

# Scienza delle Finanze

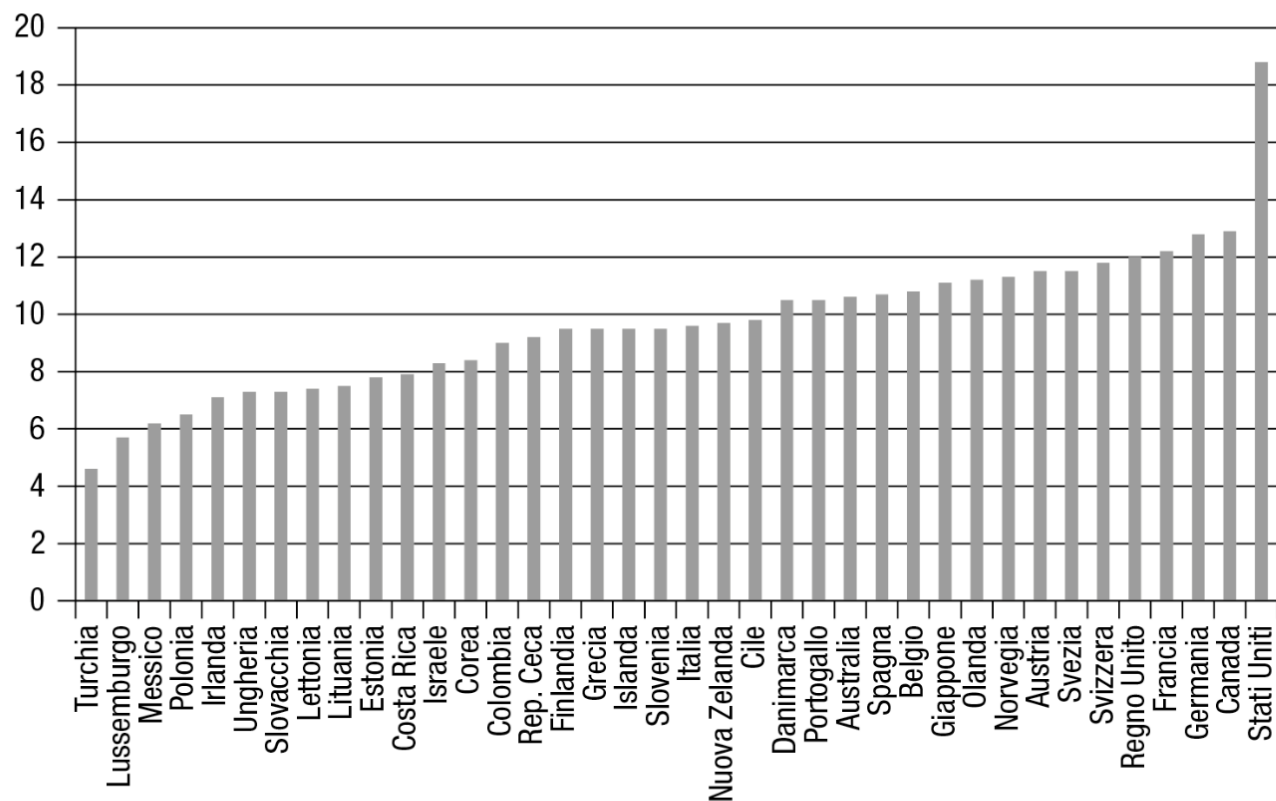
A.A. 2025/2026

IV

Sanità: il modello privato e quello pubblico

# La spesa sanitaria nei paesi OCSE

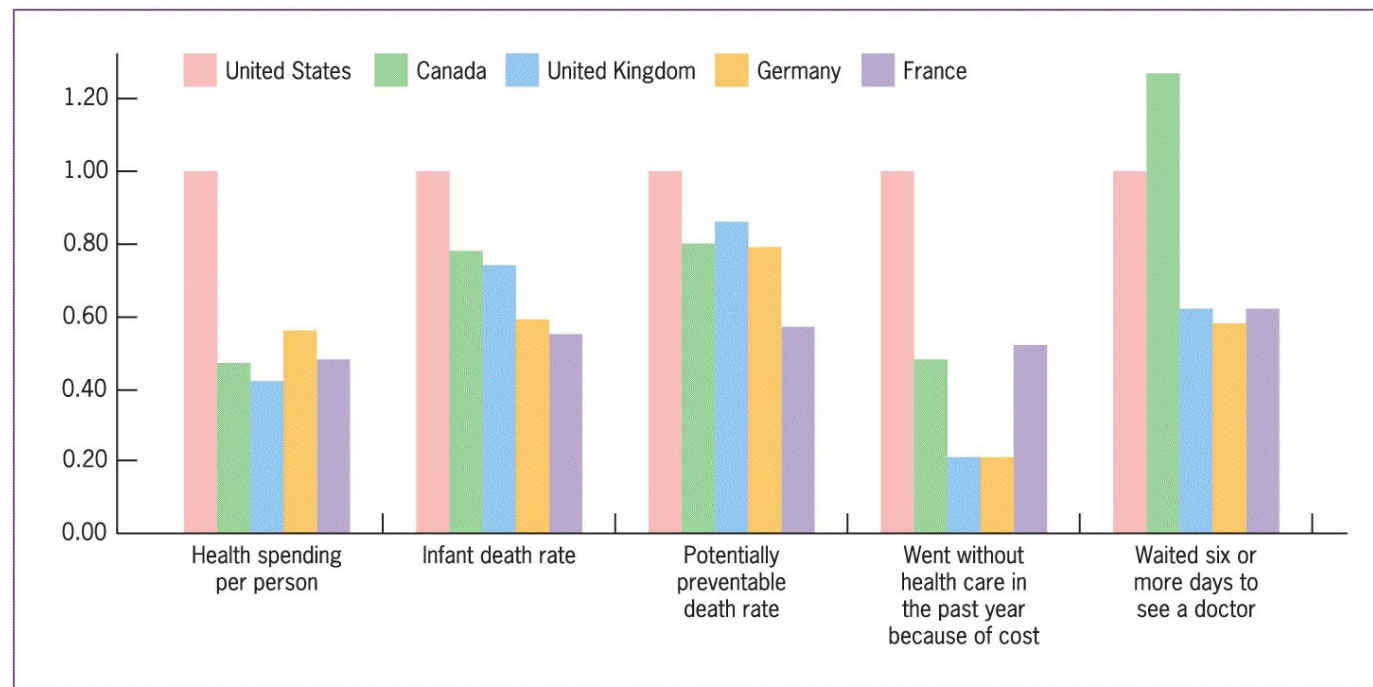
Figura 8.1 Spesa sanitaria nei paesi OCSE (2020, % PIL)



