



NOTA1-2009



Finanza Pubblica & Riforme

**Spesa sanitaria:
quali ipotesi per quali proiezioni?
Ecofin e Ocse a confronto**

Una chiave di lettura delle nuove proiezioni di lungo termine di Ecofin

F. PAMMOLLI, N. C. SALERNO

Sommario

Sono già disponibili in versione preliminare le nuove proiezioni (il terzo *round*) di lungo termine della spesa *age-related* (pensioni, sanità, indennità di disoccupazione, istruzione) elaborate dal Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione (Awg) del Comitato di Politica Economica di Ecofin. In attesa che il lavoro venga ufficialmente diffuso al pubblico, è utile fare un passo indietro, per porsi tre domande che preparano ad una lettura attenta del nuovo *report* Awg-Ecofin: (1) Quali valori emergerebbero se le precedenti proiezioni Awg, rilasciate nel 2006, fossero tradotte da incidenze sul Pil in rapporti tra grandezze *pro-capite*?; (2) A quali differenze nella scelta delle ipotesi è riconducibile la significativa differenza che è emersa tra le proiezioni di Awg-2006 sulla sanità e quelle sempre nel 2006 elaborate dall'Ocse?; (3) Se per progettare le riforme di struttura è importante disporre di *benchmark* che indichino l'ordine di grandezza della crescita tendenziale potenziale della spesa, quali, tra i vari scenari rinvenibili nei lavori del 2006, possono essere giudicati più rispondenti allo scopo? Sono tre domande che, nonostante l'ampio divario nelle forchette di proiezione tra Awg e Ocse, sono sinora rimaste eluse. La Nota cerca di rispondere a queste domande, focalizzando l'attenzione sulle due voci più importanti della spesa pubblica per *welfare*: la sanità e le pensioni.

Se le proiezioni di lungo termine della spesa pubblica per sanità e pensioni, sviluppate nel 2006 da Awg-Ecofin (nel seguito direttamente "Ecofin") nel secondo *round* di lavori del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione, sono tradotte in termini di flussi di trasferimento di risorse dagli attivi/occupati alle fasce anziane, emerge con chiarezza la necessità di un ripensamento della struttura sia del sistema sanitario che di quello pensionistico.

Portando alle logiche conseguenze lo scenario *baseline* di Ecofin, risulta che nel 2050 ogni occupato dovrà corrispondere, per finanziare le prestazioni sanitarie e pensionistiche dedicate agli ultrasessantacinquenni, un ammontare pari al 62,3 per cento del Pil *pro-capite* in Italia, e pari al 51,5 nella media Ue-15. Si tratta di soglie critiche nel funzionamento del *pay-as-you-go* che oggi finanzia sanità e pensioni. È a queste soglie che ci si riferisce quando, nel dibattito, si sottolinea come lo spostamento di risorse tra persone e generazioni, messo in atto anno per anno dal *pay-as-you-go*, finirebbe per generare distorsioni nelle scelte di lavoro, investimento e produzione, con conseguenze depressive sull'economia e destabilizzanti per il clima sociale. Ma il *baseline* Ecofin non riesce a cogliere l'intero potenziale di crescita che la spesa sanitaria potrà far registrare nel medio-lungo termine.

Le proiezioni sanitarie dell'Ocse diffuse nel 2006, partendo da ipotesi demografiche e macroeconomiche sufficientemente allineate ad Ecofin ma distinguendosi per il maggior rilievo dato a fattori *extra* demografici che incideranno sulla spesa (avanzamento scientifico-tecnologico, pressioni specifiche dal lato della domanda, allargamento del *basket* di consumo, effetto "Baumol"), descrivono incidenze sul Pil che nel 2050 arrivano addirittura a raddoppiarsi o a più che raddoppiarsi. Se, assieme a quelle delle pensioni, si tiene conto di queste proiezioni sanitarie, allora il peso su ogni occupato è destinato, senza interventi di *policy*, a superare il 71 per cento del Pil *pro-capite* in Italia e il 60 in Ue-15. E le proiezioni dell'Ocse non possono esser viste come estremizzate ma, anzi, sono probabilmente quelle più adatte a fornire ordini di grandezza della dinamica potenziale della spesa senza interventi correttivi della *policy*. A configurare, dunque, le difficoltà che il *policy maker* si troverà a fronteggiare, senza dare per scontato alcun meccanismo di smorzamento delle pressioni di spesa di cui lo stesso *policy maker* non sia chiamato espressamente all'assunzione di responsabilità.

Scenari insostenibili, se si pensa che gli avanzi primari di bilancio pubblico necessari a ricondurre/mantenere il debito pubblico sotto il 60 per cento del Pil al 2050 (l'indicatore S1 utilizzato dalla Commissione Europea), o a soddisfare il vincolo di bilancio su un orizzonte infinito (l'indicatore S2), dovrebbero, per compensare la dinamica della spesa, posizionarsi stabilmente su valori compresi tra il 7 e l'11-12 per cento a seconda dei Paesi, così ingessando completamente la politica annuale di bilancio. Dietro requisiti così anomali sugli avanzi dovrebbero esserci o compressioni irrealistiche delle altre voci di spese a carico del bilancio pubblico, oppure un aumento della pressione fiscale e contributiva altrettanto irrealizzabile.

Quali indicazioni generali si possono trarre, dal confronto Ecofin-Ocse e dai numeri presentati, sul piano di politica economica? Sono tre i gruppi di considerazioni più significative:

Innanzitutto, non deve apparire in nessun modo un attacco al finanziamento a ripartizione in quanto tale, e men che meno al sistema sanitario universale o al *welfare system*. Sarebbe un errore grave, che impedirebbe di considerare apertamente e senza pregiudizi ideologici le criticità cui sono esposti gli attuali modelli organizzativi del *welfare system*.

L'attenzione e il dibattito dovrebbero muovere da numeri come quelli presentati nella Nota, per studiare le soluzioni più adatte in un'ottica riformista che abbia come finalità, non già la messa in discussione delle funzioni essenziali ed irrinunciabili degli istituti del *welfare system*, ma il loro ammodernamento e rafforzamento per gli anni a venire. Diversificazione multipilastro e universalismo selettivo appaio passaggi ineludibili, e il dibattito dovrebbe acquisire e

condividere questa necessità, per potersi dedicare ad approfondire i tempi e i modi.

Da ultimo, una indicazione sugli esercizi di proiezione, soprattutto quelli svolti da Istituzioni e Osservatori internazionali. Questi lavori hanno un ruolo fondamentale nell'indirizzare il *policy maker* sugli snodi più critici, e nell'assisterlo nella formulazione tempestiva di soluzioni che siano all'altezza e percorribili. Sarebbe auspicabile che si adottasse una sorta di "codice di condotta", con l'impegno a dare la massima trasparenza a tutti gli esercizi di proiezione, corredandoli del dettaglio delle ipotesi sottostanti, e permettendo la replicabilità degli scenari con ipotesi diverse, anche attraverso la *disclosure* dei modelli o la disponibilità a sviluppare scenari nuovi su qualificata richiesta. Se così fosse, confronti, elaborazioni e verifiche di coerenza interna potrebbero avvenire in maniera metodica e senza dover ricorrere ad approssimazioni, a vantaggio della comprensione dei fenomeni e della diffusione di consapevolezza.

Su quest'ultimo punto, Ecofin e Ocse potrebbero dare l'esempio. Sarebbe utilissimo incrociare le ipotesi, e verificare quali risultati offrono le proiezioni Ecofin alimentate con le ipotesi Ocse e viceversa. Aiuterebbe a far convergere il dibattito sulle differenze effettivamente rilevanti. Cerm, nel frattempo, si impegna a replicare le elaborazioni contenute in questa Nota anche per la nuova *release* di proiezioni di Ecofin: sia la rassegna dettagliata delle ipotesi, sia la traduzione del profilo di incidenza sul Pil della spesa sanitaria aggregata in flussi e variazione di flussi di risorse tra cittadini, attivi, occupati e appartenenti a generazioni diverse. In attesa che magari anche l'Ocse rinnovi le sue proiezioni, e che tra due Istituzioni così importanti nel panorama europeo e internazionale si sviluppi un confronto più aperto per la migliore comprensione delle sfide che ci attendono.

1° Maggio 2008

INDICE

Introduzione	5
Le forchette di proiezione al 2050	6
Le ipotesi macroeconomiche e demografiche	7
Le ipotesi sulla dinamica della spesa sanitaria	9
<i>Lo scenario Avg reference di Ecofin</i>	9
<i>Lo scenario upper bound dell'Ocse</i>	10
È davvero un <i>upper bound</i> quello dell'Ocse?	12
<i>L'elasticità al Pil</i>	12
<i>L'effetto "Baumol"</i>	13
<i>Crescita potenziale o già "regolata"?</i>	14
Dalle proiezioni macro alle sproporzioni micro	16
Riepilogo e indicazioni per la <i>policy</i>	24

Introduzione

Nei prossimi mesi è attesa la versione ufficiale della terza *release* delle proiezioni di lungo termine della spesa pubblica per *welfare* elaborata dal Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione del Comitato di Politica Economica di Ecofin (nel seguito, "Awg-Ecofin" o "Ecofin"). Com'è noto, già da qualche anno queste proiezioni, condotte secondo una metodologia concordata al livello europeo, sono utilizzate per il calcolo di indicatori sintetici di sostenibilità delle finanze pubbliche (S1 ed S2), e sono prese a riferimento per la valutazione annuale dei Programmi di Stabilità presentati dai Paesi Membri.

All'interno delle proiezioni, la voce di spesa più critica è la sanitaria sia *acute* che *long-term*, e per una duplice ragione: è quella che risente dell'effetto di una varietà di *driver*, demografici ed *extra* demografici, anche interagenti tra loro; è quella per la quale, contestualmente alla seconda *release* del lavoro di Awg-Ecofin (2006), l'Ocse ha proposto una serie di proiezioni di lungo termine che raffigurano scenari anche significativamente diversi da quelli Awg-Ecofin.

Capire le ragioni alla base della differenza tra Awg-Ecofin e Ocse è essenziale per esprimere valutazioni compiute sugli scenari di proiezione. Solo esplicitando quali differenze nella metodologie e nelle ipotesi conducono Awg-Ecofin e Ocse a risultati così diversi, il dibattito sul loro confronto può concretizzarsi, ed essere di aiuto alle scelte di politica economica e al disegno tempestivo delle riforme.

Potrebbe, da un certo punto di vista, apparire un lavoro anacronistico. Perché confrontare tra loro due esercizi di proiezione sviluppati nel 2006 quando, negli anni successivi, la maggior parte dei Programmi di Stabilità ha aggiornato le proiezioni di lungo termine, sulla base di una metodologia coerente con quella convenuta in sede di Awg-Ecofin? La rassegna degli aggiornamenti annuali dei Programmi di Stabilità è contenuta nella varie edizioni di "*Public Finances in EMU*", assieme alle revisioni degli indicatori sintetici di sostenibilità delle finanze pubbliche.

