



# Politica Sanitaria & farmaceutica

**Marketing e Tecniche di Accesso al mercato Farmaceutico**

**A.A. 2020-2021**

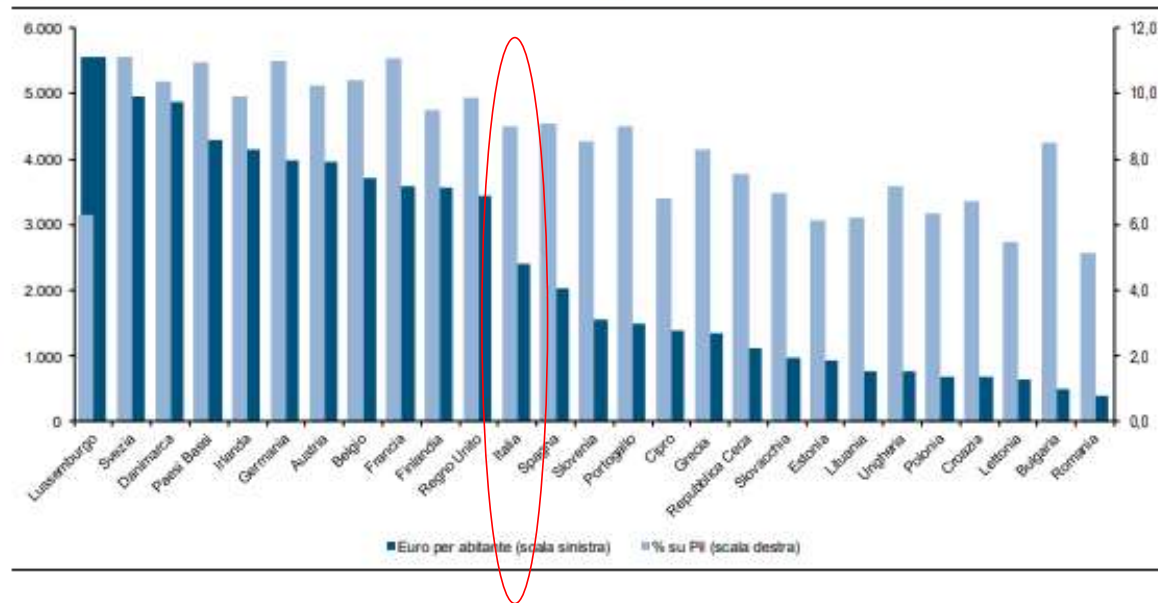
**Roberto Adrower**

**Professore a Contratto canale E-O**

Lezioni di Economia / sanitaria Roberto Adrower 2021

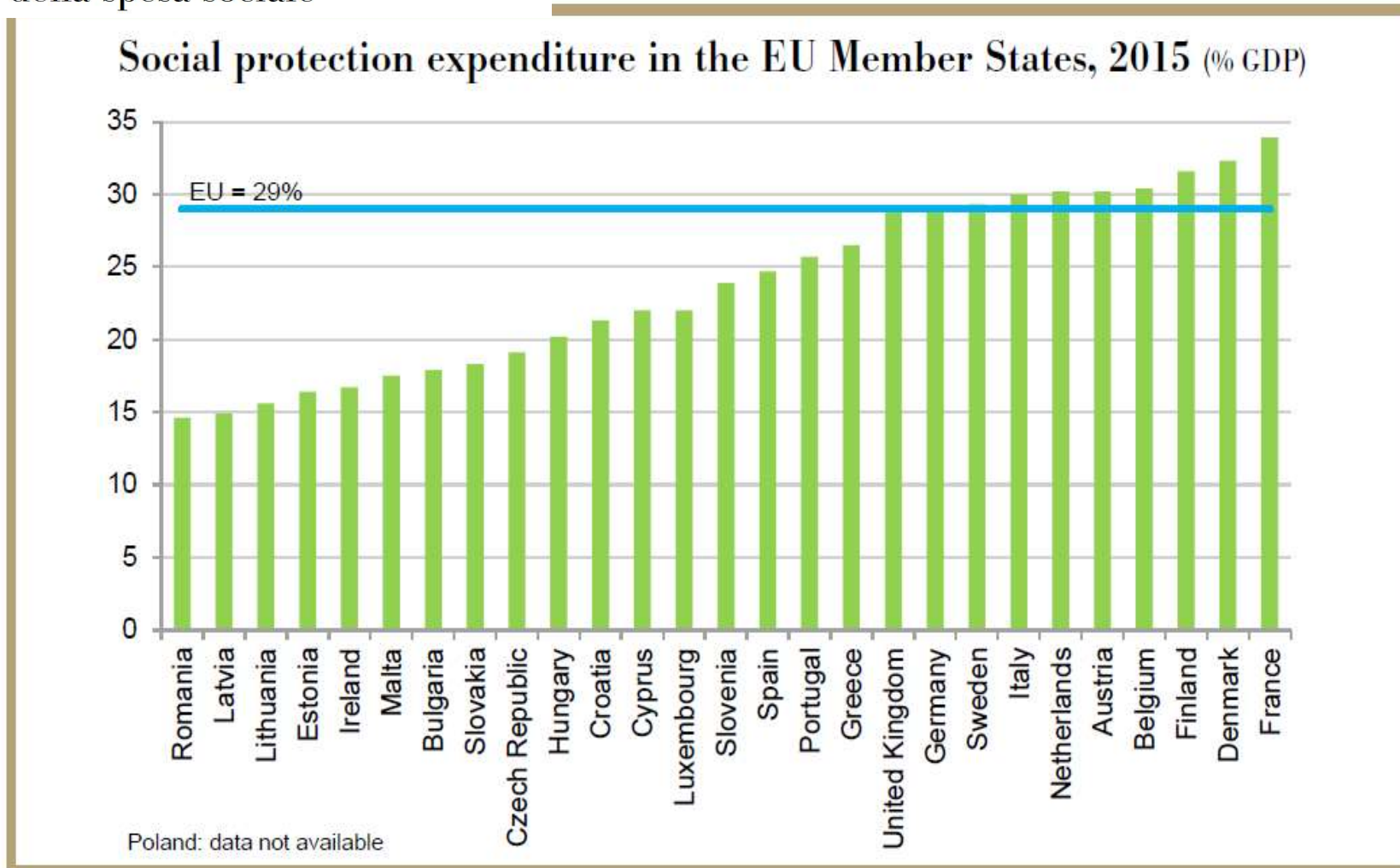
# Spesa Sanitaria e PIL

FIGURA 5. SPESA SANITARIA NEI PAESI UE. Anno 2014, euro per abitante e incidenza sul Pil



