

Scenari Transatlantici a Confronto

I Sistemi Sanitari

Italia, Europa, Us

Così diversi all'origine così simili all'arrivo?

In 13 fatti stilizzati
passato, presente e futuro
dei sistemi sanitari occidentali

di Nicola C. Salerno

Indice

Introduzione

Evidenza da base dati Ocse

Evidenza da base dati Health for All

Dallo storico alle proiezioni a medio-lungo

Conclusioni

©® Reforming 2013-2014

Introduzione

Le serie storiche accumulate dal Dopoguerra ad oggi, ormai lunghe più di quarant'anni, permettono oggi di rispondere alla domanda: I sistemi dei Partner europei, e i due modelli europeo e statunitense, sono rimasti distanti, impenetrabili e “fedeli alla loro ricetta”, o c'è stata qualche simbiosi con convergenze dell'uno sull'altro?

Una prospettiva nuova di analizzare le serie storiche, dopo che tanto lavoro è stato dedicato, nella letteratura teorica ed empirica, a cogliere le differenze tra sistemi, riconoscendone anche la diversa ispirazione politica (più socialdemocratica nel suo complesso quella europea, più liberale e liberista quella Us) e, a valle di questa, pregi e difetti su un fronte e sull'altro.

Questo lavoro unisce l'analisi dello storico con l'analisi delle proiezioni a medio lungo periodo della spesa sanitaria. Così il confronto può spaziare lungo un secolo, dal 1960 al 2060.

Si riconoscono numerose convergenze, o meglio tendenze convergenti, all'interno dell'Europa e tra l'Europa e gli Us. In alcuni casi si può supporre che esse derivino dalla condivisione, pur lenta, di *best practice* o di soluzioni a problemi comuni o simili (si pensi a certe proporzioni interne tra sottocapitoli di spesa).

Ma a dire il vero la spinta convergente più forte sembra venire da un problema non risolto: dalle dinamiche stesse dei fabbisogni e della spesa e dalle criticità che ne derivano. Una convergenza, si potrebbe dire, “in negativo”, frutto di debolezze strutturali che su entrambi i fronti stanno dimostrando la presenza di insufficienze nelle istituzioni e negli strumenti attuali.

Le dinamiche di spesa hanno, sul fronte europeo, fatto aumentare la spesa privata e in particolare quella di natura *out-of-pocket*, o alimentato “strozzature” negli impianti d'offerta universale di prestazioni; sul fronte Us le dinamiche di spesa hanno già da tempo stimolato un maggior intervento pubblico, a tal punto che ormai le risorse pubbliche che gli Us destinano alla sanità hanno superato quelle impiegate dall'Europa e si sommano alle ingenti risorse private.

Sia i sistemi a prevalenza pubblica che quelli a prevalenza privata, sia i Paesi Europei che gli Us, dovranno fronteggiare pressioni crescenti della spesa sanitaria, non sostenibili dal *pay-as-you-go* pubblico cui adesso si affidano i Partner europei, e non sostenibili neppure dalle coperture assicurative cui oggi si affidano in larga misura gli Stati Uniti. Su entrambi i fronti, il punto debole è e sarà sempre più l'eccessivo ricorso alla ripartizione dei costi, sia nella sua manifestazione nell'alveo pubblico come *pay-as-you-go* (*bismarkiano* o *beveridgiano* non fa differenza), sia nella sua manifestazione nell'alveo privato come pooling assicurativo.

Le tendenze di spesa hanno fatto passare in secondo piano le diverse qualità originarie dei sistemi. E, se si spinge l'occhio al medio-lungo periodo, è questa la grande sfida comune all'Italia, all'Europa, agli Us.

Il lavoro è suddiviso in quattro parti / capitoli:

1. la prima parte offre una panoramica sui dati di fonte Ocse (spesa sanitaria pubblica, privata, corrente, capitale; spesa farmaceutica; *coverage*...);
2. la seconda parte utilizza il *dataset* di Health for All per arricchire le evidenze tratte nella prima parte;
3. nella terza parte si passa dall'analisi dello storico alla analisi delle proiezioni di spesa nel medio-lungo termine, con la stessa lente adottata per lo storico (cogliere differenze e similitudini tra Italia, Europa e Us);
4. la quarta e ultima parte è un sintetico riepilogo che richiama l'attenzione sul problema di fondo che funziona e funzionerà sempre più come attrattore dei sistemi sanitari, ovvero la dinamica della spesa che rende problematico il reperimento di sufficienti risorse.

Novembre 2014

nicola c. salerno¹

¹ Il lavoro è stato realizzato durante il biennio di trascorso da Nicola C. Salerno come senior economist in Eiopa (Francoforte sul Meno). Salerno è esperto di tematiche di welfare e fondatore Reforming.it (www.reforming.it).

Evidenza da base dati Ocse

Dal Dopoguerra ad oggi, dappertutto nei Paesi ad economia e welfare sviluppati la vita umana si è allungata. In Italia, tra il 1960 e il 2011, la vita attesa alla nascita è cresciuta di 13 anni per le donne e solo poco meno per gli uomini (12,9). Una percentuale significativa dei nuovi anni si è realizzata tra il 1990 e il 2011, sottolineando una tendenza che non si è affievolita nel tempo. Corrispondentemente, sempre tra il 1960 e il 2011 la vita attesa a 65 anni è cresciuta di 7,3 anni per le donne e di 5,4 per gli uomini con oltre la metà dell'incremento realizzatosi dopo il 1990.

In Ue-15 l'allungamento è stato un po' più contenuto rispetto all'Italia, ma ugualmente significativo. Tra il 1960 e il 2011, la vita attesa alla nascita è cresciuta di 11,1 anni sia per le donne che per gli uomini; con circa la metà dell'incremento realizzata tra il 1990 e il 2011. Sullo stesso arco di tempo, la vita attesa a 65 anni è cresciuta di 6,7 anni per le donne e di 5,4 per gli uomini, anche in questo caso seguendo un trend che non ha mostrato, almeno sinora, nessun rallentamento.

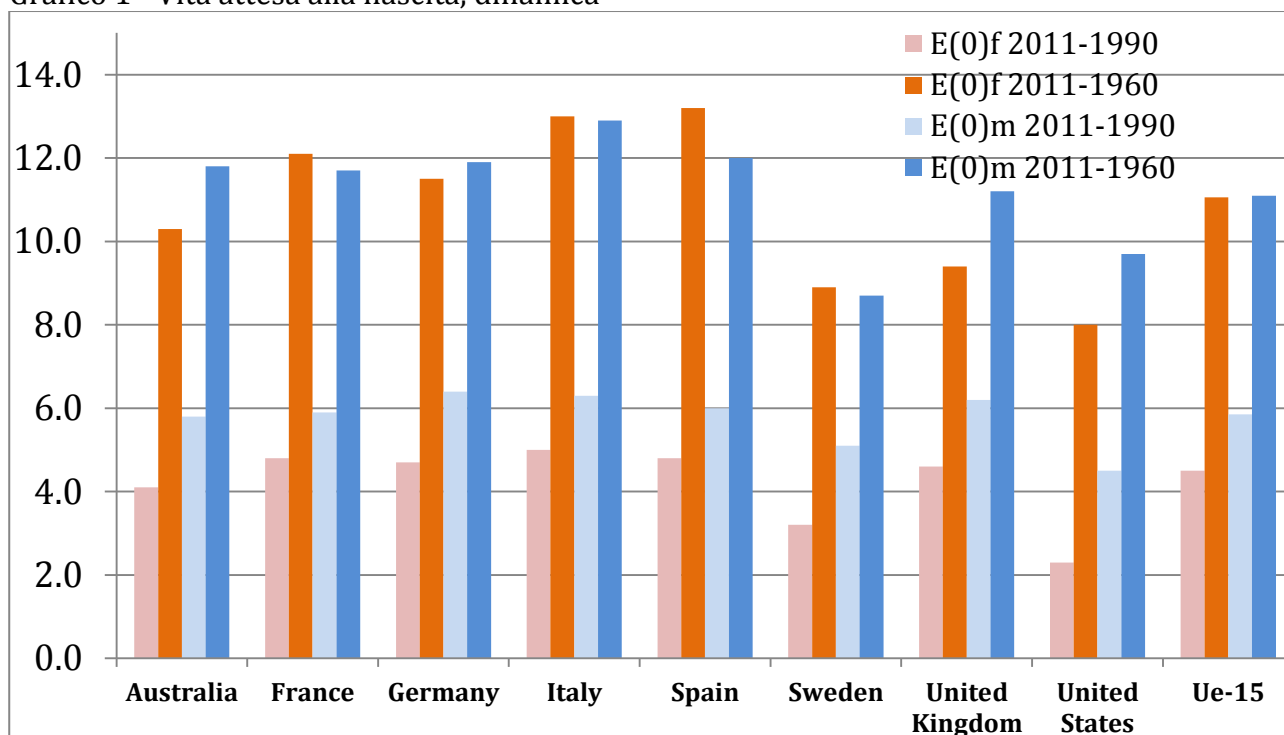
Gli Stati Uniti si collocano un po' al di sotto della media Ue-15,. Tra il 1960 e il 2011, la vita attesa alla nascita è cresciuta di 8 anni per le donne e 9,7 per gli uomini. La differenza rispetto alla media Europa non è solo nella dimensione dell'allungamento. In Us l'aspettativa di vita degli uomini è cresciuta più di quella delle donne (l'inverso in Europa) e, soprattutto, la proporzione guadagnata dal 1990 in poi è meno rilevante che in Europa. Le stesse osservazioni possono esser ripetute per la vita attesa a 65 anni: tra il 1960 e il 2011 è aumentata di 4,6 anni per le donne e 5 anni per gli uomini e i guadagni realizzati dopo il 1990 sono in proporzione più contenuti che in Europa.

Al di là di queste differenze - su cui incidono tanti fattori che vanno dalle abitudini di vita, al clima, allo sviluppo economico, alla qualità del welfare, etc. – il quadro che si evince dal Grafico 1, dal Grafico 2 e dalla Tavola 1 è di un ritmo di allungamento quasi “miracoloso”, di 1 anno ogni 5 guadagnato alla nascita e di quasi mezzo anno ogni 5 anni guadagnato (se si considera una media complessiva di tutti i Paesi Ocse). Europa e Stati Uniti partecipano pienamente di questa dinamica positiva.

Un'altra prospettiva da cui osservare l'allungamento della vita è offerto dalla caduta dei tassi di mortalità infantile, nel Grafico 3. In Europa si sono ridotti a meno di 1/6 rispetto al 1960, e della stessa entità è stato l'abbattimento negli Stati Uniti. L'Italia fa registrare il taglio più netto, con una riduzione, tra il 1960 e il 2011, a meno di 1/8.

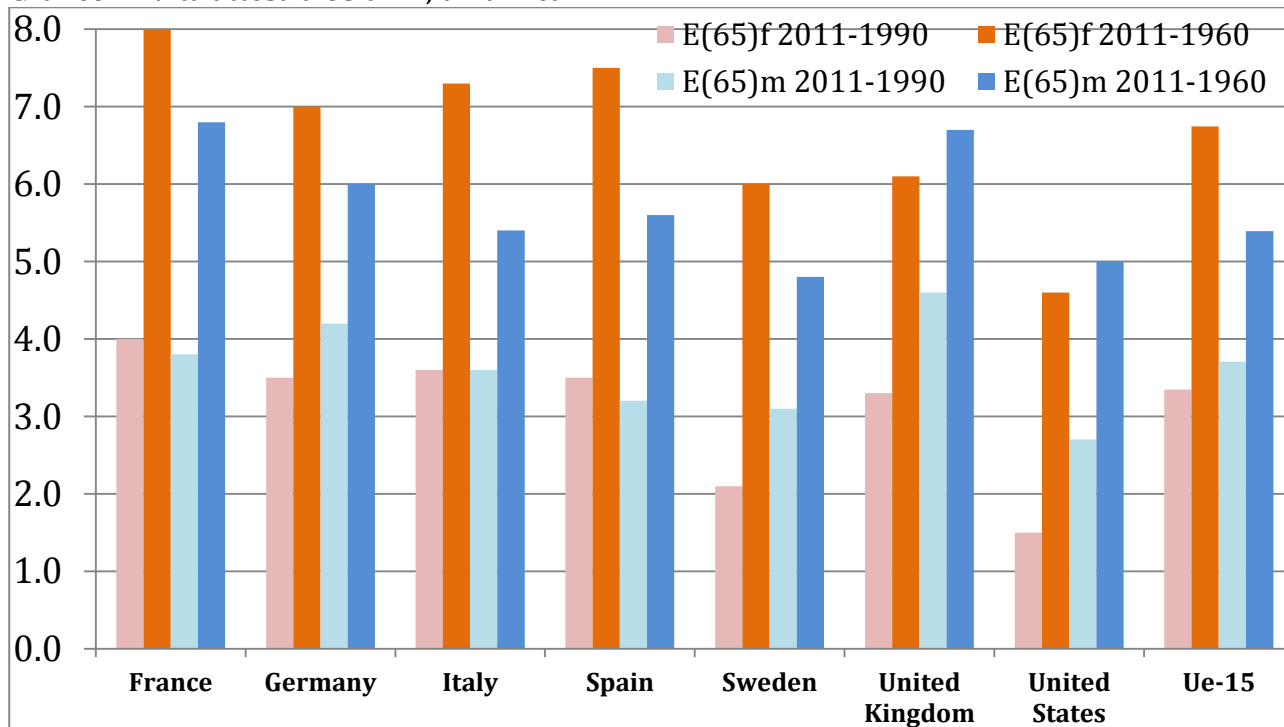
Sullo sfondo di questa “corsa” al rialzo della vita umana di cui sia Europa che Stati Uniti stanno beneficiando, ci sono i sistemi di welfare e, in particolare, si collocano i sistemi sanitari, indubbi protagonisti dei miglioramenti di salute e di qualità della vita.

Grafico 1 - Vita attesa alla nascita, dinamica



fonte: elab. Reforming su Ocse

Grafico 2- Vita attesa a 65 anni, dinamica



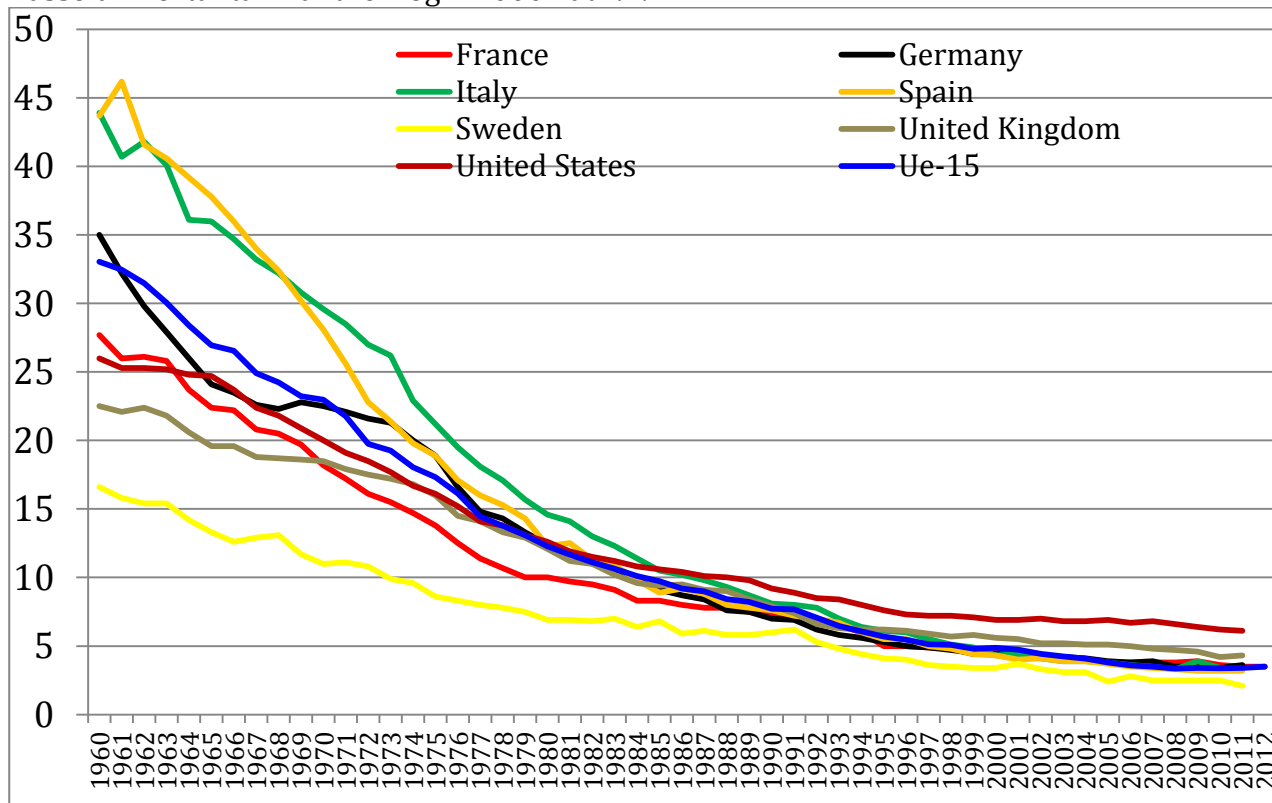
fonte: elab. Reforming su Ocse

Tavola 1 - Vita attesa alla nascita e a 65 anni, dinamica

	E(0)f		E(0)m		E(65)f		E(65)m	
	2011-1990	2011-1960	2011-1990	2011-1960	2011-1990	2011-1960	2011-1990	2011-1960
Australia	4.1	10.3	5.8	11.8	3.0	6.4	3.9	6.6
Austria	4.9	12.0	6.0	12.9	3.6	7.0	3.7	6.1
Belgium	3.7	10.4	5.1	11.0	2.7	6.8	3.5	5.6
Canada	2.0	9.1	4.3	10.3	1.7	5.5	2.8	5.0
Chile	4.5		6.3		2.4		2.9	
Czech Republic	5.6	7.6	7.2	7.0	3.9	4.6	3.9	3.2
Denmark	4.1	7.5	5.8	7.4	1.8	4.4	3.3	3.6
Estonia	6.4	8.3	6.5	6.0	4.2		2.7	
Finland	4.8	11.3	6.3	11.8	3.9	8.0	3.9	6.2
France	4.8	12.1	5.9	11.7	4.0	8.2	3.8	6.8
Germany	4.7	11.5	6.4	11.9	3.5	7.0	4.2	6.0
Greece	3.6	9.3	3.8	8.3	2.6	4.3	2.8	3.6
Hungary	4.9	8.5	6.0	5.3	2.9	4.4	2.2	2.0
Iceland	3.4	7.8	5.2	9.9	1.7	4.5	2.5	4.4
Ireland	5.1	10.9	6.2	10.2	3.7	6.3	4.6	5.3
Israel	5.2		5.0		3.4	0.0	3.3	
Italy	5.0	13.0	6.3	12.9	3.6	7.3	3.6	5.4
Japan	4.0	15.7	3.5	14.1	3.7	9.6	2.5	7.1
Korea	9.0	30.8	10.4	26.6	5.6		5.0	
Luxembourg	4.9	11.4	6.1	12.0	3.1	7.1	3.5	5.3
Mexico	3.2	18.0	4.2	15.4	0.5	3.9	0.7	2.5
Netherlands	2.8	7.7	5.6	7.9	2.1	5.9	3.7	4.2
New Zealand	4.6	9.2	6.9	11.0	3.0	5.8	4.4	6.2
Norway	3.7	7.6	5.6	7.5	2.7	5.3	3.6	3.7
Poland	5.8	10.5	6.3	7.7	3.7	5.0	3.0	2.7
Portugal	6.5	17.3	7.0	16.5	4.7	7.3	4.1	5.7
Slovak Republic	4.1	7.1	5.6	4.4	2.4	3.7	2.2	1.4
Slovenia	5.5		7.0		4.0		3.5	
Spain	4.8	13.2	6.0	12.0	3.5	7.5	3.2	5.6
Sweden	3.2	8.9	5.1	8.7	2.1	6.0	3.1	4.8
Switzerland	4.1	10.9	6.5	11.8	2.9	7.5	3.9	6.3
Turkey	7.6	26.8	6.6	25.7	1.8	4.0	1.3	2.9
United Kingdom	4.6	9.4	6.2	11.2	3.3	6.1	4.6	6.7
United States	2.3	8.0	4.5	9.7	1.5	4.6	2.7	5.0
Ue-15	4.5	11.1	5.9	11.1	3.3	6.7	3.7	5.4

fonte: elab. Reforming su Ocse

Tasso di mortalità infantile – ogni 1000 nati vivi



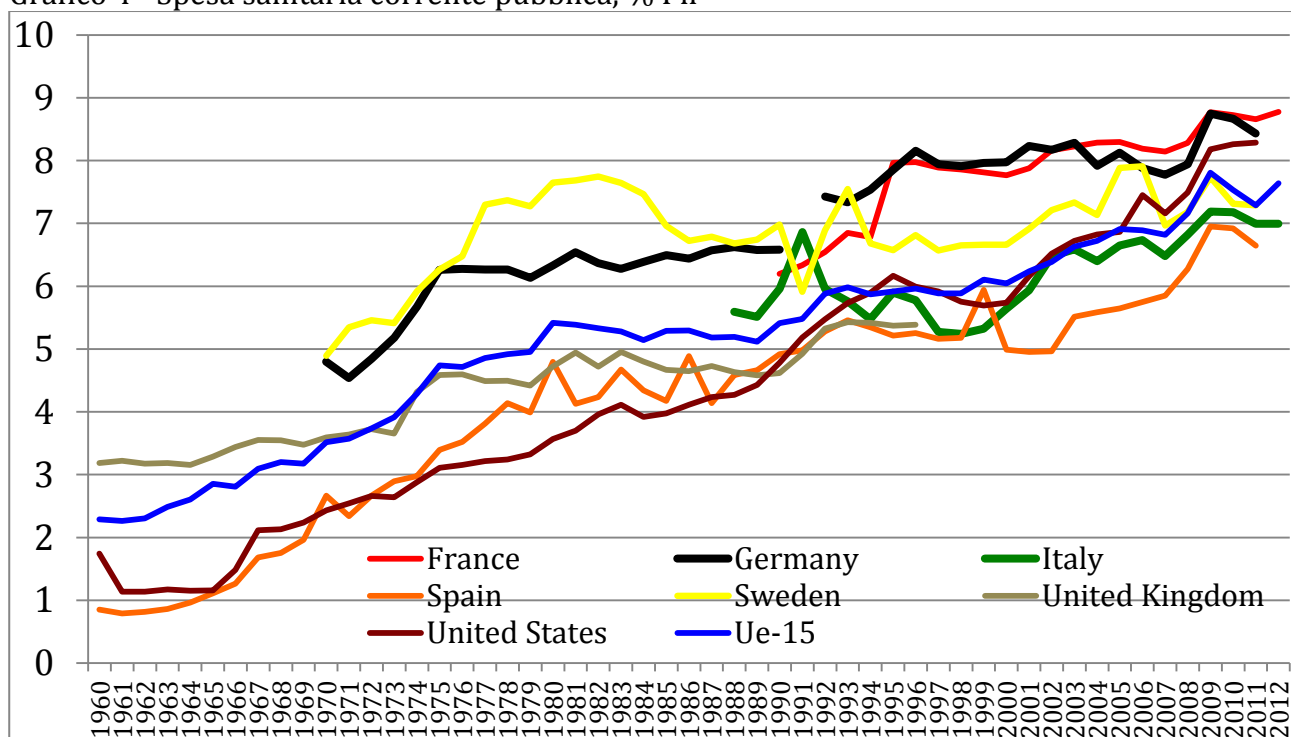
fonte: elab. Reforming su Ocse

Il Grafico 4 e il Grafico 5 descrivono per Ue-15, Stati Uniti e un sottoinsieme di Paesi europei la dinamica della spesa sanitaria pubblica di parte corrente tra il 1960 e il 2011-2012. Nel primo grafico i valori sono espressi in percentuale del Pil, nel secondo in US\$ pro-capite in parità di potere d'acquisto. La lettura del dato medio Ue-15 va fatta con cautela: agli estremi dell'intervallo di tempo considerato non tutti i Partner Ue-15 sono coperti dal database e, di conseguenza, la significatività del dato viene ridimensionata. Si è preferito, tuttavia, utilizzare al massimo tutta l'informazione disponibile.

