

Organizzazione della produzione e fornitura dei servizi sanitari: sistemi a confronto

Servizi sanitari, copertura rischi sanitari
e benessere

Produzione e fornitura di servizi sanitari
Sistemi sanitari nazionali e regionali

Sommario

- Prestazione sanitarie, capitale umano e benessere
 - Universalismo, accessibilità ed equità
- Le funzioni dei sistemi sanitari
 - produzione vs. fornitura
- Le tipologie dei SSN secondo l'organizzazione industriale e secondo le tipologie di finanziamento
- Tentativi di confronto delle performance (Rapporto OCSE)
 - Il SSN italiano
 - Le regioni
- Il SSN italiano in trasformazione con la riforma della medicina territoriale e l'impostazione di un coerente sistema a tre pilastri

Servizi sanitari e benessere

- Le prestazioni sanitarie per il trattamento dello stato di salute individuale sono servizi che, in quanto *rivali* ed *escludibili*, rientrano nella categoria dei *beni privati*. Alcune però generano *esternalità* che si estendono ad ampie aree della collettività .
- Inoltre, alcune prestazioni sono beni *essenziali* cioè tutelati dal diritto, anche costituzionale. I sistemi sanitari nazionali (SSN) sono strutturati per garantire questa tutela
- I servizi sanitari (SS) sviluppano il *capitale umano* e per questa via incidono sul benessere individuale e collettivo. Questo è ottenuto tramite un processo produttivo familiare à la Becker che combina il consumo, le prestazioni sanitarie, l'ambiente circostante e lo stile di vita
- I SS realizzano in questo processo una produttività => appropriatezza specificata dai protocolli medici

Scelta individuale, costo di opportunità ed equità nella salute

- I SS hanno un **prezzo al pubblico** che va da 0 al costo unitario di produzione. La dimensione di questo riflette il sistema di finanziamento.

E' un "prezzo pieno" solo nel caso di spese private "out of pocket"

Talvolta assume la forma o di un *premio assicurativo* o di un *contributo sociale* o di una quota del *sistema fiscale* generale in un SSN.

In quest'ultimo caso è vicino a 0 in quanto può includere solo un co-pagamento minore (Ticket).

Spesso si sovrappone il concetto di equità nelle cure con quello dell'universalismo del SSN

Equità nella salute => uguaglianza dei risultati => garantire l'opportunità di raggiungere un determinato livello di salute (funzionamento a la Amartya Sen) a tutte le persone, indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e ambientali

Copertura sanitaria e universalismo

- Copertura sanitaria:
 - i) l'*estensione* della copertura, ossia la quota di popolazione cui è garantita l'assistenza sanitaria;
 - ii) la *profondità* della copertura, ossia il numero e le caratteristiche dei servizi inclusi nel pacchetto assicurato;
 - (iii) l'*altezza* della copertura, cioè la frazione dei costi di trattamento direttamente finanziati dall'assicuratore o dal SSN e quindi non direttamente pagati dai pazienti.
- **Obiettivi intermedi** (proxy equity)
- Parità della spesa pro capite nello spazio
- Uguaglianza nel soddisfare i livelli standardizzati di necessità di assistenza, (LEA)
- Parità di accesso ai servizi $\leq$ nessuna scrematura e nessuna discriminazione patrimoniale.
- Parità dei pagamenti individuali $\leq$ nessuna discriminazione di prezzo.

Sistemi sanitari: le due funzioni



Produzione di servizi sanitari
=> laboratori, cliniche,
ospedali, MMG

Fornitura di servizi sanitari
=> garantire l'accesso degli utenti
con un finanziamento appropriato

Produzione	Fornitura	esempi
pubblica	pubblica	Presidio ospedaliero delle ASL
privata	pubblica	ospedale, convenzionato, clinica convenzionata
privata	privata	Laboratorio privato di analisi non convenzionato
pubblica	privata	reparto ospedaliero con equipe intramoenia

Produzione e fornitura di servizi sanitari

A = insieme di istituzioni, quali autorità nazionali o regionali, dedicate alla regolamentazione di una produzione pubblica e/o privata,

B = insieme di agenzie che trasmettono la domanda e le esigenze degli utenti, svolgono una funzione assicurativa pubblica o privata

