

SCHEMA DELLA SECONDA LEZIONE

- **Il mercato dei servizi sanitari**
- **Le prestazioni sanitarie**
- **L'Health Model**



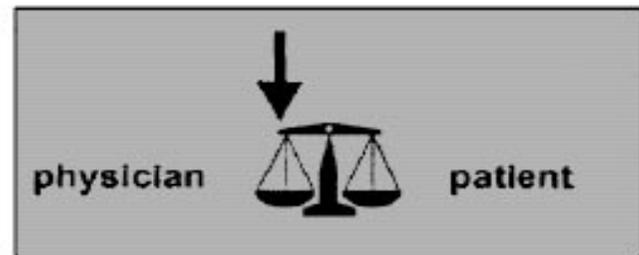
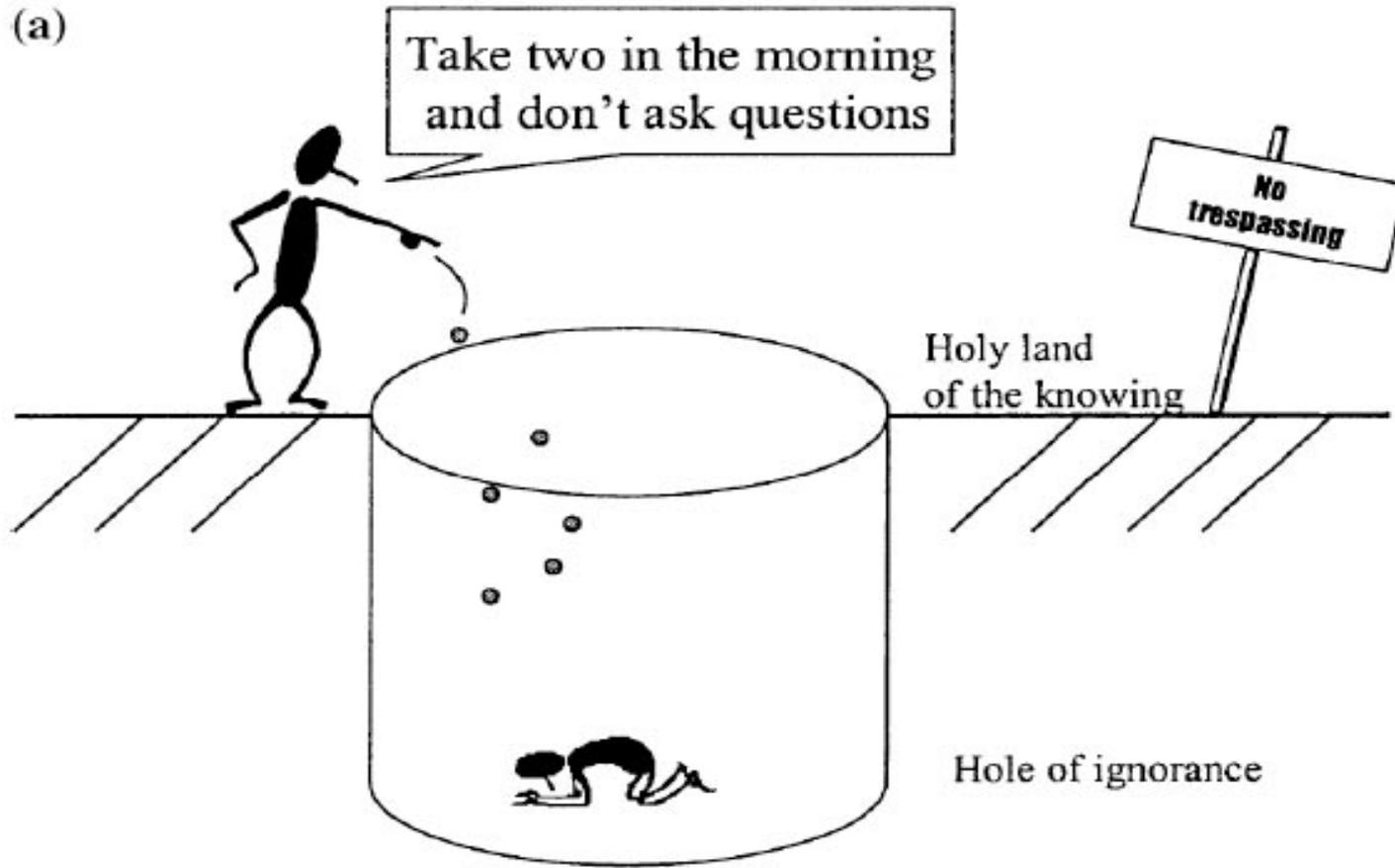
Il tradizionale rapporto medico-paziente

Tradizionalmente, nel rapporto medico-paziente è quest'ultimo quello con il maggior "potere": il paziente si trova in uno stato di estrema necessità, ma non ha le informazioni sufficienti per fare la scelta migliore. Deve perciò rivolgersi ad un attore esterno che esprimerà la domanda al suo posto.

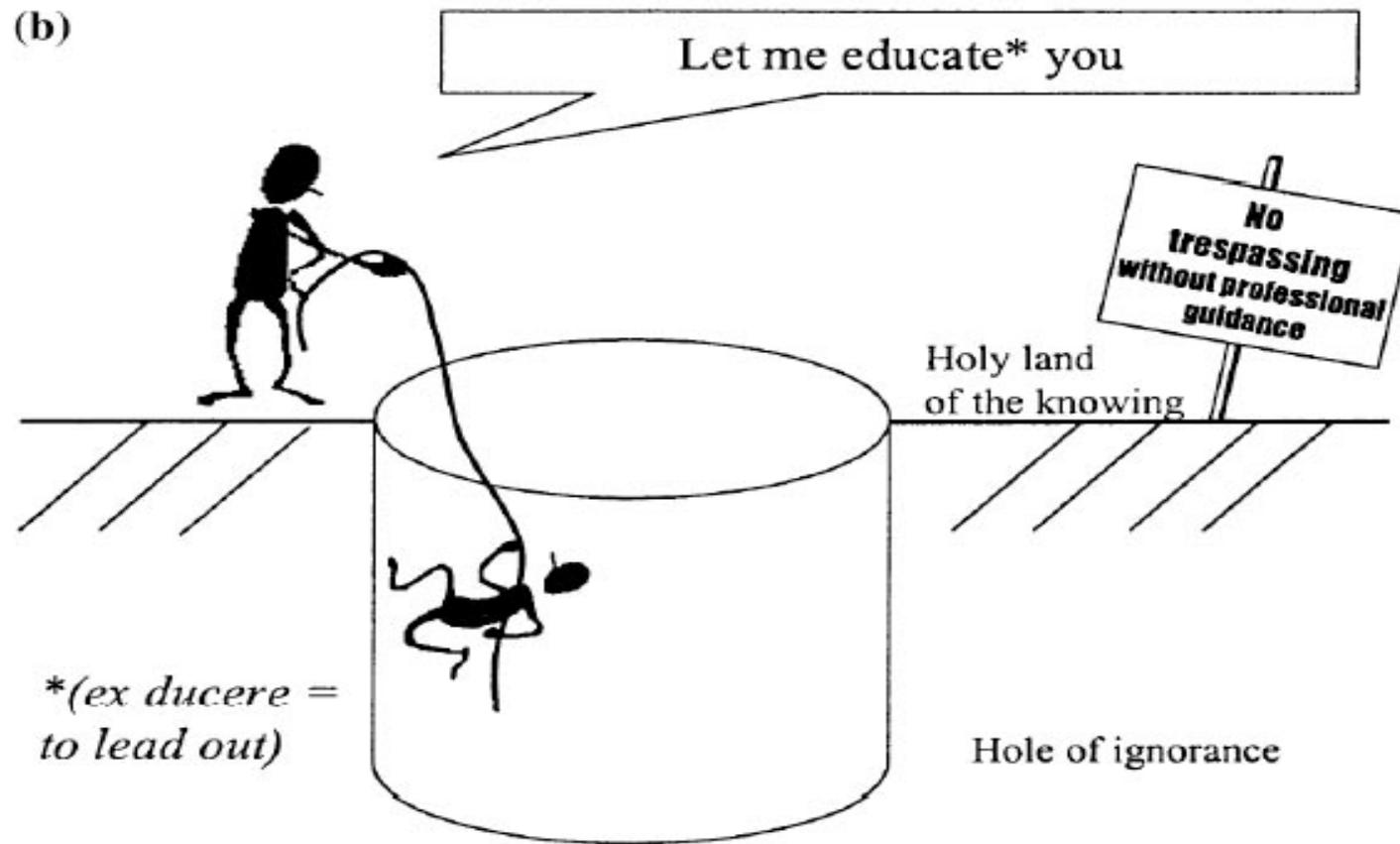
Nella maggior parte dei casi il paziente non ha nemmeno gli strumenti per valutare la scelta fatta dal medico.

