

# Scienza delle Finanze

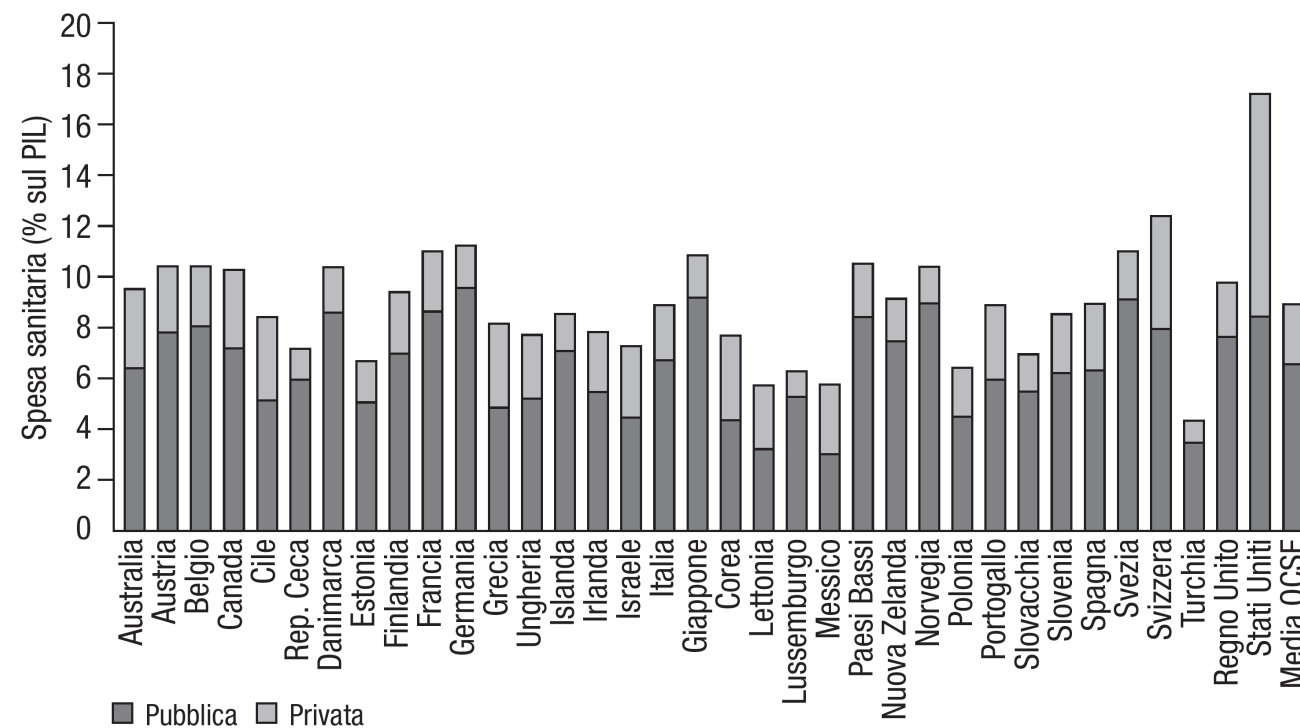
A.A. 2023/2024

IV

Sanità: il modello privato e quello pubblico

# La spesa sanitaria nei paesi OCSE

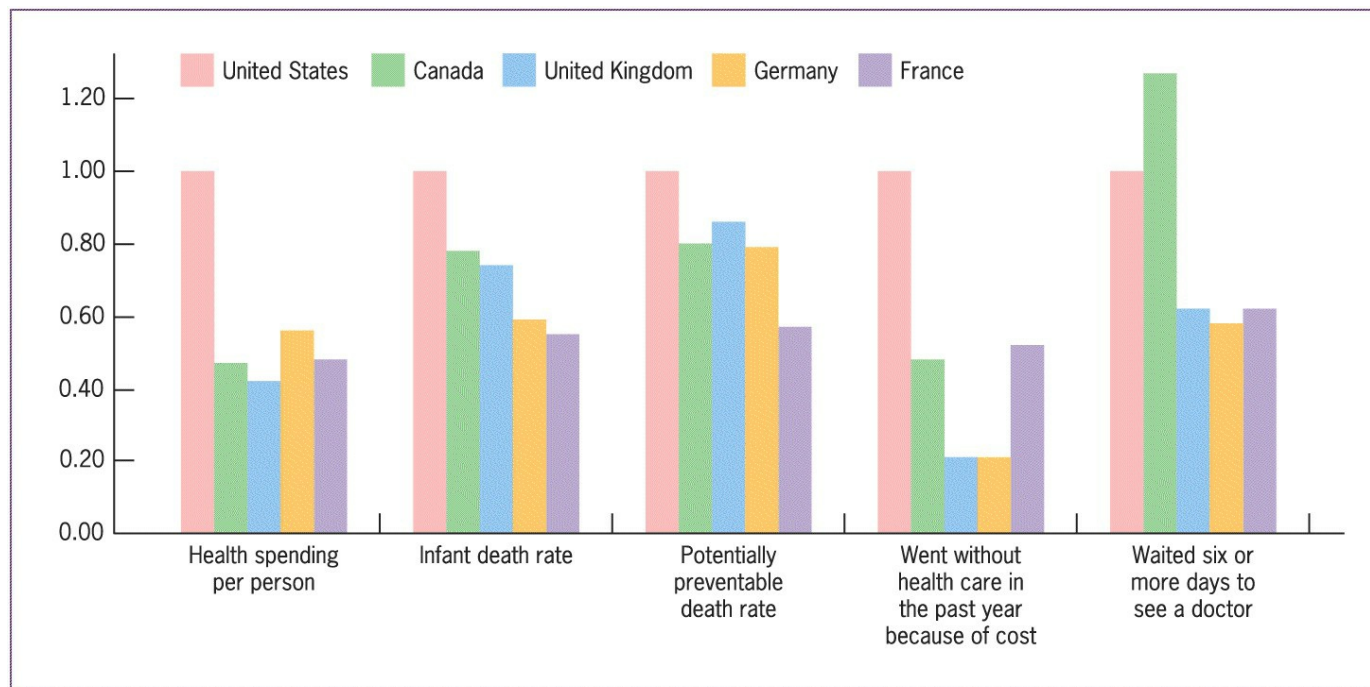
Figura 9.1 Distribuzione della spesa sanitaria nei paesi OCSE (2016)



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](http://www.commonwealthfund.org).

# Come funzionano le assicurazioni sanitarie

- Nei sistemi sanitari privati
  - gli individui pagano premi mensili alle **compagnie di assicurazione...**
  - che pagano ai fornitori **parte** del costo dei 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*)

# Assicurazione fornita dai datori di lavoro

Perché sono i datori di lavoro a fornire l'assicurazione? **Per il *risk pooling*.**

- Gli assicuratori *predicono* il rischio sulla base delle **caratteristiche osservabili\***
- Due requisiti perché questo funzioni:
  1. Il gruppo deve essere sufficientemente grande (deve valere la *legge dei grandi numeri*)
  2. No **selezione avversa** (\*quelle caratteristiche catturano **tutta** l'informazione rilevante).

# Assicurazione fornita dai datori di lavoro

Perché sono i datori di lavoro a fornire l'assicurazione? **Per il *risk pooling*.**

- Gli assicuratori *predicono* il rischio sulla base delle **caratteristiche osservabili\***
- Due requisiti perché questo funzioni:
  1. Il gruppo deve essere sufficientemente grande (deve valere la *legge dei grandi numeri*)
  2. No **selezione avversa** (\*quelle caratteristiche catturano **tutta** l'informazione rilevante).
- Questi requisiti sono rispettati nel caso di aziende di grandi dimensioni
  1. I dipendenti sono tanti
  2. Non sono selezionati sulla base di dimensioni collegate al rischio sanitario
  3. (In aggiunta): costi amministrativi medi fissi più bassi