Che la spesa la si osservi in rapporto al Pil o in US\$ PPP pro-capite, la dinamica degli ultimi 50 anni manifesta tutta la sua intensità. Per l'Italia la serie è corta (parte dal 1990, anche se in precedenti edizioni di Ocse-HealthData comparivano dati per gli anni '60, poi probabilmente scartati dopo revisioni del piano dei conti).

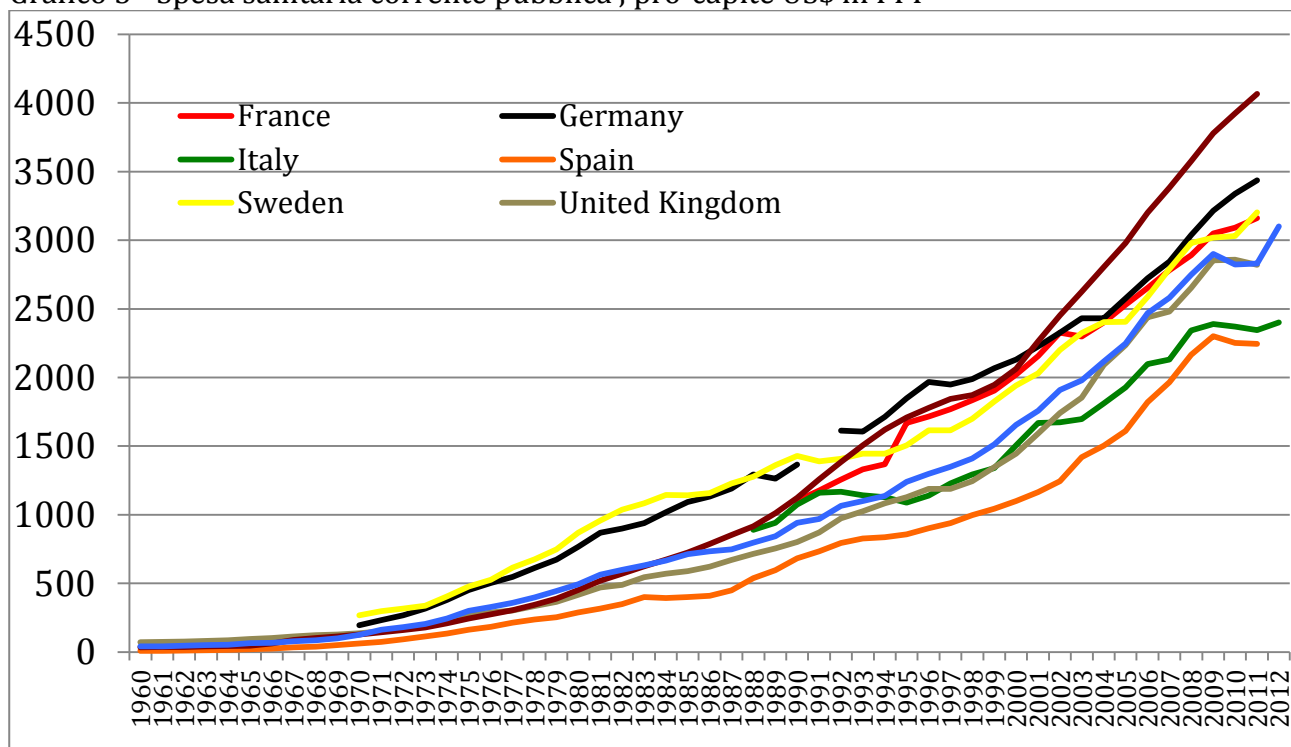
Nella media Ue-15 l'incidenza sul Pil si è quasi quadruplicata tra il 1960 e il 2011, e ancora più forte è stata la dinamica negli Us. Negli ultimi anni, dal 2006-2006 in poi, l'incidenza degli Stati Uniti è superiore a quella Ue-15. Solo Germania e Francia hanno, dopo il 2005-2006, una incidenza superiore a quella statunitense. L'Italia è quasi sempre staccata sia dall'Ue-15 che dagli Stati Uniti (Grafico 4).

Grafico 4 - Spesa sanitaria corrente pubblica, % Pil



fonte: elab. Reforming su Ocse

Grafico 5 - Spesa sanitaria corrente pubblica , pro-capite US\$ in PPP



fonte: elab. Reforming su Ocse

In termini di US\$ pro-capite (Grafico 5), la dinamica degli Stati Uniti appare molto più sostenuta di quella europea, soprattutto a partire dalla metà degli anni '80. Solo Svezia e Germania hanno avuto sino a metà anni '80 una spesa pro-capite significativamente superiore a quella Us. Dopodiché lo stacco è andato riducendosi, e dalla fine degli anni '90 in poi la spesa pro-capite degli Us ha nettamente superato quella di tutti i Partner Ue-15.

L'evidenza di questi due grafici stimola una prima riflessione (I). Nelle differenze che storicamente vengono riportate tra il modello sanitario dei Paesi europei e quello statunitense compare la prevalenza delle risorse pubbliche nel primo e la prevalenza di quelle private nel secondo. I dati appena descritti mostrano come, in termini di risorse pubbliche correnti, l'impegno degli Us sia quantomeno comparabile (in termini di Pil) se non addirittura superiore (in US\$ pro-capite) a quello medio Ue-15. L'avvicinamento e il sorpasso sono avvenuti gradualmente negli anni, a partire da una situazione, nei primi anni '60, in cui in effetti la destinazione di risorse pubbliche alla sanità era superiore di 1-1,5 p.p. di Pil in Europa.

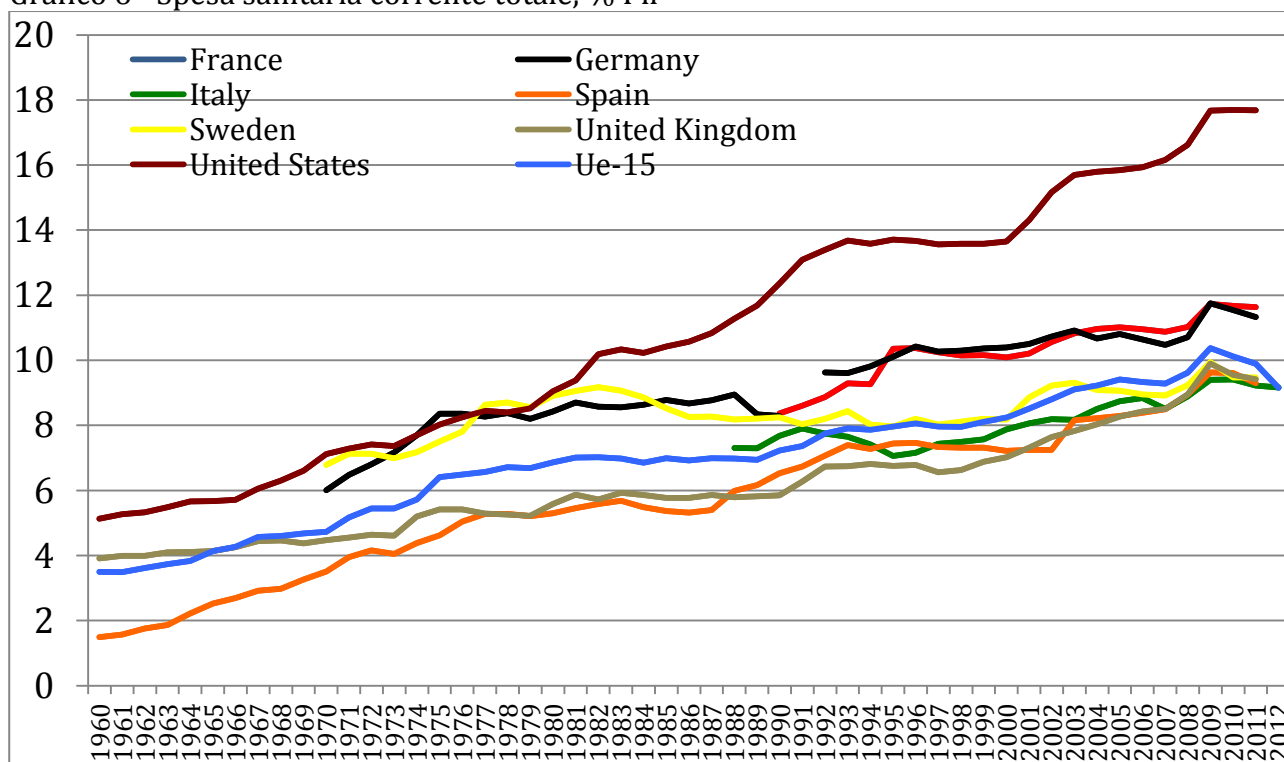
Il Grafico 6 e il Grafico offrono la visualizzazione della spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata. Per l'Europa e per i singoli Partner Ue-15, se si aggiunge la componente privata, la spesa sanitaria aumenta, nel 2008-2010, tra 1 e al massimo 3 p.p. di Pil e tra 500 e al massimo 1000 US\$. L'Italia si rispecchia in questa forchetta occupandone grossomodo la fascia centrale. I dati degli Us sono outsider: sia in termini di Pil che di US\$ la spesa più che raddoppia, toccando il 18% sul Pil e circa i 8.500 US\$ pro-capite nel 2011.

Ne scaturisce una seconda riflessione (II): Europa (e Italia) e Stati Uniti mettono in gioco per la sanità ordini di grandezza di risorse non comparabili tra loro. Se sul fronte delle risorse pubbliche c'è grossomodo equivalente, l'aggiunta delle risorse private fa staccare in maniera netta gli Us dall'Ue-15 e dai singoli Partner Ue. In particolare, è dalla fine degli anni '70 che il divario Us-Europa si manifesta per poi continuare costantemente ad allargarsi.

Nel periodo per cui sono disponibili dati, la spesa totale italiana è rimasta inferiore a quella Ue-15, sia in termini di Pil (tra 0,5 e 1 p.p. in mano) che di risorse pro-capite (dopo il 2000, uno stacco di circa 400-500 US\$ pro-capite).

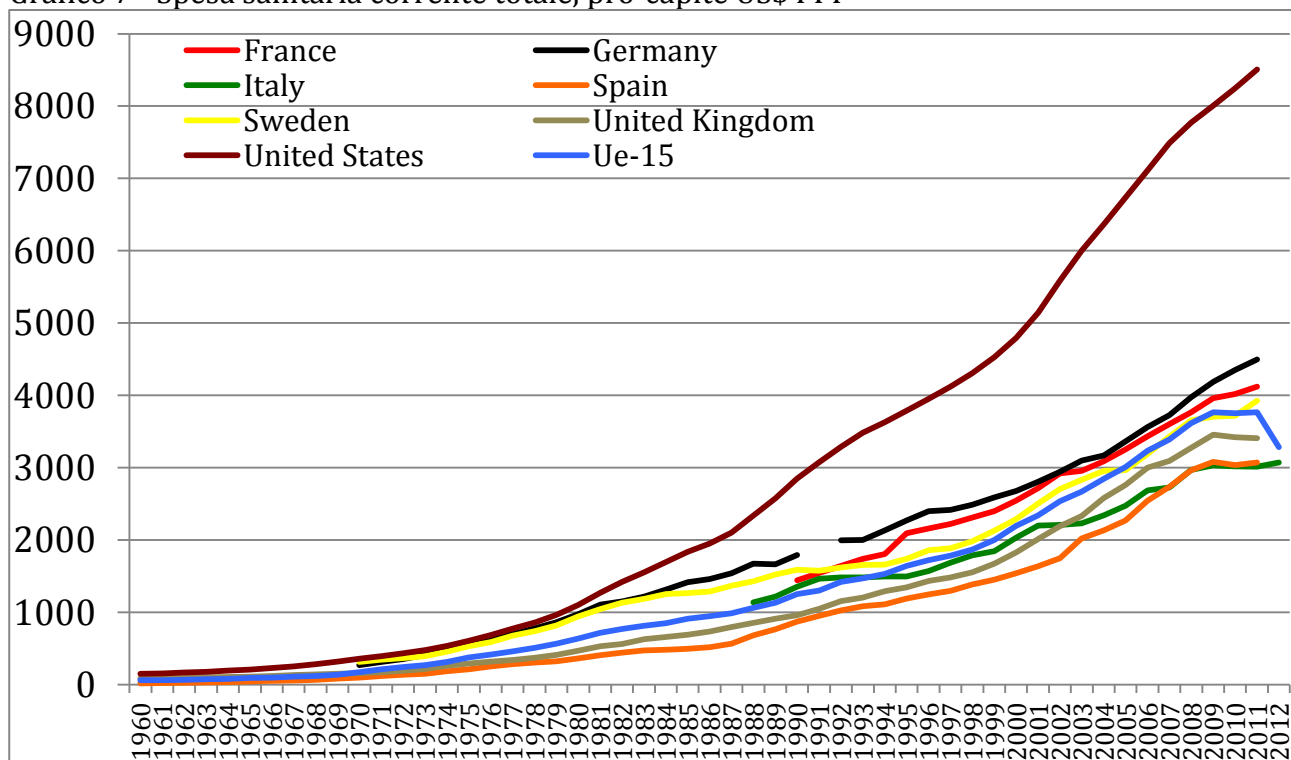
Può la forte dinamica di spesa pubblica, osservata sia in Europa che in Us, spiegarsi con aumenti della copertura (il coverage) dei sistemi sanitari nazionali? Il Grafico 8 suggerisce che solo per gli Us questa può essere una, seppur parziale, spiegazione. Agli inizi degli anni '60, il *coverage* (rapporto della spesa sanitaria corrente pubblica su quella totale) era di poco più del 20%. Poi, dopo una discontinuità a fine anni '60 (dal 22% al 35%), si è avviata una graduale ma costante crescita che ha quasi raggiunto il 50% (metà spesa pubblica, metà privata). Sul fronte europeo, se si esclude la Spagna, i Partner e la stessa media Ue-15 hanno visto mantener grossomodo costante il coverage e, anzi, dalla fine degli anni '80 in poi si può riconoscere anche una lenta ma percepibile contrazione.

Grafico 6 - Spesa sanitaria corrente totale, % Pil



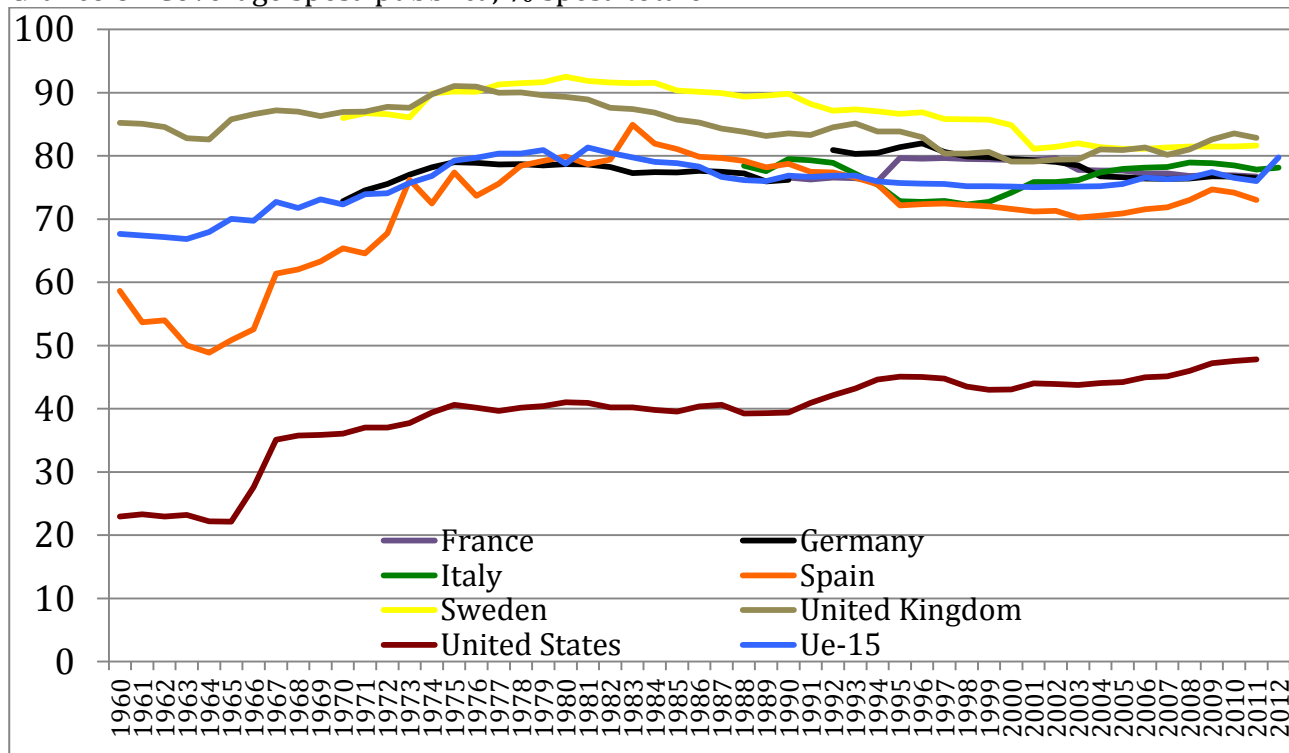
fonte: elab. Reforming su Ocse

Grafico 7 - Spesa sanitaria corrente totale, pro-capite US\$ PPP



fonte: elab. Reforming su Ocse

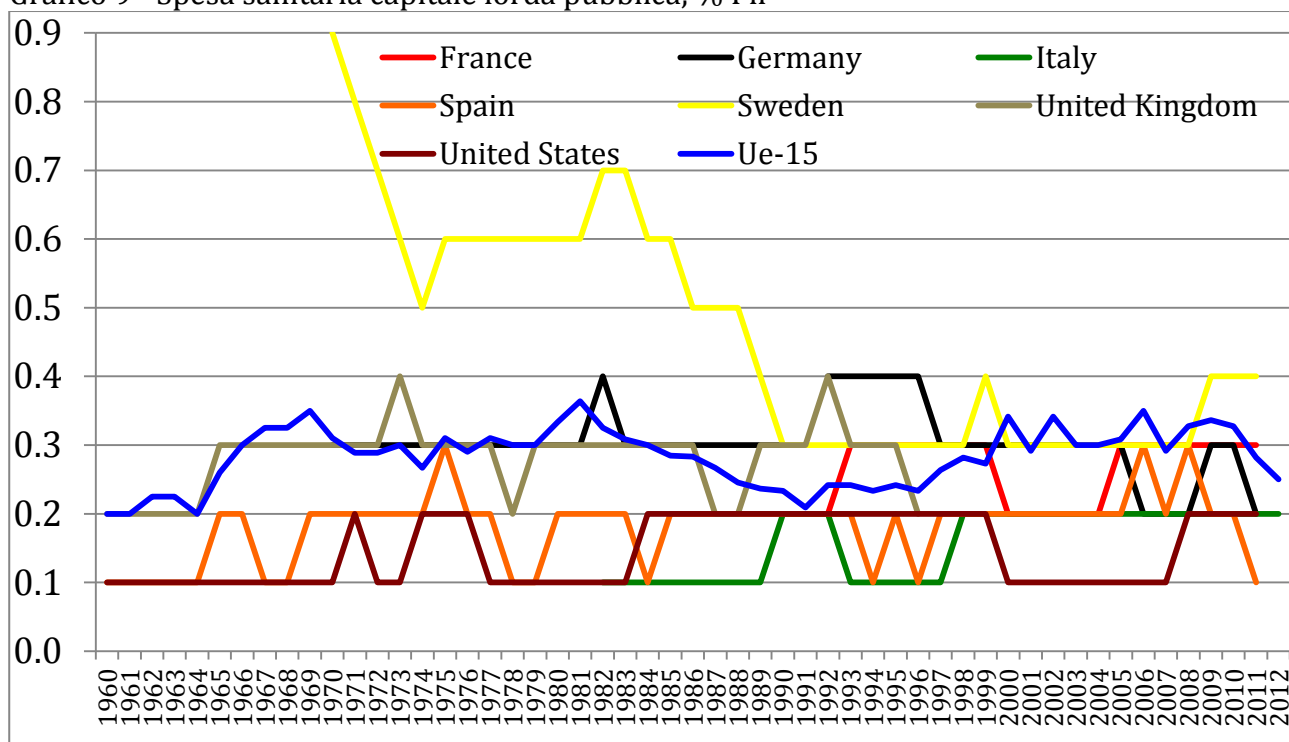
Grafico 8 - Coverage spesa pubblica, % spesa totale



fonte: elab. Reforming su Ocse

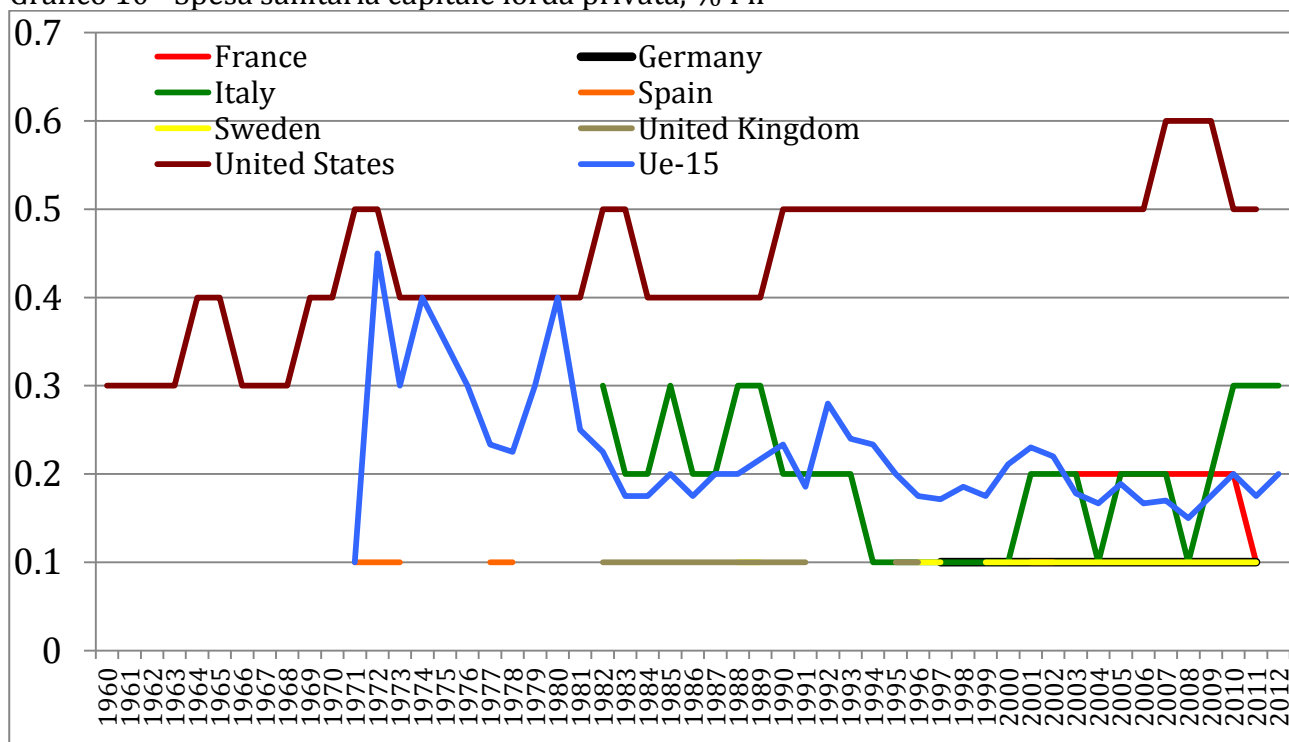
Prima di passare a commentare il lato della spesa capitale, i dati fin qui analizzati suggeriscono una terza riflessione (III). I trend di spesa non hanno sinora mostrato rallentamenti. Mentre è intuibile l'apporto che le risorse dedicate alla sanità hanno dato all'allungamento della vita (più risorse, più copertura, più prestazioni), non ci sono segni che la causalità possa ribaltarsi, e dal miglior stato di salute tradursi in minore spesa o almeno in stabilizzazione della spesa sul Pil. Può fare eccezione soltanto la Svezia dove, dagli anni '80 in poi, la spesa sanitaria pubblica e quella totale hanno mostrato una dinamica sufficientemente piatta sul Pil (lo si vede dai grafici), facendo presumere il raggiungimento di una sorta di saturazione. Bisogna anche ricordare, però, che la Svezia (assieme agli altri Paesi scandinavi) rappresenta un caso peculiare: reddito medio alto e, nel contempo, distribuzione dei redditi molto più omogenea che nel resto d'Europa e negli Stati Uniti. Se non c'è stato rallentamento dei ritmi di crescita si deve, invece, riconoscere una possibile criticità in più: i trend osservati sono quelli post interventi di politica economica per il governo e il controllo della spesa. Al di sotto delle azioni di politica economica, i trend potenziali sono stati anche più forti. L'Italia, in questo, ha fornito un caso di scuola, quando, per il riaggiustamento di finanza pubblica preliminare all'ingresso nell'Euro, la sanità è stata chiamata a dare un contributo importante e anche pesante (Nel Grafico 4, l'avvallamento della spesa è evidente e distingue l'Italia da tutti gli altri Paesi).

