

Prolegomeni all'analisi del ruolo della spesa sanitaria privata e della sua relazione con la componente pubblica

di Rosella Levaggi e Gilberto Turati

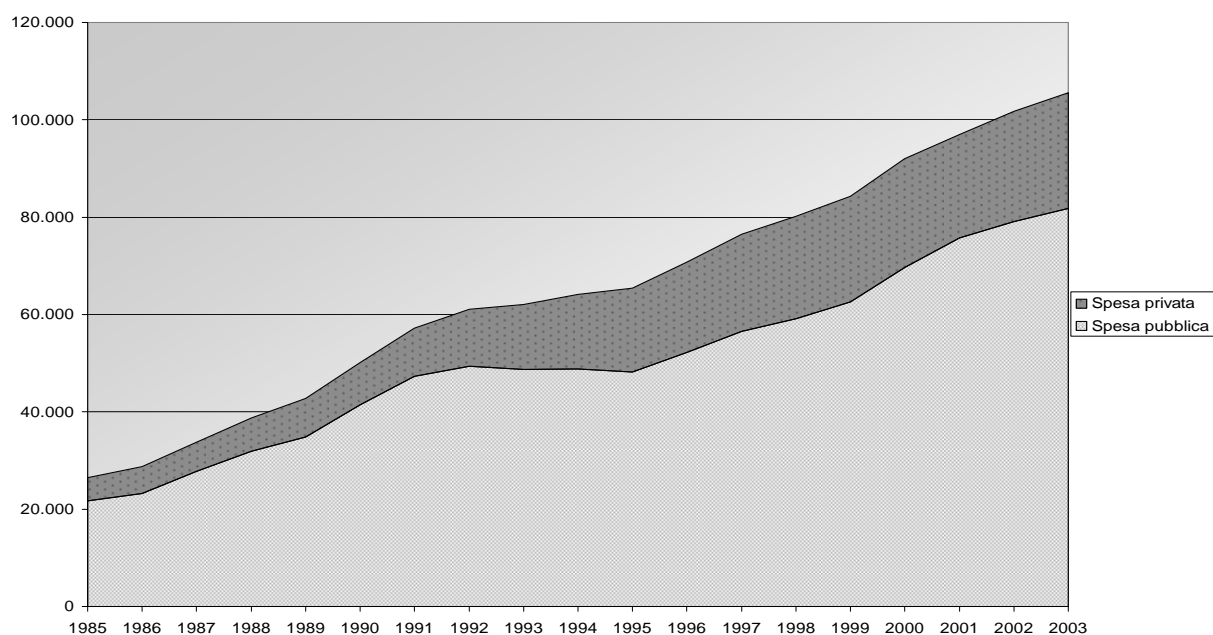
Introduzione

Anche all'interno del gruppo dei paesi più sviluppati esistono delle notevoli differenze per quanto riguarda il livello della spesa sanitaria complessiva, la sua composizione (soprattutto per quanto attiene la ripartizione fra la componente pubblica e quella privata), nonché il finanziamento sia della componente pubblica sia di quella privata. Le differenze principali corrono attraverso le due sponde dell'Atlantico. Gli Stati Uniti, da una parte, hanno un livello di spesa complessiva più elevato di quello di altri paesi occidentali, in particolare dei paesi europei, ed una quota di spesa privata decisamente maggiore sempre rispetto ad altri paesi, finanziata principalmente attraverso l'intervento di assicuratori privati. Da questa parte dell'Atlantico, l'Italia, pur mostrando un livello di spesa pubblica ed un peso della spesa privata in linea con quello registrato in altri paesi europei, finanzia la componente privata della spesa attraverso il reddito dei cittadini; si tratta cioè di spesa *out-of-pocket*.

