

LA SOSTENIBILITÀ DI MEDIO-LUNGO TERMINE DELLE FINANZE PUBBLICHE: IL “RISCHIO SANITÀ” SUI *PARTNER* UE

Fabio Pammolli, Mauro Bambi e Nicola C. Salerno (CERM - Roma)

Tra i capitoli di spesa del bilancio pubblico, quello della sanità presenta le maggiori complessità di previsione/proiezione, in quanto esposto a molteplici *driver* di crescita di natura *extra* demografica (reddito, tecnologia, cambiamenti esogeni nella domanda, etc.). Eppure, nel calcolo degli indicatori di sostenibilità delle Finanze Pubbliche, che da qualche anno la Commissione Europea e i singoli *Partner* UE propongono rispettivamente in “*Public Finances in EMU*” e nei Programmi di Stabilità, il riferimento va a proiezioni di spesa (*acute* e per *long-term care*) incentrate sull’aspetto demografico, che rischiano di sottostimare gravemente gli andamenti reali.

La sottostima si riflette nelle previsioni di aggiustamento dei bilanci pubblici e assume un rilievo particolare dopo la recente riforma del Patto UE (2005), che ha spostato la valutazione di convergenza dei *Partner* dai *target* puntuali alle tendenze e alla qualità dell’azione di riforma strutturale. Nel nuovo contesto è fondamentale utilizzare strumenti in grado di raffigurare il più fedelmente possibile le prospettive di medio-lungo periodo.

Alla luce nuovo esercizio di proiezione svolto dal CERM, incentrato sull’analisi d’impatto dei fattori non demografici, le incidenze prospettiche della spesa sanitaria pubblica sul PIL risultano, a *policy* invariata, di *magnitudo* significativamente superiore rispetto alle previsioni ufficiali della Commissione Europea.

Per l’Italia, in luogo dell’incremento di circa 2 p.p. al 2050 (dal 6,7 per cento attuale all’8,6¹), si configurano scenari in cui l’incidenza potrebbe raddoppiare. Risultato, questo, confermato dalle più recenti proiezioni di fonte OCSE, che per l’Italia proiettano un *range* di variazione dell’incidenza sul PIL della spesa sanitaria pubblica tra un massimo di 9,4 e un minimo di 1,8 p.p. al 2050. Il *lower bound* dell’OCSE corrisponde al valore considerato dalla Commissione e, con alcune varianti, dal Programma di Stabilità per il calcolo degli indicatori di sostenibilità delle Finanze Pubbliche.

Nel caso, sempre con riferimento all’Italia, gli indicatori di sostenibilità vengano aggiornati per tener conto di proiezioni più complete nei *driver*; il *target* di saldi primari strutturali dell’ordine del 4 per cento del PIL nelle prossime decadi diventa ancora più ambizioso: per accomodare la maggior spesa sanitaria esso assumerebbe, infatti, un profilo crescente sino a raggiungere picchi del 9/10 per cento nel 2050. Equivalenti prospettive emergono anche per gli altri *Partner*.

Se dalla condizione di invarianza di *policy* (con accomodamento tutto in termini di avanzo primario necessario) si passa a discutere delle scelte di *policy*, l’analisi del CERM mostra come il ritardo di organiche riforme strutturali, che rendesse poi necessario dare precedenza ad obiettivi esclusivamente finanziari, potrebbe causare arretramenti significativi della copertura del servizio sanitario nazionale mettendo a repentaglio obiettivi equitativi/redistributivi. Per l’Italia, la stabilizzazione ai livelli correnti dell’incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL implicherebbe, infatti, una riduzione

¹ Cfr. “Programma di Stabilità dell’Italia – Aggiornamento di Dicembre 2007”.

della quota di spesa complessiva finanziata dal pubblico di oltre 25 p.p. al 2050. Con l'eccezione di Danimarca, Finlandia, Irlanda e Svezia², i *Partner UE* mostrano riduzioni comprese tra 20 e 35 p.p..

