



# Marketing e Tecniche di Accesso al mercato Farmaceutico A.A. 2019- 2020



# Chi è Francesco Macchia?



1973

2000 Laurea in C.T.F. a Pisa

2002 Master MIHMEP, Bocconi-MI

2005 Ph.D. in Farmacoeconomia

2006-08 Senior PM, Servier Italia

2009-11 Direttore AboutPharma

*Da settembre 2011: Partner RARELAB Laboratorio Politiche Sanitarie*

*Fondatore dell'ISTITUTO PER LA PROMOZIONE DELL'ETICA IN SANITA'*



# Il corso MATAMF

- **Veri OBIETTIVI della mia parte corso**
- Argomenti che affronteremo
  - Economia ed economia sanitaria
  - L'Azienda farmaceutica
  - Marketing e Marketing Farmaceutico
  - FarmacoEconomia
  - Lobbying e Market Access...ma anche Disease Mongering, Comparaggio, Etica ecc

✓ **DIAMOCI del TU !**  
✓ **Massima interattività**



# Testi di studio e consultazione

## ECONOMIA SANITARIA E FARMACEUTICA

- “Economia del Settore Farmaceutico” F. Gianfrate - Ed. Il Mulino
- “Economics for Health Care Management” A. Clewer, D. Perkins - Prentice Hall
- “Manuale di Economia Sanitaria per non economisti” Ed. Franco Angeli

## MARKETING FARMACEUTICO

- «Marketing per la Sanità» P. Kotler - McGrawHill
- “Il Marketing secondo Kotler” P. Kotler - Ed. Il Sole24ore
- “Brand Planning for the pharmaceutical industry” J. MacLennan - Gower Publishing Limited
- “La Strategia Competitiva: analisi per le decisioni” M. Porter - Ed. della Tipografia Compositori



# Testi di studio e consultazione

## FARMACOECONOMIA

- “Valutazioni economiche e management in sanità” R. Tarricone - Mc Graw Hill
- “Metodi per la Valutazione Economica dei Programmi Sanitari» M.F. Drummond  
- Il Pensiero Scientifico Editore

## LOBBYING E MARKET ACCESS

- “Fare Lobby” A. Cattaneo - Ed. ETAS
- «Introduzione alle relazioni istituzionali: La cassetta degli attrezzi del lobbista»  
F. Spicciariello - Luiss University Press



# Domande?

**Francesco Macchia *Pharm.D., Ms.C., Ph.D.***  
**RARELAB Laboratorio Politiche Sanitarie**  
**Via XXIV Maggio 46**  
**00146 Roma**

tel: 340/5192185  
e-mail: [macchia@rarelab.eu](mailto:macchia@rarelab.eu)

<https://www.linkedin.com/in/francesco-macchia-ba31405/?originalSubdomain=it>





## Cenni di Economia Sanitaria



## Concetto di salute



- ✓ Salute come diritto
- ✓ Salute come bene economico
- ✓ Salute e sviluppo economico

# Evoluzione del concetto di salute

1800

"sanità come problema di ordine pubblico"

*Legge Crispi Pagliarini 1888*

1900

"salute come mera assenza di patologia o morbidità"

1940

"la salute di una persona deve permettergli di vivere e agire attivamente, felicemente e quanto più a lungo possibile in un determinato ambiente"

*Costituzione Italiana, 1948*

1958

"La salute è uno stato di completo benessere fisico mentale e sociale e non la mera assenza di patologie od infermità"

*Organizzazione Mondiale della Sanita*

Agosto 2001

Ministero della SANITA'



Ministero della SALUTE



## Organizzazione Mondiale della Sanità

### Dalla definizione del 1948:

“Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia“

### Alla definizione del 2006:

“Uno stato dinamico di benessere, caratterizzato da un potenziale fisico e mentale che risponde alle aspettative di vita in misura all’età, alla società di riferimento, e alla responsabilità personale”



## Art.32 (Titolo II) della Costituzione Italiana (1948):

- *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]”*

### Quale diritto e per chi?



# La salute come bene economico

**Il Fondo Sanitario Nazionale fornisce le risorse (attualmente pari al 6,7% del PIL) necessarie a rispondere alla domanda di salute pubblica ed a consentire il funzionamento del nostro Sistema Sanitario Pubblico, universalmente riconosciuto come uno dei migliori e più efficienti al mondo.**

**Spesa pubblica SSN 2019 = oltre 114,4 miliardi di €**

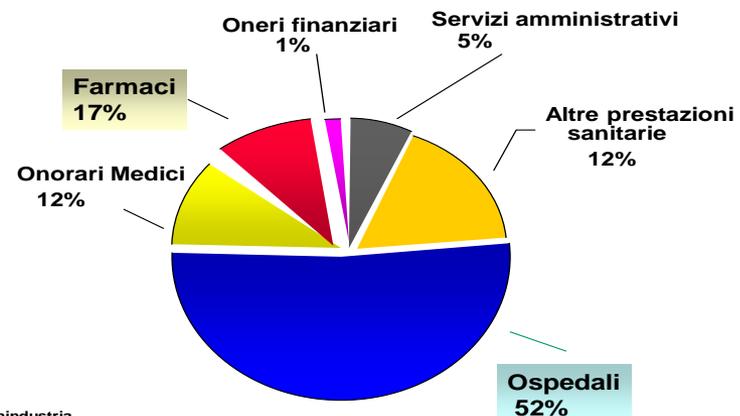
**Spesa privata Salute 2019 = circa 30 miliardi di €**

**Spesa Sociale = 20% del PIL**

Composta da:

- ✓ 10% pensioni
- ✓ 7% sanità
- ✓ 3% scuola

## Composizione della spesa SSN



Dati: Farmindustria



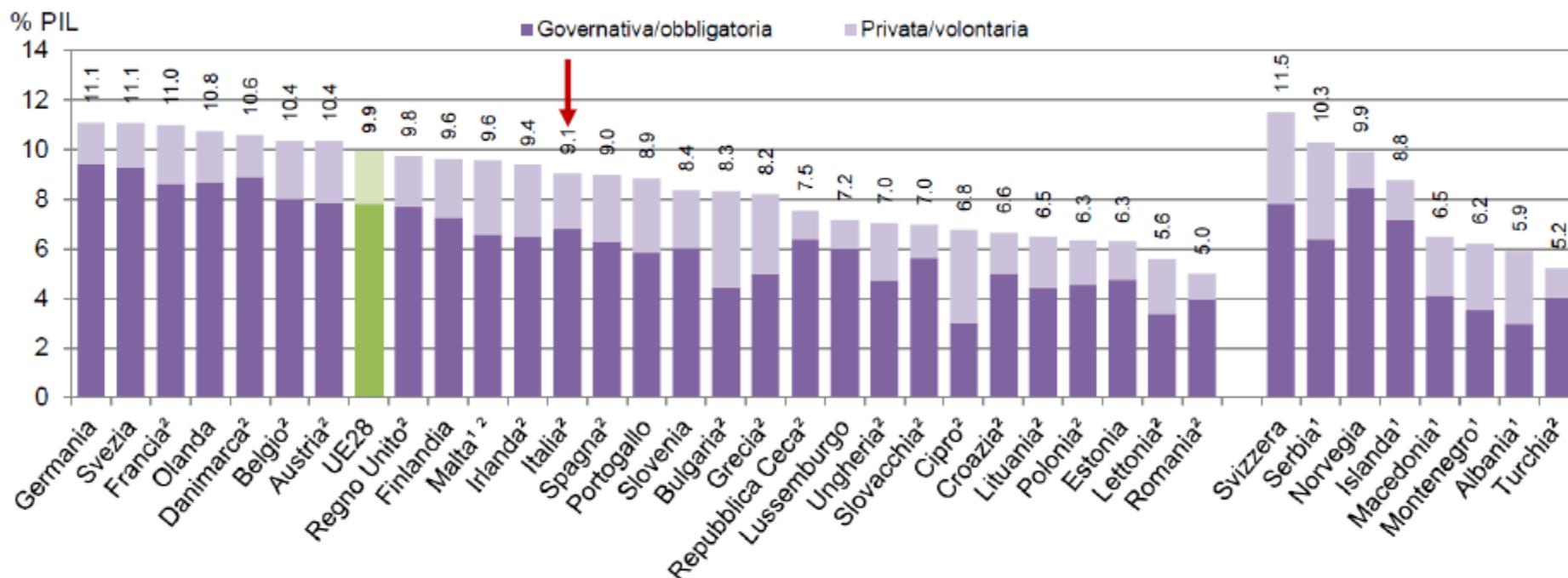


- **La SPESA FARMACEUTICA pubblica è una delle voci del Fondo Sanitario Nazionale (attualmente pari al 14,85% di tale fondo, nel 2018 circa 17 miliardi di euro) e come tale contribuisce in modo importante alla suddetta efficienza.**
- **La spesa farmaceutica è divisa in Diretta e Convenzionata**
- **La spesa farmaceutica pubblica procapite è inferiore del 27% rispetto alla media dei grandi Paesi Europei e i prezzi dei farmaci in Italia sono più bassi del 15-20% rispetto alla media europea**
- **Dal 2015 al 2017 la spesa farmaceutica in Italia è ulteriormente diminuita dell'1%. La spesa convenzionata è stata ridotta prevalentemente a seguito delle scadenze brevettuali e della relativa competizione, la spesa per acquisti diretti è stata ridotta prevalentemente con crescita progressiva dei payback a carico delle aziende farmaceutiche**





