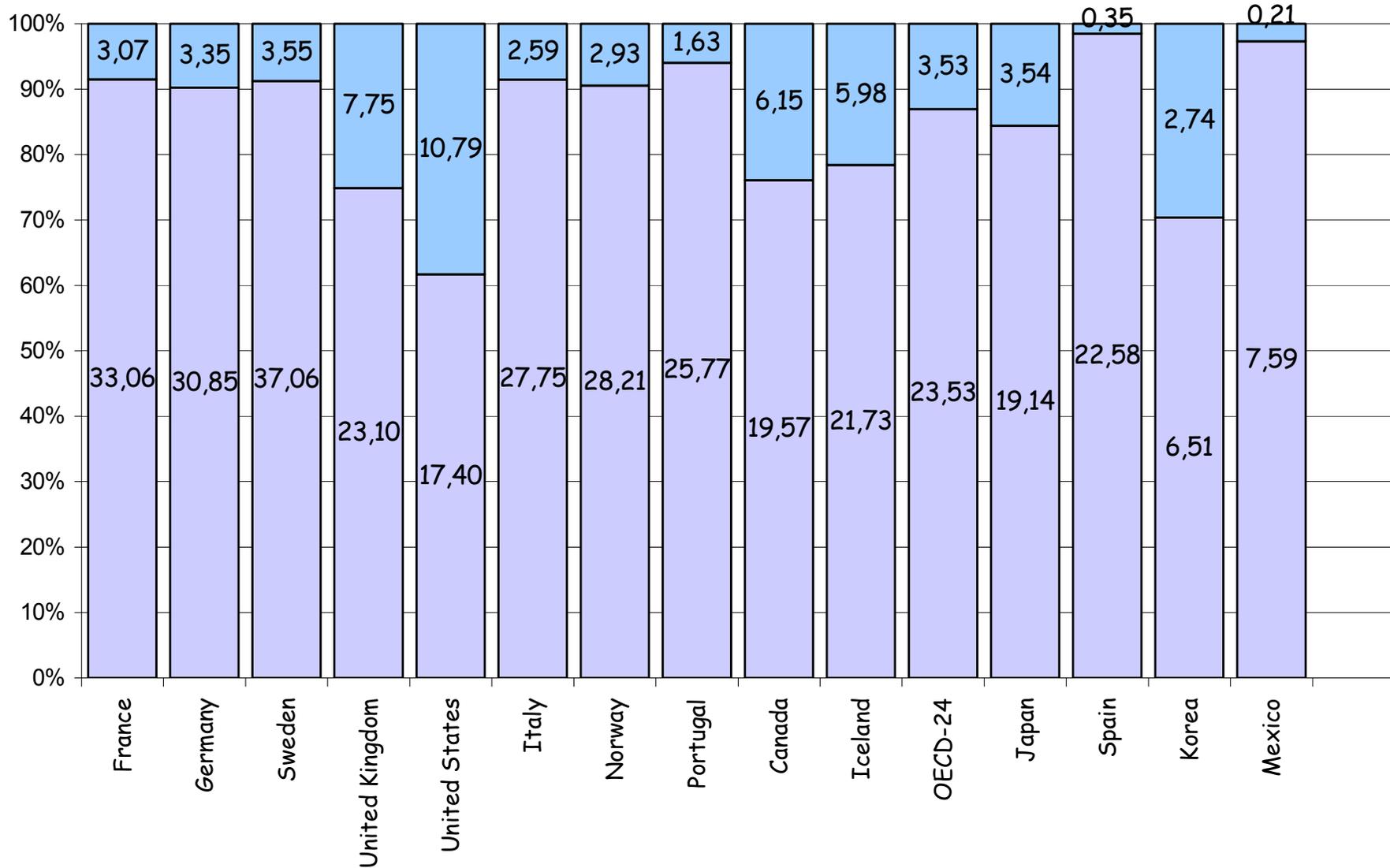


Università Bocconi a.a. 2009-09
6061 Scienza delle Finanze - CLEAM

Il sistema sanitario

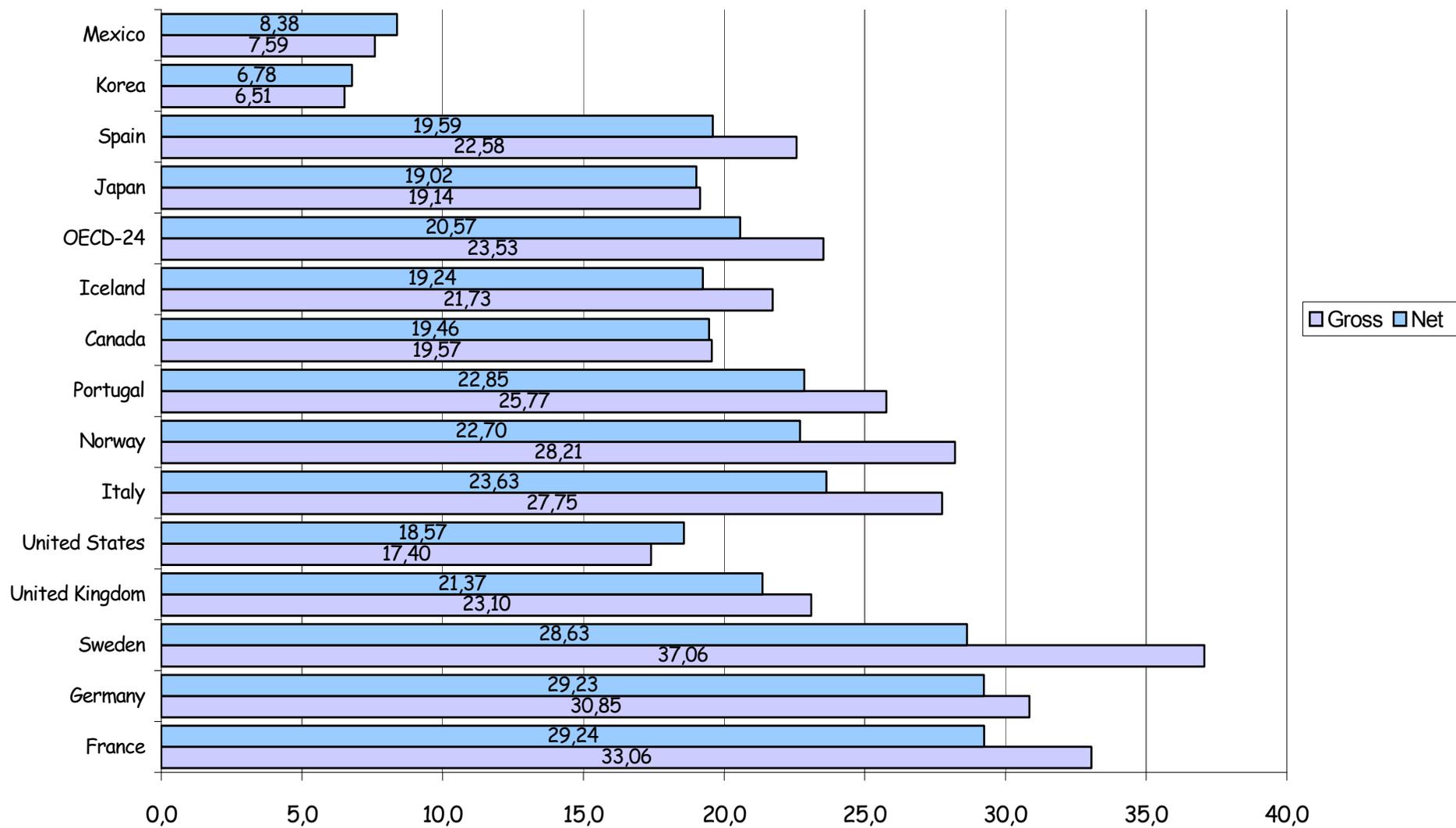
Alberto Zanardi

**Social Expenditure, 2003: Public and Private as % of GDP (values inside bars)
and as % of total social expenditures (Y axis)**



Source: OECD Social Expenditure Database, 2007

Public Social Expenditure, 2003: Gross and Net as % of GDP



Source: OECD Social Expenditure Database, 2007

Table 4: Social benefits by function group in 2004 (as % of total social benefits (TSB) and as % of GDP)