Se questa stasi di *policy* si verificasse contemporaneamente per la sanità e per le pensioni (l'altra grande voce del *welfare system*), diverrebbe forte il rischio di situazioni individuali/familiari di redditi insufficienti e con copertura sanitaria inadeguata; forte il rischio di mancato riconoscimento dei livelli essenziali di assistenza. L'analisi del CERM evidenzia l'urgenza di procedere con le riforme strutturali: dalla regolazione lato offerta e lato domanda, allo sviluppo dei fondi sanitari complementari al SSN, all'ammodernamento del *welfare system* per renderlo coerente con i cambiamenti economico-sociali e il funzionamento del mercato del lavoro e del sistema produttivo.

Le proiezioni di spesa sanitaria ufficiali per i Partner UE-15

Nei Programmi di Stabilità dei *Partner UE*, le proiezioni della spesa sanitaria sono incentrate sul *driver* demografico, mentre il tasso di crescita della spesa *pro-capite* (per fasce età-sesso) è ipotizzato pari o convergente al tasso di crescita del PIL *pro-capite* o del PIL per lavoratore attivo. La stessa impostazione è seguita nelle proiezioni del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione (AWG) che fa capo ad ECOFIN. Le tavole seguenti descrivono le proiezioni di lungo termine (2050) dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, negli scenari cosiddetti *AWG reference*.

Spesa sanitaria pubblica di tipo acute³

	% PIL			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo
Austria	5,3	6,8	1,6	1,6
Belgio	6,2	7,6	1,4	1,4
Danimarca	6,9	7,8	1,0	1,0
Finlandia	5,6	7,0	1,4	1,4
Francia	7,7	9,5	1,8	1,8
Germania	6,0	7,2	1,2	1,2
Grecia	5,1	6,8	1,7	1,7
Irlanda	5,3	7,3	2,0	2,0
ITALIA	5,8	7,1	1,3	1,3
Lussemburgo	5,1	6,3	1,2	1,2
Olanda	6,1	7,4	1,3	1,3
Portogallo	6,7	7,2	0,5	0,5
Spagna	6,1	8,3	2,2	2,2
Svezia	6,7	7,7	1,0	1,0
Regno Unito	7,0	8,9	1,9	1,9
media	6,4	8,1	1,6	1,6

Fonte: AWG (2006) e European Commission (2006), European Commission (2007) ⁴

² Danimarca, Irlanda e Svezia mostrano una elasticità storica della spesa sanitaria al PIL prossima (per ragioni diverse) all'unità (cfr. *infra*), per la Finlandia, la riduzione della quota pubblica è di circa 12 p.p..

³ Ipotesi: **(a)** scenario demografico centrale (scenario EUROPOP2004 costruito da EUROSTAT nel Maggio 2005, con qualche marginale variazione); **(b)** tasso di crescita del costo *pro-capite* per fasce di età/sesso pari al tasso di crescita del PIL *pro-capite*; **(c)** elasticità della spesa *pro-capite* al reddito *pro-capite* pari a 1,1 nel 2004 e poi gradualmente convergente all'unità sino al 2050; **(d)** profili di spesa media per fasce di età/sesso che si traslano, di anno in anno, in avanti di una misura pari alla metà dell'incremento della vita attesa per ogni gruppo di età/sesso (se nel passaggio dal tempo t al tempo $t+1$, la vita attesa della fascia x/y aumenta di δ , al periodo $t+1$ la stessa fascia x/y farà registrare una spesa *pro-capite* pari a quella della fascia $(x-\delta)/y$ al tempo t ; sono i cosiddetti profili dinamici di spesa).

**Spesa pubblica per prestazioni di tipo *long-term*⁵ -
tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL per lavoratore attivo**

	% PIL			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo di periodo
Austria	0,6	1,5	0,9	0,9
Belgio	0,9	1,9	1,0	1,0
Danimarca	1,1	2,2	1,1	1,1
Finlandia	1,7	3,5	1,8	1,8
Francia	0,3	0,5	0,2	0,2
Germania	1,0	2,0	1,0	1,0
Grecia			<i>n.d.</i>	
Irlanda	0,6	1,2	0,6	0,6
ITALIA	1,5	2,2	0,7	0,7
Lussemburgo	0,9	1,5	0,6	0,6
Olanda	0,5	1,1	0,6	0,6
Portogallo	0,5	0,9	0,4	0,4
Spagna	0,5	0,7	0,2	0,2
Svezia	3,8	5,5	1,7	1,7
Regno Unito	1,0	1,8	0,8	0,8
media	0,9	1,6	0,7	0,7

