



La spesa sanitaria

Corso di Politica Economica – Prof.ssa Maria Alessandra Rossi
Dipartimento di Economia, Università di Chieti-Pescara

Gli obiettivi di questa lezione

- Illustrare in che modo l'incertezza riduce l'utilità degli individui
- Capire perché le soluzioni private non sono sufficienti per risolvere i problemi di incertezza
- Illustrare il ruolo dello stato nel ridurre i costi dell'incertezza dovuti a problemi di salute
- Chiarire altre motivazioni possibili dell'intervento pubblico nel settore sanitario
- Evidenziare alcuni aspetti pratici del funzionamento del sistema sanitario italiano

I fallimenti di mercato nel settore sanitario

Servizi sanitari: paniere eterogeneo di beni e servizi

- cure mediche di base
- cure specialistiche
- cure ospedaliere e chirurgiche
- cure farmaceutiche ...

Perché c'è un intervento pubblico?
...

... quali sono i FALLIMENTI DEL
MERCATO NEL SETTORE
SANITARIO?

Fallimenti di mercato

- Asimmetrie informative
 - Selezione avversa e moral hazard
 - Experience goods
 - Credence goods
- Potere di mercato (monopoli)
- Assenza del mercato (costi troppo elevati)
- Esternalità (positive e negative)
- Beni pubblici (ma solo in parte)

Incertezza e utilità individuale

- Un'azione o **decisione in condizioni di incertezza** può generare diversi **esiti o eventi**, ognuno con una certa probabilità di verificarsi
- Si definisce **“prospetto” o “lotteria”** una distribuzione di probabilità associata a dei payoff (premi) monetari
- Se gli individui non si preoccupano affatto del rischio connesso alla scelta di un prospetto incerto, le loro decisioni sono guidate unicamente dal **valore atteso** = media ponderata dei possibili valori monetari di un prospetto, i cui pesi sono dati dalle rispettive probabilità.
- La maggior parte degli individui non è indifferente al rischio.
- Per spiegare le scelte in condizioni di incertezza gli economisti fanno uso della **teoria dell'utilità attesa**:
 - utilità attesa $\neq$ valore atteso se il rischio conta per gli individui
 - tra diversi prospetti alternativi gli individui scelgono quello con l'utilità attesa più alta, piuttosto che quello con il maggior valore atteso.

Utilità attesa $\neq$ valore atteso/1

- Si consideri un prospetto X che consente di ottenere un pagamento di €100 con una probabilità pari al 60% e un pagamento di € 20 con una probabilità del 40%
- Si consideri un individuo con una funzione di utilità crescente e concava nel reddito, es. $U(X) = \sqrt{X}$

Valore atteso $E(X) = \bar{x} = 0,6 * 100 + 0,4 * 20 = 68$

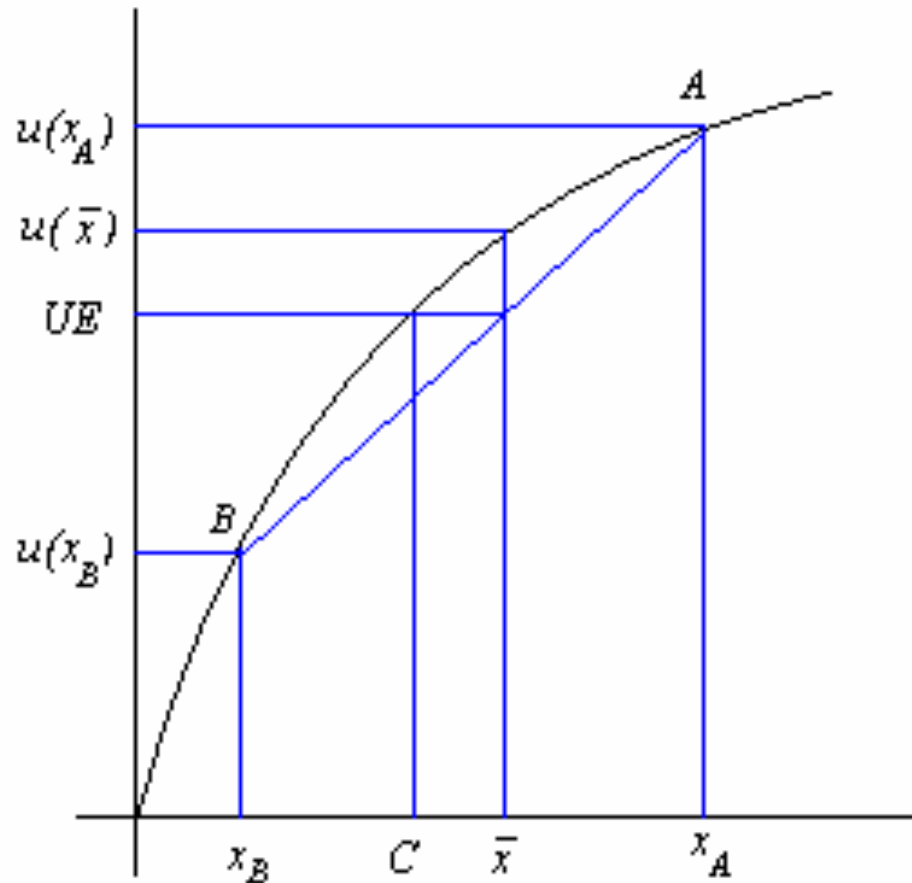
Utilità attesa $UA(X) = 0,6 * \sqrt{100} + 0,4 * \sqrt{20} = 7,79$