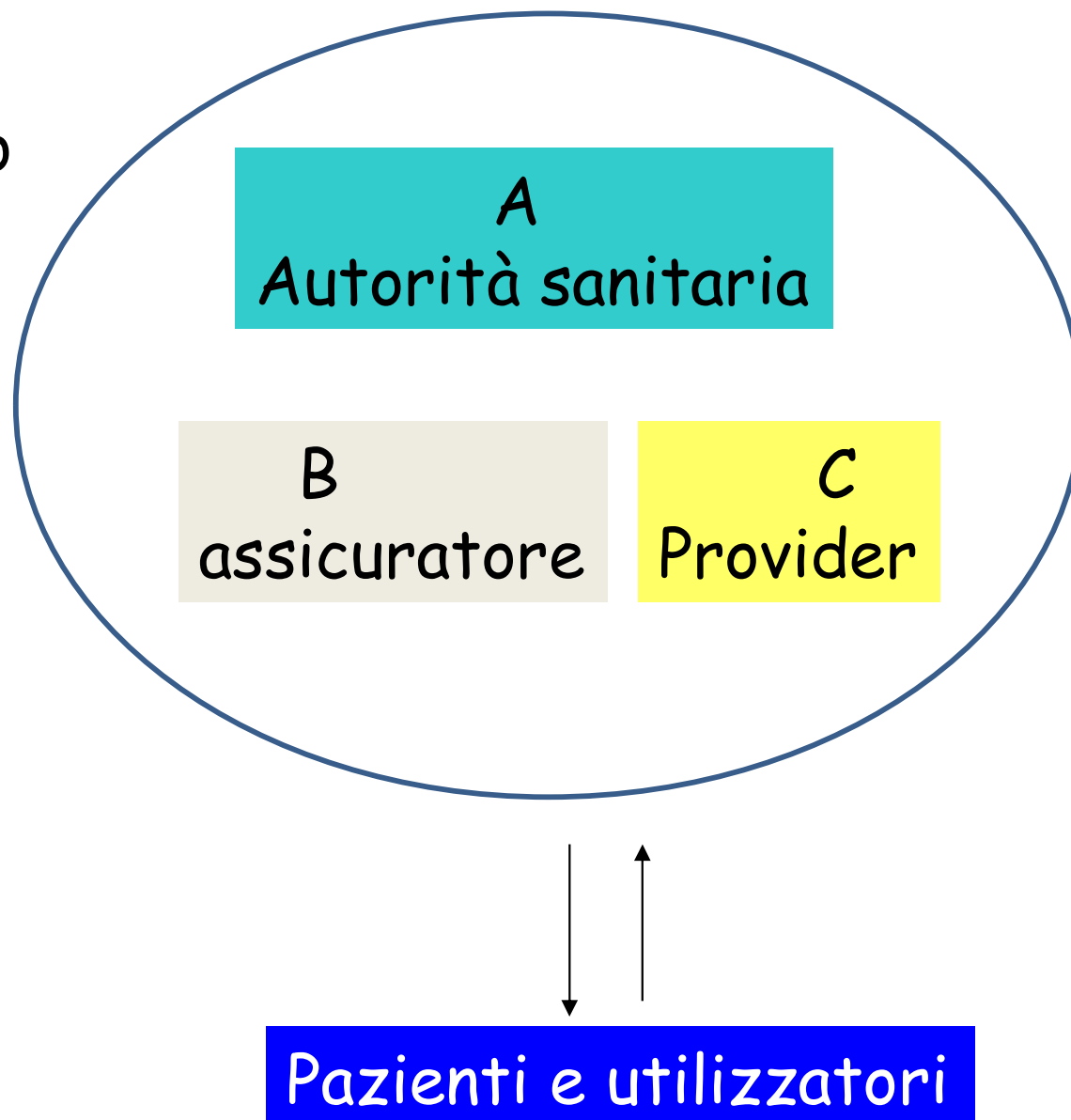
C = insieme dei fornitori di trattamenti e servizi finali (ospedali, cliniche, laboratori, medici di base....)

Modello integrato puro: l'unione dei tre insiemi A , B e C assembla tutte le attività sanitarie

