

Il valore della spesa sanitaria in Italia dal 1990 al 2016

The value of healthcare expenditure in Italy, 1990–2016

Pierluigi Russo^{1,2}, Tommaso Staniscia², Ferdinando Romano³

Abstract

Several published studies have analysed time series of healthcare spending per capita and life expectancy at birth, in order to identify the value of national health expenditure expressed. The cost per years of life gained was considered as a proxy of the value. In accordance with the previously used methodological approach, the aim of the current analysis was to ascertain the value of Italian health expenditure in the time span between 1990 and 2016. The time series data were those collected by the Italian National Institute of Statistics. The annual healthcare spending per capita (expressed as current currency) increased linearly (R -square=0.93, $p<0.001$), with an average annual growth of 51.5 euros per capita. The cumulative 25-years variation of healthcare spending per capita was +1,112.4 euros, corresponding to a 152% increase with respect to 1990. In the same time span, the life expectancy at birth in Italy was increased by 6 years. Therefore, the value of public healthcare expenditure over the last 25 years was 370.8 euros per year of life gained. This figure was calculated under the assumption that only 50% of the 6 years of life expectancy gained may be directly related to effective choices in the healthcare assistance.

In conclusion, the Italian Healthcare Service has generated relevant value, at a lower cost per year of life gained in comparison to other developed countries. However, the analysis of data trends during the last five years may raise some concerns with respect to a possible worsening in the level of healthcare protection.

Introduzione

Nell'ultimo ventennio abbiamo assistito ad una rilevante evoluzione nelle strategie di cura delle malattie e nei percorsi di assistenza e cura dei pazienti. Tale evoluzione deriva da un sinergico sviluppo nei diversi ambiti: dalle ampie possibilità di studio a livello biologico dei processi fisiopatologici, passando per strumenti di ausilio nella diagnosi sempre più articolati, per arrivare allo sviluppo delle biotecnologie che ha gradualmente spostato la produzione di nuovi farmaci da molecole di sintesi chimica, verso medicinali biologici e terapie avanzate (terapie geniche, terapie cellulari somatiche e ingegneria tissutale).

Parallelamente, questa evoluzione ha progressivamente incrementato il costo di gestione delle malattie, in molti casi anche per effetto di una anticipazione nell'avvio del trattamento di molte condizioni di malattia, al fine di prevenirne gli esiti negativi a lungo termine, ovvero prolungandone la sopravvivenza.

In considerazione della disponibilità di risorse limitate, a partire dagli anni '70, le analisi economiche hanno avuto un crescente impatto nella valutazione delle tecnologie sanitarie e dei programmi sanitari [1]. Infatti, la crescita della spesa e dei costi marginali hanno richiesto un contemporaneo riconoscimento del valore che da essa potrebbe derivare, quantificato in termini di costi per anno di vita guadagnati, o in misure generali di beneficio economico. Ciò ha comportato un considerevole sviluppo della letteratura sul rapporto costo-efficacia dei singoli trattamenti medici e dei programmi sanitari, nei diversi contesti assistenziali e in molte nazioni, indipendentemente dal loro livello socioeconomico. Al riguardo un lavoro che rappresenta una pietra miliare nella letteratura economico sanitaria, è dato dall'analisi sviluppata dalla Harvard School of Public Health di Boston, nel 1995 [2]. Questa pubblicazione, ad esito della revisione di 587 interventi salva-vita (non esclusivamente in ambito sanitario), calcolava il costo mediano di 42.000 dollari per anno di vita salvato, che diventa il riferimento di valore in corrispondenza del quale la riduzione del rischio si ottiene ad un costo ragionevole. Successivamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara, nell'am-

¹ Agenzia Italiana del Farmaco, Roma

² Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento dell'Università "G. D'Annunzio" di Chieti-Pescara

³ Dipartimento di Salute Pubblica e Malattie Infettive, Università di Roma "La Sapienza"

Indirizzo per la corrispondenza:

Pierluigi Russo

e-mail: pierluigi.russo@unich.it; p.russo@aifa.gov.it

bito della propria Commissione su “Macroeconomia e Salute”, che il valore di un anno di vita guadagnato corrisponde approssimativamente a tre volte il valore del prodotto interno lordo (PIL) pro capite [3].

