

Il Sistema Sanitario

Docente: Alessandro Sommacal

Anno Accademico 2008-2009

Struttura della lezione

Introduzione

L'attività di regolazione svolta dall'operatore pubblico

Il mercato assicurativo

- La domanda di assicurazione

- L'offerta di assicurazione

- I limiti del mercato assicurativo

- Il sistema sanitario negli USA

Sistema sanitario pubblico

- Il sistema sanitario in Italia

Introduzione

Dati sulla spesa sanitaria in alcuni paesi OCSE (anno 2002)

	Totale (pubblica e privata) (% PIL)	Spesa pubblica (% sul totale)
USA	13,0	44,3
Germania	10,6	75,1
Svizzera	10,7	55,6
Francia	9,5	76,0
Canada	9,1	72,0
Olanda	8,1	67,5
Australia	8,3	72,4
Italia	8,1	73,7
Svezia	7,9	83,8
Giappone	7,8	76,7
Spagna	7,7	69,9
Regno Unito	7,3	81,0
Polonia	6,2	71,1

Fonte: OECD Health Data 2002

Dalla Tabella si vede che:

- ▶ I livelli di spesa variano significativamente da paese a paese
- ▶ In tutti i paesi esiste un intervento pubblico nel settore sanitario; tuttavia dal punto di vista quantitativo (e qualitativo) la **combinazione tra elementi pubblici e privati** varia da paese a paese.

Le possibili modalità di **intervento pubblico** nel sistema sanitario sono:

- ▶ Attività di Regolazione
- ▶ Integrazione del *meccanismo assicurativo* privato (fino eventualmente alla sostituzione di tale meccanismo con un meccanismo di natura esclusivamente pubblica)
- ▶ Intervento diretto nella produzione del bene sanità mediante strutture di cura di proprietà pubblica (secondo varie modalità: Si/No concorrenza tra strutture pubbliche e private)

Obiettivi che ci poniamo:

- ▶ Analizzare nel dettaglio queste forme di intervento pubblico e capire se e perché possono essere giustificate

A tal proposito spiegheremo anche - ma non solo - la relazione tra sanità e mercato assicurativo

- ▶ Più in generale analizzare gli effetti di una diversa combinazione di elementi pubblici e privati nel sistema sanitario

L'attività di regolazione svolta dall'operatore pubblico

Notiamo che:

- ▶ Esiste in generale una **asimmetria informativa** tra erogatori della prestazione sanitaria (i medici) e gli acquirenti (i pazienti): il paziente non ha competenza tecnica per capire se il bene sanità che acquista é realmente utile.
Infatti il bene sanità é un "credence good" (o un "experience good")
- ▶ I **danni** causati da una **terapia inadeguata** possono essere particolarmente **rilevanti**

⇒ Può essere opportuno che l'**operatore pubblico** intervenga a protezione dei pazienti con un'**attività di regolazione**:

- ▶ regolamentando l'accesso alla professione medica
- ▶ ponendo divieti alla possibilità per i medici di attrarre clienti attraverso la concorrenza di prezzo (ossia: esistono tariffe minime fissate dagli ordini professionali) o mediante campagne pubblicitarie

N.B. In Italia queste modalità di intervento sono diventate di recente meno rilevanti

Esiste anche una asimmetria informativa dei medici nei confronti dell'introduzione di nuove terapie e farmaci.

⇒ L'operatore pubblico può intervenire a protezione dei medici (e quindi dei pazienti) imponendo che l'introduzione di nuove terapie e farmaci avvenga solo dopo un periodo di sperimentazione

Il mercato assicurativo

In ogni sistema il finanziamento della prestazione sanitaria avviene attraverso una qualche forma di assicurazione (privata o eventualmente pubblica).

Prima di studiare i rapporti tra componenti pubbliche e private in questo ambito ci chiediamo il perché una qualche forma di assicurazione sanitaria sia sempre presente.

La domanda di assicurazione

Perché gli individui hanno una **domanda di assicurazione** in campo sanitario?

