



Master Universitario di I° Livello
In Management Infermieristico per le
Funzioni di Coordinamento
A.A. 2007/08

I sistemi sanitari

Prof. Massimiliano Panella
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università degli Studi del Piemonte Orientale "A.
Avogadro"

Novara, 3 dicembre 2007

Elementi di contestualizzazione

- **Competenze richieste:**
 - Nessuna
- **Didattica integrativa:**
 - Autoapprendimento "Il Sistema Sanitario Nazionale"
 - Autoapprendimento "Il Piano Sanitario Nazionale"
 - Esercitazione "Piani Sanitari Regionali a confronto"
- **Materiale didattico:**
 - Presentazione su file .ppt
 - Dispensa con bibliografia essenziale
- **Testi di consultazione:**
 - Zanetta GP, Ruffino E. Sistemi sanitari a confronto. Blu editoriale. Torino, 1996
 - Beaglehole R, Bonita R. La Sanità Pubblica al bivio. Centro Scientifico Editore. Torino, 2001

Obiettivi educativi

- Descrivere gli elementi costitutivi di un sistema sanitario
- Descrivere i principali modelli di sistema sanitario (pubblico e privato)

Struttura della lezione

1. Elementi introduttivi
2. Modelli di sistema sanitario
3. Cenni storici in Italia
4. Conclusioni

Elementi introduttivi



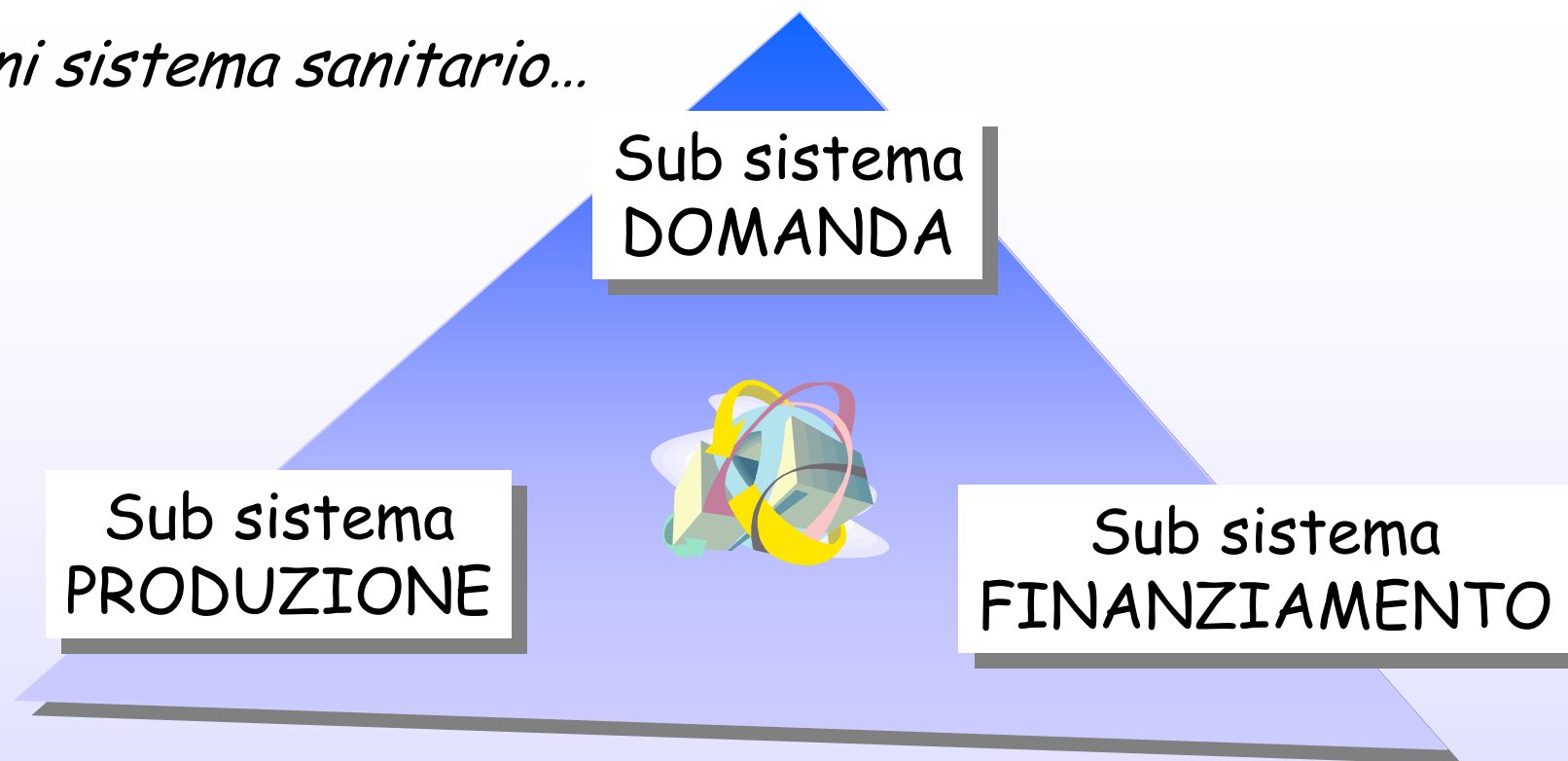
XIX° secolo nascita della sfera istituzionale "Sanità"
(Santé, Healthcare, Gesundheitswesen...)

