

Il Sistema Sanitario

50011 - Scienza delle Finanze
CLMG

Università Bocconi

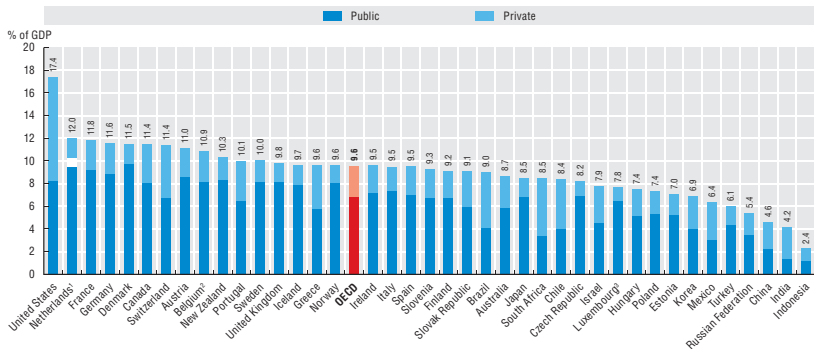
a.a. 2012/2013

- 1 Il Mercato assicurativo
 - La domanda di assicurazione
 - L'Offerta di Assicurazione
 - L'Equilibrio
- 2 I Limiti del Mercato Assicurativo
- 3 Gli operatori sanitari
- 4 Il Sistema Sanitario Pubblico

II Welfare State: Spesa per funzioni (2009)