Considerato un PIL pro capite italiano di circa 32.000 euro (dato Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD, anno 2016, accessibile al link: <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>), ogni intervento potenzialmente salva-vita con un costo inferiore a circa 96 mila euro dovrebbe rappresentare per l'Italia un ragionevole costo incrementale per guadagnare un anno di vita in più. In realtà, anche sulla base di valori riconosciuti in altri paesi con sistemi sanitari simili a quello italiano, le linee guida dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria indicano come riferimento valori compresi tra 25.000 e 40.000 euro per anno di vita guadagnato in piena salute (i.e.: *quality adjusted life-year* - QALY) [4]. In effetti, una discrepanza nel valore di un anno di vita guadagnato, rispetto a quello calcolato sulla base della metodologia dell'OMS, si riscontra anche nello specifico ambito dei farmaci. Infatti, a fronte di un valore mediano di circa 27.000 euro per un anno di vita salvato, risultante dalle analisi costo-efficacia inserite a supporto del prezzo e della rimborsabilità dei farmaci, nei dossier presentati dalle aziende farmaceutica all'AIFA, corrisponderebbe un valore di 75.000 euro per anno di vita salvato secondo la metodologia dell'OMS (ossia 29.938 dollari pro capite – dato OECD 2005 – corrispondente a circa 25.000 euro, al tasso di cambio del 2005 di 1.2061) [3,5]. In definitiva, una recente revisione sistematica [6], ad esito del confronto dei dati da 10 paesi in quattro diversi continenti, ha messo in evidenza che la soglia di costo-efficacia incrementale –laddove fosse stata esplicitamente dichiarata o in qualche modo espressa– non solo è differente da paese a paese, ma non ha una sistematica corrispondenza con il PIL pro capite della singola nazione. Al riguardo è emblematico il caso del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) che, in presenza di soglie esplicitamente dichiarate, che collocano il valore costo-efficace di un intervento sanitario in un range compreso tra 20.000£ e 30.000£, il triplo del PIL pro capite di UK sarebbe un valore notevolmente superiore rispetto a questi riferimenti.

Indipendentemente dal valore che uno Stato o un'istituzione regolatoria attribuiscono alle singole tecnologie sanitarie, rimane ancora poco esplorato il valore dell'assistenza sanitaria nel suo complesso: ovvero a fronte di quale costo sostenuto dalla società, questa ha poi ottenuto dei crescenti benefici sanitari? La risposta a questo quesito dipende ovviamente dall'insieme di scelte compiute ai diversi livelli dell'organizzazione sanitaria, che in alcuni casi avrà portato all'impiego di opzioni “costo-efficaci”, così come probabilmente in altri casi alla selezione di opzioni non vantaggiose o eccessivamente costose.

Recentemente, in UK è stato sviluppato un modello economico finalizzato a rapportare le modificazioni di spesa sanitaria del *National Health Service* (NHS) inglese con le

modificazioni di mortalità [7]. Tale analisi ha calcolato un valore di costo-efficacia di 12.936£ per QALY (valuta del 2008), ovvero un valore inferiore rispetto alle soglie ufficialmente prese a riferimento dal NICE.

Con una metodologia basata sulla medesima tipologia di dati, già in precedenza, una analisi condotta negli USA ha misurato l'aumento delle spesa sanitaria tra il 1960 e il 2000, confrontandolo con la modificazione dell'aspettativa di vita alla nascita, nell'assunzione che il 50% di tale modificazione fosse direttamente riconducibile ad interventi in ambito sanitario [8]. Da questo studio emerge che in USA, il valore della spesa sanitaria si colloca ad un livello di 19.900 dollari per anno di vita guadagnato alla nascita (valore dollaro USA del 2002). Anche in questa circostanza si tratta di un valore notevolmente inferiore sia rispetto al PIL pro capite americano, sia rispetto al riferimento di soglia di costo-efficacia incrementale adottato in USA (111.000 dollari per QALY) [6].

