



La spesa per la salute in Europa

Commento ai dati Ocse 2014

di **Elio Borgonovi**

Presidente Cergas Bocconi, Milano

La tutela della salute è uno dei capitoli più significativi del welfare State e, da alcuni anni, di quello che sempre più spesso viene definito *welfare mix* o *welfare society*. Questa evoluzione non è solo di tipo semantico, ma ha lo scopo di mettere in evidenza il passaggio da una prevalenza dello Stato, inteso nella sua articolazione di Stato nazionale, Regioni (*Länder, Counties, Departementes*), enti locali, enti ospedalieri, Aziende sanitarie locali in Italia ed equivalenti erogatori pubblici in altri Paesi europei, a una concezione nella quale la tutela della salute mantiene la caratteristica di diritto della persona che viene garantito da una molteplicità di soggetti.

Nonostante questa evoluzione concettuale, in Europa resta prevalente il ruolo del finanziamento pubblico tramite il modello di Servizio sanitario nazionale o il modello di mutualità obbligatoria estesa alla totalità (o quasi totalità) della popolazione. Perciò, da sempre, l'analisi della spesa rappresenta un capitolo fondamentale di tutte le comparazioni tra sistemi. Si può dire che dal secondo dopoguerra, con l'introduzione del *National health system* in Inghilterra (modello *beveridgiano* di copertura universale) e la sua estensione ad altri Paesi, tra cui l'Italia nel 1978, vi è stato un continuo trend di espansione fino alla soglia del nuovo secolo. Un trend che in una parte significativa dei cinquant'anni di questo periodo è stato in molti Paesi superiore al tasso di incremento del Pil. A partire dall'inizio del nuovo millennio, è diventato sempre più critico il tema della sostenibilità nel lungo periodo di questo trend in Europa, continente che oggi ha il 7% della popolazione mondiale, produce

il 25% della ricchezza mondiale, ma rappresenta il 50% della spesa mondiale per welfare. Tale situazione non è evidentemente sostenibile e quindi è necessario che in Europa siano attivate politiche per la razionalizzazione del sistema di welfare e, all'interno di questo, del sistema di tutela della salute. Ciò se si vuole garantire un accettabile/soddisfacente livello di tutela della salute mantenendo la sostenibilità sul piano economico e sociale.

Il rapporto *Ocse Health at a Glance*

Diventa pertanto molto interessante analizzare il recente rapporto *Ocse Health at a Glance*, che, non a caso, analizza la spesa per i sistemi di tutela della salute nei principali Paesi europei dal 2000. Da esso emergono due periodi ben distinti: quello fino al 2009-2010 (che può essere considerato il trend influenzato dall'introduzione dell'euro, ma pre-crisi sistemica scoppiata alla fine del 2007 e nel 2008) e quello successivo, fino al 2012 (dati più recenti). Prima di analizzare e interpretare i due periodi è utile un'analisi comparativa relativa all'ultimo anno per il quale sono disponibili i dati. Da essa emerge una situazione che può essere così sintetizzata nei suoi elementi generali. Per quanto riguarda l'incidenza della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) sul Pil si nota che l'Italia, con 9,2, si colloca leggermente sopra alla media dei Paesi europei. Tuttavia, vanno evidenziati due principali limiti di questa rilevazione.

Innanzitutto, si tratta di una spesa che comprende quella in conto corrente e quella in conto capitale, quindi sono dati che non considerano la "qualità" della spesa. È infatti evidente che la spesa corrente rappresenta in termini di aggregato economico i consumi, quindi l'utilizzo di parte della ricchezza per esigenze assistenziali attuali, mentre gli investimenti rappresentano un aumento della capacità del sistema di rinnovarsi e di mantenersi adeguato per l'assistenza futura. Ad esempio, è noto che in Italia, a seguito dei provvedimenti di contenimento della spesa, vi è stata negli ultimi anni una drastica riduzione di quella in conto capitale, per la quale i tagli sono più facili da attuare sul piano operativo e sul piano dei prezzi politici da pagare. Con riguardo agli aspetti contabili non si intende criticare la scelta dell'Ocse, poiché anche dal punto di vista tecnico risulta impossibile, se non addirittura distorto, la suddivisione nelle due componenti di spesa, dati i differenti sistemi contabili adottati dai diversi Paesi. Forse in futuro la progressiva convergenza verso un sistema di classificazione europeo (Cofog) e l'uso di metodologie armonizzate potrebbero attenuare questo limite, anche se chi è esperto di contabilità (sia pubblica sia di impresa) conosce bene i tranelli (a volte dovuti a questioni puramente tecniche, ma molte altre volte dovuti all'esigenza chiamata dagli esperti di *window-dressing*) delle rilevazioni di contabilità nazionale e delle statistiche. Molte volte la rappresentazione contabile

