

Un test sulle ipotesi delle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria

di Nicola C. Salerno

Si applica a ritroso nel tempo la metodologia di proiezione della spesa sanitaria utilizzata da Ocse-Ecofine basata sui profili di spesa *pro-capite* per fasce di età. Si ricostruisce l'incidenza della spesa sul Pil tra il 1988 e il 2012 e la si confronta con il dato storico.

Se si chiede che l'esercizio replichi esattamente l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil registrata tra il 1988 (anno base) e il 2012, la spesa *pro-capite* del 1988 deve crescere al tasso di crescita del Pil *pro-capite* maggiorato di 0,5 p.p.. Una prova che, ultimi 25 anni, in Italia l'elasticità della spesa *pro-capite* al Pil *pro-capite* è stata superiore all'unità.

Ma è anche vero che negli ultimi 25 anni la *policy* ha interferito spesso e anche in maniera significativa con la dinamica della spesa. Sono state necessarie azioni di compressione e di rallentamento che fanno dubitare, adesso, che l'evoluzione della spesa contabilizzata sia rimasta nel tempo coerente con il fabbisogno. Un dubbio che trova amplificazione nel fatto che, mai dalla nascita del Ssn ad oggi, è stata compiuta una qualche verifica circostanziata dell'adeguatezza tra le risorse spese e le prestazioni da fornire (i Lea).

Se la spesa *pro-capite* del 1988 cresce ad un tasso maggiorato di 1 p.p. rispetto al tasso di crescita del Pil *pro-capite*, l'incidenza sul Pil della spesa ricostruita è sempre maggiore rispetto all'incidenza storicamente osservata, con una differenza che nel 2012 è quantificabile in circa 1 p.p. di Pil. La maggiorazione di 1 p.p. del tasso di crescita non è una semplice ipotesi: corrisponde al *mark-up* mediamente riscontrabile sulle serie storiche dei Paesi a economia e *welfare* sviluppati; è utilizzata, pur con alcune differenze, nelle proiezioni di Ecofin e di Ocse; corrisponde al *mark-up* che, applicato dall'anno base 1988 in poi, allineerebbe oggi la spesa sanitaria pubblica italiana, in percentuale del Pil, alla media dell'Area Euro.

Nei circa 10 anni da quando son comparse, il dibattito sulle proiezioni di medio-lungo periodo della sanità ha visto, soprattutto in Italia, il confrontarsi di due filoni di pensiero spesso rigidi sulle loro posizioni. È certo, questa, una semplificazione dei contenuti, ma ha una verità di fondo: da una parte i sostenitori di elasticità al Pil superiori all'unità, dall'altra quelli a sostegno di dinamiche più contenute e stabilizzate. È sopraggiunta anche una colorazione pseudo "politica": i primi favorevoli allo sviluppo dell'offerta privata, i secondi a difesa del pubblico, entrambe le parti spesso confondendo erogazione e finanziamento delle prestazioni.

I termini del dibattito dovrebbero essere più costruttivi, e una migliore comprensione degli esercizi di proiezione, a partire dalla scelta delle ipotesi, favorirebbe l'obiettività e il disegno della *policy*.

Se si rimarca che, in percentuale del Pil, l'Italia dedica alla sanità pubblica meno della media dell'Area Euro, non si può, allo stesso tempo, negare che se oggi l'Italia fosse allineata a quella media i tassi di crescita storicamente osservati nella spesa *pro-capite* sarebbero stati significativamente più alti dei tassi di crescita del Pil *pro-capite*. E, se è giusto che la finanza pubblica si sforzi, in quantità e qualità, di non lasciare l'Italia indietro rispetto alla sanità dei *Partner* AE, allora si deve riconoscere che una dinamica forte come quella già vista può ripresentarsi anche in futuro, e che è necessario approntare per tempo idonee modalità di copertura.

È questa la prospettiva migliore con cui guardare alle proiezioni e, in particolare, a quel parametro "della discordia" così pesante per la *policy*: forti dinamiche attese non implicano in alcun modo fuga dal Ssn, ma al contrario necessità e urgenza di ammodernarlo e rinforzarlo per tenerlo all'altezza dei fabbisogni e della missione. Prefigurare esigenze di spesa in crescita, anche in forte crescita, non lancia il messaggio "si spenda di meno per il Ssn"; altrimenti basterebbe, probabilmente, soltanto aspettare senza far niente.