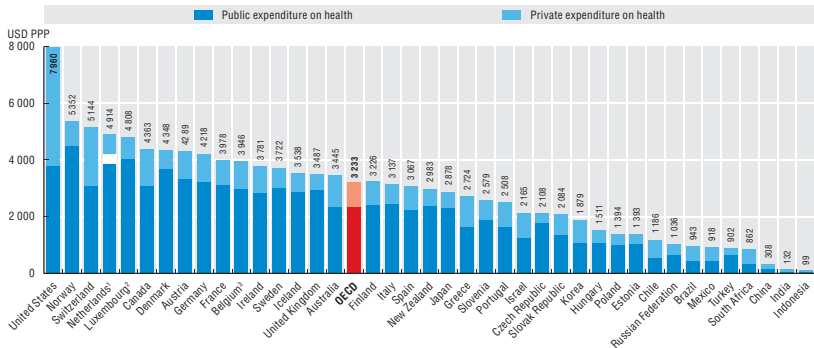
	Sickness/ Health care		Invalidity		Old age		Survivors		Family/ Children		Unemployment		Housing		Social exclusion	
	%TSB	%GDP	%TSB	%GDP	%TSB	%GDP	%TSB	%GDP	%TSB	%GDP	%TSB	%GDP	%TSB	%GDP	%TSB	%GDP
EU27	29,58	8,39	7,96	2,26	38,97	11,05	6,01	1,70	7,99	2,27	6,05	1,72	2,01	0,57	1,43	0,41
EU25	29,62	8,45	7,95	2,27	38,91	11,10	6,02	1,72	7,97	2,27	6,08	1,73	2,02	0,58	1,43	0,41
EU15	29,73	8,65	7,95	2,31	38,65	11,24	5,96	1,73	7,99	2,32	6,18	1,80	2,08	0,61	1,44	0,42
EA17	29,90	8,65	7,08	2,05	37,96	10,99	7,19	2,08	8,05	2,33	6,77	1,96	1,54	0,45	1,51	0,44
EA15	29,89	8,68	7,06	2,05	37,96	11,02	7,21	2,09	8,04	2,34	6,78	1,97	1,55	0,45	1,50	0,44
Belgium	28,24	8,17	7,08	2,05	32,68	9,45	7,52	2,18	7,70	2,23	13,26	3,83	0,78	0,23	2,74	0,79
Bulgaria	23,54	3,92	8,31	1,39	46,76	7,79	5,02	0,84	11,95	1,99	3,14	0,52	0,04	0,01	1,23	0,20
Czech Republic	32,33	6,40	7,73	1,53	41,94	8,30	3,82	0,76	7,28	1,44	5,31	1,05	0,39	0,08	1,19	0,24
Denmark	23,26	7,57	15,10	4,91	37,13	12,08	0,03	0,01	12,91	4,20	6,59	2,15	2,31	0,75	2,67	0,87
Germany	32,08	9,66	8,06	2,43	33,11	9,97	7,17	2,16	10,54	3,17	6,30	1,90	2,15	0,65	0,60	0,18
Estonia	28,36	5,38	9,94	1,89	41,89	7,95	0,64	0,12	11,93	2,26	6,45	1,22	0,18	0,03	0,61	0,12
Ireland	40,63	10,72	5,10	1,35	21,11	5,57	4,13	1,09	13,86	3,66	11,66	3,08	1,31	0,35	2,20	0,58
Greece	29,13	7,95	4,74	1,29	41,35	11,29	8,22	2,24	6,70	1,83	5,89	1,61	1,83	0,50	2,14	0,58
Spain	29,79	7,30	7,02	1,72	31,28	7,66	8,83	2,16	6,17	1,51	14,99	3,67	0,81	0,20	1,09	0,27
France	29,65	9,38	5,91	1,87	39,20	12,40	6,35	2,01	8,36	2,65	6,09	1,93	2,67	0,85	1,76	0,56
Italy	25,71	7,31	6,11	1,74	50,81	14,44	9,28	2,64	4,93	1,40	2,81	0,80	0,09	0,02	0,26	0,07
Cyprus	24,64	5,07	3,63	0,75	38,48	7,92	5,72	1,18	10,65	2,19	4,63	0,95	5,40	1,11	6,85	1,41
Latvia	23,58	3,92	7,77	1,29	45,21	7,52	1,86	0,31	10,43	1,73	9,54	1,59	0,77	0,13	0,85	0,14
Lithuania	26,16	5,40	10,11	2,09	40,57	8,37	3,26	0,67	13,69	2,83	4,34	0,90	0,01	0,00	1,85	0,38
Luxembourg	25,42	5,77	11,36	2,58	27,27	6,19	8,97	2,04	17,81	4,04	5,58	1,27	1,47	0,33	2,12	0,48
Hungary	24,71	5,68	9,09	2,09	39,63	9,10	5,89	1,35	13,17	3,03	4,20	0,97	2,72	0,63	0,59	0,13
Malta	30,81	6,09	4,71	0,93	42,92	8,48	9,34	1,85	6,40	1,26	2,99	0,59	0,83	0,16	1,99	0,39
Netherlands	34,84	10,34	8,44	2,50	35,18	10,44	4,18	1,24	4,37	1,30	4,87	1,45	1,27	0,38	6,85	2,03
Austria	25,47	7,61	7,63	2,28	42,35	12,65	6,81	2,03	10,29	3,07	5,91	1,76	0,41	0,12	1,13	0,34
Poland	24,50	4,75	7,37	1,43	50,71	9,82	10,40	2,02	3,88	0,75	2,04	0,40	0,31	0,06	0,78	0,15
Portugal	28,39	7,27	8,43	2,16	43,54	11,15	7,16	1,83	5,83	1,49	5,33	1,36	0,01	0,00	1,32	0,34
Romania	24,59	4,15	9,59	1,62	47,39	8,00	4,66	0,79	10,04	1,70	2,38	0,40	0,14	0,02	1,21	0,20
Slovenia	32,98	7,83	7,33	1,74	38,83	9,22	7,32	1,74	8,87	2,11	2,49	0,59	0,03	0,01	2,15	0,51
Slovakia	31,31	5,72	9,43	1,72	36,78	6,73	5,26	0,96	9,24	1,69	5,66	1,04			2,31	0,42
Finland	25,59	7,52	12,27	3,60	35,34	10,38	3,27	0,96	11,28	3,31	8,16	2,40	1,67	0,49	2,42	0,71
Sweden	25,40	8,01	14,42	4,55	40,23	12,69	1,85	0,58	10,21	3,22	4,13	1,30	1,51	0,48	2,25	0,71
United Kingdom	30,79	8,67	10,58	2,98	42,62	12,00	0,56	0,16	6,47	1,82	2,99	0,84	5,23	1,47	0,78	0,22
Iceland	36,01	9,04	14,13	3,55	21,22	5,33	2,43	0,61	12,63	3,17	6,83	1,72	3,89	0,98	2,86	0,72
Norway	32,76	8,47	17,16	4,44	30,08	7,77	1,12	0,29	12,57	3,25	2,83	0,73	0,61	0,16	2,88	0,74

7.2.1 Total health expenditure as a share of GDP, 2009 (or nearest year)



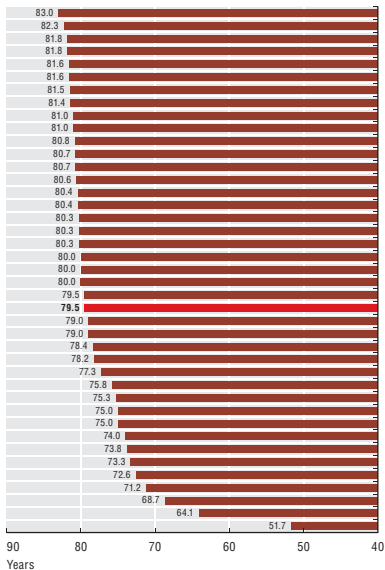
La Spesa Sanitaria (cont.)

