

Introduzione ad alcuni aspetti di economia sanitaria

Francesco Paolucci¹, Werner Brouwer²

¹Department of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands

²Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands

Abstract

This brief paper represents an introduction to health economics as a field of research by examining the foundations of competitive theory, and applying this to the health care markets. We will discuss whether the main assumptions justifying the conclusions concerning the desirability of competitive markets are met in the health care area. The paper critiques key assumptions of the conventional economic model and applies these arguments to health. It is beyond of the scope of this essay to propose a formal analysis of the issues reviewed.

Francesco Paolucci, Werner Brouwer. Introduction to health economics as a field of research
Quaderni acp 2003 vol. X n° 5; 25-27

Il mercato

La teoria economica gioca un ruolo centrale nell'indirizzare le scelte politico-organizzative in ambito sanitario, essendo la scienza sociale che studia come impiegare le limitate risorse disponibili per usi alternativi. Gli economisti si interessano in particolare al problema dell'allocazione efficiente di risorse scarse su diverse alternative, senza tuttavia trascurare implicazioni distributive in termini di equità. Il meccanismo dominante per rispondere a tali quesiti nella società moderna è il mercato, visto come mezzo o meccanismo per l'allocazione delle risorse nella società. Attraverso il meccanismo della domanda e dell'offerta, che si incontrano in sede di mercato, le forze di mercato determinano uno scambio di merci e servizi efficiente in senso pare- tiano (1).

Il concetto di *Pareto-efficiency* venne descritto per la prima volta dall'economista italiano Vilfredo Pareto (1897) e descrive il raggiungimento di uno stato di equilibrio nelle interazioni fra i diversi agenti economici presenti all'interno del mercato nel quale nessun individuo può migliorare il proprio benessere senza peggiorare quello di almeno un altro soggetto (ad esempio, un cambiamento può essere definito *Pareto-efficient* se almeno una persona guadagna e nessuno perde). Considerando tale criterio di efficienza piuttosto restrittivo, Kaldor e Hicks svilupparono il concetto di *potential Pareto-efficiency*, il quale definisce efficiente un cambiamento nel quale i guadagni superano le perdite in modo tale che i perden-

ti possano essere (potenzialmente) compensati dai vincenti (2).

In tale prospettiva, il ruolo dei governi si limita alla funzione di costituire le condizioni necessarie e sufficienti, affinché i mercati possano perseguire un'allocazione-distribuzione delle risorse efficiente in senso pare- tiano. In realtà, i governi non possono lasciare l'allocazione di merci e servizi interamente alle forze di mercato, per ragioni legate alle considerazioni sull'equità e, in particolare, in virtù del fatto che i mercati sono spesso caratterizzati da imperfezioni. In generale, possiamo immaginare le *market imperfections* come l'insieme delle caratteristiche presenti all'interno di un qualsivoglia settore economico, la cui presenza determina una deviazione dal risultato di ottimalità descritto dalla teoria della concorrenza perfetta (3).

La teoria economica definisce alcune ipotesi fondamentali, qui di seguito discusse e verificate in modo non formale, per un "corretto" funzionamento dei meccanismi di mercato. Innanzitutto, viene assunto che il comportamento e, in particolare, le decisioni degli individui siano determinati razionalmente attraverso la massimizzazione delle singole funzioni di utilità. Tale condizione si verifica difficilmente nel mondo reale, basti pensare al fumo. I fumatori sono consapevoli dei rischi cagionati alla salute dal loro vizio, tuttavia tale informazione non costituisce per loro una ragione sufficiente per cambiare abitudine. Questo particolare fenomeno viene definito *cognitive dissonance*, e consiste nell'a-

dattamento delle cognizioni razionali alle abitudini personali, assegnando a queste ultime un valore, in termini di utilità, superiore rispetto a scelte razionali e informate. La seconda ipotesi, avanzata dalla teoria economica classica, considera ciascun soggetto come capace di determinare ciò che è meglio per se stesso nel migliore dei modi. Il terzo assunto richiede che gli individui rivelino le proprie preferenze attraverso le proprie scelte; a tali decisioni viene altresì prescritto di fondarsi su gusti stabili e su una perfetta e completa informazione dei costi e delle caratteristiche di tutti i diversi prodotti disponibili sul mercato. Gli individui sono, pertanto, considerati come perfettamente capaci di impiegare tutte le informazioni a disposizione e di decidere quale azione, prodotto o servizio risulteranno in una massimizzazione della propria utilità (4, 5).

