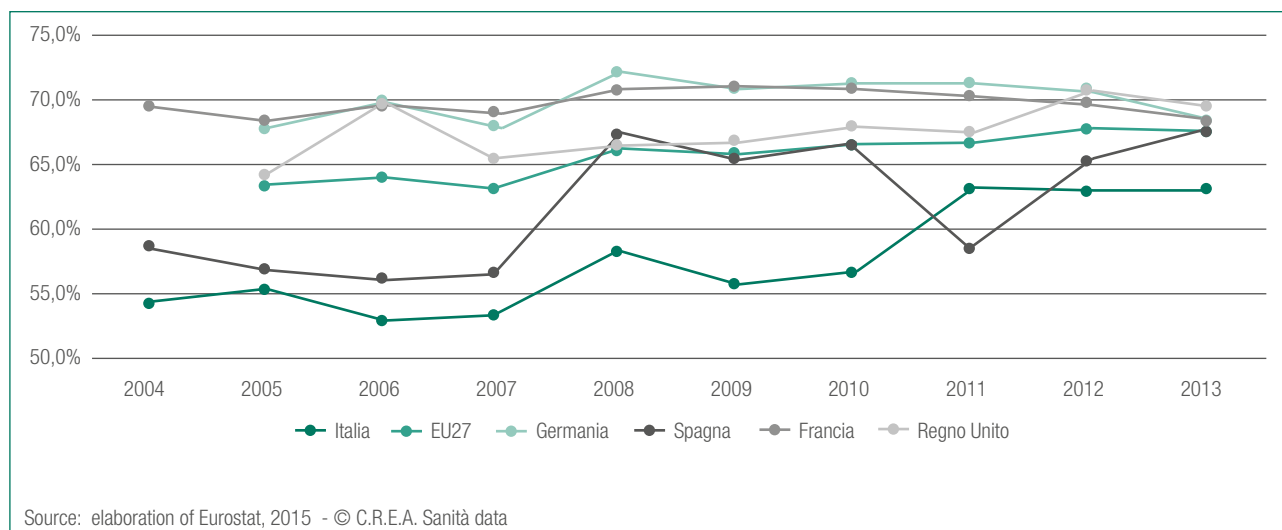
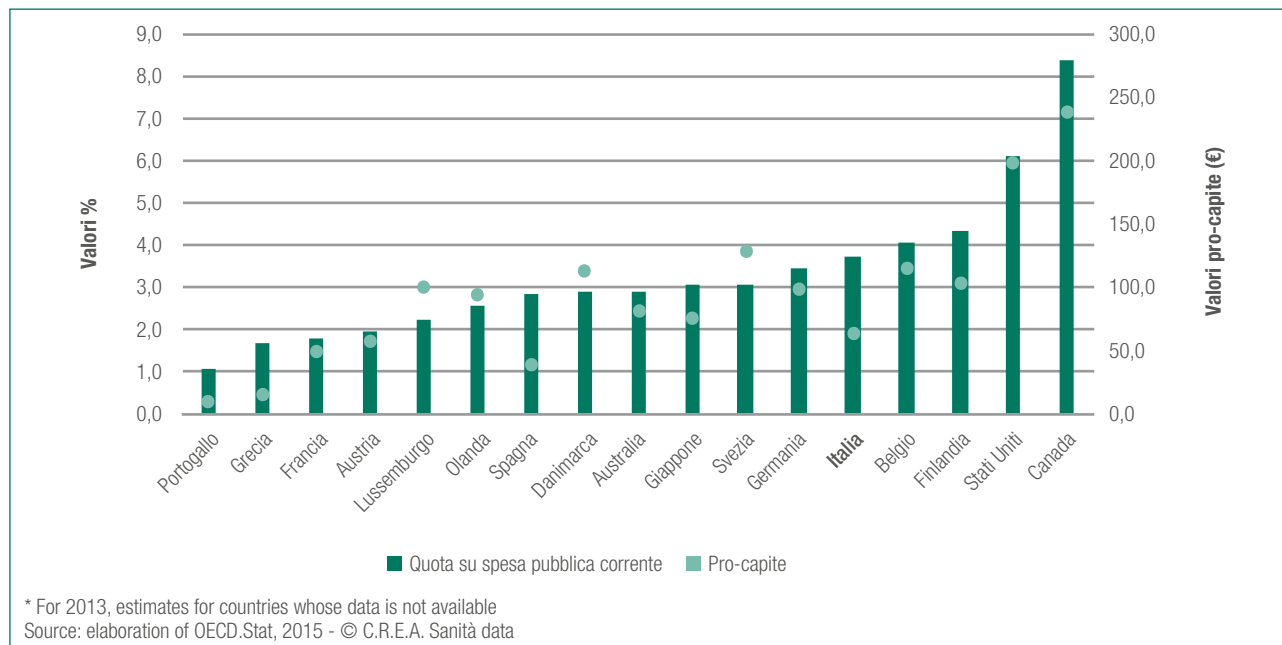