"La salute è lo stato di completo benessere
fisico-spirituale e sociale e non solo
l'assenza di malattie o infermità."

WHO, 1948

L'assistenza sanitaria è uno degli aspetti tutelati
in uno Stato di Welfare attraverso la definizione
di politiche sanitarie che hanno l'obiettivo di
migliorare lo stato di salute della popolazione

Ogni sistema sanitario...



...è

**l'insieme integrato di risorse e istituzioni
che concorrono alla promozione, al recupero
e al mantenimento della salute**

QUALI SONO GLI ELEMENTI CARATTERIZZANTI DI UN SISTEMA SANITARIO?

Sub sistema
DOMANDA

Sicuramente condiziona un
sistema sanitario

...però non lo
caratterizza

Invece...

1

Sub sistema
FINANZIAMENTO



2

Sub sistema
PRODUZIONE

3

Interazione
fra i due

Modelli di sistema sanitario



1

Sistema FINANZIAMENTO

2 modelli

FINANZIAMENTO PRIVATO

A) Donazioni → Paesi in via di sviluppo

B) Mercato privato secondo due modalità:

1. Il singolo paga la prestazione quando ne ha bisogno

2. Il singolo paga
→ dei contributi volontari (Fondi integrativi)

→ un premio assicurativo

FINANZIAMENTO PUBBLICO

A) Contributi sanitari prelevati dai redditi di lavoro
(SISTEMA MUTUALISTICO)

B) Prelievo di imposte versate da imprese e singoli
(SISTEMA PUBBLICO propriamente detto)

MODELLO PRIVATO

- Basato sull'assicurazione volontaria o sul pagamento diretto.
- Esiste un premio pagato da chi sceglie liberamente di sottoscrivere una polizza assicurativa.
- I premi sono commisurati al rischio individuale (variano in funzione dell'età e dello stato di salute).
- Il sistema copre chi ha la disponibilità finanziaria di pagare il premio.
- Non viene realizzata alcuna forma di solidarietà.



MODELLI PUBBLICI

A) Contributi sanitari prelevati dai redditi di lavoro
(SISTEMA MUTUALISTICO)

MODELLO BISMARCK

MODELLO BEVERIDGE

MODELLO SHEMASHKO

B) Prelievo di imposte versate da imprese e singoli
(SISTEMA PUBBLICO propriamente detto)

Modello Bismark

- L'assicurazione obbligatoria è stata introdotta nel 1833 dal cancelliere Otto von Bismark
- Sistema prevalentemente pubblico di tipo mutualistico
- Vale il principio della solidarietà:
"La Germania è uno stato federale democratico e sociale"
- Il sistema sanitario tedesco è oggi basato prevalentemente su:
 - Protezione sociale (Sozialversicherung)
 - 1200 fondi pubblici o casse malattia (Krankenkassen),
 - Assicurazioni private