Non è un lavoro anacronistico, perché da allora i due contributi - Awg-Ecofin e Ocse - sono rimasti giustapposti tra loro senza tentare spiegazioni e riconciliazioni se non altro sul piano delle ipotesi sottostanti. E la loro distanza è la rappresentazione della distanza che ancora si riscontra nel dibattito tra tesi che sostengono che la spesa sanitaria è guidata soprattutto dall'invecchiamento della popolazione, e tesi che invece vedono prevalente l'impatto di fattori *extra* demografici, come l'avanzamento scientifico-tecnologico, l'ampliamento della richiesta di prestazioni con una elasticità al reddito superiore all'unità, la diffusione dei servizi di assistenza alla persona (inabilità/disabilità) assoggettati al síndrome di "Baumol" (*cfr. infra*).

Questa Nota vuole contribuire a focalizzare i punti nevralgici che differenziano Awg-Ecofin e Ocse nelle rispettive più recenti *release*. Su questi stessi punti deve approfondirsi il dibattito per individuare quale sia il contesto più opportuno, quello che con maggior realismo può tracciare gli andamenti prospettici della spesa sanitaria in assenza di cambiamenti di *policy* e di interventi di stabilizzazione *ad hoc*. È l'approccio migliore per rendere le proiezioni di lungo termine non un esercizio *pro-forma* ma un elemento di base a supporto delle decisioni di politica economica.

Al di là del confronto tra i due gruppi di proiezioni, si ritiene importante sviluppare su entrambi degli esercizi di contabilità intergenerazionale, in grado di fare emerge, all'interno

della dinamica della spesa in proporzione del Pil, elementi per valutare la coerenza interna degli scenari e approfondire il giudizio sulla sostenibilità economico-finanziaria. Alla luce delle considerazioni e dei fatti stilizzati presentati in questa Nota, sarà interessante e molto utile la lettura del nuovo lavoro di Awg-Ecofin (la terza *release* delle proiezioni).

1. Le forchette di proiezione al 2050

La tavola seguente sintetizza i risultati delle proiezioni Awg-Ecofin e Ocse e delle relative analisi di sensitività, in termini di incrementi di incidenza sul Pil al 2050 della spesa sanitaria pubblica complessiva, *acute e long-term*. Per Awg-Ecofin l'anno base è il 2004, mentre per Ocse il 2005, ma la non perfetta coincidenza è di impatto irrilevante (1 anno su 50). Nel seguito, il documento di riferimento per le proiezioni Awg-Ecofin, Commissione Europea (2006), sarà per semplicità indicato come Ecofin (2006), in modo da citare sempre il confronto Ecofin-Ocse¹.

Δ p.p. di Pil	incrementi di incidenza sul Pil al 2004/2005 – 2050				
	Awg-Ecofin (2006)			Ocse (2006)	
	<i>lower bound</i>	<i>Awg reference scenario (1)</i>	<i>upper bound</i>	<i>lower bound</i>	<i>upper bound</i>
Austria	0,5	2,5	3,3	1,8	7,9
Belgio	0,3	2,4	3,8	1,0	7,7
Danimarca	-0,3	2,1	3,6	0,1	5,1
Finlandia	0,8	3,2	5,3	1,2	6,1
Francia	0,5	2,0	2,8	0,8 (0,3)	6,2 (3,6)
Germania	0,4	2,2	4,3	1,1	6
Grecia	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	2,0	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	-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	1,0	5,7
<i>media</i>	0,3	2,3	4,5	1,2	6,9
Usa				0,7	6,4

fonte: elaborazioni Cerm su Ecofin e Ocse

(1) È lo scenario che entra nella costruzione dello scenario centrale (baseline) del complesso delle proiezioni della spesa per welfare e che viene utilizzato per calcolare gli indicatori sintetici di sostenibilità di lungo termine della finanza pubblica (S1 ed S2)

¹ Cfr. Commissione Europea (2006) è il numero speciale di "European Economy" che ha ospitato la presentazione dettagliata del secondo e sinora più recente *round* di proiezioni del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione del Comitato di Politica Economica di Ecofin. Commissione Europea (2006) è stato curato dalla DG Ecfm della Commissione Europea.

Per Francia, Grecia e Portogallo, solo l'*Awg reference scenario* comprende sia la voce *acute* che quella *long term*. Il *lower* e l'*upper bound* di Awg-Ecofin si riferiscono solo alla voce *acute*. Per permettere il confronto, per questi Paesi si riportano sia i valori Ocse complessivi sia quelli relativi alla sola *acute* (tra parentesi).

È evidente la diversità delle forchette di proiezione. Per l'Italia la forchetta Awg-Ecofin è [0,6:4,8], mentre [1,9:9,4] la Ocse. Nella media Ue, [0,3:4,5] la prima, [1,2:6,9] la seconda. Perché? Per rispondere si deve entrare nel dettaglio della metodologia e delle ipotesi. A tale scopo, è utile focalizzare l'attenzione sullo scenario *Awg reference* per Awg-Ecofin e sul cosiddetto *upper bound* dell'Ocse. Il primo perché è quello utilizzato come *baseline* e inserito nel calcolo degli indicatori di sostenibilità delle finanze pubbliche (cfr. "*Public Finances in EMU -2007*"); il secondo perché è quello che "estremizza" le differenze rispetto al *baseline* e le rende più facilmente rintracciabili e commentabili.

2. Le ipotesi macroeconomiche e demografiche

Prima di approfondire le differenze, è necessario indagare le similitudini o addirittura gli aspetti di omogeneità, per definire una base di *ceteris paribus* rispetto alla quale fare emergere le differenze.

L'approccio metodologico generale è molto simile: profili di spesa *pro-capite* per sesso-età definiti nell'anno base e riferiti, separatamente, alla componente *acute* e a quella *long-term*. La spesa *pro-capite* per ogni dato gruppo sesso-età è fatta evolvere nel tempo secondo un definito gruppo di ipotesi, e quindi moltiplicata per la numerosità del gruppo nell'anno di proiezione. Una differenza si riscontra solo sul criterio di calcolo dei profili. Awg-Ecofin parte dai dati di contabilità sanitaria dell'anno base e costruisce i profili in maniera diretta, attribuendo le singole voci di spesa alla gruppo età-sesso del beneficiario della prestazione. Ocse, invece, ipotizza una forma funzionale (una *spline function*) sia per la spesa *acute* che per quella *long-term* e ne stima i parametri sulla base dei dati di contabilità sanitaria. Per maggiori dettagli sulla stima preliminare dei costi collegati al decesso (*death related costs* nell'ultimo anno di vita) e sulla scelta della forma funzionale, cfr. pagg. 50-53 di Ocse (2006). Quello che qui rileva è che, almeno ad una analisi qualitativa, se confrontati tra loro i profili di spesa appaiono sufficientemente sovrapponibili². Nonostante il diverso criterio di calcolo, non sembra poter essere, questa, una differenza in grado di spiegare la distanza delle forchette di proiezione. Anche se sarebbe utile verificare che cosa cambierebbe nei due gruppi i proiezioni se i profili di spesa dell'anno base fossero invertiti (modello Awg-Ecofin con profili Ocse e viceversa). Uno sforzo istituzionale che migliorerebbe il livello di trasparenza e la capacità di interpretazione.

Se sul piano metodologico si riscontra sufficiente comparabilità, lo stesso può dirsi delle ipotesi macroeconomiche e demografiche diverse:

- Entrambi adottano l'ipotesi di *no policy intervention*. L'evoluzione della spesa dovrebbe corrispondere il più possibile a quella potenziale, senza politiche di

² Si confrontino pagg. 115 e seg. di Ecofin (2006) con pagg. 44 e seg. di Ocse (2006) per la *acute*, e pagg. 140 e seg. e 48 e seg. per la *long-term*, prestando attenzione al variare del livello della spesa *pro-capite* in percentuale del Pil *pro-capite* per fasce età-sesso.

stabilizzazione o di selettività diverse rispetto a quelle contemplate nel quadro normativo-regolatorio in essere (al 2006).

- Ocse prende a riferimento gli scenari demografici centrali sviluppati dai singoli Paesi (per l'Italia, il centrale Istat), mentre Ecofin adotta lo scenario centrale Eurostat³. Possono emergere alcune discrepanze, ma non tali da concorrere a giustificare il divario delle forchette.
- La crescita della produttività del lavoro converge all'1,7% entro il 2030 sia in Ocse (pag. 50) che in Ecofin (pag. 43).
- Se si confrontano i tassi di crescita delle forze di lavoro Ocse (pag. 54) e Ecofin (pag. 36), nella media di tutto l'orizzonte di proiezione i valori non mostrano scostamenti eccessivamente ampi. Una confronto analitico non è praticabile, ma dalle tavole descrittive si desume che Ecofin (2006) ipotizza per l'Italia un tasso medio annuo di evoluzione delle forze di lavoro pari a circa -0,4 per cento, laddove in Ocse (2006) è pari a circa -0,6.
- Una dinamica sufficientemente sovrapponibile per le forze di lavoro dovrebbe sottintendere, a partire dalle proiezioni demografiche altrettanto sufficientemente comparabili di cui si è detto, ipotesi non molto discoste sull'evoluzione dei tassi di partecipazione. Il confronto analitico rimane difficile per la non disponibilità delle serie. Con riferimento all'Italia, Ocse (2006) riporta di un incremento del tasso di partecipazione della fascia di età 50-64 anni di 8 p.p. tra il 2005 e il 2050, dal 44,6 per cento al 52,5; è l'unico dato esplicitamente riportato⁴. Il dato di Ecofin (2006) più comparabile si riferisce ad una fascia di età diversa, 55-64, per la quale il tasso di partecipazione passa dal 30,5 per cento del 2004 al 55,3 del 2050. Tuttavia, se si confrontano i dati Ecofin (pagg. 34-35) con quelli dello scenario *baseline* riportato in Burniaux *et al.* (2003, pag. 50), da cui l'Ocse dichiara di mutuare, le proiezioni Ecofin parrebbero sempre più ottimistiche. L'unico caso in cui l'ipotesi sui tassi di partecipazione è inequivocabilmente diversa si riscontra nello scenario in cui l'Ocse ipotizza convergenza al livello del 70 per cento nella fascia 50-64 anni per tutti i Paesi, per giustificare un corrispondente e proporzionale aumento della quota di assistenza / trattamento di lungodegenza istituzionalizzata e formalizzata (*cfr. infra*).
- Per quanto riguarda i tassi di crescita del Pil *pro-capite*, se si traduce in tassi medi annui su tutto l'orizzonte temporale i dati riportati a pagina 47 di Ecofin (2006) e a pagina 54 di Ocse (2006), le serie appaiono abbastanza allineate. Per l'Italia, l'1,4 per cento circa di Ecofin si confronta con l'1,3 circa dell'Ocse.
- Non è possibile confrontare direttamente le ipotesi sui tassi di occupazione generali (15-64). Ecofin ipotizza (pag. 39) che nel 2050 l'Area Euro, l'Ue-15 e l'Ue-25 si attestino al 70 per cento, il livello "Lisbona", e che i *Partner* che nel 2003 sono al di sotto di questo livello gradualmente vi convergano⁵, mentre quelli che sono al di sopra rafforzino moderatamente il valore. Ocse non dettaglia. Tuttavia, ipotesi sufficientemente allineate per la demografia, le forze di lavoro, la produttività del lavoro e il Pil *pro-capite* farebbero supporre altrettanta

³ Nel frattempo le proiezioni demografiche, sia nazionali che Eurostat, sono state aggiornate. La nuova *release* attesa da Awg-Ecofin sarà basata su Europop-2008 (la *release* del 2006 considerava Europop-2004).