L'utilità associata ad avere con certezza il valore atteso $\bar{x}$ è maggiore rispetto all'utilità attesa del prospetto incerto

$$U(\bar{x}) = \sqrt{68} = 8,25 > UA(X) = 7,79$$

Quindi l'incertezza genera un costo per l'individuo avverso al rischio

Utilità attesa $\neq$ valore atteso/2



Graficamente, l'utilità attesa è data dal punto UE sul segmento AB (ponderazione dei due valori dell'utilità)

Il valore atteso di questo prospetto è invece $\bar{x}$

L'utilità associata all'ottenere con certezza il valore atteso è maggiore (al di sopra) dell'utilità attesa

C è l'**equivalente certo** - la somma che l'agente considera equivalente in termini di utilità alla lotteria

Equivalente certo e premio per il rischio

- C risolve $U(C) = UA(X)$
- Nell'esempio precedente: $\sqrt{C} = 7,79$ $C = 60,68$
- In termini più generali la teoria dell'utilità attesa ha mostrato che

$$C = E(X) - 1/2rVar(X)$$

Dove:

r = coefficiente che misura il grado di avversione al rischio

$Var(X)$ è una misura della rischiosità del prospetto ($> Var(X) \rightarrow > \text{rischio}$)

Premio per il rischio = somma che l'agente è disposto a pagare per evitare il rischio

$$PR = E(X) - C$$

Nell'esempio $PR = 68 - 60,68 = 7,32$

Atteggiamento verso il rischio

- Il premio per il rischio è positivo per un **agente avverso al rischio**
- Un **agente neutrale al rischio**
 - è indifferente tra un prospetto incerto e un pagamento certo uguale al valore atteso del prospetto (premio per il rischio = 0)
 - ha una funzione di utilità lineare
 - assume le decisioni solo sulla base del valore atteso, a prescindere dal grado di rischio associato a diversi prospetti
- Un **agente propenso al rischio**
 - preferisce un prospetto incerto ad un pagamento certo uguale al valore atteso del prospetto
 - ha una funzione di utilità convessa

Il ruolo dell'assicurazione privata nella riduzione del rischio/1

- Un'assicurazione è una **transazione tra un soggetto avverso al rischio e un soggetto neutrale al rischio**, con la quale quest'ultimo si accolla il rischio di una situazione incerta assicurando all'individuo avverso al rischio un dato valore certo, in cambio di un certo pagamento (**premio**).
- La **compagnia assicurativa** si assume **neutrale al rischio** perché è in grado di neutralizzare gli effetti dell'incertezza grazie a:
 - **diversificazione** – l'assicurazione tende a coprire **rischi** il più possibile **indipendenti**, cioè le cui probabilità non sono correlate (non tendono a verificarsi simultaneamente);
 - **legge dei grandi numeri** – con un gran numero di assicurati, la media degli eventi che si verificano tende verso la media «teorica» delle probabilità degli eventi, quindi gli **esborsi** della compagnia sono **prevedibili**

Il ruolo dell'assicurazione privata nella riduzione del rischio/2

- Un **contratto assicurativo attuarialmente equo**
 - garantisce all'assicurato il **valore atteso** di un prospetto incerto
 - o, equivalentemente, stabilisce un **costo dell'assicurazione (premio) uguale alla perdita attesa** connessa agli eventi negativi.
- La garanzia di ottenere con certezza il valore atteso del prospetto incerto aumenta l'utilità dell'individuo (dunque, la possibilità di accedere ad una assicurazione aumenta il benessere complessivo)
- Se il mercato assicurativo è in concorrenza perfetta, la condizione di profitti attesi nulli per le imprese assicurative conduce alla definizione di contratti attuarialmente equi
- (in realtà è opportuno considerare anche i costi amministrativi di gestione e un margine di profitto normale)

Un esempio di assicurazione sanitaria

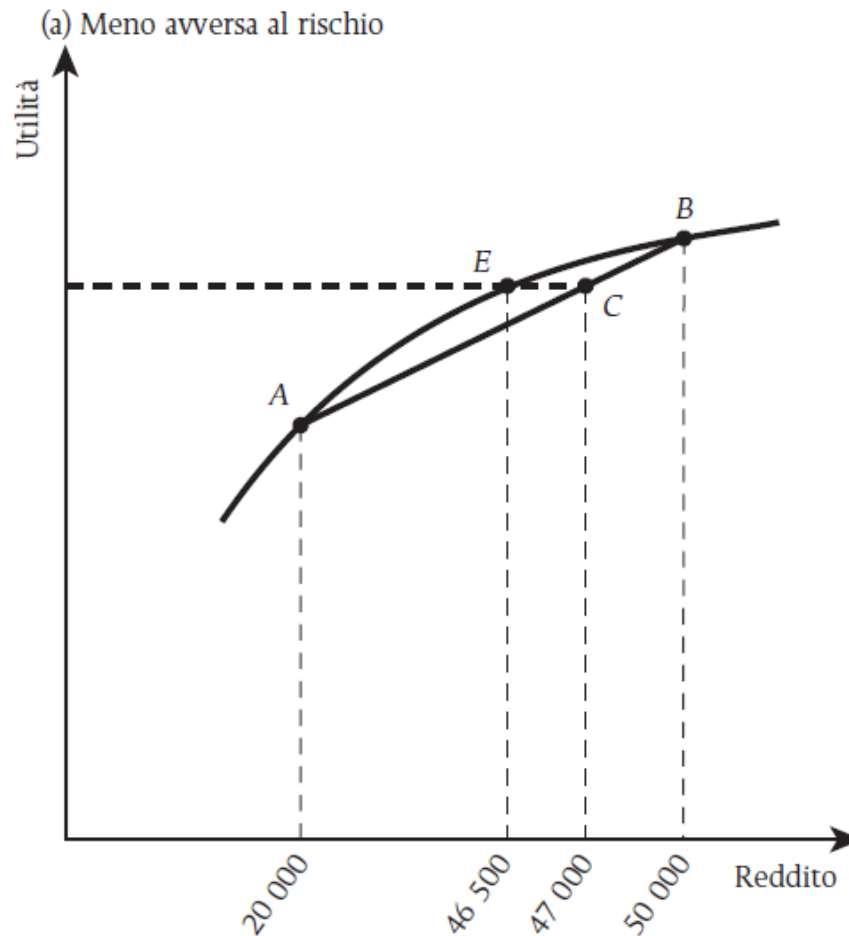
- Consideriamo il caso di Emilia, che ha un reddito annuo di €50.000 ; supponiamo che vi sia una possibilità su 10 che si ammali in un dato anno e che il costo della malattia (in termini di spese mediche e tempo perso al lavoro) ammonti a €30.000.
- Premio attuarialmente equo = perdita attesa = $10\% \times €30.000 = €3.000$