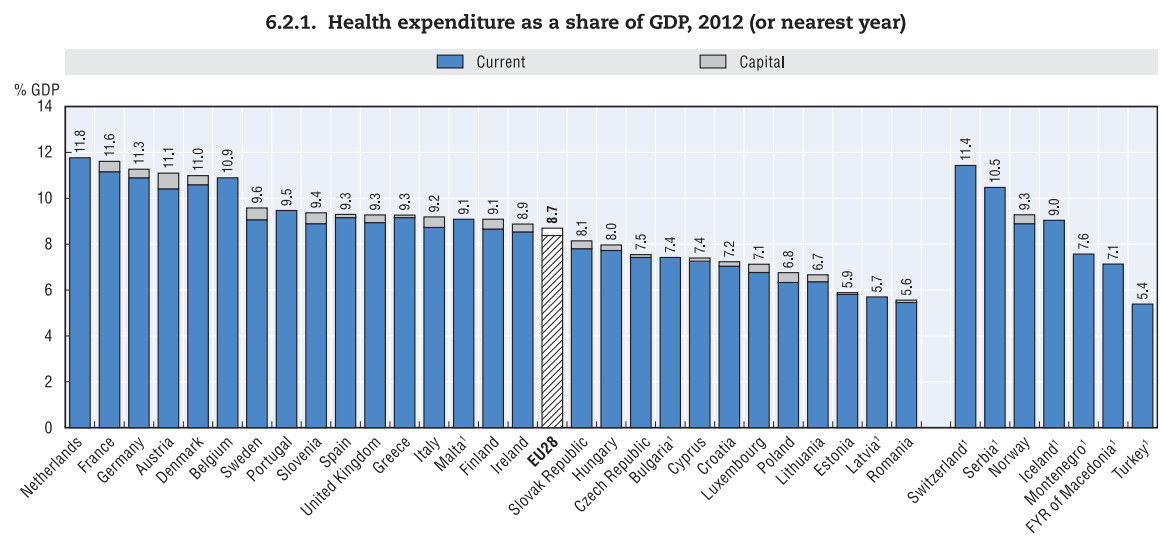
di singole imprese riesce a ingannare anche revisori esperti; non è realistico pensare che su dati “di sistema” non vi siano significativi e rilevanti possibilità di manipolazione dei dati, ancor più accentuate per il nostro Paese, nel quale viene adottato il sistema di competenza finanziaria dal quale è poi necessario ricostruire i dati relativi a flussi di cassa. Ad esempio, la scelta adottata dall’Italia di chiedere alle Aziende sanitarie e Aziende ospedaliere pubbliche l’inserimento della spesa complessiva in conto capitale nello stesso esercizio in cui essa è adottata per l’importo totale, ha fortemente ridotto negli ultimi anni la possibilità di effettuare questi investimenti, dovendo rispettare anche il vincolo complessivo di spesa.

La spesa sanitaria italiana nel panorama europeo

Un secondo limite è legato al confronto con la media europea, che risulta essere inferiore di 0,5 punti percentuali rispetto alla spesa italiana. Infatti (vedi Figura 1) nel rapporto si dice esplicitamente

che si tratta di una media non ponderata, il che evidentemente crea distorsioni derivanti dal numero di abitanti assai diverso. Se la spesa italiana viene confrontata con i Paesi europei più popolosi, si rileva che essa è notevolmente inferiore a quella di Germania (11,3) e Francia (11,6) e comunque inferiore, seppur di poco, a Gran Bretagna e Spagna (9,3). Se poi si passa ad altri Paesi con una popolazione analoga a quella delle Regioni italiane più popolate, tra i circa 4 milioni della Toscana e i poco più di 10 milioni della Lombardia si rileva che l’incidenza della spesa per la salute è notevolmente superiore a quella italiana nei Paesi del Nord Europa – Olanda (11,8), Austria (11,1), Danimarca (11,0), Svezia (9,6) – ma comunque superiore anche in Paesi quali Serbia (10,5), Portogallo (9,5), Norvegia (9,3), Slovenia (9,4). Valori simili a quelli italiani si rilevano in Finlandia (9,1), Malta (9,1), Irlanda (8,9). Tra i grandi Paesi europei solo la Polonia (38 milioni di abitanti) ha un livello di spesa significativamente inferiore a quella italiana (6,8), valore che

Figura 1 Spesa sanitaria % sul Pil, Paesi Ocse - anno 2012



1. Total expenditure only (no breakdown between current and capital spending available). Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

deve essere interpretato tenendo conto del fatto che si tratta di una nazione in rapido sviluppo che partiva da dimensioni della spesa molto basse. Per quanto riguarda il dato della Grecia, oltre alle considerazioni già fatte sulla significatività dei dati a livello aggregato, va tenuto presente che nel 2012 non si erano ancora prodotti gli effetti dei drastici tagli imposti dalla Trojka (Bce, Ue, Fmi), con le drammatiche conseguenze sul piano dei livelli di assistenza rilevati in altre sedi. I livelli più bassi di spesa per la salute si registrano nei Paesi dell'ex blocco sovietico (Romania, Lettonia, Lituania, Estonia) oltre che Turchia (5,4).

