



# SSST

## Stato e mercato

modulo: Economia sanitaria

Nerina Dirindin



1



Indice della conversazione

Lezione 26 aprile 2012


Il bisogno di salute

Il sistema sanitario italiano


Le giustificazioni dell'intervento pubblico




2



Il bisogno di salute




3




Lo stato di salute è in continuo miglioramento

In Italia

- l'aspettativa di vita (alla nascita) è fra le più alte al mondo e in continua crescita: 74 anni nel 1980 oltre 80 anni nel 2006;
- la mortalità infantile è passata da 15 per 1000 nati vivi del 1980 a meno del 5 per 1000 nel 2006;
- gli anni di vita potenzialmente persi per cause evitabili sono fra i più bassi al mondo: circa il 20% in meno di F e D, quasi la metà degli USA;
- le malattie croniche insorgono sempre più avanti negli anni;



4



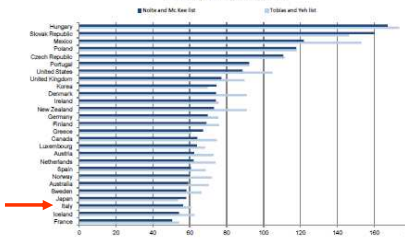
Mortalità evitabile - Oecd, WP, 2010

Amenable mortality


Amenable mortality is defined as those deaths that are potentially preventable by timely and effective medical care. It is measured by age-specific mortality rates for selected causes of death (e.g. asthma below age 45).

Figure 4. Amenable mortality: international comparison using two different lists


All causes, 2005 or closest year available



Age-standardized death rate per 100 000

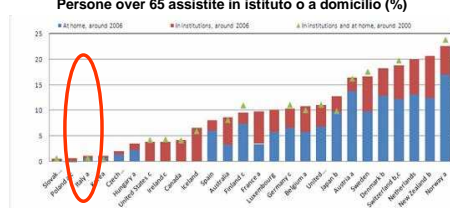


5




Il problema della "non autosufficienza"

Persone over 65 assistite in istituto o a domicilio (%)



Fonte: Oecd Health Data 2008

L'Italia è agli ultimi posti nell'Oecd.



6

**... la non autosufficienza è il primo problema**

La non autosufficienza aumenta in valore assoluto, anche se la frequenza fra gli anziani cresce lentamente

**Anziani (>65) con due o più ADL**

	V.A.	% su pop > 65
Istat 1999	633.000	6,27 %
Istat 2005	705.000	6,33 %

Fonte: Agenas su dati Indagine Istat

**CRIFE**

7

**I servizi negli ultimi anni di vita**

**The Quality of Death Index**

I servizi di cura nella fase terminale della vita sono particolarmente carenti.

L'Italia è al 24° posto in graduatoria, su 40 paesi

**CRIFE**

8

**I determinanti della salute**

La salute dipende da un insieme di fattori (ambientali, comunitari e individuali) e non solo dal sistema sanitario.

Quale che sia l'indicatore sociale impiegato - istruzione, classe sociale, caratteristiche dell'abitazione, ecc. - il rischio di mortalità cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono.

**CRIFE**

9

**Mappa delle disuguaglianze**

**spesa sanitaria pubblica**

**CRIFE**

10

**Mappa delle disuguaglianze: mortalità neonatale**

**CRIFE**

11


**Mappa delle disuguaglianze:**

**prevalenza di HIV/AIDS**

Fonte: Onu - 2004

**CRIFE**

12



## Il sistema sanitario italiano

 13



### Le società di mutuo soccorso

La storia della tutela della salute ha inizio con le SMS, per lo più operaie, che nella seconda metà del XIX secolo si diffondono prevalentemente per proteggere il lavoratore contro gli eventi che incidono sulla capacità lavorativa.


La rivoluzione industriale ha infatti importanti ripercussioni sui rischi di malattia degli operai.

Le SMS hanno carattere aziendale: tendono a favorire la solidarietà all'interno di singole categorie di Lavoratori.