Due elementi lo spiegano:

- ▶ La **salute** di un individuo é un **bene aleatorio**, alla cui perdita in genere é associata ad una perdita di reddito (elemento oggettivo)

In altri termini l'individuo fronteggia una "**lotteria**":

- ▶ $W^s = w$ con probabilità $(1 - \pi)$
- ▶ $W^m = w - d$ con probabilità π

dove d = danno monetario della perdita della salute.

- ▶ Gli **individui** sono **avversi al rischio** (elemento soggettivo).

Spiegazione intuitiva facendo riferimento all'utilità marginale decrescente

Supponiamo che all'individuo sia ora data la possibilità di modificare la lotteria che fronteggia, dietro il pagamento di un premio:

p = premio per unità di materia assicurata ($p \leq 1$)

q = risarcimento

Quindi la nuova lotteria che l'individuo fronteggia è:

- ▶ $W^s = w - pq$ con probabilità $(1 - \pi)$
- ▶ $W^m = w - pq - d + q$ con probabilità π

⇒ Si può dimostrare ed è intuitivo che un individuo **avverso al rischio** che fronteggia una **lotteria** è disposto ad assicurarsi, ossia vuole $q > 0$.

Ma quale é precisamente il grado di copertura assicurativa che un individuo domanda? Ossia quale é q ?

Dipende dal valore del premio unitario che gli viene fatto pagare.

Si può dimostare che:

- ▶ **Se** $\pi = p$ (ossia il **premio** é attuarialmente **equo**) allora:
 $q = d$ (ossia l'individuo sceglie copertura assicurativa completa) ossia $W^m = W^s$
- ▶ **Se** $p > \pi$ (ossia il **premio non** é attuarialmente **equo**) allora:
l'individuo sceglie $q < d$ (ossia sceglie copertura non completa) ossia $W^m < W^s$.

L'offerta di assicurazione

Ci chiediamo ora:

le imprese assicuratrici saranno disposte ad offrire contratti assicurativi con premi attuarialmente equi ?

Piú in generale: *come funziona l'offerta di assicurazione?*

N.B.

Nel seguito assumiamo che le imprese siano *neutrali* verso il rischio.

⇒ Contratto di assicurazione= é un rapporto tra individui *avversi* al rischio (che pagano un premio per ridurre la variabilitá del loro reddito) e imprese *neutrali* rispetto al rischio (che accettano il pagamento del premio, concedendo una copertura del rischio stesso)

Per analizzare l'offerta di assicurazione facciamo *per ora* le seguenti ipotesi:

- ▶ assenza di costi di amministrazione/spese generali
- ▶ rischi indipendenti
- ▶ assenza di persone "inassicurabili" e di vincoli reddituali
- ▶ assenza di asimmetrie informative
- ▶ concorrenza perfetta

Notazione:

n =numero di individui

⇒ Il profitto atteso dell'impresa assicuratrice é:

$$E(P) = \pi(npq - nq) + (1 - \pi)(npq - 0) = npq - \pi nq = nq(p - \pi) \quad (1)$$

⇒ Due importanti implicazioni:

- ▶ $p = \pi \Leftrightarrow E(P) = 0$ ossia la scelta di un premio attuarialmente equo fa si che **in valore atteso** il bilancio delle imprese assicuratrici sia in equilibrio (e viceversa) con qualsiasi livello di copertura assicurativa q .
- ▶ Inoltre dato che abbiamo assunto che i rischi siano indipendenti allora (se n é grande) é probabile che con $p = \pi$ si verifichi l'equilibrio di bilancio in ogni periodo (**non solo** in valore atteso), e quindi *non* vi sono problemi di insolvenza per le imprese assicuratrici.

Dato che abbiamo assunto che via sia concorrenza perfetta fra le imprese assicuratrici

⇒ si avrà $E(P) = 0$ e quindi $p = \pi$ (ossia un **premio attuarialmente equo**).