Figure 7. Public expenditure for prevention and public health programmes in EU15 and other OECD countries – Share on the current public health expenditure (%) and per capita (€), year 2013*



while the “clinical” data is good, the overall state of health no longer improves as it does in other countries: obviously something is no longer working adequately in response to the needs of the population.

We can only speculate on this point: while aware of the limitations of the evidence, some points seem to be useful propositions – if only as the beginning of considerations regarding this phenomenon.

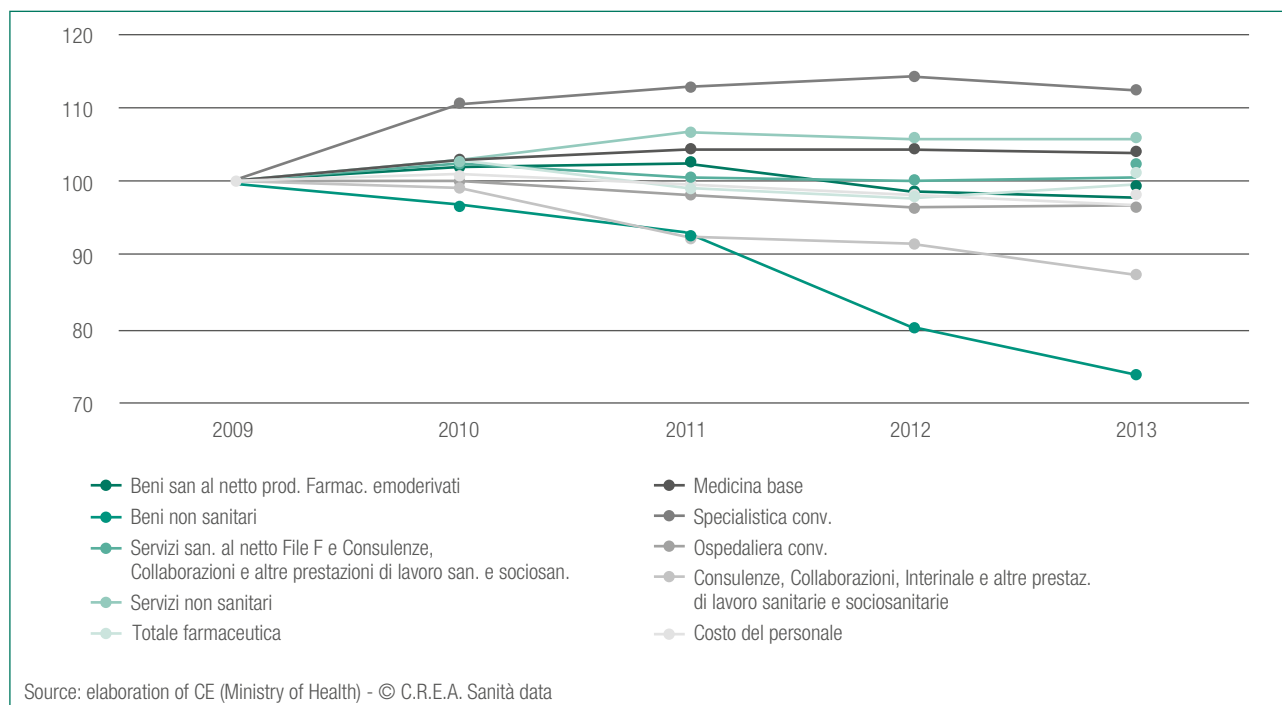
A first hypothesis would be that the root of the problem could be found in the inadequate growth of primary healthcare services in compensation of a reduction in the offer (and the expenditure) of facilities with high-intensity costs – hospitals in particular: in other words, this refers to the fact that savings have been forfeited to the cauldron of reduction in public spending and not re-invested; a hypothesis that is supported by the explicit declaration of Government of wanting to reform the primary healthcare sector with invariance of expenditure.

