

LA SPESA SANITARIA

Motivazioni per intervento redistributivo dello Stato

Abbiamo visto che (teoricamente) ogni intervento redistributivo deve essere legato a una FBS da massimizzare.

Nel concreto l'intervento può essere collegato a:

Motivazioni per intervento redistributivo dello Stato

Abbiamo visto che (teoricamente) ogni intervento redistributivo deve essere legato a una FBS da massimizzare.

Nel concreto l'intervento può essere collegato a:

- **Valutazione essenzialmente normativa:**
 - massimizzazione del benessere sociale, rettifica di posizioni discriminatorie, promozione di eguali opportunità.

Motivazioni per intervento redistributivo dello Stato

Abbiamo visto che (teoricamente) ogni intervento redistributivo deve essere legato a una FBS da massimizzare.

Nel concreto l'intervento può essere collegato a:

- **Valutazione essenzialmente normativa:**
 - massimizzazione del benessere sociale, rettifica di posizioni discriminatorie, promozione di eguali opportunità.
- **Assicurazione sociale:**
 - la redistribuzione del reddito è un meccanismo assicurativo
 - quantità **certa** di risorse a chi dovesse trovarsi in condizioni economiche svantaggiose (es. malattie, calamità naturali, disoccupazione).

Motivazioni per intervento redistributivo dello Stato

Abbiamo visto che (teoricamente) ogni intervento redistributivo deve essere legato a una FBS da massimizzare.

Nel concreto l'intervento può essere collegato a:

- **Valutazione essenzialmente normativa:**
 - massimizzazione del benessere sociale, rettifica di posizioni discriminatorie, promozione di eguali opportunità.
- **Assicurazione sociale:**
 - la redistribuzione del reddito è un meccanismo assicurativo
 - quantità **certa** di risorse a chi dovesse trovarsi in condizioni economiche svantaggiose (es. malattie, calamità naturali, disoccupazione).
- **Vantaggio informativo dello Stato:**
 - Esempio: individui altruisti desiderano trasferire risorse ai più bisognosi. Lo Stato ha un vantaggio informativo su chi necessita risorse, e il trasferimento avviene costi più contenuti del mercato privato

Tipologie di interventi pubblici con effetti distributivi

- **Redistribuzione diretta del reddito**
 - Effetti diretti sulla distribuzione del reddito, ed indiretti sulla domanda di beni e fattori produttivi tramite variazione dei prezzi di mercato
- **Tasse/sussidi su consumo (e fornitura) di beni e fattori produttivi**
 - L'effetto sul benessere (utilità) individuale dipende da chi sostiene il carico della tassa o ne riceve il beneficio dal punto di vista economico (incidenza)
- **Fornitura di beni pubblici**
 - L'effetto sul benessere individuale dipende dalla valutazione privata del bene pubblico (difficile da identificare) **Fornitura di beni privati (o pubblici impuri)**
- **Trasferimenti in natura**
 - (es. istruzione, buoni alimentari, servizi sanitari):
 - sono in genere “dominati” da trasferimenti monetari ma sono preferiti quando permettono di effettuare azione di selezione dei beneficiari

Trasferimenti in natura

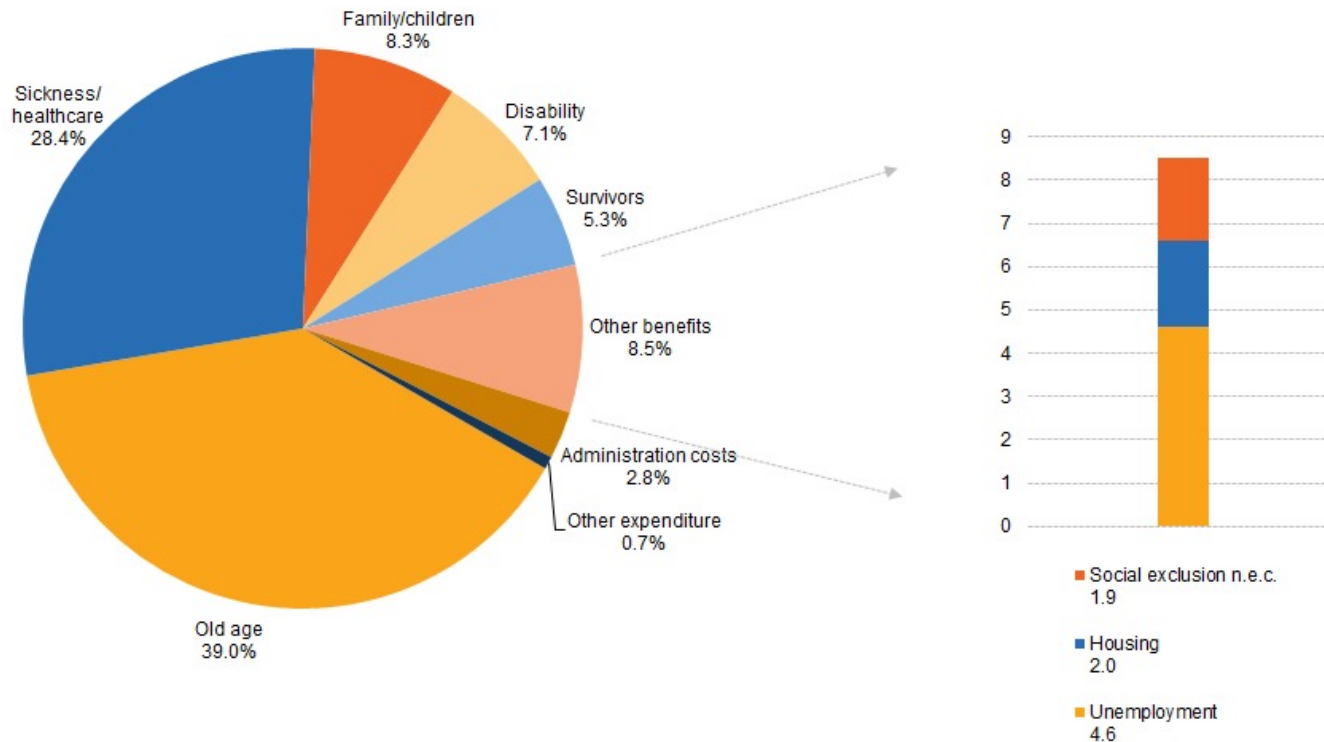
- Anziché effettuare dei *trasferimenti* monetari in molti casi gli Stati preferiscono distribuire direttamente alcuni beni a prezzi calmierati o totalmente gratuiti.
- Concetto di trasferimenti pubblici in natura (*In-Kind Transfers*):
 - fornitura di beni privati (o pubblici impuri) che gli agenti non possono rivendere sul mercato.
 - prezzi inferiori a quelli di mercato (anche prezzo = 0)
 - gli agenti possono essere obbligati a consumarne una quantità minima
- Motivazioni dei trasferimenti pubblici in natura:
 - motivi paternalistici o esternalità positive: obiettivo è quello di garantire un livello minimo di consumo
 - Es: educazione, pensioni...
 - il consumo (a volte obbligatorio) dei beni permette di selezionare tra individui che necessitano della assistenza pubblica ed individui opportunisti
- **Maggiore efficienza nella fornitura di beni e servizi “indirizzata” (targeting) verso classi specifiche di agenti.**

La spesa per la protezione sociale in Europa

- Una delle voci più importanti della spesa pubblica in Europa è la spesa per la protezione sociale
 - Forte dibattito sul suo ridimensionamento.
 - Provvedimenti di contenimento sono stati adottati da diversi Stati.
- In **Italia**
 - rapporto spesa sociale-PIL è in linea con la media europea (28,6%)
 - la differenza principale con gli altri Paesi è la spesa previdenziale (50%, *vs* 40% della media europea), coerentemente con una diversa struttura demografica
- Elemento comune a eventi come malattia e disoccupazione è l'incertezza: le imprese di assicurazione vendono polizze a protezione.
- Cercheremo di capire come mai per la malattia e la disoccupazione prevale però l'intervento pubblico.

Le composizioni delle prestazioni di protezione sociale in Europa

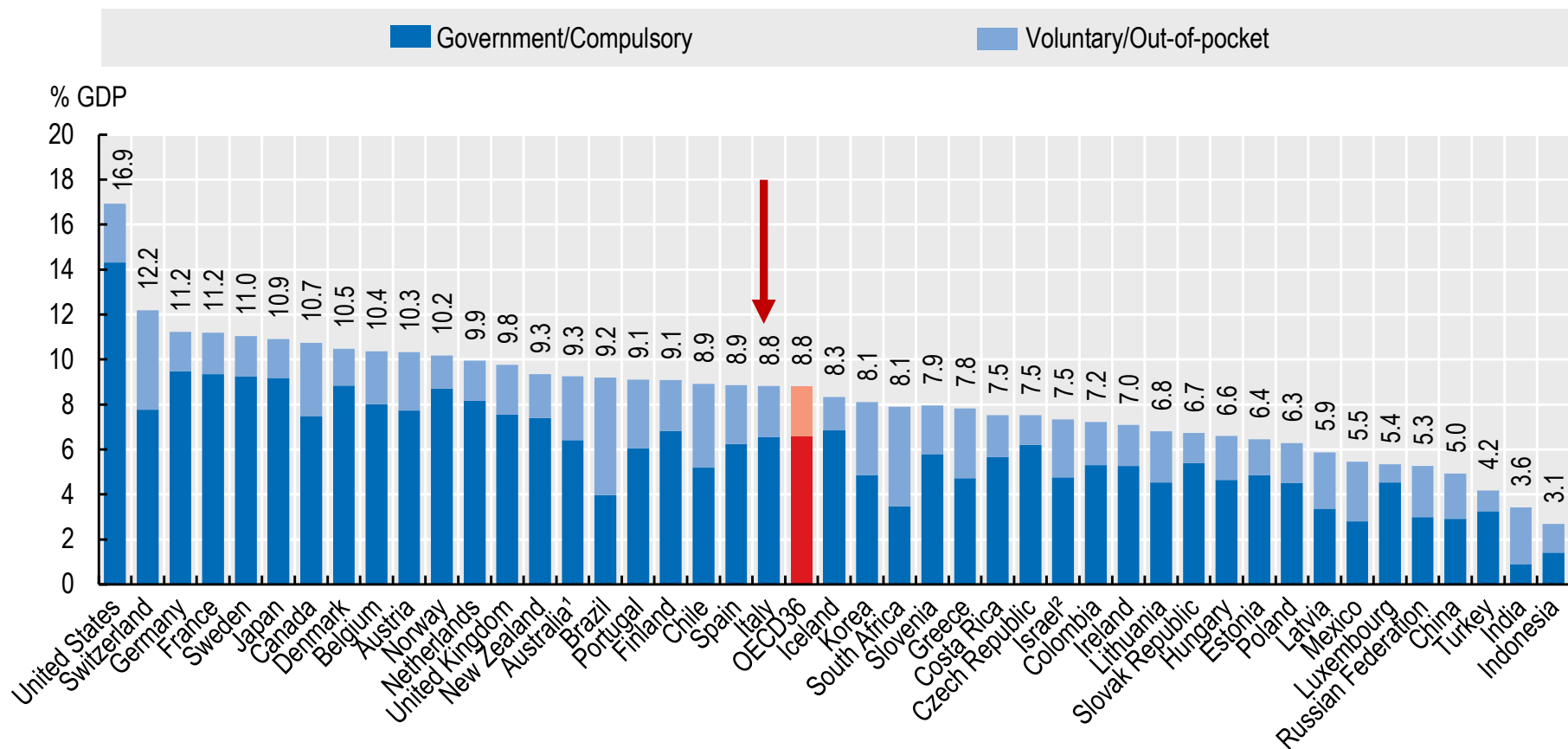
Structure of social protection expenditure, EU-28, 2015
(% of total expenditure)