⁴ Poi si rimanda a computazioni effettuate sulla banca dati *Labour Force Statistics* dell'Ocse e a proiezioni dei tassi di partecipazione contenute in Burniaux J. M. *et al.* (2003), *Oecd Economic Department Working Papers* n. 271, dove si prospetta una varietà di scenari.

⁵ La convergenza agli obiettivi "Lisbona" procede più rapidamente nei primi anni di proiezione, per poi rallentare e assestarsi.

comparabilità per quelle riguardanti i tassi di occupazione e il Pil (le ipotesi sono interconnesse tra loro).

Rimane auspicabile che sugli esercizi di proiezione Ecofin, Ocse, e qualunque altra Istituzione potenzialmente coinvolta, si sforzino di dare il massimo dettaglio e la massima trasparenza e comparabilità/falsificabilità, anche rendendo dominio pubblico i modelli e gli scenari attraverso di loro generati con il relativo dettaglio di ipotesi e parametri. L'ideale sarebbe che ogni *round* di proiezione trovasse descrizione esaustiva in documenti che permettessero a chiunque la replicazione dello scenario *baseline* e di tutte le sue varianti di sensitività.

Nel frattempo, pur in assenza di riscontro di completa omogeneità del quadro delle ipotesi demografiche e macroeconomiche, si può sostenere che tra Ecofin (2006) e Ocse (2006) le differenze nelle proiezioni vadano ricercate, non tanto nella metodologia e nel contesto demografico e macroeconomico, quanto soprattutto nelle ipotesi economiche e sanitarie che guidano in maniera specifica la crescita della spesa sanitaria *pro-capite*. E non è un caso, infatti, che la sensitività sviluppata in Ocse (2006) non riguardi né ipotesi/parametri macroeconomici né la demografia (di base c'è sempre lo scenario centrale fornito dagli Istituti di statistica nazionali), ma si concentri su ipotesi/parametri che influenzano la dinamica della spesa sanitaria *pro-capite*. È necessario entrare nel dettaglio dello scenario *Awg reference* di Ecofin e dello scenario *upper bound* dell'Ocse.

3. Le ipotesi sulla dinamica della spesa sanitaria

Se la distanza tra le forchette origina nelle ipotesi specifiche riguardanti la spesa sanitaria, per fare chiarezza le si deve confrontare passo passo, continuando a fare riferimento ai due scenari più significativi: l'*Awg reference* di Ecofin e l'*upper bound* dell'Ocse. Il primo perché è quello utilizzato come *baseline* e entrante nel calcolo degli indicatori sintetici di sostenibilità delle finanze pubbliche (S1 e S2); il secondo perché è il limite superiore della forchetta Ocse e si presta meglio a fare da *benchmark* per giudicare la diversità delle ipotesi.

3.1 Lo scenario *Awg reference* di Ecofin

Per quanto riguarda la componente *acute*, l'*Awg reference scenario* considera le seguenti ipotesi:

- la spesa *pro-capite* per fasce di età-sesso (x - y) cresce allo stesso tasso del Pil *pro-capite*;
- l'elasticità della domanda di prestazioni sanitarie al reddito (Pil) è pari a 1,1 nell'anno base, per poi converge gradualmente all'unità⁶;

⁶ Tra ' t ' e ' $t+1$ ' la spesa *pro-capite* cresce ad un tasso pari al prodotto del tasso di crescita del Pil *pro-capite* e della elasticità della domanda al Pil. Anche se nel *report* Ecofin non è precisato, il primo tasso di crescita può essere inteso a parità del *basket* di consumo (perimetro delle prestazioni), mentre il secondo come tasso di crescita imputabile all'ampliamento del *basket* di consumo.

- tra un anno e l'altro, i profili di spesa per età-sesso si traslano in avanti della metà dell'incremento guadagnato nella vita attesa⁷.

Per quanto riguarda la componente *long-term*, l'*Awg reference scenario* considera le seguenti ipotesi:

- la spesa *pro-capite* per fasce di età-sesso cresce allo stesso tasso del Pil per lavoratore occupato (per meglio cogliere effetto "Baumol"; cfr. *infra*);
- l'elasticità della domanda di prestazioni di assistenza / trattamento di lungodegenza al reddito (Pil) è sempre pari all'unità il che, nel modello moltiplicativo di Awg-Ecofin (cfr. nota in calce 6), implica l'assenza di una componente di pressione specifica lato domanda, del tipo ampliamento del *basket* di consumo;
- la probabilità di ricevere prestazioni istituzionalizzate e professionali al di fuori dalla famiglia o della rete amicale-sociale (*formal long-term assistance*) è specifica delle fasce età-sesso, ma rimane stabile ai valori dell'anno base;
- tra un anno e l'altro, le probabilità di evento disabilitante/inabilitante (specifiche di ogni fascia di età-sesso) si riducono della metà della riduzione delle probabilità di morte (per le stesse fasce)⁸.

3.2 Lo scenario *upper bound* dell'Ocse

Per quanto riguarda la componente *acute*, l'*upper bound* dell'Ocse corrisponde, a seconda del Paese, a quello in cui:

- La spesa *pro-capite* per fasce di età-sesso cresce al tasso di crescita del Pil *pro-capite* moltiplicato per 1,2 (elasticità della domanda) e con l'aggiunta di un "residuo di crescita" pari a 1 p.p. nell'anno base e gradualmente convergente a 0;
- ... Oppure in cui l'elasticità è sempre unitaria, ma il tasso di crescita del Pil è sempre aumentato di 1 p.p., a titolo di residuo di crescita non spigato dalla crescita del Pil;
- In entrambi gli scenari, i profili di spesa tengono conto dei costi collegati alla morte, perché (pagina 52 del *report*) ogni anno essi si traslano in avanti in linea con l'incremento guadagnato nella vita attesa⁹.

⁷ È il cosiddetto *dynamic profiling*. Se, nel passaggio da 't' a 't+1', la vita attesa della fascia età = x e sesso = y aumenta di *delta*, ai componenti lo stesa fascia x-y nel periodo 't+1' è associata la spesa *pro-capite* che in 't' apparteneva alla fascia (x- *delta*/2)-y, aggiornata per la crescita del Pil e l'elasticità della domanda. Il *dynamic profiling* è utilizzato per inglobare nelle proiezioni i cosiddetti costi collegati alla morte. Infatti, poiché la maggior parte dei costi per prestazioni *acute* si condensa nell'anno immediatamente precedente il decesso, per ogni fascia età-sesso al miglioramento della sopravvivenza deve corrispondere una revisione al ribasso della spesa *pro-capite* (in quella fascia diminuisce la percentuale di coloro che stanno vivendo l'ultimo anno di vita).

⁸ Anche in questo caso, è il cosiddetto *dynamic profiling*. Se, nel passaggio da 't' a 't+1', la probabilità di morte della fascia x-y diminuisce di *delta*, ai componenti la stessa fascia x-y nel periodo 't+1' è associata una probabilità di incorrere in evento disabilitante/inabilitante pari a quella dell'anno precedente (sempre per la fascia x-y) ridotta di *delta*/2.

⁹ È il cosiddetto "*healthy ageing*", secondo una ipotesi più ottimistica di quella formulata da Ecofin (cfr. *supra* nota in calce 5). Per una disamina degli scenari, cfr. pag. 35 del *report* Ocse.

Per quanto riguarda la componente *long-term*, l'*upper bound* dell'Ocse corrisponde, a seconda del Paese, allo scenario in cui:

- La quota di *formal assistance* sul totale della spesa è inversamente proporzionale al tasso di partecipazione al mercato del lavoro per la fascia 50-64 anni, che è ipotizzato convergere almeno al 70 per cento entro il 2050 in tutti i Paesi. È, quest'ultima, l'unica variabile macroeconomica che differenzia da Ecofin, anche se la convergenza al 70 per cento non rimane di contesto, ma influenza direttamente un *parametro*, come la quota di *formal assistance*, che determina la spesa sanitaria. In questo stesso scenario: la spesa *pro-capite* per fasce di età-sesso cresce della metà della crescita del Pil per lavoratore occupato (parziale effetto "Baumol"); non c'è una componente di pressione specifica lato domanda, del tipo ampliamento del *basket* di consumo (la dinamica della spesa *pro-capite* è guidata dal solo effetto "Baumol");
- ... O i tassi di dipendenza (occorrenza evento inabilitante/disabilitante) cambiano nel tempo, secondo due dinamiche che interagiscono, una in diminuzione, per tener conto dei costi collegati alla morte e dell'"*healthy ageing*", e l'altra in aumento, per tener conto di *driver extra* demografici¹⁰. In questo stesso scenario: i tassi di partecipazione al mercato del lavoro per la fascia 50-64 anni sono specifici di ogni Paese senza ipotesi di convergenza, ma la quota di spesa formalizzata continua ad aumentare in coerenza con l'aumento della partecipazione; la spesa *pro-capite* per fasce di età-sesso cresce della metà della crescita del Pil per lavoratore occupato (parziale effetto "Baumol"); non c'è una componente di pressione specifica lato domanda, del tipo ampliamento del *basket* di consumo;
- ... O la spesa *pro-capite* per fasce di età-sesso cresce costantemente allo stesso tasso del Pil per lavoratore occupato (pieno effetto "Baumol"). In questo stesso scenario: i tassi di partecipazione al mercato del lavoro per la fascia 50-64 anni sono specifici di ogni Paese senza ipotesi di convergenza, ma la quota di spesa formalizzata continua ad aumentare in coerenza con l'aumento della partecipazione; non c'è una componente di pressione specifica lato domanda, del tipo ampliamento del *basket* di consumo.

Sul piano delle ipotesi specifiche della dinamica dei profili di spesa, le due proiezioni si differenziano profondamente.

Awg-Ecofin, pur chiamando in causa *driver extra* demografici, in realtà tende a relegarli in secondo piano. Per la spesa *acute*, l'elasticità della domanda è pari a 1,1 nell'anno base e subito dopo inizia a converge gradualmente all'unità. Per la *long-term*, l'elasticità della

¹⁰ L'Ocse individua due dinamiche per i tassi dipendenza (incapacità a compiere *activities of daily living*, o tassi di inabilità/invalidità) per fasce di età = x e sesso = y : (a) ogni 10 anni il tasso della fascia $x-y$ diviene uguale alla media tra il suo valore e quello associato alla fascia $(x-1)/y$; (b) ogni anno i tassi di dipendenza crescono, per tutte le fasce $x-y$, ad un tasso dello 0,5 per cento. Il primo effetto è positivo e corrisponde ad un miglioramento di salute. Il secondo, invece, è negativo e corrisponde all'ampliamento della casistica in cui intervengono assistenza e trattamenti istituzionalizzati e professionali. Quest'ultimo effetto è frutto di una molteplicità di concause: da un lato è il progresso scientifico-tecnico che permette di prendersi cura di una casistica più ampia, laddove alcune situazioni non risultavano affrontabili o non affrontabili con risultati migliori di quelli dell'assistenza informale della famiglia e della rete sociale; dall'altro, è la crescita della consapevolezza dei cittadini (parte dello sviluppo economico-sociale) che li porta ad una maggiore richiesta di prestazioni, anche a fronte di situazioni che in precedenza non avrebbero avuto priorità. V'è poi, da considerare l'"emersione" delle situazioni di dipendenza, a tutte le età, di pari passo con l'aumento della partecipazione al mercato del lavoro soprattutto delle donne. Anche se nello scenario in questione l'Ocse non adotta l'ipotesi della convergenza al 70 per cento per tutti i Paesi, ad ogni modo il tasso di partecipazione è proiettato in aumento in tutti i Paesi e per coerenza si deve ipotizzare anche una sostituzione dell'assistenza informale con quella formale istituzionalizzata. Per una disamina degli scenari, cfr. pag. 38 del *report* Ocse.

domanda è sempre unitaria, mentre la probabilità di ricevere assistenza formale rimane fissa al valore dell'anno base.

