

Scienza delle Finanze

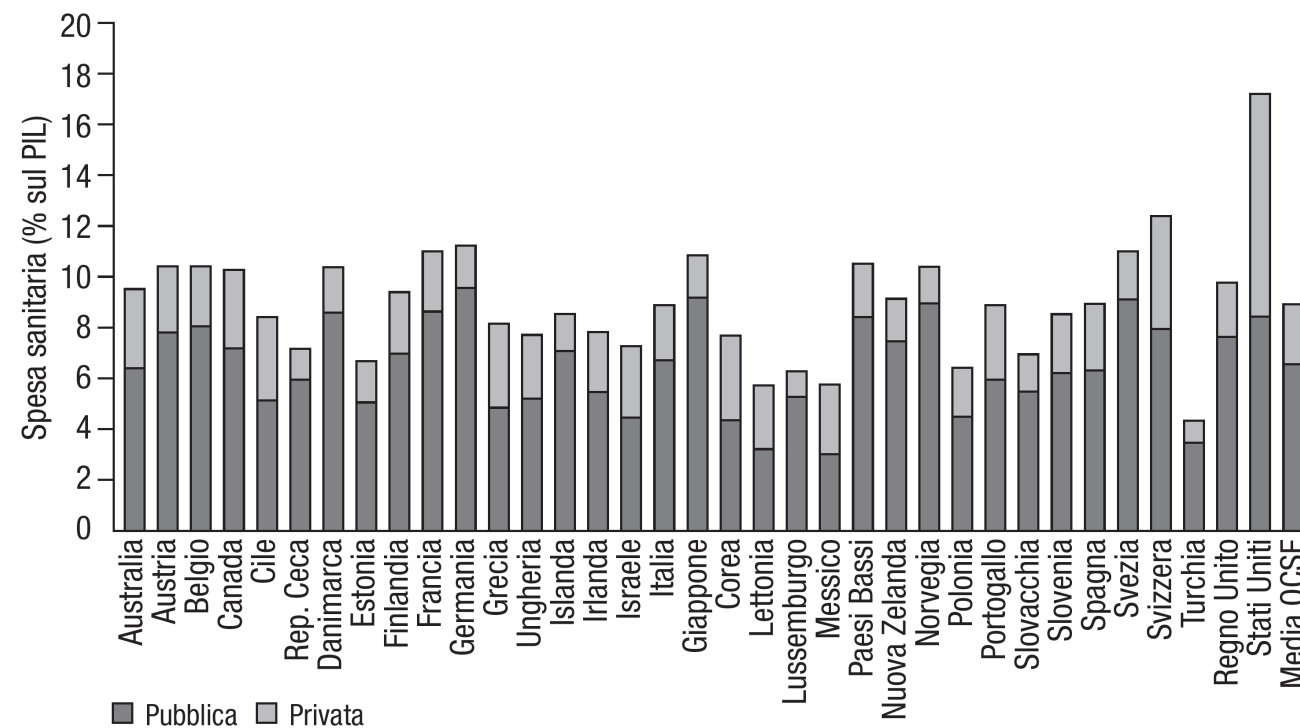
A.A. 2022/2023

V

Sanità: il modello privato e quello pubblico

La spesa sanitaria nei paesi OCSE

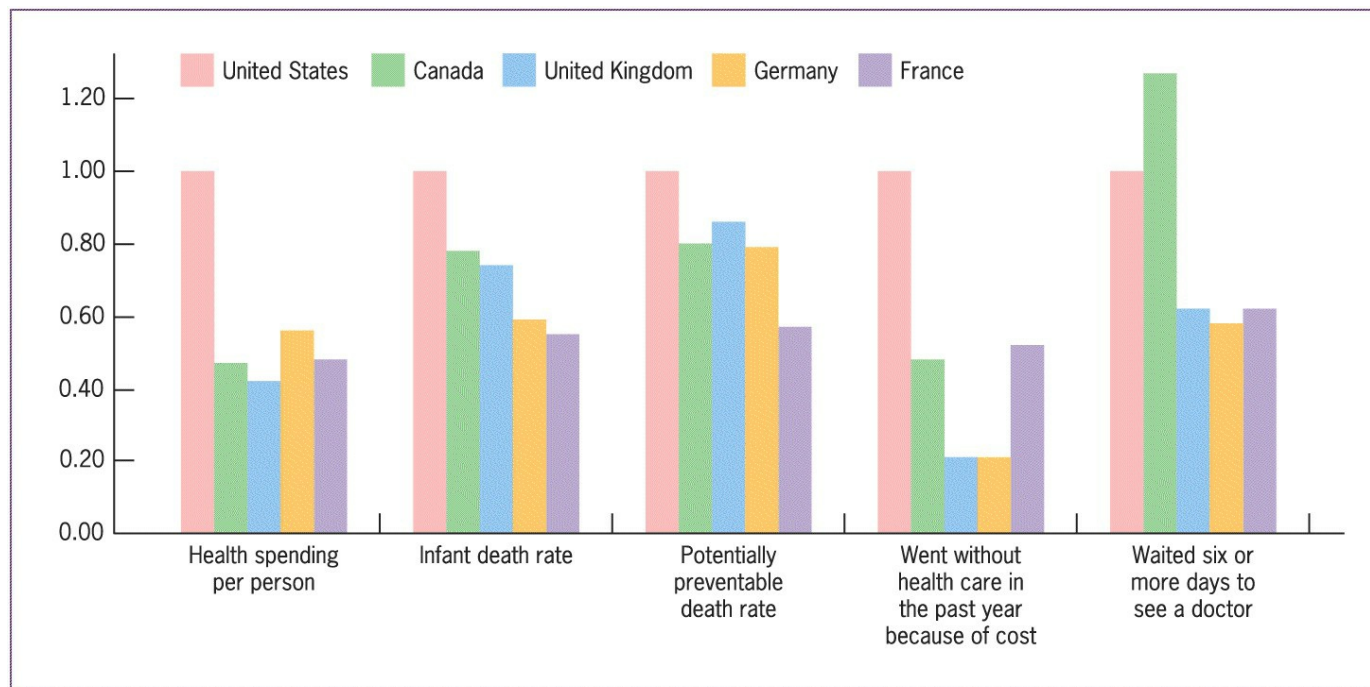
Figura 9.1 Distribuzione della spesa sanitaria nei paesi OCSE (2016)