Grafico 9 - Spesa sanitaria capitale lorda pubblica, % Pil



fonte: elab. Reforming su Ocse

Grafico 10 - Spesa sanitaria capitale lorda privata, % Pil



fonte: elab. Reforming su Ocse

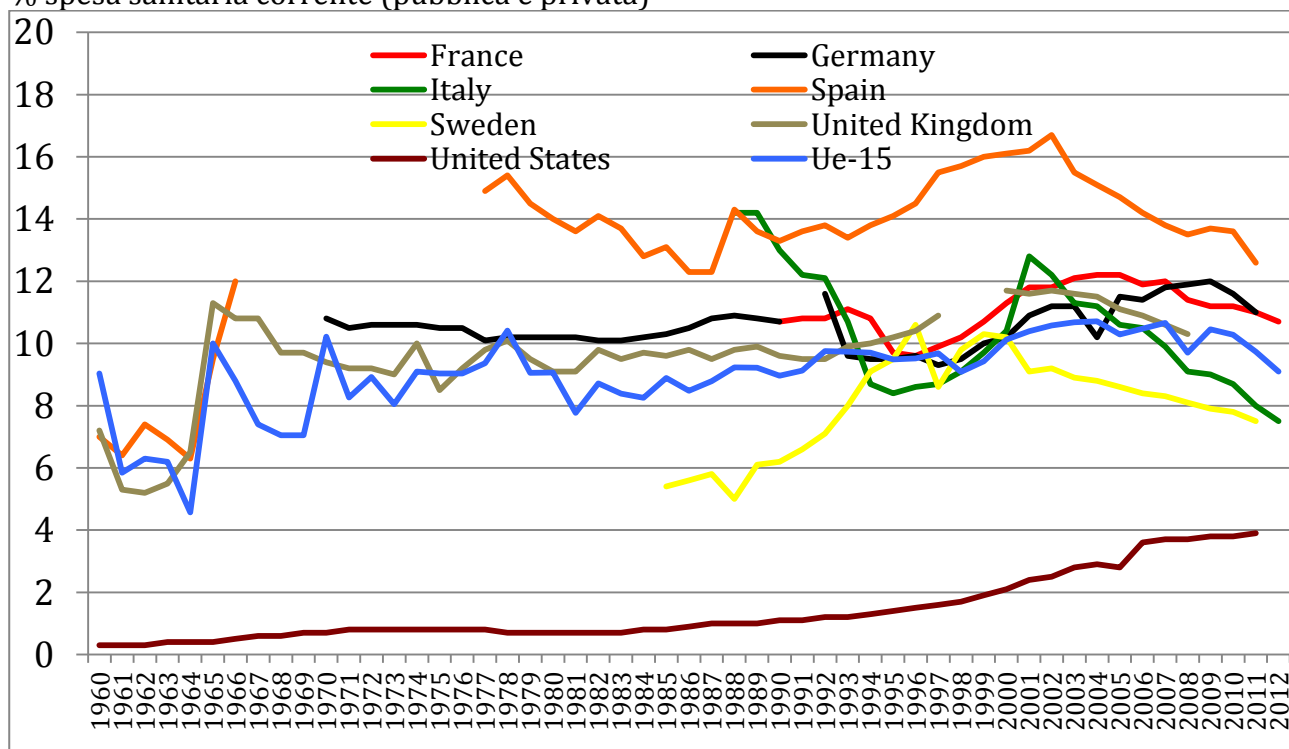
Il Grafico 9 e il Grafico 10 tracciano il punto sulla spesa in conto capitale. Rispetto alla spesa corrente, ci sono due aspetti metodologici che si devono osservare. Per sua natura, la spesa in conto capitale avviene ad intervalli discreti, e questo spiega la natura discontinua e spezzata degli andamenti. Inoltre, non tutti i sistemi contabili sono sufficientemente attrezzati per separare, secondo principi logici e chiari, la spesa corrente da quella capitale. Questo secondo aspetto induce a trattare i dati in conto capitale con prudenza. L'Italia, per fare un esempio concreto, ha un impianto contabile della sanità pubblica (Ssn e Ssr) con imperfezioni e disomogeneità che rendono spesso non univoci e non comparabili i dati di spesa in conto capitale (i dati più affidabili restano quelli di cassa, con le spese transanti sui conti di tesoreria).

Con l'eccezione della Svezia (che parte da valori outsider per poi convergere verso la media degli altri Paesi), il Grafico 9 mostra come i principali Paesi Ue-15, la media Ue-15 e gli Us abbiano dedicato agli investimenti pubblici in sanità, tra il 1960 ed oggi, risorse annuali comprese tra 0,1 e al massimo 0,4 p.p. di Pil. L'Ue-15 in media ha investito lo 0,25% del Pil ogni anno, più degli Us che ogni anno hanno mediamente dedicato poco più dello 0,1%. L'Italia, per quel poco che è dato osservare (la serie è incompleta) è rimasta al di sotto della media ue-15 e di fatto allineata agli Us (in percentuale del Pil).

Il Grafico 10 aggiunge i dati sugli investimenti privati. Qui gli Us staccano significativamente l'Europa e l'Italia. In termini di Pil dedicano lo 0,3% nel 2060 che, dopo una crescita un po' discontinua ma lungo un trend di medio-lungo termine, arrivano allo 0,5%. I dati dei Partner Ue-15 appaiono invece piatti o in riduzione nel tempo e si collocano mediamente sullo 0,2% annuo. Tra i Paesi Ue esaminati, l'Italia è l'unico che (se si accettano, pur con le cautele sopra esposte, i dati) appare investire di più sul fronte privato che sul fronte pubblico.

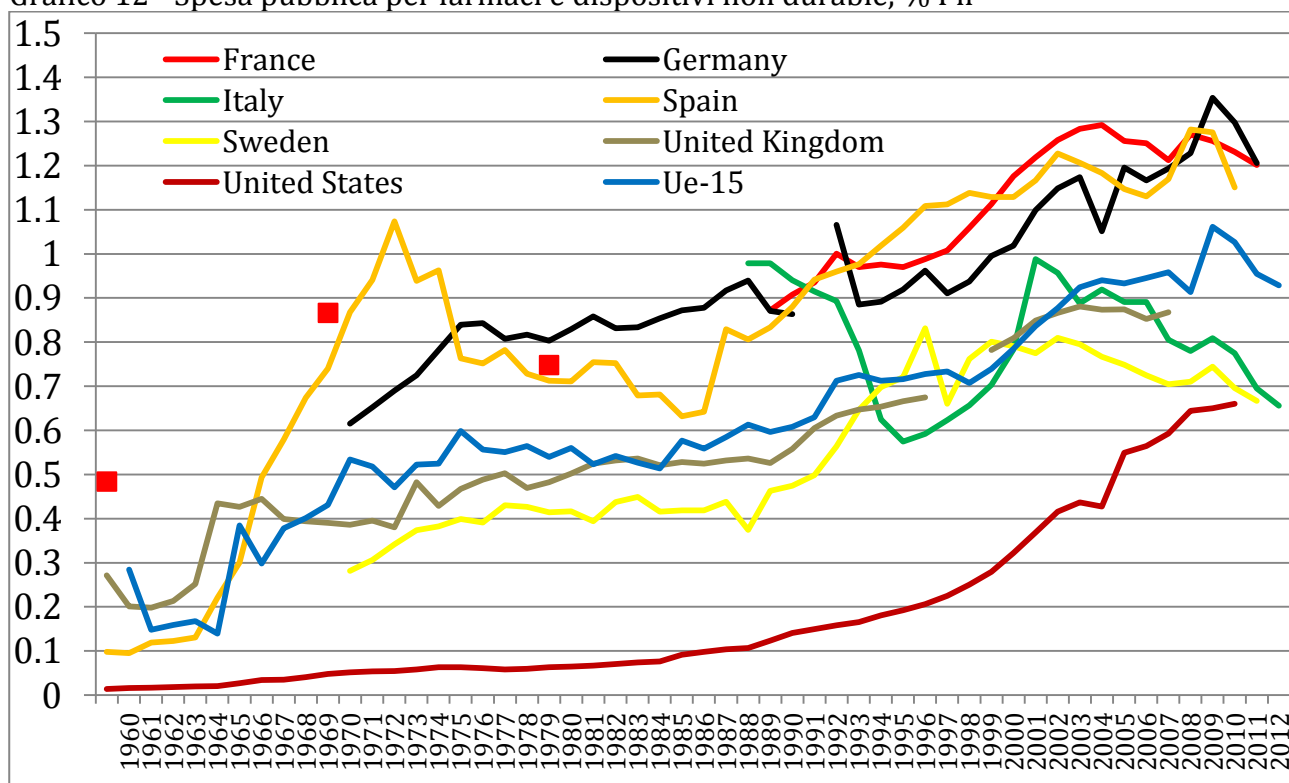
Nel complesso se ne può trarre una quarta riflessione (IV). Come sul fronte della spesa corrente, anche per la spesa in conto capitale, Us e Europa appaiono abbastanza ravvicinate in termini di destinazione di risorse pubbliche mentre, se si prendono in considerazione anche le risorse private, l'impiego totale degli Us supera quello Ue (circa 0,7% del Pil contro circa 0,4-0,5% all'anno). Questa evidenza è andata rafforzandosi nel tempo, a partire soprattutto dall'inizio degli anni '80.

Grafico 11 - Spesa pubblica per farmaci e dispositivi non durable,
% spesa sanitaria corrente (pubblica e privata)



fonte: elab. Reforming su Ocse

Grafico 12 - Spesa pubblica per farmaci e dispositivi non durable, % Pil



fonte: elab. Reforming su Ocse

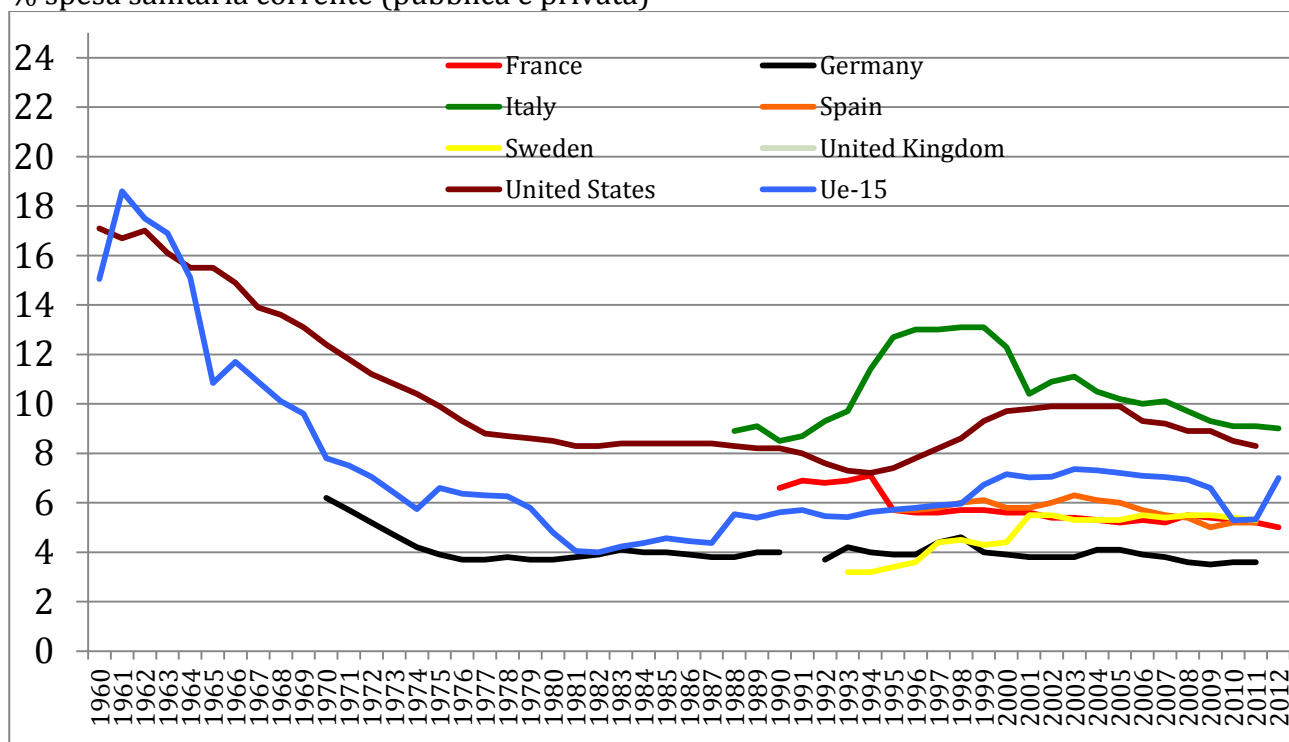
I Grafici 11-14 approfondiscono il sottocapitolo di spesa farmaceutica. Il dataset dell'Ocse non permette il breakdown tra spesa farmaceutica in senso stretto e spesa per piccoli dispositivi medici (i cosiddetti “non durables”). Nella sezione successiva, che utilizza i dati di fonte World Health Organization, il breakdown sarà disponibile, ma adesso è utile completare il quadro sui dati di fonte Ocse.

Il Grafico 11 riporta la quota della spesa pubblica per farmaci e dispositivi (da ora in poi, per semplicità “spesa farmaceutica”) come quota della spesa sanitaria corrente totale (pubblica e privata). In Europa la quota più alta è della Spagna, mediamente il 14% tra fine anni '70 e oggi. Il Paese europeo con la quota più bassa è la Svezia, che da poco più del 5% nel 1985 si porta a poco meno dell'8% oggi. Gli altri Partner Ue-15 appaiono sufficientemente ravvicinati lungo tutto l'orizzonte dal 1960 ad oggi. Si può cogliere anche una lenta tendenza verso una soglia comune, prima di una nuova ma non ampia divaricazione che parte 2005-2006, conseguenza probabilmente delle diverse risposte alla crisi finanziaria che i Paesi hanno messo in atto. Tra il 1960 e oggi, il valor medio Ue-15 si colloca attorno al 9% e, se si esclude il primo decennio (1960-1970), questa soglia resta anche abbastanza stabile sino ad oggi.

Nel Grafico 11, per l'Italia si nota l'effetto delle politiche di compressione della spesa avvenute nei primi anni '90 per il risanamento delle finanze pubbliche. Tra il 1989 e il 1995, in termini di spesa sanitaria corrente totale la farmaceutica pubblica passa dal 14% a poco più dell'8%, circa 6 p.p. in meno. Si riconosce, dopo il picco negativo del 1995, un recupero di quota che termina nel 2001, l'anno di avvio del Patto di Stabilità Interno che, per rendere realizzabili i target di finanza pubblica concordati in Europa, ha adottato i tetti su capitoli di spesa pubblica, tra cui la farmaceutica territoriale e ospedaliera. Nonostante l'avvenuta forte compressione, è necessario sottolineare come il riaggiustamento di finanza pubblica abbia allineato l'Italia alla media Ue-15. Se si esclude la risalita del dato Italia sino al picco del 2011, e si escludono anche gli ultimi anni (2010-2012) in cui la media europea non è completa, per l'Italia l'evidenza è quella di una quota della farmaceutica pubblica sulla spesa sanitaria totale di fatto allineata alla media Ue-15, quasi sovrapposta a quella del Regno Unito, superiore a quella della Svezia, inferiore (ma senza stacchi eccessivi) a quelle di Francia e Germania.

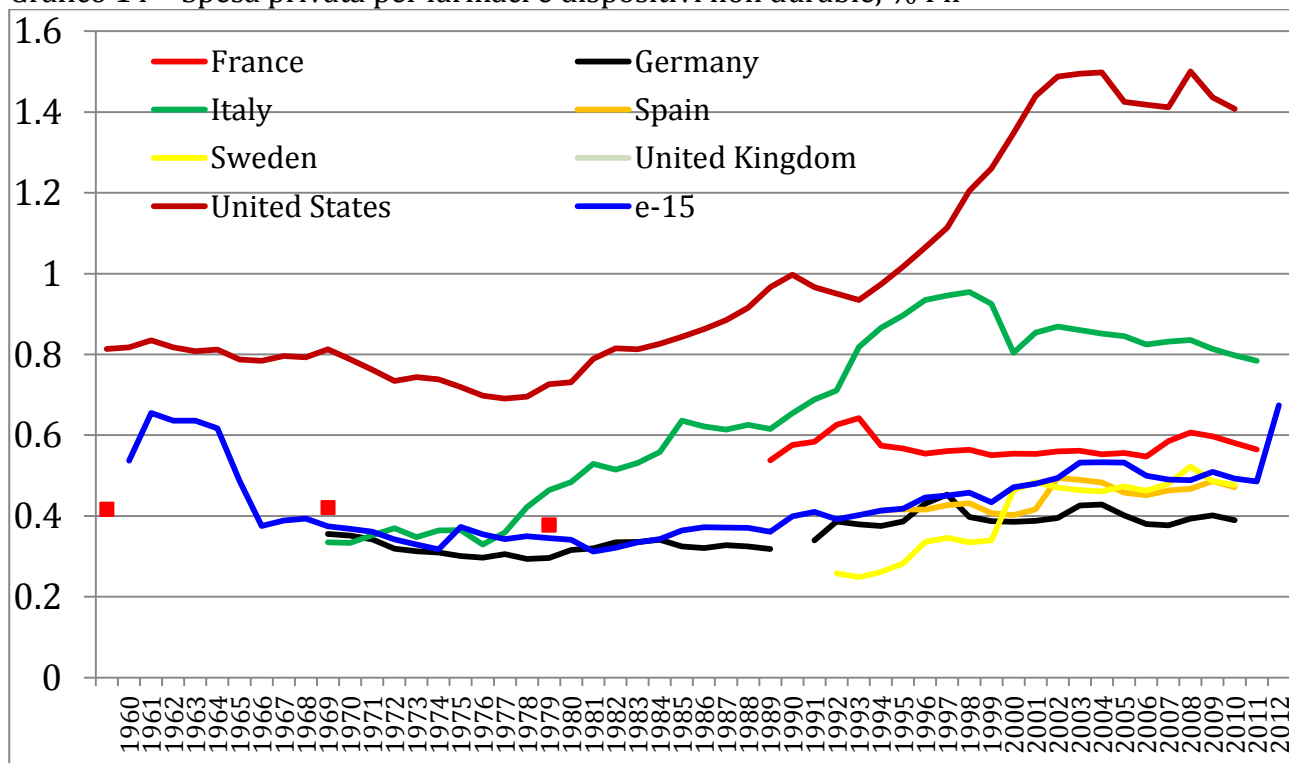
Sempre nel Grafico 11, è evidente la posizione differente occupata dagli Stati Uniti: nel 1960 la loro quota di farmaceutica pubblica sulla spesa sanitaria totale era di fatto nulla (prossima allo zero). Da allora, è partito un trend crescente costante che nel 2011 ha raggiunto il 4%, colmando quasi la metà dello stacco dalla soglia Ue-15.

Grafico 13 - Spesa privata per farmaci e dispositivi non durable,
% spesa sanitaria corrente (pubblica e privata)



fonte: elab. Reforming su Ocse

Grafico 14 - Spesa privata per farmaci e dispositivi non durable, % Pil



fonte: elab. Reforming su Ocse

Una convergenza degli Us verso l'Europa appare ancor più nettamente dal Grafico 12. In termini di spesa sanitaria totale, la quota della farmaceutica pubblica degli Us è “appiattita”, nel confronto internazionale, dalla sua spesa molto più elevata che in Europa. Se il confronto è fatto in termini di Pil, la convergenza verso l'Ue-15 è chiara: da valori prossimi allo 0% nei primi anni '60, gli Us vedono aumentare la quota di Pil dedicata alla farmaceutica pubblica sino a poco meno dello 0,7%, in prossimità dei valori della Svezia e dell'Italia. Estrapolando lungo i trend tenuti negli ultimi anni da Us e Ue-15, se non subentrano scelte di politica economica a introdurre cambiamenti, al più entro i prossimi 8-10 anni Us e Ue-15 condivideranno la stessa quota di Pil dedicata alla farmaceutica pubblica.

Per quanto riguarda il confronto interno ai Partner europei, essi appaiono condividere uno stesso trend, pur rimanendo su livelli diversi staccati di 0,2-0,3 punti percentuali di Pil. Francia, Germania e Spagna dedicano alla farmaceutica pubblica quote di Pil superiori Italia, Regno Unito e Svezia. Vale anche in questo caso notare come il dato dell'Italia, molto superiore a quello Ue-15 alla fine degli anni '80 (quasi 1% contro 0,6), piani di fatto sulla media Ue-15 grazie all'azione di riaggiustamento delle finanze pubbliche per l'ingresso nell'Euro e, dopo l'oscillazione tra il picco negativo del 1995 e quello positivo del 2001, rimanga allineato alla media Ue-15 e al dato del Regno Unito (gli ultimi anni dell'orizzonte analizzato hanno un rilievo minore, sia perché la media non copre tutti i Paesi Ue-15, sia perché sono anni coinvolti dalla crisi finanziaria).