Fonte: AWG (2006), European Commission (2006), European Commission (2007)

La sostenibilità delle Finanze Pubbliche nelle valutazioni della Commissione

Gli scenari *AWG reference* per la spesa *acute* e *long-term* sono rilevanti anche perché, assieme alle proiezioni delle altre voci di spesa (tra cui le pensioni) e di entrata di bilancio, sono alla base degli indicatori di sostenibilità delle Finanze Pubbliche calcolati dalla Commissione Europea⁶.

Gli indicatori utilizzati dalla Commissione sono tre:

S1 => l'aggiustamento permanente del saldo primario strutturale⁷ necessario a raggiungere nel 2050 il *target* del 60 per cento nel rapporto debito/PIL, per date proiezioni delle voci di spesa collegate all'età^{8,9};

⁴ AWG (2006), "The impact of ageing on public expenditure", in "European Economy, special report n. 1/2006"; European Commission (2006), "European Economy n. 4/2006"; European Commission (2007), "Public Finances in EMU - 2007";

⁵ Ipotesi: **(a)** scenario demografico centrale (scenario EUROPOP2004 costruito da EUROSTAT nel Maggio 2005, con qualche marginale variazione); **(b)** tasso di crescita del costo *pro-capite* per fasce di età/sexo pari al tasso di crescita del PIL per lavoratore attivo; **(c)** elasticità della spesa *pro-capite* al PIL per lavoratore attivo pari all'unità; **(d)** probabilità di ricevere prestazioni di *long-term care* sempre pari, per ogni fascia età/sexo, a quelle rilevabili nel 2004; **(e)** profili dei tassi di disabilità (che possono attivare, secondo le precedenti probabilità, la prestazione di *long-term care*) per fasce di età/sexo che si riducono di una misura pari alla metà della diminuzione dei tassi di mortalità per le stesse fasce di età/sexo (se nel passaggio dal tempo *t* al tempo *t+1*, il tasso di mortalità della fascia *x/y* diminuisce di *delta*, al periodo *t+1* la stessa fascia *x/y* farà registrare un tasso di disabilità ridotto di *delta/2* rispetto a quello dell'anno precedente; sono i cosiddetti profili dinamici di spesa).

⁶ Cfr. European Commission (2007), "Public Finances in EMU - 2007". Gli stessi indicatori sono ricalcolati, sulla base delle nuove informazioni disponibili, in alcuni Programmi di Stabilità (così l'Italia, cfr. "Programma di Stabilità dell'Italia - Aggiornamento a Novembre 2007).

⁷ Il saldo di bilancio al netto dei pagamenti in conto interessi sul debito, dell'impatto del ciclo economico e delle misure straordinarie e temporanee. Per un sintetico glossario, cfr. "The long-term sustainability of Public Finances in the European Union", European Commission (2006), disponibile anche come "European Economy n. 4/2006".

⁸ Spesa per pensioni, sanità, ammortizzatori per disoccupazione, istruzione.

⁹ Tale aggiustamento non potrà che derivare da un non precisato *mix* di variazioni di entrate e spese non collegate all'età.

S2 => l'aggiustamento permanente del saldo primario strutturale necessario a soddisfare il vincolo intertemporale del bilancio pubblico su un orizzonte infinito (per $t=8$ è debito = 0), per date proiezioni delle voci di spesa collegate all'età (cfr. nota in calce n. 8);

RPB => il saldo primario strutturale da raggiungere mediamente nel quinquennio successivo all'ultimo anno coperto nel più recente Programma di Stabilità, in modo tale che, se dalla fine del quinquennio in poi il saldo *entrate - spese non collegate all'età* si mantiene costante sul PIL mentre le spese collegate all'età si evolvono secondo le loro determinanti¹⁰, è soddisfatto il vincolo intertemporale del bilancio pubblico su un orizzonte infinito.