Si tratta perciò in genere di una relazione fortemente gerarchica.

(a)



(b)



Verso una maggior consapevolezza del paziente

Di recente, tuttavia, si assiste alla volontà del consumatore di assumere un ruolo maggiormente attivo all'interno della relazione.

Questo perchè:

1. Sono gradualmente migliorati i livelli educativi della popolazione;
2. Grazie al progresso tecnologico, aumenta nei pazienti l'idea che la scienza possa risolvere tutti i problemi, e quindi sono meno inclini ad accettare che non esista una cura per la loro malattia;
3. C'è una tendenza crescente verso la medicina preventiva;
4. Si assiste ad un maggior orientamento verso la protezione del consumatore;
5. Inefficienze, lunghe liste di attesa e contrazioni nella spesa pubblica per la sanità inducono il consumatore a pagare di tasca propria per i servizi sanitari.



Verso un paziente più attivo:

1) DTC advertisement

Il DTC advertisement riflette queste nuove tendenze verso un paziente più attivo e consapevole.

Prima del 1997 era permessa la pubblicità di farmaci solamente su riviste mediche o conferenze.

Successivamente **Stati Uniti** e **Nuova Zelanda** hanno deciso di consentire che i trattamenti farmacologici venissero pubblicizzati anche utilizzando i normali canali mediatici.



DTC advertisement: contro

Sono in molti ad evidenziare i possibili effetti negativi di una pubblicità di farmaci direttamente al consumatore:

- ü Aumento di domanda verso farmaci nuovi e più costosi ma non necessariamente più necessari;
- ü Possibile conseguente aumento della spesa sanitaria;
- ü Coinvolgimento del paziente in aree scientifiche che vanno oltre le proprie basi di conoscenza
- ü Possibile sbilanciamento della relazione medico-paziente (più o meno pronunciato a seconda del modo con cui i medici sono retribuiti).



DTC advertisement: pro

Altrettanto numerosi sono i sostenitori del DTC advertisement, principalmente per le seguenti ragioni:

- ü I pazienti hanno comunque una molteplicità di canali per venire a conoscenza di informazioni mediche (fiction, siti internet, inserti nei quotidiani, ecc..)
- ü I pazienti sono maggiormente coinvolti nel processo decisionale che riguarda aspetti determinanti della loro vita;
- ü I pazienti aumentano la propria capacità di informare i medici relativamente ai propri problemi;
- ü I medici possono avvantaggiarsi di informazioni che i pazienti hanno acquisito per conto proprio
- ü Migliora la comunicazione tra medico e paziente e quindi la capacità di quest'ultimo di seguire le indicazioni del proprio dottore.



Verso un paziente più attivo: 2) E-pharmacy

Per e-pharmacy si intende la vendita via web di farmaci al consumatore finale.

L'e-pharmacy è stata introdotta negli Stati Uniti al fine di superare alcuni problemi che esistevano nel tradizionale sistema di distribuzione di prodotti farmaceutici, ossia:

- 1) scomodità;
- 2) mancanza di privacy;
- 3) limitata gamma di prodotti;
- 4) scarsità di informazioni.



Verso un paziente più attivo: 2) E-pharmacy (cont.)

In **Europa** esistono diversi **ostacoli** alla diffusione dell'e-pharmacy, prevalentemente legati al diverso contesto normativo. In particolare:

- 1) Esistono norme particolarmente restrittive relativamente alla pubblicità di farmaci, di conseguenza le farmacie che vogliono operare on-line devono seguire regole piuttosto rigide sui modi in cui possono avvicinarsi alla clientela;
- 2) In molti paesi europei non è permessa la distribuzione di farmaci via posta;
- 3) A differenza dell'Europa, negli Stati Uniti i farmaci possono essere venduti anche utilizzando canali diversi dalle farmacie;
- 4) Le farmacie tradizionali, distribuite in maniera capillare sul territorio, possono opporre una forte resistenza alla diffusione di farmacie on line;
- 5) Dal momento che la spesa sanitaria in Europa è amministrata dai sistemi sanitari nazionali, occorrerebbe un accordo fra agenzie governative (che sono i principali finanziatori) e farmacie on-line.

Verso un paziente più attivo: 2) E-pharmacy (cont.)

- 6) I paesi europei sono caratterizzati spesso da forti politiche di contenimento dei costi che potrebbero ostacolare la diffusione di iniziative legate all'e-pharmacy;
- 7) I mercati europei hanno diverse norme relativamente al rimborso e internet espone le farmacie on-line ad un mercato frammentato, forzandole a sviluppare i propri servizi in maniera diversa per far fronte alle diverse normative;
- 8) Esistono diverse procedure per il rilascio delle necessarie autorizzazioni. Anche l'introduzione di un'autorità unica (EMA, European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) non migliora molto la situazione, a causa della lentezza della procedura.



my.ePharmacy.com

Hello Mary,
How are you feeling?

- Your health diary

Your preferred store:

- CVS, Main Street

Questions?
Ask the pharmacist

June 1, 2000

Joe Smith, R.Ph.

Your Rx:

- Lipitor (Refill 8/1)
- Premarin (Refill now)
- Levatol (Past due)

Link to:

- High-blood-pressure news
- Other products
- womenhealth.com

Medication manager

Lipitor

- Order history
- Due for refill 8/1
- Your health log
- Lipitor info. from **Warner-Lambert**
- Lipitor update from ePharmacy
- Cholesterol-lowering tips
- Join an online support group or find one in your area

Sign up to be alerted when it is time to take your Lipitor

Alert me on my:

- Cell phone
- Wireless PDA
- Beeper

Mary, your Levatol refill is past due. If you still have pills left, you may not be getting the full benefit of your treatment.

