

# **Capitolo 10**

## **La spesa sanitaria**

# La protezione sociale in Europa

**TABELLA 10.1** Prestazioni di protezione sociale (2014)

In rapporto al PIL									Paesi Bassi		Regno Unito			Repubblica Ceca					Media UE 28
	Italia	Austria	Belgio	Danimarca	Francia	Germania	Grecia	Irlanda	Portogallo	Spagna	Svezia	Polonia	Slovacchia	Ungheria			UE 28		
Malattia Invalidità	6,8	7,3	8,4	6,3	9,1	9,6	4,6	6,6	10,0	6,1	8,4	6,5	7,5	4,0	6,0	5,6	4,8	8,0	
Vecchiaia/anzianità	1,7	2,0	2,3	4,1	02,1	2,2	1,6	1,2	2,2	1,9	1,6	1,8	4,2	1,4	1,5	1,6	1,9	2,2	
Superstiti	14,1	12,9	9,9	11,8	12,9	9,0	14,1	6,1	11,1	12,8	11,6	9,8	12,2	9,3	8,4	7,3	9,0	11,1	
Famiglia e maternità	2,7	1,8	2,0	2,2	1,8	1,9	2,5	0,4	1,2	1,9	0,1	2,5	0,4	1,9	0,7	0,9	1,2	1,6	
Disoccupazione	1,6	2,7	2,2	3,5	2,5	3,1	1,1	2,5	0,9	1,2	2,8	1,3	3,1	1,5	1,7	1,7	2,3	2,4	
Casa	1,7	1,6	3,4	1,6	2,0	1,1	1,1	2,6	1,6	1,5	0,4	2,7	1,1	0,2	0,6	0,5	0,4	1,4	
Altro	0,0	0,1	0,3	0,7	0,8	0,6	0,0	0,6	0,4	0,0	1,4	0,1	0,5	0,1	0,3	0,0	0,3	0,6	
Totale spesa	1,3	1,4	1,7	2,6	3,0	1,5	1,0	1,6	3,5	1,5	1,0	0,7	1,2	0,6	0,7	0,9	0,4	1,5	
<b>Totale spesa</b>	<b>29,9</b>	<b>29,8</b>	<b>30,2</b>	<b>32,8</b>	<b>34,2</b>	<b>29,0</b>	<b>26,0</b>	<b>21,6</b>	<b>30,9</b>	<b>26,9</b>	<b>27,3</b>	<b>25,4</b>	<b>29,5</b>	<b>19,1</b>	<b>19,7</b>	<b>18,5</b>	<b>19,8</b>	<b>28,6</b>	
Composizione percentuale									Paesi Bassi		Regno Unito			Repubblica Ceca					Media UE 28
	Italia	Austria	Belgio	Danimarca	Francia	Germania	Grecia	Irlanda	Portogallo	Spagna	Svezia	Polonia	Slovacchia	Ungheria			UE 28		
Malattia Invalidità	22,6	24,6	27,8	19,2	26,7	33,2	17,9	30,7	32,4	22,6	30,8	25,5	25,6	20,8	30,5	30,1	24,4	28,0	
Vecchiaia/anzianità	5,7	6,8	7,6	12,4	6,0	7,7	6,3	5,4	7,2	7,0	5,9	7,2	11,7	8,1	6,4	8,8	7,3	7,0	
Superstiti	47,2	43,4	32,6	35,9	37,7	31,0	54,3	28,4	35,9	47,5	42,5	38,6	41,2	48,5	42,5	39,4	45,6	38,8	
Famiglia e maternità	9,0	6,0	6,5	6,7	5,2	6,5	9,8	1,9	3,9	7,1	0,4	9,7	1,3	10,0	3,4	5,0	5,8	5,5	
Disoccupazione	5,2	9,2	7,2	10,8	7,4	10,8	4,4	11,6	2,9	4,4	10,3	5,2	10,4	8,0	8,4	9,0	11,8	8,2	
Casa	5,8	5,4	11,2	5,0	5,8	3,7	4,1	12,2	5,2	5,5	1,6	10,6	3,8	1,3	2,9	2,8	1,9	5,0	
Altro	0,1	0,4	0,8	2,1	2,5	2,0	0,0	2,9	1,4	0,0	5,1	0,4	1,6	0,3	1,4	0,2	1,5	2,0	
Totale spesa	4,5	4,2	6,3	7,8	8,8	5,1	3,1	6,9	11,2	6,0	3,4	2,8	4,5	3,0	4,5	4,7	1,9	5,6	
<b>Totale spesa</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>														