Source dati Istat

La Sanità sacrificata  
alle *pensioni*, un'analisi  
della spesa sociale



Lezioni di Economia / sanitaria Roberto Adrower 2021

Figura 1

# Perché le pensioni erodono la spesa sanitaria ?

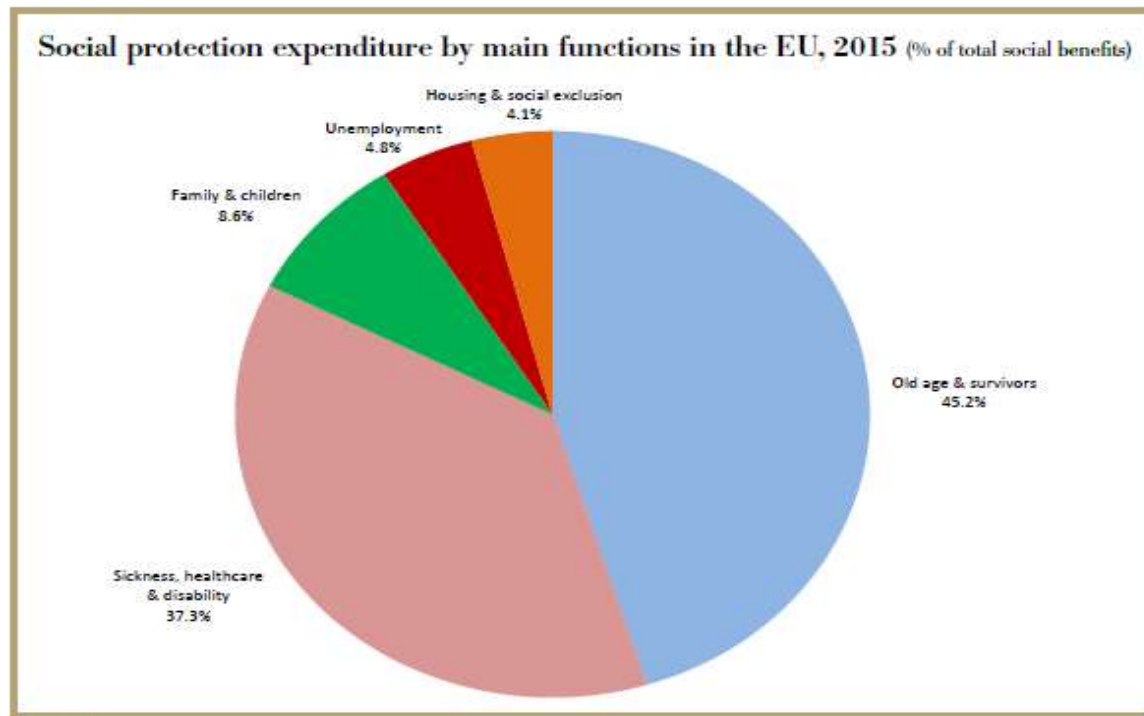


Figura 2

Febbraio\_2018 | Il Quaderno della distribuzione farmaceutica\_24

<https://www.infodata.ilsole24ore.com/2021/03/27/quanto-vale-limpatto-della-lunga-ondata-dei-babyboomer-sulle-pensioni>

Nuovi pensionati di vecchiaia/anticipate nel trentennio 2020-2049						
Classi età	2020-2024	2025-2029	2030-2034	2035-2039	2040-2044	2045-2049
90 - 94						125.403
85 - 89					343.948	618.115
80 - 84				592.198	1.047.474	1.662.852
75 - 79			778.511	1.363.797	2.160.266	2.472.796
70 - 74		904.981	1.575.190	2.491.431	2.850.843	2.830.783
65 - 69	985.169	1.708.112	2.699.245	3.087.956	3.065.707	2.707.183
<b>Totale per età</b>	<b>985.169</b>	<b>2.613.093</b>	<b>5.052.945</b>	<b>7.535.382</b>	<b>9.468.237</b>	<b>10.417.132</b>
<b>Stima del flusso medio nuovi Pensionati per ciascun anno</b>	<b>200.000</b>	<b>341.600</b>	<b>539.850</b>	<b>617.590</b>	<b>613.140</b>	<b>541.440</b>

Fonti: elaborazioni su dati INPS- Osservatori Statistici e Istat - Tavole Mortalità ridotte 2019

# New normal e smart working

**nel “new normal”, superata la crisi sanitaria, i lavoratori agili potrebbero arrivare a 5,35 milioni, quasi un terzo dei dipendenti potrebbe avvalersi di soluzioni di lavoro a distanza con media di 2,7 giorni la settimana nelle grandi imprese e di 1,4 giorni nella Pa.**

# Politica sanitaria

**Politica = Policy** (*non politics*)

*“Insieme delle azioni messe in atto per la gestione del bene comune”*

Gli obiettivi di una moderna politica sanitaria si possono riassumere in 4 punti:

- ✓ *Preservare e migliorare la salute della popolazione*
- ✓ *Raggiungere un livello accettabile di Equità*
- ✓ *Rispondere alle aspettative della popolazione, dei cittadini*
- ✓ *Far fronte ad interessi paralleli quale ad esempio il rispetto di un determinato bilancio.*

**Ob. tecnico**

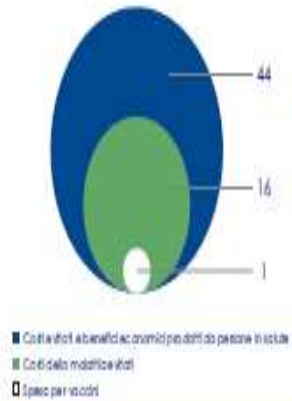
**Ob. sociale**

**Ob. politico**

**Ob. economico**

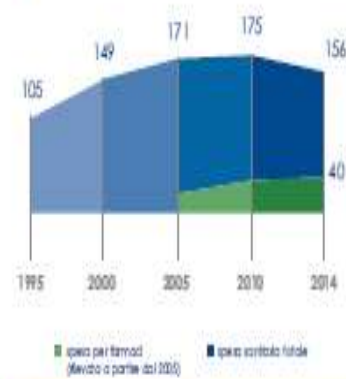
# ALCUNI ESEMPI

RAPPORTO TRA COSTI BENEFICI DELLA VACCINAZIONE



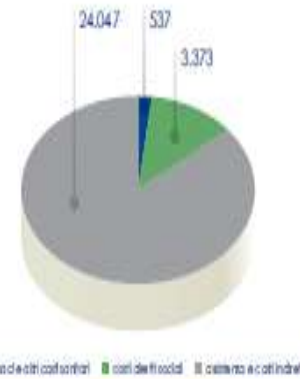
Fonte: Health Affairs 2016

ONCOLOGIA: SPESA PROCAPITE PER MEDICINALI E SPESA SANITARIA TOTALE IN ITALIA (€)



