

Politica socio sanitaria: SSN e SSR

La comparazione dei sistemi sanitari

SISTEMI SANITARI A CONFRONTO

A solid blue horizontal bar at the bottom of the slide.

Sistemi Sanitari a Confronto

Sezione 1



Sistemi sanitari: quale è l'obiettivo?



La salute ed il benessere della popolazione

Garantire un trattamento equo

Garantire un costo equo

Assicurare l'ammissibilità alle cure



SALUTE

Una condizione non più di assenza di malattia ma di completo benessere fisico, mentale e sociale

Dove gli obiettivi sono condivisi i sistemi sono diversi



Carta sociale europea art. 13 sancisce il diritto all'assistenza sanitaria
Ogni stato ha regole e sistemi propri.



Scontro tra posizioni liberiste e posizioni regolatrici sulla modalità di accedere ai sistemi assicurativi. Ne operano oltre 1000.



1988 – Il Brasile introduce il SUS – Sistema Unico de Saude



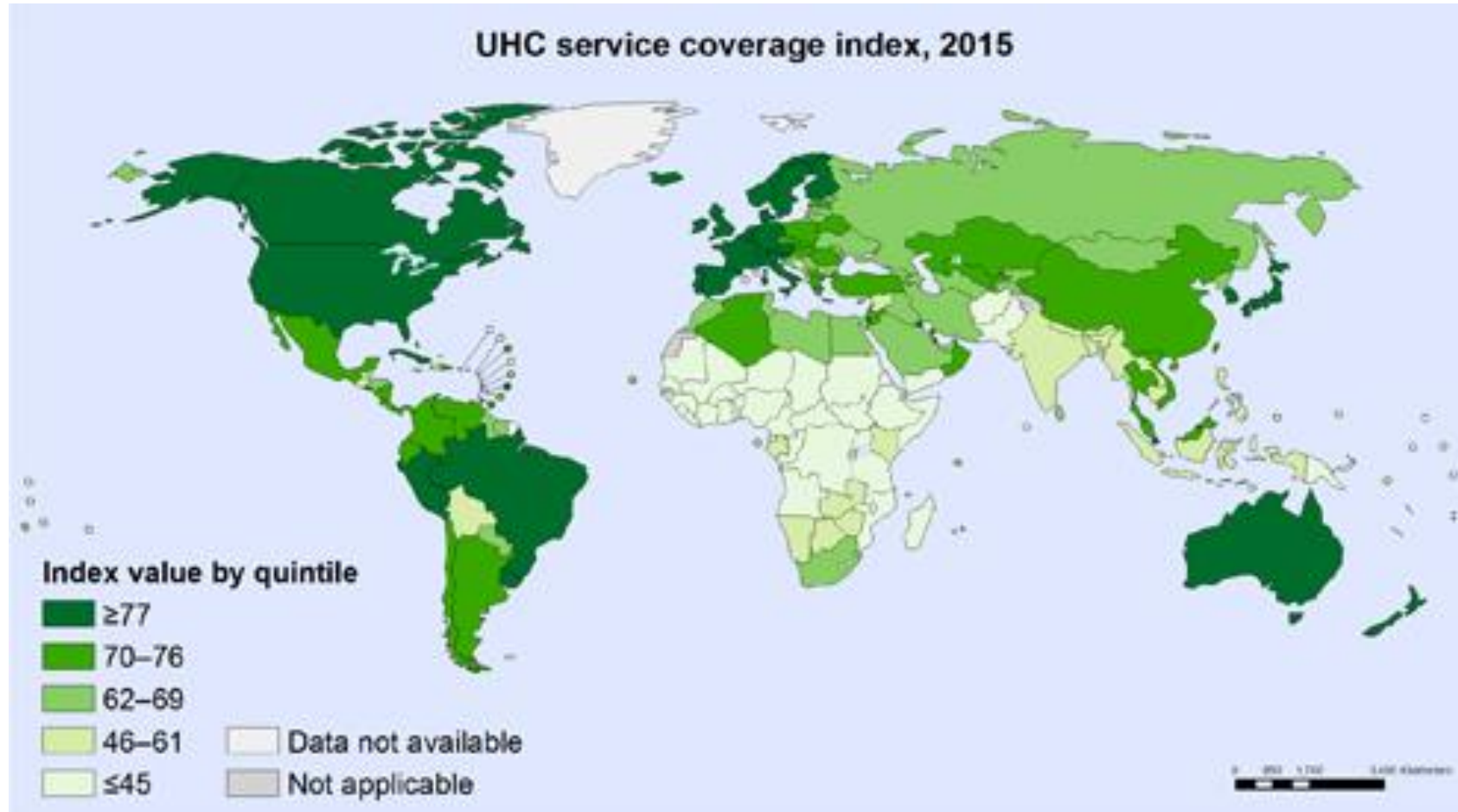
2018 – Governo federale stanziava un programma di 600 miliardi di dollari per cure ospedaliere a 100 milioni di famiglie povere (mezzo miliardo di persone) ovvero 1200 euro/anno («**Modicare**» dal nome del ministro *Narendra Modi*) [Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (AB PM-JAY)]



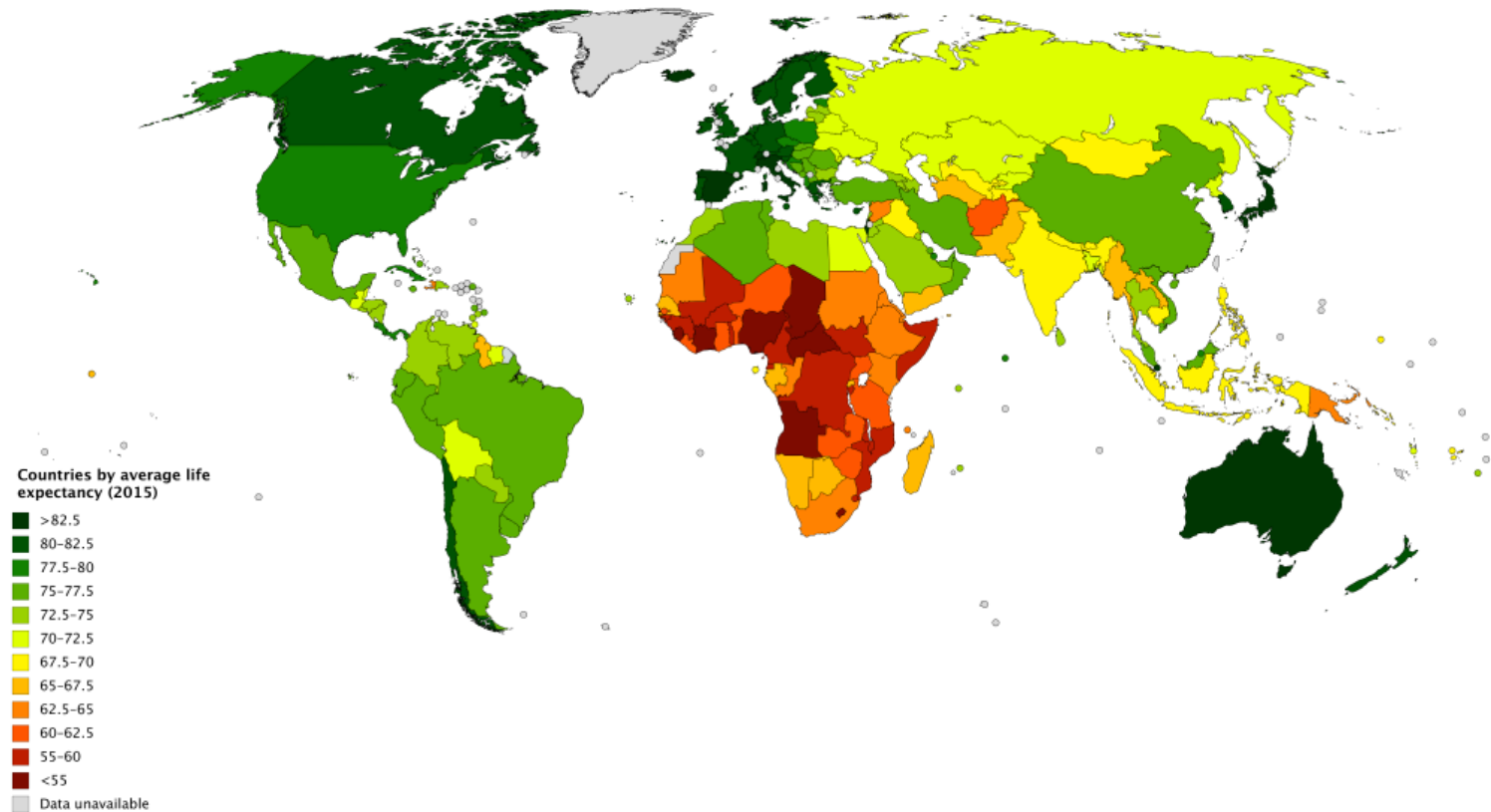
2018- Terza conferenza Africana per dare vita ad una piattaforma comune per promuovere soluzioni locali e nazionali con lo scopo di raggiungere la copertura sanitaria universale entro il 2030

UHC - Universal Health Coverage

L'OMS fornisce una valutazione sui livelli di copertura dai rischi sanitari assicurata alla popolazione dai sistemi nazionali



