

# SIAMO SOSTENIBILI?

*Invecchiamento della popolazione, avanzamento delle conoscenze nel campo della medicina e sviluppo socio-economico sono i tre fattori che hanno contribuito all'espansione della spesa sanitaria totale. Cause, possibili scenari e alcune misure che, secondo l'Oecd, potrebbero rafforzare la sostenibilità dei sistemi sanitari*

Nicola Quirino

docente di finanza pubblica Luiss  
e Accademia GdF

COME È NOTO, nei paesi più industrializzati la spesa per la tutela della salute viene finanziata in parte con versamenti obbligatori (imposte, tasse e contributi) e in parte con versamenti volontari (pagamenti out of pocket delle famiglie, premi di polizze malattia e donazioni a enti non-profit). Tenuto conto del contributo delle varie fonti di finanziamento, è possibile ripartire i sistemi sanitari dei paesi più industrializzati in tre grandi categorie.

La prima comprende i sistemi fondati sulla fiscalità generale (*tax-based system*), nei quali la spesa per la tutela della salute viene prevalentemente finanziata col gettito delle imposte. Questo è il caso di Danimarca, Italia e Regno Unito, dove più dei 3/4 della spesa è coperta dalle imposte.

Nella seconda rientrano i sistemi di tipo mutualistico (*social insurance-based system*), nei quali la principale fonte di finanziamento è rappresentata dai contributi obbligatori versati dai datori e dai lavoratori alle casse professionali. In Francia e Germania, ad esempio, i contributi di sicurezza socia-

le coprono più del 70% del fabbisogno.

Nella terza categoria figurano infine i sistemi più orientati al mercato (*market-based system*), nei quali molto più elevato è il tasso di copertura garantito dagli schemi assicurativi privati (obbligatori e volontari) e dagli esborsi out of pocket delle famiglie. Ne costituiscono esempi i sistemi sanitari di Stati Uniti e Svizzera.

## **Vantaggi e svantaggi dei sistemi di finanziamento sanitario**

I sistemi in cui maggiore è la quota di finanziamento garantita dall'imposta personale sul reddito hanno un più rilevante impatto redistributivo, data la progressività delle aliquote, mentre quelli in cui maggiore è il contributo delle imposte indirette sembrano essere più sostenibili.

I sistemi di tipo mutualistico risultano invece più vulnerabili al processo di invecchiamento demografico, perché il costo dell'as-



sistenza ricade essenzialmente sui lavoratori mentre i benefici vengono goduti soprattutto dagli anziani, i quali assorbono circa il 60% dei consumi sanitari.

Infine, i sistemi più orientati al mercato assicurano una maggiore autonomia decisionale nonché più elevati investimenti nella ricerca scientifica e nello sviluppo delle tecnologie sanitarie, ma appaiono insoddisfacenti per quanto concerne il tasso di copertura

assistenziale e di appropriatezza terapeutica.

### Evoluzione della spesa e pil

A prescindere dalle modalità di finanziamento, dalla lettura delle serie storiche elaborate dall'Oecd emerge una tendenza comune alla generalità dei paesi europei: negli ultimi vent'anni la crescita della spesa sanitaria (pubblica e privata) è risultata sistematicamente superiore a quella del prodotto

lordo, attestandosi nel 2017 il rapporto spesa/pil all'11,5% in Francia, all'11,3% in Germania, al 9,6% nel Regno Unito, all'8,9% in Italia e all'8,8% in Spagna.

L'evoluzione della spesa sarebbe stata peraltro anche più accentuata se, dopo lo scoppio della crisi del debito sovrano del 2010-2011, non fossero state varate in quasi tutta Europa misure di contenimento dei costi della sanità pubblica. Misure che hanno riguarda-