In linea con l'approccio metodologico utilizzato da Cutler et al. [8], è stata condotta un'analisi della serie storica dei dati di spesa sanitaria e di aspettativa di vita alla nascita pubblicati dall'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), al fine di individuare il valore della spesa sanitaria in Italia negli ultimi 25 anni.

Metodologia

Sulla base della tipologia di dati statistici nazionali utilizzati nello studio di Cutler et al. [8], sono stati raccolti i dati di aspettativa di vita alla nascita e di spesa sanitaria pubblica pro capite per l'Italia, relativi al periodo compreso tra il 1990 e il 2016. I dati sono quelli messi a disposizione dall'ISTAT nell'ambito del database “*Health for all*”, nell'ultimo aggiornamento di dicembre 2017 (dati disponibili al link: <https://www.istat.it/it/archivio/14562>).

Le serie storiche dei dati di aspettativa di vita alla nascita, disponibili distintamente per il sesso maschile e femminile, sono state unificate in un'unica serie storica sulla base della media dei valori annuali nei due sessi.

La serie storica della spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale è stata trasformata, relativamente ai valori compresi tra il 1990 e il 1997, per effetto della conversione in euro dei valori espressi in lire, al tasso di conversione ufficiale di un euro per 1.936,27 lire. Successivamente, i valori annuali di spesa pro capite sono stati aggiornati alla valuta del 2017, sulla base dei coefficienti di conversione dei valori monetari annuali tra il 1990-2016, individuati dall'ISTAT attraverso gli indici nazionali dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati.

Infine, è stato calcolato il costo per anno di vita guadagnato rapportando la variazione di spesa sanitaria pubblica pro capite con la variazione di aspettativa di vita alla nascita nel periodo considerato. In analogia con l'analisi condotta in USA [8], tale rapporto è stato calcolato assumendo che il 50% della variazione di aspettativa di vita alla nascita fosse la conseguenza di scelte di programmazione ed organizza-

zione sanitaria, ovvero nell'assunzione che una quota complementare della crescita dell'aspettativa di vita fosse l'effetto di fattori indipendenti. In ogni caso, il costo per anno di vita guadagnato calcolato è stato soggetto ad un'analisi di sensibilità, considerando un *range* della percentuale di variazione dell'aspettativa di vita alla nascita, compreso tra il 25% e il 75%.

Al fine di analizzare l'andamento tendenziale è stata applicata alle serie storiche una regressione lineare, per calcolare l'equazione e l'intervallo di confidenza al 95% della retta di regressione dei dati.

Risultati

La Figura 1 mostra la spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale dal 1990 al 2016, a valuta corrente. L'andamento dei dati evidenzia una flessione della spesa pro capite dal 1993 al 1995, imputabile alle vicende giudiziarie che in quel periodo coinvolsero diversi settori dello Stato, compreso l'ambito sanitario. Inoltre, si registra una rilevante stabilizzazione della spesa pro capite pubblica dopo il 2010, verosimilmente in conseguenza degli effetti che la crisi finanziaria internazionale ha avuto sui conti pubblici dello Stato. In termini di spesa sanitaria pro capite, la riduzione media annuale avuta dopo il 2010 è stata del -13,2%, corrispon-

dente ad un valore pro capite nel 2016 di 1.846 euro, anziché di 2.232,6 euro di spesa pubblica. Nel complesso, la serie storica della spesa sanitaria pubblica pro capite annuale (a valuta corrente) cresce linearmente (R-quadro 0,93; $p < 0,001$), con una crescita media di 51,5 euro pro capite all'anno (95% IC: 45,6-57,4). In Tabella 1, sono riportati i dati annuali e la variazione cumulativa della spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale, prima e dopo l'attualizzazione della spesa alla valuta del 2017. La variazione cumulativa in 25 anni della spesa sanitaria pubblica pro capite è stata di +1.112,4 euro (+471,8 euro alla valuta del 2017), corrispondente ad una crescita del 152% rispetto al 1990 (+33,8% sulla base della serie a valuta 2017).