Aspettativa di vita

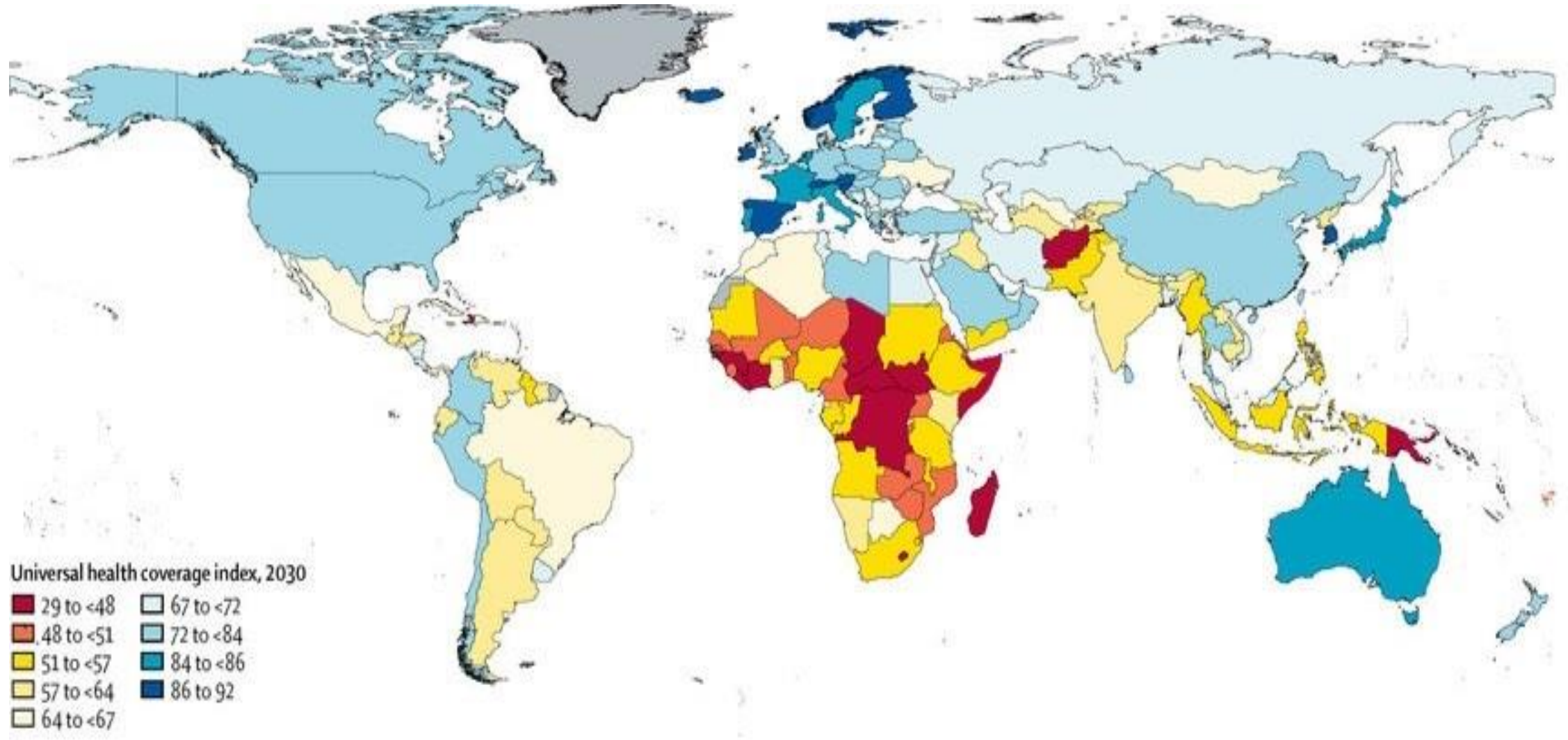




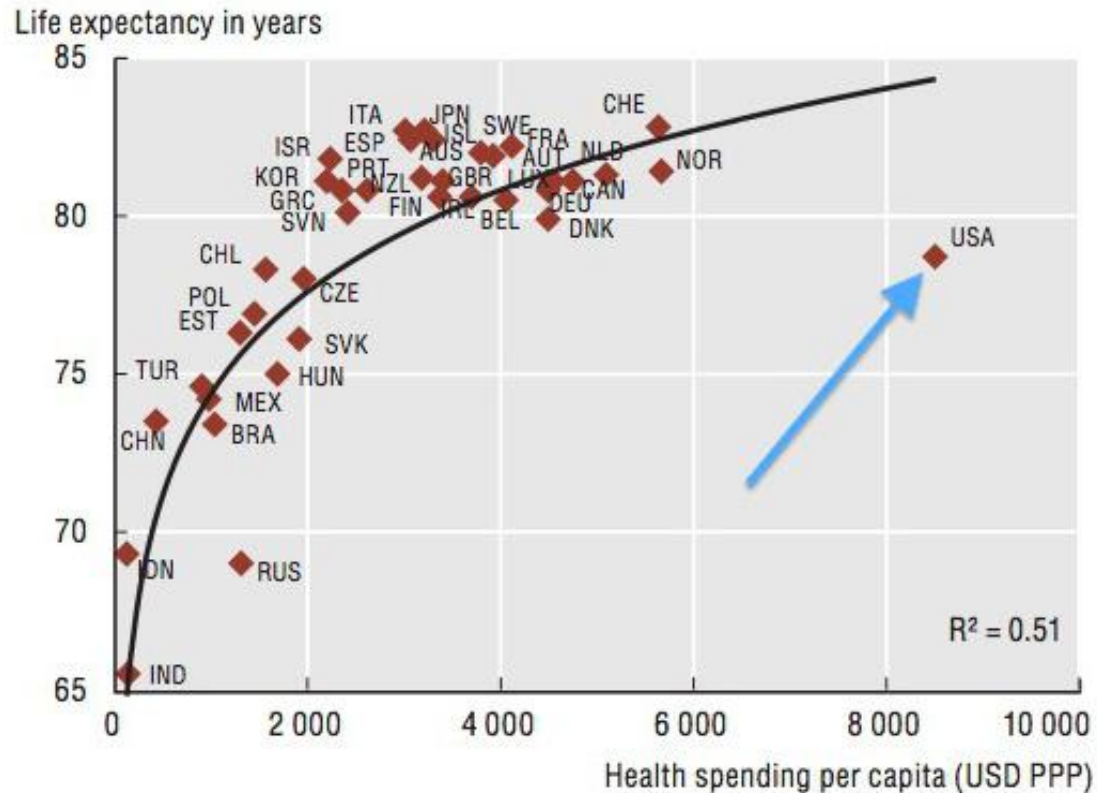
**MOVING TOGETHER
TO BUILD A HEALTHIER WORLD**

UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York

PROSPETTIVA AL 2030



Relazione tra spesa e aspettativa di vita?



Secondo [l'Oecd Health at a Glance 2021](#) l'aspettativa di vita è diminuita in 24 dei 30 paesi con dati comparabili.

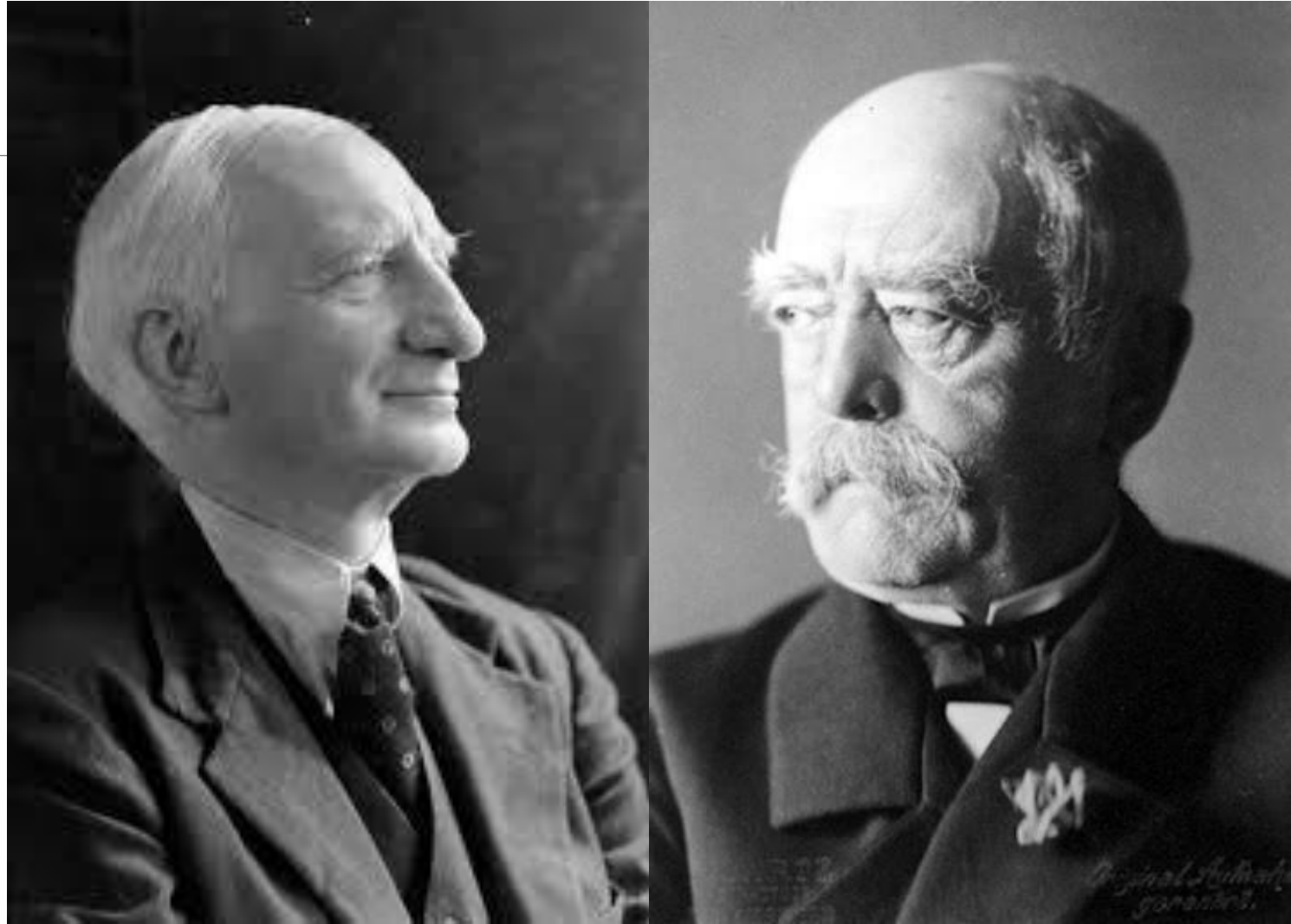
Il Rapporto registra l'aumento della spesa sanitaria e la persistente carenza di operatori sanitari.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank for non-OECD countries.

Sistemi sanitari

	Socialisti	Beveridge	Bismark	Assicurazione Volontaria
Origine	Fondi statali	Fondati sulla tassazione	Contributi	Assicurazioni individuali
Criterio aventi diritto	Cittadinanza		Status di assicurato	
Differenziazione	Schema unico		Schema differenziati	
Provider	Pubblici		Privati	
Controllo sulla domanda	Basso	Alto	Medio	Alto
Focus on	Assistenza	Prevenzione	Assistenza	Assistenza

TASSAZIONE VS. ASSICURAZIONE



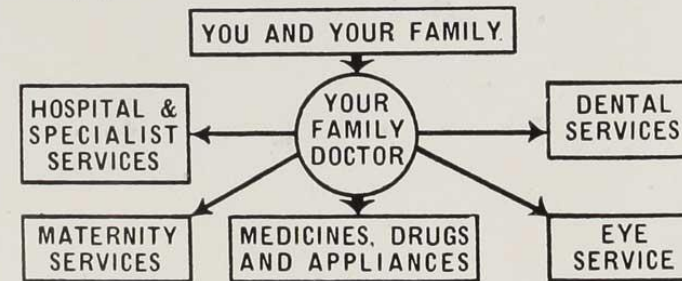
SCEGLI IL TUO
MEDICO. ORA!



YOUR NEW NATIONAL HEALTH SERVICE

On 5th July the new National Health Service starts

Anyone can use it—men, women and children. There are no age limits, and no fees to pay. You can use any part of it, or all of it, as you wish. Your right to use the National Health Service does not depend upon any weekly payments (the National Insurance contributions are mainly for cash benefits such as pensions, unemployment and sick pay).



CHOOSE YOUR DOCTOR NOW

The first thing is to link up with a doctor. When you have done this, your doctor can put you in touch with all other parts of the Scheme as you need them. Your relations with him will be as now, *personal and confidential*. The big difference is that the doctor will not charge you fees. He will be paid, out of public funds to which all contribute as taxpayers.

So *choose your doctor now*. If one doctor cannot accept you, ask another, or ask to be put in touch with one by the new "Executive Council" which

has been set up in your area (you can get its address from the Post Office).

If you are already on a doctor's list under the old National Health Insurance Scheme, and do not want to change your doctor, you need *do nothing*. Your name will stay on his list under the new Scheme.

But make arrangements for *your family now*. Get an application form E.C.1 for *each* member of the family either from the doctor you choose, or from any Post Office, Executive Council Office, or Public Library; complete them and give them to the doctor.

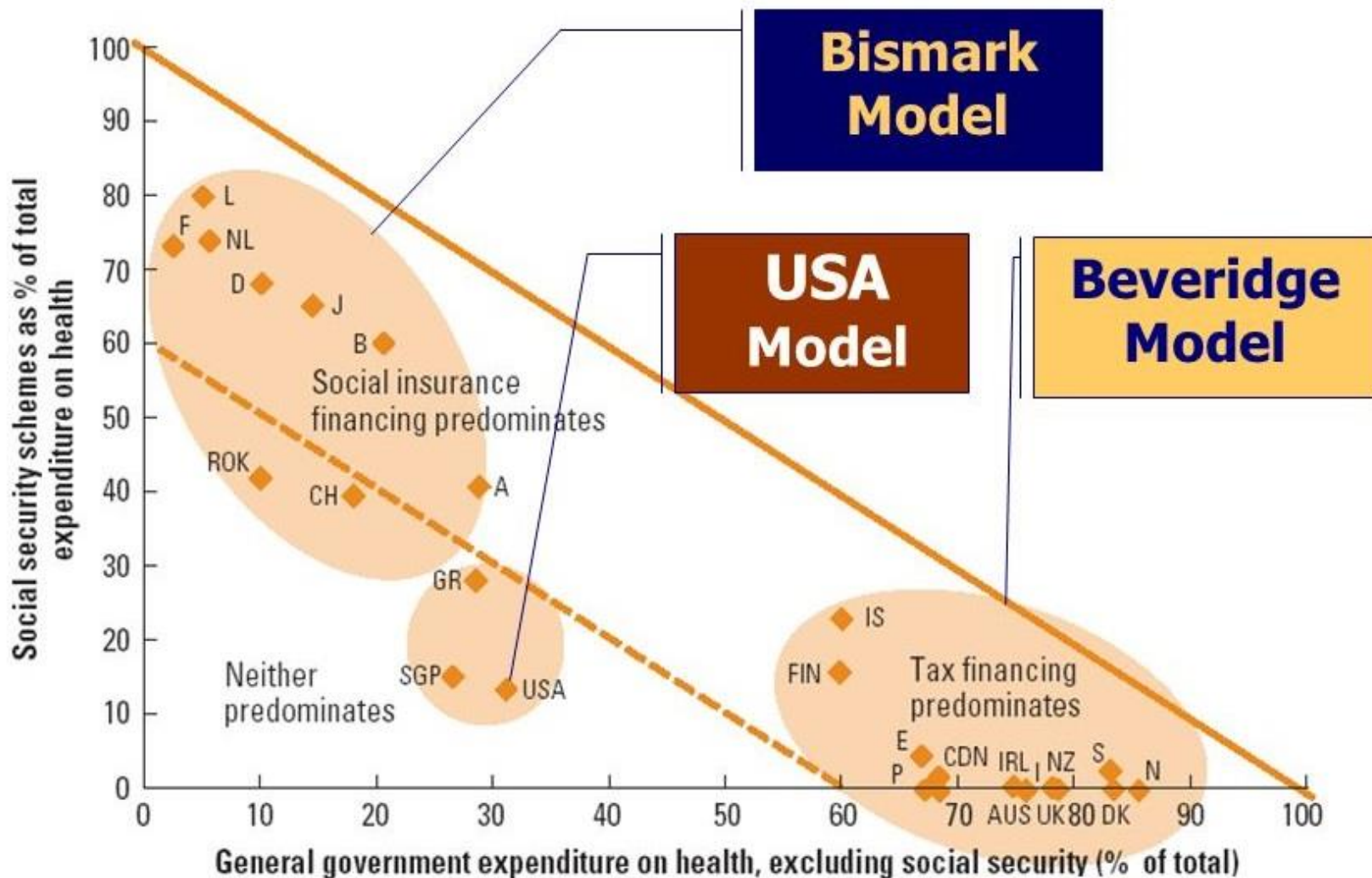
There is a lot of work still to be done to get the Service ready. If *you* make *your* arrangements in good time, you will be helping both yourself and your doctor.