Note: estimates, including 2014 data for Poland.
Source: Eurostat (online data code: spr_exp_sum)

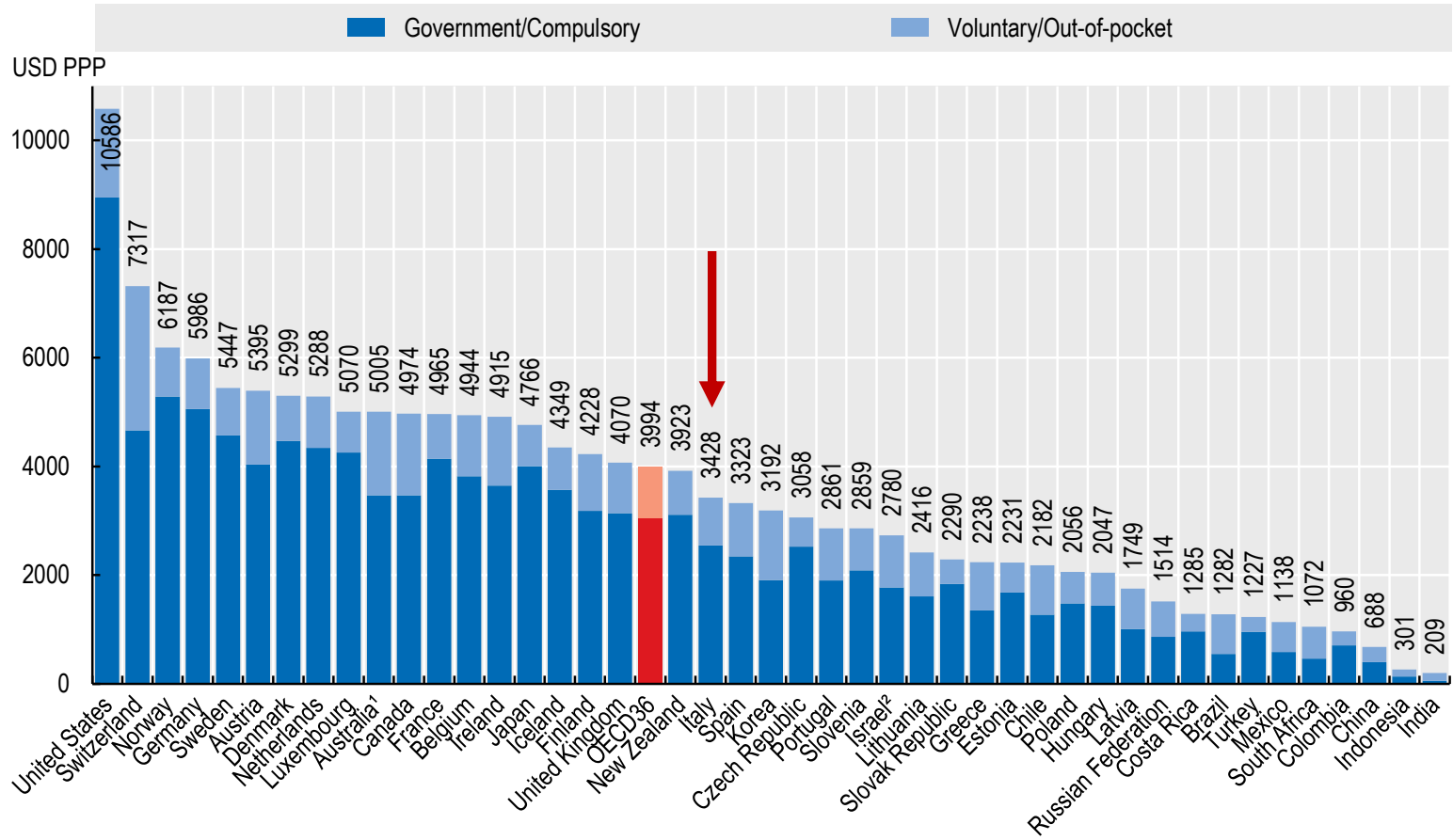
La spesa sanitaria in rapporto al PIL

Figure 7.3. Health expenditure as a share of GDP, 2018 (or nearest year)



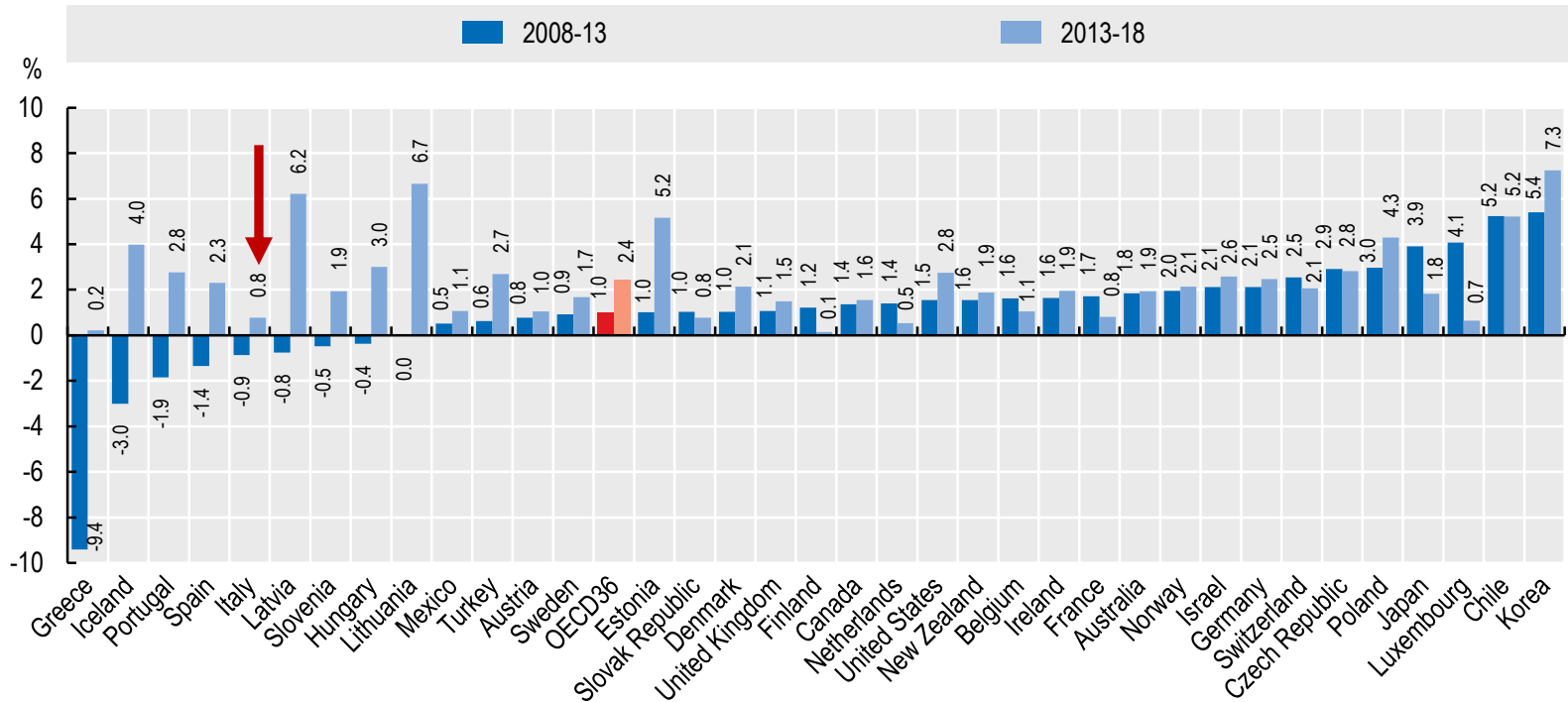
La spesa sanitaria pro-capite

Figure 7.1. Health expenditure per capita, 2018 (or nearest year)