Tabella 10.3 Perché acquistare un'assicurazione?

Opzioni assicurative	Reddito	Probabilità di rimanere in buona salute	Probabilità di ammalarsi	Perdita di reddito di Emilia, se si ammala	(A)	(B)	(C)
					Reddito di Emilia se rimane in buona salute	Reddito di Emilia se si ammala	Valore atteso
Opzione 1: nessuna assicurazione	€ 50 000	9 su 10	1 su 10	€ 30 000	€ 50 000	€ 20 000	€ 47 000
Opzione 2: assicurazione completa	€ 50 000	9 su 10	1 su 10	€ 30 000	€ 47 000	€ 47 000	€ 47 000

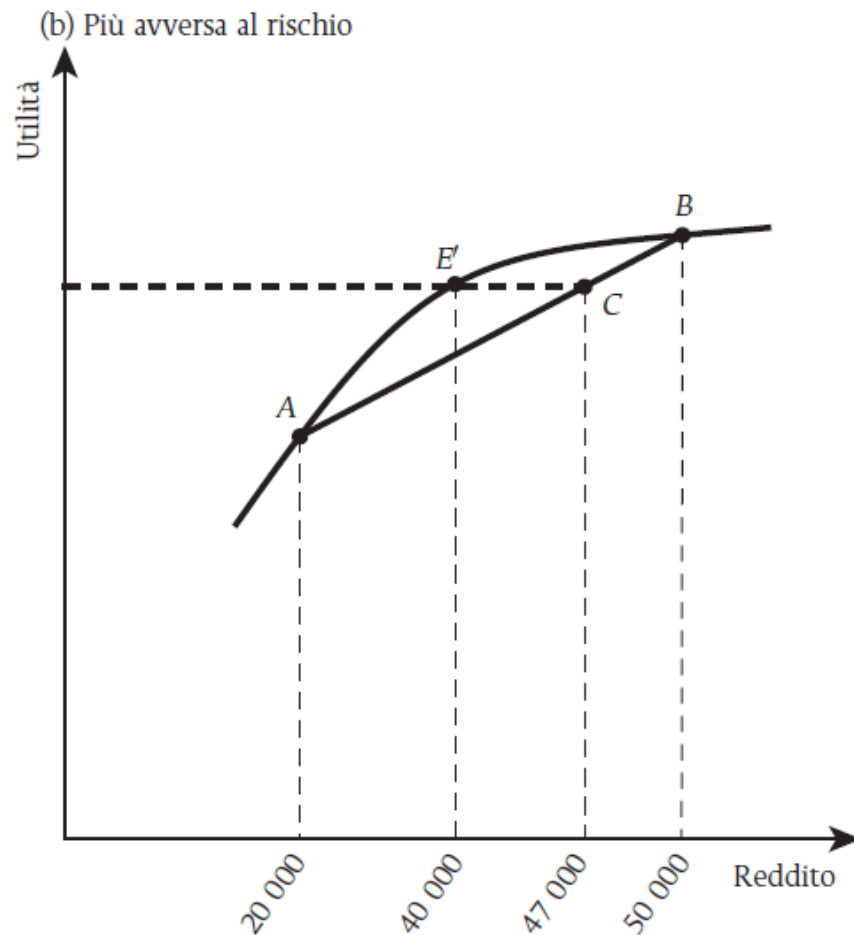
L'acquisto di una polizza assicurativa completa al premio equo comporta per Emilia lo stesso valore atteso del mancato acquisto di un'assicurazione.

È possibile per la compagnia fissare un premio più alto di quello equo? Dipende dalla forma della funzione di utilità/grado di avversione al rischio...



- Se la funzione di utilità ha la forma in figura, Emilia è indifferente fra non assicurarsi (utilità del reddito atteso €47.000) e assicurarsi ad un costo di €3.500 (in questo caso riceve con certezza $€50.000 - €3.500 = €46.500$)
- Se l'assicurazione chiedesse un premio $> €3.500$ Emilia non sottoscriverebbe la polizza

Se la funzione di utilità di Emilia fosse più convessa, sarebbe disposta a pagare un premio molto più alto



- In questo caso Emilia sarebbe disposta a pagare un premio fino a €10.000 per essere completamente assicurata contro il rischio di malattia
- Notate che la curvatura più accentuata della funzione di utilità esprime una maggiore perdita di utilità connessa alla perdita di reddito

Può funzionare un'assicurazione sanitaria completamente privata?

