

*Gli andamenti della spesa sanitaria:
l'Italia in una sintetica comparazione
internazionale su dati OCSE*

F. Pammolli e N. C. Salerno

INDICE

Introduzione

1.	Le caratteristiche generali dei sistemi sanitari	4
2.	La spesa sanitaria all'interno della spesa sociale nei dati OCSE-2003	8
3.	La spesa farmaceutica pubblica e privata nei dati OCSE-2003	17
4.	Conclusioni	22

Introduzione

Utilizzando la banca dati *OECD Health Data 2003*, questo lavoro ricostruisce le principali caratteristiche degli andamenti recenti della spesa sanitaria pubblica nei Paesi OCSE, con particolare riferimento alla posizione dell'Italia. L'analisi considera tre aspetti tra loro interconnessi:

- la sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria pubblica all'interno del totale della spesa sociale pubblica;
- l'evoluzione relativa di finanziamento pubblico e finanziamento privato della spesa sanitaria complessiva;
- l'evoluzione della composizione interna delle risorse private destinate a finanziamento della spesa sanitaria.

Per ognuno di questi tre aspetti, emergono per l'Italia altrettanti fatti stilizzati di immediata interpretazione sul piano di politica economica:

- all'interno di una spesa sociale pubblica che, dal 1990 al 2002, si mostra allineata a quella europea e, dal punto di vista dinamico, più stabile che nella media dei *Partner UE*, la spesa sanitaria pubblica condivide le stesse caratteristiche; anzi, essa appare sottoposta a uno stringente controllo finanziario che fa sì che la sua incidenza sul PIL rimanga invariata tra il 1990 ed il 2002;
- a fronte del rallentamento e della stagnazione del finanziamento pubblico, quello privato si muove in controtendenza, a compensare e sostituire;
- lo spaccato del finanziamento privato mostra che la quasi totalità del suo aumento è relativa a pagamenti diretti dei cittadini a valere sui redditi disponibili, mentre, soprattutto in paragone ad altri Paesi che stanno egualmente sperimentando una maggiore responsabilizzazione del lato privato, mostrano uno stadio di sviluppo soltanto embrionale le forme istituzionalizzate e organizzate di copertura sanitaria privata.

L'aumento della spesa diretta dei cittadini è da valutare con estrema attenzione, soprattutto alla luce del fatto che l'Italia è fondamentalmente priva di meccanismi di filtro e regolazione della domanda sanitaria: i *ticket* nazionali sono stati aboliti nel 2001 e solo alcune Regioni li hanno ripristinati; l'applicazione di un indicatore economico-patrimoniale (l'ISES) per la graduazione dei costi di accesso ai beni e ai servizi sanitari è stata, dopo una fase legislativa propositiva, anch'essa sospesa; non esistono altri schemi articolati, diffusi ed efficaci, di

parametrizzazione della spesa privata sostenuta direttamente dai cittadini alle caratteristiche personali, sia economiche che sociali.

I tre fatti stilizzati descrivono una situazione in cui la trasformazione e la modernizzazione del sistema sanitario italiano non appare guidata da un sicuro e ben definito progetto, capace di perseguire il contenimento delle pressioni sul bilancio pubblico senza che l'obiettivo finanziario prevarichi quelli sociale e di differenziazione e innalzamento della qualità dei servizi offerti.

1. Le caratteristiche generali dei sistemi sanitari

Storicamente, i sistemi di *welfare* europei si sono evoluti a partire da due modelli base: uno anglosassone, il “*Beveridge*”, e uno continentale, il “*Bismarck*”.

Il modello “*Beveridge*” è nato in Inghilterra alla metà del Novecento e ha introdotto per la prima volta la concezione universalistica “pura” dello stato sociale, come complesso organizzato di prestazioni a tutela del cittadino, finanziato principalmente dalla fiscalità generale¹. I sistemi sociali che derivano da questa radice sono portati ad effettuare un'ampia redistribuzione del reddito su tutta la platea dei cittadini, giustificata dal diritto fondamentale alla salute e a un dignitoso benessere che tutti acquisiscono entrando a far parte della comunità nazionale.

Il modello “*Bismarck*” è nato in Germania alla metà dell'Ottocento, un secolo prima del “*Beveridge*”. Benché abbia avuto, nelle sue varie manifestazioni storiche nei Paesi in cui è stato adottato, delle interpretazioni diverse, esso si fonda sullo strumento dell'assicurazione sociale obbligatoria, organizzata per settori o per categorie contrattuali. In un siffatto modello la prestazione sociale assume la veste di un riconoscimento dovuto a fronte della partecipazione all'attività produttiva, e rimane in stretta connessione con i contributi versati dal lavoratore e dal datore di lavoro all'istituzione che gestisce l'assicurazione sociale obbligatoria². Nei sistemi sociali che derivano da questa radice, la redistribuzione specifica effettuata tramite il sistema sociale tende ad essere di portata limitata rispetto a quanto avviene nei modelli “*Beveridge*” (la redistribuzione è affidata al sistema di imposizione diretta e indiretta); per converso, la struttura stessa del modello “*Bismarck*” consente una

¹ E' questa l'origine della lunga tradizione del sistema sanitario pubblico in Inghilterra, impegnato ad estendere al massimo la copertura sanitaria, per garantire idonei livelli di prestazioni a tutti i cittadini, indipendentemente dalla tipologia di lavoro e dal reddito.

² Mutue assicuratrici, società senza fine di lucro e, negli ordinamenti moderni, enti o istituti pubblici.

maggiore delimitazione dei destinatari delle prestazioni sociali e una migliore controllabilità dei loro comportamenti e, quindi, anche della spesa sociale complessiva.

I due modelli descritti hanno trovato la loro diretta applicazione nella costruzione dei sistemi sanitari e pensionistici, i due capisaldi attorno ai quali si sono successivamente sviluppate le altre articolazioni dello stato sociale.

Le seguenti *Tabella 1* e *Tabella 2* mostrano come la distinzione tra i due modelli descritti sia rilevabile oggi nell'organizzazione del sistema sanitario dei Paesi OCSE. La *Tabella 1* riporta, per il periodo dal 1990 al 2002, l'incidenza, sulla spesa sanitaria pubblica complessiva, delle contribuzioni sociali obbligatorie; la Germania (patria del modello “*Bismarck*”), la Francia e l'Olanda sono i tre Paesi UE che maggiormente utilizzano questa via di finanziamento della spesa.

Tabella 1: Contribuzioni sociali a finanziamento del sistema sanitario - % spesa sanitaria pubblica

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Austria						68,6	68,5	59,8	59,8	60,6	61,0		
Belgio													
Canada	1,4	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,6	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	2,0
Repub. Ceca				81,2	83,0	83,8	87,7	89,5	90,2	89,4	89,4	90,4	
Danimarca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Finlandia	13,1	13,7	14,0	16,0	17,3	17,7	18,3	18,7	19,4	19,8	20,5	20,8	
Francia	97,0	97,2	97,3	97,3	97,0	96,9	96,8	96,8	96,8	96,7	96,7	96,5	
Germania	85,8		85,6	84,7	85,4	86,3	88,1	90,7	91,4	91,5	91,6	91,8	
Grecia													
Ungheria		81,9	78,8	78,7	77,7	80,0	82,4	82,8	83,4	83,8	83,9	83,1	
Islanda	39,1	38,0	36,9	33,9	34,7	34,9	35,7	31,5	29,8	28,7			
Irlanda	1,1	1,1	1,1	1,3	1,3	1,3	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2	1,0	
ITALIA	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2
Giappone						86,6	87,8	87,2	84,5	84,0	83,5		
Corea	73,0	75,2	68,3	70,3	69,9	69,6	71,0	71,9	74,5	75,2	77,3		
Lussemburgo					83,8	83,4	84,3	86,0	82,7	77,1	82,8		
Messico	81,0	81,3	81,1	80,6	80,5	79,3	76,5	72,9	72,4	67,6	65,8	58,4	
Olanda	93,0	92,5	93,1	93,2	93,7	93,6	93,7	93,6	93,3	93,2	93,6	93,8	
Nuova Zelanda													
Norvegia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Polonia													
Portogallo													
Rep. Slovena								96,7	96,6	94,2	94,4	95,1	
Spagna		28,1	28,4	29,3	29,0	23,6	20,1	13,4	11,8	9,4	9,6	9,2	
Svezia													
Svizzera	63,5	63,6	65,1	67,8	69,0	70,0	70,5	71,6	72,3	72,1	72,6		
Turchia													
Regno Unito	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Stati Uniti	37,4	35,5	34,2	32,2	33,0	32,0	32,8	32,1	33,3	33,3	33,9	32,9	