Modello Beveridge (1)

- Prende il nome dal fondatore del Welfare State britannico, dà accesso libero e universale ai servizi.
- Politiche operative determinate e controllate dallo Stato che riconosce a tutti i cittadini il diritto alla tutela della salute senza discriminazione alcuna.
- Finanziamento prevalentemente pubblico derivante dalla tassazione generale.
- Diritto alle prestazioni prescinde dalla disponibilità a pagare dei singoli cittadini
- Erogazione in forma gratuita o semigratuita di tutte le prestazioni ritenute efficaci



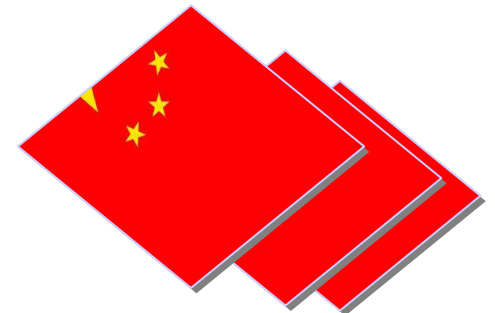
Modello Beveridge (2)

- Centralizzazione del controllo dell'organizzazione
- Infrastrutture di proprietà statale.
- I servizi vengono gestiti ed erogati principalmente da dipendenti statali.
- I medici sono dipendenti stipendiati o pagati a quota capitaria.
- La maggior parte degli ospedali opera sulla base di un budget globale o con un tetto di spesa.



Modello Shemashko

- Può essere visto come un'estremizzazione del modello Beveridge
- I servizi sono interamente finanziati dal bilancio dello Stato
- Una pianificazione centralizzata controlla tutti gli aspetti del sistema sanitario
- L'accesso è libero a tutti
- Tutto il personale è dipendente e stipendiato dallo Stato
- Manca il settore privato



2

Sistema PRODUZIONE

2 tipologie di produttori:

di natura pubblica

- ✓ Quando non c'è finalità economica (quando l'unico obiettivo economico è quello di **pareggio del bilancio**)
- ✓ Quando chi produce è parte della pubblica amministrazione e gli operatori sono soggetti a norme particolari
- ✓ Vigè l'obbligo di:
 - trasparenza**
 - principio di uniformità di trattamento**
 - non possono fare distinzioni fra finanziatori ed utenti**

di natura privata

Quando l'obiettivo economico è quello di **produrre profitto**

Privato no-profit



Ha come logiche di partenza il profitto, ma il profitto ottenuto viene reinvestito all'interno dell'organizzazione

3

Interazione fra produttori e finanziatori

✓ **MODELLO DIRETTO**

✓ **MODELLO INDIRECTO** (a rimborso)

✓ **MODELLO CONTRATTUALE**

✓ **MODELLO INTEGRATO**

Modello diretto

CONSUMATORE=FINANZIATORE

- ✓ Consumatore che richiede prestazioni extra rispetto ai pacchetti prestabiliti (assicurazioni o fondi integrativi)
- ✓ Compartecipazione alla spesa per le prestazioni previste per legge

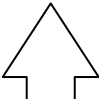
Pagamento
diretto totale o
parziale



PRESTAZIONE



Se possibile, la
CONTRATTAZIONE avviene al
momento dell'acquisto tra il
singolo consumatore e
produttore