- Il ragionamento svolto finora mostra che:
 - La possibilità di assicurarsi crea un beneficio per i consumatori
 - Se i consumatori sono molto avversi al rischio, le assicurazioni possono fissare premi molto più alti del premio attuarialmente equo (un problema di potere di mercato), il che riduce il beneficio che i consumatori ottengono
- Perché non basta un mercato assicurativo privato? Principalmente per i problemi di **informazione asimmetrica**, che si producono quando una delle parti coinvolte in una transazione dispone di informazioni che l'altra non possiede

Selezione avversa e azzardo morale

- L'informazione asimmetrica genera due possibilità di comportamento opportunistico entrambe presenti nel contesto sanitario:
- **Selezione avversa**
 - comportamento opportunistico **ex ante** – prima della transazione
 - dipende dall'asimmetria informativa su **attributi nascosti**
 - Esempio: i compratori di automobili di seconda mano non conoscono tutti gli attributi delle macchine in vendita (es. qualità), mentre i venditori li conoscono.
- **Azzardo morale**
 - comportamento opportunistico **ex post** – dopo la transazione
 - Dipende da asimmetrie informative su **azioni nascoste**
 - Esempio – I datori di lavoro non possono osservare il livello di sforzo dei lavoratori, che possono adottare comportamenti (azioni) opportunistici

Selezione avversa

- Gli agenti possono essere classificati in “tipi” a seconda delle caratteristiche possedute ed ordinati dal migliore al peggiore dal punto di vista del principale
- L’opportunismo si manifesta come tentativo dell’agente di utilizzare a proprio vantaggio le informazioni di cui dispone al fine di essere incluso nella categoria degli agenti migliori
- Si chiama selezione avversa perché induce a rimanere sul mercato solo gli agenti peggiori
- Il problema principale risiede nel fatto che:
*Prezzo => qualità agenti partecipanti al mercato =>
qualità scambiata sul mercato => prezzo*
- NB.: in assenza di asimmetrie informative il prezzo è totalmente indipendente dall’identità degli agenti

L'esempio del «mercato dei limoni» di George Akerlof

- Mercato dell'auto con due tipi:
 - Buone (50%)
 - Bidoni (50%)
- Valutazione venditori
 - 7200 per le buone
 - 3600 per i bidoni
- Valutazione compratori
 - 8000 per le buone
 - 4000 per i bidoni
- In assenza di asimmetrie informative, scambi efficienti possono avvenire sia sul mercato delle auto buone che sul mercato dei bidoni

L'esempio del «mercato dei limoni» di George Akerlof

- In presenza di asimmetrie informative, i compratori non sono in grado di valutare la qualità e quindi sono disposti a pagare un prezzo che riflette la qualità media sul mercato
- $P = 0,5 \times 8000 + 0,5 \times 4000 = 6000$
- A questo prezzo, nessuno dei venditori sarà disposto a vendere le auto buone, per cui hanno una valutazione di 7200
- Nessuna auto buona sarà scambiata sul mercato (la qualità cattiva “scaccia” la buona)
- Il peggioramento della qualità induce i compratori a ridurre le aspettative circa la qualità e il prezzo che sono disposti a pagare
- Il **mercato per le auto buone scompare** - si ha un fallimento del mercato

Altre conseguenze della selezione avversa

- **La scomparsa** (o distruzione) **del mercato** è un esito estremo
- Si possono avere anche distorsioni nelle scelte economiche ed inefficienze dovute al comportamento opportunistico dell'agente ed alla reazione del principale – **razionamento delle quantità vendute**
 - Il prezzo si determina in modo indipendente dall'interazione fra domanda ed offerta e non svolge in modo efficace la funzione di allocazione delle risorse
- Adozione di azioni volte a ridurre le asimmetrie informative che sono costose, conducono a contratti non pienamente efficienti e non sfruttano tutte le opportunità di scambio:
 - **Segnalazione o signalling** (agente)
 - **Selezione o screening** (principale)

Implicazioni per la politica pubblica

- In presenza di asimmetrie informative, è giustificato un intervento pubblico finalizzato a rendere l'informazione un bene pubblico, ossia fare in modo che ogni elemento informativo sia non-rivale e non-escludibile.
- Altri esempi (in contesti diversi dalla sanità)
 - **certificazioni obbligatorie** di **qualità** dei prodotti venduti (certificazioni di prodotto)
 - **certificazioni obbligatorie sull'organizzazione** del processo produttivo (certificazione del sistema di qualità – es. ISO);
 - **standard qualitativi minimi** da rispettare;
 - **obbligo a rendere pubbliche specifiche informazioni** (per esempio, la composizione degli ingredienti negli alimenti venduti);
 - **adozione obbligatoria**, in alcuni casi, di **forme assicurative private** (RC auto)

Selezione avversa e mercato sanitario/1

Tabella 10.4

In che modo l'informazione asimmetrica può provocare il fallimento del mercato assicurativo?