La spesa sanitaria pro-capite

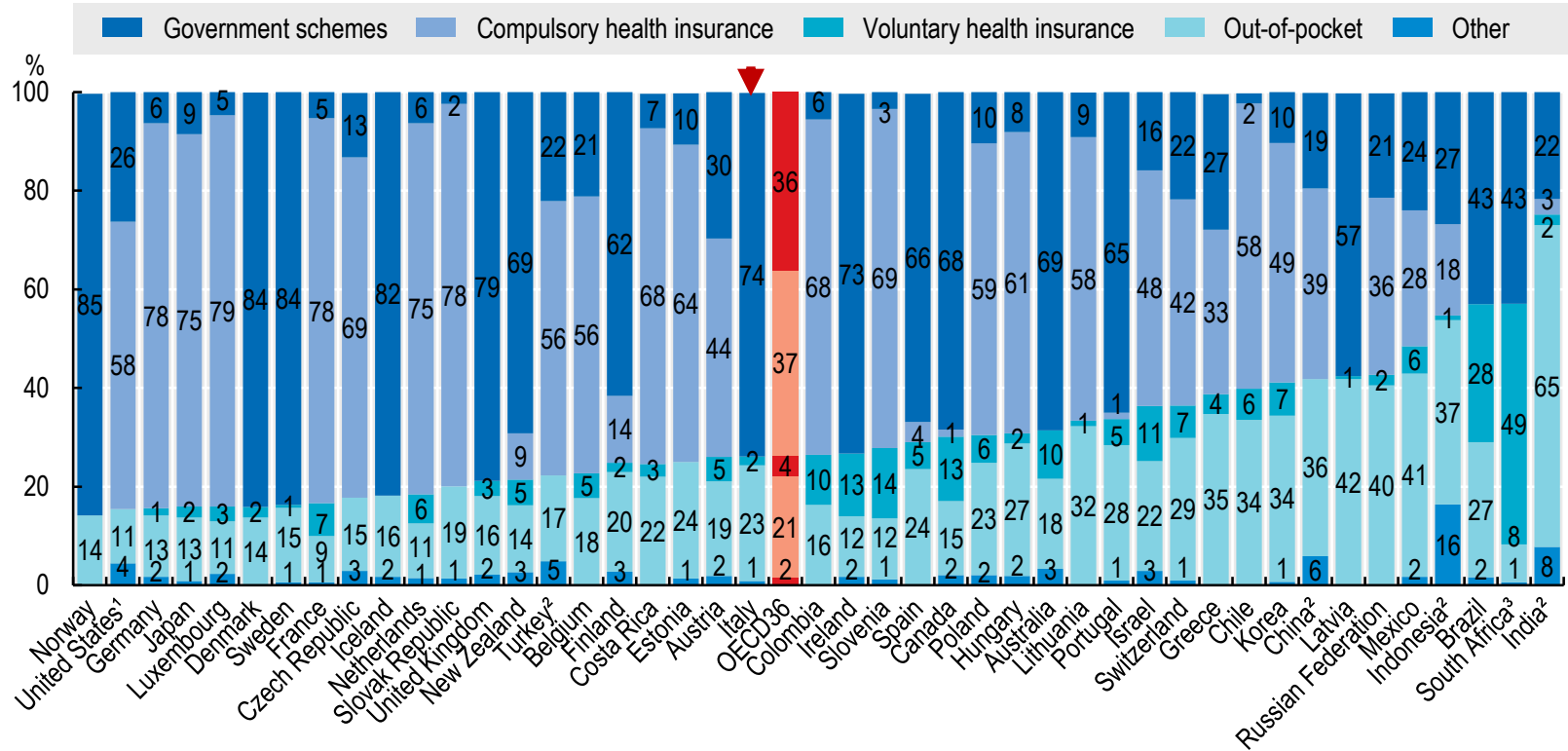
Figure 7.2. Annual growth in health expenditure per capita (real terms), 2008 to 2018 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2019.

La spesa sanitaria per fonte di finanziamento

Figure 7.8. Health expenditure by type of financing, 2017 (or nearest year)



1. All spending by private health insurance companies in the United States is reported under compulsory health insurance. 2. Health payment schemes unable to be disaggregated into voluntary health insurance, NPISH and enterprise financing are reported under other. 3. Voluntary payment schemes unable to be disaggregated are reported under voluntary health insurance.

Source: OECD Health Statistics 2019.

Le ragioni dell'intervento pubblico in sanità

Il tema non è così scontato, in quanto i servizi sanitari non sono beni pubblici puri, in quanto escludibili e rivali

- (es. in un posto letto può stare un solo paziente!).

A proposito dell'intervento pubblico nella sanità è utile distinguere tra motivazioni di **efficienza** e motivazioni di **equità**:

- nel primo caso si tratta di correggere un fallimento del mercato,
- nel secondo caso si tratta di interventi sulla distribuzione delle risorse finalizzati ad assicurare alcuni diritti alla persona

Servizi sanitari e mercati assicurativi

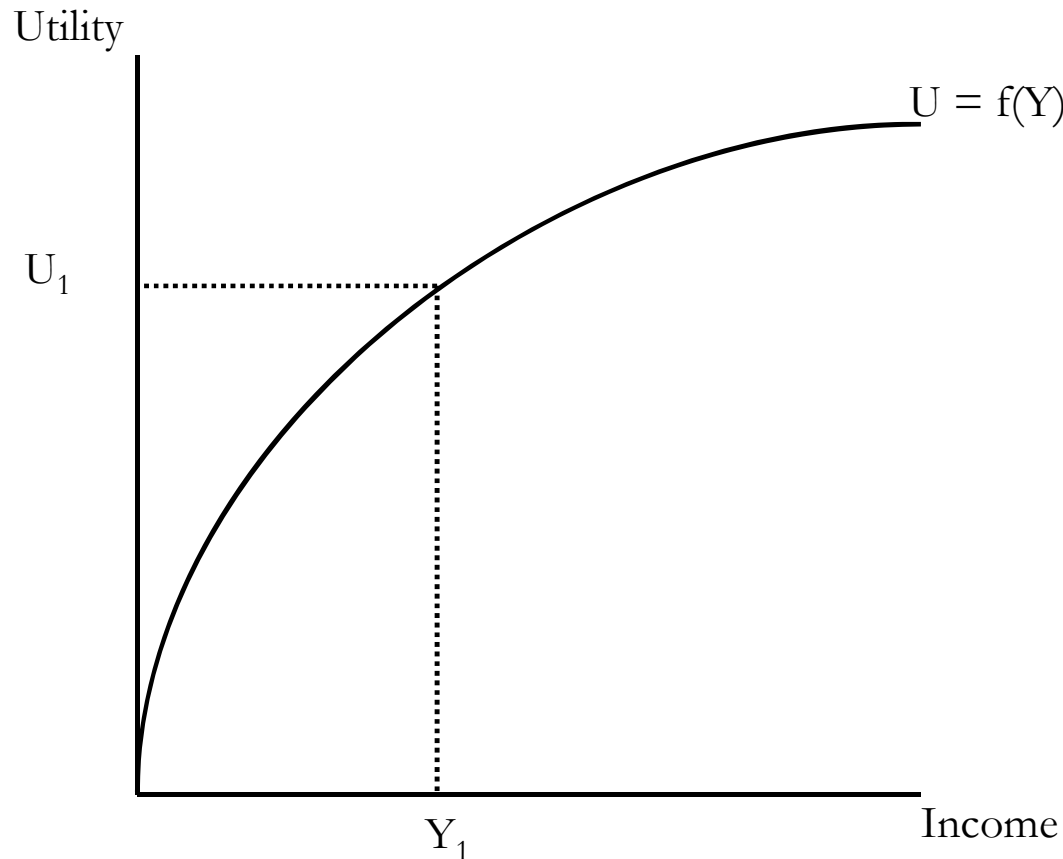
- Alcune delle peculiarità del mercato dell'assistenza sanitaria sono legate al ruolo che possono svolgere le assicurazioni
 - Un elemento chiave della malattia è **l'incertezza**
 - Le assicurazioni sono uno strumento per proteggersi dall'incertezza
 - Ruolo centrale nel caso dei servizi sanitari: senza copertura assicurativa la gran parte delle spese legate alla salute avrebbero natura “catastrofica” per i redditi di gran parte della popolazione
- 1. Il ruolo delle assicurazioni nel mercato dell'assistenza sanitaria
- 2. Le ragioni dell'intervento dello Stato nel fornire le assicurazioni contro la malattia
 - Selezione avversa
 - Azzardo morale
 - Esternalità

Il ruolo delle assicurazioni nel mercato dell'assistenza sanitaria

Assicurazione sanitaria nel caso di **soluzione privata**:

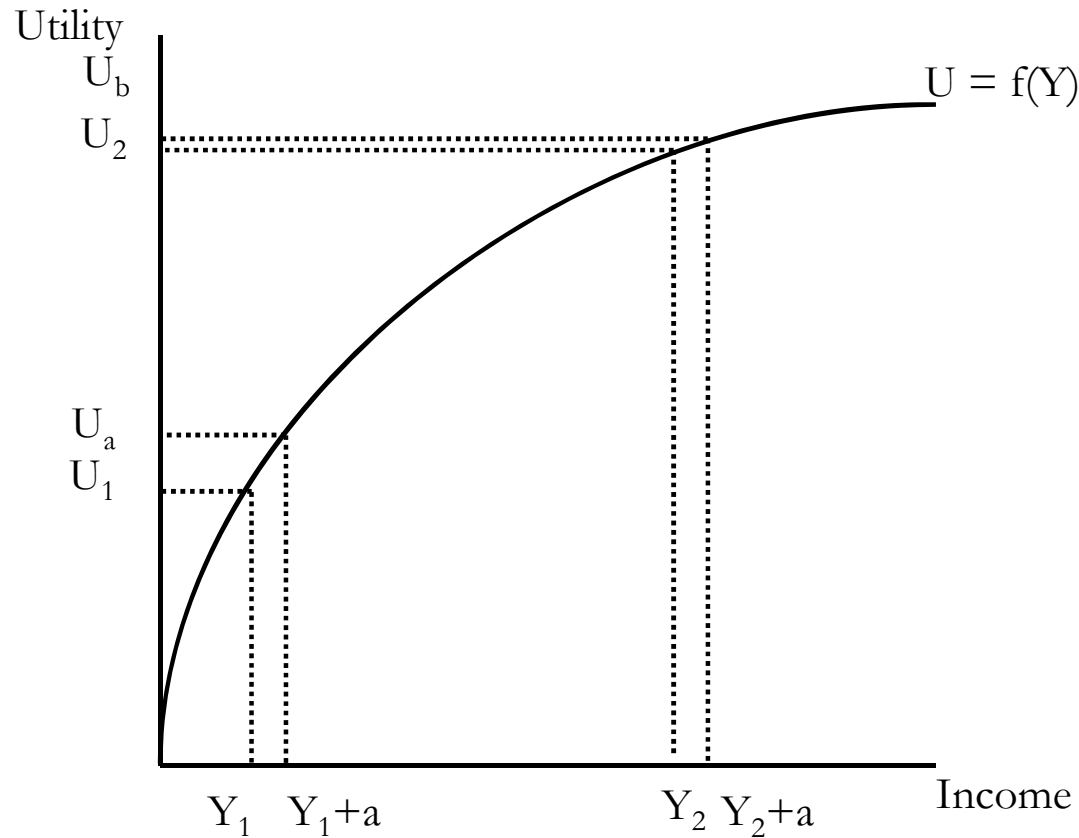
- l'acquirente versa una somma di denaro, che prende il nome di **premio assicurativo**, alla compagnia di assicurazione;
- la **compagnia di assicurazione** eroga una somma di denaro per conto dell'assicurato qualora dovesse verificarsi un evento sfavorevole che interessa la sua salute (malattia, incidente, etc)