## Spesa sanitaria in percentuale del PIL (2015) – PPP\$



1. Il dato include spesa sugli investimenti.

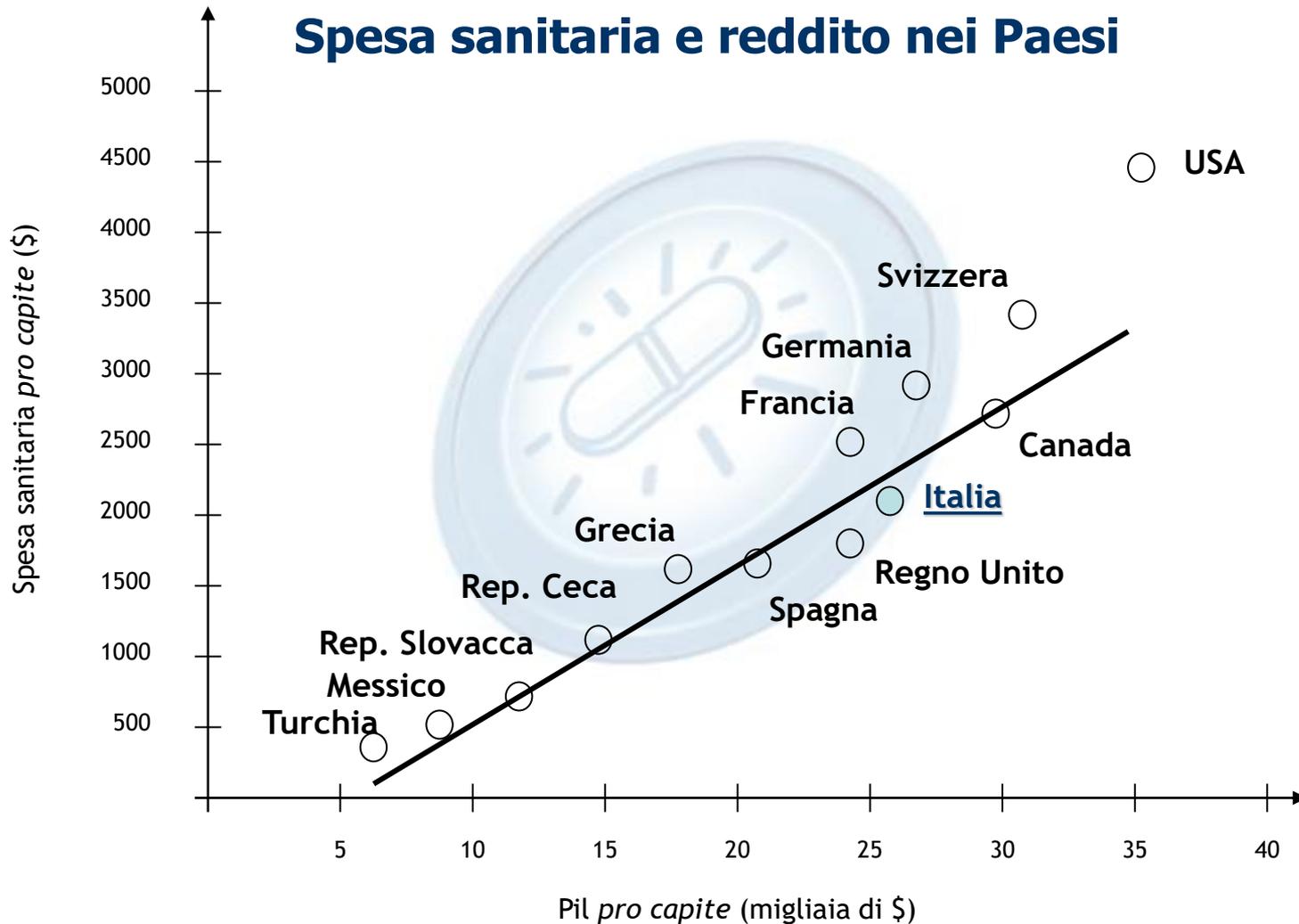
2. Stima OECD.

Fonte: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database.





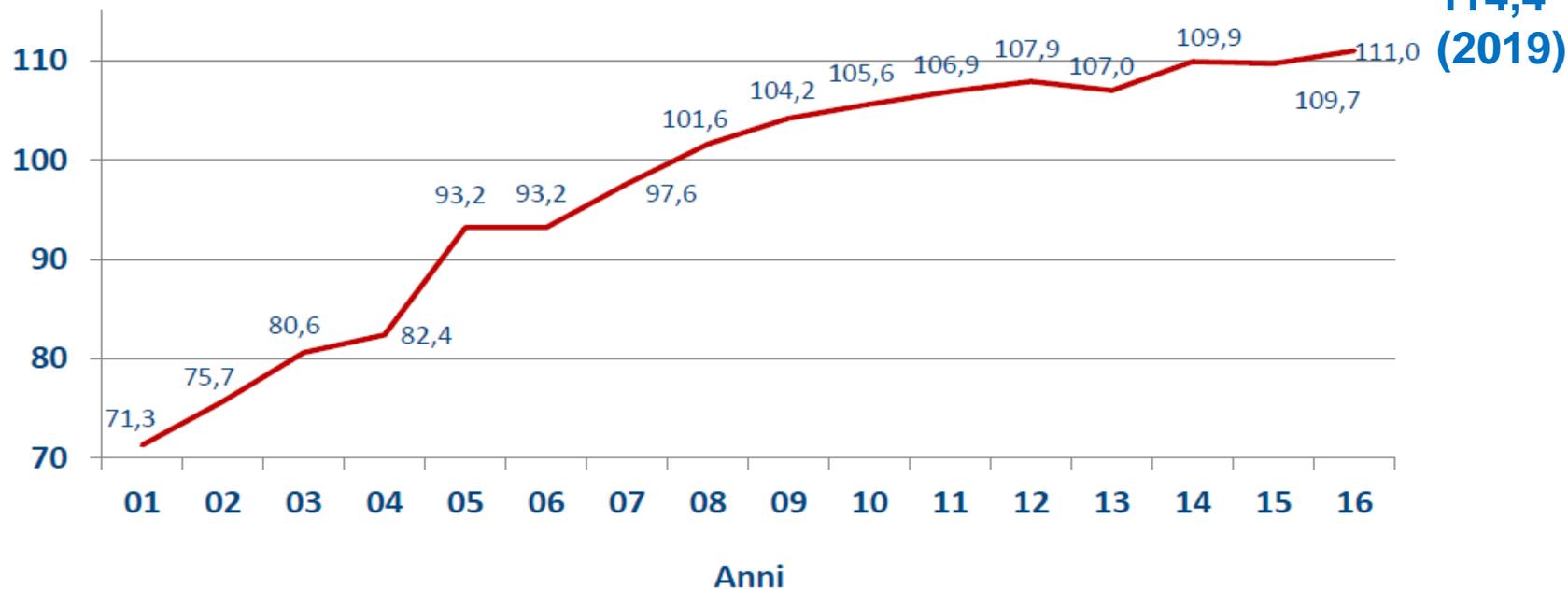
## Spesa sanitaria e reddito nei Paesi





## Trend finanziamento pubblico (2001-2016)

Miliardi €



**114,4  
(2019)**



# Fattori di incremento della spesa sanitaria



## *Dinamiche demografiche ed epidemiologiche*

- Invecchiamento della popolazione
- Cronicizzazione delle patologie

## *Progresso scientifico e tecnologico*

- Nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche
- Farmaci di nuova generazione

## *Struttura dei costi di produzione*

- Costo del personale (fattore lavoro)

## *Ampliamento della nozione di salute*

- Incremento delle aspettative dei cittadini
- Allargamento delle indicazioni terapeutiche