Fonte: Eurostat

# Le ragioni dell'intervento pubblico in sanità

- efficienza: si tratta di correggere un fallimento del mercato
- equità: redistribuzione delle risorse finalizzata ad assicurare alcuni diritti alla persona

# Servizi sanitari e mercati assicurativi

Funzionamento dell'assicurazione:

- l'acquirente versa una somma di denaro, che prende il nome di premio assicurativo, alla compagnia di assicurazione
- la compagnia di assicurazione accetta di erogare una somma di denaro all'assicurato qualora dovesse verificarsi un evento sfavorevole che interessa la sua salute (ad esempio malattia)

# Il valore atteso

## Esempio

Emilia ha un reddito annuo di 50.000 €; supponiamo che vi sia una possibilità su 10 che si ammali in un dato anno e che il costo della malattia (in termini di spese mediche e tempo perso al lavoro) ammonti a 30.000 €

Per valutare le opzioni di Emilia, è necessario introdurre il concetto statistico di valore atteso, ossia la somma che un individuo può aspettarsi di ricevere “in media” quando si trova di fronte ad esiti incerti

Il valore atteso è la somma ponderata di ciascuno degli esiti incerti, che ha come pesi le probabilità dei rispettivi esiti

$$\text{VA} = (\text{probabilità esito 1} \times \text{indennizzo esito 1}) + (\text{probabilità esito 2} \times \text{indennizzo esito 2})$$

# Le due opzioni di Emilia

**TABELLA 10.2** Perché acquistare un'assicurazione?

					(A)	(B)	(C)
Opzioni assicurative	Reddito	Probabilità di rimanere in buona salute	Probabilità di ammalarsi	Perdita di reddito di Emilia, se si ammala	Reddito di Emilia se rimane in buona salute	Reddito di Emilia se si ammala	Valore atteso
<i>Opzione 1:</i> nessuna assicurazione	€ 50 000	9 su 10	1 su 10	€ 30 000	€ 50 000	€ 20 000	€ 47 000
<i>Opzione 2:</i> assicurazione completa	€ 50 000	9 su 10	1 su 10	€ 30 000	€ 47 000	€ 47 000	€ 47 000

L'acquisto di una polizza assicurativa completa al premio equo comporta per Emilia lo stesso valore atteso del mancato acquisto di un'assicurazione. Tuttavia, se è avversa al rischio, il possesso di una polizza assicurativa migliora le sue condizioni.

# Il valore atteso

## Opzione 1

Emilia non stipula nessuna polizza assicurativa

$$VA (\text{opzione 1}) = (9/10) (50.000 \text{ €}) + (1/10) (20.000 \text{ €}) = 47.000 \text{ €}$$

# Il valore atteso

## Opzione 2

Emilia stipula la polizza assicurativa pagando un premio annuo che copra le sue spese in caso di malattia

Quanto dovrebbe costare una tale polizza assicurativa?

Premio equo: valore atteso della perdita per cui, in media, la compagnia assicurativa non dovrebbe né perdere né ricavarne del denaro

# Il valore atteso

## Opzione 2

Dato che esiste una probabilità di 9/10 che non vi sia perdita di reddito e una probabilità di 1/10 che ve ne sia una da 30.000 €, il valore atteso della perdita sarà:

$$VA = (9/10) (0 \text{ €}) + (1/10) (30.000 \text{ €}) = 3.000 \text{ €}$$

Pertanto, il premio equo corrisponde a 3.000 € all'anno

L'opzione 2 consente ad Emilia di ottenere 47.000 € con *certezza*, mentre l'opzione 1 le consente di ottenere 47.000 € *in media*

# Utilità attesa

Utilità attesa: utilità media di tutti i possibili esiti incerti, calcolata ponderando l'utilità di ciascun esito per la probabilità che esso si verifichi

