

L'ANALISI/ Andamento dei conti e bilanci in Europa prima, durante e dopo la grande gelata

Italia, la spesa Ssn in coda Ue

Peggio solo Grecia, Portogallo, Spagna e Irlanda - Il crollo dei redditi

DI NICOLA QUIRINO *

Nel periodo che precede lo scoppio della crisi internazionale del 2008, la spesa pubblica per la tutela della salute si è accresciuta, nella generalità dei Paesi europei, a un ritmo molto sostenuto, tanto da risultare - assieme ai trattamenti pensionistici - una delle grandezze più dinamiche del conto consolidato della Pa. Nel periodo successivo, per effetto delle incisive misure di consolidamento fiscale, tale spesa ha evidenziato un netto rallentamento (e in alcuni casi un' apprezzabile contrazione), rimanendo così pressoché invariata la sua incidenza sul prodotto lordo.

A sostegno di ciò, basti esaminare i dati delle serie storiche elaborate da Eurostat secondo gli schemi della classificazione internazionale Cofog (Classification of the functions of government), nella quale la spesa sanitaria pubblica viene ripartita in sei grandi categorie omogenee: prodotti farmaceutici e attrezzature terapeutiche, servizi medici e paramedici, prestazioni ospedaliere, prevenzione e profilassi, ricerca e sviluppo, amministrazione e programmazione. Ebbene, dalla lettura di questi dati si rileva anzitutto che, nel periodo compreso tra il 2000 e il 2008, la spesa sanitaria pubblica a prezzi correnti è lievitata in media nella Ue-15 del 5,2% all'anno (contro il +8,2% degli Stati Uniti).

A livello territoriale si è però riscontrata una significativa variabilità di andamento, tenuto conto che il tasso medio annuo di crescita della spesa è risultato:

- superiore al 9% in Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi e Spagna;
- compreso tra il 6 e il 7% in Belgio, Danimarca, Finlandia, Italia e Portogallo;
- compreso tra il 4 e il 5% in Austria, Francia, Regno Unito e Svezia;

Tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pubblica nei Paesi Ue-15 (%)

Paesi	Dati a prezzi correnti			Dati a prezzi costanti (*)		
	2000-2013	2000-2008	2009-2013	2000-2013	2000-2008	2009-2013
Austria	4,0	4,8	2,8	2,2	2,9	1,2
Belgio	5,4	6,1	3,9	3,5	4,0	2,1
Danimarca	4,9	6,1	1,9	2,6	3,5	-0,1
Finlandia	6,1	7,1	4,4	4,3	5,4	2,3
Francia	4,0	4,7	2,7	2,3	2,5	1,7
Germania	2,9	2,4	3,0	1,7	1,4	1,6
Grecia	1,6	9,5	-13,1	-0,4	6,1	-12,7
Irlanda	6,5	12,4	-2,6	5,1	9,6	-2,9
Italia	3,6	5,9	-0,5	1,5	3,2	-1,6
Lussemburgo	7,8	9,1	6,0	4,8	6,1	2,5
Olanda	7,5	9,6	2,8	5,5	6,8	1,8
Portogallo	2,9	6,2	-4,7	0,7	3,0	-5,2
Regno Unito	4,1	5,2	3,7	4,2	6,0	0,2
Spagna	5,0	9,2	-3,6	2,6	5,3	-3,8
Svezia	4,8	4,3	8,5	3,2	4,0	2,0
Ue-15	4,0	5,2	1,8	2,6	3,6	0,2

(*) Stimati con il deflatore del Pil

Fonte: elaborazione su dati Eurostat (Cofog)

● e inferiore al 3% in Germania.

Nonostante l'ampia variabilità territoriale, si tratta in ogni caso di un'accelerazione molto pronunciata, soprattutto perché registrata in una fase di moderate spinte inflazionistiche e salariali nonché in presenza di alcuni interventi volti a stabilizzare il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e il Pil. Rapporto che nel periodo in esame è lievitato nella Ue-15 di circa un punto, portandosi nel 2008 oltre la soglia del 7 per cento.