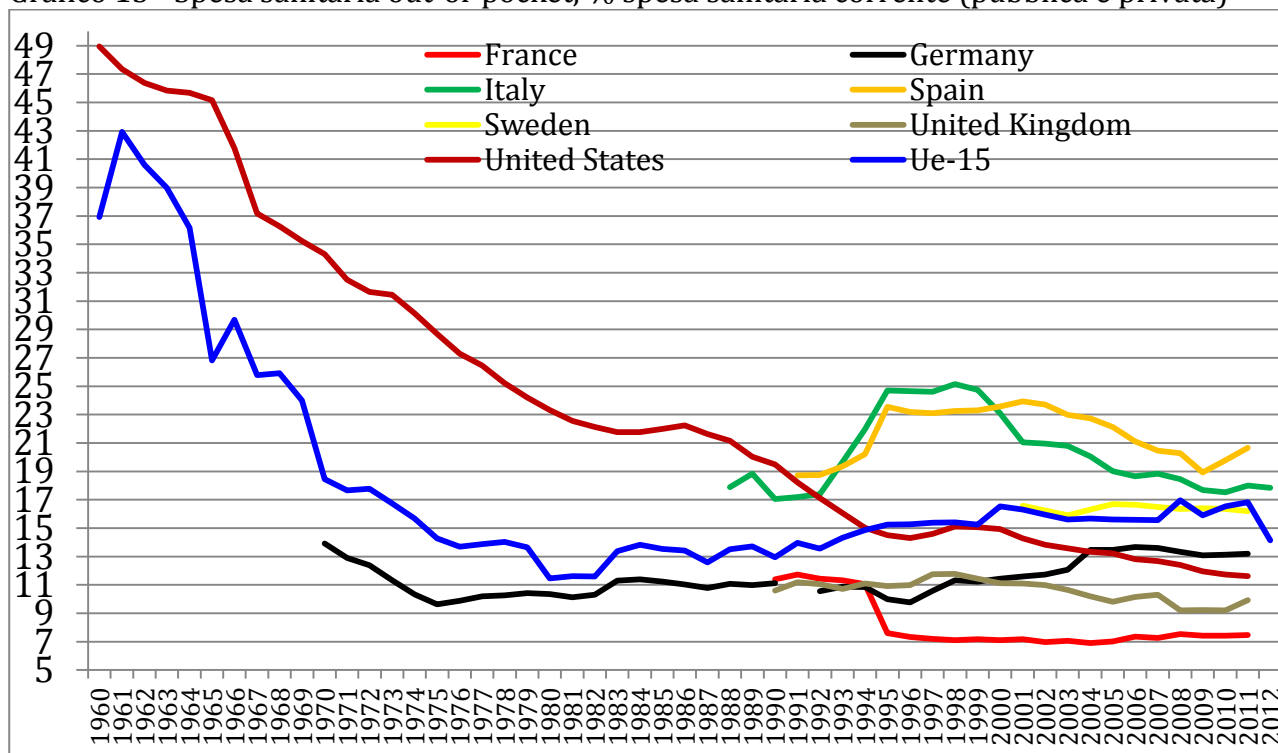
Se ne può trarre una quinta riflessione (V). Come percentuale della spesa sanitaria totale, la farmaceutica pubblica mostra livelli grossomodo omogenei in Ue-15, con gli Stati Uniti che lentamente ma con costanza sembrano colmare lo stacco che li separa. Se in termini di Pil i Partner Ue mostrano valori un po' più diversi tra di loro, è proprio in termini di Pil che la convergenza tra Us ed Europa sembra più forte e concreta. In Italia, nonostante la farmaceutica pubblica sia stata interessata da politiche economiche di contenimento sia agli inizi degli anni '90 che dopo l'avvio del Patto di Stabilità Interno nel 2001, le due proporzioni, quella sulla spesa sanitaria e quella sul Pil, appaiono sufficientemente allineate alla media Ue-15, provenendo dai livelli molto più alti della media negli anni 80.

Che cosa accade sul lato della spesa farmaceutica privata? Nel Grafico 13 la media Ue-15 è solida soltanto dagli anni '70 in poi (nel primo decennio sono coperti pochi Paesi). Dagli anni '70 in poi la media Ue-15 e i singoli Paesi europei considerati mostrano valori sufficientemente stabilizzati e compresi tra il 4% e il 7%. Lungo tutto l'orizzonte 1960-2011, gli Usa vedono ridursi enormemente la quota della farmaceutica privata sulla spesa sanitaria totale (dal 17% all'8%). A questa riduzione corrisponde un avvicinamento ai livelli europei. Spicca su tutti l'eccezione dell'Italia, che ha sempre valori superiori ai Partner europei e agli stessi Us. Nel periodo, 1990-1995, in cui si è svolta l'azione di contenimento della spesa pubblica, l'andamento della spesa privata è simmetricamente aumentata dando origine a quella “gobba” che rientra proprio nel 2001 quando, in contraddizione con il Patto di Stabilità Interno e con best practice di governance, i copayment sui farmaci mutuati furono cancellati tout court (per inciso, si discute ancora oggi delle logiche incoerenti o miopi di quella scelta).

Il Grafico 14, in percentuali sul Pil, mostra altre caratteristiche interessanti. La media Ue-15 e tutti i Partner Ue, esclusa l'Italia, condividono grossomodo lo stesso livello, in una fascia tra 0,3% e 0,5% del Pil (si ricorda che agli estremi del periodo considerato la media Ue-15 perde un po' di significatività). Spiccano con chiarezza due outsider. Gli Us sono sempre, dal 1960 ad oggi, il Paese con la spesa privata più alta: da 0,8% del Pil nel 1960 a oltre 1,4% negli anni più recenti, tra il doppio e il quadruplo del valore Ue-15. E poi l'Italia, che rimane allineata alla media Ue-15 solo sino alla fine degli anni '70, dopodiché la quota di Pil assorbita dalla farmaceutica privata intraprende un trend molto più sostenuto di quello dei Partner europei, smorzato dall'eliminazione dei copayment nel 2001 e poi grossomodo stabilizzato allo 0,8%, 0,3 p.p. al di sopra della media Ue-15 e 0,4 p.p. al di sopra del dato della Germania.

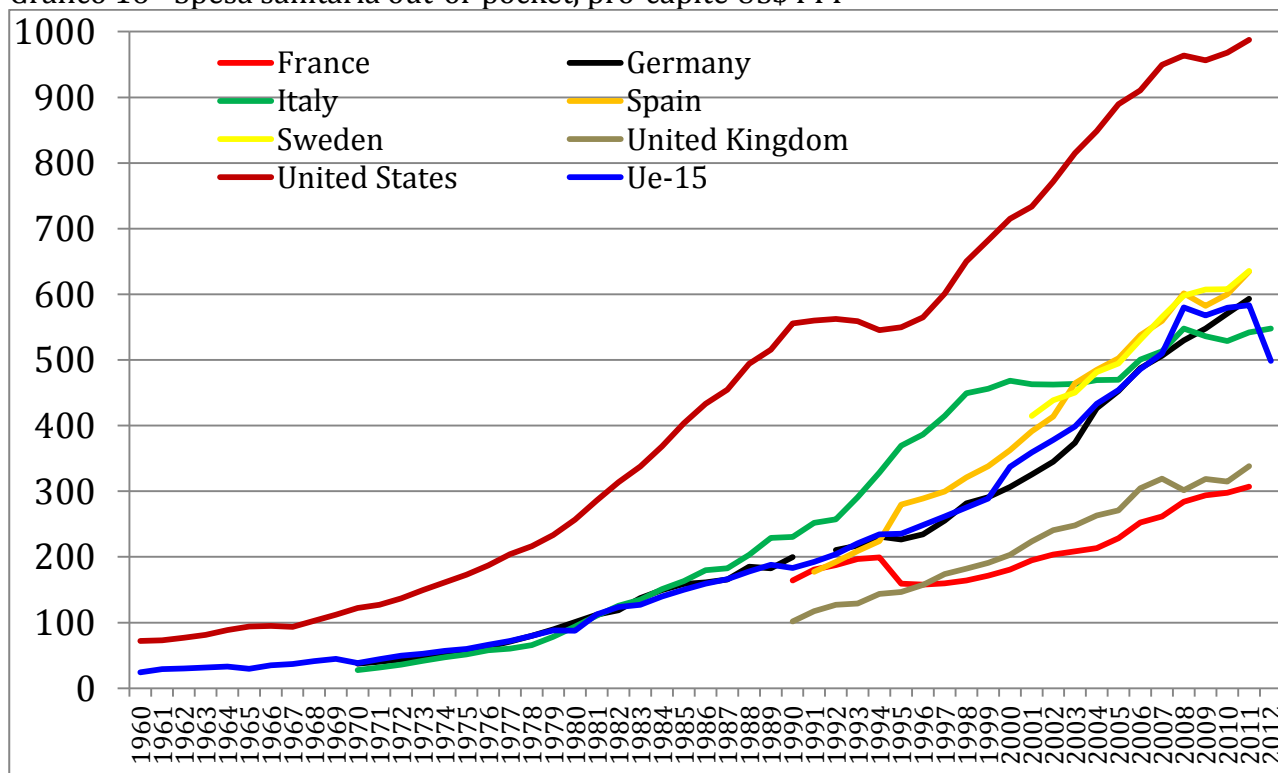
La sesta riflessione (VI). Anche guardando alla percentuale della spesa farmaceutica privata sulla spesa sanitaria totale, Us e Europa sembrano in avvicinamento, con la convergenza guidata dagli Us che hanno visto ridurre la loro quota in maniera significativa (-9 p.p. dal 1960 al 2011). In termini di Pil l'osservazione però si ribalta: a proporzioni convergenti corrisponde quote di Pil in divaricazione. Vale per la farmaceutica quanto già detto per la sanità nel suo complesso. Si confrontino da un lato i Grafici 12 e 14 (per la farmaceutica) e, dall'altro, i Grafici 5 e 7 (per la sanità): accade che l'impegno di risorse pubbliche degli Us stia raggiungendo quello dell'Europa e, nel contempo, l'impegno di risorse private degli Us resti molto più alto che in Europa, con uno stacco anche in divaricazione. Non passa inosservata la posizione anomala dell'Italia, che è il Paese europeo in cui la spesa farmaceutica privata è cresciuta di più sin dall'inizio degli anni '70. Un paradosso, se si pensa che il nostro sistema di welfare aspira all'universalismo assoluto. La verità è che questo dato andrebbe probabilmente letto come il portato, il controeffetto dello stesso universalismo assoluto che funziona come limite all'estensione della copertura pubblica (se si vuol garantire accesso totalmente gratuito, in presenza di risorse scarse il perimetro delle prestazioni offerte deve restringersi). Altra spiegazione, non di secondaria importanza, andrebbe ricercata nell'assetto regolatorio del mercato (sia lato offerta che lato domanda).

Grafico 15 - Spesa sanitaria out-of-pocket, % spesa sanitaria corrente (pubblica e privata)



fonte: elab. Reforming su Ocse

Grafico 16 - Spesa sanitaria out-of-pocket, pro-capite US\$ PPP



fonte: elab. Reforming su Ocse

Il Grafico 16 e il Grafico 17 chiudono questa rassegna sui dati Ocse. Quanto pesa la spesa sanitaria privata di natura out-of-pocket, sia in termini di spesa sanitaria totale (pubblica e privata) che in termini assoluti (US\$ pro-capite)?

Anche nel Grafico 16 la media Ue-15 diviene significativa solo dalla fine degli anni '60 in poi, perché solo allora la copertura dei 15 Partner raggiunge una dimensione sufficiente. Il Grafico 16 ha una lettura speculare a quella del precedente Grafico 14, anzi addirittura più marcata. Partendo da una quota di out-of-pocket molto alta, gli Us l'anno significativamente ridotta, prima portando al livello Ue-15 e poi addirittura al di sotto dell'Ue-15. Dalla fine degli anni '80 in poi, l'out-of-pocket Us ha assunto proporzioni inferiori a quelle dell'Italia, della Spagna, della Svezia e, negli ultimi anni, anche della Germania. Solo il Regno Unito e la Francia hanno meno out-o-pocket degli Us. Italia, questa volta accompagnata dalla Spagna, si trova ancora una volta in posizione outsider, anche se la maggior out-of-pocket della media Ue-15 si è andata riassorbendo tra la metà degli anni '90 e oggi.

A proporzioni che sembrano diventare sempre più simili corrispondono, però, valori assoluti molto diversi sui due lati dell'Atlantico. In parità US\$ PPP, l'out-of-pocket pro-capite degli Us è passata da circa 80\$ nel 1960 a quasi 1000\$ nel 2011. I Paesi europei sono rimasti sempre significativamente al di sotto. Se si escludono il Regno Unito e la Francia (con i valori più bassi di tutti), gli altri Partner Ue hanno visto l'out-of-pocket crescere da circa 20\$ pro-capite nel 1960 a circa 450-500\$ nel 2011.

La settima ed ultima riflessione sui dati Ocse (VII). L'analisi mostra convergenza degli Us verso l'Ue in termini di proporzioni tra out-of-pocket e spesa sanitaria totale. Ma, esattamente come prima per la spesa farmaceutica privata, dietro proporzioni che sembrano aggiustarsi su soglie grossomodo omogenee, ci sono valori assoluti molto diversi. L'out-of-pocket pesa molto di più in Us che in Europa, se misurato in termini di US\$ in parità di potere d'acquisto. Spesa out-of-pocket è quella che si scarica, anno per anno, direttamente sui redditi disponibili dei cittadini e delle famiglie, assistita il più delle volte da limitate agevolazioni fiscali (in Italia quelle previste nel Tuir, in primo luogo la detraibilità al 19% entro soglia massima annuale), ma senza nessuna forma di organizzazione in chiave previdenziale, come può essere quelle dei piani di risparmio, dei fondi pensione o delle coperture assicurative. Per questo stesso motivo, pur su di una scala significativamente inferiore a quella degli Us, anche l'out-of-pocket italiano costituisce un segnale di criticità da non sottovalutare.

Evidenza da base dati Health for All

La base dati Ocse è utile perché ha una copertura più ampia in termini di Paesi. Solo su dati Ocse, per esempio, è possibile includere gli Stati Uniti.

La base dati Health for All (HfA - World Health Organization) è focalizzata sull'Europa e permette di visualizzare evidenze aggiuntive e complementari a quelle già tracciate.

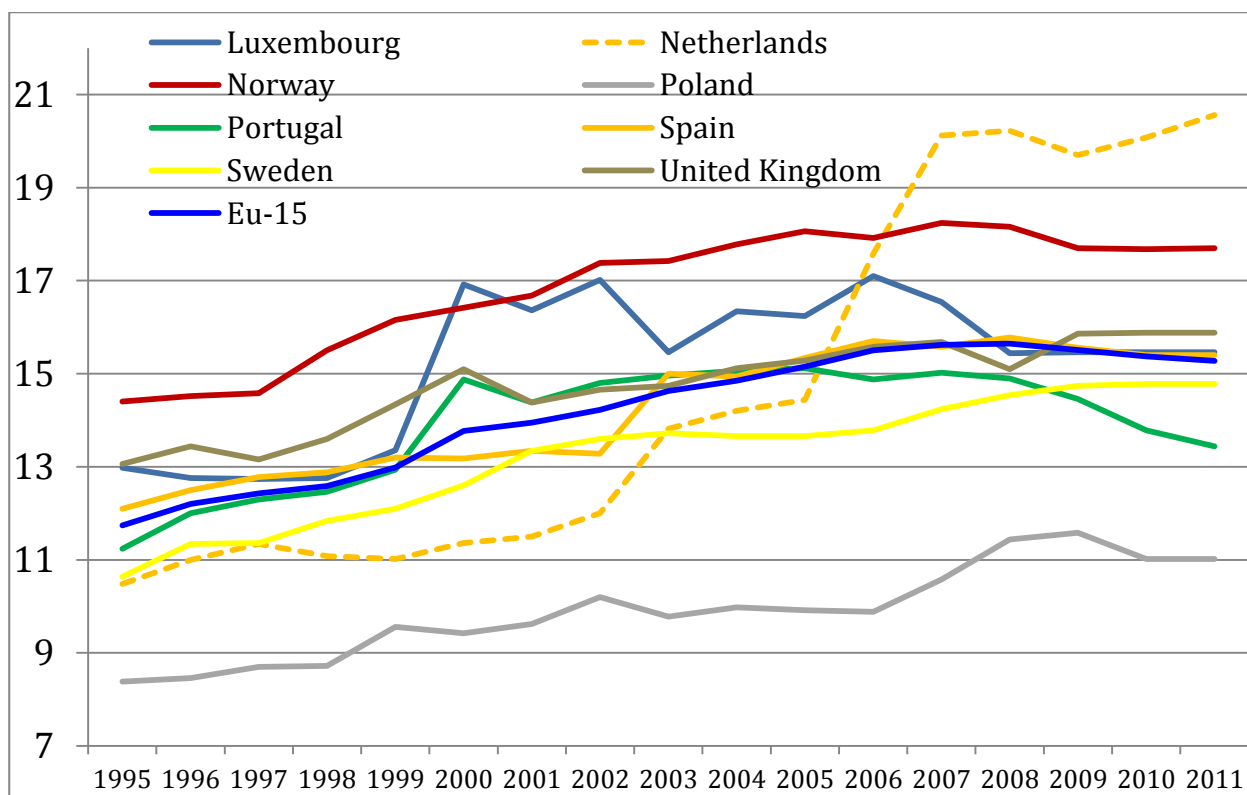
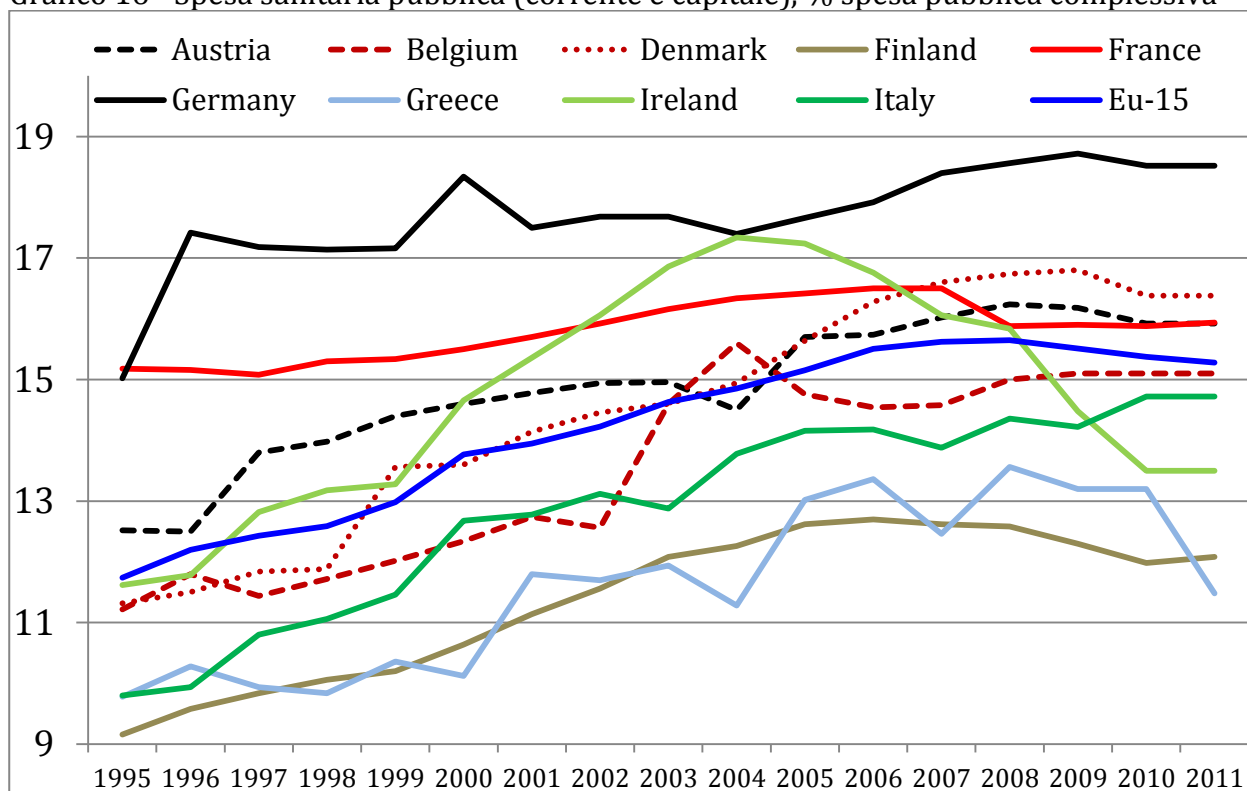
Il Grafico 16 descrive la quota di spesa sanitaria pubblica (corrente e capitale) in percentuale della spesa pubblica complessiva: quanto spazio occupa la sanità all'interno della spesa pubblica. Per comodità di visualizzazione il grafico è suddiviso in due quadranti, con in entrambi, per favorire la comparazione, la media Ue-15. A differenza della base dati Ocse, quella HfA garantisce sempre la massima significatività per la media Ue-15 (anche aiutata dal fatto che l'orizzonte temporale è più breve).

Nel 1995 la quota di spesa pubblica dedicata alla sanità variava tra poco meno del 9% della Polonia e il 15% di Francia e Germania. La media Ue-15 era di circa 12%. L'Italia, con circa il 10%, si posizionava al di sotto della media Ue-15 e significativamente al di sotto di Germania, Francia e Regno Unito.

Guardando come le traiettorie si sono evolute tra il 1995 e il 2011, le differenze tra Paesi sono rimaste grossomodo invariate all'interno di un trend che, con l'esclusione di Grecia, Irlanda e Portogallo, è stato sempre crescente. Nel 2011 la quota di spesa pubblica dedicata alla sanità variava tra l'11% della Polonia e il circa 20% dell'Olanda. La media Ue-15 era di oltre il 15%. L'Italia, con poco meno del 15%, si posizionava al di sotto della media Ue-15, significativamente al di sotto della Germania e di 1 p.p. circa al di sotto di Francia e Regno Unito. Se la crescita in Olanda può apparire un po' anomala (con la discontinuità tra il 2005 e il 2007), il dato più elevato resta nel 2011 quello della Germania, che è prossima al 19%.