Another possibility, which in some way is a postulate to the first, is that of a growing misalignment compared to modification to the nature of the population’s needs: needs that social-economic changes have turned into priorities in the area of what is (using a tax-

onomy that is perhaps obsolete) considered social or social-healthcare at the most; certainly we can observe that integration of the non self-sufficiency needs with that of the SSN scheme, has not taken place (indeed it has yet to begin, most probably due to an absolute lack of resources devoted to the same); it seems that homecare and, secondly, residential care are not growing if only marginally, with Italian figures that are distant from European averages; the facts that healthcare areas best representing a challenge for the future are completely unattended from a statistical standpoint, with surveys that are very lacking in terms of in-depth research of the phenomena and moreover made available with unacceptable delays (the latest year available is 2012) – all well describe the absence of rational strategic planning. It should be observed that the available information level is even worse (actually entirely absent) regarding the forms of technological support to health care like telemedicine.

And, finally, we wish to report the revision of OECD data that has given credit to Italian investments in prevention programmes, equal to 3.7% of current public expenditure (and not 0.5% as published last year). This

Figure 8. Public health expenditure according to functions. Index numbers (2009=100), years 2009-2013



is a relatively high figure compared to other countries, if it weren't for the fact of its being expressed in a percentage of a significantly lower healthcare expenditure: it ensues that the investment is not sensational in absolute terms (Figure 7). Moreover expenditure for interventions on lifestyles, and there seems to be agreement that this factor is at the basis of many of the major diseases of our century, is still unknown but probably of a very modest nature: we still remain one of the most sedentary countries in Europe and this alone might explain part of the involution of our health status.

Naturally, it could be argued that health does not depend on expenditure levels (an argument that, if taken literally, would seriously question the need for public intervention), especially if rationalization is truly put into effect, thus eliminating waste without reducing the services supplied.

On Figure 8 we can see a representation of public expenditure trends in the last five years: the fall of expenses destined for non-health goods and for the various forms of consulting and collaboration is clearly noticeable.

Just as noticeable is the reduction in accredited

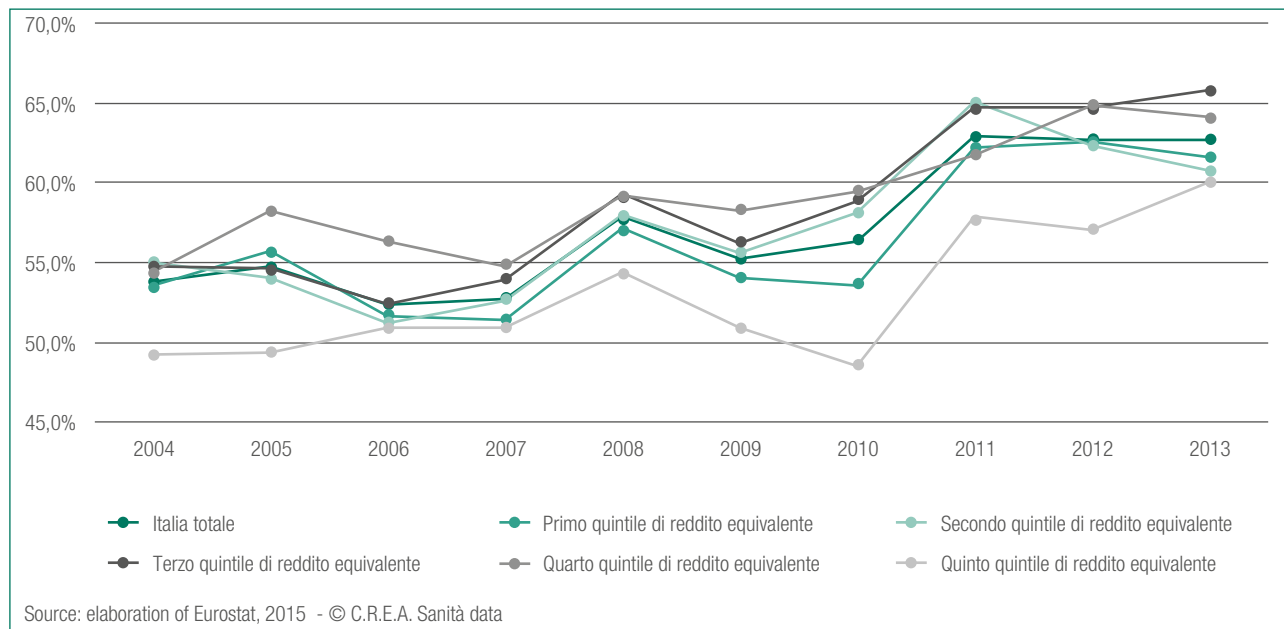
private hospital services and personnel (due to a stop in turnovers), as well as the "perfect" consistency of pharmaceuticals (as cuts on drugs distributed outpatient and the increasing availability of generics, have absorbed and compensated the increasing hospital drugs costs, marked by the arrival of the main innovations).