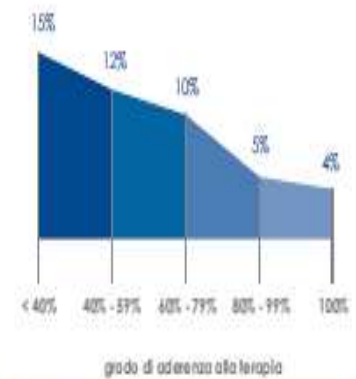
Fonte: IRE - Corporate Report 2017

COSTI DELLA DEMENZA SENILE IN ITALIA (€ all'anno per paziente)



Fonte: Farmindustria su dati The Economist-Intelligence Unit 2017

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE



Fonte: PMAA



# Politica sanitaria

## 3 strumenti di tutela della salute

- **Prevenzione**
- **Informazione**
- **Assistenza sanitaria**
  - **Cura e riabilitazione**

## 3 indici di performance del sistema

- ✓ **Efficacia**
- ✓ **Efficienza**
- ✓ **Equità**

## Strumenti di misurazione di una performance in economia sanitaria



# I sistemi sanitari

## Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

### Cosa c'era prima del 23 dicembre 1978?

#### Le casse mutue (la mutua) o sistema mutualistico

- Contribuzione obbligatoria dei lavoratori
  - Dipendenti (INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEP)
  - Autonomi (Agricoltori, Artigiani, Calzolari)
- Settore pubblico
  - Prevenzione
  - Poveri
  - Salute mentale
- Caratteristiche
  - Copertura non totale (ca. 90%, i.e. 5-6 mio non coperti)
  - Redistribuzione minima
  - Copertura rischi: parziale
- Copertura farmaceutica Indiretta

# I sistemi sanitari

Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

## Come funziona il SSN?

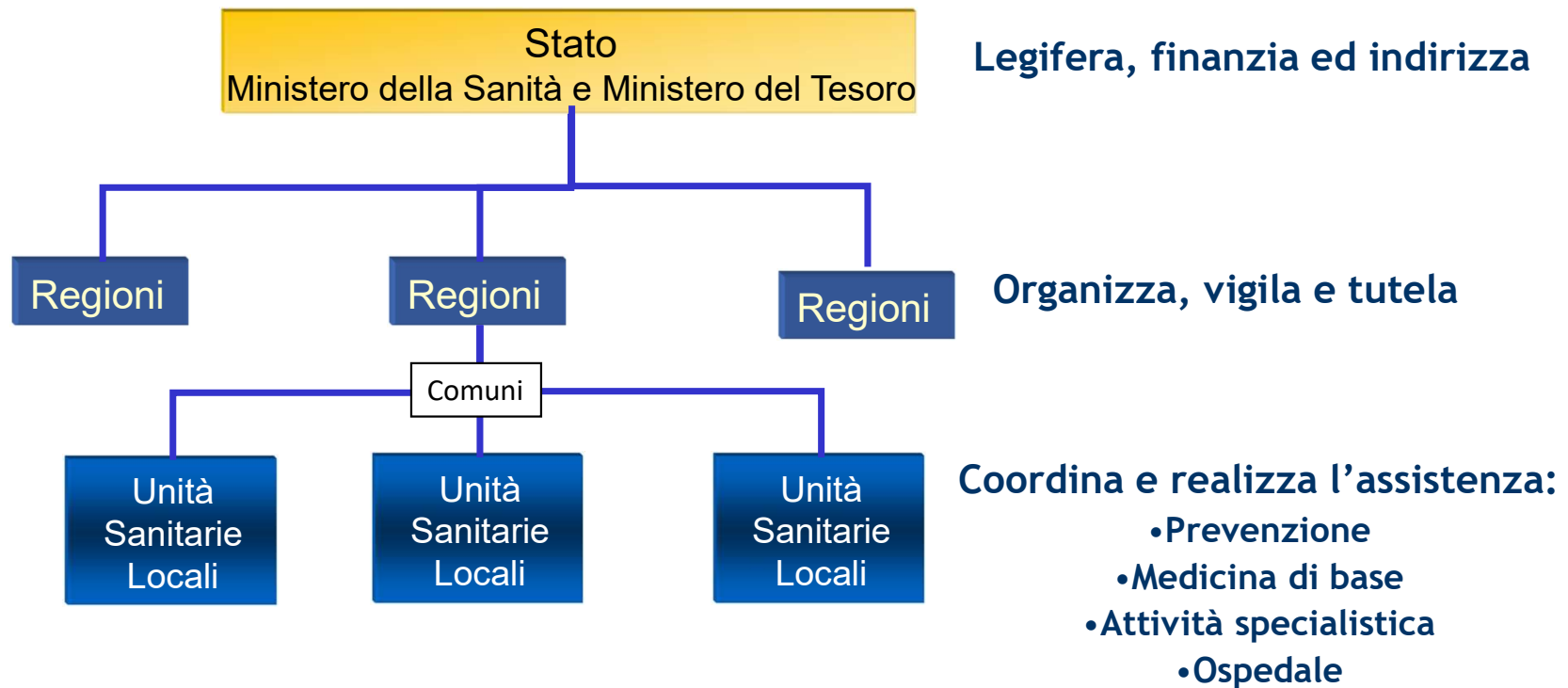
### I principi ispiratori del SSN

- Finanziamento attraverso la tassazione generale
- Universalismo (copertura estesa a tutta la popolazione)
- Solidarismo (libero accesso alle cure)
- Ruolo centrale del settore pubblico nella erogazione dei servizi e capillarizzazione sul territorio (USL)
- Decentralizzazione (ruolo delle regioni)
- Controllo democratico (eleggibilità delle cariche)
- Copertura farmaceutica diretta