	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
Acquirente dell'assicurazione	Probabilità di ammalarsi	Perdita di reddito in caso di malattia	Perdita attesa di reddito	Indennità attesa meno il premio (premi differenziali)	Indennità attesa meno il premio (premio = € 3000)	Indennità attesa meno il premio (premio = € 4500)
Olivia	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Giacomo	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Emma	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Michele	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Marilù	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Giuseppe	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Emilia	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Matteo	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Anna	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Enrico	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Profitti netti dell'assicuratore				€ 0	€ -15 000	€ 0

Se la compagnia assicurativa ha le informazioni necessarie per distinguere le persone ad alto e a basso rischio, potrebbe far pagare il premio equo a ciascun assicurato e chiudere semplicemente in pareggio (colonna D). Se invece non lo sa, un premio uniforme di 3000 euro comporterebbe delle perdite (colonna E). Il fatto di far pagare un premio uniforme pari al premio equo medio dei due gruppi consentirebbe alla compagnia assicurativa di coprire i costi (colonna F), ma le persone con basso rischio sarebbero incentivate a lasciare il gruppo assicurativo, e l'assicuratore finirebbe per perdere denaro.

Selezione avversa e mercato sanitario/2

- Se l'assicuratore stabilisce un premio sulla base del rischio medio della popolazione, gli individui con rischio basso non acquistano la polizza assicurativa (il mercato per l'assicurazione ai «tipi» sani/a più basso rischio scompare)
- Inoltre, il premio medio praticato dall'assicurazione non è più sufficiente per recuperare gli indennizzi attesi per le restanti persone; dovrà quindi per forza innalzare il premio (razionamento)
- L'assicurazione può anche reagire selezionando i clienti e facendo pagare loro premi diversi sulla base dei profili di rischio, una pratica nota con il termine **experience rating**.
 - Ciò migliora l'efficienza
 - Ma ha serie implicazioni dal punto di vista equitativo.

Un esempio estremo di possibile experience rating...



- Perché Google ha acquisito Fitbit nel 2021 per \$2.1 miliardi?
- Cosa potrebbe fare con i dati derivanti dall'health watch?
- Quali sono i rischi?

Come si spiega questo fenomeno?