Il valore complessivo della spesa sanitaria pubblica espresso in termini di costo per anno di vita in Italia negli ultimi 25 anni è pari a 370,8 euro per anno di vita guadagnato, con un range variabile tra 247,2 euro a 741,6 euro, in funzione della quota di variazione cumulativa dell'aspettativa di vita attribuibile alla gestione sanitaria (Tabella 1). Tale valore si riduce sensibilmente dopo l'attualizzazione della serie dei dati di spesa pro capite, risultando pari a 157,3 euro per anno di vita guadagnato.

In considerazione dell'andamento della spesa sanitaria pubblica pro capite dopo il 2010, in Figura 2 sono mostrati i

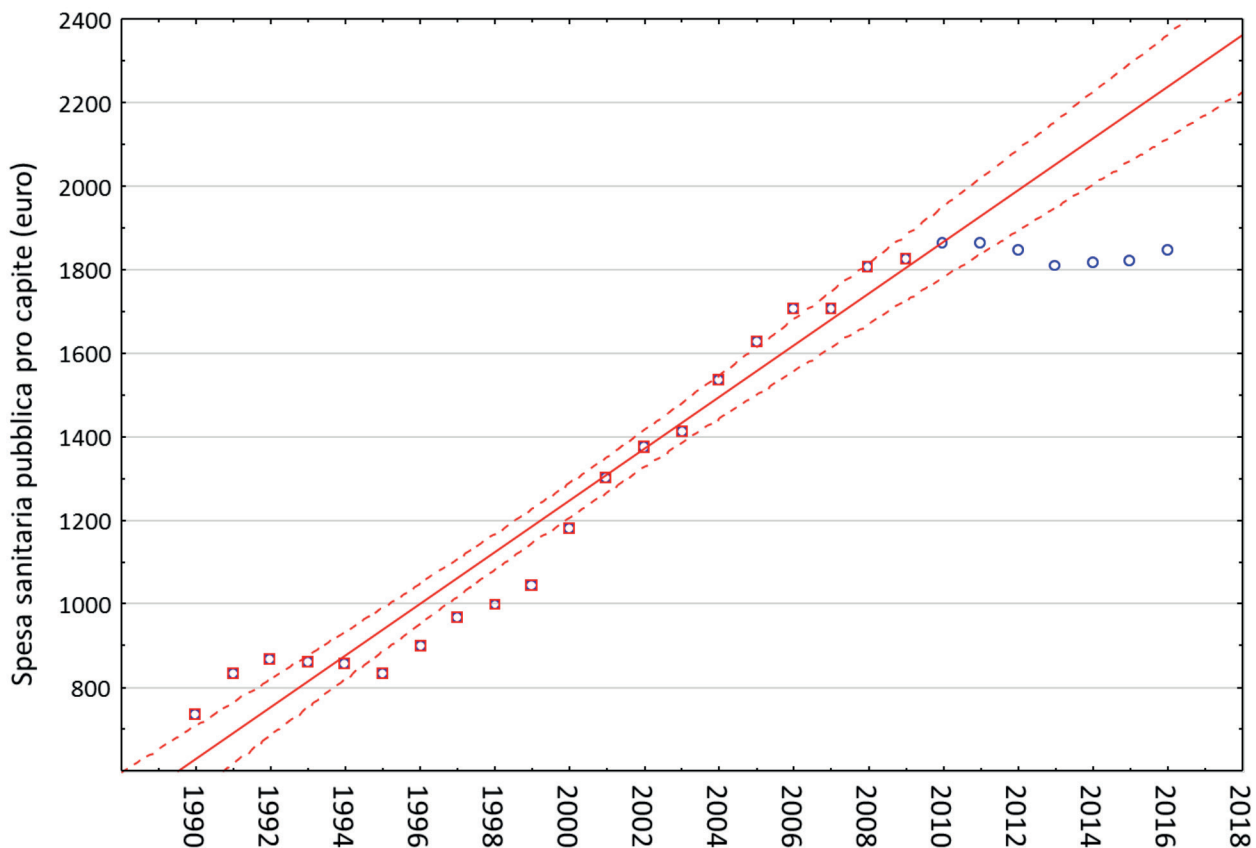


Figura 1. Serie storica della spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale dal 1990 al 2016, a valuta corrente e proiezione tendenziale (e intervallo di confidenza al 95%) sulla base dei dati fino al 2010.

Tabella 1. Serie storica relativa al periodo 1990-2016, dell'aspettativa di vita alla nascita*, della spesa sanitaria pubblica pro capite* e del costo per anno di vita guadagnato negli ultimi 26 anni in Italia

Indicatori	1990	1998	2004	2010	2016	Variazione cumulativa 2016-1990
Aspettativa di vita alla nascita (anni)	76,8	78,5	80,8	82,0	82,8	+6,0
Valuta corrente						