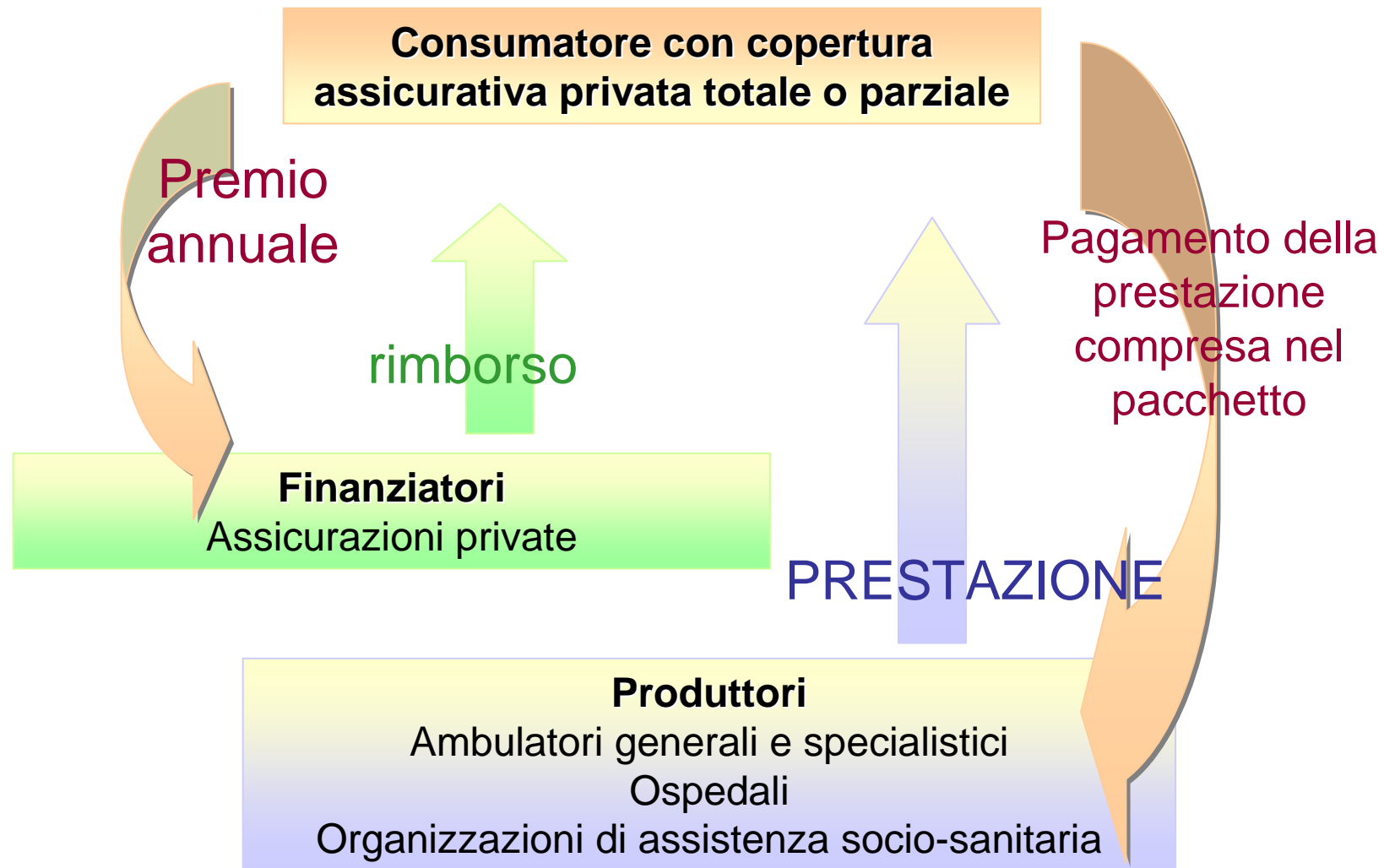
Produttori

Es. Ambulatori generali e specialistici
Ospedali, Farmacie
Organizzazioni di assistenza socio-sanitaria...

Attenzione

- ❑ Stimola l'efficienza produttiva in quanto il prezzo è fissato per caso trattato e questo fa dipendere il profitto dalla capacità di combinare al meglio i fattori produttivi e di eliminare le inefficienze e gli sprechi.
- ❑ Collega il finanziamento alla capacità di attrarre i pazienti (principio del "Money must follow the patients").
- ❑ Massima libertà di scelta del consumatore... ma il paziente è in grado di scegliere?