Menu

Weekly edition

The world in brief

Search



My Economist

Science & technology | Overprescribing drugs

Too many people take too many pills

Medical systems are set up to put people on drugs, not take them off

Apr 26th 2023

Save

Share

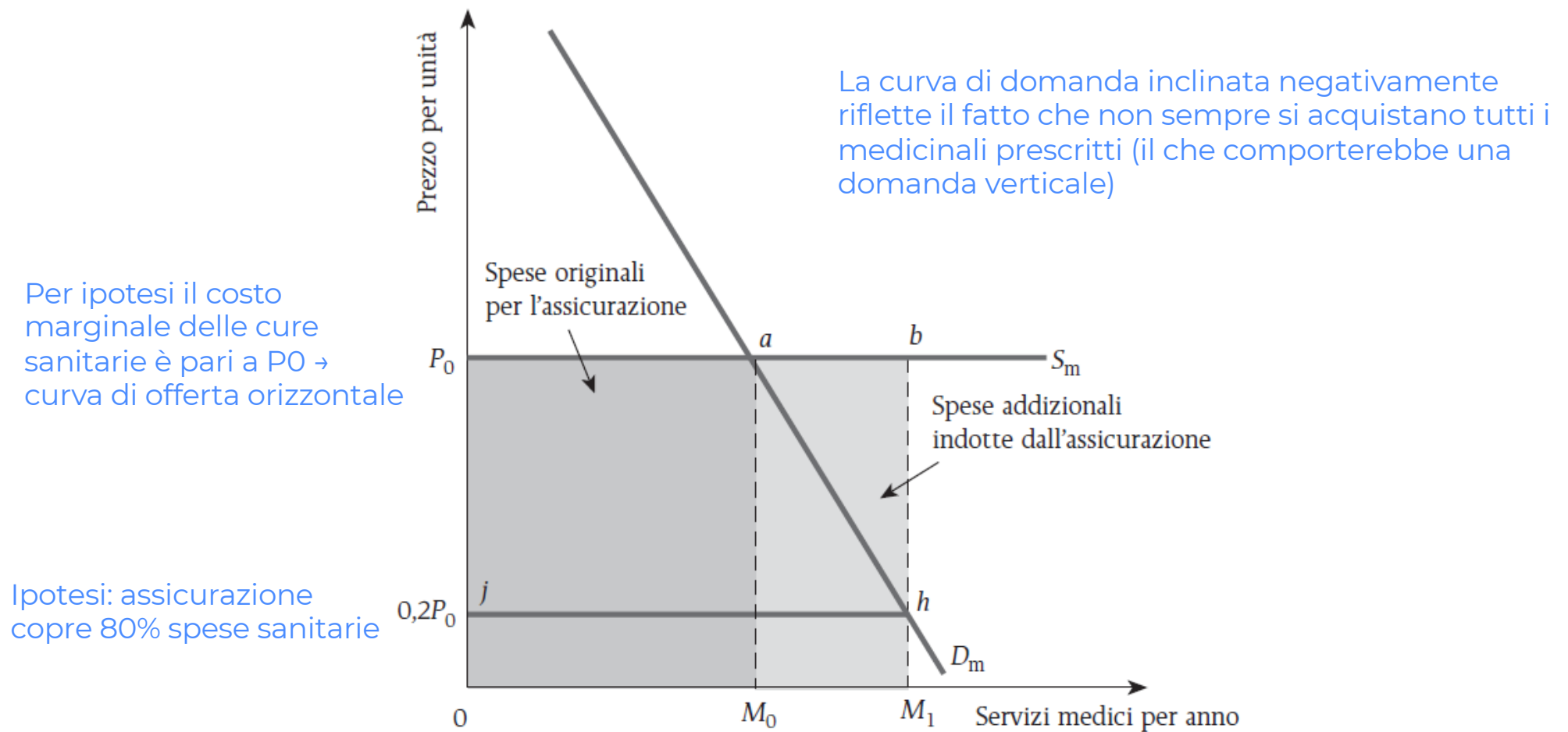
Give



L'azzardo morale nel mercato per le prestazioni sanitarie

- L'assicurazione può avere effetti distorsivi sul comportamento individuale.
- Se gli individui sanno di poter contare su una copertura assicurativa, possono
 - chiedere più servizi sanitari di quanti non ne chiederebbero se non fossero assicurati, oppure/e anche
 - non prendere le precauzioni necessarie a evitare i rischi
- Anche in questo caso si tratta di una asimmetria informativa che si verifica dopo che il contratto è stato stipulato e che esiste in quanto il controllo sul comportamento dell'assicurato ha sempre un costo per l'assicurazione/talvolta non è proprio possibile
- Ci potrebbe essere qualche altra forma di azzardo morale nella spiegazione del fenomeno individuato dall'Economist?

Azzardo morale e crescita della spesa sanitaria



Azzardo morale e «terzo pagante»

- Lo Stato può migliorare il trade off o eliminare del tutto l'azzardo morale?
- I problemi di efficienza causati dall'azzardo morale nascono ogni qualvolta sono **terzi** a finanziare in parte, o completamente, il costo dei servizi medici. Nell'esempio precedente, i terzi sono rappresentati da una compagnia assicurativa privata che copre l'80% del costo marginale.
- Quando è lo Stato a fornire l'assicurazione, il Bilancio pubblico è il così detto "terzo pagatore", ma l'analisi dell'azzardo morale è esattamente la stessa (quindi non si può dire che lo Stato risolva meglio del privato il problema di azzardo morale)

Come limitare l'azzardo morale?

- Per limitare l'inefficienza comportata dal fallimento del mercato legato al *moral hazard*, è possibile individuare **schemi di contratto appositi** che inducano l'agente a comportarsi in modo non opportunistico, ad es.
 - la franchigia nel contratto di assicurazione
 - compartecipazione agli utili d'impresa nel caso del lavoratore/manager (stock options)
- Nel caso dell'assicurazione sanitaria, l'adozione di questi schemi impone un **trade-off**:
 - l'azzardo morale si riduce aumentando il costo per il paziente
 - ma i benefici derivanti dalla riduzione del rischio per l'assicurato si riducono
- Una soluzione spesso adottata per bilanciare il trade-off è la compartecipazione alla spesa da parte del paziente maggiore per i medicinali/trattamenti meno costosi e minore per i trattamenti più costosi

Altri problemi informativi...

- Le cure mediche sono un particolare tipo di bene economico. Possono essere descritte, a seconda dei casi, come:
 - **Experience goods/beni esperienza**: beni la cui qualità diventa nota solo dopo il consumo
 - **Credence goods/ bene di fiducia**: beni la cui qualità non diventa nota neanche dopo il consumo
- I credence goods, in particolare, danno luogo a tre tipologie di problemi:
 - **«over-treatment»** – si prestano cure mediche più sofisticate del necessario
 - **«under-treatment»** – non si procede ad approfondimenti ed indagini ulteriori necessari a comprendere la vera origine dei problemi di salute
 - **«over-charging»** – viene praticato un prezzo molto elevato per un trattamento non sofisticato

...e bias cognitivi...

- Inoltre, la valutazione della qualità delle cure mediche è influenzata da molti **bias cognitivi** evidenziati dall'economia comportamentale
 - **Information overload**: aumentare l'informazione disponibile non necessariamente migliora la qualità della scelta
 - Anche quando sufficiente informazione è disponibile, i consumatori tendono a scegliere sulla base di **fattori emozionali**/abitudinari (euristiche) più che di fattori oggettivi

... e loro conseguenze per la politica pubblica

- È tipicamente necessario un intervento pubblico che limiti il rischio per i consumatori di rivolgersi a fornitori di servizi privi almeno di requisiti minimi
 - es. in l'Italia chi vuole esercitare la professione medica è tenuto a iscriversi a un **albo**, che fornisce al pubblico la garanzia che chi vuole esercitare abbia compiuto il percorso di studi necessario a farlo.
- Tuttavia questo genera un trade-off:
 - Si riduce il rischio
 - Ma a costo di accettare un **aumento dei prezzi delle prestazioni**, perché si introduce una barriera di ingresso al mercato e dunque si riduce la concorrenza
- Inoltre, in generale per i beni esperienza/di fiducia la **concorrenza è ridotta rispetto ai beni di ricerca** (quelli il cui valore può essere valutato prima dell'utilizzo) **perché più è facile cercare le informazioni, più i consumatori sono sensibili al prezzo** (e vice-versa)

Esternalità nel consumo di servizi sanitari

- Un libero mercato per l'assicurazione sanitaria può comportare delle inefficienze anche in assenza di informazione asimmetrica. L'acquisto di servizi medici può creare delle esternalità, sia positive sia negative.
- Vaccinandosi contro l'influenza, si crea un'esternalità positiva in quanto si riduce la probabilità che anche altri vengano infettati dalla malattia.
- D'altra parte, se si fa un uso eccessivo di antibiotici, per cui si sviluppano nuovi ceppi di batteri immuni, anche altri ne subiranno le conseguenze negative (esternalità negativa)
- In presenza di esternalità l'intervento pubblico può migliorare l'efficienza.