La spesa pro capite

L'analisi della spesa pro capite consente di superare il limite della media di incidenza sul Pil non ponderata, in precedenza ricordato, anche se non elimina il limite di tipo contabile. La spesa italiana, pari a 2.409 euro, di poco inferiore a quella del Regno Unito (2.470) è circa due terzi della spesa pro capite di Olanda (3.829), Austria (3.676),

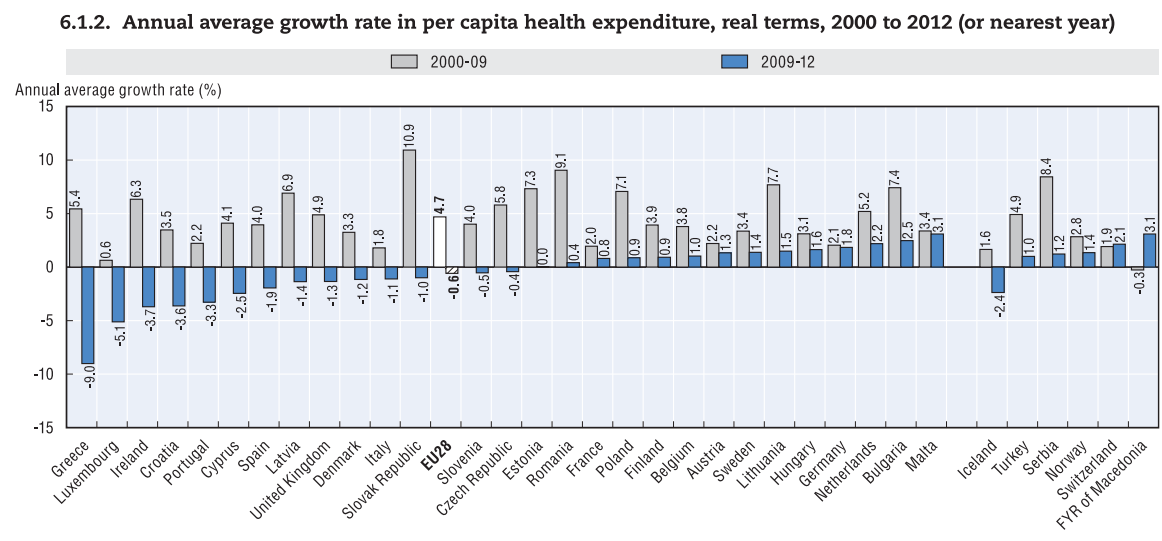
Germania (3.613), Danimarca (3.528), Lussemburgo (3.437) e si colloca tra il 70 e l'80% della spesa pro capite di Belgio (3.318), Francia (3.220), Svezia (3.083). Essa inoltre si colloca di poco superiore a quella di Spagna (2.243), Slovenia, Malta, mentre è scarsamente significativo il confronto con Romania, Turchia, Macedonia, dato il differente livello di sviluppo di questi Paesi. Ovviamente con riguardo alla spesa pro capite e all'incidenza sul Pil occorre considerare il divario esistente tra le diverse Regioni italiane, che comunque negli ultimi dieci anni si è ridotto.

Il trend della spesa

L'analisi del trend della spesa per la salute dall'inizio del nuovo secolo è suddivisa in due periodi: quello prima della crisi del 2007-2008, i cui effetti si sono manifestati nel 2009, e quello successivo al 2009. Nonostante la retorica dominante in Italia sull'elevata spesa per la tutela della salute, va sottolineato che anche nel primo periodo l'aumento medio annuale è stato tra i più



Figura 2 Tasso di crescita medio annuo pro capite della spesa sanitaria, 2000-2012



Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

bassi in Europa (1,8 rispetto a una media di 4,7), superiore solo a quello di Macedonia (-0,3 ma con una crescita tra il 2009 e il 2012 di 3 punti), Lussemburgo (0,6) e Islanda (1,6). In questo periodo i Paesi caratterizzati dai più alti tassi di incremento (tra il 7 e il 9%, con una punta di 10,9 della Repubblica Slovacca) sono stati quelli dell'ex blocco sovietico che partivano da livelli molto bassi. I principali Paesi europei mostrano un trend di incremento annuo superiore a quello dell'Italia (Francia 2,0, Germania 2,1, Portogallo 2,2 e Spagna, Gran Bretagna e Paesi nordici tutti superiori al 3). Peraltro, in questi Paesi il tasso di aumento annuo è ancor più significativo poiché sono Paesi caratterizzati da un aumento significativo del Pil, quindi del denominatore, mentre l'Italia è stata caratterizzata da un denominatore che non è aumentato e che nel 2009 ha avuto una brusca caduta. Sicuramente sul dato del nostro Paese si riflette la rapida decelerazione dell'aumento di spesa nelle Regioni che dal 2006 sono state sottoposte a Piano di rientro, ma si può dire che in generale non è vero che la spesa per la salute è stata una delle più rilevanti cause di difficoltà della finanza pubblica. Nel primi 4 anni successivi allo scoppio della crisi si ha avuto un generale e drastico rallentamento, poiché la media dei Paesi della Ue è passata da 4,7 a -0,6 con le punte della Grecia (-9,0) e Lussemburgo (-5,1), quest'ultimo poco significativo dato il limitatissimo numero di abitanti e la peculiare caratteristica di composizione della ricchezza di quel Paese.

Con una riduzione annua di 1,1, l'Italia si colloca tra i Paesi che hanno maggiormente sofferto delle misure di austerità (Portogallo, Irlanda, Spagna, oltre alla Grecia). In Germania e Francia vi è stato un trend di incremento, rispettivamente di 1,8 e 0,8, che comunque segue un decennio di aumento più accentuato. Tra gli altri principali Paesi europei, il trend in aumento è proseguito

anche dopo la crisi seppure a tassi più ridotti del decennio precedente. La Germania da 2,1 a 1,8, la Francia da 2,0 a 1,8, la Svezia da 3,4 a 1,4, la Norvegia da 2,8 a 1,4, la Finlandia da 3,9 a 0,9 confermano che il tasso di aumento della spesa per la salute resta positivo nei Paesi che hanno mostrato anche una maggiore tenuta del prodotto interno lordo. Una interpretazione che vale anche per il Regno Unito e la Danimarca caratterizzati dalla diminuzione nel quadriennio 2009-2012, rispettivamente di -1,3 e -1,2, dati che possono in un certo senso considerarsi come un "rimbalzo" rispetto agli elevati tassi di incremento del decennio precedente, rispettivamente di 4,9 e 3,3 (vedi Figura 2).

Il capitale sociale

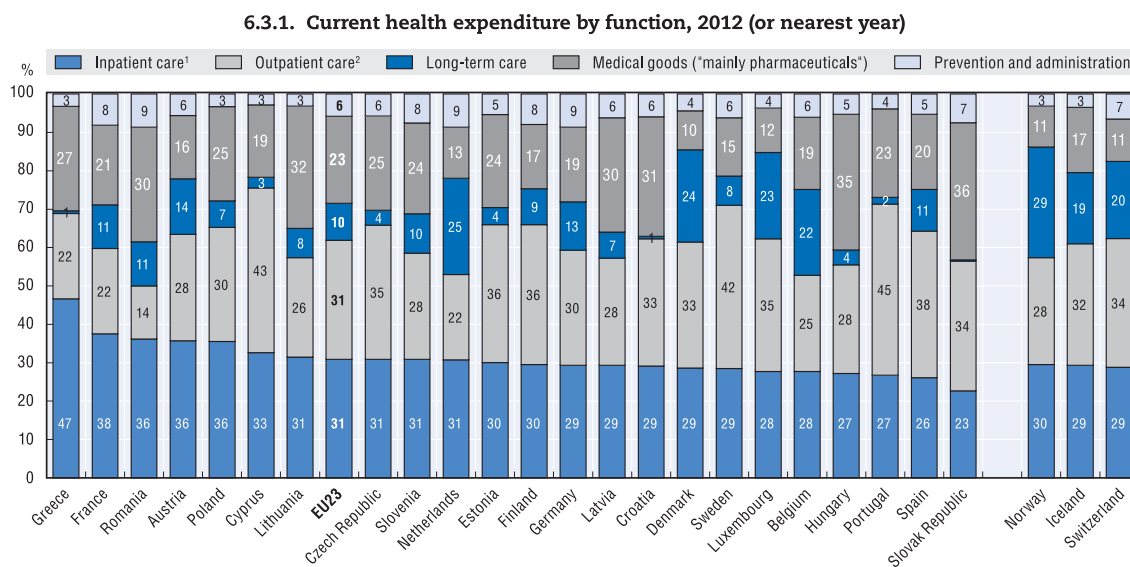
L'analisi congiunta di questi primi tre elementi componenti della spesa (incidenza sul Pil, spesa pro capite e tasso annuo di aumento nei due periodi) consente un'interessante considerazione. Secondo l'interpretazione classica e tradizionale, si può ritenere che il rallentamento e per alcuni Paesi la caduta del Pil si rifletta sulla situazione della finanza pubblica e si ripercuota quindi sulla riduzione della quota destinabile alla tutela della salute. Si può però avanzare un'interpretazione meno ortodossa rispetto agli schemi classici dell'economia, ma non per questo meno fondata. Una interpretazione che fa riferimento al ruolo del "capitale umano", e più in generale del "capitale sociale" nella dinamica dell'economia (teorie macroeconomiche) e delle imprese (teoria manageriale). È difficilmente contestabile il fatto che la buona salute costituisca un elemento del capitale umano (insieme all'istruzione di vario livello) e del capitale sociale (in quanto la buona salute favorisce anche le relazioni tra le persone) e di conseguenza potrebbe essersi manifestata, almeno in parte, la relazione inversa. Ossia, i Paesi che nel decennio 2000-2009 hanno investito mag-

