Concetto di bisogno

- Per *bisogno* si intende la necessità o il desiderio dell'uomo di uscire da uno stato di insoddisfazione mediante l'utilizzo di mezzi adeguati allo scopo ed a tal fine destinati; questi ultimi sono detti beni e quando sono in quantità limitata rispetto ai bisogni prendono la qualifica di beni/servizi economici.
- La limitatezza dei beni economici rispetto ai bisogni fa sorgere il problema della più opportuna coordinazione qualitativa, quantitativa e temporale dei primi ai secondi: tale problema è denominato *problema economico di cui si occupa l'economia politica*.

Scarsità, risorse e bisogni

- La scienza economica si occupa di allocare in maniera efficiente le risorse scarse. Tali risorse sono: terra, lavoro, capitale, imprenditorialità (fattori produttivi).

- Come conseguenza della scarsità delle risorse, è importante definire il concetto di costo opportunità, secondo il quale ogni scelta, in economia, implica la rinuncia ad una possibile alternativa.

Applicazione dei principi economici al settore sanitario

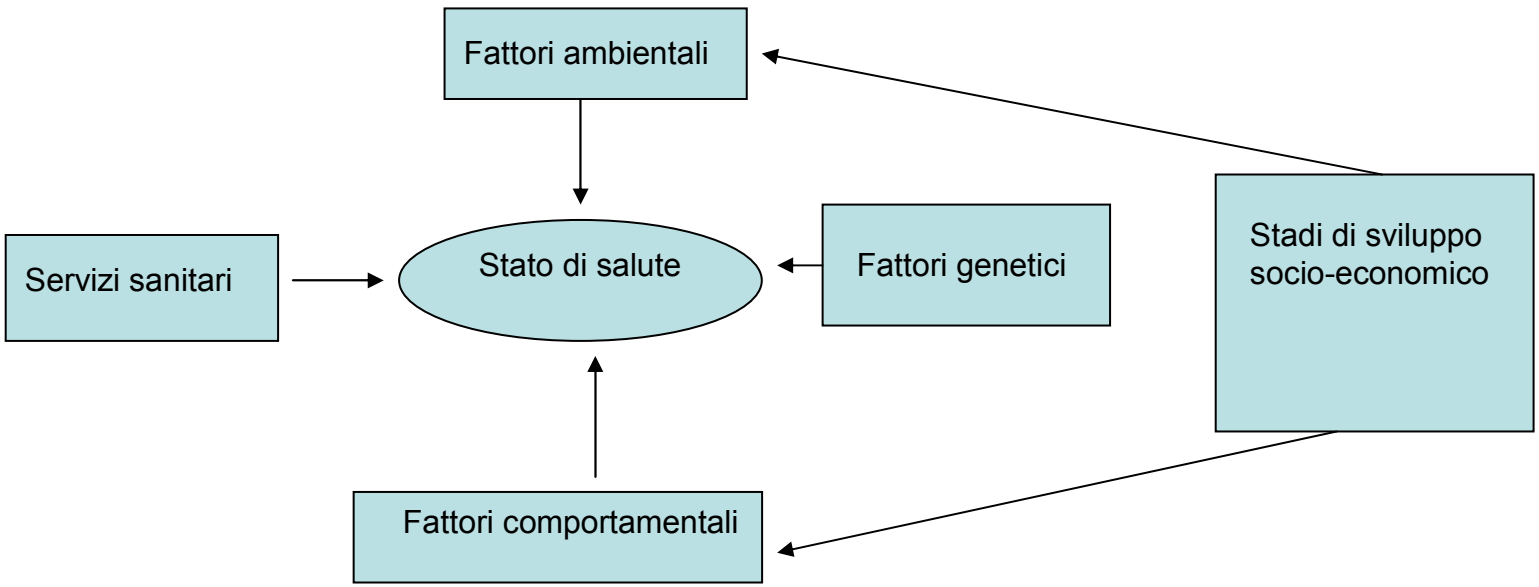
In sanità ci si occupa di investire in maniera efficiente i fondi a disposizione tenendo presente:

- **Vincoli di equità**:
  - Equità nell'accesso ai servizi
  - Equità nella distribuzione dello stato di salute

- **Esigenze sanitarie della popolazione**

  Si tratta di definire il bisogno sanitario: dipende da fattori genetici, epidemiologici, ambientali e culturali

Fattori che influenzano la salute



Scarsità, risorse e bisogni

- Rispondiamo ai tre quesiti:

1. Che cosa produrre ⟹ efficienza allocativa
2. Come produrre ⟹ efficienza tecnica
3. Per chi produrre ⟹ distribuzione = equità

Applicazione dei principi economici al settore sanitario

1. Che cosa produrre?

- Nell'allocazione delle risorse bisogna decidere a quale tipologia di servizio dare la priorità. Ciò andrebbe fatto in base alle caratteristiche della domanda.

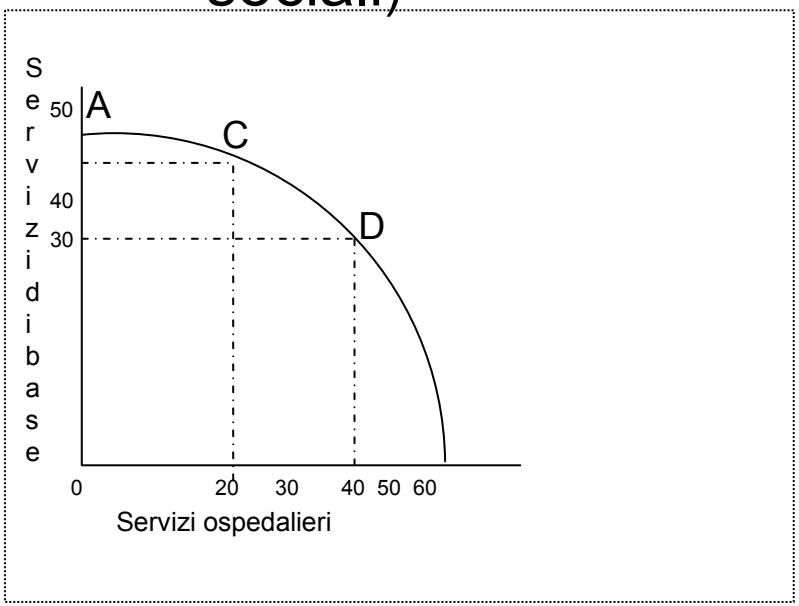
Ad esempio:

- In un ambito territoriale dove c'è prevalenza di anziani, si dovrebbero destinare maggiori fondi per i servizi a domicilio o le residenze per anziani
- Nelle zone periferiche dei grossi centri urbani, andrebbero potenziati gli osservatori giovanili, o i consultori, utile strumento di prevenzione.

Applicazione dei principi economici al settore sanitario

2. Come produrre, che cosa produrre?

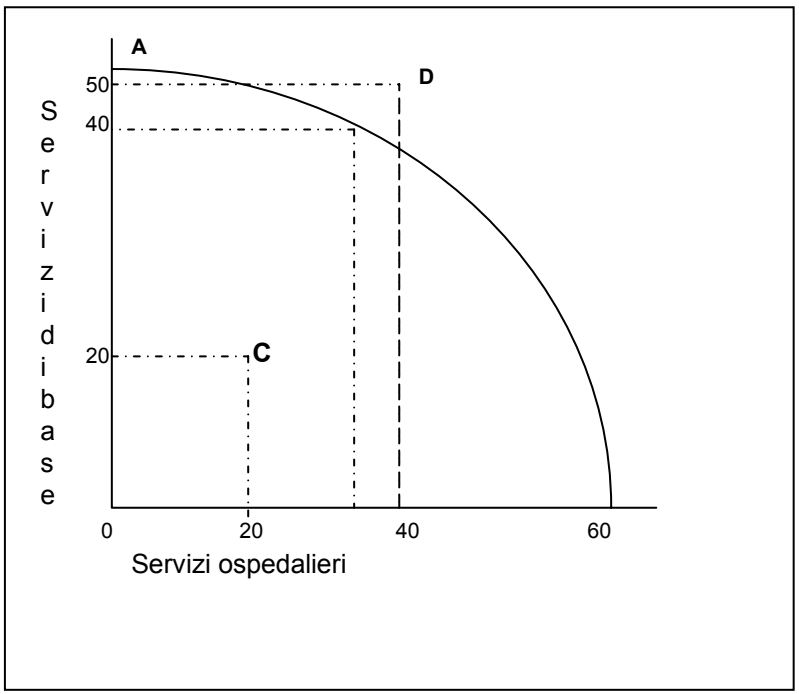
- (es.: servizi ospedalieri versus servizi di base)
- (es.: servizi ospedalieri versus servizi scolastici e/o sociali)