Note: negli Stati Uniti il livello di spesa è molto superiore rispetto agli altri paesi industrializzati.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Statistics, 2017, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>).

La spesa sanitaria nei paesi OCSE



Gruber, *Public Finance and Public Policy*, 6e, © 2019 Worth Publishers

■ FIGURE 15-3

U.S. Rankings in Health System Outcomes • This figure shows the ranking of the United States relative to other developed nations along a number of indicators of health system outcomes. The United States spends twice as much as most other developed countries on health care, yet it is outperformed in almost every other indicator.

Data from: The Common Wealth Fund at www.commonwealthfund.org.

Come funzionano le assicurazioni sanitarie

- Nei sistemi sanitari privati, gli individui, o le aziende per loro conto, pagano premi mensili alle compagnie di assicurazione.
- In cambio, le compagnie di assicurazione pagano ai fornitori gran parte del costo dei beni e servizi medici di cui l'individuo ha usufruito.
- I pagamenti dei pazienti sono di tre tipi:
 - *franchigia annuale*: l'assicurato sostiene i costi fino al raggiungimento della franchigia
 - *compartecipazione fissa alla spesa*: la spesa dell'assicurato è una quota fissa
 - *compartecipazione variabile alla spesa*: la spesa dell'assicurato è una percentuale

Assicurazione privata

- Negli Stati Uniti, la principale tipologia di assicurazione sanitaria è quella privata (67,5% nel 2016)
- ... e la forma più comune di assicurazione sanitaria privata è quella fornita dai **datori di lavoro**
- L'alternativa è il **mercato assicurativo individuale**:
 - individui o famiglie acquistano l'assicurazione direttamente, e non attraverso un gruppo, come il luogo di lavoro.
- ...oltre ai programmi governativi (*Medicare, Medicaid*)

Risk pooling

- Una ragione per cui i datori di lavoro forniscono l'assicurazione è il *risk pooling*.
- Gli assicuratori *predicono* quale sia il rischio sulla base delle caratteristiche osservabili degli individui nel gruppo di rischio (chi sottoscrive).
- Ma perché queste funzioni devono valere due requisiti:
 - Il gruppo deve essere sufficientemente grande affinché valga la *legge dei grandi numeri*
 - Non ci deve essere **selezione avversa** (le caratteristiche osservabili catturano tutta l'informazione rilevante).
- I dipendenti delle aziende di grandi dimensioni rispettano questi requisiti:
 - Sono tanti e non sono selezionati in dimensioni collegabili al rischio sanitario
 - In aggiunta: costi amministrativi medi fissi più bassi

I sussidi fiscali

- Un'altra ragione per la fornitura delle assicurazioni da parte dei datori di lavoro è legata al tema dei **sussidi**
 - Il sussidio va ai *dipendenti*, non ai *datori di lavoro*.
 - Il datore di lavoro è indifferente tra pagamenti sotto forma di salario o di assicurazione sanitaria (entrambi sono fiscalmente deducibili).
 - Il lavoratore preferisce essere pagato in assicurazione sanitaria piuttosto che sotto forma di salario, perché riduce il suo debito di imposta.

Polizze individuali

- Il mercato assicurativo individuale ha funzionato tradizionalmente con molte difficoltà. Non sempre l'assicurazione individuale è stata disponibile.
- Gli individui in cattive condizioni di salute spesso non erano in grado di ottenere una copertura (o la ottenevano a un prezzo incredibilmente alto).
- Una caratteristica dell'ACA è stata lo sforzo di ridurre le barriere di accesso al mercato assicurativo individuale.
 - Ha bandito le clausole di esclusione delle condizioni precedenti e i premi più alti per i sottoscrittori meno in salute.
 - Ha previsto crediti di imposta che sovvenzionano il costo dell'assicurazione.
 - Più dettagli sull'ACA in seguito...

Medicare e Medicaid

- **Medicare***: copre chi ha più di 65 anni o un'invalidità
- **Medicaid**: programma che, negli USA, fornisce assistenza sanitaria alle persone bisognose.
 - i beneficiari dei programmi di assistenza in denaro.
 - la maggior parte dei bambini di famiglie a basso reddito.
 - la maggior parte delle donne in gravidanza a basso reddito.
 - tutte le famiglie con reddito molto basso.
 - anziani e disabili a basso reddito.