Ocse, dall'altro canto, dà maggior rilievo ai *driver extra* demografici. Per la *acute*, sono appositamente scelti tassi di crescita della spesa *pro-capite* superiori a quelli del Pil *pro-capite*, o applicando una elasticità della domanda maggiore dell'unità lungo tutto l'orizzonte temporale, oppure maggiorando direttamente il tasso di crescita del Pil (con il cosiddetto "residuo"). Per la *long-term*, se l'elasticità della domanda rimane sempre unitaria, la quota di spesa istituzionalizzata e formalizzata cresce di pari passo con l'aumento della partecipazione al mercato del lavoro, e si considera che la diffusione dei casi di inabilità/invalidità possa essere anche soggetta ad aumenti di pari passo con lo sviluppo delle tecniche/modalità di assistenza e con l'"emersione" di situazioni prima ritenute non prioritarie.

Quale delle due prospettive può essere ritenuta più affidabile o più realistica nel tratteggiare gli scenari evolutivi a lungo termine?

4. È davvero un *upper bound* quello dell'Ocse?

La domanda è forse malposta, e può sembrare che il confronto sia tra Istituzioni, mentre riguarda essenzialmente le ipotesi e solo marginalmente anche l'impianto metodologico¹¹. Probabilmente, se ci fosse stato un maggior coordinamento istituzionale, entrambi i modelli avrebbero potuto ospitare tutti i gruppi di ipotesi, sia quelli formulati da Ecofin che quelli dell'Ocse, in una ampia analisi di sensitività capace di far apprezzare l'effetto potenziale di tutti i *driver* rilevanti. E allora sarebbe divenuto ancor più chiaro che le differenze risiedono nelle ipotesi specifiche sull'evoluzione della spesa sanitaria *pro-capite*. È su queste che si deve approfondire il dibattito sia dei tecnici che dei decisori politici.

Gli snodi importanti, anche se non gli unici, appaiono tre: (a) il valore dell'elasticità al Pil nel medio-lungo termine; (b) la rilevanza dell'effetto "Baumol"; e (c) l'approccio stesso alla proiezione, se, cioè, si va alla ricerca dell'ordine di grandezza della crescita potenziale della spesa sul Pil, oppure si debbano inglobare alcune tendenze stabilizzatrici decise esplicitamente (adeguamento del perimetro delle prestazioni offerte dalla sanità pubblica, *copayment*, etc.) o forzate dai fatti (varie forme di razionamento).

4.1 L'elasticità al Pil

È il parametro più critico, quello che, con valori superiori all'unità, permette di tener conto dei *driver extra* demografici: dell'impatto dell'avanzamento scientifico-tecnologico sia sui costi delle prestazioni che sulla domanda potenziale di prestazioni; dell'ampliamento del *basket* di consumo di pari passo che nuove terapie/tecniche sono messe a punto, e che la consapevolezza e la sensibilizzazione rispetto ai temi della salute fanno divenire rilevanti

¹¹ La struttura dei due modelli è pressoché identica, con profili di spesa nell'anno base che sono proiettati nel tempo grazie a gruppi di ipotesi/parametri coerenti al loro interno.

casistiche prima trascurate. È, inoltre, il primo parametro deputato a creare il più possibile coerenza tra, da un lato, le ipotesi macroeconomiche riguardanti soprattutto il mercato del lavoro e, dall'altro, quelle riguardanti la domanda di prestazioni istituzionalizzate per assistenza/trattamento di lungodegenza. Quando l'elasticità è al Pil per occupato, infine, questo diventa il parametro necessario per combinare gli effetti appena citati con il cosiddetto effetto "Baumol" (cfr. *infra*).

Quando si adotta l'ipotesi che la spesa *pro-capite* cresca esattamente al tasso del Pil *pro-capite* o del Pil per occupato si sta, di fatto, già inglobando nella proiezione un vincolo che non può essere dato per scontato, soprattutto se l'obiettivo è quello di costruire scenari che prescindano da correzioni di *policy* e tentino di cogliere la tendenza potenziale (cfr. *infra*).

Mediamente, negli ultimi 20 anni, il tasso di crescita annuo della spesa *pro-capite* ha superato quello del Pil *pro-capite* di 1-1,5 p.p., senza significative differenze tra spesa pubblica e spesa complessiva (pubblica e privata). Lo stesso *spread* emerge se il calcolo è ripetuto separatamente per la voce *acute* e per quella *long-term*¹². Si consideri, in aggiunta, che questo *spread* storico è con ogni probabilità una sottostima, perché risente delle politiche di stabilizzazione condotte nei vari Paesi e tra queste, in particolare, degli sforzi di razionalizzazione e consolidamento compiuti dai *Partner* negli anni immediatamente precedenti l'avvio dell'area monetaria comune (il caso dell'Italia è emblematico).

Anche la letteratura economica (sin dal lavoro seminale di Abel-Smith, 1967¹³) mostra come l'elasticità della spesa sanitaria (pubblica e complessiva) al Pil, quando misurata negli aggregati nazionali o sovranazionali e nel medio-lungo periodo, sia significativamente maggiore dell'unità, potendo raggiungere anche valori superiori all'1,5 per cento (cfr. rassegna in Getzen, 2000)¹⁴.

4.2 L'effetto "Baumol"

In sanità, le prestazioni continuate alla persona registrano guadagni di produttività lenti e probabilmente con un limite superiore (effetto "Baumol"), con ripercussioni significative in termini di andamenti di spesa. Quanto peserà l'effetto "Baumol" nelle prossime decadi?

Se, prima ancora che guardare al medio-lungo periodo, ci soffermiamo ad esaminare le prestazioni attualmente fornite dai sistemi sanitari, quelle di cura diretta alla persona (per inabili/disabili, lungodegenti, anziani non autosufficienti) coprono solo una piccola porzione della domanda potenziale. Se anche nei prossimi anni, senza considerare l'invecchiamento della popolazione e il progresso scientifico/tecnologico, l'offerta si muovesse per ridurre il *gap* rispetto alla domanda potenziale, sarebbe necessario aumentare significativamente il numero degli addetti, garantendo retribuzioni competitive in un settore in cui gli incrementi di

¹² Cfr. Pammolli F e N. C. Salerno (2004), "Le proiezioni di lungo termine della spesa sociale nell'UE: l'impatto demografico e il possibile impatto della tecnologia sulla spesa sanitaria", Quaderno Cerm n. 2-2004.

¹³ Abel-Smith B. (1967), "An international study of health expenditure and its relevance for health planning", World Health Organization, Health Papers n. 32.

¹⁴ Getzen T. (2000), "Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditure", Journal of Health Economics n. 19, pagg. 259-270.

produttività sono bassi, dato che la gran parte della prestazione consiste nella presenza fisica continuata del badante accanto all'accudito.

Ciò detto, in quale misura questo scenario può modificarsi se includiamo il processo di invecchiamento della popolazione e il progresso scientifico-tecnologico. Da un lato, l'invecchiamento della popolazione, nella misura in cui deriva dall'allungamento della vita media, è accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute a tutte le età (l'"*healthy ageing*" di cui si è già detto). Molte situazioni che oggi sfociano in inabilità/disabilità e richiedono assistenza continuata tendono a scomparire; le soglie di età alle quali è oggi più probabile soffrire di non autosufficienza nel compimento di atti quotidiani tendono ad innalzarsi. Questi effetti farebbero supporre una riduzione della domanda di prestazioni assoggettate all'effetto "Baumol".

Ma dall'altro lato, anche se la frontiera si sposta in avanti, ai margini della vita umana continueranno a ripresentarsi quelle situazioni di deterioramento della salute che rendono necessario il ricorso alle prestazioni di assistenza continuata. A meno di non supporre (ma sarebbe una ipotesi forzata) che l'allungamento della vita umana prenda la forma di una condizione di salute mediamente alta sino agli immediati istanti prima del decesso, per poi subire un crollo verticale (o vita buona o decesso).

Poiché l'allungamento della vita è connesso ai progressi scientifici-tecnologici e all'aumento dell'attenzione alla cura della salute, è necessario anche interrogarsi su quali effetti diretti questi ultimi possano avere in termini di diffusione di prestazioni assoggettate ad effetto "Baumol". Così si spiega l'ipotesi dell'Ocse, a prima vista contro intuitiva, di assegnare una doppia dinamica ai tassi di dipendenza, una in diminuzione grazie all'"*healthy ageing*", e l'altra in aumento (cfr. pag. 11 e nota in calce 10).

Se da un lato scienza e tecnica permettono di tenere alta la qualità della vita a tutte le età, esse permettono anche di intervenire su casistiche in precedenza irrisolvibili e destinate al decesso, o prima ritenute non prioritarie. In alcuni casi, questi interventi potranno essere risolutivi, ripristinando le *capabilities* individuali; in altri casi, prolungheranno la vita, ma con la necessità di assistenza personale (è possibile che questo sia un processo esponenziale nell'età), e la qualità degli anni di vita guadagnati sarà tanto più alta quanto più diffusa e di qualità l'assistenza personale di qualità, formalizzata e professionalizzata.

Inoltre, mentre è difficile ipotizzare che nel lungo periodo divenga possibile automatizzare le prestazioni di assistenza personale (protesi più performanti, elettronica spinta applicata alle abitazioni e agli arredi urbani, etc.), nel breve periodo e nelle prossime decadi è più probabile che, a parità di ore di presenza fisica del badante accanto all'assistito, la preparazione professionale media del primo (il suo capitale umano) debba aumentare di pari passo con la strumentazione tecnica che è necessario far funzionare / tenere sotto controllo, e con la gravità / numerosità delle *daily actions* che l'assistito non è in grado di assolvere autonomamente. Il concetto di *daily actions*, poi, non necessariamente è destinato a rimanere immutabile, ma è plausibile, al contrario, che esso vari congiuntamente al variare dei modelli sociali, degli stili di vita, dell'organizzazione della società e delle città sia dal punto di vista delle possibilità che da quello dei vincoli.

Una sorta di adeguamento delle professionalità di base, di coloro che fanno assistenza personale, al progresso scientifico-tecnologico: non solo il progresso scientifico-tecnologico non è necessariamente sostitutivo della presenza fisica del badante, ma addirittura esso potrebbe richiedere una dotazione di capitale umano superiore (a parità di ore di assistenza).