Note: negli Stati Uniti il livello di spesa sanitaria in rapporto al PIL è molto superiore rispetto agli altri paesi industrializzati

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Statistics 2022, <https://www.oecd.org/els/health-systems/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**
- L'assicurazione privata può essere:
  1. fornita dai **datori di lavoro**
  2. mercato assicurativo **individuale**
- In aggiunta: 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 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*

Table 1.  
**Number of People by Health Insurance Coverage Status and Type: 2022 to 2023**

(Numbers in thousands. Margins of error in thousands. Population as of March of the following year. Information on confidentiality protection, sampling error, nonsampling error, and definitions is available at <<https://www2.census.gov/programs-surveys/cps/techdocs/cpsmar24.pdf>>)

Coverage type	2022		2023	
	Number	Margin of error <sup>1</sup> (±)	Number	Margin of error <sup>1</sup> (±)
<b>Total</b> .....	<b>330,000</b>	<b>130</b>	<b>331,700</b>	<b>145</b>
<b>Any health plan</b> .....	<b>304,000</b>	<b>746</b>	<b>305,200</b>	<b>704</b>
Any private plan <sup>2,3</sup> .....	216,500	1,399	216,800	1,294
Employment-based <sup>2</sup> .....	179,800	1,369	178,200	1,345
Direct-purchase <sup>2</sup> .....	32,800	661	33,850	731
Marketplace coverage <sup>2</sup> ..	11,840	461	13,320	483
TRICARE <sup>2</sup> .....	7,817	485	8,721	520
Any public plan <sup>2,4</sup> .....	119,100	1,183	120,400	1,172
Medicare <sup>2</sup> .....	61,570	392	62,550	395
Medicaid <sup>2</sup> .....	62,050	1,112	62,700	1,103
VA and CHAMPVA <sup>2,5</sup> .....	3,354	214	3,171	206
<b>Uninsured<sup>6</sup></b> .....	<b>25,940</b>	<b>739</b>	<b>26,440</b>	<b>700</b>

<sup>1</sup> A margin of error (MOE) is a measure of an estimate's variability. The larger the MOE in relation to the size of the estimate, the less reliable the estimate. This number, when added to and subtracted from the estimate, forms the 90 percent confidence interval. MOEs shown in this table are based on standard errors calculated using replicate weights.

<sup>2</sup> The estimates by type of coverage are not mutually exclusive; people can be covered by more than one type of health insurance during the year.

<sup>3</sup> Private health insurance includes coverage provided through an employer or union, coverage purchased directly, or TRICARE.

<sup>4</sup> Public health insurance coverage includes Medicaid, Medicare, CHAMPVA (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs), and care provided by the Department of Veterans Affairs (VA) and the military.

<sup>5</sup> Includes CHAMPVA, as well as care provided by the VA and the military.

<sup>6</sup> In the CPS ASEC, individuals are considered to be uninsured if they did not have health insurance coverage for the entire calendar year.

Source: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2023 and 2024 Annual Social and Economic Supplements (CPS ASEC).

- I non assicurati:
  - Hanno redditi inferiori alla media
  - Sono bambini (per circa il 14%)
- 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

# Il *moral hazard* nei servizi sanitari

- Una relazione tra la copertura sanitaria e la spesa per servizi medici (il *moral hazard*) può esistere per due motivi
  1. **Ex ante:** investo meno nella mia salute (es. fumo, consumo di alcolici, attività fisica) e *per questo* la mia salute peggiora (e quindi ho bisogno di cure mediche)
  2. **Ex post:** *a prescindere dal mio stato di salute*, aumentano le spese mediche (per il fatto di godere di una copertura sanitaria). Ad esempio perché
    - Pazienti e medici si ‘impegnano meno’ nel trovare il prezzo più basso (a parità di servizi)
    - Esiste una domanda inclinata negativamente: se il prezzo è inferiore, la domanda aumenta
- Dal punto di vista empirico, questo fenomeno è **difficile da misurare**: avrei bisogno di identificare un controfattuale, ossia rispondere alla domanda

*quanti servizi medici avrei consumato se avessi dovuto pagarne il costo per intero (e quindi non fosse un assicuratore, o lo Stato a pagare)?*