- How beta blockers work
- Latest studies
- Benefits and side effects at a glance
- Not happy with meds? Tell us why.
- Order more



CLICK HERE FOR
LIVE HELP

EPHARMACY-PILLS.COM

your favorite online pills store

US LICENSED PHYSICIANS >> US LICENSED PHARMACIES >> US LICENSED PHYSICIANS >> US LICENSED PHARMACIES >> US LICENSED PHYSICIANS >> US LICENSED PHARMACIES

HOME ORDER STATUS FAQ AFFILIATES CONTACT US NEWSLETTER REFER A FRIEND



Toll free: 877-479-2455

Discreet Unmarked Packages

The Lowest Prices Online

Complete PRIVACY

Free Prescription with your Order

FedEx Overnight Shipping

Allergies Anti Depressants Anxiety Antibiotics Arthritis Anti-Parasitic Anti-Viral Birth Control Blood Pressure Headache Heartburn

Men's Health Motion Sickness Muscle Relaxant Pain Relief Sexual Health Skin Care Stop Smoking Weight Loss Women's Health

PRODUCTS LIST

- Aciphex
- Acyclovir
- Albenza
- Aldactone
- Aldara
- Alesse
- Allegra
- Allegra D
- Amoxicillin
- Antivert
- Aphthasol
- Atarax
- Bentyl
- Buspar
- Butalbital-APAP
- Carisoprodol
- Celexa
- Cialis

Viagra



NEW LOW PRICE

\$89.99

ORDER NOW

Tramadol



NEW LOW PRICE

\$59.99

ORDER NOW

Cialis



NEW LOW PRICE

\$87.00

ORDER NOW

Propecia

Levitra

Fioricet

- Elavil
- Elidel
- Elimate
- Esgic Plus
- Estradiol
- Eurax
- Evista
- Famvir
- Fioricet
- Flexeril
- Flextra DS
- Flonase
- Fluoxetine
- Gris-Peg
- Imitrex
- Kenalog
- Kenalog Aerosol
- Lamisil Oral
- Levid
- Levitra
- Lexapro
- Lipitor
- Microzide
- Mircette
- Motrin
- Naprosyn
- Nasacort AQ
- Nasonex
- Nexium
- Nizoral
- Norvasc
- Ortho Evra
- Ortho TriCyclen

ORDER NOW

ORDER NOW

ORDER NOW

WELCOME TO OUR ONLINE PHARMACY

We are proud to be able to bring you our wide selection of medicines, all of them are available to you online, 24x7. **No Waiting** for Doctors, you will enjoy **Complete privacy**, and you can order anytime, in your **Own time**, with **No prior prescription needed!** Now you can enjoy the convenience of ordering from your own home or office at the time that suits you! Order **Safely and Securely** through our secure transaction server, and pay using a wide range of credit cards.

Our order process could not be simpler, just select the medicines you need, fill in our medical questionnaire, and submit your order. Our **U.S Licensed Physicians** will review your order and issue your prescription. Next, our **U.S. Licensed Pharmacies** will dispense, and **FedEx** your order discreetly using **Next day** delivery.

You can contact us at any time either by clicking the **Live Help** button for a live chat session with our customer service staff, or you can call us toll-free on **877-479-2455**. We look forward to helping you with all your medical needs, this time, and in the future.

Verso un paziente più attivo: 3) Internet

Internet è uno strumento formidabile che il consumatore può utilizzare per qualificare il proprio ruolo, perché, tra le altre cose:

1. È disponibile ad un numero crescente di persone;
2. Il costo è relativamente basso;
3. Si possono facilmente confrontare i pareri di più esperti a livello nazionale ed internazionale
4. Si possono fare domande in modo anonimo e senza paura di sembrare ingenui o ignoranti
5. Le informazioni vengono selezionate in base alle proprie specifiche esigenze



I rischi di Internet

Tuttavia, questo strumento non è esente da rischi e inconvenienti:

1. L'accesso è distribuito in maniera eterogenea tra la popolazione;
2. La qualità dell'informazione varia molto; spesso è estremamente difficile verificare l'attendibilità della fonte, anche perché non esiste un ente garante;
3. Alcuni siti potrebbero spacciare per "neutrali" informazioni che in realtà nascondono la volontà di "pilotare" il comportamento dei pazienti (ad es. da parte di case farmaceutiche)
4. Potrebbero presentarsi problemi di privacy legati al modo con cui vengono utilizzate le informazioni personali dei pazienti

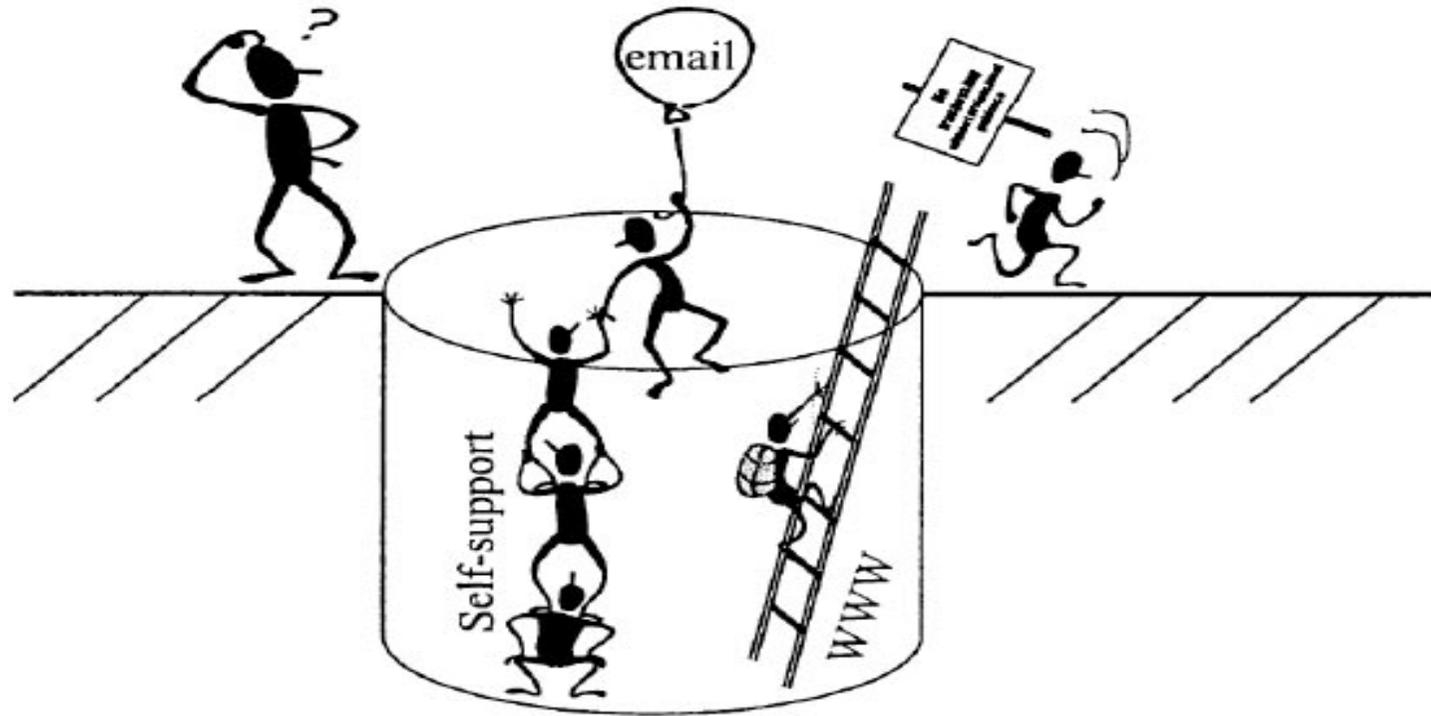


I rischi di Internet (cont.)

5. Potrebbero nascere conflitti tra la volontà del paziente di disporre del miglior trattamento possibile di cui è venuto a conoscenza tramite internet e la capacità del sistema sanitario di fornirlo;
6. L'utilizzo di Internet potrebbe diminuire la fiducia del paziente nei confronti del medico;
7. Il paziente potrebbe ritardare in maniera eccessiva l'uso delle strutture sanitarie, sottovalutando il proprio problema, o sopravvalutando l'utilità delle informazioni raccolte per risolverlo, arrivando persino a sostituirsi completamente al medico.



(c)



Il medico e Internet

Paradossalmente, uno dei principali ostacoli alla diffusione di Internet come strumento per acquisire informazioni da parte del paziente è proprio il medico. Numerosi studi hanno dimostrato che quest'ultimo si sente molto spesso minacciato dal processo di informatizzazione del paziente, per una varietà di motivazioni:

1. I medici potrebbero più facilmente essere esposti ad azioni legali, in quanto il paziente può reperire informazioni sui possibili trattamenti ottimali e contattare facilmente gruppi di supporto;
2. I medici sono spesso scettici di fronte ad informazioni sanitarie sottoposte loro dai pazienti, anche nel tentativo di rafforzare la propria autorità;
3. Spesso i medici non hanno possibilità di avere lo stesso grado di conoscenza informatica dei pazienti;
4. Il sistema di remunerazione dei medici può ridurre la loro volontà di utilizzare lo strumento informatico.