# Evoluzione in Sanità

1950

## Era dell'espansione

Incremento dell'offerta di servizi e della spesa sanitaria

Costituzione Italiana, 1948: art.119, art 32

Legge 833/1978 *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*

1992

## Era del contenimento

Riduzione drastica dei servizi offerti

*Riforme "De Lorenzo" del SSN -D.Lgs.502/1992,D.Lgs.517/1993*

*Revisione Prontuario Farmaceutico Nazionale 1994*

2000

## Era della valutazione

- *Valutazione delle risorse in funzione dei risultati*
- *Programmazione e controllo degli interventi*





## Salute come bene economico



**Economia sanitaria**



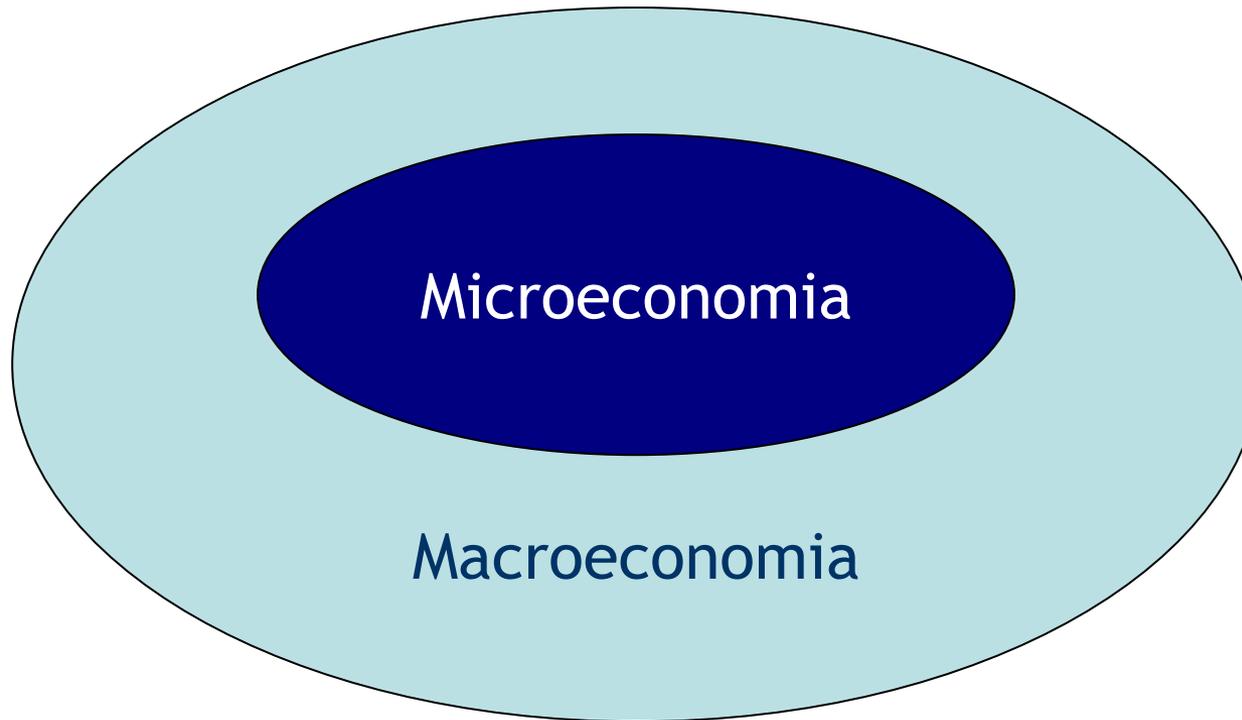
*“la scienza che studia le modalità di allocazione delle risorse scarse, tra usi alternativi, ai fini di massimizzare la propria soddisfazione”*

Bisogni illimitati

Risorse scarse

studia cosa si produce, come si distribuisce e perché si consuma

Scelta





La **macroeconomia** nasce nel 1930 con John Maynard Keynes

La **macroeconomia** studia un sistema economico nel suo complesso, cioè essa si occupa delle **variabili economiche aggregate** e delle loro interdipendenze.

La **macroeconomia** studia quindi variabili come

- la domanda complessiva di un paese (**domanda aggregata**),
- l'offerta complessiva (**offerta aggregata**),
- il **prodotto interno lordo** (PIL), debito pubblico,
- il consumo interno, le esportazioni e importazioni.

La **macroeconomia** considera le interazioni tra macrovariabili, ciascuna delle quali è il risultato della somma di singoli comportamenti individuali.



# Obiettivi e strumenti della Macroeconomia

OBIETTIVI	STRUMENTI
Produzione adeguata e crescita economica	<b>Politica di bilancio</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Spesa pubblica</li><li>• Imposizione fiscale</li></ul>
Alta occupazione	<b>Politica monetaria</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Controllo dell'offerta di moneta che influenza i tassi di interesse e quindi l'imprenditorialità</li></ul>
Stabilità dei prezzi in un mercato libero	<b>Politica dei prezzi</b> Direttive e controlli



La **microeconomia** studia il comportamento dei singoli agenti economici, quali i consumatori, i lavoratori, gli investitori, i proprietari terrieri, le imprese, cioè tutti gli individui o le entità che giocano un qualche ruolo nel funzionamento delle nostre economie.

La microeconomia spiega:

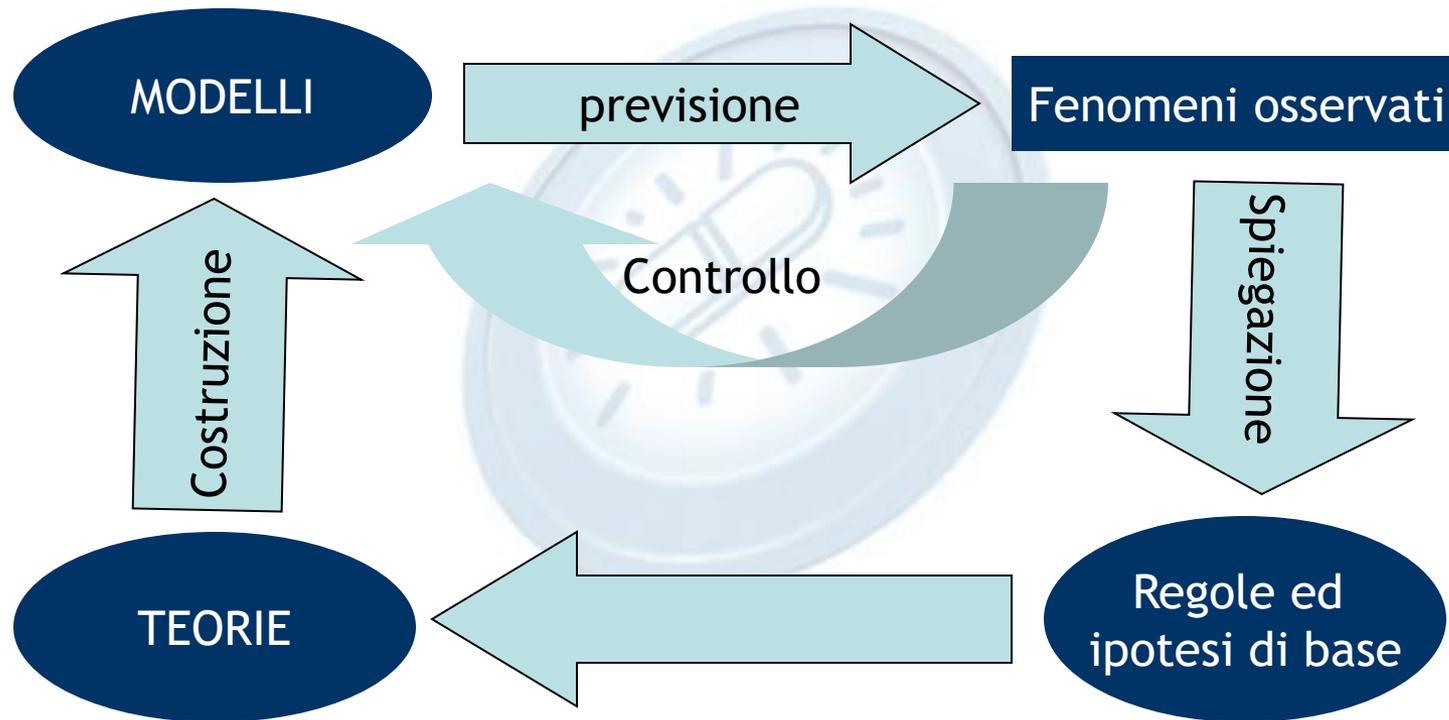
- Come e perché questi soggetti prendono delle decisioni di tipo economico.
- Il modo in cui gli agenti economici interagiscono tra di loro per formare unità più ampie, come i mercati e le industrie.