7.1.1 Total health expenditure per capita, public and private, 2009 (or nearest year)

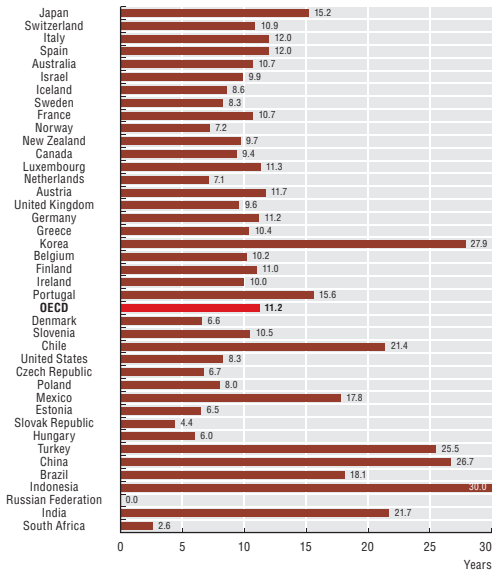


1.1.1 Life expectancy at birth, 2009 (or nearest year), and years gained since 1960

Life expectancy at birth, 2009



Years gained, 1960-2009



Le caratteristiche del Sistema Sanitario I

1 Equità e Diritti di Cittadinanza.

- ▶ Principi equitativi richiedono che l'accesso alle cure mediche (almeno quelle essenziali) prescindano dalla posizione reddituale del beneficiario.
- ▶ Il diritto alla salute rientra nella categoria dei diritti di cittadinanza, riconosciuti a tutti gli appartenenti ad una comunità in quanto tali.

2 Informazione.

Limitata Conoscenza da parte dei consumatori su beni e servizi che acquistano per tutelare il loro benessere fisico

- ▶ L'accesso alla professione medica riservato a chi raggiunge una particolare qualifica;
- ▶ Sperimentazione farmaci;
- ▶ Divieto al ricorso di meccanismi commerciali per motivi etici;
 - nella scelta di cure il medico non deve essere orientato dall'interesse personale
 - il trattamento deve essere definito sulla base delle effettive necessità terapeutiche del paziente

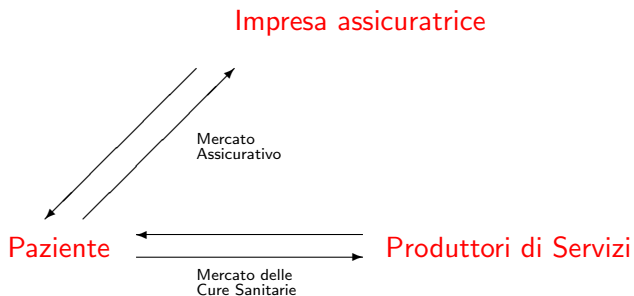
Le caratteristiche del Sistema Sanitario II

- ③ **Esternalità.** Art.32 Costituzione: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.
- ④ **Fallimenti del mercato assicurativo**

L'intervento pubblico nel mercato dei servizi sanitari I

- 1 Regolamentazione
- 2 Nel modello di natura privatistica (strutture private, finanziamento basato su meccanismi assicurativi privati)
 - Supervisione e/o integrazione del funzionamento del mercato assicurativo privato
 - Concessione di sussidi
- 3 Nel modello pubblico:
 - Finanziamento obbligatorio tramite imposte o contributi sociali
 - Fornitura diretta del servizio sanitario tramite strutture di proprietà pubblica.
 - Introduzione di forme di concorrenza tra strutture private e strutture pubbliche (quando il sistema è misto)