Funzione di utilità e avversione al rischio



- L'utilità è una funzione di un elemento (reddito)
- Utilità marginale è positiva
- Utilità marginale decrescente

Funzione di utilità e avversione al rischio



- L'utilità è una funzione di un elemento (reddito)
- Utilità marginale è positiva
- Utilità marginale decrescente

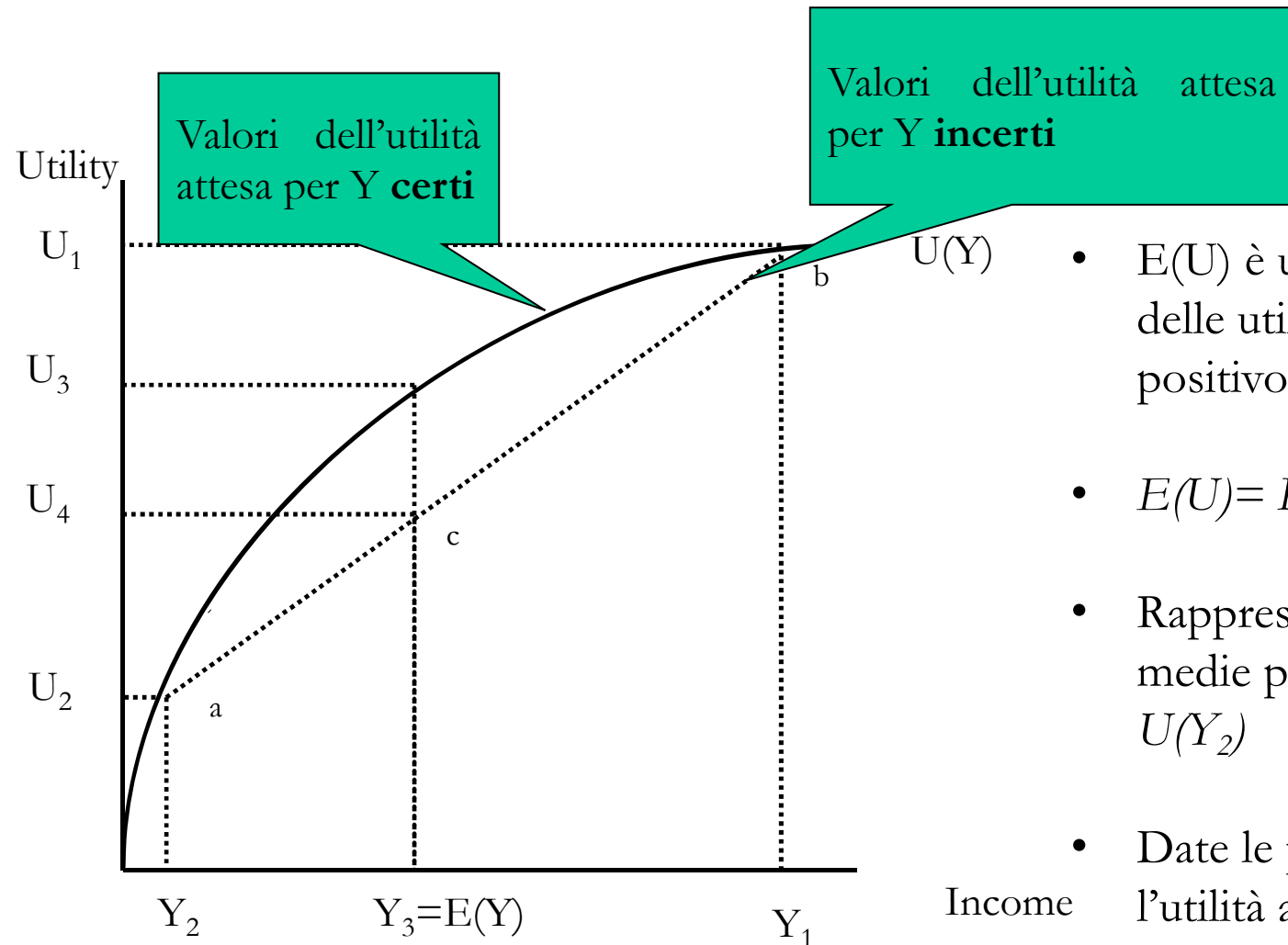
Valore atteso e utilità attesa

- Lanciando un dado (probabilità di $1/6$): qual è il valore atteso del lancio?

$$E(x) = 1(1/6) + 2(1/6) + \dots + 6(1/6) = 3.5$$

- Se un agente deve decidere tra due alternative (incerte):
 - a : garantisce Y_1 con probabilità P_1
 - b : garantisce Y_2 con probabilità $1-P_1$
 - U_1 e U_2 è l'utilità di Y_1 e Y_2 , rispettivamente
 - $E(Y) = P_1 Y_1 + (1-P_1) Y_2 = Y_3$: **Valore atteso!**
 - U_3 è l'utilità nel caso che l'agente avesse Y_3 con certezza
- Come sceglie tra queste due alternative?
 - Si basa sull'**utilità attesa**. Permette di comparare alternative rischiose

Valore atteso e utilità attesa



- $E(U)$ è una media ponderata delle utilità tra lo scenario positivo e quello negativo
- $E(U) = P_1 U(Y_1) + (1 - P_1) U(Y_2)$
- Rappresenta tutte le possibili medie ponderate di $U(Y_1)$ e $U(Y_2)$
- Date le probabilità, U_4 è l'utilità attesa

Il ruolo delle assicurazioni nel mercato dell'assistenza sanitaria

Esempio numerico

- Emilia ha un reddito annuo di 50 000 euro;
- 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 euro.

Dal punto di vista algebrico, in caso di 2 esiti (salute e malattia):

Valore atteso (VA) =

(Pr. Esito 1 x reddito nell'esito 1) + (Pr esito 2 x reddito nell'esito 2)

= $(9/10 \times 50000) + (1/10 \times 20000) = 47000$

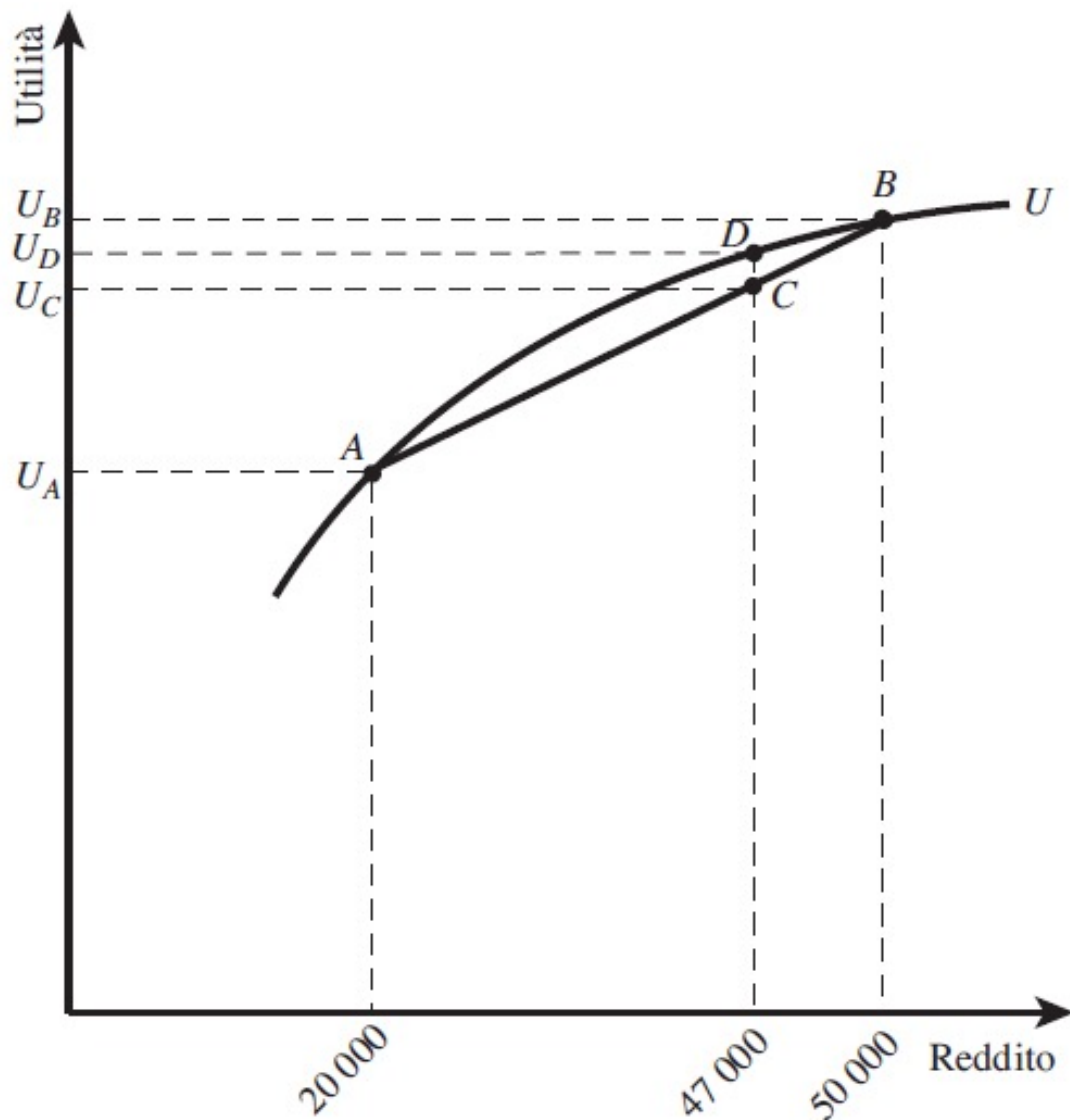
Il ruolo delle assicurazioni nel mercato dell'assistenza sanitaria