Mentre i prime sei punti sono di ordinario approvvigionamento dati, qualche descrizione in più merita il punto 7.. Si mutuano dai lavori del CeRM i valori *pro-capite* per fascia di età della spesa sanitaria privata accreditata/convenzionata (Euro 2009, i dati sono di fonte Ministero della Salute). Le fasce di età sono le 21 in cui sono organizzati anche i dati demografici (punto 1.). La spesa privata accreditata/convenzionata è una componente della spesa pubblica (pagatore ultimo il Ssn), riguarda le stesse prestazioni fornite direttamente dal Ssn e con le stesse regole di accesso in termini di eventuale compartecipazione del cittadino ai costi. Pur non essendo il profilo di spesa *pro-capite* direttamente riferibile all'intero universo della spesa pubblica, il rapporto tra i valori *pro-capite* delle varie fasce di età (la spesa *pro-capite* relativa tra fasce) può, in mancanza di altri migliori dati, essere utilizzato come *proxy* del corrispondente rapporto calcolato su tutti i dati pubblici; e, considerata anche la netta prevalenza della spesa pubblica su quella privata non accreditata/convenzionata, anche come *proxy* (sia pure con un errore, in senso statistico, più ampio della prima) del corrispondente rapporto calcolato sul totale della spesa sanitaria, pubblica e privata.

Raccolti i dati elencati nei precedenti 7 punti, il *test* è strutturato come segue:

- Posta pari al 100% (l'unità) la spesa sanitaria *pro-capite* della fascia di età 60-65 anni, sono rideterminati proporzionalmente tutti gli altri valori, ottenendo così un profilo di spesa *pro-capite* per fasce di età indipendente dall'unità di misura;
- Si ipotizza che tale profilo, anche se derivante da dati di spesa del 2009, sia riferibile anche al 2012 (in tre anni i valori relativi della spesa restano grossomodo stabili);
- A partire dal 2012, il profilo è proiettato all'indietro applicando l'ipotesi del *dynamic profiling*. Ocse-Ecofin usano il *dynamic profiling* per proiettare in avanti, in questo *test* il metodo è applicato in maniera opposta e simmetrica per retrocedere negli anni;
- In Ocse-Ecofin ogni anno il profilo di spesa si trasla orizzontalmente in avanti (a destra, dalle fasce di età inferiori verso le superiori) di una misura pari alla metà dell'incremento della vita attesa realizzato in quell'anno. Questo movimento orizzontale accade contestualmente alla traslazione verticale verso l'alto, dovuta al fatto che la spesa *pro-capite* segue il suo percorso di crescita con una elasticità rispetto al Pil la cui entità si sta qui indagando;
- Applicato *backward-looking*, il *dynamic profiling* implica che, mano a mano che si retrocede negli anni, il profilo si trasla orizzontalmente all'indietro (a sinistra, dalle fasce di età superiori a quelle inferiori) e verticalmente verso il basso. Il primo spostamento è pari alla metà dell'incremento della vita attesa (che viene sottratto tornando indietro nel tempo). Il secondo spostamento segue l'elasticità al Pil (viene sottratto l'effetto della crescita economica);
- Trasportato il profilo di spesa all'indietro sino al 1988, lo si può ricondurre da valori percentuali a valori assoluti, impostando la condizione che la somma, su tutte le fasce di età, della spesa *pro-capite* di fascia per la numerosità dei cittadini compresi in quella fascia eguagli la spesa sanitaria aggregata in valore assoluto;
- Il profilo di spesa, così calcolato in moneta corrente, può essere (ri)proiettato in avanti, seguendo la stessa metodologia del *dynamic profiling*, questa volta applicata normalmente, *forward looking* e non *backward looking*;

- Per ogni anno, il profilo di spesa, combinato con la demografia delle varie fasce di età, fornisce la spesa sanitaria aggregata proiettata, o ricostruita che dir si voglia, e il risultato può essere posto a confronto con il dato storico (la spesa effettivamente contabilizzata).