Sistema estremamente frammentato



 14



### Due date importanti della storia più recente

**1948**

- 1948 – Organizzazione Mondiale Sanità
- 1948 – ONU Dichiarazione universale diritti dell'uomo
- 1948 – Costituzione italiana

**1978**

- 1978 – conferenza di Alma Ata
- Legge 194/1978
- Legge 180/1978
- Legge 833/1978

 15



### 1948: nasce l'Organizzazione Mondiale della Sanità

Il 7 aprile 1948 nasce



Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)  
- World Health Organization (WHO) -  
agenzia delle Nazioni Unite dedicata alla sanità

Secondo l'OMS,  
la salute è uno stato di benessere mentale, fisico e sociale  
e non solo lo stato di assenza della malattia

 16



### 1948 – Dichiarazione Universale Diritti dell'uomo


#### Articolo 25

Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.




Eleanor Roosevelt, Presidente Commissione  
Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo.

 17



### 1948 – La Costituzione Italiana




Art. 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.


 18




# 1978 – Legge 833 istitutiva del SSN

**Art. 1**


*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.*



Una legge votata dall'85% del Parlamento




19




# Legge 23/12/1978, n. 833: i principi

Tre principi cardine:

- Universalità dell'assistenza sanitaria
- Globalità nell'offerta di servizi e prestazioni
- Solidarietà nel finanziamento attraverso la fiscalità generale



20



# SSN: I problemi degli anni '80

Assenza di programmazione nazionale (e in parte regionale)


Ingerenza dei partiti nella gestione

Mancanza di autonomia e direzione “manageriale”


Remunerazione non correlata alle attività (e ai risultati)

De-responsabilizzazione finanziaria USL e Regioni

- Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN
- Disallineamento tra responsabilità di spesa e di finanziamento
- Sottofinanziamento e Ripiano dei disavanzi



21




# Le riforme del SSN negli anni '90

**Seconda riforma**


la costituzione del sistema delle aziende per favorire l'efficienza e la managerialità della gestione con il Decreto legislativo 502/93 e 517/93

**Terza riforma**

la previsione dei Livelli Essenziali di Assistenza per garantire l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale con il Decreto legislativo 229/99.



