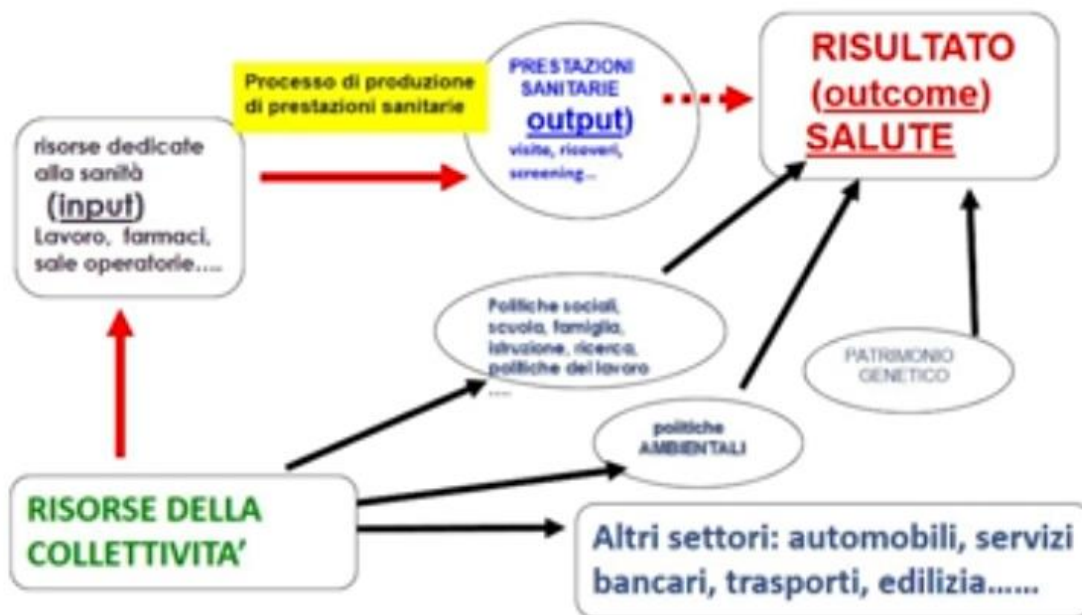


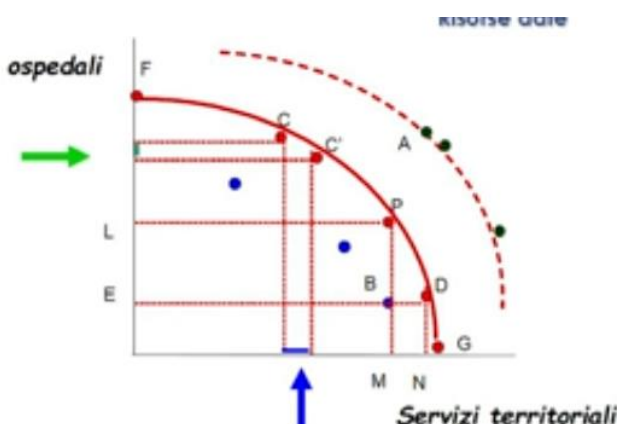
POLITICA ECONOMICA SANITARIA

Problema economico: bisogni illimitati in presenza di risorse scarse. Scarse nel senso di limitate. Con risorse si intendono sia quelle finanziarie sia quelle materiali, umane, le competenze e il tempo stesso.

Il processo di produzione di salute può essere rappresentato in un modello. È un processo molto complesso che presenta molte decisioni da prendere e una molteplicità di attori in gioco. Non riguarda infatti il solo sistema sanitario ma anche l'amministrazione, dal governo ai comuni e la società intera con riguardo alle abitudini e agli stili di vita.



La prima scelta è quella di **allocazione** delle risorse a livello centrale. Si decide quanto denaro, ore di lavoro e attenzioni dedicare alla sanità, determinando gli **input** della produzione di salute. Interviene qui il concetto di **EFFICIENZA ALLOCATIVA** ossia la capacità di gestire, destinare le risorse ai vari processi in modo da ottenere il risultato più soddisfacente possibile. Risponde alla domanda *cosa produco? O come impiego le mie risorse?* sapendo che quelle disponibili sono limitate. È un problema che caratterizza tutti i livelli di gestione, dal governo (quanta spesa pubblica in sanità?) alla regione (quanti ospedali/case di cura?), all'ospedale (in che reparti investo di più?) al singolo operatore sanitario (quanto tempo dedico a visite/ricerca/formazione?).