# Le polizze individuali

- Questo mercato ha funzionato sempre con molte difficoltà.
  - Fallimento di mercato: gli individui in cattive condizioni di salute non sono in grado, spesso, di ottenere una copertura (o solo a un prezzo molto alto).
  - La risposta degli assicuratori alla selezione avversa: introdurre delle **barriere all'ingresso**
    - clausole di 'esclusione di condizioni preesistenti'
    - *Experience rating* individuale: premi altissimi per individui malati
- *Affordable Care Act (2010)* ha ridotto queste le barriere di accesso
  - Ha proibito le clausole di esclusione e imposto un *community rating*
  - Obbligo di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria individuale...
  - ...con crediti di imposta che sovvenzionano il costo dell'assicurazione

# I restanti sono i *non assicurati*

- 42 milioni di cittadini degli Stati Uniti (2015) privi di qualsiasi copertura assicurativa.
  - percepiscono redditi più bassi della media
  - circa il 7,6% dei non assicurati è costituito da bambini.
- Possibili cause:
  - bassa avversione al rischio
  - vittime della selezione avversa
  - o di fallimenti individuali quali la ‘miopia’ nel percepire i rischi?

# 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

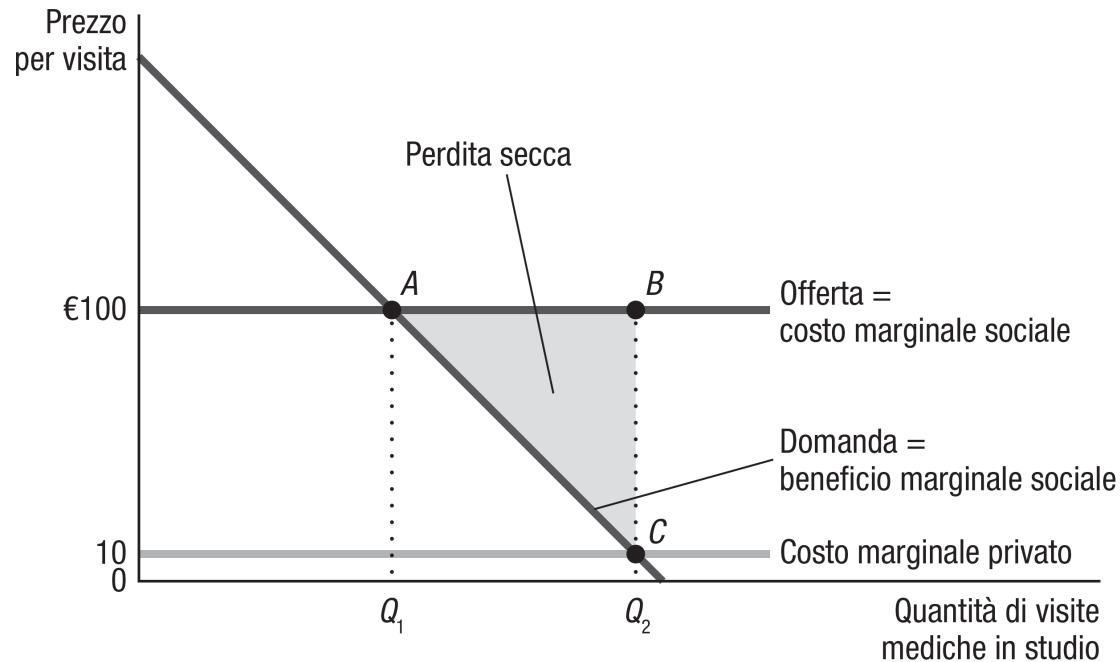
# Generosità della copertura assicurativa

- 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 come:
  - 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?