Gli indicatori di sostenibilità adottati a livello UE

	% PIL			
	saldo primario strutturale di partenza ("scenario 2006" nelle elaborazioni della Commissione)	S1 (variazione)	S2 (variazione)	RPB (livello)
Austria	2,1	-0,2	-0,1	2,3
Belgio	3,7	1,3	2,7	6,2
Danimarca	4,7	-1,4	0,3	3,6
Finlandia	4,5	-3,1	-0,7	3,4
Francia	0,1	2,3	3,2	3,2
Germania	0,8	2,2	3,3	4,3
Grecia (1)	1,2	1,2	1,3	2,5
Irlanda	3,7	-1,2	2,4	5,7
ITALIA	0,9	3,4	3,0	3,9
Lussemburgo	-1,1	4,3	9,3	8,0
Olanda	2,7	0,8	2,4	4,6
Portogallo	-0,5	5,6	8,3	7,5
Spagna	3,4	-0,2	2,8	6,4
Svezia	4,5	-3,1	-2,5	2,1
Regno Unito	-0,3	2,6	4,2	3,8
media	2,0	1,0	2,7	4,5

Fonte: European Commission (2007)

(1) Per la Grecia, non sono disponibili proiezioni della spesa per pensioni e per long-term care.

I tre indicatori sono calcolati utilizzando i set di ipotesi macroeconomiche specifici dei singoli *Partner* e condivisi in ambito AWG-ECOFIN¹¹. Nella media UE-15, sarebbe necessario un miglioramento del saldo primario strutturale di 1,0 punti percentuali di PIL secondo *S1*, e di 2,7 secondo *S2* (con ampia diversificazione tra *Partner* che, in alcuni casi, porta anche a valori negativi). Secondo *RPB*, invece, il saldo primario strutturale da raggiungere in combinazione con la stabilizzazione sul PIL delle spese non collegate all'età sarebbe pari mediamente al 4,5 per cento del PIL (anche in questo caso con ampia differenziazione).

Per l'Italia, in particolare, la Commissione indica l'esigenza di avanzi primari strutturali pari a 4,3, 3,9 e 3,9 p.p., rispettivamente per i tre obiettivi di consolidamento descritti. Nel Programma di Stabilità dell'Italia di Dicembre 2007, si considera un saldo primario strutturale di partenza diverso (al 2006

¹⁰ Processo di invecchiamento e regole di maturazione/accesso alle prestazioni (allo stato normativo attuale).

¹¹ Cfr. AWG (2006), "The impact of ageing on public expenditure", da pag. 312 in poi ("Country annex").

pari a 1,8 p.p.), aggiornato ai dati disponibili, e di conseguenza cambiano le misure delle correzioni, ma non quelle dei livelli: per ridurre al 60 per cento il rapporto debito/PIL è necessario mantenere saldi del 3,9 per cento, che salgono al 4,1 per soddisfare il vincolo intertemporale del bilancio pubblico su orizzonte infinito; il valore di RPB diviene di 4,2 p.p.. Come si può osservare, la sostenibilità di lungo termine richiede, sia nella valutazione di *Public Finances in EMU* che, più recentemente, del Programma di Stabilità, saldi primari strutturali dell'ordine del 4 per cento o superiori.

“Oltre la demografia”: proiezioni sanitarie e sostenibilità

Affinché gli indicatori assumano un ruolo pieno di guida nella *policy*, è necessario interrogarsi su quali valori assumerebbero se le proiezioni di spesa sanitaria non fossero quelle incentrate sulla demografia, ma inglobassero anche l'effetto pieno di altri *driver*, *in primis* quello della crescita del reddito¹².