Esempio numerico

- Emilia può sopportare il rischio di ammalarsi, oppure **assicurarsi** contro il rischio, pagando un premio
 - Premio equo: pari al valore atteso della perdita per la compagnia assicurativa ($\Pi=0$):
 $=9/10 \times 0 + 1/10 \times 30000 = 3000$
- Due alternative:
 - Non pagare il premio. 50000 se non si ammala, 20000 se si ammala
 - Pagare il premio, ottenendo 47000 sia che si ammali, sia che non si ammali

					(A)	(B)	(C)
Opzioni assicurative	Reddito	Probabilità di rimanere in buona salute	Probabilità di ammalarsi	Perdita di reddito di Emilia, se si ammala	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

Le due opzioni di Emilia



Dalle due alternative derivano:

- Stesso *reddito atteso* (47000)
- **Diversa utilità attesa:**

$$EU(no-assic) = (9/10)U_B(50000) + (1/10)U_A(20000)$$

$$EU(assic) = 1U_c(47000)$$

Le due opzioni di Emilia

- Emilia preferirà assicurarsi, perché è la scelta garantisce un'utilità attesa più alta
- Es: se la funzione di utilità di Emilia avesse la forma

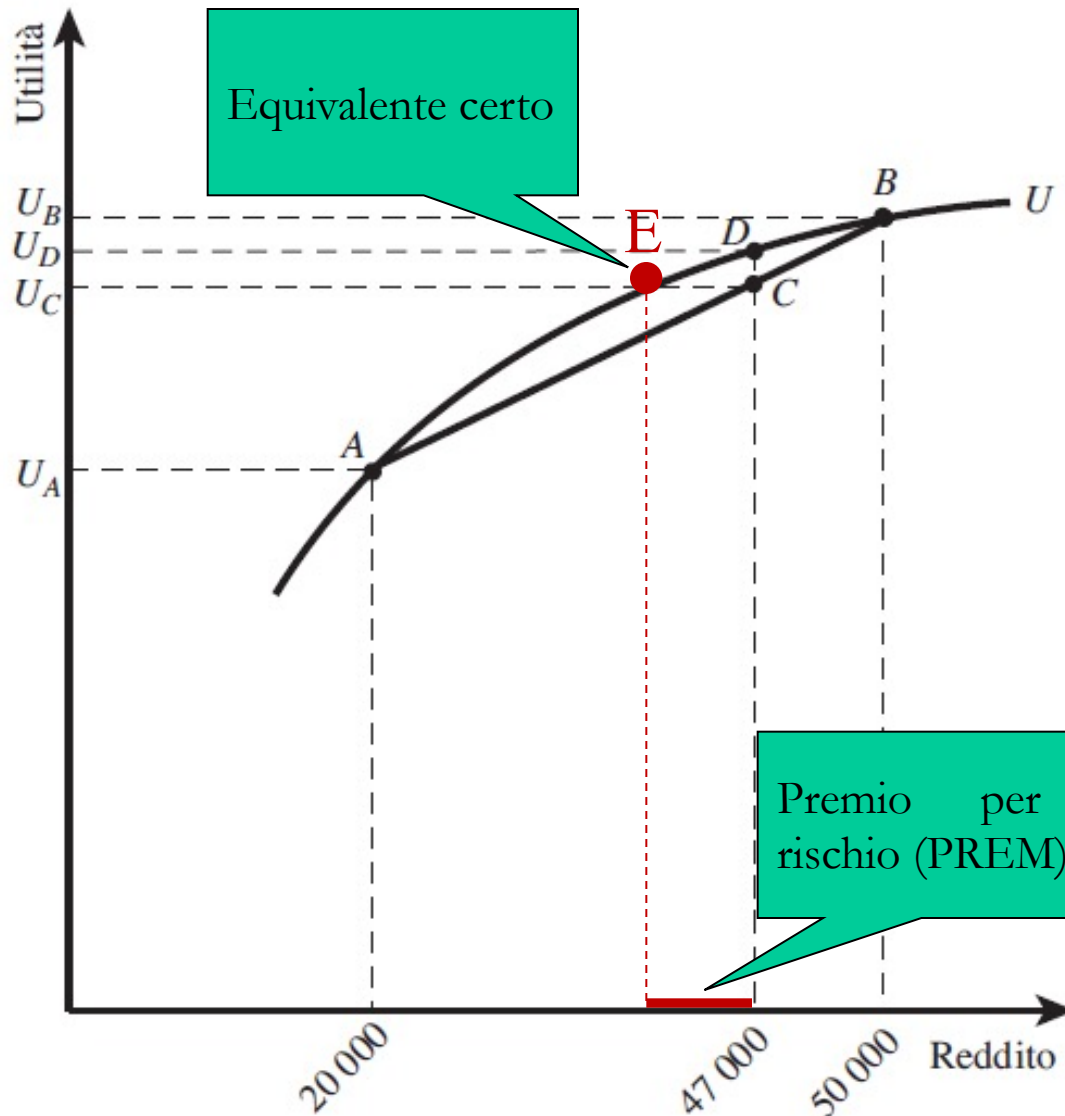
$$U=Y^{0.5}$$

- $EU(assic)=47000^{0,5}=216,79$
- $EU(no-assic)=50000^{0,5}(9/10)+20000^{0,5}(1/10)=201,25+14,14=215,39$

$$EU(assic) > EU(no-assic)$$

Questo perché Emilia è *avversa al rischio* (funzione di utilità concava)

Quanto sarà disposta a pagare Emilia?



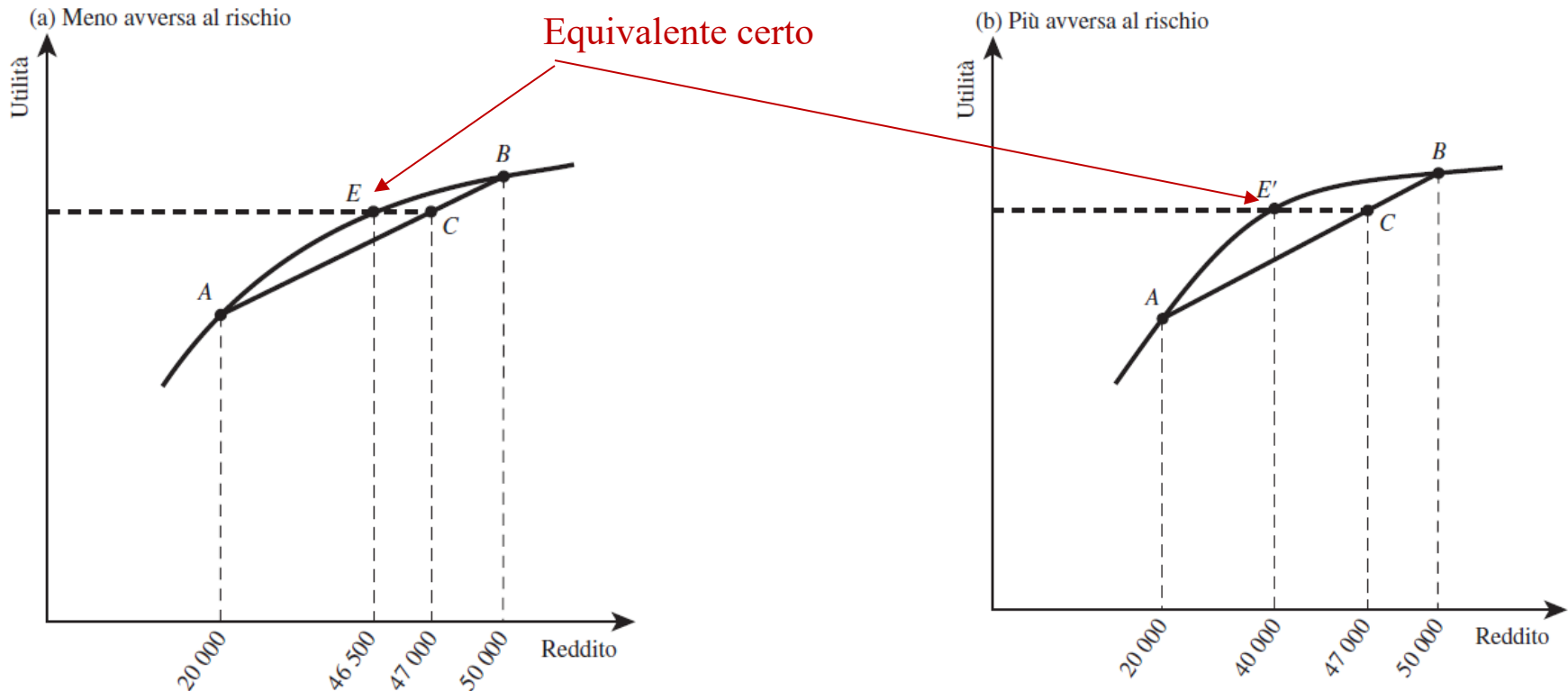
Ad Emilia non piace il rischio, perché è indifferente tra:

- 47000 con incertezza
- 47000-PREM con certezza

(stesso livello di utilità)

Perché si acquistano assicurazioni con premi più alti di quelli equi?