# Azzardo morale *ex post*

- Sull'azzardo morale *ex ante* esistono pochi studi empirici; quello *ex post* è stato più studiato.
- Su quello *ex post* esistono più studi; i più convincenti sono gli studi **randomizzati**
  - Assegnazione casuale di diverse coperture assicurative tra gli individui
  - L'assegnazione casuale implica che – per definizione – assicurati e non assicurati sono *in media* identici, se non per il fatto di avere o meno una copertura assicurativa
    - **NB:** non esiste il problema di selezione avversa (o ogni tipo di selezione) in questo caso
  - Ogni differenza nella spesa per cure mediche potrà essere spiegata come l'effetto causale del trattamento (essere assicurati/non esserlo)

# 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

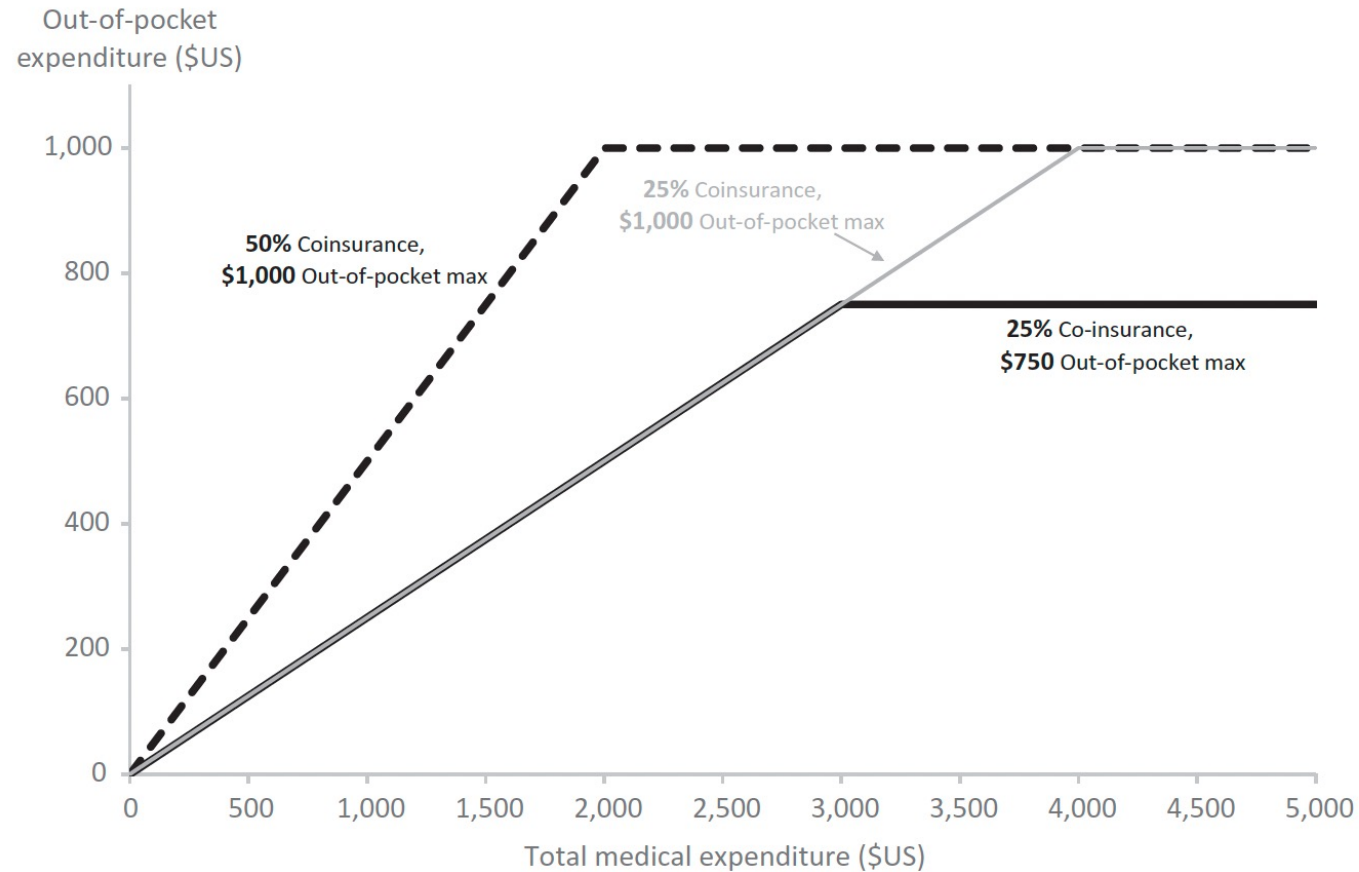