Elasticità della spesa sanitaria (pubblica e privata) al reddito e proiezioni di lungo termine

	elasticità di lungo termine della spesa sanitaria reale totale al reddito reale	hp. tasso di crescita del PIL reale sino al 2050	spesa sanitaria pubblica in % PIL al 2050, nell'hp. che la quota coperta dal pubblico resti quella attuale	variazione della quota della spesa sanitaria totale coperta dal pubblico, nell'hp. di stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica in % PIL al livello corrente		
				tra parentesi la attuale incidenza della spesa pubblica sul PIL - valori al 2004 ⁽²⁾		
				2015	2025	2050
		tasso annuale ⁽¹⁾	tra parentesi la attuale quota del pubblico sul totale			
Austria	1,67	1,5%	10,7% (70,8%)	-7,2% (6,8%)	-13,2%	-25,7%
Belgio	1,78	1,7%	13,0% (71,3%)	-9,4% (7,2%)	-17,0%	-32,0%
Danimarca	1,02	1,6%	7,4% (82,0%)	-0,3% (7,3%)	-0,5%	-1,0%
Finlandia	1,22	1,7%	7,0% (76,0%)	-2,9% (5,7%)	-5,6%	-11,7%
Germania	1,88	1,4%	14,0% (76,0%)	-9,0% (8,1%)	-16,0%	-32,0%
Irlanda	1,03	2,8%	5,9% (80,0%)	-0,4% (5,7%)	-1,1%	-2,7%
ITALIA	1,70	1,3%	9,8% (74,7%)	-7,0% (6,5%)	-12,7%	-25,2%
Olanda	1,56	1,7%	8,8% (62,0%)	-6,0% (5,7%)	-11,0%	-21,6%
Portogallo	1,87	1,5%	13,2% (73,0%)	-9,3% (7,4%)	-17,0%	-32,3%
Svezia	1,08	2,2%	7,8% (84,6%)	-1,6% (7,7%)	-3,0%	-6,4%
Regno Unito	1,65	1,9%	11,9% (84,3%)	-8,6% (7,0%)	-17,2%	-34,6%
media			9,9% (75,9%)	-5,6% (6,8%)	-10,4%	-20,3%

Fonte: CERM (2007), mimeo

(1) Valore annuo medio riportato in European Commission (2007), pag. 34

(2) L'incidenza al 2004 è di fonte OCSE (2006)¹³ e differisce da quella di fonte AWG (2006) per il diverso perimetro di spesa

¹² Se si modifica il tradizionale *framework* con cui sono condotte le stime di lungo periodo degli effetti dei *driver* di spesa, emerge che, in assoluto, il *driver* dominante è quello della crescita economica.

¹³ Cfr. OCSE (2006), "Health Data".

La tavola appena esposta presenta i risultati di un esercizio, svolto da CERM, di stima (dati storici con approccio di cointegrazione) dell'elasticità della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) al reddito. Sulla base del valore dell'elasticità, sono calcolati: l'incidenza della spesa sanitaria pubblica al 2050, nell'ipotesi che la quota pubblica sul totale resti immutata; la quota pubblica al 2050, nell'ipotesi di stabilizzazione dell'incidenza sul PIL della spesa sanitaria pubblica al livello corrente (2004).

Questo esercizio è, dal punto di vista metodologico, complementare a quello di AWG¹⁴ e i risultati dei due andrebbero “sommati” *cum granu salis*. Laddove AWG porta in primo piano il *driver* demografico e minimizza l'impatto atteso dagli altri, qui, invece, si fa l'opposto: non si considera esplicitamente l'acuirsi del processo di invecchiamento della popolazione atteso nelle prossime decadi, ma si “ribalta” in avanti l'effetto storicamente svolto dalla crescita economica. Il *driver* reddito, inoltre, è comprensivo di tutte le determinanti che possono far corrispondere una più alta spesa ad un maggior grado di sviluppo economico, ivi inclusi gli avanzamenti di tecnica/tecnologia (il consumo di prestazioni più costose ha necessità di essere finanziato) e le evoluzioni esogene della domanda riconducibili alla crescente importanza assegnata al bene “salute”.

Emergono alcune conclusioni di rilievo:

- l'elasticità al reddito è sempre maggiore dell'unità (solo per Danimarca, Irlanda e Svezia la differenza è ridotta) e in alcuni casi significativamente maggiore (il dato più elevato è quello della Germania, 1,88; per l'Italia 1,7);
- a parità di quota mediamente coperta dal pubblico, l'incidenza media della spesa pubblica sul PIL arriverebbe, nel 2050, ai 10 p.p. ...
- ... mentre, a parità di incidenza media della spesa pubblica sul PIL, la quota a carico del pubblico si ridurrebbe in media di oltre 20 p.p. (dal 76 al 56 per cento).

