



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

03.2014

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi

Autori

Vincenzo Atella e Joanna Kopinska

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Vincenzo Atella

Introduzione

Negli ultimi venti anni, in tutti i paesi sviluppati si è assistito a una rapida crescita della spesa sanitaria. Le ragioni di tale aumento sono molteplici, ma possono essere riassunte considerando due principali fenomeni contrapposti. Da un lato il sorprendente aumento dell'aspettativa di vita della popolazione (circa un anno in più ogni 4 anni), e dall'altro l'aumento della prevalenza delle malattie croniche che si sono diffuse su scala globale, raffigurandosi in alcuni Paesi e per alcune patologie (ad es. il diabete) come vere e proprie epidemie.

Considerando le dinamiche demografiche in atto, ci si aspetta che questi fenomeni continueranno ad avere notevoli conseguenze per le finanze pubbliche dei vari paesi, anche perché la generazione del baby-boom del dopoguerra sta per approcciare l'età d'intensivo ricorso alle cure sanitarie. Considerando le attuali politiche in essere, per i paesi dell'UE si prevede che questi fenomeni incideranno sulla spesa pubblica "direttamente" legata all'età (pensioni, sanità e assistenza a lungo termine) facendola crescere di 4,1 punti percentuali di PIL tra il 2010 e il 2060, ossia dal 25% al 29% circa del PIL.

La conseguenza di tali fenomeni è avere una popolazione più longeva, ma al tempo stesso più malata e bisognosa di cure, che negli anni sono diventate sicuramente più efficaci, ma anche più costose. E qui entra in gioco un altro importante fattore in grado di spiegare l'aumento della spesa sanitaria, ovvero i prezzi. Se si considera la spesa come il prodotto di "prezzi" per "quantità", è ovvio che un aumento dei primi può far aumentare la spesa come e più delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche.

Il problema dei prezzi dei beni e servizi sanitari è un tema che negli ultimi anni, almeno in Italia, è rimasto in secondo piano rispetto al problema dell'invecchiamento della popolazione. Infatti, dopo anni di forte crescita dei prezzi, dal 2000 le dinamiche sono state molto contenute. In parte, ciò è dovuto al notevole lavoro di contenimento dei prezzi attuato dal regolatore, in particolare sul lato dei farmaci (che sono poi anche quelli più direttamente osservati dal vasto pubblico), ai ritardi negli aggiornamenti nei tariffari da parte del Ministero della Salute, oltre che a un più generale rallentamento della dinamica inflativa in Italia e nell'area Euro.

Monitorare l'andamento dei prezzi nel settore della sanità è quindi importante perché permette di capire se e fino a che punto l'aumento della spesa sanitaria sia legata a fattori "reali" (maggiore domanda di beni e servizi) o a fattori "nominali" (prezzi più elevati). Inoltre, monitorare l'andamento dei prezzi è importante perché permette di misurare in modo adeguato la produzione del sistema di assistenza medica e, quindi, la produttività. Infatti, da un punto di vista di contabilità nazionale, la produzione reale si ottiene dividendo i dati su ricavi e vendite (valori nominali) per un indice di prezzo, permettendo così di ottenere una misura di produzione reale: quanto più affidabile è l'indice dei prezzi, tanto più affidabili saranno le misure derivate.

Tuttavia, esistono non poche difficoltà concettuali, e una serie di caratteristiche istituzionali del settore sanitario, che rendono il calcolo dell'indice dei prezzi dei beni e dei servizi particolarmente difficile e impegnativo.

Pur non essendo questo il luogo dove discutere di questi aspetti metodologici, vale comunque la pena di ricordare che la crescita dei prezzi nel settore della sanità dovrebbe informarci unicamente su come cambia nel tempo la quantità di risorse che bisogna impiegare per l'acquisto di una determinata terapia/intervento (una confezione di aspirina, una visita specialistica, un test diagnostico, un bypass, ecc.). Al contrario, quello che solitamente osserviamo è l'effetto congiunto della crescita dei prezzi e dei cambiamenti in termini di qualità dei beni e servizi sanitari. Ciò rende difficile capire quanto dell'aumento della spesa sia dovuto a miglioramenti in termini di cure e servizi e quanto, invece, deriva da un semplice aspetto inflazionistico. A tal fine, per permettere di capire meglio quali sono i problemi metodologici che affliggono la misura di questi indicatori, viene presentata una rassegna della letteratura che sinteticamente mette in evidenza gli sviluppi teorici e le analisi empiriche condotte negli ultimi anni in questo settore.

Nelle pagine che seguono sono poi presentati i risultati di un'analisi comparativa degli andamenti dei prezzi in sanità in Italia confrontando il loro andamento sia a livello temporale che spaziale (con raffronti sia a livello internazionale che a livello provinciale). Le analisi sono basate su dati ufficiali forniti dall'ISTAT e su dati a livello più disaggregato provenienti dal progetto SiSSI.

I problemi nella misurazione dei prezzi in sanità: una breve rassegna della letteratura

Da un punto di vista puramente teorico, un indice dei prezzi misura il prezzo medio di un insieme di beni e servizi in un dato periodo rispetto al prezzo medio degli stessi beni in un altro periodo.¹ Poiché il prezzo del paniere cambia nel tempo, l'indice varia proporzionalmente. Una variazione del 10% del prezzo di un paniere di beni e servizi sanitari implica un aumento del 10% nel costo di una quantità data di cure mediche per un consumatore medio, anche se all'interno di quel paniere i prezzi di alcuni beni potrebbero essere aumentati e quelli di altri potrebbero essere diminuiti.

Nella costruzione di tali indici si devono affrontare una serie non triviale di problemi metodologici. Il primo passo è di concordare una definizione di "cure mediche" o "servizi sanitari". In altri termini, occorre definire i limiti delle cure mediche: trattiamo le pastiglie per la tosse come medicina o le consideriamo come "caramelle" e, quindi, le escludiamo? Includiamo tra le cure mediche le quote associative della palestra, dal momento che l'esercizio fisico aiuta a prevenire la malattia, o dobbiamo considerarle come spese ricreative e, quindi, escluderle? Una volta che i "confini" sono definiti occorre individuare e raccogliere i dati relativi ai prezzi dei beni e servizi inclusi nel paniere considerato.² Successivamente, occorre procedere ad assegnare dei pesi ai diversi componenti del paniere al fine di poter procedere a sintetizzare le informazioni in un indice. Generalmente i pesi riflettono il relativo importo speso per ciascun prodotto in un certo periodo di riferimento. Nel caso specifico dell'indice dei prezzi dei beni e servizi sanitari, i servizi ospedalieri ricevono un peso maggiore di quello dell'aspirina perché i consumatori spendono più per servizi ospedalieri che per l'aspirina.

Una volta ottenuto in modo corretto un indice di prezzi, vi sono una serie di altri problemi di cui occorre tener conto quando si procede alla lettura e all'interpretazione dei risultati. Interpretazione che può essere particolarmente problematica in presenza di cambiamento tecnologico. Infatti, il primo e più importante aspetto di cui tener conto quando si legge un indice dei prezzi è riuscire a separare gli effetti di "pura inflazione" da quelli di "cambiamenti in termini di qualità dei beni e servizi" inclusi nel paniere. In sanità, più che in ogni altra branca dell'economia, questo problema è particolarmente sentito, poiché negli anni il progresso tecnologico ha cambiato in modo significativo la qualità delle cure mediche, generando non pochi problemi nella misura e interpretazione degli indici. Infatti, un indice dei prezzi è solitamente costruito e può essere facilmente interpretato sotto l'ipotesi che la composizione del paniere non sia variata nel tempo, in modo da fornire un livello costante di soddisfazione (utilità/benessere) per il consumatore. Se queste ipotesi non sono mai rigorosamente vere per qualsiasi insieme di beni e servizi, esse sono particolarmente problematiche quando si misura il settore della salute.

Sebbene concettualmente facile da comprendere, la misurazione degli indici di prezzo è difficile da realizzare.

