

# Co-payment: quale e quanto?

Claudio Zanon

# SSN Italiano

- Equo?
- Universale?
- Sostenibile?
- Di qualità?

# Caratteristiche

- LEA nazionali ma disomogeneità qualitativa ed economica
- Non sempre chi spende di più da servizi migliori
- MMG gate keeper del sistema ma libero professionista
- Lunghe liste d'attesa
- Out of pocket importante

### 6.3.2 Results in "Pentathlon"

The EHCI is made up of five sub-disciplines. As no country excels across all aspects of measuring a healthcare system, it can therefore be of interest to study how the 29 countries rank in each of the five parts of the "pentathlon". The scores within each sub-discipline are summarized in the following table:

Sub-discipline	Austria	Belgium	Bulgaria	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxemburg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
Patient rights and information	17	16	14	15	16	25	20	22	20	15	14	14	16	15	11	16	15	14	22	20	12	16	14	13	15	15	18	16	19
Waiting time for treatment	14	15	9	13	10	9	7	8	13	14	9	8	6	7	7	8	11	10	10	11	7	7	9	11	8	7	6	14	7
Outcomes	13	9	5	8	9	10	9	12	11	11	8	5	10	10	6	7	12	8	13	12	5	9	5	6	10	10	15	12	9
Generosity* of public systems	9	8	5	6	9	7	9	11	11	10	7	11	7	8	7	6	7	8	10	7	8	7	8	6	6	9	11	7	6
Pharmaceuticals	9	6	4	7	5	10	9	7	8	9	7	5	10	7	4	4	8	5	10	8	5	8	6	6	6	10	10	10	8

As the table indicates, the total top position of the Austrian healthcare system is to a great extent a product of good accessibility and very good medical quality, which are the two sub-disciplines carrying the highest weight coefficients.

Last year's runner-up Denmark has taken over top position for **Patient rights and information** discipline, where the 2006 Champion The Netherlands and Finland seem to be strong runners up. What is also strongly indicated is that the Swedish healthcare system would be a real top contender, were it not for an accessibility situation, which by Belgian, Austrian, French or German standards can only be described as abysmal. Finally, some countries, most probably Switzerland, would probably do better if healthcare data in Europe were more readily available