	Old-age and survivors		Sickness/ health care		Disability		Family/children		Unemployment		Housing and social exclusion	
	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP
EU-25	45.9	12.0	28.3	7.4	8.1	2.1	7.8	2.1	6.5	1.7	3.4	0.9
EU-15	45.7	12.2	28.3	7.5	8.0	2.1	7.8	2.1	6.6	1.8	3.5	0.9
BE	44.1	12.3	27.7	7.7	6.8	1.9	7.1	2.0	12.5	3.5	1.8	0.5
CZ	41.1	7.8	35.3	6.7	7.9	1.5	8.4	1.6	3.9	0.7	3.4	0.6
DK	37.2	11.1	20.6	6.1	13.9	4.1	13.0	3.9	9.5	2.8	5.8	1.7
DE	43.5	12.4	27.2	7.7	7.7	2.2	10.5	3.0	8.6	2.4	2.5	0.7
EE	43.7	5.8	31.5	4.2	9.1	1.2	12.7	1.7	1.6	0.2	1.5	0.2
IE	23.3	3.8	42.1	6.9	5.3	0.9	15.5	2.5	8.3	1.3	5.5	0.9
EL	50.9	12.8	26.5	6.7	5.0	1.3	6.9	1.7	5.9	1.5	4.7	1.2
ES	43.7	8.5	30.8	6.0	7.5	1.5	3.5	0.7	12.9	2.5	1.7	0.3
FR	43.6	12.8	30.0	8.8	5.8	1.7	8.5	2.5	7.8	2.3	4.4	1.3
IT	61.3	15.4	25.9	6.5	6.1	1.5	4.4	1.1	2.0	0.5	0.3	0.1
CY	48.3	8.5	24.1	4.2	4.3	0.8	11.4	2.0	4.9	0.9	6.9	1.2
LV	50	6.1	24.5	3.0	9.8	1.2	10.5	1.3	3.4	0.4	1.8	0.2
LT	47.3	6.1	29.5	3.8	10.2	1.3	8.8	1.1	1.6	0.2	2.6	0.3
LU	36.5	8.1	25.0	5.5	13.5	3.0	17.4	3.8	4.7	1.0	2.9	0.6
HU	42.5	8.6	29.5	6.0	10.3	2.1	12.1	2.5	2.9	0.6	2.6	0.5
MT	51.2	9.5	27.0	5.0	6.7	1.2	5.2	1.0	6.9	1.3	2.9	0.5
NL	41.6	11.1	30.4	8.1	10.9	2.9	4.8	1.3	6.3	1.7	6.0	1.6
AT	48.2	13.6	25.0	7.1	8.3	2.3	10.7	3.0	6.0	1.7	1.8	0.5
PL	60.1	11.8	19.5	3.8	11.5	2.3	4.6	0.9	3.5	0.7	0.8	0.2
PT	47.2	11.0	30.4	7.1	10.4	2.4	5.3	1.2	5.7	1.3	1.0	0.2
SI	44.7	10.6	32.7	7.8	8.1	1.9	8.6	2.0	3.1	0.7	2.8	0.7
SK	40.1	6.6	30.1	5.0	9.6	1.6	10.7	1.8	6.2	1.0	3.3	0.5
FI	36.9	9.6	25.5	6.6	13.2	3.4	11.5	3.0	9.8	2.5	3.1	0.8
SE	40.1	12.7	25.4	8.0	14.8	4.7	9.6	3.0	6.2	2.0	3.9	1.2
UK	44.6	11.5	30.4	7.8	9.2	2.4	6.7	1.7	2.6	0.7	6.4	1.7
RO	37.9	5.6	35.9	5.3	7.1	1.0	11.1	1.6	3.6	0.5	4.3	0.6
IS	30.6	6.9	34.8	7.9	14.7	3.3	14.0	3.2	2.5	0.6	3.5	0.8
NO	29.9	7.7	33.1	8.5	18.7	4.8	11.9	3.1	3.1	0.8	3.2	0.8
CH	48.5	13.3	26.0	7.1	12.6	3.5	4.8	1.3	4.7	1.3	3.4	0.9

Source: Eurostat-ESSPROS.

Total health expenditure as a share of GDP, 2005

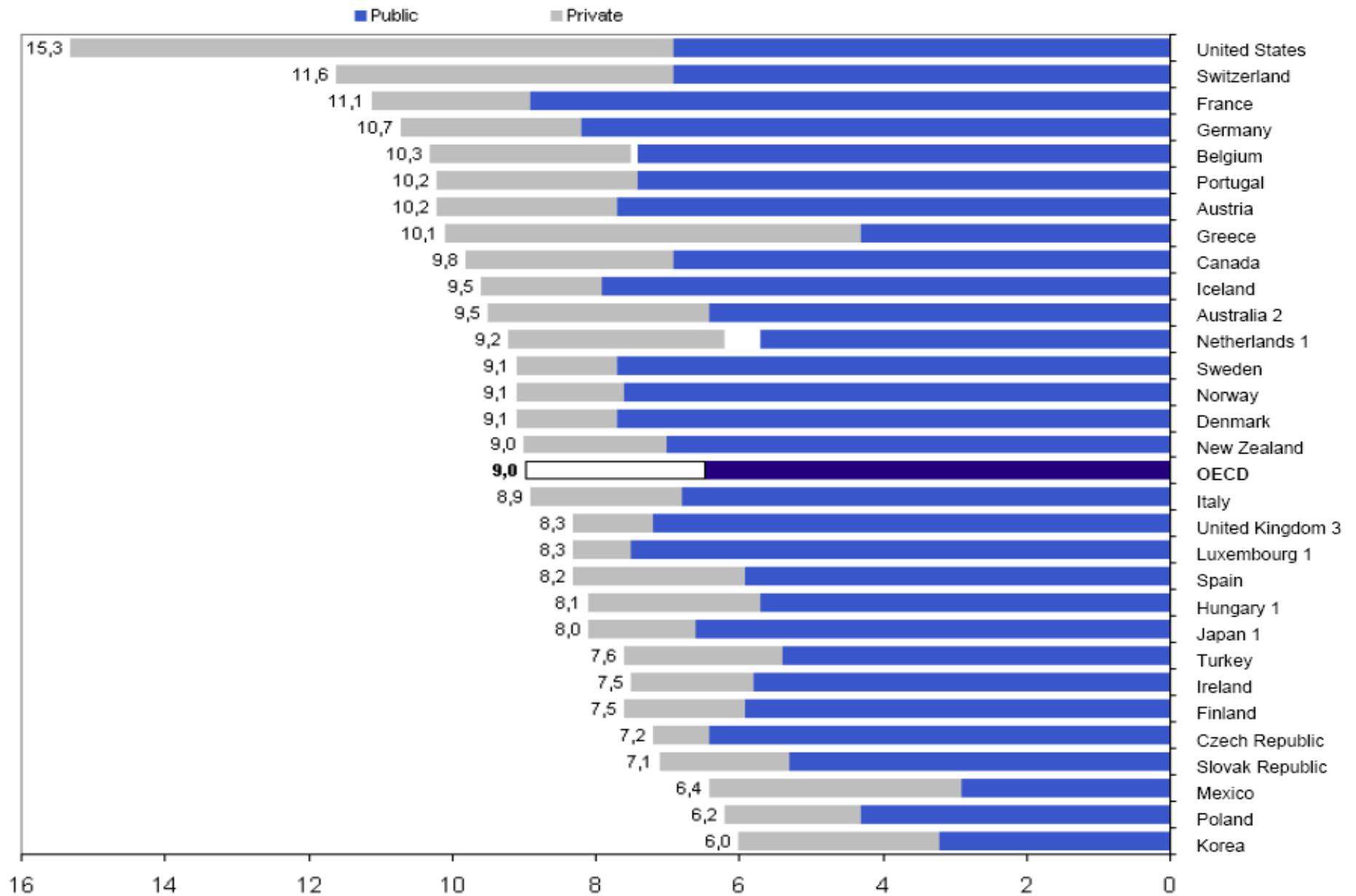
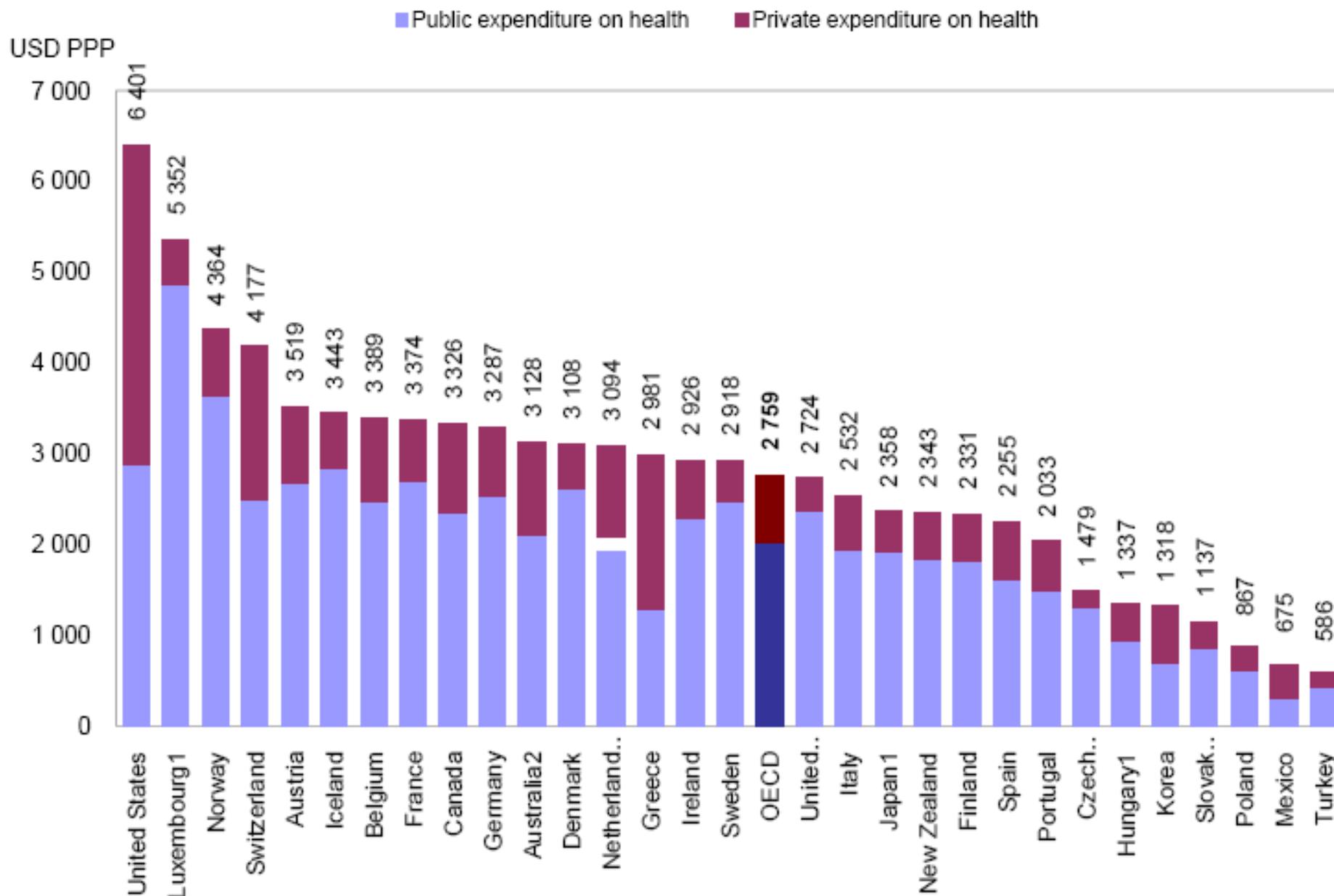