[1] *Semplificando, la teoria economica insita nella costruzione di un indice di prezzo al consumo suggerisce che il paniere di beni e servizi scelto fornisce un'adeguata misura del livello di "soddisfazione" o di benessere di un consumatore medio.*

[2] *Definire i "confini" delle cure mediche è un'operazione abbastanza complessa, soprattutto in un contesto dinamico come quello degli ultimi anni in cui i cambiamenti tecnologici ridisegnano il modo con il quale i pazienti vengono curati.*

È facile convenire che i trattamenti sanitari applicati nel 1944 a malapena assomigliano a quelli previsti nel 1984 e ancor meno a quelli del 2014. E, cosa ancor più importante, i benefici per la salute di un determinato trattamento possono essere molto diversi negli anni (basti pensare ai differenziali nella sopravvivenza dei malati di tumore 20 anni fa e oggi).

Come ampiamente discusso in Graboyes (1994), il progresso tecnologico può creare diversi problemi nella misurazione dell'indice dei prezzi sanitari e qui di seguito sono riportati alcuni dei principali esempi:

1. Una patologia precedentemente incurabile diventa curabile:

questa situazione cambia lo strumentario delle cure e quindi i beni e servizi che vengono utilizzati. Esistono infiniti esempi che testimoniano la presenza di situazioni di questo genere in sanità. In particolare, avanzamenti nei farmaci (antibiotici, beta-bloccanti, statine, insulina, ecc.) e nelle procedure chirurgiche (trapianti e operazioni di bypass coronarico, protesi, dialisi, ecc.) hanno permesso un allungamento nella speranza di vita e, spesso, anche un miglioramento nella qualità della vita dei pazienti.

2. Un vecchio trattamento è sostituito da uno nuovo: un classico esempio è rappresentato dalle tecniche laparoscopiche, che, usando la fibra ottica e piccole incisioni, hanno largamente sostituito la chirurgia tradizionale in molte aree, riducendo a soli pochi giorni la degenza ospedaliera con un minor numero di complicanze post-operatorie, meno dolore e una convalescenza più breve. Inoltre, alcuni pazienti per i quali l'intervento chirurgico tradizionale è troppo rischioso possono tranquillamente essere operati con queste nuove tecniche.

3. Politiche di prevenzione per evitare malattie costose: l'esempio classico (ma non il solo) sono i vaccini contro la poliomielite, il vaiolo e altre malattie, che hanno fornito mezzi relativamente poco costosi per sradicare malattie che, se contratte, imporrebbero costi enormi all'intero sistema di sicurezza sociale.

4. Riduzione di input necessari a parità di trattamento: un esempio valido è quello della tele-medicina che permette di monitorare alcuni parametri vitali lontano dall'ospedale, riducendo la necessità di risorse ospedaliere.

5. Processi di "learning-by-doing": le nuove procedure chirurgiche richiedono tempi di apprendimento che possono incidere in modo notevole sui costi delle operazioni e sui risultati finali. Un esempio sono i bypass coronarici o gli stent.

Il progresso tecnologico è una delle principali cause che crea distorsioni nella misura degli indici di prezzo e, quindi, nel calcolo dell'inflazione.

A questi problemi, legati al ruolo che il progresso tecnologico può avere sulla composizione del paniere che definisce le cure in sanità, si aggiungono quelli della qualità delle cure stesse. In altri termini si possono avere situazioni in cui le procedure non cambiano, ma gli esiti sanitari sono notevolmente migliorati. Cambiamenti di qualità come questi complicano la costruzione e l'interpretazione degli indici di prezzo in sanità.

Da un punto di vista empirico numerosi studi hanno evidenziato come gli indici di prezzo per la salute siano spesso distorti, dal momento che non sono in grado di tenere conto del progresso tecnologico, dei miglioramenti di qualità dei beni e servizi sanitari e, infine, dei cambiamenti nelle prevalenze di alcune condizioni patologiche. Infatti, la sanità è un campo dove la comparsa dei nuovi trattamenti, procedure o medicinali è costante. Il paragone di quantità e prezzi da un anno all'altro diventa spesso difficile, soprattutto perché alcuni beni e servizi vengono ampliati, modificati in parte, spariscono del tutto o sono sostituiti da altri nuovi.

Una valutazione temporale dei prezzi della sanità deve, quindi, far fronte a delle complessità metodologiche, dove la costante evoluzione nel campo medico-farmaceutico esclude la possibilità di considerare un paniere fisso di beni e servizi. Infatti, una sovrastima del tasso di crescita dell'indice di prezzi implica una sottostima di cura che i pazienti ricevono effettivamente. Pertanto, la complessità metodologica non riguarda esclusivamente un problema puramente statistico, ma anche concettuale, riguardo alla definizione di utilità e di *output* sanitario.

Infatti, nel campo della sanità la determinazione dell'*output* non è così immediata, come per altri settori. Nella sanità, l'*output* dovrebbe essere visto come una complessiva fornitura di cure per una patologia, prodotta dall'insieme di vari *input* come visite, accertamenti, farmaci o interventi medici. Invece, sono gli *input* medici che per gli scopi statistici, vengono visti come *output*, e la connessione tra essi in chiave della finalità con la quale vengono usati (cura della patologia) non viene minimamente considerata. Alla luce dei cambiamenti e degli sviluppi tecnologici nel campo della medicina e della farmacologia, un semplice intervento chirurgico fatto a distanza di un decennio, trattato apparentemente come lo stesso trattamento, sarà indubbiamente svolto con tecniche e apparecchiature più avanzate, motivo per il quale il prezzo di tale intervento dovrebbe aumentare, data la qualità maggiore offerta. Quindi, il semplice fatto che il prezzo di un bene o un servizio sanitario sia cresciuto nel tempo non è pienamente informativo se, contemporaneamente, in termini di benessere questo cambiamento è vantaggioso o svantaggioso per gli assistiti.

I cambiamenti nella qualità delle cure rappresentano un altro problema per la corretta misura e interpretazione degli indici di prezzo.

I nuovi studi concordano nell'affermare che la strategia giusta sia quella di calcolare indici per patologia, dove la cura è considerata come *output*. Bradley (2013) riporta una rassegna della letteratura sul tema del calcolo degli indici di prezzi della salute relativi alle patologie. Scitovsky (1967) è stata la prima ad analizzare le differenze esistenti tra l'indice di prezzi basato sul "prezzo" di una patologia, chiamato anche *hedonic price*, e l'indice di prezzo di singoli servizi sanitari (il cui mix serve per curare una patologia). Il suo approccio innovativo si basava sulla misurazione dei costi di cura di precisi episodi di malattie tra il 1951 e il 1965. Dopo un'accurata analisi, l'autrice mostra come i prezzi dei singoli *input* sanitari raccolti dagli uffici statistici, relativi alle visite mediche, ai posti letto, piuttosto che ai farmaci, non riflettano un "vero" incremento dei prezzi sanitari. Scitovsky, infatti, analizza i prezzi di interi episodi di trattamento specifici a determinate malattie, valutando anche qualità e *outcome* delle cure. L'autrice mostra come questo approccio porti a un indice di prezzi molto più alto rispetto ai prezzi degli *input* singolarmente associati ai trattamenti analizzati. Questo lavoro è stato fondamentale per le valutazioni delle politiche sanitarie pubbliche, avendo sottolineato l'importanza di riflettere il ruolo che lo sviluppo tecnologico, le innovazioni e un diverso mix di *input* impiegati alla produzione di un bene o servizio sanitario potevano avere sugli indici di prezzo aggregati in sanità.

Numerosi studi hanno poi offerto analisi complementari. Shapiro e Wilcox (1996), Berndt et al. (1996, 2001, 2002) e Cutler et al. (1998) si focalizzano sui trattamenti legati a particolari patologie (cataratta, malattie mentali e attacco al cuore, rispettivamente) e, in modo indipendente, arrivano alla conclusione che gli indici di prezzo relativi ai servizi sanitari non incorporano numerosi fattori che influenzano il costo globale del trattamento, come per esempio più efficienti servizi delle strutture *out-patient* rispetto ai ricoveri in ospedale, nuove tipologie di farmaci al posto di visite specialistiche o, infine, i miglioramenti nell'aspettativa di vita nel caso degli infarti.