Fonte: OECD Health Data 2003

La *Tabella 2* riporta, per lo stesso periodo, il dato speculare dell'incidenza sulla spesa sanitaria complessiva delle risorse finanziarie di bilancio pubblico dedicate al sistema sanitario; il Regno Unito (patria del modello “*Beveridge*”), la Danimarca, l'Italia e l'Irlanda sono i quattro Paesi UE che maggiormente utilizzano la via della fiscalità generale per il finanziamento della spesa.

Tabella 2: Gettito della fiscalità generale a finanziamento del sistema sanitario-% spesa sanitaria pubblica

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Austria						31,4	31,5	40,2	40,2	39,4	39,0		
Belgio													
Canada	98,6	98,5	98,5	98,5	98,6	98,5	98,4	98,2	98,2	98,1	98,0	98,0	98,0
Repub. Ceca		100,0	99,9	18,8	17,0	16,2	12,3	10,5	9,8	10,6	10,6	9,6	
Danimarca	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Finlandia	86,9	86,3	86,0	84,0	82,7	82,3	81,7	81,3	80,6	80,2	79,5	79,2	
Francia	3,0	2,8	2,7	2,7	3,0	3,1	3,2	3,2	3,2	3,3	3,3	3,5	
Germania	14,2		14,4	15,3	14,6	13,7	11,9	9,3	8,6	8,5	8,4	8,2	
Grecia													
Ungheria		18,1	21,2	21,2	22,3	20,0	17,6	17,2	16,6	16,2	16,1	16,9	
Islanda	60,9	62,0	63,1	66,1	65,3	65,1	64,3	68,5	70,2	71,3			
Irlanda	98,9	98,9	98,9	98,7	98,7	98,7	98,8	98,9	98,9	98,9	98,8	99,0	
ITALIA	99,6	99,6	99,6	99,6	99,6	99,6	99,6	99,6	99,9	99,9	99,9	99,7	99,8
Giappone						13,4	12,2	12,8	15,5	16,0	16,5		
Corea	27,0	24,8	31,7	29,7	30,1	30,4	29,0	28,1	25,5	24,8	22,7		
Lussemburgo	22,4	20,9	19,5	20,1	16,2	16,6	15,7	14,0	17,3	23,0	17,2		
Messico	19,0	18,7	18,9	19,4	19,5	20,7	23,5	27,1	27,6	32,4	34,2	41,6	
Olanda	7,0	7,5	6,9	6,8	6,3	6,4	6,3	6,5	6,7	6,8	6,4	6,2	
Nuova Zelanda	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,3	
Norvegia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Polonia													
Portogallo													
Rep. Slovena								3,3	3,4	3,3	3,3	3,0	
Spagna		71,9	71,6	70,7	71,0	76,4	79,9	86,6	88,2	90,6	90,4	90,8	
Svezia													
Svizzera	36,5	36,4	34,9	32,2	31,0	30,0	29,5	28,4	27,7	27,9	27,4		
Turchia													
Regno Unito	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Stati Uniti	62,6	64,5	65,8	67,8	67,0	68,0	67,2	67,9	66,7	66,7	66,1	67,1	

Fonte: OECD Health Data 2003

Alla loro nascita i due modelli sottintendevano principi diversi circa il ruolo della mutualità e dell'intervento della società a favore del singolo³. Uno degli elementi di maggior differenziazione era dato dalla diffusione della copertura tra i cittadini: maggiore quella del

³ Si pensi, soprattutto, al diverso periodo storico in cui maturò il “*Bismarck*” e alla finalità di controllo sociale che originariamente fu assegnata al sistema sociale in Germania.

“Beveridge” e limitata quella del “Bismarck”. Tuttavia, analizzando i dati OCSE, si può osservare come proprio questo elemento di differenziazione sia andato quasi completamente scomparendo.

La Tabella 3 riporta, per il periodo dal 1990 al 2002, la platea coperta dal sistema sanitario pubblico, espressa come percentuale della popolazione con cittadinanza. Pur su un periodo abbastanza ristretto, è possibile cogliere un elemento importante di convergenza tra i sistemi alla “Beveridge” e quelli alla “Bismarck”: entrambi arrivano a coprire la quasi totalità della popolazione. In particolare, mentre questo è vero per i sistemi alla “Beveridge” (il Regno Unito e l’Italia) con valori subito pari al 100 per cento già al 1990, per i sistemi alla “Bismarck” (la Germania, la Francia, la Spagna) è ravvisabile la parte finale del processo di avvicinamento graduale alla totale copertura⁴.

Tabella 3: Copertura del sistema sanitario pubblico - % della popolazione con cittadinanza

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Austria	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	
Belgio	97,3	97,2	99,2	98,5	98,3	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	
Canada	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Repub. Ceca	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Danimarca	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finlandia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Francia	99,4	99,4	99,4	99,4	99,4	99,4	99,4	99,4	99,4	99,3	99,9	99,9	99,9
Germania	88,8	90,7	90,8	90,8	90,8	90,8	90,8	90,8	90,8	90,9	90,9	90,9	
Grecia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Ungheria	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Islanda	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Irlanda	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
ITALIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Giappone	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Corea	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Lussemburgo				98,8	98,7	98,6	98,5	98,5	98,6	98,7	99,0	99,4	
Messico	55,8	64,0	64,4	67,0	68,0	68,5	69,0	72,0					
Olanda	73,9	73,7	77,8	78,3	78,7	79,2	74,2	74,6	74,5	74,2	75,6	75,7	
Nuova Zelanda	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norvegia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Polonia													
Portogallo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Repub. Slovena						99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	93,8	97,9	
Spagna	99,0	99,0	99,5	99,5	99,5	99,5	99,8	99,8					
Svezia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Svizzera	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Turchia	55,1				64,0	65,0	66,0	66,0					
Regno Unito	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Stati Uniti	24,5	25,4	25,8	26,4	26,8	26,4	25,9	24,8	24,3	24,3	24,7	25,3	

Fonte: OECD Health Data 2003

⁴ Si noti come il livello di copertura rimanga molto basso per gli Stati Uniti.

I due modelli costituiscono oggi due scelte impositive diverse (da valutare, per altro, all'interno del complesso della fiscalità di ogni Paese), e non corrispondono necessariamente all'implementazione di diverse concezioni dei compiti dello stato sociale.

Inoltre, entrambi i modelli sono da tempo coinvolti nella stessa misura dai cambiamenti economico-sociali in corso nei Paesi industrializzati e, in particolar modo, nei Paesi UE⁵: in primo luogo le pressioni finanziarie derivanti dall'invecchiamento della popolazione e la crescente flessibilità e mobilità del lavoro. Questi fattori probabilmente spingeranno ancora verso l'allontanamento dalle radici storiche, nel tentativo di sviluppare le strategie migliori per raggiungere i comuni obiettivi della sostenibilità finanziaria da un lato, e della adeguatezza delle prestazioni e dell'allargamento dell'inclusione sociale dall'altro.