**Tabella 2. Sistemi Bismarck e Beveridge a confronto**

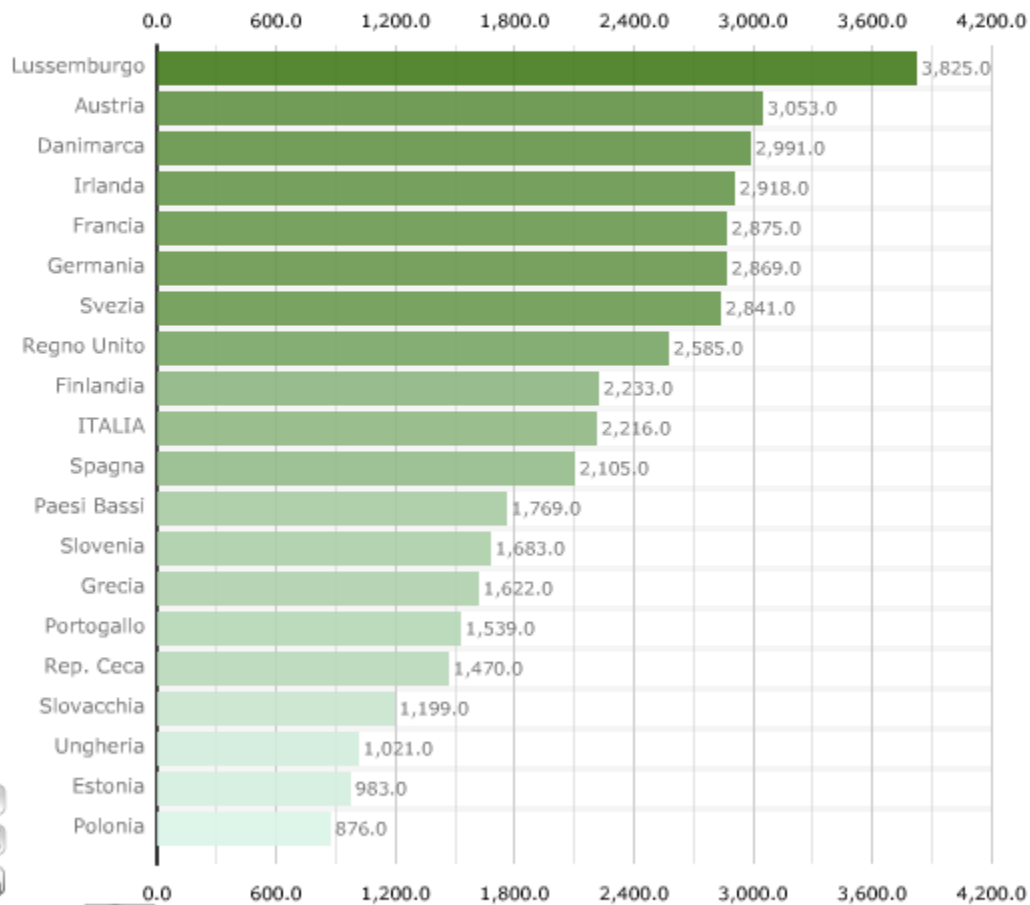
Rank	Paese	Tempi di attesa	Risultati di salute	Spesa sanitaria \$
1	Olanda	167	257	<3.837
2	Austria	217	243	3.763
5	Germania	223	229	3.588
6	Svizzera	233	214	4.417
8	Francia	167	229	3.601
	Media Bismarck	201	234	3.841
4	Danimarca	150	257	3.512
7	Svezia	100	286	3.223
9	Finlandia	100	257	2.840
10	Norvegia	133	243	4.763
15	Italia	150	229	2.686
	Media Beveridge	126	254	3.404

**La classifica aggiustata per costo/benefico**

Se i risultati osservati vengono misurati anche in relazione alle risorse impiegate, ovvero alla spesa sanitaria (**Slide 3**), la classifica cambia (**Slide 4**). Paesi come Estonia e Repubblica Ceca, con spesa sanitaria relativamente bassa ma buone performance, salgono ai primi posti.

## L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

Spesa sanitaria pubblica per abitante [a]



### Confronti regionali



Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione economica e regione



Spesa sanitaria pubblica corrente per regione

### Serie storiche



Spesa sanitaria pubblica corrente per regione

### Definizioni utilizzate

Secondo il sistema europeo dei conti nazionali (Sec95) e il Sistema europeo delle statistiche della protezione sociale, la spesa sanitaria pubblica rappresenta l'insieme delle operazioni correnti effettuate dalle Amministrazioni pubbliche operanti nel settore, utilizzando direttamente proprie strutture produttive o acquistando dalle istituzioni private beni e servizi da erogare ai cittadini in regime di convenzione. Per i confronti internazionali si utilizzano gli indicatori di spesa sanitaria raccolti dall'Ocse (Health data), basati su definizioni e classificazioni stabilite per i paesi membri. I confronti sono effettuati in dollari pro capite in parità di potere d'acquisto (Ppa), misura che tiene conto del diverso livello dei prezzi nei paesi stessi.