Dal versante dell'offerta l'ipotesi chiave richiede la presenza di molti e differenti erogatori di merci e servizi omogenei in modo tale che non abbiano alcun potere di mercato. Il fenomeno del *market power*, per esempio, si può verificare laddove l'assenza di un livello sufficiente di concorrenza tra le diverse imprese produttrici causi l'opportunità per queste ultime di influenzare il prezzo di mercato in modo consistente.

Il modello del mercato in sanità e le sue imperfezioni

Non è necessario l'intervento di un esperto economista per accorgersi che gli assunti alla base del modello economico

Per corrispondenza:
Francesco Paolucci
e-mail: paolucci@bmg.eur.nl.

economia sanitaria

tradizionale non si configurano interamente in innumerevoli mercati, fra i quali anche quello sanitario. Per tale ragione, in ambito sanitario è condivisa l'idea che vede l'intervento governativo come necessario per il perseguimento di risultati soddisfacenti (anche se non *Pareto-ottimali*). In pratica, si possono osservare sistemi sanitari in cui l'intervento governativo diretto è dominante (sistema inglese e italiano), sistemi che preferiscono affidarsi principalmente alle forze di mercato (sistema americano) e sistemi misti nei quali l'intervento governativo si limita alla regolamentazione dei meccanismi di mercato (sistema olandese) (6-10).

Passando all'analisi delle imperfezioni presenti all'interno del mercato sanitario, consideriamo ora le assicurazioni. Per molti tipi di rischio e per molti individui disporre di un'assicurazione per coprire i costi sanitari è di gran lunga preferibile rispetto a dovere sostenere individualmente le spese relative all'utilizzazione dei necessari servizi sanitari.

Ciò si verifica se gli individui vengono considerati come *risk adverse* e quindi preferiscono evitare il rischio di incorrere in livelli di spesa per loro difficilmente sostenibili finanziariamente. A livello individuale, l'assicurazione produce altresì una situazione nella quale i soggetti fruitori di servizi sanitari sono portati a non conoscerne o a non considerarne i costi.

Per il consumatore, infatti, il costo dei prodotti e dei servizi consumati è spesso vicino allo zero, fenomeno questo che si traduce spesso in una domanda eccessiva e viene normalmente definito con il termine di *moral hazard* (11).

Gli assicurati, pertanto, avanzano richieste sanitarie crescenti, dal momento che la loro capacità di valutazione non è più in grado di comprendere l'importanza dei costi da essi indotti, i quali possono di gran lunga superare i costi e, talvolta, i bisogni reali. Come risultato, l'assicurazione può indurre una crescita nella domanda dei servizi sanitari più costosi da parte dei soggetti assicurati rispetto a quanto socialmente desiderabile. Una via possibile per ridurre le inefficienze

determinate dall'azzardo morale è quella di introdurre una forma di regolamentazione denominata *cost-sharing*, nella quale il paziente si impegna a pagare una quota prefissata per unità di prestazione effettivamente consumata. In questo modo, la partecipazione al costo reale della prestazione viene incrementata e l'incentivo all'azzardo morale diminuito.

La partecipazione ai costi

Ci sono almeno due problemi insiti nella compartecipazione ai costi che rendono difficile definirne il grado di desiderabilità: il primo riguarda la discriminazione a sfavore dei cittadini più disagiati economicamente rispetto a quelli più abbienti; il secondo riguarda il fatto che gli individui, confrontandosi con la compartecipazione ai costi, possono essere indotti a diminuire il consumo di prestazioni sanitarie giudicate necessarie per giudizio medico, pur continuando a consumare prestazioni sanitarie non strettamente necessarie. Per esempio, una famiglia con un elevato numero di anziani potrebbe trascurare la prevenzione fra gli individui più giovani, privilegiando l'assistenza ai primi. Questa è una chiara deviazione dalla dottrina economica tradizionale, nella quale i consumatori sono considerati i migliori giudici del proprio benessere (12-14).

Un'altra importante caratteristica dei mercati sanitari è l'esistenza di asimmetrie informative e la conseguente *supplier-induced demand* (domanda indotta dal fornitore) (15). I soggetti erogatori (ad esempio i medici) di prodotti e servizi in sanità hanno più conoscenze dei consumatori (ad esempio i pazienti) circa i bisogni degli individui, la disponibilità, l'efficacia e l'efficienza dei diversi prodotti e servizi. Il paziente, pertanto, deve affidarsi al giudizio del medico per esprimere compiutamente le proprie preferenze, affinché la domanda si collochi in una posizione di "corretto" consumo di risorse sanitarie.