Infatti, tali approcci permettono di capire quale parte dell'incremento globale dei prezzi della sanità sia imputabile al progresso tecnologico o a miglioramenti della qualità, quale deriva dal cambiamento della natura della patologia stessa e quale, infine, è legata alla pura inflazione. Il più importante e metodologicamente implementabile è l'approccio di Cutler et al. (1998). Gli autori esaminano gli episodi di trattamento di infarto cardiaco in relazione agli *outcomes* sanitari, che nel caso specifico sono rappresentati dal tasso di mortalità per infarto. Questo studio mostra come il classico indice dei prezzi nella sanità non riflette gli avanzamenti in termini di maggior tasso di sopravvivenza dopo un episodio di infarto, indicativo di maggiore qualità, quindi un vero surplus del consumatore.

Gli indici di prezzo per i beni e servizi sanitari non incorporano numerosi fattori che influenzano il costo globale del trattamento.

Gli autori concludono affermando che nel caso dei ricoveri per infarto gli indici di prezzi della salute sopravvalutano il modo in cui l'aumento dei prezzi abbia inciso sul benessere dei pazienti se non si tiene conto dei miglioramenti in termini di qualità delle cure.

Gli indici di prezzo possono essere creati per diverse classificazioni delle patologie, non solo per singola patologia. Come evidenziato da Bradley (2013), esistono diversi studi che hanno cercato di elaborare tali indici. Il primo è quello di Song et al. (2009), in cui partendo dai dati di assicurazioni mediche negli USA si trovano differenze tra l'indice dei prezzi al consumo per la sanità e quello specifico per patologia, ma tali differenze non sono statisticamente significative. D'altro canto, usando i dati MEPS, Bradley et al. (2010) hanno mostrato come l'indice dei prezzi al consumo della sanità sovrastimi del 36% la "vera" inflazione rispetto all'indice elaborato per classi di patologie. Questa marcata differenza non viene, invece, confermata negli studi di Aizcorbe et al. (2010, 2011), dove la sovrastima dell'indice dei prezzi al consumo della sanità rispetto all'indice calcolato dagli autori per singoli eventi di accesso alla medicina di base, ricoveri e pronto soccorso ammonta solo al 2,6% in Aizcorbe et al. (2010) e all'1% in Aizcorbe et al. (2011). Un simile risultato viene confermato da Bradley (2013), con una sovrastima analoga pari all'1%. Inoltre, gli autori concludono che la maggior parte del *bias* evidenziato in Bradley et al. (2010) è spiegato dall'aumento della prevalenza di alcune patologie (come diabete, ipercolesterolemia o ipertensione).

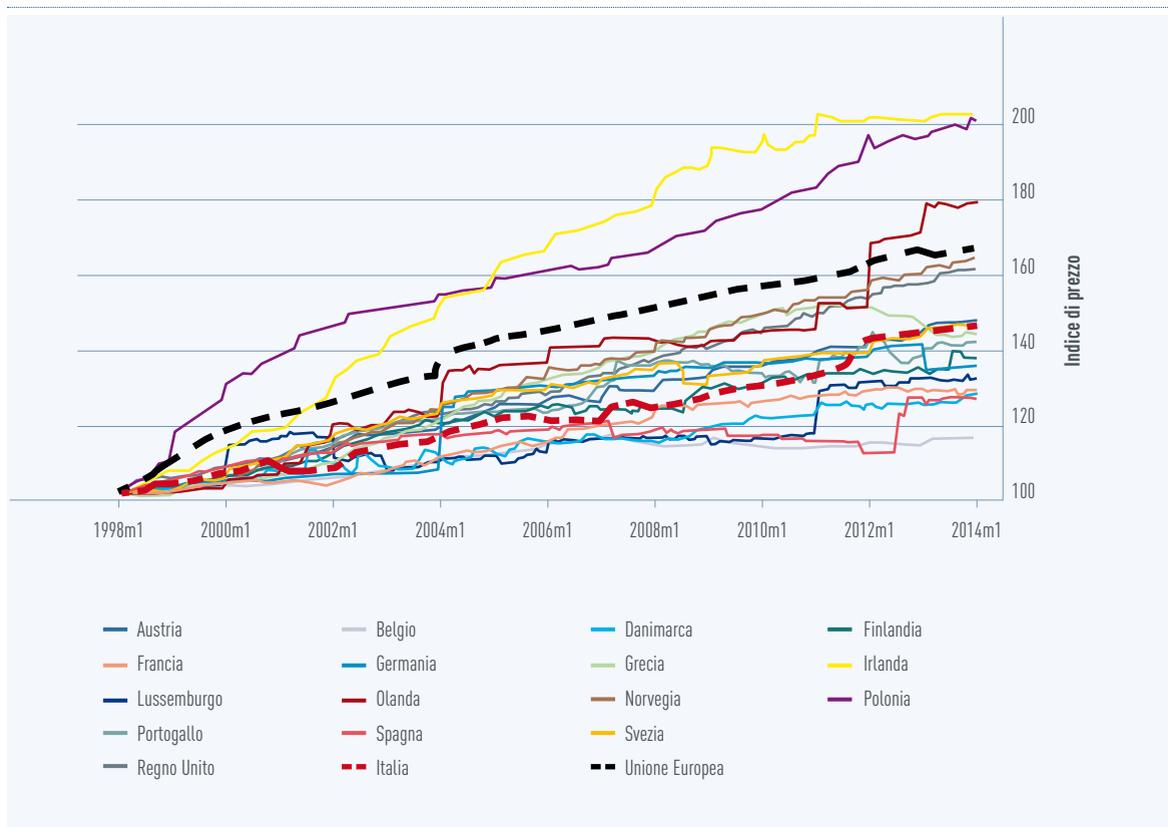
Infine, la selezione della dimensione rispetto alla quale combinare vari *input* in un mix relativo a un'unità di cura occupa un ruolo importante. La raffinatezza della classificazione delle patologie o degli eventi dipende dalla disponibilità dei dati, dove il maggior grado di disaggregazione (come nella classificazione ICD-10) pone un *trade-off* tra l'omogeneità all'interno del gruppo di patologie e la varianza della media campionaria di ogni gruppo. Più si scende in dettaglio nella classificazione, più si rischia di incorrere in categorie di malattie sottorappresentate. Inoltre, dal punto di vista metodologico, come suggeriscono Thorpe et al. (2004) e Bradley (2013), alcuni *input* servono molteplici scopi (ad esempio le visite dei medici di medicina generale, oppure i trattamenti delle comorbidità, che collegano tra loro vari episodi o patologie), e quando se ne tiene conto per la valutazione dei costi occorre riflettere su come distribuirli per evitare il fenomeno del *double-counting*.

Gli indici di prezzo possono essere creati per diverse classificazioni delle patologie, non solo per singola patologia.

L'evoluzione dei prezzi dei beni e servizi sanitari: alcuni confronti internazionali

Utilizzando i dati di provenienza EUROSTAT, in questo paragrafo vengono presentati i risultati di un'analisi comparativa sull'andamento dei prezzi in sanità in diversi paesi a partire dal 1995, primo anno per cui sono disponibili dati omogenei e comparabili. Nella *Figura 1* è riportato l'andamento dell'indice dei prezzi al consumo armonizzato (HCPI) per servizi sanitari e cura della persona, per un gruppo di paesi (con 1998 come anno base).