giormente nel settore della salute e che, nel periodo successivo, hanno continuato a investire in esso, seppure a tassi più contenuti, sono anche quelli che hanno avuto performance economiche maggiormente positive o, se si vuole, meno negative. Sarà interessante utilizzare questa chiave di lettura per interpretare i dati degli anni 2013-2014 (nei quali vi è stato un progressivo rallentamento delle economie europee, in particolare di quelle dell'eurozona) e di quelli successivi al superamento definitivo della crisi (semmai si avrà per l'Europa) quando saranno disponibili. L'analisi longitudinale suddivisa in diversi periodi è una metodologia utile per evidenziare la fondatezza o la componente "ideologica" e di "conformismo" (non solo di tipo politico, ma anche della cultura economica). Il confronto tra un periodo decennale (prima della crisi) e per ora solo quadriennale (periodo dopo la crisi) deve quindi essere sottoposto alla verifica di un periodo più lungo.

La spesa per funzioni

Viene poi analizzata la spesa per le diverse funzioni individuate, come ricoveri ospedalieri, prestazioni sanitarie senza ricovero, assistenza per lungo degenti, consumi di beni sanitari (prevalentemente farmaci), prevenzione e spese di amministrazione. **Va sottolineato che in questa parte del rapporto non è presente l'Italia**, assenza che va segnalata agli organi competenti, in quanto non è dato sapere se essa sia dovuta al fatto che nel nostro Paese sono usate diverse classificazioni. Comunque, le grandi differenze nell'incidenza di queste componenti evidenziano le difficoltà di classificazione. È molto probabile, per non dire certo, che si tratti di dati con limitata omogeneità, considerate le grandi differenze tra i valori minimi e i valori massimi. Ad esempio, per l'assistenza con ricovero (vedi Figura 3) si passa da un minimo della Repubblica Slovacca (23%) e poco superiore della Spagna (26%) a un valore

Figura 3 Spesa sanitaria corrente per funzione - 2012



Note: Countries are ranked by inpatient care as a share of current health expenditure.
 1. Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day care settings.
 2. Includes home-care and ancillary services.
 Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database for non-OECD countries.

massimo della Grecia (47%). Anche considerando il fatto che il valore della Grecia nel 2012 è sicuramente influenzato dai drastici tagli nelle altre componenti di spesa, conseguenti alle misure di austerità, la differenza tra Spagna (26%), Lussemburgo e Belgio (28%), Germania, Croazia, Danimarca e Svezia (29%) e Slovenia e Serbia (31%) da un lato, e Romania, Austria, Polonia (36%) e la Francia (38%) dall'altro, è espressiva di diversi modelli di erogazione dei servizi, usando un termine consolidato meno o più "ospedalocentrico". Tra l'altro queste differenze non sono riconducibili alle caratteristiche dei Paesi, in quanto in entrambi i gruppi sono presenti Stati dell'Europa occidentale, dell'ex Unione Sovietica e dell'ex Jugoslavia.

Ancor più accentuato appare il range nell'incidenza delle spese per cure senza ricovero, tendenzialmente ambulatoriali e specialistica senza ricovero, per le quali si va da un valore minimo della Romania (14%) e relativamente basso per Grecia, Francia e Olanda (22%) e Belgio (25%), Lituania (26%), Austria, Slovenia, Lettonia, Ungheria e Norvegia (28%) a valori molto più alti per Spagna (38%), Svezia (42%), Cipro (43%) e Portogallo (45%). Anche in questo caso si trovano nei due gruppi Paesi con caratteristiche economiche e sociali molto diverse e con modelli assistenziali tra loro eterogenei, Paesi del Sud e del Nord Europa, dell'Europa occidentale e dell'ex Unione Sovietica ed ex Jugoslavia. Per quanto riguarda queste due funzioni, che fanno riferimento ad attività di diagnosi, cura e riabilitazione, si nota nel periodo successivo alla crisi un generale trend di riduzione molto più accentuato per l'attività di ricovero, poiché si ha un immediato crollo dal 6,4% di aumento tra il 2007-2008, al 2,2 nel 2008-2009, a valori negativi negli anni 2009-2010 (-1,3%) e 2010-2011 (-0,4%), con una successiva leggera ripresa nel 2011-2012 (1,5%) dovuta, da un lato, ai Paesi che hanno su-

perato meglio di altri la prima fase della crisi (2007-2011) e, dall'altro, al fatto che nel 2011 il denominatore del Pil dei Paesi ha in generale toccato i valori minimi. Per quanto riguarda l'attività senza ricovero, si rileva un crollo immediatamente successivo alla crisi, con il passaggio da 8,6% del 2007-2008 al 3,2% del 2008-2009, a una sostanziale stabilità del 2009-2010 (0,7), del 2010-2011 (1,0) e 2011-2012 (-0,3%).