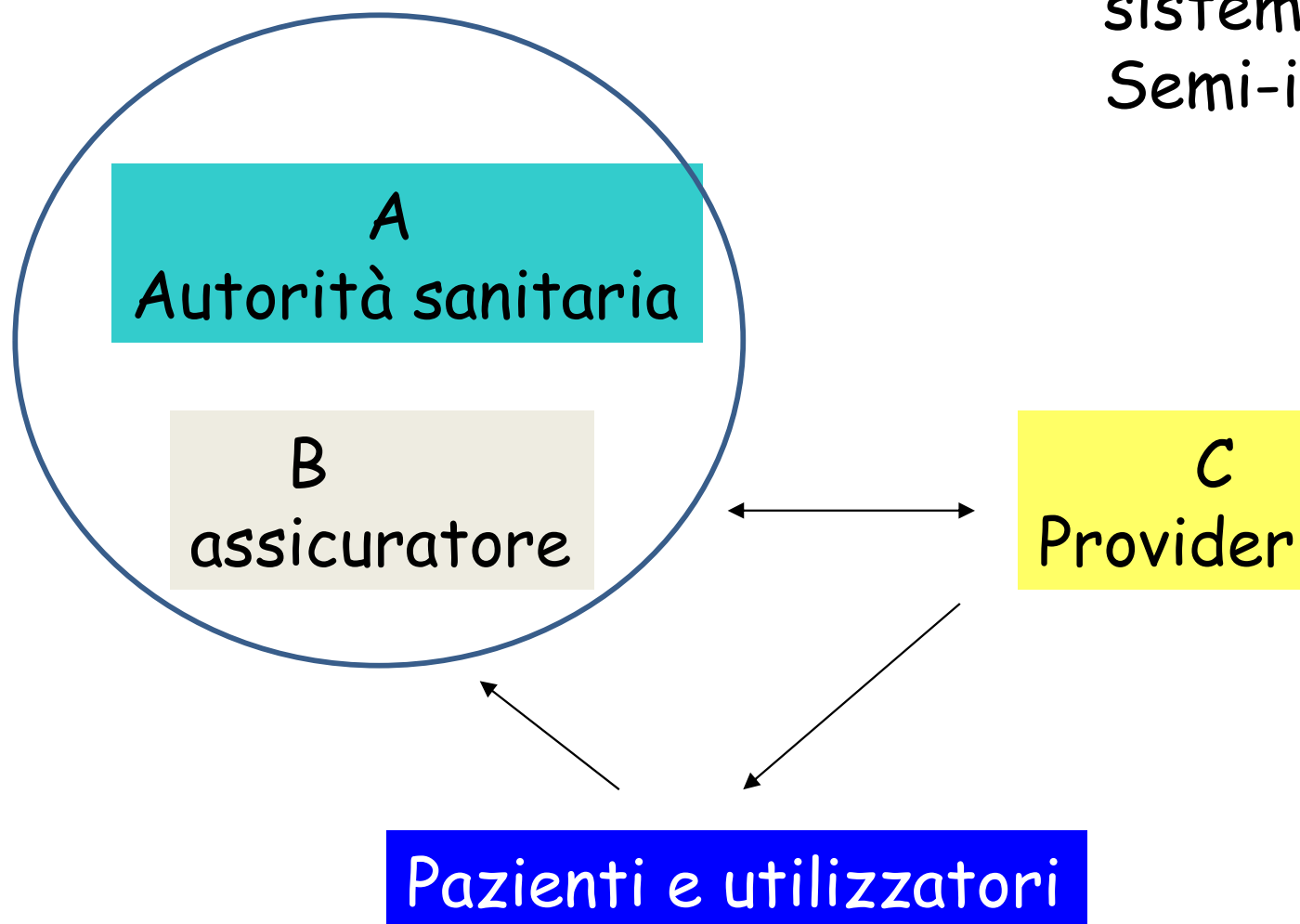
Semi-integrato : A and B sono legati in un insieme unione, che è separato da C ma acquista servizi da questo

Separato (Quasi-market): I tre insiemi sono totalmente separati e svolgono scambi contrattuali tra loro