L'efficienza allocativa si può rappresentare attraverso il grafico della **frontiera delle possibilità produttive** che rappresenta tutte le combinazioni allocative delle risorse disponibili a due elementi (es: ospedali e servizi territoriali). Per decidere dove posizionarmi sulla frontiera ossia come allocare le risorse, considero il saggio marginale cioè effettuo modifiche che creino un

vantaggio da un lato maggiore dal “danno” inteso come **costo opportunità** che provoco dall’altro. Nell’esempio da C a C’ ho un guadagno sui servizi (blu) maggiore del danno agli ospedali (verde). Ragiono su un’analisi costi-benefici per raggiungere l’efficienza allocativa.

Oltre la frontiera, con queste risorse, non si può andare (a meno che non si investa in formazione del personale, cosa che consente di far rendere di più le risorse). Si può invece raggiungere un punto interno alla frontiera, sprecando risorse e ottenendo un risultato inferiore.

La seconda fase si svolge nelle strutture sanitaria e consiste nella trasformazione degli input in prestazioni sanitarie che corrispondono all’output (es: n° ricoveri, ore di terapia fornite).

Questa è la fase di effettiva produzione e deve rispondere ad un criterio di **EFFICIENZA PRODUTTIVA** ovvero gli operatori si devono assicurare che il processo produttivo funzioni al meglio, senza sprechi e riuscendo a raggiungere tutti gli obiettivi che si propone. Riguarda quindi i procedimenti pratici: turni proporzionati al lavoro da svolgere, sistemi di prenotazione e archiviazione che fanno risparmiare tempo, dimensione ottima minima, personale necessario... Riferendoci al grafico precedente (frontiera delle possibilità produttive), abbiamo efficienza produttiva quando raggiungiamo la frontiera. Se il nostro risultato è inferiore non abbiamo rispettato il criterio e abbiamo sprecato risorse.

Per valutare si analizzano i costi di produzione al fine di razionalizzare la produzione.

La terza fase vede la trasformazione delle prestazioni sanitarie in reale **salute** che corrisponde al risultato, l’**outcome**. In questa fase partecipano nuovamente elementi esterni all’apparato sanitario, ad esempio gli stili di vita. È necessario che sia una trasformazione efficace in modo da non sprecare le risorse limitate investite. Un sistema che produce più output di un altro non è indicativamente il migliore perché può non esserci conversione in outcome. Per questo ha più senso valutare un sistema non in base al n° di ricoveri ma in base all’aspettativa di vita alla nascita o meglio ancora la speranza di vita libera da disabilità.

Altri indicatori possibili per valutare l’efficacia di un sistema sanitario e quindi del processo di produzione di salute, sono:

- Mortalità suddivisibile in classi d’età o di condizione sociale o per causa di morte
- Prevalenza di una malattia, numerosità di malati sulla popolazione totale
- Incidenza di una malattia, quanti nuovi malati si diagnosticano sulla popolazione totale
- Stato di salute percepito, rileva attraverso indagini e questionari
- Standard Mortality Ratio, rapporto tra mortalità rilevata sul campione e mortalità attesa basata su una media che comprende un campione più grande. Ad esempio, confronto la mortalità di una regione con la media nazionale. Se il rapporto SMR > 1 la mortalità è più alta della media nazionale, lo stato di salute nella regione è peggiore rispetto allo Stato.

-QALY, unità di misura della salute associata alla vita post-operatoria in misura quantitativa (anni) e qualitativa (coefficiente 0-1). 10 anni al 50% = 5 anni al 100% = 5 QALY

Questo coefficiente di qualità della vita deve rendere confrontabili situazioni completamente diverse di “invalidità”. È famoso l’**EuroQoL 5D** che si calcola assegnando dei valori a 5 dimensioni della vita (mobilità, cura personale, attività usuali, dolore, depressione) secondo una tabella fornita e sottraendo la somma al valore 1. Per rendere più realistico il modello, in combinazione di più problematiche, si sottraggono ulteriori costanti per manifestare il disagio sofferto dal paziente.

Anche i QALY sono rappresentabili, si calcolano come un'area (base-anni per altezza-qualità) permettendo di confrontare profili di vita alternativi: valutazione della vita con/senza intervento. I QALY sono sommabili nel paziente (anni e qualità si compensano) ma anche nella collettività. Un guadagno di 4 QALY per un paziente corrisponde al guadagno di un solo QALY per 4 pazienti.

Efficacy (efficacia teorica) riferita a situazione ideali, teoriche. Tipica del settore farmaceutico, verificata dalle attività di ricerca. E' data per scontata perché se non ci fosse, le soluzioni proposte non verrebbero proprio adottate.