### Fonti

Istat, Conti economici nazionali

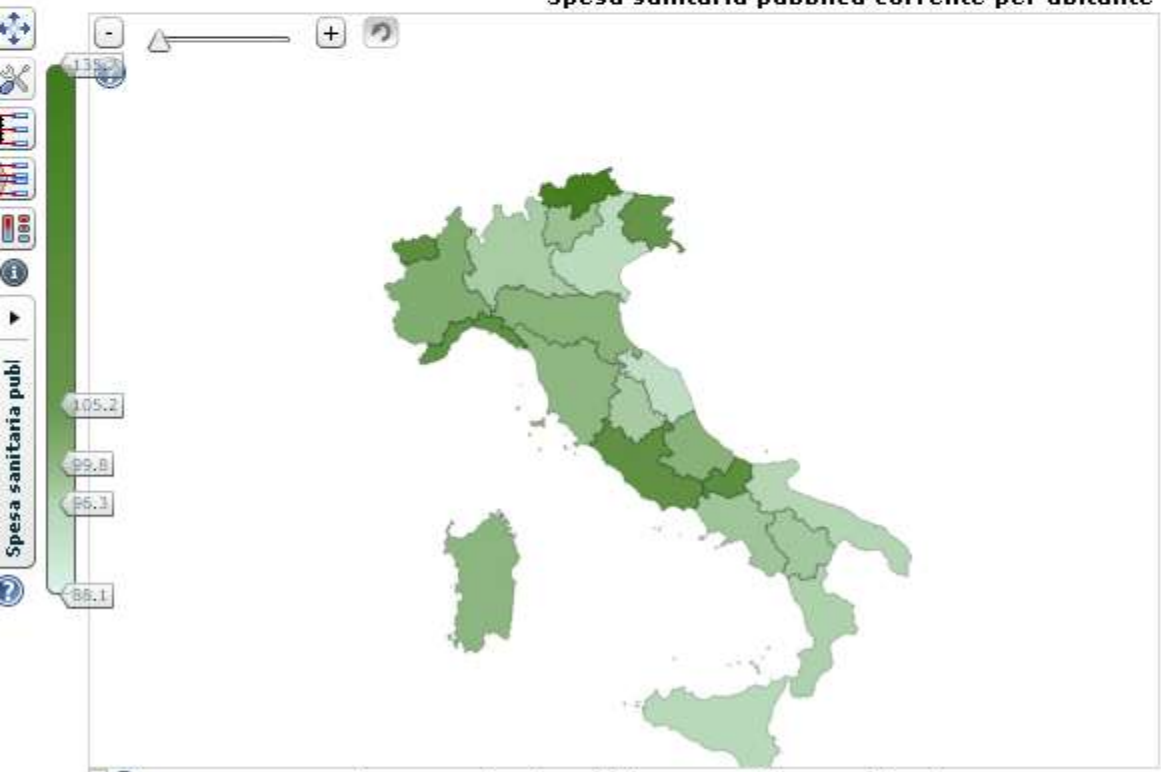
... dati per Danimarca e Grecia sono al 2007; per Lussemburgo e Portogallo sono al 2006; per i Paesi Bassi al 2002.

La spesa sanitaria pubblica italiana è molto inferiore rispetto a quella di altri importanti paesi europei. A fronte dei circa 2.200 dollari per abitante in parità di potere d'acquisto spesi in [Italia](#) nel 2008, poco più della spesa sostenuta dalla [Spagna](#), il [Regno Unito](#) destina quasi 2.600 dollari, mentre la [Francia](#) e la [Germania](#) sfiorano i 2.900 dollari pro capite. Il livello di spesa più basso si registra, invece, per la [Polonia](#) (876 dollari pro capite).

Istat/protezione sociale  
Ocse/health

### L'ITALIA E LE SUE REGIONI

Spesa sanitaria pubblica corrente per abitante



Spesa sanitaria pubblica corrente per abitante

[a] I dati per Danimarca e Grecia sono al 2007; per Lussemburgo e Portogallo al 2006; per i Paesi Bassi al 2002.

Il confronto europeo, riferito al 2008, mostra che la quota di spesa sanitaria privata in [Italia](#), pari al 22,8 per cento, è vicina a quelle di [Germania](#), [Austria](#), [Irlanda](#) e [Francia](#). I paesi in cui il contributo della spesa privata è maggiore risultano essere [Grecia](#), [Paesi Bassi](#) e [Slovacchia](#), dove tale contributo è maggiore del 30 per cento. Per contro emerge che il contributo minore è quello registrato in [Danimarca](#) (15,5 per cento) e in [Lussemburgo](#) (9,1 per cento).