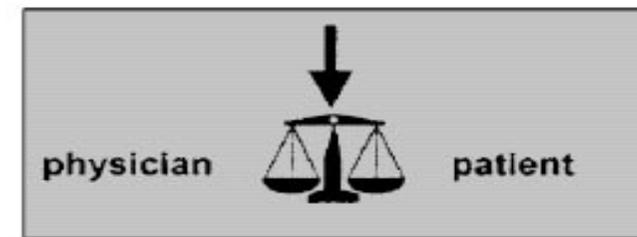
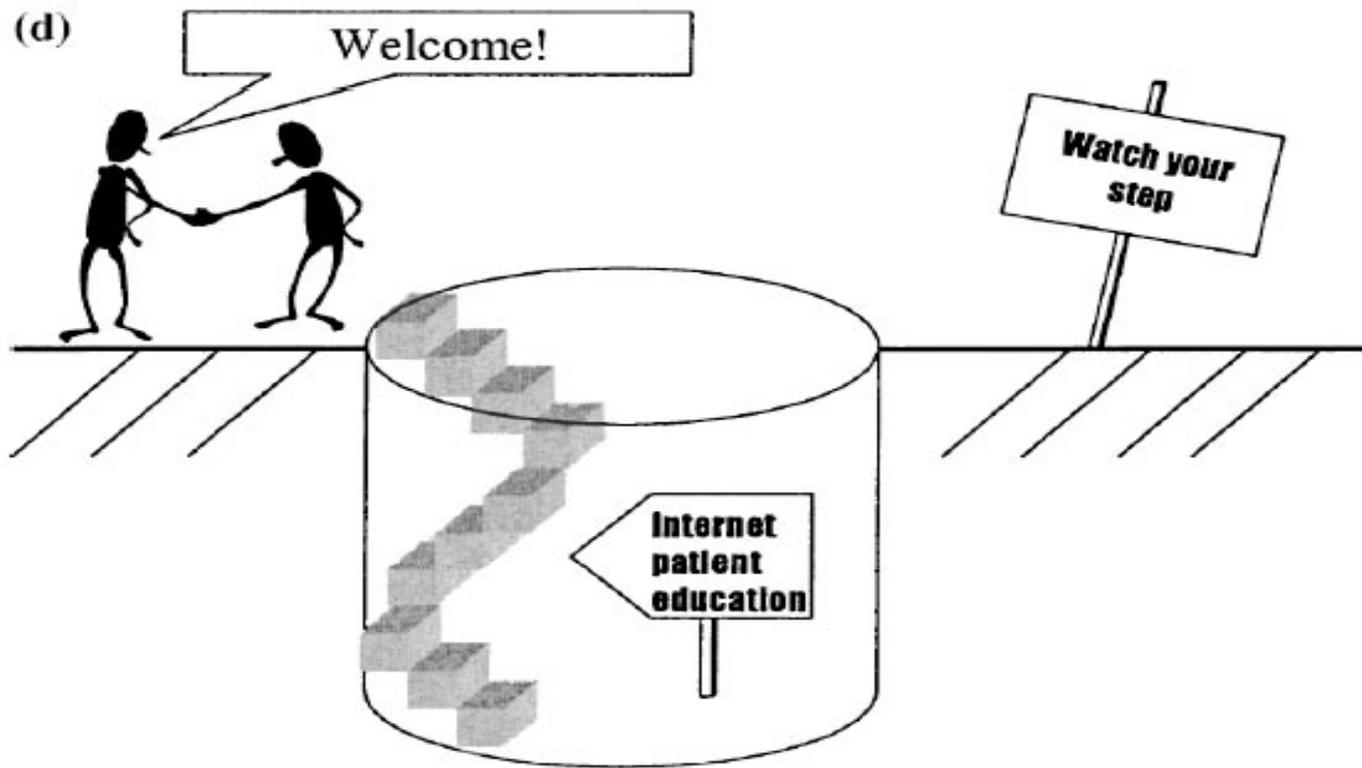
Verso una nuova relazione medico-paziente

Il processo di “informazione informatizzata” del paziente sembra ormai essere inarrestabile, e sarebbe anacronistico cercare di ostacolarlo.

La soluzione potrebbe essere rappresentata da un maggiore coinvolgimento dei medici nel processo stesso, aiutando i pazienti a selezionare ed interpretare le informazioni acquisite tramite internet.

Questo implica da un lato la necessità per i medici di avvicinare lo strumento informatico, dall'altro il bisogno di cambiare il modo in cui viene gestita la relazione con il paziente, andando verso un nuovo bilanciamento del rapporto medico-paziente.







Health Model (HM)

Approccio tradizionale



La dimensione del settore salute

Uno dei primi problemi che si incontrano nell'analisi del settore salute è legato all'identificazione e al corretto utilizzo di indicatori appropriati.

Un primo indicatore è costituito dalla percentuale del PIL spesa in beni e servizi sanitari:

(PIL = valore monetario dei beni e dei servizi finali (consumi, investimenti fissi, variazioni delle scorte, esportazioni) prodotti in un anno sul territorio nazionale, al lordo degli ammortamenti ma al netto dei beni intermedi prodotti da alcune imprese e utilizzati da altre)

	1990	1995	2000	2005
Canada	9	9.2	9.2	9.8
Francia	8.6	9.5	9.3	11.1
Germania	8.5	10.6	10.6	10.7
Italia	8	7.4	8.2	8.9
Giappone	5.9	6.8	7.6	8*
Regno Unito	6	7	7.3	8.3
Stati Uniti	11.9	13.3	12.1	15.3

* = dati 2004

Fonte: Ocse, 2007

La dimensione del settore salute (cont.)

Un altro modo di misurare tale dimensione è la spesa sanitaria pro-capite (US \$, PPP)

	1990	1995	2000	2005
Canada	1676	2114	2535	3326
Francia	1517	1980	2349	3374
Germania	1600	2264	2748	3287
Italia	1321	1486	2032	2532
Giappone	1083	1631	2012	2358*
Regno Unito	972	1315	1763	2724
Stati Uniti	2739	3703	4631	6401

* = dati 2004

Fonte: Ocse, 2007



La dimensione del settore salute (cont.)

Il settore sanitario può essere misurato anche attraverso la considerazione dei dati sull'occupazione

Tuttavia, questo indicatore può essere fuorviante soprattutto nell'analisi dell' HIM, che vedremo nel dettaglio a breve, per il fatto che non include coloro che a vario titolo lavorano in campo sanitario, come gli occupati nell'industria farmaceutica o quelli del biomedicale. Tali settori, mentre poco rilevanti secondo l'ottica tradizionale, sono invece fondamentali all'interno dell'HIM.

	Occupati salute (x 1000 abitanti) Media 2000-2003
Canada	12.2
Francia	10.2
Germania	13.2
Italia	10.5
Giappone	10.4
Regno Unito	n.d.
Stati Uniti	13.2

Fonte: Ocse, 2006

L'health model

L'health model è il modello tradizionale, si concentra soprattutto sugli output sanitari ed è il modo utilizzato per valutare il sistema sanitario negli ultimi decenni.

In base a tale modello il sistema sanitario deve limitarsi a fornire:

- 1) **un livello accettabile di salute;**
- 2) **nei limiti imposti dai vincoli di bilancio.**



a) Un livello accettabile di salute

- 1) La prima questione è definire cosa si intenda per “accettabile”, dal momento che ognuno ha una percezione soggettiva di salute e preferenze diverse sui possibili status di salute.