Effectiveness (efficacia pratica) riferita alla situazione specifica. Capacità di risolvere il problema del paziente nella situazione reale (più fattori in gioco). Verificata nella pratica, nella routine. Si raggiunge attraverso l'applicazione della Evidence-Based-Medicine, delle linee guida e dalla loro traduzione pratica, i protocolli.

Equità la legge stabilisce che ognuno ha diritto ad accedere agli stessi trattamenti sanitari disponibili per tutti gli altri, senza differenziazione di reddito, cittadinanza o altro. Nella realtà la situazione di equità non è garantita perché la salute, come detto prima, non dipende esclusivamente dalle prestazioni sanitarie ma soprattutto dallo stile di vita strettamente dipendente dalla fascia di reddito. La stessa indagine mostra che il differenziale di mortalità prematura (<65 anni) tra le fasce più ricche e quelle più povere è in aumento (42% → 64%).

La produzione di salute è un indice di sviluppo di un paese ed ha un'influenza positiva diretta sullo sviluppo economico stesso. Si stima un contributo storico del 30-40% della ricchezza attuale e che un aumento di 1 anno in aspettativa di vita corrisponda globalmente ad un aumento del PIL del 4%. La salute è inoltre un parametro che rientra nei calcoli dell'Indice di Sviluppo Umano e simili. Il sistema sanitario pubblico, privato e connessi (commercio, farmaceutica) ha inoltre un peso notevole sul PIL e sull'economia in generale.

ATTORI DELLA SANITA'

Gli attori del "mercato" della sanità sono 3: i cittadini/pazienti, le strutture sanitarie e i professionisti e gli assicuratori pubblici/privati. Si instaura così una serie di legami.

I cittadini rivolgono una costante **domanda di protezione** all'assicuratore per essere coperti e una occasionale **domanda di prestazione** all'ambiente sanitario.

L'assicuratore per contro rivolge una **domanda di servizio** alle strutture/professionisti per assicurarsi che forniscano le prestazioni. Lo fanno attraverso contratti e convenzioni.

La priorità è il perseguimento dell'efficienza produttiva, grazie all'analisi del processo produttivo si cerca di effettuare una razionalizzazione dei costi (risorse necessarie a produrre) in modo da evitare sprechi e raggiungere la frontiera delle possibilità produttive, sfruttando efficienza tecnica, efficienza di scala ed efficienza gestionale.

Il secondo problema è la persecuzione dell'efficacia allocativa ovvero distribuire le risorse in modo da ottenere la massima utilità disponibile. Per fare ciò si effettua l'analisi costi benefici che confronta i costi opportunità delle varie alternative.

Tutte le combinazioni che appartengono alla frontiera rispettano il criterio di efficienza produttiva, ma solo una rispetta la condizione di efficienza allocativa.

DECISIONI ALL'INTERNO DEL SISTEMA SANITARIO

Scelte individuali: vengono prese dall'individuo per sé stesso ma sono influenzate da fattori esterni quali pubblicità, informazione, reddito. Rispettando la teoria di Smith le scelte individuali finalizzate al proprio interesse concorrono nel loro insieme a definire il mercato migliore per la collettività. Ci si riferisce perciò all'**economia di mercato (modello domanda offerta)** o sistema privato che stabilisce autonomamente il prezzo e la quantità di equilibrio.

Trasposte queste condizioni di equilibrio del libero mercato sul grafico della frontiera, individuiamo l'**OTTIMO ALLOCATIVO**. Altrove il mercato non è soddisfatto, si possono ancora effettuare scambi mutualmente vantaggiosi.

Scelte collettive: in alcune situazioni gli individui si rendono conto che la scelta individuale non è l'opzione più razionale, non è conveniente, e decidono di delegare a organismi pubblici (direttore del distretto, comune, regione, Stato) che hanno più informazioni per fare la scelta giusta. Si parla in questo caso di **intervento pubblico**.

FALLIMENTI E DISTORSIONI DEL MERCATO "PRIVATO"

Non sempre il mercato raggiunge l'ottimo allocativo, si parla in certi casi di fallimenti di mercato. Le condizioni per far funzionare bene il mercato sono quelle della concorrenza perfetta:

- Nessuno ha potere di mercato, tutti i soggetti sono price-taker. Nella realtà spesso si incontrano situazioni di **monopolio o monopsonio** nel sistema sanitario.
- Formazione corretta delle curve di domanda e offerta. Spesso la domanda è invece problematica (asimmetria informativa, bisogni unneeded, SID come vedremo in seguito).