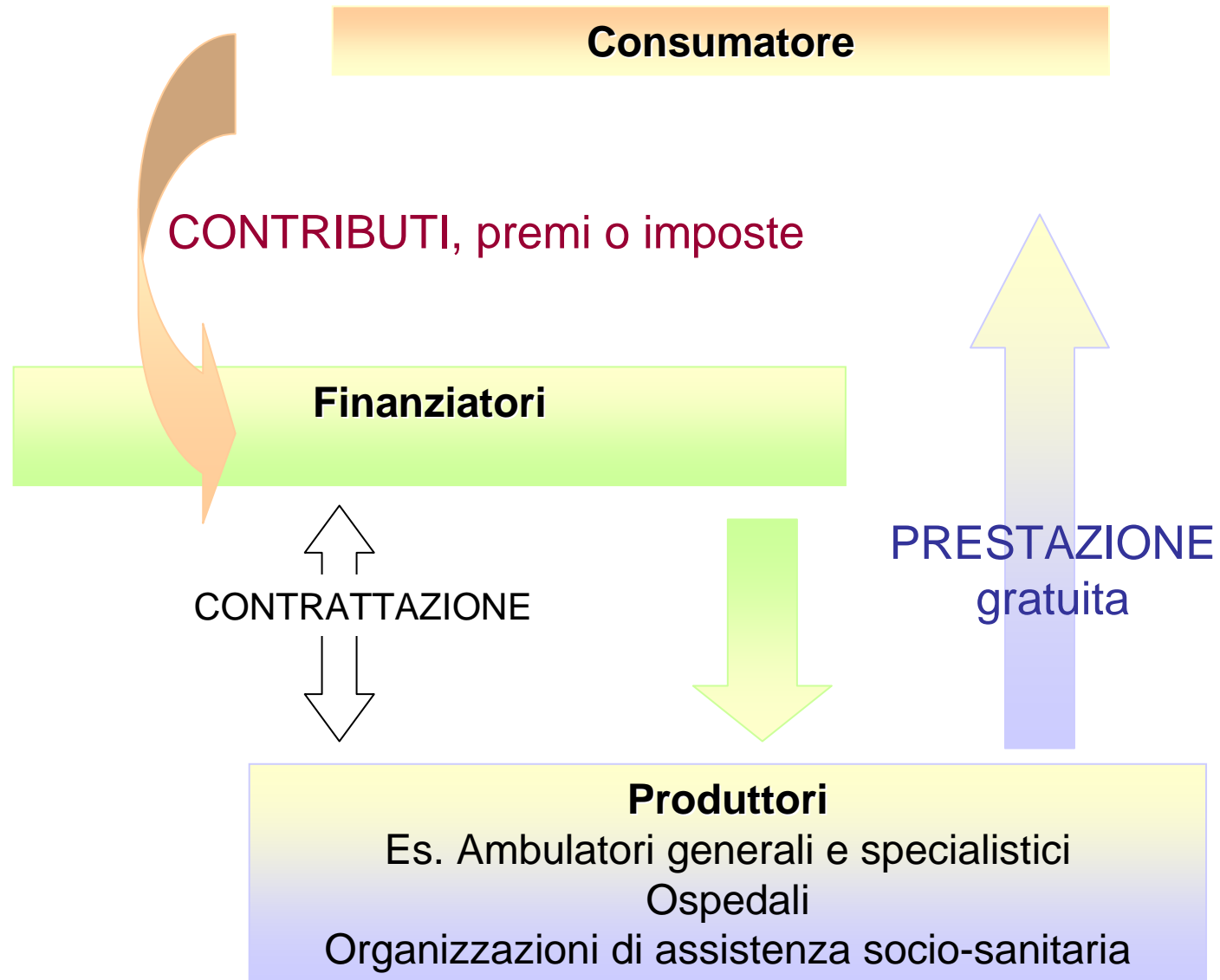
Modello indiretto o a rimborso



Attenzione

- ❑ La separazione fra acquirenti e fornitori e il metodo del rimborso a prestazione massimizzano l'incentivo a moltiplicare il volume dei servizi profittevoli.
- ❑ Incentivazione alla specializzazione nelle prestazioni più remunerative delle strutture private.
- ❑ Aumento della spesa e dei consumi sanitari svincolato da benefici di salute.