Issued by the Department of Health for Scotland

A

This advertisement appears in selected Sunday, Morning and Evening newspapers in Scotland.

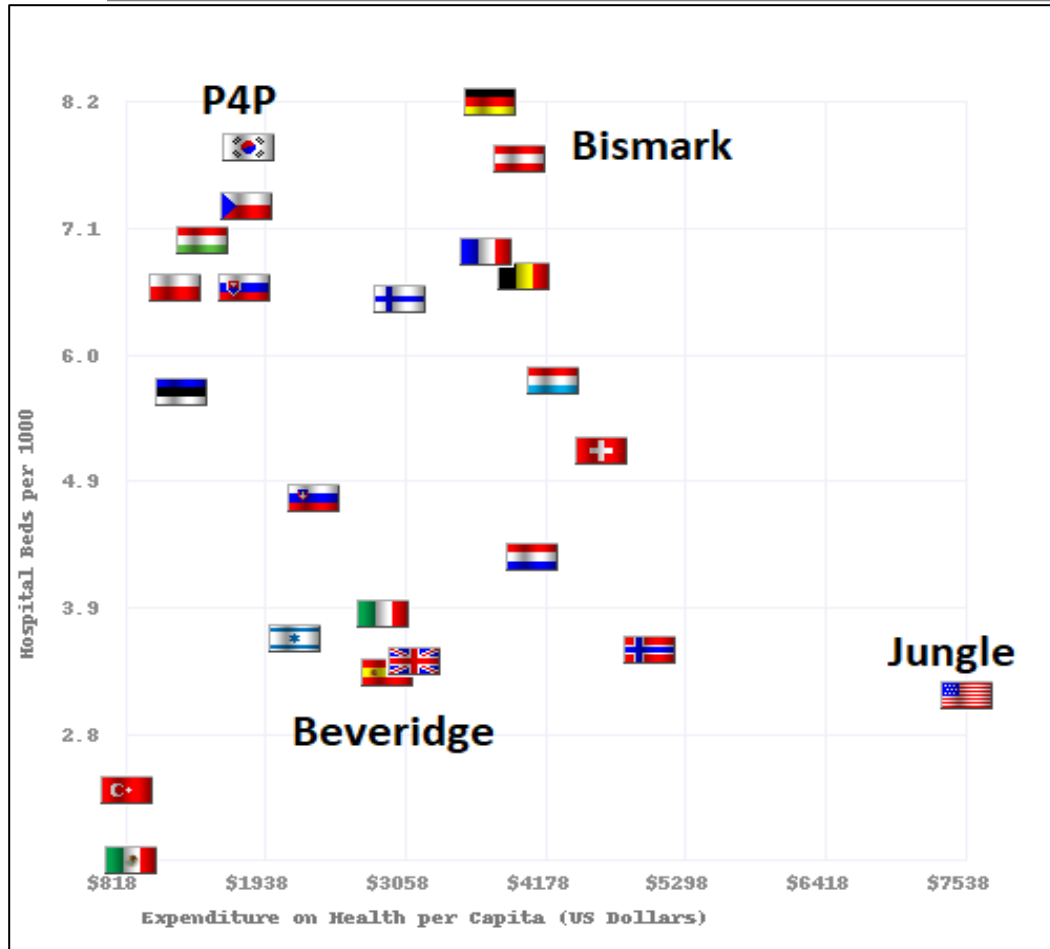
Tassazione vs. Assicurazione



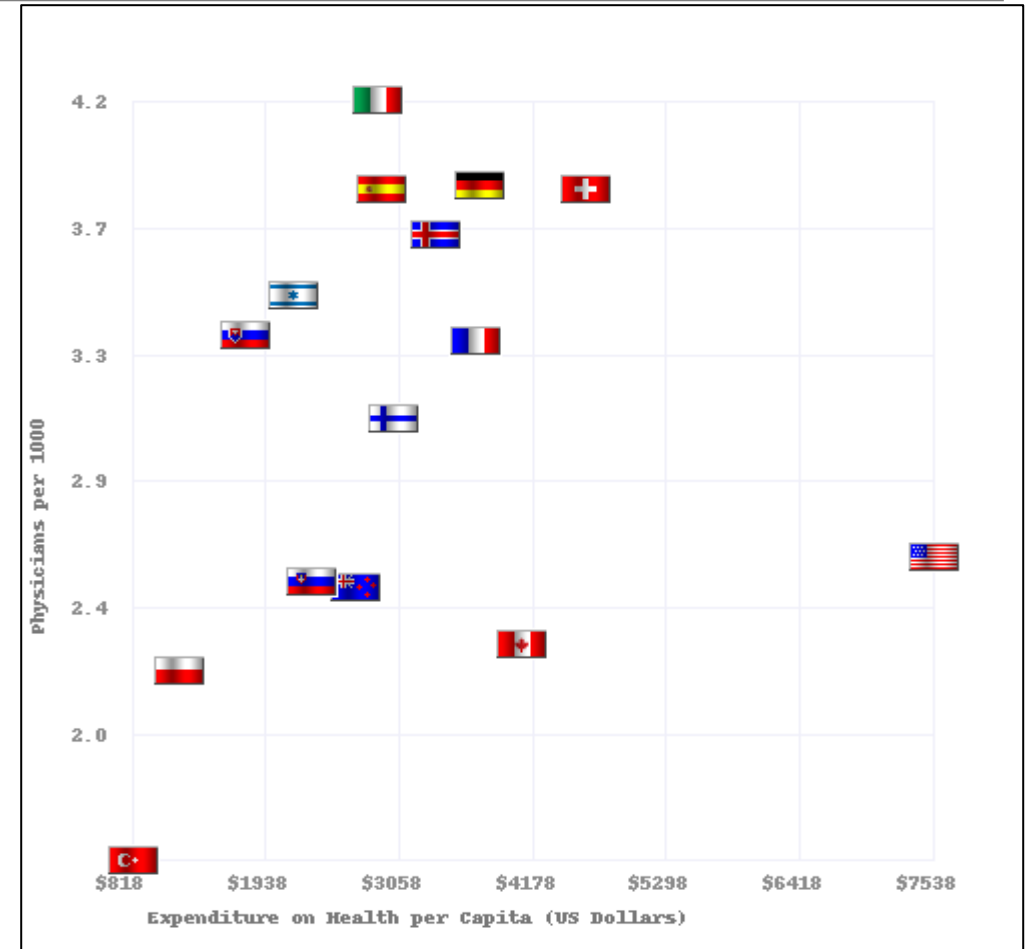
Source: OECD 2004a or national data.

Valutazioni tradizionali

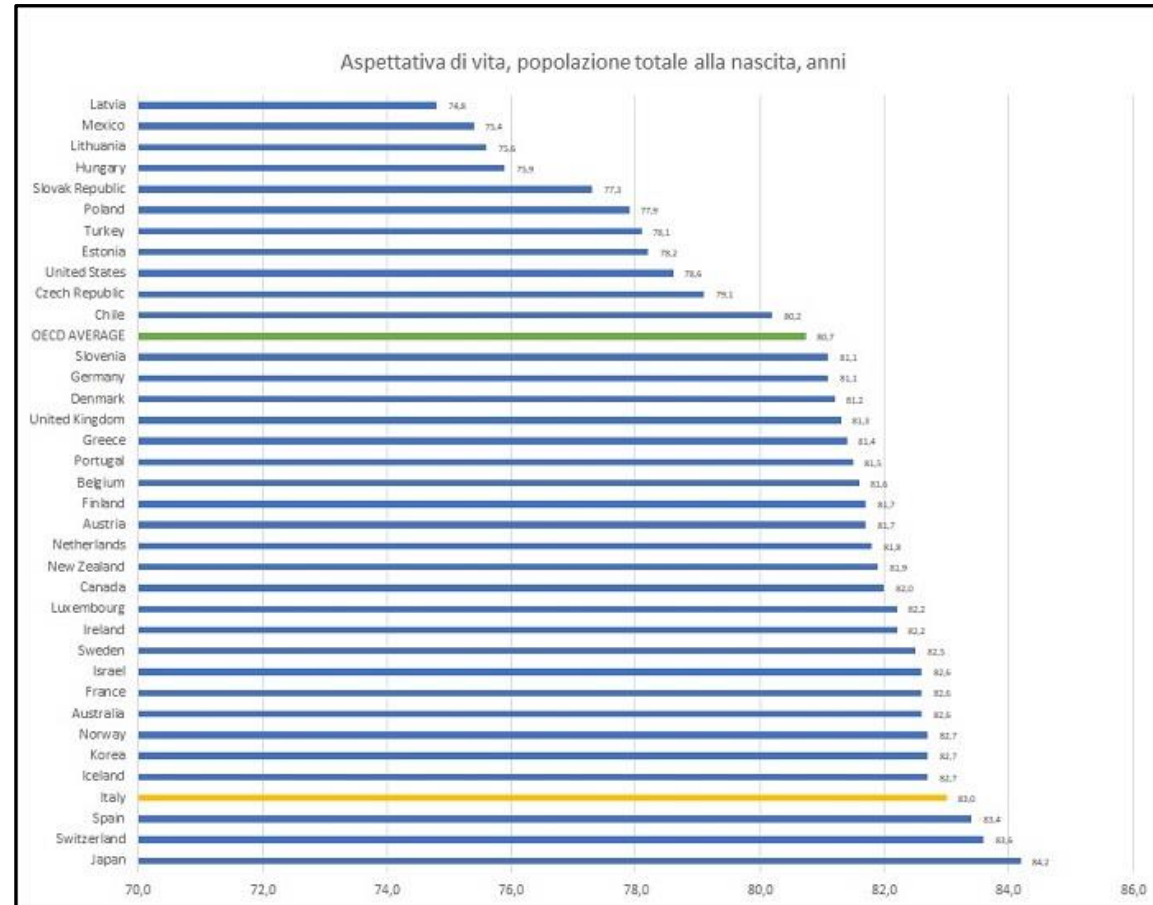
Spesa/ab vs. Letti/ab.