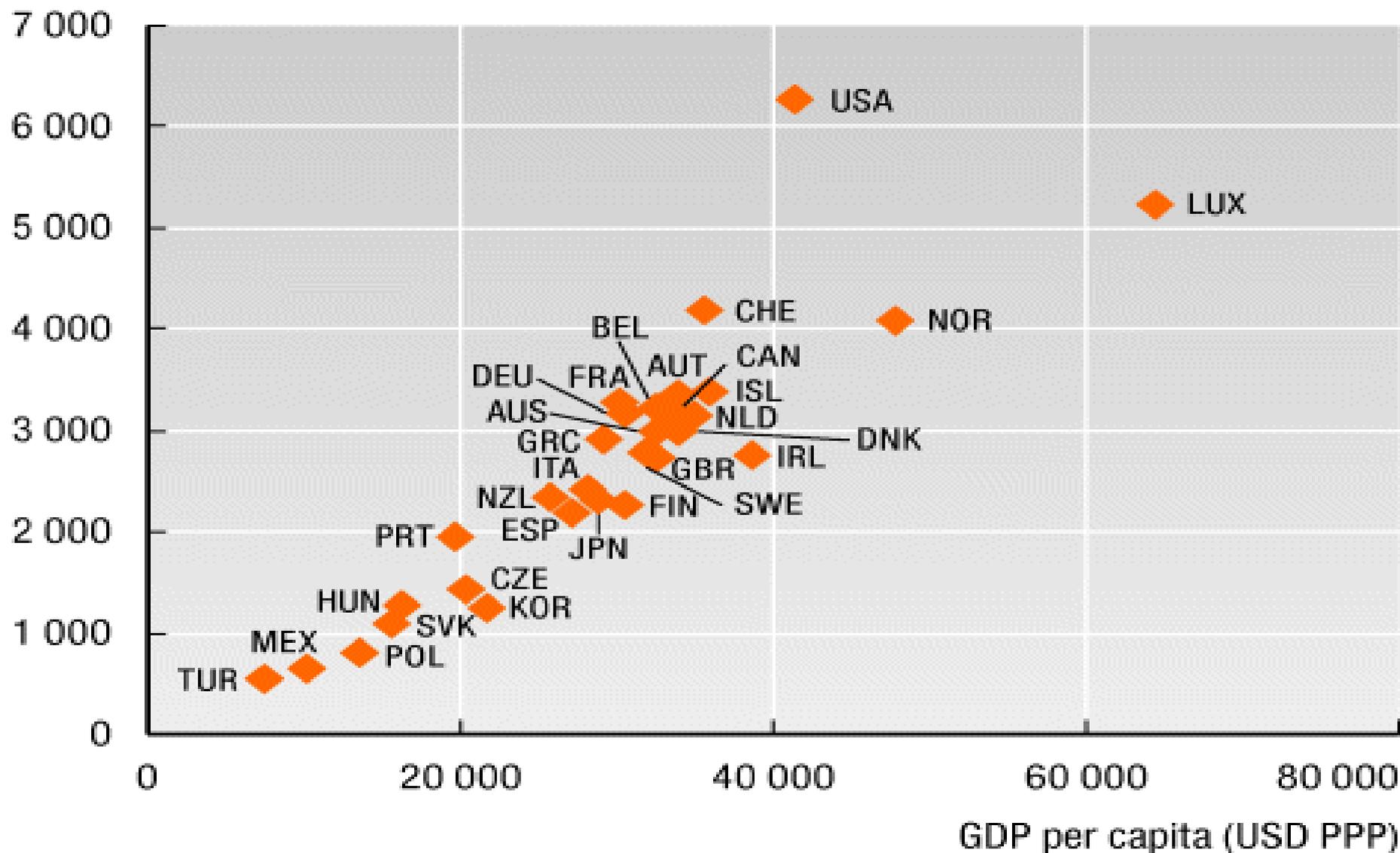
Chart 5. Health expenditure per capita, public and private, 2005



1. 2004 2. 2004-05 3. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).

Sistemi sanitari Oecd 2005

Health expenditure per capita (USD PPP)



Sistemi sanitari Oecd 2006

	Spesa sanitaria totale (% PIL)	Spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa sanitaria	Spesa sanitaria procapite (USD PPP)	Spesa sanitaria procapite in PPP (USA=100)
United States	15.3	45.8%	6714	100
Switzerland	11.3	60.2%	4311	64
France	11.1	80.2%	3449	51
Germany	10.6	76.4%	3371	50
Belgium	10.4	69.2%	3488	52
Portugal	10.2	70.6%	2120	32
Austria	10.1	76.2%	3606	54
Canada	10	70.0%	3678	55
Denmark	9.5	80.0%	3349	50
Netherlands	9.3	81.7%	3391	51
New Zealand	9.3	78.5%	2448	36
Sweden	9.2	81.5%	3202	48
Greece	9.1	61.5%	2483	37
Iceland	9.1	82.4%	3340	50
Italy	9	76.7%	2614	39
OECD	8.9	72.5%		
Australia	8.8	67.0%	2999	45
Norway	8.7	83.9%	4520	67
Spain	8.4	71.4%	2458	37
United Kingdom	8.4	86.9%	2760	41
Hungary	8.3	71.1%	1504	22
Finland	8.2	75.6%	2668	40
Japan	8.2	81.7%	2474	37
Ireland	7.5	78.7%	3082	46
Luxembourg	7.3	90.4%	4303	64
Slovak Republic	7.1	74.6%	1130	17
Czech Republic	6.8	86.8%	1490	22
Mexico	6.6	43.9%	794	12
Korea	6.4	54.7%	1480	22
Poland	6.2	69.4%	910	14
Turkey	5.7	71.9%	591	9

Il sistema sanitario

Spesa sanitaria: confronti internazionali

- Differenze nella dimensione della spesa sanitaria totale e pro-capite
- Differenze nella composizione della spesa sanitaria
 - Quali sono le differenze istituzionali che spiegano le differenze quantitative?
 - Esistono dei modelli a cui ricondurre gli assetti istituzionali dei singoli paesi?
 - Come razionalizzare in termini economici le scelte dei diversi paesi?
 - Quali le implicazioni di queste diverse scelte?