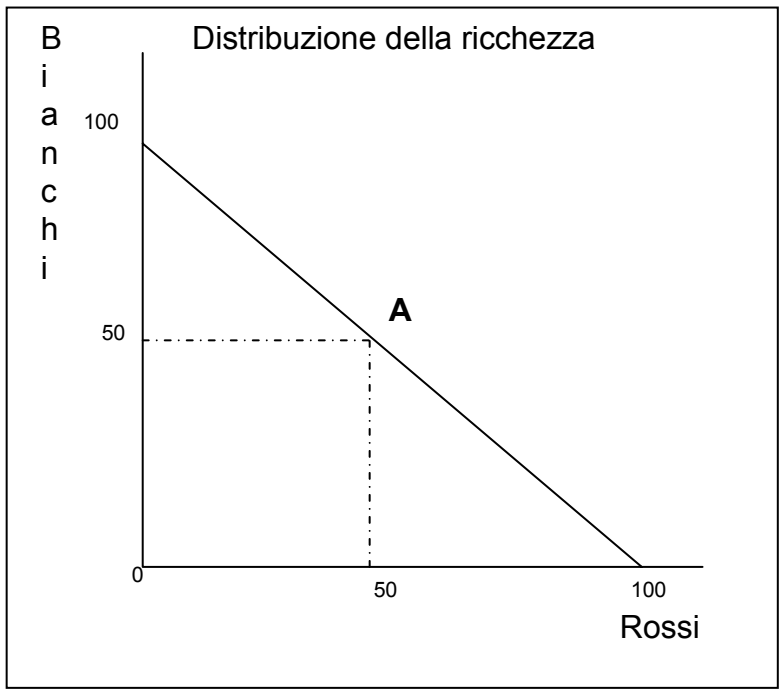
La frontiera di produzione consiste in una curva che mostra tutte le possibili combinazioni efficienti dei fattori produttivi

I problemi

Che cosa produrre, come produrre



Per chi produrre



Dal concetto di scarsità discende quello di costo-opportunità ovvero il sacrificio o rinuncia. Per ottenere il beneficio dall'utilizzo di un bene o servizio si deve rinunciare ad un altro. (ricerca migliore alternativa possibile)

Es. di costo opportunità per la società: costruzione di nuovo ospedale prevede la rinuncia ad una autostrada.

Stato e mercato

- L'economia politica si occupa di scelte (che cosa, come e per chi produrre.
- Chi esercita tali scelte?
- Sistemi economici:

- Decentrati: economie di mercato, scelte effettuate dai produttori e consumatori. (mano invisibile Smith). L'attività di scambio che si svolge sul mercato è regolata dal prezzo (domanda/offerta).
- Accentrati: economie pianificate. Le scelte economiche vengono assunte dal potere centrale e quindi il prezzo.
- Misti: lo Stato interagisce con il mercato nelle scelte fondamentali. Interviene con prelievi coattivi di ricchezza ed effettua trasferimenti. Diventa produttore di beni e servizi (energia elettrica, banche, comunicazioni, servizi sanitari…)

Applicazione dei principi economici al settore sanitario

- Per chi produrre?

- In una società basata sul welfare, i servizi sanitari debbono essere distribuiti tenendo conto del concetto di equità;
- I servizi sanitari devono essere accessibili a tutti, a prescindere dalle possibilità finanziarie del singolo utente;
- Le politiche sanitarie, come ad esempio il ticket per determinate categorie di utenti, possono contenere misure redistributive.

Definizioni di salute ed economia della salute

Economia della salute: è un concetto molto ampio. Si riconosce una relazione fra le attività economiche svolte dagli individui (produzione, distribuzione e consumo) e lo stato di salute di una popolazione.

Buona salute = una risorsa economica di valore.

- Due problemi:
  - definizione di salute
  - numerosi fattori che hanno a che fare con la salute (concezione clinica, concezione funzionale, concezione socio-culturale). Dovere dello Stato di tutela della salute dei singoli.

- Definizione di salute dell'OMS: stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.
- E' superato il concetto di salute inteso come assenza di malattia. Dilatazione dei confini relativi all'erogazione di SS pubblici. In termini economici: scarsità delle risorse.

Necessità di stabilire dei principi per il razionamento dell'assistenza pubblica.

Il servizio sanitario può essere risolutivo per il singolo ma lo stato di salute dell'intera popolazione dipende anche da altri fattori esterni (igiene, ambiente)

È utile quindi abbandonare l'idea di economia della salute per concentrare l'attenzione sull'economia sanitaria.

Economia sanitaria

- Si intende l'applicazione delle metodologie e degli strumenti propri della scienza economica al settore sanitario.
- Difficoltà nella definizione delle attività sanitarie (es. cure termali, omeopatia…)
- Settore sanitario è l'insieme di attività dirette a produrre beni e servizi che il consumatore usa al fine esclusivo di migliorare la propria salute
- Caratteristiche dei servizi sanitari:

  - Domanda derivata
  - Asimmetria informativa

Domanda, utilità ed equilibrio del consumatore

- Definizione di bene/servizio economico

  - scarsità
  - utilità
- Teoria della domanda→ comportamento del consumatore (portatore di bisogni)
- Funzione di domanda→ teoria utilità (soddisfazione di un bisogno)
- Bisogni da soddisfare (vincolo del reddito)
- Funzione della domanda

$$Q_a = Q_a\ (p_a, R, P_{b\text{-}z}, G)$$ grafici

(ceteris paribus) $Q_a = Q_a(P_a)$

Prezzo: funzione di razionamento della domanda

Caratteristiche della domanda di servizi sanitari

- Salute non è un bene economico
- Può essere migliorata con
  - comportamenti personali
  - ricorso ai servizi sanitari

Azione di tutela della salute come:

- Investimento (utilità indiretta)
- miglioramento della vita (utilità diretta)

considerazioni

- “Produzione” di salute non dipende solo dall’utilizzo di servizi sanitari;
- Anche auto-consumo (stili di vita che migliorano la propria salute, comportamenti personali)
- Il bisogno riguarda il singolo individuo
- La domanda per soddisfare il bisogno è rivolta ai servizi sanitari
- Ricorso ai servizi sanitari fonte di pena e disagio
- Natura “derivata” dei servizi sanitari:

  - strumento per ottenere salute

  - il consumatore non possiede le conoscenze per giudicare l’efficacia, l’appropriatezza e la qualità

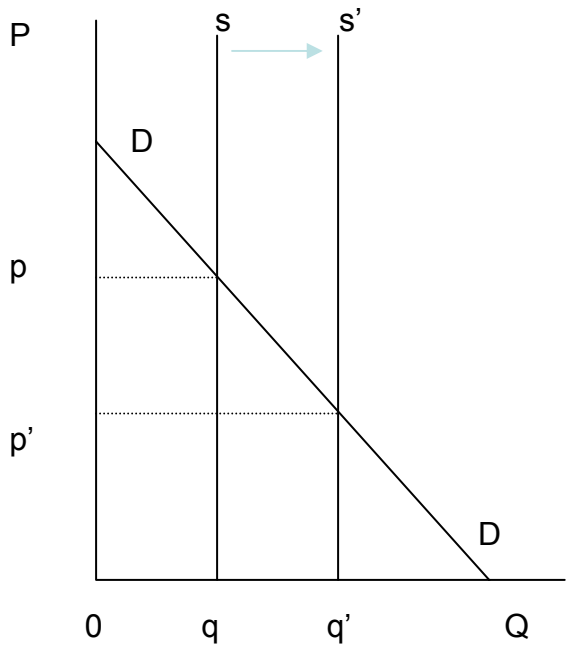
Asimmetria informativa e rapporto medico-paziente

- Asimmetria informativa medico-paziente
- Intervento dello Stato (attraverso norme) per tutelare ignoranza del consumatore che riguarda: prevenzione, diagnosi e cura.
- Imposizione di norme e regole per influire sull'allocazione delle risorse e per tutelare interesse del paziente
- Meccanismo del libero scambio non può funzionare (mancanza di sovranità del consumatore; dipende dall'esperto; la salute non può essere acquistata)
- Mancanza di informazioni necessarie(costose ed inutili); ricorso ad un esperto; rapporto di agenzia imperfetto
- L'ignoranza del consumatore cresce con il progredire del grado di sofisticazione scientifica e tecnologica della medicina
- Necessità di autoimposizione di standard professionali e comportamentali congruenti con la loro posizione.