Un effetto ignorato negli attuali modelli di proiezioni della spesa sanitaria (compreso quello dell'Ocse), ma che potrebbe essere di ordine significativo, soprattutto in quei Paesi, come l'Italia, in cui l'assistenza continuata, per quanto poco diffusa, si svolge per la maggior parte in maniera informale e avvalendosi di figure senza preparazione specifica (per lo più immigrati, spesso all'interno della *grey economy*).

A questo aspetto, si deve poi aggiungere il fatto che quando, nei prossimi anni, la domanda di prestazioni specializzate di *long-term care ad personam* crescerà, si potranno creare anche condizioni di scarsità dell'offerta di lavoro (per quelle tipologie di lavoro), con conseguenti tensioni al rialzo delle remunerazioni del servizio.

Le considerazioni sopra esposte fanno comprendere come l'effetto "Baumol" non solo non possa dirsi destinato a sfumare come portato della sanità del passato, ma che è plausibile che gli aumenti potenziali della spesa deriveranno sempre più dall'interazione di questo effetto con quelli degli altri *driver extra* demografici, *in primis* l'avanzamento scientifico-tecnologico e l'aumento della domanda di prestazioni a livello collettivo.

4.3 Crescita potenziale o già "regolata"?

Se la finalità delle proiezioni è quella di prefigurare il potenziale di crescita della spesa, come frutto delle dinamiche interagenti sia dal lato della domanda che da quello dell'offerta, allora gli scenari presentati in Ocse (2006) appaiono possedere una più forte capacità interpretativa rispetto a quelli di Ecofin (2006). Nella programmazione delle riforme strutturali e della *policy*, infatti, è necessario considerare non già una dinamica della spesa ammorbidita da non precisati fattori di contenimento, ma la sua dinamica potenziale piena, quella che, anno per anno, bisognerà governare assumendo, di volta in volta, la responsabilità politica e tecnica degli interventi. Sul piano metodologico, è questa l'interpretazione più fedele dell'assunto di *no policy intervention* alla base sia del modello Ocse che di quello Ecofin.

In questa luce, quello che si è chiamato *upper bound* dell'Ocse non appare più uno scenario che estremizza l'effetto dei *driver extra* demografici rispetto al *baseline* di Ecofin. L'*upper bound* è lo scenario che tenta di inglobare, senza esclusioni o ridimensionamenti *ex-ante*, il maggior numero dei fattori di crescita che avranno impatto sulla spesa. Senza, per giunta, arrivare alle conclusioni più estreme, perché alcuni *driver* che Ocse adopera separatamente potrebbero, in realtà, essere compresenti ed interagire con amplificazione degli effetti.

Ad esempio, per la *acute*, quando l'elasticità al Pil dell'1,2 è abbinata ad un residuo di crescita pari ad un 1 p.p. nel primo anno ma poi convergente a zero, Ocse sta comunque scegliendo uno *spread*, tra crescita della spesa *pro-capite* e crescita del Pil *pro-capite*, che non è certo quello massimo ipotizzabile alla luce sia dell'andamento negli ultimi 20 anni che delle indicazioni della teoria economica. Lo stesso valga quando una elasticità unitaria è abbinata ad uno *spread* che rimane fisso lungo tutto l'orizzonte temporale ad 1 p.p..

Esempi equivalenti possono esser fatti sul fronte della *long-term*. Quando si ipotizza un significativo aumento della quota di spesa formalizzata ed istituzionalizzata, si sceglie anche un parziale effetto "Baumol" e l'assenza di pressioni specifiche da parte della domanda di prestazioni per l'aumento del *basket* di consumo. Queste due ultime scelte si trovano abbinate

anche all'ipotesi di aumento dei tassi di dipendenza, smorzandone le ricadute sulla spesa potenziale. Corrispondentemente, quando l'effetto "Baumol" è pieno, allora vi si abbina un minor aumento dei tassi di dipendenza, evitando sempre pressioni specifiche dal lato della domanda.

Su tutti i punti sopra ripercorsi andrebbe fatta chiarezza, prima sul piano metodologico e poi lavorando per un miglior coordinamento delle proiezioni svolte dalle Istituzioni internazionali. Si ricercano *benchmark* dell'impatto potenziale (che non significa necessariamente scenari estremizzati)? E, se sì, è possibile una piena *disclosure* dei modelli e dei gruppi di ipotesi sottostanti gli scenari, in modo tale che, tramite un incrocio dei vari lavori, si possa pervenire ad una visione completa e approfondita a servizio delle riforme e della *policy*? La domanda è, come nel titolo della Nota: *Quali ipotesi per quali proiezioni?*

5. Dalle proiezioni macro alle sproporzioni micro

Ma se la finalità è quella, molto concreta, di prospettare con realismo e coerenza gli scenari che il *policy maker* si potrà trovare a fronteggiare nei prossimi decenni, su tematiche per le quali gli interventi non possono essere approssimati d'urgenza all'ultimo momento ma devono essere progettati e programmati, allora oltre al *vis-à-vis* Ecofin-Ocse è utile compiere un altro passaggio: verificare l'effetto delle proiezioni di spesa a livello micro, rapportando al Pil *pro-capite* l'importo che annualmente ogni cittadino in età attiva e ogni occupato saranno chiamati a corrispondere per finanziare le prestazioni rivolte agli ultrasessantacinquenni. Un passaggio dal macro al micro che aumenta la capacità esplicativa dei dati e vorrebbe renderli più facilmente fruibili dal pubblico.

Si sceglie di tenere assieme la spesa sanitaria e quella pensionistica, le due voci più importanti del *welfare* pubblico, entrambe finanziate a ripartizione con il concorso sia della fiscalità generale che di contribuzioni specifiche.

La *Tavola n. 1* e la *Tavola n. 2* prendono in considerazione le proiezioni Awg-Ecofin per sanità e pensioni, selezionando i due scenari *baseline* (per la sanità si tratta dell'*Awg reference scenario*). Questi due scenari sono compatibili tra loro e le rispettive voci di spesa possono essere sommate, come in effetti avviene nel quadro riassuntivo a pagina 13 di Ecofin (2006) e come la Commissione Europea fa in "*Public Finances in EMU*" (2007 e 2008) al fine di calcolare gli indicatori sintetici di sostenibilità delle finanze pubbliche. Le proiezioni di spesa sono ricondotte da percentuali di Pil a valori assoluti in Euro. Nelle computazioni si utilizzano gli stessi valori iniziali delle grandezze e le stesse ipotesi di loro evoluzione alla base dei due scenari, più tre ipotesi aggiuntive per attribuire le prestazioni agli ultrasessantacinquenni:

- le proiezioni demografiche (*resident population concept*) sono quelle *baseline* di Europop-2004¹⁵;
- il Pil dell'anno base (2004) è ricavato dal *database online* di Eurostat (*current market prices*);
- l'evoluzione reale del Pil è quella concordata in sede di Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione¹⁶;

¹⁵ Adesso sono disponibili anche le Europop-2008 (estese sino al 2060), ma per coerenza interna si sono utilizzate le precedenti, quelle adoperate da Ecofin (2006).

¹⁶ Cfr. pag. 43 di Ecofin (2006) e pag. 45 di "*Public Finances in EMU - 2007*".

- i tassi di occupazione nell'anno base e le loro proiezioni sono desunti da Ecofin (2006)¹⁷;
- nella attribuzione delle prestazioni sanitarie *acute*, si assume che la spesa *pro-capite* media per la fascia di età 65+ anni ammonti a sette volte quella media per la fascia di età al di sotto dei 65¹⁸;
- nella attribuzione delle prestazioni sanitarie *long-term*, si assume che il 99 per cento della stessa si riferisca a persone di età 65+ anni¹⁹;
- le prestazioni pensionistiche sono attribuite integralmente alla fascia di età 65+²⁰.

Nel 2004 (*Tavola n. 1*), la spesa pubblica per sanità e pensioni rapportata alla popolazione residente ammontava, nella media Ue-15, al 17,4 per cento del Pil *pro-capite*. Nello stesso anno, la spesa pubblica per sanità e pensioni per prestazioni rivolte agli ultrasessantacinquenni, rapportata al numero degli attivi di 15-64 anni (il peso sugli attivi), ammontava al 25,2 per cento del Pil *pro-capite*. Per l'Italia, i corrispondenti valori erano del 21,5 e del 31,1 per cento, i più elevati in assoluto.

Sempre nel 2004 (*Tavola n. 2*), nella media Ue-15 la spesa pubblica per sanità e pensioni per prestazioni agli ultrasessantacinquenni, rapportata al numero degli occupati effettivi (il peso sugli occupati effettivi), ammontava al 36,2 per cento del Pil *pro-capite*. Il dato equivalente per l'Italia era del 52,6 per cento, ancora una volta il più elevato.

Che cosa c'è da attendersi al 2050, senza interventi di *policy*? La spesa pubblica per sanità e pensioni rapportata alla popolazione residente ammonterà, nella media Ue-15, al 22,9 per cento del Pil *pro-capite*, con un incremento di 5,2 p.p.. Nello stesso anno, la spesa pubblica per sanità e pensioni per prestazioni rivolte agli ultrasessantacinquenni, rapportata al numero degli attivi (15-64 anni), ammonterà al 38,3 per cento del Pil *pro-capite*, dopo una crescita di 13,1 p.p. Per l'Italia, i corrispondenti valori saranno del 23,9 e del 42,1 per cento, non più i picchi in Ue-15 ma comunque incidenze elevate (*Tavola n. 1*).

Sempre al 2050 (*Tavola n. 2*), nella media Ue-15 la spesa pubblica per sanità e pensioni per prestazioni agli ultrasessantacinquenni, rapportata al numero degli occupati effettivi, ammonterà al 51,5 per cento del Pil *pro-capite*, dopo una crescita di 15,3 p.p.. Il dato equivalente per l'Italia sarà del 62,3 per cento, il secondo più elevato dopo il Portogallo, sebbene dopo una crescita inferiore alla media.

Se ne dovrebbe trarre una forte indicazione per la *policy*. Anche rimanendo all'interno delle proiezioni Ecofin e utilizzando gli scenari *baseline*, senza riforme di struttura si va incontro a cambiamenti radicali nei pesi che gli attivi, e soprattutto gli occupati, dovranno sostenere per finanziare le prestazioni sanitarie e pensionistiche rivolte agli anziani²¹. Se le proiezioni originarie, quelle in rapporto al Pil, sollevano già delle sfide per i *policy maker*, questo punto di vista micro rende ancor più chiare le criticità. Simili aumenti del peso della ripartizione non

¹⁷ Cfr. tavola alla pag. 39.

¹⁸ È la proporzione che emerge da una analisi qualitativa dei profili di spesa sia Ecofin che Ocse.

¹⁹ È la proporzione che emerge da una analisi qualitativa dei profili di spesa sia Ecofin che Ocse. Anche considerando una percentuale inferiore, del 95 per cento, non si verificherebbero cambiamenti significativi (cfr. *infra*).

²⁰ È una approssimazione, dal momento che in alcuni casi l'età media di pensionamento è inferiore a 65 anni. Tuttavia, in prospettiva, l'età dovrebbe innalzarsi per effetto delle riforme già adottate e in corso di svolgimento.