**L'Economia Sanitaria è una declinazione della Microeconomia**



# Uso e limiti del microeconomia

Le **teorie** nascono per spiegare i **fenomeni**, vengono confrontate con l'**osservazione** e sono utilizzate per costruire **modelli** su cui basare le **previsioni** la cui verifica è di tipo **statistico**.



Nessuna teoria è perfettamente corretta. L'utilità e la validità di una teoria dipendono dalla capacità che essa ha di spiegare e prevedere l'insieme dei fenomeni che si vogliono spiegare e prevedere.



## Ipotesi alla base del comportamento del consumatore

La microeconomia pone alla base della sua analisi 5 ipotesi fondamentali:

1. **Razionalità**: il consumatore sceglie il bene che massimizza la sua utilità o soddisfazione al minor costo
2. **Completezza**: il consumatore, se posto di fronte ad una scelta tra due beni, sa dire quale dei due preferisce (può mettere in ordine tutte le alternative);
3. **Transitività**: avendo tre beni  $X$ ,  $Y$  e  $Z$ , se  $X > Y$  e  $Y > Z$  allora  $X > Z$ .
4. **Non sazietà**
5. **Diminuzione** progressiva della **Utilità Marginale**



## Approccio positivo e approccio normativo

La microeconomia dà risposta a diversi interrogativi siano essi di natura *positiva* o di natura *normativa*.

Gli interrogativi di natura **positiva** hanno a che fare con la spiegazione e la previsione, mentre le questioni di natura **normativa** riguardano ciò che dovrebbe essere.

L'analisi **normativa** risponde a domande del tipo: “Che cosa sarebbe meglio fare?”. Questa analisi è spesso accompagnata da giudizi di valore. Ogni volta che sono necessari giudizi di valore, la microeconomia non è in grado di dirci quale sia la soluzione migliore, ma può chiarire i vari trade-off (scelte alternative) e aiutare quindi a individuare i problemi e a mettere a fuoco i termini della questione.



# Costo , beneficio e utilità marginale

## Costo

- poiché in economia si sceglie in scarsità di risorse
- si parla di **Costo Opportunità**
  - Il massimo valore dell'opportunità migliore che perdo nel fare una determinata scelta

## Beneficio

- “massima somma che si è disposti a pagare per l'alternativa che scegliamo”

## Analisi marginale

Si parla sempre di **Costo e Beneficio Marginale** per avere una unità in più di qualcosa



# Analisi domanda-offerta

## DOMANDA

“Il desiderio di acquistare un oggetto  
sorretto dalla possibilità economica di farlo”

È un flusso nel tempo (es. unità/mese)

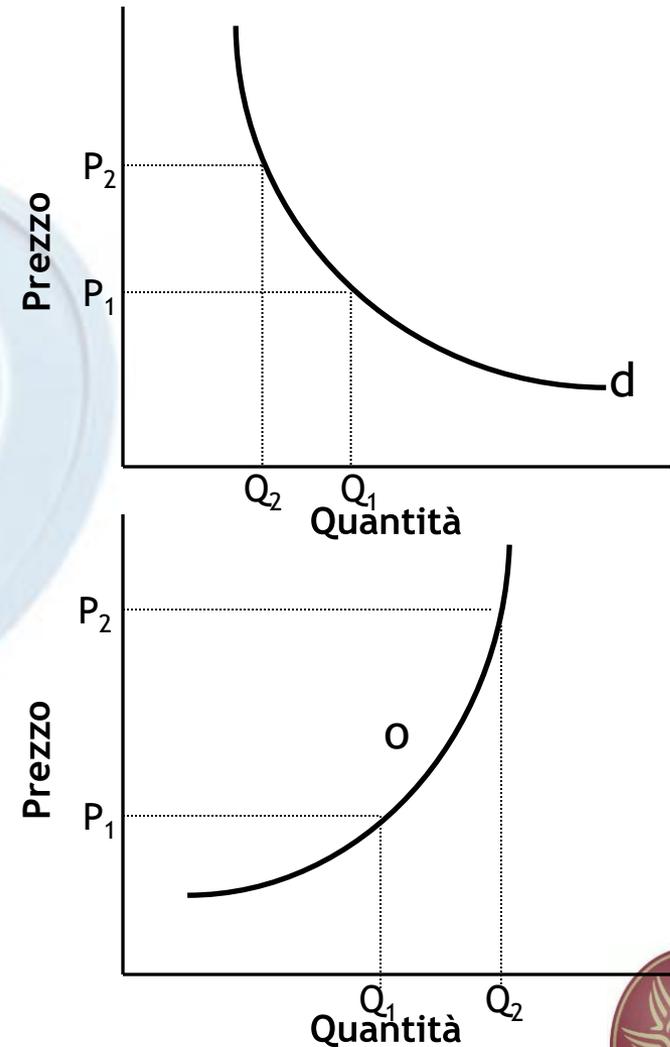
Relazione inversa tra D e P

## OFFERTA

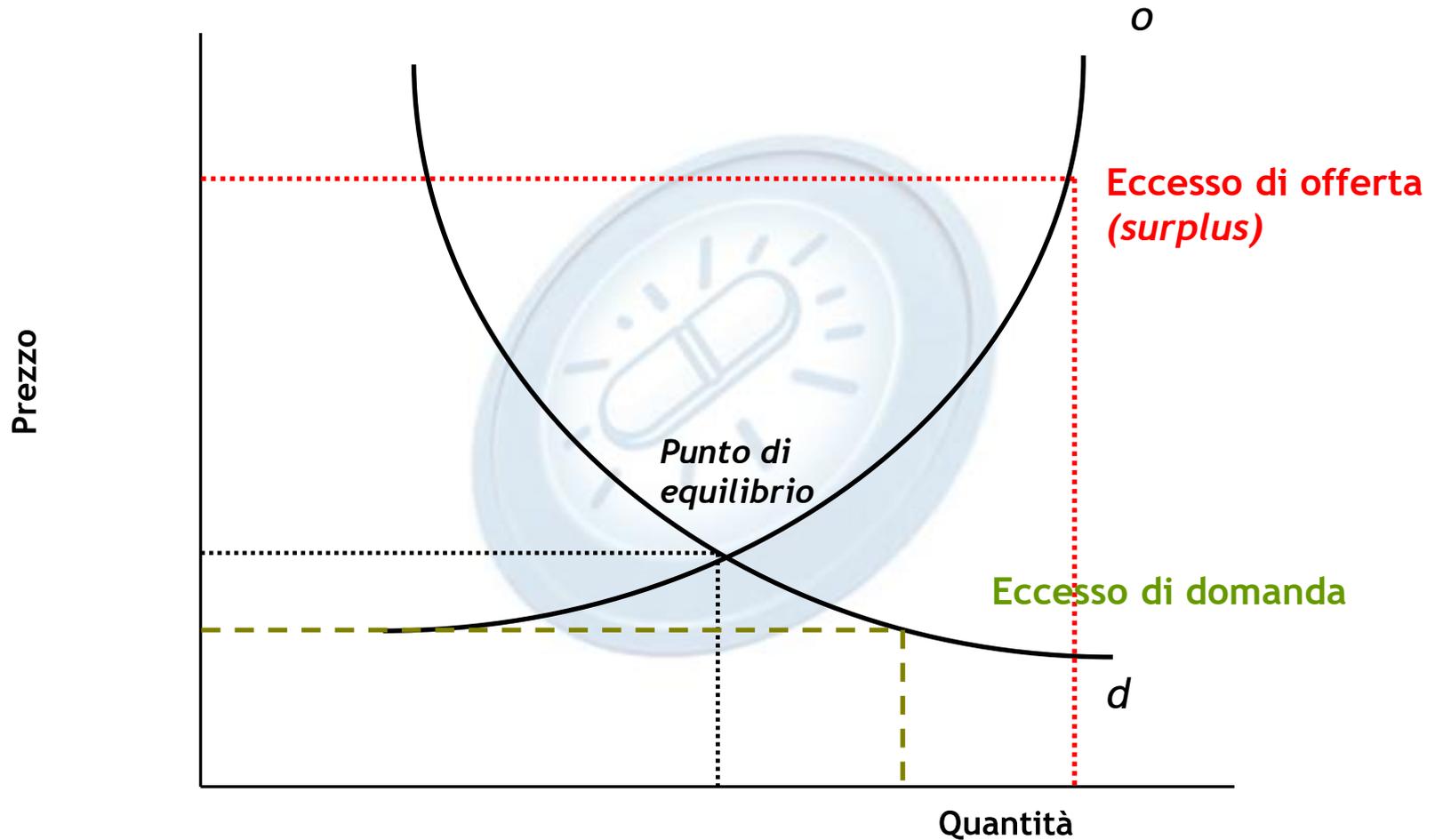
“l’ammontare totale di un bene offerto dal  
produttore per la vendita”