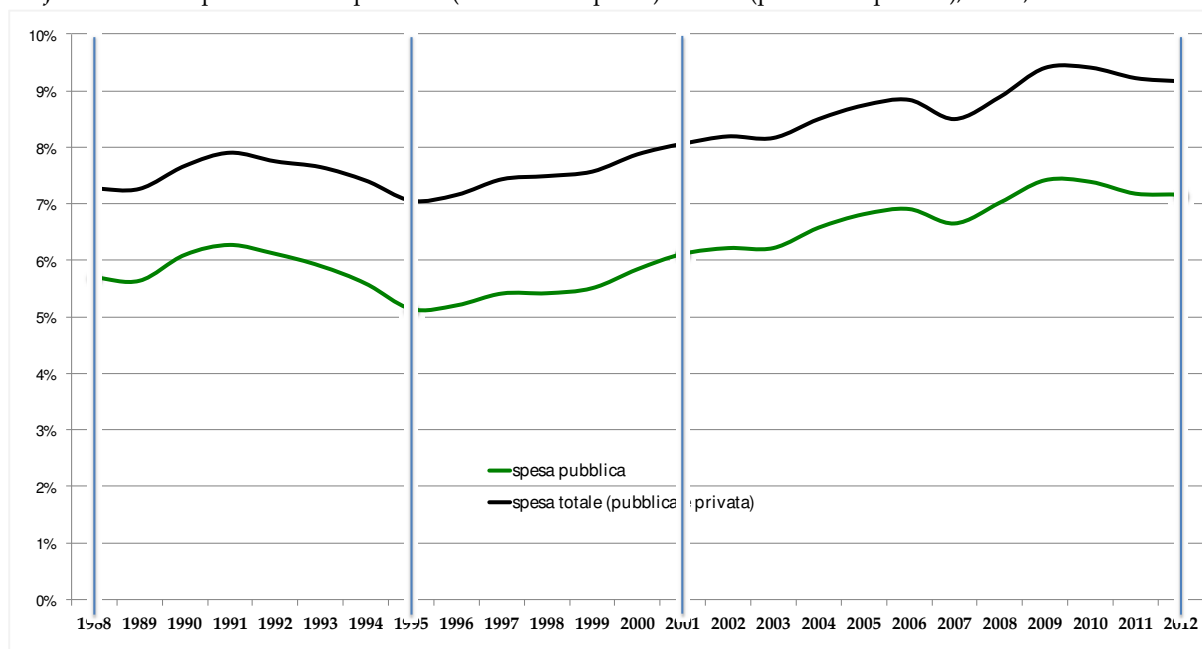
Prima di passare a descrivere i risultati, sono utili alcune precisazioni.

In primo luogo, si sta analizzando la spesa sanitaria in senso stretto, e il *test* non copre la spesa di assistenza ai non autosufficienti sostenuta dagli Enti Locali; è inclusa, invece, la parte di assistenza ai non autosufficienti svolta dalle strutture del Ssn o private accreditate/convenzionate.

In secondo luogo, la spesa in esame è quella esplicita di contabilità, ma è noto ormai che ci sono partite commerciali "incagliate", per alcune Regioni anche di importi considerevoli, che, se lasciate emergere, avrebbero l'effetto di correggere verso l'alto la spesa. Il settore sanitario è uno dei maggiormente coinvolti dai tentativi di soluzione del problema dei debiti pregressi della PA.

Infine, se si osserva il *Grafico n. 1*, si può notare che, oltre agli estremi 1988 e 2012, ci sono almeno altri due anni significativi: il 1995, in cui è stato toccato il picco negativo di incidenza sul Pil dopo la fase di riaggiustamento dei conti pubblici per l'ingresso nell'Euro; e il 2000-2001, quando è entrato nel vivo il Programma di Stabilità Interno, che da allora ha sempre inciso, talvolta anche in maniera drastica, sulla sanità.

Grafico 1 – Spesa sanitaria pubblica (corrente e capitale) e totale (pubblica e privata), % Pil, 1988-2012



