



APPROFONDIMENTI DI ECONOMIA SANITARIA

Spesa sanitaria e moral hazard

Aleandro Munno

SPESA SANITARIA E MORAL HAZARD

Aleandro Munno

Dall'analisi del Rapporto CEIS Tor Vergata 2008 emerge che per il 2010 è previsto che la spesa sanitaria italiana si attesti a 149,3 miliardi di euro, pari all'8,8% del Prodotto Interno Lordo. La copertura di detta spesa è effettuata per la maggior parte con fondi pubblici, mentre la parte rimanente è finanziata tramite coperture assicurative o pagamenti *out of pocket* da parte del cittadino.

La quota di finanziamento pubblico italiana si è attestata nel 2006 al 77,2%, al di sopra della media dei Paesi OCSE che è del 73,4% .

In base a questi dati si conferma un trend di crescita della spesa sanitaria che è più rapido di quello del PIL. La situazione potrebbe essere anche più grave delle previsioni indicate a causa della recessione che nel 2009 ha colpito duramente l'economia mondiale, comportando una pesante riduzione del Prodotto Interno Lordo con conseguente peggioramento dei dati macroeconomici.

L'aumento del consumo di servizi sanitari ha diverse concause.

Abbiamo incrementi di tipo economico, tra i quali meritano menzione l'aumento del reddito pro-capite (che spinge quindi il consumatore ad una maggiore richiesta del bene "prestazione sanitaria") e l'aumento dei beni e servizi legati alla sanità che hanno avuto un tasso di crescita più elevato di quello dell'inflazione.

Abbiamo poi incrementi di tipo demografico, legati principalmente all'allungamento della vita media. Questo incremento comporta un costante incremento di popolazione anziana che, notoriamente, necessita di un maggior numero di prestazioni sanitarie.

Un'importanza notevole ricoprono poi gli incrementi di tipo tecnologico. Stanno prendendo sempre più piede tecniche diagnostiche e terapeutiche ad alto impatto tecnologico che hanno però costi maggiori rispetto alle tecniche tradizionali. E' palese che una TAC ha un'efficacia diagnostica maggiore rispetto ad una radiografia, ma è altrettanto palese che i costi dei due esami sono notevolmente differenti. A tutto

ciò bisogna aggiungere che spesso le nuove tecnologie non sostituiscono ma affiancano le vecchie, con conseguente duplicazione di servizi erogati e dei relativi costi.

Rispetto alla tradizionale visione della medicina, che contemplava cure essenziali ed esclusive rispetto alle quali la domanda si presentava rigida al prezzo fino a che non incontrava un limite di reddito (che ovviamente va rimosso per elementari considerazioni di solidarietà), da tempo si è enormemente allargato il comparto delle prestazioni con elasticità positiva rispetto al prezzo, associata spesso ad un'alta elasticità incrociata tra metodi terapeutici. Si pone quindi un elevato rischio di dilatazione della domanda in mancanza di prezzo; e ciò si aggiunge al tradizionale connotato del mercato sanitario che è rappresentato dalla forte asimmetria informativa tra medico e paziente e dalla conseguente capacità dell'offerta di generare domanda.

Al di là delle variazioni suddette, l'incremento di spesa relativa al settore sanitario è legato anche ad un cattivo uso delle risorse collegato a comportamenti scorretti sia da parte di chi chiede sia da parte di chi offre servizi sanitari.

A supporto di questa argomentazione bisogna chiarire il concetto di *moral hazard*, cioè la riduzione dell'incentivo a ridurre il rischio, causato dalla presenza di copertura assicurativa. Ad esempio, ed in prima approssimazione, si ha *moral hazard* quando, in presenza di assicurazione contro i furti d'auto, il proprietario si sente tranquillo a lasciare la propria auto parcheggiata con le porte aperte e le chiavi nel quadro perché sa che, in caso di furto, l'assicurazione lo rimborserà. Analogamente, partendo dal presupposto che le dinamiche di spesa nella sanità seguono la legge della domanda e dell'offerta, la presenza di sistemi sanitari onnicomprensivi e/o con bassa o nulla compartecipazione alla spesa finisce con l'esercitare una forma di *moral hazard*: se un soggetto sa che i suoi costi sanitari saranno coperti dall'assicurazione, o comunque da un terzo pagante come nel caso delle prestazioni fornite dal servizio sanitario, egli avrà scarsi o nulli incentivi ad investire nella

prevenzione ed in caso di malattia avrà un incentivo ad utilizzare in misura eccessiva i servizi erogati dal settore sanitario.