### L'ITALIA E LE SUE REGIONI

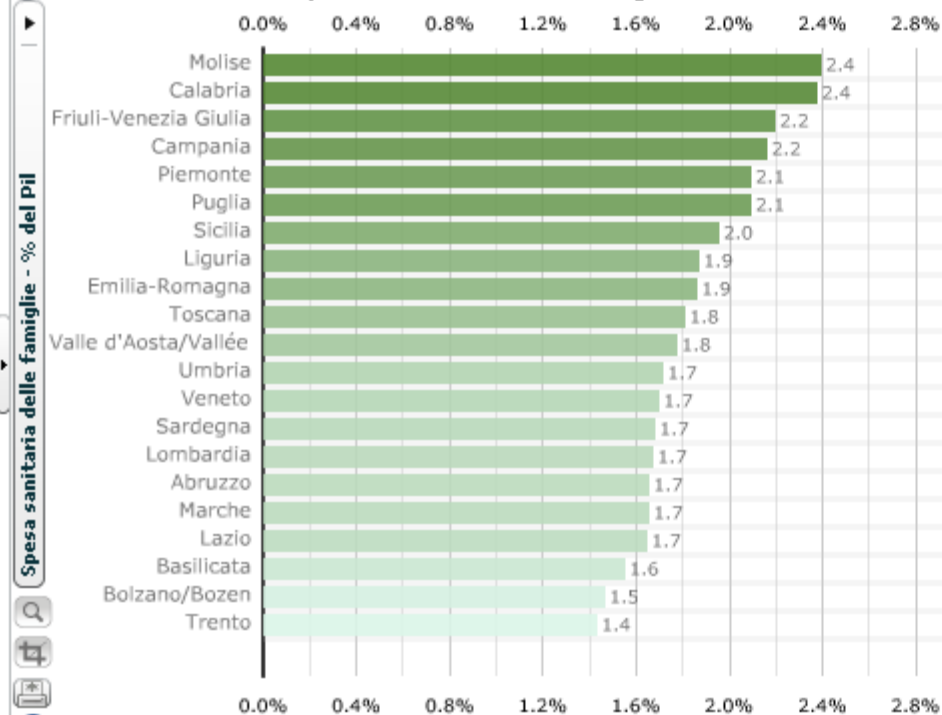
Spesa sanitaria delle famiglie - % del Pil