Sistema sanitario

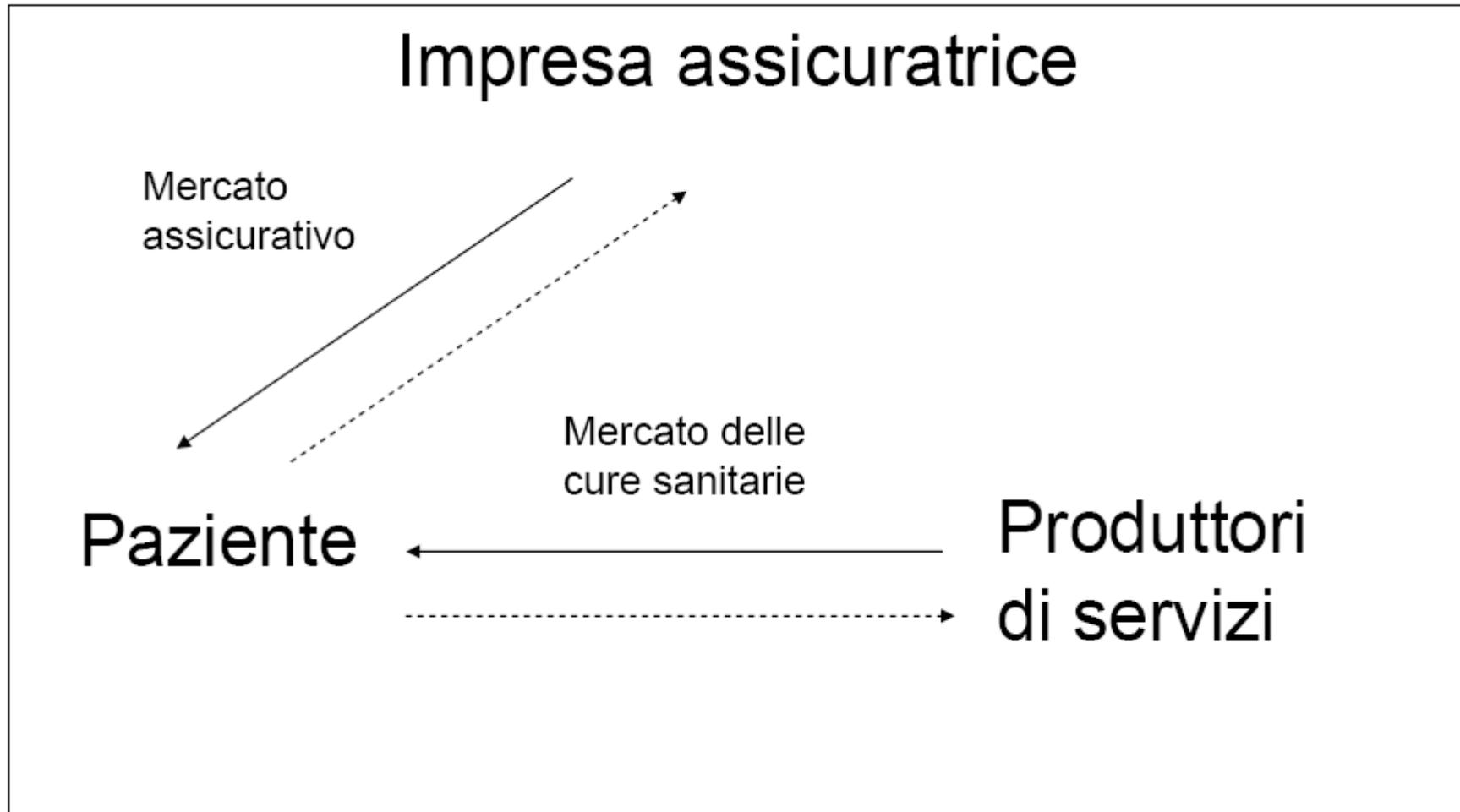
- Struttura e funzionamento di un mercato privato
- Individuazione dei fallimenti del mercato
- Discussione dei possibili correttivi
- Individuazione di assetti organizzativi alternativi
- Interpretazione delle recenti riforme in Italia e all'estero

Nella sanità il consumo è legato al verificarsi di un evento aleatorio: la malattia

In sanità facciamo riferimento a due beni/mercati:

- l'assicurazione contro l'evento negativo (mercato assicurativo)
- i servizi sanitari consumati nel caso in cui l'evento negativo si verifichi (mercato delle servizi sanitari)

Sistema privato non integrato verticalmente (modello a rimborso)



Mercato delle cure sanitarie: giustificazioni dell'intervento pubblico

- **Equità**

Diritto alla salute è un diritto di cittadinanza, riconosciuto a tutti gli appartenenti ad una collettività

Accesso alle cure mediche deve rispondere a principi equitativi e non deve essere legato alla capacità d'acquisto, al reddito del paziente

Art.32 Costituzione

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"

Legge istitutiva del SSN 833/1978

- **Esternalità**

Il consumo di alcuni servizi sanitari genera un'esternalità positiva (es. vaccinazione contro malattie epidemiche)

Mercato delle cure sanitarie: giustificazioni dell'intervento pubblico

- **Informazione**

I consumatori non sono in grado di valutare correttamente le caratteristiche del bene
credence good vs experience good

Nella sanità errori di scelta sono irreversibili e molto costosi

- **Fallimenti dei mercati assicurativi privati (rimando)**

Rimedi fallimenti nel mercato / Modalità di intervento pubblico nel mercato delle cure sanitarie

1) Regolamentare il settore privato dell'offerta dei servizi sanitari

contro asimmetrie informative fra offerta e domanda

- Regolamentazione all'accesso alla professione tramite albi
- Divieti di pubblicità o oppure tariffari professionali per evitare concorrenza di prezzo
- Regolamentazione per l'introduzione di nuovi farmaci

2) Operare attraverso il sistema fiscale (sussidi o deducibilità) per incentivare/disincentivare i consumi sanitari

3) Gestire direttamente la distribuzione (acquistando dal settore privato) o la produzione dei servizi sanitari (ospedali pubblici)

4) Imporre l'obbligo di consumo

5) Promuovere un finanziamento totale o parziale della spesa sanitaria attraverso il prelievo obbligatorio

Possibili cause del fallimento del mercato assicurativo privato

- 1) Impossibilità di copertura dei rischi correlati
- 2) Non copertura di coloro che hanno un rischio elevato (assenza di offerta) e di coloro che hanno redditi bassi (assenza di domanda)
- 3) Informazione asimmetrica fra assicurato e assicuratore
 - 3.1) Selezione avversa: l'assicuratore non conosce il rischio fronteggiato dall'assicurato
 - 3.2) Azzardo morale: l'assicuratore non può controllare il comportamento dell'assicurato dopo la stipulazione del contratto

Domanda di assicurazione

Perché gli individui richiedono una qualche forma di assicurazione?

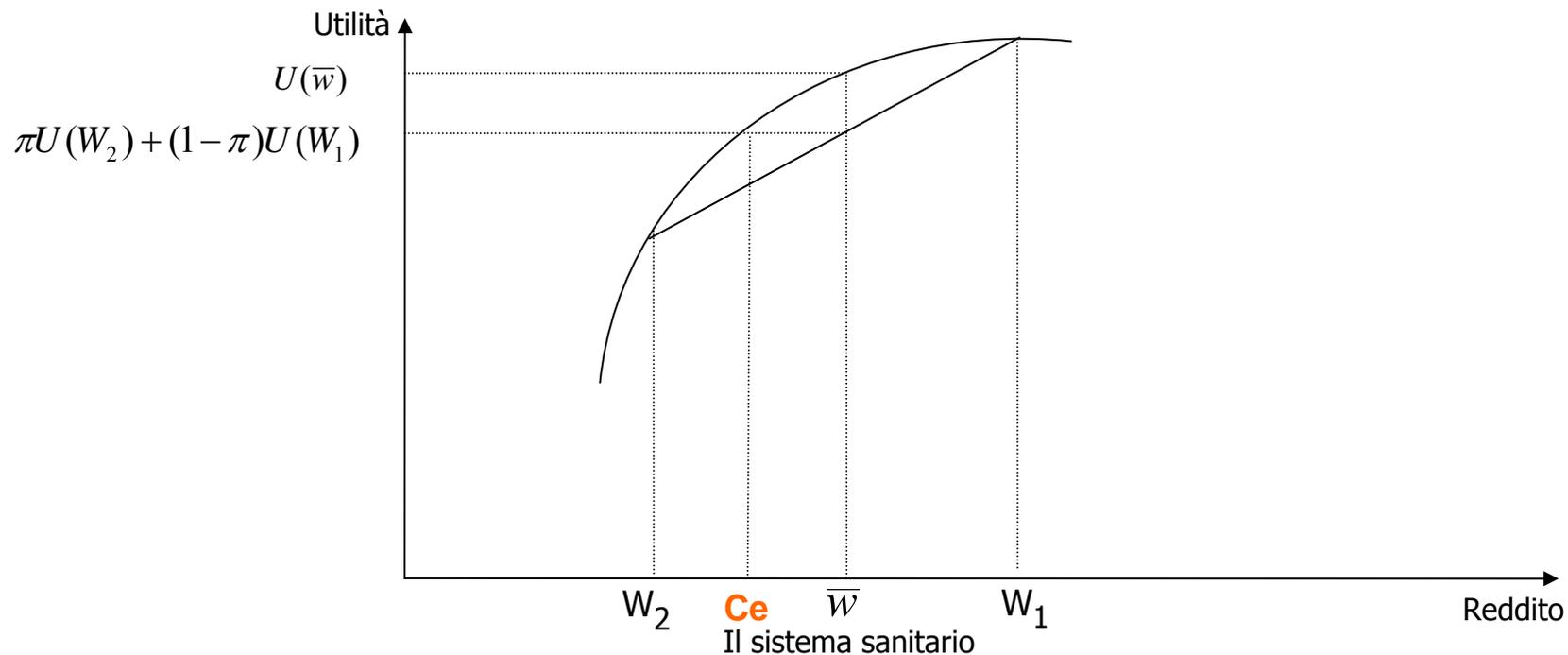
- **Aleatorietà del bene salute**
 - la perdita del bene salute è associata a una riduzione considerevole del reddito
 - mancato guadagno + spese per cure mediche
- **Avversione al rischio** (funzione di utilità concava)
 - Un individuo è avverso al rischio se gli individui, dovendo scegliere tra un reddito certo X ad un reddito aleatorio (lotteria) con valore atteso X , scelgono il reddito certo