Di conseguenza, definire un indicatore del livello di accettabilità non è semplice. Ad es., la spesa in servizi sanitari non può essere considerata un indicatore adatto. Si può infatti avere una spesa in servizi sanitari elevata ma una situazione non accettabile se non esiste una struttura equilibrata di diritto di accesso ai servizi sanitari.

Dal momento che le risorse a disposizione sono limitate, la definizione di cosa è accettabile condiziona anche il modo in cui tali risorse vengono impiegate. Ad es. se si considera prioritario per raggiungere un livello accettabile minimizzare il tasso di mortalità, verranno ridotte le risorse a disposizione

- per affrontare i casi non critici. • • • • •

a) Un livello accettabile di salute: input e output

Particolare attenzione va posta sul fatto che la quantità di risorse o l'ammontare di servizi e beni offerti non sono indicatori del livello di accettabilità di salute di una popolazione. Non bisogna infatti confondere gli input con gli output.

Questo aspetto è stato trattato anche da Sen, che indica gli output con il termine di **capabilities**, ossia la capacità della popolazione di condurre una vita lunga e sana. Tali capabilities dipendono dagli **entitlement**, ossia dalla struttura dei diritti di accesso all'assistenza sanitaria (istruzione, norme sociali, ecc.).

Il complesso rapporto tra input e output viene anche considerato all'interno del Modello Comportamentale nell'Utilizzo dei Servizi Sanitari di Andersen, di cui parleremo nel dettaglio più avanti.



Input e output (cont.)

Questi sono solo alcuni dei possibili indicatori.

Indipendentemente da quali si sceglie per l'analisi, è abbastanza intuitivo che la difficoltà maggiore risiede nella quantificazione degli output.

Ciò non toglie, tuttavia, che non sia corretto utilizzare gli input come proxy degli output.

	INPUT		OUTPUT	
	Spesa sanitaria pro capite (2005)	n. medici ogni 1000 persone (2005)	Decessi/1000 nascite (2004)	Aspettative di vita alla nascita (2005)
Canada	3.326	2,2	5,3	80,2*
Francia	3.374	3,4	3,9	80,3
Germania	3.287	3,4	4,1	79
Italia	2.532	3,8	4,1	80,4
Giappone	2.358*	2*	2,8	82,1
Regno Unito	2.724	2,4	5	79
Stati Uniti	6.401	2,4	6,8	77.8*

* = dati 2004

Fonte: OCSE, 2007.

Definizione di accettabilità

La necessità di definire in maniera oggettiva cosa si intenda per livello “accettabile” si scontra con la soggettività del concetto stesso di accettabilità.

Rimane, tuttavia la necessità, sentita soprattutto a livello di definizione di politiche sanitarie, di giungere ad una delimitazione del concetto di “accettabile”.

Lo Stato italiano, ad es. nel novembre 2001, ha stilato, in accordo con le regioni, una lista di cosiddetti **livelli essenziali di assistenza**.

Questa lista comprende tutti i servizi sanitari considerati essenziali, definiti sulla base della loro “appropriatezza” e destinati ad essere coperti dal sistema sanitario nazionale

Contestualmente è stata fornita una lista di DRG da trattare in day hospital o a domicilio.

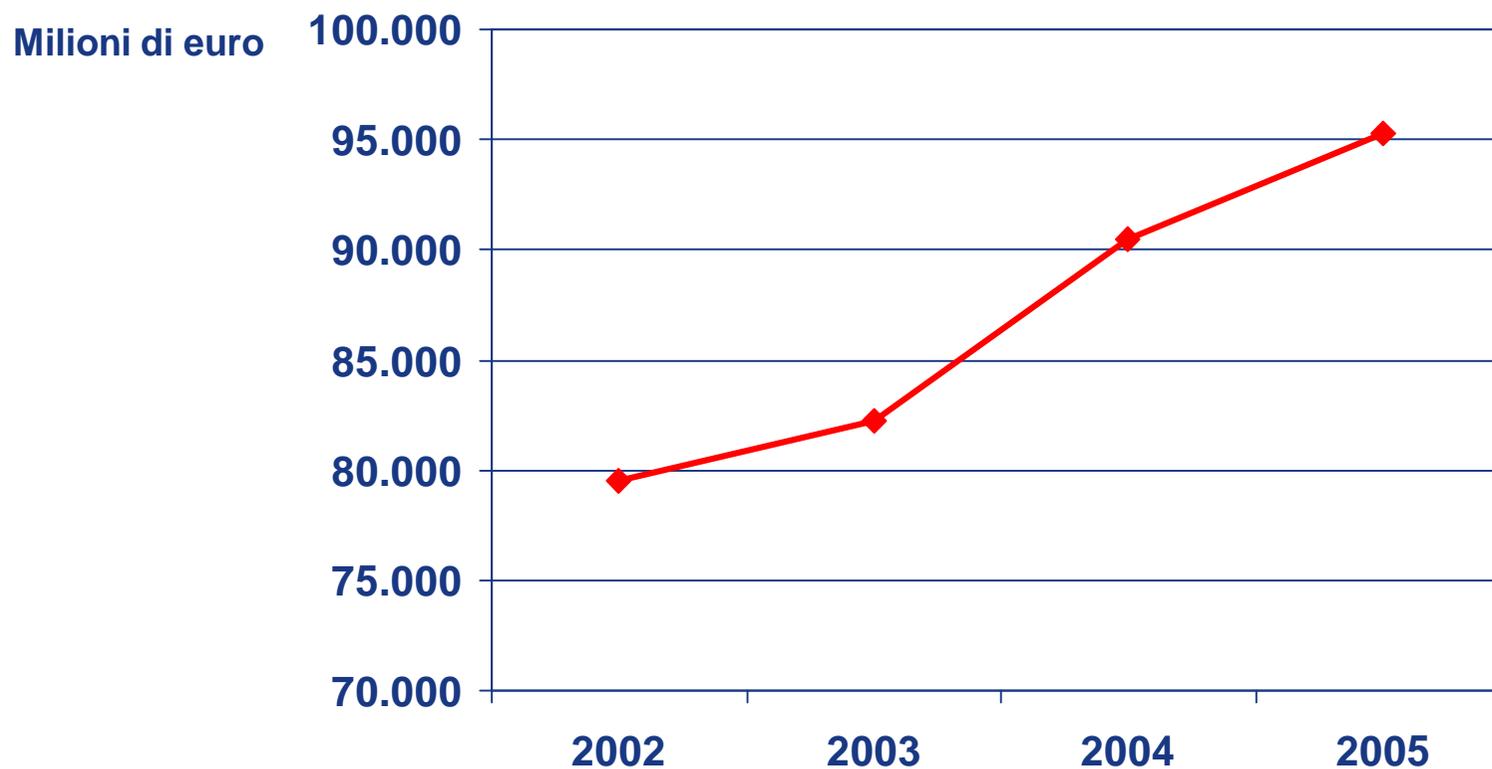


b) Rispetto dei vincoli di bilancio

2. Contenere la spesa sanitaria è uno degli obiettivi primari dei paesi industrializzati. Alla base di tale obiettivo sta il convincimento di dover far fronte a una domanda praticamente “insaziabile” a cui corrisponde in genere un’offerta pubblica inefficiente. Ovviamente, l’obiettivo di contenimento della spesa sanitaria è particolarmente rilevante nei paesi in cui il settore è finanziato con risorse prevalentemente pubbliche.