# Generosità della copertura assicurativa

- Per individui avversi al rischio, il valore della copertura sanitaria è quello di garantire una stabilità dei consumi a prescindere dagli eventi sanitari
- Questi eventi comprendono *i.* eventi rilevanti e seri (es: un infarto) o *ii.* eventi minimi e prevedibili (una visita di controllo)
  - **Il valore è grande nel caso *i*, relativamente piccolo nel caso *ii*.**
  - Piccole variazioni dei consumi sono associate a piccole differenze dell'utilità marginale (*in quale parte della curva di utilità siamo?*)
  - Nel caso *ii*: un'alternativa all'assicurazione privata (che non induce *moral hazard*) è 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)

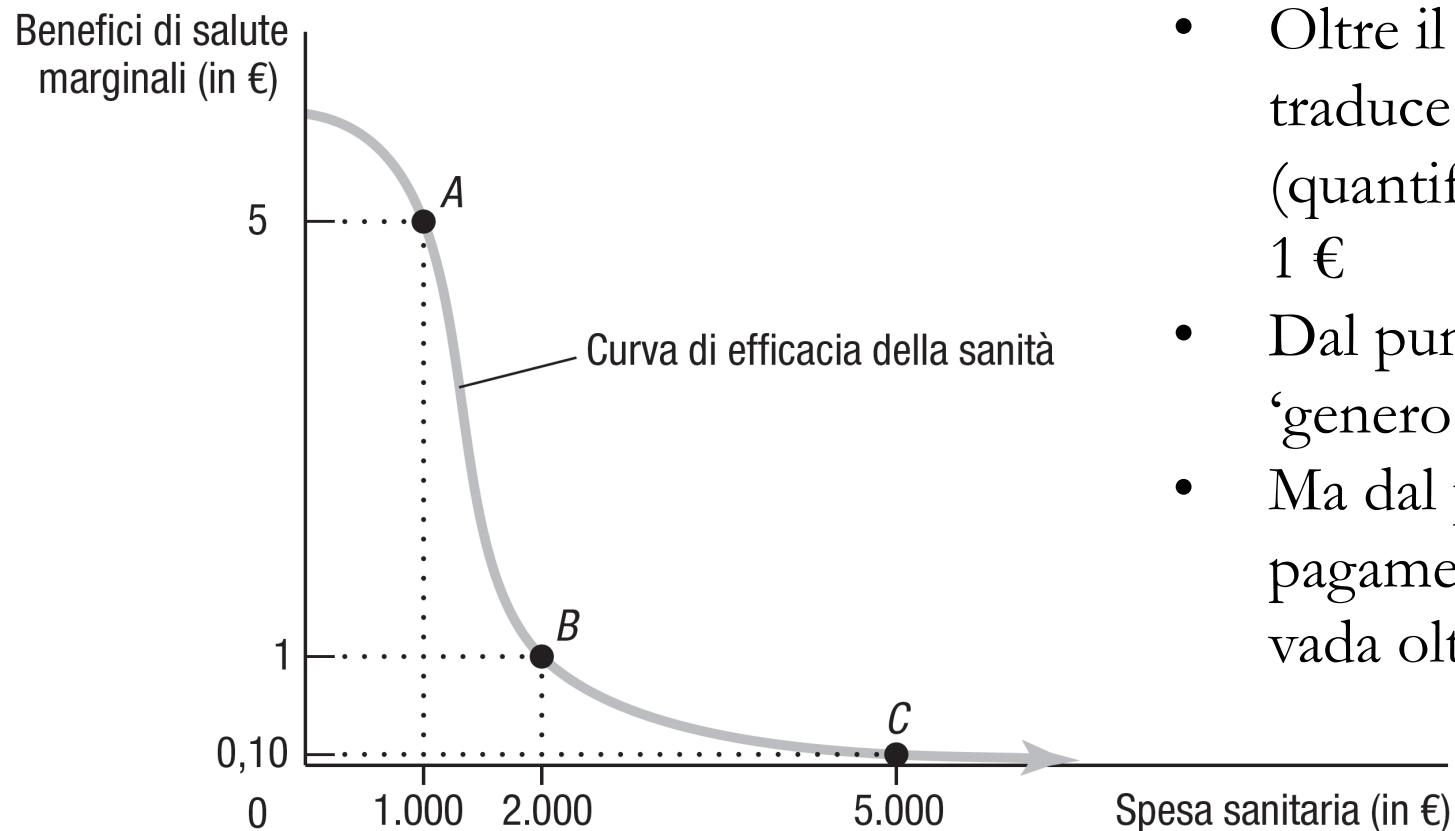
Equilibrio di mercato:  $A$ , con spesa totale  $100 \times Q_1$