2. La spesa sanitaria all'interno della spesa sociale nei dati OCSE 2003

La *Tabella 4* descrive l'andamento, tra il 1990 e il 1999, della spesa sociale pubblica complessiva⁶ in rapporto al PIL per i Paesi OCSE.

L'incidenza media nel sottogruppo dei Paesi UE è costantemente superiore a quella del totale dei Paesi OCSE. Nel 1999, l'incidenza media UE è pari al 24,5 per cento, contro una media OCSE del 20,9 per cento.

All'interno del sottogruppo UE, è rilevante notare come anche Paesi che provengono da tradizioni *welfariste* diverse (alla “*Beveridge*” o alla “*Bismarck*”) condividono livelli simili di incidenza della spesa pubblica per la sicurezza sociale sul PIL. L'Italia, per esempio, al 1998 (l'anno più recente nel quale è possibile impostare il confronto sui dati OCSE) mostra un valore pari al 25,1 per cento, in linea rispetto al 24,8 per cento del Regno Unito e sufficientemente comparabile, anche se inferiore, con il 28,8 della Francia e il 27,4 della Germania⁷.

⁵ Cfr. Comitato di Politica Economica (2003) e vari contributi del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione, costituito da qualche anno presso il Comitato di Politica Economica di ECOFIN.

⁶ La definizione di spesa sociale è quella ampia, comprendente la spesa pensionistica, quella sanitaria, la spesa per le politiche attive e passive del lavoro, e la spesa per assistenza sociale.

⁷ Le indicazioni teoriche sulle radici storiche del sistema sociale avrebbero previsto, invece, per la Francia e la Germania “bismarckiane” incidenze più contenute rispetto ai sistemi universali del Regno Unito e dell'Italia.

Tabella 4: Spesa sociale pubblica - % PIL

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Australia	14,3	15,4	16,4	16,6	16,3	17,9	18,0	17,7	17,9	16,8
Austria	25,0	25,3	25,9	27,3	28,0	27,9	27,9	27,1	26,7	
Belgio	24,6	25,4	25,5	26,4	25,7	25,0	25,5	24,1	24,5	
Canada	18,2	20,7	21,4	21,5	20,3	19,3	18,6	17,9	18,1	17,3
Repub. Ceca	16,8	18,2	18,5	19,0	19,0	18,6	18,6	19,4	19,3	19,6
Danimarca	29,3	30,2	30,7	32,3	33,1	32,4	31,7	30,7	30,2	
Finlandia	24,7	29,8	33,8	33,8	32,9	31,1	30,9	28,7	26,4	
Francia	26,5	27,1	27,9	29,3	29,1	29,0	29,3	29,3	28,8	
Germania	22,2	26,2	25,6	26,4	26,2	26,7	28,1	27,8	27,4	
Grecia	21,6	20,9	20,0	20,9	21,0	21,2	21,8	21,9	22,6	
Ungheria										
Islanda					18,4	19,0	18,7	18,5	18,8	
Irlanda	19,0	19,8	20,1	20,0	20,2	19,6	18,5	17,1	15,6	
ITALIA	23,9	24,3	25,5	25,7	25,4	23,7	24,4	24,9	25,1	
Giappone	11,0	11,0	11,5	12,1	12,7	13,5	14,0	14,2	14,6	
Corea	3,2	3,0	3,2	3,3	3,4	3,7	3,9	4,3	5,9	
Lussemburgo	21,9	22,0	22,5	22,9	22,7	23,5	23,6	22,3	21,4	
Messico	3,2	3,6	3,9	4,2	4,7	7,4	7,5	8,0	8,2	8,2
Olanda	28,0	28,1	28,6	28,8	27,1	25,9	25,3	24,9	23,8	
Nuova Zelanda	22,3	22,4	22,2	20,8	19,7	19,1	19,3	20,4	20,6	19,6
Norvegia	25,8	26,9	28,2	27,9	27,8	27,4	26,2	25,8	26,6	
Polonia	16,2	23,0	27,3	26,6	25,4	24,7	24,9	24,2	22,8	23,3
Portogallo	13,7	14,7	15,4	16,9	17,0	17,5	18,2	17,8	18,1	
Repub. Slovena						13,0	13,0	12,7	13,1	13,5
Spagna	19,4	20,1	21,0	21,8	21,6	20,9	20,9	20,1	19,6	
Svezia	30,1	32,1	35,3	35,5	34,1	31,9	31,9	31,1	29,9	
Svizzera	19,8	21,3	23,4	25,2	25,4	26,2	27,5	28,5	28,4	
Turchia	6,4	8,0	7,4	7,2	7,9	7,5	10,4	11,7	11,6	14,3
Regno Unito	21,8	23,6	26,0	26,7	26,3	26,0	26,0	25,5	24,8	
Stati Uniti	13,2	14,3	14,9	15,2	15,1	15,2	15,1	14,7	14,4	14,2
MEDIA OCSE	19,3	20,6	21,6	22,0	21,7	21,2	21,4	21,1	20,9	
MEDIA UE	23,6	24,8	25,8	26,4	26,1	25,6	25,6	24,9	24,5	

Fonte: OECD Health Data 2003

Un ulteriore elemento di confronto internazionale è la crescita dell'incidenza rispetto al PIL. Tra il 1990 e il 1999, la crescita dell'incidenza media nel sottogruppo UE, 0,9 punti percentuali, è stata inferiore a quella sperimentata dall'interno gruppo OCSE, pari a 1,6 punti percentuali.

Tra i Paesi UE, l'Italia si mostra sì in linea con la tendenza europea, ma fa rilevare anche un incremento inferiore a quello della Germania, del Regno Unito e della Francia: l'incremento di 1,2 punti percentuali dell'Italia si confronta con quello di 5,2 punti percentuali della Germania, di 3 punti percentuali del Regno Unito e di 2,3 punti percentuali della Francia. Come è possibile osservare, la minore incidenza sul PIL dell'Italia rispetto alla Germania e

alla Francia è completamente spiegabile con il diverso andamento della spesa nel corso dell'ultimo decennio.

All'interno dell'aggregato della spesa sociale, la banca dati dell'OCSE permette di individuare gli andamenti e le principali caratteristiche della spesa sanitaria pubblica.

La *Tabella 5* descrive l'andamento, tra il 1990 e il 2001/2002, della spesa sanitaria corrente pubblica⁸ in rapporto al PIL, per gli stessi Paesi già presi in esame.

