

La Sanità alla base della sostenibilità dei conti pubblici

Non solo aumento della popolazione,
ma anche reddito ed innovazione tecnologica:
questi i *driver* della spesa

Le proiezioni delle dinamiche di spesa devono essere il più possibile onnicomprensive di tutti i fattori, per poter incidere per tempo sulla policy.

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 sintetici 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 gli andamenti reali.

Secondo le stime del CERM l’incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL risultano, a *policy* invariata, di rilevanza superiore rispetto alle previsioni ufficiali della Commissione Europea.

Ad esempio, per l’Italia, in luogo dell’incremento di circa l’1,9% al 2050 (dal 6,7% attuale all’8,6%, nel Programma di Stabilità di Dicembre 2007), si prevede che l’incidenza potrebbe raddoppiare. Risultato confermato anche da OCSE, che per l’Italia proietta un *range* di variazione dell’incidenza sul PIL della spesa sanitaria pubblica tra il 9,4% e l’11,9% al 2050. Il *lower bound* dell’OCSE corrisponde al valore considerato dalla Commissione e

**Tabella 1: Spesa sanitaria di tipo acuto
AWG reference scenario**

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

Fonte: ECOFIN (2006), Commissione Europea (2007)

**Tabella 2: Spesa sanitaria per assistenza
continuata - AWG reference scenario**

	% PIL		
	2004	2050	Incremento 2004-2050
Austria	0,6	1,5	0,9
Belgio	0,9	1,9	1
Danimarca	1,1	2,2	1,1
Finlandia	1,7	3,5	1,8
Francia	0,3	0,5	0,2
Germania	1	2	1
Grecia	n.a.	n.a.	n.a.
Irlanda	0,6	1,2	0,6
Italia	1,5	2,2	0,7
Lussemburgo	0,9	1,5	0,6
Olanda	0,5	1,1	0,6
Portogallo	0,5	0,9	0,4
Spagna	0,5	0,7	0,2
Svezia	3,8	5,5	1,7
Regno Unito	1	1,8	0,8
media	0,9	1,6	0,7

Fonte: ECOFIN (2006), Commissione Europea (2007)

dal Programma di Stabilità per il calcolo degli indicatori sintetici di sostenibilità delle Finanze Pubbliche.

È utile confrontare tra loro i risultati delle proiezioni di ECOFIN e di OCSE: ben si coglie la criticità di focalizzarsi sull'effetto demografico, ignorando gli altri *driver* di spesa: l'impatto della tecnologia, l'aumento della domanda a ritmi più che proporzionali rispetto alla crescita del reddito, la diffusione di prestazioni *labour intensive* come quelle di assistenza continuata agli anziani e ai disabili, altri fattori che incidono sui costi dell'offerta.

Le proiezioni ufficiali dei Partner UE-15 della spesa sanitaria pubblica

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. Le proiezioni, inoltre, sono svolte sotto l'ipotesi che l'assetto normativo-regolatorio rimanga immutato nella sua configurazione attuale. La stessa impostazione è seguita nelle proiezioni del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione (*AWG*) che fa capo ad ECOFIN.

Le Tabelle 1 e 2 descrivono le proiezioni di lungo termine (2050) dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, negli scenari cosiddetti *AWG reference*, due degli scenari sviluppati all'interno dell'analisi di sensitività di ECOFIN.

ECOFIN ed OCSE a confronto

Quasi contemporaneamente all'ultima *release* delle proiezioni ECOFIN, l'OCSE ha reso noti i risultati di altre proiezioni di lungo termine dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (Tabelle 3 e 4). L'impostazione delle proiezioni OCSE è abbastanza simile a quella seguita da ECOFIN (basata sui profili di spesa individuali), ma con una differenza sostanziale nell'ampiezza dell'analisi di sensitività. L'OCSE, infatti, considera la possibilità che, in linea con le evidenze portate dalla

Tabella 3: Spesa sanitaria di tipo acuto – incidenza minima e massima al 2050			
	% PIL		
	2005	min 2050	max 2050
Austria	3,8	4,4	7,6
Belgio	5,7	5,8	9
Danimarca	5,3	5,1	8,8
Finlandia	3,4	3,8	7
Francia	7	7,3	10,6
Germania	7,8	8,2	11,4
Grecia	4,9	5,5	8,7
Irlanda	5,9	5,6	10
Italia	6	6,5	9,7
Lussemburgo	6,1	6,6	9,9
Olanda	5,1	5,7	8,9
Portogallo	6,7	7,7	12,6
Spagna	5,5	6,4	9,6
Svezia	5,3	5,3	8,5
Regno Unito	6,1	6,5	9,7
media	5,6	6	9,5
Stati Uniti	6,3	6,5	10,8

Fonte: elaborazioni CERM su OCSE (2006)

letteratura sul tema, l'elasticità della spesa al reddito (PIL) rimanga superiore all'unità per tutto l'orizzonte di proiezione. L'OCSE considera anche l'eventualità che all'elasticità al reddito si debba sommare, per ottenere la dinamica di spesa, un'ulteriore componente di crescita raffigurante l'impatto della tecnologia (il 'residuo'). Altri *driver* extra-demografici sono inclusi, come l'aumento della quota di spesa di lungodegenza istituzionalizzata (di pari passo con l'aumento del tasso di partecipazione al mercato del lavoro).