22



# Decreto Legislativo 30/12/1992 n. 502

**Aziende (ASL) con personalità giuridica pubblica**

**Riduzione del numero di aziende**


**Finanziamento a quota capitaria e prestazioni a tariffa**

**Direzione aziendale: Direttore generale, Direttore sanitario e amministrativo nominati dal DG**


**Sistema di accreditamento (introdotto)**

**Adozione sistematica del metodo VRQ**

**Dipartimenti di prevenzione**



23



# Diritto alla salute nel 229/1999


**Il S.s.n. assicura:**

**attraverso risorse pubbliche**

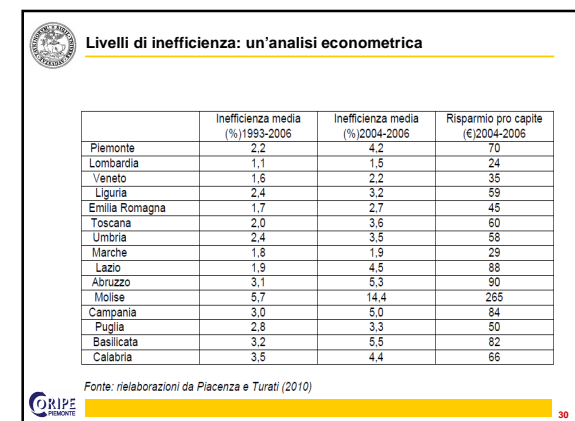
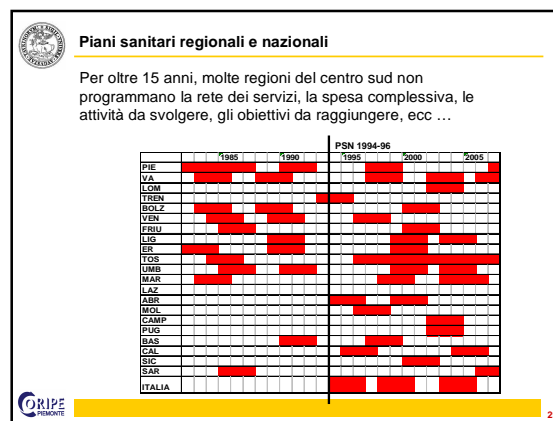
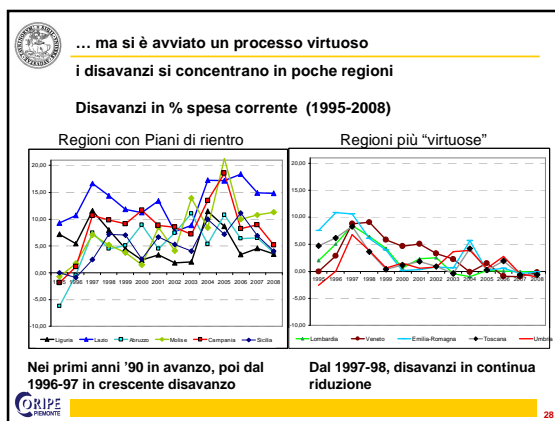
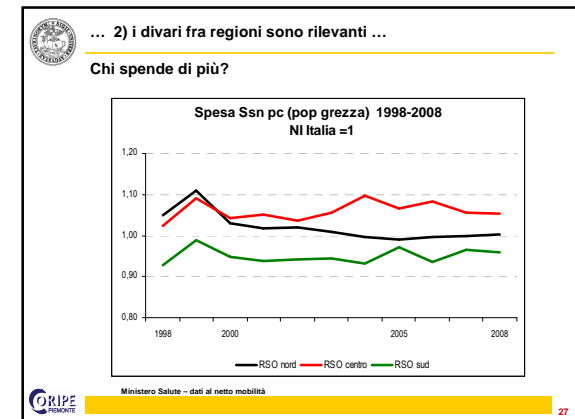
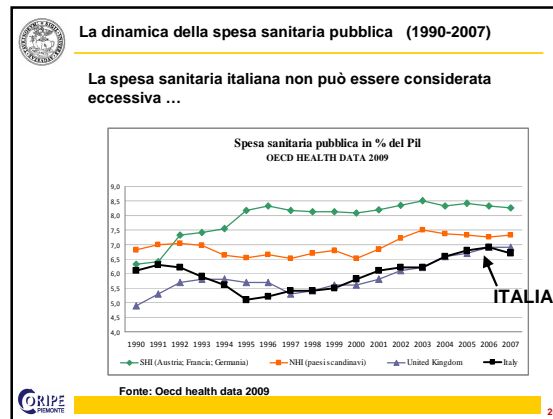
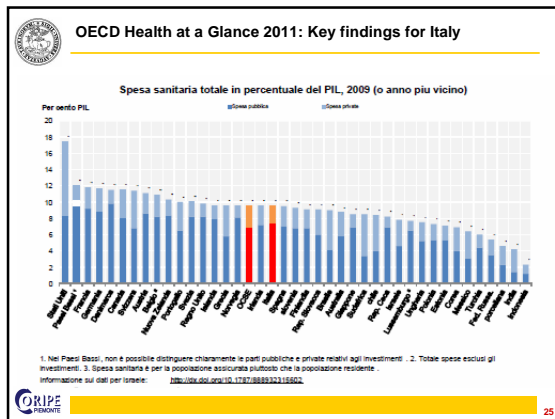
**in coerenza con principi e obiettivi L. 833**

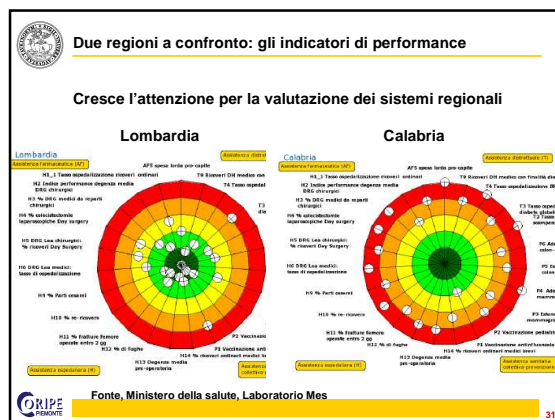
**i livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto dei principi**