# I sistemi sanitari

Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

## Organizzazione su 3 livelli



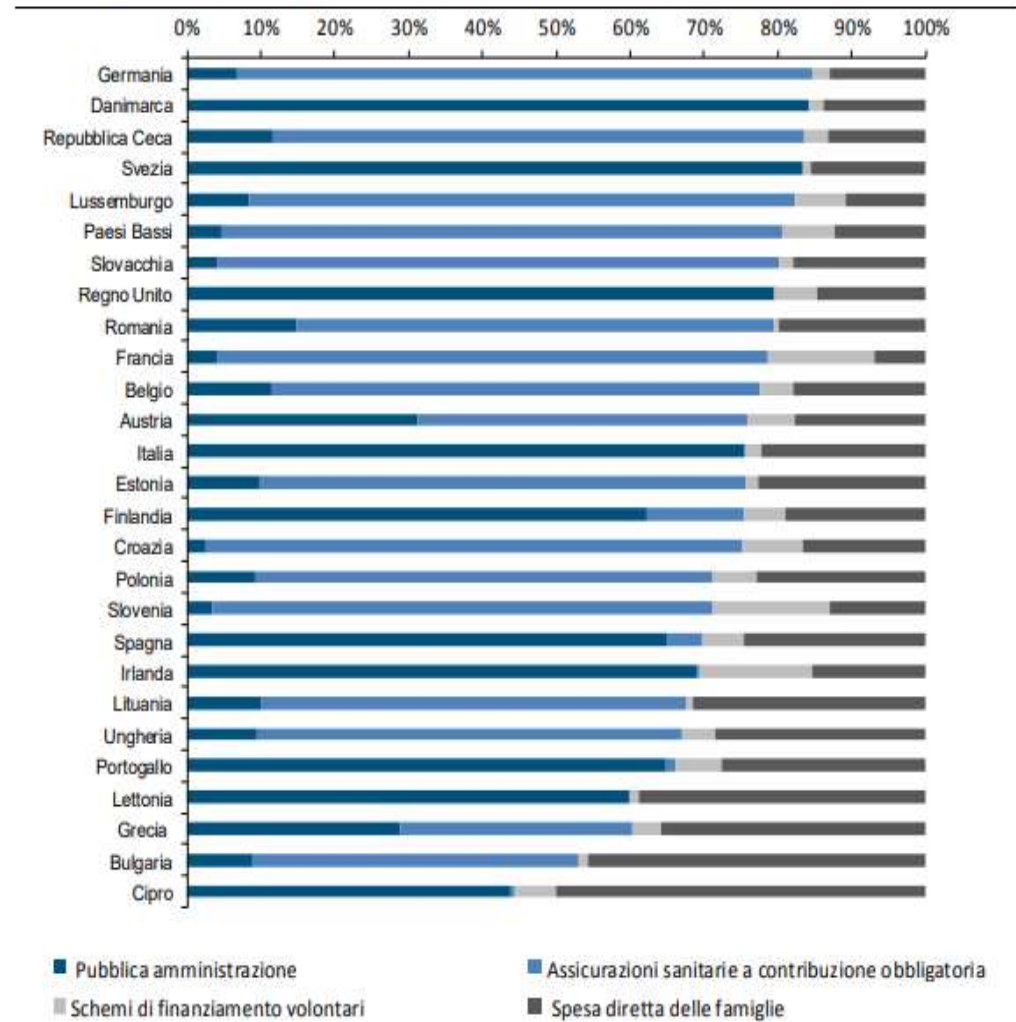
# Costituzione delle Regioni

Le Regioni erano previste in Costituzione (Art 5, 117 e ss) ma vengono formalmente istituite solo nel 1970

## **D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4**

- Le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, sono trasferite alle Regioni a statuto ordinario.

**FIGURA 6. SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO NEI PAESI UE.**  
 Anno 2014, incidenza sul totale di spesa sanitaria



# I sistemi sanitari a confronto

Nomi dei sistemi	<b>Sistema BEVERIDGE</b>	<b>Sistema BISMARCK</b>	<b>Sistemi privati</b>
Tipo di sistema	Sistema solidaristico	Sistema mutualistico	Sistema di mercato
Gestione	Governo centrale	Assicurazione obbligatoria e controllo governativo	Privati ed assicurazioni
Finanziamento	Imposte	Contributi sanitari	Prezzi dei servizi
Esempi	ITALIA Regno Unito	Germania Francia	Stati Uniti
Caratteristiche	Sistema omogeneo ed equo, ma inefficiente Ha bisogno di quote di spesa privata	Sistema più efficiente ma a rischio di selezione avversa	Max qualità ai vertici, esclusione delle categorie sociali più deboli, selezione avversa, aumento costi  Medicare & Medicaid



# I sistemi sanitari a confronto

## Sistemi sanitari individualistici

- **Il rischio economico grava sul singolo individuo**
  - sistema responsabilizzante per l'individuo
  - sistema iniquo a livello sociale
- **Molteplicità degli acquirenti/finanziatori**
  - il potere contrattuale è detenuto dai produttori/venditori di cure
  - prezzi più alti
  - onorari professionali relativi più elevati

## Sistemi sanitari solidaristici

- **Il rischio economico è redistribuito**
  - dai "sani" ai "malati"
  - dai "ricchi" ai "poveri"
- **Unico acquirente o sistema integrato di acquirenti**
  - il potere contrattuale è detenuto dall'unico compratore
  - prezzi più bassi onorari professionali relativi più bassi

## Due forme diverse:

- **INSURANCE-BASED MODEL**
  - sistemi mutualistici obbligatori per la totalità della popolazione (Europa continentale)
- **TAX BASED MODEL**
  - servizi sanitari nazionali (Nord Europa, Paesi mediterranei)

# Sistemi sanitari a confronto

Tipici rischi insiti nei sistemi sanitari

## **moral hazard** (*sistema Beveridge*)

- si realizza quando non si paga per il bene che si acquista
- la tendenza a sovrautilizzare un bene di cui non si comprende il valore

Es. di soluzione: politiche di co-payment (ticket, franchigia)