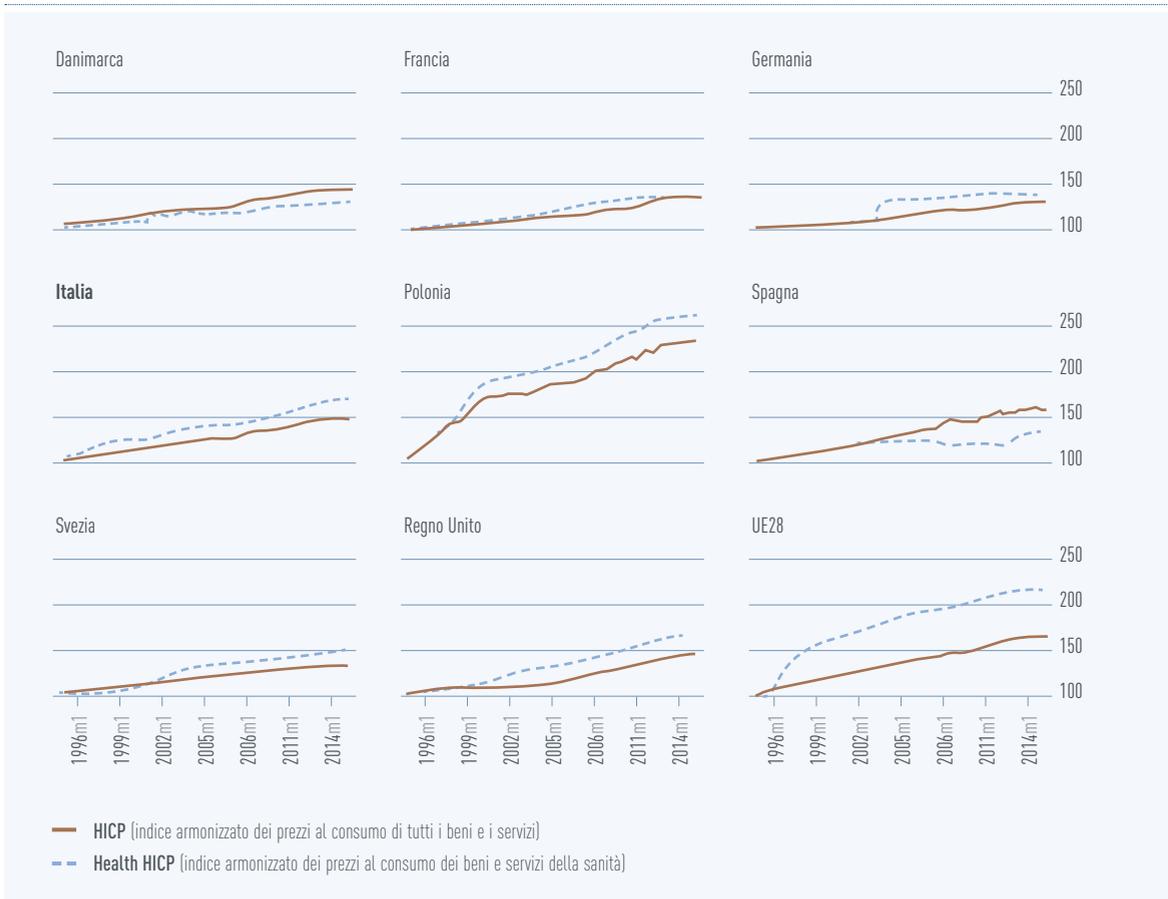
Figura 1. Indice di prezzi al consumo per beni e servizi sanitari nell'UE.



Fonte: elaborazione Fondazione Farmafactoring su dati Eurostat

Osservando il grafico possiamo notare come l'andamento dei prezzi dei beni sanitari sia stato molto diverso tra i vari paesi considerati, con l'Italia che ha presentato una dinamica non certo tra le più sostenute tra i paesi dell'UE. Come è possibile vedere, nei quasi 20 anni riportati sul grafico i prezzi sono aumentati da un minimo di meno del 20% in Belgio ad un massimo di oltre il 200% in Irlanda e Polonia, con l'Italia che presenta un aumento di poco superiore al 40% e una media UE di poco superiore al 60%. Paesi come Germania, Francia e Spagna, più simili come struttura al nostro paese, mostrano tassi di crescita inferiori.

Figura 2. Confronto tra "indici dei prezzi per la salute" e "indice generale dei prezzi al consumo" in diversi paesi dell'UE



Come già ricordato nell'introduzione, i prezzi nel settore sanitario sono aumentati in modo maggiore rispetto all'indice generale dei prezzi. Tali differenziali sono stati molto più marcati negli anni '70, '80 e '90 rispetto agli anni più recenti. Purtroppo, ricostruire le serie storiche dei prezzi e documentare tali differenziali per un periodo così lungo e per tanti paesi non è un lavoro né semplice, né facile. Una rapida crescita dei prezzi della sanità rispetto all'inflazione media è comunque un fenomeno ampiamente documentato nelle economie sviluppate, come ad esempio è evidenziato da Erixon e Van Der Marel (2011).

Nella *Figura 2* sono riportati per diversi Paesi e per l'aggregato UE28 l'andamento degli indici di prezzo dei beni e servizi sanitari e quello dell'indice generale dei prezzi. Come si può vedere, in tutti i paesi, eccetto la Spagna, la crescita dei prezzi nel settore sanitario è stata maggiore della crescita dell'indice generale dei prezzi, con valori tra il 20 ed il 50% superiori. Ovviamente, per tutti i motivi riportati nel precedente paragrafo non è possibile concludere che il benessere dei cittadini europei si sia ridotto a causa di tali dinamiche, in quanto tali andamenti non scontano le variazioni in termini di maggiore qualità che i servizi sanitari hanno ottenuto nell'arco degli ultimi 20 anni.

In 20 anni i prezzi sono aumentati da poco meno del 20% in Belgio ad un massimo di oltre il 200% in Irlanda e Polonia, con l'Italia che presenta un aumento di poco superiore al 40% e una media UE di poco superiore al 60%.

Figura 3. Spesa ospedaliera per ricovero (corretta per PPP) - 2011



Fonte: Squires (2014)

Da un punto di vista di confronti internazionali, un altro aspetto molto interessante da evidenziare è che i livelli dei prezzi in sanità sono molto diversi tra i singoli paesi, anche in quei casi in cui ci si riferisce a beni commerciabili (farmaci) e non solo a servizi (visite mediche). A dimostrazione di ciò, uno studio condotto da Squires (2014) in alcuni paesi OCSE mostra chiaramente quanto questi prezzi possano essere tra di loro diversi, secondo il tipo di sistema sanitario adottato in quel paese. Se ci soffermiamo sui prezzi di un ricovero ospedaliero medio, la *Figura 3* mostra quanto questi siano più alti negli Stati Uniti rispetto ad altri Paesi. Secondo un'analisi condotta da Anderson e Markovich (2010) su dati IMS Health, i prezzi dei 30 farmaci più comunemente prescritti negli USA sono più alti di un terzo rispetto al Canada e Germania, e sono più del doppio rispetto ai prezzi praticati in Australia, Francia, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, e il Regno Unito. In particolare, i prezzi per i farmaci generici sono più bassi negli Stati Uniti, mentre i prezzi per i farmaci di marca sono molto più alti.

A livello internazionale i livelli dei prezzi in sanità sono molto diversi tra i singoli paesi, anche in quei casi in cui ci si riferisce a beni commerciabili (farmaci) e non solo ai servizi (visite mediche).

Tabella 1. Prezzi di farmaci e visite mediche in alcuni paesi OCSE

	Prezzi per i 30 medicinali più frequentemente prescritti, 2006-2007 (rispetto a USA, fissato a 1)			Compenso del medico per visite ambulatoriali, 2008		Compenso del medico ortopedico per impianto protesi d'anca, 2008b,c	
	<i>Di marca</i>	<i>Generici</i>	<i>Totale</i>	<i>Pubblico</i>	<i>Privato</i>	<i>Pubblico</i>	<i>Privato</i>
Australia	0.40	2.57	0.49	\$34	\$45	\$1,046	\$1,251
Canada	0.64	1.78	0.77	\$59	-	\$652	-
Francia	0.32	2.85	0.44	\$32	\$34	\$674	\$1,340
Germania	0.43	3.99	0.76	\$46	\$104	\$1,251	-
Olanda	0.39	1.96	0.45	-	-	-	-
Nuova Zelanda	0.33	0.90	0.34	-	-	-	-
Svizzera	0.51	3.11	0.63	-	-	-	-
Regno Unito	0.46	1.75	0.51	\$66	\$129	\$1,181	\$2,160
Stati Uniti	1.00	1.00	1.00	\$60	\$133	\$1,634	\$3,996
Mediana (paesi analizzati)	0.43	1.96	0.51	\$53	\$104	\$1,114	\$2,052