Struttura e funzionamento di un mercato assicurativo privato



La domanda di assicurazione I

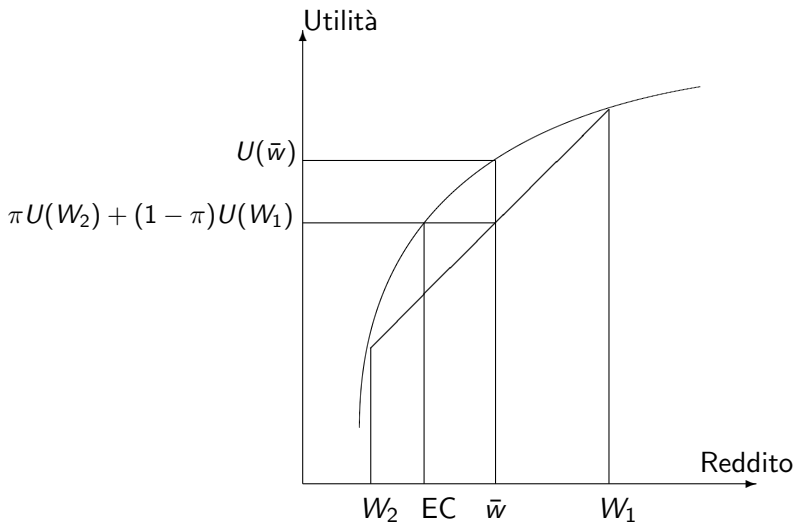
Particolarità:

- Aleatorietà del bene salute
 - Riduzione della capacità di guadagno con elevata probabilità (perdita di guadagno e spese per cure mediche)
 - Rappresentazione Semplificata:
 - Due stati del mondo:
 - 1 Favorevole (salute)
 - 2 Sfavorevole (malattia)
 - Prospettiva (aleatoria) di reddito dell'individuo $W = (W_1, W_2)$:
 - 1 $W_1 = w$
 - 2 $W_2 = w - d$, dove d è il danno associato all'evento negativo
- π probabilità dell'evento negativo

Avversione al rischio (funzione di utilità concava)

La domanda di assicurazione II

- Un individuo è avverso al rischio quando dovendo scegliere tra un reddito certo e una lotteria che garantisca, a parità di valore atteso, un reddito superiore con probabilità $(1 - \pi)$ o un reddito inferiore con probabilità π , sceglierà il reddito certo.
- Pur di stabilizzare le loro prospettive di reddito, gli individui sono disposti a pagare.



Il contratto di assicurazione I

- 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) e imprese **neutrali al rischio** (che ricevono il pagamento di un premio e offrono copertura al rischio).
- L'assicuratore vende all'assicurato una somma certa in cambio di una lotteria.
- Il contratto di assicurazione è descritto da due elementi (q,p) , dove:
 - q copertura assicurativa (o risarcimento)
 - p premio per unità di copertura
 - pq premio complessivo
- Si ha **copertura completa** quando il risarcimento è pari al danno subito: $q = d$
- Si ha **copertura parziale** quando il risarcimento è inferiore al danno subito: $q < d$

Il contratto di assicurazione II

Il premio è **attuarialmente equo** quando è uguale alla probabilità di realizzazione dell'evento negativo: $p = \pi$

La domanda di Assicurazione

Il vincolo di Bilancio

stato del mondo 1 $W_1 = w - pq < w$

stato del mondo 2 $W_2 = w - pq - d + q =$

$= w - d + (1 - p)q > w - d$, poichè $p < 1$

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

L'assicurazione riduce la variabilità delle prospettive di reddito

- Se $q = d \Rightarrow W_1 = W_2$

vincolo di bilancio $W_2 = \left[\frac{w}{p} - d \right] - \left[\frac{(1-p)}{p} \right] W_1$

La domanda di Assicurazione I

Le Preferenze

- L'Utilità attesa è:

$$E(U) = \pi U(W_2) + (1 - \pi)U(W_1)$$

- Il Saggio marginale di Sostituzione è:

$$SMS = -\frac{(1 - \pi) U'(W_1)}{\pi U'(W_2)}$$

- L'ottimo si ha quando la curva di indifferenza è tangente al vincolo di bilancio:

-SMS=pendenza vincolo di bilancio (prezzo relativo)

La domanda di Assicurazione II

Le Preferenze

La copertura assicurativa ottimale richiesta da individui avversi al rischio è:

completa ($q^* = d$) se i premi sono attuarialmente equi ($p = \pi$)

- Dimostrazione:

$$-\frac{(1 - \pi) U'(W_1)}{\pi U'(W_2)} = -\frac{(1 - p)}{p}$$

- Se $p = \pi$

$$U'(W_1) = U'(W_2)$$

- L'utilità marginale nei due stati è identica quando i redditi in entrambi gli stati sono identici, quindi quando la copertura è completa.

parziale se $p > \pi$

L'Offerta di Assicurazione

- Perché l'assicuratore è neutrale al rischio?
 - se i rischi individuali sono **indipendenti**
ipotesi ragionevole nel caso di sanità (se escludiamo le epidemie)
 - se gli individui che si assicurano sono **numerosi**
- L'assicuratore è in grado di ridurre il rischio medio