Istat/conti regionali  
Ocse/health

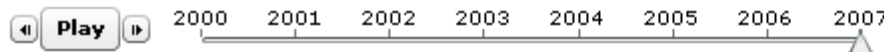


### Spesa sanitaria delle famiglie - % del Pil



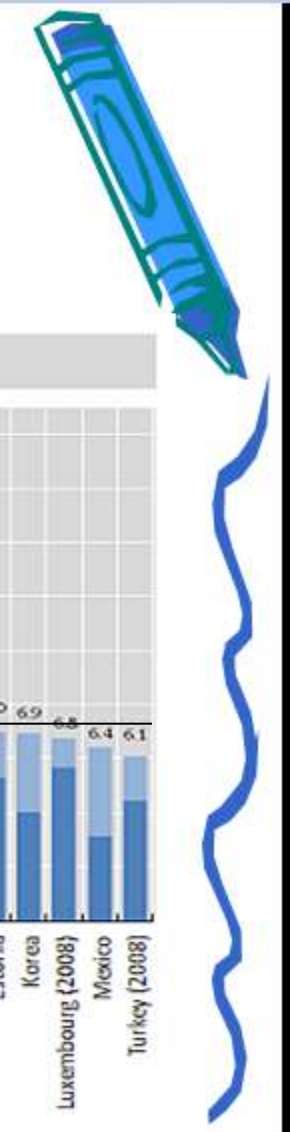
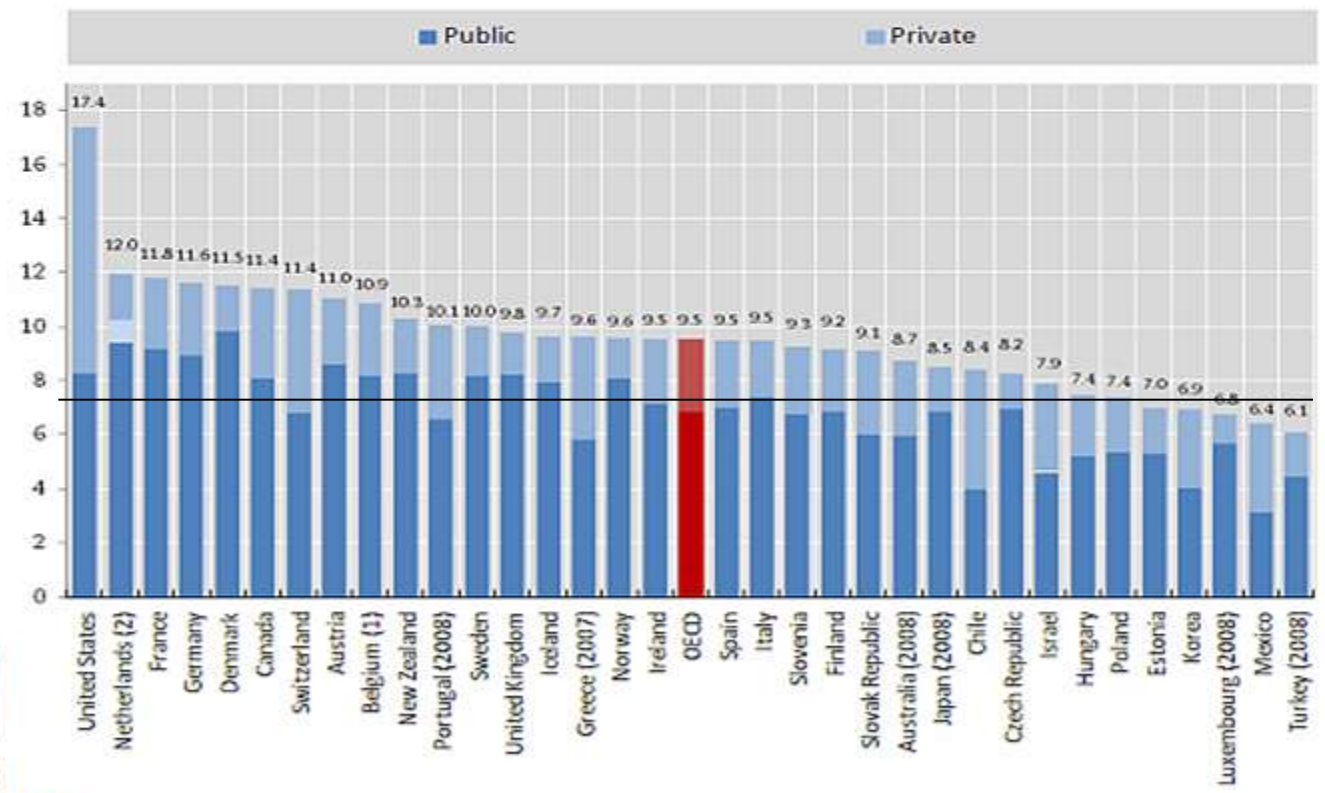
Spesa sanitaria delle famiglie - % del Pil

Focus  OFF



<Codice da incorporare>

# Spesa sanitaria nei 34 paesi OCSE in % sul PIL 2009



# L'anomalia italiana

- Una elevata spesa sanitaria out of pocket, non intermediata da altri soggetti profit o non profit, che esce direttamente dalle tasche dei cittadini.
- Recenti studi indicano che circa l'82,4% è direttamente sostenuta dai cittadini, il 13,9% è coperto da Fondi sanitari negoziali, casse e mutualità volontaria (SMS), il 3,7% da assicurazioni for profit, ramo malattia e ramo vita.\*

\*Fonte: ns. elaborazione su dati Bankitalia, Ania, Fondi sanitari integrativi, Censis.