⇒ **Copertura completa** (vedi quanto detto su domanda di assicurazione)

In conclusione:

Sotto le ipotesi fatte *gli individui possono trovare piena copertura assicurativa senza necessità di intervento da parte dell'operatore pubblico.*

Rimuoviamo ora queste ipotesi e vediamo se emergono giustificazioni per l'intervento pubblico.

Rischi non indipendenti

Nel caso in cui i rischi siano non indipendenti (ossia: si verifica un epidemia):

- ▶ **Si ha ancora** che un premio attuarialmente equo é compatibile con l'equilibrio di bilancio *in valore atteso*.
- ▶ **Tuttavia** non é piú detto che via sia equilibrio di bilancio *in ogni periodo*: possono emergere problemi di **insolvenza** finanziaria per l'impresa assicuratrice.

Costi amministrativi

Il profitto atteso dell'impresa assicuratrice é:

$$E(P) = \pi(npq - nq) + (1 - \pi)(npq - 0) - C = npq - \pi nq - C = nq(p - \pi) - C \quad (2)$$

dove: C = costi amministrativi

$$\Rightarrow E(P) = 0 \iff p = \pi + \frac{C}{nq} \Rightarrow p > \pi$$

Inassicurabilità e vincoli reddituali

Assumiamo che esistano persone con probabilità di ammalarsi π^A (ossia: persone ad alto rischio come gli anziani o i malati cronici) e persone con probabilità di ammalarsi π^B (ossia persone a basso rischio), dove $\pi^A > \pi^B$.

Per i bassi rischi non ci sono problemi.

Per gli alti rischi emergono invece difficoltà rilevanti:

- ▶ Se $\pi^A \rightarrow 1$ allora un premio attuarialmente equo dovrebbe anch'esso tendere ad 1 (ossia: il premio complessivo pagato sarebbe pari al risarcimento) : si ha **inassicurabilità**.

Fenomeni di inassicurabilità possono a maggior ragione presentarsi in presenza di costi amministrativi

- ▶ Inoltre anche se π^A non tende ad 1 ma è comunque abbastanza alta, un premio attuarialmente equo potrebbe non essere sostenibile a causa di **vincoli reddituali**.

Asimmetrie informative

Due tipologie di asimmetrie informative:

- ▶ Selezione avversa (informazione nascosta)
- ▶ Azzardo morale (azione nascosta)

Asimmetrie informative: selezione avversa

Cosa succede se le imprese assicuratrici non distinguono tra individui π_A ed individui π_B ?

- ▶ Ovviamente l'offerta di due contratti a premi attuarialmente equi come prima non é possibile dato che gli alti rischi farebbero finta di essere bassi rischi per pagare un premio inferiore ed il bilancio delle imprese assicuratrici sarebbe negativo.
- ▶ Nel caso in cui l'impresa offra un unico contratto ad un premio intermedio tra π_A e π_B si ha il fenomeno della **selezione avversa**.

- ▶ Si può dimostrare che - se gli individui a basso rischio non sono troppi - è possibile offrire contratti differenziati che però incentivino gli individui ad autoselezionarsi:

In particolare tali contratti implicano:

- ▶ copertura totale agli individui ad alto rischio
- ▶ **copertura parziale agli individui a basso rischio**

Se uniamo queste considerazioni a quanto detto prima su inassicurabilità e vincoli reddituali per individui con rischio alto \Rightarrow in questo caso si ha copertura completa solo per individui con rischio né troppo basso né troppo alto.

N.B.