Il ruolo del medico assume, dunque, un ruolo centrale e determinante nella formazione della domanda individuale di servizi sanitari. Immaginiamo, ad esem-

pio, che gli specialisti ricevano un compenso sulla base della singola prestazione erogata; tale modalità di retribuzione potrebbe incentivarli a indurre il consumo delle prestazioni da essi erogate anche quando non necessario, provocando un aumento dei costi di produzione.

Un'altra difficoltà che sorge in ambito sanitario è costituita dal fatto che le assicurazioni attrarranno in modo particolare le persone con un elevato rischio, superiore alla media, di ammalarsi. Questo fenomeno è noto come *adverse selection* (selezione avversa). Abitualmente le compagnie assicurative richiedono un premio attuariale basato sulle condizioni medie di rischio della popolazione, attraendo in particolare il gruppo di individui per i quali il costo della polizza risulta più accessibile rispetto al prezzo cui dovrebbero far fronte se il premio attuariale fosse calcolato in base ai rischi individuali.

Tali soggetti sono ovviamente coloro che manifestano i rischi-costi attesi più elevati. Come conseguenza gli assicuratori tenderanno di attrarre i soggetti con rischi di minore entità, evitando di assicurare i "cattivi rischi". Ciò viene in pratica realizzato selezionando i destinatari dell'offerta assicurativa, attraverso particolari tecniche assicurative (ad esempio, vincolando il rischio a polizze aggiuntive rispetto al pacchetto di base obbligatorio). Questo fenomeno è noto come *pre-ferred risk selection*. I governi possono tentare di ridurre le possibilità e gli incentivi a "scremare", garantendo un'assicurazione di base per tutti i cittadini e una maggiore trasparenza del mercato assicurativo (4, 5, 8).

Un'ultima fonte di fallimento di mercato è rappresentata dall'esistenza di *esternalità*, particolarmente rilevante in sanità. Le esternalità si verificano, per esempio, quando il consumo privato di un certo bene, diciamo l'assistenza sanitaria, da parte di uno o più individui produce effetti involontari, positivi e/o negativi, sulle preferenze di altri soggetti.

In presenza di esternalità, lasciare agli individui la decisione di come ottimizzare i propri consumi non produce risultati efficienti dal punto di vista del benessere

sociale (16). Le esternalità sono rappresentate dalla circostanza che vede alcuni individui preoccuparsi dello stato di salute di altri individui, al punto che i primi preferiscono rinunciare a parte del proprio reddito per permettere l'accesso ai servizi sanitari a coloro che altrimenti sarebbero esclusi dalla fruizione di tali benefici. Nel caso dei vaccini gli individui con un livello di reddito più elevato sussidiano i soggetti più poveri affinché vengano vaccinati a un costo per questi ultimi accessibile (esternalità positiva).

Pertanto, in presenza di esternalità, i governi hanno la possibilità di scegliere se influenzare o coordinare i consumi individuali al fine di raggiungere risultati socialmente più soddisfacenti.

Conclusioni

In questo breve articolo sono stati introdotti alcuni concetti e aspetti di economia sanitaria, enfatizzando quelli che rendono tale settore molto particolare. A causa delle imperfezioni del mercato e dell'importanza dell'equità di ogni sistema sanitario, i governi tendono a non lasciare i sistemi sanitari in mano alle sole forze di mercato. Questo non implica, tuttavia, un'automatica esclusione delle possibilità offerte dai meccanismi di mercato. Infatti, molti Paesi tentano di implementare alcuni elementi di mercato nei loro sistemi sanitari, nel tentativo di renderli più efficienti oltre che equi. A questo proposito, la concorrenza regolamentata può rappresentare un concetto interessante e utile, rappresentando una delle principali sfide per l'economia sanitaria.

Larga parte della ricerca in economia sanitaria sta acquisendo rilevanza non solo per gli economisti, ma anche per politici e altri professionisti di settore, soprattutto dal momento che gli argomenti economici sembrano guadagnare interesse nei processi decisionali in sanità. In questo senso, è auspicato che una introduzione all'argomento possa destare curiosità per allargare ulteriormente gli orizzonti di conoscenza di cui disporre in economia sanitaria in qualità di addetti ai lavori.