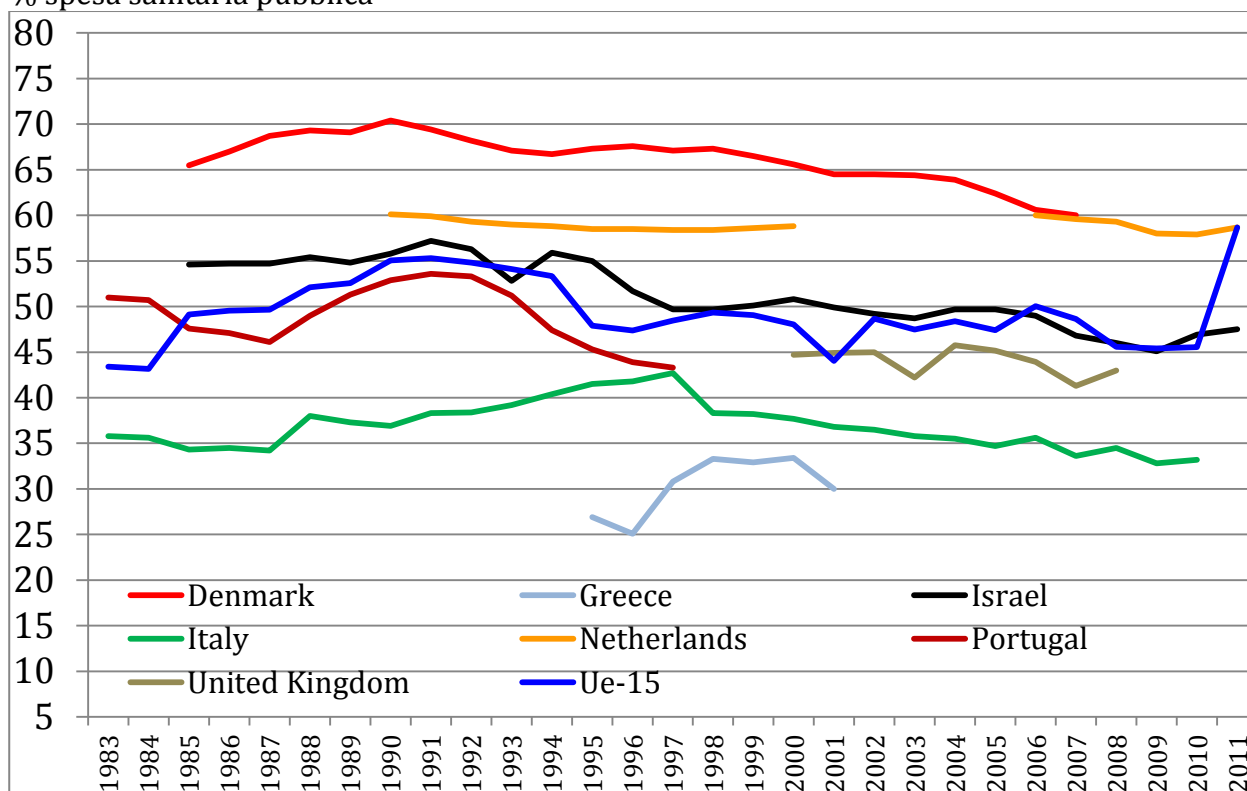
Ne emerge una evidenza chiara che porta alla ottava riflessione (VIII). L'altro lato della medaglia dei trend di crescita così sostenuti e continuativi, dal Dopoguerra ad oggi, è l'aumento della quota di spesa pubblica dedicata alla sanità. È un fatto comune a tutta l'Europa e, nella maggior parte dei casi, il fenomeno si sta muovendo grossomodo alla stessa velocità dappertutto. Le tre eccezioni di Grecia, Irlanda e Portogallo si spiegano con i riaggiustamenti di finanza pubblica che questi tre Paesi hanno attraversato e in cui sono ancora coinvolti (pur per entità diverse) a causa della crisi recente crisi finanziaria. Anche l'avvicinamento dell'Italia alla media Ue-15 si spiega così: nel 1995 l'Italia usciva dal riaggiustamento dei conti per l'ingresso nell'Euro e rimaneva staccata dal dato Ue-15 di poco meno di 2 p.p., poi gradualmente riassorbiti sino a ridurli agli 0,5 p.p. del 2011. Al di sotto dei trend comuni ci sono livelli (quote di spesa pubblica occupati dalla sanità) abbastanza diversificati tra Paesi. La spiegazione di questa diversità la si deve cercare nella diversa organizzazione dei welfare system e, più in generale, nella composizione quali-quantitativa della spesa pubblica. Su questi punti si avrà modo di aggiungere alcune riflessioni nel prossimo capitolo dedicato agli scenari a medio-lungo periodo. Qui è utile sottolineare come, se i trend osservati in passato (+ 3 p.p. tra il 1995 e il 2011) si dovessero confermare nel futuro, le differenze tra i livelli acquisteranno presto importanza relativa e secondaria rispetto al peso crescente della sanità all'interno della spesa pubblica.

Grafico 16 - Spesa sanitaria pubblica (corrente e capitale), % spesa pubblica complessiva



fonte: elab. Reforming su HfA

Grafico 17 - Spesa per retribuzioni di dipendenti sistema sanitario pubblico,
% spesa sanitaria pubblica



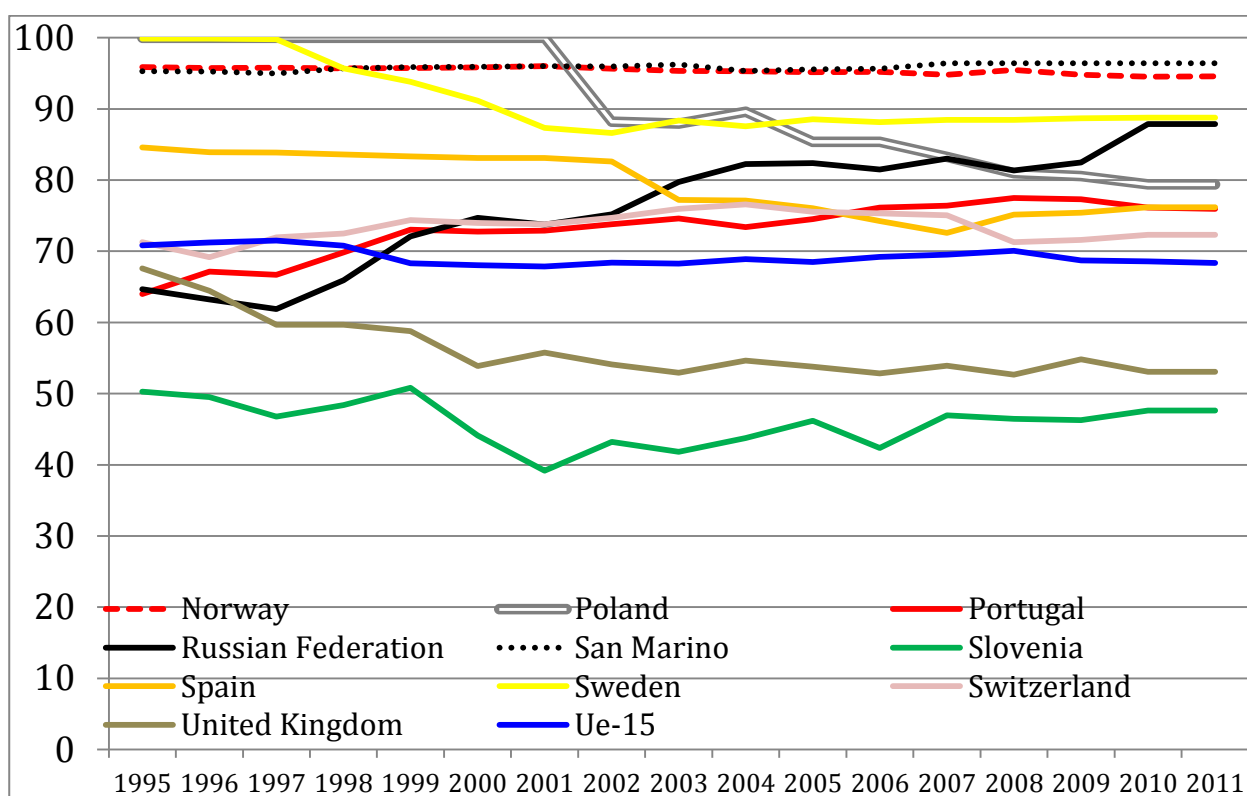
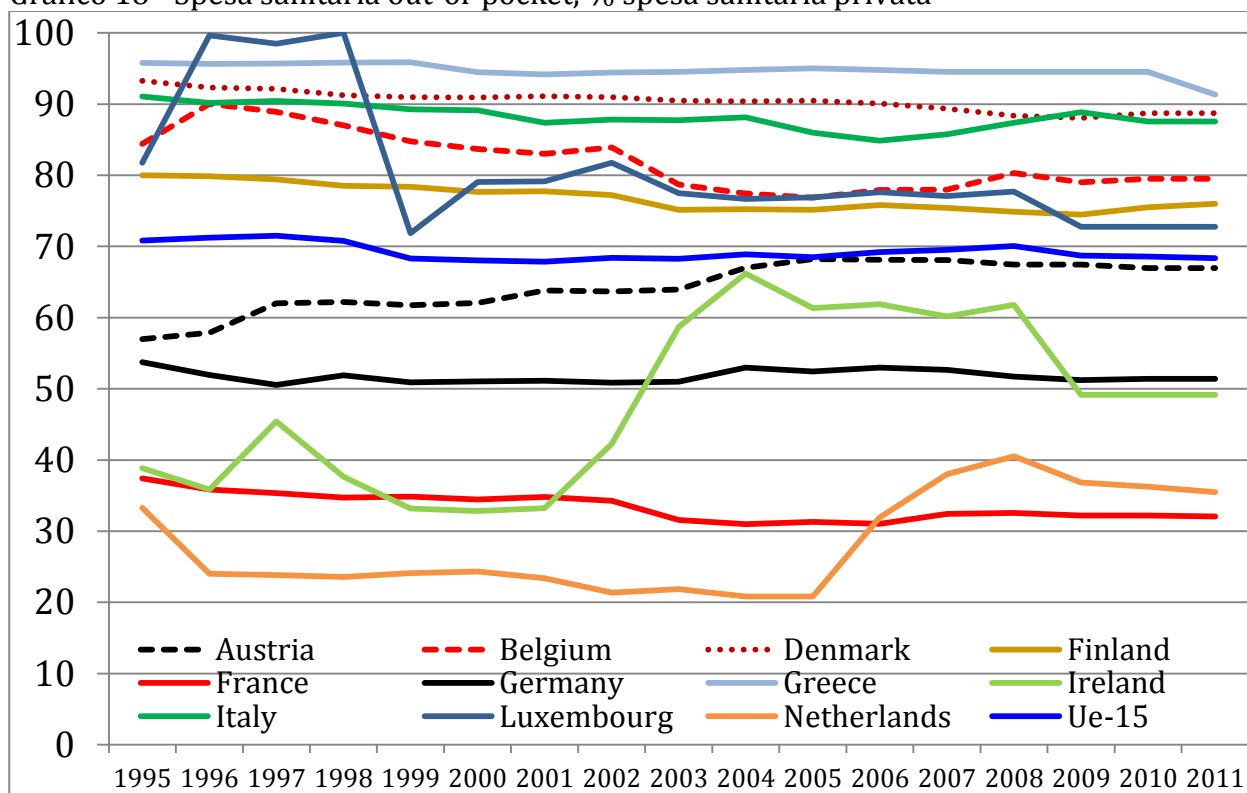
fonte: elab. Reforming su HfA

Il Grafico 17, a dispetto della sua molto parziale copertura dei Paesi (la media Ue-15 è poco significativa agli estremi del periodo), è molto interessante e utile. Spesso è oggetto di dibattito il peso del costo del personale all'interno della spesa sanitaria pubblica. E altrettanto spesso, come accaduto per esempio in tema di trasformazione federalista del Ssn italiano, il dato è utilizzato per ricercare spazi di efficientamento e riduzione della spesa.

In media in Ue-15 la spesa per il personale conta per il 45-50% (una media dal metà anni '80 sino al 2010). Soltanto la Grecia (pur presente per pochi anni), mostra una incidenza inferiore a quella italiana, che in media si muove tra il 35% e il 40%. Regno Unito, Portogallo, Danimarca e Olanda fanno registrare incidenze significativamente più alte. I valori appaiono abbastanza stabilizzati lungo l'orizzonte esaminato, riflettendo probabilmente caratteristiche consolidate o strutturali dei vari sistemi sanitari.

Come nona riflessione (IX), si può dire che, prima di utilizzare un dato questo per trarre conclusioni su efficienza e qualità della spesa e su spazi per comprimerla/ridurla, è necessario essere prudenti e allargare l'analisi al funzionamento complessivo dei sistemi sanitari, alle loro modalità di governance e ai risultati in termini di prestazioni ai cittadini.

Grafico 18 - Spesa sanitaria out-of-pocket, % spesa sanitaria privata



fonte: elab. Reforming su HfA

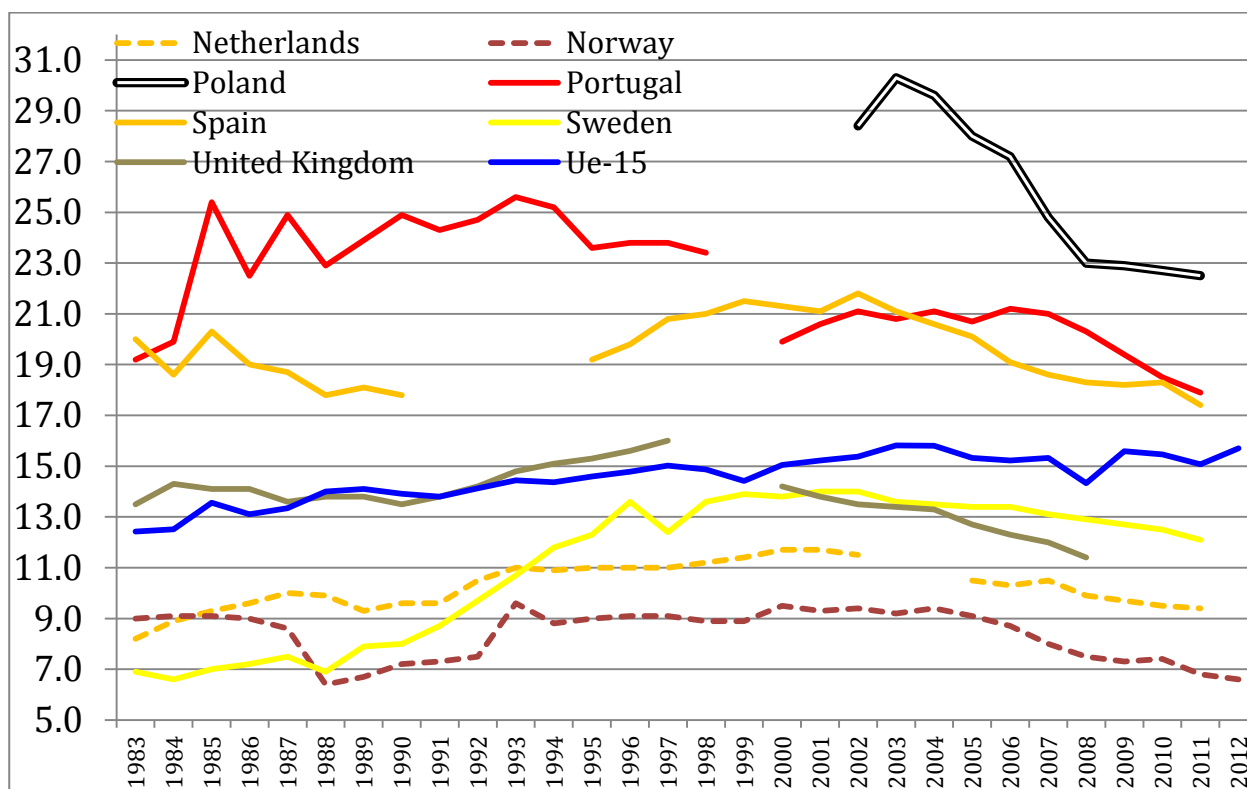
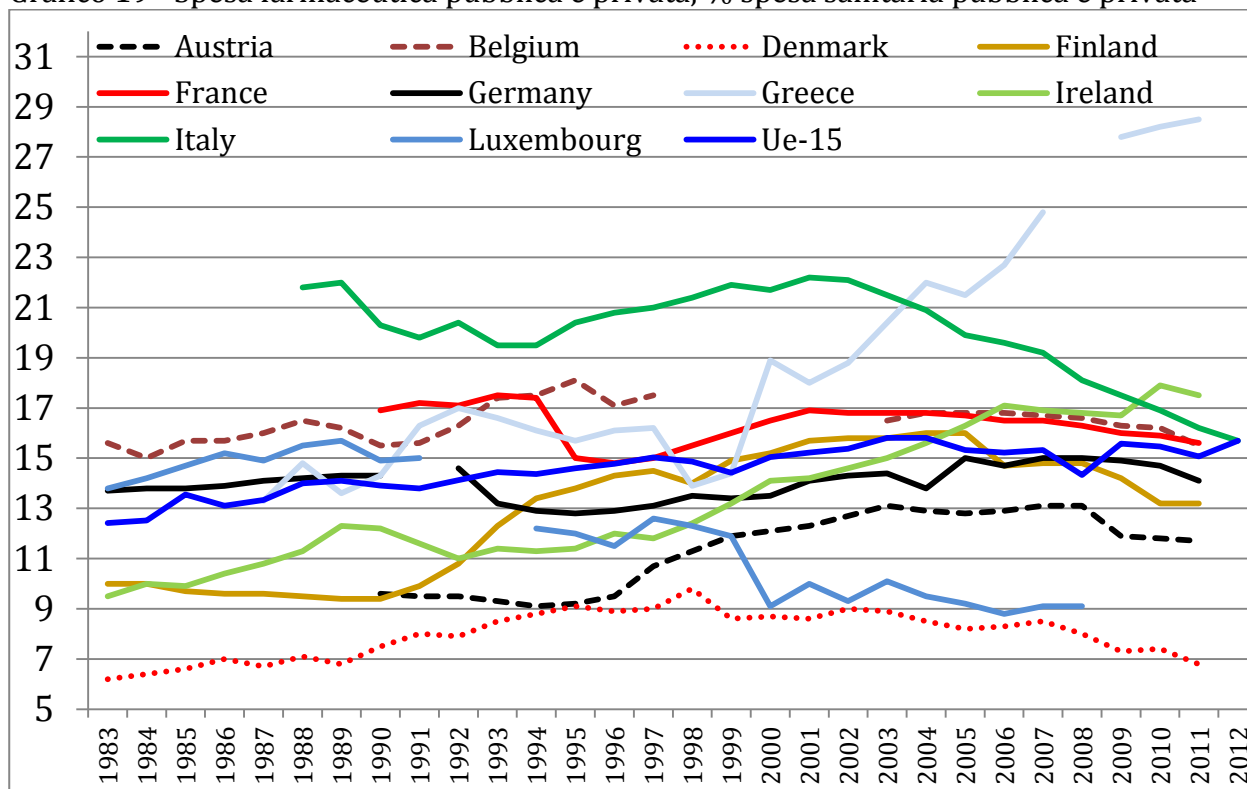
Il Grafico 18 complementa i precedenti Grafici 15 e 16. Descrive quale quota della spesa sanitaria privata è finanziata in modalità out-of-pocket dai cittadini e dalle famiglie. In Europa questo dato ha una variabilità molto alta. Nel 1995 andava tra il 30% dell'Olanda e il 95% della Grecia. Nel 2011 la variabilità era compresa tra il poco più del 30% della Francia e valori attorno al 90% di Grecia, Danimarca, Italia, Spagna. Il dato Italia è sempre superiore alla media Ue-15, per circa 20 p.p. che restano pressoché invariati tra il 1995 e il 2011. Il dato Italia stacca significativamente quello della Germania (+40 p.p.), della Francia (+60 p.p.), del Regno Unito (quasi +40 p.p.).

Perché è importante sottolineare questo dato? Perché sull'onda dei trend di spesa storicamente osservati, con aumenti di spesa sia sul fronte pubblico che privato (in Europa e negli Us come si è visto), una alta quota di spesa privata che si scarica direttamente, anno per anno, sui redditi disponibili di cittadini e famiglie rappresenta una criticità, in più rispetto a quelle di per se stesse sollevate dall'aumento della spesa totale (pubblica e privata) e dei fabbisogni di prestazioni che ne sono alla base.

Una elevata quota di out-of-pocket è sintomo di un sistema non ancora preparato a governare il trade-off tra bisogni che crescono e risorse che difficilmente riusciranno a tenere lo steso passo. Nel futuro, sarà sempre più necessaria complementarietà e collaborazione tra finanziamento e finanziamento privato, con quest'ultimo organizzato secondo logiche istituzionali, previdenziali, auspicabilmente coordinate a livello internazionale e soprattutto tra Partner europei.

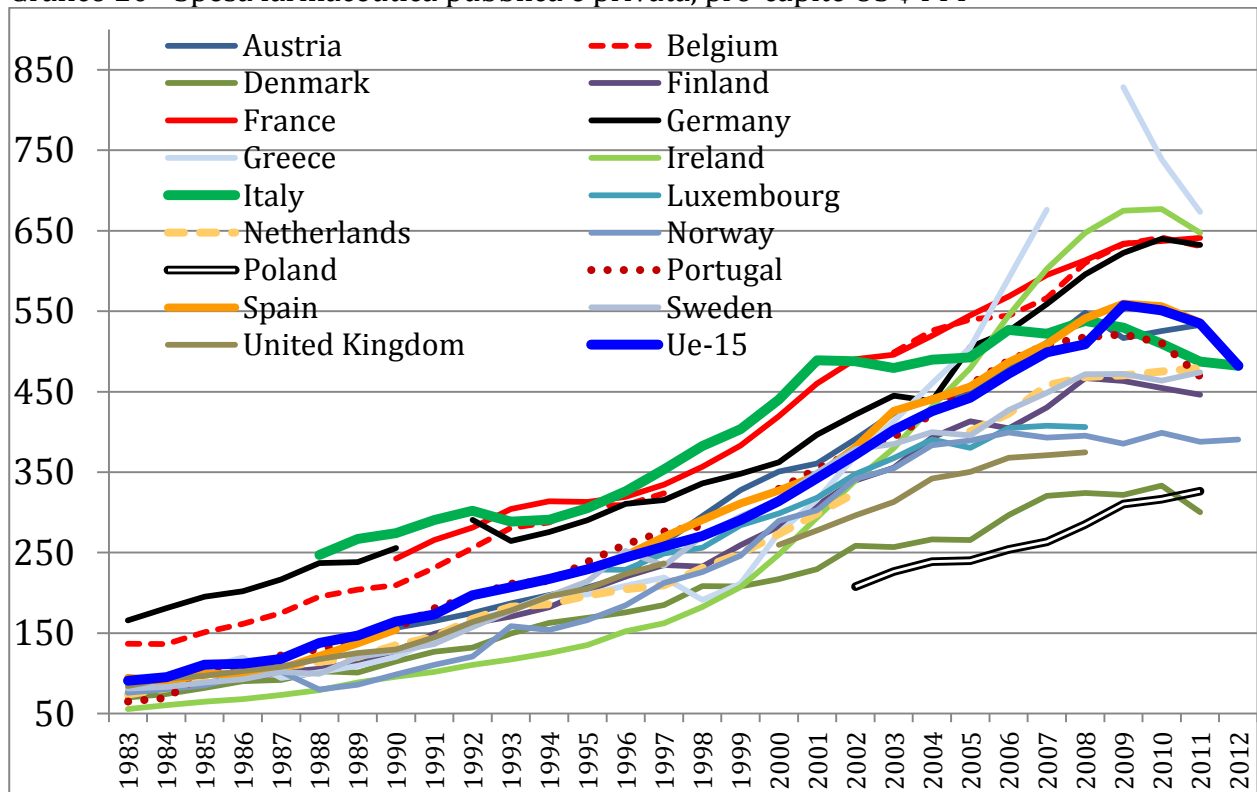
Come decima riflessione (X), si può dire che anche i dati HfA confermano che in molti Paesi europei la spesa sanitaria privata si appoggia troppo sull'out-of-pocket. Out-of-pocket implica che cittadini e famiglie sono, in un certo senso, "soli" nel fronteggiare i fabbisogni sanitari non risolvibili attraverso i sistemi sanitari pubblici. Tra i maggiori Partner europei, l'Italia è quello con la quota in assoluto più alta di out-of-pocket (90%). L'istituzionalizzazione della spesa privata permetterebbe di predisporre per tempo i risparmi necessari, con il supporto di una fiscalità agevolata e di una gestione nel contempo professionale e regolata.