Il dato relativo alla prevenzione (trattato insieme alle spese amministrative) è ancor più influenzato dal metodo di classificazioni delle spese e comunque mette in evidenza tre grandi blocchi: Paesi con basso livello di spesa, attorno al 3-4% (Grecia, Polonia, Cipro, Lituania, Danimarca, Lussemburgo, Portogallo, Norvegia, Islanda), con medio livello di spesa, 5-6% del totale (Austria, Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Croazia, Svezia, Belgio, Ungheria, Spagna) e con elevato livello di spesa, tra il 7 e il 9% (Francia, Slovenia, Finlandia, Germania, Romania, Olanda, Germania, Svizzera, Repubblica Slovacca). Anche in questo caso, è evidente che non esiste alcuna correlazione tra modello assistenziale e livello della spesa per prevenzione, che invece è influenzata in misura molto maggiore dalle politiche, oltre che dal già ricordato problema di classificazione. L'andamento più accentuato dei tassi di aumento nei diversi anni dal 2007 al 2012 (in questo caso più significativi poiché riferiti alla sola prevenzione) può essere spiegato nei seguenti termini. Il forte aumento, da 5,7 dell'anno precedente a 8,2 del 2008-2009, è quasi sicuramente dovuto a un effetto contabile correlato a una minore elasticità di questa spesa rispetto alla crisi: i tagli più immediati ed efficaci, come prima reazione alla crisi, sono stati effettuati sulle componenti più elevate (assistenza ospedaliera, ambulatoriale e specialistica senza ricovero) e di conseguenza è aumentata la percentuale della voce più piccola, rappresentata dalla prevenzione.

Negli anni più critici per la crisi europea, 2009-2010 e 2010-2011, anche la spesa per prevenzione subisce la logica di contenimento della spesa, evidenziato dal -3,8 del 2009-2010 e il piccolo rimbalzo del 2010-2011 +0,5. Il dato relativo all'incremento tra 2011-2012 (+1,8) va interpretato alla luce del superamento del punto più basso della crisi per una serie di Paesi, esclusi Grecia, Spagna, Portogallo e Irlanda (a cui si deve aggiungere l'Italia, per la quale l'Ocse non ha elaborato i dati).

L'analisi della spesa relativa alla voce *medical goods* (*mainly pharmaceuticals*) merita due ordini di considerazioni. La prima riguarda il contenuto, poiché la dizione *medical goods* è alquanto generica e fa presumere che in essa siano comprese non solo i beni intermedi strumentali per l'attività, ma probabilmente anche beni o servizi ottenuti da soggetti esterni conseguenti a politiche di *outsourcing*. Il secondo problema di contenuti riguarda il concetto di *mainly pharmaceuticals*: merita particolare attenzione il fatto che si passi da valori estremamente ridotti (10% della Danimarca, 12% del Lussemburgo, 13% dell'Olanda) a valori elevatissimi (come devono essere considerati 32% della Lituania, 35% dell'Ungheria, 36% della Repubblica Slovacca). Che vi sia una eterogeneità nel contenuto di questa voce è evidenziato dai successivi dati relativi alla sola spesa pro capite. Infatti, il rapporto tra incidenza di questa voce sul totale tra spesa della Danimarca e spesa di Lituania, Ungheria e Repubblica Slovacca è di 1 a 3 e superiore mentre il rapporto per la spesa farmaceutica pro capite è solo di 1 a 2 o inferiore. Va poi sottolineato che in questo caso, riferendoci al commento del Rapporto Ocse che attribuisce a questa voce circa un quarto del totale (23%), si ha l'influenza della doppia distorsione statistica, da un lato dell'*effetto Trilussa* (risulta che tutti mangiano mezzo pollo quando metà del campione ne mangia 1 e l'al-