# Future Forme di co-payment +/- suggerimenti

- Ticket sui ricoveri per la parte non assistenziale e/o franchigia in rapporto al reddito?
- Franchigia ma articolata a livello regionale (rapportata alla virtuosità?)
- Standard più rigidi per la programmazione ospedaliera (**reti ospedaliere gerarchizzate**) utilizzando il lato economico per aiutare la gerarchizzazione?
- Non pagamento per prestazioni non appropriate?
- Appropriatelyzza e controllo erogatori e consumi (ente terzo)
- Deviare i codici bianchi e parte dei verdi ad un servizio ambulatoriale con pagamento ticket?
- Politica del farmaco (appropriatezza, generici, contrattualità con case farmaceutiche per l'innovazione etc.) con riduzione partecipazione dei cittadini?

# Fondi Integrativi

- Assicurazione sociale che integra alternativa all'out of pocket
- Utilizzata principalmente per copertura ticket, specialistica, odontoiatria, socio-assistenziale etc.
- Scarsa attenzione da parte delle istituzioni
- Completamente esclusa la componente **prevenzione (aumento età pensionabile con lavoratori non in buone condizioni?)**
- FIMIV raccoglie circa 2500 enti mutualistici per lo più nel centro-nord del paese
- 9 mutue sanitarie sono raccolte nel consorzio nazionale MUSA ed assicurano una copertura più ampia

# Background

- L'AReSS sta valutando l'ipotesi di promuovere la costituzione di un fondo integrativo del servizio sanitario, finalizzato alla diffusione dei servizi sanitari (alcuni) preventivi e socio-assistenziali a favore degli aderenti al fondo stesso. L'area di intervento potrà successivamente essere estesa, sulla base dell'esperienza accumulata..

# Strumenti legislativi

- La legge di riforma sanitaria ha introdotto nel nostro ordinamento lo strumento dei fondi sanitari integrativi territoriali finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni in un'ottica di sostenibilità e di integrazione del finanziamento della spesa sanitaria.

# Roadmap

- In prima battuta si pensa di avviare il Fondo con la partecipazione dei dipendenti pubblici piemontesi, dopo aver recepito l'assenso dei soggetti contrattuali esistenti. La contrattazione collettiva, intesa come capacità delle parti sociali di regolare autonomamente le relazioni di lavoro, si baserà sulla logica ed il valore della sussidiarietà
- Resta necessario il rispetto dell'autonomia contrattuale delle parti sociali e delle relative prerogative, al fine di sviluppare un sistema di welfare basato sulla compartecipazione alla spesa e sulla corresponsabilità



# **L'esperienza del Trentino-Alto Adige e scouting della realtà piemontese**

- L'analisi in corso di altre esperienze operanti ed in avvio ha consentito di individuare un numero minimo necessario di 30.000 aderenti, il consente di limitare l'apporto finanziario del singolo a poche centinaia di euro l'anno.
- In prospettiva lo strumento integrativo potrà garantire l'accesso a questa forma assicurativa alla popolazione regionale.

# Strumenti

- Un “Ente Sanitario Integrativo Regionale Piemonte” potrà associare fondi sanitari integrativi, Enti, Casse e Società di mutuo soccorso che ne faranno richiesta
- L’Ente non ha scopo di lucro e nell’ambito dei valori mutualistici e di solidarietà sociale ha lo scopo di garantire forme integrative di assistenza per i casi che si deciderà di tutelare (ad esempio medicina preventiva, ma anche malattia, non autosufficienza, assistenza a favore degli aderenti.
- L’Ente svolge tutte le attività amministrative, contabili e finanziarie necessarie per l’erogazione del servizio e garantisce anche continuità nella copertura dei soggetti beneficiari anche nell’eventualità di uscita, temporanea o permanente, dal mondo del lavoro.