Ex Risk Pooling

L'Offerta di Assicurazione

Risk Pooling

Esempio

- n individui identici
- $d = 100$
- probabilità evento negativo $\pi = \frac{1}{3}$

$n=1$

costo	100	0
probabilità	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$

$n=2$

costo medio	100	50	0
probabilità	$\frac{1}{9}$	$\frac{4}{9}$	$\frac{4}{9}$

$n=3$

costo medio	100	$\frac{200}{3}$	$\frac{100}{3}$	0
probabilità	$\frac{1}{27}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{4}{9}$	$\frac{8}{27}$

- nei tre casi il valore atteso del danno è $\frac{100}{3}$
- la varianza invece si riduce all'aumentare del numero di assicurati

L'Offerta di Assicurazione

Profitto Atteso

Il profitto atteso di una compagnia che offre (p,q) a N individui, se:

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

è:

$$E(P) = \underbrace{Npq}_{\text{Ricavi}} - \underbrace{N\pi q}_{\text{Costi Attesi}} = Nq(p - \pi)$$

- Se $p \geq \pi$ le imprese sono disposte ad offrire qualunque copertura
- Se concorrenza perfetta: $p = \pi$ e $E(P) = 0$.

Equilibrio

Se:

- gli individui sono uguali nei confronti dell'evento rischioso (popolazione omogenea)
- i rischi individuali sono indipendenti
- l'informazione è perfetta
- non esistono spese generali o costi di amministrazione
- il mercato delle assicurazioni è una concorrenza perfetta

Allora:

- ⇒ I premi applicati sono attuarialmente equi $p = q$
- ⇒ Gli individui scelgono la copertura completa $q = d$

SENZA INTERVENTO DELL'AUTORITÀ PUBBLICA

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;
- l'assicuratore non è disposto ad offrire copertura se è minimamente avverso al rischio.
- Esempi:
 - Epidemie
 - Inflazione
 - Catastrofi naturali

I Limiti del Mercato Assicurativo

Eterogeneità della popolazione

Rischi individuali differenziati: Non tutti gli individui sono caratterizzati dalla stessa probabilità di evento negativo:

- alti rischi π^A (anziani, malati cronici)
- bassi rischi π^B (giovani)

⇒ Problemi di assicurabilità per gli alti rischi: $\pi^A q \approx q$

Redditi Individuali Eterogenei: Per gli indigenti ci potrebbero essere dei vincoli reddituali al pagamento del premio.

- per l'elevato costo delle cure mediche q , $\pi^A q$ o $\pi^B q$ potrebbero superare la capacità di pagamento individuale.

I Limiti del Mercato Assicurativo

Costi Amministrativi

- In presenza di costi amministrativi l'assicuratore non accetta un premio unitario inferiore a:

$$p = \pi + \frac{c}{q}$$

- Se $\pi^A \rightarrow 1$ (anziani, malati cronici, siero-positivi), l'assicurato dovrebbe pagare:

$$p^A > 1$$
$$p^A q > q$$

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.

I Limiti del Mercato Assicurativo

Effetti

- ⇒ Copertura Parziale della popolazione.
- ⇒ I sistemi sanitari fondati su assicurazioni private isolano **anziani** e **poveri** e affidano la loro protezione al settore pubblico.

Il Sistema Sanitario negli USA

- Negli USA l'83% della popolazione gode di copertura assicurativa.
- La maggior parte degli assicurati (49%) ha uno schema assicurativo pagato dal datore di lavoro: il pagamento dei premi cessa dunque alla fine del rapporto lavorativo (in particolare non è corrisposto agli anziani).

Il Sistema Sanitario negli USA (cont.)

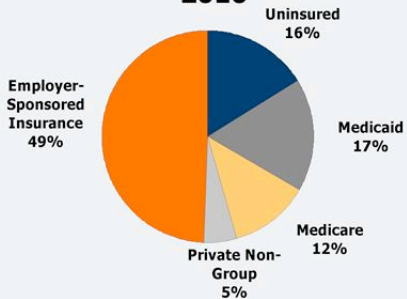
- La parte residua della popolazione assicurata (anziani o poveri) gode di una copertura pubblica, finanziata con contributi a carico della fiscalità generale.

MEDICARE garantisce alla popolazione **anziana** (senza limiti di reddito) l'assistenza medica non ospedaliera e l'assistenza ospedaliera (max 90 gg.), finanziata da un prelievo sugli stipendi dei lavoratori attivi.

MEDICAID assicura le esigenze della popolazione **povera** non anziana.

- Il 17% non gode di **nessuna** copertura assicurativa.
 - individui non abbastanza poveri, non anziani; lavoratori di imprese medio-piccole.