Fallimenti di mercato:

- Monopoli causati da barriere all'entrata quali autorizzazioni/certificazioni richieste per fornire servizi sanitari ed economie di scala che caratterizzano le strutture ospedaliere e sanitarie.
- Monopsoni causati dalla presenza di un unico attore acquirente (Asl per servizi sanitari, Comune per servizi sociali) che porta ad una distorsione del mercato, hanno potere di influenzare il prezzo.
- Curva di domanda determinata dai **benefici individuali** attesi dai pazienti (perché da questi dipende la disponibilità a pagare dell'individuo). Vanno integrati anche i benefici sociali ossia le **esternalità positive** che interessano la collettività (es: vaccini). La curva di domanda si sposta così verso l'alto e la quantità di equilibrio aumenta trovando il vero ottimo allocativo.
- Curva di domanda falsata dall'intermediazione del medico, agente del paziente.

RAPPORTO DI AGENZIA MEDICO PAZIENTE E SID (Supply-Induced Demand)

Le prestazioni sanitarie rientrano tra gli **experience goods** cioè beni che si possono valutare solo dopo averne usufruito, ex post (al contrario dei search goods sui quali si fa una ricerca preventiva). Vista la scarsa informazione e la mancanza di conoscenze mediche, il paziente non si sente in grado di decidere e **delega la decisione** al medico attraverso un rapporto di agenzia.

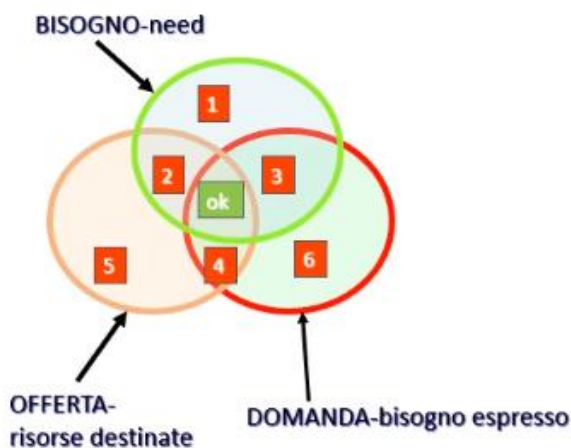
La domanda di prestazioni parte dunque dal medico, secondo le sue preferenze anche se dovrebbe essere neutrale. Questo causa uno spostamento in alto della domanda.

La stessa conseguenza è generata dalla SID, domanda indotta dall'offerta: si richiedono o prescrivono prestazioni semplicemente perché si ha la possibilità di farlo, assecondando una domanda unneeded, undemanded e unwanted (vedi dopo per questa terminologia).

La **Legge di Roemer** individua una relazione direttamente proporzionale tra n° di posti letto negli ospedali e rapporto di ospedalizzazione cioè il n° di ricoveri sul n° di paziente visitati: in pratica se si crea un posto letto, questo si riempie.

FORMAZIONE DELLA DOMANDA: BISOGNO

La richiesta di prestazione sanitaria deriva dal **bisogno percepito** (want) che si manifesta quando il paziente avverte uno squilibrio tra salute percepita e salute attesa. Il bisogno percepito può non avere alcun seguito, può comportare un'automedicazione oppure può trasformarsi in **bisogno espresso** (demand) nel caso in cui si consulti un medico e ci si rivolga quindi al sistema sanitario. A sua volta il bisogno espresso può non essere riconosciuto dal medico (nessuna necessità) oppure può trasformarsi in **bisogno riconosciuto** (need) e comportare una prescrizione. Se il paziente decide di assecondare la decisione del medico avviene l'accesso alle prestazioni sanitarie. Il medico può anche individuare bisogni oggettivi del paziente che questo non ha manifestato, ossia bisogni riconosciuti che non vengono percepiti o non vengono espressi.



Need e demand non sempre coincidono, può esserci una discrepanza tra quello che il medico considera rilevante e quello che il paziente richiede, ad esempio uno screening che il medico consiglia ma il paziente non richiede (1), o viceversa un bisogno che il paziente avverte ma il medico non riconosce e non prescrive es: antibiotici (4). Il terzo elemento è l'offerta di prestazioni che non copre completamente gli altri due. Ad esempio, le liste di attesa collocano

temporaneamente nella posizione 3: domandato, riconosciuto ma non offerto.

Il medico, oltre a rifiutare di riconoscere una domanda impropria (4), deve evitare il fenomeno SID che è generato dal sistema sanitario stesso (5).