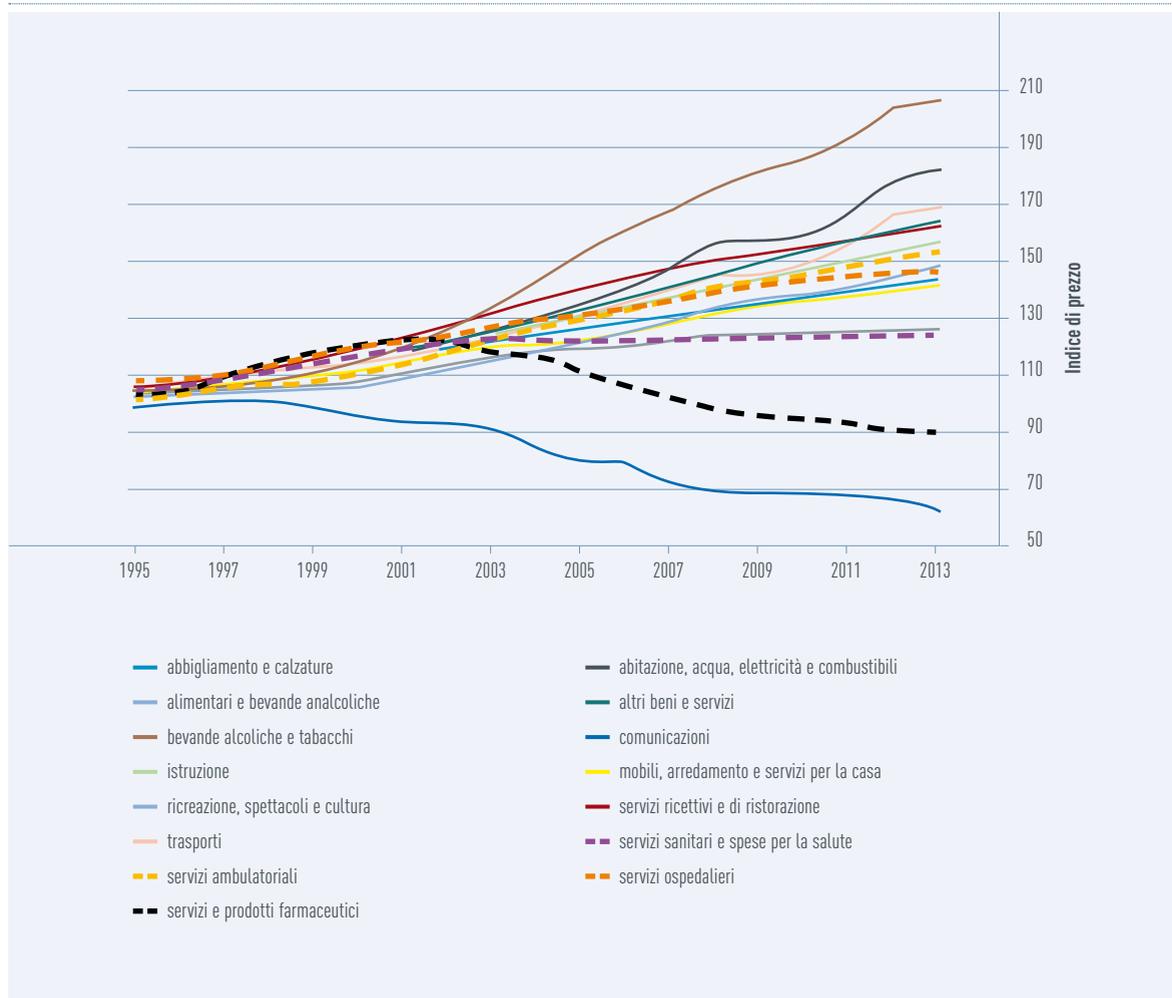
Fonte: Squires (2012)

La spesa per i servizi medici rappresenta una componente ancora più importante di quella dei farmaci. Secondo Laugesen e Glied (2011) i medici di base che operano negli Stati Uniti ricevono generalmente compensi più alti per visite ambulatoriali e i medici ortopedici ricevono compensi più alti per protesi d'anca rispetto ai loro colleghi che lavorano in Australia, Canada, Francia, Germania e Regno Unito (*vedi Tabella 1*). Questo determina anche che il reddito medio dei medici di base e degli ortopedici negli Stati Uniti risultino particolarmente più elevati di quelli dei colleghi di altri Paesi.

Inoltre, cosa più importante, queste poche evidenze fanno capire come i prezzi giochino un ruolo importante sia nella dinamica, che nei livelli della spesa sanitaria, determinandone la sostenibilità economico-finanziaria al pari di altre forze quali l'invecchiamento della popolazione e il progresso tecnologico (che a sua volta è strettamente legato al livello dei prezzi).

I medici di base e gli ortopedici che operano negli Stati Uniti ricevono generalmente compensi più alti per visite ambulatoriali e per protesi d'anca rispetto a colleghi che lavorano in altri paesi.

Figura 4. Indice di prezzi al consumo per categoria di consumo in Italia



Fonte: elaborazione Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT

I prezzi dei servizi sanitari in Italia: un confronto con le altre categorie di beni.

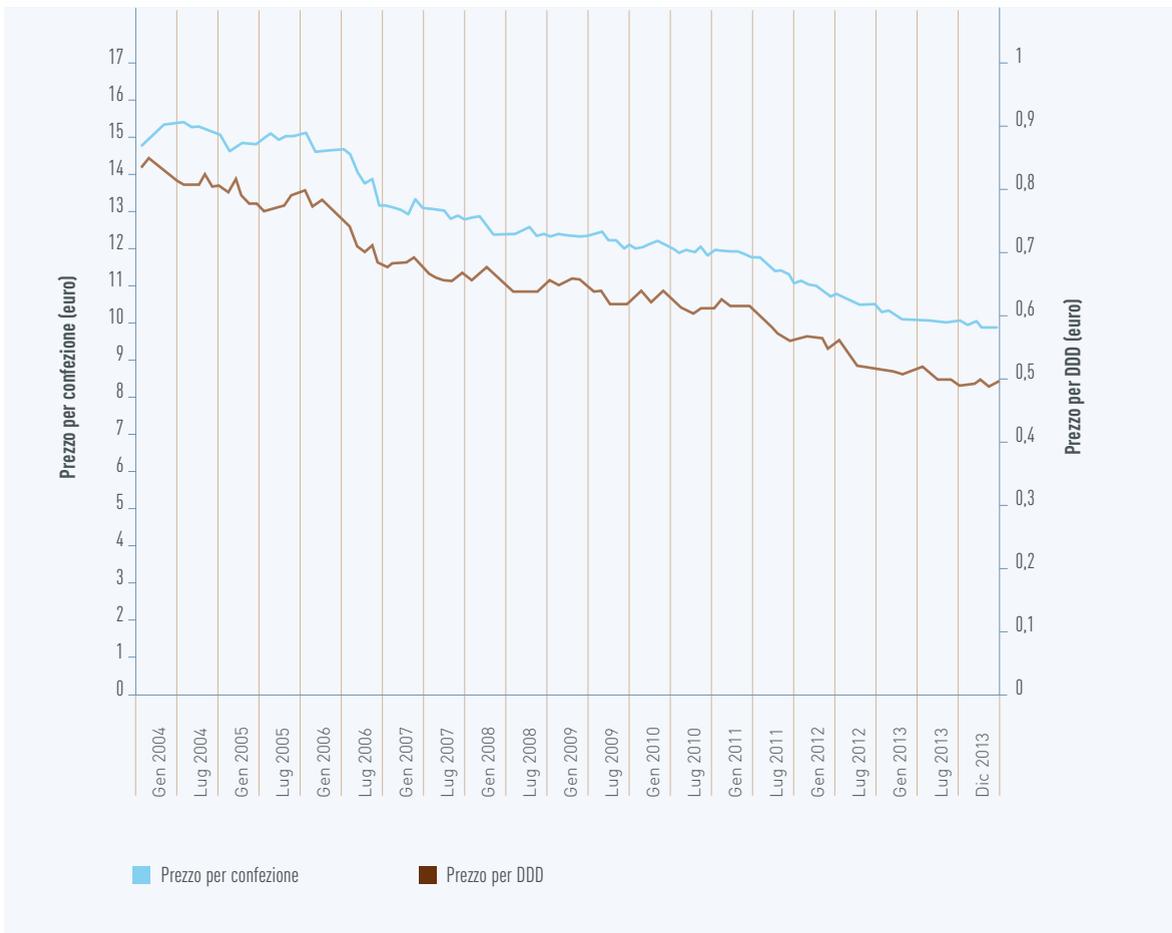
Nei precedenti paragrafi abbiamo visto che la dinamica dei prezzi della sanità è stata sempre superiore a quella dell'indice generale dei prezzi. Tuttavia, se guardiamo a quanto è accaduto in Italia negli ultimi venti anni circa, possiamo vedere che categorie quali le bevande alcoliche e i tabacchi, le spese per l'abitazione, l'acqua, l'elettricità e i combustibili hanno avuto una dinamica maggiore di quella della categoria dei beni e servizi per la salute (vedi Figura 4).