I non assicurati

- Chi sono?
 - 42 milioni di cittadini degli Stati Uniti (2015) privi di qualsiasi copertura assicurativa.
 - I non assicurati percepiscono redditi più bassi della media.
 - Nel 2012, quasi i due terzi dei non assicurati venivano da famiglie in cui uno o due membri erano lavoratori a tempo pieno.
 - Circa il 7,6% dei non assicurati è costituito da bambini.
- Persone con una più bassa avversione al rischio, o vittime della selezione avversa (o di fallimenti individuali quali la 'miopia' nel percepire i rischi)?
 - Gli individui non attribuiscono il valore appropriato alla copertura assicurativa.
 - Alcuni fanno affidamento sulle cure insolite (trattamenti di emergenza)

Perché preoccuparsi di chi non si assicura?

- Esternalità fisiche
- Esternalità finanziarie:
 - Il costo di cure ricevute e non pagate si trasferisce agli assicurati (*cost-shifting*)
- Paternalismo e motivazioni di equità.
- **Job lock:** il blocco della mobilità dei lavoratori verso impieghi migliori a causa del timore di perdere l'assicurazione sanitaria.
 - *La disponibilità dell'assicurazione sanitaria può inibire il passaggio a lavori più produttivi.*
 - Esternalità sull'economia tramite una riduzione di produttività

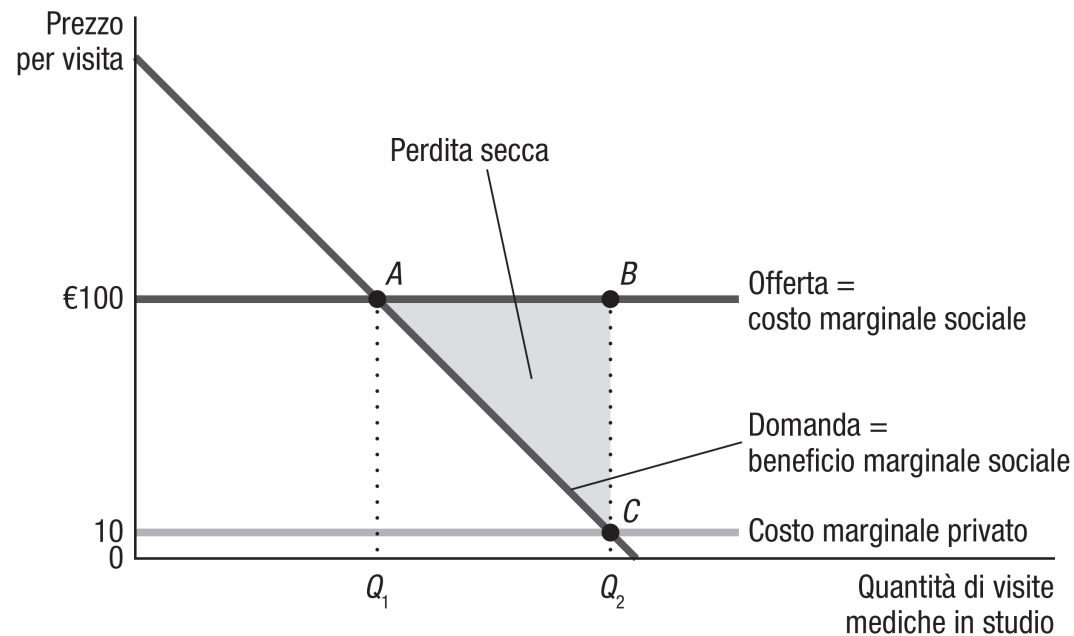
Generosità della copertura assicurativa

- Quanto dovrebbero essere **generose** le assicurazioni sanitarie?
 - L'assicurazione sanitaria ottimale dipende dal *trade-off* tra i benefici (la stabilizzazione dei consumi) e i costi (il *moral hazard*)
- La **generosità** dell'assicurazione sanitaria si misura lungo due dimensioni:
 - Generosità verso i *pazienti*: quale quota delle spese mediche sostenute dai pazienti dovrebbe essere rimborsata dall'assicurazione?
 - Generosità verso i *fornitori*: come dovrebbero essere rimborsati i fornitori?

I vantaggi dell'assicurazione sanitaria

- Per individui avversi al rischio, il valore della copertura sanitaria è quello di garantire una stabilità dei consumi a prescindere da quale stato del mondo di verificarsi
- ...ma questo valore è **relativamente piccolo per eventi minimi e prevedibili**:
 - Piccole variazioni dei consumi sono associate a piccole differenze dell'utilità marginale (decrescente)
 - Esistono alternative valide all'assicurazione privata in questi casi (che non inducono *moral hazard*): l'autoassicurazione

Il moral hazard del paziente



Note: un individuo non assicurato consuma una quantità di visite mediche in studio (che gli costano €100 l'una) pari a Q_1 , che è la quantità in corrispondenza della quale i benefici marginali eguagliano i costi marginali. Se il costo della visita scende a soli €10 (la quota di compartecipazione dell'assicurato alla spesa), la domanda aumenta fino a raggiungere l'equilibrio tra benefici marginali e costi marginali in corrispondenza di Q_2 : la perdita secca generata da questo sovraconsumo di servizi sanitari è pari al triangolo ABC.