Bibliografia

- (1) Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 1963;53: 941-73
- (2) Hurley J. An overview of the normative economics of the health sector. In: *AJ Culyer and J Newhouse* (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000
- (3) Donaldson C, Gerard K. Economics of health care financing: the visible hand. *The McMillan Press Ltd, London*, 1993
- (4) Pauly MV. Who was that straw man anyway? A comment on Evans and Rice. *J Health Politics, Policy and Law* 1997;22:467-73
- (5) Rice T. Can markets give us the health system we want? *J Health Politics, Policy and Law* 1997;22:383-426
- (6) Drummond MF, O'Brien B, Stoddard GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. *Second Edition*, Oxford: Oxford University Press, 1997
- (7) Enthoven A. Theory and practice of managed competition in health care finance. *North-Holland*, 1998
- (8) Evans RG. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. *J Health Politics, Policy and Law* 1997;22:428-65
- (9) Jonsson B, Gerdtham UG. Health care systems internationally compared. In: *AJ Culyer and J Newhouse* (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000
- (10) Hurst J. Sub-systems of financing and delivery of health care. In: *OECD, The reform of health care*, *Health Pol. Stud.* 1992; 2
- (11) Nyman JA. The economics of moral hazard revisited. *J Health Econom* 1999;6(18):811-24
- (12) Brouwer WBF, FT Schut. Priority care for employees: a blessing in disguise? *Health Economics* 1999;8:65-73
- (13) Wagstaff A, van Doorslaer EKA. Equity in health care finance and delivery. In: *AJ Culyer and J Newhouse* (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000
- (14) Williams A, Cookson R. Equity in health. In: *AJ Culyer and J Newhouse* (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000.
- (15) McGuire T. Physician agency. In: *AJ Culyer and J Newhouse* (eds). *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science, Amsterdam, 2000
- (16) Sen AK. Collective choice and social welfare. *San Francisco:Holden Day*, 1970

Nota

I lettori interessati possono consultare il corso online di *Health Economics* offerto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (www.worldbank.org/healthreform), come pure il testo introduttivo "The visible hand" (Donaldson and Gerard, 1993). Se particolarmente interessati all'economia sanitaria, è suggerita la consultazione del testo *Handbook of Health Economics* (Culyer and Newhouse, 2000).

Regione Emilia Romagna, Azienda USL Cesena
Programma Materno - Infantile
Associazione Culturale Pediatri, Romagna

Giornate Mediche Cesenati
CONVEGNO PEDIATRICO

MALATI A VITA?

*I disturbi dell'età evolutiva nell'arco della vita
Storia naturale ed interventi efficaci*

Sabato 8 novembre 2003 - ore 9,00
Sala Convegni
Ospedale "M. Bufalini" Cesena

Tavole rotonde con discussione in plenaria

Sessione del mattino ore 9-13

IL FUTURO DEL BAMBINO PREMATURO

Augusto Biasini, Cesena. Moderatore

**Epidemiologia ed interventi efficaci
nella prematurità grave**
Carlo Corchia, Cosenza

**La prognosi a lungo termine
del bambino prematuro grave**
Stefano Chiappe, Cagliari

**Interventi psicosociali efficaci
sulla prognosi del prematuro grave**
Rosanna Negri, Milano

IL FUTURO DEL BAMBINO OBESO

Mauro Pocecco, Cesena. Moderatore

**Storia naturale del bambino obeso;
efficacia degli interventi**
Roberto Bellu, Lecco

Dante Baronciani, Modena. Discussant

Break per la colazione ore 13

Sessione del pomeriggio ore 14-18

IL DESTINO DEL BAMBINO CON RITARDO MENTALE

Giancarlo Biasini, Cesena. Moderatore

**Il divenire in età adulta della persona
con ritardo mentale:**

fattori di protezione e di rischio
Giampaolo Guaraldi e collaboratori, Modena
Aldo Moretti, Genova. Discussant

IL DESTINO DEL BAMBINO CON RITARDO DI APPRENDIMENTO

Francesco Ciotti, Cesena. Moderatore

**La prognosi sociale del bambino dislessico:
interventi utili e ruolo del pediatra**

Ciro Ruggerini, Modena
Giuseppe Chiarenza, Rho. Discussant

Segret.: Progr. Materno Infantile AUSL Cesena
Tel. 0547 394286 - Fax 0549 394283
E-mail: fcciuti@ausl-cesena.emr.it

Quota di iscrizione: € 20 comprendente
la colazione di lavoro e può essere versata
nella sede del convegno

È stata richiesta l'attribuzione dei crediti ECM