

# CAPITOLO XI

## ELEMENTI DI ECONOMIA, DI PIANIFICAZIONE E DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA

### INTRODUZIONE ALL'ECONOMIA SANITARIA

#### 1. Considerazioni generali

In questi anni si sta assistendo ad un crescente interesse degli economisti per il settore sanitario con un parallelo sviluppo degli studi in materia da parte dei medici che sono investiti, in modo più o meno consapevole, di responsabilità economiche nelle scelte che effettuano nella loro professione.

L'interesse per la materia, che ha la sua ragione di esistere nell'assunto che le risorse da destinare ai servizi sanitari, pubblici e privati, sono inevitabilmente limitate, si è sviluppato per almeno tre motivi: il carattere di bene pubblico e meritorio dell'assistenza sanitaria, la crescita della spesa del settore sanitario e la rapida innovazione di conoscenze con il supporto di nuove, più sofisticate e costose tecnologie.

La crescita della percentuale di prodotto interno lordo destinata alla sanità è un fenomeno generalizzato che ha interessato tutti i paesi OCSE e che ha riguardato, pur con diversa intensità, tutti i sistemi sanitari con una tendenza, peraltro, ad una crescita più contenuta nei paesi con un servizio sanitario prevalentemente pubblico, come il Regno Unito e l'Italia, e più elevata nei paesi dove i servizi sanitari sono a finanziamento e gestione prevalentemente privata, come gli Stati Uniti.

Visto il rapporto di agenzia esistente tra medico e paziente, di cui più avanti si discuterà, la duplice veste del medico in quanto attore nella formazione della domanda sanitaria e "produttore" dei servizi sanitari in un contesto in cui parte dell'onere viene assunto dalla collettività, la deontologia professionale, e in parte l'etica medica, non può esimersi dal considerare l'economia come uno degli aspetti da valutare nell'effettuazione delle scelte; da quest'ultima affermazione nasce l'esigenza di una diffusa conoscenza di principi di economia sanitaria da parte dei medici che raramente hanno la percezione di svolgere il ruolo di "raZIONatore" delle risorse e che consentono parzialmente le conseguenze delle decisioni professionali in termini di costi.

La prima parte del presente contributo è volta a mettere in luce le particolarità del mercato dei beni e servizi sanitari, ad esplicitare il processo di formazione della domanda sanitaria, ad analizzare l'offerta e il processo produttivo ed, infine, a far conoscere le tecniche di valutazione economica.

La seconda parte tratta, in primo luogo, del ruolo della pianificazione in un contesto di ricerca di equilibrio fra intervento dello stato e libero mercato in sanità e, in secondo luogo, della pianificazione sanitaria in Italia, in particolare dal punto di vista legislativo.



## 2. Che cos'è l'economia sanitaria

Per arrivare a definire l'economia sanitaria è utile partire dalla definizione di economia: "L'economia è la scienza che studia come i singoli e la società scelgono di impiegare risorse scarse che potrebbero avere usi alternativi allo scopo di produrre vari tipi di beni e di distribuirli per il consumo, nel presente o nel futuro, tra gli individui e i gruppi della società"<sup>1</sup>.

In sintesi, l'economista tenta di rispondere a tre quesiti fondamentali: cosa, come e per chi produrre. Se le risorse fossero illimitate non ci si porrebbe questi quesiti ma, al contrario, le risorse sono scarse e i bisogni virtualmente illimitati, pertanto si è alla ricerca del miglior uso delle risorse per ottenerne il massimo beneficio.

Quali beni e servizi sanitari produrre, come produrli e per chi, sono i quesiti ai quali contribuisce a rispondere l'economista sanitario.

Nel valutare le attività e i risultati conseguiti gli economisti vengono spesso tacciati di occuparsi prevalentemente degli aspetti "quantitativi"; in realtà gli economisti ambirebbero e tentano, per quanto possibile allo stato attuale delle conoscenze, di misurare la qualità e i cambiamenti in termini di salute consci della sua importanza per definire il beneficio raggiunto o il massimo beneficio raggiungibile.

La ricerca del massimo beneficio in termini di salute implica il riferimento ad un "concetto di salute", concetto complesso e la cui disquisizione richiede l'apporto di più discipline; preme qui solo sottolineare come l'aver ben chiaro qual è il concetto di salute (obiettivo che si vuole conseguire) cui si fa riferimento sia una guida fondamentale:

- nella scelta dei bisogni da soddisfare;
- nella scelta delle attività da produrre;
- nella valutazione dei risultati conseguiti.

## 3. Particolarità del mercato sanitario

La teoria economica insegna che, dato il reddito disponibile e in presenza di condizioni ideali (mercato di concorrenza perfetta, razionalità del consumatore, assenza di esternalità, assenza di incertezza), il consumatore, considerato il miglior giudice del proprio benessere, acquista quantità successive di un bene o di un servizio fino al punto in cui il beneficio connesso al consumo eguaglia il prezzo pagato per ottenerlo. A quantità ulteriori, infatti, corrisponde un costo superiore al beneficio.

