

Riflessioni in margine alle dichiarazioni del presidente Amato

La spesa sanitaria è "fuori controllo"?

Le affermazioni di Amato vanno lette in chiave squisitamente finanziaria?

E quali sono le caratteristiche dei due comparti di spesa pubblica chiamati in causa, ovvero previdenza e sanità? Un'analisi economica sullo stato delle cose e sulle prospettive possibili nell'immediato futuro

di Federico Spandonaro*



Secondo quanto riportato dalla stampa, il Presidente del Consiglio Amato avrebbe recentemente affermato che, malgrado i richiami del Fondo monetario internazionale (Fmi), sarebbe "fuori controllo" non la spesa pensionistica, bensì quella sanitaria.

L'affermazione potrebbe apparire sorprendente e, in qualche modo, sgradita a chi ha condiviso con il ministro Bindi la convinzione della necessità di una rivalutazione della spesa sanitaria pubblica. Pure l'affermazione è a suo modo ineccepibile, se riferita all'ottica del ministro del Tesoro: ciò che importa è, come sempre, stabilire cosa si intenda per "fuori controllo"; una volta definito il concetto il resto segue con pochi spazi di arbitrio.

Una lettura "finanziaria"

Si può ritenere, infatti, che l'affermazione del Presidente del Consiglio avesse una connotazione sostanzialmente finanziaria, limitandosi ad osservare che per lo Stato centrale continua ad essere preclusa la capacità di "imbrigliare" entro le previsioni di fabbisogno, ed i conseguenti stanziamenti, la spesa locale, e quindi quella sanitaria in primo luogo, con conseguenze negative in termini di pareggio di bilancio.

L'assoluzione per la spesa pensionistica è quindi dovuta al fatto che è gestita centralmente e, almeno nel breve periodo, prevedibile con una buona approssimazione: di conseguenza non ha senso parlare di spesa "fuori controllo". Certamente, passando ad una visione di medio-lungo periodo, potranno essere necessari aggiustamenti, ma esiste il tempo, almeno in via teorica, per effettuarli e "iscriverli" in bilancio.

Tale posizione si oppone, e in qualche modo è una novità, a quella del Fondo monetario internazionale, il quale ha reiteratamente lanciato i suoi strali contro la spesa pensionistica.

Chi scrive è convinto che le critiche che taluni iniziano a muovere alle logiche delle raccomandazioni del Fmi siano ampiamente condivisibili, in quanto il modello di pensiero che il Fmi utilizza si basa su assunzioni implicite e in parte discutibili, specialmente in campo sociale. Tornando però alla sanità, va osservato che nel medio periodo anche la spesa sanitaria è "sotto controllo", in quanto con le recenti norme sul federalismo - che trasferiscono alle Regioni l'onere di finanziamento della sanità accendendo un diritto delle stesse alla compartecipazione alle entrate fiscali - il problema per definizione cade.

In tal senso, quindi, l'affermazione dell'onorevole Amato sembra creare "figli e figliastri".

Inoltre, sul piano dei problemi "reali", rimane sospeso il giudizio sul livello (eccessivo, corretto o insufficiente) dei trasferimenti sia al sistema sanitario, che a quello previdenziale.

Ciò non stupisce: per effetto della integrazione e globalizzazione delle economie, i termini finanziari ed economici (intesi in senso "reale") dei problemi finiscono sempre più spesso per confondersi, distorcendo la valutazione delle politiche di intervento pubblico.

Un confronto tra previdenza e sanità

Possiamo allora provare ad esporre più dettagliatamente i termini del problema e per fare ciò può essere utile proprio confrontare i problemi del sistema pensionistico con quelli del sistema sanitario, anche perché - a parte molte analo-

gie e alcune contrapposizioni - i due comparti rappresentano le principali e preponderanti "fette" di un'unica torta. Osserviamo, in primo luogo, che in entrambi i casi l'intervento pubblico deriva dalla natura meritoria dei beni sottostanti (assistenza sanitaria e risparmio per intendere) e che certamente non manca una dose di "paternalismo" di Stato, non trattandosi tecnicamente di beni cosiddetti "pubblici" (quali la difesa) per i quali l'intervento dello Stato è ineliminabile.

Tale genesi delle motivazioni dell'intervento pubblico è quindi foriera di problemi di efficienza. Sebbene si parli spesso di "sprechi" e "risparmi", che preludono ad un'analisi dell'efficienza gestionale, in entrambi i comparti il tema fondamentale è invece quello dell'estensione (efficiente) dell'intervento pubblico. Il vero nodo al pettine è infatti il ruolo dello Stato, in quanto la sua definizione dovrebbe logicamente essere propedeutica al momento delle politiche di bilancio; solo secondariamente esiste poi un problema di efficienza tecnica.