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

Equilibrio di mercato: A, con spesa totale $100 \times Q_1$

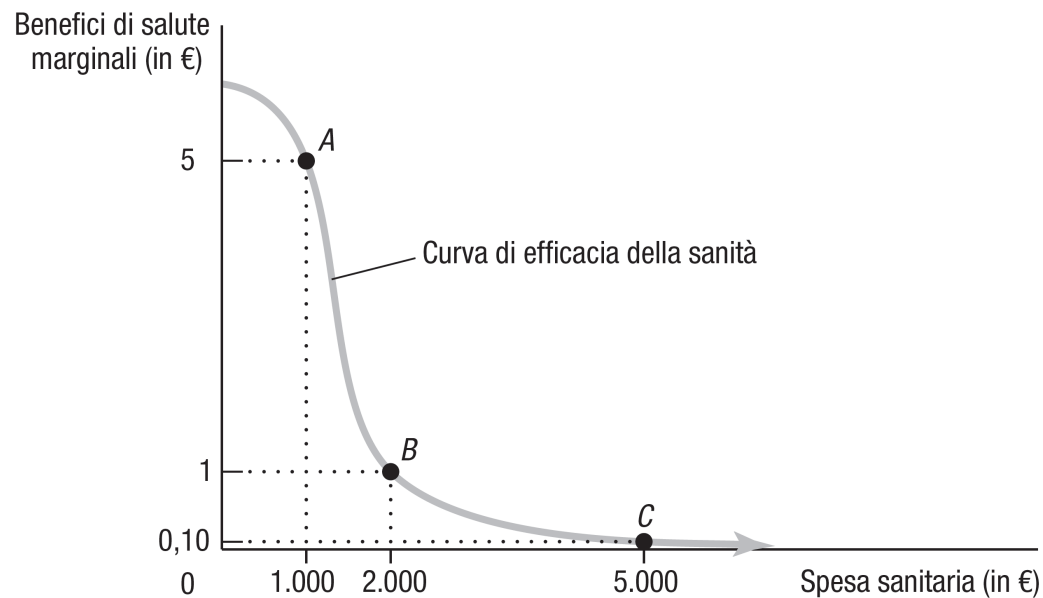
Con polizza assicurativa che copre il 90% della spesa (10% a carico del paziente):

- quantità di equilibrio = Q_2 ,
- spesa del paziente $10 \times Q_2$,
- spesa a carico dell'assicurazione $90 \times Q_2$;
- maggiore spesa, che supera l'aumento dei benefici.

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

La parte piatta della curva

Figura 9.3 La «parte piatta della curva»



Note: la spesa sanitaria nel primo tratto della curva appare molto efficace, in quanto migliora molto le condizioni di salute. Ma tale produttività diminuisce al crescere della spesa. La curva mostra il valore del miglioramento di salute acquistato con ogni euro in più di spesa sanitaria. In corrispondenza del punto A – pari a una spesa individuale di €1000 – ogni euro in più speso in sanità acquista €5 di miglior salute; se invece la spesa individuale sale a €2000 (punto B), ogni euro di spesa in più acquista solo €1 di miglior salute. Oltre il punto B, il beneficio di salute di €1 in più di spesa vale meno di 1€.

II *moral hazard* in pratica

Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment

By WILLARD G. MANNING, JOSEPH P. NEWHOUSE, NAIHUA DUAN,
EMMETT B. KEELER, ARLEEN LEIBOWITZ, AND M. SUSAN MARQUIS*

We estimate how cost sharing, the portion of the bill the patient pays, affects the demand for medical services. The data come from a randomized experiment. A catastrophic insurance plan reduces expenditures 31 percent relative to zero out-of-pocket price. The price elasticity is approximately -0.2 . We reject the hypothesis that less favorable coverage of outpatient services increases total expenditure (for example, by deterring preventive care or inducing hospitalization).

Author(s): Willard G. Manning, Joseph P. Newhouse, Naihua Duan, Emmett B. Keeler and Arleen Leibowitz

Source: *The American Economic Review*, Jun., 1987, Vol. 77, No. 3 (Jun., 1987), pp. 251-277

Il *moral hazard* in pratica

- Esperimento *randomizzato* per determinare quale fosse l'elasticità della domanda di cure mediche
 - In un mondo senza moral hazard, l'elasticità della domanda rispetto al prezzo dovrebbe essere 0 (domanda rigida)
- **Design:** i partecipanti sono stati assegnati in maniera casuale a piani assicurativi diversi con diversi livelli di compartecipazione alla spesa
 - Senza compartecipazione (di fatto, un piano assicurativo completo), o con livelli di compartecipazione compresi tra il 25% e il 95%.
 - Franchigia massima \$1,000 per tutti

II *moral hazard* in pratica

TABLE 1 — NUMBER OF PERSONS AT ENROLLMENT AND NUMBER OF PERSON-YEARS IN ESTIMATION SAMPLE

Plan	Site						Enrollment Total ^a	Estimation Sample Total ^b
	Dayton	Seattle	Fitchburg	Franklin County	Charleston	Georgetown		
Free	301	431	241	297	264	359	1893	6822
25 Percent ^c	260	253	125	152	146	201	1137	4065
50 Percent	191	0	56	58	26	52	383	1401
95 Percent	280	253	113	162	146	166	1120	3727
Individual								
Deductible	105	285	188	220	196	282	1276	4175
Total	1137	1222	723	889	778	1060	5809	20190

^a Persons.

^b Person-years.

^c Includes those with 50 percent coinsurance for dental and mental health and 25 percent coinsurance for all other services.