Il settore del mercato sanitario presenta però particolari caratteristiche che, da una parte, spiegano il differente comportamento del consumatore rispetto a quanto sopra esposto e, dal lato dell'offerta, richiedono l'intervento, anche parziale, dello Stato e la limitazione della concorrenza. Le caratteristiche sono le seguenti: l'imperfetta conoscenza del consumatore, l'incertezza della domanda, l'equità distributiva, i beni e servizi sanitari come beni pubblici.

### *L'imperfetta conoscenza del consumatore*

Il consumatore ha, per la maggior parte dei beni, una seppur vaga idea di qual è la qualità del prodotto che vuole acquistare e della rispondenza di questo alle proprie esigenze. In sanità, il consumatore, prima che inizi il trattamento (e in molti casi anche dopo), non ha capacità che gli consentano di valutare il trattamento della malattia e la sua probabile efficacia; in certi casi non avverte neppure il bisogno sanitario. Tali conoscenze le ha il medico che è anche il fornitore del servizio.

### *L'incertezza della domanda*

Contrariamente a quanto vale per la generalità dei beni, il bisogno sanitario, e di conseguenza la domanda di beni e servizi sanitari, è tendenzialmente inaspettata; non si

<sup>1</sup> P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Economia*, Zanichelli, Bologna, p. 4, 1987



può prevedere (se non per i servizi preventivi) quando si avrà necessità di una prestazione sanitaria, prestazione che potrebbe essere anche molto costosa. La risposta a questa incertezza l'individuo la trova nel meccanismo assicurativo, sia esso pubblico o privato.

### *L'equità distributiva*

Considerando la tutela della salute un diritto di tutti gli individui, ne discende che i beni e servizi sanitari non possono essere lasciati totalmente al regime di libero mercato, dove acquista e consuma solo chi ha la possibilità di pagare il relativo prezzo; infatti un intervento pubblico seppur minimo viene previsto in ogni paese.

### *I beni e servizi sanitari come beni pubblici*

“I benefici tratti da un bene pubblico, a differenza di quelli tratti da un bene puramente privato, implicano effetti esterni indivisibili sul consumo di più di una persona. Per contro, se un bene può venire suddiviso in modo che ogni sua parte possa essere venduta separatamente in modo concorrenziale a una persona diversa, senza effetti esterni su altri, allora esso è un bene privato. I beni pubblici richiedono spesso un'azione collettiva, mentre i beni privati possono essere forniti in modo efficiente dai mercati”<sup>2</sup>.

In base alla definizione di bene pubblico e alla tendenza ormai consolidata a considerare:

- la salute come fattore di sviluppo economico e
- la spesa sanitaria come investimento teso a potenziare la possibilità di una popolazione, si possono ritenere i beni e servizi sanitari nel loro complesso come beni pubblici.

Al loro interno è però necessario fare dei distinguo anche al fine di spiegare come mai in alcuni Stati c'è un servizio sanitario nazionale e in altri no e come mai alcuni beni o servizi sanitari sono comunque quasi sempre gestiti dalla collettività e altri quasi sempre forniti dal mercato.

Volendo portare gli esempi estremi:

- la prevenzione, la salute pubblica, il controllo delle malattie infettive implicano effetti esterni indivisibili rilevanti al di là del singolo consumatore del vaccino, dello screening ecc.
- al contrario si può ritenere che un intervento di chirurgia estetica non presenti effetti esterni, di qualche rilievo, ma solo beneficio per il consumatore.

Tra questi estremi abbiamo le cure mediche che rivestono, a seconda del concetto di salute che si considera, un maggiore o minore connotato di bene pubblico; lo dimostra la differente scelta degli Stati nel gestirle in proprio oppure nel lasciarle fornire al mercato.

## **4. I bisogni, la domanda e l'offerta di beni e servizi sanitari**

Per poter correttamente analizzare il mercato dei beni e servizi sanitari è necessario soffermare l'attenzione sui bisogni sanitari e su come essi vengono soddisfatti. Il presupposto della fig. 1 è che esistano a fianco di “bisogni veri”, e da soddisfare, dei “falsi bisogni”.

Secondo l'OMS il bisogno sanitario è “una carenza sanitaria determinata scientificamente (con mezzi biologici, epidemiologici ecc.) che richiede misure preventive e curative e, in ultima analisi, misure di controllo o di rimozione”<sup>3</sup>.

I falsi bisogni sono esigenze a cui è falsamente attribuita una percezione di carenza sanitaria ma che sono invece indotti dalla struttura sociale o sanitaria per ragioni di vario genere. Esaminiamo le possibili situazioni che si verificano partendo da:

<sup>2</sup> P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, p. 691.

<sup>3</sup> OMS, *Glossario Sanità*, Quaderni di Sanità Pubblica, 1980/14-15.