# Fondo Regionale Piemontese

- La legge Bindi e le successive integrazioni al riguardo (registro nazionale, indicazioni di copertura dei fondi) hanno condotto alla progressiva presenza nazionale di più di 2500 fondi integrativi
- Lo scouting in Regione Piemonte ne ha individuato alcuni operanti nel territorio
- L'idea di un Fondo regionale permette di valutarne costi e ricadute
- Una gestione regionale dei fondi di carattere nazionale ne controlla la ricaduta territoriale
- Il coinvolgimento delle parti sociali è fondamentale per una soluzione condivisa del problema (TFR?)
- Un ente gestore ne assicurerebbe la operatività sotto il controllo regionale

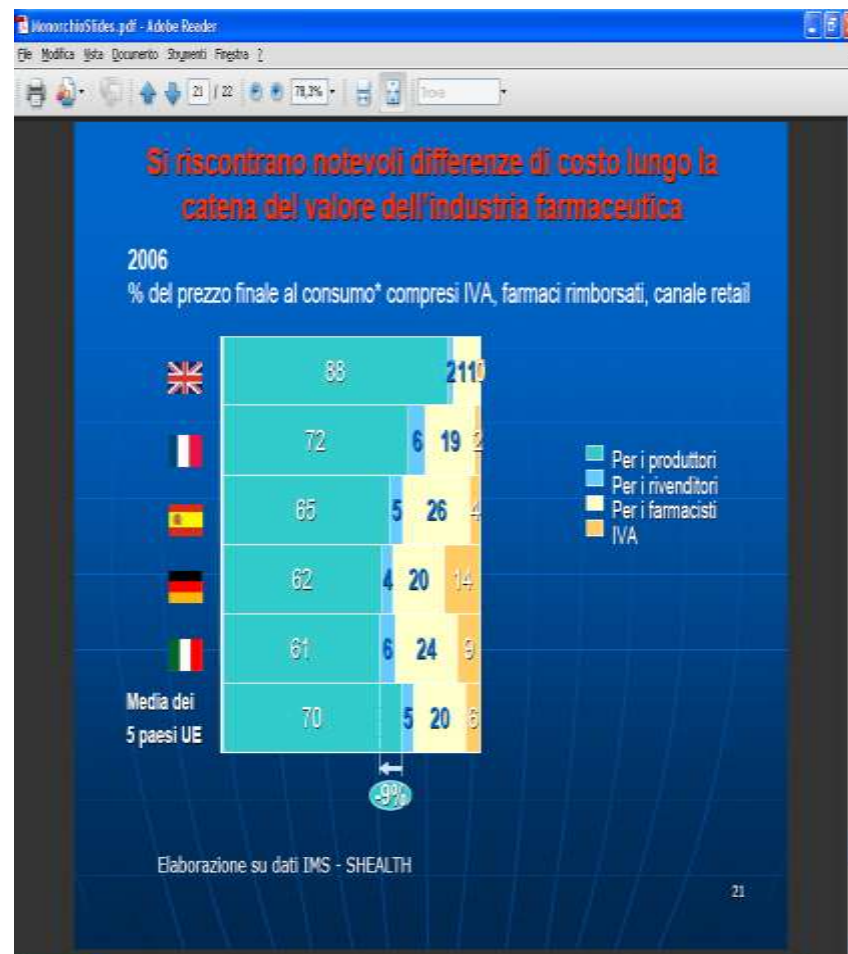
## Il processo di invecchiamento demografico

<b>Anziani</b>	<b>Anno 2005</b>	<b>Anno 2010</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2030</b>	<b>Anno 2040</b>	<b>Anno 2050</b>
<b>In milioni</b>	11,4	12,1	13,7	15,8	18,4	18,8
<b>In % popolaz. totale</b>	19,5	20,5	23,2	27,0	32,0	33,6
<b>In % forze di lavoro (18-64 anni)</b>	30,7	32,7	38,1	46,4	60,4	65,8