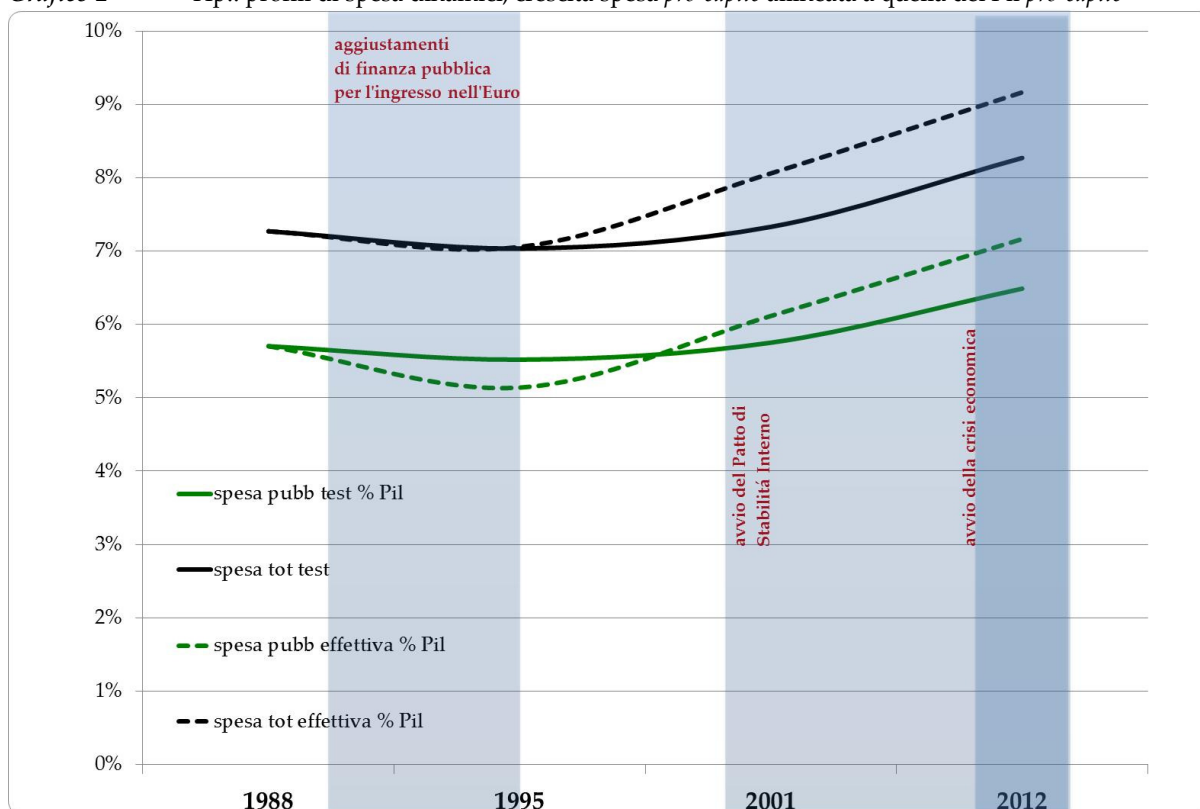
fonte: elaborazioni Ncs

Altro anno significativo è stato il 2008, durante il quale la crisi economico-finanziaria è deflagrata. L'effetto è stato quello di un aumento dell'incidenza sul Pil nel 2008 e nel 2009, seguito da una correzione della spesa che, a Pil stagnante o ancora in diminuzione, ha ridotto e poi stabilizzato l'incidenza nel triennio 2010-2012.

Scenari di proiezione / ricostruzione della spesa

Nello svolgimento del *test* ci si concentra su: 1988, 1995, 2001 e 2012. I 25 anni tra il 1988 e il 2012 sono il lungo periodo nel passato. Per queste quattro date, si pongono a confronto la spesa effettivamente contabilizzata e quella ricostruita secondo le modalità descritte alla pagina precedente. *Grafico n. 2*, *Grafico n. 3* e *Grafico n. 4* visualizzano i risultati.

Grafico 2 – Hp.: profili di spesa dinamici, crescita spesa *pro-capite* allineata a quella del Pil *pro-capite*