In altri termini:

 - gli individui sono disposti a pagare un prezzo per stabilizzare le loro prospettive di reddito

Domanda di assicurazione: avversione al rischio

- Due stati del mondo:
 - 1 - favorevole (salute)
 - 2 - sfavorevole (malattia)
- Lotteria di reddito dell'individuo (aleatoria): $W=(W_1, W_2)$
 - $W_1 = w$
 - $W_2 = w - d$ (d = danno associato all'evento negativo)
- Probabilità dell'evento negativo: π
- Valore atteso della lotteria: $\bar{W} = w(1 - \pi) + (w - d)\pi$
- Per concavità della U : $CE < \bar{W}$



Domanda di assicurazione: contratto di assicurazione

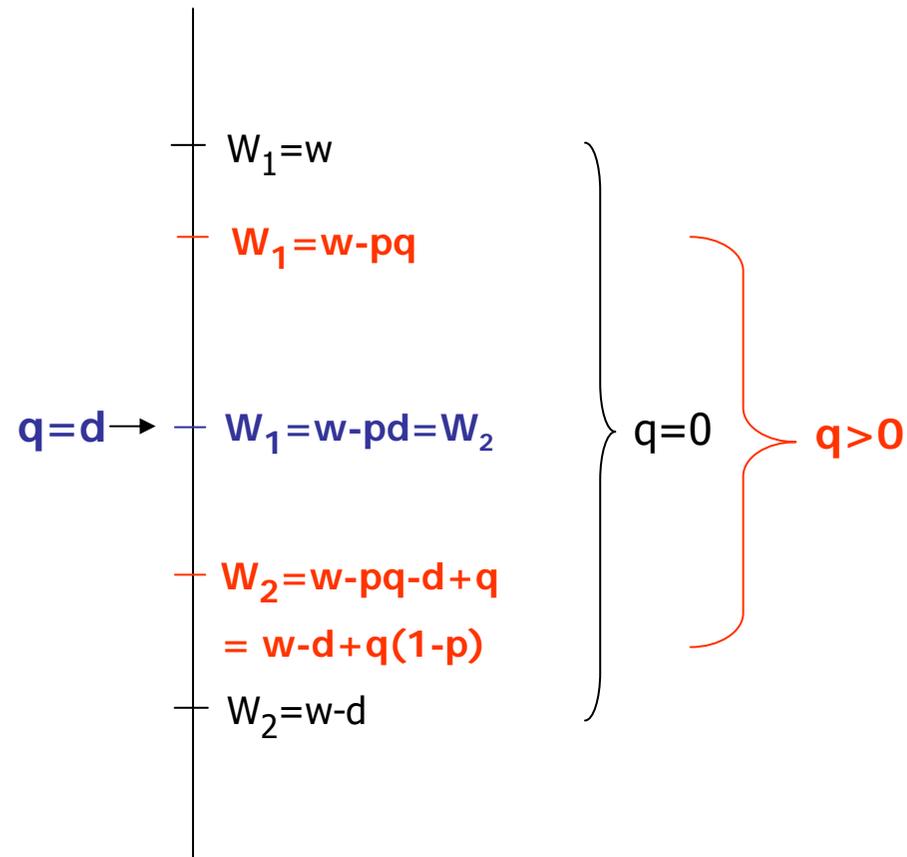
- Un contratto di assicurazione è un contratto tra individui **avversi al rischio** (che sono disposti a pagare un premio per ridurre la variabilità del loro reddito: **assicurati**) e imprese **neutrali** al rischio (che ricevono un premio dando una copertura del rischio: **assicuratori**)
- In un contratto di assicurazione l'assicuratore cede all'assicurato un ammontare di reddito certo in cambio di una lotteria
- Contratto di assicurazione (q, p)
 - copertura assicurativa (o risarcimento): q
 - premio per unità di copertura: p
 - ⇒ premio complessivo: $p q$

Si definisce:

- **copertura completa:** $q=d$
- **copertura parziale:** $q<d$
- **premio attuarialmente equo:** $p=\pi$

Domanda di assicurazione

L'assicurazione riduce la variabilità delle prospettive di reddito



Domanda di assicurazione

Qual è la copertura assicurativa **ottimale** richiesta da individui avversi al rischio (i.e. domanda di assicurazione)?

E' possibile dimostrare che:

→ Se $p = \pi$, ovvero i premi sono **attuarialmente equi**, la copertura ottimale è **completa**: $q^* = d$

→ Se $p > \pi$, la copertura ottimale è parziale: $q^* < d$

La domanda di assicurazione: il vincolo di bilancio

Con assicurazione: q

$$(1) W_1 = w - p q < w$$

$$(2) W_2 = w - p q - d + q = w - d + (1-p) q > w - d \quad \text{poiché } p < 1$$

Se $q \uparrow \Rightarrow W_1 \downarrow$ e $W_2 \uparrow$

Effetto dell'assicurazione: riduzione della variabilità delle lotterie di reddito

Se $q = d$ (copertura completa) $\Rightarrow W_1 = W_2$

Da (1): $q = w/p - W_1/p$

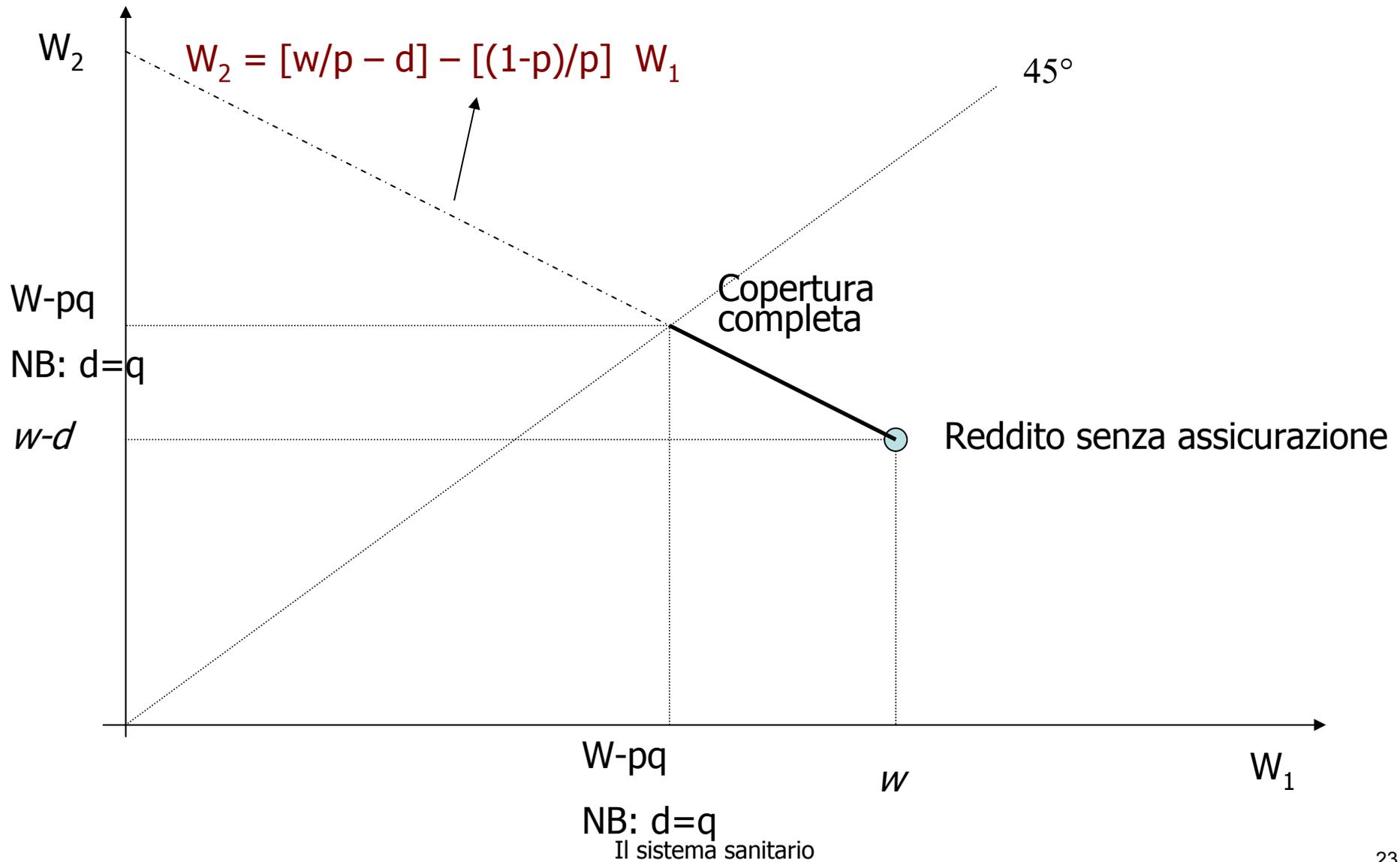
Sostituendo in (2): $W_2 = w - d + (1-p) q = w - d + (1-p) [w/p - W_1/p]$