OTTIMO EQUITATIVO

La scelta collettiva (intervento pubblico) si manifesta in due casi:

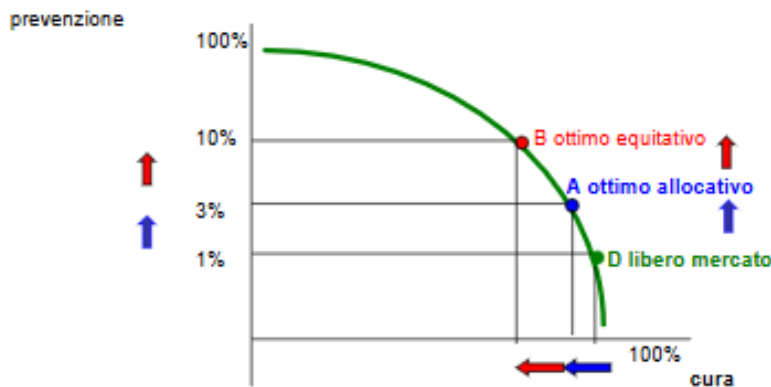
- **Integrazione** delle scelte individuali (fallimenti di mercato, beneficio sociale, esternalità)
- **Sostituzione** delle scelte individuali per garantire l'equità del mercato sanitario in modo che l'accesso ai beni meritori non dipenda dalla disponibilità a pagare.



Mentre tutti gli economisti sono favorevoli all'intervento pubblico in caso di fallimenti di mercato, la tutela dei beni meritori è argomento discusso, non c'è un parere univoco.

La domanda si sposta verso l'alto due volte: la prima considerando i benefici sociali → quantità di ottimo allocativo;

la seconda se considero anche i beni meritori → quantità di **ottimo equitativo**



Con lo spostamento dell'equilibrio si modifica l'allocazione ottimale sulla frontiera delle possibilità produttive, ad esempio più risorse alla prevenzione piuttosto che alla cura.

FINANZIAMENTO VS PRODUZIONE

Stabilita la necessità dell'intervento pubblico sotto il profilo decisionale bisogna stabilire in che proporzioni andrà a influire su finanziamento e produzione. Esistono molteplici possibilità e combinazioni, spesso coesistono all'interno dello stesso paese.

Il **finanziamento** può essere:

■ PUBBLICO

- **sistema mutualistico** alimentato dai contributi come in Francia o in Italia prima della l.833/78
- **servizio sanitario** alimentato dalle imposte come in Italia oggi

■ PRIVATO

- **pagamento del prezzo** della prestazione o del medicinale come i farmaci da banco
- **assicurazione** che copre le spese mediche dietro pagamento di un premio
- **sistemi caritativi** che raccolgono denaro da privati e investono in ricerca e servizi sanitari

Finanziamento pubblico significa sostanzialmente prezzo azzerato e quindi incremento enorme della domanda, anche sopra la reale necessità.

Stabilito chi paga, si passa a determinare gli attori della **produzione** che possono essere finanziati da una delle fonti precedentemente descritte:

■ PUBBLICO

■ PRIVATO A SCOPO DI LUCRO

■ PRIVATO SOCIALE NON PROFIT

Ad esempio, il finanziamento pubblico in forma di servizio sanitario arriva dalla Regione alle ASL e può essere destinato a ospedali pubblici, ospedali privati convenzionati (o medici di famiglia) o organizzazioni no profit.

Il Ticket invece è un esempio di finanziamento privato in forma di prezzo destinato a produzione pubblica ossia l'ospedale pubblico che lo richiede.

FALLIMENTO DEL PUBBLICO

La produzione pubblica è solita generare delle **inefficienze** impedendo di raggiungere l'efficienza produttiva. La causa è da ricercare nelle **internalità** che si generano a causa dei costi privati impropriamente inseriti nella funzione produttiva pubblica. Questo avviene per due motivi:

■ MANCANZA DI INCENTIVI:

- **Impossibilità di fallimento**, assenza di concorrenza, non c'è un'alternativa di mercato per i consumatori (nessuna opzione EXIT ma solo opzione VOICE, protesta) quindi la struttura pubblica può permettersi di assorbire risorse senza temere il fallimento

- **Persecuzione della massima dotazione (budget).** Mentre le imprese private ricercano la riduzione di costi per ottenere maggiori profitti mantenendo il prezzo invariato, l'operatore pubblico non ha un prezzo, le sue risorse vengono solo dalle casse dello Stato e punta a riceverne quante più possibile. Se riducesse i costi, si ridurrebbe anche il suo budget e di conseguenza la sua rilevanza (teorie della burocrazia).
- **MANCANZA DI CONTROLLO**
- **Estrema frammentazione della proprietà.** Mentre le imprese private hanno un pool di proprietari che proteggono il proprio investimento, le imprese pubbliche sono di tutti e nessuno si impegna realmente a controllare quanto nel privato.
- **Controllo attraverso norme.** Non essendoci proprietari attenti, il controllo si limita al rispetto delle norme previste (eccesso di burocratizzazione) che non risponde efficacemente alle esigenze aziendali dell'impresa.