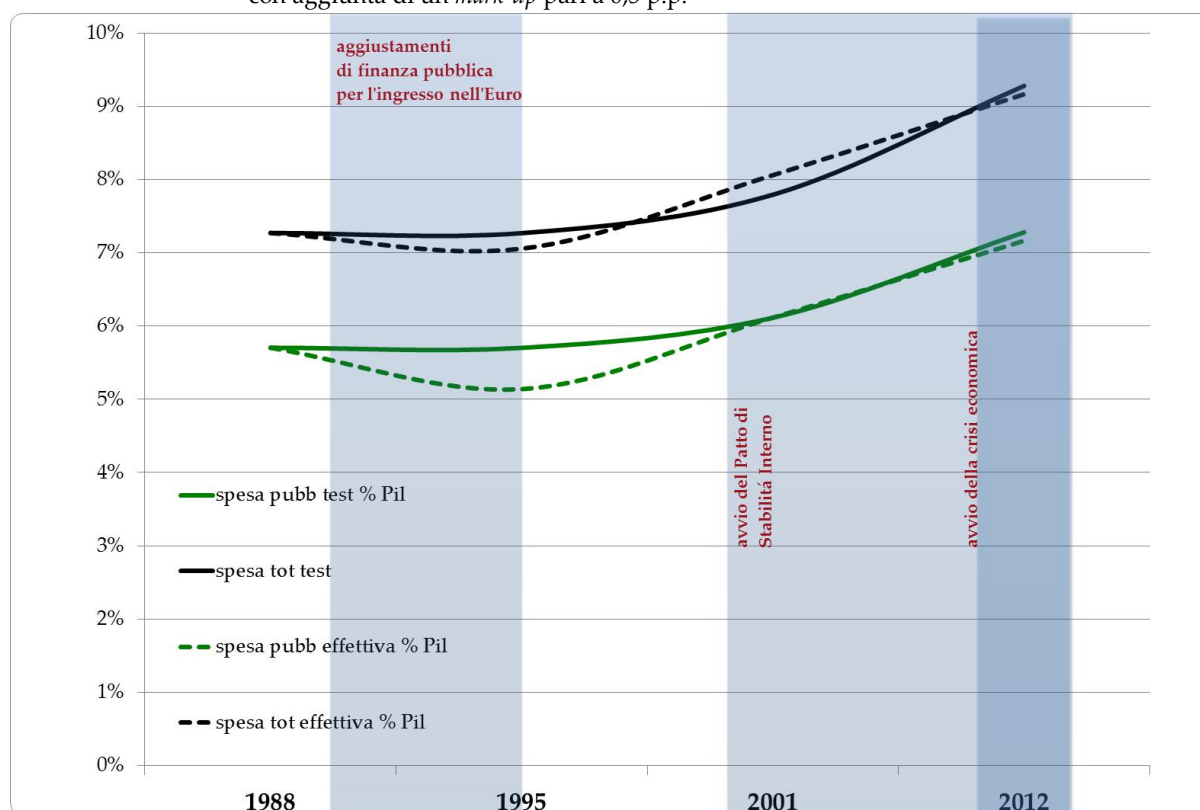
fonte: elaborazioni Ncs

Il *Grafico n. 2* descrive lo scenario in cui la spesa *pro-capite* si evolve esattamente in linea con il Pil *pro-capite*. In verde le due linee relative alla spesa pubblica (corrente e capitale): tratteggiata la linea della spesa storica, continua quella della spesa ricostruita con la metodologia Ocse-Ecofin. In nero, e con lo stesso significato, le due linee relative alla spesa totale (pubblica e privata). I valori sono espressi in percentuale del Pil. Per costruzione, come detto in precedenza, è stato impostato che nel 1988 la spesa ricostruita corrispondesse esattamente a quella storica.

Emergono alcuni fatti:

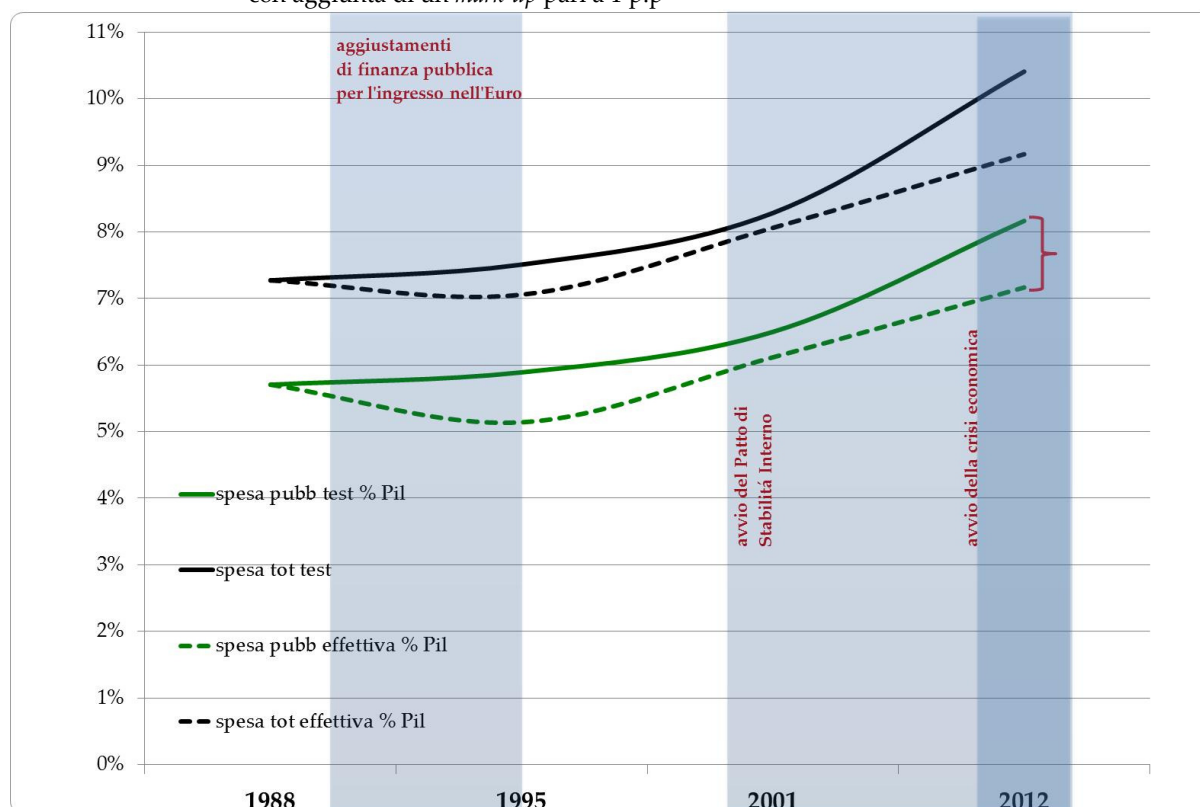
- La spesa ricostruita resta al di sopra di quella storica negli anni del riaggiustamento di finanza pubblica per l'ingresso nell'Euro, con un effetto di trascinamento che coinvolge anche gli anni successivi;
- Dopo di che, la spesa ricostruita rimane sempre inferiore a quella storica;
- Nel 2012, il delta tra storico e ricostruito è di circa 0,7 p.p. per la spesa pubblica, e di circa 0,9 per la spesa totale;
- Da notare che la divaricazione tra storico e ricostruito compare prima per la spesa totale che per la spesa pubblica, probabilmente come conseguenza dello spostamento della fruizione di alcune prestazioni al di fuori del Ssn negli anni maggiormente coinvolti dal riaggiustamento di finanza pubblica (riduzione dei finanziamenti e contenimento della spesa pubblica).