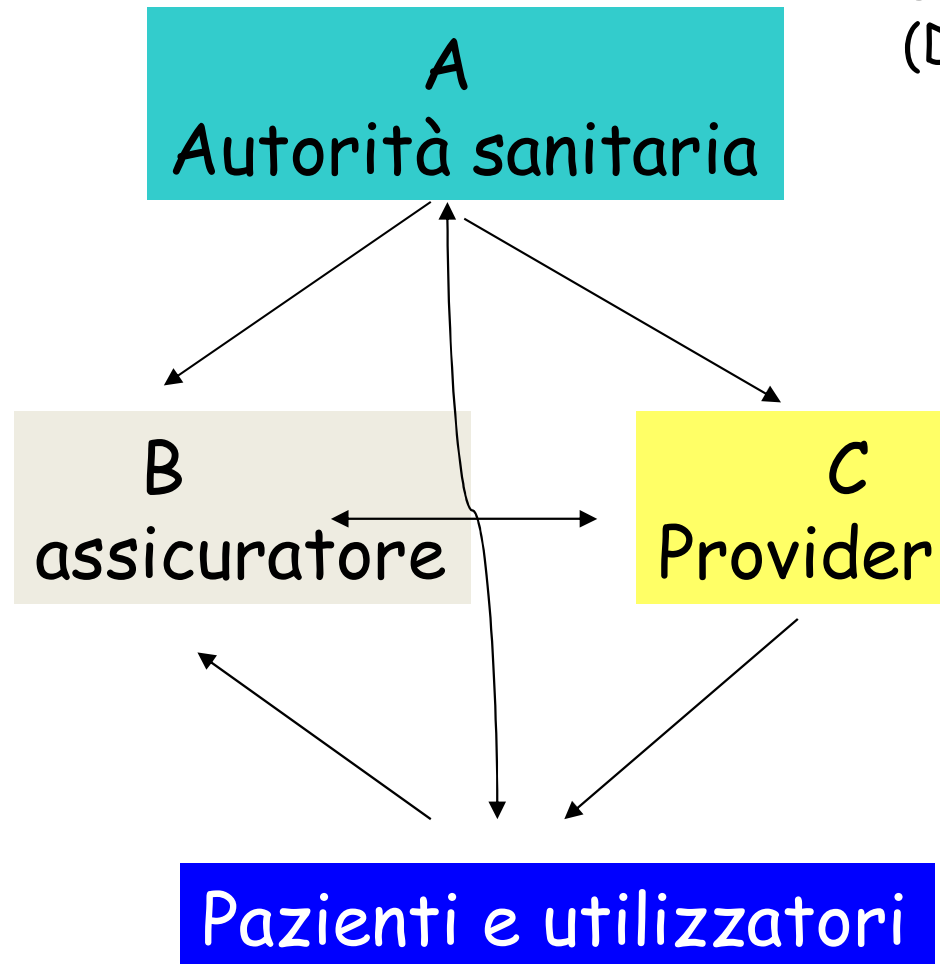
sistema
Integrato



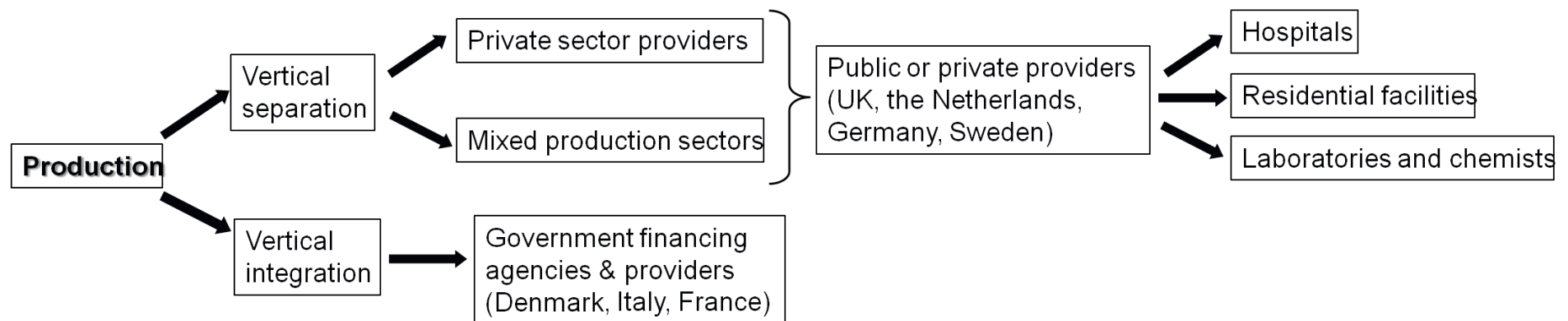
sistema
Semi-integrato



Sistema separato
(DRG)