Le grandezze appena descritte trovano conferma in un recente lavoro dell'OCSE¹⁵ che, utilizzando un impianto metodologico simile a quello di AWG (con profili di spesa *pro-capite acute e long-term*) ma lasciando esplicitare pieni effetti ai *driver extra* demografici (tra cui una elasticità al reddito superiore all'unità), arriva a proiettare incrementi di incidenza sul PIL significativamente superiori a quelli di AWG. Per l'Italia, l'intervallo [+4,5%; +0,5%] proiettato da AWG (nel complesso di tutti gli scenari) diviene [+9,4%; +1,8%] nelle proiezioni OCSE¹⁶.

¹⁴ Nell'impianto, i due esercizi sono molto diversi: uno adotta una prospettiva macroeconomica, l'altro è microfondato nei profili di spesa *pro-capite*; inoltre, uno considera in maniera unitaria tutta la spesa sanitaria (pubblica e privata, *acute e long-term*), l'altro si concentra sulla spesa pubblica e differenza tra prestazioni sanitarie *acute* e prestazioni per assistenza continuata (queste ultime, generalmente, non sono a carico esclusivo del bilancio dei sistemi sanitari nazionali).

¹⁵ Cfr. OCSE (2006), “*Projecting public OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers*”, disponibile su http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_201185_36085941_1_1_1_1.00.html.

¹⁶ Solo per il Regno Unito l'*upper bound* dell'OCSE (+5,7 per cento) è inferiore all'*upper bound* di AWG (+6,2) ma, per converso, il *lower bound* dell'OCSE (+1,0 per cento) è significativamente superiore al *lower bound* di AWG (+0,2).

**Spesa sanitaria pubblica *acute* e spesa pubblica per *long-term*
AWG-ECOFIN (2006) e OCSE (2006) a confronto**

incrementi di incidenza sul PIL al 2050	AWG-ECOFIN (2006)		OCSE (2006)	
	? % PIL		? % PIL	
	<i>upper bound</i>	<i>lower bound</i>	<i>upper bound</i>	<i>lower bound</i>
Francia (1)	2.8	0.5	6.2 (3.6)	0.8 (0.3)
Germania	4.3	0.4	6.0	1.1
ITALIA	4.5	0.5	9.4	1.8
Spagna	4.9	1.1	7.2	1.7
Regno Unito	6.2	0.2	5.7	1.0
Stati Uniti	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	6.4	0.7

Fonte: elaborazioni degli autori su AWG (2006) e OCSE (2006)

(1) In AWG (2006) per la Francia non è disponibile il dato di spesa *long-term*; tra parentesi, la spesa *acute* di OCSE (2006). Il dato della Francia è stato integrato successivamente e considerato in European Commission (2007) per il calcolo degli indicatori di sostenibilità.

Conclusioni per la policy

Quando le proiezioni di spesa sanitaria sono ampliate per tener conto dei *driver extra* demografici, gli incrementi di incidenza sul PIL che potrebbero realizzarsi al 2050, senza interventi di *policy*, divengono di *magnitudo* superiore a quella utilizzata dalla Commissione Europea per calcolare gli indicatori di sostenibilità delle Finanze Pubbliche.

Nel caso dell'Italia, per esempio, la Commissione individua l'esigenza di avanzi primari strutturali costantemente pari a circa il 4 per cento del PIL¹⁷; ma, se si tiene conto che l'incremento di incidenza della spesa sanitaria implicito negli indicatori potrebbe essere superiore di 5-6 punti percentuali al 2050¹⁸, il profilo degli avanzi stabilizzanti si trasla inevitabilmente verso l'alto, divenendo crescente da circa il 4 per cento corrente sino ad un picco che nel 2050 potrebbe arrivare anche al 9/10 per cento¹⁹. Se già il *target* di bilancio suggerito dalla Commissione appare impegnativo da rispettare anno per anno nelle prossime decadi²⁰, quello necessario ad accomodare le proiezioni più complete della spesa sanitaria, senza interventi specifici di *policy*, appare addirittura utopico²¹.