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

# Implicazioni del *moral hazard*



- Oltre il punto B, ogni € in più di spesa si traduce in un miglioramento della salute (quantificato in termini monetari) inferiore a 1 €
- Dal punto di vista sociale, l'ottimo della 'generosità' della spesa sanitaria è il punto B
- Ma dal punto di vista individuale, il pagamento da parte di un **terzo** fa sì che si vada oltre il punto B

# 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

# 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 la compartecipazione

# II *moral hazard* in pratica

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

Plan	Site						Enrollment Total <sup>a</sup>	Estimation Sample Total <sup>b</sup>
	Dayton	Seattle	Fitchburg	Franklin County	Charleston	Georgetown		
Free	301	431	241	297	264	359	1893	6822
25 Percent <sup>c</sup>	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

<sup>a</sup> Persons.

<sup>b</sup> Person-years.

<sup>c</sup> 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 \$) <sup>a</sup>
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) <sup>b</sup>	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)

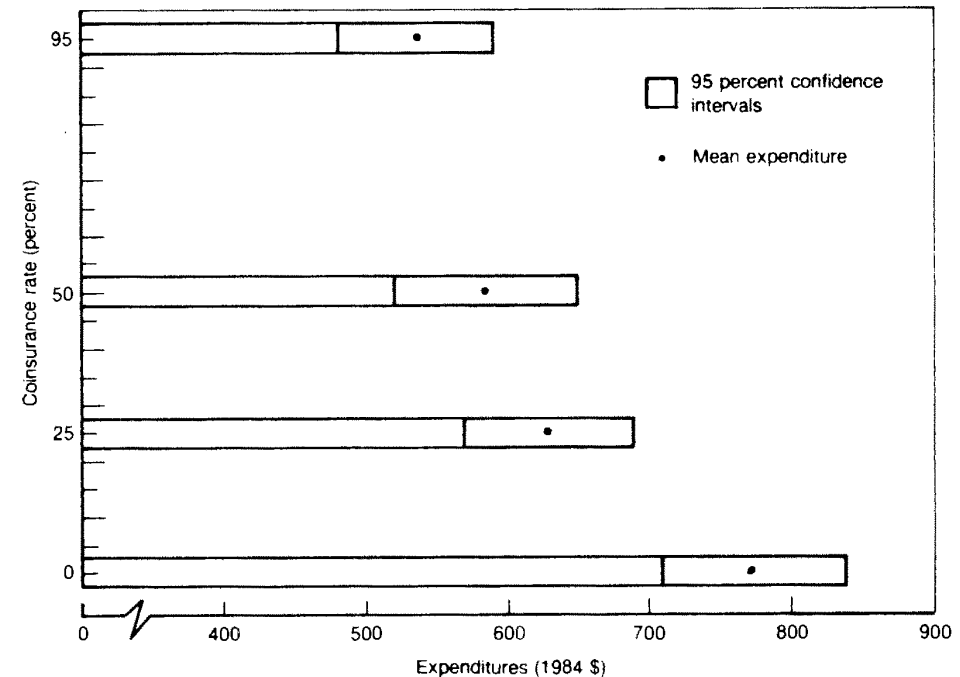


FIGURE 1. DEMAND AND 95 PERCENT CONFIDENCE INTERVALS BY COINSURANCE RATE

# Riassumendo: la polizza sanitaria ottimale

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

# L'altro tema: la generosità verso i fornitori

- *Quanto deve essere generosa l'assicurazione verso i fornitori di servizi medici?*
- Un tema collegato: come sono pagati i fornitori?
- Se sono pagati con il rimborso retrospettivo (rimborso di costi già sostenuti)
  - Problema di **incentivi**: non ci sono incentivi orientati al 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.
  - 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 ridotto i rimborsi ai fornitori senza peggiorare la qualità delle cure erogate.

