

Marzo 2020

MONOGRAFIE SANITARIE 1

1. POLITICHE SANITARIE

Le politiche sanitarie sono un sottoinsieme delle politiche di welfare e corrispondono alle più antiche politiche di welfare affrontano rischi sociali classici, che nel tempo non si sono istinti.

A. Le p.s. si occupano di 3 questioni:

- i. Promozione della salute—> aiutare i cittadini a rimanere in salute per evitare che i cittadini debbano rivolgersi al sistema sanitario nazionale
- ii. Curare i malati
- iii. Cercare nuove terapie

La crisi sanitaria del 2020 comprende tutti questi 3 aspetti: il confinamento serve per evitare di ammalarsi ed evitare che coloro che hanno una salute più fragile si ammalin gravemente o addirittura morire. Inoltre stiamo cercando di non ammalarsi per evitare di gravare sul sistema sanitario. Nel frattempo si sta cercando la cura per il virus. Quindi tutti e tre gli elementi sono presenti.

2. SISTEMA SANITARIO

Il sistema sanitario è l'insieme delle istituzioni, attori e delle risorse-umane, finanziarie, tecnologiche, materiali, che concorrono alla promozione, recupero e mantenimento della salute. È un sistema di servizi e non di trasferimenti monetari (critica Esping Anderson: modello sbilanciato sul fronte dei trasferimenti e poco sui servizi-vedi materiali)

A. Ambiti di intervento

- i. Prevenzione primaria: ossia eliminare le cause che determinano il fatto che ci si ammali limitando i possibili fattori di rischio, promuovendo stili di vita salutari ed adeguati (ad esempio evitare il fumo; lavarsi le mani- non uscire di casa nell'era del coronavirus). Ogni centesimo speso per prevenire le malattie evita costi superiori quando le malattie vanno effettivamente curate
- ii. Prevenzione secondaria: anticipare sul tempo le malattie (ad esempio pap test per le donne o in generale i tumori)
- iii. Il sistema sanitario è il luogo della cura—> Diagnosi e cura: dove si trovano le cause delle malattie e evitare che esse abbiano un decorso più grave

iv. Riabilitazione: il fine è di recuperare le capacità funzionali compromesse dalla malattia e impedirne la cronicità.

B. Differenze fra i diversi paesi nei sistemi sanitari

i. Elementi analitici, cioè utili a individuare le differenze fra i sistemi sanitari

1. Modello di finanziamento
2. Modello di produzione

c. Modelli di finanziamento

Al vertice ci sono cittadini e imprese che attraverso i loro soldi finanziano gli interventi sanitari.

I soldi che i cittadini e le imprese danno corrispondono 5 diversi meccanismi di finanziamento a:

- Pagamento diretto, ossia di propria tasca:
 - Attraverso meccanismi di regolazione del prezzo si pagano servizi sanitari che si acquistano sul mercato- l' esempio chiave è la prestazione dentistica. (si paga il dentista direttamente con i propri soldi). Oppure la fisioterapia, in quanto il sistema sanitario nazionale copre solo una parte.
 - Regolazione tramite Premi assicurativi, ossia si sottoscrivono polizze di assicurazione sanitaria che genera assicurazioni private ed è tipica del modello statunitense, ma esiste in tutti i paesi.
 - Regolazione tramite Ticket su prestazioni: è una sorta di copartecipazione alla spesa, dove il SSN viene in aiuto del cittadino pagando una quota del costo di una prestazione.
- Pagamento indiretto attraverso le 'imposte':
 - Contributi pagati dalle imprese ai lavoratori , che vanno a finanziare i cosiddetti sistemi mutualistici, che permettono di curarci.
 - Imposte- ossia fiscalità generale(comunemente dette tasse)—> quelle che tutti i cittadini sono chiamati a pagare una volta l' anno per finanziare il SSN; ad esempio in Italia si paga l'Irperf.

Questi meccanismi di finanziamento possono essere raggruppati in 4 generali modelli di finanziamento:

Pubblico =modello tipico dell' europa		Privato= di mercato, tipico degli USA	
Imposte= tasse: i cittadini pagano le tasse e finanziano l' SSN	Contributi sanitari: lo stato obbliga le imprese a pagare i contributi ai	<ul style="list-style-type: none"> • Prezzo delle prestazioni • Premio assicurativo • Contribuzion 	Donazioni governative o da privati

	lavoratori per finanziare le casse mutualistiche	i volontarie	
Sistema sanitario nazionale o SSN	Sistema di assicurazioni sociali obbligatorie	Sistema di mercato(libero o assicurativo)	Sistema caritativo o donativo- no profit

In USA prevale il modello privato(vedi schema), che si basa in prevalenza sulle assicurazioni private e volontarie(perché chi non si fa l' assicurazione riceve assistenza a meno che non paga la singola prestazione in quanto non è coperta da alcun sistema sanitario nazionale). Tuttavia esiste un sistema no-profit o caritativo che aiuta nel pagamento delle prestazioni. Un esempio di sistema caritativo c'è anche in Italia con la Fondazione Banco farmaceutico che affianca il SSN per coloro che non possono farsi curare dal SSN.

In Italia invece il sistema prevalente è l'SSN che copre quasi la totalità della popolazione, ciò non toglie tuttavia che vi siano casse mutualistiche finanziate nei contratti di categoria che danno vita ad assicurazioni sociali integrative rispetto a quanto offre l'SSN. E nonostante tutto ciò, ogni cittadino italiano è libero di farsi un' assicurazione privata(modello privato), che aggiunga coperture specialistiche, ma ciò non toglie che lo stesso cittadino possa non pagare di tasca propria tutto un servizio, come ad esempio gli occhiali da vista, o una cura dentistica.