Tabella 5: Spesa sanitaria corrente pubblica - % PIL

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	4,8	5,0	5,1	5,0	5,1	5,2	5,2	5,3	5,4	5,7	5,7		
Austria	4,9	4,9	5,1	5,4	5,5	5,8	5,8	5,4	5,5	5,4	5,4		
Belgio			5,8	5,9	5,7	6,0	6,3	6,0	6,0	6,1	6,2		
Canada	6,4	7,0	7,2	7,0	6,6	6,3	6,1	6,0	6,3	6,2	6,2	6,5	
Repub. Ceca	4,2	4,3	4,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,9	5,9	6,2	6,2	6,4	
Danimarca	6,9	6,9	6,9	7,0	6,8	6,5	6,6	6,5	6,6	6,8	6,6	6,8	
Finlandia	6,0	6,9	6,9	6,1	5,6	5,5	5,6	5,3	5,1	5,0	4,8	5,0	
Francia	6,3	6,5	6,7	7,0	6,9	7,0	7,0	6,9	6,8	6,8	6,9	7,0	
Germania	6,2		7,3	7,2	7,4	7,7	8,0	7,7	7,6	7,7	7,7	7,7	
Grecia	3,8	3,7	4,2	4,7	4,8	4,9	5,0	4,9	4,8	5,0	5,2	5,1	
Ungheria		5,8	6,1	6,1	6,6	5,8	5,5	5,2	5,1	5,0	4,8	4,8	
Islanda	6,7	6,8	6,8	6,8	6,7	6,9	6,8	6,6	6,9	7,3			
Irlanda	4,3	4,7	4,9	5,0	4,9	4,7	4,5	4,5	4,5	4,3	4,4	4,5	
ITALIA	6,2	6,4	6,3	6,1	5,7	5,2	5,3	5,4	5,4	5,4	5,8	6,1	6,2
Giappone						5,2	5,3	5,2	5,3	5,7	5,8		
Corea	1,7	1,4	1,5	1,5	1,5	1,7	1,8	2,0	2,3	2,3	2,5		
Lussemburgo										5,4	4,9		
Messico										2,7	2,6	3,0	
Olanda	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6,0	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,7	
Nuova Zelanda													
Norvegia	6,0	6,3	6,5	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,6	6,6	6,0	6,5	
Polonia		4,7	4,8	4,4	4,1	4,0	4,3	3,9	3,8	4,2	4,0		
Portogallo	3,9	4,1	4,0	4,4	4,4	4,9	5,2	5,3	5,4	5,6	6,0	6,1	
Repub. Slovenia										5,1	5,0	5,0	
Spagna	5,0	5,1	5,4	5,6	5,5	5,3	5,4	5,3	5,2	5,2	5,2	5,2	
Svezia	6,1	6,0	7,0	7,2	6,8	6,7	7,0	6,7	6,8	6,9	6,8	7,1	
Svizzera	4,2	4,6	4,9	5,0	5,0	5,0	5,4	5,5	5,5	5,6	5,7		
Turchia	2,0												
Regno Unito	4,7	5,1	5,5	5,6	5,6	5,5	5,6	5,3	5,3	5,6	5,7	6,0	
Stati Uniti	4,7	5,1	5,4	5,7	5,8	6,0	5,9	5,8	5,7	5,7	5,7	6,1	
MEDIA OCSE	5,0	5,3	5,6	5,7	5,6	5,6	5,6	5,5	5,6	5,5	5,5	5,8	
MEDIA UE	5,4	5,6	5,9	6,0	5,9	5,9	5,9	5,8	5,8	5,8	5,8	6,1	

Fonte: OECD Health Data 2003

⁸ La spesa sanitaria è onnicomprensiva e, quindi, contemplante sia quella di tipo *acute* che *long term*, nonché la spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Le considerazioni che la tabella permette di fare ricalcano in parte quelle già formulate in relazione ai dati sull'incidenza della spesa sociale complessiva.

In particolare, nel 2001 l'Italia mostra un'incidenza sul PIL (6,1 per cento) perfettamente in linea con la media UE (6,1 per cento) e con l'incidenza del Regno Unito (6,0 per cento), e sufficientemente comparabile con quella della Francia (7,0 per cento) e della Germania (7,7 per cento)⁹.

Tuttavia, così come già rilevato per la spesa sociale complessiva, l'incidenza della spesa sanitaria corrente pubblica italiana rimane invariata tra il 1990 e il 2002 al valore di 6,2 punti percentuali. Negli anni tra il 1994 e il 1999, l'incidenza sul PIL è addirittura diminuita rispetto al valore del 1990, raggiungendo il livello minimo di 5,2 punti percentuali nel 1995. Durante lo stesso arco temporale, 1990-2002, l'incidenza sul PIL è invece aumentata di 1,5 punti percentuali in Germania, 1,3 punti percentuali nel Regno Unito e 0,7 punti percentuali in Francia.

Considerando i valori medi, l'incidenza della spesa sanitaria corrente pubblica è aumentata di 0,8 punti percentuali per l'intero gruppo dei Paesi OCSE, e di 0,7 punti percentuali per l'intero gruppo dei Paesi UE. Anche in questo caso, quindi, l'Italia fa registrare una dinamica inferiore sia a quella media OCSE che a quella media UE.

La comparazione diretta con l'andamento della spesa sanitaria corrente privata può apportare altri elementi utili a descrivere e a valutare le tendenze in atto.

La *Tabella 6* descrive l'andamento, tra il 1990 e il 2001/2002, della spesa sanitaria corrente privata¹⁰ in rapporto al PIL, per gli stessi Paesi del gruppo OCSE in esame.

Al termine della decade, l'Italia si posiziona in linea con la media UE¹¹, dopo una crescita di 0,5 punti percentuali tra il 1990 e il 2002.

⁹ Anche in questo caso i sistemi "bismarckiani" si mostrano più generosi, contrariamente alle previsioni teoriche.

¹⁰ Nel piano dei conti adottato dall'OCSE, la spesa sanitaria corrente privata comprende i pagamenti diretti, detti *out of pocket*, quelli effettuati da mutue assicuratrici e quelli effettuati da assicurazioni private e da fondi sanitari.

¹¹ La media OCSE è innalzata dal dato relativo agli Stati Uniti.

Tabella 6: Spesa sanitaria corrente privata - % PIL

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	2,6	2,6	2,5	2,6		
Austria	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,2	2,3	2,0	1,9	2,0	2,0		
Belgio						2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0		
Canada	2,2	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	2,6	2,8	
Repub. Ceca	0,1	0,2	0,2	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	
Danimarca	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
Finlandia	1,5	1,7	1,9	2,0	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	
Francia	2,0	2,1	2,1	2,2	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	
Germania	2,0		2,2	2,3	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7	2,7	2,6	2,7	
Grecia	3,2	3,2	3,3	3,8	4,5	4,4	4,2	4,2	4,2	4,2	3,8	3,8	
Ungheria		0,8	0,9	1,0	1,0	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	
Islanda	1,1	1,1	1,2	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4			
Irlanda	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,4	1,2	1,4	1,3	1,3	
ITALIA	1,3	1,3	1,5	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	1,9	1,8	1,8
Giappone						1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,4		
Corea	2,8	2,8	3,0	3,0	2,8	2,7	2,8	2,7	2,6	2,9	3,0		
Lussemburgo										0,6	0,6		
Messico										2,8	2,9	3,6	
Olanda	2,2	2,1	1,9	1,8	1,9	2,0	2,4	2,2	2,7	2,8	2,7	2,9	
Nuova Zelanda													
Norvegia	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,1	1,2	
Polonia													
Portogallo	2,1	2,5	2,8	2,7	2,7	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	
Repub. Slovenia										0,6	0,6	0,6	
Spagna	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	2,1	2,1	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	
Svezia	1,6	1,7	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	
Svizzera	4,1	4,3	4,4	4,4	4,5	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8	4,7		
Turchia													
Regno Unito	0,9	1,0	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	
Stati Uniti	7,0	7,2	7,3	7,4	7,1	7,1	7,0	7,0	7,0	7,1	7,2	7,6	
MEDIA OCSE	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,3	
MEDIA UE	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	2,0	

Fonte: OECD Health Data 2003

La crescita dell'incidenza della spesa sanitaria corrente privata nel periodo 1990-2001/2002 è, come si può notare, una caratteristica condivisa da quasi tutti i Paesi del gruppo OCSE e, in particolare, da quelli UE. L'incremento di 0,5 punti percentuali dell'Italia è comparabile con quello della Germania (0,7), della Spagna (0,7), della Francia (0,3) e del Regno Unito (0,3). La differenza rilevante tra la posizione italiana e quella dei *Partner UE* consiste nel fatto che, mentre per questi ultimi l'incremento della spesa di natura privata procede di pari passo con un incremento, anche di maggior proporzione, della spesa di natura pubblica, per l'Italia invece l'incremento della spesa privata sembra compensativo e sostitutivo di una spesa

pubblica sostanzialmente appiattita al livello del 1990. La seguente *Tabella 7* pone in evidenza quest'ultimo aspetto¹².