- dignità della persona
- bisogno di salute
- equità nell'accesso
- appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze
- economicità nell'impiego risorse



24



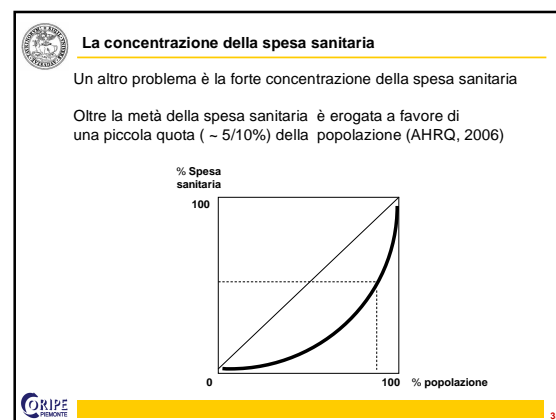


### Le ragioni dell'intervento pubblico in sanità

- ### Le ragioni dell'intervento pubblico nel settore sanitario
- a) Ragioni di efficienza**
- **Esternalità positive** (vaccinazione, ..)
  - **Beni pubblici** (solo in ambiti limitati: ricerca biomedica, interventi di sanità pubblica, ...)
  - **Insufficiente concorrenza**: costi decrescenti (grandi tecnologie, alta specializzazione, ...) e comportamenti monopolistici (in zone a bassa densità di popolazione, per alcune specializzazioni, ...)
  - **Ignoranza consumatore** (sullo stato di salute, sui trattamenti disponibili e sui loro possibili effetti, ...): da cui ruolo del medico come agente
  - **Experience goods** (beni che il consumatore è in grado di apprezzare solo *dopo* averli consumati): es. difficoltà a scegliere il medico
  - **Inefficienza mercati assicurativi**: offerte incomplete, moral hazard, adverse selection

### b) Ragioni di equità

tutela della salute è diritto *fondamentale* da garantire a prescindere dai vincoli di reddito

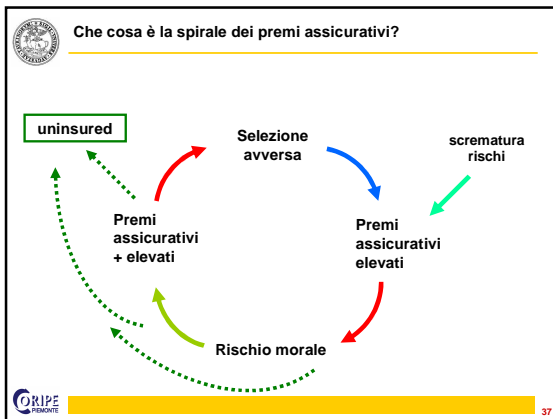




### A Small Proportion of the Total Population Accounts for Half of All U.S. Medical Spending

Distribution of health care expenditures for U.S. population

	1977	1980	1987	1996	2002
Top 1%	27	29	28	28	22
Top 5%	55	55	56	56	49
Bottom 50%	3	4	3	3	3

AHRQ, 2006



-  **Gli “uninsured” negli USA**
- il risultato è una limitazione dell'accesso alle coperture assicurative (e alle cure sanitarie) da parte dei meno abbienti e dei più esposti al rischio
1. **POVERI** (vincoli di bilancio stringenti)
  2. **MALATI / DISABILI** (eventi molto probabili, da cui offerta incompleta)
  3. **DIFFICILI** (non poveri, non malati ma appartenenti a gruppi piccoli, non omogenei e con poche capacità contrattuali)
  4. **CONSUMATORI MINORI** (a bassa probabilità di consumo)
  5. **NON AVVERSI AL RISCHIO**
  6. **FREE – RIDERS** (confidano nell'aiuto degli altri)
- (Fuchs 1991)
-  38