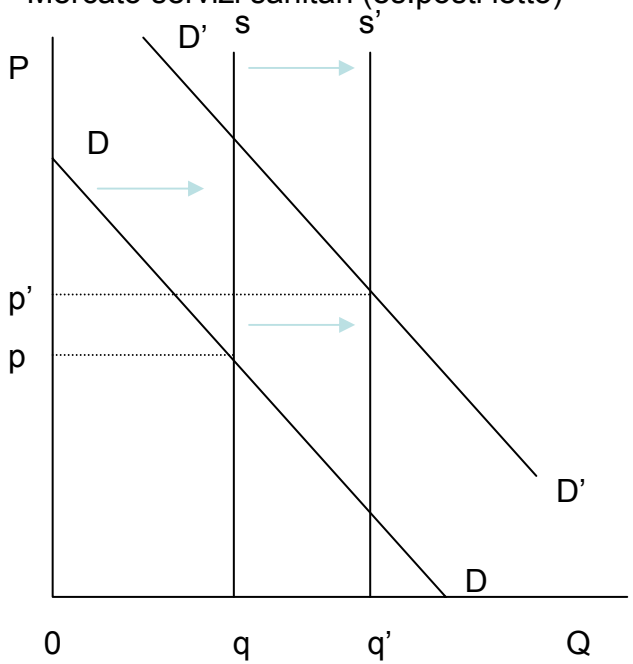
Domanda indotta dall'offerta

- Nel mercato in concorrenza perfetta, sovranità del consumatore; possiede le informazioni ed esercita una influenza sull'allocazione delle risorse, spostandole verso i settori dove la domanda è prevalente; rivela le proprie preferenze.
- In sanità tale sovranità è delegata al fornitore di servizi.
- Dipendenza del consumatore-paziente dal medico-curante è direttamente proporzionale al grado di gravità della malattia
- Rapporto tra domanda e offerta in sanità è in parte capovolto
- L'offerta determina la domanda (SID= supply induced demand). I medici influenzano il volume della domanda di servizi sanitari offerti
- Incrementi di capacità inducono ulteriori incrementi di domanda. Es. aumento numero di letti, aumenta la domanda (ad eccezione ostetricia e pediatria).
- In Italia, studi statistici hanno mostrato esistenza di $R^2 = 0.8$ tra densità posti letto e gg. di degenza pro-capite.

Generalità dei mercati



Mercato servizi sanitari (es.posti letto)



Ipotesi: curva di offerta rigida

spostamento verso dx della curva di offerta per fattori esogeni

Si conferma il fenomeno in sanità dell'induzione della domanda da parte dell'offerta (a new bed is a filled bed)

Dal bisogno di salute alla domanda di servizi

- Bisogni privati (si rivelano le preferenze)
- Bisogni pubblici (es. smaltimento rifiuti) Preferenze non rivelate; non funziona il meccanismo di mercato.
- Al fallimento di mercato deve intervenire lo Stato con prelievi coattivi di ricchezza per finanziare la produzione di tali tipi di beni

Dal bisogno di salute alla domanda di assistenza sanitaria

- Nei Paesi basati sul welfare state, lo Stato è tenuto a garantire la salute dei cittadini attraverso il soddisfacimento dei seguenti bisogni:
- bisogno di conservare il buono stato di salute che si possiede (prevenzione primaria compresa la profilassi);
- bisogno di conoscere la presenza di malattie prima della manifestazione dei sintomi (prevenzione secondaria, inclusa la diagnosi precoce);
- bisogno di conoscere la natura della malattia a sintomi manifesti (diagnosi);
- bisogno di remissione della malattia contratta (terapia);
- bisogno di ripristinare le condizioni di salute anteriori all'evento morboso o all'infortunio (riabilitazione).

Caratteristiche dei bisogni (e beni) privati e dei bisogni (e beni) pubblici

- E' necessario distinguere tra bisogni privati e bisogni pubblici.
- Bisogni privati: possono esser soddisfatti, in base a preferenze, reddito, prezzo, con l'acquisto di un bene o servizio sul mercato. Il bene/servizio è un bene privato.
- In sanità → bisogni privati: soddisfatti tramite interventi rivolti verso i singoli.

Caratteristiche dei bisogni (e beni) privati e dei bisogni (e beni) pubblici

- Bisogni pubblici: non possono essere soddisfatti tramite meccanismo di mercato (preferenze non rivelate, fallisce la funzione allocativa del mercato).

  E' necessario l'intervento dello Stato che, tramite scelte politiche, fornisce i beni e servizi pubblici.

  Lo Stato deve intervenire con prelievi coattivi di ricchezza per finanziare la produzione di tali tipo di beni.

Caratteristiche dei bisogni (e beni) privati e dei bisogni (e beni) pubblici

- Es. 1: acquisto di un computer (bisogno privato). Lo Stato non interviene nella compravendita, il mercato funziona perfettamente perché le preferenze sono rivelate e, tramite l'aggiustamento dei prezzi, si stabilisce un'allocazione delle risorse Pareto-efficiente.
- Es.2: rinnovamento rete fognaria (bisogno pubblico). Interessa la popolazione di un intero quartiere, nessuno è disposto a pagare per un bisogno comune, preferenze non rivelate, il mercato fallisce. Il Comune interviene, con misure stabilite in base a scelte politiche ed allocative.

Ottimo Paretiano: non è possibile riallocare le risorse migliorando la posizione di un individuo, senza peggiorare la situazione di qualcun altro.

Caratteristiche dei beni privati e dei beni pubblici

Beni privati

- sono divisibili
- sono appropriabili
- sono esclusivi (prezzo)
- preferenze rivelate
- possono essere prodotti tramite il meccanismo di mercato

Beni pubblici

- “non” sono divisibili
- “non” sono appropriabili
- “non” sono esclusivi
- preferenze “non” sono rivelate
- mercato non funziona;deve intervenire lo Stato

  (decisione politica)

Caratteristiche dei beni privati e dei beni pubblici

- In sanità il bisogno è prevalentemente di natura privata, i beni e servizi scambiati sono di natura privata ma la funzione allocativa del mercato fallisce (ignoranza del consumatore e asimmetria informativa). Queste due caratteristiche, fanno sì che il paziente non riesca ad esprimere le proprie preferenze in maniera razionale.
- Esigenza di un intervento da parte dello Stato.

Beni meritori

- Beni (bisogni) meritori: bisogni privati al cui soddisfacimento provvede la collettività, data la loro importanza per il benessere collettivo (istruzione e salute). Si pensa che lo Stato debba intervenire finanziando tali beni per:
  - esigenze distributive: garantire l'accesso ai servizi da parte dei più poveri (principio di equità);
  - esigenze di crescita economica: dal momento che una popolazione sana garantisce maggiore produttività, investire nel settore sanitario costituisce una buona base per lo sviluppo di una Nazione;
  - esigenze allocative: il mercato dei beni e servizi sanitari, se lasciato a sé stesso, fallisce la propria funzione allocativa. Nel caso dei beni meritori, lo Stato si sostituisce al singolo nel processo che va dalla formulazione del proprio bisogno di salute alla domanda di servizi sanitari (servizi di diagnosi, cura e in parte riabilitativi)

Caratteristiche dei beni privati e dei beni pubblici

- In sanità i beni privati (data la loro meritorietà) vengono trattati dallo Stato come beni pubblici, con la differenza che non godono delle stesse caratteristiche. Se il bisogno privato viene reso pubblico, e quindi il bene è fornito a costo zero, non sussistendo gli elementi che caratterizzano il bene pubblico (non esclusivo, non appropriabile, non divisibile), il rischio di una induzione del consumo e di un aumento della domanda di servizi sanitari, è reale.

Formulazione della domanda di SS

- I passaggi attraverso i quali si formula la domanda di servizi sanitari (di primo e secondo livello) sono i seguenti:

1) Bisogno oggettivo
2) Bisogno soggettivo
3) Domanda di primo livello
4) Domanda di secondo livello

Formulazione della domanda di SS

- Bisogno oggettivo: si tratta del quadro clinico del singolo, prima che questi esprima uno stato di bisogno. Esistono infatti molteplici patologie, che, pur essendo in corso, non si manifestano con sintomi evidenti. Il bisogno oggettivo non è quantificabile e non è noto ma può essere approssimato tramite la diagnosi precoce (screening).
- Bisogno soggettivo: si tratta della consapevolezza dello stato di bisogno, in seguito al manifestarsi di determinati sintomi. La sensibilità verso questi sintomi è influenzata dal reddito, dal livello di istruzione, dal sesso, dal disagio sociale. Può essere risolta con l'automedicazione o con la domanda di primo livello.

Formulazione della domanda di SS

- Domanda di primo livello: è espressa dalla quantità di visite presso il MMG. In presenza di un terzo pagante il prezzo è ininfluente mentre variabili condizionanti sono la vicinanza dell'ambulatorio, gli orari di apertura dell'ambulatorio, l'atteggiamento del medico, la densità dei medici, il sistema di compenso (se notula o quota capitaria). Si risolve con consigli su stili di vita, prescrizioni farmacologiche (condizionate a loro volta da pressioni da parte della industrie farmaceutiche, pubblicità) oppure rimandando alla domanda di secondo livello.