# Il *moral hazard* in pratica

- 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

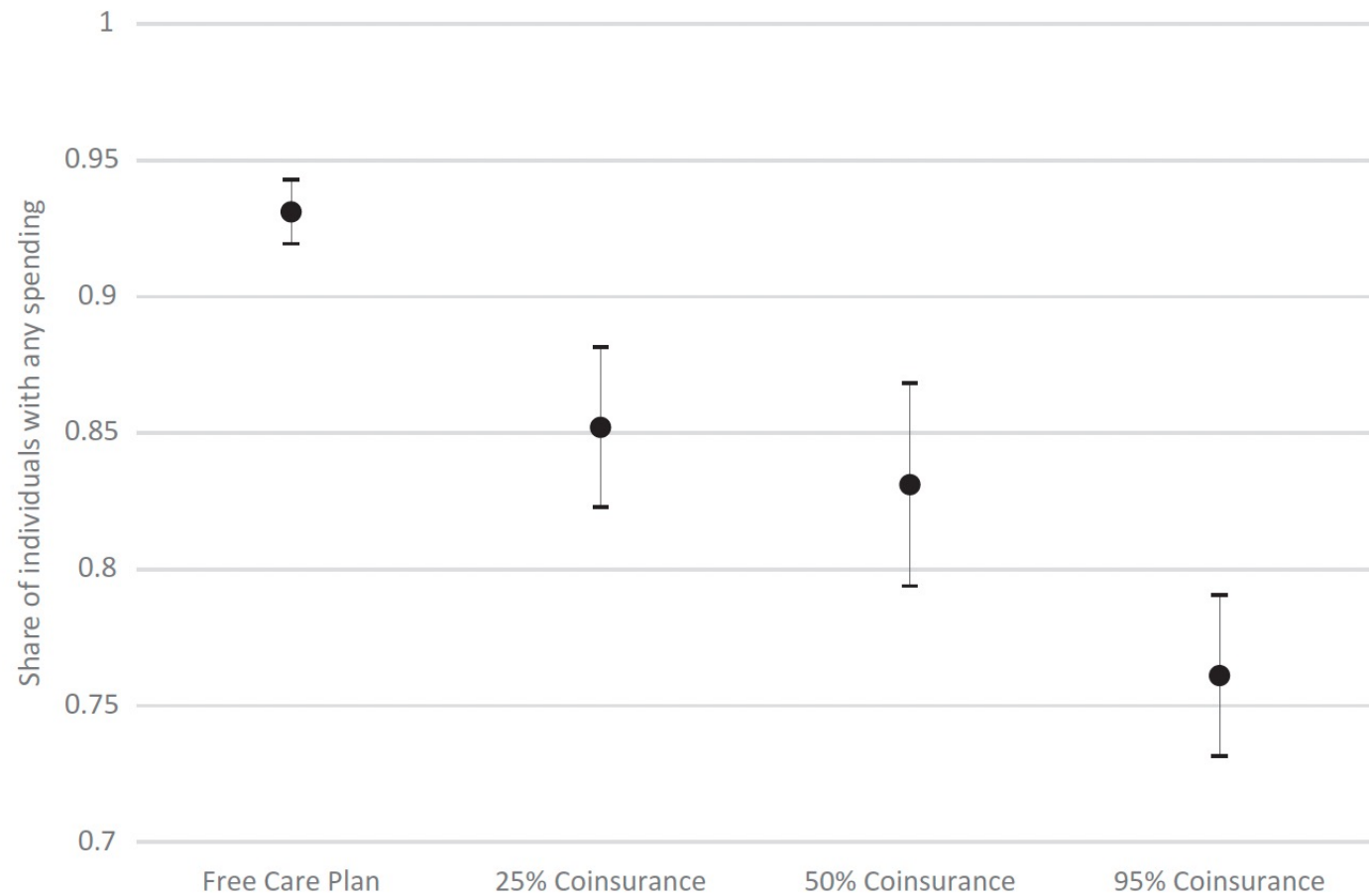
- Tre risultati principali:
  1. La domanda delle spese mediche varia al variare del prezzo: le cure richieste dai soggetti nel gruppo *free care* sono **un terzo in più** di quelle richieste dai soggetti nel gruppo con la compartecipazione al 95%
    - Elasticità stimata = 0,2: se P aumentano del 10%,  $Q^D$  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

# Il *moral hazard* in pratica



I contratti di assicurazione offerti prevedevano comunque un massimo di spesa *out of pocket*

# Il *moral hazard* in pratica



*La probabilità di utilizzare i  
l'assicurazione  
sanitaria (quindi  
spendere per cure  
mediche) **aumenta**  
all'aumentare della  
generosità della  
copertura*