A fronte di queste differenze nel finanziamento della componente privata, non è un caso quindi che in talune realtà spesa pubblica e privata crescano con un ritmo costante senza nessuna apparente influenza di una variabile sull'altra, mentre in altre realtà la spesa sanitaria mostri un andamento anticiclico asimmetrico: aumenta al diminuire della spesa pubblica, mentre resta invariata quando la spesa pubblica cresce. Questo è il caso per esempio del nostro paese: come si nota dalla Figura 1, la spesa privata è aumentata in occasione del rallentamento della spesa pubblica occorsa nella prima metà degli anni Novanta, ed è rimasta costante (riducendosi in termini relativi) in seguito alla rapida crescita della spesa pubblica che ne è seguita.

* Paper per il 1° sottogruppo "Andamenti della spesa, sostenibilità e modelli di finanziamento" del gruppo di studio di Astrid su "Le politiche sanitarie", coordinato da Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola.

Figura 1. Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata in Italia tra il 1985 ed il 2003 (mln di euro)



Fonte: Caroppo e Turati (2007)

Come spiegare questa asimmetria? In termini generali, ed escludendo l’impatto di variabili politiche¹, per spiegare l’andamento della spesa sanitaria complessiva la letteratura empirica fa riferimento a variabili di domanda e di offerta, che derivano da modelli teorici di riferimento di tipo “macro” che possono essere appunto classificati in modelli *orientati alla domanda* e in modelli *orientati all’offerta*. In quel che segue descriviamo brevemente queste due grandi classi di modelli e offriamo alcune prime riflessioni sulla relazione tra componente pubblica e componente private della spesa sanitaria.

I modelli orientati alla domanda

Questo primo gruppo di modelli cerca di spiegare l’aumento della spesa sanitaria come un fenomeno legato all’aumento della domanda di prestazioni. Il modello più rappresentativo in questa categoria è quello proposto da Gouveia (1995), in cui si assume che la quantità di prestazioni sanitarie che vengono fornite è quella preferita dall’elettore mediano che a sua volta valuta la spesa sulla base della probabilità di ammalarsi e del costo, espresso in termini di maggiori imposte che graveranno sul suo reddito. La verifica empirica del modello non è tuttavia completamente soddisfacente ed inoltre non spiega sufficientemente bene il ruolo della domanda di prestazioni sanitarie verso la sanità privata.

Un secondo modello, interessante per l’approccio proposto, è quello rappresentato dalla “Sindrome di Sisifo”, un eroe greco a cui gli Dei ordinano di spingere una grande roccia in salita. Ma poco prima dell’arrivo sulla cima, la roccia scivola dalle sue mani e deve ricominciare tutto daccapo. Qualcosa di simile accade anche per quanto riguarda l’assistenza sanitaria, nel senso che la spesa genera nuovi bisogni che a loro volta fanno aumentare la spesa. Il processo può essere

¹ La letteratura sulle determinanti della spesa sanitaria ha recentemente mostrato il ruolo, talvolta rilevante, di alcune variabili politiche nell’influenzare l’andamento della spesa, soprattutto per quanto attiene alla componente pubblica. Si vedano per esempio Levaggi e Zanola (2003) e Bordignon e Turati (2009).

descritto in questo modo: la classe politica, sotto la spinta delle richieste dell'elettore mediano decide di destinare maggiori risorse all'acquisto di prestazioni sanitarie. Se questo intervento è efficace, aumenta la sopravvivenza della popolazione, ma un numero maggiore di individui farà aumentare la domanda di prestazioni stesse. Nei paesi in cui l'assistenza sanitaria è finanziata privatamente, questo fenomeno implica che i singoli dovranno aumentare la quota di reddito che destinano a prestazioni sanitarie. Se non sono disposti a farlo, i servizi si ridurranno e si ritorna in equilibrio.

In un sistema di finanziamento pubblico delle prestazioni sanitarie è invece possibile immaginare che il processo non raggiunga un equilibrio e che la spesa continui ad autogenerarsi. Zweifel et al. (2005) stimano per esempio che un euro speso in prestazioni sanitarie causa ancora un aumento di spesa di 0,02 euro un decennio più tardi, proprio a causa della sindrome di Sisifo. Ipotizzando una funzione di decadimento esponenziale, il 68% della spesa è di un certo anno è causato dalla maggiore domanda generata dalla spesa dell'anno prima. Poiché l'elasticità del reddito alla spesa è stimata nell'ordine di grandezza di 1, *coeteris paribus*, la maggior parte dell'aumento osservato della quota di spesa sanitaria sul PIL può essere ricondotto alla Sindrome di Sisifo.