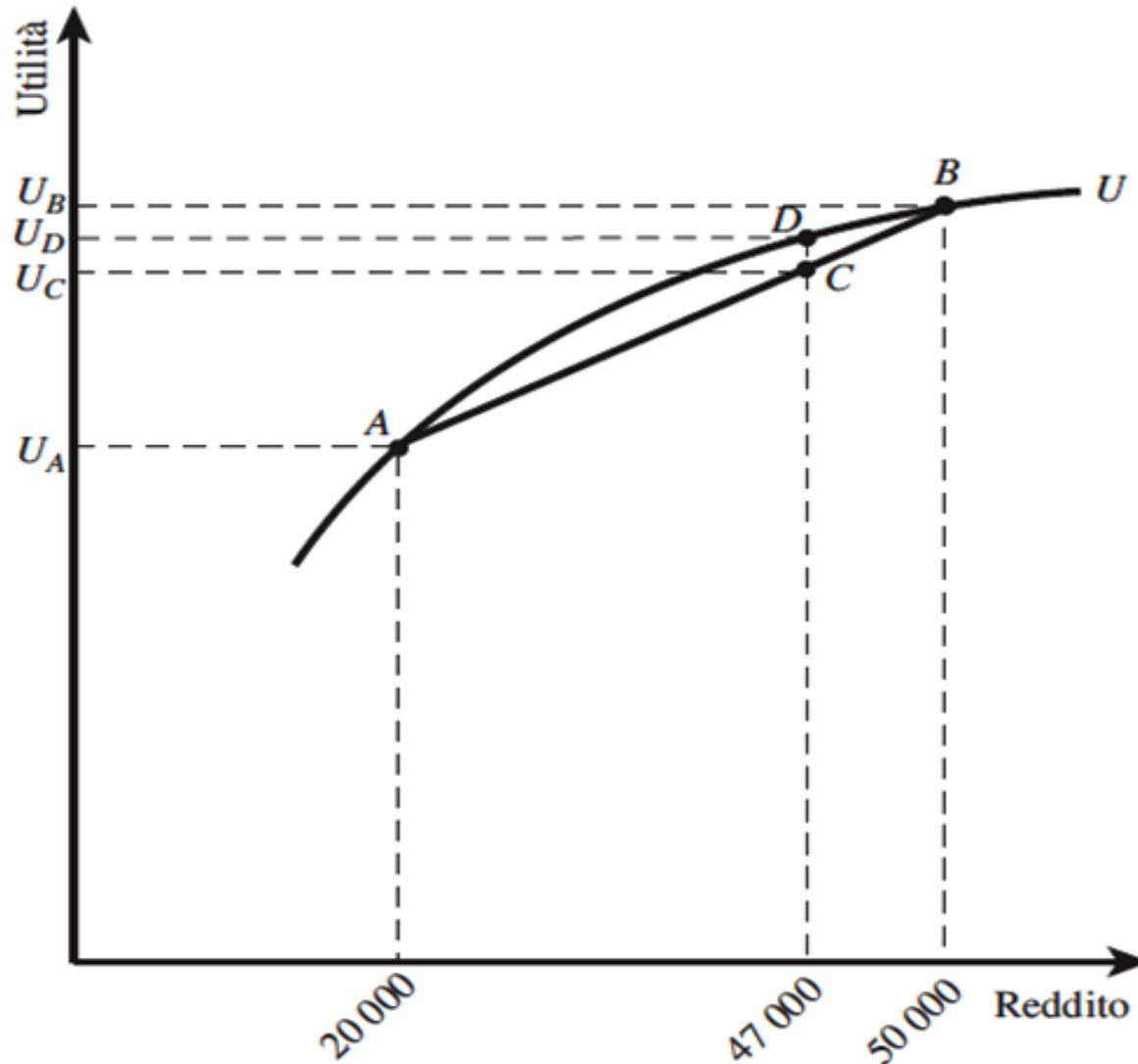
Se quest'anno Emilia si ammala, si colloca nel punto A con utilità  $U_A$ ; se non si ammala, si colloca nel punto B con utilità  $U_B$

$$\text{UTILITA' ATTESA} = (9/10) U(50.000 \text{ €}) + (1/10) U(20.000 \text{ €})$$