Per quanto riguarda più in particolare le spese di funzionamento delle strutture sanitarie pubbliche (cioè quelle per il personale e per i beni e servizi), si tenga anzitutto presente che nel periodo in esame, sempre secondo i dati di fonte Eurostat, l'andamento dei redditi da lavoro dipendente è risultato nella Ue-15 un po' più moderato di quello della spesa totale per l'assistenza. In termini monetari, infatti, i redditi da la-

voro (calcolati al lordo delle ritenute fiscali e parafiscali) hanno segnato un incremento medio annuo del 9,1% in Spagna, del 4,4% in Italia, del 4,3% nel Regno Unito, del 3,6% in Francia e dell'1,2% in Germania.

Redditi da lavoro. Molto più accentuata di quella dei redditi da lavoro è apparsa l'evoluzione dei consumi intermedi - cioè degli acquisti di beni e servizi (sanitari e non sanitari) effettuati dalle strutture pubbliche per l'assistenza diretta -, avendo segnato tale aggregato nella Ue-15 un tasso medio annuo di crescita di poco inferiore al 7,5 per cento. Anche in questo caso però è emersa una notevole variabilità, essendosi posizionato tale tasso su valori superiori all'8% in Spagna e Italia (rispettivamente 11 e 8,8%) e su valori inferiori al 6% in Francia e Germania (rispettivamente 5,7 e 3,8%). Naturalmente, tale variabilità riflette in parte il di-

verso andamento dei prezzi nell'ambito del public procurement. In Italia in particolare, nel periodo 2000-2008, i prezzi dei beni e servizi intermedi acquistati dagli enti sanitari sono aumentati (secondo i dati di contabilità nazionale) del 4,6% all'anno, contro il +2,6% registrato dal deflatore del Pil. A questo risultato hanno contribuito in misura preponderante i rincari dei servizi non sanitari - molti dei quali esternalizzati proprio per contenere i costi - (forniture energetiche, servizi di pulizia e lavanderia, somministrazione dei pasti, riparazioni ecc.).

Non è da escludere che la corsa dei consumi intermedi in Italia e Spagna possa essere anche una conseguenza del decentramento delle funzioni in materia di tutela della salute. Perché tale decentramento renderebbe più difficile il perseguimento degli obiettivi di bilancio, produrrebbe un eccesso di capacità produttiva e favori-

rebbe la diffusione di comportamenti poco virtuosi (cfr. Oecd, Fiscal sustainability of health systems, 2015). Se si tiene conto di ciò, non sorprende allora che nei Paesi scandinavi la sanità pubblica, da sempre fondata su un'ampia devoluzione dei poteri decisionali, sia stata di recente assoggettata a incisivi processi di riforma volti ad accrescere le competenze delle amministrazioni centrali e ad ampliare la dimensione operativa degli enti locali.

Alla sensibile accelerazione della spesa sanitaria pubblica hanno contribuito la generalità dei beni e servizi destinati alla protezione della salute, tenuto conto che, nel periodo 2000-2008, la spesa per i servizi medici e paramedici è aumentata nella Ue-15 del 7,2% all'anno, quella per la prevenzione e profilassi del 6,5%, quella per i farmaci e i dispositivi medici del 5,1% e quella per le prestazioni ospedaliere del 4,6 per cento.

Se si prescinde dai fattori di ordine congiunturale, due sono le principali forze che, assieme allo sviluppo economico, tendono a sospendere la spesa assistenziale: 1) il progressivo invecchiamento della popolazione, determinato dalla caduta del tasso di natalità e dall'allungamento della durata della vita media; 2) l'avanzamento delle conoscenze nel campo della medicina, che, com'è noto, comporta spesso l'introduzione di tecnologie, processi e prodotti sempre più sofisticati e costosi.