A causa delle inefficienze i costi si alzano provocando uno spostamento verso sinistra dell'offerta. Non si riescono così a raggiungere l'ottimo allocativo e la frontiera delle possibilità produttive, determinando una perdita di benessere sociale.

MODELLO INTEGRATO VS MODELLO CONTRATTUALE

La differenza risiede nel rapporto tra assicuratore (terzo pagante, paga al posto degli assicurati, sia in sistema pubblico che privato) ed erogatori di prestazioni sanitarie.

MODELLO INTEGRATO (USA) o Managed Care: Il soggetto che assicura è lo stesso che eroga, ad esempio l'Asl. Succede in alcuni casi, per alcuni servizi, e non lascia libertà al cittadino/utente di scegliere l'erogatore perché questo coincide con il soggetto giuridico che lo assicura. Questo modello però favorisce il controllo dei costi perché soggetto pagante ed erogatore coincidono.

MODELLO CONTRATTUALE (UK) o dei Quasi mercati: La contrattazione avviene tra assicurazioni ed erogatori che sono due soggetti distinti. L'utente può scegliere l'erogatore in base alle esigenze ma è più difficile controllare i costi.

GOVERNO DELLA DOMANDA

Non essendoci un prezzo nelle prestazioni pubblicamente finanziate, manca il sistema automatico di razionamento della domanda (se non c'è disponibilità a pagare non si entra sul mercato), la quantità di equilibrio è massima e ovviamente insostenibile e si generano così inefficienze.

Quindi deve essere artificialmente introdotto un prezzo, attraverso due meccanismi:

- **TICKET** ossia una compartecipazione alla spesa, un prezzo molto più basso del prezzo di mercato ma che riduce molto la domanda e allo stesso tempo genera un gettito che aumenta le risorse a disposizione. Va applicata SOLO a servizi non essenziali né prioritari, altrimenti scoraggia il consumo di prestazioni sanitarie importanti e comporta una spesa ancora più grande in futuro.
- **LISTE D'ATTESA** che paradossalmente aumentano l'efficienza perché riducono la domanda. Per capire il meccanismo bisogna introdurre il concetto di beneficio atteso che, come descritto dalla funzione $B_i^e = B_i^0 - \beta_i W_i$, si riduce con il passare del tempo. Calcolo allora il **tempo ottimo di attesa** che consente di azzerare il beneficio marginale, conoscendo il coefficiente di preferenze temporali degli utenti, per raggiungere l'efficienza allocativa. Il tempo ottimo di attesa è commisurato all'urgenza del bisogno e alla preferenza temporale, così da abbassare la domanda senza creare danni.

EFFICACIA IN SCELTE DIFFICILI

Due collettivi di 10 persone l'uno hanno bisogno di prestazioni sanitarie ma solo 10 posti sono disponibili. Quale dei due devo favorire?

- A) 10 anziani con 100% di probabilità di sopravvivenza e 10 anni di vita residua
- B) 10 giovani con 50% di probabilità di sopravvivenza e 50 anni di vita residua

L'efficacia teorica (efficacy) è indifferente, il respiratore svolge la stessa funzione in ogni caso.

Nel rispetto dell'efficacia pratica (effectiveness) calcolo il beneficio sociale maggiore:

- A) 10 sopravvissuti X 10 anni di vita = 100 anni = outcome
- B) 5 sopravvissuti X 50 anni di vita = 250 anni = outcome maggiore

La scelta ricade sul collettivo B perché l'outcome risultante è maggiore. Il **costo opportunità** è di 100 anni (stessa unità di misura dell'outcome).

Se non avessimo il dato sull'età e la speranza di vita sceglieremmo il collettivo A. In questi due casi si tratta di **scelta individuale**, l'operatore valuta le informazioni a disposizione e decide.