Formulazione della domanda di SS

- Domanda di secondo livello: comprende tutti i servizi sanitari atti alla diagnosi, terapia, riabilitazione, escluse le visite del MMG.
- Dipende dai seguenti fattori: scuola di provenienza, mode mediche (es. taglio cesareo, tonsillectomia…), disponibilità di servizi specialistici o ospedalieri o di alternative valide (day hospital, assistenza domiciliare).

Funzioni delle domande di primo e secondo livello

- $D_1 = f(p, R, M_b)$
- $D_2 = f(p, R, L, M_b, M_o)$
- D_1D_2 = domande di servizi di primo e secondo livello
- p = prezzo della prestazione
- R = reddito del consumatore
- M_b = variabili attinenti il medico di base
- M_o = variabili attinenti il medico ospedaliero
- L = densità di servizi di secondo livello

Razionamento della domanda di SS

- Analizzando i passaggi precedentemente descritti sorge il quesito: quanto dipende la domanda finale dall'effettivo stato di bisogno e quanto da altri fattori? Se i consumi di SS non sono necessari, come si può contenere la spesa?
- In un contesto dove la fornitura collettiva di beni privati (appropriabili, esclusivi, ecc.) porta inevitabilmente ad un eccesso di domanda, è necessario rispondere con politiche di razionamento, con il vincolo di garantire servizi efficaci (che portino ad un effettivo miglioramento delle condizioni di salute).

Elasticità della domanda rispetto al prezzo

- Si è visto che l'introduzione di un prezzo sotto forma di copayment, può essere utile per ridurre il consumo di alcuni servizi sanitari. A tale proposito è utile analizzare di quanto varia la domanda al variare del prezzo. Es. P.S.
- L'elasticità della domanda rispetto al prezzo indica di quanto varia la domanda di un dato bene o servizio sanitario, al variare del prezzo.
- Per i beni salvavita la domanda è sostanzialmente rigida, non varia cioè al variare del prezzo. Ciò in quanto il consumo di una determinata quantità di tali beni/servizi è strettamente necessario alla salvaguardia della salute.

Elasticità della domanda rispetto al prezzo

- Per i beni palliativi (es. farmaci che aumentano le difese immunitarie, ricostituenti, massaggi..), la domanda è invece elastica, subisce cioè variazioni, anche di notevole entità, al variare del prezzo.
- Per i beni che causano esternalità positive (es. vaccinazioni), esiste un sottoconsumo rispetto all'ottimo, cioè in presenza di prezzo il servizio non è domandato. Deve intervenire lo Stato con mezzi persuasivi e/o coercitivi.

Elasticità della domanda rispetto al prezzo

- Nei sistemi dove l'assistenza sanitaria è gratuita, l'eccesso strutturale di domanda di servizi sanitari è tanto più accentuato quanto maggiore è l'elasticità della domanda rispetto al prezzo.
- E' inoltre dimostrato che il medico di base è un soggetto capace di fare irrigidire la domanda.

Elasticità della domanda rispetto al reddito

- Diverse informazioni ci fornisce invece l'elasticità della domanda rispetto al reddito. Ceteris paribus, la domanda di servizi sanitari aumenta all'aumentare del reddito, in particolare perché aumenta il consumo di beni e servizi non strettamente necessari alla salvaguardia della salute (i cosiddetti palliativi). Questa constatazione porta gli studiosi ad affermare che la salute ha assunto negli ultimi anni le caratteristiche di bene voluttuario.
- Tale fenomeno vale sia in presenza, sia in assenza di un terzo pagante.

Razionamento della domanda di SS: Buchanan

Teoria di Buchanan: eccesso strutturale di domanda in sanità

- La domanda è guidata da scelte individuali, l'offerta da scelte collettive. Non esiste il prezzo per trovare un punto di equilibrio, pertanto la domanda si spinge fino a quando il beneficio marginale fornito da una unità aggiuntiva di bene o servizio fruito, è positivo. Tale punto si trova, ovviamente, oltre l'ipotetico punto di equilibrio raggiungibile in presenza di prezzo, e ciò porta ad un costante eccesso di domanda.
- L'eccesso di domanda viene tuttavia a scontrarsi con un razionamento dell'offerta, dal momento che l'offerta di beni e servizi sanitari è guidata da scelte collettive e quindi sussiste l'onere del costo (quanto meno in termini di costo-opportunità).

Razionamento della domanda di SS: Buchanan

- La teoria del Buchanan si basa su un confronto fra sistemi ad assistenza sanitaria pubblica e sistemi ad assistenza sanitaria privata. La spesa sanitaria pro-capite negli USA è aumentata nel ventennio ’60, ’80, in maniera più marcata rispetto alla stessa spesa nel Regno Unito. In questo Paese è il razionamento dell’offerta, con i conseguenti problemi annessi (es. liste di attesa lunghissime), che contribuisce a contenere la spesa sanitaria pubblica.

Misure di razionamento

- Dai concetti illustrati oggi si può affermare, in via conclusiva, che tre possibili misure per contenere l'eccesso di domanda in sanità sono:
  - l'introduzione di un ticket su alcuni beni e servizi sanitari;
  - un comportamento responsabile del medico di base;
  - il razionamento dell'offerta di beni e servizi sanitari.

- Il mercato dei beni e servizi sanitari presenta alcune peculiarità rispetto al mercato concorrenziale. Per questo motivo, a differenza del mercato concorrenziale, se lasciato a sé stesso non raggiunge un'allocazione efficiente delle risorse.
- Vediamo la differenza fra i due tipi di mercato

Requisiti per il funzionamento del mercato in concorrenza perfetta

- Certezza
- Perfetta conoscenza del consumatore
- Indipendenza tra domanda e offerta
- Assenza di esternalità

Caratteristiche del mercato dei servizi sanitari

- Incertezza
- Ignoranza del consumatore
- Domanda indotta dall'offerta
- Presenza di esternalità (effetti esterni positivi o negativi che il consumo di un bene o servizio sanitario di un individuo può avere sul benessere di altri individui; es. vaccini/antibiotici)

Mercato CP: certezza

- Nel mercato CP ogni soggetto è sicuro delle proprie esigenze. Il consumatore sa perfettamente che cosa vuole, quando e dove comprarlo. E' possibile pianificare i consumi in base ai propri gusti ed al proprio vincolo di bilancio.
- Nell'ottica neoclassica, si parla di consumatore sovrano, che agisce in modo da minimizzare il rischio, puntando alla massimizzazione della propria utilità.

Mercato CP: certezza

- Ad es. sento l'esigenza di un caffè, lo consumo e massimizzo il mio beneficio, in base ai miei gusti ed al mio vincolo di bilancio
- All'inizio della settimana, posso recarmi in un supermarket e pianificare, con un ampio margine di certezza, il mio consumo di alimentari per i prossimi giorni, nell'ottica di soddisfare il mio fabbisogno alimentare, massimizzando la mia utilità

Mercato CP: informazione perfetta

- Nel Mercato concorrenziale il consumatore è in grado di ottenere facilmente una serie di informazioni riguardo agli articoli presenti sul mercato, ai loro prezzi, alle loro caratteristiche
- Queste informazioni aiutano il consumatore a scegliere l'articolo che gli permette di massimizzare la propria utilità, in base ai propri gusti ed al proprio vincolo di bilancio

Mercato CP: informazione perfetta

- Es. 1: acquisto di un motorino. Desidero acquistare uno scooter; ricerca informazioni sul mercato (tecniche e di prezzo), decisione di spesa, massimizzazione utilità.
- Es. 2: acquisto di una casa. In questo caso la ricerca di informazioni richiede un impiego di risorse maggiore, fatto che spesso porta l'acquirente a rivolgersi ad un agente. L'agente fornisce le informazioni necessarie nell'interesse del principale. L'agente aiuta domanda ed offerta ad incontrarsi tramite l'erogazione di informazioni, ma agisce in maniera indipendente rispetto alle posizioni dei due soggetti.