tro 0) e dall'altro della media non ponderata (23% tra il minimo del 10 e il massimo del 36). La seconda distorsione, quella della media non ponderata, può essere attenuata se si considera che nei Paesi più popolosi (Germania, Francia, Spagna, Portogallo), esclusi Italia e Regno Unito, che comunque non sono inclusi nel campione considerato, la percentuale di questa voce si colloca tra il 19 e il 21, ossia 1/5 della spesa totale. Il successivo focus sulla spesa farmaceutica, che è per sua natura più omogeneo, evidenzia una grande differenziazione di approcci prescrittivi. Infatti, si passa da un valore minimo della spesa pro capite di 195 della Danimarca a un valore massimo di ben 550 del Belgio e molto alto anche per Germania (501) e Irlanda (500). Questa voce di spesa è rilevante sia in termini assoluti (200 miliardi di euro nell'Unione Europea), che individua quello dei farmaci come uno dei settori con maggiore impatto sull'economia, sia in termini di incidenza sul Prodotto interno lordo (1,5% in media, con la maggior parte dei Paesi compresi tra l'1% e l'1,8%, esclusi Danimarca e Lussemburgo, inferiori all'1%, e Grecia, Ungheria e Repubblica Slovacca, superiori al 2%). Peraltro, va sottolineato che i dati relativi alla spesa farmaceutica sono influenzati in misura significativa dai prezzi relativi, oltre che dai consumi pro capite e, all'interno di questi ultimi, dalle categorie di farmaci (più o meno costosi per terapia). A sua volta la percentuale di spesa sul Pil è fortemente condizionata dalla dinamica di quest'ultimo. Ad esempio, il dato relativo al 2012 per la Grecia (2,3%) è sicuramente attribuibile al fatto che il Paese ha avuto una diminuzione del Prodotto interno lordo del 20% (arrivato nel 2014 al 25%). In altre parole, vi è stata una contrazione della spesa per farmaci (il numeratore) inferiore alla riduzione del Pil (denominatore). Sarebbe interessante approfondire le dinamiche parallele della spesa assoluta e pro capite dei farmaci e del Prodotto in-

terno lordo dei Paesi europei. Il dato dell'Italia relativo a questa voce di spesa è perfettamente in linea con la media europea (1,5%) e appena superiore per la spesa pro capite, 386 contro 350.

Il finanziamento privato

I dati relativi alle modalità di finanziamento mettono in evidenza che in Europa è limitato il peso delle assicurazioni private, fatta eccezione per Slovenia (15%), Francia (14%), Irlanda (13%) e Germania (10%), mentre tutti gli altri sono al di sotto dell'8%, con una media del 4%. Se invece si considera il più ampio aggregato del finanziamento privato, direttamente da parte degli individui alle famiglie (*out of pocket*) o intermediato (assicurazioni private), si nota un'accentuata divaricazione: da Cipro, dove il finanziamento da circuito privato supera quello pubblico (47% *out of pocket* e 5% di assicurazioni) a Gran Bretagna (9% *out of pocket* e 3% assicurazioni) e Olanda (6% *out of pocket* e 5% assicurazioni). In mezzo, Paesi nei quali il circuito privato finanzia oltre o poco meno di un terzo della spesa, come Serbia e Montenegro (37%), Bulgaria (43%), Macedonia (36%), per tutte solamente *out of pocket*, Irlanda (30% del totale, 17% *out of pocket*, 13% assicurazioni), Spagna (22% *out of pocket* e 6% assicurazioni), Slovenia (28%, 13% *out of pocket* e 15% assicurazioni), e gli altri inferiori al quarto. Al riguardo, è opportuno sottolineare che nei Paesi nei quali prevale il finanziamento *out of pocket*, in gran parte ma non solo nel blocco dell'ex Unione Sovietica ed ex Jugoslavia, le famiglie sono maggiormente esposte al rischio di impoverimento causato da gravi e costose malattie.

La mobilità dei pazienti

I dati relativi alla percentuale della spesa di pazienti in entrata o in uscita dai diversi Paesi consente di fare alcune considerazioni sugli scenari che si potrebbero aprire con l'entrata in vigore e

la progressiva affermazione della direttiva europea 2011/24/UE sull'assistenza transfrontaliera. La mobilità di pazienti è in generale inferiore all'1% in entrata, con le uniche eccezioni di Lussemburgo (5,03%) e Cipro (3,52%), che però sono scarsamente significative dato il basso numero di abitanti e il basso livello complessivo della spesa. Per quanto riguarda i pazienti in uscita, emerge con chiarezza che il flusso è soprattutto nella direzione ex Paesi del blocco sovietico ed ex Jugoslavia o verso Paesi limitrofi o verso Paesi dell'Europa occidentale con sistemi sanitari più avanzati e generalmente considerati di qualità più elevata: Croazia (5,29%), Repubblica Ceca (4,36%) e Ungheria (4,25%). Il dato della mobilità esterna del Lussemburgo (2,03%) è poco significativo, come quello dei pazienti in entrata e spiega l'osmosi di un Paese molto piccolo che non solo è al centro dell'Europa ma è anche sede del Parlamento europeo. Altrettanto dicasi della Slovenia (1,58%), che ha una popolazione molto bassa, con forte mobilità verso l'Austria e gli altri Paesi confinanti. I dati sulla spesa e sul finanziamento vanno interpretati anche con i dati riguardanti la copertura della popolazione che in Europa è in generale totale o molto vicina al 100%, con tre grandi eccezioni: Bulgaria (77%), Grecia (79%) e Cipro (83%). Per la Bulgaria e la Grecia, il dato è una diretta conseguenza della crisi scoppiata nel 2007. Nel primo Paese, infatti, la copertura pubblica dal 2010 non è più garantita a coloro che non pagano tasse. In Grecia e Cipro la copertura pubblica si è ridotta a seguito di situazioni di disoccupazione e all'impoverimento della popolazione. Per la Germania (88,9%) l'interpretazione è diversa, in quanto le persone che non hanno copertura pubblica sono quelle che hanno preferito mantenere una copertura integrale o parziale tramite il canale privato o assicurativo. Si può dire che nei primi tre casi si tratta dell'effetto impoverimento, mentre per la Germania dell'effetto arricchimento.