Questi modelli sono di prevalenza e non di esclusività, ciò significa che non c'è o solo il modello di mercato o solo il modello pubblico, solo che è prevalente.

D. Progressione storica

- ☐ Si è cominciato con modelli di mercato dove non c'era copertura sanitaria e quindi chi aveva i soldi si curava
- ☐ Poi nell'800 nascono le prime forme di assicurazione volontaria sovvenzionata dagli Stati nei paesi UK, SW, DK, BE, FR.
- ☐ Alla fine dell'800 la Germania Bismarkiana introduce la logica assicurativa, e occupazionale nel 1883
- ☐ Nel 1946, ed entra in vigore nel 1948, in Inghilterra nasce il Sistema Sanitario Nazionale
- ☐ In Italia nasce l'SSN nel 1978(30 anni dopo l' Inghilterra)

E. In Ogni paese c'è un mix di sistemi di finanziamento

In ogni paese è possibile riconoscere un mix di sistemi di finanziamento concomitanti. Quello che conta è quello che prevale.

3. VANTAGGI E LIMITI DI CIASCUN MODELLO

A. Modello di mercato

Regolato attraverso il prezzo, funziona attraverso uno scambio diretto fra chi fornisce un servizio (dentista, specialista privato) e paziente che lo deve acquistare.

i. Vantaggi

- Libertà di scelta nel decidere da quale (es.) dentista andare.
- Pagamento a consumo, quindi se sono fortunato e non mi ammalo mai non spendo neanche un centesimo in prestazioni sanitarie.

ii. Limiti

- Se sono sfortunato e mi ammalo tanto, il costo sarà elevatissimo = iniquità (condizione sfavorevole, avversa)
- Paga solo chi si ammala/ è malato. E se il malato è molto ricco, il problema dei costi è irrisorio, ma se il malato appartiene al ceto medio, i costi possono diventare insormontabili e portare inevitabilmente alla povertà
- Differenti possibilità di spesa: c'è chi può spendere di più e chi di meno.

B. Modello di assicurazione volontaria

Si sottoscrive una polizza sanitaria volontariamente, senza alcun obbligo, e anche in questo caso il regolatore è il prezzo, di conseguenza, se ho molti soldi mi posso permettere un'assicurazione che copre più questioni, mentre altrimenti posso permettermi prestazioni base.

i. Vantaggi

- Chi si ammala è più tutelato avendo pagato il premio, non deve più pagare
- Minimo di redistribuzione del rischio: magari io pago, ma non mi ammalo, mentre c'è qualcun altro che paga, ma si ammala tanto, quindi c'è redistribuzione. Ossia tutti pagano 100 euro, qualcuno userà 0 di ciò che ha pagato e qualcun altro anche 10.000 euro (ma tutti paghiamo 100 euro, quindi nessuno dovrà pagare 10.000 euro da solo = redistribuzione rischio)

ii. Limiti

- Le assicurazioni volontarie hanno coperture progressive al crescere della capacità di spesa. Più paghi più sei coperto, ma vale anche il contrario.
- Più sei a rischio più paghi: corrispondente al famoso risk rate → le assicurazioni sanitarie fanno un check sulla persona, guardando all'età, sesso, familiarità con malattie, e altri elementi e ti valutano in base al rischio potenziale di potersi ammalare.
- Rischio di consumismo sanitari: avendo la copertura sanitaria, esiste la possibilità di eccedere nel richiedere prestazioni indebite. Ad esempio nei sistemi misti genera una mentalità di andare a fare screening ed esami molto più del dovuto.

C. Modello di assicurazione sociale mutualistica

È stato introdotto da Bismark

È caratterizzato dall'obbligo di assicurazione sanitaria per le categorie occupazionali, quindi all'interno dei contratti nazionali i datori di lavoro sono obbligati ad assicurare i propri lavoratori anche sul fronte sanitario che sul

fronte pensionistico.

L'assicurazione viene fatta attraverso casse di categoria o territoriali non-profit che raccolgono i contributi dei lavoratori delle imprese e poi distribuiscono i soldi in base alla necessità.

i. Limite

Copertura limitata ai lavoratori dipendenti, di fatto i lavoratori autonomi non hanno una cassa.

D. Modello del SSN (universalistico)

Tipico dell'Italia caratterizzato da un'imposizione fiscale rivolta a tutti i cittadini di modo da garantire copertura a tutti, che godono delle medesime prestazioni (proprio per la natura universalistica del modello)

Regolazione attraverso il sistema sanitario nazionale che ha una programmazione regionale, Italia, ma può essere centralizzato in altri casi.

i. Vantaggi

- I servizi sono uguali per tutti= uguaglianza
- I servizi sono erogati a tutti= universalità
- Gratuito o come accade in Italia, con ticket in ingresso
- Solidarietà: tutti pagano per tutti, e ci sarà chi paga più di altri cioè coloro che hanno maggior reddito per permettere più cure a coloro che di soldi ne hanno meno.

ii. Limiti

- La gestione pubblica rischia di standardizzare e burocratizzare eccessivamente il sistema (tipico di tutti i modelli calibrati dal pubblico)
- Livello di irresponsabilità dovuto al consumismo sanitario: ad esempio sono stati inseriti dei ticket del sistema sanitario che fanno sembrare che le prestazioni siano poco costose, e quindi questo porta a comportamenti irresponsabili e liberali nell'eccedere nelle prestazioni per i pazienti.