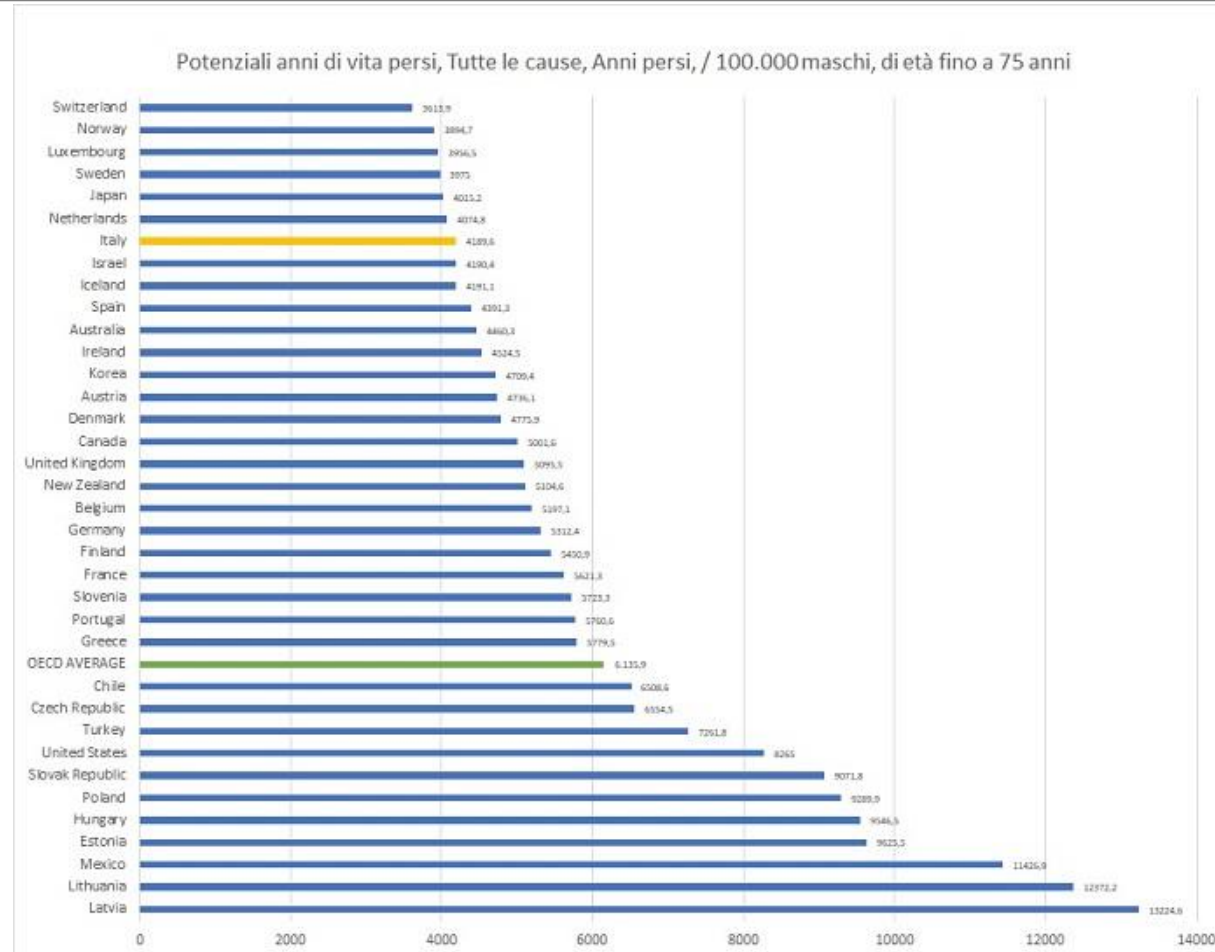
Spesa/ab vs. Medici/ab.



Aspettativa di vita



Anni di vita persi



Percentuale di spesa in ospedale

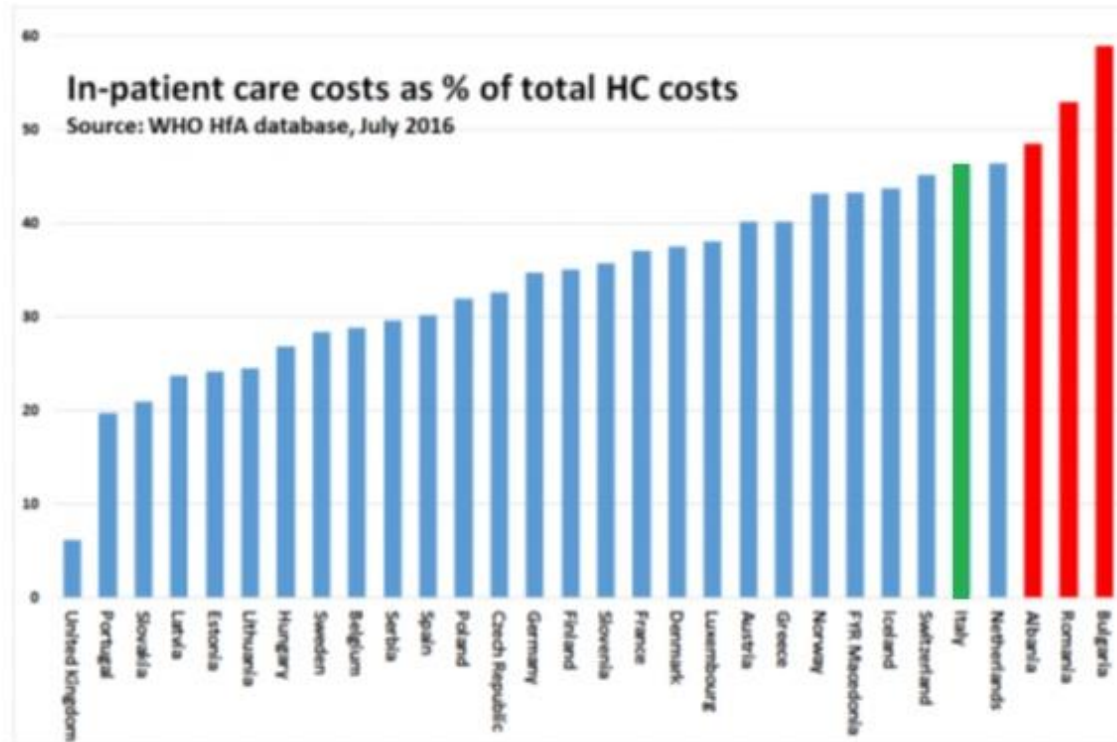
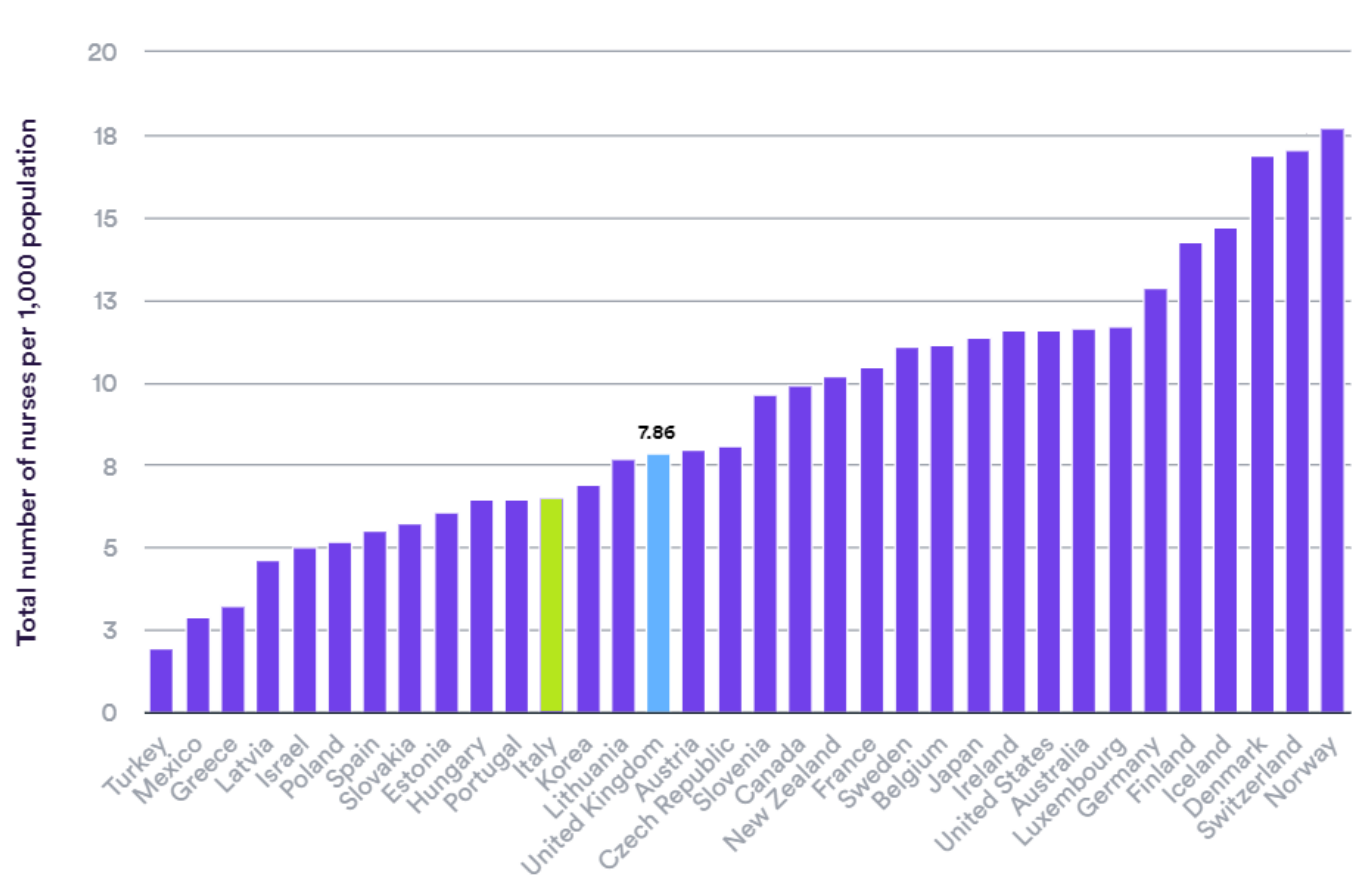
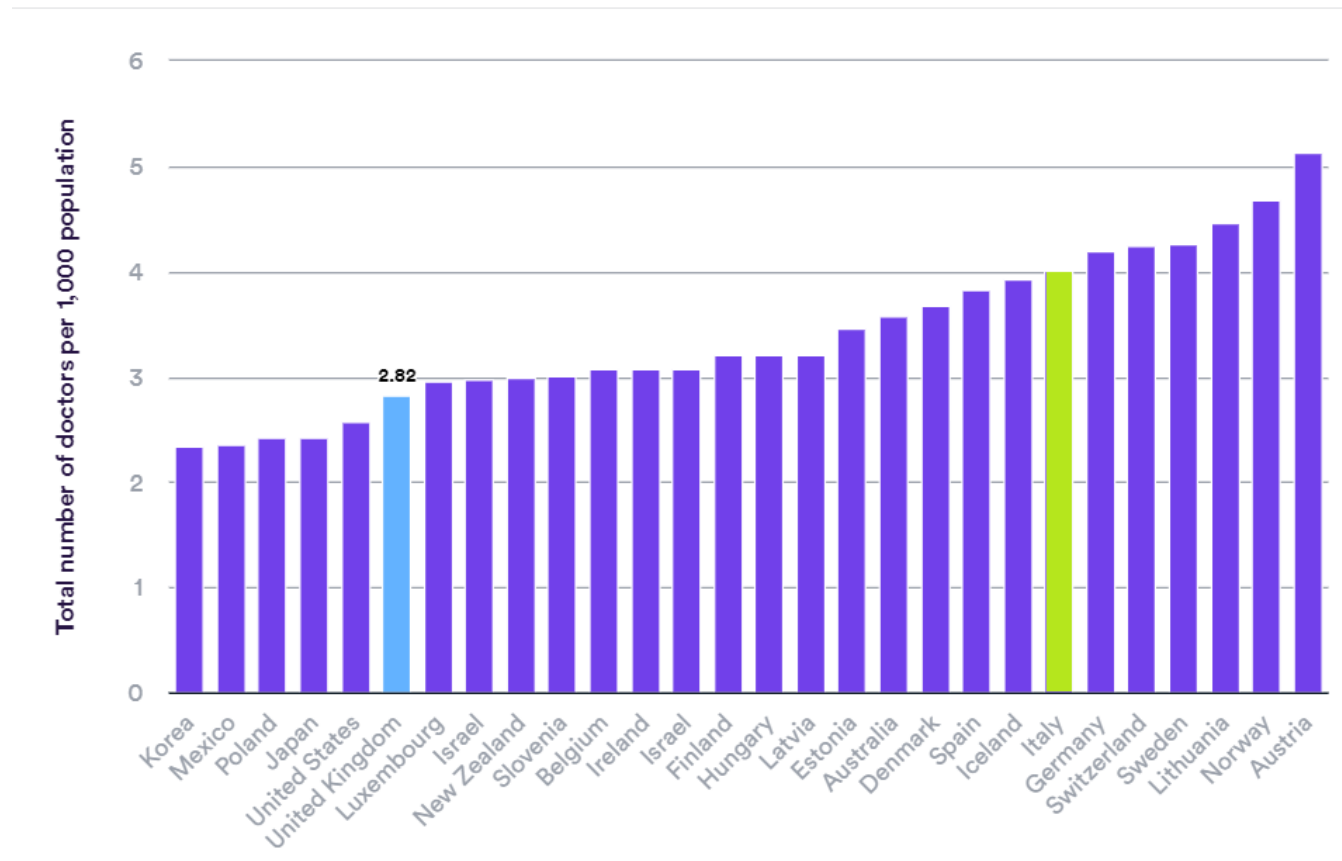


Figure 1.3.34 The higher the share of in-patient care, the more antiquated the healthcare provision structure. If Dutch, Swiss and (possibly) Italians prefer long hospital admissions, they can afford it; Bulgaria, Romania and Albania cannot! They should receive professional support to restructure their healthcare services!