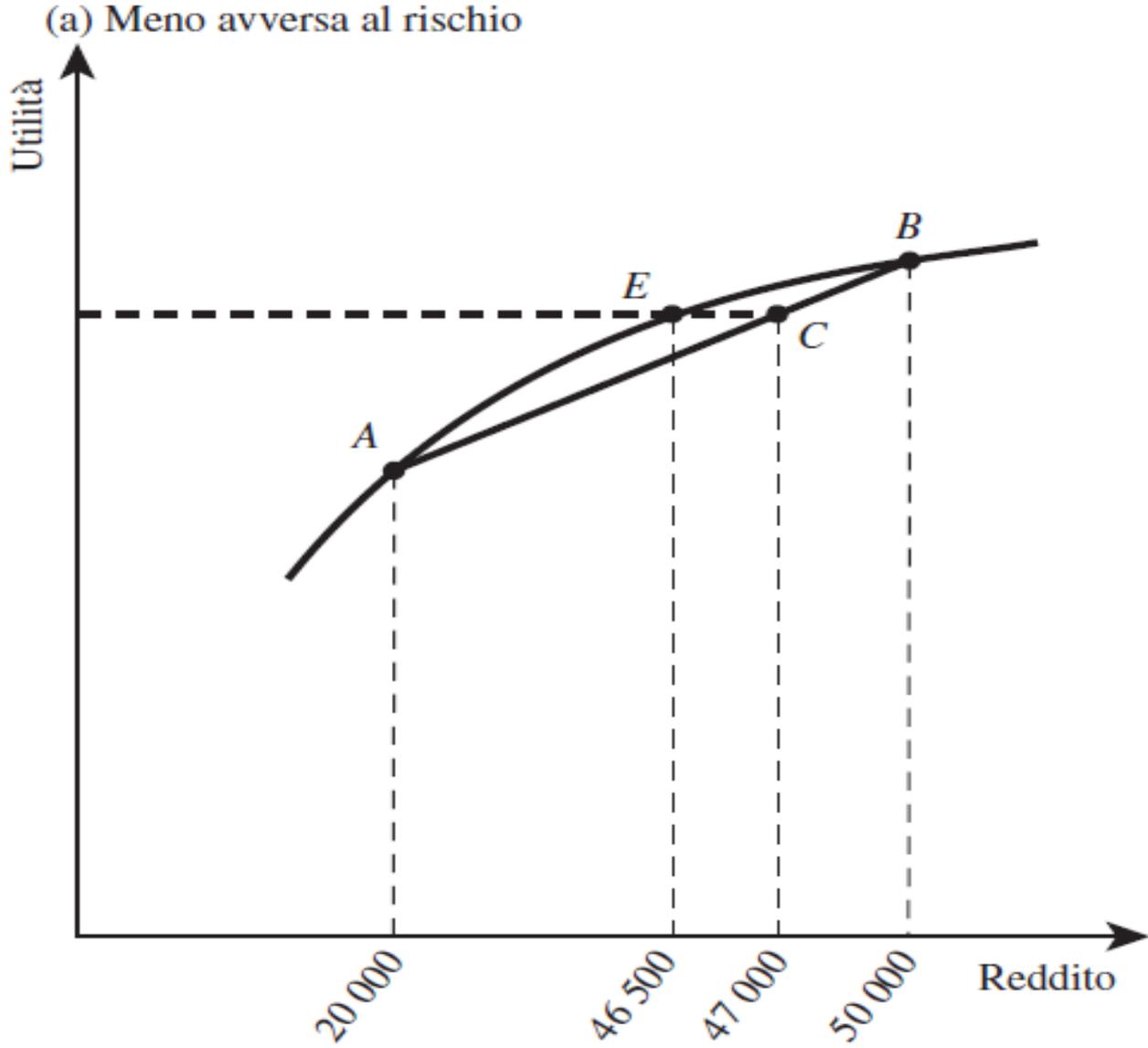
# Risk smoothing

Data l'utilità marginale decrescente del reddito, gli individui preferiscono attuare il Risk smoothing (ammorbire il rischio), ossia preferiscono ridurre un po' il reddito negli anni in cui si hanno redditi elevati per proteggersi contro eventuali consistenti riduzioni di reddito in altri anni