Vincolo di bilancio:

$$W_2 = [w/p - d] - [(1-p)/p] W_1$$

Pendenza: $-(1-p)/p$

La domanda di assicurazione: il vincolo di bilancio

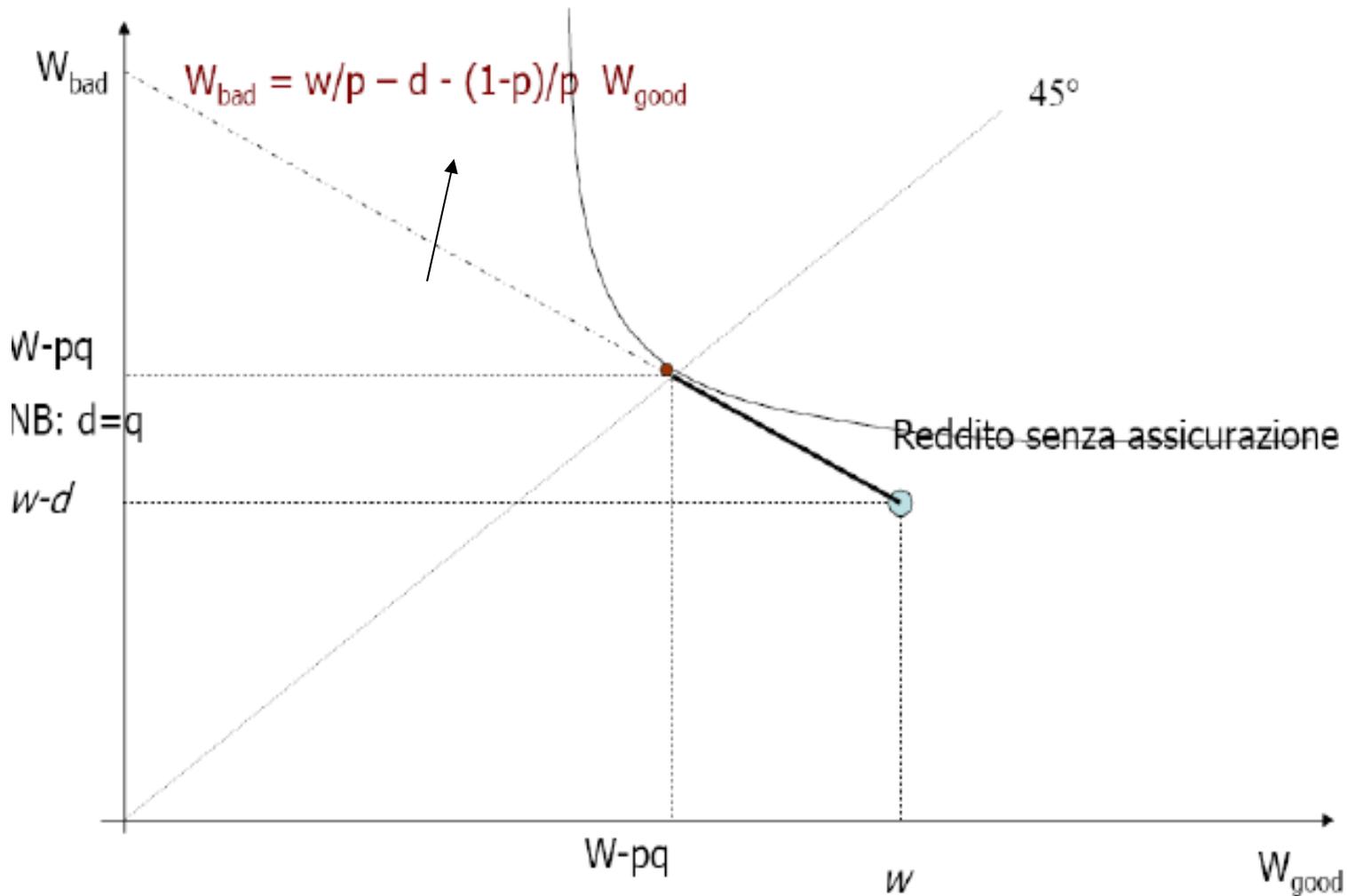


La domanda di assicurazione: le preferenze

Funzione di U attesa (U associata ad una lotteria di redditi) è:

- $E(U) = \pi U(W_2) + (1 - \pi) U(W_1)$
- $SMS = -[dE(U)/dW_1]/[(dE(U)/dW_2)] = - [(1 - \pi) / \pi] [U'(W_1) / U'(W_2)]$
- Nel punto di ottimo: $SMS = -(1-p)/p$
- Se i premi sono attuarialmente equi ($p = \pi$) \Rightarrow la copertura ottimale è completa ($q^*=d$). Infatti:
 $-[(1 - \pi) / \pi] [U'(W_1) / U'(W_2)] = - (1 - \pi) / \pi$
Quindi: $U'(W_1) = U'(W_2) \Rightarrow W_1 = W_2 \Rightarrow q^* = d$
- Al contrario se $p > \pi \Rightarrow$ la copertura ottimale è parziale $q^* < d$

Domanda di assicurazione: ottimo



Offerta di assicurazione

Perché l'assicuratore è neutrale (o meno avverso) al rischio dell'assicurato?

- Se i rischi individuali sono indipendenti, assicurando un numero elevato di individui l'assicuratore è in grado di ridurre la varianza dell'evento negativo compensando eventi negativi con eventi positivi
 - **Risk pooling**
- Esempio:
 - Nei tre casi che analizziamo il valore atteso del danno è sempre 50 ma la varianza si riduce all'aumentare del numero di assicurati.

Risk pooling

Esempio: Risarcimento unitario (q) = 100
 Probabilità individuale evento negativo = $1/2$

Un solo individuo assicurato

Realizzazione della variabile aleatoria costo	100	0
Probabilità	$1/2$	$1/2$

Deviazione standard = 70,71

Due individui assicurati

Realizzazione della variabile aleatoria costo medio	100	50	0
Probabilità	$1/4$	$1/2$	$1/4$

Deviazione standard = 40,82

Tre individui assicurati

Realizzazione della variabile aleatoria costo medio	100	$200/3$	$100/3$	0
Probabilità	$1/8$	$3/8$	$3/8$	$1/8$

Deviazione standard = 35,20

Offerta di assicurazione

Profitto atteso di una compagnia che offre assicurazione (p, q) a N individui:

- se i rischi individuali sono indipendenti
- se non esistono spese generali o costi di amministrazione

$$E(P) = N p q - N \pi q = N q (p - \pi)$$

Ricavi = premio
complessivo riscosso

Costi attesi = risarcimento
complessivo atteso

→ se $p \geq \pi \Rightarrow E(P) > 0$ e quindi le imprese sono disposte ad offrire qualunque copertura

→ se concorrenza perfetta $p = \pi$ e $E(P) = 0$

Equilibrio

Riassumendo:

- se gli individui (avversi al rischio) hanno probabilità dell'evento negativo sufficientemente diversa da uno
- se i rischi individuali sono perfettamente indipendenti
- se l'informazione è perfetta
- se non esistono spese generali o di amministrazione
- se le imprese di assicurazione (neutrali al rischio) operano in concorrenza perfetta

gli assicuratori applicano premi attuarialmente equi e gli assicurati possono trovare piena e ottimale copertura senza alcun intervento dell'autorità pubblica

⇒ l'equilibrio è Pareto-ottimo (equivalente al primo teorema dell'economia del benessere)

Tuttavia le condizioni richieste per l'ottimalità spesso non si verificano nel mondo reale con conseguente giustificazione dell'intervento pubblico

I limiti del mercato assicurativo: rischi non indipendenti

- Se i rischi individuali sono fortemente **correlati**
- ⇒ il mercato assicurativo può non essere attivo dal lato dell'offerta:
- l'assicuratore non è in grado di ridurre il rischio medio (no risk pooling)
 - l'assicuratore non è disposto ad offrire copertura

Casi di **rischi sociali**:

- epidemie
- inflazione
- catastrofi naturali

I limiti del mercato assicurativo: probabilità evento negativo=1 e vincoli redditudinali

- Non tutti gli individui sono caratterizzati dalla stessa probabilità di evento negativo:
 - Se i rischi individuali sono **differenziati**:
 - alti rischi π^A (anziani, malattie croniche, ...)
 - bassi rischi π^B (giovani)
 - ⇒ Problemi di assicurabilità per gli alti rischi: $\pi^A \rightarrow 1$ ma allora con premi attuarialmente equi: $pq = q$ (premio totale = risarcimento)
- Per i poveri (pur con rischi relativamente bassi) potrebbero emergere vincoli redditudinali al pagamento del premio