Mercato CP: indipendenza tra domanda e offerta

- Secondo la teoria Marshalliana, nel mercato CP domanda e offerta sono indipendenti. La curva di domanda di un dato bene viene creata indipendentemente dalla quantità offerta di quel bene. L'unica variabile in grado di far incontrare le due curve in un punto di equilibrio è il prezzo.
- Il prezzo costituisce un segnale importante al fine di trovare un equilibrio di mercato. E' infatti attraverso i suoi aggiustamenti che offerta e domanda si incontrano.
- E' valida la seguente relazione:

$$Umg=Cmg=P=Umg=Cmg$$

Mercato in CP: assenza di esternalità

- Esternalità: effetti positivi o negativi che la produzione o il consumo, da parte di uno o più soggetti, di un determinato bene o servizio, possono provocare sui terzi.
- L'es. un'industria che inquina un fiume, le cui acque confluiscono in un lago, zona di balneazione, sul quale si affacciano diverse località turistiche. L'inquinamento del lago provoca un effetto negativo diretto ed indiretto sugli abitanti di tali località. Tale effetto può essere quantificato per un eventuale risarcimento.
- Nel mercato CP per ottenere un equilibrio Paretiano, si suppone l'assenza di esternalità. In presenza di esternalità vi è infatti la possibilità, tramite accordi tra i soggetti interessati, di ottenere un miglioramento del livello di benessere di almeno un individuo.

Mercato dei SS: incertezza

- La domanda di salute è dominata dall'incertezza. Non conosco perfettamente il mio stato di salute, non so di quali servizi ho bisogno per mantenere il mio stock di salute, non conosco la qualità dei servizi disponibili sul mercato.
- Non so se nelle prossime ore avrò bisogno di servizi sanitari perché:

- posso svegliarmi al mattino con l'influenza e ricorrere all'automedicazione o al medico di base;
- posso accorgermi di avere un problema di salute più grave che richiede accertamenti clinici e diagnostici;
- posso essere coinvolta in un incidente stradale ed aver bisogno di assistenza sanitaria immediata.

Mercato dei SS: incertezza

- Da notare che la salute è un bene che presenta caratteristiche particolari. Non può essere scambiata sul mercato, è soggetta a deterioramento, non è rimpiazzabile. L'incertezza sul proprio stato di salute è fonte di ansia, che aumenta con il grado di avversione al rischio del singolo soggetto.

Mercato dei SS: informazione imperfetta

- A causa dell'incertezza sul proprio stato di salute e sulle possibili cure, il paziente cerca di ricevere informazioni. Ma queste sono costose e difficili da ottenere nell'ambito del mercato della salute.
- La peculiarità sta nel fatto che il paziente non è in grado di individuare il proprio bisogno di salute. Viene a mancare il punto di partenza del processo decisionale che porta alla formulazione della domanda di SS.
- Non è possibile parlare di sovranità del consumatore nel mercato dei SS

Mercato dei SS: agenzia imperfetta

- L'unico soggetto in grado di fornire queste informazioni è il medico, al quale il paziente delega l'intero processo decisionale, a partire dalla definizione stessa di bisogno (cfr. es. acquisto di una casa).
- Il medico assume così il ruolo di agente, il quale dovrebbe agire nell'interesse del paziente (principale), ma è nel contempo erogatore di servizi sanitari, e come tale agisce nel proprio interesse.
- Si parla allora di Agenzia imperfetta nel rapporto medico/paziente

Mercato SS: domanda indotta dall'offerta

- Nel settore sanitario i soggetti che erogano servizi (i medici) hanno la possibilità di influire sulla domanda di tali servizi.
- Per questo motivo non si parla mai di eccesso di offerta nei servizi sanitari. Tale situazione è ben descritta dall'ormai nota frase: a new bed is a filled bed.

Mercato dei SS: domanda indotta dall'offerta

- Il fenomeno della SID (supply induced demand) unito ai progressi tecnologici in medicina, porta come inevitabile conseguenza ad una dilatazione della domanda di servizi sanitari e ad un aumento della spesa ad essi relativa.
- Per contenere la spesa sanitaria è allora possibile e doveroso agire sul lato dell'offerta. Le seguenti misure non sono che alcuni esempi di politiche di razionamento dell'offerta, attuate in Italia dai Governi passati:
  - l'istituzione del numero chiuso nelle facoltà di medicina;
  - il razionamento dei posti letto ospedalieri;
  - misure che disincentivano un comportamento scorretto da parte del medico di base (retribuzione a quota capitaria e non a notula).

Mercato dei SS: domanda indotta dall'offerta

- E' d'obbligo un accenno al medical paradox, secondo il quale in sanità l'avvento di nuove tecnologie ha generato più bisogni di quanti ne riesca a soddisfare. In altri termini, i progressi ottenuti in medicina hanno generato una fascia di popolazione con un bisogno crescente di assistenza sanitaria, e di conseguenza un abbassamento del livello medio di salute.

Mercato dei SS: presenza di esternalità

- La presenza di esternalità nel settore dei SS, fa sì che lo Stato debba intervenire con misure di diversa entità.
- Es. 1: il tabagismo costituisce una forma di esternalità negativa che negli ultimi anni è stata combattuta dalla PA tramite campagne informative e l'adozione di norme sempre più restrittive nei confronti dei fumatori (proibizione)
- Es. 2: la vaccinazione obbligatoria costituisce una forma di esternalità positiva per tutta la popolazione. Lo Stato impone la vaccinazione obbligatoria per tutti (misura coercitiva), ma nel contempo ne sopporta il costo in modo da garantire una soluzione equa in termini di distribuzione del reddito.

Settore sanitario e presenza di un soggetto regolatore

- Come conclusione di quanto espresso nei punti precedenti si può affermare che: dal momento che nel settore dei servizi sanitari vengono a mancare tutti i requisiti necessari per il funzionamento di un mercato in perfetta concorrenza, è necessario, al fine di ottenere una allocazione ottimale delle risorse, l'intervento di un soggetto regolatore, in questo caso lo Stato.

La funzione di offerta in economia politica

- La quantità di un bene/servizio offerta dai produttori dipende da:

  -prezzo del bene

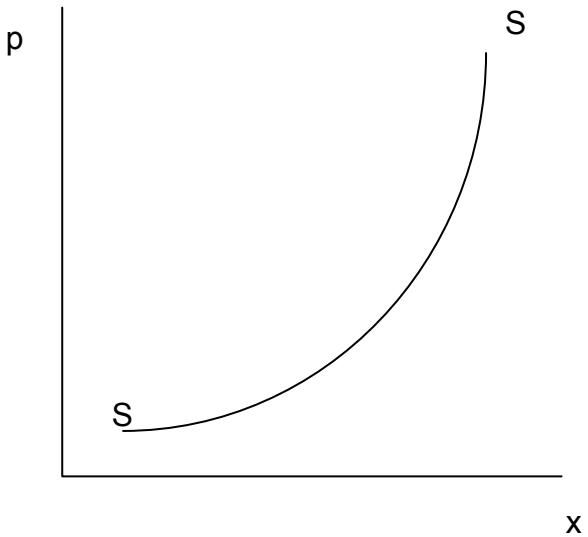
  -prezzo altri beni offerti sul mercato

  -obiettivi dell'impresa (max profitto)

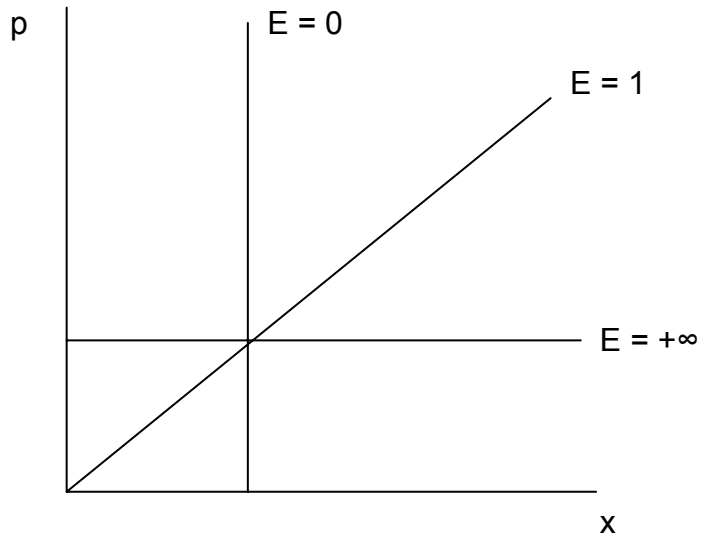
  -prezzo e disponibilità dei fattori produttivi e lo stato della tecnologia disponibile
  (produzioni ad alta intensità di lavoro o capitale)

$$S_a = S_a(p_a, p_{b-z}, C_a)$$

Curva di offerta



Elasticità offerta = $(\Delta X/X)/(\Delta p/p)$



Consideriamo costanti tutti i fattori tranne uno: il prezzo (clausola ceteris paribus)