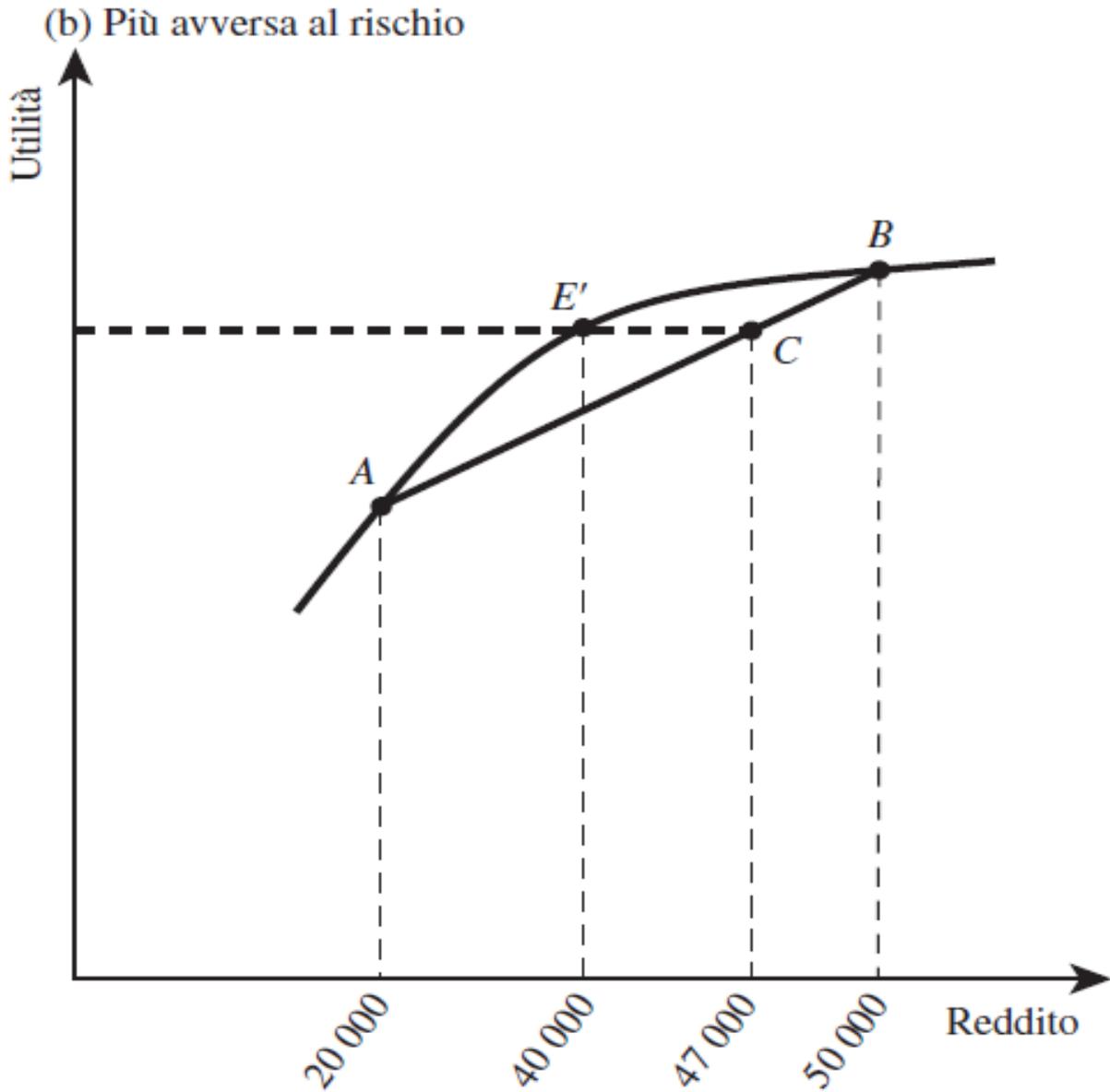
# Perché si acquistano assicurazioni?