È un flusso nel tempo (es. unità/mese)

Relazione diretta tra D e P



# Determinazione del prezzo



# Elasticità del prezzo

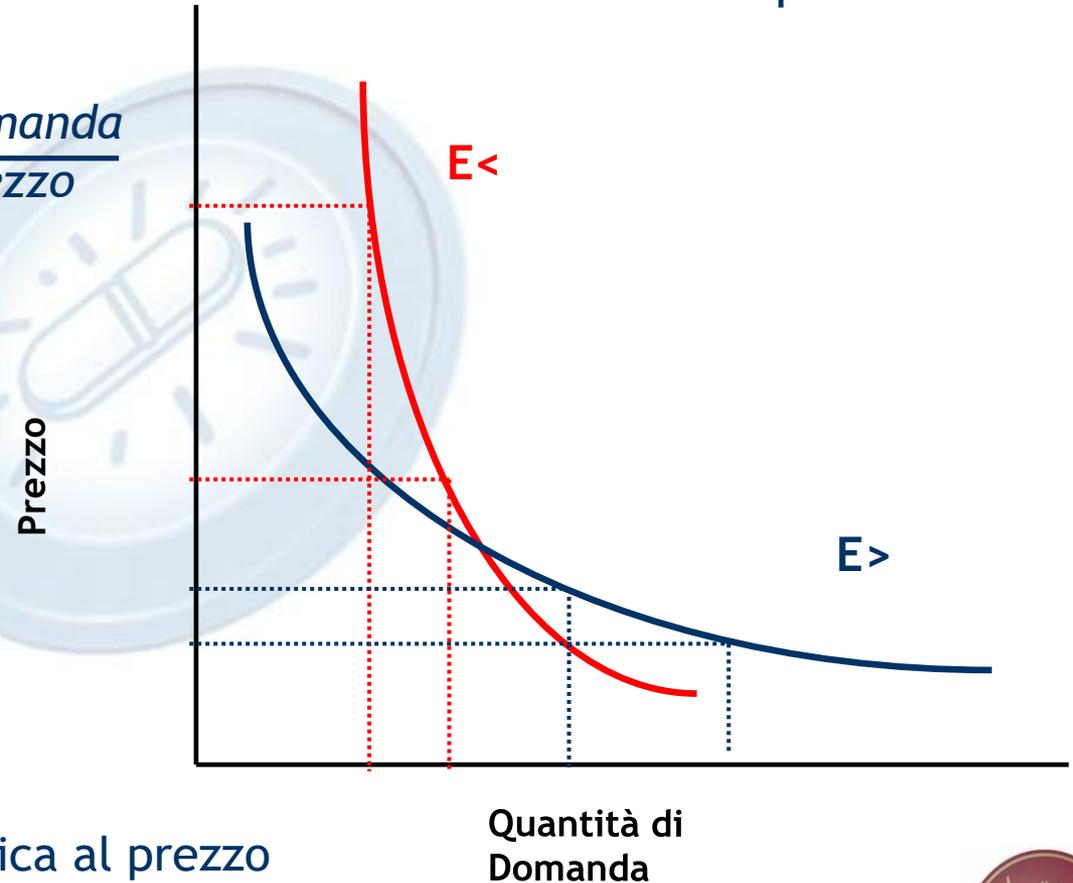
Elasticità = responsività della domanda alle variazioni di prezzo

$$E = \frac{\Delta\%Q}{\Delta\%P} = \frac{\text{variazione della domanda}}{\text{variazione del prezzo}}$$

E è di regola < di 0

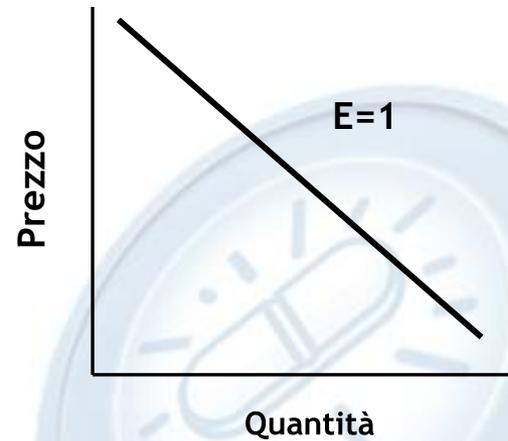
Se  $|E| > 1$  la domanda è elastica al prezzo

Se  $|E| < 1$  la domanda è inelastica al prezzo

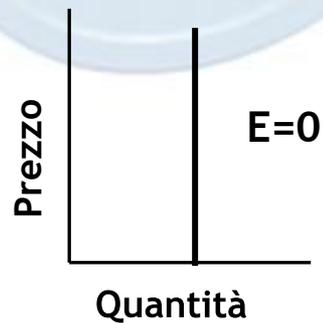


# Elasticità del prezzo

Se  $|E| = 1$  la domanda è perfettamente elastica



Se  $|E| = 0$  la domanda è totalmente inelastica



## Fattori che influenzano l'elasticità del prezzo

- Numero di sostituti
- Se il prodotto è di necessità o di lusso
- La proporzione dello stipendio spesa per quel prodotto
- Periodo di tempo coinvolto

## Beni

- Sostituti
- Complementari

- La domanda è poco elastica quando:
  - Bene di necessità
  - Spesso non ci sono sostituti
  - Separazione tra fruitore e pagante



in SANITA'



# *Il mercato*



# Concetto di Mercato

Il **mercato** è il luogo (anche in senso non fisico) deputato all'effettuazione degli scambi economici del sistema economico di riferimento; secondo un'altra definizione più finalistica, il mercato è l'insieme della domanda e dell'offerta, cioè dei venditori e degli acquirenti (o compratori).

## I soggetti del mercato

Gli agenti economici sono distinti in due categorie principali, *compratori* e *venditori*.

I *compratori* includono i consumatori (che acquistano beni e servizi per uso personale), e le imprese, che strumentalmente acquistano lavoro, capitale e materie prime per produrre beni e servizi.

I *venditori* includono le imprese, che vendono i beni ed i servizi da loro prodotti, i lavoratori che vendono i propri servizi ed i proprietari di risorse produttive (ad esempio beni immobili) che possono essere cedute a titolo definitivo (vendita, o meglio alienazione) al fine di ricavarne il prezzo, oppure a titolo temporaneo (per locazione o altri tipi di diritto di godimento) al fine di ricavarne la rendita.



# La “mano invisibile” di Smith

La metafora della **mano invisibile**, cardine del liberismo economico  
Adam Smith *La ricchezza delle nazioni* pubblicata nel 1789.

Con questa metafora si intende che l'individuo, nella ricerca egoistica del proprio guadagno, persegue comunque un fine (il benessere della sua società) che non rientra direttamente nelle sue intenzioni.

Questo modo di vedere le cose, strettamente deterministico, ricalca da vicino la visione del mondo del XVIII secolo, in cui la scienza, ispirandosi a Cartesio e Newton, credeva di poter arrivare a calcolare tutto. Anche in seguito agli sviluppi del premio Nobel Amartya Sen riguardo il liberismo paretiano, è sempre più evidente che gli Stati debbano intervenire anche in un'economia di libero mercato, sia per preservarne la stabilità, sia per il rispetto dell'ordine sociale.



# Equilibrio Paretiano

Primo teorema del benessere: un equilibrio raggiunto in un contesto in cui i vari mercati operano in regime di concorrenza perfetta è Pareto efficiente.

Un equilibrio dei mercati si definisce Pareto efficiente o Pareto ottimo se non è possibile spostarsi da tale equilibrio aumentando l'utilità di uno o più individui senza ridurre l'utilità di altri individui.



# Le «critiche» al determinismo paretiano

Questo modo di vedere le cose, strettamente deterministico, ricalca da vicino la visione del mondo del XVIII secolo, in cui la scienza, ispirandosi a Cartesio e Newton, credeva di poter arrivare a calcolare tutto.

Possiamo farci un'idea di quanto la fede nel determinismo fosse radicata nella scienza dell'epoca, se all'inizio del XX secolo Einstein per primo non credette nelle implicazioni non deterministiche della teoria dei quanti, e ancora nel 2005 si cerca di riportare la meccanica quantistica nell'alveo del determinismo.

Il Premio Nobel per l'economia Kenneth Arrow, già nel 1958, mise in dubbio la stabilità dell'equilibrio competitivo. Nel 1962, riprendendo il suo lavoro, l'economista Herbert Scarf ha mostrato come, nel caso di mercati con più di due beni che abbiano prezzi tra loro interdipendenti, la mano invisibile non può esistere.

