

# MONOGRAFIE SANITARIE 2

Ricapitolando:

	Sistema di assicurazione sociale-mutualistico	SSN-sistema sanitario nazionale	Assicurazioni( di mercato o volontario)
Beneficiari	Lavoratori e familiari	tutti	Sottoscrittori
Erogatore	Privati o para-stato	Pubblico+privato accreditato	Privati convenzionati o riconosciuti
Finanziamento	contributi	Imposte	premi

Non esistono modelli puri nella realtà, ma modelli che mostrano tendenze più verso certe caratteristiche che altre.

## DIFFERENZE FONDAMENTALI SUI MODELLI

### BENEFICIARI

- Nel sistema di assicurazione sociale mutualistico bismarkiano, il beneficiario principale è il lavoratore tramite la polizze sanitaria obbligatoria che copre il lavoratore e anche i familiari
- Nel SSN sono tutti, e finanziato attraverso le imposte tutti quanti, anche coloro i quali non hanno reddito, hanno a disposizione servizi sanitari a titolo gratuito.
- Nel caso delle assicurazioni, beneficiari sono i sottoscrittori, e questo vale sia nel modello di mercato, sia nell' assicurazione volontaria.

### EROGATORI

- Nel SAS mutualistico gli erogatori sono gli enti privati e di tipo non profit, che costituiscono casse mutualistiche. O anche da organismi parastatali come i sindacati.
- SSN: erogatore è l' ente pubblico con l' aggiunta del privato accreditato
- Nei modelli assicurativi i privati sono gli unici erogatori, essi possono essere: privati convenzionati o privati riconosciuti dal sistema( quindi sottoposti a controlli da parte pubblica)

### FINANZIAMENTO

- Nel primo modello contributi
- Nel secondo le imposte
- Nel terzo i premi pagati da ciascuna persona per avere diritto a dei servizi

## COMPLESSITÀ

- Le asimmetrie tra i 3 modelli mostrano le differenze fra chi paga e chi beneficia dal sistema.
- Cambia il numero dei soggetti assicuratori, e la loro natura
- Le modalità con cui gli utenti contribuiscono finanziariamente
- La libertà di scelta riconosciuta agli utenti
- Rapporti che intercorrono tra assicuratori e fornitori
- Grado di intervento pubblico: quanto l' intervento pubblico riesce a coprire i beneficiari con i servizi.

## QUESTIONE DI DATI

Vedi volume Toth, secondo capitolo, pagina 30 spesa sanitaria totale 2006, Ocse

Spesa reale-aggiornata: confronto dal 2010 al 2017, *media: calcolo delle medie dei paesi.*

	Spesa pubblica: spesa che lo stato tira fuori direttamente attraverso le imposte per i cittadini o tutta la spesa obbligatoria cioè quella delle imprese che devono pagare i contributi	Spesa assicurativa	Spesa out of pocket: spesa che ciascuna famiglia deve tirar fuori di tasca propria per ottenere servizi aggiuntivi	Spesa totale sul prodotto interno lordo: quanto si spende in sanità in totale rispetto al prodotto interno lordo
Sistema assicurativo mutualistico o ASM (Austria, Belgio, Germania, Francia, Giappone e Olanda)= blocco centro-europeo	Pagata dai contributi dalle aziende ai lavoratori: la spesa dal 2010 al 2017 non cambia di molto, ma aumenta. In fase di crisi aumenta la spesa.	Niente da dichiarare in particolare, spesa contenuta in tutti e 3 i modelli	Crescita, ma molto bassa	Spesa in crescita e massima rispetto agli altri due modelli
Universalistici consolidati (Danimarca, Irlanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Svezia, Inghilterra)= cioè che per primi hanno sviluppato il modello universalistico= blocco nordico	Quasi uguale	Spesa contenuta, ma comunque più bassa rispetto agli altri due modelli essendo un universalismo consolidato	Crescita, ma molto bassa	Spesa in crescita
	Leggero calo	Spesa contenuta		

Universalistici recenti( Italia-dal 78, perché prima era ASM; Canada, Australia, Portogallo, Spagna)=blocco sud-europeo			Aumento elevato , e comunque più elevato rispetto agli altri 2 modelli.	Spesa in leggero calo dal 2010 al 2017
---	--	--	---	--

Sul libro i dati sono più vecchi e fa altre considerazioni dicendo che nel 2005 la spesa sanitaria era più alta nei modelli di universalismo consolidato.

Il passaggio attraverso la crisi economica ha fatto emergere dei cambiamenti nella spesa.

## COPERTURA SANITARIA

Esiste una correlazione evidente fra la spesa out of pocket( in percentuale sul totale della spesa sanitaria di un paese) e la percentuale di popolazione con bisogni sanitari non soddisfatti.

L' Italia, assieme a Portogallo e Irlanda fa parte del gruppo dove la spesa out of pocket delle famiglie è più alta e in cui la copertura è più alta delle medie europee. Al contrario del blocco nordico: Uk, DK, De, SW ecc...

## UNIVERSALISMO?

Grafico Toth 2016, paper di blackboard

Il grafico mostra quanti sono i non assicurati in europa, ossia la percentuale di popolazione di tutti i paesi europei non assicurata, cioè che non ha una copertura di tipo obbligatoria. La media era dal 2005 fino al 2011 fra 0,8 e 0,9; dopo la crisi del 2009 la % di popolazione non assicurata aumenta fino a un massimo di 1,8 % ( 1% in più). Una parte della popolazione rimane quindi scoperta da coperture assicurative dopo la crisi del 2009 in modo particolare i migranti, ma anche poveri.

## 3 CASI ISOLATI: GRECIA, SVIZZERA E STATI UNITI

- Grecia: percentuali complessive di spesa sanitaria più bassi, in modo particolare con la crisi, la spesa pubblica è crollata dal 6,6 al 4,9 % ( effetto evidente della Troika).
- Svizzera: modello particolare con la cassa malati;
- Stati uniti: per effetto dell' Obama care, la spesa pubblica dello Stato e la spesa obbligatoria a carico delle aziende è cresciuta dal 7,9 al 14, 4 ; ma per effetto della crisi economica è crollata la spesa per assicurazioni private da 6,5 (2010) a 0,8 nel 2017.
  - Negli Usa la spesa pubblica compresa quella compulsory ( contributi delle aziende ai lavoratori) è apparentemente molto alta, ma copre solo il 30% della popolazione , tutti gli altri sono coperti o da assicurazioni private o sono completamente scoperti. È da notare che le spese out-of-pocket sono altissime, nel 2017 corrispondono al 17,1 %

della spesa totale