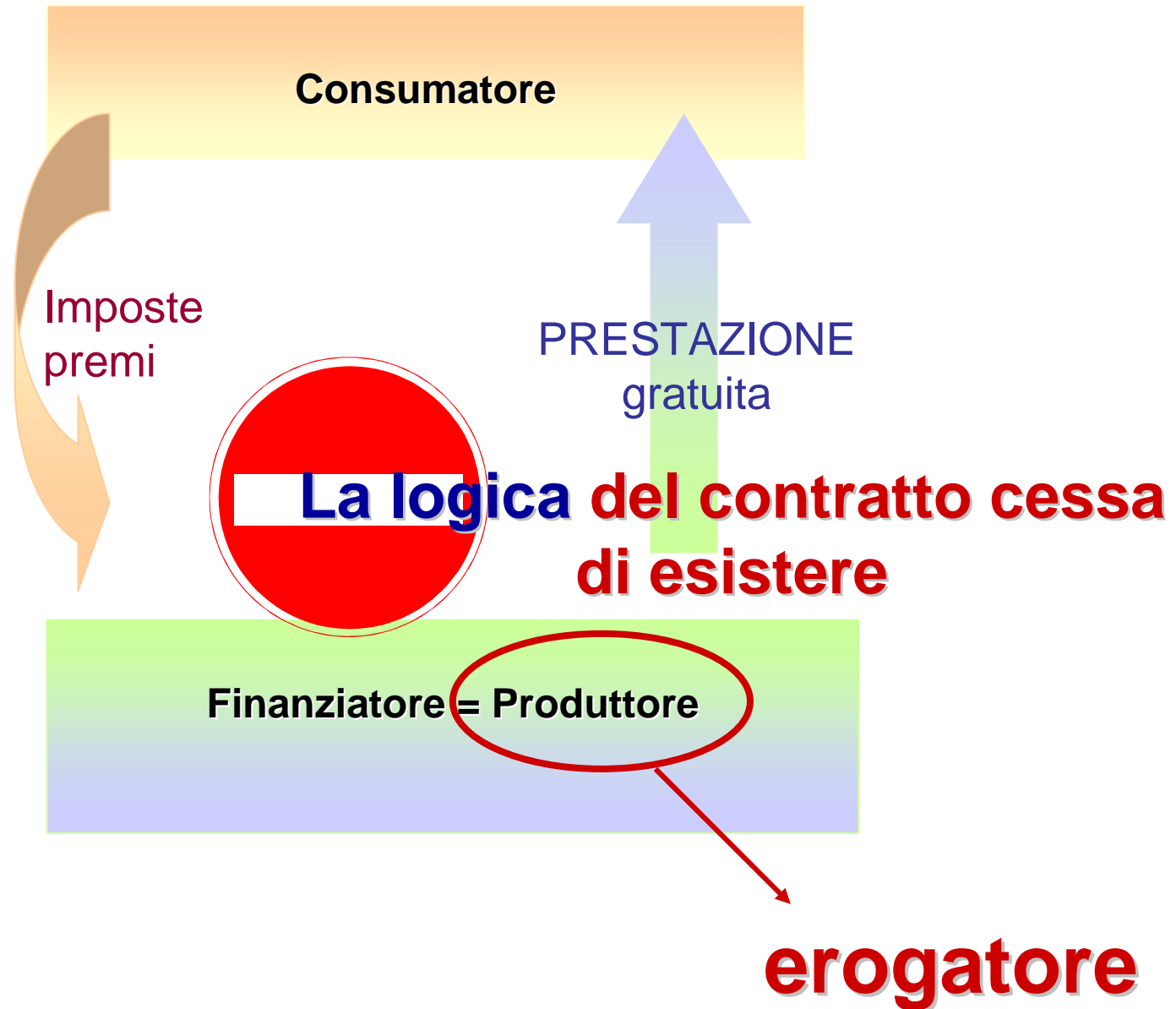
Modello contrattuale

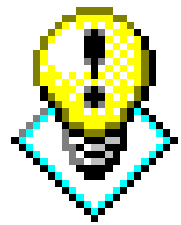


Attenzione

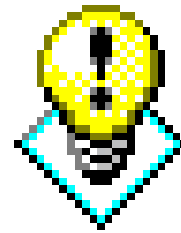
- ❑ Miglioramento dell'efficienza produttiva.
- ❑ Aumento delle prestazioni e crescita accelerata della spesa, in parte destinata a remunerare maggiormente il personale.
- ❑ Incentivo dei produttori a moltiplicare il numero e il costo dei servizi per ottenere una quota maggiore di budget complessivo.
- ❑ Alto rischio di collusione fra produttori e finanziatori a danno dei pazienti.