Possibili risposte al problema della selezione avversa:

- ▶ Le assicurazioni finanziate dalle imprese (e incentivate fiscalmente) in un sistema privato
- ▶ La copertura universale obbligatoria in un sistema pubblico

Concorrenza imperfetta

L'ipotesi che le imprese non sono in grado di distinguere tra individui con diversa rishiosit  va tuttavia qualificata meglio:

le imprese possono comunque essere in grado di determinare (pur in modo imperfetto) la rischiosit  degli individui

Questa considerazione spiega il perch  in mercati **non concorrenziali** si pu  avere il c.d. **cream skimming** (=scrematura del mercato):

la massimizzazione dei profitti pu  spingere le imprese assicuratrici a ricercare individui con rischio basso, ignorando individui con rischi elevati

Asimmetrie informative: azzardo morale

Azzardo morale=l'assicuratore non e' in grado di osservare i comportamenti degli assicurati e ciò rende possibile l'azzardo morale (azione scorretta) che in ambito sanitario puo assumere due forme:

- ▶ il fatto di essere assicurato puó indurre l'individuo a ridurre l'attivit  di prevenzione della malattia (poco rilevante)
- ▶ il fatto di essere assicurato puó indurre il paziente ad aumentare le prestazioni richieste dopo la stipulazione del contratto ed il medico ad aumentare i costi delle cure (c.d. *problema del terzo pagante*) ⇒ **sovra-espansione della spesa.**

Vedi figura

TENTATIVI DI RIDURRE L'AZZARDO MORALE "DAL LATO DEL PAZIENTE".

Per ovviare al problema della sovraespansione della spesa sono spesso previste **forme di compartecipazione** al costo delle cure mediche:

- ▶ Introduzione di un deducibile:

$$q = d - f$$

dove f = deducibile

- ▶ Introduzione di forme di coassicurazione:

$$q = (1 - h)d$$

dove h = % a carico dell'assicurato

Limiti all'utilizzo di forme di compartecipazione:

- ▶ la compartecipazione non deve essere troppo elevata altrimenti viene meno l'essenza stessa del meccanismo assicurativo
- ▶ la domanda di servizi sanitari non deve essere rigida

SISTEMI DI PAGAMENTO DEGLI OPERATORI SANITARI, AZZARDO MORALE E QUALITÀ DEL SERVIZIO

Sistemi di pagamento degli operatori sanitari:

- ▶ **Pagamento per prestazione** (fee for service): la definizione dell' importo dovuto avviene ex post sulla base delle cure prestate
 - Garantisce qualità servizio
 - Possibili incentivi a prestazioni non necessarie (problema del terzo pagante) ⇒ espansione della spesa sanitaria

- ▶ Raggruppamento omogeneo diagnostico (**ROD**) (diagnostic related group-DRG): pagamento della prestazione sulla base della diagnosi formulata a inizio cura
 - Puó garantire la qualità del servizio (a patto che la spesa relativa ad ogni gruppo diagnostico sia correttamente definta)
 - Contenimento della spesa sanitaria (a patto che il ROD sia correttamente applicato)
- ▶ **Quota capitaria** (Capitation): pagamento fisso per paziente
 - Possibili incentivi a ridurre la qualità del servizio medico ed a selezionare i pazienti sulla base del rischio (cream skinning)
 - Incentivo a minimizzare costi trattamento medico ⇒ contenimento della spesa sanitaria

Un ulteriore sistema é quello delle c.d. Health Maintenance Organizations (**HMO**) (introdotte negli USA a partire dagli anni '70).

Il sistema delle HMO funziona cosí:

- ▶ Le eventuali cure a un assistito da HMO devono essere ottenute presso una struttura della HMO stessa

⇒ Le HMO **unificano** il momento dell'**assicurazione** e della **prestazione** in quanto raccolgono direttamente il finanziamento, definiscono i benefici e le prestazioni per gli assistiti e forniscono direttamente i servizi sanitari (sistema integrato verticalmente)

Implicazioni del sistema delle HMO:

- ▶ *da una parte* forte l'incentivo al contenimento della spesa in quanto la differenza tra premi pagati e spesa rimane all'HMO. (modo per cercare di *superare il problema del terzo pagante*)
- ▶ *dall'altra* vi é anche un incentivo a fornire prestazioni di qualità adeguata in modo da mantenere i propri clienti in buona salute e minimizzare i costi di eventuali cure sanitarie successive
- ▶ tuttavia vi sono incentivi al cream skinning