Grafico 3 – Hp.: profili di spesa dinamici, crescita spesa *pro-capite* pari a quella del Pil *pro-capite* con aggiunta di un *mark-up* pari a 0,5 p.p.



fonte: elaborazioni Ncs

Grafico 4 – Hp.: profili di spesa dinamici, crescita spesa *pro-capite* pari a quella del Pil *pro-capite* con aggiunta di un *mark-up* pari a 1 p.p



fonte: elaborazioni Ncs

Il **Grafico n. 3** descrive lo scenario in cui il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è pari a quello del Pil *pro-capite* con l'aggiunta di un *mark-up* di 0,5 p.p.. Linee e colori mantengono ovviamente lo stesso significato.

I fatti che emergono:

- Con l'aggiunta del *mark-up*, la spesa ricostruita appare sufficientemente "fedele" a quella storica;
- Partendo da una perfetta sovrapposizione nel 1988, 25 anni dopo l'incidenza sul Pil è riprodotta con uno scarto contenuto (meno di 0,1 p.p.);
- Si deve sottolineare che la spesa storica pubblica resta per lunghi periodi al di sotto di quella ricostruita (gli anni di preparazione all'Euro). Si osservino soprattutto i valori in corrispondenza del 1995;
- Ovviamente (lo si ripete per cautela), un confronto vero e proprio può essere fatto solo tra i valori puntuali dei quattro anni prescelti, perché le linee sono interpolazioni utili a evidenziare le tendenze ma non comprendenti tutti i 25 anni².

² A breve, una seconda versione di questo lavoro con il dettaglio di tutti gli anni.

Infine il **Grafico n. 4** descrive lo scenario in cui il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è pari a quello del Pil *pro-capite* con l'aggiunta di un *mark-up* dia 1 p.p.. Perché si propone questo scenario?