Modello integrato





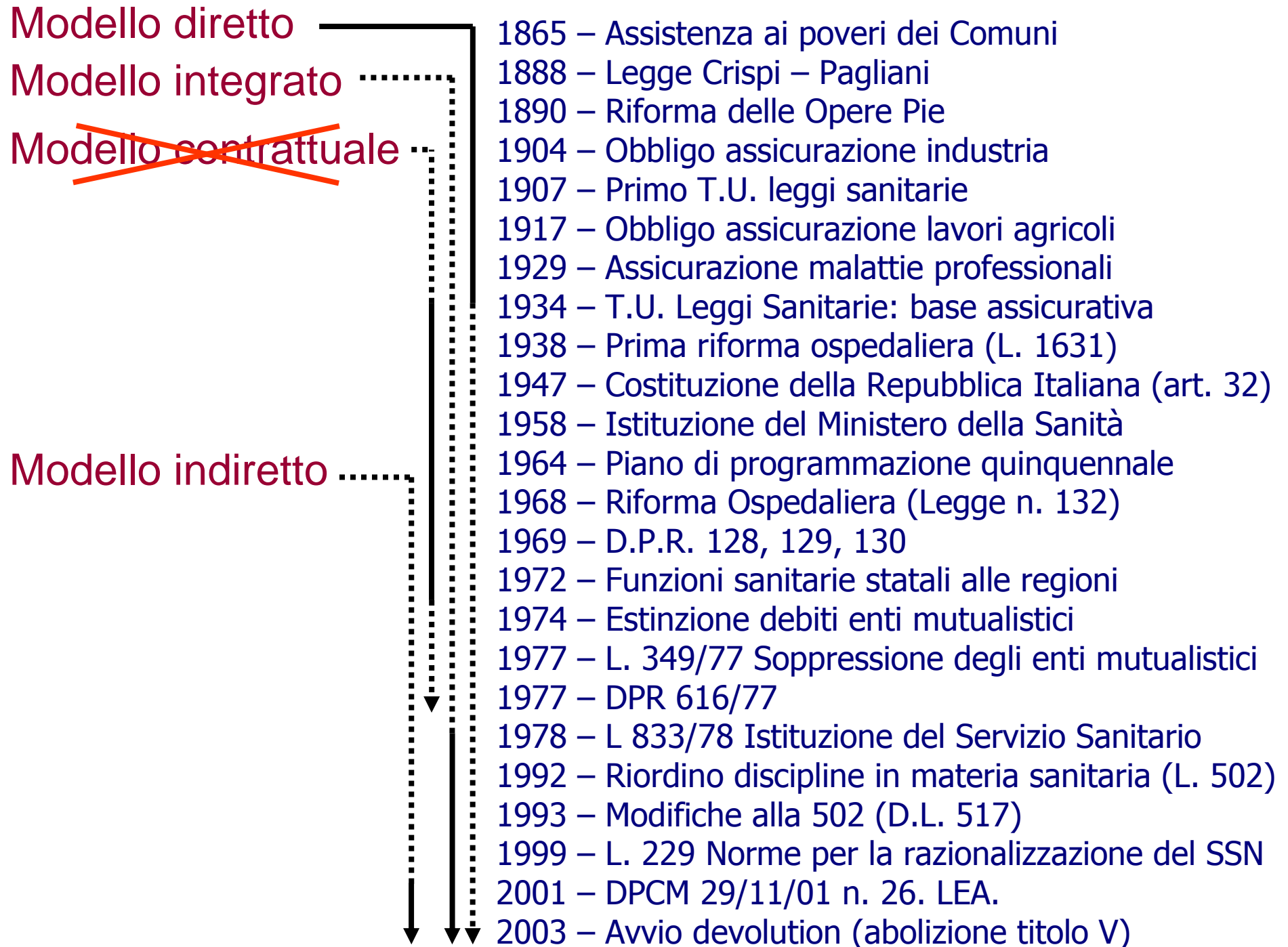
Attenzione



- L'integrazione fra produttori e finanziatori incentiva a:
 - soddisfare quantitativamente e qualitativamente la domanda di salute;
 - contenere i costi (anche attraverso il contenimento della domanda);
 - integrare l'assistenza fra diversi servizi.
- Ridotti incentivi all'efficienza produttiva.