Costi amministrativi

- In presenza di costi amministrativi (c) il profitto atteso dell'assicuratore è pari a:

$$pd - \{ \pi d + (1 - \pi)0 + c \}$$

- L'assicuratore non accetta un premio unitario inferiore a:

$$\pi + \frac{c}{d}$$

I limiti del mercato assicurativo: concorrenza imperfetta

- **Con concorrenza imperfetta (potere di mercato)**

⇒ viene meno la convenienza per l'impresa ad assicurare gli alti rischi
→ cream-skimming:
i rischi più elevati potrebbero essere esclusi dal mercato in quanto meno profittevoli

Effetti dei fallimenti di mercato (I)

⇒ **copertura parziale della popolazione**

⇒ **i sistemi sanitari fondati su assicurazioni private escludono la popolazione anziana (alta rischi) e quella povera (vincoli reddituali) e affidano la loro assistenza sanitaria al settore pubblico**

THE NUMBER OF UNINSURED AMERICANS IS AT AN ALL-TIME HIGH

Table 1. Health Insurance Coverage, 2001 to 2005*

	Uninsured	Medicaid/ SCHIP	Employer- sponsored Insurance	Individually- purchased Insurance	Medicare	Military Health Care
	Number (millions)	Percent	Percent	Percent	Percent	Percent
2005	46.6	15.9%	13.0%	59.5%	9.1%	13.7%
2004	45.3	15.6%	13.0%	59.8%	9.3%	13.6%
2003	45.0	15.6%	12.4%	60.4%	9.2%	13.7%
2002	43.6	15.2%	11.6%	61.3%	9.3%	13.4%
2001	41.2	14.6%	11.2%	62.6%	9.2%	13.5%

* Based on Current Population Surveys. Percentages do not sum to 100% because some people have more than one type of coverage.

Sistema sanitario USA

- Negli USA l'84% della popolazione gode di copertura assicurativa
- La gran parte degli assicurati (59,5%) ha uno schema assicurativo pagato dal datore di lavoro: il pagamento dei premi assicurativi sanitari cessa dunque alla fine del rapporto lavorativo (in particolare non e' corrisposto per gli anziani)

Sistema sanitario USA

- La parte residua della popolazione assicurata (anziani o poveri) gode di una copertura pubblica finanziata con contributi a carico della fiscalità generale
 - **MEDICARE** garantisce alla popolazione anziana (senza limite di reddito) l'assistenza medica non ospedaliera e l'assistenza ospedaliera (fino a un max di 90 gg.), finanziata da un prelievo sulle retribuzioni dei lavoratori attivi
 - **MEDICAID** offre copertura alla popolazione povera non anziana.
- Il 16% non gode di nessuna copertura assicurativa
 - individui non abbastanza poveri, non anziani, lavoratori autonomi o lavoratori dipendenti di imprese medio-piccole i cui titolari non sono disposti a pagare i contributi sanitari

Sistema sanitario USA

- Ultimo tentativo di riforma (1994, amministrazione Clinton), successivamente abbandonato:
 - obbligo di assicurazione per tutti i lavoratori dipendenti, con finanziamento parte a carico del datore di lavoro, parte a carico del bilancio pubblico
 - ⇒ copertura universale
 - premio assicurativo riflette la rischiosità media territoriale di una certa area geografica (*community rating*) e non le caratteristiche individuali (*experience rating*)
 - ⇒ abbassamento dei premi per gli alti rischi grazie a *pooling* del rischio a livello territoriale

Sistema sanitario USA

Proposta di riforma Obama. Tre principi:

- Ampliamento del grado di copertura di Medicaid
- Creazione di un National Health Insurance Exchange, un pool di compagnie assicuratrici che, sfruttando le economie di scala, siano in grado di offrire polizze a premi più bassi
- Previsione del divieto per le compagnie di rifiutarsi di assicurare cittadini che soffrono di malattie croniche (divieto di rescindere i contratti quando le cure diventano molto costose)

I limiti del mercato assicurativo

Informazione asimmetrica: selezione avversa

- L'assicuratore **non** è in grado di **discriminare** tra clienti ad alto e a basso rischio (caratteristiche individuali non sono osservabili)
 - ⇒ Offrendo contratti differenziati $(p = \pi^A, q = d), (p = \pi^B, q = d)$
l'impresa va in perdita
 - ⇒ Offrendo un contratto pooling $(p = \frac{n^A}{n} \pi^A + \frac{n^B}{n} \pi^B, q = d)$: i rischi bassi potrebbero rifiutare la copertura assicurativa perché premi troppo elevati
 - ⇒ L'equilibrio può essere ottenuto unicamente offrendo contratti differenziati che incentivino gli individui ad auto-selezionarsi (ossia a collocarsi correttamente nella classe di rischio di appartenenza): $(p^A = \pi^A, q^A = d)$ e $(p^B = \pi^B, q^B < d)$
- ⇒ **Copertura completa solo per gli alti rischi**
- ⇒ **Copertura parziale per quelli bassi**

Azzardo morale

- L'assicuratore **non** è in grado di **osservare** i comportamenti degli assicurati
- ⇒ Azzardo morale (comportamento scorretto, azione nascosta)

In sanità può assumere due forme:

- il fatto di essere assicurato può indurre l'individuo a ridurre l'attività di prevenzione della malattia (evento negativo)
- il fatto di essere assicurato può indurre l'individuo ad aumentare le prestazioni richieste dopo la stipulazione del contratto: problema del terzo pagante ⇒ sovraespansione della spesa

Effetti dei fallimenti di mercato (II)

⇒ elevati livelli di spesa

Come limitare l'azzardo morale?

Compartecipazione ai costi

Per ovviare al problema del terzo pagante (domanda):
forme di **compartecipazione al costo**

⇒ **copertura parziale**

– **Deducibile:** $q=d-f$

- un importo prefissato del danno rimane a carico dell'assicurato

– **Coassicurazione:** $q=(1-h)d, h \in (0,1)$

- una certa percentuale del danno rimane a carico dell'assicurato

Modalità di pagamento

- **Pagamento per prestazione (fee for service):**
pagamento della prestazione definito ex post sulla base delle cure effettivamente prestate
 - Positivo per la qualità del servizio
 - Non limita l'espansione della spesa

- **Raggruppamento omogeneo diagnostico – DRG:**
pagamento della prestazione sulla base della diagnosi formulata ex ante che colloca le cure in un certo "gruppo diagnostico"
 - Negativo per la qualità del servizio (cure inadeguate per casi difficili)
 - Positivo per la dimensione della spesa (ma necessario monitoraggio per evitare attribuzioni non corrette in DRG più remunerativi)

- **Quota capitaria (Capitation):**
pagamento fisso per paziente
 - Incentivo a minimizzare i costi del trattamento medico
 - Bassa qualità

Sistema sanitario USA

Per contenere la spesa sanitaria negli USA → introduzione delle **Health Maintenance Organizations (HMO)**: unificano il momento dell'assicurazione e della fornitura sanitaria (sistema integrato verticalmente)

- raccolgono il finanziamento (premi), definiscono i benefici e le prestazioni per gli assistiti e forniscono direttamente i servizi sanitari

- ⇒ Forte incentivo al contenimento dei costi: la differenza tra premi pagati e costi rimane all'organizzazione
- ⇒ Attenzione verso attività di prevenzione
- ⇒ Problema del cream-skimming (evitato mediante premi fissati su base territoriale (community rating) piuttosto che individuale (experience rating))

La riforma Clinton faceva ampio riferimento alle HMO

Sistema sanitario pubblico

Caratteristiche fondamentali

- la partecipazione è obbligatoria e universale
- il finanziamento deriva da fiscalità generale
- lo Stato è gestore e proprietario di larga parte delle strutture ospedaliere
- i volumi di offerta e gli investimenti sono pianificati
- la remunerazione del personale medico di base o non specialistico avviene secondo il metodo della quota capitaria
- la remunerazione del medico specializzato all'interno di strutture pubbliche è assimilabile al rapporto di lavoro dipendente

Vantaggi del sistema pubblico

- Copertura universale
 - Accesso alle cure mediche non vincolato alla disponibilità di reddito individuale
 - No cream-skimming
- ... e obbligatoria
 - No selezione avversa
- Superamento (parziale) del problema del terzo pagante
 - Maggiore capacità di controllo della spesa sanitaria