Il sistema sanitario negli USA

Un esempio di sistema sanitario privato e di come sono affrontati i problemi del mercato assicurativo di cui si é detto: il sistema sanitario degli USA

Gli assicurati (pari all'85%) sono così distribuiti:

- ▶ Assicurazioni private (61.6% della popolazione):
 - ▶ La gran parte degli assicurati (55.8% della popolazione) ha uno schema assicurativo privato pagato **dal datore di lavoro**
 - ▶ Una piccola parte (5.8% della popolazione) ha assicurazioni private **non** finanziate **dal datore di lavoro**.
 - ▶ Infine vi è una **copertura pubblica** (per il 28.8% della popolazione) finanziata in parte con contributi a carico dei beneficiari e in parte con il ricorso alla fiscalità generale:
 - ▶ **MEDICARE** per la popolazione anziana (senza limite di reddito)
 - ▶ **MEDICAID** per la popolazione povera non anziana
- ⇒ **Medicare e Medicaid** rappresentano un tentativo di soluzione ai problemi dovuti a forme di **inassicurabilità** ed a **vincoli reddituali** di cui si è detto

Circa il 15% della popolazione **non é coperto da alcuna forma di assicurazione.**

ossia "chi non é né anziano né particolarmente povero (e quindi non é coperto dal pubblico), non sufficientemente benestante, con condizioni di salute precarie, dipendente di imprese piccole che non offrono il pagamento di un'assicurazione".

L'ultimo tentativo di riforma (che però é stato abbandonato) del sistema sanitario USA era quello previsto dalla riforma Clinton.

Adesso: proposta di riforma di Obama.

Nota il ruolo delle imprese nel finanziamento delle assicurazioni sanitarie (vedi quanto già detto a proposito di selezione avversa)

Nota che l'intervento pubblico assume sostanzialmente le seguenti forme:

- ▶ Integrazione del sistema privato per alcune categorie (es. anziani e poveri)

- ▶ Incentivi fiscali alle polizze assicurative

Sistema sanitario pubblico

Un altro modo di **affrontare i limiti** (In sintesi: mancanza di copertura universale ed elevato livello di spesa) del mercato assicurativo privato é di **sostituirlo con** un sistema sanitario pubblico.

Un **sistema sanitario pubblico** nella sua forma estrema prevede:

- ▶ **partecipazione** obbligatoria ed universale
- ▶ **finanziamento** con prelievo contributivo o fiscalit  generale
- ▶ la **produzione** del servizio sanitario avviene in strutture di propriet  pubblica
- ▶ la **remunerazione** del personale medico di base avviene su base capitaria; quella del personale medico specializzato che opera in strutture pubbliche avviene con modalit  assimilabile ad un normale rapporto di lavoro.

⇒ **vantaggi:**

- ▶ É ovviamente risolto il problema della copertura universale della popolazione
- ▶ Dato che il sistema é centralizzato é piú facile controllare la dinamica della spesa sanitaria e contenerla

N.B.

Inoltre é compatibile con principi di equitá diffusi (=l'accesso alle cure mediche deve essere indipendente dal reddito)

Ma quali **problemi** presenta un sistema sanitario pubblico?

I principali problemi sono: rigidità (ossia incapacità di rispondere in modo adeguato alle articolate necessità dei pazienti) e forme di inefficienza nella fornitura dei servizi.