Organizzazione della produzione di servizi sanitari



Pro e contro della separazione nell'organizzazione industriale della salute

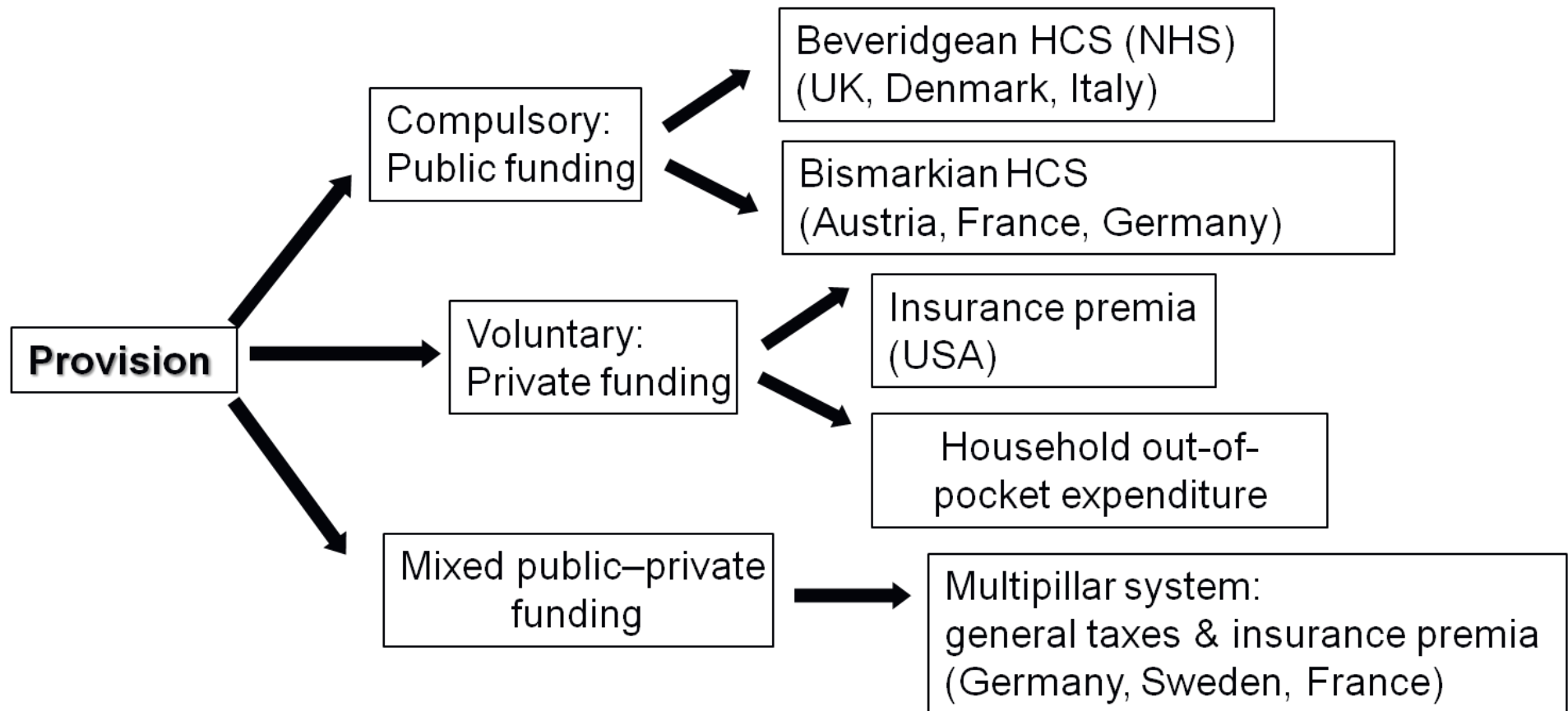
• *Benefici*

- incentivi positivi dal conflitto di interessi che corrispondono alla domanda da parte di una ASL (HD) e all'offerta da parte dei fornitori, come AO (TH)
- incentivi positivi da comportamenti di concorrenza-qualità-scelta derivanti dai contratti di acquisto
- Procedure contabili più trasparenti e migliore misurazione delle prestazioni
maggiore specializzazione gestionale sulle tre principali funzioni e responsabilità:
Assicurazione (percezione del rischio e del bisogno) Produzione (acquisti (controlli dell'input della domanda)
- Controlli di costi e qualità da parte dell'Autorità Sanitaria, agendo come "appaltatori consapevoli" e non come "acquirenti ciechi"

• *Costi*

- uno sfruttamento limitato delle economie di scala e di scopo (nessun vantaggio derivante dall'aumento dei rendimenti e dalla complementarità nella struttura dei costi)
- elevati costi di transazione per la firma e l'attuazione di contratti altamente incompleti
- mancanza di una visione aziendale complessiva delle tre funzioni gestionali e di conseguenza difficoltà a controllare efficacemente la domanda e l'offerta
- fenomeni di induzione della domanda da parte dei fornitori principalmente volti ad aumentare i ricavi

Sistemi di **fornitura e finanziamento**



SSN italiano produzione e finanziamento di servizi sanitari 2022, milioni e %

Finanziamento				%		
Produzione	pubblico	privato	totale	pubblico	privato	totale
pubblica	87203	3396	90599	58.8	2.3	61.1
privata	34307	23344	57651	23.1	15.7	38.9
TOTALE	121510	26740	148250	82	18	100

Nel 2022 la produzione e il consumo di servizi sanitari è stata di 148,2 miliardi, dove il settore pubblico ha prodotto 90,6 miliardi e quello privato 57,6. A sua volta il SSN ha acquistato dal privato convenzionato 34,3 miliardi (ricoveri in ospedali e Rsa, visite generiche e specialistiche, diagnostica e altro) e venduto 3,4 miliardi di prestazioni intramoenia ai pazienti paganti.

L'82% dei servizi sanitari è finanziato dalla fiscalità generale e il 18% con ticket, premi assicurativi privati e out-of-pocket