# Perché si acquistano assicurazioni con premi più alti di quelli equi?



# Perché si acquistano assicurazioni con premi più alti di quelli equi?



# Avversione al rischio

Avversione al rischio: preferenza che porta a pagare una somma maggiore del premio equo per garantirsi un risarcimento qualora si verifichi un evento sfavorevole

Quota di ricarico: differenza fra il premio che una compagnia assicurativa fa pagare e il premio equo

# L'importanza di sommare i rischi individuali

In campo sanitario le compagnie assicurative riescono a diminuire ulteriormente le probabilità degli eventi sfavorevoli, assicurando più persone per lo stesso rischio (somma dei rischi individuali)

Ad esempio, se la compagnia ha 10 clienti, tutti con probabilità di ammalarsi pari a  $1/10$ , il premio assicurativo di uno solo di loro è sufficiente a coprire il risarcimento di colui che si ammala

# Limiti del mercato assicurativo

Dato che esiste un incentivo a fornire assicurazioni sanitarie (in un mercato concorrenziale, le quote di ricarico consentono agli assicuratori di ottenere un profitto normale), perché c'è bisogno di un intervento da parte del settore pubblico?

Tale necessità è la conseguenza del fallimento di mercato dovuto all'asimmetria informativa che caratterizza il settore sanitario

# Informazione asimmetrica

**TABELLA 10.3** In che modo l'informazione asimmetrica può provocare il fallimento del mercato assicurativo?

	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
Acquirente dell'assicurazione	Probabilità di ammalarsi	Perdita di reddito in caso di malattia	Perdita attesa di reddito	Indennità attesa Meno il premio (premi differenziali)	Indennità attesa Meno il premio (premio = €3000)	Indennità attesa Meno il premio (premio = €4500)
Olivia	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Giacomo	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Emma	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Michele	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Marilù	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Giuseppe	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€-1500
Emilia	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€-1500
Matteo	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€-1500
Anna	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€-1500
Enrico	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€-1500
Profitti netti dell'assicuratore				€ 0	€-15 000	€ 0

Se la compagnia assicurativa ha le informazioni necessarie per distinguere le persone ad alto e a basso rischio, potrebbe far pagare il premio equo a ciascun assicurato e chiudere semplicemente in pareggio (colonna D). Se invece non lo sa, un premio uniforme di 3000 euro comporterebbe delle perdite (colonna E). Il fatto di far pagare un premio uniforme pari al premio equo medio dei due gruppi consentirebbe alla compagnia assicurativa di coprire i costi (colonna F), ma le persone con basso rischio sarebbero incentivate a lasciare il gruppo assicurativo, e l'assicuratore finirebbe per perdere denaro.

# Soluzioni private alla selezione avversa

Per eliminare il problema della selezione avversa le compagnie assicurative possono, nell'ambito delle assicurazioni sanitarie, selezionare i loro clienti e far pagare loro premi diversi sulla base dei profili di rischio individuali (**experience rating**)

# Giustificazioni all'intervento pubblico

Il ruolo dello Stato è quello di cercare un equilibrio fra la riduzione delle inefficienze prodotte dalla selezione avversa e la risoluzione dei problemi di equità che sorgono quando ad individui diversi vengono fatti pagare premi differenti

# Assicurazione sanitaria e azzardo morale

Azzardo morale: fallimento del mercato dovuto al fatto che la parte meno informata non è in grado di controllare i comportamenti della parte più informata (asimmetria informativa che si verifica dopo che il contratto è stato stipulato)