In general, no item of expenditure has grown after 2012: the worst "performances" (and thus the most substantial increases) can be found in non-health services (a privileged outsourcing area for local health trust and hospital), partly in family medicine and in specialist private ambulatory care (diagnostics, visits, etc) care: the last, presumably since the creation of the so-called "supercopyment" drains part of the request that previously fell on public structures.

Overall, Figure 8 highlights the financial success of *spending reviews*, although it leaves unanswered the question of its real effectiveness in increasing the efficiency of public structures.

Public management has no doubt responded positively to the need for maintaining health services on increasingly lower funds: it is doubtful however, whether it also managed to maintain a balance in finances

Figure 9. Population over the age of 75 suffering from long-term disease or health conditions, based on income quintiles. % values, years 2004-2013



without resorting to insidious rationing mechanisms (whether economic or in services availability).

Back to the health data, it is worth remarking how the deterioration of Italian outcomes performance was not spread equally across the population, concentrating instead on clearly defined groups.

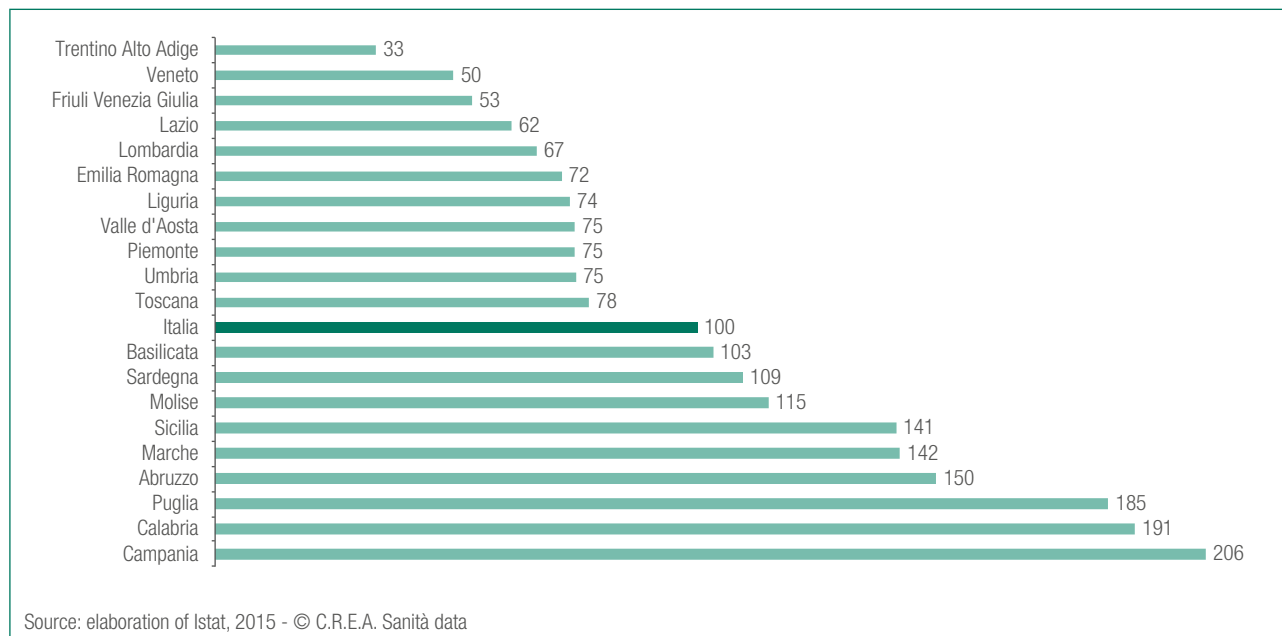
Figure 9, which analyzes health changes in the Italian population based on income quintiles, immediately shows that the last (and wealthiest) quintile enjoys significantly better health conditions compared to the other quintiles, while among the latter it is worth remarking that the first and second (and poorest) quintiles perform significantly better than the third and fourth.