Più recentemente il premio Nobel Amartya Sen riguardo il liberismo paretiano, è sempre più evidente che gli Stati debbano intervenire anche in un'economia di libero mercato, sia per preservarne la stabilità, sia per il rispetto dell'ordine sociale.



# La “rivoluzione keynesiana”

John Maynard Keynes (Cambridge, 5 giugno 1883 - Tilton, 21 aprile 1946), è stato un economista britannico e considerato il padre della moderna macroeconomia.

I suoi contributi alla teoria economica hanno dato origine a quella che è stata definita "rivoluzione keynesiana". In contrasto con la teoria economica neoclassica, ha sostenuto la necessità dell'intervento pubblico nell'economia con misure di politica fiscale e monetaria, qualora una insufficiente domanda aggregata non riesca a garantire la piena occupazione. Teoria generale dell'occupazione, dell'interesse e della moneta, 1936 (dopo la Grande Depressione del '29)

In questo testo, Keynes afferma che sono giustificabili le politiche destinate a stimolare la domanda in periodi di disoccupazione, ad esempio tramite un incremento della spesa pubblica. Poiché Keynes non ha piena fiducia nella capacità del mercato lasciato a se stesso di esprimere una domanda di piena occupazione, ritiene necessario che in talune circostanze sia lo Stato a stimolare la domanda.



Laissez-faire



Pianificazione statale



# Mercato sanitario e concorrenziale

MERCATO CONCORRENZIALE	MERCATO SANITARIO
Molti produttori	Pochi produttori (barriere all'ingresso)
Prodotti omogenei	Prestazioni eterogenee
Consumatori perfettamente informati	Informazione imperfetta
Assenza di economia di scala	Regime di costi decrescenti
Assenza di esternalità	Esternalità rilevanti
Offerta completa	Beni offerti in misura adeguata



# Fallimenti del mercato in sanità

- ✓ Separazione tra decisore, utilizzatore e pagante.
- ✓ Il fallimento del mercato dovuto a:
  - ✓ informazione asimmetrica,
  - ✓ esternalità,
  - ✓ situazioni di monopolio.
- ✓ La Sanità come bene pubblico.
- ✓ Questioni etiche di equità.



# La metafora del ristorante

Il mercato farmaceutico è come un ristorante in cui il cliente (paziente) mangia ma non ordina, il cameriere (medico) decide cosa debba mangiare il cliente, indipendentemente dai suoi gusti e dal costo delle portate, infine lo stato paga il conto.



# La metafora del ristorante

*Il mercato farmaceutico è come un ristorante in cui il cliente (paziente) mangia ma non ordina le portate...*

- **Separazione tra consumatore e decisore**
  - Rapporti di agenzia
  - Domanda farmaceutica derivata
- **Domanda parzialmente inelastica**

*...il cameriere (medico) decide cosa debba mangiare il cliente, indipendentemente dai suoi gusti e dal costo delle portate...*

- **Ruolo dell'informazione**
- **Medici, in qualità di decisori, come obiettivo della politica commerciale**
- **Etica**



# La metafora del ristorante

*...infine lo stato paga il conto*

- **Necessità di una regolamentazione a priori**
- **La registrazione: CTS(AIFA)**
  - definisce la Lista Positiva
  - procede a riclassificare i farmaci sottoposti a regime contrattuale
- **Fissazione del prezzo: CPR(AIFA)**
  - gestisce la negoziazione dei prezzi dei farmaci sottoposti a regime contrattuale



# Informazione imperfetta

Il modello di concorrenza perfetta prevede la perfezione dell'informazione.

I soggetti economici che operano sul mercato dispongono di una informazione completa sui beni acquistati e venduti (sulle loro caratteristiche, sulla loro capacità di soddisfare i bisogni, sulla loro qualità)

Il mercato delle prestazioni sanitarie è caratterizzato dalla presenza di numerose situazioni di informazione imperfetta o asimmetrica.

Gli individui non sono in grado di riconoscere i propri bisogni (patologie), di scegliere i trattamenti più appropriati, di giudicare i servizi ottenuti, di valutare la congruità dei prezzi, di prevedere gli esiti del trattamento.

I medici, a loro volta, sono soggetti ad alcuni fattori condizionanti avulsi dal paziente (ambizione personale, desiderio di prestigio, ecc.) e non possono disporre di certezza sui trattamenti (la medicina è una scienza probabilistica)



A causa della Informazione imperfetta o asimmetrica

Si forma una Relazione di Agenzia

- Quando un soggetto delega la decisione ad altro elemento
- Es relazione paziente-medico
- Può essere
  - Perfetta (l'agente agisce nel puro interesse del paziente)
  - Imperfetta (l'agente sfrutta l'ignoranza del soggetto per raggiungere scopi propri)
    - Può determinare la **Domanda farmaceutica derivata** (Supplier Induced Demand)



Un'esternalità (economia o diseconomia esterna) si verifica ogniqualvolta la produzione o il consumo di un bene da parte di un individuo produce effetti esterni (positivi o negativi) su un altro individuo, senza che quest'ultimo paghi o riceva una compensazione per tali effetti

*Nel settore sanitario,*

- una esternalità positiva è la vaccinazione
- una esternalità negativa è il fumo

La presenza di esternalità nel settore sanitario impedisce che questo settore si configuri come un mercato concorrenziale e invoca l'intervento pubblico per favorire la produzione di esternalità positive e scoraggiare la produzione di esternalità negative



# Monopolio

- in realtà non è un monopolio ma un **Mercato oligopolistico**:
  - **Numero di imprese**: oltre 5000 imprese, ma con oltre il 90% del mercato in mano a meno di 100 multinazionali
  - **Tipi di prodotto**: eterogeneo a causa della diffusa differenziazione di prodotto, con enfasi sulla qualità e la tutela brevettuale
  - **Capacità di definire il prezzo**: possibilità di influire sul prezzo con la R&D e come processo di differenziazione
  - **Restrizioni all'entrata**: alta a causa della tutela brevettuale e dell'intensivo sistema di marketing
  - **Benessere sociale**: sub-ottimale a causa degli elevati prezzi e degli extraprofitti

*Trade-off tra benessere sociale sub-ottimale e tutela brevettuale*



# Beni pubblici

I beni pubblici (difesa nazionale, igiene pubblica, educazione sanitaria, ecc.) sono distinguibili dai beni privati sulla base del criterio della:

- non rivalità: il consumo da parte di un individuo non impedisce il consumo da parte di tutti gli altri
- non escludibilità: non è possibile escludere dal suo godimento coloro che non sono disposti a pagare il corrispettivo richiesto

I beni pubblici non offrono convenienza ad essere prodotti per ciò è necessario che se ne occupi la pubblica amministrazione.

Impropriamente, le prestazioni sanitarie sono definiti beni pubblici. *In realtà si tratta di beni di merito*: beni che la collettività ritiene degni di particolare attenzione perché meritori dal punto di vista sociale e pertanto oggetto di intervento pubblico.



# Equità

Il concetto stesso di equità non è univocamente definito, lo si può intendere come:

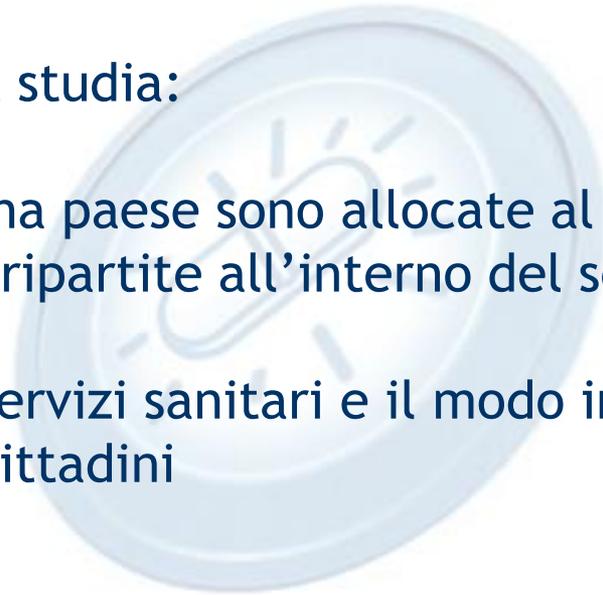
- ✓ uguaglianza di accesso alle risorse sanitarie tra gli utenti
- ✓ uguaglianza di utilizzo delle stesse risorse
- ✓ uguaglianza di stato di salute tra i cittadini
- ✓ infine, in una accezione più attuale, garanzia della fornitura di un livello minimo di servizi a tutti i cittadini.