II *moral hazard* in pratica

TABLE 2—SAMPLE MEANS FOR ANNUAL USE OF MEDICAL SERVICES PER CAPITA

Plan	Face-to-Face Visits	Outpatient Expenses (1984 \$)	Admissions	Inpatient Dollars (1984 \$)	Prob. Any Medical (%)	Prob. Any Inpatient (%)	Total Expenses (1984 \$)	Adjusted Total Expenses (1984 \$) ^a
Free	4.55 (.168)	340 (10.9)	.128 (.0070)	409 (32.0)	86.8 (.817)	10.3 (.45)	749 (39)	750 (39)
25 Percent	3.33 (.190)	260 (14.70)	.105 (.0090)	373 (43.1)	78.8 (1.38)	8.4 (0.61)	634 (53)	617 (49)
50 Percent	3.03 (.221)	224 (16.8)	.092 (.0116)	450 (139)	77.2 (2.26)	7.2 (0.77)	674 (144)	573 (100)
95 Percent	2.73 (.177)	203 (12.0)	.099 (.0078)	315 (36.7)	67.7 (1.76)	7.9 (0.55)	518 (44.8)	540 (47)
Individual Deductible	3.02 (.171)	235 (11.9)	.115 (.0076)	373 (41.5)	72.3 (1.54)	9.6 (0.55)	608 (46)	630 (56)
<i>Chi-Squared</i> (4) ^b	68.8	85.3	11.7	4.1	144.7	19.5	15.9	17.0
<i>P</i> Value for <i>chi-Squared</i> (4)	<.0001	<.0001	.02	n.s.	<.0001	.0006	.003	.002

Note: All standard errors (shown in parentheses) are corrected for intertemporal and intrafamily correlations. Dollars are expressed in June 1984 dollars. Visits are face-to-face contacts with MD, DO, or other health providers; excludes visits for only radiology, anesthesiology or pathology services. Visits and expenses exclude dental care and outpatient psychotherapy.

II *moral hazard* in pratica

TABLE 3—VARIOUS MEASURES OF PREDICTED MEAN ANNUAL USE OF MEDICAL SERVICES, BY PLAN

Plan	Likelihood of Any Use (%)	One or More Admissions (%)	Medical Expenses (1984 \$)
Free	86.7 (0.67)	10.37 (0.420)	777 (32.8)
Family Pay			
25 Percent	78.8 (0.99)	8.83 (0.379)	630 (29.0)
50 Percent	74.3 (1.86)	8.31 (0.400)	583 (32.6)
95 Percent	68.0 (1.48)	7.75 (0.354)	534 (27.4)
Individual Deductible	72.6 (1.14)	9.52 (0.529)	623 (34.6)