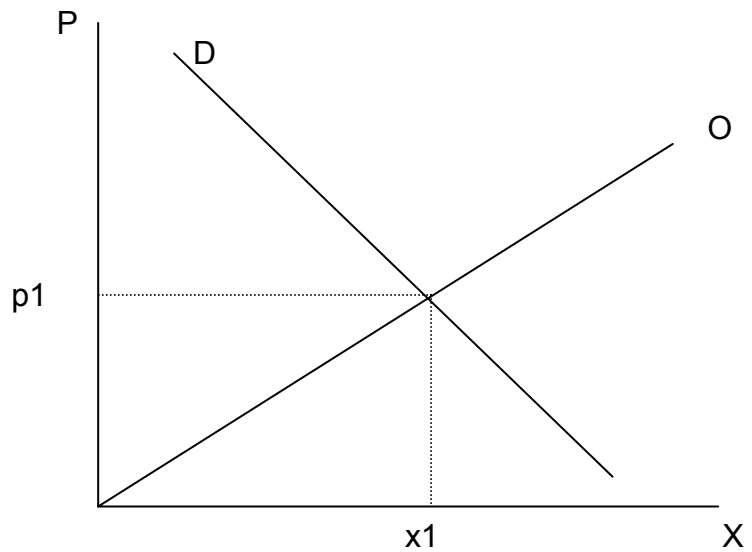
$$S_a = S_a(p_a)$$

La funzione dell'offerta in economia politica

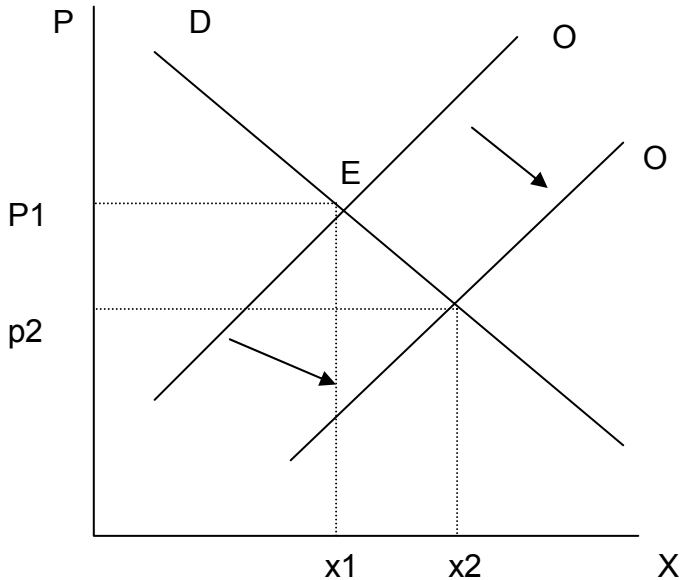
- L'elasticità dell'offerta rispetto al prezzo è influenzata dal periodo di tempo considerato e dai fattori tecnologici.
- L'offerta di beni/servizi è soggetta a spostamenti che possono essere causati da:

  - scoperte di nuovi giacimenti;
  - nuove tecnologie;
  - variazioni di prezzo di beni sostituti o complementari;
  - modifiche nella disponibilità e nei prezzi degli input;
  - cambiamento delle aspettative;
  - cambiamento delle informazioni;
  - variazioni dell'imposizione fiscale;

equilibrio del mercato



spostamento curva di offerta



Nel mercato in concorrenza perfetta:

Sovranità del consumatore; preferenze rivelate attraverso il prezzo;

Il mercato reagisce al mutamento delle preferenze dei consumatori riallocando le risorse ed adeguando le decisioni di produzione;

Attraverso il mercato si hanno condizioni di massima efficienza allocativa e tecnica

Condizioni per avere concorrenza perfetta

- Per avere un mercato in concorrenza perfetta devono essere presenti almeno le quattro seguenti condizioni:
- Tutte le imprese devono essere ridotte al ruolo di price-taker (nessuna deve poter condizionare il prezzo)
- Prodotti devono essere omogenei
- Deve esserci pluralità di consumatori
- Perfetta conoscenza del consumatore (informazioni disponibili)

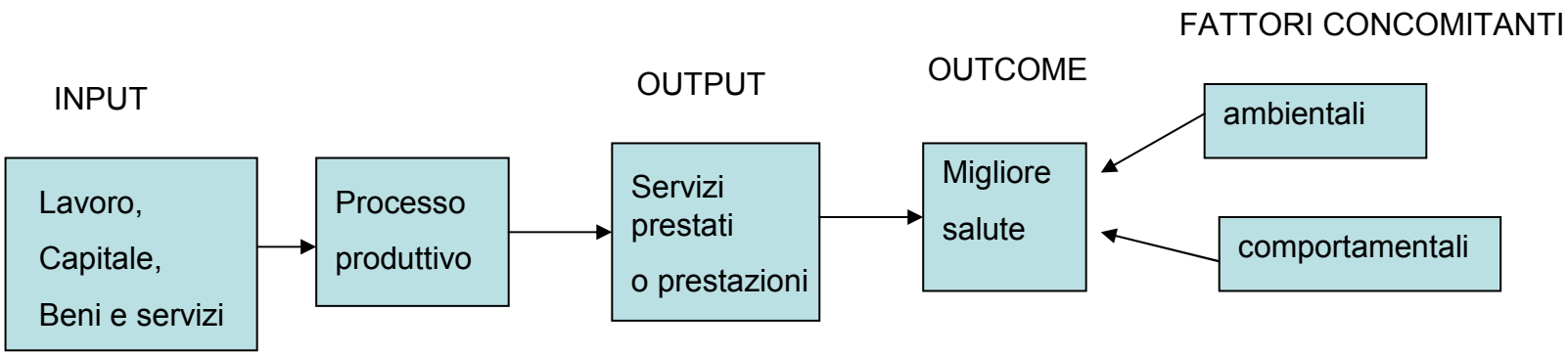
La produzione di servizi sanitari.

Il processo produttivo in sanità

- Dal punto di vista economico il sistema sanitario può essere concepito come un processo produttivo il cui prodotto finale è rappresentato dal bene “migliore salute”;
- Il sistema sanitario sottrae risorse (input) al resto dell’economia, e offre un prodotto (outcome) consistente nel miglioramento delle condizioni di salute;
- Attraverso il processo produttivo si ottiene l’output (il servizio sanitario) e quindi il prodotto finale (outcome) ovvero migliore salute.

Il processo produttivo

- Il sistema di produzione della salute



Non esiste “domanda di salute” ma domanda di servizi sanitari (natura derivata)

Offerta di servizi in base al bisogno

- Prevenzione primaria: evita l'insorgere delle malattie
  - campagna contro la diffusione dell'AIDS: coinvolge il settore scolastico e quello della comunicazione;
  - lotta all'inquinamento: assessore all'ambiente, ministero risorse agricole
- Prevenzione secondaria: individua la presenza di malattie
  - diagnosi precoce: coinvolge il settore della comunicazione più i servizi sul territorio

Offerta di servizi in base al bisogno

- Diagnosi: informa sulla natura della malattia e sui possibili rimedi

  - i servizi offerti sono le visite mediche e gli esami diagnostici.

- Terapia: remissione della malattia

  - farmaci, interventi clinici, chirurgici o di altra natura

- Riabilitazione: attenua le conseguenze

  - presenza di servizi sul territorio che fornisce assistenza nel lungo periodo

Efficienza, efficacia, performance

- Sono concetti molto importanti per valutare l'andamento dei sistemi sanitari nel loro complesso e nello specifico
- La definizione delle tre nozioni è concettualmente semplice, mentre la loro misurazione presenta problemi di difficile soluzione

Efficienza

- **Efficienza**= output/input
- Distinzione tra efficienza espressa in termini fisici ed efficienza espressa in termini monetari.
- Rapporto tra dati fisici (n° servizi prestati e fattori produttivi considerati). Riflette il concetto di produttività.
- In termini monetari (rapporto tra singoli servizi prestati e l'insieme dei fattori produttivi, espressi in moneta). Riflette il concetto di economicità del processo produttivo.

Efficacia

- **Efficacia** = outcome/output

- L’efficacia descrive l’attitudine delle singole prestazioni erogate a raggiungere le finalità a loro attribuite (migliore salute ascrivibile all’azione dei servizi sanitari).

Performance o rendimento

- **Performance** = outcome/input oppure

  efficienza x efficacia

Indica la capacità di funzionamento di un determinato servizio.