¹⁷ Nella media degli indicatori S1 (4,3 per cento), S2 (3,9) e RPB (3,9), riportati in European Commission (2007).

¹⁸ È il dato che emerge dall'*upper bound* dell'OCSE, ma anche dalla combinazione dello scenario incentrato sulla demografia di AWG (2006) con quello incentrato sui *driver extra* demografici di CERM (2007).

¹⁹ Nelle ipotesi che (a) lo scarto tra l'incidenza al 2050 di AWG e l'*upper bound* dell'OCSE e di CERM maturi linearmente da oggi al 2050, e che (b) la maggiore spesa che si verifica ogni anno è accomodata con un equivalente variazione dell'avanzo primario di quello stesso anno (compressione di altre spese / incremento di entrate).

²⁰ Si deve, in aggiunta, considerare che l'ultimo Programma di Stabilità dell'Italia (aggiornato al Dicembre 2007) prevede una crescita del PIL reale dell'1,5 per cento nel 2008, dell'1,6 nel 2009, dell'1,7 nel 2010 e dell'1,8 nel 2011, valori inferiori a quelli che AWG ha considerato nella proiezioni dell'incidenza della spesa sanitaria e che poi sono entrati nel calcolo di S1, S2 e RPB. Le ipotesi macro di AWG prevedevano per l'Italia una crescita del PIL reale dell'1,9 per cento sino al 2015, con una diminuzione graduale sino allo 0,7 nel 2035, e un successivo graduale aumento sino all'1,2 per cento nel 2050.

²¹ Inoltre, anche nelle proiezioni delle altre spese connesse all'età diverse dalle pensioni (ammortizzatori contro la disoccupazione e istruzione), AWG adotta un approccio incentrato sulla demografia, tant'è che queste due voci vanno in compensazione degli aumenti di incidenza sul PIL per tutti i *Partner* UE. Una scelta che, di fronte agli obiettivi esplicitamente concordati circa l'innalzamento della partecipazione al mercato del lavoro, l'aumento dei tassi di occupazione a tutte le età, e lo

Quale ruolo per la *policy*? La stima proposta dal CERM pone in evidenza il rischio che, senza tempestive e lungimiranti azioni, l'obiettivo assuma natura esclusivamente finanziaria e, nell'urgenza dei conti, persegua direttamente la stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica sul PIL al livello corrente o prossimo a quello corrente, trascurando le ricadute distributive/equitative. Se così fosse, la quota di spesa coperta dal pubblico sarebbe destinata, in Italia come negli altri *Partner*, ad una marcata diminuzione (di oltre 25 p.p. per l'Italia, tra i 20 e i 35 p.p. per gli altri *Partner* UE²², se si escludono quattro Paesi in cui l'elasticità storica della spesa al PIL è prossima all'unità), con tutto il portato di implicazioni sui connotati tradizionali dei servizi sanitari nazionali in termini di adeguatezza delle prestazioni e universalismo dei beneficiari.

In Italia, per esempio, si sta già verificando un crescente trasferimento dell'onere di finanziamento dal pubblico al privato, nella forma di maggiori pagamenti dei cittadini a valere direttamente sui loro redditi disponibili, e senza un disegno sistemico che dia basi istituzionali alla componente privata e la sostenga con agevolazioni fiscali.

Se, poi, alla stasi di riforme in sanità si aggiungesse (come sta avvenendo in Italia) la stasi delle riforme pensionistiche, sarebbe forte il rischio che in futuro si presentino numerose le situazioni individuali/familiari con redditi insufficienti e senza adeguata copertura sanitaria.