Health Insurance Coverage in the U.S., 2010



Total = 305.2 million

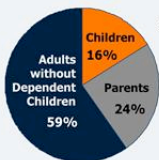
* Medicaid also includes other public programs: CHIP, other state programs, military-related coverage. Numbers may not add to 100 due to rounding.

SOURCE: KCMU/Urban Institute analysis of 2011 ASEC Supplement to the CPS.

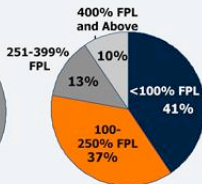


Characteristics of the Nonelderly Uninsured, 2010

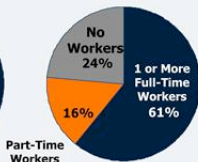
Family Status



Family Income



Family Work Status



Total = 49.1 million uninsured

The federal poverty level was \$22,050 for a family of four in 2010.
Data may not total 100% due to rounding.

SOURCE: KCMU/Urban Institute analysis of 2011 ASEC Supplement to the CPS.



Table 10.

Coverage by Type of Health Insurance: 2009 and 2010

(People as of March of the following year. For information on confidentiality protection, sampling error, nonsampling error, and definitions, see www.census.gov/apcd/techdoc/cps/cpsmar11.pdf)

Coverage type	2009	2010
Any private plan ¹	64.5	*64.0
Any private plan alone ²	53.3	*52.7
Employment-based ¹	56.1	*55.3
Employment-based alone ²	46.6	*45.8
Direct-purchase ¹	9.6	*9.8
Direct-purchase alone ²	3.7	3.7
Any government plan ¹	30.6	*31.0
Any government plan alone ²	19.4	19.7
Medicare ¹	14.3	*14.5
Medicare alone ²	4.5	*4.7
Medicaid ¹	15.7	15.9
Medicaid alone ²	11.2	11.2
Military health care ^{1,3}	4.1	4.2
Military health care alone ^{2,3}	1.3	1.3
Uninsured	16.1	16.3

¹Statistically different from zero at the 90 percent confidence level.

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

³The estimates by type of coverage are mutually exclusive; people did not have any other type of health insurance during the year.

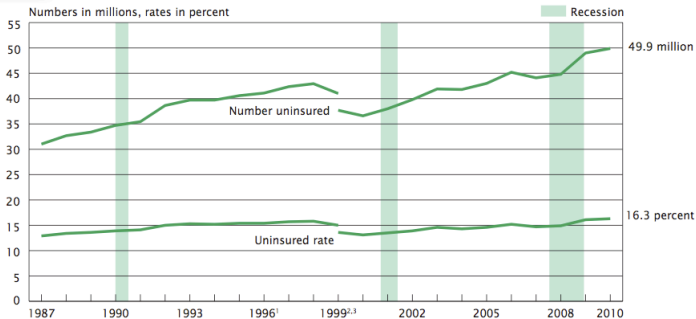
³Military health care includes Tricare and CHAMPVA (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veteran Affairs), as well as care provided by the Department of Veterans Affairs and the military.

Source: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2010 and 2011 Annual Social and Economic Supplements.

Il Sistema Sanitario negli USA

Figure 7.

Go To Page **Number Uninsured and Uninsured Rate: 1987 to 2010**



¹ The data for 1996 through 1999 were revised using an approximation method for consistency with the revision to the 2004 and 2005 estimates.

² Implementation of Census 2000-based population controls occurred for the 2000 ASEC, which collected data for 1999. These estimates also reflect the results of follow-up verification questions, which were asked of people who responded "no" to all questions about specific types of health insurance coverage in order to verify whether they were actually uninsured. This change increased the number and percentage of people covered by health insurance, bringing the CPS more in line with estimates from other national surveys.

³ The data for 1999 through 2009 were revised to reflect the results of enhancements to the editing process.

Note: Respondents were not asked detailed health insurance questions before the 1988 CPS.

The data points are placed at the midpoints of the respective years. For information on recessions, see Appendix A.

Source: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 1988 to 2011 Annual Social and Economic Supplements.

Riforma Sanitaria negli USA

Tentativo di Riforma (Amministrazione Clinton-1994)

- 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

- Il premio assicurativo riflette la rischiosità media territoriale di una certa area geografica (*community rating*) e non le caratteristiche e la storia individuale (*experience rating*).

⇒ Abbassamento dei premi per gli alti rischi grazie a *pooling* del rischio a livello territoriale.