**Tabella 7: Spesa sanitaria corrente pubblica e privata –
aumenti di incidenza sul PIL tra il 1990 e il 2002¹³**

	Spesa sanitaria corrente pubblica	Spesa sanitaria corrente privata
ITALIA	+ 0,0	+ 0,5
Francia	+ 0,7	+ 0,3
Germania	+ 1,5	+ 0,7
Spagna	+ 0,2	+ 0,7
Regno Unito	+ 1,3	+ 0,3
MEDIA OCSE	+ 0,8	+ 0,2
MEDIA UE	+ 0,7	+ 0,2

Fonte: elaborazioni del CERM su dati OCSE

L'analisi comparata della spesa sanitaria corrente pubblica e privata si arricchisce di informazioni utili quando si passa a esaminare lo spaccato per fonte di finanziamento della spesa di natura privata. Quello che emerge da questo ulteriore confronto permette un giudizio sulle modalità con cui in Italia si sta svolgendo il processo di diversificazione delle fonti di finanziamento tra pubblico e privato nel settore sanitario.

Nonostante l'incompletezza della *Tabella 8*, essa permette di evidenziare una caratteristica importante soprattutto per il caso italiano. In Italia, la spesa sanitaria corrente di natura privata è costituita principalmente da pagamenti dei cittadini a valere sui redditi disponibili, mentre forme istituzionalizzate e organizzate di copertura sanitaria privata sono quasi completamente assenti. In particolare, la tabella mostra un livello soltanto embrionale di sviluppo dei pilastri sanitari privati, quello delle polizze assicurative sanitarie (lo strumento di copertura individuale) e quello dei fondi sanitari (lo strumento di copertura collettivo).

Nel confronto tra il 1990 e il 2001, i dati dell'Italia risultano ancora più esplicativi: la quota della spesa sanitaria corrente privata pagata dai cittadini (compartecipazioni più spesa diretta in beni e servizi sanitari) aumenta di quasi 10 punti percentuali, mentre i pilastri sanitari privati mostrano un'evoluzione quasi totalmente appiattita. L'aumento di 10 punti percentuali dei pagamenti dei cittadini assume una rilevanza ancor più netta se si valutano i seguenti due

¹² Si riportano in dettaglio i valori dei Partner UE con cui potrebbe essere più interessante il confronto diretto. Tuttavia, come evidenziato anche dai valori medi per l'UE e per l'OCSE, la considerazione ha una valenza generale.

¹³ Solo per l'Italia è possibile calcolare la crescita sino al 2002, poiché per gli altri Paesi la banca dati si ferma al 2001. Questo particolare rende ancor più significativo il risultato: se anche per l'Italia si fosse considerato il 2001, la spesa sanitaria corrente pubblica avrebbe addirittura mostrato una diminuzione di 0,1 punti percentuali rispetto al 1990.

aspetti: da un lato, tra il 1990 e il 2001 è avvenuta l'abolizione dei *ticket* sanitari nazionali¹⁴ e, quindi, la spesa per compartecipazione ha lasciato il posto alla sola spesa privata diretta e scollegata da qualsiasi rapporto con la gestione del sistema sanitario pubblico; dall'altro, l'aumento di 10 punti percentuali è derivato da un vero e proprio “travaso” di spesa tra le “altre fonti”, consistenti principalmente in associazioni nazionali laiche e religiose (prima fra tutte la Croce Rossa Italiana), e il reddito disponibile dei cittadini.

Tabella 8: Componenti della spesa sanitaria corrente privata – % totale spesa sanitaria corrente privata

	<i>ticket e pagamenti diretti</i> ¹⁵	contratti assicurativi privati e fondi sanitari	mutue assicuratr. e associaz. private	altre fonti ¹⁶	<i>ticket e pagamenti diretti</i>	contratti assicurativi privati e fondi sanitari	mutue assicuratr. e associaz. private	altre fonti
	1990				2001			
Australia	50,5	0,0	34,6	14,9				
Austria		34,0						
Belgio								
Canada	56,7	3,2	28,6	11,5				
Repub. Ceca	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0			
Danimarca	92,6	7,4	0,0	0,0	90,8	9,2	0,0	0,0
Finlandia	81,4	8,8	2,4	7,4	82,7	8,3	1,9	7,1
Francia	48,7	17,4	29,6	4,3	42,6	18,2	34,9	4,3
Germania	46,8	30,4	0,0	22,8	42,4	33,5	16,6	7,5
Grecia								
Ungheria					85,6		1,3	13,1
Islanda	100,0	0,0	0,0	0,0				
Irlanda	58,7			41,3	55,2			
ITALIA	73,8	3,0	0,0	23,2	82,1	3,6	0,0	14,3
Giappone								
Corea	83,6	0,5	7,1	8,8				
Lussemburgo	79,5		20,5					
Messico	100,0				95,3	4,7		
Olanda					24,1	25,4	17,1	33,4
Nuova Zelanda	82,2	15,9			72,0	26,5		1,5
Norvegia	84,6	0,0	0,0	15,4	96,9	0,0	0,0	3,1
Polonia								
Portogallo		2,3						
Repub. Slovena					100,0			
Spagna		17,4			82,8	14,1		
Svezia								
Svizzera	74,9	2,8	20,3	2,0				
Turchia								
Regno Unito	64,5	19,9						
Stati Uniti	33,3	56,6	0,0	10,1	26,5	64,1	0,0	9,4

Fonte: elaborazioni del CERM su dati OCSE

¹⁴ Provvedimento adottato con la Legge Finanziaria per il 2001. Successivamente, soltanto alcune Regioni hanno reintrodotta i *ticket* sul territorio di loro competenza.

¹⁵ Compartecipazione alla spesa pubblica più spesa privata diretta o *out of pocket*.

¹⁶ Le “altre fonti” comprendono i finanziamenti delle associazioni di volontariato laiche e religiose.

Si consideri, inoltre, che, al di là degli aboliti *ticket* sanitari nazionali, l'Italia è priva di articolati, diffusi ed efficaci meccanismi di filtro e regolazione della domanda sanitaria¹⁷, senza i quali lo spostamento della responsabilità del finanziamento dalle risorse pubbliche a quelle private del singolo cittadino può causare delle rilevanti ricadute sociali.

Il sintetico confronto internazionale sugli incrementi di incidenza sul PIL della spesa sanitaria corrente pubblica e privata (*Tabella 7*) da un lato e, dall'altro, l'analisi delle tendenze in atto nelle componenti della spesa sanitaria corrente privata italiana (*Tabella 8*) inducono a riflettere sul fatto che lo spostamento della spesa sanitaria dal pubblico al privato stia avvenendo in Italia senza una precisa regia di politica economica, e senza un progetto ben definito e implementabile sulle modalità di combinazione di pubblico e privato nel sistema sanitario¹⁸. Questo stato di fatto si manifesta nel “rigonfiamento” delle spese private a valere direttamente sul reddito disponibile dei cittadini, come conseguenza del rallentamento e del contenimento della spesa sanitaria pubblica.

A completare il quadro descrittivo della spesa sanitaria, la *Tabella 9* e la *Tabella 10* riportano rispettivamente l'andamento degli investimenti pubblici e privati nel settore sanitario, in percentuale del PIL e sempre in relazione al periodo 1990-2001/2002.

I valori rappresentati sono molto simili tra i vari Paesi e, per ciascun Paese, rimangono pressoché costanti nel tempo¹⁹. La posizione dell'Italia si mostra grossomodo in linea sia con la media del gruppo dei Paesi OCSE che con la media del gruppo dei Paesi UE.