²¹ Si potrebbe osservare che anche gli ultrasessantacinquenni percettori di redditi, *in primis* redditi da pensione, concorrono a finanziare, tramite le imposte su questi redditi, le prestazioni sanitarie e pensionistiche, e che, quindi, il peso sugli attivi e sugli occupati è sovrastimato nelle *Tavole n. 1-2*. È vero, ma, da un lato, non in tutti i Paesi le pensioni sono assoggettate ad imposta personale sui redditi (come invece avviene in Italia) e, dall'altro, i livelli e soprattutto le variazioni dei pesi su attivi/occupati sono di entità tale da confermare comunque le criticità.

potranno realizzarsi *ceteris paribus*, ma produrranno effetti depressivi sull'offerta e sulla domanda di lavoro, sulle scelte di investimento e sulla produttività, in ultima analisi sulla crescita. E la crescita, ovvero la generazione di nuove risorse, è componente essenziale per la sostenibilità del *welfare system* e di flussi redistributivi adeguati alle necessità sia nella portata che nella qualità dell'allocazione.

Ma non ci si può esimere dal chiedersi: che cosa succederebbe se, in luogo dello scenario *Awg reference*, la proiezione della spesa sanitaria fosse quella dell'*upper bound* dell'Ocse? L'ultimo gruppo di colonne nella [Tavola n. 1](#) e nella [Tavola n. 2](#) rispondono a questa domanda. Contando su un sostanziale allineamento delle ipotesi demografiche ed economiche alla base delle proiezioni Ecofin e Ocse, le stesse computazioni descritte in precedenza vengono reiterate sostituendo l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria dello scenario *Awg reference* con quella dello scenario *upper bound* dell'Ocse²².

Nonostante, come si è visto, lo scenario Ocse non possa essere definito estremizzato e irrealistico a parità di *policy*, i pesi su attivi/occupati diventano del tutto insostenibili. Al 2050, la spesa pubblica per sanità e pensioni rapportata alla popolazione residente ammonterebbe, nella media Ue-15, al 27,3 per cento del Pil *pro-capite*, con un incremento di 9,9 p.p. rispetto al 2004. Nello stesso anno, la spesa pubblica per sanità e pensioni per prestazioni rivolte agli ultrasessantacinquenni, rapportata al numero degli attivi (15-64 anni), ammonterebbe al 45,0 per cento del Pil *pro-capite*, dopo una crescita di 19,8 p.p. Per l'Italia, i corrispondenti valori sarebbero del 30,6 e del 48,6 per cento, rispettivamente il secondo e il quarto più elevato in Ue-15 ([Tavola n. 1](#)).

Sempre al 2050 ([Tavola n. 2](#)), nella media Ue-15 la spesa pubblica per sanità e pensioni per prestazioni agli ultrasessantacinquenni, rapportata al numero degli occupati effettivi, ammonterebbe al 60,4 per cento del Pil *pro-capite*, dopo una crescita di 24,2 p.p. rispetto al 2004. Il dato equivalente per l'Italia sarebbe del 71,5 per cento, il terzo più elevato dopo il Portogallo (81,6) e Belgio (74,7).

Senza interventi sulla struttura dei sistemi sanitari e pensionistici, non solo l'Italia ma tutti i Paesi (*bismarkiani* e *beveridgiani*) fronteggeranno sproporzioni crescenti tra i redditi prodotti di anno in anno dagli occupati e le risorse che è necessario prelevare da loro per finanziare le prestazioni alle fasce anziane della popolazione. A queste sproporzioni corrisponderà una scala di funzionamento del *pay-as-you-go*, della ripartizione, che appare non compatibile né con gli incentivi microeconomici alla produzione/produttività, né con relazioni equilibrate e serene tra generazioni di una stessa società. Diverrà sempre più evidente un duplice problema: economico e politico assieme.

²² Si è consapevoli della approssimazione. Ma valga come invito alle Istituzioni a collaborare per rendere possibili confronti incrociati di questo genere, per migliorare sia la trasparenza sia l'utilità dei loro lavori.

Tavola n. 1

<i>peso su chi finanzia la ripartizione</i>	2004					2050 pensioni e sanità <i>baseline</i> Ecofin (per la sanità = <i>Awg reference scenario</i> di Ecofin)					2050 pensioni <i>baseline</i> Ecofin e sanità Ocse (per la sanità = <i>scenario upper bound</i> dell'Ocse)				
	(a) Pil <i>pro-capite</i>	(b) spesa pubblica <i>pro-capite</i> (su tutti i residenti)	<i>ratio</i> (b/a)	(b) spesa pubblica per pensioni e sanità	<i>ratio</i> (b/a)	(a) Pil <i>pro-capite</i>	(b) spesa pubblica <i>pro-capite</i> (su tutti i residenti)	<i>ratio</i> (b/a)	(b) spesa pubblica per pensioni e sanità	<i>ratio</i> (b/a)	(a) Pil <i>pro-capite</i>	(b) spesa pubblica <i>pro-capite</i> (su tutti i residenti)	<i>ratio</i> (b/a)	(b) spesa pubblica per pensioni e sanità	<i>ratio</i> (b/a)
		<i>per pensioni e sanità (complessiva)</i>		<i>rivolta ai 65+, per persona tra 15 e 64 anni</i>			<i>per pensioni e sanità (complessiva)</i>		<i>rivolta ai 65+, per persona tra 15 e 64 anni</i>			<i>per pensioni e sanità (complessiva)</i>		<i>rivolta ai 65+, per persona tra 15 e 64 anni</i>	
Austria	29.011,82	5.599,3	19,3%	7.967,0	27,5%	57.215,77	11.786,4	20,6%	19.454,3	34,0%	57.215,77	14.418,4	25,2%	23.948,4	41,9%
Belgio	27.788,55	4.863,0	17,5%	7.125,1	25,6%	57.775,45	14.443,9	25,0%	23.964,5	41,5%	57.775,45	17.563,7	30,4%	29.105,9	50,4%
Danimarca	36.418,54	6.373,2	17,5%	9.234,3	25,4%	75.470,35	16.226,1	21,5%	27.166,5	36,0%	75.470,35	19.471,4	25,8%	30.722,7	40,7%
Finlandia	29.114,78	4.949,5	17,0%	7.569,5	26,0%	63.561,71	14.809,9	23,3%	25.500,7	40,1%	63.561,71	16.653,2	26,2%	27.530,6	43,3%
Francia	27.585,58	5.737,8	20,8%	8.519,7	30,9%	57.461,02	14.250,3	24,8%	23.644,7	41,1%	57.461,02	16.721,2	29,1%	27.764,2	48,3%
Germania	26.770,05	4.925,7	18,4%	7.032,7	26,3%	56.488,82	12.597,0	22,3%	21.110,0	37,4%	56.488,82	15.195,5	26,9%	26.181,6	46,3%
Grecia	<i>n. d.</i>														
Irlanda	36.423,31	3.860,9	10,6%	5.445,0	14,9%	96.401,43	18.894,7	19,6%	30.976,6	32,1%	96.401,43	25.064,4	26,0%	40.990,3	42,5%
Italia	23.896,80	5.137,8	21,5%	7.442,7	31,1%	48.083,05	11.491,8	23,9%	20.286,2	42,2%	48.083,05	14.713,4	30,6%	23.357,9	48,6%
Olanda	30.076,76	4.301,0	14,3%	6.111,5	20,3%	61.373,09	12.090,5	19,7%	18.928,4	30,8%	61.373,09	14.852,3	24,2%	23.240,2	37,9%
Portogallo	13.695,44	2.506,3	18,3%	3.575,2	26,1%	28.712,35	8.039,5	28,0%	13.936,6	48,5%	28.712,35	10.279,0	35,8%	17.632,9	61,4%
Spagna	19.595,42	2.978,5	15,2%	4.182,7	21,3%	39.185,24	9.678,8	24,7%	17.235,5	44,0%	39.185,24	11.207,0	28,6%	19.939,7	50,9%
Svezia	31.929,10	6.737,0	21,1%	9.967,1	31,2%	76.628,98	18.697,5	24,4%	30.003,2	39,2%	76.628,98	18.391,0	24,0%	29.425,3	38,4%
Regno Unito	29.142,58	4.254,8	14,6%	6.171,1	21,2%	64.560,14	12.460,1	19,3%	19.975,0	30,9%	64.560,14	13.880,4	21,5%	22.259,3	34,5%
media			17,4%		25,2%			22,9%		38,3%			27,3%		45,0%

fonte: elaborazioni Cerm su Ecofin e Ocse

Tavola n. 2

	2004					2050 pensioni e sanità <i>baseline</i> Ecofin (per la sanità = <i>Awg reference scenario</i> di Ecofin)					2050 pensioni <i>baseline</i> Ecofin e sanità Ocse (per la sanità = <i>scenario upper bound</i> dell'Ocse)				
	(a) Pil <i>pro-capite</i>	(b) spesa pubblica <i>pro-capite</i> (su tutti i residenti)	<i>ratio</i> (b/a)	(b) spesa pubblica per pensioni e sanità <i>rivolta ai</i> 65+, per occupato	<i>ratio</i> (b/a)	(a) Pil <i>pro-capite</i>	(b) spesa pubblica <i>pro-capite</i> (su tutti i residenti)	<i>ratio</i> (b/a)	(b) spesa pubblica per pensioni e sanità <i>rivolta ai</i> 65+, per occupato	<i>ratio</i> (b/a)	(a) Pil <i>pro-capite</i>	(b) spesa pubblica <i>pro-capite</i> (su tutti i residenti)	<i>ratio</i> (b/a)	(b) spesa pubblica per pensioni e sanità <i>rivolta ai</i> 65+, per occupato	<i>ratio</i> (b/a)
		<i>per pensioni e sanità (complessiva)</i>					<i>per pensioni e sanità (complessiva)</i>					<i>per pensioni e sanità (complessiva)</i>			
<i>peso su chi finanzia la ripartizione</i>															
Austria	29.011,82	5.599,3	19,3%	8.534,9	29,4%	57.215,77	11.786,4	20,6%	24.955,7	43,6%	57.215,77	14.418,4	25,2%	30.778,3	53,8%
Belgio	27.788,55	4.863,0	17,5%	11.471,0	41,3%	57.775,45	14.443,9	25,0%	35.507,1	61,5%	57.775,45	17.563,7	30,4%	43.157,7	74,7%
Danimarca	36.418,54	6.373,2	17,5%	12.037,4	33,1%	75.470,35	16.226,1	21,5%	34.230,2	45,4%	75.470,35	19.471,4	25,8%	42.592,6	56,4%
Finlandia	29.114,78	4.949,5	17,0%	10.894,7	37,4%	63.561,71	14.809,9	23,3%	33.623,9	52,9%	63.561,71	16.653,2	26,2%	36.352,2	57,2%
Francia	27.585,58	5.737,8	20,8%	12.996,3	47,1%	57.461,02	14.250,3	24,8%	33.582,4	58,4%	57.461,02	16.721,2	29,1%	36.407,4	63,4%
Germania	26.770,05	4.925,7	18,4%	10.438,4	39,0%	56.488,82	12.597,0	22,3%	28.073,7	49,7%	56.488,82	15.195,5	26,9%	34.596,2	61,2%
Grecia	<i>n. d.</i>														
Irlanda	36.423,31	3.860,9	10,6%	7.880,2	21,6%	96.401,43	18.894,7	19,6%	40.506,2	42,0%	96.401,43	25.064,4	26,0%	53.553,2	55,6%
Italia	23.896,80	5.137,8	21,5%	12.581,2	52,6%	48.083,05	11.491,8	23,9%	29.943,3	62,3%	48.083,05	14.713,4	30,6%	34.398,2	71,5%
Olanda	30.076,76	4.301,0	14,3%	8.079,7	26,9%	61.373,09	12.090,5	19,7%	23.806,9	38,8%	61.373,09	14.852,3	24,2%	29.242,3	47,6%
Portogallo	13.695,44	2.506,3	18,3%	5.115,5	37,4%	28.712,35	8.039,5	28,0%	18.642,0	64,9%	28.712,35	10.279,0	35,8%	23.419,0	81,6%
Spagna	19.595,42	2.978,5	15,2%	6.693,2	34,2%	39.185,24	9.678,8	24,7%	23.492,0	60,0%	39.185,24	11.207,0	28,6%	27.178,0	69,4%
Svezia	31.929,10	6.737,0	21,1%	13.349,6	41,8%	76.628,98	18.697,5	24,4%	37.989,3	49,6%	76.628,98	18.391,0	24,0%	37.174,5	48,5%
Regno Unito	29.142,58	4.254,8	14,6%	8.336,2	28,6%	64.560,14	12.460,1	19,3%	25.933,5	40,2%	64.560,14	13.880,4	21,5%	28.919,0	44,8%
media			17,4%		36,2%			22,9%		51,5%			27,3%		60,4%