Perché dall'inizio degli anni Novanta si sono succedute numerose azioni di politica economica che hanno inciso sul sistema sanitario, riducendo l'incidenza della spesa sul Pil o rallentandone la dinamica. La principale di queste è – si è detto – il riequilibrio di finanza pubblica per l'ingresso nell'Euro; seguito dal Patto di Stabilità Interno e dai tetti di spesa adottati per far partecipare tutte le unità di spesa decentrate al rispetto degli obiettivi nazionali di finanza pubblica. Ma non sono solo questi due gli esempi: un ventennio di bassa crescita culminato con la crisi più seria dal Dopoguerra, e le riforme strutturali incompiute (il federalismo, gli *standard* di fabbisogno, la selettività, la contabilità, le regole di consolidamento dei bilanci, la programmazione a medio termine, i confini non chiari tra Lea/Lep/Liveas, etc.) hanno reso necessari interventi di correzione con frequenza annuale o addirittura infra-annuale. In altri termini, sull'orizzonte di tempo preso in esame, la dinamica della spesa è stata molto "sporcata" dalla *policy*, a tal punto che non si è sicuri della coerenza tra risorse spese e fabbisogno da soddisfare. Questo dubbio è reso ancor più realistico dal fatto che, da quando è nato il Ssn, una "operazione verità", un raccordo ragionato e fondato tra le risorse disponibili e le prestazioni a carico del Ssn non è mai stato fatto, nonostante il perimetro onnicomprensivo dei livelli essenziali di assistenza, la loro quasi integrale gratuità, e le scarse risorse ormai da troppi anni dedicate agli investimenti (tre fattori che avrebbero dovuto affrettare quella "operazione verità").

Alla luce di queste considerazioni, lo scenario del **Grafico n. 4** ipotizza un *mark-up* più alto di quello necessario e sufficiente a riprodurre l'incidenza della spesa sul Pil nel 2012. Si sceglie il valore di 1 p.p.:

- È lo stesso utilizzato da Ecofin, che però nelle sue proiezioni ne ipotizza il graduale riassorbimento lungo un orizzonte di 50 anni (da 1 p.p. nel primo anno a 0 nel 2060). In questo scritto l'orizzonte è di 25 anni (24 per la precisione), e il *mark-up* costante di 1 p.p. non si discosta molto dalla sequenza dei *mark-up* che Ecofin impiega nella prima metà del suo orizzonte di proiezione;
- È lo stesso *mark-up* utilizzato da Ocse negli scenari che tentano di riproporre nel futuro gli stessi *driver* che hanno guidato la dinamica della spesa nel medio-lungo periodo passato. A differenza di Ecofin, Ocse non ipotizza alcun riassorbimento del *mark-up* nel tempo;
- È, soprattutto, il *mark-up* che il tasso di crescita della spesa *pro-capite* (pubblica corrente, pubblica corrente e capitale, totale pubblica e privata) ha fatto storicamente registrare (da che esistono serie di dati) rispetto al tasso di crescita del Pil *pro-capite*, nei principali Paesi ad economia e *welfare* sviluppati (senza distinzione tra sistemi *à la Beveridge*, sistemi *à la Bismark*, a prevalenza pubblica o a prevalenza privata).

Il **Grafico n. 4**, per quel che si è detto, dovrebbe essere in grado di cogliere meglio l'evoluzione del fabbisogno o, in altri termini, della spesa che sarebbe stato necessario sostenere per tenere il passo con la domanda di prestazioni.

Emergono i seguenti fatti:

- La spesa ricostruita è sempre al di sopra di quella storicamente osservata;
- Questo è vero sia sul fronte pubblico che su quello totale, pubblico e privato;
- Lo scarto più ampio cade nel 1995, il picco negativo di spesa pubblica e di spesa totale;
- Dopo il picco negativo del 1995, lo scarto arriva a più che dimezzarsi nel 2001, anno dopo il quale il *trend* della spesa ricostruita torna a essere molto più intenso di quello della spesa storica (nel 2000-2001 entra nel vivo l'applicazione del Programma di Stabilità Interno);
- Nel 2012, lo scarto tra il ricostruito e lo storico ammonta a poco meno di 1 p.p. per quanto riguarda la spesa pubblica, e a oltre 1 p.p. per quanto riguarda la spesa totale, pubblica e privata;
- Se si accetta l'interpretazione della spesa ricostruita come *proxy* di fabbisogno, la spesa sanitaria pubblica sarebbe, oggi, sottodimensionata di poco meno di 1 p.p. di Pil;
- A tale proposito, utile citare che, nel più recente rapporto di Ecofin (contenente il ciclo di proiezioni chiuso a metà 2012), l'Italia mostra, rispetto all'Area Euro, un *gap* di spesa sanitaria acuta pubblica pari a circa 0,7 p.p. nel 2010 e circa 0,9 p.p. nel 2015. Sul fronte della spesa pubblica per assistenza ai non autosufficienti, l'Italia nel 2010 e nel 2015 appare, invece, allineata all'Area Euro, anche se questo comparto di spesa andrebbe scandagliato a fondo nei profili della composizione per tipologia di prestazioni e per beneficiari e della qualità³.