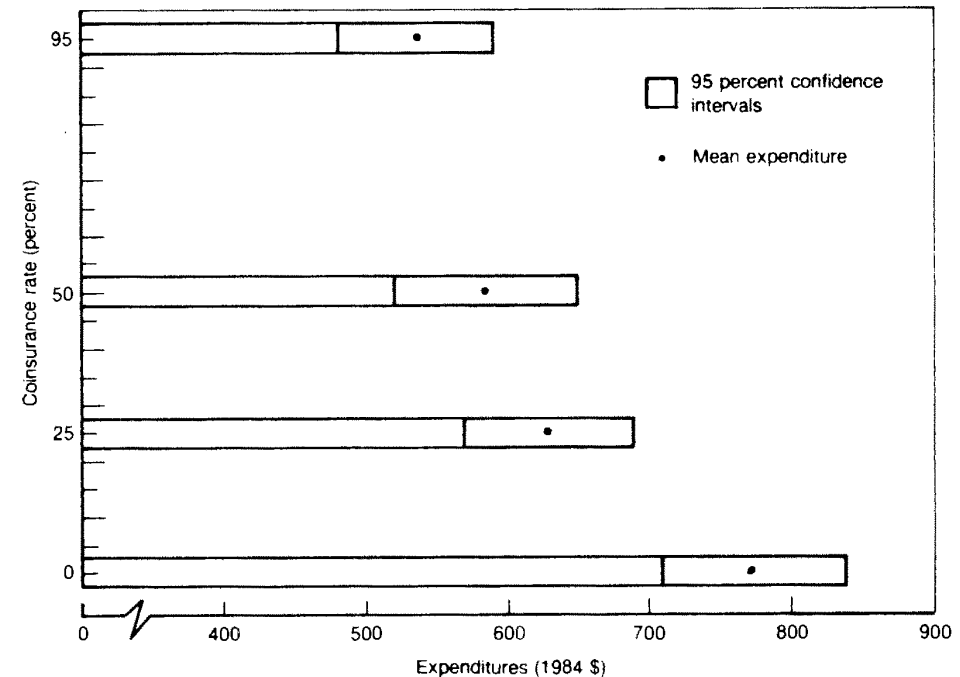


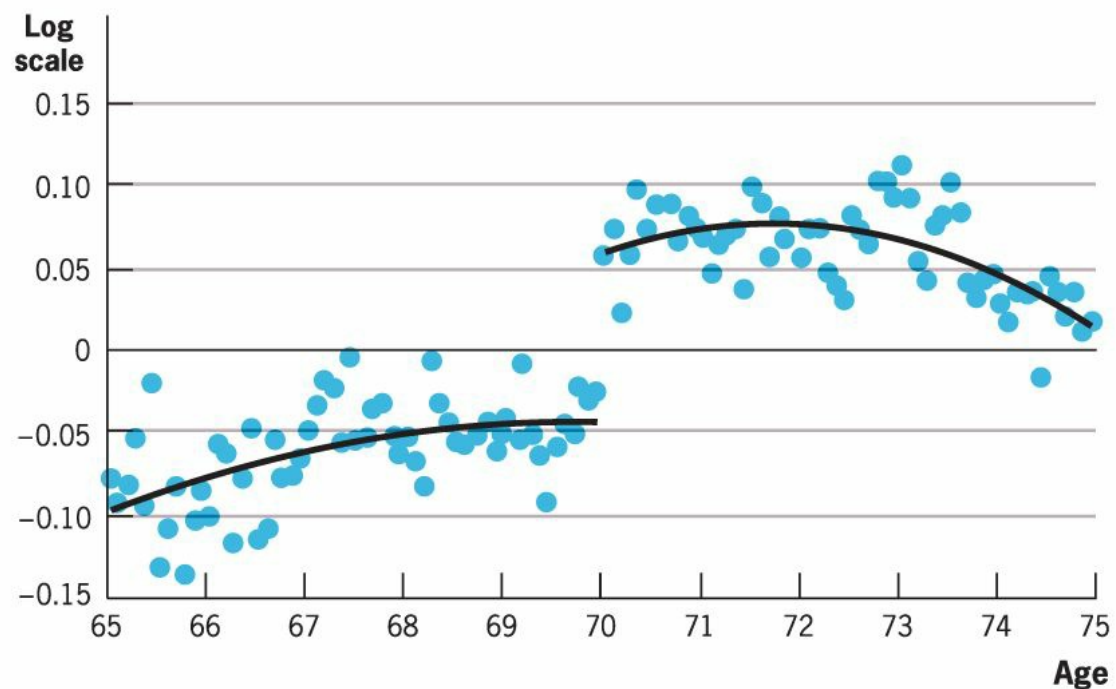
FIGURE 1. DEMAND AND 95 PERCENT CONFIDENCE INTERVALS BY COINSURANCE RATE

Il *moral hazard* in pratica

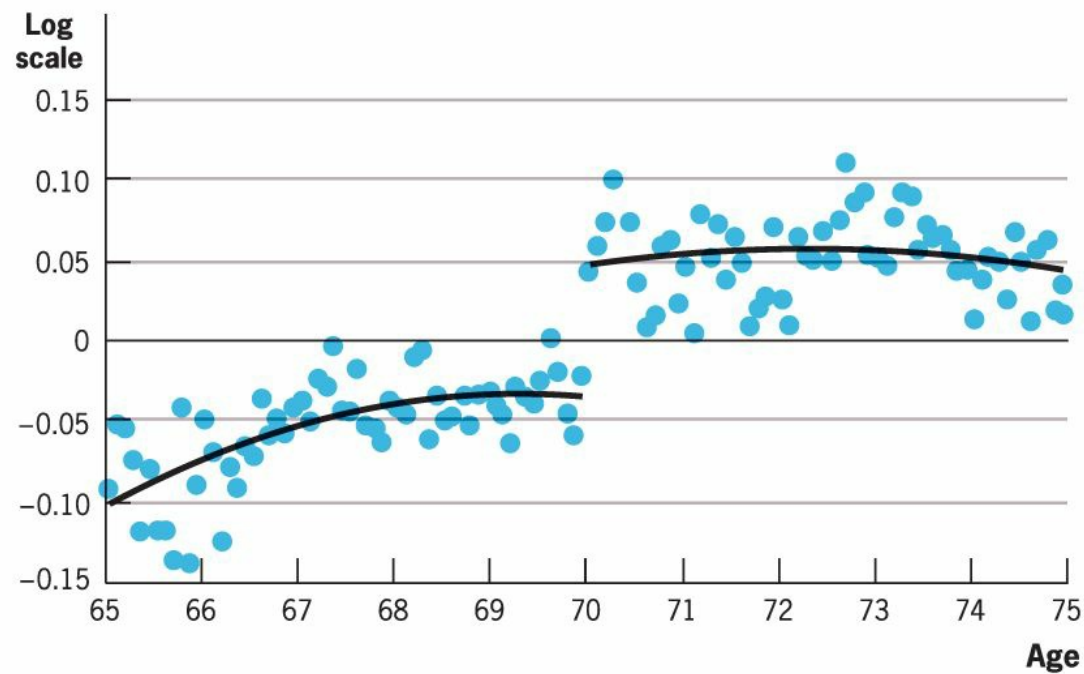
- Tre risultati principali:
 1. La domanda delle spese mediche varia al variare del prezzo: le cure richieste dai soggetti nel gruppo *free care* sono **un terzo in più** di quelle richieste dai soggetti nel gruppo con la compartecipazione al 95%
 - Elasticità stimata= 0,2: se P aumentano del 10%, Q^D diminuisce del 2%
 2. ...Ma questo non si traduce in un miglioramento della salute
 - ‘la parte piatta della curva’ (ma ricordiamo la franchigia a 1000 dollari)
 3. Il sistema di compartecipazione ha invece *peggiorato* la salute dei malati cronici che non avevano sufficienti risorse per fronteggiare la compartecipazione

Metodologie alternative: il caso del Giappone

(a) Age profile for outpatient visits



(b) Age profile for inpatient admissions



La polizza sanitaria ottimale

- L'assicurazione sanitaria ottimale:
- Riduce le possibilità di moral hazard salvaguardando la protezione dal rischio.
- La copertura completa incrementa il moral hazard senza dare grandi benefici.
- Perciò, la polizza di assicurazione sanitaria ottimale:
 - lascia a carico del paziente una quota dei costi fino a un livello sopportabile.
 - lo assicura totalmente contro i costi molto alti

Perché negli Stati Uniti l'assicurazione sanitaria è così generosa?