We may try to interpretate this data by saying that the SSN health scheme, faced with the risk of rationing, (successfully) chose to protect the most disadvantaged groups, but this was to the detriment of the middle class. The preservation of services does not, therefore, imply the safeguard of a balanced universalism: a lack of updates in the current systems of copayments (and related exemptions), while the protection of the poorest groups has been preserved, probably at present damages the middle class, a fact that carries significant political relevance, to the extent that the risk of disaffec-

tion of the middle class towards the SSN, would certainly lead to its implosion and to a growing request of opting out, which signals perhaps can already be seen in the increase of applications to the private sector.

In terms of equity, in 2013, the impact of the impoverishment phenomenon caused by social and health *Out of Pocket*, as well as that of “Catastrophic” expenses has been steadily reducing: almost 100,000 families less than in 2012 were found to be impoverished, and 40,000 less were subjected to catastrophic expenses; it is, however, merely an illusory improvement: in fact, while 1.6-million people less than in 2012 incurred social and health OOP expenses, at the same time more than 5% of the population (over 3-million people) avoid them *a priori* precisely for financial reasons.

The obvious relation between such avoidance and impoverishment (which does not manifest itself in “Catastrophic” payments, a phenomenon mainly connected to areas that are not covered by the SSN, such as odontology and assistance to non self-sufficient individuals) confirms that that etiology of the matter can be attributed essentially to an unfair distribution of income, rather than to the cost of the services themselves. As a consequence, the same can be said for the system’s capacity

Figure 10. Index of regional equity. Index numbers (Italy = 100)

to guarantee social protection : equity issues are closely connected to per capita levels of public expenditure, thus confirming both the importance of the public health system from an equity point-of-view, and the importance of a correct resources allocation. Sure enough, leading the chart with the least amount of equity problems are the regions with the highest expenditure, such as the autonomous provinces of Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia and Veneto, while the poorest regions of Campania, Calabria, Puglia and Abruzzo can be found at the bottom of the chart (Figure 10).

Equally alarming, in prospect, is the steady rise of the amounts privately reserved for the social and health sector (4.1% in 2013 and 4.4% in 2014), which clearly mirror a difficulty by the SSN in covering the population's demand. Even more so if we take into account the additional € 2.35-billion measure on the Fund, which begs the question of how much of it will convert into a real increase in efficiency, and how much into an (implicit or explicit) exacerbation of the impact on family budgets.

Undoubtedly, some recent measures finalized to reduce non-appropriate specialistic prescriptions, as well as those concerning a renegotiation of the reference price in the pharmaceutical sector, unless they are in-

cluded in a wider governmental plan on health expenditure (please note: the total expenditure and not just public one) will end up creating an additional burden on family budgets.

We can therefore foresee new costs for the second health care pillar, which may cause : Health Funds serious financial strife by hitting them without any adequate prior planning: complementarity in the health sector, unfortunately, though widely known to be growing, is still neglected by the political Agenda in Italy; to give an idea of this neglect, suffice it to say that statistically the expenditure, as previously indicated, is still inaccurately confused with the *out of pocket* one and that, inexplicably, not even the the Ministry of Health don't made public figures on Funds consistency.