I valori inducono almeno due considerazioni: da un lato, le risorse pubbliche e private dedicate agli investimenti sembrano indipendenti dalla configurazione del sistema sanitario nello specifico Paese e, in particolare, dalla dimensione relativa della componente pubblica e

¹⁷ Cfr. Ogialoro e Pammolli (2004) ed altri lavori nella collana dei Quaderni del CERM.

¹⁸ Cfr. Nomisma – Fondazione Pfizer (2003). Il riferimento principale è, ovviamente, ai fondi sanitari integrativi “*doc*” e “*non doc*”, che devono ancora trovare una precisa e coerente sistemazione normativa, per potersi avviare al definitivo sviluppo. Di fronte all'aumento della spesa privata diretta, che incide sui redditi disponibili dei cittadini, anche la riforma incompiuta dell'ISES, l'indicatore economico-patrimoniale che avrebbe dovuto graduare le compartecipazioni ai costi delle prestazioni sanitarie, contribuisce oggi a generare effetti distributivi non controllati (per l'ISES cfr. Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica presso il Ministero dell'Economia e della Finanza, le varie edizioni del “*Rapporto sullo stato di attuazione e sugli effetti derivanti dall'applicazione dell'indicatore della situazione economica (ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 109/98)*”).

¹⁹ V'è da considerare, però, che differenze di un decimo di punto percentuale, per giunta sostenute nell'arco di un decennio, sono più rilevanti quando applicate a spese in conto capitale, che si accumulano e si completano nel tempo, rispetto al caso in cui si riferiscano a spese correnti.

di quella privata; dall'altro, le stesse risorse sembrano indipendenti anche da considerazioni sullo stato di vetustà/modernità delle strutture sanitarie e sulle caratteristiche specifiche della domanda sanitaria nel singolo Paese.

Tabella 9: Investimenti pubblici nel settore sanitario²⁰ - % PIL

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4		
Austria	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2		
Belgio						0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Canada	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	
Repub. Ceca	0,7	0,7	0,8	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,6	0,3	0,4	0,3	
Danimarca	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	
Finlandia	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
Francia	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
Germania	0,3		0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
Grecia	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
Ungheria		0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	
Islanda	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3			
Irlanda	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	
ITALIA	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Giappone	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1		
Corea	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		
Lussemburgo													
Messico												0,1	
Olanda													
Nuova Zelanda													
Norvegia	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,5	0,6	
Polonia	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2	0,2		
Portogallo	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	
Repub. Slovenia										0,1	0,1	0,1	
Spagna	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
Svezia	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	
Svizzera	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		
Turchia	0,2				0,1	0,0							
Regno Unito	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
Stati Uniti	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
MEDIA OCSE	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	
MEDIA UE	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	

Fonte: OECD Health Data 2003

Valutazioni di questo genere necessiterebbero di approfondimenti sui livelli di efficienza della spesa sanitaria, sia quella di parte corrente che quella in conto capitale, nonché sulle procedure di bilancio pubblico seguite nei vari Paesi per identificare le poste annuali da destinare alla spesa corrente e agli investimenti nel sistema sanitario. Si rimanda, pertanto, ad altra sede per una trattazione approfondita e si passa, di seguito, ad analizzare gli andamenti macroeconomici di una delle componenti principali della spesa sanitaria: quella per i farmaci.

²⁰ La denominazione riproduce quella del piano dei conti utilizzato dall'OCSE. La voce comprende tutti gli investimenti pubblici annui lordi nel settore sanitario.

Tabella 10: Investimenti privati nel settore sanitario²¹ - % PIL

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2		
Austria						0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4		
Belgio						0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		
Canada	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	
Repub. Ceca													
Danimarca													
Finlandia													
Francia													
Germania			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Grecia	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
Ungheria									0,0	0,0	0,0	0,0	
Islanda													
Irlanda	0,2	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	
ITALIA	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Giappone						0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		
Corea	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3		
Lussemburgo													
Messico													
Olanda	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
Nuova Zelanda													
Norvegia	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Polonia													
Portogallo						0,1	0,1	0,1	0,2				
Repub. Slovena													
Spagna	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Svezia	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
Svizzera													
Turchia	0,1												
Regno Unito	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	
Stati Uniti	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	
MEDIA OCSE	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	
MEDIA UE	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	

Fonte: OECD Health Data 2003

3. La spesa farmaceutica pubblica e privata nei dati OCSE 2003

Continuando ad utilizzare la banca dati OCSE 2003, si passa ad analizzare l'andamento della spesa farmaceutica. La *Tabella 11* e la *Tabella 12* descrivono rispettivamente l'evoluzione della spesa farmaceutica pubblica e privata, in percentuale del PIL e in riferimento al periodo 1990-2001/2002.

²¹ La denominazione riproduce il piano dei conti utilizzato dall'OCSE. La voce comprende tutti gli investimenti privati annui lordi nel settore sanitario.

Tabella 11: Spesa farmaceutica pubblica²² - % PIL

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6		
Austria													
Belgio	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7			
Canada	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	
Repub. Ceca	0,9	0,9	1,0	1,2	1,6	1,6	1,5	1,4	1,5	1,3	1,2	1,2	
Danimarca	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
Finlandia	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	
Francia	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	
Germania	0,9		1,1	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	
Grecia	0,6	0,7	0,9	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	0,9	1,0	0,9	1,0	
Ungheria		1,6	1,4	1,5	1,6	1,2	1,2		1,4	1,3	1,3	1,3	
Islanda	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9			
Irlanda	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	
ITALIA	1,1	1,0	0,9	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	1,0	1,0
Giappone	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8		
Corea	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2		
Lussemburgo	0,8	0,7	0,8		0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6		
Messico										0,0	0,0	0,4	
Olanda	0,5	0,5	0,8	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	
Nuova Zelanda	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8					
Norvegia	0,4												
Polonia		1,0	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,6	0,5	0,6	0,7		
Portogallo	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3					
Repub. Slovena										1,5	1,6	1,6	
Spagna	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	
Svezia	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	
Svizzera						0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7		
Turchia	0,7				0,1								
Regno Unito	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7					
Stati Uniti	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	
MEDIA OCSE	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	
MEDIA UE	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	

Fonte: OCSE Health Data 2003

L'analisi delle due tabelle conferma, relativamente alla componente farmaceutica, le caratteristiche strutturali già evidenziate per la spesa sanitaria complessiva.

²² Sia territoriale che ospedaliera.

Tabella 12: Spesa farmaceutica privata²³ - % PIL

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		
Austria													
Belgio													
Canada	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	
Repub. Ceca	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	
Danimarca	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
Finlandia	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	
Francia	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	
Germania	0,3		0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	
Grecia	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	
Ungheria												0,8	
Islanda													
Irlanda	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	
ITALIA	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
Giappone	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4		
Corea	1,2	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	0,8	0,7	0,7	0,8		
Lussemburgo										0,1	0,1		
Messico										1,0	1,1	1,4	
Olanda	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	
Nuova Zelanda													
Norvegia	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		
Polonia													
Portogallo													
Repub. Slovena											0,3	0,3	
Spagna													
Svezia													
Svizzera						0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4		
Turchia													
Regno Unito													
Stati Uniti	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	
MEDIA OCSE²⁴	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	
MEDIA UE	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	

Fonte: OCSE Health Data 2003

Dal 1992 in poi, l'incidenza della spesa farmaceutica pubblica sul PIL dell'Italia si evolve in perfetta linea con la media UE.

Dal 1990 al 2002, l'incidenza sul PIL della spesa farmaceutica pubblica italiana diminuisce di 0,1 punti percentuali, e l'Italia è l'unico Paese (assieme alla Polonia e alla Turchia che, per motivi di scarsa comparabilità, non costituiscono un riferimento significativo) a mostrare una variazione di tipo negativo.