Fonte: ISTAT

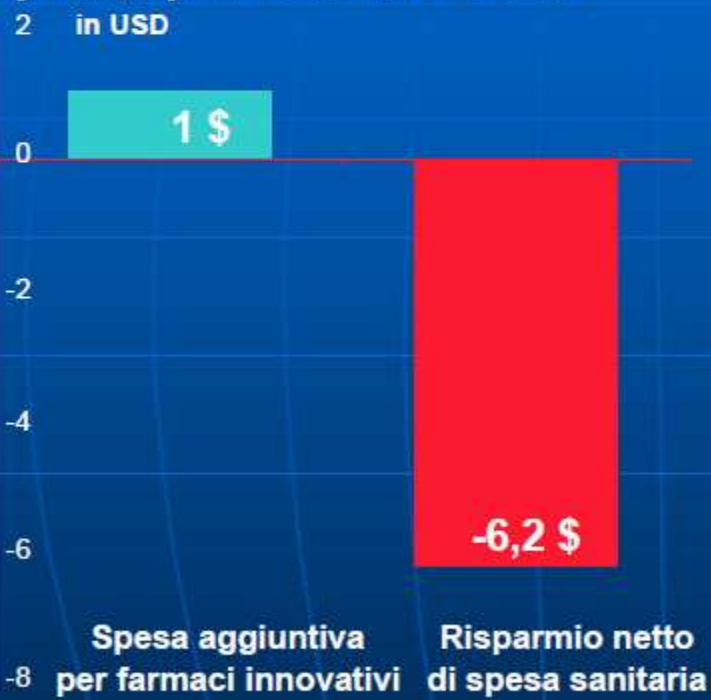
# Farmaceutica

- Uso generici va incrementato
- Lavorare su ricavi farmacisti e distributori
- Verificare omogeneità tra i generici (orange book?)
- Agire sui farmaci ad alto costo ospedalieri (appropriatezza e bioequivalenti)



# L'Innovazione è un valore per il malato ma anche un investimento per il SSN

## USA: benefici/costi da farmaci innovativi per la spesa sanitaria totale



- Rendendo più brevi i ricoveri (es. cicli di chemioterapia)
  - 1 giorno di ricovero = quasi 3 anni di assistenza farmaceutica
- Prevenendo l'insorgenza di patologie (es. vaccini)
  - 1 € per vaccini = 24 € per curare chi si ammala
- Rallentando la degenerazione della malattia (es. Alzheimer)
- Evitando interventi chirurgici (es. ulcera)

**Il farmaco è anche uno strumento per la sostenibilità del Sistema**

Fonte: Lichtenberg, F.; Benefits and Costs of Newer Drugs, NBER Working Paper



INDICATORI	VALORE
<b>Farmaci non appropriati consumati dai residenti (File F)</b>	
1 Spesa per farmaci non appropriati dgr attuativa PR - per residenti ponderati -	
<b>Ricoveri consumati dai residenti (SDO)</b>	
2 Ricoveri diabete - ordinari/dh - per ... residenti 20-74 – ricoveri, importo	
3 Ricoveri scopenso – ordinari/dh - per ... residenti 50-74 – ricoveri, importo	
4 Ricoveri BPCO - ordinari/dh - per ... residenti 50-74– ricoveri, importo	
<b>Prestazioni di Pronto Soccorso consumate dai residenti (Tracciato Record C2)</b>	
5 Accessi PS codici bianchi per ... residenti standardizzati - prestazioni, importo	
6 Accessi PS codici verdi per ... residenti standardizzati - prestazioni, importo	
<b>Prestazioni specialistiche consumate dai residenti (Tracciato Record C)</b>	
7 Visite specialistiche per ... residenti standardizzati - prestazioni, importo	
8 Prestazioni diagnostiche per ... residenti standardizzati - prestazioni, importo	
<b>Prestazioni distretto (Piani di Attività o flusso SIAD)</b>	
9. Cure domiciliari per 100 anziani – prestazioni	
100. Posti letto in strutture residenziali per 100 anziani	

Da 1 a 8: verde se sotto media regionale, rosso se sopra media  
 9 e 10: rosso se sotto media regionale, verde se sopra media

# Conclusioni

- Agli esperti e ai cittadini