Andando a disaggregare le diverse componenti del settore sanità vediamo anche che i servizi ospedalieri e quelli ambulatoriali sono stati quelli con il tasso di crescita più elevato, con un differenziale rispetto al 1995 di circa il 50%. Al contrario, nello stesso periodo, i farmaci hanno mostrato una flessione notevole con un -25% circa, concentrata interamente a partire dal 2003. Questo andamento decrescente è confermato anche dagli indici di prezzo calcolati dall'OSMED (2014) nell'ambito del Rapporto nazionale sull'uso dei farmaci in Italia, che offre una misura più accurata e disaggregata della dinamica dei prezzi dei farmaci. A tal proposito, la *Figura 5* mostra "l'andamento del prezzo medio ponderato per confezione e del prezzo medio ponderato per DDD per i farmaci di classe A-SSN nel periodo che va da gennaio 2004 a dicembre 2013. La serie storica mostra un andamento discendente di entrambi i prezzi, soprattutto a partire dagli anni 2004-2005 e 2011-2012. Tale riduzione è stata determinata essenzialmente dalle manovre di riduzione dei prezzi messe in atto a livello nazionale a partire dal 2004 e dagli effetti economici della Determinazione 8 aprile 2011; tali misure hanno operato una riduzione dei prezzi di riferimento dei medicinali inseriti nelle liste di trasparenza sulla base del confronto dei prezzi dei medicinali equivalenti in Italia, rispetto a quelli delle stesse confezioni commercializzate in Germania, UK, Francia e Spagna. La *Figura 6* mostra, invece, l'andamento del prezzo medio ponderato per confezione e per DDD per i farmaci di classe C con ricetta nel periodo 2004-2013. Osservando i dati mensili della serie storica, l'andamento dei due indici mostra una crescita regolare, che passa dai 9,8 euro per confezione (e 0,6 euro per DDD) del 2004 agli 11,8 euro per confezione (e 0,7 euro per DDD) del 2013, con un aumento in dieci anni del +20,4% (e +16,6% del prezzo per DDD). Infine, nella *Figura 7* viene mostrato l'andamento del prezzo medio ponderato per confezione e per DDD dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche nel periodo 2006-2013. L'andamento dei prezzi medi risulta crescente dal 2006 fino al 2010, mentre dal 2011 al 2012 si evidenzia una stabilizzazione; nel 2013 si registra nuovamente un incremento del +14,1% e +19,1% rispettivamente nel prezzo per confezione e per DDD. In analogia a quanto precedentemente sottolineato al termine della sezione 5.4, anche nel caso della serie storica dei prezzi medi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è opportuno evidenziare che l'andamento dei prezzi dei medicinali acquistati dalle strutture

I servizi ospedalieri e quelli ambulatoriali hanno registrato i tassi di crescita più elevati, con un differenziale rispetto al 1995 di circa il 50%.

sanitarie pubbliche risulta fortemente influenzato sia dalle procedure di acquisto delle strutture stesse, che dal prezzo medio del mix di specialità medicinali di volta in volta acquistate.” (OSMED, 2014, p. 306-7).

Figura 5. Andamento 2004-2013 del prezzo medio per i farmaci di classe A-SSN in regime di assistenza convenzionata

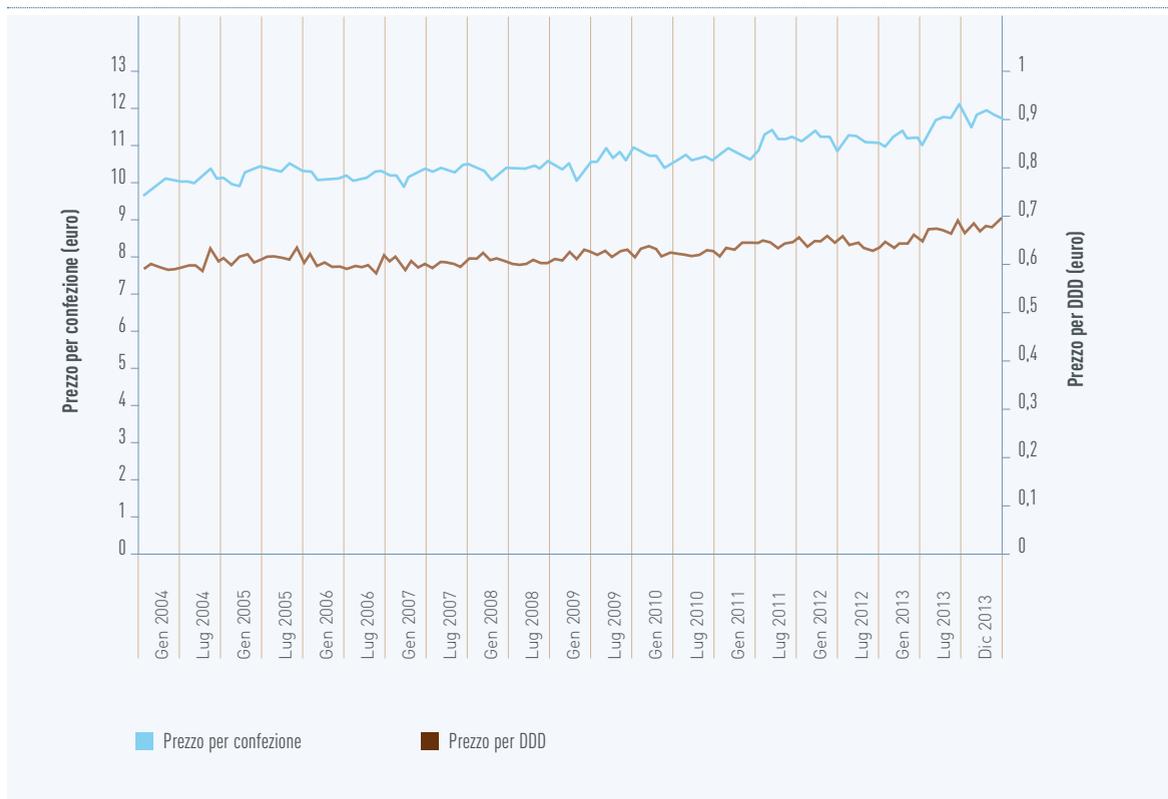


Fonte: Rapporto OSMED (2014)

I prezzi dei servizi sanitari in Italia: un'analisi territoriale.