I modelli orientati all'offerta

La spesa sanitaria, sia essa privata o pubblica, scaturisce dall'equilibrio fra domanda e offerta di prestazioni. Questa osservazione è molto importante, soprattutto quando si studia la spesa pubblica. Uno dei motivi per cui i modelli di domanda di spesa non sembrano avere una grossa rilevanza nello spiegare l'andamento della spesa potrebbe essere proprio dato dal fatto che il modello di riferimento è sbagliato: ci si muove cioè nell'ambito di un modello di domanda piuttosto che in un modello di offerta. Nell'ambito delle teorie dell'offerta, le principali spiegazioni teoriche sono offerte dalla teoria di Wagner, dai modelli di burocrazia alla Niskanen, dal modello di Baumol e dal modello che ipotizza una crescita incrementale per la spesa pubblica.

Per legge di Wagner sull'incremento tendenziale della spesa pubblica si intende in primo luogo l'osservazione empirica che lo sviluppo della spesa è maggiore dello sviluppo del reddito nazionale, in quanto esistono servizi la cui domanda cresce più che proporzionalmente al crescere del reddito, ma la cui offerta presenta caratteri super-individuali o pubblici. Negli Stati ad economia pre-industriale, questi servizi erano offerti dalla Chiesa o da associazioni di cittadini senza fini di lucro che facevano leva sulla carità, sulla misericordia, sul filantropismo e sul mutualismo. Lo sviluppo del reddito non solo ha indotto per tali servizi una crescita assai consistente della domanda, ma ha anche spiazzato la struttura privatistica di offerta, implicando quindi l'intervento diretto e sempre più consistente delle strutture pubbliche.

Un secondo modello utilizzato per spiegare l'aumento della spesa sanitaria pubblica è legato all'idea di Baumol, in base alla quale se il prezzo relativo di un certo bene aumenta (a causa di differenze nella produttività di diversi settori) si genera un aumento della spesa a parità di domanda. In altri termini, se il prezzo a cui è valutabile un servizio sanitario è aumentato di più di quanto non sia aumentato il prezzo a cui è valutabile un generico bene privato, il rapporto tra il valore dei servizi sanitari e il valore del generico bene privato aumenta, anche se il rapporto tra servizi sanitari e generico bene privato rimane costante in termini reali.

Fra i modelli sulla burocrazia, quello più famoso è certamente quello proposto da Niskanen. Le scelte pubbliche, concretamente, sono realizzate mediante l'attività della macchina burocratica statale. Questa ultima tuttavia non è neutrale, nel senso che si limita ad eseguire fedelmente i comandi dati dai politici, a loro volta ispirati alla volontà degli elettori. Al contrario, l'esperienza concreta mostra che i burocrati prendono parte attiva al processo decisionale pubblico secondo proprie scale di valori. La classe dei burocrati è in grado di influire pesantemente sulla spesa pubblica, in quanto - in senso lato - condiziona e determina la funzione di produzione del servizio pubblico. Inoltre si può pensare che manifesti una tendenza a sfruttare tale conoscenza per

perseguire propri obiettivi, che non coincidono necessariamente né con quelli dei politici né con quelli degli elettori. In particolare, secondo Niskanen i burocrati tendono ad aumentare il loro potere facendo aumentare la spesa oltre il limite ottimo per l'intera collettività.

Infine, nel caso del “modello incrementale” le decisioni che vengono prese di anno in anno non riguardano l'intera spesa pubblica, ma solo una parte di essa, cioè la *variazione* rispetto all'anno precedente. Questo avviene per diversi motivi: molte decisioni hanno carattere di lungo periodo e non possono essere modificate di volta in volta; inoltre il potere dei burocrati dei vari ministeri fa sì che il livello di spesa raggiunto l'anno prima sia il punto di partenza da cui muoversi per le nuove allocazioni. In tal modo, il bilancio di ogni singolo ministero finirà per essere rappresentato dalla quantità di risorse dell'anno prima moltiplicata per un fattore maggiore di uno. I modelli di offerta sembrano avere una certa rilevanza empirica come dimostrato in Levaggi (2000a, b). In particolare, per l'Italia, l'ipotesi di crescita della spesa secondo un modello incrementale sembra trovare supporto empirico.

Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata: prime riflessioni

I modelli teorici che cercano di spiegare la determinazione del livello di spesa pubblica si sono spesso trovati ad affrontare il problema della compresenza della spesa pubblica e di quella privata. La compresenza viene giustificata in modo diverso ed esiste una discreta letteratura che cerca di studiare l'ottimalità e gli obiettivi dei due sistemi. La maggior parte dei modelli di carattere teorico, qualunque sia la loro natura, assume che la spesa privata rappresenti una *decisione “residuale”*. Per tutto ciò che il pubblico non è disposto a fornire, sia perché esistono degli specifici vincoli di appropriatezza/equità (Levaggi e Levaggi, 2009), sia perché l'elettore mediano non è disposto a spendere di più nella sanità pubblica o per motivi di redistribuzione del reddito, il cittadino si può rivolgere al settore privato sia pagando di volta in volta sia stipulando un contratto di assicurazione privata. Questo approccio tuttavia non riesce a spiegare l'andamento asimmetrico che spesso si osserva nella crescita della spesa privata a cui abbiamo già fatto riferimento all'inizio. Una possibile spiegazione è che le prestazioni sanitarie abbiano uno specifico ciclo vitale sul mercato come gli altri beni di consumo. In una prima fase, vi è una domanda crescente per tali beni e ciò ha un effetto espansivo sull'offerta, sia per le prestazioni del settore pubblico che per quello privato, dal momento che esiste un eccesso di domanda che non riesce ad essere soddisfatto. Infatti, dal punto di vista della fornitura pubblica, il cambiamento nella composizione interna della spesa ha bisogno di tempo per essere operato, mentre sul mercato privato solo poche persone sono in grado di permettersi di pagare il prezzo di tali prestazioni. Al contrario, quando la quantità offerta totale ha raggiunto una proporzione molto alta della spesa totale, vi sono altri bisogni che diventano più importanti e devono essere soddisfatti; un aumento in questa fase della fornitura pubblica provocherebbe una riduzione della spesa privata.

E' chiaro che la distribuzione del reddito all'interno del paese gioca un ruolo cruciale, poiché determina le decisioni di spesa individuali e – quindi – la domanda aggregata di prestazioni. Da questo punto di vista., un aspetto importante per capire il legame tra la spesa sanitaria pubblica e quella privata è certamente il *ruolo* svolto dalla componente privata. Da un lato, tutta la spesa privata potrebbe essere pensata come *topping up* della spesa pubblica. Gli individui in altre parole potrebbero “integrare” la spesa sanitaria pubblica con i loro acquisti privati, rivolgendosi a tali mercati soprattutto per acquistare servizi che lo Stato non fornisce. Un tipico esempio in questo caso è dato dai farmaci non coperti dal SSN o dalle cure odontoiatriche (che sono peraltro due voci consistenti di spesa privata in Italia, sulla base dei dati disponibili; cfr. p.e. Caroppo e Turati, 2007). Dall'altro, tutta la spesa privata potrebbe essere pensata come *opting out* dal servizio pubblico. In questo caso, gli individui potrebbero invece *sostituire* il servizio pubblico con quello fornito dai privati, a causa per esempio di una miglior “qualità” del servizio fornito dal privato. Una tipica

dimensione della qualità, spesso ricordata in letteratura, è la presenza di liste d’attesa nel servizio pubblico, molto spesso assenti nelle agende del privato.