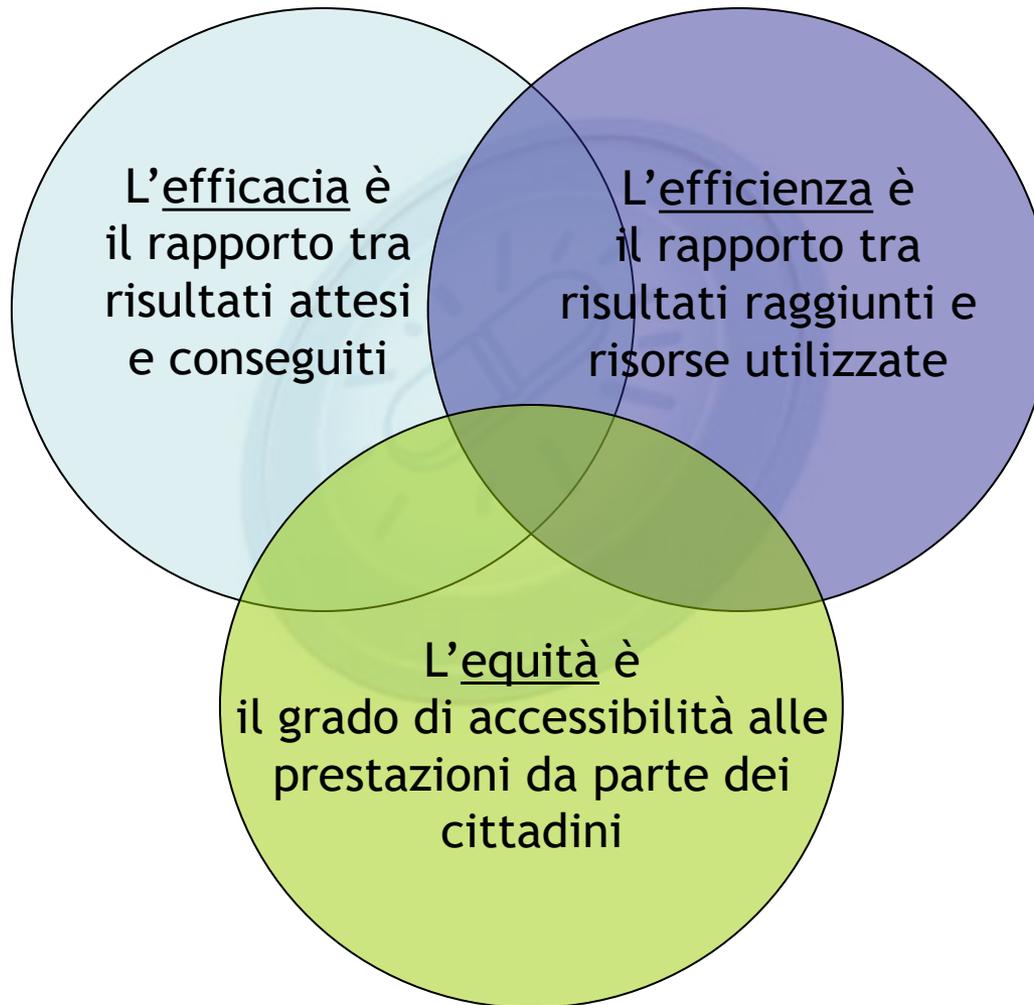


L'Economia sanitaria studia:

- quante risorse di una paese sono allocate al settore della sanità e come vengono poi ripartite all'interno del settore stesso.
- la produzione dei servizi sanitari e il modo in cui questi si distribuiscono tra i cittadini



# Strumenti di misurazione di una performance in economia sanitaria





## L'efficienza macroeconomica

ha l'obiettivo di determinare una quota appropriata del Prodotto Interno Lordo (PIL) da destinare alla sanità in relazione alle altre voci di spesa pubblica;

## L'efficienza microeconomica

ha l'obiettivo di scegliere il mix dei servizi che permette di massimizzare il risultato data una certa quota di PIL attribuita alla spesa sanitaria.

Si divide in:

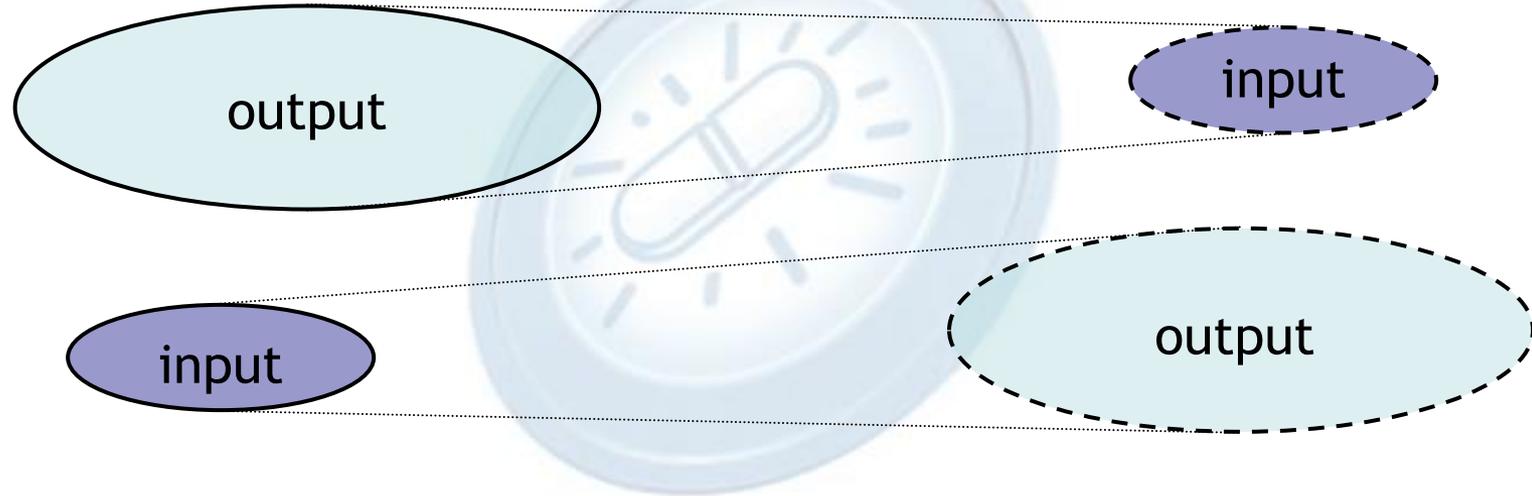
- Tecnica o Produttiva
- Allocativa o Distributiva



# Efficienza tecnica o produttiva

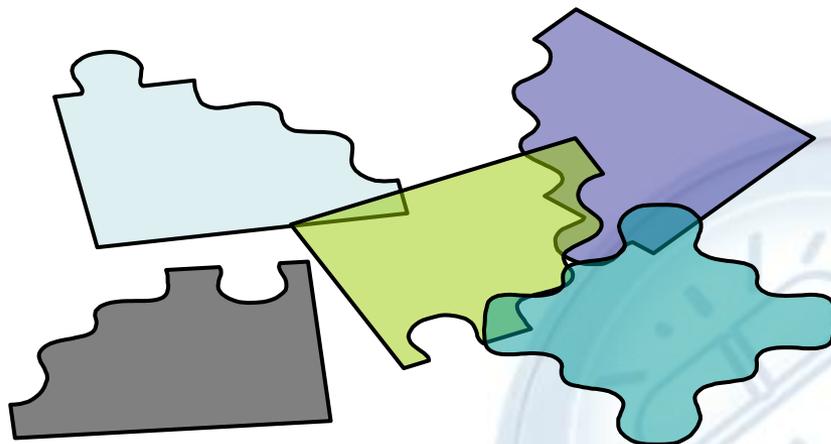


Combinazioni di fattori produttivi che minimizzano i costi (priorità obiettivo salute) o massimizzano i risultati (obiettivo costi)



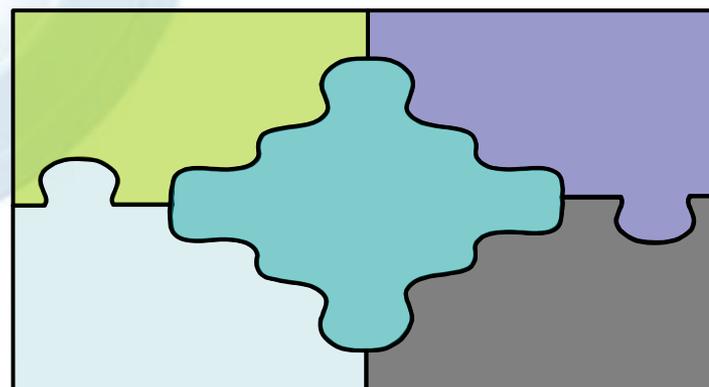
Qual è l'intervento che minimizza i costi o massimizza lo stato di salute del paziente (prevenzione, terapia, ...)?