Rapporto OCSE 2023. 8 gruppi

Gruppi	caratteristiche
Germania , Israele, Paesi Bassi , Slovacchia e Svizzera	l'assistenza ambulatoriale e primaria prevalentemente erogate in strutture private. La copertura di base è offerta da più assicuratori, con possibilità per gli utenti di scegliere tra questi.
Australia, Belgio , Canada e Francia	la copertura di base è fornita da un unico assicuratore, le assicurazioni complementari svolgono un ruolo significativo e sono presenti forme di gate-keeping
Austria, Repubblica Ceca, Grecia, Giappone, Corea e Lussemburgo	fornitura di servizi prevalentemente privata, no sistemi di gate-keeping e ruolo delle assicurazioni complementari limitato
Cile, Colombia e Messico	fornitura mista (pubblica e privata) di servizi sanitari, copertura di base con più assicuratori e limitata possibilità di scelta dei fornitori
Estonia, Lettonia e Lituania	fornitura mista, copertura di base da parte di un unico assicuratore e libertà di scelta dei fornitori.
Ungheria, Islanda e Turchia	ampia libertà nella scelta dei fornitori di servizi sanitari e no sistemi di gate-keeping.
Costa Rica, Finlandia, Portogallo e Spagna	sistemi pubblici fortemente regolati, con limitata scelta dei fornitori e un importante ruolo del gate-keeping.
Danimarca, Irlanda, Italia , Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Regno Unito , Slovenia e Svezia	sistemi pubblici regolati in cui il gate-keeping viene utilizzato per limitare l'accesso alle cure specialistiche, con libertà di scelta dei fornitori di servizi.

Il SSN italiano secondo OCSE

- Il **sistema sanitario italiano** si caratterizza per un ampio ricorso al *gate-keeping*, (= > accesso a cure specialistiche richiede l'autorizzazione del MMG), e per la possibilità per i pazienti di scegliere tra diversi fornitori di servizi.
- Altre due caratteristiche distinguono il **nostro sistema** rispetto agli altri:
 - a. Il basso *livello di spesa per assicurazioni private* volontarie in percentuale al totale della spesa sanitaria: solo la Svezia registra un valore più basso.
 - b. Il basso *livello di fornitura privata di assistenza* primaria e specialistica ambulatoriale. Soltanto Italia e Regno Unito riportano una fornitura di servizi prevalentemente pubblica.
- In termini di **efficienza**, l'Italia si colloca in una posizione intermedia tra i Paesi OCSE, con un punteggio (0,59) superiore a quello di alcuni Paesi, tra cui Belgio, Germania e Portogallo, ma inferiore rispetto alla media OCSE (0,61). Anche nel proprio gruppo, l'Italia fa meglio solo di Slovenia e Polonia.
- L'efficienza migliora quando si includono tra gli input, oltre alla spesa sanitaria, altri parametri strutturali, come il numero di posti letto ospedalieri o il personale impiegato in sanità ogni 1.000 abitanti. Ciò suggerisce che, tenendo conto delle risorse assegnate, il nostro sistema genera risultati complessivamente buoni.

Le regioni italiane

- Secondo il rapporto "Rapporto Osservasalute" dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, le regioni italiane possono essere classificate in base a vari indicatori sanitari, come ad esempio:
- **Qualità dell'assistenza sanitaria** basata su indicatori come la *mortalità evitabile*, la *morbilità* e la *soddisfazione dei pazienti*.
- **Efficienza del sistema sanitario**: basata su indicatori come la spesa sanitaria pro capite, la percentuale di spesa sanitaria sul PIL e la produttività delle strutture sanitarie.

Performance	Regioni
elevate	Emilia-Romagna, - Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Toscana
media	Piemonte, Liguria, Umbria, Marche, Lazio
bassa	Campania, Puglia, Calabria, Sicilia

	€ pro capite	Punti LEA	Rapporto 2:1X100
Abruzzo	1880	204	10,8
Basilicata	1844	172	9,3
Calabria	1800	125	6,9
Campania	1780	168	9,4
Emilia R.	2074	221	10,7
Friuli V.G.	2108	205	9,7
Lazio	1830	203	11,1
Liguria	2077	206	9,9
Lombardia	2002	215	10,7
Marche	1880	212	11,3
Molise	2390	150	6,2
Piemonte	1943	188	9,7
Bolzano	2398	157	6,5
Trento	2231	187	8,3
Puglia	1836	193	10,5
Sardegna	1998	111	5,6
Sicilia	1816	173	9,5
Toscana	2006	222	11,0
Umbria	1935	211	10,9
Val D'Aosta	2067	160	7,8
Veneto	1929	222	11,5

Spesa pro capite per regione
e punteggi LEA – anno 2019

Punti Lea => rilevazioni basate
su autocertificazioni delle regioni



Terza colonna, Indicatore di efficienza quanti
P. Lea sono acquistabili con 100 euro