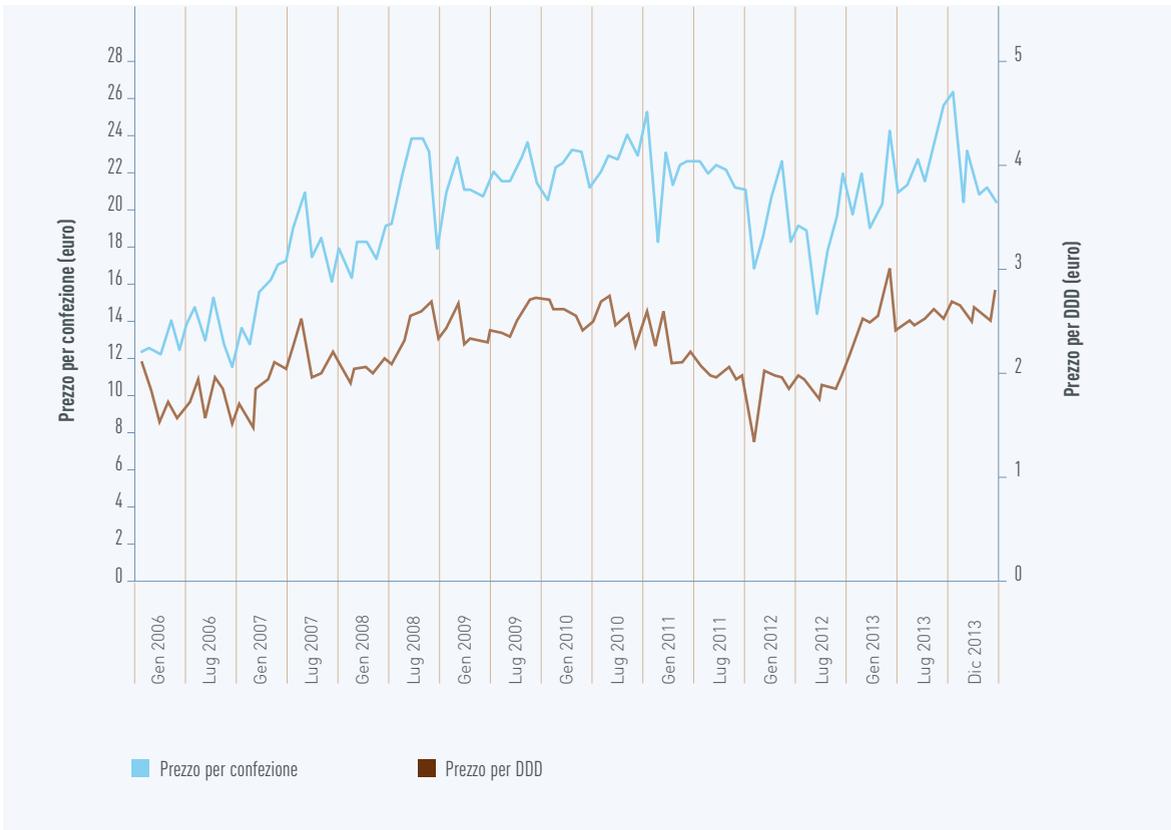
Sebbene l'Italia sia un paese in cui il servizio sanitario nazionale garantisce, nei fatti, una disponibilità omogenea di beni e servizi a livello territoriale, è interessante notare come la dinamica dei prezzi negli ultimi 15 anni sia stata invece sostanzialmente diversa, con scostamenti a volte rilevanti rispetto alla media nazionale (vedi [Figura 8](#)). Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Friuli, Piemonte e Trentino sono le regioni che hanno registrato i maggiori aumenti. Gli aumenti più moderati si osservano, invece, nelle regioni meridionali. Inoltre, si nota anche che i differenziali di prezzo tra le varie regioni sono aumentati a partire dall'anno 2005, ovvero da quando la dinamica dei prezzi è rallentata.

Figura 6. Andamento 2004-2013 del prezzo medio per i farmaci territoriali di classe C con ricetta



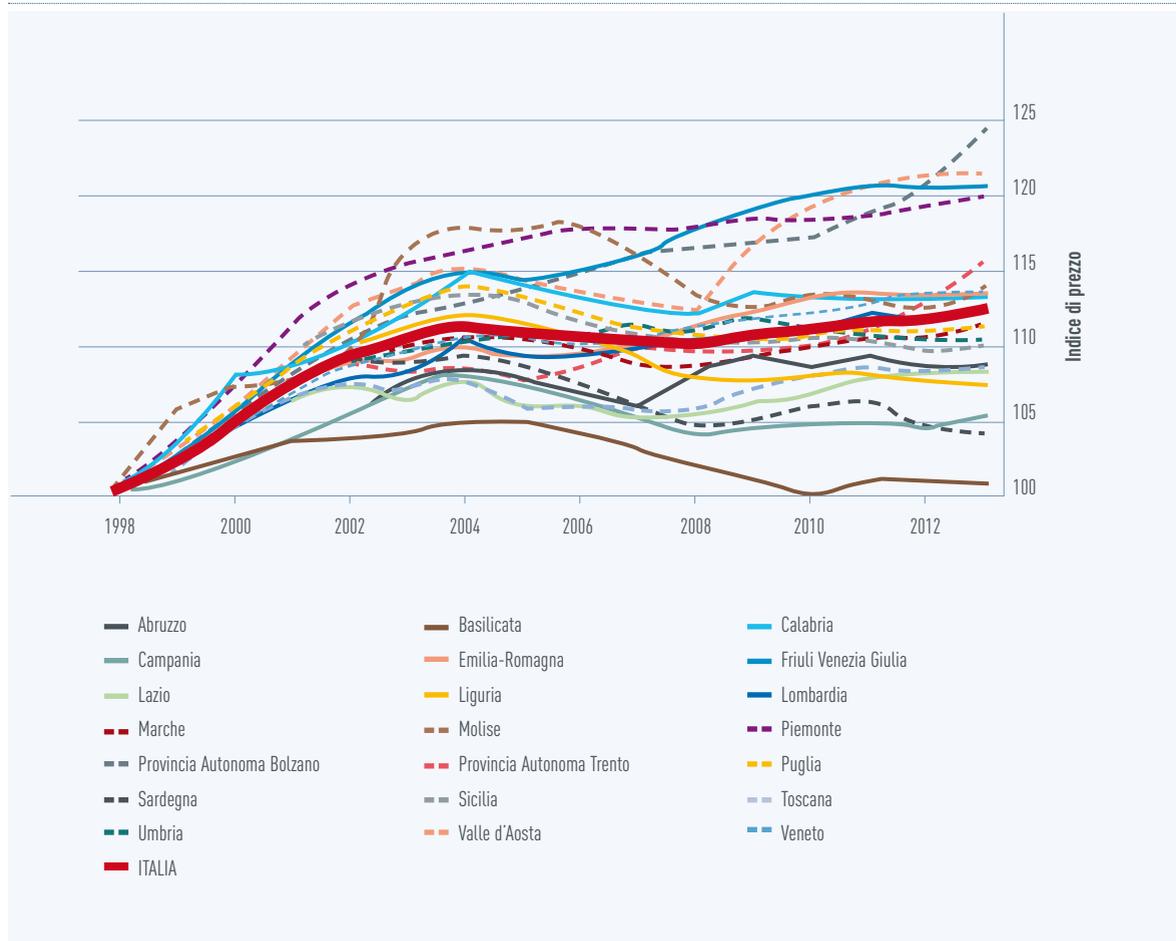
Fonte: Rapporto OSMED (2014)

Figura 7. Andamento 2006-2013 del prezzo medio per i farmaci acquistati dalle Strutture Sanitarie Pubbliche



Fonte: Rapporto OSMED (2014)

Figura 8. Andamento dell'indice di prezzi al consumo per servizi sanitari e spese per la salute nelle regioni Italiane



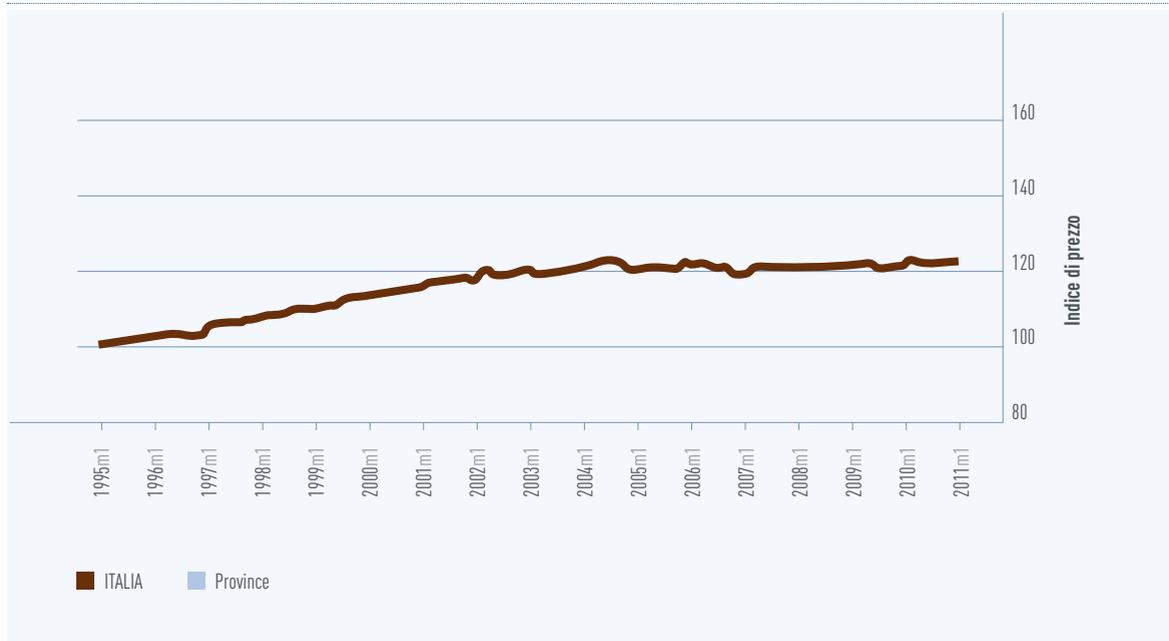
Fonte: elaborazione Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT

Possiamo notare come per le due province autonome di Bolzano e di Trento, come per la Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Piemonte, l'aumento cumulato dei prezzi per beni e servizi sanitari è stato nel *range* del 20% rispetto all'anno 1998. La fascia di altre regioni che si trovano al di sopra della media italiana è occupata da Veneto, Molise, Emilia Romagna e Calabria. Immediatamente sotto al 13% si collocano regioni come Lombardia, Puglia, Marche, Umbria e Sicilia, seguite dalla Toscana, Abruzzo, Lazio e Liguria. Infine, le regioni che nel periodo 1998-2013 hanno visto minor aumento dei prezzi per servizi sanitari e salute sono le regioni del Sud, come Basilicata, Campania, Sardegna.

La variabilità aumenta notevolmente se ai dati regionali si sostituiscono gli indici di prezzo provinciali. La *Figura 9* offre una rappresentazione grafica del fenomeno a livello provinciale. Sorprendentemente, si può vedere come l'andamento di tali indici tra le province italiane sia molto eterogeneo: rispetto all'anno 1995 in alcune province l'aumento ha sfiorato il 50%, mentre in altre si è verificata una diminuzione del 10%. In parte tale divario può dipendere dalla composizione dei servizi offerti e dalla qualità degli stessi.

Sebbene l'Italia sia un paese in cui il SSN garantisce, nei fatti, una disponibilità omogenea di beni e servizi a livello territoriale, la dinamica dei prezzi tra le province è stata sostanzialmente diversa.

Figura 9. Andamento dell'indice di prezzi al consumo per servizi sanitari e spese per la salute nelle province Italiane



Fonte: elaborazione Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT

Mentre alla fine del 2010 l'incremento medio cumulato degli indici di prezzo a livello provinciale raggiungeva il 22%, per la provincia di Sassari tale indice era ai livelli minimi (riduzione del 4,5%), mentre per la provincia di Pordenone raggiungeva i livelli massimi (+54%). Nel complesso, circa la metà delle province ha visto un incremento dei prezzi dei beni e servizi sanitari maggiore della media delle province, e l'altra metà minore. Inoltre, la distribuzione dell'indice dei prezzi al consumo al fine del 2010 segue una distribuzione pressoché normale. Un quarto delle province ha subito un aumento dei prezzi della salute minore del 16%, metà delle province ha visto un aumento dei prezzi inferiore al 22%, tre quarti non hanno superato il 28%, mentre il 90% delle province ha subito un aumento dei prezzi inferiore a 33%.

Conclusioni

Le evidenze portate in questo quaderno indicano chiaramente come i prezzi, al pari di altre determinanti, possono incidere in modo sostanziale sulla spesa sanitaria e sulla sua sostenibilità futura. Tuttavia, negli ultimi anni l'attenzione da parte dei *policy makers* si è allontanata dai prezzi e si è spostata principalmente su fattori quali la tecnologia e l'invecchiamento della popolazione. Relativamente all'Italia e all'Europa questa ridotta attenzione sui prezzi è in parte dovuta ad una costante e continua attività di regolamentazione di molti prezzi del settore sanitario (che è pagato in modo preminente da sistemi sanitari pubblici) che ha permesso di avere dinamiche molto più contenute che in passato (soprattutto per i farmaci). In paesi dove il servizio sanitario pubblico è meno presente, il problema della dinamica dei prezzi è molto più sentito, come dimostrano i dati di confronto con gli USA.

Ovviamente, le dinamiche dei prezzi nascondono una serie di fenomeni che non sempre sono di natura puramente inflattiva, ma al contrario incorporano variazioni in termini di qualità dei beni e servizi offerti, che nel complesso non peggiorano il benessere dei cittadini. Distinguere e misurare questi effetti è una delle sfide di chi, a livello di istituti statistici, misura questi fenomeni. Purtroppo, la complessità dei fenomeni in essere non sempre permette di riuscire ad ottenere una misura corretta del ruolo semplicemente inflattivo dei prezzi sul settore della sanità.

Infine, le analisi hanno mostrato come in un paese come l'Italia, caratterizzato dall'esistenza di un servizio sanitario nazionale, le dinamiche dei prezzi possono essere molto diverse a livello territoriale, con differenze che sfiorano anche il 40% di variazione cumulata negli ultimi 15 anni. Capire cosa determini queste differenze e attuare politiche in grado di annullarle è importante per garantire una maggiore equità nella distribuzione dei servizi sanitari ai cittadini italiani.

Bibliografia

Aizcorbe, A., Nestoriak, N., (2010), *Changing mix of medical care services: stylized facts and implications for price indexes*. Bureau of Economic Analysis: Working Paper, WP 2010-08.

Aizcorbe, A., Bradley, R., Greenaway-McGrevy, R., Herauf, B., Kane, R., Liebman, E., Pack, S., Rozental, L., (2011), *Alternative price indexes for medical care: evidence from the MEPS survey*. Bureau of Economic Analysis: Working Paper, WP 2011- 01.

Anderson G. F. e P. Markovich (2011), *Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2010* (New York: The Commonwealth Fund, July 2011).

Bradley R. (2013), *Feasible methods to estimate disease based price indexes*, Journal of health Economics, Volume 32(2013): 504-514

Bradley, R., Cardenas, E., Ginsburg, D.H., Rozental, L., Velez, F., (2010), *Producing disease-based price indexes*. Monthly Labor Review 133, 20–28.

Erixon, F. and E. van der Marel (2011), *What is Driving the Rise in Health Care Expenditures? An Inquiry into the Nature and Causes of the Cost Disease*, GEM / ECIPE Working Paper, No. 5/2011, ECIPE, Brussels.

Graboyes Robert F. (1994), *Medical Care Price Indexes*, Federal Reserve Bank of Richmond Economic Quarterly, Volume 80/4 Fall 1994.

Laugesen M. J. e S. A. Glied (2011), *Higher Fees Paid to U.S. Physicians Drive Higher Spending for Physician Services Compared to Other Countries*, Health Affairs, Sept. 2011 30(9): 1647–56.

OSMED (2014), *L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2013*, Roma, Luglio 2014, disponibile su http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMED_2013.pdf

Scitovsky, A.A., (1967), *Changes in the costs of treatment of selected illness 1951-65*. American Economic Review LVII, 1182–1195.

Shapiro, M.D., Wilcox, D.M., (1996), In: Bernanke, B.S., Julio Rotemberg, J. (Eds.), *NBER Macroeconomics Annual 1996*. MIT Press, Cambridge and London, pp. 93–142.

Song, X., Marder, W., Houchens, R., Conklin, J.E., Bradley, R., (2009), *Can a disease based price index improve the estimation of the medical CPI?* In: Diewert, W.E., Green- lees, J.S., Hulten, C.R. (Eds.), *Price Index Concepts and Measurement*. National Bureau of Economic Research ER, Chicago, pp. 329–372.

Squires David A. (2012), *Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices, and Quality*, in *Issues in International Health Policy*, Commonwealth Fund pub. 1595 Vol. 10, May 2012.

Squires David A. (2014), *Multinational Comparisons of Health Systems Data* (New York: The Commonwealth Fund, 2014).

Thorpe, K.E., Florence, C.S., Joski, P., (2004), *Which medical conditions account for the rise in health care spending?* *Health Affairs* W4.437, 437–445.

Progetto grafico: ideogramma.it
Stampa: Arti Grafiche Baratelli

*Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori
e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.*

Numeri precedenti

Luglio 2012

Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare

Gennaio 2013

La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*:
il quadro di sintesi dei prossimi anni

Luglio 2013

Sanità e salute: la variabile generazionale

Novembre 2013

Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti

Gennaio 2014

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN

Luglio 2014

I conti della sanità: consuntivi e prospettive future

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it