²³ Nel piano dei conti adottato dall'OCSE, la spesa farmaceutica privata comprende i *ticket*, i pagamenti diretti (*out of pocket*), quelli effettuati da mutue assicuratrici e quelli effettuati da assicurazioni private e da fondi sanitari.

²⁴ In questo caso, la media OCSE e la media UE sono meno significative, data l'incompletezza della tabella.

Se si considerano gli anni intermedi della decade in esame (1994, 1995), si può notare come in Italia la caduta dell'incidenza della spesa farmaceutica pubblica sul PIL, rispetto al livello del 1990, sia stata in certe fasi anche più sensibile, arrivando a toccare il mezzo punto percentuale di PIL²⁵.

Come conseguenza del contenimento della spesa appena evidenziato, al 2001 l'incidenza della spesa farmaceutica pubblica sul PIL dell'Italia è pari a 1,0 punti percentuali ed è, quindi, inferiore a quella della Francia (1,3 punti percentuali), della Spagna (1,2) e della Germania (1,1), e identica a quella della Grecia (1,0)²⁶.

Per converso, l'Italia è il Paese che fa rilevare la maggior crescita dell'incidenza della spesa farmaceutica privata sul PIL, con un aumento di 0,3 punti percentuali tra il 1990 e il 2002, seconda soltanto a quella di 0,4 punti percentuali fatta registrare dagli Stati Uniti.

Come conseguenza di questo aumento della spesa farmaceutica privata, al 2001 l'incidenza di quest'ultima sul PIL dell'Italia è pari a 0,9 punti percentuali ed è, quindi, inferiore soltanto a quella degli Stati Uniti (1,4 punti percentuali), del Messico (1,4) e del Canada (1,0)²⁷. Restringendo l'analisi al gruppo UE, al 2001 l'incidenza dell'Italia risulta superiore sia a quella della Francia (0,7 punti percentuali) che a quella della Germania (0,5).

Al 2002, la dimensione della spesa farmaceutica privata italiana ha pressoché raggiunto quella della spesa farmaceutica pubblica: 0,9 punti percentuali di PIL la prima, 1,0 punti percentuali di PIL la seconda. Nel 1990, invece, il divario era di mezzo punto percentuale di PIL a favore della spesa pubblica. Anche per la spesa farmaceutica è possibile, quindi, formulare una delle osservazioni già valse per la spesa sanitaria complessiva. Se è vero che l'aumento dell'incidenza della spesa privata è una caratteristica condivisa da tutti i Paesi a economia industrializzata avanzata, in Italia l'ultimo decennio ha mostrato una tendenza singolare: l'aumento significativo (se paragonato a livello internazionale) della spesa privata ha controbilanciato la stasi e addirittura la diminuzione della spesa pubblica.

²⁵ E' possibile che questo andamento sia da ricondurre agli ingenti aggiustamenti di bilancio resi necessari, proprio in quegli anni, per la partecipazione dell'Italia al processo di unificazione monetaria europea.

²⁶ La banca dati dell'OCSE è priva, in questo caso, del valore relativo al Regno Unito.

²⁷ Tra i Paesi per i quali la banca dati dell'OCSE permette la comparazione.

La *Tabella 13* ripropone, per la spesa farmaceutica, il sintetico confronto internazionale delle variazioni di incidenza sul PIL, già presentato per la spesa sanitaria corrente (*cfr. Tabella 7*).

Tabella 13: Spesa farmaceutica pubblica e privata – aumenti di incidenza sul PIL tra il 1990 e il 2002²⁸

	spesa farmaceutica pubblica	spesa farmaceutica privata
ITALIA	- 0,1	+ 0,3
Francia	+ 0,4	+ 0,1
Germania	+ 0,2	+ 0,2
Spagna	+ 0,3	n. d.
UK	+ 0,2 ²⁹	n. d.
MEDIA OCSE	+ 0,3	+ 0,1
MEDIA UE	+ 0,3	+ 0,1

Fonte: elaborazioni del CERM su dati OCSE

La *Tabella 13*, confermando le valutazioni appena espresse, mostra, appunto, come l'Italia rappresenti l'unico caso, tra i Paesi UE con cui può risultare più interessante il confronto³⁰, in cui l'incidenza della spesa farmaceutica pubblica è diminuita, mentre quella della spesa privata è aumentata; gli altri Paesi mostrano incrementi dell'incidenza del pubblico almeno pari all'incremento dell'incidenza del privato. Il confronto con la media OCSE e con la media UE offre le medesime indicazioni. In particolare, l'incremento di incidenza della spesa farmaceutica privata italiana è superiore a quello dei quattro *Partner UE* considerati e a quello della media UE e della media OCSE.

L'analisi comparata degli andamenti della spesa farmaceutica pubblica e privata sembra, quindi, confermare quanto rilevato in relazione alla spesa sanitaria complessiva: il restringimento del canale di finanziamento pubblico sta causando lo spostamento dell'onere di finanziamento della spesa farmaceutica a carico del privato. In assenza sia di forme di copertura sanitaria privata istituzionalizzate e organizzate, sia di meccanismi di filtro e regolazione della domanda farmaceutica articolati, diffusi ed efficaci, gli aumenti della spesa privata non possono che tradursi quasi integralmente in aumenti dei pagamenti dei cittadini a valere sui redditi disponibili, con conseguenze in termini distributivi non controllabili ma sicuramente rilevanti.

²⁸ Solo per l'Italia è possibile calcolare la crescita sino al 2002, poiché per gli altri Paesi la banca dati si ferma al 2001. Questo particolare rende ancor più significativo il risultato poiché, nonostante l'anno in più a disposizione per lo sviluppo, l'incidenza della spesa farmaceutica pubblica italiana rimane ferma al valore del 2001 e in diminuzione di 0,1 punti percentuali rispetto al 1990.

²⁹ Valore al 1997.

³⁰ Tuttavia, anche in questo caso, la considerazione ha una valenza generale, come testimoniato dai valori medi dell'UE e dell'OCSE.

4. Conclusioni

La sintetica analisi comparata sin qui condotta permette le seguenti considerazioni conclusive.

All'interno di una spesa sociale pubblica complessiva allineata ai valori europei, l'Italia sostiene una spesa sanitaria pubblica anch'essa nella media dei *Partner UE*. Questa considerazione rimane vera anche quando si osservano i dati relativi al sottoinsieme della spesa sanitaria costituito dalla spesa farmaceutica.

Le tendenze rilevabili nel decennio 1990-2002 testimoniano, inoltre, di un sistema sociale e di un sistema sanitario mantenuto sotto controllo dal punto di vista finanziario: al 2002, l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria è la stessa del 1990, mentre l'incidenza della spesa farmaceutica è addirittura di un decimo di punto percentuale inferiore. Sulla stessa decade, altri *Partner UE* hanno sperimentato dinamiche di crescita molto più sostenute.

Confrontando a livello UE queste tendenze della spesa sanitaria e farmaceutica pubblica con quelle registrate, lungo lo stesso arco di tempo, dalla spesa sanitaria e farmaceutica privata, emerge una singolarità riguardante l'Italia molto rilevante sul piano della politica economica. Nel confronto con gli altri Paesi UE, l'Italia è l'unica a far denotare contemporaneamente un graduale disimpegno del lato di finanziamento pubblico, accompagnato da una contestuale responsabilizzazione del lato di finanziamento privato. Questo dato è rilevabile nelle due tabelle che, già descritte nel testo, si ripresentano di seguito.