# 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)

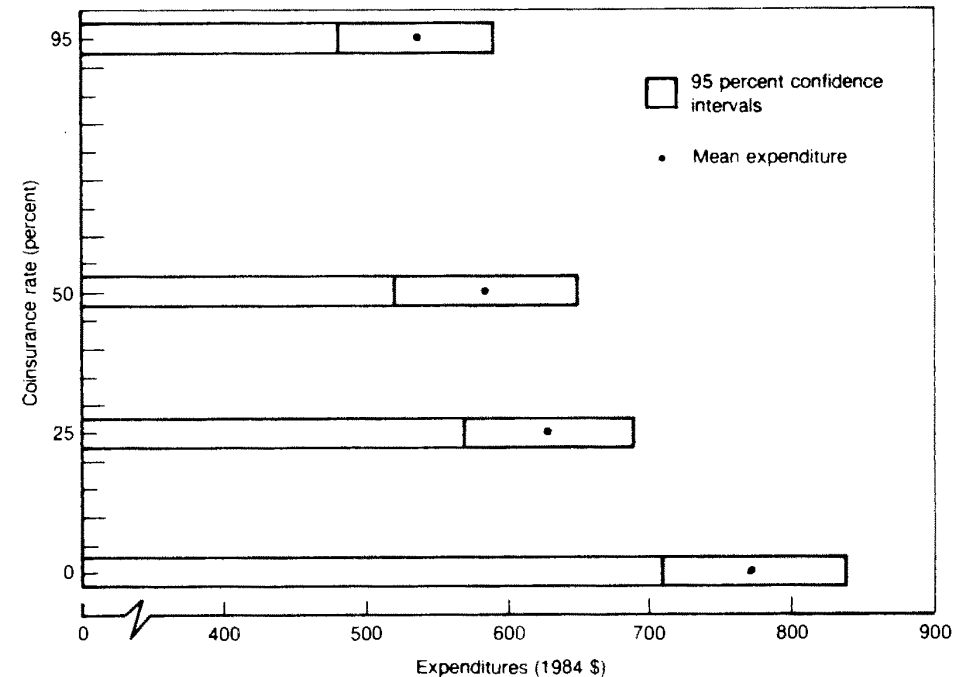
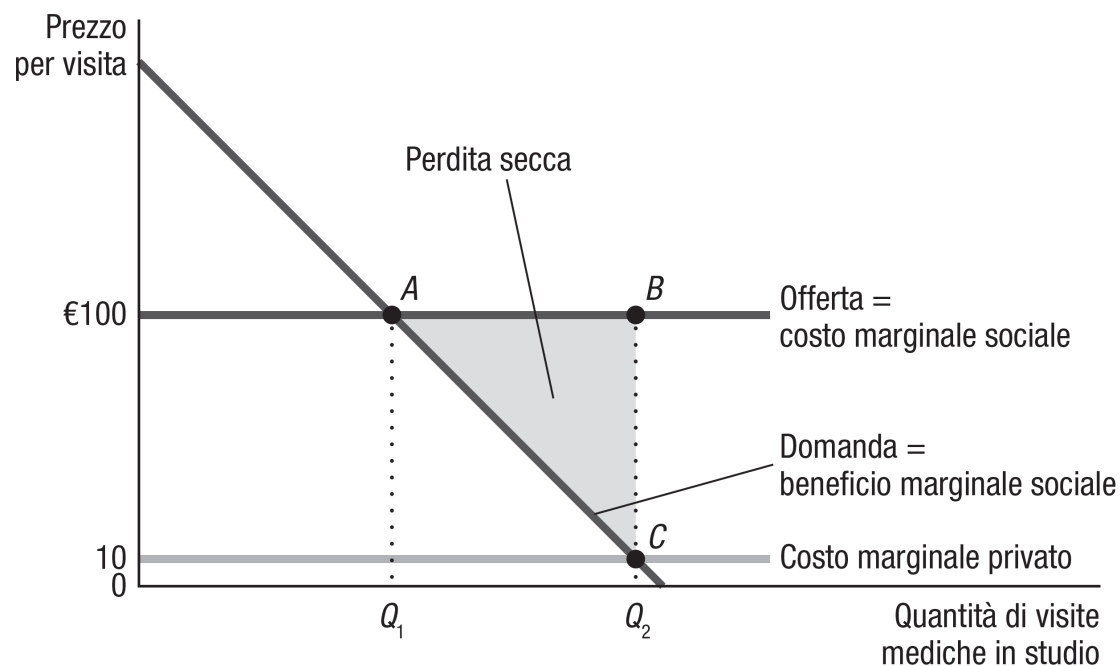


FIGURE 1. DEMAND AND 95 PERCENT CONFIDENCE INTERVALS BY COINSURANCE RATE

# Dal punto di vista teorico



*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

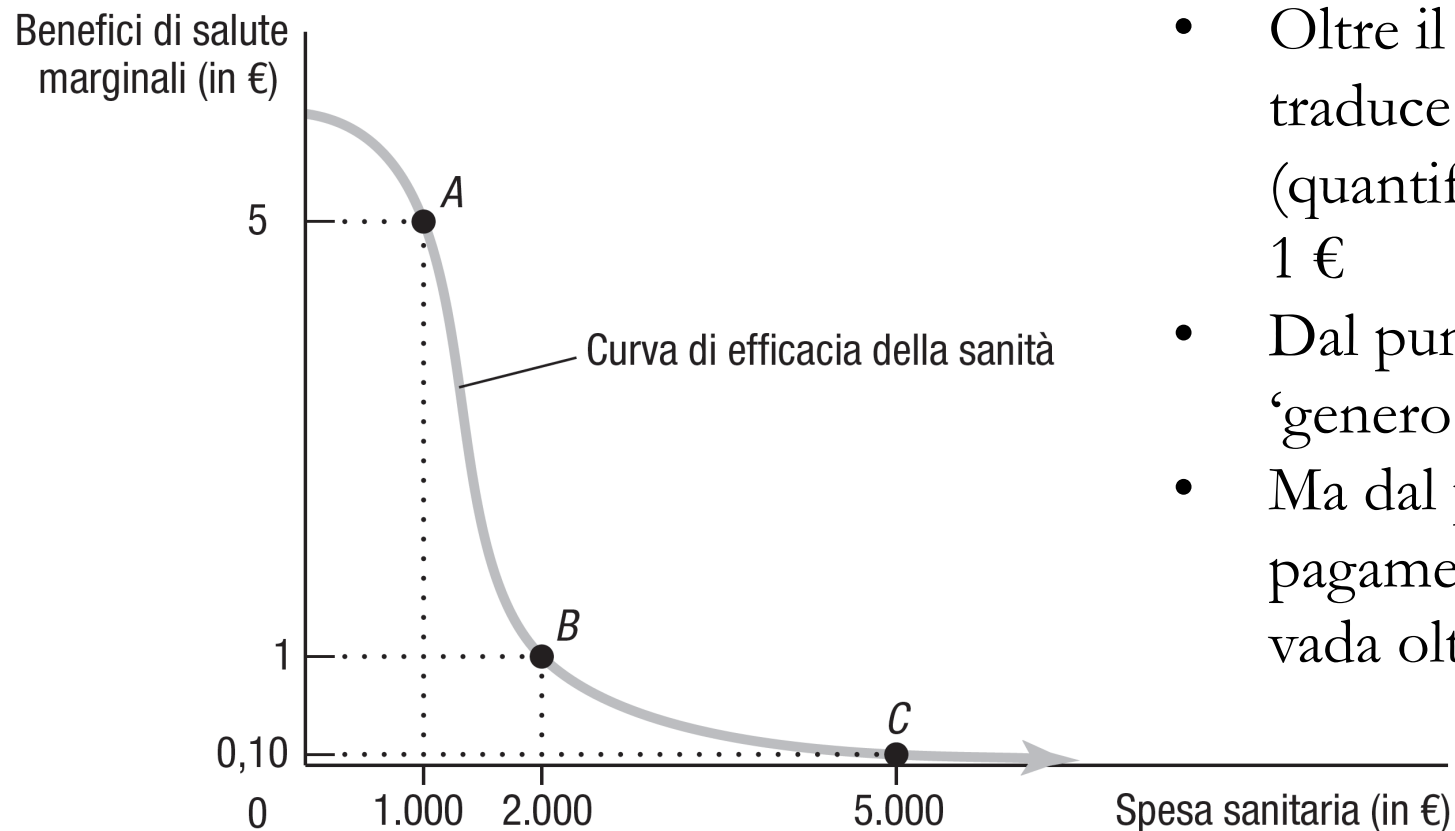
# Generosità della copertura assicurativa