## Le modalità di finanziamento della spesa per la tutela della salute in alcuni paesi Oecd

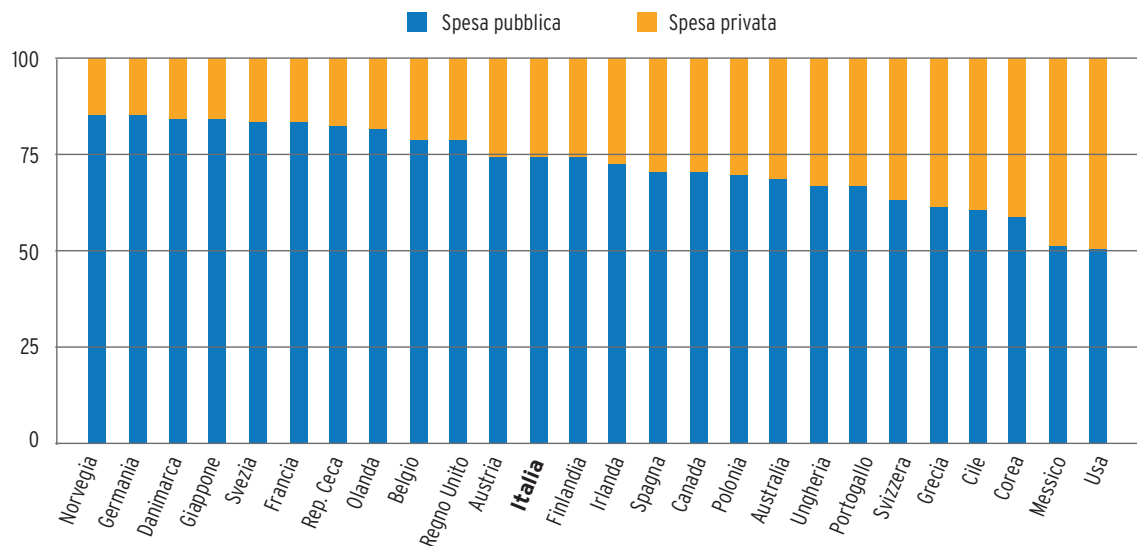
Composizione percentuale (anno 2016)

Paesi	Contribuzioni obbligatorie				Contribuzioni volontarie		
	Totale	Imposte e tasse	Contributi di sicurezza sociale	Contributi a schemi assicurativi privati	Totale	Spesa out of pocket delle famiglie	Polizze di malattia
<b>Sistemi basati sulla fiscalità generale</b>							
Danimarca	84%	84%	-	-	16%	14%	2%
Italia	74%	74%	-	-	26%	23%	3%
Regno Unito	80%	80%	-	-	20%	15%	5%
<b>Sistemi di tipo mutualistico</b>							
Francia	83%	5%	72%	6%	17%	10%	7%
Germania	85%	7%	70%	7%	15%	12%	3%
Belgio	79%	18%	61%	-	21%	16%	5%
<b>Sistemi più orientati al mercato</b>							
Stati Uniti	82%	26%	23%	33%	18%	11%	7%
Svizzera	63%	21%	3%	38%	37%	30%	8%

Fonte: elaborazione Manageritalia su dati Oecd

## Spesa sanitaria pubblica e privata in 26 paesi Oecd

Composizione percentuale (2017)



Fonte: elaborazione Manageritalia su dati Oecd

to non solo l'assistenza ospedaliera (riduzione del numero dei posti letto, blocco del turnover, gatekeeping ecc.) e l'assistenza farmaceutica (fissazione di tetti di spesa, promozione dei farmaci generici, inasprimento del copayment ecc.), ma anche le attività di prevenzione e profilassi. Il che costituisce un'evidente contraddizione, tenuto conto che, secondo l'Oms (*Global strategy on diet, physical activity and health, 2014*), l'incidenza delle malattie cardiovascolari e oncologiche, le quali rappresentano oggi la principale causa di morte, potrebbe essere ridotta drasticamente proprio con una maggiore prevenzione ed educazione sanitaria. Ciò potenziando i programmi di diagnosi precoce nonché le campagne di informazione volte a contrastare i rischi per la salute derivanti da errati stili di

vita (sedentarietà, tabagismo, cattive abitudini alimentari ecc.).

### Crescita della spesa: le cause

All'espansione della spesa sanitaria hanno contribuito essenzialmente tre fattori: il progressivo invecchiamento della popolazione, determinato dalla caduta del tasso di natalità e dall'allungamento della durata della vita media; 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; lo sviluppo socioeconomico e, in particolare, il costante innalzamento dei livelli d'istruzione, al quale è associata una maggiore attenzione alle condizioni di salute.