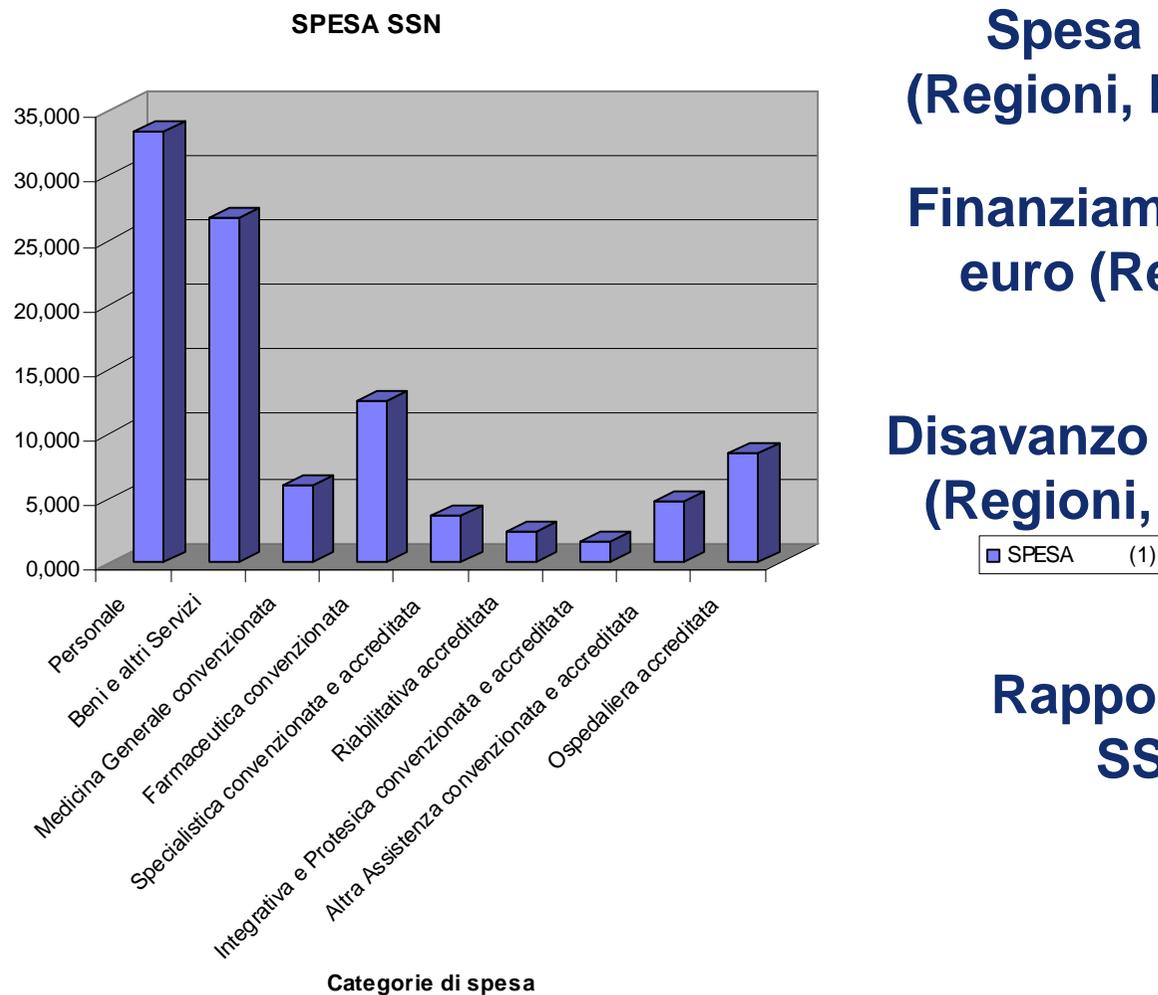
Andamento della spesa pubblica sanitaria in Italia



Fonte: Ministero Salute, 2008

Anni

Spesa del SSN (2006)



**Spesa in mld di euro
(Regioni, PPAA): 98,683**

**Finanziamento in mld di
euro (Regioni, PPAA):
94,500**

**Disavanzo in mld di euro
(Regioni, PPAA): -4,183**

**Rapporto Spesa per
SSN/ PIL = 6,7%**



Spesa del SSN (2006)

Spesa in mld di euro
Fonte: Ministero della Salute

Classificazione
delle spese
come da bilancio
(Co.Ge)

SPESA	2006			
		%	+ / - anno preced. %	procapite euro
	99,167	100,0	2,5	1.696
PIL e Spesa SSN / PIL	.475,401	6,7	3,7	25.237
<u>- REGIONI e PP.AA</u>	<u>98,683</u>	<u>100,0</u>	<u>2,4</u>	<u>1.688</u>
Personale	33,355	33,8	5,0	571
Beni e altri Servizi	26,574	26,9	-0,2	455
Medicina Generale convenzionata	5,910	6,0	3,9	101
Farmaceutica convenzionata	12,398	12,6	4,2	212
Specialistica convenzionata e accreditata	3,506	3,6	8,5	60
Riabilitativa accreditata	2,282	2,3	3,4	39
Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata	1,508	1,5	4,7	26
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	4,600	4,7	7,2	79
Ospedaliera accreditata	8,337	8,4	2,3	143
Saldo gestione straordinaria	0,180			
Saldo intramoenia	-0,158			
Mobilità verso B. Gesù (2)	0,162		0,0	
Mobilità verso Smom (2)	0,029		0,0	
<u>- ALTRI ENTI</u>	<u>0,485</u>		<u>5,5</u>	
Finanziati con FSN (3)	0,485		5,5	

Categorie di spesa

- **Personale:** contratti dei medici e dei dirigenti
- **Beni e altri Servizi**
 - Beni: anche distribuzione diretta di farmaci
 - Accantonamenti tipici: TFR, SUMAI, accantonamenti per rinnovi contrattuali
 - Compartecipazione al personale del ruolo sanitario che svolge attività libero professionale all'interno delle aziende sanitarie
 - Servizi sanitari (Trasporti sanitari, consulenze, Formazione)
 - Servizi non sanitari appaltati (Lavanderia, Pulizia, Mensa, Riscaldamento, etc.)
 - Manutenzioni e Riparazioni
 - Godimento beni di terzi
 - Oneri diversi di gestione (per Organi delle aziende sanitarie, Assicurazioni, Spese legali, Utenze telefoniche, altre utenze, etc)
 - Interessi passivi e Oneri finanziari
 - Imposte e Tasse (tra cui l'Irap)

Categorie di spesa

- **Costi straordinari, stimati e variazione delle rimanenze:** sopravvenienze passive, insussistenze dell'attivo, minusvalenze, accantonamenti non tipici, variazioni delle rimanenze finali. *Non sono state considerate, invece, altre voci stimate di costo quali ammortamenti, svalutazione di crediti e di attività finanziarie*
- **Medicina generale convenzionata**
- **Farmaceutica convenzionata**
(A livello locale si riscontrano situazioni molto diversificate, dovute all'effetto di scoraggiamento sui consumi indotto dall'applicazione di ticket imposti da molte regioni, all'applicazione di controlli sulle prescrizioni e al progressivo affermarsi della distribuzione diretta dei farmaci acquistati dalle aziende sanitarie)