L'invecchiamento. La stretta correlazione che sussiste tra il processo d'invecchiamento demografico e la spesa sanitaria trova una puntuale conferma nei dati dell'evidenza empirica. Dalla lettura di questi dati emerge, infatti, che tale spesa ha un andamento simile a quello di una curva a forma di "J": essa risulta cioè abbastanza elevata nei primi stadi di vita, quando maggiore

è la domanda di assistenza; si riduce gradatamente nel corso dell'adolescenza, fino a toccare un valore minimo attorno ai 10 anni; e mostra poi una sensibile accelerazione nelle classi di età più avanzate e soprattutto nel periodo precedente il decesso, data l'elevata incidenza dei cosiddetti death-related costs.

Secondo le elaborazioni dell'Oecd, nei Paesi europei gli anziani (ossia le persone con almeno 65 anni di età), pur rappresentando il 20% della popolazione, assorbono circa il 60% della spesa sanitaria. Un'incidenza così elevata si spiega se si considera che il processo d'invecchiamento, oltre ad alimentare di per sé una maggiore domanda di salute, sta anche alla base della transizione epidemiologica, ossia della crescente incidenza delle malattie cronico-degenerative (cardiopatie, tumori, artropatie, Parkinson ecc.).

In genere, si tratta di malattie che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente, che comportano un progressivo deterioramento delle funzioni vitali e che necessitano di cure costose e continuative. Per tali malattie, inoltre, non sempre l'ospedalizzazione costituisce la risposta terapeutica più appropriata, potendosi ottenere spesso maggiori benefici - in termini di miglioramento del quadro clinico e prevenzione delle complicanze - dall'integrazione sul territorio delle attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con quelle di carattere più propriamente sociale.

Come si è già detto, il secondo fattore che contribuisce a spiegare la lievitazione delle spese assistenziali è il progresso scientifico e tecnologico. In campo medico, infatti, le innovazioni di prodotto creano spesso una domanda aggiuntiva (supply creates its own demand); mentre le innovazioni di processo, realizzate con l'introduzione di nuovi macchinari e attrezzature, non comportano

Redditi da lavoro dipendente delle strutture sanitarie pubbliche *

Anni	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Spagna	Media Ue-15
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	104,4	101,8	105,8	109,2	104,0	106,0
2002	110,1	105,5	109,0	118,5	110,9	112,6
2003	114,4	106,8	110,3	121,9	123,5	117,3
2004	118,2	106,3	120,9	138,6	133,6	126,7
2005	123,2	106,7	126,1	146,2	145,4	133,7
2006	126,0	106,7	136,1	158,1	157,7	141,3
2007	129,4	107,8	128,2	161,5	178,7	145,0
2008	132,7	109,9	141,0	139,6	201,4	145,1
2009	134,7	116,2	138,0	127,1	214,4	143,8
2010	139,0	119,1	140,7	139,2	211,7	149,1
2011	141,6	131,1	137,0	139,3	208,0	149,8
2012	143,9	139,3	134,5	154,6	192,1	154,0
2013	148,0	146,0	132,9	142,5	191,3	152,3

(*) Numeri indici a prezzi correnti (anni 2000-2013)