In other words, it seems confirming the total lack of a culture of subsidiarity in the health field, meaning that no real definition exists regarding how the first and second "pillar" should interact; moreover, this creates a risk of inefficiency (redoubled costs, a lack of control on the quality of supplied services, etc.), as well as a further example of unjustified inequality: especially since at least three different fiscal treatments exist to this day for no apparent reason.

4. Rationing

As we delve further into a research that began last year, let us now go back to the issue of rationing, which by definition represents a “change of course” from the logic of fair universalism: in the presence of rationing, indeed, we can reasonably assume that someone will not have access to services they would be “entitled” to.

The level to which the SSN scheme actually covers the most “essential” services (provided they can be rightly defined as such in high-income countries like ours) is hard to calculate, but the idea that amounts to 100% is arguable to say the least: examples include the current offer of less than 40 beds in nursing (residential) facilities as opposed to the almost double amount offered in most other countries, as well as a system in which the rise of homecare supplied by local health authorities has been offset by a decline in the number of assistance hours and by a withdrawal of services supplied by municipalities.

Not to mention the total lack of knowledge regarding the availability of tele-medicine services, for which the scarcity of information unfortunately is an indication of their total inadequacy.

The information at our disposal does not prove

beyond any doubt the implementation of rationing measures, especially in the sectors of local and social assistance, where experience suggests they are most common: we can make some more assumptions about the pharmaceutical sector, as is characterized by a larger quantity of data.

The pharmaceuticals example is also particularly apt: governance in this sector has so far proven effective, guaranteeing a basic consistency in nominal expenditure data, compensating by decreasing costs for drugs distributed by pharmacies the increase hospital spending, which are “pushed” by the market launch of new, often expensive drugs.

The end of the main influx of generic drugs (not countervailable, in the short term at least, by the advent of biosimilars), coupled with the arrival of new, expensive drugs, forecasts a future impossibility to maintain the costs unchanged.

The only question is whether the starting point, that is to say our current situation, is optimal, or whether it already contains some elements of inequality.

Giving a definite answer, as always, is difficult: nevertheless, an original analysis of consumer data from the largest European countries provides us with some food for thought.

Figure 11. Median of consumer differences (in standard units) by single product Italy vs. Big EU by year of EMA drug approval, years 2009-2014