Se è vero che la crescita della spesa sanitaria può, in potenza, non avere limiti prefigurabili²³, compito della *policy* dovrebbe divenire quello di costruire l'assetto più adatto a governare sulla base di scelte positive e di programmi l'allocazione delle risorse disponibili, per non subire passivamente i cambiamenti, con:

- la regolazione lato offerta (per stimolare efficienza nell'erogazione delle prestazioni da parte del pubblico e del privato),
- la regolazione lato domanda (per responsabilizzare i singoli fruitori nella prospettiva dell'universalismo selettivo);
- lo sviluppo del canale di finanziamento privato a capitalizzazione, coprente prestazioni complementari a quelle del servizio pubblico²⁴, e supportato da agevolazioni fiscali coerenti con il principio della progressività dell'imposizione;

sviluppo della società della conoscenza ("Agenda Lisbona"), sottostima le necessità di spesa e nasconde l'urgenza di riforme strutturali.

²² Anche di più, se si combinano gli effetti del *driver* demografico e dei *driver extra* demografici.

²³ È un voce di spesa che, sul piano teorico, potrebbe non giungere mai a saturazione, con continui aumenti di quantità e soprattutto di qualità delle prestazioni. Sul punto, si suggerisce lettura dell'interessante e provocatorio punto di vista di Kenneth Rogoff: "Better Red than dead?" (<http://www.projects.yndicate.org/commentary/rogoff33>).

²⁴ In Italia, i cosiddetti fondi "doc" la cui normativa è ancora fortemente incompleta. La diversificazione delle fonti di finanziamento di pensioni e sanità è accomunata da una ragione di sostenibilità macroeconomica. Come il sistema pensionistico pubblico, anche il sistema sanitario pubblico si finanzia a ripartizione, ovvero raccogliendo anno per anno risorse tramite la fiscalità generale. Di fronte alla intensa dinamica della spesa, superiore a quella attesa dal sistema pensionistico, il solo canale pubblico a ripartizione farà sì che una quota crescente dei redditi prodotti anno per anno venga assorbita dal finanziamento della sanità (e delle pensioni se l'applicazione rigorosa della riforma del 1995 continua ad essere posticipata), generando effetti disincentivanti su offerta/domanda di lavoro e su investimenti/produzione. Il rallentamento della crescita che ne deriverebbe renderebbe ancora più critici i vincoli di bilancio entro cui deve muoversi il finanziamento del SSN, a detrimento non solo del perimetro di prestazioni coperte (i LEA sanitari), ma soprattutto della funzione redistributiva e coesiva che è fondante per il sistema sanitario pubblico. Il finanziamento a capitalizzazione correggerebbe la dinamica del sistema, creando - esattamente come per le pensioni - un collegamento diretto tra i risparmi e le agevolazioni fiscali che li sostengono da un lato e, dall'altro, gli investimenti in capitale produttivo. Il bilanciamento pubblico-privato delle fonti di finanziamento incide endogenamente sulla crescita economica e sulle risorse disponibili per finanziare le prestazioni. La strada dell'universalismo selettivo e quella dello sviluppo dei pilastri privati a capitalizzazione sono interconnesse. L'applicazione di schemi responsabilizzanti di compartecipazione ai costi è tanto più percorribile se la quota a carico del cittadino tiene conto delle sue caratteristiche economiche e sanitarie, e se, invece di scaricarsi direttamente sui redditi disponibili, può avvalersi del

- le riforme strutturali interne al *welfare system*, per renderlo coerente con i cambiamenti del sistema economico-sociale e con il funzionamento del mercato del lavoro e del sistema produttivo (riforma delle pensioni e diversificazione degli istituti assicurativi e assistenziali²⁵).

Un'*agenda* di ampio raggio e complessa, che in Italia si sovrappone al percorso di trasformazione federalista dello Stato. Proprio per questo, è necessario avviarla il prima possibile.

10 Gennaio 2008

CERM - Via G. Poli n. 29 - 00187 ROMA - ITALY
Tel.: 06 - 69.19.09.42 - Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it

capitale in maturazione in piani di risparmio *ad hoc* sostenuti da agevolazioni coerenti con il principio della progressività che ispira la fiscalità generale.

²⁵ Cfr. Pammolli-Salerno (2007), "Il sistema pensionistico: quale riforma?", in "La riforma del welfare dieci anni dopo la 'Commissione Onofri'", a cura di Luciano Guerzoni (<http://www.astrid-online.it/Amministra/-Commissio/La-riforma/index.htm>).