Spesa sanitaria pro capite (euro)	733,6	997,0	1.536,0	1.861,0	1.846,0	+1.112,4
Costo per anno di vita guadagnato** (euro)						370,8
(25%-75% dell'aspettativa di vita)						(741,6-247,2)
Valuta 2017						
Spesa sanitaria pro capite (euro)	1.394,5	1.375,9	1.852,4	2.013,6	1.866,3	+471,8
Costo per anno di vita guadagnato** (euro)						157,3
(25%-75% dell'aspettativa di vita)						(314,5-104,8)

*Fonte dei dati: ISTAT "Health for all".

**Calcolato sulla base del 50% della variazione cumulativa dell'aspettativa di vita.

dati della serie storica dell'aspettativa di vita alla nascita media tra i sessi. La variazione cumulativa 1990-2016 dell'aspettativa di vita alla nascita (Tabella 1) è stata in Italia di +6 anni (+7 anni negli uomini e +5 anni nelle donne). Tuttavia l'andamento tendenziale dopo il 2010 mostra che a partire dal 2011 l'aspettativa di vita alla nascita risulta più

bassa del limite inferiore dell'intervallo di confidenza, della proiezione fatta sulla base dei dati nei precedenti vent'anni. In particolare, la serie storica dell'aspettativa di vita fino al 2010 cresce linearmente (R-quadro 0,98; $p < 0,001$), con una crescita media annuale di 0,272 anni (95% IC: 0,257-0,287). Invece, nel periodo 2011-2016, l'aspettativa di vita alla na-