Austerity e spending review

Il dibattito di carattere economico relativo ai sistemi di tutela della salute (dinamica della spesa e del finanziamento) è stato dominato, dal momento in cui è esplosa la crisi, da due temi principali: il contributo che questa componente di welfare poteva e può dare alle politiche di riequilibrio dei conti pubblici (austerity) e modalità per attuare le politiche di contenimento (spending review). Il rapporto Ocse non si esprime su nessuno dei due, ma consente di fare le seguenti considerazioni. La retorica dell'austerità è stata di fatto subita da tutti i Paesi, e non poteva essere altrimenti, visto che essa ha dominato il dibattito sulla politica economica europea. Il trend della spesa sanitaria totale ha seguito la dinamica della ricchezza dei vari Paesi, con tuttavia una generalizzata attenuazione dei tassi di aumento registrati nel decennio precedente (da fine anni '90 del secolo scorso al 2008). Di spending review nel rapporto non si ha traccia, e non poteva essere altrimenti, poiché i dati aggregati sui sistemi non consentono di distinguere i Paesi nei quali la razionalizzazione, la lotta agli sprechi e le inefficienze, all'inappropriatezza, alla medicina difensiva, alla corruzione sono oggetto di documenti, di dichiarazioni pubbliche, di contrasti, ma non si traducono in concreti cambiamenti delle modalità di allocazione delle risorse, di gestione delle strutture e di controllo dei risultati, dai Paesi nei quali si parla un po' meno di questi temi, ma si ha un livello di attuazione più elevato. In futuro sarebbe utile integrare le analisi sui sistemi con quelle sulle buone o migliori pratiche di spending review e di riorganizzazione dei sistemi di offerta. Infine, si ritiene necessario fare qualche breve riferimento a un tema che in tutte le analisi sui sistemi di welfare e di tutela della salute è completamente assente. Quello del contributo che la "filiera della salute" può dare alla ripresa del pro-

cesso di sviluppo economico e sociale. Per superare la crisi con un modello di economia completamente diverso da quello che ha portato alla crisi occorre ricercare e trovare soluzioni diverse da quella della "decrecita felice", teorizzata da Serge Latouche ma poco praticabile.

Infatti, la filiera della salute ha le seguenti caratteristiche: forte contenuto di conoscenze, intensità di lavoro (qualificato) superiore a quasi tutti gli altri settori dell'economia, elevata esigenza di interdisciplinarietà e di interconnettività tra diverse conoscenze e soggetti coinvolti. Perciò, orientare la filiera della salute verso il soddisfacimento di bisogni "reali" e non generati da un approccio di "consumismo sanitario" può diventare un positivo volano per l'economia. La ricerca e il processo scientifico nelle cosiddette *life-science* consentono di mantenere in buona salute una popolazione che può quindi rimanere più attiva (sul piano produttivo) e godere di una migliore qualità di vita (sul piano dell'impiego della ricchezza, che è condizione per sostenere la produzione economica). Investimenti nello sviluppo di farmaci, dispositivi medici, altri materiali utilizzati nella prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, in informatica collegata all'assistenza, in sistemi gestionali idonei a razionalizzare il sistema di offerta consentono di eliminare gli sprechi e al tempo stesso di creare opportunità per sostenere le esportazioni in settori strategici. Investire in ricerca di base, in ricerca e sviluppo e in *startup* innovative consente di rendere dinamica l'economia.

In futuro, le analisi sulla spesa sanitaria dovrebbero essere integrate anche da analisi sul ruolo che questo settore può avere come motore di un'economia sostenibile. La maggior parte degli studiosi, infatti, concorda sul fatto che il futuro dell'economia sarà in parte significativa collegato ai settori del *biotech*, delle *green technology*, delle nano-tecnologie e di quelle per l'esplorazione del cosmo.