Numero di infermieri per 1000 abitanti



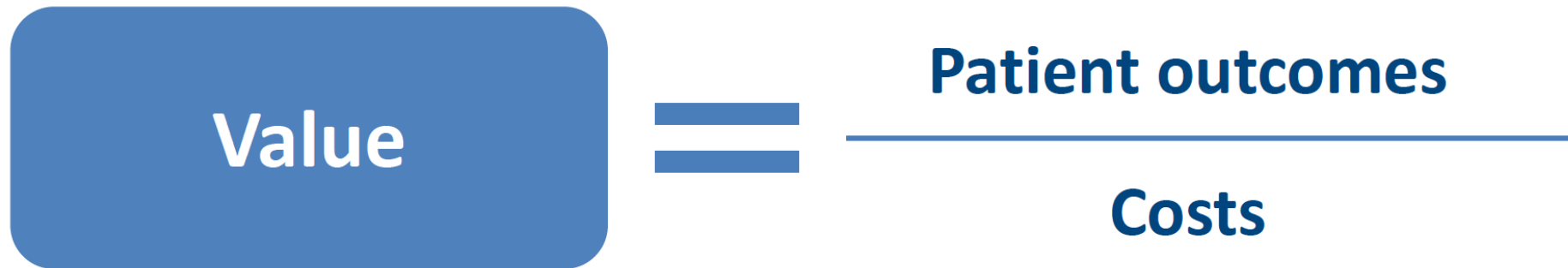
Numero di medici per 1000 abitanti



What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 363;26 NEJM.ORG DECEMBER 23, 2010



The diagram illustrates the concept of value in health care. On the left, a blue rounded rectangle contains the word "Value" in white. To its right is a blue equals sign. Further right is a fraction: "Patient outcomes" is written above a horizontal blue line, and "Costs" is written below the line.

$$\text{Value} = \frac{\text{Patient outcomes}}{\text{Costs}}$$

Euro Health Consumer Index (EHCI)

Euro Health Consumer Index (EHCI) è un indice che rappresenta il livello di qualità della Sanità in Europa, basato sui tempi di attesa, risultati, e affidabilità.

EHCI è stato proposto nel 2005 dal **Health Consumer Powerhouse** come somma di 48 indicatori. L'indice non misura la qualità in assoluto del sistema sanitario nazionale di un paese, ma la "**familiarità**" di esso con gli assistiti, con indici specifici su patologie come diabete, cardiologia, HIV, mal di testa e epatiti. Gli indicatori sono un mix di tendenze e incroci di altre classifiche.

Nel 2006 la Francia era in cima alla classifica con 768 punti su 1000.

NEL 2019 dopo la Svizzera (primo posto) l'Olanda si piazza al secondo posto, la Francia all'11° mentre l'Italia è al 20° posto.

Business

These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care

By [Lee J Miller](#) and [Wei Lu](#)

Health Care Efficiency Scores in 56 Economies



Bloomberg Health Care Efficiency

Rank	Rank 1Y Ago	Chg	Economy	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost \$
1	1	-	Hong Kong	87.3	84.3	5.7	2,222
2	2	-	Singapore	85.6	82.7	4.3	2,280
3	3	-	Spain	69.3	82.8	9.2	2,354
4	6	2	Italy	67.6	82.5	9.0	2,700
5	4	-1	S. Korea	67.4	82.0	7.4	2,013
6	7	1	Israel	67.0	82.0	7.4	2,756
7	5	-2	Japan	64.3	83.8	10.9	3,733
8	10	2	Australia	62.0	82.4	9.4	4,934

Health System World Cup

I gironi del campionato

 Life expectancy¹

 Healthcare access and quality index²

 Per capita total health spend³

 Out of pocket share of spend⁴

Group A

				
 EG	69.4	58.0		484
 RU	65.4	75.1		1544
 SA	76.0	77.1		3138
 UY	73.4	71.0		2038













Group B

				
 IR	73.8	71.8		1232
 MA	73.5	57.6		454
 PT	77.8	85.7		2712
 ES	80.3	91.0		3368













Group C

				
 AU	80.5	95.9		4400
 DK	78.8	92.1		5144
 FR	79.2	91.7		4741
 PE	77.8	64.3		683













Group D

				
 AR	73.3	68.1		1457
 HR	74.2	86.9		1736
 IS	80.6	97.1		4205
 NG	63.7	41.9		216













Group E

				
 BR	71.6	63.8		1431
 CR	78.5	73.7		1339
 RS	73.0	77.2		1398
 CH	81.0	95.6		7465








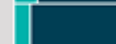




Group F

				
 DE	78.5	92.0		5532
 MX	73.7	66.3		1081
 KR	77.7	90.3		2835
 SE	80.1	95.5		5550

Group G

				
 BE	78.4	92.9		4939
 EN ⁴	78.9	90.5		4285
 PA	76.0	68.3		1588
 TN	74.6	69.4		791

Group H

				
 CO	75.4	68.5		861
 JP	80.8	94.1		4266
 PO	74.1	82.4		1757
 SN	64.6	31.1		119

Health System World Cup

Group A

SA	1029
UY	886
RU	394
EG	206

Group C

FR	2516
DK	1243
AU	908
PE	458

Group E

CH	769
CR	691
BR	476
RS	374

Group G

EN ¹	1160
BE	951
PA	472
TN	364

Group B

ES	711
PT	591
IR	333
MA	247

Group D

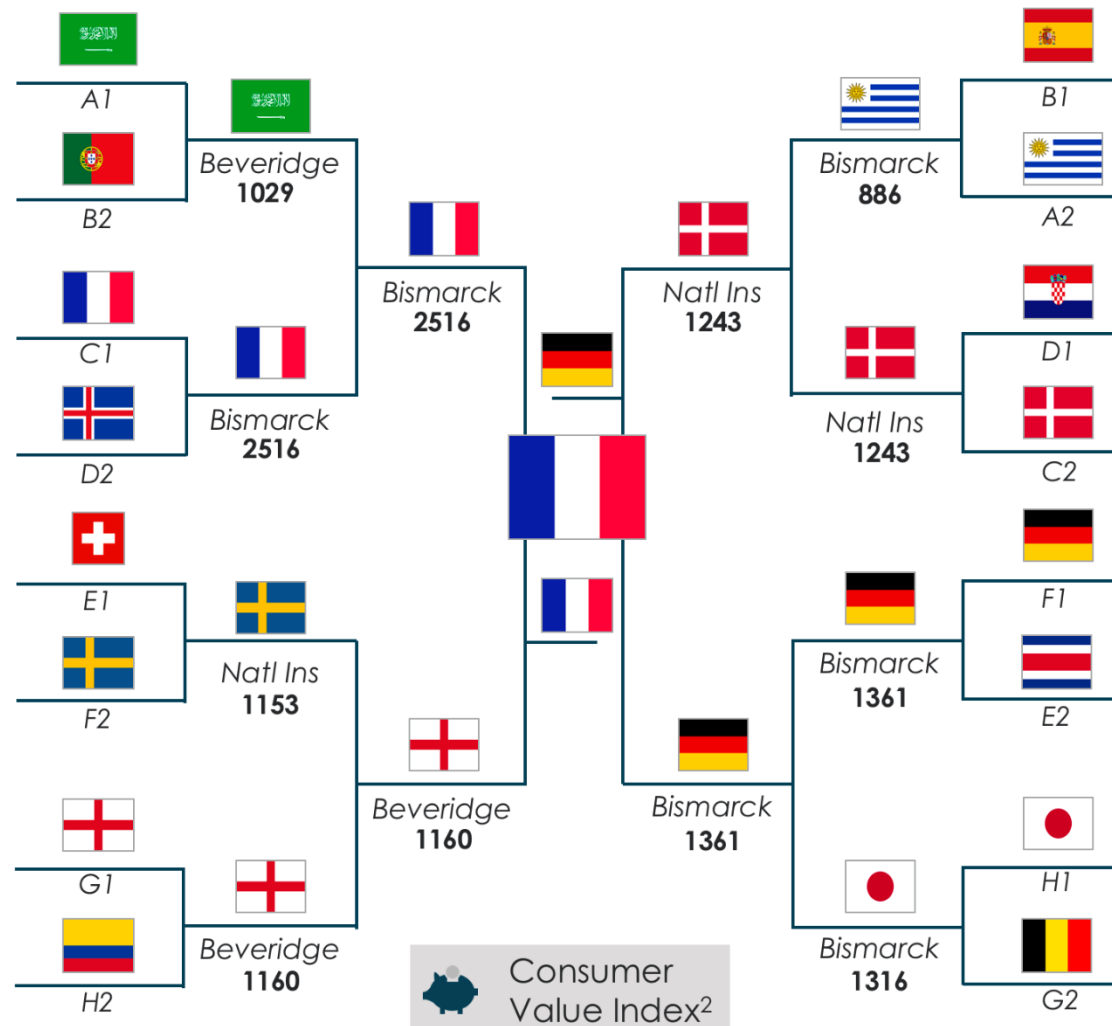
HR	1080
IS	1066
AR	780
NG	143

Group F

DE	1361
SE	1153
KR	457
MX	339

Group H

JP	1316
CO	774
PO	656
SN	259



1. United Kingdom data.
 2. (Health access and quality index + Male life expectancy)/Out of pocket share of total health expenditure per capita.

Source: "Measuring Performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 Countries and Territories and Selected Subnational Locations: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2016." *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 23 May 2018. Web. 13 June 2018; FIFA.com. "2018 FIFA World Cup Russia™." *FIFA.com*. Web. 13 June 2018; Gist Healthcare analysis.

Russia
2018

The 5 C's

Cost, Coverage, Consistency, Complexity and Chronic Illness

Una valutazione critica dei sistemi sanitari in questa fase di performance critiche è rappresentata dal modello delle **5C** dove sono messi in evidenza principali difetti dei sistemi dei paesi sviluppati ed implicitamente si suggerisce un **cambio di rotta**.

The Big Q

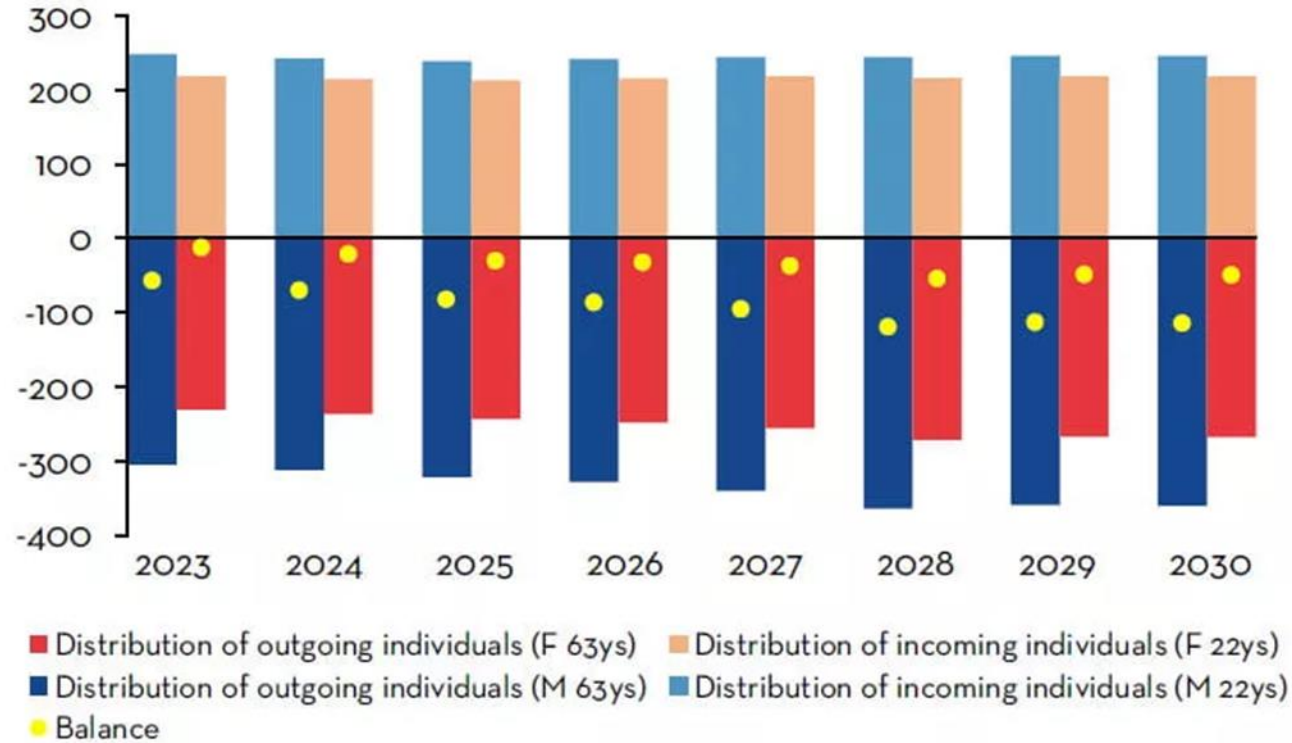


Figure 2
**Distribution of individuals
in and out of the labour
force by gender**
Thousand

Source: Prometeia's forecast on Istat and OECD data

The Big Q

(“Big Quit” o “Great Resignation”)

Secondo un sondaggio quasi il 60% dei dipendenti afferma che la propria organizzazione gli ha dato ulteriori responsabilità senza retribuzione aggiuntiva.