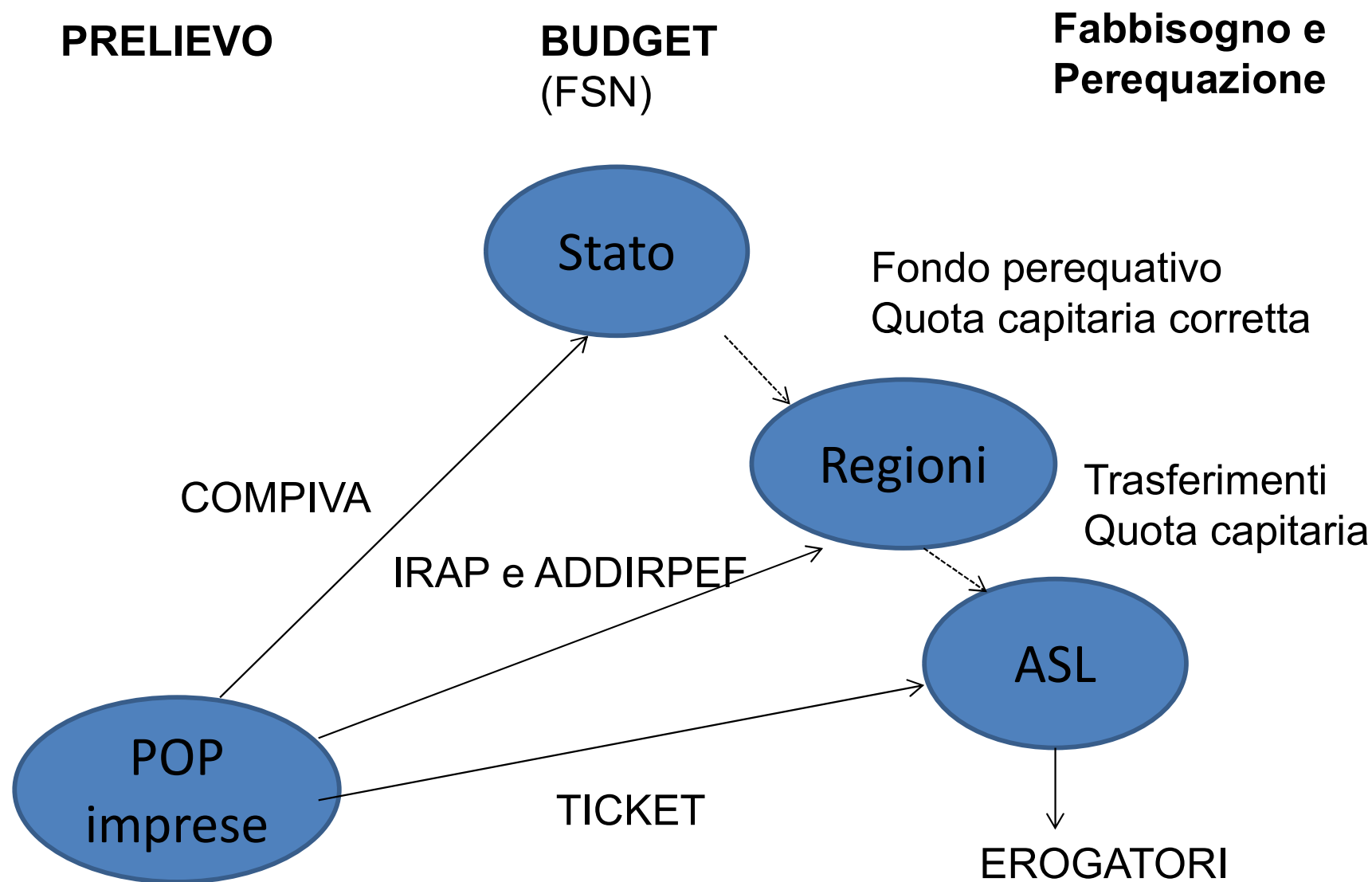
Efficienti > 11
Lazio, Marche, Toscana e Veneto, (Umbria)

Inefficienti <8
Calabria, Molise, Bolzano, Sardegna e Val d'Aosta

Mobilità interregionale

- Il flusso principale di mobilità (più di 3 miliardi) va dal sud Italia verso nord. I pazienti delle regioni meridionali si dirigono in prevalenza verso strutture ospedaliere settentrionali per interventi di alta complessità, che comportano trattamenti più costosi e specializzati.
- La contraddizione è che *la variabilità della spesa pro-capite, come visto, è piuttosto limitata*
- La *Campania*, la *Calabria* e la *Sicilia* risultano le regioni con il saldo negativo più pesante, cioè quelle che vedono una perdita economica dovuta alla “fuga” di pazienti.
- Nella sola Campania, sebbene vi sia stato di recente un lieve miglioramento, la tendenza a rivolgersi a strutture di altre regioni per le cure specializzate rimane alta e il saldo in negativo è più di 211 milioni. Seguono la Calabria (-191 milioni) e la Sicilia (-139 milioni).
- Tuttavia, si rileva anche una mobilità di prossimità (pazienti frontalieri) con uno squilibrio più significativo tra le regioni del centro-nord, soprattutto quelle di confine (70% del totale rispetto al 30% del sud).