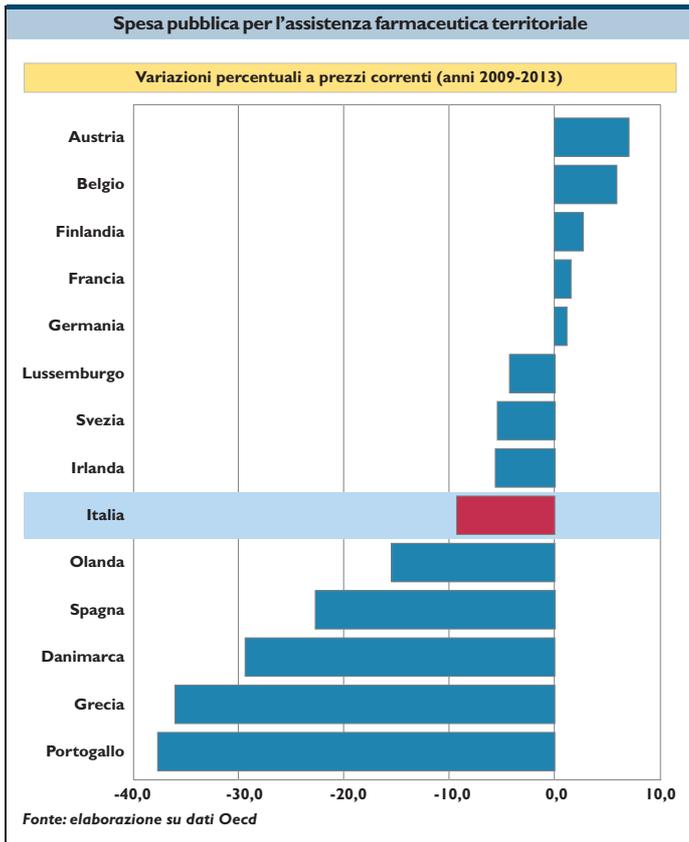
Fonte: elaborazione su dati Eurostat (Cofog)

Consumi intermedi delle strutture sanitarie pubbliche nei maggiori Paesi Ue *

Anni	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Spagna	Media Ue-15
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	105,2	93,5	109,0	104,9	103,6	106,0
2002	119,7	103,6	118,9	114,7	109,8	116,4
2003	124,5	123,0	128,0	109,2	122,9	118,7
2004	134,7	113,2	142,7	126,1	151,4	133,4
2005	144,3	121,3	157,8	136,3	183,5	144,5
2006	147,7	124,2	167,7	152,8	183,1	156,8
2007	155,3	123,3	182,4	166,0	215,6	170,1
2008	156,1	134,6	196,9	165,3	230,2	176,0
2009	175,1	165,2	209,5	166,3	263,0	185,8
2010	183,1	182,0	214,1	174,4	252,9	191,3
2011	191,6	210,4	222,0	177,0	256,4	197,2
2012	195,8	231,5	225,1	192,9	256,0	208,4
2013	203,5	235,0	223,0	205,9	244,3	213,5

(*) Numeri indici a prezzi correnti (anni 2000-2013)

Fonte: elaborazione su dati Eurostat (Cofog)



mai una piena automazione delle attività assistenziali, tenuto conto che queste si configurano come attività ad alta intensità di lavoro. Si noti inoltre che, in diversi casi, l'avanzamento delle conoscenze nel campo della medicina si traduce in modesti miglioramenti terapeutici realizzati a costi sempre più elevati. Emblematico in tale contesto è il caso dei farmaci oncologici di ultima generazione, i quali sono così cari da far sorgere molti dubbi sulla loro effettiva sostenibilità da parte del bilancio pubblico, tanto più se si considerano due circostanze. La prima: nel Regno Unito alcuni di questi farmaci non sono più dispensati dal National health service, perché presentano, secondo le autorità britanniche, uno sfavorevole rapporto costi/benefici. La seconda: in un recente studio pubblicato su una prestigiosa rivista scientifica americana è stato stimato che a

parità di benefici in termini di sopravvivenza e dopo aver deflazionato i dati di base - il prezzo medio dei farmaci oncologici immessi sul mercato Usa nel 2013 risulterebbe superiore di 3,8 volte a quello dei farmaci immessi sul mercato nel 1995 (Howard et al., Pricing in the market for anticancer drugs).