Secondo i sondaggi i capi del personale:

- non si preoccupano del turnover,
- dimenticano che i lavoratori sono pronti a fuggire verso aziende migliori

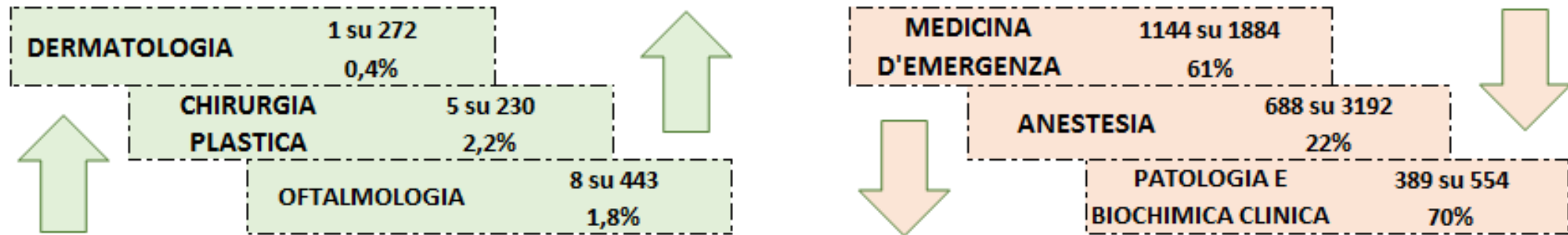
Secondo i sondaggi, la maggior parte dei lavoratori si licenzia poiché considera la sua paga troppo bassa. Seguono l'impossibilità di fare carriera e il sentirsi poco considerati dai propri capi.

Quiet Quitting = Lavorare il giusto e non di più

The Big Q

(*"Big Quit"* o *"Great Resignation"*)

Contratti totali non assegnati e abbandonati



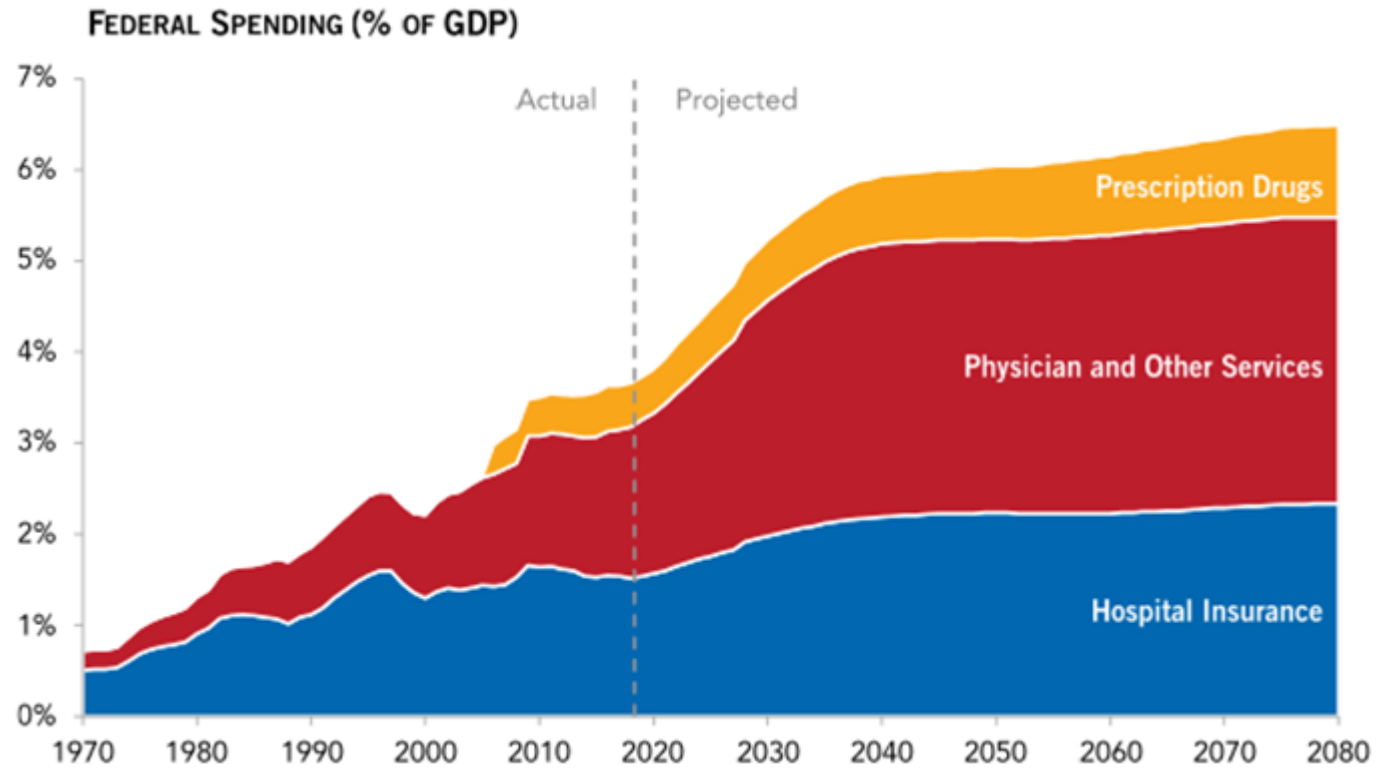
Dei 30.452 contratti statali banditi negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022) circa 6000 non sono assegnati o sono stati abbandonati.

Per "contratti non assegnati" si intende un contratto che in sede concorsuale non è stato assegnato a nessun medico perché nessuno l'ha scelto. Per "contratti abbandonati" si intende un contratto che è stato assegnato ma il medico assegnatario ha riprovato il concorso l'anno successivo e ha cambiato specializzazione tramite una nuova assegnazione.

Costi (c1)

E' facile prevedere che le spese a carico della tassazione generale tenderanno ad aumentare

Proiezione della spesa Medicare +50% in 10 anni



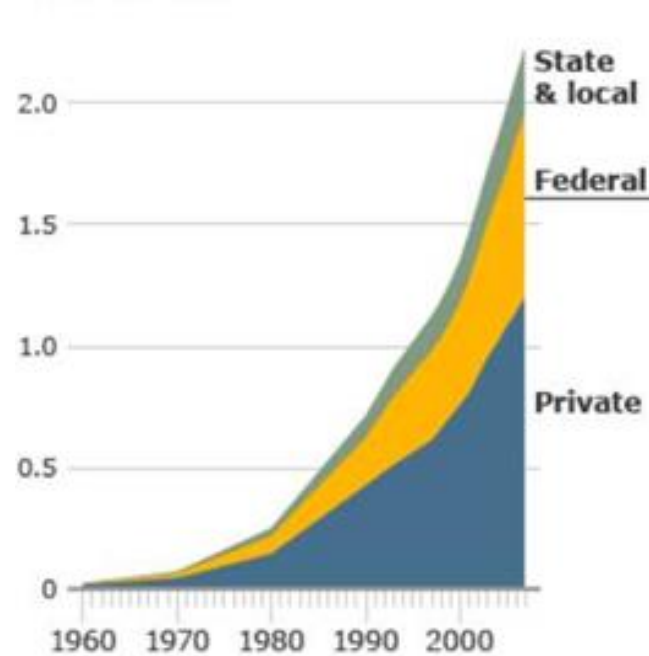
Costi (c1)

Stati Uniti

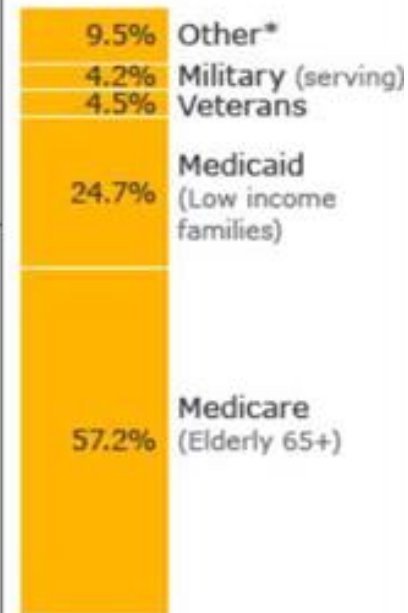
Private health insurance costs soar

US national health expenditure
1960-2007

2.5 trillion dollars



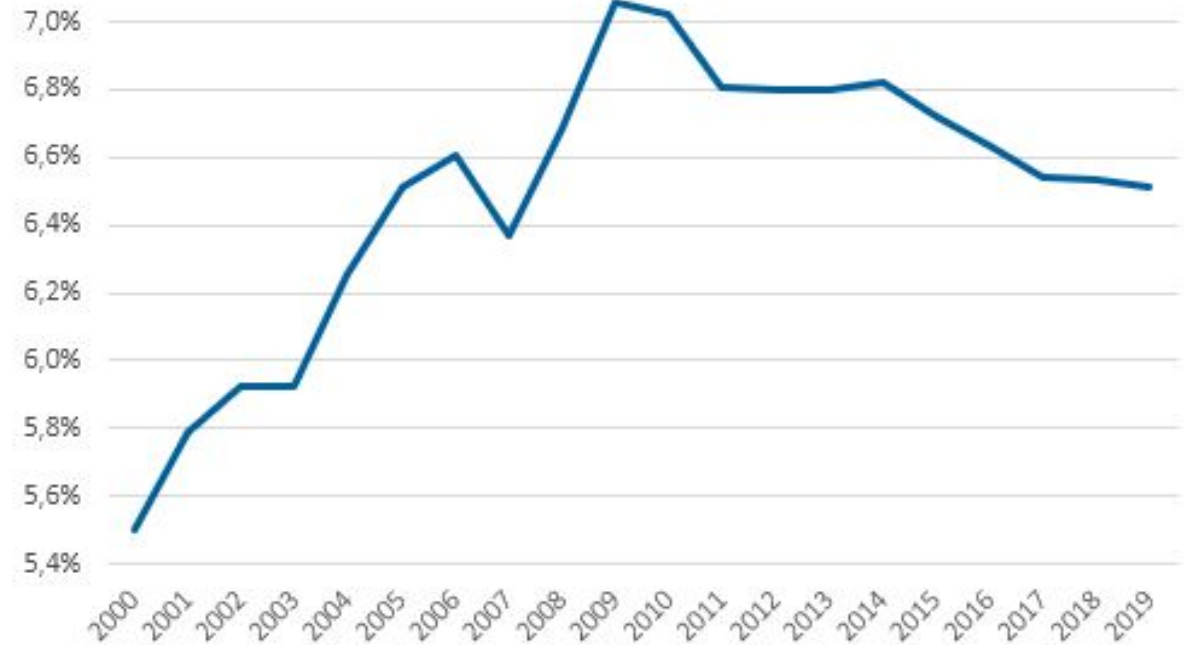
Breakdown of US federal health expenditure, 2007



Total \$754bn

*includes State Children's Health Insurance Program
Source: US Department of Health and Human Services