Nel caso invece di un sistema sanitario privato (non pubblicamente finanziato) saranno favoriti gli assicurati o comunque chi ha disponibilità a pagare. Si tratta qui invece di **scelta collettiva** (accesso a pagamento) che è stata presa precedentemente al fatto, l'operatore è un mero esecutore.

EQUITA' E GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA

Queste scelte seguono un criterio di **utilitarismo** cioè si basano sull'utilità degli individui, la cui sommatoria costituisce il benessere sociale (es: QALY, anni di vita in che condizioni) senza ulteriori distinzioni etiche.

La maggior parte dei modelli di giustizia distributiva si concentra però non sulle conseguenze (utilitarismo) ma sui diritti della persona:

- diritti negativi** cioè libertà di operare scelte individuali anche sconvenienti (drogarsi, fumare).
- diritti positivi** cioè un livello minimo di servizi e risorse garantite come il diritto ad avere pari opportunità.

Il sistema statunitense si basa maggiormente sui diritti negativi che lasciano estrema libertà di scelta ai singoli cittadini (fino all'Obamacare che obbliga ad assicurarsi).

La legislazione italiana dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) si basa invece sui diritti positivi. Questo modello si associa alla teoria di RAWLS: l'equità consiste nell'eguagliare le opportunità iniziali (concezione universalistica), la distribuzione è più efficace per la collettività se favorisce i meno abbienti.

EQUITA' VERTICALE nel finanziamento riferito alla distribuzione delle risorse. Le risorse messe a disposizione di un collettivo (es: fondi alle regioni) variano a seconda della necessità (es: i cittadini liguri sono mediamente più anziani, la regione riceve una quota capitaria più alta rispetto alle altre regioni).

EQUITA' ORIZZONTALE nella distribuzione, si divide in due tipi:

- uguale accesso per uguale bisogno (l 833/78), ognuno ha uguale possibilità (libera) di usufruire
- uguale trattamento per uguale bisogno, tutti quelli che si trovano nelle stesse condizioni ricevono obbligatoriamente lo stesso trattamento. Es: obbligo vaccinale per accedere a scuole.

ESERCIZIO SULL'EFFICIENZA ALLOCATIVA

budget totale (euro)	A-ospedale (vite salvate)	B-territorio (vite salvate)
centomila	100	50
duecentomila	180	95
trecentomila	250	135
quattrocentomila	310	170
cinquecentomila	360	200
seicentomila	400	225
settecentomila	430	240
ottocentomila	450	255
novacentomila	460	265
un milione	465	270

Disponiamo di 1 milione di euro da investire in sanità e dobbiamo decidere in che proporzione destinare questi fondi agli ospedali e al territorio. Dobbiamo individuare l'ottimo allocativo ragionando sugli incrementi marginali di beneficio in modo da effettuare "spostamenti" di risorse fino a quando il beneficio guadagnato con lo spostamento supera il costo opportunità ossia il beneficio perso. Analizziamo per ogni step di finanziamento i benefici nei due casi e li confrontiamo. I primi 100k se dati all'ospedale danno un beneficio di

100 contro un costo opportunità di 50.

Il secondo step (200k) confronta un beneficio di 80 dati dall'ospedale con un incremento di 50 dati dalle cure (parto da 50 perché non ho ancora destinato risorse al territorio). Scelgo l'ospedale. Stesso procedimento fino ai 600k dove il beneficio di investire nel territorio (50) è maggiore di continuare a investire nell'ospedale (40). Mi sposto allora sul territorio e continuo a comparare.



Con questo criterio di confronto tra i benefici marginali ottengo un ottimo allocativo di 600k agli ospedali e 400k al territorio. Le vite salvate con questa combinazione sono 570, il massimo raggiungibile con queste risorse disponibili. Ho raggiunto l'**efficienza allocativa**. Posso rappresentare graficamente.

CONTO ECONOMICO DELLE RISORSE E DEGLI IMPIEGHI

Le **risorse (offerta)** sono costituite da PIL sommato a IMPORTAZIONI.

PRODOTTO: sommatoria dei valori aggiunti cioè dei fatturati (solo venduti) al netto dei costi dei fattori produttivi. In altre parole, ciò che genera reddito sul territorio nazionale.

INTERNO: riferito all'interno dei confini nazionali. Sia prodotto da italiani (nazionale) che da stranieri (investimenti esteri, turismo...). Ciò viene prodotto all'estero, anche dagli italiani, va invece a contribuire al PIL di altri paesi.

LORDO: comprende anche gli investimenti di sostituzione, che rimpiazzano i prodotti obsoleti. Non genera quindi uno sviluppo del paese ma genera comunque reddito.