Chi vive in sanità è conscio del problema, poiché si parla da anni, sterilmente, di disavanzo contrapponendolo a sottostime del fabbisogno, senza mai esplicitare compiutamente il livello "essenziale e uniforme" garantito e quindi la base di riferimento dei calcoli e delle politiche di bilancio.

Per quanto concerne l'estensione dell'intervento dello Stato, possiamo dire che le problematiche sono per lo più analoghe nei due comparti: il riferimento d'obbligo è al principio di sussidiarietà che vuole che lo Stato si sostituisca agli individui o alle comunità locali solo se si può dimostrare che così facendo si genera un guadagno di efficienza.

Dimostrare tali guadagni di efficienza nei casi pratici è materia tutt'altro che semplice. Converterà allora analizzare i poli delle possibili opzioni.

Ad un estremo possiamo immaginare che la scelta conduca a limitare l'intervento dello Stato alle sole prestazioni di base: ad esempio una pensione minima di cittadinanza e, per la sanità, prestazioni essenziali "minime". All'altro estremo possiamo porre proprio la scelta italiana, maturata negli anni dal dopoguerra fino agli anni '80: una pensione obbligatoria pubblica che garantisce la quasi totale sostituzione del reddito ed una totale copertura dei bisogni sanitari.

In questo range si situa la frontiera dell'efficienza: dove esattamente è la questione dibattuta ed in larga misura non dirigibile.

Addentrarci nel problema esula dallo spazio disponibile, basti quindi fissare alcune affermazioni, da prendersi come "assiomi", in quanto ragionevolmente accettate da tutti.

In primo luogo l'intervento dello Stato è comunque necessario; in secondo luogo tale intervento deve però ridursi rispetto all'attuale livello, lasciando maggiore spazio alle scelte individuali e alla iniziativa

privata; infine la determinazione della quantità di "devolution" è oggetto di discussione politica, non esistendo evidenza conclusiva sulla superiorità di un sistema di gestione sull'altro.

Volendo spendere qualche parola anche sul tema dell'efficienza tecnica, vale qui la pena di osservare una prima fondamentale differenza fra previdenza e sanità: la seconda si estrinseca nell'erogazione di servizi e quindi il problema è quantitativamente significativo, traducendosi nella cosiddetta "lotta agli sprechi", mentre la prima - trattandosi di puri trasferimenti di somme di denaro - vede il problema circoscritto alla scelta del sistema di gestione: a ripartizione oppure a capitalizzazione.

Si noti che sia sanità che previdenza sono sistemi sono a ripartizione, ovvero nei quali il fabbisogno finanziario dell'anno è garantito dalle entrate dell'anno, e non vengono accumulate somme per far fronte agli impegni.

Tale sistema ha molti pregi, ma anche il difetto di richiedere un "equilibrio" fra uscite dell'anno e base imponibile (o prodotto del Paese).

Il ragionamento critico di molti (Fmi compreso) sul sistema pensionistico italiano è, in larga misura, concentrato sull'idea che il rapido invecchiamento della popolazione in Italia mini tale equilibrio, e che l'onere derivante dal pagamento delle pensioni diverrà quindi per gli occupati, eccessivo.

Alcune osservazioni sembrano a questo riguardo necessarie; se il ragionamento ha una base valida, allora lo è simmetricamente anche per la sanità, ma sorprendentemente per quanto concerne l'analisi dei costi derivanti dall'invecchiamento in tale comparto si è fatto veramente poco.

Di contro va però osservato che mutazioni demografiche quali quelle paventate nel ragionamento sono incompatibili anche con la realtà oggi conosciuta: a lungo termine chi produrrebbe? Possiamo immaginare una nazione che produca reddito come quello attuale con una forte riduzione di occupati? Sebbene si entri in tal modo nel campo degli scenari da fantascienza, non possiamo esimerci

da provare a fare qualche supposizione: fra 30 o 50 anni la produzione potrebbe essere completamente automatizzata e cambierà quindi l'accezione del termine disoccupato; oppure rimanendo come quella attuale, entreranno generazioni di immigrati giovani a sostituire i "buchi" demografici della popolazione autoctona; oppure ancora, aumentando la vita biologica si lavorerà per più anni e magari ci si ammalerà meno e più tardi. Quale che sia il futuro, la proiezione della realtà attuale sembra inadeguata a rappresentarlo.

L'unica cosa che appare ragionevolmente certa è che, nel breve periodo, i problemi che si affacciano si potranno risolvere solo con un forte livello di sviluppo. Secondo molte critiche al welfare state, tale sviluppo è (e sarà) impedito dall'alto costo del lavoro, derivante dagli oneri contributivi necessari a pagare le pensioni in essere, che mina la competitività del Paese; qui si trova quindi la vera ragione per cui è spesso fatta salva la sanità e la critica si concentra sul sistema pensionistico: la spesa pubblica per la sanità è infatti in Italia inferiore alla media europea e quindi non contribuisce a generare il differenziale di cuneo fiscale fra l'Italia e gli altri Paesi.