- La maggior parte delle coperture sembrano più generose di quanto è ottimale, mentre molte persone non hanno copertura.
- Perché le persone sono o non assicurate o “sovrassicurate”?
 - Sussidio fiscale
 - Accesso a cure migliori
 - Il *moral hazard* descrive solo l'effetto sostituzione dei programmi di assicurazione sociale, ma esiste anche un effetto reddito.
 - La perdita secca è inferiore se consideriamo anche l'effetto reddito
 - Motivazioni psicologiche

La generosità verso i fornitori

- Quanto generosa dovrebbe essere l'assicurazione nei confronti dei fornitori di servizi medici?
- L'assicurazione determina come sono pagati i fornitori di servizi medici.
 - Rimborso retrospettivo: rimborso di costi già sostenuti
 - Problema di **incentivi**: non ci sono incentivi a preoccuparsi del rapporto costo/efficacia delle cure
 - Incoraggia la sovra-utilizzazione, poiché i fornitori sono pagati indipendentemente dalla necessità e del valore della cura.
 - *Moral hazard* del fornitore

Managed care e rimborso prospettico

- **Managed care:** approccio al controllo dei costi sanitari, che prevede restrizioni sul lato dell'offerta.
 - **Preferred Provider Organization (PPO):** organizzazione che riduce i costi dell'assistenza sanitaria confrontando i fornitori per conto degli assicurati.
 - **Health Maintenance Organization (HMO):** organizzazione che integra assicurazione ed erogazione di cure, dotandosi di personale sanitario la cui retribuzione è indipendente dalla quantità di prestazioni effettuate.
 - Sistema del **rimborso prospettico:** i fornitori sono pagati sulla base di ciò che i trattamenti sanitari erogati ai pazienti dovrebbero costare, e non di ciò che il fornitore spende.
 - **Incentivi:** il rimborso prospettico spinge a limitare i servizi offerti (e quindi la spesa)
- La managed care ha chiaramente ridotto i rimborsi ai fornitori e non ha abbassato apprezzabilmente la qualità delle cure erogate.

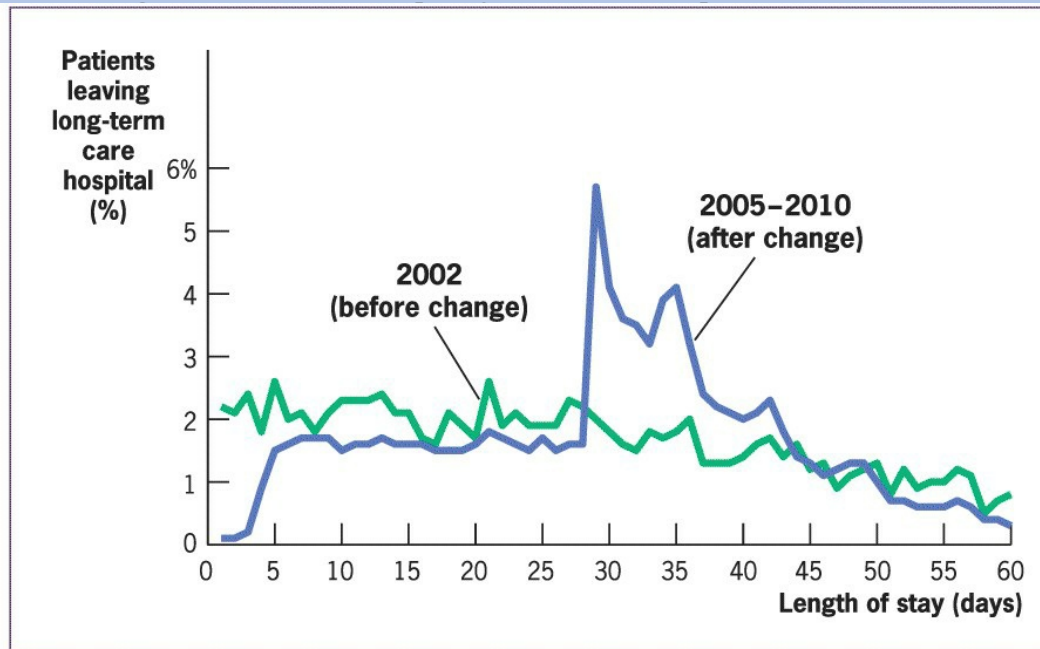
*Medicare

- Programma federale USA che fornisce l'assicurazione sanitaria a tutte le persone di età superiore a 65 anni o affette da disabilità.
- Ogni cittadino che abbia lavorato per **dieci anni** in un impiego coperto da Medicare ha diritto (con il coniuge) alle prestazioni del programma al compimento dei 65 anni.
- Finanziato con un'imposta sui salari che grava su dipendenti e datori di lavoro.
- Generosità:
 - Parte A (ricoveri ospedalieri e *long term care*): franchigia di \$1300 (primi 60gg), poi costi crescenti al giorno fino a una soglia massima (dopo il gg 150: tutto a carico del paziente)
 - Parte B (spese mediche generali): cofinanziamento al 20%