- L'esistenza di una domanda *non rigida* di cure mediche, pone un'altra domanda: *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?
  - Ma anche: 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

# 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

# Caratteristiche della polizza ottimale

- La polizza di assicurazione ottimale lascia a carico del paziente una quota dei costi fino a un livello sopportabile.
  - La copertura completa incrementa il moral hazard senza dare grandi benefici.
- In questo modo, si riduce le possibilità di moral hazard salvaguardando la protezione dal rischio
  - Il paziente è assicurato 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.

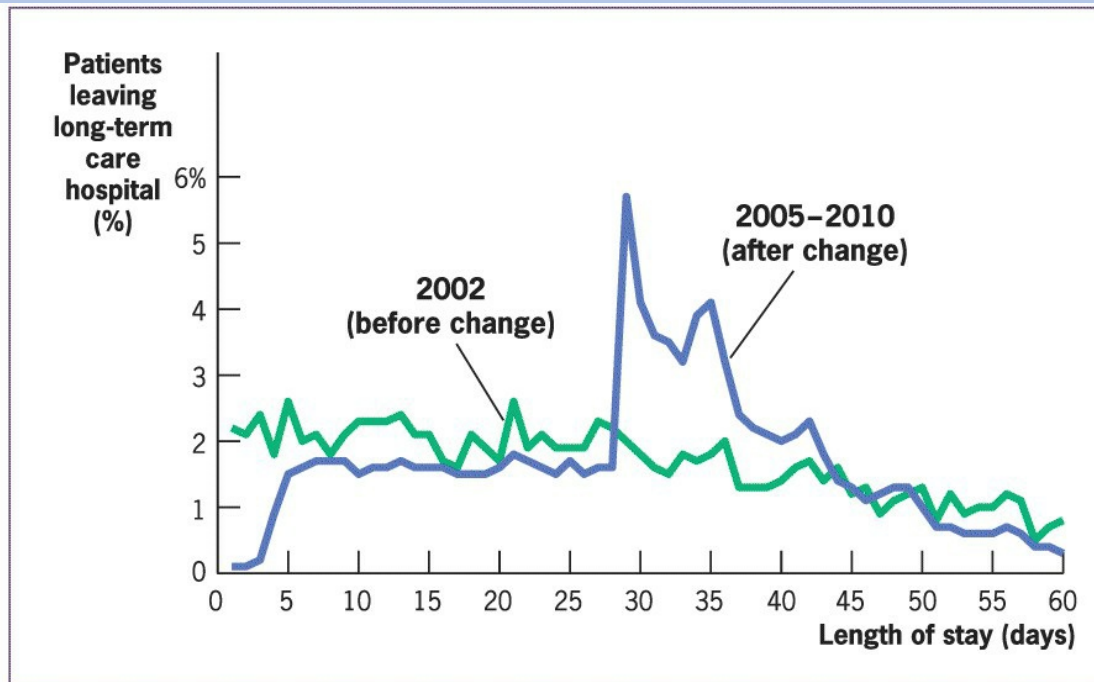
# Un esempio pratico: *Medicare*

- 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 che copre i primi 60gg senza costi aggiuntivi; poi costi crescenti al giorno (*cofinanziamento giornaliera*) fino a una soglia massima (dopo il gg 150: tutto a carico del paziente)
    - Parte B (spese mediche generali): cofinanziamento 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 dei ricoveri (da 9,7 giorni a 8,4 l'anno); -15% ingressi in terapia intensiva
  2. Non ci sono evidenze empiriche di effetti avversi sulla salute dei pazienti (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)**
  - Il problema nasce quando 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 diventa il “terzo pagatore”
- ⇒ Soluzioni: «**disallineare**» gli incentivi dei fornitori rispetto ai pazienti.
- L'elemento fondamentale su cui agire: schemi di remunerazione delle prestazioni

# Riassumendo

- Un sistema sanitario basato sulle assicurazioni private:
  - **È esposto alla selezione avversa:** i premi sono alti; possibile fallimento del mercato
    - Problema mitigato quando gli assicuratori possono classificare i rischi e i gruppi assicurati sono sufficientemente grandi (dipendenti, quando assicurazione è fornita dai datori di lavoro)
  - **Implica la presenza di non assicurati:** esternalità finanziarie, inefficienze (job lock) e problemi di equità.
  - **Genera moral hazard**, sia ex-ante (minore prevenzione) che ex-post (maggiore utilizzo di servizi medici quando il costo è sostenuto dall'assicurazione)

Quali di questi problemi è risolto nel caso di un sistema sanitario a *fiscalità generale* (come quello italiano?)