Oltre al *moral hazard* del consumatore si ha anche un *moral hazard* del produttore. Questo tipo di distorsione del mercato origina dalla mancanza di consapevolezza e/o da un carente senso di responsabilità da parte di colui che fornisce la prestazione. Troppo spesso i medici non si curano del costo degli accertamenti o delle cure che prescrivono comportando un eccessivo ed ingiustificato uso delle risorse.

A questo bisogna aggiungere che esiste una forte asimmetria informativa tra medico e paziente, per cui il secondo, per fini esclusivamente egoistici, può manipolare artificialmente la domanda di servizi sanitari del primo.

Per consentire un più efficace utilizzo delle risorse è necessario quindi effettuare dei controlli sulla domanda e sull'offerta di prestazioni sanitarie.

Le forme di controllo del *moral hazard* del consumatore, qualora sia presente un terzo pagante possono essere:

1) **introduzione di copagamenti**: è ciò che avviene per esempio in Italia con il pagamento del ticket. La quota versata dal fruitore del servizio copre solo una piccola parte della spesa necessaria all'erogazione del medesimo, ma tende comunque a scoraggiare gli abusi. Basti pensare all'introduzione del ticket per i codici bianchi registrati al triage del pronto soccorso. In questo modo chi ha patologie talmente lievi da poterle gestire con l'aiuto del medico di base o del farmacista è disincentivato a recarsi al pronto soccorso (dove peraltro subirà una lunga attesa legata al basso codice di triage), evitando un inutile esborso monetario, limitando lo spreco di risorse pubbliche e riducendo invece i tempi di attesa per i pazienti più gravi.

2) **prepagamento periodico prefissato**: è ciò che avviene nelle HMO (Health Maintenance Organizations) statunitensi. In America i cittadini pagano una cifra fissa annuale e successivamente una tassa proporzionale alla cura per ogni visita cui si sottopongono. Il sistema è basato sull'etica professionale in quanto è il medico di famiglia a stabilire la necessità o meno di una determinata prestazione.

3) **offerta di incentivi ai consumatori nella scelta di produttori selezionati:** è il caso dei PPOs (Preferred Provider Organization). Un PPO ha accordi con medici, ospedali e altri soggetti erogatori di servizi sanitari che hanno concordato di dare i loro servizi a condizioni più favorevoli per le persone assistite da questo sistema. In aggiunta ai medici di riferimento di quel PPO, i pazienti possono anche rivolgersi a medici esterni al programma. Se il paziente si reca da un medico della rete PPO dovrà affrontare solo un quota del pagamento, che è inferiore per i membri del PPO. Andando fuori dalla rete PPO, la percentuale di spesa a carico del paziente aumenterà. Inoltre il paziente dovrà pagare la differenza tra il costo del servizio e ciò che paga il programma assicurativo;

4) **limiti finanziari sulla copertura assicurativa:** alcuni piani assicurativi prevedono un tetto massimo di spesa sanitaria a carico della compagnia assicurativa. Si viene così a creare un effetto diametralmente opposto a quello che si instaura con il meccanismo della franchigia. Lo svantaggio legato a questo metodo è che non copre i casi di malattia veramente gravi ed oggi è stata praticamente abbandonata.