Budget SSN e ripartizione: fabbisogno nazionale di spesa per i LEA



Prelievo fiscale regionale e copertura della spesa regionale

Lombardia	Veneto ed Emilia	Lazio	Toscana	Campania e Puglia	Calabria e Basilicata
59%	54%	53%	48%	30%	20%

Nessuna regione è autosufficiente



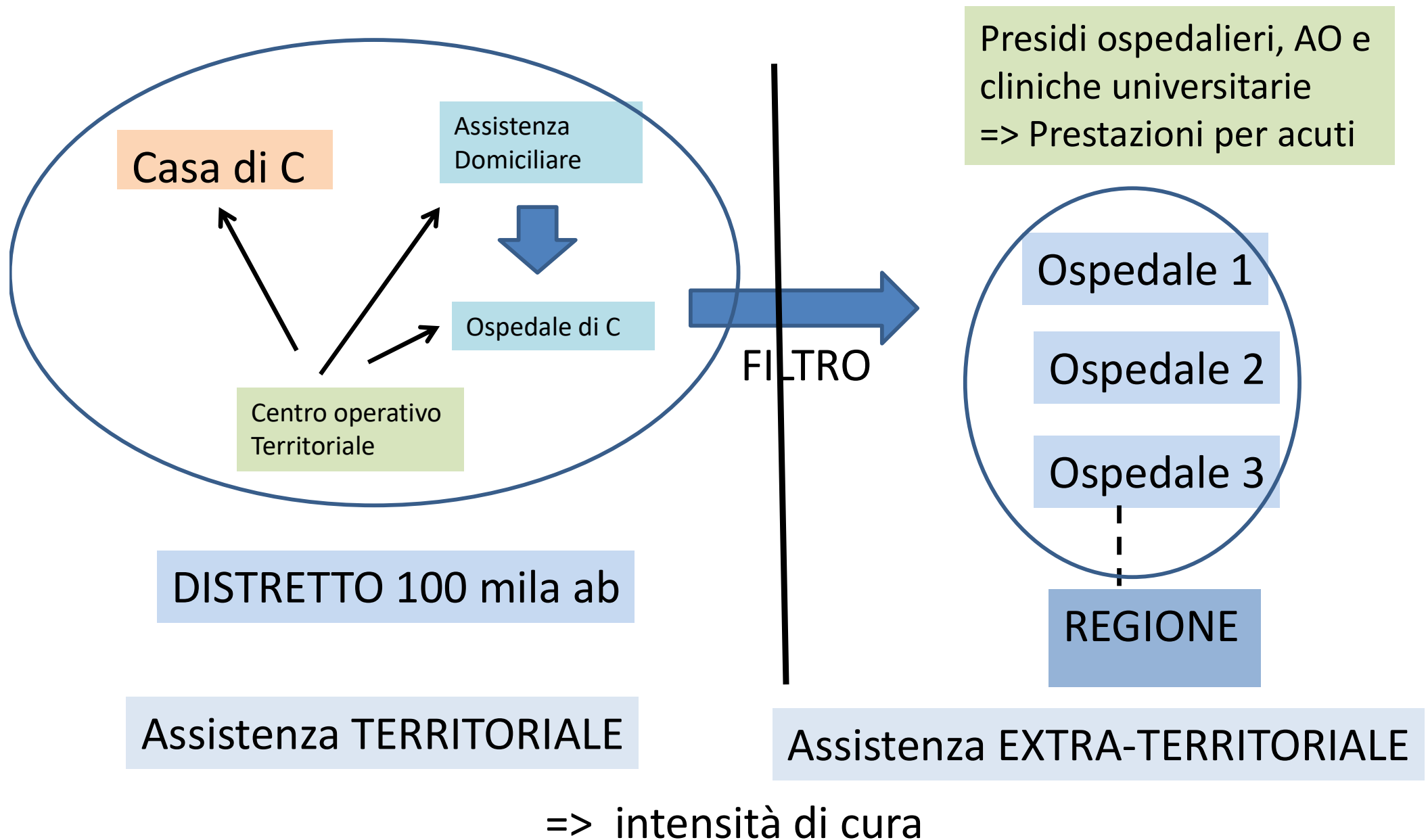
Stato contribuisce al fabbisogno di spesa regionale con il riparto di COMPIVA (trasferimento)

- Dal 41% della Lombardia al 80% della Calabria

Il finanziamento della sanità privata

- **Assicurazioni integrative** => circa 1 milione di famiglie (4,2% del totale) con polizza aggiuntiva al SSN
 - Società assicurative (*for profit*)
 - Fondi sanitari e mutue volontarie (*non profit*) => odontoiatria, protesi, prestazioni strutture residenziali, ass. infermieristica domiciliare, *long term care*, intramoenia, medicina non convenzionale, ticket
 - Fondi aziendali
 - Fondi di categoria
 - Mutue territoriali

Medicina territoriale => Nuova organizzazione industriale



Obbiettivo : un sistema a tre pilastri più equilibrato