Questo modello è però, a parere di chi scrive "debole": assume infatti che la competizione si realizzi fondamentalmente sui prezzi, il che non è necessariamente vero.

Anzi, qualora il posizionamento dell'Italia a livello internazionale fosse tale da dover competere con i Paesi emergenti o in via di sviluppo sui prezzi, dovremmo prendere atto che importeremmo della globalizzazione la parte peggiore, ovvero i bassi livelli di protezione sociale dei Paesi concorrenti.

L'alternativa a questo scenario, che spingerebbe l'Italia indietro nel suo processo di sviluppo, è rappresentata da una stagione di forti investimenti per l'innovazione e lo sviluppo del capitale umano, tali da permetterci di essere competitivi senza dover rinunciare a quote rilevanti di protezione sociale, che pure ha rappresentato, garantendo coesione sociale, un motore di sviluppo.

Il tema si sposta quindi sulla domanda: previdenza e sanità quale contributo possono dare al finanziamento di una stagione di investimenti?

La sanità è una risorsa?

Qui le strade dei due comparti si dividono. La previdenza per recuperare efficienza può solo modificare l'attuale mix di gestione finanziaria (attualmente tutta o quasi a ripartizione) favorendo lo sviluppo di una previdenza a capitalizzazione; sia ben chiaro però che lo sviluppo della capitalizzazione può ottenersi solo molto gradualmente con oneri a carico del bilancio pubblico (quindi aumentando il prelievo), ovvero riducendo il valore delle rate di pensione in pagamento.

Quale politica sia più efficiente è tutto

da dimostrare, anche perché le interrelazioni fra le variabili economiche sono complesse; ad esempio la redistribuzione del reddito dai pensionati agli attivi, che sarebbe l'unico effetto di altre ipotesi di intervento che pure si discutono (e sempre che risulti socialmente attuabile...), comporta conseguenze economiche in termini di consumo, domanda interna etc, tutt'altro che evidenti.

La sanità, invece, potrebbe garantire recuperi di efficienza a breve termine, grazie ad una migliore gestione dei servizi. Affinché questi recuperi di efficienza possano però essere "spendibili" dovremmo immaginare di avere una spesa sanitaria in linea con quella degli altri Paesi, e così notoriamente non è; essi, quindi, dovranno essere assorbiti dal bisogno di riqualificare l'assistenza e raggiungere livelli europei non solo in termini di outcome, ma anche di customer satisfaction. Esiste però una grande diversità del comparto sanitario rispetto a quello previdenziale, rappresentata dal fatto che, erogando servizi spesso primari, è infatti più facile ottenere da essa "finanziamenti occulti" per il bilancio pubblico, mediante il trasferimento di quote di spesa sui cittadini. Quanto detto è storia dell'ultimo decennio almeno e, volente o nolente, ha creato un sistema universale a gestione pubblica che convive con una delle più alte quote di spesa diretta delle famiglie a livello europeo.

Torniamo così al ruolo dello Stato, che in sanità oggi vuol dire definizione dei livelli essenziali e del ruolo dalla sanità integrativa.

Viene allora spontaneo il dubbio che, dietro le affermazioni da cui siamo partiti, si stia maturando la consapevolezza di un sostanziale fallimento delle ipotesi di sviluppo della previdenza complementare, e che si punti ora su quella sanitaria, che potenzialmente ha maggiori probabilità di successo.

In conclusione, se l'Italia non vuole trovarsi a competere con i Paesi emergenti rinunciando ai livelli di protezione sociale attuali, si dovrà infine accettare di sostenere il costo della transizione del sistema di welfare verso mix diversi di assicurazione pubblica e privata. Sebbene nel dibattito l'attenzione si focalizzi sempre più spesso sull'aspetto finanziario di bilancio, i termini del problema sono invece reali; se il bilancio pubblico continuerà a rappresentare un vincolo forte, l'unica via di uscita è un maggiore trasferimento di spese (o un minore trasferimento di prestazioni) ai cittadini. La sanità, da questo punto di vista, probabilmente, sarà terreno di "battaglia" ben più della previdenza, in quanto risulta evidentemente più facile trasferire l'onere sulle famiglie.

In questo caso il riallineamento della spesa sanitaria sui livelli almeno europei avverrà ugualmente, ma a valere sui bilanci familiari, evidentemente a scapito di altri consumi; e la spesa sarà "sotto controllo" perché l'unica controllabile è quella pubblica...

L'attenzione del Governo a breve-medio termine dovrà quindi concentrarsi non tanto sul livello assoluto di spesa, che rappresenta un falso problema, quanto sulla entità, e modulazione dei trasferimenti, sui cui effetti in termini di equità ancora molto deve essere analizzato.

* Laboratorio di Ricerca e Formazione in Economia e Management Sanitario - CEIS Università di Roma "Tor Vergata"