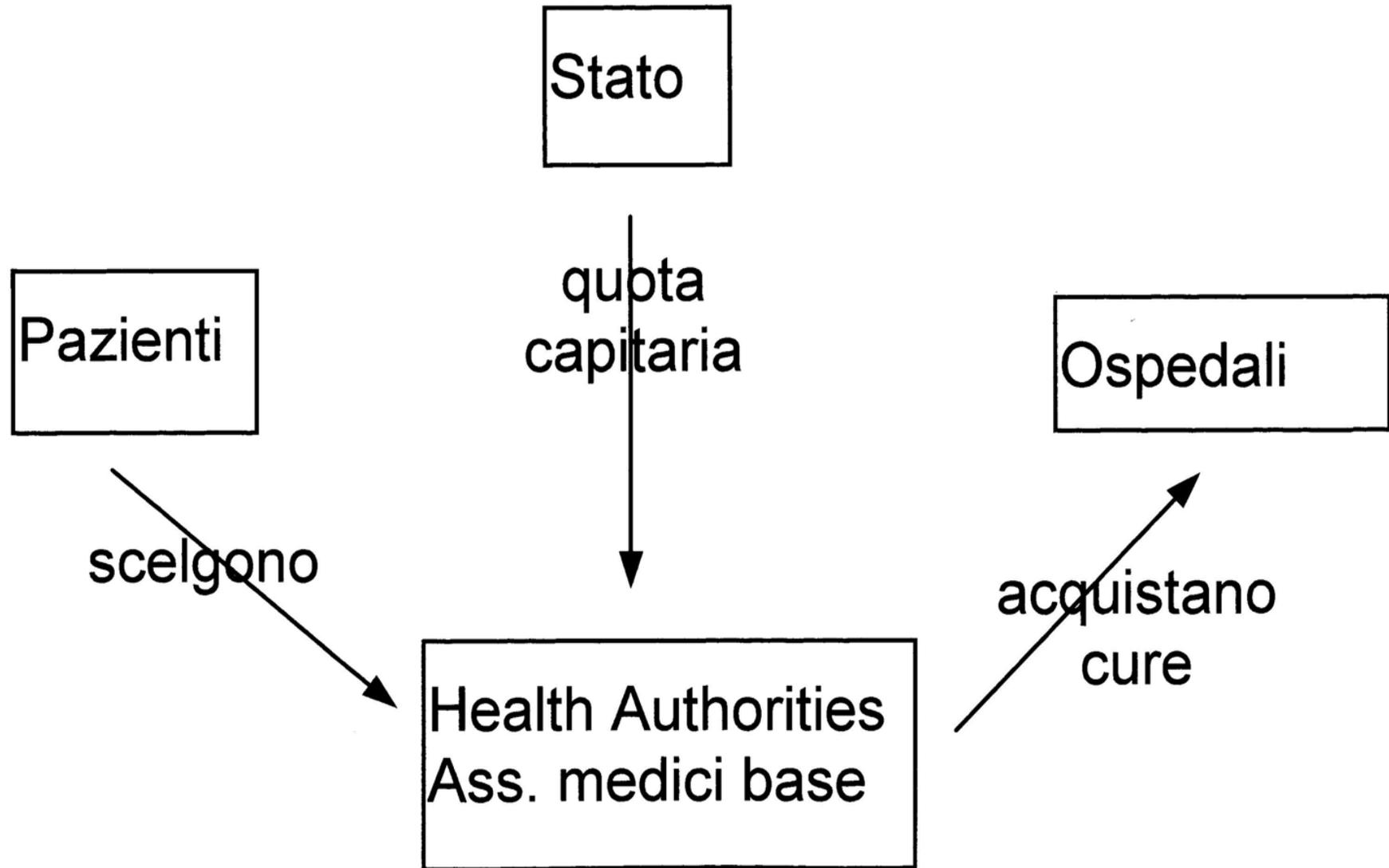
Limiti del sistema pubblico

- Inefficienza nella produzione
- Razionamento basato sulle liste d'attesa
- Pianificazione a livello centrale \Rightarrow scarsa flessibilità
 - assenza di adeguamento alle preferenze dei pazienti
- Possibile soluzione: **schema dei quasi-mercati**
 - mantenere i principi ispiratori del sistema pubblico introducendo meccanismi concorrenziali tra sistema pubblico e sistema privato
 - incremento di efficienza (soddisfazione degli utenti) senza aumentare (o al limite riducendo) la spesa complessiva
 - riforme ispirate allo schema dei quasi mercati introdotte in UK e in Olanda tra fine anni '80 e inizio anni '90 e in Italia nel 1992 e nel 1993

Il sistema sanitario UK

- Riforma 1989: introduzione di meccanismi concorrenziali, rimanendo nell'ambito di un servizio pubblico (miglioramento dell'efficienza dell'uso delle risorse impiegate)
- Separazione tra soggetti che acquistano per conto dei propri pazienti prestazioni mediche (*purchasers*) e soggetti che forniscono cure mediche (*providers*)
- Purchasers
 - sono unità sanitarie locali o associazioni di medici di base dotate di budget autonomo
 - a loro viene assegnata una quota o pagamento fisso per paziente (differenziato per caratteristiche (età) dei pazienti per evitare fenomeni di selezione avversa o cream-skimming)
 - gestiscono al meglio le risorse ricevute ricercando le modalità di cura più efficaci ed economiche tra tutti i possibili providers (pubblici o privati) mediante un processo concorrenziale

Regno Unito - Quasi mercato



Il sistema sanitario Italia

- Obiettivi/caratteristiche del **Sistema Sanitario Nazionale - SSN (1978)**
 - estensione della copertura assicurativa a tutti i cittadini
 - finanziamento fondato sulla fiscalità generale
 - gratuità del servizio per l'utente finale
 - coinvolgimento dei diversi livelli di governo nella gestione del servizio:
 - al governo centrale il compito di definire l'entità del finanziamento (Fondo Sanitario) e ripartirlo tra le regioni
 - alle Regioni la programmazione e ripartizione territoriale degli interventi
 - alle USL (a livello comunale) la funzione gestionale
 - perequazione territoriale dell'intervento pubblico (omogeneizzazione dei livelli di spesa)

Obiettivi raggiunti

Nei primi decenni dall'introduzione del SSN

⇒ Risultati positivi:

- estensione dell'assistenza sanitaria
- miglioramento dei livelli di prestazione nelle regioni più povere
- mantenimento della spesa pubblica a livelli contenuti
 - dal 5,2% sul PIL del 1978 al 6,9% nel 2006

Problemi

⇒ Problemi:

- sistematico sottofinanziamento: risorse modeste, prestazioni di scarsa qualità
- sprechi e inefficienze (rimborso basato sul principio delle risorse impiegate e non del servizio reso a prezzo prefissato)
- distorsioni nelle procedure decisionali tra livelli di governo (Regioni/Stato)
- remunerazione del personale sanitario scarsamente incentivante

A partire dal 1992 sono state varate diverse **riforme**:

- Finanziamento (accenno)
- Fornitura dei servizi: introdurre elementi concorrenziali e devolvere responsabilità alle Regioni (anche per finanziamento)

Riforma del SSN

- Dopo scandali ed eccessiva spesa, il sistema è stato riformato dalla legge 502/92:
 - separazione acquirenti/fornitori. Gli acquirenti sono le ASL e le Regioni, fornitori sono Aziende Ospedaliere (pubbliche) e cliniche private (accreditamento)
 - managerialità: ogni ASL (prima USL) è gestita da un Direttore generale nominato dalla Regione. Il contratto è di tipo privatistico, basato sulle performance
 - le Aziende ospedaliere dovrebbero divenire aziende pubbliche autonome indipendenti
 - Remunerazione delle strutture ospedaliere secondo i DRG (ROD)
- In sostanza, si introduce il sistema dei quasi-mercati britannico, anche se importando il meccanismo di pagamento prospettico dagli USA

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Risultati ottenuti:

- Il sistema italiano è stato classificato secondo solo a quello francese dall'OMS.
 - La copertura è totale e gratuita. Ciò, oltre a garantire un il soddisfacimento di un principio etico, aumenta l'efficienza del sistema
 - Cream-skimming assicurativo non esiste
 - Prevenzione e politiche sanitarie più facilmente implementabili
- Le prestazioni di servizi sono migliorate anche nelle regioni più povere
- La spesa cresce costantemente, ma nei limiti degli altri paesi OCSE

Il Servizio Sanitario Nazionale

Problemi del sistema attuale:

- In Regioni dove la competizione è stata introdotta:
 - Incentivo al cream-skimming nella selezione delle patologie da trattare (al privato i piccoli interventi poco rischiosi e poco costosi, al pubblico gli interventi più importanti, più rari e costosi)
 - Incentivo a “creare” interventi
 - Importanza della fase di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri. Il mercato, in questo senso, non può funzionare senza un forte e costante intervento del regolatore
- Molteplicità dei sistemi e disomogeneità delle prestazioni
- Costante tensione finanziaria sia a livello nazionale sia fra Regioni

Molteplicità dei sistemi sanitari

– Modello integrato

- La percentuale di posti letto a gestione diretta delle ASL è maggiore del 66%
 - Valle d'Aosta, Trento, Bolzano, Abruzzo, Molise, Sardegna.

– Modello misto-quasi integrato

- La percentuale di posti letto a gestione diretta delle ASL è compresa fra 40%-66%
 - Liguria, Umbria, Marche, Basilicata, Calabria, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia

– Modello misto-quasi separato

- La percentuale di posti letto a gestione diretta delle ASL è compresa fra 20%-40%
 - Friuli V.G., Lazio, Campania, Sicilia

– Modello separato

- La percentuale di posti letto a gestione diretta delle ASL è minore del 1%
 - Lombardia