Grafico 19 - Spesa farmaceutica pubblica e privata, % spesa sanitaria pubblica e privata



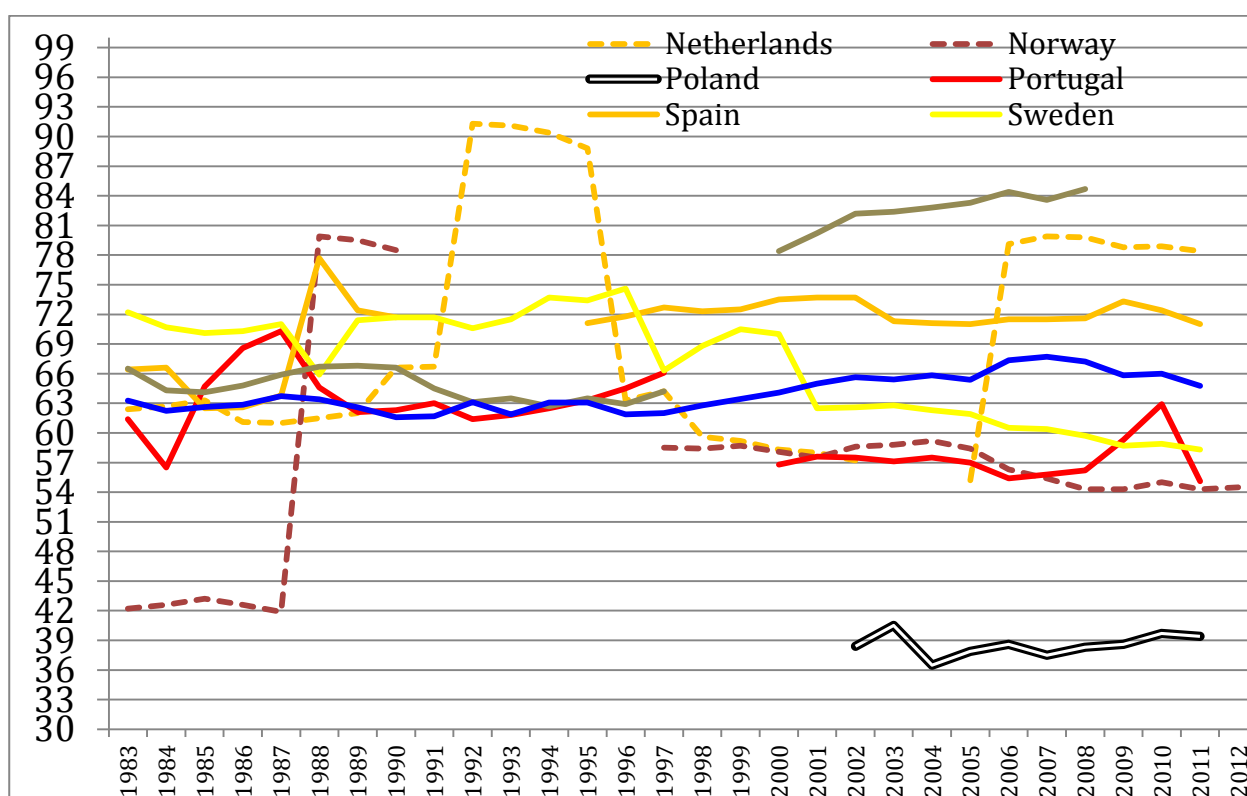
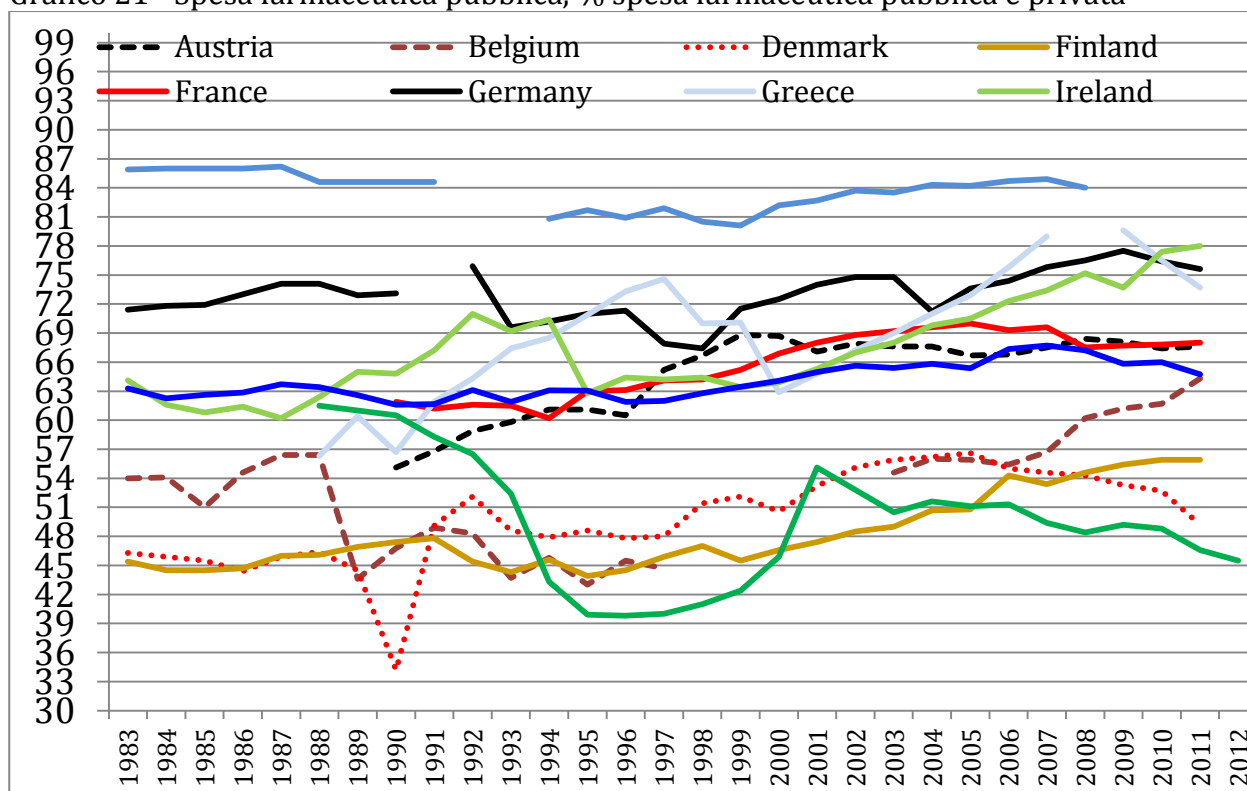
fonte: elab. Reforming su HfA

Grafico 20 - Spesa farmaceutica pubblica e privata, pro-capite US \$ PPP



fonte: elab. Reforming su HfA

Grafico 21 - Spesa farmaceutica pubblica, % spesa farmaceutica pubblica e privata



fonte: elab. Reforming su HfA

I dati di fonte Ocse non permettono, come si è visto, di separare la spesa per farmaci in senso stretto da quella per le piccole apparecchiature medicali (i cosiddetti “non durables”). Il distinguo è importante perché si tratta di prodotti diversi, nell'utilizzo terapeutico (comprese complementarietà/sostituibilità con altre terapie), nei soggetti imprenditoriali, nei mercati.

I Grafici 19, 20 e 21 utilizzano dati di fonte HfA per focalizzare l'analisi sui farmaci. Il Grafico 19 riporta, per il periodo dal 1983 al 2011, la quota della spesa farmaceutica complessiva (pubblica e privata) sulla spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata). La prima impressione, a colpo d'occhio è che la variabilità dei Paesi attorno alla media Ue-15 sia alta. La quota farmaceutica della spesa sanitaria sembra seguire logiche diverse e probabilmente anche rispondere a vincoli diversi. Di per sé questa evidenza non indica la presenza di devianze e di problemi (necessari approfonditi case-study Paese per trarre conclusioni di questo genere). Tanto più che, se si separano i Partner maggiori e relativamente più simili (Francia, Germania, Italia, Spagna, Regno Unito) dagli altri, la variabilità si restringe e, anzi, sembra emergere anche una lenta convergenza verso una quota simile; convergenza interpretata soprattutto dal dato Italia che, molto più lato della media Ue-15 a fine anni '80 (+7 p.p.), plana gradualmente sulla media raggiungendola a fine periodo.

Una lettura simile può esser data anche del Grafico 20, che riporta la spesa farmaceutica pro-capite in US\$ PPP. In tutta Europa è evidente un trend comune che guida la crescita della spesa dal 1983 ad oggi. Attorno a questo trend c'è una discreta variabilità che, tuttavia, se l'analisi si restringe ai Partner maggiori e relativamente più simili tra loro (Francia, Germania, Italia, Spagna), sembra ridursi e, al netto degli effetti della recente crisi finanziaria, probabilmente rispondere anche a lente tendenze alla convergenza. A questa lettura fa però eccezione il Regno Unito, dimostrando che l'interpretazione delle dinamiche sono complesse e non immediatamente categorizzabili. L'Italia, costantemente al di sopra della media tra la fine degli anni '80 e il 2007-2008, cade al di sotto della media negli ultimi anni, anche se lo stacco è contenuto e, quasi sicuramente, attribuibile agli effetti della crisi finanziaria e alle misure adottate per fronteggiarla.

Se ne può trarre una undicesima riflessione (XI). Sia in quota di spesa sanitaria (pubblica e privata) che in valori assoluti pro-capite, la spesa farmaceutica (pubblica e privata) mostra una significativa variabilità in Europa, ma questa variabilità si riduce se il confronto è effettuato tra i Partner maggiori e più direttamente comparabili (per dimensioni geografiche, popolosità, Pil) e se si prescinde dagli ultimi anni (post 2008) troppo influenzati dagli effetti della crisi finanziaria. Se ci si concentra su questo gruppo di Paesi, si riesce anche a riconoscere una sia pur lenta convergenza verso grandezze comuni. Sicuramente un processo di convergenza lo ha compiuto l'Italia, a fine anni '80 nettamente al di sopra della media Ue-15 e dei valori di Francia, Germania e Regno Unito, e poi in graduale avvicinamento. La quota di farmaci nella spesa sanitaria italiana ha sempre contato molto di più che negli altri Paesi, e solo negli ultimi anni i valori sembra esservi “normalizzato”.

Per completare il focus sulla farmaceutica, c'è l'ultimo grafico sui dati HfA, il Grafico 21. Utile dedicarvi alcune osservazioni, perché potrebbe apparire in contraddizione con l'evidenza riportata nei grafici precedenti (il 19 e il 20).

Il Grafico 21 esprime la quota di spesa farmaceutica pubblica sulla spesa farmaceutica complessiva (pubblica e privata). Grafici 19 e 20 mettono in evidenza la posizione dell'Italia, che da sempre ha speso in farmaci, nel complesso del canale pubblico e privato, significativamente più dei Partner Europei, sia come quota sulla spesa sanitaria che in valori assoluti pro-capite. Adesso il Grafico 21 getta luce sullo spaccato della spesa farmaceutica e fa comprendere come canale pubblico e canale privato abbiano seguito dinamiche diverse e opposte. Un incrocio di evidenze, questo, molto significativo dal punto di vista della policy.

Prima di passare a commentare da vicino i dati Italia, uno sguardo di insieme alle dinamiche segnalate nel grafico. Il peso della spesa pubblica sulla spesa complessiva è molto diversificato tra Paesi. Tuttavia, anche qui, se l'analisi si focalizza sulla media Ue-15 e sui Partner più direttamente comparabili, la variabilità si assottiglia, non solo tra Paesi ma anche nel tempo: i valori sono vicini tra loro e anche sufficientemente stabili nel tempo (cfr. Austria, Francia, Germania, Portogallo, Regno Unito). Unica eccezione: l'Italia. Per l'Italia, il rapporto tra spesa farmaceutica pubblica e spesa farmaceutica complessiva parte da valori allineati alla media Ue-15 a fine anni '80, ma poi subisce una drastica riduzione che lo stacca dalla media di oltre 20 p.p.. Come già ricordato altre volte, sono gli anni del riaggiustamento di finanza pubblica, che ha agito pesantemente sia sulla sanità che sulla farmaceutica pubblica. Dopo il picco negativo del 1996, la quota pubblica ha una risalita che la riporta a -9 p.p. dalla media Ue-15, e poi si avvia lungo un trend di leggera diminuzione che si conclude nel 2010 con uno stacco dalla media Ue-15 di -18 p.p..

Se ne può trarre la riflessione numero dodici (XII). In un quadro europeo in cui i maggiori Partner sembrano aver acquisito (non per prescrizione regolatoria ma per evoluzione naturale) una proporzione quasi strutturale e comune (che rispecchia probabilmente la condivisione di fabbisogni, farmaci, protocolli terapeutici, e rapporti tra costi e risorse disponibili), l'Italia si stacca da tutto il gruppo. La diagnosi generale è quella che si è proposta: il controllo e la compressione della spesa pubblica si sono esercitati con particolare forza sul capitolo della farmaceutica, soprattutto per la preparazione all'ingresso nell'Euro (1990-1995) e anche successivamente. Ma questa spiegazione non basta, e non solo perché la quota pubblica è diminuita mentre la spesa farmaceutica complessiva convergeva alla media Ue-15 (Grafici 19 e 20) partendo da livelli significativamente più alti. Dietro quella compressione di spesa, avvenuta spesso in maniera rozza (con tagli dei prezzi, revisione dei Prontuari, rallentamenti all'ammissione in fascia "A" e in fascia "H", meccanismi di pay-back), ci sono le riforme incompiute, sia quelle della sanità nel suo complesso che quelle in particolare della filiera del farmaco. Le riforme avrebbero permesso (permetterebbero in futuro) di organizzare in maniera ottimale la composizione della spesa tra funzioni e capitoli, guadagnando in qualità e anche in duttilità. Avremmo probabilmente visto per l'Italia delle proporzioni tra capitoli di spesa più allineate ai valori dei Partner europei.

La filiera del farmaco di riforme in sospenso ne ha tante: dall'ammodernamento della distribuzione al dettaglio e all'ingrosso, allo sviluppo definitivo delle copie economiche dei prodotti off-patent, all'adozione di schemi di regolazione coordinati sul lato domanda e offerta, all'avvio di forme equilibrate e trasparenti di selettività alle prestazioni farmaceutiche pubbliche, al superamento della frammentazione regionale o addirittura infraregionale che è causa di sovracosti amministrativi soprattutto in fascia "H".

Insomma, la replica a quell'evidenza così forte per l'Italia non può essere soltanto una critica alla compressione di spesa. La risposta deve tentare di essere molto più costruttiva e, in alcuni casi, lasciare spazio ad "autocritiche".

Dallo storico alle proiezioni a medio-lungo termine

Sinora si sono analizzati i trend storici, ma che cosa abbiamo di fronte?

Le Tavole 2-8 alle pagine successive riportano i quadri di finanza pubblica a medio-lungo termine per Italia, Francia, Germania, Spagna e Regno Unito. I dati sono quelli dei Programmi di Stabilità (Programma di Convergenza per il Regno Unito) del 2013, che per le voci di spesa per prestazioni sanitarie acute, assistenza ai non autosufficienti e pensioni incorporano le proiezioni dello scenario cosiddetto “reference” di Awg-Ecofin (il Gruppo di Lavoro interno a Ecofin che approfondisce le tematiche sull’invecchiamento). I tassi di crescita del Pil sono ottenuti tramite interpolazioni lineari dei tassi di crescita riportati, a cadenza quinquennale, nei vari Programmi. Allo stesso modo sono ottenuti i tassi di attività e quelli di occupazione. La demografia è, per tutti i Paesi, quella dello scenario “convergence” sviluppato da Eurostat. I risultati rimarrebbero sostanzialmente immutati se, al posto della demografia Eurostat, si ricorresse agli scenari demografici “centrali” sviluppati dagli Istituti nazionali di statistica dei vari Paesi (per l’Italia si presentano entrambi gli scenari, Tavola 2 e Tavola 3).

È possibile calcolare quattro indicatori di sostenibilità:

1. il peso su ogni attivo delle risorse necessarie per finanziare in pareggio la spesa sanitaria e di assistenza ai non autosufficienti;
2. il peso su ogni attivo delle risorse necessarie per finanziare in pareggio la spesa per sanità, assistenza ai non autosufficienti e pensioni;
3. l’indicatore 1. Espresso non per attivo ma per occupato effettivo;
4. l’indicatore 2. Espresso non per attivo ma per occupato effettivo.

I quattro indicatori possono esser letti direttamente come indicatori di sostenibilità del pay-as-you-go pubblico, ovvero del meccanismo oggi alla base del finanziamento di pensioni e sanità in tutti i Paesi europei, e che chiama gli occupati a finanziare, tramite imposte sui redditi da lavoro e contributi, l’erogazione delle prestazioni per gli altri cittadini che ne hanno diritto.

In Italia, oggi ogni attivo contribuisce (virtualmente se non è occupato) al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a circa il 20,5% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino a superare il 26,6% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene (effettivamente) il finanziamento della sanità con risorse pari al 22,4% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 28,6%. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall’odierno 58,3% al 67,3% nel 2060 (+9 p.p.), mentre il peso su ogni occupato dal 63,7% al 72,2% (+8,5 p.p.).

Sono percentuali elevate, che gettano luce sui volumi del pay-as-you-go, quelli già raggiunti e quelli che saranno raggiunti in prospettiva, in assenza di interventi su composizione e struttura del finanziamento. Inoltre, dai dati emerge con chiarezza come, se la maggior parte del pay-as-you-go è assorbito dal finanziamento delle pensioni, il trend dei quattro indicatori è guidato quasi interamente dalla dinamica della spesa sanitaria acuta e per assistenza ai non autosufficienti. Quest’ultima evidenza lascia intendere quali livelli il volume del pay-as-you-go potrebbe raggiungere in futuro se le proiezioni della spesa sanitaria e per le non autosufficienze non fossero quelle dello scenario “reference” di Awg-Ecofin, che hanno come driver

principale la demografia, ma quelle in cui sono in azione e si combinano tra loro driver demografici ed extra demografici (cfr. infra Tavola 10).

L'analisi dei Programmi di Stabilità degli altri Paesi mette in evidenza criticità simili a quelle dell'Italia. Persino la Germania, nonostante le profonde riforme del mercato del lavoro e del welfare condotte agli inizi degli anni Duemila, non può dire di avere con certezza esaurito gli aggiustamenti. Nonostante parta da carichi di pay-as-you-go inferiori a quelli italiani e degli altri Paesi, la Germania sperimenterà la crescita più forte degli indicatori di sostenibilità, come conseguenza di un processo di invecchiamento della popolazione che accelererà dal 2030-2035 in poi, quando entreranno nella terza età tutte le generazioni di immigrati arrivate negli anni Sessanta e Settanta².

In Germania (Tavola 5), oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a oltre il 19% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino a sfiorare il 30% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari al 20,7% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a toccare il 32% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 41,3% a circa il 62% nel 2060 (+18 p.p.), mentre il peso su ogni occupato dal 44,5% al 65,8% (+20 p.p. circa).

In Francia (Tavola 4), oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a quasi il 23% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino a superare il 27% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari a oltre il 25% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a sfiorare il 30% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 55,5% a circa il 63,5% nel 2060 (+8 p.p.), mentre il peso su ogni occupato dal 61% a oltre il 68% (+7 p.p. circa).

Una condizione relativamente migliore sembra avere il Regno Unito (Tavola 7), anche grazie al suo sistema pensionistico che ha già assunto da tempo un assetto multipilastro maturo e contribuisce ad alleviare il carico corrente del pay-as-you-go pubblico. Tuttavia, anche per il Regno Unito gli incrementi nel tempo degli indicatori di sostenibilità, compresi tra i 12 e i 14 p.p. da oggi al 2060, segnalano la necessità di mantenere alta l'attenzione per gli aggiustamenti strutturali futuri.

In Spagna (Tavola 6), oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a quasi il 15% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 22% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari a circa il 19% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a sfiorare il 24% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 35,4% a oltre il 54% nel 2060 (+20 p.p. circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 44% a oltre il 58% (+14 p.p. circa).

² Per la Germania l'afflusso di capitale umano dall'estero ha creato un vero e proprio secondo baby boom.

Sono coinvolti tutti, sia sistemi *à la Bismarck* che sistemi *à la Beveridge*. Variazioni significative (sopra gli 8 p.p. e con punte sino addirittura ai 20) del carico sugli attivi e sugli occupati si realizzeranno, a policy invariata, anche per Paesi, come la Francia e la Germania, che sinora hanno “convissuto” bene, sicuramente meglio dell’Italia, con elevati cunei fiscali e contributivi sui redditi da lavoro.

Se il pay-as-you-go per sostenere sanità, assistenza ai non autosufficienti e pensioni assumerà le dimensioni descritte, quale spazio rimarrà per finanziare gli altri istituti di welfare? Questa domanda non può essere ignorata, tenuto conto che la diversificazione degli istituti di welfare (per famiglia, minori, povertà, accesso alla casa, education, mercato del lavoro, etc.) ha effetti positivi sia sullo stato di salute (fisica e mentale) che sullo sviluppo economico, e con ciò rientra a pieno titolo nelle azioni di policy su cui puntare per governare il trade-off tra esigenze di spesa sanitaria e disponibilità di risorse. E tenuto altresì conto che gli istituti di welfare a finalità redistributiva non possono fare a meno del finanziamento a ripartizione, oggi e in prospettiva “monopolizzato” dalla sanità e dalle pensioni.

Le Tavole 2-7 riguardano Paesi di prima industrializzazione, storici fondatori dell’Ue. Adesso che l’Unione si sta sempre più allargando verso Est, inglobando Paesi che si sono avviati all’economia di mercato e allo sviluppo industriale solo dopo gli anni Novanta, è utile capire quali saranno le prospettive a medio-lungo termine dei new-enter, anche perché la sostenibilità dei loro welfare system si riverbererà sulla dinamica e sulla tenuta dell’intera Unione.

Le proiezioni demografiche mettono in evidenza uno sfasamento temporale ampio, con i Paesi dell’Est che sembrano collocarsi all’inizio della transizione demografica in cui l’Europa Occidentale si trovava negli anni Cinquanta e Sessanta. Questo si traduce in carichi da pay-as-you-go sugli attivi e sugli occupati significativamente inferiori, come si evince dall’esempio della Lituania (Tavola 8). Tuttavia, pur con livelli inferiori alla media dei Partner occidentali sia nel 2010 che nel 2060, l’incremento del carico del pay-as-you-go sarà significativo anche per i Paesi dell’Est, nell’ordine di una decina di punti percentuali. Questa dinamica suggerisce di non sottovalutare il problema e di non posticiparne la soluzione, facendo tesoro dei ritardi e degli errori compiuti dai Partner occidentali.

In Lituania, per continuare con l’esempio, ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a poco più del 10% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 13% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari a circa il 12,3% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 14% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall’odierno 28% a oltre il 37% nel 2060 (+9 p.p. circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 34% a poco meno del 40 (+6 p.p. circa).