La Tabella 5 mette a diretto confronto gli incrementi di incidenza sul PIL proiettati al 2050 da ECOFIN e da OCSE.

Come si può osservare, nella media UE-15 l'incremento minimo di OCSE è quattro volte quello di ECOFIN, mentre il massimo di OCSE oltre una volta e mezzo quello di ECOFIN. Tra il minimo e il massimo di ECOFIN si colloca l'*AWG reference*, di entità doppia rispetto al minimo di OCSE, ma del 2,4% inferiore al massimo di OCSE. Spicca il caso dell'Italia, che fa registrare il più elevato massimo di OCSE, ben 7,4% superiore all'incremento ECOFIN – *AWG reference*.

Quale sostenibilità per le Finanze Pubbliche?

La domanda da porsi è: quali valori assumerebbero gli indicatori sintetici di sostenibilità delle finanze pubbliche calcolati dalla Commissione, se questi inglobassero proiezioni sanitarie non focalizzate sulla sola demografia, ma raffiguranti appieno l'esplicarsi degli altri *driver*?

Gli scenari *AWG reference* per la spesa *acute* e *long-term* hanno un particolare rilievo perché, assieme alle proiezioni delle altre voci di spesa (tra cui le pensioni) e di entrata di bilancio, sono alla base degli indicatori sintetici di sostenibilità delle finanze pubbliche calcolati annualmente dalla Commissione Europea.

Gli indicatori utilizzati dalla Commissione sono due:

- **S1**: l'aggiustamento permanente del saldo primario strutturale necessario a raggiungere nel 2050 il *target* del 60% nel rapporto debito/PIL, per date proiezioni delle voci di spesa collegate all'età;

Tabella 4: Spesa sanitaria per assistenza continuata – incidenza minima e massima al 2050			
	% PIL		
	2005	min 2050	max 2050
Austria	1,3	2,5	5,4
Belgio	1,5	2,4	5,9
Danimarca	2,6	2,9	4,2
Finlandia	2,9	3,7	5,4
Francia	1,1	1,6	3,7
Germania	1	1,7	3,4
Grecia	0,2	1	3,5
Irlanda	0,7	1,7	4,9
Italia	0,6	2	6,3
Lussemburgo	0,7	1,9	4,9
Olanda	1,7	2,4	4,1
Portogallo	0,2	0,8	2,4
Spagna	0,2	1	3,3
Svezia	3,3	3,6	4,3
Regno Unito	1,1	1,7	3,2
media	1,3	2,1	4,3
Stati Uniti	0,9	1,4	2,8

Nota: i dati OCSE si riferiscono alla spesa direttamente a carico del sistema sanitario nazionale, mentre quelli ECOFIN includono anche voci di spesa socio-sanitaria rientranti in altri capitoli del bilancio pubblico. Si spiega così, oltre che per il diverso anno di rilevazione (2004, 2005), la differenza nelle incidenza della spesa per assistenza continuata nell'anno base (si guardino, ad esempio, i valori per l'Italia).

Fonte: elaborazioni CERM su OCSE (2006)

Tabella 5: Spesa sanitaria acuta e per assistenza continuata - scenari ECOFIN (2006) e OCSE (2006) a confronto

Incrementi % 2050	ECOFIN -2006			OCSE -2006	
	^ % PIL			^ % PIL	
	min	scenario	max	min	max
Austria	0,5	2,5	3,3	1,8	7,9
Belgio	0,3	2,4	3,8	1	7,7
Denimarca	-0,3	2,1	3,6	0,1	5,1
Finlandia	0,8	3,2	5,3	1,2	6,1
Francia (1)	0,5	2	2,8	0,8 (0,3)	6,2 (3,6)
Germania	0,4	2,2	4,3	1,1	6
Grecia (1)	0,7	1,7	2,8	1,4 (0,6)	7,1 (3,8)
Irlanda	0,5	2,6	3,9	0,7	8,3
Italia	0,6	2	4,8	1,9	9,4
Lussemburgo	-0,3	1,8	3,1	1,7	8
Olanda	0,4	1,9	4,9	1,3	6,2
Portogallo (1)	-0,7	0,9	1,8	1,6 (1,0)	8,1 (5,9)
Spagna	1,2	2,4	4,9	1,7	7,2
Svezia	-0,9	2,7	5,1	0,3	4,2
Regno Unito	0,2	2,7	6,3	1	5,7
media (2)	0,3	2,3	4,5	1,2	6,9
Stati Uniti				0,7	6,4

(1) Per questi Paesi i dati di spesa per assistenza continuata sono disponibili solo all'interno dell'AWG reference scenario; per permettere il confronto con OCSE, tra parentesi si riportano i dati OCSE relativi alla sola componente acuta.