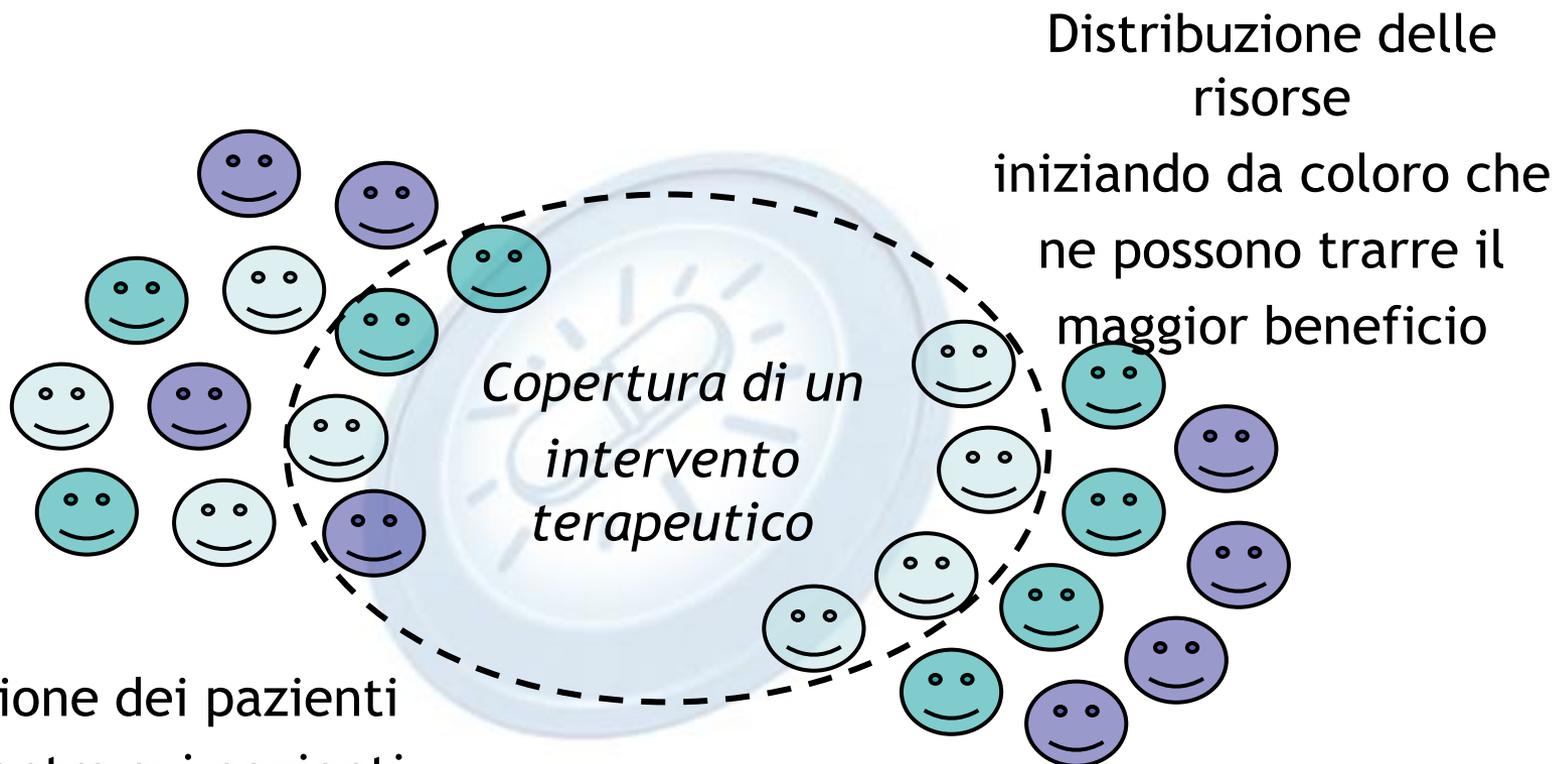




Destinazione delle risorse  
secondo un criterio  
di massimizzazione  
dell'utilità

Come viene destinato  
il costo imputabile  
alla gestione della  
patologia?





La gestione dei pazienti si concentra sui pazienti con più elevato rischio?



# Equità

L'equità esprime la valutazione in merito alla distribuzione dei costi e dei benefici tra i diversi individui o gruppi sociali

Si distinguono due aspetti dell'equità:

**equità orizzontale**

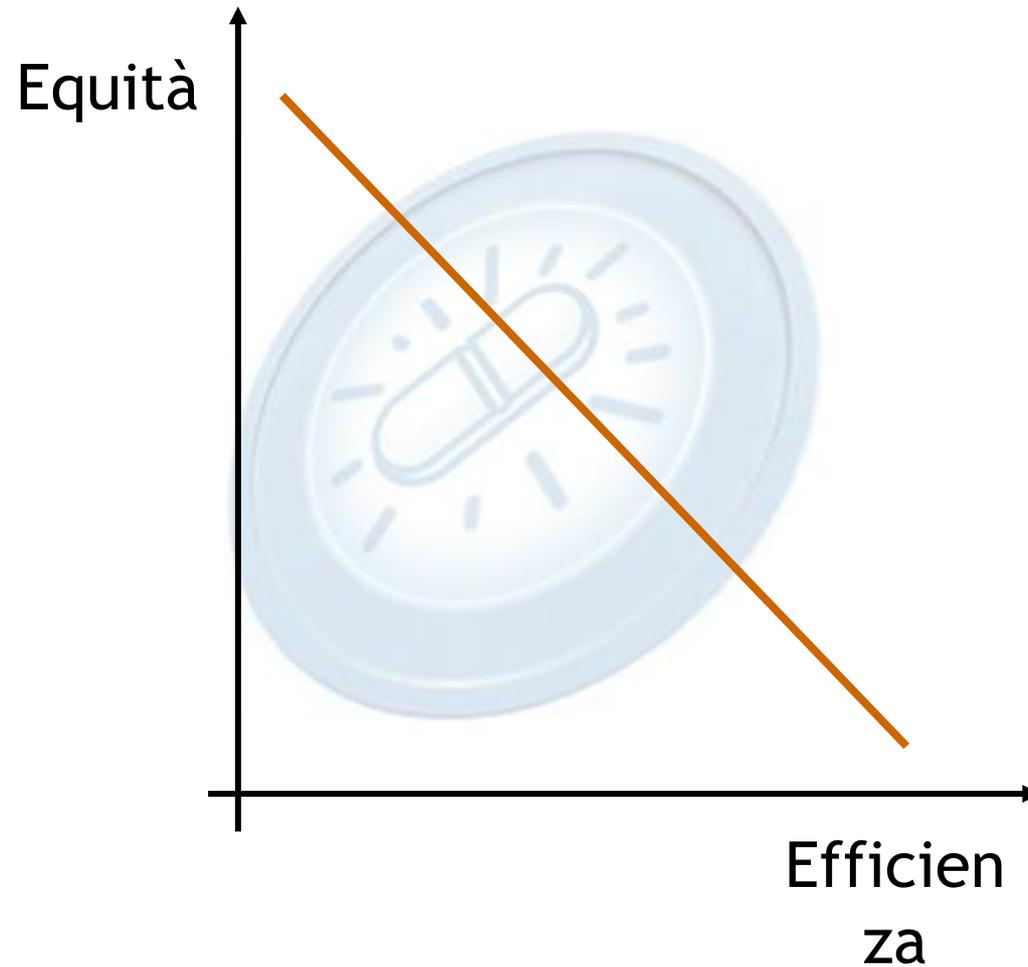
si prevede un'uguale spesa pro-capite o un numero di servizi uguale;

**equità verticale**

Si prevede un numero di servizi variabili in funzione dei bisogni per garantire la stessa accessibilità e provvedere ad un uguale livello di salute.



# Trade-off equità ed efficienza



Una moderna POLITICA SANITARIA deve (soprattutto in una fase di politica della SOSTENIBILITA’):

Applicare gli strumenti della economia sanitaria...  
...con il fine sociale di ottimizzare gli strumenti di tutela della salute

...ovvero scegliere quali risorse devono essere indirizzate verso quali prestazioni tra quelle di efficacia riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso quali soggetti che possano trarne maggior beneficio.



# Abbiamo visto:

- ✓ Concetto di salute e sua evoluzione
- ✓ Economia ed economia sanitaria
  - ✓ Domanda, offerta ed elasticità
- ✓ Mercato e fallimenti del mercato
- ✓ Misuratori di performance dell'economia sanitaria
- ✓ Obiettivi della politica sanitaria

***[www.marketingfarmaceutico.it](http://www.marketingfarmaceutico.it)***