Tuttavia nota che:

- ▶ contano molto anche la capacità (che varia da paese a paese) di gestione politica e sociale del sistema
- ▶ le lamentele legate alla rigidità e all'inefficienza dei servizi riflettono anche il fatto che il livello di spesa è sensibilmente inferiore a quello di un sistema privato
- ▶ va affermandosi l'idea che sia possibile rimanendo all'interno di un sistema pubblico renderlo più flessibile e migliorarne l'efficienza introducendo elementi concorrenziali (vedi il caso di UK e dell'Italia): **"quasi mercato"**

”QUASI MERCATO”:

All'interno della struttura **pubblica** vengono **separati**:

- ▶ acquirenti (es. medici di base o unità sanitarie locali): sono finanziati dallo Stato con una quota capitaria (che tuttavia varia al variare di alcune caratteristiche individuali dei pazienti, per evitare fenomeni di cream skinning)
- ▶ fornitori (enti che forniscono cure socialistiche ed assistenza ospedaliera)

Il compito degli acquirenti é di acquistare per i propri iscritti servizi medici dai fornitori stimolando cosí una gestione efficiente delle risorse

(Tale struttura é nota come quasi mercato, perché ne simula il funzionamento)

Il sistema sanitario in Italia

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (introdotto nel 1978) e' stato **all'origine** caratterizzato dai seguenti obiettivi:

- ▶ copertura universale
- ▶ finanziamento pubblico fondato sulla fiscalità generale (dopo un periodo transitorio)
- ▶ gratuità del servizio per l'utente finale
- ▶ coinvolgimento dei diversi livelli di governo nella gestione del servizio, secondo la seguente ripartizione dei compiti:

-governo centrale: definire l'entità del finanziamento (Fondo Sanitario Nazionale, FSN) e ripartirlo tra le regioni;

-regioni: la programmazione degli interventi;

-alle USL: la funzione gestionale;

- ▶ perequazione territoriale, ossia omogeneizzazione dei livelli di spesa pubblica in ambito sanitario

Nei primi decenni di applicazione del SSN:

- ▶ **Aspetti positivi:** estensione dell'assistenza sanitaria e miglioramento dei livelli di prestazione nelle regioni più povere del paese, pur mantenendo sotto controllo la dinamica della spesa sanitaria
- ▶ **Problemi:**
 - ▶ distorsione nelle procedure decisionali
 - ▶ inefficienza (anche legata a interferenze di carattere politico, e ad un sistema di finanziamento fondato sul principio delle risorse impiegate e non su quello reso a prezzo prefissato)

⇒ **A partire dal 1992** sono state varate **diverse riforme** volte a:

- ▶ devolvere responsabilità alle regioni
- ▶ introdurre elementi concorrenziali

Nuove modalità di finanziamento dei servizi sanitari:

Responsabilizzazione delle regioni che si finanziano con:

- ▶ compartecipazione al gettito IVA (secondo un meccanismo perequativo che non é ancora entrato in vigore)

(Sostituisce il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) che dal 2001 é stato abolito)
- ▶ tributi propri delle regioni (Irap e addizionale regionale Irpef)
- ▶ Per l'assistenza extraospedaliera si é avuto un superamento del principio della gratuitá della prestazione: sono state introdotte forme di compartecipazione (ticket)

Nuove modalità di fornitura dei servizi sanitari:

- ▶ Trasformazione delle USL (=unità sanitarie locali) in ASL (=aziende sanitarie locali): recepimento di criteri di gestione aziendali
- ▶ Remunerazione delle strutture ospedaliere sulla base dei DRG e non più, come avveniva prima, in base alle risorse impiegate (come ad es. il numero delle giornate di degenza)
- ▶ Separazione tra il momento dell'acquisto e quello della fornitura del servizio ed introduzione di concorrenza tra strutture pubbliche e tra strutture private accreditate (=che rispondano a criteri minimi di qualità), ossia "quasi mercato"
- ▶ Responsabilità ed autonomia delle regioni in materia sanitaria ⇒ diversi modelli regionali di sistema sanitario (es. Emilia-Romagna vs. Lombardia)

Riferimenti bibliografici

- ▶ Bosi (2006): Cap 1, par. 3.3; Cap 7, par. 3
- ▶ Rosen (2007): Cap 8, pag. 121-124; pag. 130-134.

N.B. Su Rosen (2007) la trattazione della parte relativa al mercato assicurativo é troppo sintetica: integrare con Bosi (2006): Cap 1, par. 3.3.