Tavola 2 - ITALIA (dati economici del PdS e demografia Eurostat)

<i>% Pil</i>	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica, acuta e per lungodegenti	7,3	6,9	6,8	7,0	7,2	8,0
2. Spesa pensionistica pubblica	15,3	16,1	15,6	15,2	15,2	14,6
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,6
1. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
2. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2
3. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Pil (Euro/milioni)	1.551.886	1.544.772	1.678.964	1.851.892	2.012.747	2.994.696
Popolazione	60.626.442	61.787.648	62.876.781	63.737.079	64.491.289	64.989.319
Pil pro-capite (Euro)	25.597.510,74	25.001.313,85	26.702.451,05	29.055.179,14	31.209.601,79	46.079.819,06
Popolazione 20-64 anni	36.877.066	37.029.609	37.324.687	37.370.095	36.902.079	33.389.736
Attivi di 20-64 anni	24.523.249	25.439.341	25.791.359	25.710.625	25.425.532	23.372.815
Occupati di 20-64 anni	22.463.296	22.488.378	23.392.762	23.833.750	23.671.171	21.783.464
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.252.425,51	4.797.176,79	5.077.638,85	5.762.262,79	6.570.483,38	12.300.222,26
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.734.088,98	5.426.670,57	5.598.278,78	6.216.033,22	7.057.447,24	13.197.663,37
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	14.934.607,47	14.573.701,63	15.232.916,55	16.710.562,09	18.603.175,83	31.006.810,28
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	16.304.156,62	16.486.087,82	16.794.836,33	18.026.496,33	19.981.928,93	33.269.109,74
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	20,52%	19,19%	19,02%	19,83%	21,05%	26,69%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	22,40%	21,71%	20,97%	21,39%	22,61%	28,64%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	58,34%	58,29%	57,05%	57,51%	59,61%	67,29%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	63,69%	65,94%	62,90%	62,04%	64,02%	72,20%

fonte: elab. Reforming su PdS e Eurostat

Tavola 3 - ITALIA (dati economici del PdS e demografia Istat)

<i>% Pil</i>	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica, acuta e per lungodegenti	7,3	6,9	6,8	7,0	7,2	8,0
2. Spesa pensionistica pubblica	15,3	16,1	15,6	15,2	15,2	14,6
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,6
1. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
2. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2
3. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Pil (Euro/milioni)	1.551.886	1.544.772	1.678.964	1.851.892	2.012.747	2.994.696
Popolazione	60.626.442	61.636.886	62.497.034	63.081.253	63.482.851	61.305.219
Pil pro-capite (Euro)	25.597.510,74	25.062.466,32	26.864.701,56	29.357.252,12	31.705.372,67	48.848.957,87
Popolazione 20-64 anni	36.877.066	36.902.900	36.959.344	36.728.830	35.921.153	30.784.391
Attivi di 20-64 anni	24.523.249	25.352.292	25.538.907	25.269.435	24.749.674	21.549.074
Occupati di 20-64 anni	22.463.296	22.411.426	23.163.788	23.424.766	23.041.947	20.083.737
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.252.425,51	4.813.648,27	5.127.831, 29	5.862.868,70	6.749.908,52	13.341.214,84
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.734.088,98	5.445.303,47	5.653.617, 74	6.324.561,71	7.250.170,27	14.314.608,19
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	14.934.607,47	14.623.741,58	15.383.493, 88	17.002.319,24	19.111.186,78	33.630.979,07
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	16.304.156,62	16.542.694,10	16.960.853, 23	18.341.228,95	20.527.590,52	36.084.741,49
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	20,52%	19,21%	19,09%	19,97%	21,29%	27,31%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	22,40%	21,73%	21,04%	21,54%	22,87%	29,30%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	58,34%	58,35%	57,26%	57,92%	60,28%	68,85%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	63,69%	66,01%	63,13%	62,48%	64,74%	73,87%

fonte: elab. Reforming su PdS e Istat

Tavola 4 - FRANCIA (dati economici del PdS e demografia Eurostat)

<i>% Pil</i>	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica	8,0	8,3	8,5		8,9	9,4
2. Spesa pensionistica pubblica	14,6	14,4	14,4		14,9	15,1
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti (Dépense de Dépendance)	2,2	2,2	2,1		2,0	2,0
1. var PdS 2013 / PdS 2012	-0.2		-0,1		0,0	0,0
2. var PdS 2013 / PdS 2012	1,1		1,6		1,3	1,5
3. var PdS 2013 / PdS 2012	0,7		0,3		2.0	-0.2
Pil (Euro/milioni)	1.936.720	2.023.918	2.201.890	2.412.057	2.621.590	4.220.618
Popolazione	64.714.074	66.358.014	67.820.253	69.125.3(Y)	70.302.983	73.724.251
Pil pro-capite (Euro)	29.927.338,53	30.499.980,90	32.466.554,87	34.893.975,57	37.289.888,15	57.248.709,71
Popolazione 20-64 anni	37.989.976	37.948.905	37.779.599	37.719.344	37.600.045	37.903.908
Attivi di 20-64 anni	28.910.372	29.296.555	29.921.442	30.364.072	30.343.236	30.740.069
Occupati di 20-64 anni	26.327.053	26.829.876	27.616.887	28.176.350	28.162.434	28.617.451
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)	6.833.030,09	7.253.802,00	7.801437,33		9.417.365,62	15.652.224,91
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)	7.503.515,01	7.920.700,35	8.451.363,02		10.146.614,23	16.813.184,64
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	16.613.641,79	17.201.873,31	18.397.257,86		22.290.645,24	36.384.557,91
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	18.243.840,41	18.783.375,10	19.932.459,95		24.016.756,62	39.083.280,08
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	22,83%	23,78%	24,03%		25,25%	27,34%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	25,07%	25,97%	26,03%		27,21%	29,37%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	55,51%	56,40%	56,67%		59,78%	63,56%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	60,96%	61,58%	61,39%		64,41%	68,27%

fonte: elab. Reforming su PdS e Eurostat

Tavola 5 - GERMANIA (dati economici del PdS e demografia Eurostat)

<i>% Pil</i>	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica (Statutory health insurance)	8,0		8,6		9,0	9,4
2. Spesa pensionistica pubblica	10,8		10,9		12,0	13,4
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,4		1,7		2,0	3,1
1. var PdS 2013 / PdS 2012	0,6		0,5		0,5	0,2
2. var PdS 2013 / PdS 2012	0,4		0,4		0,5	0,6
3. var PdS 2013 / PdS 2012	0,5		0,5		0,2	0,7
Pil (Euro/milioni)	2.496.200	2.678.006	2.825.773	2.943.541	3.029.897	3.787.403
Popolazione	81.742.884	80.953.582	80.098.347	79.077.629	77.871.675	66.360.154
Pil pro-capite (Euro)	30.537.214,71	33.080.756,11	35.278.797,22	37.223.429,27	38.908.842,99	57.073.448,88
Popolazione 20-64 anni	49.560.809	49.233.178	47.837.086	45.797.923	42.856.845	33.400.637
Attivi di 20-64 anni	39.946.012	40.272.740	39.322.085	37.645.893	35.399.754	27.789.330
Occupati di 20-64 anni	37.121.046	37.811.081	36.930.230	35.355.997	33.256.912	26.119.298
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.873.998,13		7.401.811,38		9.414.998,92	17.036.227,84
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)	6.321.018,01		7.881.203,31		10.021.635,45	18.125.500,72
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	12.622.847,04		15.234.796,25		19.685.906,83	35.299.064,09
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	13.583.464,24		16.221.505,85		20.954.328,66	37.556.037,49
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	19,24%		20,98%		24,20%	29,85%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	20,70%		22,34%		25,76%	31,76%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	41,34%		43,18%		50,59%	61,85%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	44,48%		45,98%		53,85%	65,80%

fonte: elab. Reforming su PdS e Eurostat

Tavola 6 - SPAGNA (dati economici del PdS e demografia Eurostat)

<i>% Pil</i>	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica (Gasto en sanidad)	6,5		6,5		7,0	7,8
2. Spesa pensionistica pubblica	10,1		10,6		10,6	13,7
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti (Cuidados de larga duracion)	0,8		0,9		0,9	1,5
1. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0		0,0		0,0	0,0
2. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0		0,0		0,0	0,0
3. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0		0,0		0,0	0,0
Pil (Euro/milioni)	1.048.883	1.044.464	1.147.496	1.288.185	1.439.071	2.177.165
Popolazione	45.989.016	46.923.019	47.961.070	49.027.829	49.961.157	52.279.310
Pil pro-capite (Euro)	22.807.250,32	22.259.091,89	23.925.574,51	26.274.566,30	28.803.804,37	41.644.867,29
Popolazione 20-64 anni	29.130.991	29.055.780	29.215.008	29.468.460	29.534.119	26.700.202
Attivi di 20-64 anni	22.634.780	23.215.568	23.781.017	24.193.606	24.395.182	22.161.168
Occupati di 20-64 anni	18.236.000	18.770.034	19.836.990	21.276.228	22.298.260	20.612.556
<i>Carico del PayGo</i>						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)	3.382.779,02		3.570.693,26		4.660.208,67	9.136.537,45
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)	4.198.752,88		4.280.624,91		5.098.453,46	9.822.961,24
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	8.063.062,33		8.685.470,09		10.913.146,88	22.595.737,77
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	10.037.986,31		10.412.330,86		11.939.416,32	24.293.345,01
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	14,83%		14,92%		16,18%	21,94%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	18,41%		17,89%		17,70%	23,59%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	35,35%		36,30%		37,89%	54,26%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	43,88%		43,52%		41,45%	58,33%

fonte: elab. Reforming su PdS e Eurostat

Tavola 7- REGNO UNITO (dati economici del PdS e demografia Eurostat)

<i>% Pil</i>	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica	8,1		7,1		7,7	9,1
2. Spesa pensionistica pubblica	9,0		8,4		9,0	10,8
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,3		1,2		1,5	2,0
1. var PdS 2013 / PdS 2012	-0,1		-0,5		-0,7	-0,7
2. var PdS 2013 / PdS 2012	3,3		3,2		3,0	2,9
3. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0		0,0		0,0	0,0
Pil (Pound/milioni)	1.466.569	1.549.332	1.715.624	1.888.621	2.074.989	3.603.253
Popolazione	62.008.048	64.147.689	66.292.265	68.350.294	70.207.694	78.925.262
Pil pro-capite (Pound)	23.651.268,62	24.152.574,12	25.879.704,75	27.631.503,50	29.555.010,29	45.653.984,20
Popolazione 20-64 anni	37.073.049	37.685.311	38.304.199	38.502.509	38.604.742	41.494.204
Attivi di 20-64 anni	29.287.709	30.072.878	30.605.055	30.763.505	30.883.794	33.485.823
Occupati di 20-64 anni	27.248.691	28.037.871	28.766.453	29.107.897	29.339.604	31.867.549
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Pound)	4.707.008,23		4.652.721,99		6.181.203,04	11.944.190,54
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Pound)	5.059.233,34		4.950.099,69		6.506.529,52	12.550.731,46
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Pound)	9.213.718,24		9.361.500,87		12.228.032,10	23.565.565,11
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Pound)	9.903.180,15		9.959.839,14		12.871.612,74	24.762.253,97
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	19,90%		17,98%		20,91%	26,16%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	21,39%		19,13%		22,01%	27,49%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	38,96%		36,17%		41,37%	51,62%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	41,87%		38,49%		43,55%	54,24%

fonte: elab. Reforming su PdS e Eurostat

Tavola 8 - LITUANIA (dati economici del PdS e demografia Eurostat)

<i>% Pil</i>	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica	3,8		3,5		3,3	3,2
2. Spesa pensionistica pubblica	8,6		6,3		7,0	9,6
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,1		0,9		1,0	2,0
1. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0		0,2		0,2	0,1
2. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0		-0,7		-0,8	-1,7
3. var PdS 2013 / PdS 2012	0,0		0,0		0,0	0,0
Pil (Litas/milioni)	95.323		131.014		153.835	222.633
Popolazione	3.329.039		3.179.986		3.043.919	2.676.297
Pil pro-capite (Litas)	28.633.848,99		41.199.589,24		51.201.992,56	83.187.003,03
Popolazione 20-64 anni	2.054.264		1.957.576		1.731.511	1.338.222
Attivi di 20-64 anni	1.608.489		1.550.400		1.381.746	1.069.239
Occupati di 20-64 anni	1.322.178		1.291.483		1.262.916	991.183
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Litas)	2.903.866,69		3.718.130,43		3.075.797,89	10.827.250,76
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Litas)	3.532.684,54		4.463.565,93		3.533.389,38	11.679.882,15
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Litas)	8.000.449,06		9.041.865,83		12.971.483,51	30.816.021,38
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Litas)	9.732.906,40		10.854.580,83		14.191.995,08	33.242.741,51
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	10,14%		9,02%		9,91%	13,02%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	12,34%		10,83%		10,85%	14,04%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	27,94%		21,95%		25,33%	57,04%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	33,49%		26,35%		27,72%	39,96%

fonte: elab. Reformingsu PdS e Eurostat

Ma sarà solo il pay-as-you-go dei sistemi pubblici ad essere posto sotto pressione? Porsi questa domanda ha una duplice importanza: non solo per ricercare le soluzioni migliori e durature, ma anche per deideologizzare e depoliticizzare il dibattito, liberandolo dagli schematismi, spesso pretestuosi, di “lotta” tra pubblico e privato, tra obiettivo di coesione sociale e efficientismi conservatori.

I sistemi sanitari pubblici universalistici à la Beveridge (come l'italiano Ssn) si basano sul finanziamento a ripartizione o pay-as-you-go (tramite la fiscalità generale). Già ora non vale più il cosiddetto “teorema di Aaron” che, nelle fasi demografiche di espansione, identifica la ripartizione come il meccanismo più efficiente sia per spostare risorse nel tempo (le pensioni) sia per finanziare prestazioni sanitarie per l'intera cittadinanza.

Nel Dopoguerra e sino a tutti gli anni Settanta, quando quel teorema trovava riscontro nella demografia, con un contributo relativamente contenuto e poco distorsivo a carico di tutti i redditi si potevano reperire risorse adeguate. In prospettiva, quel contributo dovrà aumentare sino a toccare soglie insostenibili, con effetti depressivi sul mercato del lavoro, sugli investimenti e sulla produttività. Sistemi a prevalente finanziamento a ripartizione dovranno necessariamente ristrutturarsi, e la soluzione non potrà limitarsi a restringere il perimetro delle prestazioni fornite oppure ad aumentare la compartecipazione dei cittadini ai costi (per le proporzioni in cui si manifesteranno le pressioni della spesa, sarebbero due non-soluzioni).

La criticità appena descritta abbraccia anche i sistemi pubblici à la Bismarck, basati sulla mutualità obbligatoria interna a comparti, settori, categorie. Per tenere il passo della spesa, i contributi a carico degli iscritti e dei loro datori di lavoro dovranno necessariamente aumentare riproducendo quella stessa pressione sugli occupati che, nei sistemi universalistici, passa per la via fiscale. C'è da dire, inoltre, che le differenze tra sistemi beveridgiani e bismarckiani, nette sino a tutta la metà del Novecento, si sono poi ridotte notevolmente quando i bismarckiani hanno mano a mano esteso, sempre con logica categoriale, la copertura della platea degli occupati. L'affidarsi alla fiscalità generale, piuttosto che a contribuzioni specifiche levate per comparti/settori/categorie, non crea di per sé diverse capacità di fronteggiare una dinamica di spesa così intensa, soprattutto quando entrambi i sistemi si prefiggono obiettivi di ampia copertura sia in termini di beneficiari che di prestazioni. In entrambi i casi, la necessità di reperire risorse crescenti si trasforma in una pressione sempre più alta sui redditi che il sistema economico genera anno per anno.

In effetti, la mutualità categoriale obbligatoria nei sistemi bismarckiani altro non fa che applicare il finanziamento a ripartizione, anno per anno, non sul complesso dei redditi, ma sui singoli sottogruppi di redditi individuati a seconda di comparto/settore/categoria. L'insostenibilità della ripartizione, quando utilizzata come criterio esclusivo di finanziamento, si estende tout court anche ai sistemi bismarckiani. E per la stessa ragione arriva a coinvolgere anche le forme di mutualità privata (come le nostre società di mutuo soccorso), con cui gruppi di persone scelgono volontariamente di mettere in comune delle risorse per fare risk sharing.

Di fronte a dinamiche di spesa così intense, le organizzazioni di mutualità privata saranno costrette o ad aumentare significativamente i contributi dei partecipanti (anche a titolo di compartecipazione ai costi), o a restringere il novero delle prestazioni, oppure a selezionare (screaming) in maniera più stringente i partecipanti all'ingresso (rimedio in contrasto con la definizione stessa di mutualità). Non è un caso che, scostandosi dallo spirito originario con cui sono sorte nell'Ottocento, molte società di mutuo soccorso oggi si rivolgano esclusivamente alle fasce dei quadri e dei dirigenti.

Fintantoché la mutualità privata si affida, per il finanziamento, ad una ripartizione della spesa sui propri iscritti, emergono le stesse criticità evidenziate per i sistemi pubblici beveridgiani e bismarckiani, con una aggravante: quando la ripartizione si svolge su gruppi piccoli, essa rimane statisticamente più esposta sia all'assottigliarsi del numero degli aderenti in età attiva e contributiva, sia all'aumentare della frequenza e del costo medio delle richieste di prestazioni (la ripartizione delle spese trova le condizioni ideali di funzionamento sui grandi numeri). Se nei prossimi anni il remix di finanziamento della sanità dovesse avvenire con trasferimento di quote dal carico dei sistemi pubblici alla mutualità privata, si rimarrebbe, in realtà, sempre all'interno del criterio a ripartizione, senza superarne le difficoltà strutturali.

Non è immune da criticità anche la copertura assicurativa privata, cui spesso in Italia le organizzazioni di mutuo soccorso ricorrono svolgendo funzioni "passacarte". La logica assicurativa differisce da quella della mutualità per le modalità con cui contribuzioni e prestazioni attese sono poste in connessione tra di loro: la mutualità non ricerca un proporzionamento specifico tra contributi e prestazioni attese (normalmente, si erogano prestazioni sino ad esaurimento delle risorse anno per anno); al contrario, nella copertura assicurativa questa connessione è centrale, e i premi da corrispondere sono dimensionati a seconda delle caratteristiche del singolo (polizza individuale) o di quelle medie della platea (polizza collettiva), oltre che delle tipologie di prestazioni assicurate.

A parte questa distinzione (che è comunque sostanziale dal punto di vista dei rapporti con gli iscritti), le assicurazioni gestiscono la loro esposizione finanziaria facendo pooling dei profili di contribuzione/rischio dei loro sottoscrittori (a fronte del pagamento dei premi da parte di tutti, non tutti incorreranno contemporaneamente negli eventi avversi), e mantenendo una base di riserve matematiche investite sui mercati. La proporzione tra pooling e risorse investite è cruciale. Quanto più la copertura assume la forma assicurativa pura (tutto o prevalentemente pooling), tanto più si ricade nelle stesse criticità del finanziamento a ripartizione dei sistemi pubblici, con premi destinati ad aumentare per tenere il passo della spesa sanitaria, assieme alle compartecipazioni e allo screaming. Il pooling assicurativo riproduce, in ambito privatistico e su platee più ristrette, il meccanismo della ripartizione nei sistemi pubblici, con l'aggravante, da un punto di vista della sostenibilità sociale, che gli aumenti dei premi possono variare a seconda delle caratteristiche sanitarie soggettive (la differenza rispetto alla mutualità volontaria).

È qualcosa cui si sta già assistendo negli Stati Uniti (il Paese in cui la copertura assicurativa è più diffusa), dove i premi delle assicurazioni sanitarie hanno fatto registrare, negli ultimi anni, una dinamica a doppia cifra, inducendo la prima Amministrazione “Obama” a parlare apertamente di insostenibilità del sistema (è del 22 Febbraio 2010 l’Health Insurance Industry Fair Competition Act, H. R. n. 4626), e di necessità di ampliare l’”ombrello” di Medicare e Medicaid, i due principali programmi sanitari pubblici, per ribilanciare il carico di finanziamento. Ma sarà una soluzione duratura, considerando che, se la spesa sanitaria privata ha raggiunto circa il 10% del Pil, la pubblica si attesta all’8? Sposare il finanziamento dal pooling assicurativo al pay-as-you-go di Medicaid e Medicare costituisce per davvero un cambiamento di struttura, se questi sono i livelli di partenza della “gamba” privata e di quella pubblica?

Alla luce delle considerazioni prima sviluppate, la risposta appare negativa. Alleggerire il pooling assicurativo privato e caricare il pay-as-you-go pubblico significa continuare a muoversi tra due diversi tipi di pay-as-you-go che soffrono degli stessi limiti.

Una conferma che le criticità del pay-as-you-go non sono circoscritte al sistema pubblico, ma coinvolgono anche il pooling assicurativo, giunge dall’analisi delle proiezioni a medio-lungo termine degli Stati Uniti, riportati alla Tavola 9. I dati sono di fonte Congress Budget Office e Census Bureau Population Division, e coprono:

- la spesa pubblica sanitaria di base per i programmi Medicare, Medicaid e CHIP (l’assistenza ai minori);
- la spesa sanitaria pubblica totale;
- la spesa sanitaria pubblica e privata;
- la spesa pensionistica pubblica.

Soltanto per l’assistenza sanitaria di base e per le pensioni le proiezioni si spingono sino al 2060. Per le altre due voci l’orizzonte disponibile è quello a medio termine del 2020. Nel complesso, le quattro voci riportate nella tavola completano il quadro del carico che attivi/occupati devono sostenere per finanziare, via pay-as-you-go e pooling assicurativo, l’erogazione delle prestazioni sanitarie e pensionistiche (il finanziamento delle pensioni private si basa prevalentemente sull’accumulazione reale del risparmio, e per questa ragione non sono prese in considerazione). Per tutte le grandezze (spesa, demografia e Pil) si selezionano gli scenari “centrali”.

L’analisi delle proiezioni può esser scomposta in tre blocchi: il primo relativo alla spesa pubblica per assistenza sanitaria di base e pensioni; il secondo relativo alla spesa sanitaria pubblica complessiva e alle pensioni; il terzo relativo alla spesa sanitaria totale pubblica e privata e alle pensioni. Si tratta, come si evince facilmente dalla tavola, di tre blocchi di perimetro crescente, in cui il blocco successivo ingloba il precedente e vi aggiunge ulteriori voci di spesa.