# 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
- **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
- Le riforme (1992-2011) sono intervenute principalmente
  - sul sistema di finanziamento del SSN
  - sulla libertà di cura e sul modello organizzativo

# Il sistema sanitario italiano

- **Il sistema pre-riforma**

- Lo Stato definiva la programmazione (stanziando il FSN), e aveva la responsabilità di reperire le risorse, che venivano poi ripartite alle regioni
- Risorse gestite localmente dalle USL

⇒ **assenza di incentivi**

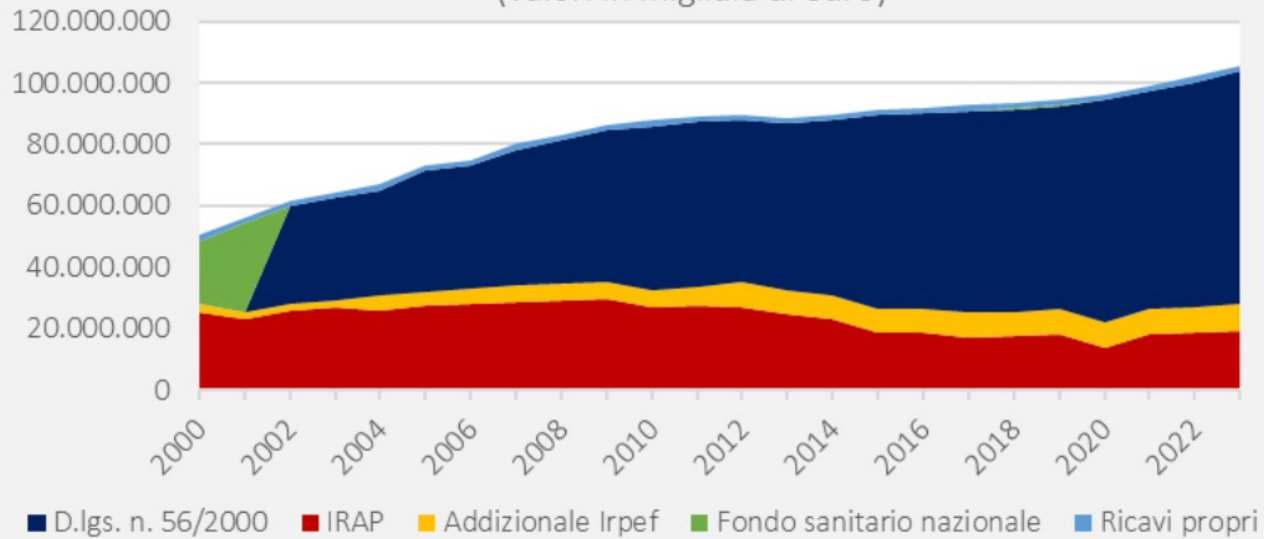
- USL (enti non aziendali) non avevano incentivi a controllare la spesa; erano i soggetti erogatori e gestori (gestivano ospedali e medicina territoriale)
- Stanziamenti del FSN (amministratori centrali) non erano sempre adeguati, e costringevano a indebitamento
- Incentivi elettorali a sottostimare FSN, e quindi spesa pubblica

# Il sistema sanitario italiano

- **Il sistema post-riforma: un quasi-mercato**
  - Lo **Stato** determina il **fabbisogno** sanitario nazionale e stabilisce gli standard delle prestazioni (Stato come garante)
  - **Il fabbisogno è alimentato da un misto di entrate regionali e tributi statali**
    - i **tributi propri**: l'IRAP (imposta regionale sulle attività produttive); l'**addizionale 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 **ASL** organizzano e gestiscono la sanità territoriale come un quasi mercato, comprando dagli ospedali (pubblici) e dai privati accreditati
  - I pazienti hanno libertà di scelta tra le diverse strutture

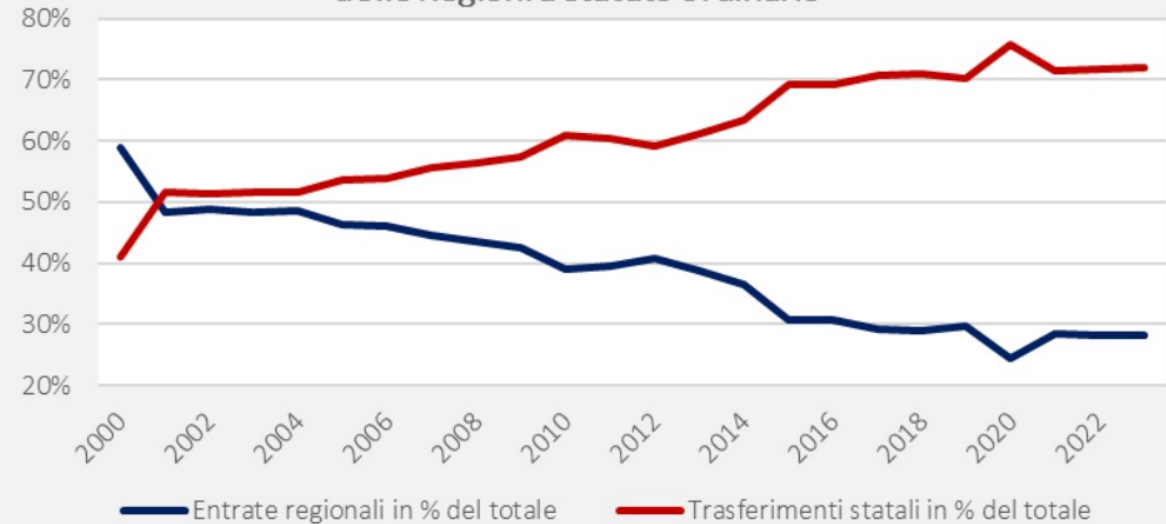
# Il sistema sanitario italiano

Fig. 1: Entrate per la sanità delle Regioni a statuto ordinario  
(valori in migliaia di euro)



Fonte: elaborazioni OCPI su dati CIPE.