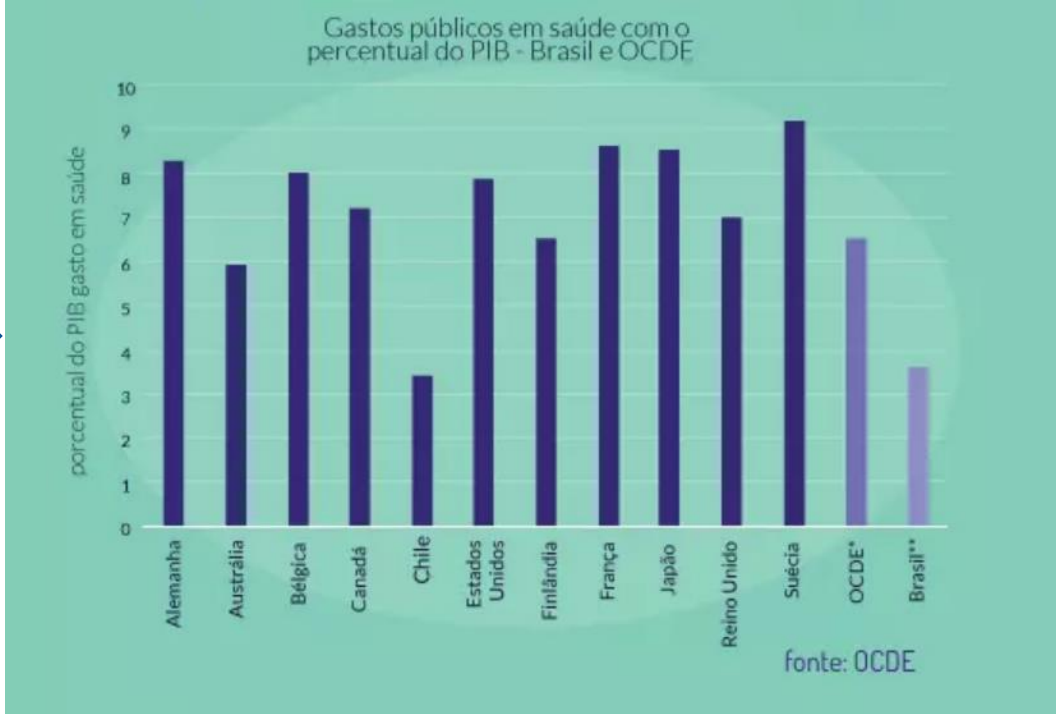
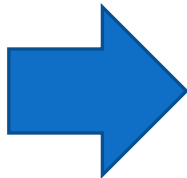
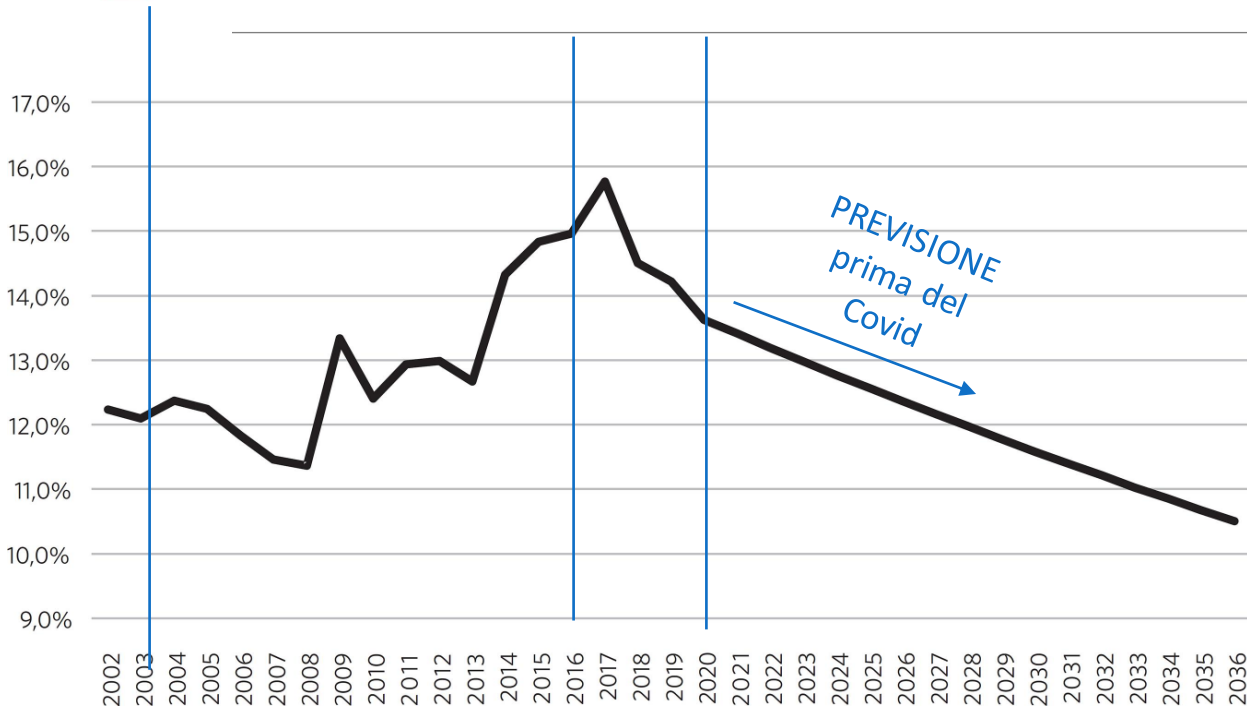
Italia



Fonte: elaborazioni Osservatorio CPI su dati MEF, Servizio Studi della Camera dei Deputati e Proposte per una Revisione della Spesa Pubblica (2014-16)

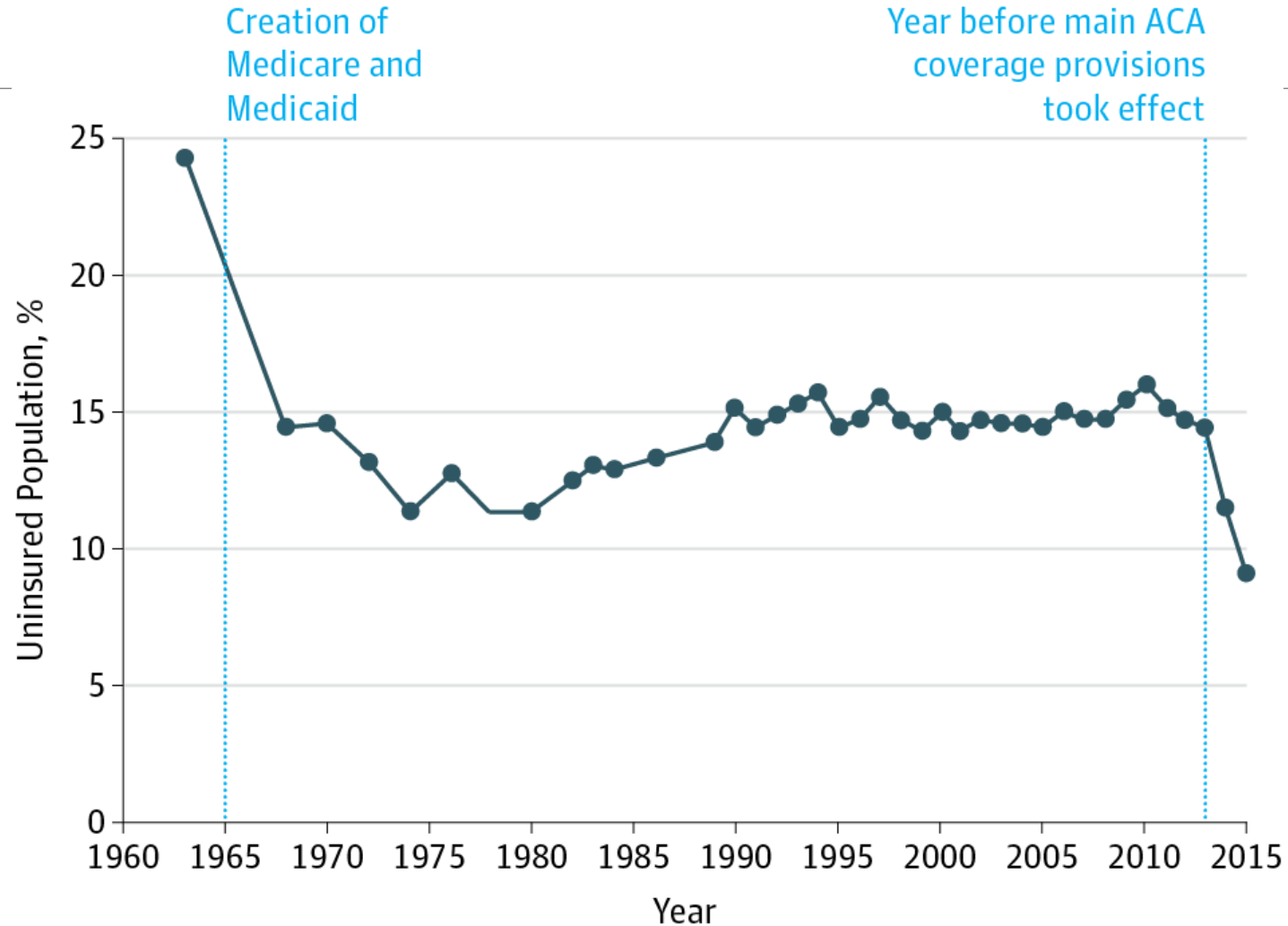


La riforma di ha attuato una politica di aggiustamento fiscale, con il congelamento della spesa pubblica fino a 20 anni ➔ NEOLIBERISMO



tra il 2002 e il 2018, valori effettivi. Per il 2019, valori LOA. Tra il 2020 e il 2036 considera la base del 4% e la crescita media annua di RCL del 5,7%, pari a quella verificata tra il 2014 e il 2019.

Alla ricerca di una Copertura (c2)



Coerenza e Complessità (3c e 4c)

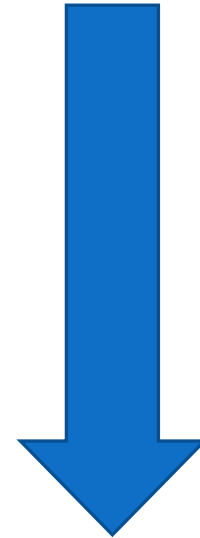
TRASPARENZA

Trattare nelle stesse modalità

Oltre 1000 possibili sistemi di finanziamento con regole diverse

Semplificare

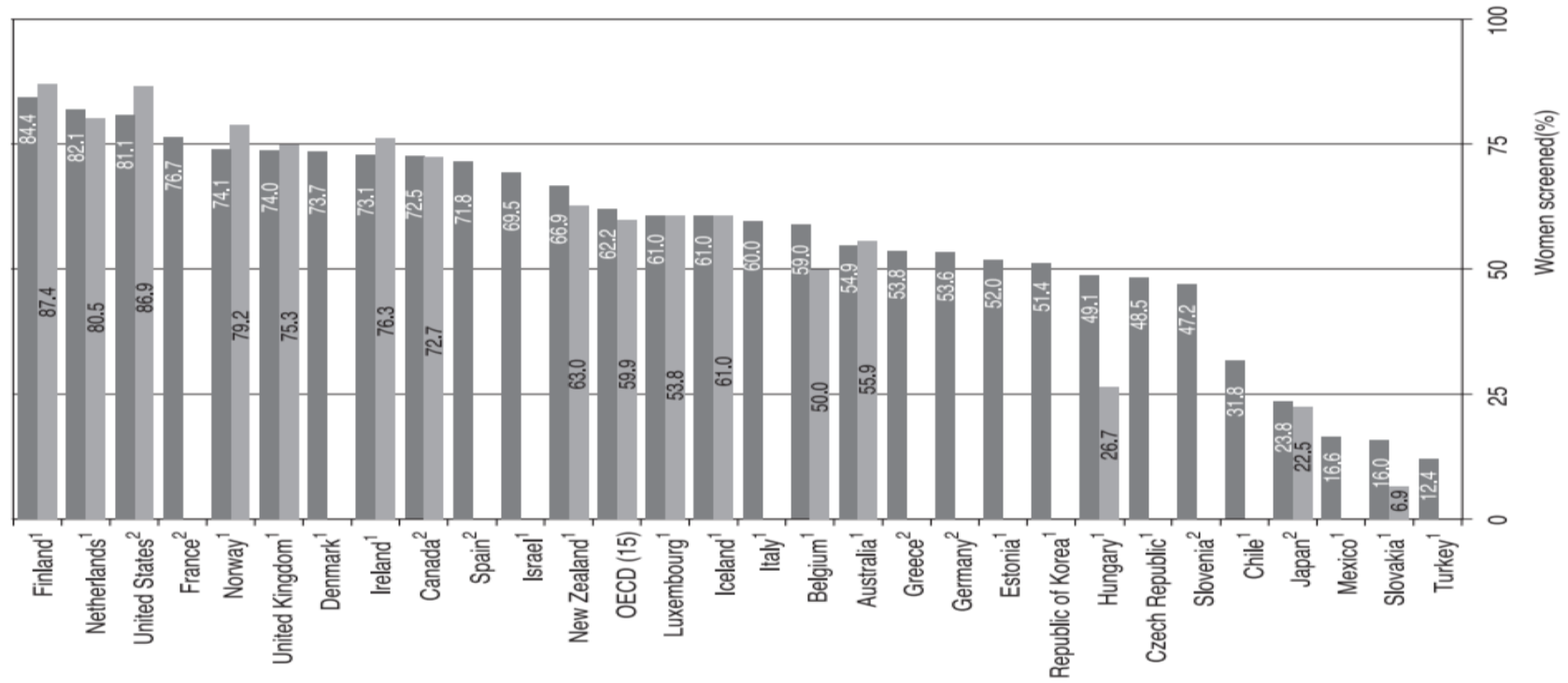
Servono linee guida comuni per trattare screening e cure



RISPARMIO

Coerenza e Complessità (3c e 3c)

Mammography screening, percentage of women aged 50–69 screened, 2000–09 (or nearest year)



Cronicità (5c)

Il merito della medicina è stato la capacità di trasformare le malattie letali in condizioni croniche gestibili.