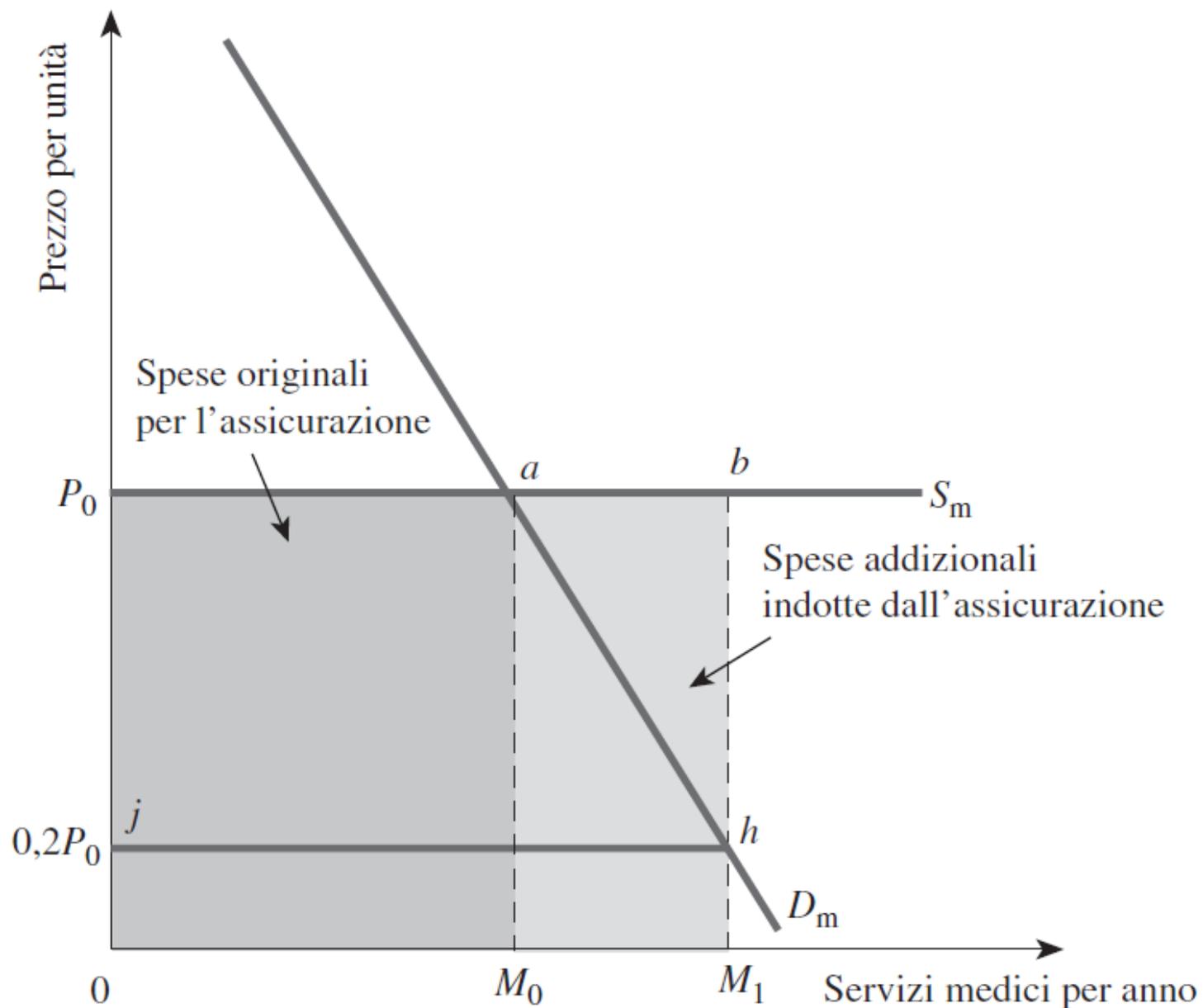
# Assicurazione sanitaria e azzardo morale

Ipotizziamo che la polizza copra l'80% della spesa sanitaria

La percentuale a carico del paziente, detta percentuale di coassicurazione, è pertanto del 20%

Ad esempio, se il costo di un giorno di degenza ospedaliera è di 800 €, il paziente ne paga solo 160 €

# Azzardo morale e crescita della spesa sanitaria



# Azzardo morale e intervento pubblico

A differenza della selezione avversa, non è possibile giustificare l'intervento pubblico facendo leva sul problema dell'azzardo morale

# **Esternalità dell'assistenza sanitaria**

L'acquisto di servizi medici può creare delle esternalità, sia positive (ad esempio vaccino contro l'influenza) sia negative (ad esempio eccessivo uso di antibiotici)

In presenza di esternalità l'intervento pubblico può migliorare l'efficienza

# Il paternalismo

Gli individui potrebbero non comprendere l'utilità della copertura assicurativa, o non essere abbastanza lungimiranti da premunirsi in tempo

Gli argomenti paternalisti suggeriscono che gli individui dovrebbero essere costretti, per il loro bene, ad acquistare un'assicurazione sanitaria

Il paternalismo dunque giustifica l'intervento pubblico in tale campo

# Il sistema sanitario in Italia

Legge 833/1978: introduzione del Servizio sanitario nazionale (SSN)