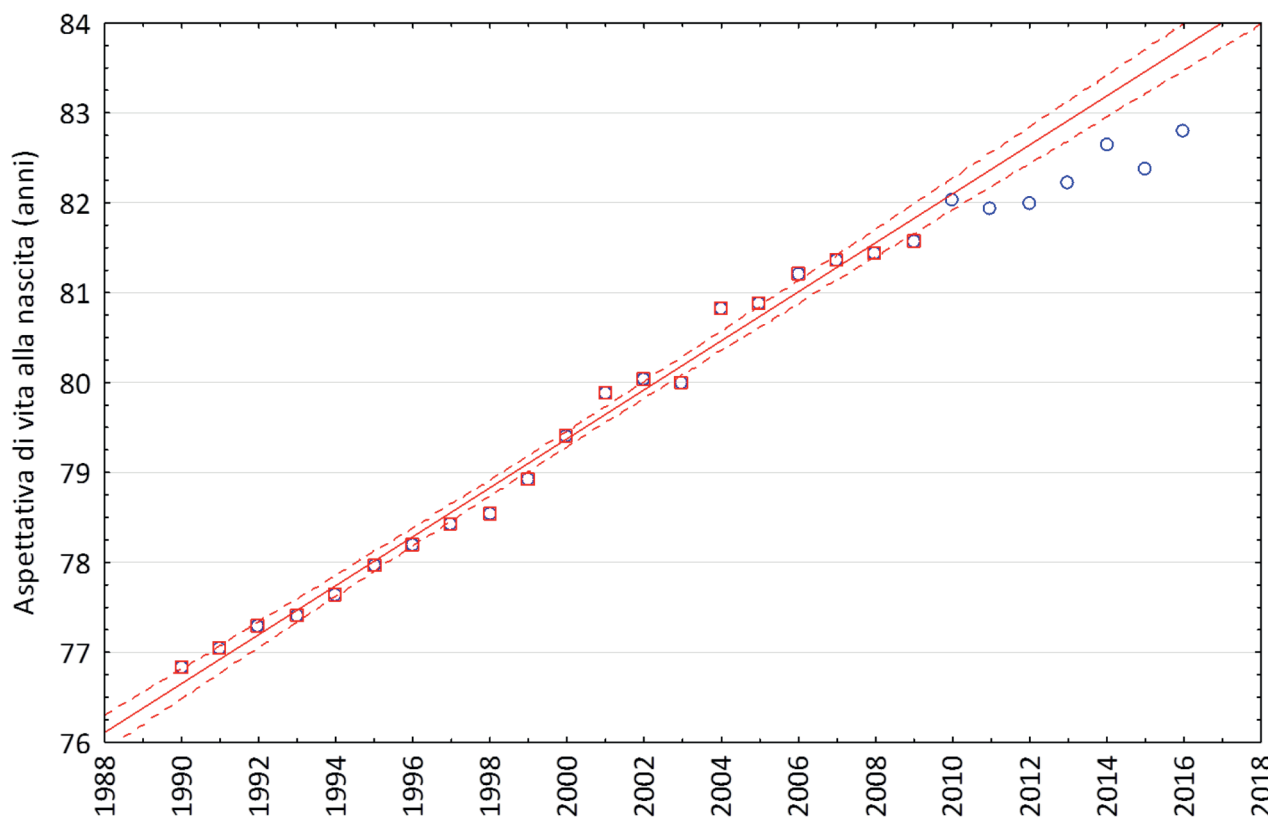


Figura 2. Serie storica dell'aspettativa di vita alla nascita in Italia dal 1990 al 2016 e proiezione tendenziale (e intervallo di confidenza al 95%) sulla base dei dati fino al 2010.

Tabella 2. Serie storica relativa al periodo 1960-2000, dell'aspettativa di vita alla nascita*, della spesa sanitaria pro capite* e del costo per anno di vita guadagnato in USA

Indicatori	1960	1970	1980	1990	2000	Variazione cumulativa 2000-1960
Aspettativa di vita alla nascita (anni)	69,90	70,76	73,88	75,37	76,87	+6,97
Spesa sanitaria pro capite (US\$ 2002)	13.943	25.528	37.085	56.120	83.307	+69.364
Costo per anno di vita guadagnato (25%-75% dell'aspettativa di vita)						19.903 (39.800-13.300)

*Dati da Cutler et al. [8]

scita è cresciuta di meno rispetto a quella attesa sulla base dell'andamento tendenziale nei precedenti vent'anni, con una stima di perdita cumulativa di 3,9 anni di vita alla nascita (di cui 48% negli ultimi due anni) (95% IC: 3,6-4,2).