Gli **impieghi (domanda)** sono costituiti da consumo (famiglie), investimento (imprese), spesa pubblica (Stato) ed esportazione (nazioni estere).

Per quanto riguarda il settore sanitario:

Le scelte individuali si riferiscono ai consumi, alla domanda delle famiglie. Le scelte collettive si riferiscono invece alla spesa pubblica che, in totale, impiega circa metà del PIL.

Della spesa pubblica, circa la metà è composta da **welfare** che include sanità (circa 50%), previdenza e assistenza sociale. Il resto va in istruzione, difesa, giustizia ecc.

Si stima che ogni individuo riceva mediamente 1800 euro in sanità dalla spesa pubblica.

La spesa sanitaria privata è riferita alle scelte individuali e ai consumi (assicurazioni, banco, ticket) e incide per $\frac{1}{4}$ sulla spesa sanitaria complessiva, $\frac{3}{4}$ è spesa pubblica. Ci sono però forti differenze tra le regioni in base alle condizioni reddituali medie diverse.

Della spesa pubblica: 44% distrettuale, 51% ospedaliera e 5% in prevenzione.

Il sistema sanitario genera però anche il 12% circa di PIL cioè genera reddito oltre che salute, non è affatto una spesa improduttiva.

Per poter effettuare un confronto tra nazioni possiamo riferirci ai dati OCSE (almeno per i paesi partecipanti, altrimenti l'OMS) che garantiscono principi contabili comuni, dati pro-capite e moneta unica (dollari PPA, a parità di potere d'acquisto).

I dati comprendono: PIL pro-capite, spesa sanitaria totale e pubblica su PIL e spesa sanitaria pubblica o privata sul totale della spesa sanitaria.

Alcune conclusioni:

Gli USA hanno un'incidenza del 50% della spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale, ha quindi un sistema sanitario fondamentalmente privato.

Se guardiamo la rappresentazione grafica di spesa sanitaria su Pil pro-capite possiamo stimare una **retta di regressione** per individuare il trend, il rapporto medio tra quei due valori. In generale, maggiore è il PIL pro-capite, maggiore è la spesa sanitaria. La sanità è quindi un bene di lusso. Il 76% della variabilità sulla spesa sanitaria è spiegato dal PIL pro-capite, cioè dipende da questo. La variabilità rimanente dipende dalle scelte collettive, dal tipo di sistema sanitario: universalistico, privatistico, mutualistico ecc. L'OCSE ritiene che i sistemi universalistici siano più equi e meno costosi quindi più efficienti.

SSN – sistema sanitario nazionale italiano

Si rifà alla legge 833/78 che costituisce uno standard lodevole confronto al resto del mondo.

-Chi beneficia? Il SSN italiano segue il **principio di universalismo** per cui ne beneficiano tutti coloro che manifestano un **bisogno riconosciuto (need)** e non solo percepito o solo domandato. Il sistema universalistico è alternativo al mutualistico pubblico e a quello assicurativo privato.

-Chi paga? Il SSN è finanziato attraverso la fiscalità generale, le imposte (in particolare l'IRAP perché viene versata direttamente alle regioni che poi finanziano le Asl). Le risorse finanziarie sono poi distribuite a seconda dei bisogni dei cittadini e non in base alla provenienza delle risorse.

Questo principio è definito **solidarismo ed equità nel finanziamento**, si fa riferimento alla quota capitaria pesata di spesa sanitaria. Nei sistemi privati invece le risorse sono raccolte in base a un principio di rischio.

-Cosa viene fornito? Viene garantita la fornitura di LEA, un elenco di prestazioni sanitarie nato nel 2001 e aggiornato nel tempo. Queste devono essere appropriate, costo-efficaci ed evidence based.

- Quanto costa? A parità di servizi erogati costa meno dei sistemi mutualistici e di quelli privati.

- Quali sono i risultati in salute? Quanto è efficace? I risultati sono ottimi in termini di speranza di vita alla nascita e un po' meno se si ponderano all'indipendenza del soggetto.

- Equità. Ci sono degli squilibri regionali individuati anche dall'OCSE.

La questione della sostenibilità è dibattuta perché le risorse sono stabili o più probabilmente in calo mentre la popolazione anziana, che ha molto più bisogno di prestazioni sanitarie, è in costante aumento. Il problema va affrontato in ottica di allocazione produttiva: quanto vogliamo destinare alla sanità piuttosto che al resto? Ovvero dove ci poniamo sulla frontiera delle possibilità