Medicare

- Nel 1983, Medicare è diventato un sistema a rimborso prospettico
 - Diagnosi classificate in 467 DRGs
 - Il governo rimborsa agli ospedali un importo fisso, sulla base del DRG (indipendentemente da quali siano i veri costi sostenuti)
 - Il costo si basa un uno *standard nazionale* per la cura di quel DRG
- Conseguenze sulla **spesa sanitaria (1)** e **sulla salute dei pazienti (2)?**
 1. La durata media dei ricoveri è passata da 9,7 giorni a 8,4 in un anno; 15% in meno di ingressi in terapia intensiva, ma gli effetti si riducono nel LP
 - L'efficacia della riforma nel LP diminuisce perché il problema degli incentivi si sposta sui DRG
 2. Non ci sono evidenze empiriche di effetti avversi sulla salute dei pazienti (mortalità)
 - 'la parte piatta della curva'

Medicare



Gruber, *Public Finance and Public Policy*, 6e, © 2019 Worth Publishers

Le scelte degli ospedali dipendono dalla struttura dei rimborsi?

Il grafico mostra la % di pazienti trasferiti dagli ospedali *long-term care* ad altre strutture prima e dopo l'introduzione di una riforma che vincola il pagamento pieno del DRG ad una permanenza di **almeno 29 giorni**

FIGURE 16-2

Timing of Hospital Discharges Before and After the Policy Change • The figure shows the percentage of patients discharged from long-term care hospitals at different lengths of stay. Before the policy change, 2% of patients were discharged at 29 days. After the change, the discharge rate almost tripled, hitting 5.7%.

Data from: [Kim et al. \(2015\)](#).

Altre riforme negli USA: l'ACA

- Affordable Care Act.
- Il modello era quello del Canada : i cittadini sono assicurati attraverso un'assicurazione sanitaria pubblica e universale
 - Vantaggi: sparizione del problema dei non assicurati, riduzione dei costi amministrativi, delle disuguaglianze (e delle inefficienze come il *job lock*)
 - Svantaggi: i costi!
- Il primo stato ad adottare un modello simile: Massachusetts
 - Imposizione di un sistema **community rating** nel mercato (privato) delle assicurazioni sanitarie (ha comportato un **aumento dei costi**, per via della selezione avversa).
 - Obbligo individuale di sottoscrivere un'assicurazione
 - ... possibile (nella pratica) grazie a dei sussidi, che rendono le assicurazioni private accessibili.
- Come in Massachusetts, l'ACA impone un sistema di community rating e l'obbligo di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria individuale.
- Il passaggio è finanziato attraverso sussidi ed espansione dei piani esistenti (Medicaid)

Rischio morale e terzo pagante

- Lo Stato può migliorare il *trade off* o eliminare del tutto il rischio morale?
 - **(Risposta breve: No)**
- I problemi legati al 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

I sistemi sanitari europei

- Si suddividono in due grandi famiglie:
 1. Modelli mutualistici (es. Germania):
 - Copertura assicurativa obbligatoria, fornita attraverso il datore di lavoro
 - Fondi assicurativi privati o no profit
 - In Germania, assicurazione sociale è obbligatoria per chi ha un reddito sotto una certa soglia, facoltativa per i più ricchi
 2. Modelli a fiscalità generale (es. NHS britannico).
 - Il sistema sanitario italiano è a fiscalità generale (art. 32 della Costituzione).

Il sistema sanitario italiano

- SSN introdotto in Italia nel 1978 (Legge numero 833).
- **Servizio universale**, ossia diretto a tutti indipendentemente dal livello di reddito, dalla condizione occupazionale e professionale
 - In linea con articolo 32 della Costituzione: diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse per la collettività
- Nel disegno iniziale i responsabili del SSN erano tre livelli di governo:
 - il **Governo centrale**
 - Individua gli obiettivi nel **Piano sanitario nazionale**,
 - Stanza il **Fondo Sanitario Nazionale (FSN)** sul Bilancio dello Stato
 - decidere la ripartizione tra le Regioni;
 - le **Regioni** programmavano l'intervento sul territorio;
 - le **USL/ASL** gestivano i servizi, compresa l'assistenza ospedaliera.

Il sistema sanitario italiano

- 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.

Il sistema sanitario italiano

- **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

Il sistema sanitario italiano

- Ripartizione delle risorse legato ai **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 LEA delle presentazioni 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

Il sistema sanitario italiano

- 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 ASL possono fornire direttamente il servizio oppure acquistare le prestazioni da privati
- Le prestazioni fornite vengono pagate dalle ASL in base ai **DRG**
 - Diagnostic Related Group, in italiano ROD
 - pagamento avviene in base alla diagnosi (inizio cura)
 - La diagnosi colloca le cure in un gruppo al quale corrisponde il rimborso
 - **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*.

Il sistema sanitario italiano

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	302,64	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

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

Il sistema sanitario italiano

- **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 cure più profittevoli e 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)

Conclusioni

- Negli USA, la maggior parte degli individui gode di un'assicurazione sanitaria privata: per le grandi imprese, è un mercato ben funzionante.
- Per piccole imprese e individui, i fallimenti del mercato spiegano i 42 milioni di americani non assicurati.
- Gli individui avversi al rischio apprezzano la stabilizzazione dei consumi derivante dalla copertura assicurativa delle spese mediche.
- Si rilevano chiari costi di moral hazard sia sul lato del paziente sia su quello del fornitore.
- Per affrontare il moral hazard sono stati usati la partecipazione ai costi (lato paziente) e la managed care (lato fornitore).
- Il SSN italiano è un sistema universalistico finanziato dalla fiscalità generale.