Discussione

Negli ultimi 25 anni, il SSN ha apportato un rilevante valore derivante da una crescita complessiva dell'aspettativa di vita di 6 anni, ad un costo molto contenuto, tanto più se confrontato con quello registrato in altri paesi sviluppati [7,8]. Il valore della spesa sanitaria è risultato variabile tra 157 euro e 371 euro per anno di vita guadagnato, in funzione dell'applicazione o meno della procedura di attualizzazione della spesa sanitaria pro capite annuale al valore del 2017 e sulla base dell'assunzione che solo il 50% della crescita dell'aspettativa di vita fosse direttamente imputabile a scelte di programmazione, organizzazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria. Sulla base di una metodologia e fonti di dati simili, negli USA, il valore della spesa sanitaria è risultato notevolmente superiore [8] e pari a 19.903 US\$ per anno di vita guadagnato (Tabella 2). Rispetto a quello dell'Italia, il valore di costo per anno di vita guadagnato in USA (i.e. $19.903 \text{ US\$} \times 1,0439$ tasso di cambio = 20.776 euro a valuta 2002 $\times 1,260$ = 26.178 euro a valuta 2017) risulta essere ben 166 volte superiore (i.e. 157 euro a valuta 2017). Indipendentemente dalle considerazioni di natura tecnica che conseguono a modelli di assistenza sanitaria nei due paesi completamente differenti (Italia assistenza a carattere universalistico, negli USA una copertura pubblica del 35,6% della popolazione - 9), è evidente che il SSN riesce a generare valore ad un costo enormemente inferiore rispetto a quello negli USA. Tuttavia le differenze non sono imputabili esclusivamente a fattori di natura economica (prezzi di prodotti e servizi, costi del personale, etc.), ma anche ad una differenza in termini di efficacia complessiva dell'assistenza sanitaria. Infatti, nel 2000, l'aspettativa di vita in USA era di 76,87 anni, ovvero di 2,5 anni inferiore rispetto a quella registrata nello stesso anno in Italia. In altri termini, ogni 4,3 anni di assistenza sanitaria in Italia viene guadagnato un anno di aspettativa di vita, rispetto ai 5,7 anni che sono mediamente necessari in USA.

Tuttavia nello scenario internazionale dei paesi che aderiscono all'OECD, l'USA è certamente un caso emblematico, sia perché presenta la più alta spesa pro capite (9.892 US\$ PPP), su un livello pari a oltre il doppio di quello medio dei paesi OECD35 (4.003 US\$ PPP), sia perché è il paese che presenta la più alta quota di spesa pro capite a carico dei cittadini [9]. D'altronde un recente studio ha evidenziato che la crescita della spesa sanitaria in USA (+933,5 miliardi di US\$ tra il 1996 e il 2013) è stata in gran parte determinata dalla crescita dei prezzi e del costo per prestazione (+583,5 miliardi di US\$) [10]. Tale crescita era marginalmente controbilanciata da una riduzione della spesa conseguente ad una riduzione della prevalenza e dell'incidenza delle malattie, per un valore di appena 28,2 miliardi di US\$.

Infine, il risultato del SSN italiano di perdita di anni di aspettativa di vita rispetto all'andamento tendenziale nei primi vent'anni di osservazione assume un certo rilievo da una prospettiva generale di tutela della salute. Tale perdita si registra con uno sfalsamento di un anno rispetto alla parallela stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia, intervenuta dopo il 2010. Al riguardo, diversi risultati empirici dimostrano che l'aspettativa di vita dipende sia da fattori interni, sia esterni al sistema sanitario, con la spesa sanitaria che negli ultimi decenni è diventato il principale fattore determinante dell'aspettativa di vita. In particolare, i dati dell'OECD evidenziano che, ad un incremento del 10% della spesa sanitaria pro capite, corrisponde un guadagno di 3,5 mesi di aspettativa di vita [9]. Rispetto a questo livello medio dei paesi OECD, l'Italia nel periodo 1990-2016 ha ottenuto un risultato leggermente migliore, in quanto ad un incremento del 10% della spesa sanitaria pro capite ha corrisposto un guadagno medio di 4,4 mesi di aspettativa di vita. Tuttavia, considerato il cambio di tendenza nella serie storica dell'aspettativa di vita in Italia, questo risultato non è detto che in prospettiva non possa peggiorare.