Abbandono del sistema precedente di tipo mutualistico e introduzione di un servizio universale (maggiormente in linea con l'articolo 32 della Costituzione)

In sintesi, il SSN doveva essere finanziato con la fiscalità generale e le prestazioni dovevano essere gratuite

Nel corso degli anni sono stati tuttavia introdotti i *ticket*: pagamento di somme inferiori al costo effettivo della prestazione

Motivo: limitare il fenomeno dell'azzardo morale e la crescita della spesa sanitaria

# Il sistema sanitario in Italia

Nel disegno iniziale i responsabili del SSN erano tre livelli di governo:

- il Governo centrale doveva individuare gli obiettivi in un Piano sanitario nazionale, stanziare il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) sul Bilancio dello Stato e decidere come ripartirlo tra le Regioni
- le Regioni programmavano l'intervento sul territorio
- le USL (Unità sanitarie locali) gestivano i servizi, compresa l'assistenza ospedaliera

# Il sistema sanitario in Italia

Al momento della sua istituzione, le risorse assorbite dal SSN rappresentavano il 5,2% del PIL, e nel corso di un quindicennio sono aumentate meno di un punto percentuale

Tuttavia, a partire dai primi anni '90 il sistema sanitario italiano è stato sottoposto a importanti riforme

Perché sono state predisposte delle riforme?

Quali sono gli aspetti maggiormente criticati del funzionamento del SSN?

# Il sistema sanitario in Italia

Giustificazioni delle riforme:

- le risorse non sempre sono state impiegate in modo efficiente
- necessità di contenere la spesa pubblica per poter aderire all'Unione Monetaria Europea

# **Il sistema sanitario in Italia**

## **Cronistoria della riforma**

- decreto legislativo 502/1992
- decreto legislativo 517/1993
- decreto legislativo 229/1999
- decreto legislativo 56/2000
- decreto legislativo 68/2011

# Il sistema sanitario in Italia

Obiettivo principale delle riforme: federalismo fiscale

Ulteriore obiettivo delle riforme: modificare il modello organizzativo del sistema sanitario

Il finanziamento del SSN adottato negli anni '80 e primi anni '90 in Italia è un tipico esempio di sistema che non incentiva comportamenti responsabili da parte degli amministratori e che rende difficile una corretta percezione dei costi dei servizi da parte dei cittadini

# Il sistema sanitario in Italia

1999-2000: abolizione del FSN e introduzione di nuove modalità di finanziamento delle Regioni:

- **tributi propri:** IRAP (imposta regionale sulle attività produttive) e addizionale all'IRPEF (imposta sul reddito delle persone fisiche)
- **compartecipazione al gettito dell'IVA:** attribuzione ad un livello di governo inferiore di una quota di un tributo destinato ad un livello di governo superiore

# Il sistema sanitario in Italia

Introduzione del **principio della separazione** tra fornitura e acquisto della prestazione

Obiettivo: aumentare la concorrenza tra fornitori (incentivando i miglioramenti in termini di efficienza) e diversificare l'offerta

Sostituzione delle vecchie USL con le ASL (Aziende sanitarie locali), che possono fornire direttamente il servizio oppure decidere di acquistare le prestazioni da privati (strutture accreditate o convenzionate)

Le prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere e da quelle private vengono pagate dalle ASL in base ai **Diagnostic-related Group**

Scopo dei DRG: contenere la spesa limitando la discrezionalità del medico

# Il sistema sanitario in Italia

## Vantaggi del nuovo sistema sanitario

- maggiore responsabilizzazione degli amministratori regionali

## Svantaggi del nuovo sistema sanitario

- rischio di fornitura eccessivamente differenziata di servizi sanitari tra le Regioni
- rischio di compromettere la natura universale del SSN

# **Il sistema sanitario in Italia**

**Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):** prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio italiano a tutti i cittadini (tali livelli sono stati introdotti con la legge di riforma costituzionale 3/2001 di riforma del Titolo V)

Obiettivo: assicurare a tutti i cittadini italiani il diritto alla salute (come previsto dall'articolo 32 della Costituzione) indipendentemente dalla Regione di residenza