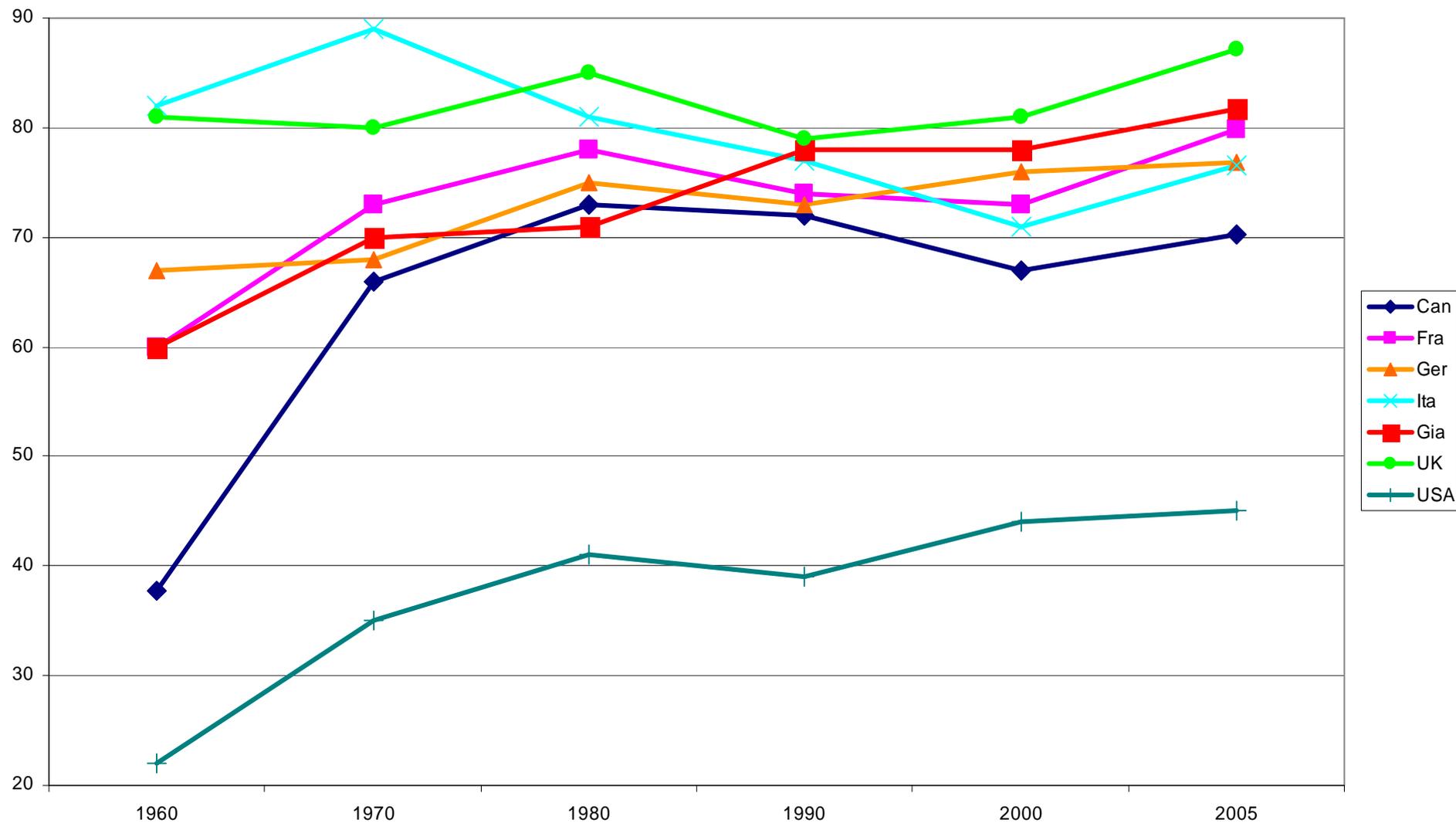


Categorie di spesa

- ***Specialistica convenzionata e accreditata***: comprende gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da convenzionati SUMAI, da Ospedali classificati a convenzione obbligatoria e da altri operatori privati accreditati
- ***Riabilitativa accreditata***
- ***Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata***
- ***Altra assistenza convenzionata e accreditata***: comprende cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche
- ***Ospedaliera accreditata***: comprende gli acquisti di assistenza ospedaliera da Ospedali classificati a convenzione obbligatoria e da case di cura private accreditate



Incidenza della spesa pubblica sulla spesa sanitaria nei G7, 1960-2005



Importanza di riconoscere e valutare i costi in ambito sanitario

- Rilevanza della spesa sanitaria a livello nazionale, regionale e locale
- Finanziamento sanitario è pubblico
- Principio di *accountability* delle Aziende Sanitarie
- Responsabilizzazione sui costi (obiettivi di budget) dei dirigenti



Differenza tra spesa e costo

- **Spesa:** esborso finanziario, può essere collegato o meno al sostenimento di un costo, obbedisce a criteri di contabilizzazione propri della Co.Ge
- **Costo:** valore delle risorse consumate per offrire un determinato servizio/ prestazione, nel breve termine non è sempre immediatamente identificabile con la spesa (es. ammortamento), obbedisce a criteri di contabilizzazione propri della Co.An
- **NB** Attenzione alla terminologia anche sui Ricavi (valore attribuito ai servizi/ prestazioni offerte) # Tariffa di rimborso (a DRG o a quota capitaria che è il principio di finanziamento)



Finanziamento del SSN (2006)

FINANZIAMENTO (4)	94,985	95,8	4,3	1.625
Finanziamento SSN / PIL		6,4		
- REGIONI e PP.AA.	94,500	100,0	4,3	1.616
- Irpef e Addizionale Irpef	37,280	39,4	2,5	638
- Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	41,932	44,4	7,2	717
- Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	7,947	8,4	4,6	136
- Ricavi e Entrate Proprie varie	2,581	2,7	-3,0	44
- FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato	4,759	5,0	-2,1	81
- ALTRI ENTI	0,485		5,5	
Finanziati con FSN (3)	0,485		5,5	
DISAVANZO (5)	-4,183	4,2	-26,9	-72
di cui a carico dello Stato	0,000			
di cui a carico delle Regioni	4,183			

**Maggiore
rilevanza**



Spesa e Finanziamento SSN

Secondo il Ministero della Sanità

Per **Spesa del SSN** si intende la somma dei costi di produzione delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari, Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia

Il **Finanziamento del SSN** non ricomprende i ricavi della gestione straordinaria e quelli dell'intramoenia