fonte: elaborazioni Cerm su Ecofin e Ocse

Se le precedenti tavole adottano il punto di vista di “chi paga”, le successive quattro approfondiscono quello di “chi riceve”. Questa volta ci si concentra unicamente sullo scenario *Awg reference* di Ecofin e sul loro anno base, il 2004. L’esercizio si propone, dunque, come una verifica della coerenza interna dell’*Awg reference scenario*, senza alcuna ibridazione con Ocse.

Nel 2004, secondo la [Tavola n. 3](#), la spesa pubblica per pensioni e sanità per prestazioni a favore degli ultrasessantacinquenni, rapportata al numero di ultrasessantacinquenni (*i.e.* la prestazione *pro-capite* che loro ricevono), ammonta, nella media Ue-15, a poco meno del 92 per cento del Pil *pro-capite*. In Italia, ad oltre il 100,5 per cento: tramite il canale della ripartizione, ogni 65+ ha accesso a risorse maggiori di quelle che in media spettano ad ogni cittadino.

La [Tavola n. 4](#) si differenzia per il sol fatto che, nell’ipotesi di attribuzione della spesa sanitaria *long-term*, si sceglie che una quota pari al 95 per cento, invece del 99, si concretizzi in prestazioni a favore dei 65+. Il corrispondente valore per l’Ue-15 diviene poco inferiore al 90 per cento, mentre per l’Italia poco superiore al 99 per cento.

Sono quote molto alte, che già nel 2004 segnalano una scala critica di funzionamento del *pay-as-you-go*, della ripartizione dedicata al finanziamento della sanità e delle pensioni. Si consideri (*cfr.* Kotlikoff, 2008) che negli Stati Uniti le risorse dedicate dallo Stato ad ogni ultrasessantacinquenne, attraverso *Medicaid*, *Medicare*, pensioni pubbliche e tutto il complesso dei programmi di sicurezza sociale, ammontano mediamente al 79 per cento del Pil *pro-capite*, e questo valore è proiettato in aumento all’88 per cento nel 2020, al 91 nel 2030, e al 106 nel 2050. Tali livelli sono già percepiti come forieri di distorsioni e disincentivi al lavoro e alla produzione, con ricadute negative sul quello sviluppo economico che va visto strumentale al perseguimento di finalità redistributive ed equitative. Dalla [Tavola n. 3](#) emerge come in Ue-15 il sovraccarico della ripartizione si attesti già oggi a livelli che gli Stati Uniti prevedono di raggiungere, senza interventi di *policy*, tra il 2020 e il 2030.

La [Tavola n. 5](#) e la [Tavola n. 6](#) replicano le stesse computazioni delle due precedenti tavole, ma con *focus* sulla sola spesa sanitaria. Nel 2004, secondo la [Tavola n. 5](#), la spesa pubblica per sanità per prestazioni a favore degli ultrasessantacinquenni, rapportata al numero di ultrasessantacinquenni (*i.e.* la prestazione *pro-capite* che loro ricevono), ammonta, nella media Ue-15, a quasi il 30 per cento del Pil *pro-capite*. In Italia, al 26,2 per cento. Nell’ipotesi che il 95 per cento della spesa sanitaria *long-term* si concretizzi in prestazioni a favore dei 65+, il corrispondente valore per l’Ue-15 diviene poco superiore al 27 per cento, mentre per l’Italia poco al di sopra del 25 per cento. Sono gli unici casi, tra quelli presi in esame, in cui l’Italia si colloca al di sotto della media. Segno che oggi l’*overreliance* sulla ripartizione passa, in Italia, soprattutto attraverso il sistema pensionistico. Oggi, perché, nelle prossime decadi, al peso delle pensioni che si stabilizzeranno ad 14 per cento del Pil comunque troppo elevato²³, si aggiungerà il peso crescente della sanità, la voce da cui ci si deve attendere le dinamiche potenziali più forti e più difficili da governare.

²³ Cfr. Pammolli F. e N. C. Salerno (2008), “Sostenibilità e adeguatezza del modello di welfare - società ed economia camminano e il welfare resta fermo”, Nota Cerm n. 1-2008.

Tavola n. 4 (variante di Tavola n. 3, *cfr.* testo)

	2004 Awg-Ecofin				
	(a) Pil pro-capite	(b) spesa pubblica pro-capite (su tutti i residenti) per pensioni e sanità (complessiva)	ratio (b/a)	(b) spesa pubblica per pensioni e sanità rivolta ai 65+, per persona di età 65+	ratio (b/a)
<i>dal lato di chi riceve le prestazioni</i>					
Austria	29.011,82	5.599,3	19,3%	31.345,7	108,0%
Belgio	27.788,55	4.863,0	17,5%	23.862,8	85,9%
Danimarca	36.418,54	6.373,2	17,5%	34.414,3	94,5%
Finlandia	29.114,78	4.949,5	17,0%	28.479,7	97,8%
Francia	27.585,58	5.737,8	20,8%	29.480,4	106,9%
Germania	26.770,05	4.925,7	18,4%	23.439,4	87,6%
Grecia	<i>n. d.</i>				
Irlanda	36.423,31	3.860,9	10,6%	24.741,5	67,9%
Italia	23.896,80	5.137,8	21,5%	23.690,2	99,1%
Olanda	30.076,76	4.301,0	14,3%	24.330,9	80,9%
Portogallo	13.695,44	2.506,3	18,3%	12.428,2	90,7%
Spagna	19.595,42	2.978,5	15,2%	14.409,6	73,5%
Svezia	31.929,10	6.737,0	21,1%	33.279,4	104,2%
Regno Unito	29.142,58	4.254,8	14,6%	20.551,6	70,5%
media			17,4%		89,8%

fonte: elaborazioni Cerm su Ecofin e Ocse

Tavola n. 3

	2004 Awg-Ecofin				
	(a) Pil pro-capite	(b) spesa pubblica pro-capite (su tutti i residenti) per pensioni e sanità (complessiva)	ratio (b/a)	(b) spesa pubblica per pensioni e sanità rivolta ai 65+, per per persona di età 65+	ratio (b/a)
<i>dal lato di chi riceve le prestazioni</i>					
Austria	29.011,82	5.599,3	19,3%	31.769,9	109,5%
Belgio	27.788,55	4.863,0	17,5%	24.301,3	87,5%
Danimarca	36.418,54	6.373,2	17,5%	35.168,9	96,6%
Finlandia	29.114,78	4.949,5	17,0%	29.005,9	99,6%
Francia	27.585,58	5.737,8	20,8%	30.003,1	108,8%
Germania	26.770,05	4.925,7	18,4%	23.832,2	89,0%
Grecia	<i>n. d.</i>				
Irlanda	36.423,31	3.860,9	10,6%	25.482,7	70,0%
Italia	23.896,80	5.137,8	21,5%	24.030,4	100,6%
Olanda	30.076,76	4.301,0	14,3%	24.886,4	82,7%
Portogallo	13.695,44	2.506,3	18,3%	12.651,1	92,4%
Spagna	19.595,42	2.978,5	15,2%	14.700,1	75,0%
Svezia	31.929,10	6.737,0	21,1%	34.030,3	106,6%
Regno Unito	29.142,58	4.254,8	14,6%	21.110,2	72,4%
media			17,4%		91,6%

Tavola n. 6 (variante di Tavola n. 5, cfr. testo)

	2004 Awg-Ecofin				
	(a) Pil pro-capite	(b) spesa pubblica pro-capite (su tutti i residenti) per sanità (complessiva)	ratio (b/a)	(b) spesa pubblica per sanità rivolta ai 65+, per persona di età 65+	ratio (b/a)
<i>dal lato di chi riceve le prestazioni</i>					
Austria	29.011,82	1.711,7	5,9%	6.264,5	21,6%
Belgio	27.788,55	1.973,0	7,1%	6.962,1	25,1%
Danimarca	36.418,54	2.913,5	8,0%	11.194,5	30,7%
Finlandia	29.114,78	2.125,4	7,3%	8.509,9	29,2%
Francia	27.585,58	2.206,8	8,0%	7.549,0	27,4%
Germania	26.770,05	4.925,7	18,4%	6.485,1	24,2%
Grecia	n. d.				
Irlanda	36.423,31	2.149,0	5,9%	9.319,0	25,6%
Italia	23.896,80	1.744,5	7,3%	6.016,5	25,2%
Olanda	30.076,76	1.985,1	6,6%	7.548,9	25,1%
Portogallo	13.695,44	986,1	7,2%	3.379,4	24,7%
Spagna	19.595,42	1.293,3	6,6%	4.438,0	22,6%
Svezia	31.929,10	3.352,6	10,5%	13.602,2	42,6%
Regno Unito	29.142,58	2.331,4	8,0%	8.530,3	29,3%
media			8,2%		27,2%

fonte: elaborazioni Cerm su Ecofin e Ocse

Tavola n. 5

	2004 Awg-Ecofin				
	(a) Pil pro-capite	(b) spesa pubblica pro-capite (su tutti i residenti) per sanità (complessiva)	ratio (b/a)	(b) spesa pubblica per sanità rivolta ai 65+, per persona di età 65+	ratio (b/a)
<i>dal lato di chi riceve le prestazioni</i>					
Austria	29.011,82	1.711,7	5,9%	6.688,7	23,1%
Belgio	27.788,55	1.973,0	7,1%	7.400,7	26,6%
Danimarca	36.418,54	2.913,5	8,0%	11.949,0	32,8%
Finlandia	29.114,78	2.125,4	7,3%	9.036,2	31,0%
Francia	27.585,58	2.206,8	8,0%	8.071,8	29,3%
Germania	26.770,05	4.925,7	18,4%	6.877,8	25,7%
Grecia	n. d.				
Irlanda	36.423,31	2.149,0	5,9%	10.060,2	27,6%
Italia	23.896,80	1.744,5	7,3%	6.356,7	26,6%
Olanda	30.076,76	1.985,1	6,6%	8.104,4	26,9%
Portogallo	13.695,44	986,1	7,2%	3.602,3	26,3%
Spagna	19.595,42	1.293,3	6,6%	4.728,5	24,1%
Svezia	31.929,10	3.352,6	10,5%	14.353,0	45,0%
Regno Unito	29.142,58	2.331,4	8,0%	9.088,8	31,2%
media			8,2%		28,9%