Beni di merito e demerito e paternalismo

- I **beni di merito o demerito** sono quelli per cui il policy maker ritiene giustificato limitare la libertà di scelta individuale riguardo il consumo o la produzione, poiché crede che **gli individui abbiano informazioni limitate o distorte circa i reali costi e benefici individuali comportati dalla loro produzione o dal loro consumo.**
- Un **bene di merito** è un bene per il quale il policy maker ritiene appropriato imporre un consumo positivo (o comunque superiore rispetto a quello che l'individuo riterrebbe ottimale);
- un **bene è di demerito**, se il policy maker ritiene appropriato imporre un volume di consumo nullo (o comunque inferiore rispetto a quello ritenuto ottimale dagli individui).

Beni di merito e demerito e paternalismo

- Esempi:
 - gli individui potrebbero non comprendere l'utilità della copertura assicurativa, o non essere abbastanza lungimiranti da premunirsi in tempo
 - Gli individui non sono correttamente in grado di valutare gli effetti di una vaccinazione
- L'intervento pubblico può imporre l'assicurazione o la vaccinazione obbligatoria
- La natura meritoria (o demeritoria) di un bene implica che **si limiti la sovranità del consumatore (o del produttore)**, in nome di una migliore informazione (e capacità di valutazione) detenuta da enti che stanno al di sopra dell'individuo (posizione criticata dai liberisti).
- Spesso, appellarsi alla natura meritoria o demeritoria di un bene rappresenta l'*extrema ratio* per poter richiedere l'intervento di politica economica quando non si hanno argomentazioni più convincenti.

Valutazioni equitative

- Ovviamente, la necessità dell'intervento pubblico nella produzione e/o fornitura di beni sanitari può essere sostenuta anche interamente con argomentazioni di tipo equitativo...
- ...affermando che il diritto alla cura rientra tra i diritti di cittadinanza e che vada quindi garantito a tutti.
- Il peso di queste valutazioni incide anche nella scelta del giusto bilanciamento fra i trade-off sopra ricordati (es. azzardo morale vs. riduzione del rischio)

Modelli organizzativi dell'erogazione di servizi sanitari

Modello pubblico

tutti hanno accesso a servizi finanziati dalla fiscalità generale

Modello privato

transazioni di tipo privato, anche se con l'eventuale intervento di assicurazioni

Modello misto

compresenza pubblico-privato, con parziale finanziamento pubblico di strutture private – il modello prevalente nelle economie europee

Adozione del modello pubblico in Italia

- **Legge 833/1978: Sistema Sanitario Nazionale SSN**
- Obiettivo: adottare un **servizio universale**, ossia diretto a tutti indipendentemente dal livello di reddito, dalla condizione occupazionale e professionale, superando la base mutualistica del sistema precedente.
- Finanziamento: Fondo Sanitario Nazionale (in legge finanziaria), finanziamenti regionali, contribuzioni degli utenti (circa 2%)
- Nel disegno iniziale i responsabili del SSN erano tre livelli di governo:
 - il **Governo** centrale doveva individuare gli obiettivi in un Piano sanitario nazionale, stanziare il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) sul Bilancio dello Stato e decidere come ripartirlo tra le Regioni;
 - le **Regioni** programmano l'intervento sul territorio;
 - le **USL** gestivano i servizi, compresa l'assistenza ospedaliera.

Livello della spesa in % PIL sensibilmente inferiore a quello di altri paesi

		2007	2013	2016	
Italia	totale	8,5	9,0	8,9	
	<i>pubblica</i>	<i>6,7</i>	<i>6,8</i>	<i>6,7</i>	
Francia	totale	10,8	11,4	11,5	
	<i>pubblica</i>	<i>8,4</i>	<i>8,7</i>	<i>9,5</i>	
Germania	totale	10,5	10,9	11,3	
	<i>pubblica</i>	<i>8,0</i>	<i>9,2</i>	<i>9,6</i>	
Regno Unito	totale	8,4	9,8	9,8	
	<i>pubblica</i>	<i>6,8</i>	<i>7,8</i>	<i>7,8</i>	
Stati Uniti	totale	15,6	16,3	17,1	
	<i>pubblica e obbligatoria</i>	<i>7,0</i>	<i>8,0</i>	<i>14,0</i>	

Fonte: Artoni 2019 – dati in % PIL

Passaggio ad un modello misto in Italia

- A partire dai primi anni '90 il sistema sanitario italiano è stato sottoposto a importanti riforme.
- Guardando alle risorse assorbite dal SSN, nel 1978 (al momento della sua istituzione) queste rappresentavano il 5,2% del PIL e nel corso di un quindicennio sono aumentate meno di un punto percentuale.
- la riforma è stata invocata sia perché le risorse non sempre sono state impiegate in modo efficiente sia perché per poter aderire all'Unione Monetaria Europea era comunque necessario contenere la spesa pubblica.
- Obiettivi delle riforme:
 - riformare il finanziamento del SSN riallocando le risorse tra le Regioni in coerenza con il progetto di federalismo fiscale
 - intervenire sul modello organizzativo del sistema sanitario

Modalità di finanziamento del SSN/1

- Poiché circa l'80% dei bilanci delle Regioni italiane è rappresentato dalla spesa sanitaria, la sua modifica altro non è che una riforma del finanziamento delle Regioni. Tale riforma è più comunemente nota come federalismo fiscale.
- Le modifiche intervenute in questi anni sono state fatte sia con legge ordinaria, sia intervenendo sul testo costituzionale (in particolare sul Titolo V).
- Il finanziamento del SSN adottato negli anni '80 e primi anni '90 in Italia è un tipico esempio di sistema che non incentiva comportamenti responsabili da parte degli amministratori e che rende difficile una corretta percezione dei costi dei servizi da parte dei cittadini.