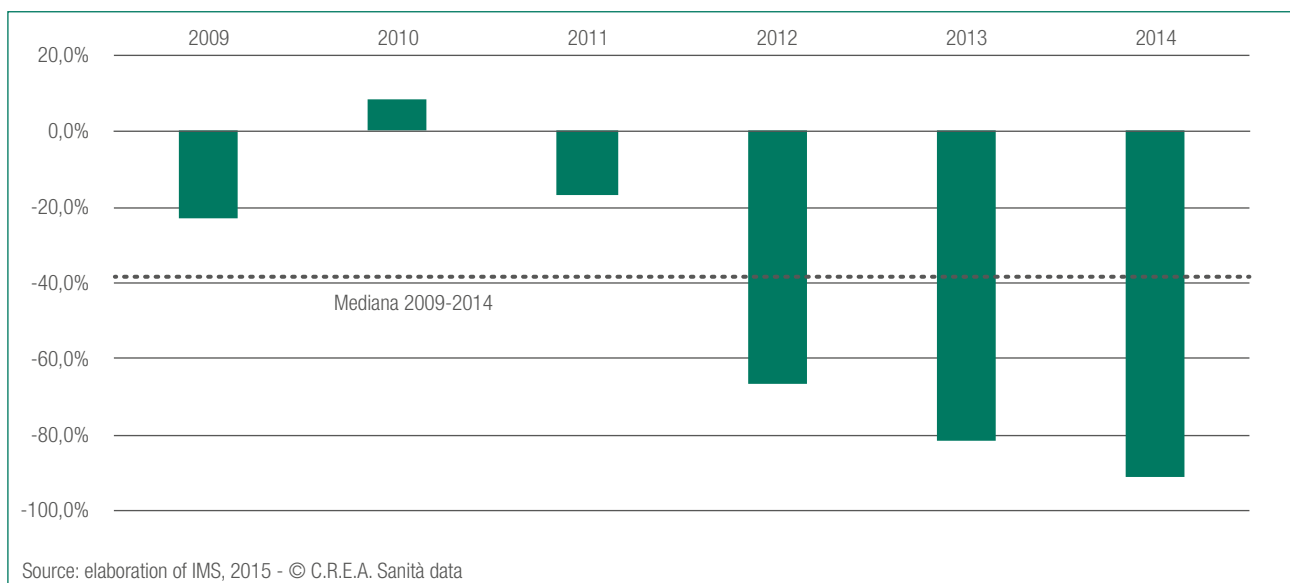


Table 1. EMA-approved products (2009-2014) marketed in Italy and EU5 - year 2014

| ATC | Marketed IT | Marketed EU | Percentage marketed in Italy |
|--------------|-------------|-------------|------------------------------|
| A | 9 | 13 | 69.2% |
| B | 6 | 8 | 75.0% |
| C | 3 | 6 | 50.0% |
| D | 2 | 2 | 100.0% |
| G | 8 | 8 | 100.0% |
| H | 0 | 1 | 0.0% |
| J | 10 | 14 | 71.4% |
| L | 33 | 49 | 67.3% |
| M | 3 | 5 | 60.0% |
| N | 11 | 14 | 78.6% |
| P | 0 | 1 | 0.0% |
| R | 2 | 7 | 28.6% |
| S | 3 | 3 | 100.0% |
| V | 1 | 3 | 33.3% |
| Total | 91 | 134 | 67.9% |

Source: elaboration of IMS, 2015 - © C.R.E.A. Sanità data

By analyzing the medians of 2014 pharmaceutical consumption (in standard units) for drugs approved by the EMA (*European Medicines Agency*) between 2009 and 2014 (figure 11) we can see how those marketed in Italy amounts to 38.4% less than in other countries (France, Germany, Spain and United Kingdom); of course the disparity is partly due to an actual delay in marketing, which can be appreciated by noting that, for drugs approved over the course of 2014, the median consumption in Italy is 91.2% lower than in the aforementioned countries, and that the percentage falls to -81.6% for the year 2013 and -66.7% for 2012; figures draw closer to the European average, but still fall below it, in the previous years: -16.5% in reference to 2011, -22.7% for 2009; drugs approved in 2010 are the only ones showing a 8.1% higher consumption in 2014, but in this case the data are conditioned by the abnormal consumption of 3 products alone.

Figure 11. Median of consumer differences (in standard units) by single product Italy vs. Big EU by year of EMA drug approval, years 2009-2014

Especially noteworthy is the persistence of a signif-

icant consumer gap even for drugs the EMA approved 5 years ago, a gap that cannot be explained by epidemiological reasons, which on the contrary would forecast a higher use due to the older average age of Italian consumers, nor with a delay in availability.

Moreover, only 67.9% of drugs approved by the EMA between 2009 and 2014, and sold in at least one of the EU5 countries (see Chart 1), can be found on the Italian market: 3 out of 19 (15.8%) in 2014; 17 out of 27 (63.0%) in 2013, 12 out of 20 (60.0%) in 2012, 23 out of 29 (79.3%) in 2011, 11 out of 12 (91.7%) in 2010 and 25 out of 27 (92.6%) in 2009.

In other words, it takes almost 5 years for pharmaceutical consumption in Italy to “catch up” with the standard average found in other countries taken into consideration.

Overall, the emerging picture does not indicate a wasteful or careless use of “new”, recently approved drugs, but rather the risk of insidious rationing measures; though pharmaceutical availability in Italy remains high (with some significant delay, due to the refund system as well as to longer supply times and delayed availability), consumption in Italy remains significantly lower than in the other analyzed countries, either because of its stricter criteria in patient eligibility, or due to a more cautious approach to prescriptions by Italian doctors, or to budget deficiencies, etc.: the contribution of each factor would be worth investigating, as would the consequences of the aforementioned rationing measures.

Meanwhile, it is clear that the current financial balance does not only hinge on discounts, paybacks or on prices that are in general lower than the EU average, but also on a lower use of newly-marketed drugs.