Riepilogo e indicazioni per la *policy*

Sono già disponibili in versione preliminare le nuove proiezioni (il terzo *round*) di lungo termine della spesa *age-related* (pensioni, sanità, indennità di disoccupazione, istruzione) elaborate dal Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione del Comitato di Politica Economica di Ecofin. In attesa che il lavoro venga ufficialmente diffuso al pubblico, è utile fare un passo indietro, per porsi tre domande che preparano ad una lettura attenta del nuovo *report* Awg-Ecofin: (1) Quali valori emergerebbero se le precedenti proiezioni Awg, rilasciate nel 2006, fossero tradotte da incidenze sul Pil in rapporti tra grandezze *pro-capite*?; (2) A quali differenze nella scelta delle ipotesi è riconducibile la significativa differenza che è emersa tra le proiezioni di Awg-2006 sulla sanità e quelle sempre nel 2006 elaborate dall'Ocse?; (3) Se per progettare le riforme di struttura è importante disporre di *benchmark* che indichino l'ordine di grandezza della crescita tendenziale potenziale della spesa, quali, tra i vari scenari rinvenibili nei lavori del 2006, possono essere giudicati più rispondenti allo scopo? Sono tre domande che, nonostante l'ampio divario nelle forchette di proiezione tra Awg e Ocse, sono sinora rimaste eluse. La Nota cerca di rispondere a queste domande, focalizzando l'attenzione sulle due voci più importanti della spesa pubblica per *welfare*: la sanità e le pensioni.

Se le proiezioni di lungo termine della spesa pubblica per sanità e pensioni, sviluppate nel 2006 da Ecofin nel secondo *round* di lavori del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione, sono tradotte in termini di flussi di trasferimento di risorse dagli attivi/occupati alle fasce anziane, emerge con chiarezza la necessità di un ripensamento della struttura sia del sistema sanitario che di quello pensionistico.

Portando alle logiche conseguenze lo scenario *baseline* di Ecofin, risulta che nel 2050 ogni occupato dovrà corrispondere, per finanziare le prestazioni sanitarie e pensionistiche dedicate agli ultrasessantacinquenni, un ammontare pari al 62,3 per cento del Pil *pro-capite* in Italia, e pari al 51,5 nella media Ue-15. Si tratta di soglie critiche nel funzionamento del *pay-as-you-go* che finanzia sanità e pensioni. Lo spostamento di risorse tra persone e generazioni, messo in atto anno per anno dal *pay-as-you-go*, finirebbe per generare distorsioni nelle scelte di lavoro, investimento e produzione, con conseguenze depressive sull'economia e destabilizzanti per il clima sociale. Ma il *baseline* Ecofin non riesce a cogliere l'intero potenziale di crescita che la spesa sanitaria potrà far registrare nel medio-lungo termine.

Le proiezioni sanitarie dell'Ocse diffuse nel 2006, partendo da ipotesi demografiche e macroeconomiche sufficientemente allineate ad Ecofin ma distinguendosi per il maggior rilievo dato a fattori *extra* demografici che incideranno sulla spesa (avanzamento scientifico-tecnologico, pressioni specifiche dal lato della domanda, allargamento del *basket* di consumo, effetto "Baumol"), descrivono incidenze sul Pil che nel 2050 arrivano addirittura a raddoppiarsi o a più che raddoppiarsi. Se, assieme a quelle delle pensioni, si tiene conto di queste proiezioni sanitarie, allora il peso su ogni occupato è destinato, senza interventi di *policy*, a superare il 71 per cento del Pil *pro-capite* in Italia e il 60 in Ue-15. E, come si è argomentato nella Nota, le proiezioni dell'Ocse non possono esser viste come estremizzate ma, anzi, sono probabilmente quelle più adatte a fornire ordini di grandezza della dinamica potenziale della spesa senza interventi correttivi della *policy*. A configurare, dunque, le difficoltà che il *policy maker* si troverà a fronteggiare, senza dare per scontato alcun meccanismo di smorzamento delle pressioni di spesa di cui lo stesso *policy maker* non sia

chiamato espressamente all'assunzione di responsabilità.

Scenari insostenibili, se si pensa che gli avanzi primari di bilancio pubblico necessari a ricondurre/mantenere il debito pubblico sotto il 60 per cento del Pil al 2050 (l'indicatore S1 utilizzato dalla Commissione Europea), o a soddisfare il vincolo di bilancio su un orizzonte infinito (l'indicatore S2), dovrebbero, per compensare la dinamica della spesa, posizionarsi stabilmente su valori compresi tra il 7 e l'11-12 per cento a seconda dei Paesi, così ingessando completamente la politica annuale di bilancio²⁴. Dietro requisiti così anomali sugli avanzi dovrebbero esserci o compressioni irrealistiche delle altre voci di spese a carico del bilancio pubblico, oppure un aumento della pressione fiscale e contributiva altrettanto irrealizzabile.

Quali indicazioni generali si possono trarre, dal confronto Ecofin-Ocse e dai numeri presentati, sul piano di politica economica? Sono tre i gruppi di considerazioni più significative:

1. Innanzi tutto, non deve apparire in nessun modo un attacco al finanziamento a ripartizione in quanto tale, e men che meno al sistema sanitario universale o al *welfare system*. Sarebbe un errore grave, che impedirebbe di considerare apertamente e senza pregiudizi ideologici le criticità cui sono esposti gli attuali modelli organizzativi del *welfare system*.
2. L'attenzione e il dibattito dovrebbero muovere da numeri come quelli presentati nella Nota, per studiare le soluzioni più adatte in un'ottica riformista che abbia come finalità, non già la messa in discussione delle funzioni essenziali ed irrinunciabili degli istituti del *welfare system*, ma il loro ammodernamento e rafforzamento per gli anni a venire. Se l'invecchiamento della popolazione, congiuntamente all'ampliamento delle prestazioni e ad una richiesta sempre più diffusa di cure e di benessere, renderà insostenibile il finanziamento con ripartizione sui redditi degli attivi, è necessario intervenire prima che il sistema si "spenga" da solo. Diversificazione multipilastro e universalismo selettivo appaio passaggi ineludibili, e il dibattito dovrebbe acquisire e condividere questa necessità, per potersi dedicare ad approfondire i tempi e i modi per lo sviluppo del canale di finanziamento privato a capitalizzazione, e per l'adozione di schemi di selettività in grado di bilanciare l'obiettivo redistributivo-equitativo con quello dell'efficienza e della responsabilità nell'accesso alle prestazioni²⁵.
3. Da ultimo, una indicazione sugli esercizi di proiezione, soprattutto quelli svolti da Istituzioni e Osservatori internazionali. Questi lavori hanno un ruolo fondamentale nell'indirizzare il *policy maker* sugli snodi più critici, e nell'assisterlo nella formulazione tempestiva di soluzioni che siano all'altezza e percorribili. Sarebbe auspicabile che si adottasse una sorta di "codice di condotta", con l'impegno a dare la massima trasparenza a tutti gli esercizi di proiezione, corredandoli del dettaglio delle ipotesi sottostanti, e permettendo la replicabilità degli scenari con ipotesi diverse, anche attraverso la *disclosure* dei modelli o la disponibilità a sviluppare scenari nuovi su qualificata richiesta. Se così fosse, confronti e elaborazioni come quelli contenuti in

²⁴ Cfr. Pammolli F., M. Bambi e N. C. Salerno (2008), "La sostenibilità di medio-lungo termine delle finanze pubbliche: il 'rischio sanità' sui Partner UE", Editoriale Cerm n. 2-2008.

²⁵ Su queste tematiche, cfr. Pammolli F. e N. C. Salerno (2008), "La sanità in Italia", ed. Arel – il Mulino. Degli stessi autori cfr. anche: "Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare", Nota Cerm n. 3-2008; "Il sistema pensionistico: quale riforma?", sta in "La riforma del welfare – Dieci anni dopo la 'Commissione Onofri'", Guerzoni L. (2008, a cura di); "I livelli essenziali di assistenza, la regolazione e la riforma multipilastro", sta in "La sanità in Italia – Qualità del servizio e sostenibilità finanziaria", Pedone A. (2008, a cura di).

questa Nota potrebbero avvenire in maniera metodica e senza dover ricorrere ad approssimazioni, a vantaggio della comprensione dei fenomeni e della diffusione di consapevolezza.

Su quest'ultimo punto, Ecofin e Ocse potrebbero dare l'esempio. Sarebbe utilissimo incrociare le ipotesi, e verificare quali risultati offrono le proiezioni Ecofin alimentate con le ipotesi Ocse e viceversa. Aiuterebbe a far convergere il dibattito sulle differenze effettivamente rilevanti. Cerm, nel frattempo, si impegna a replicare le computazioni contenute in questa Nota anche per la nuova *release* di proiezioni di Ecofin (la terza *release*): sia la rassegna dettagliata delle ipotesi, sia la traduzione del profilo di incidenza sul Pil della spesa aggregata in flussi e variazione di flussi di risorse tra cittadini, attivi, occupati e appartenenti a generazioni diverse. In attesa che magari anche l'Ocse rinnovi le sue proiezioni, e che tra due Istituzioni così importanti nel panorama europeo e internazionale si sviluppi un confronto più aperto e costruttivo, per la migliore comprensione delle sfide che ci attendono.

1° Maggio 2009

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

Principali riferimenti

Burniaux J. M. et al. (2003), *“Coping with ageing: a dynamic approach to quantify the impact of alternative policy options on future labour supply in Oecd Countries”*, Oecd Economic Department Working Papers n. 271.

Commissione Europea (2006), *“European Economy”*, special report n. 1-2006 (con Appendici)

Commissione Europea (2007), *“Public Finances in EMU – 2007”* (e altre edizioni)

Commissione Europea (2009), *“2009 Ageing Report”*, sta in *“European Economy”* n. 2-2009 (provisional version)

Kotlikoff L. J. (2008), *“The health care fix”*, the MIT Press

Ocse (2006), *“Projecting Oecd health care and long term care expenditures: what are the main drivers?”*, ECO/WKP(2006)5

CERM - *Competitività, Regolazione, Mercati*
Via G. Poli n. 29
00187 ROMA, Italy
Tel.: 06 - 69.19.09.42
Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it
cermlab@cermlab.it

Competitività
Regolazione
Mercati
CERM

CERM pubblica

Note, Quaderni e Rapporti



FR - Finanza Pubblica & Riforme | **LR** - Liberalizzazioni & Regolazione | **IP** - Innovazione & Produttività