## **selezione avversa** (*sistemi Bismarck e privati*)

Tendenza alla presa in carico dei soli soggetti più convenienti

Es. assicurazioni vita

Es. di soluzione: intervento statale tramite sussidi

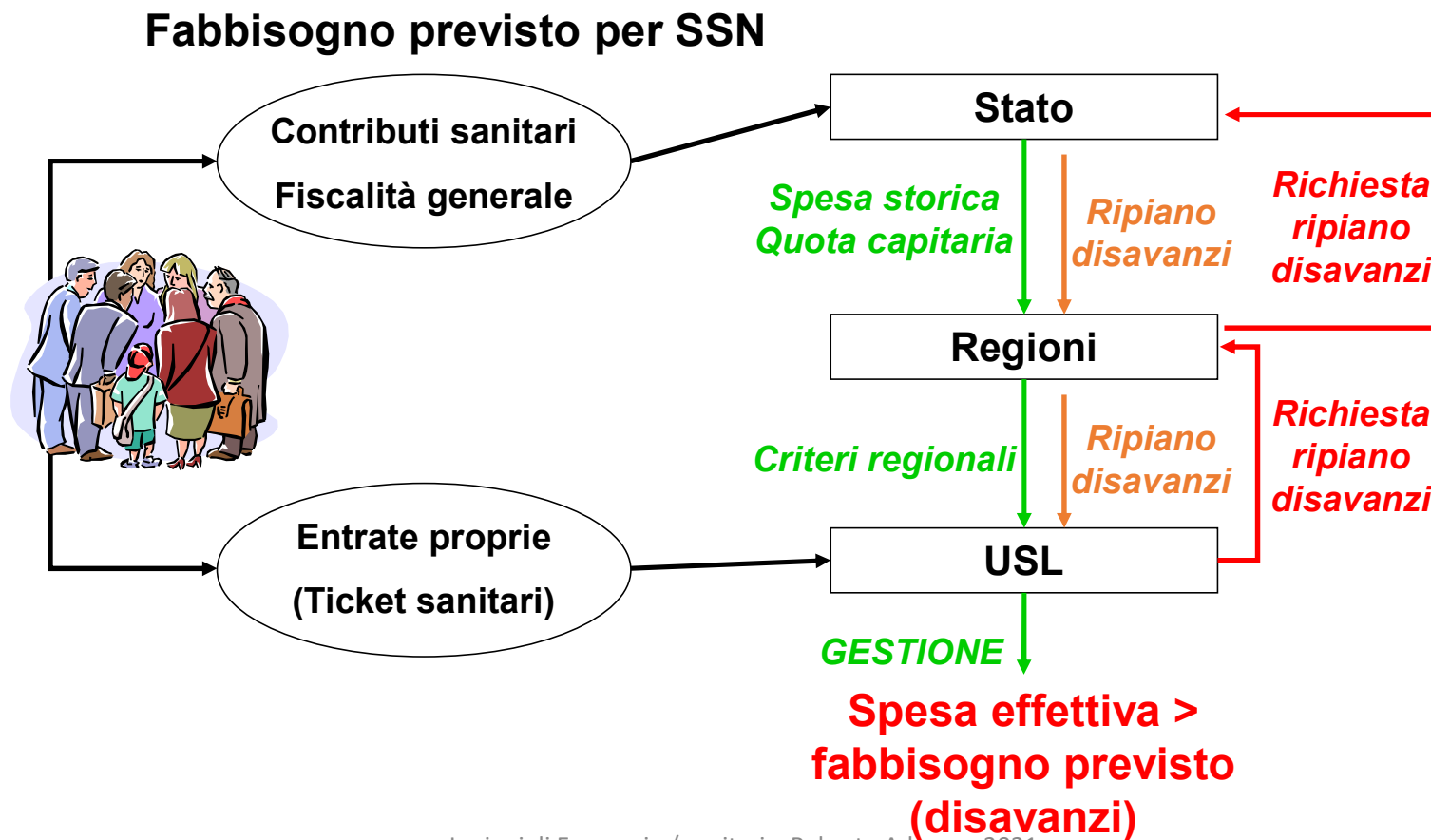
# I problemi «storici» del nostro SSN

- “Burocratizzazione” delle USL
  - Formalizzazione dell’attività (autoreferenzialità)
  - Intervento della politica nella gestione
- Mancanza di autonomia e direzione “manageriale”
- Remunerazione del personale non correlata ai risultati
- Deresponsabilizzazione finanziaria USL e Regioni
  - Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN
  - Separazione tra responsabilità di spesa (USL) e finanziamento (Stato)
  - Ripiano dei disavanzi

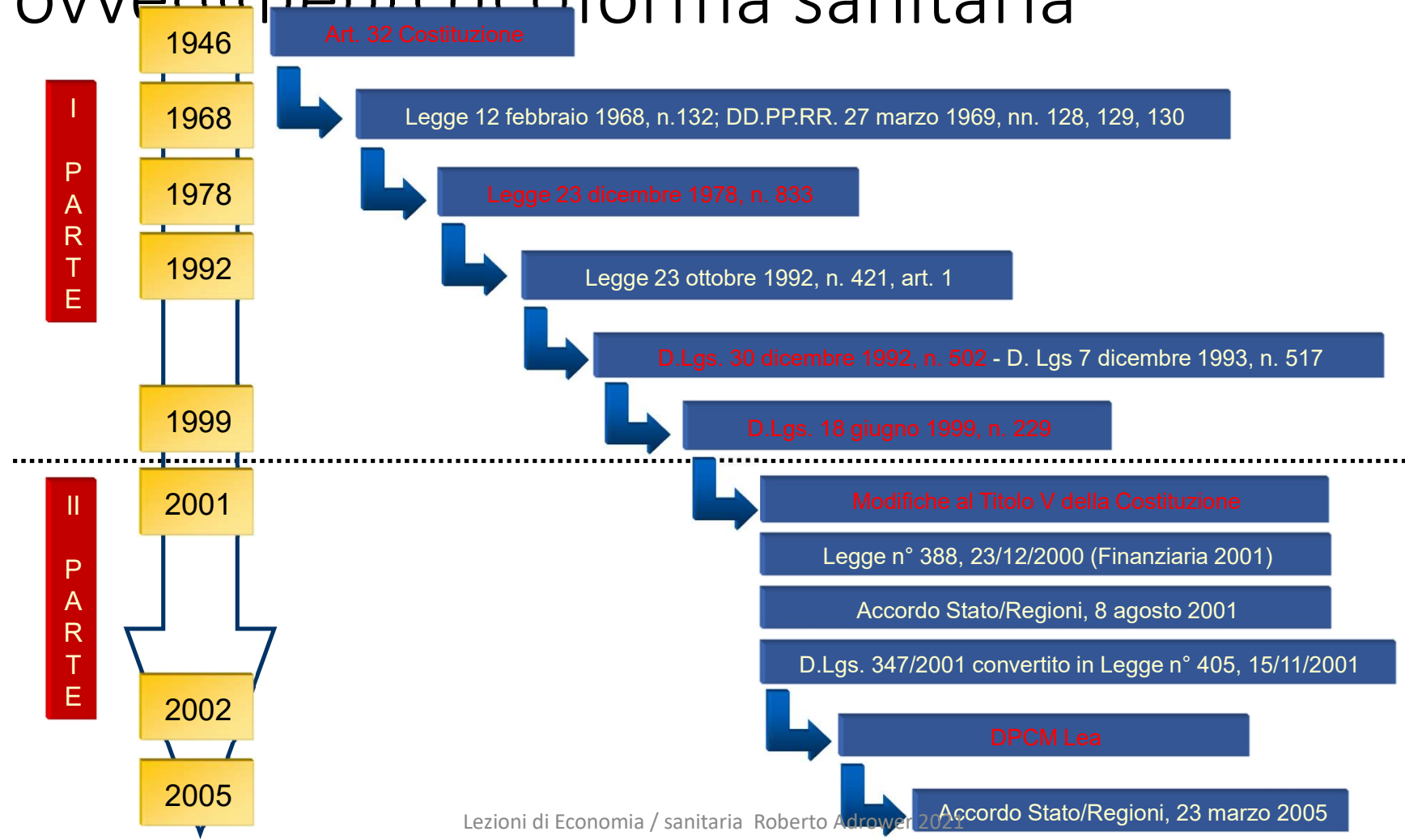
# Anni settanta

- Viene apertamente teorizzata la traduzione sul piano politico del principio base della **tradizionale deontologia medica**:
  - Il professionista deve dedicare ogni possibile sforzo per migliorare le condizioni di salute di ogni paziente
- ***Presuppone*** la disponibilità di risorse umane, finanziarie, tecnologiche e organizzative infinite e infinitamente flessibili nel tempo e nello spazio.
- L'entità della spesa sanitaria pubblica assume di fatto il ruolo di **variabile indipendente rispetto alla programmazione economica del paese**, compromettendo la possibilità di controllo dei conti pubblici.