Fig. 2: Trasferimenti statali e entrate regionali  
delle Regioni a statuto ordinario



Fonte: elaborazioni OCPI su dati CIPE.

\*D.lgs. N 56/2000 = compartecipazione al gettito IVA

Fonte: Osservatorio Conti Pubblici Italiani

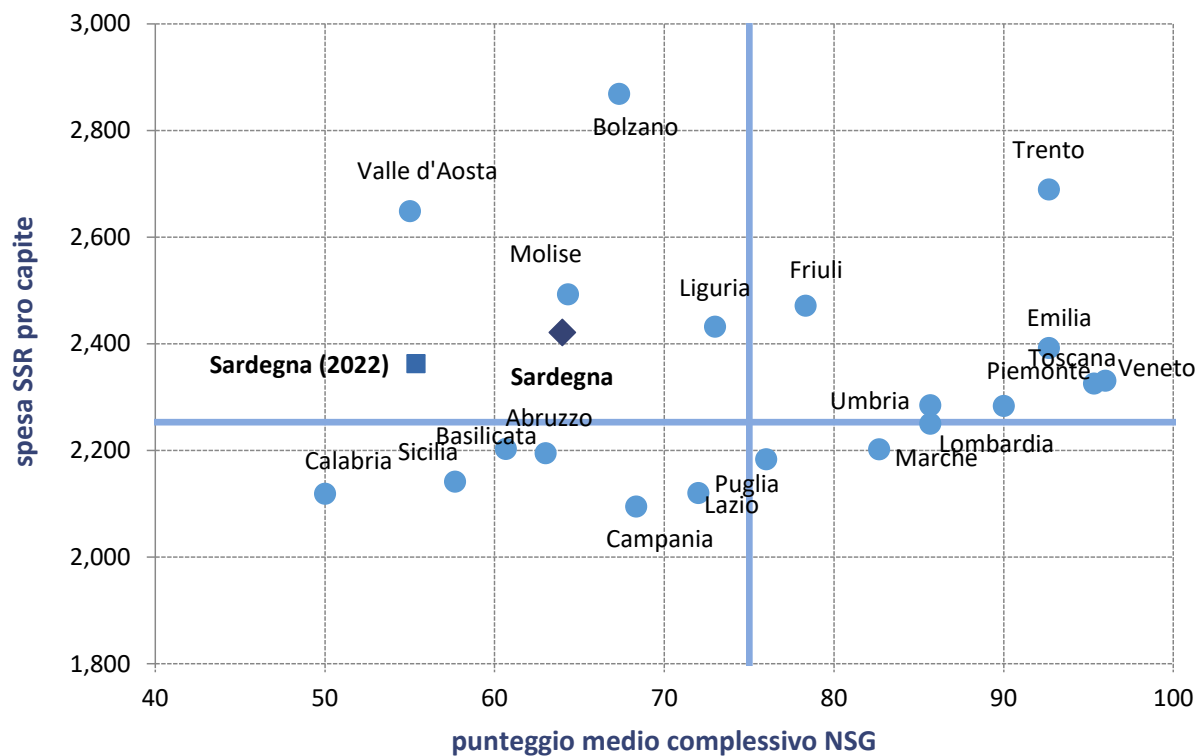
(<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-come-viene-finanziata-la-sanita-tra-le-regioni>)

# Il sistema sanitario italiano

- Lo Stato quindi fissa i **LEA**: Livelli Essenziali di Assistenza. Tre ambiti:
  1. Assistenza collettiva (vaccinazioni, tutela dai rischi infortunistici in ambito lavorativo, ecc.);
  2. Assistenza distrettuale (medicina di base, assistenza specialistica e diagnostica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, ecc.);
  3. Assistenza ospedaliera (pronto soccorso, degenza ordinaria, *day hospital*, ecc.).
- I LEA rappresentano
  - le cornici entro le quali possono operare le regioni,
  - ma sono anche un sistema di valutazione dell'erogazione dei servizi sanitari

# Il sistema sanitario italiano

Grafico 3.5 Punteggio complessivo NSG (valori assoluti) e spesa sanitaria pro capite (euro), anno 2023



Fonte: Elaborazioni CRENoS su dati MEF – Monitoraggio della spesa sanitaria; Ministero della Salute – Nuovo Sistema di Garanzia

# Il finanziamento delle prestazioni sanitarie

- Il finanziamento dei LEA considera i **costi** e **fabbisogni standard**.
  - Il **fabbisogno** standard: l'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e appropriatezza
  - Il **costo standard**: media procapite pesata dei costi registrati dalle Regioni *più efficienti*
  - Non quindi semplicemente alla *spesa storica*
- Sulla base di questi si calcola la spesa standard per ogni regione quale percentuale può essere coperta con tributi propri e quanta tramite la compartecipazione IVA (sostituisce FSN).
  - Spesa prevista=**Somma costi standard**
  - Stato interviene con un fondo perequativo 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 per aumentare efficienza e qualità dell'offerta
  - le ASL, fornite di personalità giuridica e autonomia gestionale e finanziaria possono:
    - fornire direttamente il servizio
    - acquistare le prestazioni da privati
- Le prestazioni fornite (dalle strutture pubbliche o private) pagate dalle ASL in base ai **DRG**
  - 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)