Ipotizziamo che l'impresa assicuratrice richieda un premio di $4.000\text{€} > 3.000\text{€}$ (premio equo). **La decisione se non assicurarsi (fig. a sinistra) o assicurarsi (fig. a destra) dipende dall'avversione al rischio (forma della FU).**



N.B. Maggiore curvatura della funzione U significa maggiore diminuzione dell'Utilità marginale del reddito e quindi maggiore disponibilità a pagare per assicurarsi contro la perdita.

Quota di ricarico: Differenza tra quanto richiesto dall'assicurazione e premio equo

Condizioni per il mercato assicurativo privato

- Se esiste un incentivo a fornire assicurazioni, perché è necessario l'intervento dello Stato?
- Per un mercato assicurativo privato:
 - La probabilità dell'evento assicurato per ciascun individuo deve essere indipendente da quella per qualsiasi altro individuo
 - La probabilità dell'evento rischioso deve essere inferiore (sufficientemente!) a 1
 - Le probabilità devono essere stimabili in modo sufficientemente certo
 - Il fenomeno oggetto di assicurazione deve ricadere nella categoria di *rischio*, non in quella dell'*incertezza*
 - Non deve esistere asimmetria informativa

Se viene meno una delle condizioni, il mercato *fallisce*

Le ragioni dell'intervento dello Stato: informazione asimmetrica

- **Informazione asimmetrica**
 - Una parte dispone di informazioni che l'altra non possiede
 - Es: il grado di rischio (di ammalarsi)
- Se è impossibile osservare il grado di rischio, è impossibile selezionare gli assicurati sulla base del grado di rischio
 - No premi differenziati proporzionali al rischio, ma premio uniforme e corrispondente al **rischio medio**
- Il premio più alto (e indifferenziato) scoraggia i 'clienti migliori', e attira solo i 'peggiori'
 - Le persone con un rischio individuale più basso abbandonano l'assicurazione
 - *Selezione avversa*

Un esempio di selezione avversa

TABELLA 10.3 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

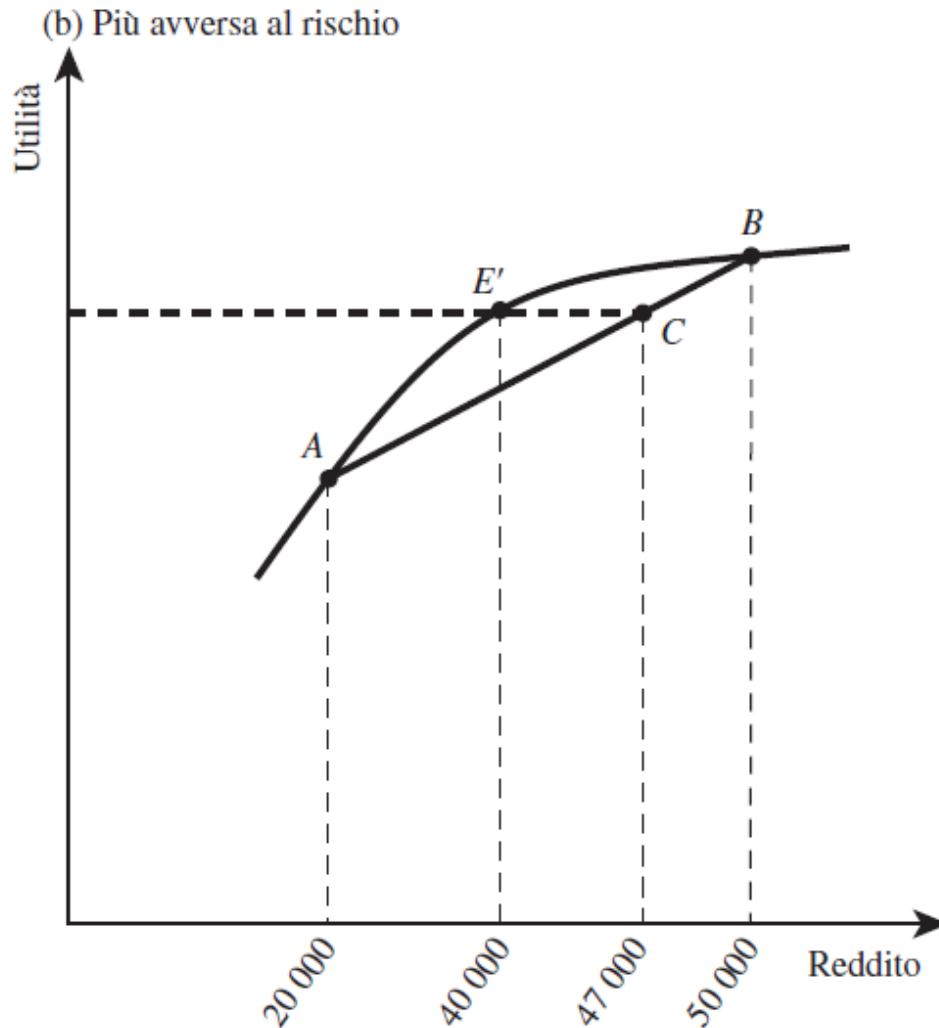
Se la compagnia assicurativa ha le informazioni necessarie per distinguere le persone ad alto e a basso rischio, potrebbe far pagare il premio equo a ciascun assicurato e chiudere semplicemente in pareggio (colonna D). Se invece non lo sa, un premio uniforme di 3000 euro comporterebbe delle perdite (colonna 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.

Le ragioni dell'intervento dello Stato

- Selezione avversa

- Le assicurazioni definiscono il premio così da coprire il rischio medio
- Per individui a basso rischio, premio medio > premio equo
 - Con informazione completa, avrebbero beneficiato dell'assicurazione a un premio equo
 - scelgono di non sottoscrivere l'assicurazione
- L'intero mercato potrebbe
 - smettere di funzionare
 - continuare a funzionare, se esistono abbastanza persone con forte avversione al rischio

Un equilibrio con assicurazione non implica che il mercato non stia fallendo!



Se la decisione di assicurarsi è essenzialmente guidata dall'avversione al rischio (forma della FU), il prezzo che si crea sarà tendenzialmente non equo, cioè eccessivo, sfruttando il bisogno di sicurezza degli individui

Selezione avversa e intervento dello Stato

Soluzioni in caso di selezione avversa

- Nel contesto delle assicurazione private: **eliminare l'asimmetria informativa**
 - Gli assicuratori possono ottenere delle informazioni sul profilo di rischio dei loro clienti
 - **Experience rating:**
 - Selezione dei clienti, e differenziazione dei premi
 - Implicazione in termini di equità?
 - Alternativa: **community rating**
 - Sistema con premi uniformi ad individui con rischi difforni
 - Bilanciamento inefficienza-equità: bassi profili di rischio sovvenzionano alti profili di rischio
- L'intervento dello Stato è l'unica modalità di correzione di questo fallimento di mercato
 - Copertura sanitaria universale (o quasi)
 - Sottoscrizione obbligatoria
 - Premi uniformi

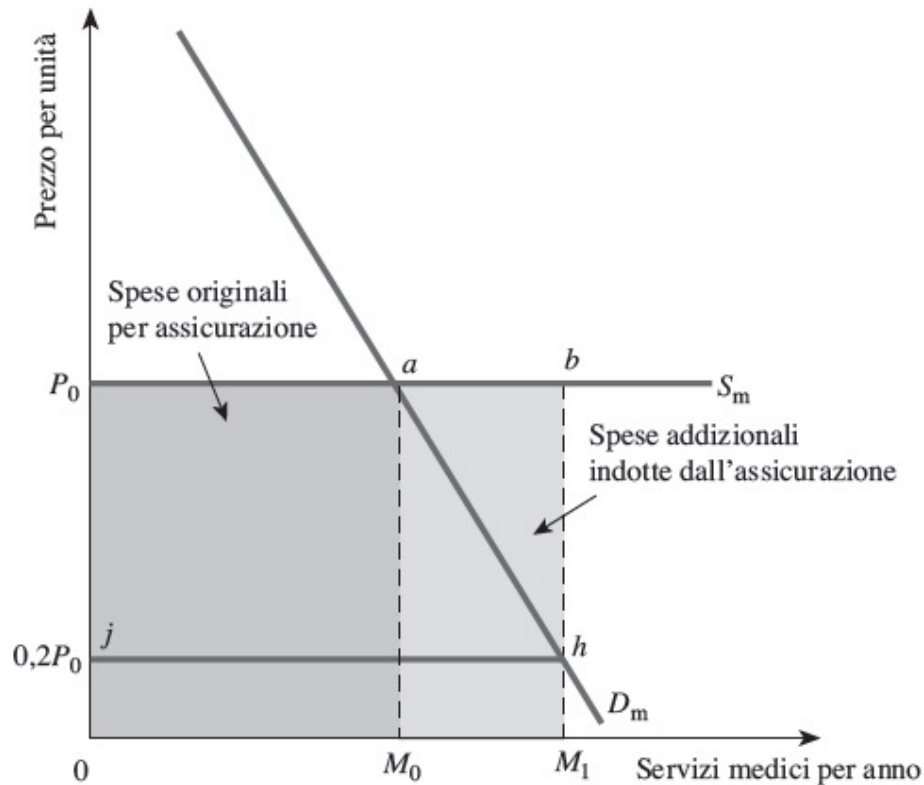
Assicurazione sanitaria e azzardo morale

- In aggiunta al fenomeno della selezione avversa, l'assicurazione può avere effetti distorsivi sul **comportamento** degli individui assicurati.
- In presenza di una copertura assicurativa, gli individui possono:
 - non prendere tutte le precauzioni necessarie a evitare i rischi
 - chiedere più servizi sanitari di quanti non ne chiederebbero se non fossero assicurati

Sono entrambi dei casi di rischio (azzardo) morale:

- l'asimmetria informativa si verifica dopo che il contratto è stato stipulato in quanto il controllo sul comportamento dell'assicurato è impossibile o molto costoso per l'assicurazione.