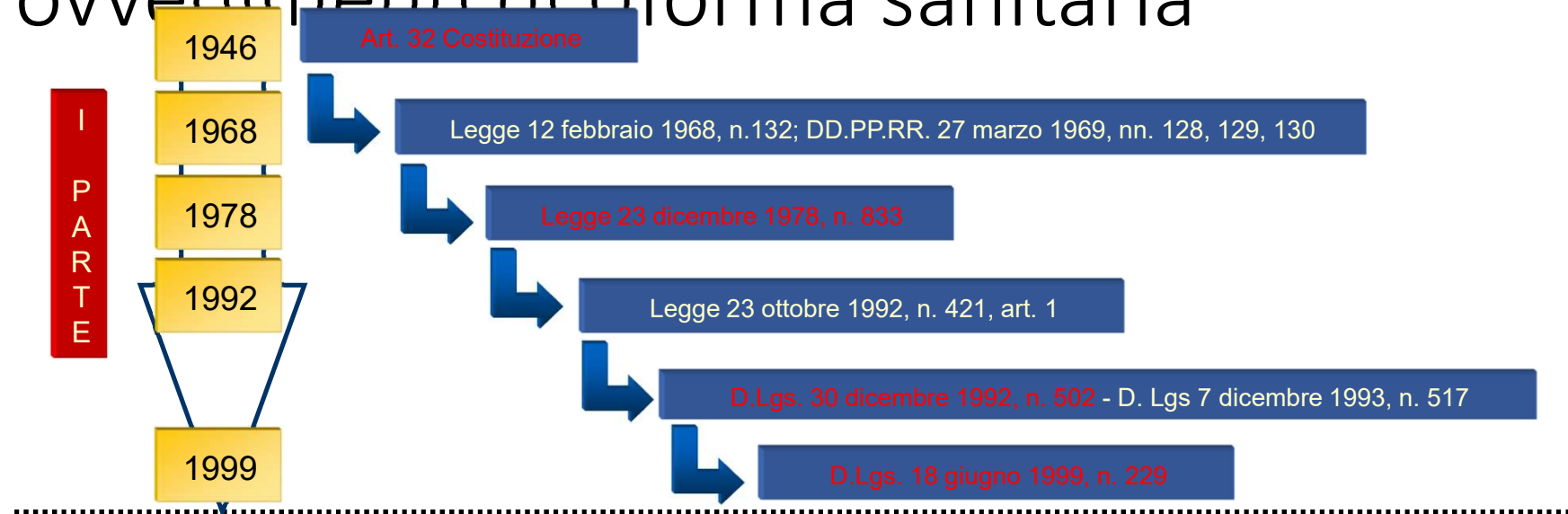
# Sistema di finanziamento accentrato



# Provvedimenti di riforma sanitaria



# Provvedimenti di riforma sanitaria



## I principi delle due grandi riforme 502 e 229

### •Aziendalizzazione

- le U.S.L. sono diventate aziende (A.S.L.) a seguito di un processo di aziendalizzazione, tale per cui sono state investite da una serie di compiti, attribuzioni e requisiti al pari di aziende private.

### •Eliminazione del livello locale (comuni)

### •Creazione dei LEA

### •Concorrenza pubblico/privato

# Principio di concorrenza

- La 229/99 stabilisce un *principio generale di libera concorrenza*:
  - gli assistiti hanno la possibilità, per, di scegliere se rivolgersi, per un determinato servizio o prestazione, a strutture pubbliche o private.
- Questo principio è nato per stimolare a effettuare tutte le prestazioni sanitarie nel modo più efficiente, più efficace e più economico possibile
- Una struttura può chiedere di essere legittimata a svolgere attività sanitaria, parasanitaria assistenziale, ecc. ricorrendo a :
  - **pre-autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria**A seguire 2 modalità:
  - **accreditamento istituzionale**
  - **stipula di accordi contrattuali**



# Principio dei LEA

- Il S.S.N. ha provveduto a fare in modo che tutti i cittadini possano disporre di tutta una serie di prestazioni sanitarie che devono essere obbligatoriamente garantite, i Livelli Essenziali di Assistenza, divisi in 3 aree:
  - Assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro
  - Assistenza distrettuale
  - Assistenza ospedaliera
- Le prestazioni sanitarie che sono comprese all'interno di questi L.E.A sono prestazioni che sono erogate a tutti i cittadini seguendo due modalità differenti:
  - prestazioni che il Servizio garantisce a tutti i cittadini senza alcun onere a carico dell'utente al momento in cui fruisce della prestazione (diagnostica strumentale, laboratorio, prestazioni di assistenza specialistica sulla base di programmi di prevenzione di patologie e malattie rare).
  - prestazione erogate dal S.S.N. non senza oneri da parte dell'utente, ma dietro pagamento di una quota (così come per tutte le prestazioni non comprese nei L.E.A.)
- Tutti gli utenti che usufruiscono del S.S.N. sono iscritti in appositi elenchi che vengono aggiornati periodicamente presso le stesse Aziende Sanitarie.