Riforma Sanitaria negli USA

Riforma Amministrazione Obama

- Obbligo di Assicurazione
- Impossibilità di rifiuto di rischi non favorevoli da parte delle compagnie assicurative
- Exchange: gli small business possono aggregarsi e cercare contratti migliori in una sorta di borsa del mercato assicurativo
- Il governo interviene direttamente con sussidi per chi non può permettersi di pagare i premi. Inoltre, criteri meno stringenti per ricevere il Medicaid.

I Limiti del Mercato Assicurativo

Informazione Asimmetrica : Selezione Avversa

L'assicuratore non è in grado di discriminare tra clienti ad alto rischio (A) e clienti a basso rischio (B) (le caratteristiche individuali non sono osservabili)

- Offrendo contratti differenziati ($p = \pi^A, q = d$), ($p = \pi^B, q = d$) l'impresa va in perdita perchè nessuno dichiarerà di essere un individuo ad alto rischio, dovendo pagare un premio più alto.
- Offrendo un contratto pooling ($p = \frac{n^A \pi^A}{n} + \frac{n^B \pi^B}{n}, q = d$) i rischi bassi rifiutano la copertura perchè dovrebbero pagare $p > \pi^A$.
- L'equilibrio può essere ottenuto unicamente offrendo contratti differenziati che incentivino gli individui ad auto-selezionarsi ($p = \pi^A, q = d$), ($p = \pi^B, q^B < d$)
- La copertura è completa solo per gli alti rischi, mentre è solo parziale per quelli bassi.

I Limiti del Mercato Assicurativo

Informazione Asimmetrica : Azzardo Morale

L'assicuratore non è in grado di osservare i comportamenti degli assicurati che:

- possono ridurre le attività di prevenzione dell'evento negativo (aumenta la probabilità dell'evento rischioso π)
- possono richiedere più risorse e prestazioni di quanto sia possibile prevedere nel momento della stipulazione del contratto (Problema del Terzo Pagante).

⇒ Sovraespansione della spesa.

⇒ Soluzione: compartecipazione al costo.

La compartecipazione al costo può assumere due forme:

Deducibile Un importo prefissato del danno rimane a carico dell'assicurato:

$$q = d - f$$

Coassicurazione Una certa percentuale del danno resta a carico dell'assicurato:

$$q = (1 - h)d, h \in (0, 1)$$

Il comportamento degli Operatori Sanitari

L'espansione della spesa dal lato dell'offerta I

Le modalità di pagamento dei medici e delle strutture ospedaliere può essere sintetizzato in tre tipologie fondamentali:

Pagamento per Prestazione (Fee for Service): il pagamento della prestazione avviene ex-post, sulla base delle cure effettivamente prestate.

- + qualità del servizio.
- non limita l'espansione della spesa.

Raggruppamento Omogeneo Diagnostico (ROD, RDG): il pagamento della prestazione avviene sulla base di una diagnosi formulata ex-ante.

- + qualità del servizio.
- + dimensione della spesa contenuta

Quota Capitaria (Capitation): pagamento fisso per paziente.

Il comportamento degli Operatori Sanitari

L'espansione della spesa dal lato dell'offerta II

- + Incentivo a minimizzare i costi del trattamento medico.
- Bassa qualità
- Incentivo a selezionare i pazienti sulla base della loro rischiosità.

Il comportamento degli Operatori Sanitari

L'esempio delle HMO

Per contenere la spesa sanitaria dal lato dell'offerta, negli USA si sono diffuse negli anni '70 le **Health Maintenance Organizations** (HMO).

La caratteristica fondamentale è che unificano il momento dell'assicurazione e della prestazione (il sistema è integrato verticalmente):

- Raccolgono il finanziamento (premi);
 - definiscono i benefici e le prestazioni per gli assistiti;
 - forniscono direttamente i servizi sanitari.
-
- + Forte incentivo al contenimento dei costi, poichè la differenza tra i premi pagati e i costi sopportati resta all'organizzazione;
 - + Attività di prevenzione;
 - Cream-Skimming.

Il Sistema Sanitario Pubblico

Caratteristiche

- 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 con Quota Capitaria;
- Il medico specializzato in strutture pubbliche è assimilabile a rapporto di lavoro dipendente o autonomo.

Il Sistema Sanitario Pubblico

I Vantaggi

Copertura Universale

- Accesso alle cure mediche non vincolato alla disponibilità di reddito individuale;
- No cream skimming.

Copertura Obbligatoria

- No selezione Avversa.

Superamento(parziale) del problema del terzo pagante

- Maggiore capacità di controllo della spesa sanitaria.