Rischio morale e crescita della spesa sanitaria



Immaginiamo costo marginale di produzione costante (offerta è retta orizzontale)

Equilibrio di mercato: M_0, P_0 , con spesa totale OP_0aM_0 .

Con polizza assicurativa che copre l'80% della spesa (20% a carico del paziente):

- quantità di equilibrio = OM_1 ,
- spesa del paziente $OjhM_1$,
- spesa a carico dell'assicurazione jP_0bh ;
- maggiore spesa M_0M_1ba .

NOTA: questo risultato è determinato da una domanda non-rigida

Rischio morale e terzo pagante

- Trade off: **riduzione inefficienze** prodotte da selezione avversa vs **problemi di equità** (se prezzi differenziati per rischio)
 - Lo Stato può migliorare il *trade off* o eliminare del tutto il rischio morale?
 - **(Risposta breve: No)**
 - I problemi di efficienza causati dal rischio morale nascono ogni qualvolta sono **terzi** a finanziare il costo dei servizi medici.
 - La copertura assicurativa induce un aumento della domanda di cure, *ex-post* (dopo la stipulazione del contratto)
 - Il fornitore dei servizi medici ha incentivo per aumentare numero e il costo dei servizi
 - Quando è lo Stato a fornire l'assicurazione, il Bilancio pubblico è il “terzo pagatore”, ma l'analisi del rischio morale è esattamente la stessa.
- ⇒ Soluzioni contrattuali / istituzionali che riescano a «disallineare» gli incentivi dei medici (erogatori) rispetto ai pazienti.
- Fondamentali gli schemi di remunerazione delle prestazioni

Asimmetria informativa nel rapporto medico-paziente

- Altro aspetto critico del mercato dell'assistenza sanitaria: gli individui potrebbero non essere ben informati sui servizi che acquistano
 - Necessità di delegare/affidarsi all'esperienza del proprio medico
- Per la presenza di asimmetria informativa e di conflitto di interessi, nel mercato sanitario si crea un ulteriore **rapporto di agenzia**, ove il medico è l'**agente** e il paziente è il **principale**
- La mancanza di informazioni da parte dei pazienti sta alla base di molti **interventi pubblici**.
 - In Italia, e in numerosi altri paesi, chi vuole esercitare la professione medica è tenuto ad iscriversi a un albo
 - L'albo a sua volta dovrebbe incentivare l'affermarsi di norme di comportamento (sociali) atte a limitare i comportamenti opportunistici

Altre possibili inefficienze dei mercati sanitari:

a) consumo di servizi sanitari ed esternalità

- 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.
 - All'opposto, l'uso eccessivo di antibiotici agevola lo svilupparsi di nuovi ceppi di batteri immuni, ciò di cui anche altri subiranno le conseguenze negative.
- In presenza di esternalità l'intervento pubblico può migliorare l'efficienza.

b) Intervento pubblico in sanità come intervento paternalistico e di equità

Paternalismo

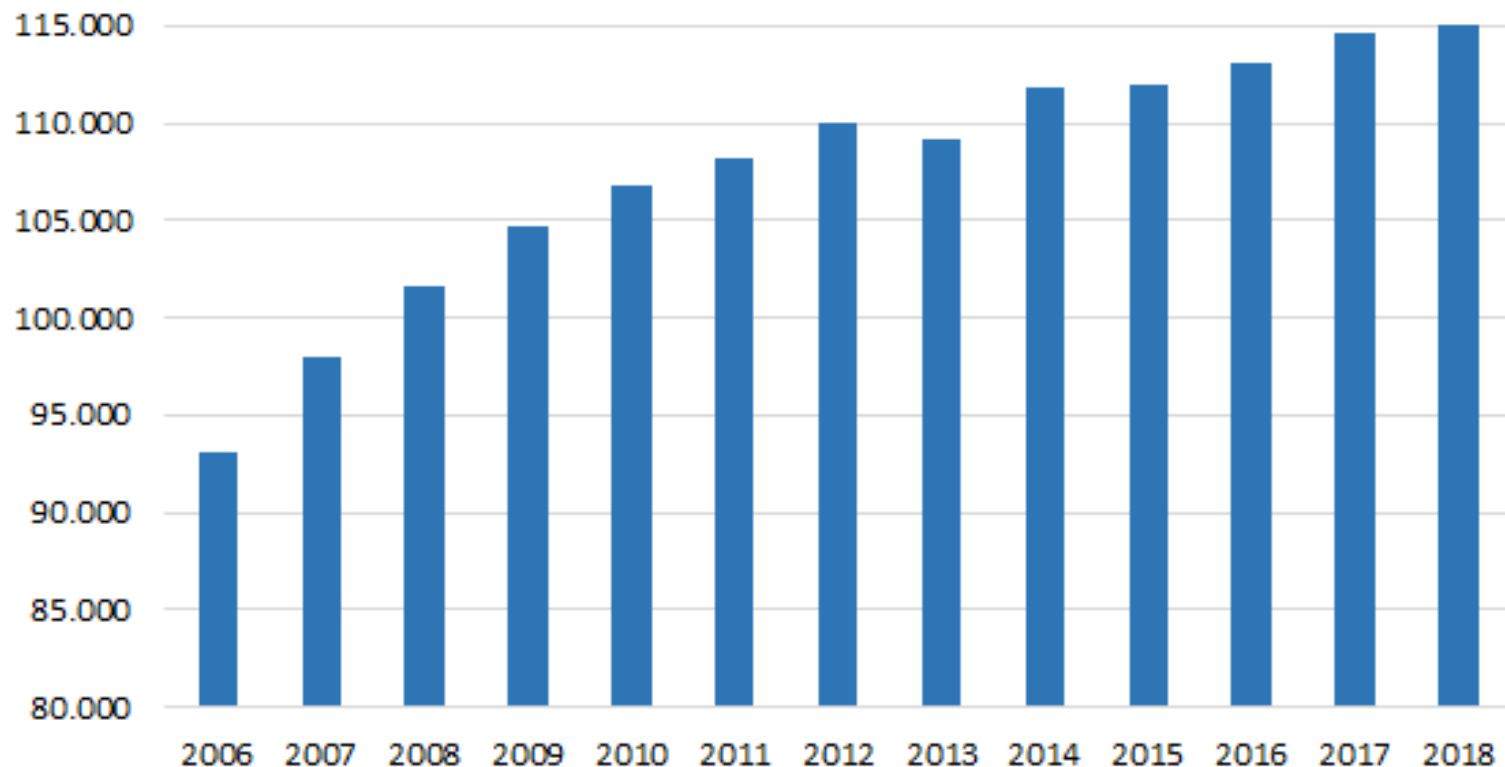
- Gli individui potrebbero non comprendere l'utilità della copertura assicurativa, o non essere abbastanza lungimiranti da premunirsi in tempo
 - dovrebbero essere costretti?
- Intervento pubblico nella produzione e/o fornitura di beni sanitari con **argomentazioni di tipo equitativo**
 - Il diritto alla cura rientra tra i **diritti di cittadinanza** (*egualitarismo dei beni à la Tobin*), tra i «**funzionamenti**» necessari all'**esplicarsi delle capacità umane** (Sen) e che vada quindi garantito a tutti.
 - A differenza di altri casi (es. povertà e disoccupazione) si sottolinea in particolare la «non responsabilità individuale per il rischio sanitario»

Il sistema sanitario in Italia

- La spesa pubblica per i servizi sanitari in Italia era pari al 14,9% della spesa pubblica nel 1992, è scesa al 12,8% nel 1997 ed è tornata al 15,9% nel 2008 (circa il 30% della spesa di protezione sociale).
- In rapporto al PIL, è passata dal 5,77% del 1992 al 5,01% nel biennio 1997-1998, per superare il 6% nel 2006; 6,7% nel 2017
- Nella fase più acuta di ciclo economico negativo, si è anche raggiunto il 7%.

Il sistema sanitario in Italia

Fig. 6 – Finanziamento effettivo 2016 (1)
(milioni di euro)



Fonte: Ragioneria generale dello Stato (anni vari), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4 e 6.
(1) Il finanziamento effettivo comprende, oltre a quello ordinario (le risorse attribuite dallo Stato alla sanità pubblica), le entrate proprie degli enti del SSN.

L'istituzione del servizio sanitario nazionale

- Il servizio sanitario nazionale (SSN) è stato introdotto in Italia nel 1978 con la Legge numero 833.
- In linea con articolo 32 della Costituzione, che riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse per la collettività
- **Servizio universale**, ossia diretto a tutti **indipendentemente** dal livello di reddito, dalla condizione occupazionale e professionale

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** programmavano l'intervento sul territorio;
- le **USL** gestivano i servizi, compresa l'assistenza ospedaliera.

La riforma del SSN

- Nel corso dell'ultimo ventennio il sistema sanitario italiano è stato sottoposto a importanti riforme:
 - risorse non sempre sono state impiegate in modo efficiente
 - contenimento spesa pubblica per soddisfare i criteri di adesione all'Unione Monetaria Europea
- La riforma (1992-2011):
 - 505/1992; 229/1999; 56/2000; 68/2011 (in mezzo, federalismo fiscale 2001)
- Intervenuta principalmente
 - sul sistema di finanziamento del SSN
 - sulla libertà di cura e sul modello organizzativo.
- La riforma costituzionale del 2001 ha ulteriormente accresciuto l'autonomia delle regioni.