# Monitoraggio LEA

Tabella 5 - Monitoraggio griglia LEA

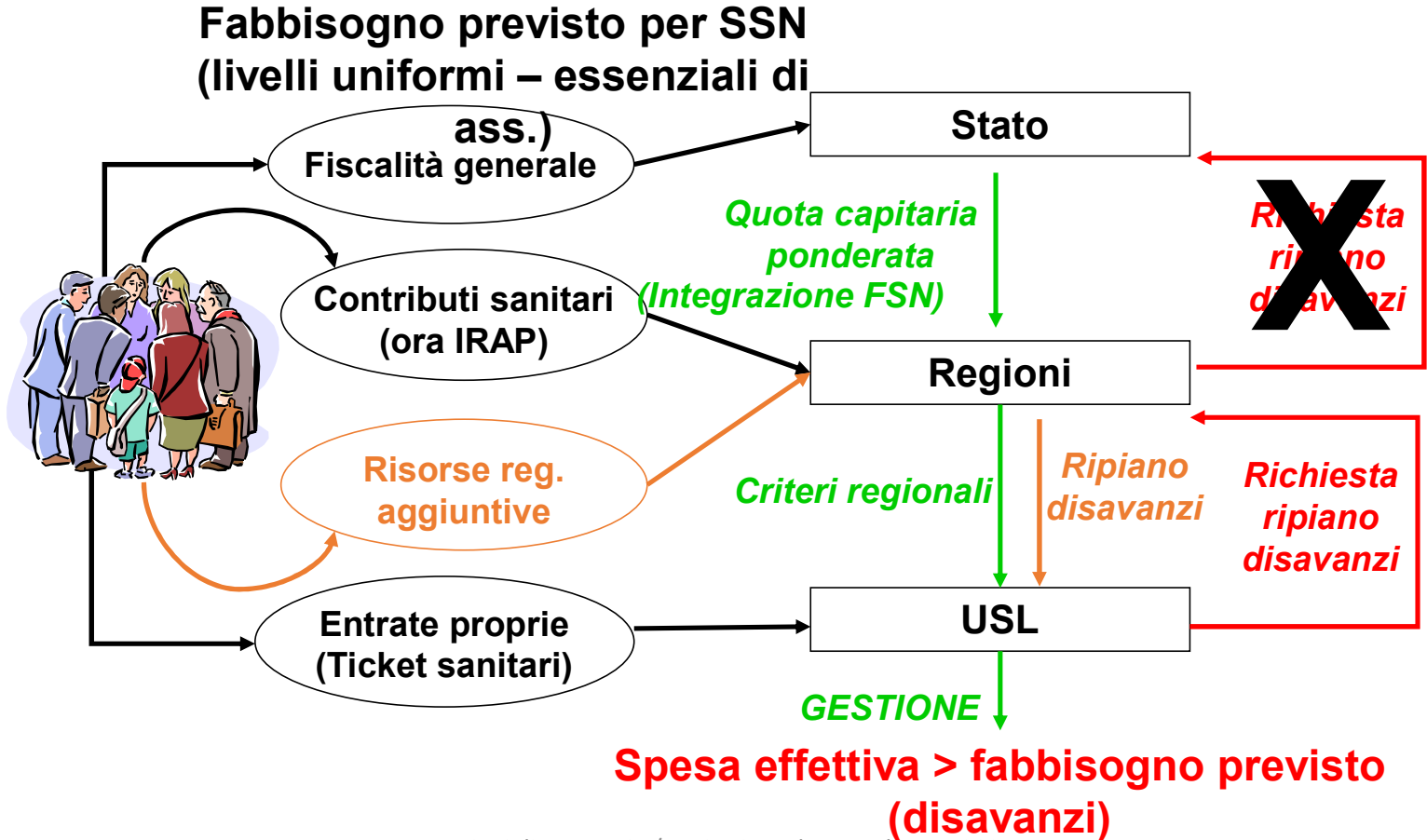
Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	159	185	180	174	170	186	201	200
Lombardia	175	169	200	171	195	184	187	193
Veneto	179	192	163	178	182	193	190	189
Liguria	153	174	162	137	154	176	187	194
Emilia Romagna	203	175	215	208	208	210	204	204
Toscana	175	207	198	185	168	193	214	217
Umbria	190	183	180	191	184	171	179	190
Marche	169	177	183	180	161	165	191	192
Lazio	153	138	114	122	135	167	152	168
Abruzzo	136	148	120	133	145	145	152	163
Molise	nd	161	136	126	142	146	140	159
Campania	140	141	117	95	101	117	136	139
Puglia	146	127	129	74	123	140	134	162
Basilicata	144	167	157	164	165	169	146	177
Calabria	109	97	88	95	128	133	136	137
Sicilia	140	124	103	108	147	157	165	170
Sardegna	149	133	135					

Valutazione
Adempiente
Adempiente con impegno su alcuni indicatori
Critica

Intervallo
> 160
> 130 < 160
< 130

Fonte: elaborazione Agenas su dati banca dati SIVEAS, anni 2007-2014

# Nuovo modello di finanziamento



# Il “quasi mercato”

- Parziale separazione tra acquirente “per conto del paziente” (Azienda USL) e produttore (nuove AO e privato accred.)
- Sistema di pagamento a tariffe per prestazione => tensione competitiva tra produttori
- Sistema di finanziamento a quota capitaria della ASL con pagamento della mobilità (i soldi seguono il paziente) => governo della domanda da parte della ASL

# Il “quasi-mercato”

		<b>Produzione</b>	
		<b>Pubblica</b>	<b>Privata</b>
<b>Finanziamento</b>	<b>Pubblico</b>	<b>Produzione istituzionale</b>	<b>Strutture accreditate</b>
	<b>Privato</b>	<b>Area a pagamento; Libera professione intramoenia; Ticket;</b>	<b>Privato-privato</b>

# La riforma Bindi (D. Lgs 229/99) - 1

- Ri-affermazione principi e impostazione 833/78
- Definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (novembre 2001)
  - Cosa può permettersi di offrire il SSN (efficacia, appropriatezza, economicità)
  - Quanto si dovrebbe spendere per tali livelli
  - Sviluppo dei fondi integrativi

# La riforma Bindi (D. Lgs 229/99) - 2

- Più programmazione - meno mercato
  - rilancio della pianificazione nazionale, regionale e attuativa locale (con ruolo Comuni)
  - regole + limitative del “quasi-mercato” (sistemi di autorizzazione/accreditamento, sistemi contrattuali, limitazioni del sistema tariffario)
  - integrazione socio-sanitaria
- Criteri globali (non solo finanziari) per la valutazione dei Direttori Generali
- Rapporto di lavoro esclusivo per i medici

# Come è organizzata una A.S.L.?

- **Distretti sanitari di base**
- **Dipartimenti di prevenzione**
- **Presidi ospedalieri (non costituiti in aziende ospedaliere)**
- **Aziende Ospedaliere**



# Distretti Sanitari

- **Distretti sanitari di base:** il distretto è un articolazione dell'Azienda sul territorio e deve avere, in base al decreto 229/99, una popolazione di almeno **60.000 abitanti**. Il distretto ha una serie di compiti e di attribuzioni fondamentali che vanno **dall'assistenza specialistica ambulatoriale, alle attività rivolte agli anziani, ai disabili, ai malati di HIV**; c'è un direttore di distretto che dipende dall'A.S.L. anche se distaccato

# Asl:Dipartimenti di Prevenzione

**Dipartimenti di prevenzione:** è una struttura operativa organizzata da parte di ciascuna Regione e lo scopo è quello di:

- garantire la salute collettiva
- perseguire degli obiettivi generali di promozione della salute
- agire per prevenire malattie ed eventuali disabilità
- cercare di contribuire al miglioramento della qualità della vita

Anche il dipartimento di prevenzione ha una sua autonomia organizzativa e nell'insieme delle sue funzioni si occupa prevalentemente di Igiene e sanità pubblica, sanità degli alimenti, sanità della nutrizione, sicurezza degli ambienti di lavoro, sanità animale relativa alla produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti

# Asl: Presidi Ospedalieri

**Presidi ospedalieri non costituiti in aziende ospedaliere:** è un ospedale che non è stato costituito in Azienda Ospedaliera.