Cambio di rotta. Come si è già detto, dopo una prolungata fase di espansione, nel periodo 2009-2013 la spesa sanitaria pubblica ha evidenziato una netta inversione di tendenza, ascrivibile alle misure correttive varate dalla generalità dei partner comunitari. Nella valutazione a prezzi correnti, il tasso medio annuo di crescita della spesa si è ridotto nella Ue-15 di quasi tre punti e mezzo, scendendo sotto la soglia del 2 per cento. Tuttavia, anziché attenuarsi, i divari territoriali si sono ulteriormente ampliati, tenuto conto che la spesa in termini monetari:

- ha accelerato la propria an-

datura in Germania e soprattutto Svezia;

- è continuata a crescere di oltre il 3,5% all'anno in Belgio, Finlandia, Lussemburgo e Regno Unito;
- ha evidenziato un marcato rallentamento in Austria, Danimarca, Francia e Olanda;
- ha accusato un calo relativamente contenuto in Italia (-0,5% su base annua) e molto pronunciato negli altri Paesi dell'area dell'euro colpiti dalla crisi del debito sovrano, ossia Irlanda (-2,6%), Spagna (-3,6%), Portogallo (-4,7%) e Grecia (-13,1%).

Particolarmente incisivi sono stati i provvedimenti di contenimento dei costi dell'assistenza farmaceutica territoriale, tra i quali vale la pena rammentare: la fissazione di spending caps, l'abbattimento dei margini commerciali, la promozione dei farmaci generici, l'applicazione di sconti obbligatori, la revisione della lista dei farmaci rimborsabili, l'ina-



sprimento delle quote di compartecipazione a carico degli assistiti, e così via. L'insieme di questi provvedimenti - assieme alla scadenza dei brevetti di alcune rinomate specialità medicinali (i cosiddetti blockbuster drugs) - ha determinato un sensibile ridimensionamento della spesa pubblica per l'assistenza farmaceutica territoriale. Dal 2009 al 2013, essa si è infatti complessivamente ridotta nella Ue-15 di quasi l'8% nella valutazione a prezzi correnti, registrando cali addirittura superiori al 20% in quattro Paesi: Spagna (-21,9%), Danimarca (-29,2%), Grecia (-35,1%) e Portogallo (-36,9%).

Come suffragato dalle elaborazioni effettuate dall'Oecd, mentre le spese per le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere hanno evidenziato una brusca decelerazione (anche per l'attenuazione delle spinte inflazionistiche e il consolidamento della fase di moderazione salariale), quelle per le atti-

vità di prevenzione, informazione e profilassi si sono contratte in misura non trascurabile. Il che costituisce un'evidente contraddizione: perché uno dei fattori che, nel lungo periodo, contribuisce a spiegare l'espansione dei costi dell'assistenza è dato proprio dal diffondersi di modelli di consumo e stili di vita che risultano rischiosi per il mantenimento di buone condizioni di salute. Si pensi, ad esempio, agli effetti prodotti dal tabagismo, dalle cattive abitudini alimentari, dalla sedentarietà, dallo stress, ovvero da tutti quei comportamenti che sono per lo più tipici delle società più industrializzate e che determinano spesso l'insorgenza di gravi malattie. Non c'è dubbio che tali comportamenti potrebbero essere efficacemente contrastati dal potenziamento dei programmi di prevenzione e di diagnosi precoce nonché dalla diffusione delle campagne di educazione sanitaria. Il proble-

ma però è che non di rado le amministrazioni, per far quadrare i conti, investono minori risorse proprio in queste attività, finendo così con l'ottenere nel lungo periodo un risultato diametralmente opposto, cioè: più alti tassi di inappropriata e maggiori costi delle prestazioni. Eppure, le condizioni di salute della popolazione potrebbero migliorare notevolmente se solo vi fosse maggiore consapevolezza dei rischi derivanti dagli errati stili di vita. A sostegno di ciò, basti rilevare che, secondo l'Oms (Global strategy on diet, physical activity and health, 2004), l'incidenza delle patologie cardiovascolari e oncologiche, che costituiscono oggi la principale causa di morte, potrebbe essere ridotta drasticamente grazie a una dieta sana ed equilibrata e a una moderata attività fisica.

* docente di Finanza pubblica Luiss e Accademia GdF

© RIPRODUZIONE RISERVATA