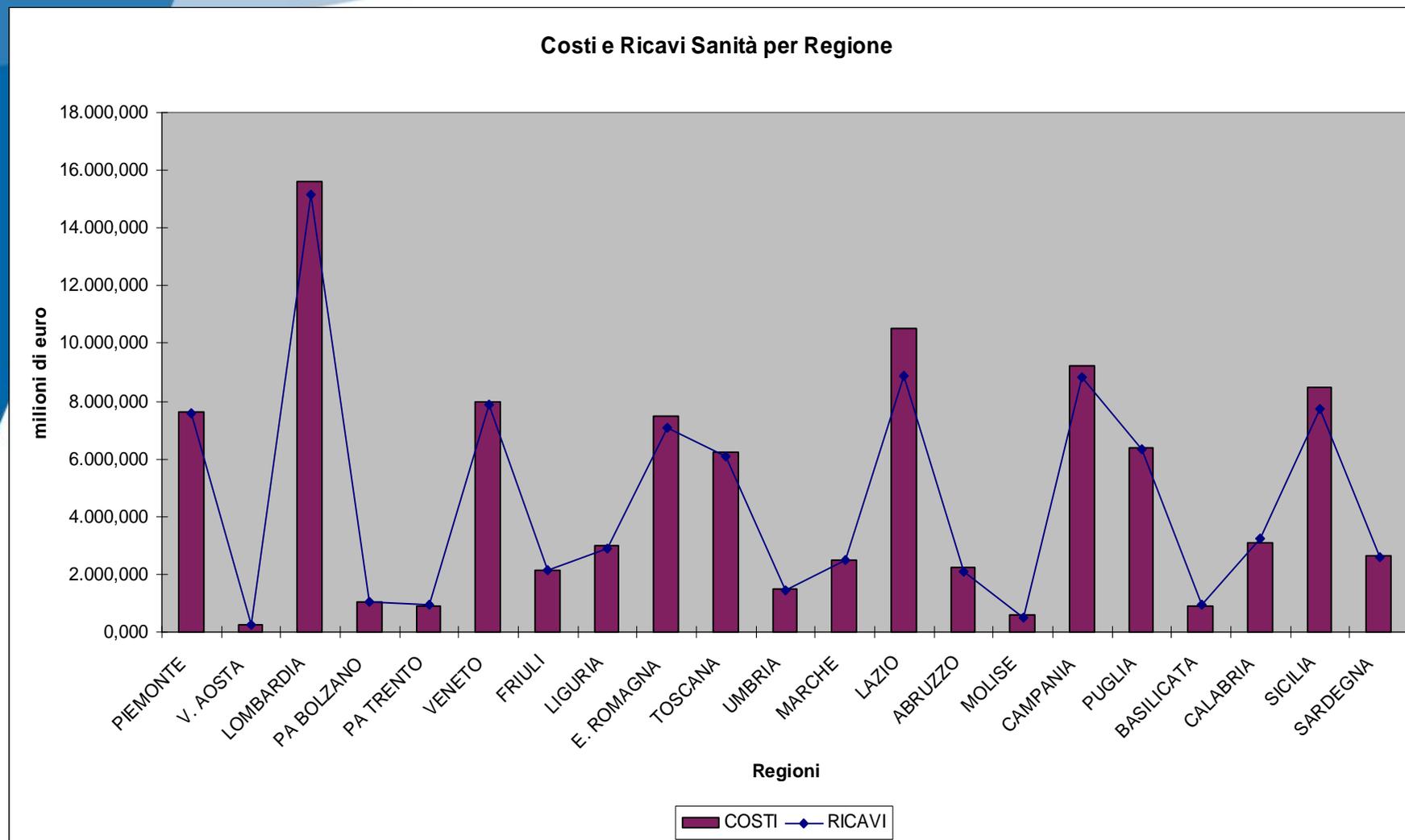


“Costi” e “Ricavi” per Regione (2006)

	2006				
	COSTI	RICAVI	Saldi Mobilità Sanitaria interregionale	RISULTATO DI ESERCIZIO	procapite euro
	A	B	C	B - A + C	
PIEMONTE	7.621,642	7.580,782	-10,732	-51,593	-12
V. AOSTA	249,364	252,991	-17,597	-13,969	-114
LOMBARDIA	15.591,483	15.156,845	422,094	-12,544	-1
PA BOLZANO	1.031,265	1.046,324	6,129	21,188	44
PA TRENTO	909,324	926,713	-15,825	1,565	3
VENETO	7.992,248	7.890,197	118,374	16,323	3
FRIULI	2.133,569	2.130,500	15,261	12,192	10
LIGURIA	3.005,165	2.916,695	-18,642	-107,112	-67
E. ROMAGNA	7.488,586	7.103,464	289,197	-95,925	-23
TOSCANA	6.251,092	6.071,941	103,932	-75,219	-21
UMBRIA	1.486,455	1.424,564	18,612	-43,279	-50
MARCHE	2.482,188	2.497,265	-43,837	-28,761	-19
LAZIO	10.544,690	8.864,567	63,863	-1.616,260	-307
ABRUZZO	2.255,175	2.106,205	13,306	-135,663	-104
MOLISE	584,354	514,715	6,354	-63,285	-197
CAMPANIA	9.208,387	8.819,175	-269,287	-658,499	-114
PUGLIA	6.396,940	6.330,664	-173,009	-239,285	-59
BASILICATA	907,548	940,323	-47,960	-15,185	-25
CALABRIA	3.110,321	3.255,964	-211,732	-66,089	-33
SICILIA	8.451,821	7.739,098	-196,493	-909,216	-181
SARDEGNA	2.641,701	2.591,693	-52,010	-102,018	-62
TOTALE	100.343,318	96.160,683	-0,000	-4.182,635	-72
			SOLO PERDITE	-4.233,902	
			SOLO UTILI	51,267	



“Costi” e “Ricavi” per Regione (2006)



Il contenimento della spesa pubblica

Come già accennato, la necessità di contenere la spesa pubblica in sanità è determinata da due convinzioni diffuse:

- 1) Data la limitatezza delle risorse a disposizione, alti costi in sanità costringono a contenere la spesa pubblica in altri settori (infrastrutture, istruzione, ecc...).
- 2) La domanda privata di servizi sanitari è praticamente “insaziabile” e ad essa corrisponde un’offerta pubblica in molti casi inefficiente.

Anche in Italia sono state introdotte, nel corso degli anni, diverse misure per ridurre la spesa pubblica sanitaria.



Misure di contenimento della spesa pubblica

- 1) **“dotazione finanziaria complessiva dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale del distretto”**. E' stata introdotta dalla legge finanziaria del 2001 (n. 388 del 23/12/2000).

In base a questa disposizione le regioni hanno dovuto identificare all'interno del proprio territorio uno o più distretti, e assegnare loro un budget virtuale per un anno, durante il quale sono stati seguiti da uno speciale comitato di monitoraggio.

L'obiettivo è responsabilizzare i medici relativamente ai problemi di contenimento dei costi. Le regioni che alla fine del periodo di prova hanno raggiunto gli obiettivi prefissati, sono state autorizzate ad utilizzare il 60% dei risparmi ottenuti da medici e pediatri per fornire loro servizi (esclusi incentivi monetari).



Misure di contenimento della spesa pubblica (cont.)

2) Strategie di acquisto comuni: è stata prevista l'aggregazione di una o più unità sanitarie locali o fondazioni in diverse regioni per elaborare strategie di acquisto comuni attraverso:

- standardizzazione degli ordini;
- stipulazione di convenzioni valide per tutto o parte del territorio nazionale

Tutte le convenzioni ed i prezzi sono pubblicati sul sito del ministero e chi decide di non aderire deve giustificare esplicitamente questa decisione.

Misure di contenimento della spesa pubblica (cont.)

3) Prezzi di rimborso: il Servizio Sanitario Nazionale rimborsa al farmacista i medicinali non coperti da brevetto con uguale composizione in principi attivi, via di somministrazione, ecc. .

Se il medico prescrive un medicinale avente prezzo maggiore di quello rimborsabile dal Servizio sanitario nazionale la differenza fra i due prezzi è a carico dell'assistito; il medico, in tale caso, deve informare il paziente della disponibilità di medicinali integralmente rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale e della loro bioequivalenza con la specialità medicinale prescritta.



Misure di contenimento della spesa pubblica (cont.)

4) Introduzione di limiti alla spesa farmaceutica: il decreto legge 405 del 16 novembre 2001 ha stabilito che la spesa sanitaria non può superare, a partire dal 2002, il 13% della spesa sanitaria totale.

5) Farmaci e livelli essenziali di assistenza: la finanziaria del 2001 ha abolito i farmaci di classe B (di rilevante interesse terapeutico), riclassificandoli quasi completamente come classe A (farmaci essenziali e per malattie croniche, interamente coperti dallo Stato). Come conseguenza, e anche a seguito dell'abolizione del ticket, è aumentato il consumo di farmaci.

Tuttavia, al fine di rispettare il limite del 13% di cui al punto precedente, è stato stabilito che la Commissione Unica sul Farmaco identifichi alcuni farmaci per i quali le Regioni possono scegliere di chiedere al paziente una parziale copertura.

In ogni caso non possono essere superate le tre categorie di farmaci (compresa quella totalmente a carico del paziente).

Misure di contenimento della spesa pubblica (cont.)

6) Numero massimo di confezioni prescrivibili: i medici non possono prescrivere più di un certo numero di confezioni di farmaci a carico del SSN per ricetta (da 2 a 6). In nessun caso la prescrizione può coprire più di 60 giorni di terapia (decreto legge 347 – sett. 2001). Anche i malati cronici devono richiedere una nuova prescrizione per i farmaci che prendono abitualmente.

Lo scopo è limitare il consumo e lo spreco di farmaci.



In conclusione

Per il modello tradizionale l'efficienza è un mezzo per aumentare il livello di accettabilità o ridurre i costi