- Ha una sua autonomia a livello direttivo e una sua autonomia contabile in quanto è dotato di una contabilità separata rispetto a quella A.S.L.
- Accanto al presidio esiste l'Azienda Ospedaliera
- Uno dei requisiti fondamentali richiesti è la presenza di strutture dipartimentalizzate; ormai la dipartimentalizzazione è molto applicata soprattutto nelle grandi A.S.L.; si tende quindi ad unire più U.O. per creare dei dipartimenti, quindi obiettivo principale perché si possa parlare di Azienda Ospedaliera è proprio una spiccata e massiva tendenza alla dipartimentalizzazione.
- Altri requisiti importanti sono quelli di disporre di un sistema economico-patrimoniale e di una contabilità analitica per centri di costo, avere almeno tre U.O di alta specialità e avere un dipartimento di emergenza di 2° livello.

# Asl: Le Aziende Ospedaliere

**Le Aziende Ospedaliere** rappresentano tutti quegli ospedali scorporati dall'Azienda A.S.L. che sono stati costituiti come Aziende Autonome dotate di propria personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale; non sono A.S.L. perché hanno un bacino di utenza completamente diverso e possiedono requisiti diversi.

- Sono le Regioni che devono individuare quegli ospedali, che per la presenza di tutta una serie di requisiti fondamentali, si possono scorporare dalla A.S.L. per essere costituiti in aziende ospedaliere.

# Asl: Finanziamento

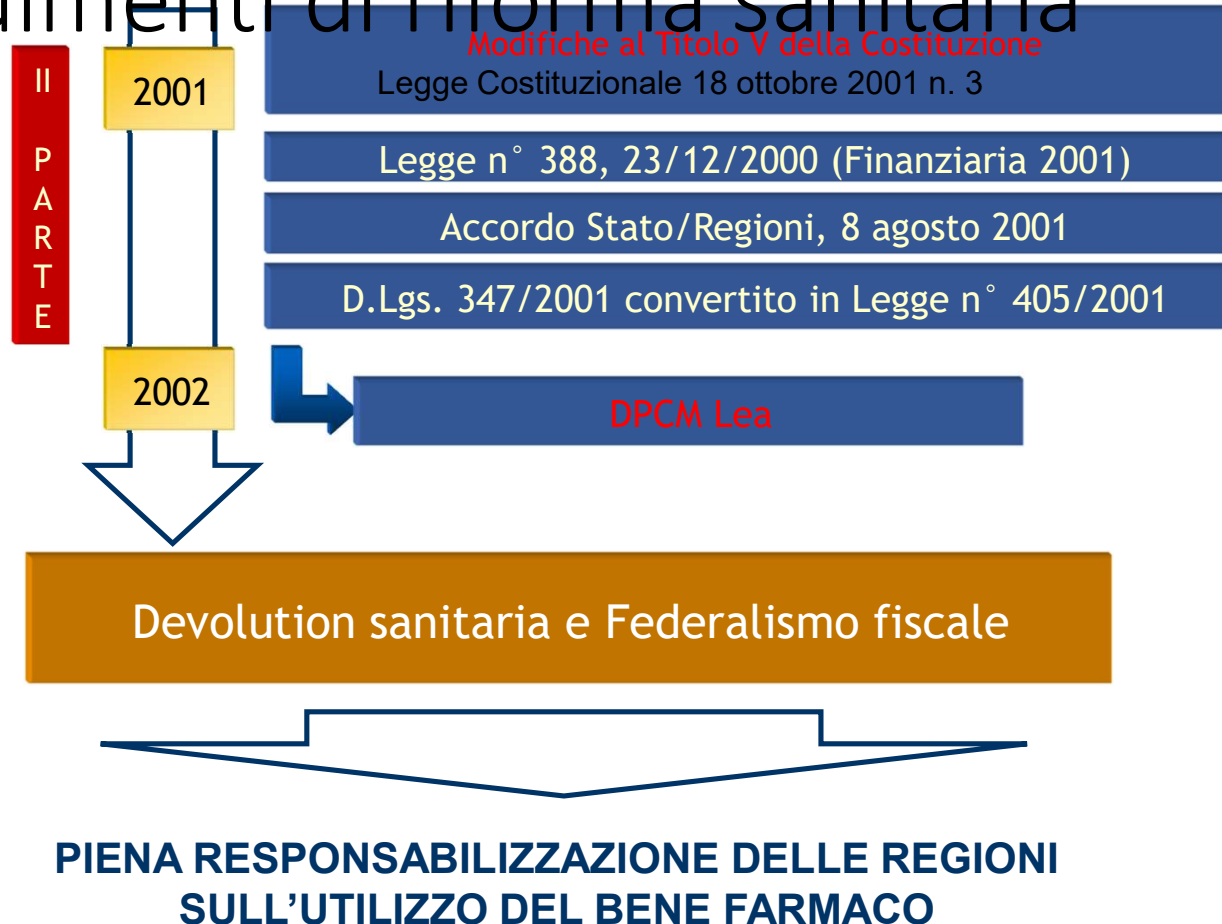
## Le fonti di finanziamento per le A.S.L sono:

- una quota del fondo sanitario regionale che viene ripartito annualmente dalla Regione; mensilmente la Regione attribuisce una quota a ciascuna A.S.L.
- redditi
- lasciti
- donazioni
- mutui ma per durata non superiore ai 10 anni; vige infatti un divieto da parte delle A.S.L. di indebitarsi

## Più entrate proprie:

- il ticket rappresenta la principale fonte di entrata propria dell' A.S.L.;
- avanzi di gestione (assai improbabili in sanità);
- Libera professione: intramoenia

# Provvedimenti di riforma sanitaria



# Il Federalismo Fiscale – Risorse Regionali

- Risorse totalmente raccolte dalle regioni
  - Soppressione trasferimenti erariali (soprattutto abolizione dell'integrazione FSN)
  - Sostituzione con compartecipazione IRPEF (da 0,5 s 0,9%), aumento accisa sulla benzina e compartecipazione all'IVA (25,7%)
- ... quindi risorse complessive regionali legate allo sviluppo del reddito e dei consumi

# Il Federalismo Fiscale - Il fondo perequativo

- Finanziato attingendo alle compartecipazioni Iva ed eventualmente all'accisa sulla benzina
- Concorso / assegnazione in base a capacità fiscale (90% distanza tra gettito standardizzato regionale e medio, esclusi aumento aliquote tributi propri) e criterio del fabbisogno (quota capitaria ponderata + correzione per costo delle piccole dimensioni)
- Importanza attribuita alla spesa storica (peso decrescente fino ad esaurimento nel 2013)



# Programmazione SSN

Le attività del S.S.N. vanno pianificate e il principale strumento per eccellenza è il **Piano Sanitario Nazionale** triennale dove vengono definite e programmate tutte le attività, strategie e prestazioni istituzionali del S.S.N.

Ogni Regione deve redigere un proprio **Piano Sanitario Regionale entro 150 giorni dall'entrata in vigore del P.S.N.**; se le Regioni trascorso i 150 giorni, non hanno provveduto a redigerlo, interviene il Ministero della Salute, dandogli ancora **3 mesi** per adottare il **P.S.R.**