Costo delle prestazioni

- Costo delle prestazioni = $\frac{\text{input x prezzi}}{\text{output}}$

- Costo della salute = $\frac{\text{input x prezzi}}{\text{outcome}}$

Efficienza tecnica, allocativa,

I concetti di equità

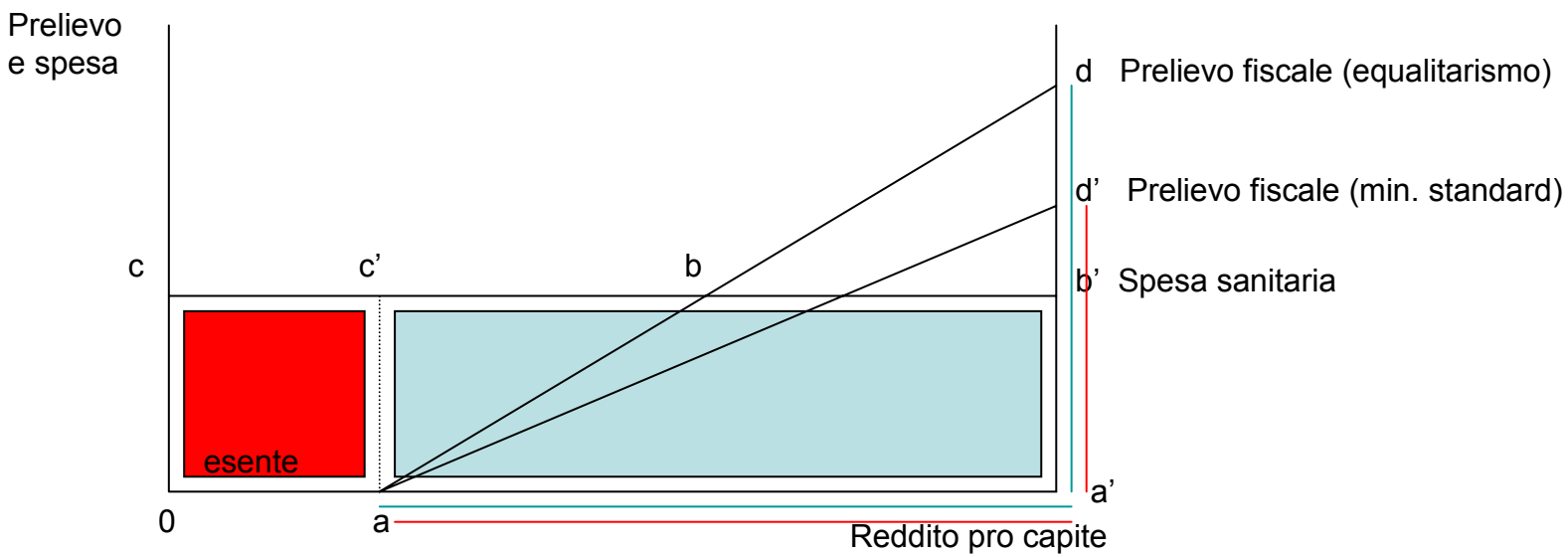
- Due concetti in termini di equità, divenuto compito della collettività:
- Equità→ equalitarismo (GB, Italia)

  Garantire a tutti le stesse opportunità in tema di assistenza sanitaria
- Equità→ minimo standard (USA)

  Si limita a garantire la copertura dei bisogni ritenuti essenziali a coloro che sono in difficoltà

I concetti di equità

- Equità→ equalitarismo (GB, Italia)
- Equità→ minimo standard (USA)



Definizioni operative di equità

- Equità orizzontale: uguale trattamento degli uguali
- Equità verticale: diverso trattamento dei diversi
- Dal lato delle **entrate**→equità orizzontale

(uguale capacità contributiva, uguale pagamento)

→equità verticale

(anche aliquote proporzionali al reddito)

si raggiunge se imposta è in misura progressiva (decisione politica)

Equità dal lato dell'erogazione dei SS (uscite)

Definizioni:

- Uguaglianza di trattamento per uguale bisogno (es. adozione di protocolli)
- Uguaglianza nelle condizioni di salute (scala di priorità e allocazione conseguente di risorse finanziarie)
- Uguaglianza di accessibilità ai servizi (intesa come opportunità di fruizione dei servizi espressa ad es. in termini di tempo e di denaro. Guida per allocazione dei fondi disponibili per superare squilibri territoriali)
- Uguaglianza nei redditi finali (redistribuzione dei redditi a favore dei meno abbienti. Mancanza di obiettivo esplicito della politica sanitaria; meccanismo perverso)

Produttività e costi

- La funzione dei costi, in regime di mercato, costituisce la base per la costruzione della funzione di offerta
- Lo studio dei costi in sanità è importante poiché rappresenta l'onere che la sanità impone alla società
- Domanda e offerta dei SS si comportano in modo diverso (mercato imperfetto)
- Importanza dello studio dei costi in sanità per esigenza di minimizzarli, a parità di servizio reso (dovere sociale)
- La funzione dei costi presuppone la conoscenza del comportamento della produttività; è una diretta derivazione della funzione di produzione
- Teoria dei costi→ ospedale
- - rilevanza economica (copre 50% della spesa sanitaria totale ed è in aumento)
- - presidio simile ad impresa

Funzione di produzione

- $P = f(x_1, x_2, \ldots x_n)$ in un dato periodo di tempo
- P →prestazioni ottenute
- x1,x2,…xn → fattori produttivi impiegati
- Breve periodo: non variano i fattori (solo L)
- Lungo periodo: possono variare tutti i fattori (L e K)
- P = f (L,K) legge dei rendimenti decrescenti

Es. necessità aumento n° esami in laboratorio analisi nel B/T e nel L/T

Funzione di produzione

- Per produzione totale si intende la quantità complessiva di prodotto (es. analisi cliniche) ottenuto nell'unità di tempo.
- $P_{me} = P/L$
- $P_{ma(n)} = P_{(n)} – P_{(n-1)}$
- Nel breve termine aumenta L:

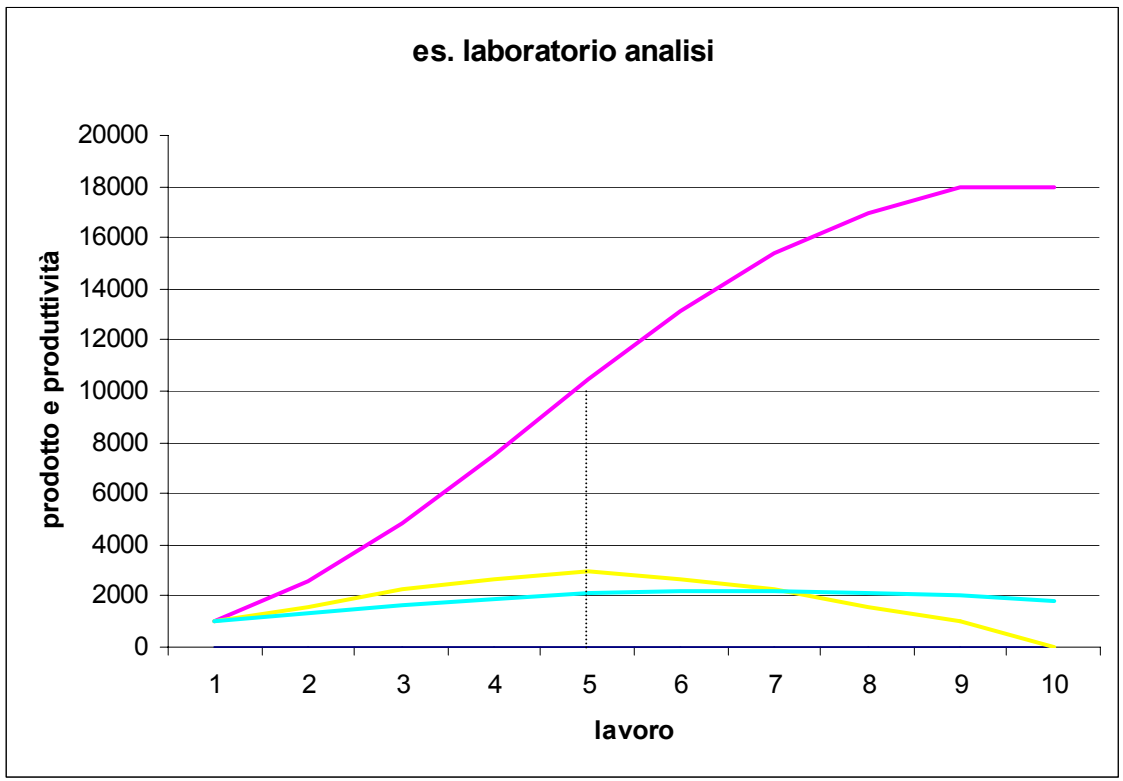
  - P_{ma}, prima aumenta e quindi inizia a diminuire (legge P_{ma} decrescente);
  - P_{me} aumenta, quindi diminuisce
  - P tot. aumenta, quindi, dal punto in cui P_{ma} tocca il max, continua a crescere ma con saggi di incremento decrescenti.

- Nel lungo termine:
- - la funzione di produzione indica la variazione del volume di produzione al variare anche del fattore K.