While this situation might not constitute a problem in itself, its implications certainly deserve further investigation, mainly because they forecast a scenario of very different therapeutic opportunities in Italy, compared to the rest of Big EU.

Again we seem to notice how to achieve a financial balance of the system is based also on an unequal (or imperfect) universalism, a fact that continues to be entirely disregarded in the current debates.

5. Final thoughts and possible steps to challenge the inequality of the System

In line with what has been argued above, we believe that this setup is no longer defensible, except on a purely ideological level: we will certainly fight so that the access to social and health services is made as independent as possible from family budgets and, in general, from citizens' social-economic status.

However, the idea that the implemented measures, especially those involving a withdrawal in public intervention, are justifiable in order to maintain the system's universalism, is no longer convincing. First of all because such measures implicitly assume that the current system has no faults in terms of substantial universalism; but also because they deny the need to prioritize interventions, believing that the removal of inefficiencies would be enough to sustain the original universalistic plan.

However, as this Report is striving to show, the connection between the (very real) allocative inefficiencies and the possible (short-term) savings is completely unproven. It is evident, meanwhile, that:

- the current setup only manages to produce the smallest effect on geographical differences, especially in terms of service quality
- growing evidence indicates the creation of “vertical” differences, especially regarding the health of the middle class and of isolated or otherwise vulnerable older people
- Health is having a growing substantial impact (net of cost savings) on family budgets
- growing evidence suggests that rationing measures are in fact being implemented, especially as regards the newest and, presumably, the most expensive services; the recent decisions on specialistic services, though stemming from a fair call to appropriateness, might create new gaps between public demand and offer, gaps that cannot be easily managed in the current setup
- growing evidence suggests that financial balance is being obtained not only through efficiency recoveries, but also through the creation of new disparities, first and foremost in tax burdens.

The general situation of Italian public finance discourages any easy illusion on the availability of higher resources than the current ones; for this reason it would be desirable to declare at least a medium-term “moratorium” on any further reduction of SSN funding: a moratorium already introduced in the latest above mentioned Health Pact, but which was soon broken by the measure on regional budgets.

The minimal hypothesis should consist in an absolute preservation of the relation between funding and GDP; however, considering the growing gap with European health expenditure, preserving the relation between Italian health expenditure and EU14 health expenditure would be a more viable option: otherwise, we run the risk of not being able to keep up with EU levels of welfare response.

This “moratorium” would also be a valuable tool for bringing the theme of efficiency from the forefront of the national Agenda back to its natural place, that being the management of local health authorities and hospitals.

The certainty of available resources would also allow reviewing the list of priorities for intervention, to include issues that go beyond any short-term effect; among these, the most urgent appear to be:

- determining the amount of health demand that can be satisfied by public resources, forecasting residual private expense and consequentially establishing governance rules for the second pillar, defining its social worthiness and its relations with the SSN
- redefining the criteria for fund allotment, taking into account the fact that the assumption (at present found in formula adopted) of substantially free-of-charge services has been now *de facto* contradicted
- reinstating professional accreditation as a criterion in pursuing appropriate prescriptions and, at the same time, reinstating the accreditation of structures as a governing source for offer, thus avoiding a bureaucratic approach and a breach in trust relations between physicians and patients
- investigating the correct approach in order to guarantee competitive (but still fair) conditions on health markets, maximizing savings while at the same time safeguarding conditions for the contestability

of the markets themselves: the pursuit of short-term saving plans, often deriving from economies of scale and taking advantage (in terms of saving) of the competitive opening in several health markets seems to be the prevalent trend: one however that disregards the profound differences between these markets; examples includes the field of biosimilars, which is significantly different (strong investments resulting in market barriers, a lack of players...) from that of generic; similarly, other health sectors do not seem to fully comprehend the risks connected to

the pursuit of a purely price-based competition, often lacking adequate regulations

- establishing a proactive relationship with international pricing decisions for new technologies: it is clear that the current governance system hinging on *value-based pricing* significantly penalizes the citizens of less developed countries, and the idea of compensating this through a sometimes excessive use of confidential agreements, paybacks, ceiling-setting and other administrative measures is not sustainable in the medium term.