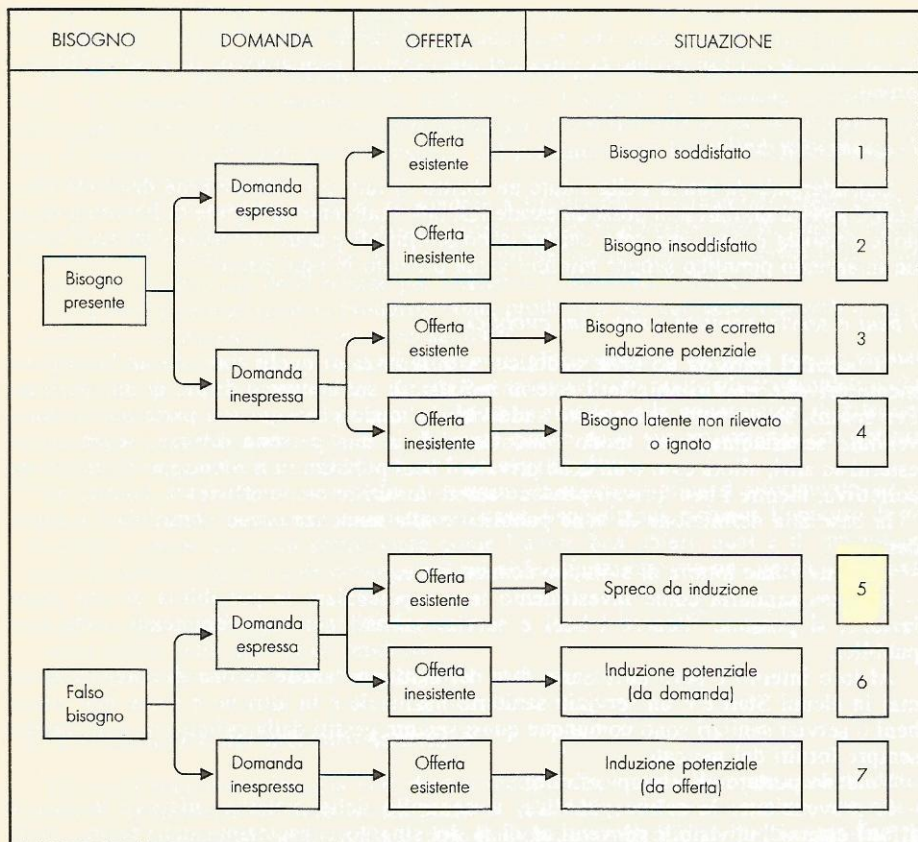


Fig. 1. Bisogni, domanda, offerta.

Fonte: Elaborazione da: *Informazione programmazione e partecipazione*, di G. Bianchi, A. L'Abate, I. Nicoletti, «Sistema informativo e programmazione socio-sanitaria locale», Atti Convegno Bressanone, 1977, Facoltà di Scienze Statistiche, Demografiche ed Attuariali dell'Università degli Studi di Padova, Cleup, 1980.

– *domanda espressa/inespressa*: per domanda espressa si intende sia quella *diretta* dell'individuo (che in base alle sue conoscenze decide di consumare un bene o servizio sanitario, ad es., la visita del medico, i farmaci da banco, l'andare al pronto soccorso ecc.) sia quella *derivata* dal consumo di un bene o servizio sanitario (ad es., in conseguenza della visita del medico);

– *offerta esistente/inesistente*: nello schema non viene esplicitata la distinzione tra offerta adeguata/inadeguata, rispetto al bisogno o alla domanda, ma questa distinzione va colta in ogni percorso considerato.

Il percorso 1) è il percorso ottimale: il bisogno esiste e viene soddisfatto.

Nei percorsi 2) 3) 4) il bisogno esiste e per qualche motivo non viene soddisfatto: nel percorso 2) il bisogno è cosciente, ovvero avvertito dall'individuo o dall'operatore sanitario, ma manca l'offerta; nel percorso 3) il bisogno è vero, ma latente, ovvero l'individuo non può o non riesce a percepirlo, ed è compito dell'operatore sanitario farlo emergere e soddisfarlo (la medicina preventiva trova qui la sua migliore collocazione); nel percorso 4) il bisogno c'è ma non viene soddisfatto perché è latente (e l'operatore non lo rileva) oppure perché è ignoto (è possibile che emerga con nuove ricerche degli operatori o per qualche nuovo effetto del bisogno).



Il percorso 5) è il più perverso: non esiste bisogno sanitario ma vengono consumati beni e servizi sanitari; ad es. per uso improprio, come nel caso del ricovero ospedaliero in carenza di strutture residenziali socio-sanitarie oppure perché sono indotti dall'offerta, come nel caso del moltiplicarsi di un certo esame perché è finalmente arrivato il macchinario per poterlo eseguire. Si riprenderà l'argomento nel paragrafo seguente.

I percorsi 6) e 7) sono normalmente situazioni di transito: possono correttamente evolvere nell'eliminare il falso bisogno oppure degenerare in uno spreco da induzione come nel percorso 5).