Cenni storici in Italia





Conclusioni



I Paesi ricchi

Stati Uniti

13,7% del P.I.L.
60,7% pubblico 39,3% privato
4187 US\$ per persona
DALY alla nascita: 70,0

Gran Bretagna

5,8% del P.I.L.
96,9% pubblico 3,1% privato
1303 US\$ per persona
DALY alla nascita: 71,7

Italia

9,3% del P.I.L. 100% tasse
57,1% pubblico 42,9% privato
1855 US\$ per persona
DALY alla nascita: 72,7

Paesi Bassi

8,8% del P.I.L. 100% tasse
70,3% pubblico 29,3% privato
2401 US\$ per persona
DALY alla nascita: 72,0

Svezia

10,5% del P.I.L. 100% tasse
78,0% pubblico 22,0% privato
2456 US\$ per persona
DALY alla nascita: 73,0

Germania

10,5% del P.I.L. 23,4% tasse
77,5% pubblico 22,5% privato
2713 US\$ per persona
DALY alla nascita: 70,4

Giappone

7,1% del P.I.L. 15,3% tasse
80,2% pubblico 19,8% privato
2373 US\$ per persona
DALY alla nascita: 74,5

Francia

9,8% del P.I.L. 3,3% tasse
76,9% pubblico 23,1% privato
2369 US\$ per persona
DALY alla nascita: 73,1

« La creazione dei SSN ha rappresentato un nuovo significativo punto di svolta nel processo dell'istituzionalizzazione della sanità senza per questo implicare uno stadio evolutivo "superiore". »

Ferrera, 1997

I Paesi poveri

CINA: SANITÀ PUBBLICA, UNA PRIORITÀ POLITICA

Coerenza e prevenzione: il dottore a piedi

CUBA: SANITÀ PUBBLICA A QUALSIASI COSTO

Uguaglianza e salute ...finché dura

REPUBBLICA DOMINICANA: PRIVATO E ARRANGIATEVI

Banche del sangue e Voodoo bianco

KERALA: SANITÀ PUBBLICA A BASSO COSTO

La coscienza delle donne

AFRICA: SANITÀ CARENTE A COSTI ELEVATI

Gli aiuti “umanitari”

Guardiamo gli aiuti “umanitari”...

1989 Eritrea: 7 camion di aspirine scadute

6 mesi per bruciarle

1990 Sudan meridionale: paese in guerra, 50 contenitori di farmaci in francese (sconosciuto ai medici locali)

12 usabili, erano soluzione per lenti a contatto, farmaci per ipercolesterolemia, antibiotici scaduti e stimolanti l'appetito

Nigeria: sciroppo per bambini che era liquido antigelo

109 bambini morti



1993 Lituania: somministrazione di farmaco per l'endometrite in realtà ad uso veterinario (senza foglietto illustrativo)

11 donne cieche

Bangladesh: sciroppo per bambini che era liquido antigelo

250 bambini morti

1995 Bosnia: 500 tonnellate di medicinali che scadono nei magazzini

Tra questi farmaci antimalarici per l'Africa (1997)

Niger: epidemia di meningite

I vaccini somministrati erano acqua



«Se fornissimo a tutti gli uomini quanto la tecnologia ed il progresso terapeutico consentono, saremmo tutti sani ma morti di fame! »

Dr Halfdan T. Mahler

Direttore Generale WHO (1973-1988)

Una riflessione

“... La gente comincia a farsi domande analoghe nel mondo occidentale. Il mercato è davvero l'ultima parola in fatto di progresso sociale? Non stiamo distruggendo, in nome del mercato, aspetti della nostra vita non meno preziosi e forse anche più necessari di una maggiore disponibilità di beni?...”

R. Dahrendorf, 1994