Modalità di finanziamento del SSN/2

- Le risorse erano gestite localmente dalle USL, mentre la responsabilità di reperirle era degli amministratori centrali.
- Da un lato, quindi, i funzionari delle USL non erano incentivati a un controllo rigoroso della spesa, perché l'onere politico di reperire il finanziamento non era a carico loro.
- D'altra parte, gli stanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale decisi dagli amministratori centrali non sempre erano adeguati. Così si formavano debiti presso i fornitori e le banche che lo Stato ripianava solo a posteriori.
- Gli stanziamenti del FSN non sono mai stati adeguati perché la loro sottovalutazione permetteva ai Governi di presentare in Parlamento, e presso l'opinione pubblica, un fabbisogno delle pubbliche amministrazioni ridotto.

Le riforme della modalità di finanziamento/1

- Nel biennio 1999-2000 è stato abolito il FSN ed era stato stabilito che le Regioni fossero finanziate con:
 - i **tributi propri**, ovvero l'**IRAP** (imposta regionale sulle attività produttive) e l'**addizionale all'IRPEF** (imposta sul reddito delle persone fisiche);
 - una **compartecipazione al gettito dell'IVA**, peraltro non vincolata alla spesa sanitaria
- Questa impostazione è stata ripresa dal **decreto legislativo 68/2011**, di attuazione del federalismo fiscale previsto dalla riforma del Titolo V della Costituzione, che prevede che:
 - Le Regioni abbiano risorse per finanziare la fornitura dei livelli essenziali delle prestazioni in sanità e di alcune altre voci di spesa (come l'istruzione e il trasporto locale)
 - Il finanziamento dei **livelli essenziali delle prestazioni (LEP)** sanitarie dovrà far riferimento ai **costi e fabbisogni standard**.

Le riforme della modalità di finanziamento/2

- Il fabbisogno standard è definito come “l’ammontare di risorse necessarie ad assicurare i **livelli essenziali di assistenza** in condizioni di efficienza e appropriatezza”.
- I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono **prestazioni e servizi sanitari che il SSN deve offrire sul territorio a tutti i cittadini**, sia gratuitamente sia attraverso il pagamento di un ticket
- Il costo standard ammesso sarà calcolato come la media pro capite pesata dei costi registrati dalle Regioni benchmark, ossia in quelle più efficienti.
- Svolgendo la somma di tutti i costi standardizzati che le Regioni devono sostenere, lo Stato dovrebbe essere in grado di verificare quanto di questa spesa può essere coperta da ciascuna Regione con i tributi propri e ripartire, di conseguenza, la compartecipazione all’IVA. Le Regioni che non hanno sufficiente capacità fiscale per coprire questa spesa standard saranno destinatarie di **risorse perequative**.

Vantaggi e svantaggi del nuovo sistema di finanziamento

- Maggiore **responsabilizzazione** dei soggetti che assumono decisioni di spesa (Regioni), ma
 - Rischio di differenziazione nella fornitura di servizi sanitari fra Regioni povere/ricche e di compromissione della natura universale del SSN
- Maggiore **autonomia delle Regioni** che, sulla base dei poteri attribuiti dal nuovo Titolo V Cost. hanno più discrezionalità nel definire le caratteristiche dei servizi sanitari forniti nel territorio regionale
 - I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) servono ad assicurare un livello minimo di accesso al diritto alla salute uniforme sul territorio nazionale
 - Definire il contenuto dei LEA è oggetto di forte controversia

Le modifiche del modello organizzativo

- **Principio della separazione tra chi fornisce la prestazione e chi la acquista.**
- La separazione di queste due fasi dovrebbe **allargare gli spazi della concorrenza tra fornitori** (incentivando i miglioramenti in termini di efficienza), **aumentare e diversificare l'offerta**.
- Questo obiettivo è stato perseguito sostituendo le vecchie USL con le **ASL**, che possono fornire direttamente il servizio oppure decidere di acquistare le prestazioni da privati.
- Con il termine “privati” s'intendono le strutture autorizzate a operare sul territorio perché i servizi da loro offerti sono stati considerati rispondenti a criteri minimi di qualità (privati accreditati e in convenzione)

Soluzioni organizzative al problema di azzardo morale fra strutture private e ASL

- Con i **DRG (Diagnostic Related Group)**, le ASL pagano i privati in base alla diagnosi che viene formulata all'inizio della cura; ogni diagnosi colloca le cure in un certo gruppo al quale corrisponde l'importo che la struttura ha diritto a percepire.
- Questo metodo cerca di contenere la spesa limitando la discrezionalità del medico ed è efficace se i DRG sono calcolati in maniera sufficientemente articolata e se esiste una forma di controllo per verificare che le diagnosi non siano formulate *ad hoc*.
- Aspetti negativi dei DRG:
 - **Segmentazione del mercato/«cream-skimming»** - i privati offrono solo le prestazioni più profittevoli, lasciando le altre al pubblico
 - **Over-treatment** (v. sopra) – i privati offrono il più possibile prestazioni costose invece di trattamenti alternativi meno costosi

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons by **Flaticon**, and infographics & images by **Freepik**

Il contenuto di queste slide è ripreso largamente dalle slide allegate al libro *Politica Economica* di Roberto Cellini