Riepilogo e conclusioni

In conclusione, l'esercizio svolto mostra che, applicando a ritroso nel tempo la metodologia di proiezione Ocse-Ecofin, se si vuol ricostruire l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil registrata tra il 1988 (anno base) e il 2012, la spesa *pro-capite* deve crescere al tasso di crescita del Pil *pro-capite* maggiorato di 0,5 p.p.. Negli ultimi 25 anni, in Italia, l'elasticità della spesa *pro-capite* al Pil *pro-capite* è stata superiore all'unità.

Ma è anche vero che negli ultimi 25 anni la *policy* ha interferito spesso e anche in maniera significativa con la dinamica della spesa. Sono state necessarie azioni di compressione e di rallentamento che fanno dubitare, adesso, che l'evoluzione della spesa contabilizzata sia rimasta nel tempo coerente e sia oggi coerente con il fabbisogno. Un dubbio che trova amplificazione nel fatto che, mai dalla nascita del Ssn ad oggi, è stata compiuta una qualche verifica circostanziata dell'adeguatezza tra le risorse spese e le prestazioni da fornire.

³ Non è questa la sede adatta all'approfondimento.

Se la spesa *pro-capite* cresce ad un tasso maggiorato di 1 p.p. rispetto al tasso di crescita del Pil *pro-capite*, l'incidenza sul Pil della spesa ricostruita è sempre maggiore rispetto all'incidenza storicamente osservata, con una differenza che nel 2012 è quantificabile in circa 1 p.p. di Pil. La maggiorazione di 1 p.p. del tasso di crescita non è una semplice ipotesi: corrisponde al *mark-up* mediamente riscontrabile sulle serie storiche dei Paesi a economia e *welfare* sviluppati; è utilizzata, pur con alcune differenze, nelle proiezioni di Ocse e di Ecofin; corrisponde al *mark-up* che, applicato dall'anno base 1988 in poi, allineerebbe oggi la spesa sanitaria pubblica italiana, in percentuale del Pil, alla media dell'Area Euro.

Nei circa 10 anni da quando son comparse, il dibattito sulle proiezioni di medio-lungo periodo della sanità ha visto, soprattutto in Italia, il confrontarsi di due filoni di pensiero spesso rigidi sulle loro posizioni. È certo, questa, una semplificazione dei contenuti, ma ha una verità di fondo: da una parte i sostenitori di elasticità al Pil superiori all'unità, dall'altra quelli a sostegno di dinamiche più contenute e stabilizzate. È sopraggiunta anche una colorazione pseudo "politica": i primi favorevoli allo sviluppo dell'offerta privata, i secondi a difesa del pubblico, entrambe le parti spesso confondendo erogazione e finanziamento delle prestazioni.

I termini del dibattito dovrebbero essere più costruttivi, e una migliore comprensione degli esercizi di proiezione, a partire dalla scelta delle ipotesi, favorirebbe l'obiettività e il disegno della *policy*.

Se si rimarca che, in percentuale del Pil, l'Italia dedica alla sanità pubblica meno della media dell'Area Euro, non si può, allo stesso tempo, negare che se oggi l'Italia fosse allineata a quella media i tassi di crescita storicamente osservati nella spesa *pro-capite* sarebbero stati significativamente più alti dei tassi di crescita del Pil *pro-capite*. E, se è giusto che la finanza pubblica si sforzi, in quantità e qualità, di non lasciare l'Italia indietro rispetto alla sanità dei *Partner AE*, allora si deve riconoscere che una dinamica forte come quella già vista può ripresentarsi anche in futuro, e che è necessario approntare per tempo idonee modalità di copertura.

È questa la prospettiva migliore con cui guardare alle proiezioni e, in particolare, a quel parametro "della discordia" così pesante per la *policy*: forti dinamiche attese non implicano in alcun modo fuga dal Ssn, ma al contrario necessità e urgenza di ammodernarlo e rinforzarlo per tenerlo all'altezza dei fabbisogni e della missione. Prefigurare esigenze di spesa in crescita, anche in forte crescita, non lancia il messaggio "si spenda di meno per il Ssn"; altrimenti basterebbe, probabilmente, soltanto aspettare senza far niente.

FFM, 1° Ottobre 2013
nicola c. salerno⁴

⁴ Contatti: [✉ nicola.salerno@tin.it](mailto:nicola.salerno@tin.it), [🐦 nicolacsalerno](https://www.linkedin.com/company/nicolacsalerno), [🌐](https://www.facebook.com/nicolacsalerno) +39 347-90.23.927, Via San Remo n. 3 (00182 Roma)