**Tabella 7 : Spesa sanitaria corrente pubblica e privata –
aumenti di incidenza sul PIL tra il 1990 e il 2002**

	Spesa sanitaria corrente pubblica	Spesa sanitaria corrente privata
ITALIA	+ 0,0	+ 0,5
Francia	+ 0,7	+ 0,3
Germania	+ 1,5	+ 0,7
Spagna	+ 0,2	+ 0,7
Regno Unito	+ 1,3	+ 0,3
MEDIA OCSE	+ 0,8	+ 0,2
MEDIA UE	+ 0,7	+ 0,2

Fonte: elaborazioni del CERM su dati OCSE

Tabella 13: Spesa farmaceutica pubblica e privata - aumenti di incidenza sul PIL tra il 1990 e il 2002

	spesa farmaceutica pubblica	spesa farmaceutica privata
ITALIA	- 0,1	+ 0,3
Francia	+ 0,4	+ 0,1
Germania	+ 0,2	+ 0,2
Spagna	+ 0,3	n. d.
UK	+ 0,2	n. d.
MEDIA OCSE	+ 0,3	+ 0,1
MEDIA UE	+ 0,3	+ 0,1

Fonte: elaborazioni del CERM su dati OCSE

Di per sé, questo dato potrebbe rispecchiare le diverse trasformazioni che, nel corso degli anni Novanta, hanno dovuto intraprendere sistemi sanitari caratterizzati inizialmente da proporzioni diverse di pubblico e privato. In realtà, poiché al 1990 Paesi come Francia e Germania (presi a riferimento nelle tabelle) facevano rilevare incidenze della spesa sanitaria pubblica pari o superiori a quelle italiane e incidenze della spesa farmaceutica pubblica di soli decimi di punto percentuale inferiori, questa spiegazione non è soddisfacente.

Inoltre, di per sé, il dato non andrebbe letto necessariamente in maniera negativa: anche Francia e Germania, come, del resto, la media dei Paesi UE e OCSE, fanno registrare un aumento della componente di finanziamento privato nella spesa sanitaria e farmaceutica. Tuttavia, l'Italia è l'unico caso in cui l'andamento dell'incidenza del finanziamento pubblico è appiattito tra il 1990 ed il 2002, mentre l'incidenza del finanziamento privato aumenta più del doppio che nella media UE e OCSE. Nella generalità dei casi e nella media UE e OCSE, le incidenze del finanziamento pubblico e di quello privato aumentano congiuntamente, anche se con saggi di crescita diversi.

A questo primo elemento di singolarità se ne aggiunge un altro, almeno altrettanto rilevante sul piano di politica economica. La diversificazione delle fonti di finanziamento, un tratto distintivo comune ai Paesi con economie evolute e industrializzate, è in grado di dischiudere numerose potenzialità, coerenti con il principio della salute come diritto universale e con l'obiettivo della più ampia copertura della platea dei cittadini³¹. In Italia, tuttavia, questa trasformazione verso un sistema multipilastro sta avvenendo senza una reale programmazione sulle forme che deve assumere la componente privata di finanziamento e sulle modalità di combinazione della stessa con la componente pubblica.

³¹ Si tratta di una trasformazione che il sistema sanitario ha in comune con quello previdenziale.

In assenza di forme di copertura sanitaria privata istituzionalizzate e organizzate e in assenza di articolati, diffusi ed efficaci meccanismi di filtro e regolazione della domanda sanitaria, in Italia l'alleggerimento del ruolo del finanziamento pubblico non può che tradursi in una maggiore spesa diretta da parte dei cittadini a valere sui redditi disponibili, con conseguenze in termini distributivi difficilmente controllabili ma significative.

Alla vigilia di riforme importanti che riguarderanno il sistema sociale nel suo complesso e quello sanitario in particolare (quest'ultimo interessato anche dalla nuova riorganizzazione in senso federalista), è auspicabile che l'agenda di politica economica prenda in considerazione i fatti stilizzati qui presentati.

Da un lato, che non sono necessari interventi drastici di contenimento della spesa sanitaria pubblica, che si muove da più di dieci anni in linea con il dato europeo e, anzi, è stata sottoposta a un controllo finanziario superiore a quello attuato dai *Partner UE*.

Dall'altro, che una maggiore diversificazione delle fonti di finanziamento tra pubblico e privato non può avvenire semplicemente restringendo il primo canale nell'attesa che la domanda sanitaria si scarichi sul secondo, ma deve essere realizzata all'interno di un progetto definito e implementabile, in cui forme istituzionalizzate e organizzate di copertura sanitaria privata e meccanismi di filtro e regolazione della domanda sanitaria possano svolgere un ruolo effettivo. In caso contrario, il maggior finanziamento di parte privata non può che derivare da pagamenti diretti dei cittadini a valere sui redditi disponibili e senza nessun riguardo per le condizioni economico-sociali individuali, con ricadute negative dal punto di equitativo.

La creazione di un quadro istituzionale e normativo siffatto dovrebbe tentare di completarsi prima che l'assetto del sistema sanitario si muova definitivamente verso quello di tipo federalista. In questo modo le diverse realtà regionali potrebbero organizzarsi autonomamente ma all'interno di una cornice nazionale completa, a garanzia del soddisfacimento degli obiettivi fondamentali della sanità.

15 Gennaio 2004

INDICE DELLE TABELLE

- Tabella 1:** Contribuzioni sociali a finanziamento del sistema sanitario –
% spesa sanitaria pubblica
- Tabella 2:** Gettito della fiscalità generale a finanziamento del sistema sanitario –
% spesa sanitaria pubblica
- Tabella 3:** Copertura del sistema sanitario pubblico –
% della popolazione con cittadinanza
- Tabella 4:** Spesa sociale pubblica - % PIL
- Tabella 5:** Spesa sanitaria corrente pubblica - % PIL
- Tabella 6:** Spesa sanitaria corrente privata - % PIL
- Tabella 7:** Spesa sanitaria corrente pubblica e privata –
aumenti di incidenza sul PIL tra il 1990 e il 2002
- Tabella 8:** Componenti della spesa sanitaria corrente privata –
% totale spesa sanitaria corrente privata
- Tabella 9:** Investimenti pubblici nel settore sanitario - % PIL
- Tabella 10:** Investimenti privati nel settore sanitario - % PIL
- Tabella 11:** Spesa farmaceutica pubblica - % PIL
- Tabella 12:** Spesa farmaceutica privata - % PIL
- Tabella 13:** Spesa farmaceutica pubblica e privata –
aumenti di incidenza sul PIL tra il 1990 e il 2002

Riferimenti

Comitato di Politica Economica (2003), *“The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for future work programme”*, Bruxelles, Ottobre 2003

(http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, varie edizioni del *“Rapporto sullo stato di attuazione e sugli effetti derivanti dall’applicazione dell’indicatore della situazione economica (ai sensi dell’articolo 5 del decreto legislativo n. 109/98)”*

(http://www.tesoro.it/web/docu_indici/area_CTSP/ise.htm)

Nomisma - Fondazione Pfizer (2003), *“I fondi sanitari integrativi – Quale futuro per la Sanità Italiana?”*, Edizioni Nomisma, Bologna, Febbraio 2003 (www.nomisma.it)

OCSE (2003), *“OECD Health Data 2003”* (www.oecd.org)

Ogialoro C. e F. Pammolli (2004), *“Non solo controllo della spesa: teoria, evidenza empirica e confronti internazionali per un assetto integrato di regolamentazione del mercato farmaceutico”*, Quaderno CERM 3/04, collana dei Quaderni CERM, Roma, Aprile 2004 (www.fondazionecerm.it)

Note

Quaderni

Monografie settoriali

Rapporti



CERM - Via Poli n.29
00187 ROMA - Italy
tel. 06 69.19.09.42
fax. 06 69.78.87.75
info@fondazionecerm.it
www.fondazionecerm.it