Partendo da questi presupposti, un aumento della spesa pubblica rivolto a migliorare la qualità dei servizi porterebbe quindi ad una riduzione della spesa privata nel caso di *opting out* (perché ridurrebbe il differenziale di qualità), mentre lascerebbe la spesa privata invariata nel caso di *topping up*. Al contrario, un aumento della spesa pubblica teso ad ampliare il tipo di servizi offerti porterebbe ad una riduzione della spesa nel caso di spesa privata di tipo “topping up”, mentre non produrrebbe alcuna variazione nel caso di spesa privata di tipo “opting out”. Ragionamenti analoghi si possono fare nel caso di riduzione della spesa pubblica, con segni ovviamente invertiti. Alla luce di queste riflessioni, il comportamento asimmetrico della spesa privata sembrerebbe compatibile con il caso del “topping up”: quando la spesa pubblica si riduce, si riducono probabilmente i servizi offerti e la spesa privata cresce; quando la spesa pubblica cresce, aumenta la qualità del servizio pubblico e la spesa privata resta invariata. Si tratta di una pista di riflessione interessante, che meriterebbe indagini empiriche appropriate.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Blomqvist, A., and R.A.L. Carter (1997), “Is health care really a luxury?”, *Journal of Health Economics* 16:207-229.

M. Bordignon, G. Turati (2009), Bailing Out Expectations and Public Health Expenditure, *Journal of Health Economics*, vol. 28, n. 2, pp. 305-321.

M. S. Caroppo, G. Turati (2007), I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo, Milano: Vita e Pensiero.

Casasnovas, G.L., and M. Saez (1998), *A Multilevel Analysis on the Determinants of Regional Health Care Expenditure*, University of Pompeu Fabra, Economics Working Papers, no: 572.

Clemente J. and C. Marcuello and A. Montañés and F. Pueyo “On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?”, *Journal of Health Economics* 23 (2004) 589–613.

Gerdtham, U.-G. (1992), “Pooling international health expenditure data”, *Health Economics* 1:217-231.

Gerdtham, U.-G., and B. Jönsson (1991a), “Conversion factor instability in international comparisons of health care expenditure”, *Journal of Health Economics* 10:227-234.

Gerdtham, U.-G., and B. Jönsson (1991b), “Price and quantity in international comparisons of health care expenditure”, *Applied Economics* 23:1519-1528.

Gerdtham, U.-G., J. Sögaard, F. Andersson and B. Jönsson (1992a), “Econometric analysis of health expenditure: a cross-sectional study of the OECD countries”, *Journal of Health Economics* 11:63-84.

Gerdtham, U.-G., J. Sögaard, B. Jönsson and F. Andersson (1992b), “A pooled cross-section analysis of the health expenditure of the OECD countries”.

Gouveia, M. (1996), “The Public Sector and Health Care”, *International Tax and Public Finance* 3:329–349.

Gouveia, M. (1997), “Majority Rule and the Public Provision of Private Goods”, *Public Choice* 93:221–244.

Levaggi, R. (2000), “Health Care Expenditure Across OECD Countries: A Public Choice Approach,” *International Economics* 53:203–219.

Levaggi, R., e R. Levaggi (2009) Levaggi, L and Levaggi, R. (2009) Welfare properties of restrictions to health care services based on cost effectiveness, Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1344408>

Levaggi, R and R Zanola (2003) Flypaper Effect and Sluggishness: Evidence from Regional Health Expenditure in Italy, *International Tax and Public Finance*.

Newhouse, J.P. (1977), “Medical care expenditure: a cross-national survey”, *Journal of Human Resources* 12:115-125.

Parkin, D., A. McGuire and B. Yule (1987), “Aggregate health expenditures and national income: is health care a luxury good?”, *Journal of Health Economics* 6:109-127.

Roberts, J. (1999), “Sensitivity of Elasticity Estimates for OECD Health Care Spending: Analysis of a Dynamic Heterogeneous Data Field”, *Health Economics* 8: 459-472.

Turati, G. (2003), “L'evoluzione della spesa, del finanziamento, dei disavanzi e degli interventi di ripiano nelle gestioni della sanità regionale italiana”, *Politiche Sanitarie*: April-June.

Zweifel, P L. Steinmann and P. Eugster (2005) The Sisyphus Syndrome in Health Revisited *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5 (2), 2005, 127-145