Al riguardo, recentemente in UK, per effetto della crisi economica e del conseguente impatto sul finanziamento del servizio sanitario pubblico, è stato segnalato dall'*Office for National Statistics* un incremento di 20.215 decessi nelle prime 16 settimane del 2018, rispetto alla media dei precedenti cinque anni [11]. Analogamente, in Grecia, dopo il 2010, il tasso di nati vivi è drammaticamente crollato a va-

lori inferiori rispetto a quelli presenti nel decennio precedente [12]. Inoltre, nei paesi europei che hanno adottato politiche fiscali fortemente orientate all'austerità (Grecia, Spagna e Portogallo – i dati dell'Italia non erano disponibili) si è determinata una forte tensione sui sistemi sanitari, con un peggioramento degli indicatori di salute e una riduzione dell'accesso all'assistenza conseguente ai tagli di spesa [13].

In conclusione, il SSN negli ultimi vent'anni ha generato un rilevante valore, ad un costo per anno di vita guadagnato decisamente basso se rapportato a quello di altri paesi sviluppati, tuttavia negli ultimi cinque anni si è registrato un peggioramento nell'andamento tendenziale dei principali indicatori statistici e, in particolare, una perdita cumulativa di quasi 4 anni di aspettativa di vita, rispetto all'andamento atteso. I risultati di questa analisi non solo forniscono dei riferimenti di valore della spesa sanitaria in Italia, ma, in prospettiva, forniscono anche un segnale di attenzione rispetto ai risultati ed agli obiettivi di tutela della salute.

Disclosures

I contenuti del presente lavoro esprimono la visione personale degli autori e non riflettono né la posizione dell'Agenzia Italiana del Farmaco, né quella delle sue Commissioni. Pierluigi Russo ha contribuito alla redazione del presente manoscritto nell'ambito dell'accordo tra Agenzia Italiana del Farmaco e il Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento dell'Università "G. D'Annunzio" di Chieti-Pescara sottoscritto il 20 novembre 2017 (N° HR/124958/P).

Gli autori dichiarano l'assenza di un conflitto di interesse nella redazione del presente articolo.

Bibliografia

- Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med* 1977;296:716-721.
- Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Anal* 1995;15:369-390.
- WHO Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development/ report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: World Health Organization; 2001. <http://www.who.int/iris/handle/10665/42435>
- Fattore G, gruppo AIES. Proposta di linee guida per la valutazione economica degli interventi sanitari in Italia. *Pharmacoeconomics Italian Research Articles* 2009;11:83-93.
- Russo P. La valutazione farmaco-economica nel contesto regolatorio. *Analisi quali-quantitativa dei dossier di richiesta del prezzo e della rimborsabilità*. *Pharmacoeconomics Italian Research Articles* 2008;10:59-75.
- Schwarzer R, Rochau U, Saverno K, et al. Systematic overview of cost-effectiveness thresholds in ten countries across four continents. *J Comp Eff Res* 2015;4:485-504.
- Claxton K, Martin S, Soares M, et al. Methods for the estimation of the NICE cost-effectiveness threshold. *Health Technology Assessment* 2015;19(14). DOI: 10.3310/hta19140
- Cutler DM, Rosen AB, Vijan S. The value of medical spending in the United States, 1960–2000. *NEJM* 2006;355:920-927.
- OECD. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Dieleman JL, Squires E, Bui AL, et al. Factors associated with increases in US health care spending, 1996-2013. *JAMA* 2017;318:1668-1678.
- Iacobucci G. Government must investigate rising excess deaths in England and Wales, experts warn. *BMJ* 2018;361:k2127
- Vrachnis N, Vlachadis N, Iliodromiti Z, et al. Greece's birth rates and the economic crisis. *Lancet* 2014;383:692-693.
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013;381:1323-1331.