Tavola 9 - STATI UNITI (dati economici del Congress Budget Office e demografia Bureu of Census)

% Pil	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Medicare, Medicaid, Chip (i.e. assistenza sanitaria di base)	5,6	5,9	6,7	7,5	8,4	13,3
2. Spesa pensionistica pubblica	4,6	4,8	4,9	4,9	4,9	4,7
3. Spesa sanitaria pubblica complessiva	8,0	9,4	11,3			
<i>di cui: contributi per coperture assicurative per I dipendenti pubblici</i>	1,2	1,2	1,4			
4. Spesa sanitaria totale, p[ubblica e privata	17,9	18,2	19,2			
Pil (\$/milioni)	14.526.000	17.100.000	19.500.000	21.700.000	24.000.000	45.900.000
Popolazione	308.700.000	321.362.000	333.898.000	346.408.000	358.471.000	409.871.000
Pil pro-capite (\$)	47.055.394	53.211.021	58.401.069	62.642.895	66.951.023	111.986.454
Popolazione 20-64 anni	183.244.320	190.746.000	193.392.000	194.632.000	196.683.000	225.126.000
Attivi di 20-64 anni	145.129.501	150.995.408	153.006.494	154.440.954	156.644.124	179.155.271
Occupati di 20-64 anni	131.487.328	142.992.652	145.050.156	146.410.024	148.811.917	170.197.507
Carico del PayGo - Assistenza sanitaria di base e Pensioni						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. (\$)	5.603.035,45	6.681.660,13	8.538.853,29	10.518.007,98	12.869.936,99	34.074.911,52
Carico su ogni occupato per finanziare 1. (\$)	6.186.573,14	7.055.607,32	9.007.229,20	11.116.042,17	13.547.302,09	35.868.327,91
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 2. (\$)	10.209.171,71	12.117.387,01	14.783.686,29	17.422.839,86	20.377.400,23	46.116.421,60
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 2. (\$)	11.268.401,44	12.795.762,42	15.594.605,79	18.378.523,05	21.449.894,98	48.543.601,68
Carico su ogni attivo per finanziare 1. / Pil pro-capite	11,91%	12,56%	14,62	16,82%	19,22%	30,43%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. / Pil pro-capite	13,15%	13,26%	15,42%	17,75%	20,23%	32,03%
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 2. / Pil pro-capite	21,70%	22,77%	25,31%	27,81%	30,44%	41,18%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 2. / Pil pro-capite	23,95%	24,05%	26,70%	29,34%	32,04%	43,15%

fonte: elab. Reforming su Congress Budget Office e Census Bureau – Population Division <continua>

Tavola 9 - STATI UNITI (dati economici del Congress Budget Office e demografia Bureu of Census) <continua>

	2010	2015	2020	2025	2030	2060
Carico del PayGo - Assistenza sanitaria pubblica e Pensioni						
Carico su ogni attivo per finanziare 3. (\$)	8.007.193,50	10.600.057,43	14.401.349,57			
Carico su ogni occupato per finanziare 3. (\$)	81137.961,92	11193.302,46	15.191.297,02			
Carico su ogni attivo per finanziare 2. e 3. (\$)	12.611.329,76	16.033.984,31	20.646.182,57			
Carico su ogni occupato per finanziare 2. e 3. (\$)	13.919.790,02	16.933.457,56	21.778.673,60			
Carico su ogni attivo per finanziare 3. / Pil pro-capite	17,02%	19,92%	24,66%			
Carico su ogni occupato per finanziare 3. / Pil pro-capite	18,78%	21,04%	26,01%			
Carico su ogni attivo per finanziare 2. e 3. / Pil pro-capite	26,80%	30,14%	35,35%			
Carico su ogni occupato per finanziare 2. e 3. / Pil pro-capite	29,58%	31,82%	37,29%			
Carico del PayGo - Assistenza sanitaria totale (pubblica e privata) e Pensioni						
Carico su ogni attivo per finanziare 4. (\$)	17.916.093,45	20.611.222,77	24.469.549,72			
Carico su ogni occupato per finanziare 4. (\$)	19.774.939,79	21.764.754,78	25.811.761,30			
Carico su ogni attivo per finanziare 2. e 4. (\$)	22.520.231,71	26.047.149,66	30.714.382,72			
Carico su ogni occupato per finanziare 2. e 4. (\$)	24.856.767,89	27.504.909,88	32.399.137,89			
Carico su ogni attivo per finanziare 4. / Pil pro-capite	38,07%	38,73%	41,90%			
Carico su ogni occupato per finanziare 4. / Pil pro-capite	42,02%	40,90%	44,20%			
Carico su ogni attivo per finanziare 2. e 4. / Pil pro-capite	47,86%	48,95%	52,59%			
Carico su ogni occupato per finanziare 2. e 4. / Pil pro-capite	52,82%	51,69%	55,48%			

fonte: elab. Reforming su Congress Budget Office e Census Bureau – Population Division

Considerato che la spesa pubblica per pensioni conta il 4,6% del Pil nel 2010 e non supera mai il 5% del Pil lungo tutto l'orizzonte temporale, il primo blocco può riferirsi all'assistenza di base, quella che in Italia definiremmo Lea (Livelli essenziali di assistenza) o Lep (Livelli essenziali delle prestazioni). Ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie di base con risorse annue pari a circa l'11% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 30,5% nel 2060. Il carico su ogni occupato è pari a oltre il 13% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 32% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 21,7% a oltre il 41,1% nel 2060 (+20 p.p. circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 24% a oltre il 43 (+19 p.p. circa). Rispetto all'Europa, il peso dell'assistenza di base parte da livelli più bassi ma, in prospettiva, sperimenterà trend acuti, paragonabili a quelli più intensi in Europa registrabili per la Germania.

Se, invece dell'assistenza sanitaria di base, si prende in considerazione il complesso della sanità pubblica (secondo blocco in Tavola 1), il carico per attivo e per occupato ovviamente aumenta, ma non solo nel primo anni e nei livelli. Il pur ristretto orizzonte di proiezione disponibile per questo aggregato di spesa permette di dire che aumenta anche il trend: gli incrementi di pressione tra il 2010 e il 2020 raddoppiano o più che raddoppiano nel passaggio dal primo al secondo blocco, come conseguenza di una più rapida dinamica impressa dalla spesa sanitaria classificabile come non di base.

Ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie pubbliche complessive con risorse annue pari a circa il 17% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 26,6% nel 2020. Il carico su ogni occupato è pari a quasi il 19% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 26% nel 2020. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 26,8% a oltre il 35,3% nel 2020 (+9 p.p. circa in 10 anni), mentre il peso su ogni occupato da circa il 29,6% a circa il 37,3 (+8 p.p. circa). I livelli di partenza sono inferiori a quelli dei Paesi dell'Europa occidentale, ma la dinamica appare subito intensa e guidata quasi interamente dalla sanità.

Se, infine, si passa al terzo blocco e la spesa sanitaria presa in considerazione è quella complessiva pubblica e privata, il carico su attivi/occupati diviene ancora più alto, posizionandosi da subito su livelli molto simili a quelli europei. La differenza riscontrabile consiste in livello un po' più bassi per gli Stati Uniti nell'immediato, a fronte di trend che appaiono un po' più intensi e che, prolungati sino al 2060, produrrebbero livelli prospettici superiori negli Stati Uniti rispetto all'Europa. Ne emerge una considerazione chiara: la pressione su attivi e occupati ha gli stessi ordini di grandezza dappertutto e si pone, in altri termini, come un problema non europeo ma "transatlantico".

Quest'ultima evidenza è, oltre che nuova nel dibattito sul welfare, anche interessante per il confronto tra l'Europa e gli Stati Uniti. La letteratura teorica e empirica ha sinora sottolineato come il diverso livello di impegno di risorse pubbliche a fini welfaristi, apparentemente più alto in Europa, finisca per equivalersi una volta tenute in conto le agevolazioni fiscali (deduzioni e detrazioni) al welfare privato. Il risultato mostrato in questo capitolo aggiunge una similitudine "transatlantica" in più, anche più forte della prima se si vuole, visto che mette in luce una criticità strutturale comune, laddove la prima similitudine lasciava spazio a valutazioni positive su quale fosse la combinazione migliore per canalizzare risorse pubbliche a fini welfaristi (se la spesa diretta o l'incentivo fiscale alla spesa privata).

Si può dunque tracciare la tredicesima riflessione (**XIII**). Oltre alle tante convergenze messe in luce grazie ai dati Ocse e HfA, le elaborazioni sulle proiezioni a medio-lungo periodo ne propongono un'altra, che può esser vista come la conseguenza delle convergenze osservate nel passato. Sia i sistemi a prevalenza pubblica che quelli a prevalenza privata, sia i Paesi Europei che gli Us, dovranno fronteggiare pressioni crescenti della spesa sanitaria, non sostenibili dal pay-as-you-go pubblico cui adesso si affidano i Partner europei, e non sostenibili neppure dalle coperture assicurative cui oggi si affidano gli Stati Uniti. Su entrambi i fronti, il punto debole è e sarà sempre più l'eccessivo ricorso alla ripartizione dei costi, sia nella sua manifestazione nell'alveo pubblico come pay-as-you-go (bismarkiano o beveridgiano non fa differenza), sia nella sua manifestazione nell'alveo privato come pooling assicurativo.

I dati mostrati in questo scritto potrebbero diventare ancora più esplicativi e rappresentativi dell'importanza e dell'urgenza di questa sfida comune a Italia, Europa, Us se, in luogo delle proiezioni di spesa incentrate sulla demografia e sull'invecchiamento della popolazione, le elaborazioni del carico di pay-as-you-go fossero svolte a partire dalle proiezioni che inglobano anche altri fattori di probabile crescita della spesa, e tra questi l'innovazione tecnologica e l'aumento della domanda di prestazioni a tassi anche superiori a quelli di crescita del Pil pro-capite o del Pil per lavoratore occupato.

Solo per avere una intuizione di quali sproporzioni emergerebbero se l'organizzazione del finanziamento della spesa restasse la stessa, si possono confrontare le proiezioni a medio-lungo periodo delle Tavole 2-9 con quelle della Tavola 10, tratta dai lavori dell'Ocse. Nello scenario "cost-pressure", le proiezioni Ocse incorporano tutte le principali variabili che nel medio-lungo periodo possono avere impatto sulla dinamica della spesa sanitaria acuta e per le lungodegenze. Si prefigurano potenziali di aumento che farebbero raddoppiare o più che raddoppiare l'incidenza sul Pil. Ancora una volta, dappertutto, in Europa e in Us, senza distinzione di sistemi a prevalenza pubblica o privata, affidati a pay-as-you-go pubblico o a coperture assicurative private, con radici bismarkiane o beveridgiane.

Tavola 10 - Proiezioni di spesa sanitaria acuta e di lungodegenza, % Pil

% Pil	Spesa sanitaria acuta			Spesa di assistenza lungodegenti			Spesa sanitaria complessiva		
	media 2006- 2010	2060		media 2006- 2010	2060		media 2006- 2010	2060	
		cost- pressure	cost- containment		cost- pressure	cost-containment		cost- pressure	cost- containment
Belgio	5.8	11.6	7.7	1.7	3.0	2.5	7.5	14.6	10.2
Canada	5.8	12.2	8.3	1.2	2.5	1.9	7.1	14.6	10.2
Danimarca	6.3	12.2	8.3	2.2	3.3	2.8	8.5	15.4	11.1
Finlandia	5.2	11.2	7.3	0.8	1.8	1.3	6.0	13.0	8.6
Francia	7.4	13.5	9.6	1.1	2.1	1.7	8.5	15.5	11.3
Germania	7.3	13.5	9.6	0.9	2.1	1.6	8.2	15.5	11.2
Grecia	5.4	11.8	7.9	0.5	1.9	1.5	5.9	13.7	9.3
Irlanda	5.5	11.9	8.0	0.4	1.3	1.1	5.9	13.3	9.1
Italia	6.1	12.6	8.7	0.7	1.9	1.5	6.9	14.5	10.2
Giappone	6.1	12.5	8.6	0.7	2.0	1.4	6.8	14.5	10.0
Olanda	6.4	12.7	8.8	2.3	3.7	3.1	8.7	16.4	12.0
Norvegia	5.1	11.2	7.3	2.1	3.1	2.7	7.2	14.3	10.0
Polonia	4.1	10.5	6.7	0.4	2.2	1.4	4.5	12.7	8.0
Portogallo	6.5	13.0	9.1	0.1	1.4	0.9	6.6	14.3	9.9
Spagna	5.6	12.3	8.5	0.5	2.0	1.6	6.1	14.3	10.0
Svezia	6.6	12.4	8.6	0.7	1.6	1.1	7.2	14.0	9.7
Regno Unito	6.5	12.4	8.5	0.9	1.8	1.4	7.4	14.2	9.9
Us	7.1	13.2	9.3	0.6	1.3	1.0	7.6	14.5	10.3

fonte: elab. Reforming su C. de la Maisonneuve e J. Oliveira Martins (2013)

Conclusioni

Questo lavoro ha voluto impostare il confronto dei sistemi sanitari nazionali in una maniera un po' diversa dal solito, si potrebbe dire forse più proiettata in avanti a cogliere le dinamiche a venire.

Tradizionalmente, i confronti tra Italia e Partner europei da un lato, e tra Europa e Us dall'altro, puntano a riconoscere nei dati (livelli e trend) manifestazioni delle diverse fondamenta dei sistemi sanitari e, più in generale, dei sistemi di welfare.

E questa prospettiva rimane ancora valida, perché l'impostazione bismarkiana è ancora riconoscibile in alcuni tratti istituzionali e anche in alcuni strumenti, così pure come le radici beveridgiane, se si rimane nel confronto infra-europeo. A maggior ragione continuano ad essere evidenti le differenze nelle ispirazioni e nelle aspirazioni dei sistemi sanitari dei Paesi Europei e degli Stati Uniti. Da una parte un maggior impegno pubblico, che ha permesso coperture più ampie, tendenzialmente totali, ma anche richiesto, per il suo mantenimento, degli sforzi di finanziamento con imposte e contributi; dall'altra parte un prevalente impegno di risorse private, attraverso le assicurazioni, che ha coinvolto in maniera meno diretta le finanze pubbliche e proprio per questo ha perseguito in misura minore gli obiettivi equitativi e redistributivi. In Europa, proprio perché il coverage pubblico ha sempre tentato la massima inclusione, è stato necessario un impianto regolatorio più pervasivo per tener sotto controllo prezzi e spesa, creando in qualche misura degli effetti di rallentamento dei percorsi di ricerca e sviluppo in tecnologie e farmaci; negli Us si è sviluppato un impianto regolatorio più leggero, che ha lasciato più spazio al mercato, sia sul lato della sperimentazione e dell'innovazione industriale che su quello delle scelte di copertura assicurativa tramite contratti di natura privata. Tra l'altro, è bene anche sottolineare come di questa maggior propensione degli Us all'innovazione è andata nel tempo avvantaggiandosi anche l'Europa, che ha beneficiato di tecnologie mediche e farmaci innovativi sfornati in Us.

Tutto vero, non c'è dubbio. Ma le serie storiche accumulate dal Dopoguerra ad oggi, ormai lunghe più di quarant'anni, possono essere interrogate anche in un'altra maniera. I sistemi nazionali, e i due modelli europeo e statunitense, sono rimasti distanti, impenetrabili e "fedeli alla loro ricetta", o c'è stata qualche simbiosi con convergenze dell'uno sull'altro?

A questa domanda, questo Reforming Paper appronta delle prime risposte analizzando le serie storiche proprio in questa luce, e poi collegando l'analisi dello storico con l'analisi delle proiezioni a medio lungo periodo della spesa sanitaria. Così il confronto può spaziare lungo un secolo, dal 1960 al 2060.

Si riconoscono numerose convergenze, o meglio tendenze convergenti, all'interno dell'Europa e tra l'Europa e gli Us. In alcuni casi si può supporre che esse derivino dalla condivisione, pur lenta, di best practice o di soluzioni a problemi comuni o simili (si pensi a certe proporzioni interne tra sottocapitoli di spesa).

Ma a dire il vero la spinta convergente più forte sembra venire da un problema non risolto: dalle dinamiche stesse dei fabbisogni e della spesa e dalle criticità che ne derivano. Una convergenza, si potrebbe dire, "in negativo", frutto di debolezze strutturali che su entrambi i fronti stanno dimostrando la presenza di insufficienze nelle istituzioni e negli strumenti attuali.

Le dinamiche di spesa hanno, sul fronte europeo, fatto aumentare la spesa privata e in particolare quella di natura out-of-pocket, o alimentato “strozzature” negli impianti d’offerta universale di prestazioni; sul fronte Us le dinamiche di spesa hanno già da tempo stimolato un maggior intervento pubblico, a tal punto che ormai le risorse pubbliche che gli Us destinano alla sanità hanno superato quelle impiegate dall’Europa e si sommano alle ingenti risorse private.

Sia i sistemi a prevalenza pubblica che quelli a prevalenza privata, sia i Paesi Europei che gli Us, dovranno fronteggiare pressioni crescenti della spesa sanitaria, non sostenibili dal pay-as-you-go pubblico cui adesso si affidano i Partner europei, e non sostenibili neppure dalle coperture assicurative cui oggi si affidano in larga misura gli Stati Uniti. Su entrambi i fronti, il punto debole è e sarà sempre più l’eccessivo ricorso alla ripartizione dei costi, sia nella sua manifestazione nell’alveo pubblico come pay-as-you-go (bismarkiano o beveridgiano non fa differenza), sia nella sua manifestazione nell’alveo privato come pooling assicurativo.

Le tendenze di spesa hanno fatto passare in secondo piano le diverse qualità originarie dei sistemi. E, se si spinge l’occhio al medio-lungo periodo, è questa la grande sfida comune all’Italia, all’Europa, agli Us.

Se sistemi così diversi, pubblici e privati, prestano il fianco agli scenari di crescita della spesa sanitaria e del carico su attivi/occupati, esiste una soluzione? Al di là degli sforzi di efficientamento (organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, concorrenza tra provider, concorrenza nel mercato assicurativo, responsabilizzazione dei cittadini fruitori e dei medici prescrittori, etc.), il punto critico appare proprio quello del criterio di finanziamento. Se alla maggior spesa si tenderà di far fronte utilizzando quote crescenti dei redditi prodotti anno per anno dal sistema economico, l’effetto sarà quello di una crescente pressione fiscale e/o contributiva.

All’interno dei sistemi pubblici obbligatori tale pressione, evitabile solo nella misura in cui si restringano le prestazioni, porterà con sé effetti distorsivi e depressivi. All’interno dei sistemi privati, è probabile che la pressione crescente si traduca anche in una rinuncia alla copertura, con conseguenze che potrebbero generare maggior spesa in futuro (per la minore attenzione alle cure e l’aggravarsi delle condizioni di salute) e pressioni su altri capitoli del welfare system.

Fintantoché il finanziamento sarà ricercato esclusivamente/prevalentemente nella ripartizione (i sistemi pubblici), nella mutualità diretta tra gruppi e nel pooling assicurativo (i sistemi privati), o in pagamenti diretti dei cittadini, trasferimenti di quote delle prestazioni e della domanda dal pubblico al privato e viceversa non incideranno sulla capacità sistemica di governare le tendenze di spesa. Eppure, apparentemente è proprio questa la tendenza in atto: da una parte, gli Stati Uniti si stanno impegnando a rinforzare la copertura pubblica finanziata a ripartizione per sopperire all’insostenibilità economica e sociale delle assicurazioni sanitarie private; dall’altra parte, in Europa sta lentamente maturando il processo opposto, con le difficoltà dei sistemi pubblici beveridgiani e bismarckiani che richiamano l’esigenza di rafforzare la copertura complementare privata.

In questa convergenza transatlantica verso un sistema sanitario multipilastro maggiormente equilibrato nelle componenti pubbliche e private manca, per adesso, una caratteristica essenziale per ovviare alle criticità del finanziamento basato su ripartizione / mutualità / pooling assicurativo e sovraccarico sui redditi prodotti

anno per anno: il finanziamento tramite i frutti di programmi di investimento di lungo termine sui mercati. L'”ingrediente” ancora non adoperato o sottoutilizzato è questo.

Laddove i criteri di finanziamento oggi prevalenti utilizzano redditi già prodotti (intervengono ex-post, per dedicare alla finalità sanitaria quote di risorse già prodotte), i programmi di investimento entrano nei processi di generazione delle risorse e le preparano per tempo. Tramite una idonea gestione di portafoglio, i risparmi andrebbero a selezionare le migliori opportunità di rendimento a livello internazionale, potendosi rivolgere anche ai Paesi più giovani, quelli dove le fasce di età attive saranno ancora per molto tempo più numerose di quelle anziane (una sorta di riequilibrio internazionale degli effetti dell'invecchiamento). Diminuirebbe la pressione sugli attivi, si guadagnerebbe base imponibile al Fisco nazionale e, nella misura in cui i risparmi trovassero valide opportunità di investimento all'interno, si darebbe impulso alla capitalizzazione dell'economia e alla crescita.

Ovviamente l'accumulazione non è una panacea e non le vanno assolutamente attribuite automatiche virtù taumaturgiche. Le mancano alcune proprietà positive e salienti sia della ripartizione (è il canale più adatto alla coesione inter e inter generazionale e alle finalità redistributive) che della mutualità e della copertura assicurativa (contro grandi eventi avversi, l'accumulazione potrebbe non essere capiente o, se lo è, potrebbe venire in larga parte assorbita). Inoltre, un eccesso di accumulazione reale esporrebbe troppo al rischio di mercato e potrebbe essere esso stesso fonte di instabilità dei mercati (in concomitanza con i flussi di investimento e di disinvestimento). Esiste un rischio di over-reliance sulla accumulazione reale che è speculare e simmetrico a quello di over-reliance sulla ripartizione.

Queste considerazioni, qui ripercorse in sintesi, lasciano intendere come uno degli aspetti più importanti di quel “territorio di mezzo”, verso cui cominciano ad avvicinarsi i sistemi sanitari dell'Europa e degli Stati Uniti, è proprio il riproporzionamento dei diversi criteri di finanziamento, in un mix che permetta di coglierne gli aspetti positivi e di controbilanciarne quelli negativi.

Lungo questa strada, che sia per l'Europa che per gli Stati Uniti implica il rafforzamento del canale di finanziamento ad accumulazione reale, è necessario vagliare a fondo le sinergie e le complementarità con i fondi pensione, anche gettando da subito le basi di una cornice regolamentare condivisa e, progressivamente nel tempo, coordinata a livello internazionale. Una ipotesi più ardua a livello “transatlantico”, ma che potrebbe essere discussa e promossa a livello europeo.

Criteri di finanziamento, in ambito pubblico o privato, che si affidino esclusivamente o prevalentemente al concorso, anno per anno, di tutti gli assicurati per finanziare il fabbisogno sanitario espresso nello stesso anno, inevitabilmente produrranno effetti distorsivi e depressivi. È impensabile, infatti, che la massa reddituale disponibile anno per anno possa sostenere il confronto con una spesa a finanziare che crescerà continuamente nei prossimi decenni. E assieme agli effetti distorsivi/depressivi è certo che emergeranno fenomeni di razionamento e restringimento del perimetro delle prestazioni offerte (sia nel pubblico che nel privato), oppure rinunce dei diretti interessati a dotarsi di coperture sanitarie (nel privato). È quanto si può già osservare nei sistemi sanitari europei, a prevalenza pubblica con finanziamento pay-as-you-go, e nel

sistema sanitario statunitense, a prevalenza privata con finanziamento basato su principi assicurativi di pooling.

Tutti i Paesi, con sistemi pubblici o privati, e tra i pubblici sia quelli di tradizione *bismarckiana* che *beveridgiana*, dovranno affrontare ristrutturazioni profonde nei meccanismi di finanziamento del loro *welfare*.

Un punto cardine dovrà essere la diversificazione multipilastro del finanziamento, per affiancare al criterio a ripartizione pubblico (*pay-as-you-go*), a quello privato di mutualità pura, e a quello assicurativo privato (*pooling*), il criterio basato su investimenti reali di lungo termine sui mercati, sull'accumulazione reale. Un punto che, nei meccanismi fondamentali, si presenta *tel quel* sia per la sanità che per le pensioni, anche se sinora più indagato e discusso, e in parte affrontato, per queste ultime che per la sanità.

Da questo riassetto strutturale, che corrisponde anche ad una piena presa di coscienza dei profondi cambiamenti nelle economie e nelle società dei Paesi occidentali rispetto al Novecento che ha visto il definitivo sviluppo del welfare system, l'Italia è pienamente coinvolta.

Ncs
www.reforming.it
e-mail: nicola.salerno@tin.it
[twitter: nicolacsalerno](https://twitter.com/nicolacsalerno)
[+39 347 – 90.23.927](tel:+393479023927)

Principali riferimenti

de la Maisonneuve C. , J. Oliveira Martins (2013), "*Public Spending on Health and Long-term care: a new set of Projections*",
<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>

Ecofin (2012), *Awg Projections on Age-related Expenditures*, 2012

Ecofin (2012), *The 2012 Ageing Report*,
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf e
http://europa.eu/epc/working_groups/ageing_en.htm

Ecofin, *Programmi di Stabilità*, edizione 2013

Oecd, *Health database*, ultima versione disponibile

Oecd (2013), *What future for Health Spending?*,
<http://www.oecd.org/eco/growth/aaaaaawhatfuture.pdf>

Oecd (2006), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?*, <http://dx.doi.org/10.1787/736341548748>

Reforming (2014), *Finanziare il Welfare*, volume disponibile su www.reforming.it

US Census Bureau, *Public budgets projections database*, ultima versione disponibile

World Health Organization, *Health for All database*, ultima versione disponibile