Per ogni produzione esistono dimensioni ottime che permettono di minimizzare i costi per unità di prodotto ottenuto

(necessità di valutazioni economiche e studi funzioni di costo)

Produzione totale, produttività marginale e produttività media

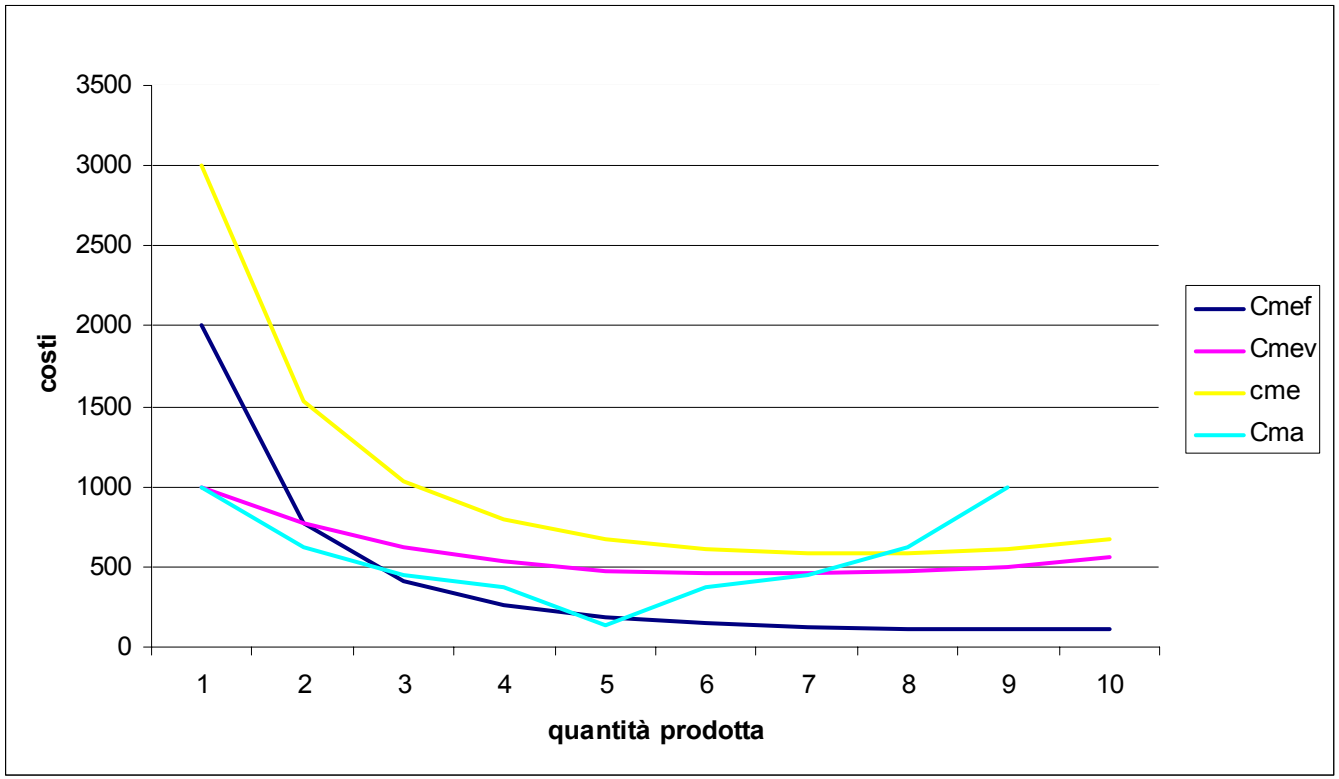


Le funzioni di costo: i costi totali

- Le funzioni di costo indicano come variano i costi totali e unitari al variare della produzione (nell'unità di tempo)
- Costi fissi
- Costi variabili
- Costi complessivi (CV+CF)

Vedi graf. Costi pag. 263

Le funzioni di costo: i costi unitari



Cme= CT/X

Cmef= CTf/X

Cmev= CTv/X

Cma(n)= CT (n) – CT (n-1) incremento subito dal costo totale quando la produzione aumenta di una unità

I costi del ricovero ospedaliero

- Distinzione tra attività di ricovero e extramurali
- Analisi sui costi per attività di ricovero (ospedale)
- Distinzione tra costi fissi e variabili
- Costo posto letto = CTf/n° posti letto
- Negli ospedali, struttura dei costi rigida

I costi del ricovero ospedaliero

- I costi complessivi di ricovero:
- Costi variabili (consumi e servizi);
- Costi relativi al personale (fissi o variabili?)

  - struttura rigida (rapporto fisso posti letto/personale sanitario)

evoluzione legislativa fino al D.Lgs.517/93 (introduzione flessibilità; delega alle regioni riorganizzazione) realtà odierna?

- Costi fissi (k inv, amm.ti)

Categorie di costo	CF	CV	CT
Costi per consumi e servizi	5	20	25
Costi per il personale	60	6	66
Costi per il capitale investito	9	-	9
Totale	74	26	100

- Struttura attuale costi degli ospedali italiani ancora rigida
- 70-75% costi fissi
- 20-25% costi variabili
- Problema? La scelta di un nuovo ospedale porta al sostenimento del 75% dei costi per l'intero arco di vita dell'ospedale

I fattori influenzanti i costi di ricovero

- Per diminuire i costi si può incidere:
  - migliore gestione dei singoli nosocomi;
  - azione di programmazione della rete ospedaliera
- Situazione: elevata rigidità della struttura dei costi

  quindi si può prendere in considerazione il grado di utilizzazione dell'ospedale:
  - tasso di occupazione dei posti letto (gg. di degenza/n° posti letto x 365)
  - ceteris paribus, costo medio complessivo diminuisce all'aumentare del tasso di occupazione dei posti letto
  - durata media degenza (gg. di degenza anno/n° ricoveri)
  - se diminuiscono i gg. di degenza aumenta il n° ricoveri (e diminuisce il costo per caso trattato)

- Devono ricorrere le seguenti condizioni:
  - la riduzione durata media degenza non deve influire sulla qualità del servizio;
  - l'ospedale deve mantenere costante il tasso di occupazione;
  - l'aumento dei casi di ricovero non deve portare un aumento di costi variabili (di norma ciò è difficile)

In ogni caso la riduzione della durata media di degenza comporta un risparmio.

Miglior gestione

- Attenzione ai costi:
- CF→ investimenti (condizioni di accesso al credito; centralizzazione acquisti attrezzature ed impianti a livello regionale; osp. monopsonio);
- CF→ personale (minimizzare straordinari, ricorrere al tempo pieno e migliore organizzazione; ridurre costi personale amministrativo)
- CV→ consumi e servizi (centralizzazione acquisti, e di alcuni servizi

Dimensione, organizzazione, progresso tecnico, produttività e costi

- Teoria tradizionale: per ogni settore esiste una “dimensione ottima” = costi unitari minimi
- Felsdtein studio su H inglesi: dimensione ottima per ospedale 300 posti letto
- In Italia dati disponibili non permettono una generalizzazione; si può dire che non è efficiente una dimensione troppo piccola

- Per ospedali più grandi:
  - Costi unitari ↑ al crescere della dimensione (casi più complessi sono trattati da H di grandi dimensioni; degenze medie più lunghe); per tali ospedali la dimensione ottima aumenta a 900 letti.
  - costo del personale, maggiore retribuzione per maggiore qualifica (es. rianimazione), durata media degenza maggiore, impiego di tecnologie sofisticate con aumento dei costi di produzione.
  - in medicina innovazione = miglioramento del prodotto

    innovazione = maggiori costi per l'ottenimento di risultati migliori (cura di nuove malattie, invecchiamento popolazione)
  - ospedale è il presidio sanitario a più alto tasso di innovazione tecnologica
  - si economie di scala ma carenze organizzative

Dimensione, organizzazione, progresso tecnico, produttività e costi

- Fino ad ora si è fatto ricorso alle giornate di degenza come unità di misura dell'output ma tale uso è improprio;
- Si può ovviare definendo come output i casi trattati attribuendo a ciascuno il peso relativo che deve essere il più possibile oggettivo data la loro eterogeneità;
- Un metodo di classificazione consiste nel considerare omogenei quei casi aventi la stessa diagnosi e sottoposti a terapie analoghe: DRG

Sintesi sui costi del servizio ospedaliero:
Prevalenza dei costi fissi;
Importanza della fase programmatoria e progettuale poiché si decide l'ammontare della maggior parte dei costi relativi al funzionamento dell'ospedale per i successivi 20/30 anni;
Necessità di vegliare sull'andamento della gestione quotidiana (limitato livello di concorrenzialità)
Necessità di sviluppare metodi che consentano il confronto dei costi di H diversi per valutare le rispettive performance (efficienza x efficacia)