La riforma del SSN

- **Il sistema pre-riforma**

- Risorse gestite localmente dalle USL
- Responsabilità di reperirle era degli amministratori centrali

⇒ **assenza di incentivi**

- USL non avevano incentivi a controllare la spesa
- Stanziamenti del FSN (amministratori centrali) non erano sempre adeguati, e costringevano a indebitamento
 - Incentivi elettorali a sottostimare FSN, e quindi spesa pubblica (*Political Economy*)

- **... e post-riforma**

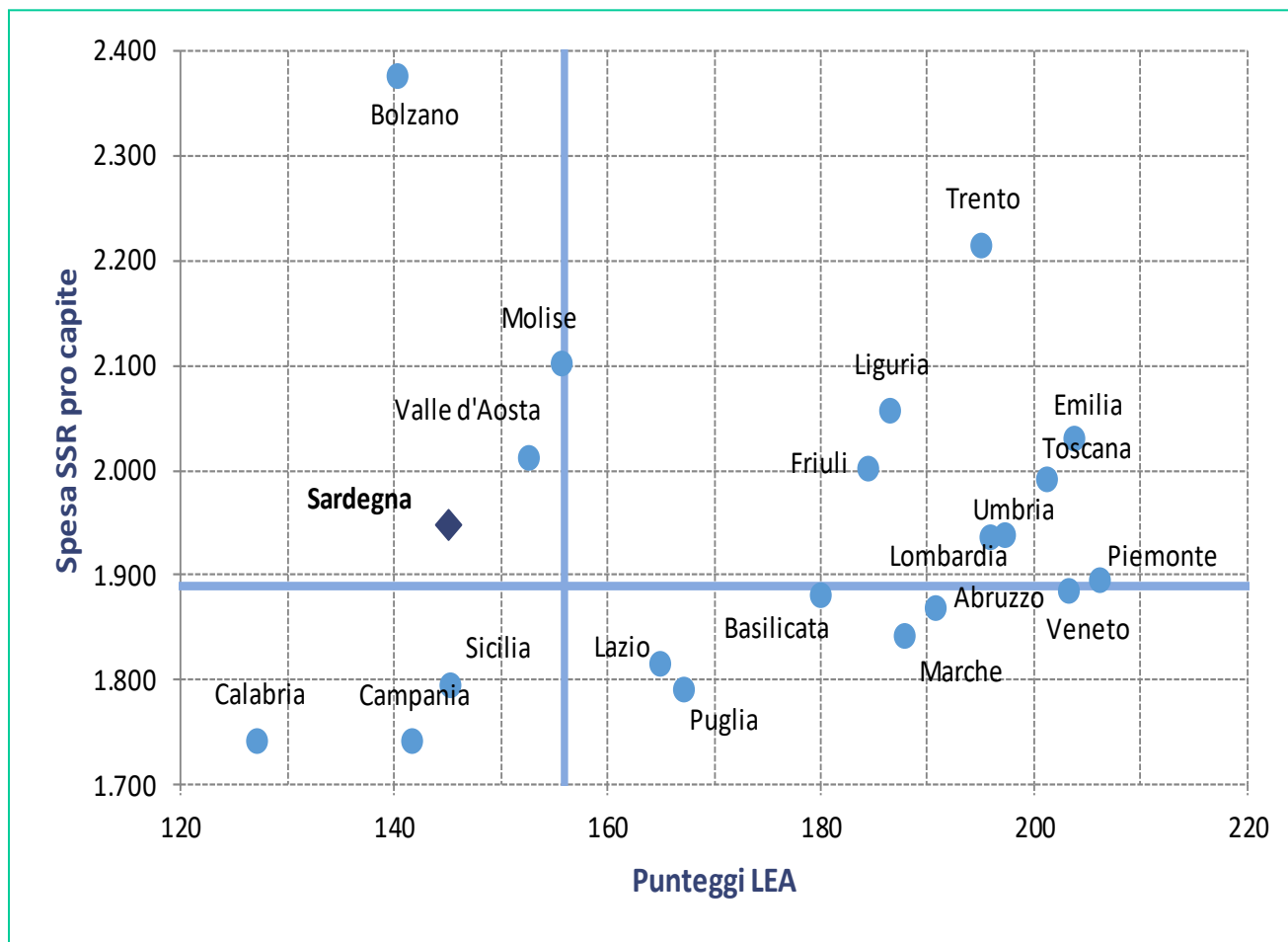
- Regioni finanziate con:
 - i **tributi propri**: l'IRAP (imposta regionale sulle attività produttive);
 - l'**addizionale all'IRPEF** (imposta sul reddito delle persone fisiche) e non più con i contributi sanitari, aboliti;
 - una **compartecipazione al gettito dell'IVA**, non vincolata alla spesa sanitaria

Le nuove modalità di finanziamento

- Il riparto delle risorse disponibili è finalizzato al finanziamento dei **LEA-Livelli Essenziali di Assistenza**
 - Fissati dallo Stato: cornici entro le quali possono operare le regioni
 - Anche sistema di valutazione/incentivi sull'erogazione dei servizi sanitari (indicatori su tre aree: assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera)
- Il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie fa riferimento ai **costi e fabbisogni standard**. (DL 68/2011)
 - Il **fabbisogno** standard è definito come “l'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e appropriatezza”.
 - Il **costo standard** ammesso sarà calcolato come la media procapite pesata dei costi registrati dalle Regioni *benchmark*, ossia in quelle *più efficienti*
- **Spesa prevista = Somma costi standard**
 - Stato interviene se capacità fiscale delle regioni (finanziamento tramite tributi propri e compartecipazione dell'IVA) non è sufficiente

INDICATORI DI EFFICACIA nei LEA e efficienza

‘Punteggi’ LEA, anno 2017 (valori assoluti) e spesa sanitaria pro capite, anno 2017 (euro)



Come individuare le Regioni benchmark?

Fonte: Elaborazioni CRENoS su dati MEF – Monitoraggio della spesa sanitaria – e Ministero della Salute – Monitoraggio dei LEA

La separazione tra chi fornisce e chi acquista le prestazioni e limitazione del problema del terzo pagante

- Separazione tra chi fornisce la prestazione e chi le acquista
 - aumentare la concorrenza tra fornitori, incentivando i miglioramenti in termini di efficienza e di aumento e diversificazione dell'offerta (qualità).
- Le USL sono state sostituite con le ASL
 - possono fornire direttamente il servizio oppure acquistare le prestazioni da privati (autorizzati e accreditati in base alla normativa regionale)
- Le prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere e da quelle private vengono pagate dalle ASL in base ai **DRG**
 - Diagnostic Related Group, in italiano ROD
 - pagamento avviene in base alla diagnosi (inizio cura)
 - ogni diagnosi colloca le cure in un certo gruppo al quale corrisponde il rimborso che la struttura ha diritto a percepire.
 - importo definito *ex ante*, non *ex post*: riduce gli incentivi a prestazioni non-necessarie, contenimento della spesa limitando la discrezionalità del medico.
 - efficace se i DRG sono calcolati in maniera sufficientemente articolata e esistono controlli adeguati che verificano che le diagnosi non siano formulate *ad hoc*.

limite superiore di durata della degenza, al di sopra del quale il ricovero viene considerato anomalo

DRG	DESCRIZIONE	TIPO DRG	TARIFFA RICOVERO ORDINARIO	TARIFFA RICOVERO 1 GIORNO	TARIFFA RICOVERO DH	SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	PESO
001	CRANIOTOMIA ETA` > 17, CON CC	C	10401,38	2103,01	2103,01	57	258,22	4,18
002	CRANIOTOMIA ETA > 17, SENZA CC	C	9398,68	2848,25	2848,25	34	302,64	3,174
003	CRANIOTOMIA ETA` < 18	C	9746,36	1965,63	1965,63	54	302,64	2,319
006	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	C	885,6	885,6	885,6	11	277,85	0,737
007	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	C	7931,27	1325,22	1325,22	83	207,61	2,343
008	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	C	2770,27	2077,7	2077,7	25	170,94	1,581
009	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	M	4918,31	274,75	274,75	41	228,79	1,276
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	M	4582,58	283,53	283,53	63	244,8	1,379
011	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	M	2998,06	265,45	265,45	50	223,62	1,033
012	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	M	3750,69	232,4	232,4	48	199,86	0,91
013	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	M	2475,47	228,79	228,79	43	202,96	0,792
014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CELEBRALE	M	3651,75	239,11	239,11	52	196,25	1,26
015	VASCULOPATIE CELEBRALI ACUTE NON SPECIFICHE E OCCLUSIONE PRECEREBRALE SENZA INFARTO	M	2287,68	232,4	232,4	24	197,8	0,9
016	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	M	3148,32	252,54	252,54	41	207,09	1,272
017	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	M	2259,6	222,59	222,59	37	133,24	0,847
018	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	M	2602,93	247,38	247,38	37	204	1,091
019	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	M	1261,69	239,11	239,11	33	152,35	0,717
021	MENINGITE VIRALE	M	2824,66	243,76	243,76	31	141,5	0,796
022	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	M	3117,17	251,51	251,51	31	216,39	0,939
023	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	M	2572,5	233,95	233,95	41	170,94	0,802
026	CONVULSIONI E CEFALEA ETA` < 18	M	1607,58	303,67	303,67	19	260,81	0,485
027	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	M	4198,82	316,58	316,58	37	244,28	1,518
028	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA` > 17 CON CC	M	3918,32	308,84	308,84	31	253,58	1,312
029	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA` > 17 SENZA CC	M	1999,98	267	267	14	221,56	0,89
030	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA` < 18	M	1310,26	366,16	366,16	7	292,83	0,418
031	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA` > 17 CON CC	M	1945,7	425,04	425,04	25	325,88	1,112

Vantaggi e rischi del nuovo sistema

Vantaggi:

- il ricorso ai tributi regionali e l'abolizione del FSN vanno sicuramente nella direzione di una maggiore responsabilizzazione degli amministratori regionali
- Il sistema di rimborso prospettico basato sui DRG ha limitato i ricoveri prolungati e la gestione inefficiente delle risorse sanitarie.

Rischi:

- la segmentazione del mercato o *cream skinning* a favore dei privati:
 - I privati offrono le prestazioni più profittevoli
 - Lasciano a carico del pubblico gli interventi più costosi in termini di investimenti
- l'incentivazione a scegliere cure inutilmente costose (peraltro contrastata dall'analisi dell'appropriatezza)...
- ...e a dimissioni precoci (con rischi per la salute e/o maggiori costi per ricoveri ripetuti)
- il riprodursi tra Regione e Asl del disallineamento delle responsabilità in precedenza rilevato tra Stato e Regione.
- Rischio di messa in discussione della natura universale del SSN (rischio temperato dall'introduzione dei LEA)