Il processo d'invecchiamento contribuisce a sospingere la spesa sa-

nitaria per la marcata concentrazione della domanda di assistenza nelle fasce di età più avanzate. Tale concentrazione è in parte riconducibile al fatto che le malattie cronico-degenerative (cardiopatie, tumori, Parkinson, diabete ecc.) colpiscono prevalentemente la popolazione anziana. 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 più appropriata, potendosi ottenere spesso maggiori benefici – in termini di miglioramento del quadro clinico e prevenzione delle complicanze – dall'integrazione sul territorio delle attività terapeutiche e riabilitative con

quelle di carattere più propriamente sociale. Per farsi un'idea della diffusione delle malattie cronico-degenerative, basti pensare che nel nostro Paese il 47% degli anziani è affetto da artrosi o artrite, il 32% da disturbi cardiaci, il 25% da osteoporosi, il 17% da diabete, il 6% da Parkinson o Alzheimer, il 5% da neoplasie ecc.

Da quanto appena detto ne discende che i sistemi sanitari che continuano a far registrare elevati tassi standardizzati di ospedalizzazione, che presentano un marcato squilibrio nel rapporto medici/paramedici e che mostrano un ampio ritardo nello sviluppo della rete dei servizi territoriali, sono particolarmente esposti ai rischi derivanti dall'invecchiamento demografico.

Per quanto riguarda invece il progresso scientifico, occorre rilevare che l'avanzamento delle conoscenze mediche non di rado 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 rap-

porto costi/benefici. La seconda: in un recente studio pubblicato su una 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 superava di 3,8 volte il prezzo dei farmaci immessi sullo stesso mercato nel 1995.

### Quale scenario

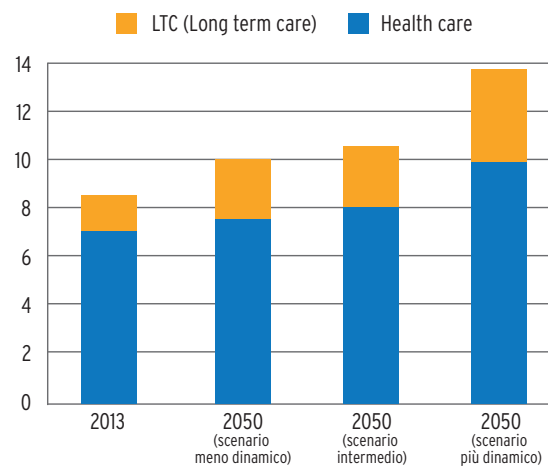
Il processo d'invecchiamento della popolazione costituisce la principale sfida che devono affrontare i sistemi sanitari pubblici dei paesi europei. Prendendo a riferimento due scenari alternativi ipotizzati dagli studiosi, è interessante esaminare l'impatto che il processo d'invecchiamento potrebbe avere sulla sostenibilità di tali sistemi.

Secondo il primo di questi scenari (denominato *Healthy ageing hypothesis*), il progresso scientifico migliorerà le condizioni di salute della popolazione anziana e posticiperà l'insorgenza delle malattie più gravi. Nel secondo scenario (denominato *Morbidity expansion hypothesis*) si suppone invece che i progressi nel campo della medicina determineranno solo modesti incrementi della vita attesa, a prezzo di una crescente morbilità nelle classi di età più avanzate.

È del tutto evidente che il prevalere di quest'ultimo scenario avrebbe un impatto dirompente sulla sostenibilità dei sistemi sanitari

## Previsioni della spesa sanitaria pubblica nei paesi europei

Valori in % del pil (2013 e 2050)



Fonte: elaborazione Manageritalia su dati european commission

pubblici, soprattutto per la sensibile accelerazione delle spese per l'assistenza a lungo termine.

### Come rafforzare la sostenibilità

Per concludere, vale la pena allora evidenziare alcune misure che, secondo l'Oecd (*Fiscal sustainability of health systems, 2015*), potrebbero rafforzare la sostenibilità dei sistemi sanitari: ridefinire il ruolo del settore pubblico, mantenendo la copertura universale per le prestazioni essenziali; centralizzare alcune attività e migliorare il coordinamento tra i vari livelli di governo; ridurre il tasso di inappropriatazza delle prestazioni anche attraverso la revisione dei sistemi di rimborso; favorire la diffusione delle best practice, dei fondi sanitari integrativi e dei meccanismi di "filtro" della domanda. ■