5) **liste di attesa:** un caso di specie è rappresentato dal NHS Britannico. Con il prolungamento dei tempi di attesa i soggetti maggiormente abbienti preferiranno rivolgersi a strutture private per ottenere la prestazione in tempi rapidi, andando così a ridurre il consumo delle risorse pubbliche. Tale sistema si rivela comunque discutibile. Il ricorso al solo meccanismo dei tempi di attesa si configura come una soluzione non ottimale: può inibire il consumo anche in presenza di necessità effettiva; rappresenta un forte incentivo verso il consumo di prestazioni offerte dal privato e rischia di essere iniquo in quanto solo i soggetti più facoltosi possono garantirsi le diagnosi e le garanzie necessarie. Il problema potrebbe essere in parte risolto con meccanismi di ticket ridotto e/o prestazioni intramoenia.

Le forme di controllo del *moral hazard* dei produttori si differenziano anche in base alla tipologia di soggetto erogante. Per esempio l'efficienza tecnica degli ospedali dipende in larga misura dall'efficienza del metodo di finanziamento. Se si attua un rimborso retrospettivo al costo pieno, nel quale praticamente il terzo pagante si limita

ad effettuare un pagamento a piè di lista per i singoli casi trattati non si ha nessun incentivo al controllo dei costi e si può assistere a fenomeni di sovrapproduzione. E' stato il sistema adottato in Italia fino al 1995 ed in cui si è assistito ad un enorme spreco di risorse.

Viceversa, applicando un rimborso prospettico (Budget predefinito con tariffa prefissata) E' una somma che gli ospedali ricevono a copertura di tutti i loro servizi (costi operativi). Si può configurare anche quale finanziamento annuo parziale accanto, ad esempio, ai pagamenti per giorni di degenza da parte delle assicurazioni sociali. Un tale sistema di finanziamento presenta il duplice vantaggio di poter controllare la spesa e può aumentare l'efficienza della struttura in quanto non esistono incentivi all'erogazione di prestazioni non necessarie. Bisogna però porre attenzione al fatto che con tale tipo di finanziamento non si hanno incentivi alla produttività.

Un ulteriore forma di finanziamento che può limitare lo sperpero di risorse prevede l'introduzione del meccanismo del prezzo. Il caso forse più eclatante è stato rappresentato dall'introduzione del "mercato interno o quasi mercato" avvenuta in Gran Bretagna durante il governo Thatcher. Questo meccanismo di finanziamento prevedeva che le autorità sanitarie locali rimanessero le responsabili della fornitura dell'assistenza sanitaria per la popolazione ricadente nel loro ambito territoriale, ma che potessero trattare l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli ospedali più grandi i quali a loro volta, avendo la facoltà di autogovernarsi, potevano offrire dei pacchetti di servizi a determinate somme con pagamenti per i casi addizionali sulla base del costo del singolo caso. Questo meccanismo di mercato così spinto è stato poi modificato dal governo Blair il quale ha ritenuto che non garantisse un livello di qualità sufficientemente omogeneo sul territorio nazionale. In ogni caso un sistema di finanziamento basato sul mercato interno è stato introdotto in Italia con la riforma del sistema sanitario del 1992 che ha previsto l'introduzione dei DRG.

Anche i sistemi di remunerazione del medico di base possono influire sul controllo del moral hazard. Infatti se il medico fosse pagato a prestazione si avrebbe un

incentivo ad erogare anche servizi non necessari. Viceversa con un pagamento basato su una quota capitaria (come avviene in Italia) il reddito del professionista non è più legato al numero di prestazioni erogate, ma alla sua capacità di attrazione rispetto agli assistiti. Conseguentemente non avrà incentivi a creare una domanda addizionale dei propri servizi come accade invece nella remunerazione a tariffa. In ogni caso sarebbe opportuno che l'attività del medico fosse sottoposta a controlli, legando magari una parte della remunerazione ad eventuali risparmi di spesa effettuati, in quanto pur non essendo incentivato a creare domanda aggiuntiva per i propri servizi, potrebbe in ogni caso prescrivere una quantità di farmaci o di controlli eccessiva rispetto alle effettive necessità dei propri assistiti.

Bibliografia

AA.VV. Rapporto CEIS Sanità 2008, Health Communication, 2008.

Donia Sofio A "Microeconomia sanitaria e politiche di intervento", Aracne, 2000