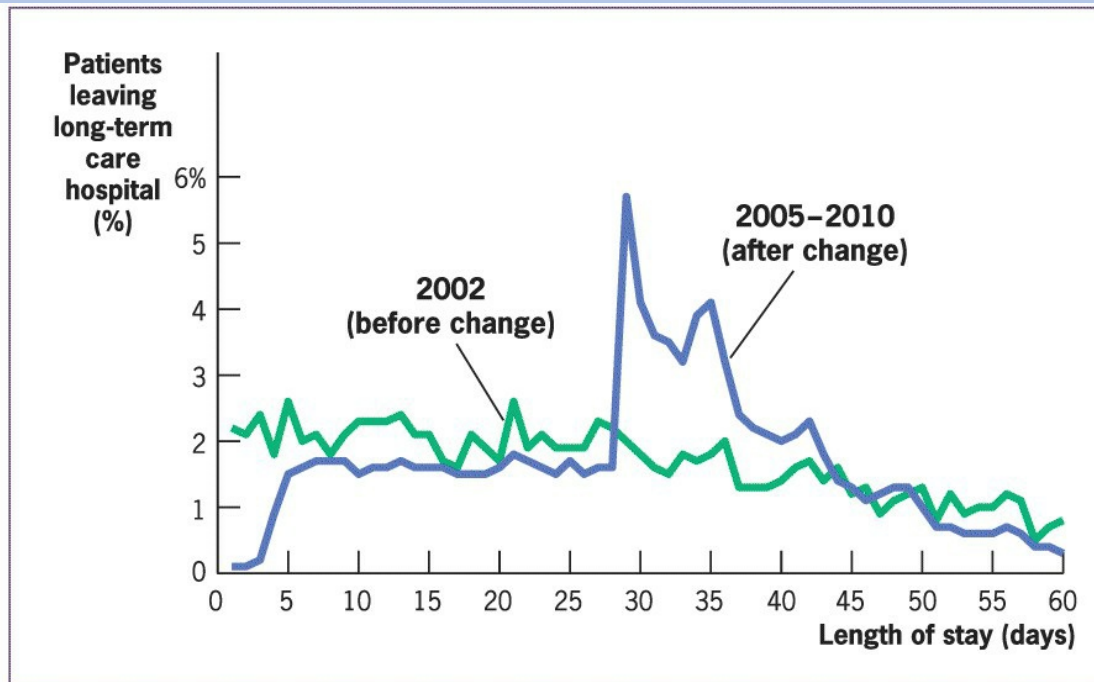
# Un esempio pratico: *Medicare*

- Programma federale USA che fornisce l'assicurazione sanitaria a tutte le persone di età superiore a 65 anni o affette da disabilità.
  - Finanziato con un'imposta sui salari (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): ofinanziamento al 20%

# Un esempio pratico: *Medicare*

- Nel 1983, Medicare è diventato un sistema a rimborso prospettico
  - Diagnosi classificate in 467 DRGs
  - Il governo rimborsa agli ospedali un importo fisso, stabilito sulla base del DRG (costo standard), indipendente dai costi veri sostenuti
- Conseguenze sulla **spesa sanitaria (1)** e sulla **salute dei pazienti (2)?**
  1. Diminuisce la durata media dei ricoveri (da 9,7 giorni a 8,4 l'anno); -15% ingressi in terapia intensiva
    - Ma l'efficacia della riforma si riduce nel LP 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'

# Un esempio pratico: *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. \(2015\)](#).

# *Moral hazard* e terzo pagante

- Lo Stato può migliorare il *trade off* o eliminare del tutto il *moral hazard*?
  - **(Risposta breve: No)**
- Questi problemi nascono ogni qualvolta sono **terzi** a finanziare il costo dei servizi medici.
  - La copertura assicurativa determina un aumento della domanda di cure, *ex-post*
  - 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”
- ⇒ Soluzioni: «disallineare» gli incentivi dei fornitori 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	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	40	196,25	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

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

# Il sistema sanitario italiano

- **Vantaggi:**

- tributi regionali + l'abolizione del FSN: 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 e dimissioni precoci (con rischi per la salute)
- il riprodursi tra Regione e Asl del disallineamento delle responsabilità (prima tra Stato e Regione)
- Riduzione della natura universale del SSN (rischio temperato dall'introduzione dei LEA)