Il Sistema Sanitario Pubblico

I Limiti

Inefficienza nella produzione

Razionamento basato sulle liste d'attesa

Pianificazione a livello centrale \implies scarsa flessibilità

Il Sistema Sanitario Pubblico

Possibili Soluzioni

- Forme di **Quasi Mercato**, che permettono di:
 - mantenere i principi ispiratori del sistema pubblico introducendo meccanismi concorrenziali tra sistema pubblico e sistema privato;
 - incrementare il livello di efficienza (soddisfazione degli utenti), senza eccedere (magari riducendo) la spesa complessiva.

Il Sistema Sanitario in UK

- La riforma del 1989 introduce meccanismi concorrenziali, rimanendo nell'ambito di un servizio pubblico (miglioramento dell'efficienza dell'utilizzo delle risorse impiegate).
- Separazione tra soggetti che acquistano pre conto dei propri pazienti prestazioni mediche (**purchasers**) e soggetti che forniscono le cure mediche (**providers**).

Purchasers (unità sanitarie locali o associazioni di medici autonomi):

- viene assegnata loro una quota o un pagamento fisso per paziente (differenziato per caratteristiche-età dei pazienti, per evitare fenomeni di selezione avversa).
- gestiscono le risorse ricevute, ricercando le modalità di cura più efficaci ed economiche tra tutti i possibili providers.

Providers forniscono le cure mediche, in un regime di concorrenza.

Il Sistema Sanitario in Italia

Caratteristiche del 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:
 - Il governo centrale definisce l'entità del finanziamento (Fondo Sanitario) e lo ripartisce tra le regioni;
 - Le regioni programmano e ripartiscono gli interventi sul territorio;
 - Le USL gestiscono il servizio localmente;
- perequazione territoriale dell'intervento pubblico (per rendere omogenei i livelli di spesa)

Il Sistema Sanitario in Italia

Obiettivi Raggiunti

Nei primi decenni dall'introduzione del Sistema Sanitario Nazionale si ottengono i seguenti **risultati positivi**:

- estensione dell'assistenza sanitaria;
- miglioramento dei livelli di prestazione nelle regioni più povere;
- contenimento della spesa pubblica (dal 5,4% sul Pil nel 1978 al 6,7% nel 2006).

Il Sistema Sanitario in Italia

Problemi Ricontrati

- Sistemático sottofinanziamento: risorse modeste, prestazioni di scarsa qualità.
- Sprechi e inefficienze (rimborso basato sul principio delle risorse impiegate e non del servizio reso ad un prezzo prefissato).
- Distorsioni nelle procedure decisionali tra i livelli di governo (regioni/stato).
- Remunerazione del personale sanitario scarsamente incentivante.

Il Sistema Sanitario in Italia

Nuove Modalità di fornitura dei servizi I

- Trasformazione della USL in ASL
 - Aziende dotate di personalità giuridica e autonomia organizzativa, amministrativa, gestionale.
 - Esistono centri di costo di cui è possibile valutare l'economia e l'efficacia.
- Introduzione di meccanismi concorrenziali
 - tra pubblico e privato nella fornitura, tramite la creazione di aziende ospedaliere (AO) e l'accreditamento di strutture private;
 - separando il momento dell'acquisto della prestazione sanitaria (ASL) da quello della fornitura. Le ASL possono rivolgersi ad AO oppure a strutture private accreditate (quasi mercato).
- Remunerazione delle strutture ospedaliere sulla base dei DRG

Il Sistema Sanitario in Italia

Nuove Modalità di fornitura dei servizi II

- Il pagamento della prestazione avviene sulla base di una diagnosi formulata all'inizio della cura che colloca il caso in un certo gruppo cui corrisponde un certo pagamento;
 - Stimolo all'efficienza;
 - Elementi critici: determinazione accurata dei pagamenti, distorsione delle diagnosi, cream-skimming, dimissioni premature.
- Introduzione di un sistema di pianificazione regionale
 - Molteplicità di sistemi sanitari (disomogeneità delle prestazioni).

Il Sistema Sanitario in Italia

Esiti delle Riforme I

- Libertà delle regioni nell'interpretazione del ruolo di pianificatori loro attribuito \implies Molteplicità dei sistemi sanitari \implies Disomogeneità delle prestazioni.
- Regioni del Nord-Est e del Centro:
 - Riaffermata la centralità del sistema pubblico, pianificazione dell'offerta globale di assistenza e delle quote di produzione di ogni erogatore (pubblico o privato accreditato).
- Lombardia:
 - Assenza di contrattazione sul volume di attività determinato totalmente dalla domanda \implies difficoltà di controllo della spesa.
 - Concorrenza pubblico e privato distorta (blocco delle assunzioni e degli investimenti delle strutture pubbliche).