(2) La media ECOFIN esclude i dati dei Partner per i quali non sono riportati dati esaustivi.

Fonte: CERM su AWG (2006), OCSE (2006), Commissione Europea (2007)

Tabella 6: Avanzi strutturali di bilancio da raggiungere secondo gli indicatori della Commissione e quelli rivisitati dal CERM - PIL %

	avanzo strutturale di bilancio da raggiungere secondo l'indicatore		se si considerano proiezioni complete della spesa sanitaria, l'avanzo strutturale da raggiungere diventa crescente, a partire dal livello della Commissione per arrivare, nel 2050, ai seguenti valori	
	S1	S2	S1	S2
	Austria	1,9	2	7,3
Belgio	5	6,4	10,3	11,7
Danimarca	2,4	4,1	5,4	7,1
Finlandia	1,4	3,8	4,3	6,7
Francia	2,4	3,3	6,6	7,5
Germania	3	4,1	6,8	7,9
Grecia	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Irlanda	2,5	6,1	8,2	11,8
Italia	4,3	3,9	11,7	11,3
Lussemburgo	3,2	8,2	9,4	14,4
Olanda	3,5	5,1	7,8	9,4
Portogallo	5,1	7,8	12,3	15
Spagna	3,2	6,2	8	11
Svezia	0,4	2	1,9	3,5
Regno Unito	2,3	3,9	5,3	6,9
media	2,9	4,8	7,5	9,4

Fonte: Commissione Europea (2007); OCSE (2006); CERM (2007)

■ **S2:** l'aggiustamento permanente del saldo primario strutturale necessario a soddisfare il vincolo intertemporale del bilancio pubblico su un orizzonte infinito (per $t \rightarrow \infty$ e debito = 0), per date proiezioni delle voci di spesa collegate all'età.

Se nelle proiezioni della spesa sociale di ECOFIN si sostituisce il dato dell'AWG reference scenario con quello dello scenario a più elevata crescita dell'OCSE, gli avanzi primari strutturali necessari a raggiungere i target sottostanti S1 ed S2 devono essere rivisti. In particolare, se si ipotizza che ogni anno il requisito di avanzo aumenti di una misura pari alla maggior incidenza che in quello stesso anno la spesa sanitaria farà registrare nello scenario OCSE rispetto all'AWG reference (in maniera da compensare anno per anno), si arriva ad un profilo crescente di avanzi strutturali che, nella media UE-15, va dal 2,9 al 7,5% (se il riferimento è S1) o dal 4,8 al 9,4% (se il riferimento è S2).

In Tabella 6 sono riportati in dettaglio gli avanzi strutturali indicati dalla Commissione per i Partner, assieme a quelli rivi-

sitati dal CERM. Se si esclude il caso della Svezia, per tutti gli altri Partner i requisiti di bilancio assumono valori così stringenti da risultare estremamente improbabili da raggiungere e, in alcuni casi, addirittura utopici. Per l'Italia, ad esempio, gli avanzi strutturali del 4,3 (S1) e del 3,9% (S2), già impegnativi alla luce dei risultati di bilancio di questi anni, aumenterebbero a valori superiori all'11% nel 2050. Se si arrivasse ad una situazione di questo genere, la necessità di raggiungere simili avanzi 'ingesserebbe' il bilancio, rendendo impraticabili altri interventi, che si tratti di altre prestazioni sociali, di investimenti pubblici o di azioni congiunturali anticicliche.

In conclusione, se le proiezioni di lungo termine devono avere un ruolo concreto nell'indirizzare la policy e nel preparare l'opinione pubblica ai cambiamenti (come sta avvenendo con gli indicatori di sostenibilità della Commissione), è necessario che esse raffigurino gli andamenti prospettici nella maniera più completa. In caso contrario, la loro influenza può diventare addirittura negativa, indu-

cendo a sottostimare le necessità future. E si badi che l'upper bound dell'OCSE non rappresenta uno scenario estremo e sovraccaricato, perché non solo l'elasticità della spesa al PIL (ovvero di quanto aumenta percentualmente la spesa all'aumentare di un punto percentuale del PIL) potrebbe assumere valori superiori a quello considerato (1,2), ma soprattutto i vari driver attorno ai quali sono costruiti diversi scenari di proiezione potrebbero essere compresenti e interagire in un unico scenario. Di fronte a questa dinamica dei bisogni e della spesa, è necessario farsi trovare pronti, costruendo per tempo un sistema multipilastro e ben regolato (dal lato dell'offerta e della domanda), che da un lato si inserisca perfettamente in un sistema economico propenso a crescere e, dall'altro, utilizzi nella maniera più efficiente/efficace le risorse (pubbliche e private) dedicate alla sanità.

Fabio Pammolli
Mauro Bambi
Nicola C. Salerno
 CERM