I due terzi di tutte le spese **Medicare** sono destinate a beneficiari con cinque o più condizioni croniche. L'80 % di tutti i costi dell'assistenza è per pazienti con una o più malattie croniche (ipertensione, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, artrite, asma e depressione).



Due strategie

Sviluppare mezzi più efficaci per prevenire o ritardare l'insorgenza di queste malattie.

Promuovere terapie più coordinate per il loro trattamento

Un «nuovo modello»: Chronic Care Model (CCM)

Professor Wagner e altri (2000)
McColl Institute for Healthcare Innovation, California



Le organizzazioni sanitarie e le risorse della comunità	Le organizzazioni sanitarie ed i finanziatori	Il supporto all'auto-cura.
Le organizzazioni sanitarie sono supportate dalle risorse della comunità : gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, centri per anziani autogestiti.	Gestione delle malattie croniche fa parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria	Il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Si insegna la gestione delle malattie
L'organizzazione del team	Il supporto alle decisioni	I sistemi informativi
[Esiste una equipe]. L'assistenza ai pazienti non cronici è separata dalla gestione programmata ai pazienti cronici.	L'adozione di linee guida basate sull'evidenza forniscono gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici	I sistemi informativi assicurano tre funzioni: 1) Allerta 2) Feedback 3) Registro patologia

Banca Dati Assistito

Classificazione degli malati cronici

Vasculopatia arteriosa

Traccianti



Ad un assistito viene associata tale patologia se è verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- **Esenzione** nei 10 anni precedenti (002.440 002.441.2 002.441.4 002.441.7 002.441.9 002.442 002.444 002.447.0 002.447.1 002.447.6)
- **Ricovero ospedaliero** nei precedenti 5 anni con diagnosi del tipo (440* 441* 442* 443.1 443.2* 444* 445* 447*)
- **Ricovero ospedaliero** nei precedenti 5 anni con intervento in elenco (3924 3925 3926 3950 3951 3952 3954 3956 3957 3958 3971 3972 3973 3974 3979 3990)

002.440	ATEROSCLEROSI
002.442	ALTRI ANEURISMI
002.444	EMBOLIA E TROMBOSI ARTERIOSE
002.441.2	ANEURISMA TORACICO SENZA MENZIONE DI ROTTURA
002.441.4	ANEURISMA ADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA
002.441.7	ANEURISMA TORACOADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA
002.441.9	ANEURISMA DELL'AORTA SEDE NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI ROTTURA
002.447.0	FISTOLA ARTEROVENOSA ACQUISITA
002.447.1	STENOSI DI ARTERIA
002.447.6	ARTERITE NON SPECIFICATA



Foglio di lavoro di
Microsoft Excel



LOMBARDIA INFORMATICA



Regione Lombardia

Banca Dati Assistito

Ordinamento patologie (1/2)

A CODICE PIU' BASSO CORRISPONDE MAGGIORE ASSORBIMENTO DI RISORSE



BDA3_ID	PATOLOGIA	PATOLOGIA_DESC
K02A	1	TRAPIANTATI ATTIVI
K03A	2	IRC - DIALISI
K13Q	3	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI
K12A	4	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
K13D	5	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI
K04	6	HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO
K02B	7	TRAPIANTATI NON ATTIVI
K06A2	8	DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO
K08C	9	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA
K05A	10	NEOPLASIA ATTIVA
K10E	11	NEUROMIELITE OTTICA
K11H	12	ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI
K10D	13	SCLEROSI MULTIPLA
K07D1	14	VASCULOPATIA ARTERIOSA
K13P	15	ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE
K06B2	16	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO
K03B	17	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Banca Dati Assistito

Il Codice CReG

FASE 4

ASSISTITO CODICE BDA FINALE
 NNNNNN K08C/K07D1



Patologia Principale

Distanza
5 posiz.

09 05 02

N° patologie

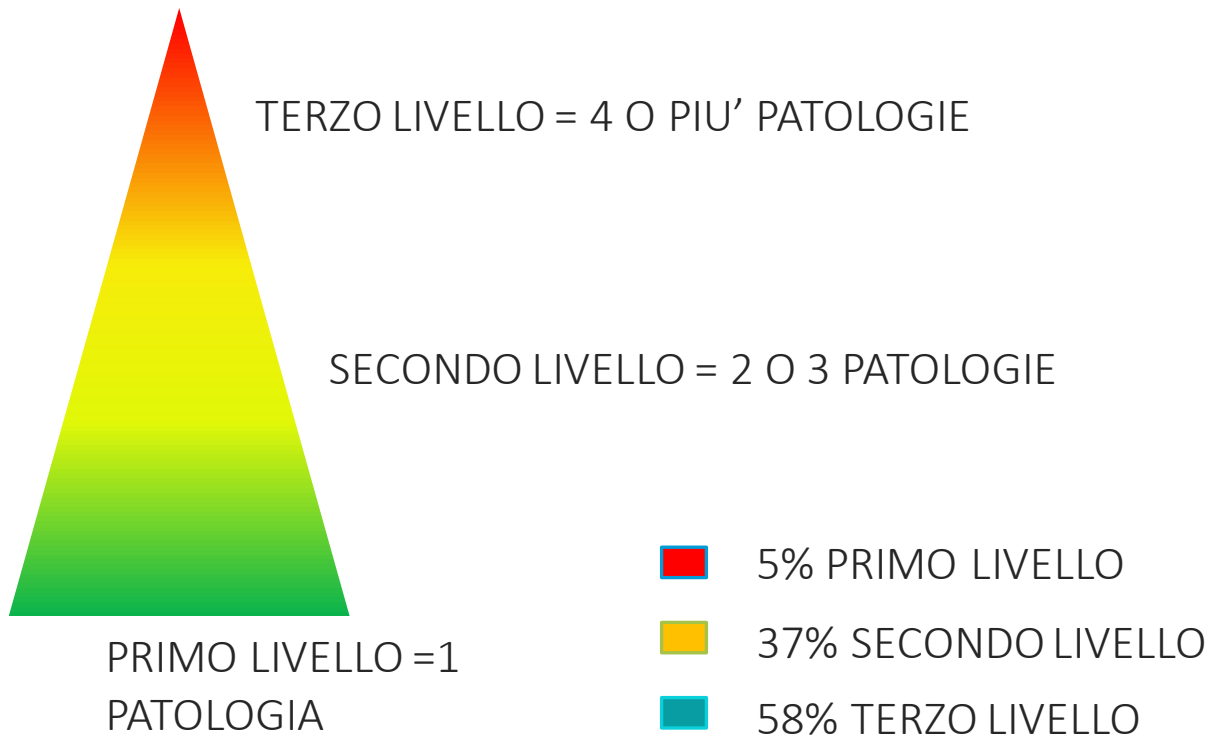
PATOLOGIA ID	BDA3	PATOLOGIA
1	K02A	TRAPIANTATI ATTIVI
2	K03A	IRC - DIALISI
3	K13Q	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI
4	K12A	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
5	K13D	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI
6	K04	HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO
7	K02B	TRAPIANTATI NON ATTIVI
8	K06A2	DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO
9	K08C	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA
10	K05A	NEOPLASIA ATTIVA
11	K10E	NEUROMIELITE OTTICA
12	K11H	ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI
13	K10D	SCLEROSI MULTIPLA
14	K07D1	VASCULOPATIA ARTERIOSA
16	K06B2	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO
17	K03B	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA



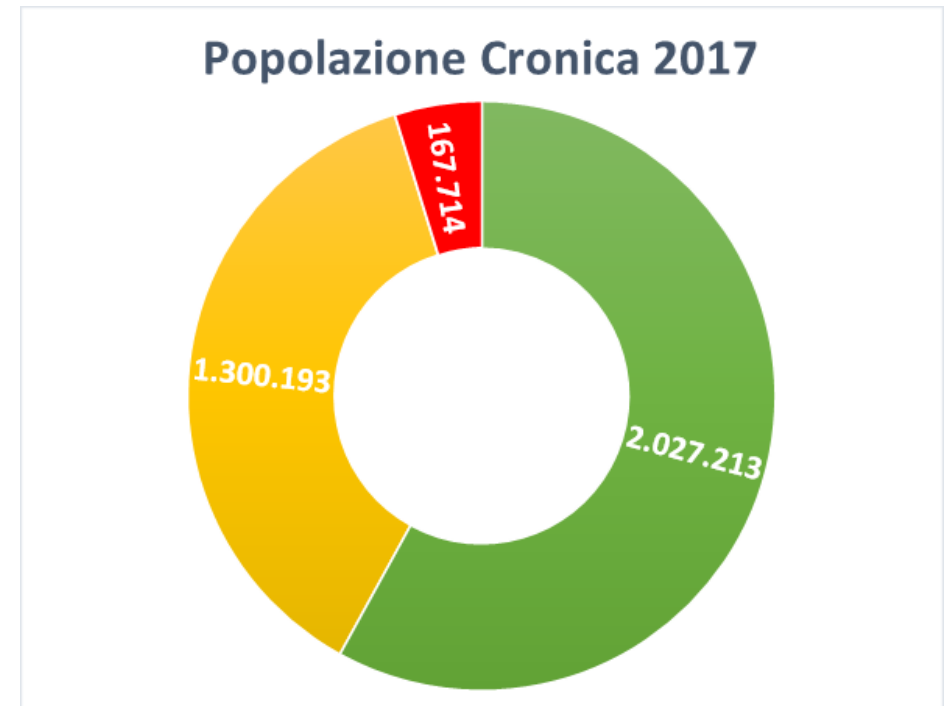
SOGGETTO CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA PLURIPATOLOGICO

Banca Dati Assistito

Risultati



CIRCA 3.5 MILIONI DI CRONICI



Segni di crisi dei sistemi sanitari

BASSA NATALITA'
PATOLOGIE CRONICHE ANZIANI
SCARSA PREVENZIONE
COSTO DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI

LIMITI DEI MODELLI SANITARI TRADIZIONALI
NUOVI MODELLI FAMILIARI E DI CONSUMO
RIDUZIONE DEGLI INVESTIMENTI
VINCOLI ALLA FORMAZIONE



80 % della popolazione mondiale interessata da azioni di riduzione della spesa sanitaria

European Observatory on Health Systems and Policies

Diagnosi per l'NHS malato

- 1) l'inclinazione del governo è quella di ritenere che l'attuale modello di Nhs sia insostenibile e necessiti di un cambiamento radicale, con copayments e maggiori contributi per gli utenti. Questa visione è profondamente sbagliata. Con il giusto approccio, il Nhs è sostenibile e deve mantenere il principio di fornire cure gratuite al momento del bisogno, che è alla base di una società giusta.
- 2) l'Nhs ha un problema di **produttività**; che non fa abbastanza con quello che gli viene dato. Questo equivale a fraintendere lo scopo dell'assistenza sanitaria, che non è una fabbrica per i malati, giudicata in base a crudi parametri di efficienza, ma un servizio basato sulla cura, sulla compassione e sulla qualità. Continuare a concentrarsi sul fare comparativamente di più per comparativamente di meno è pericoloso e ovviamente dannoso
- 3) le sfide che il Nhs deve affrontare possono essere risolte **attingendo a un settore sanitario privato più forte**. La forza lavoro del settore privato del Regno Unito proviene per lo più dalla stessa forza lavoro che compone il settore pubblico. Rubare a uno per sostenere l'altro e, allo stesso tempo, frammentare fatalmente il servizio sanitario non ha senso.
- 4) è improbabile che la proposta di una Commissione reale o di un consenso trasversale sia utile. Il Servizio Sanitario Nazionale si trova ad affrontare una crisi di personale e di capacità strettamente legata a una crisi dell'assistenza sociale.

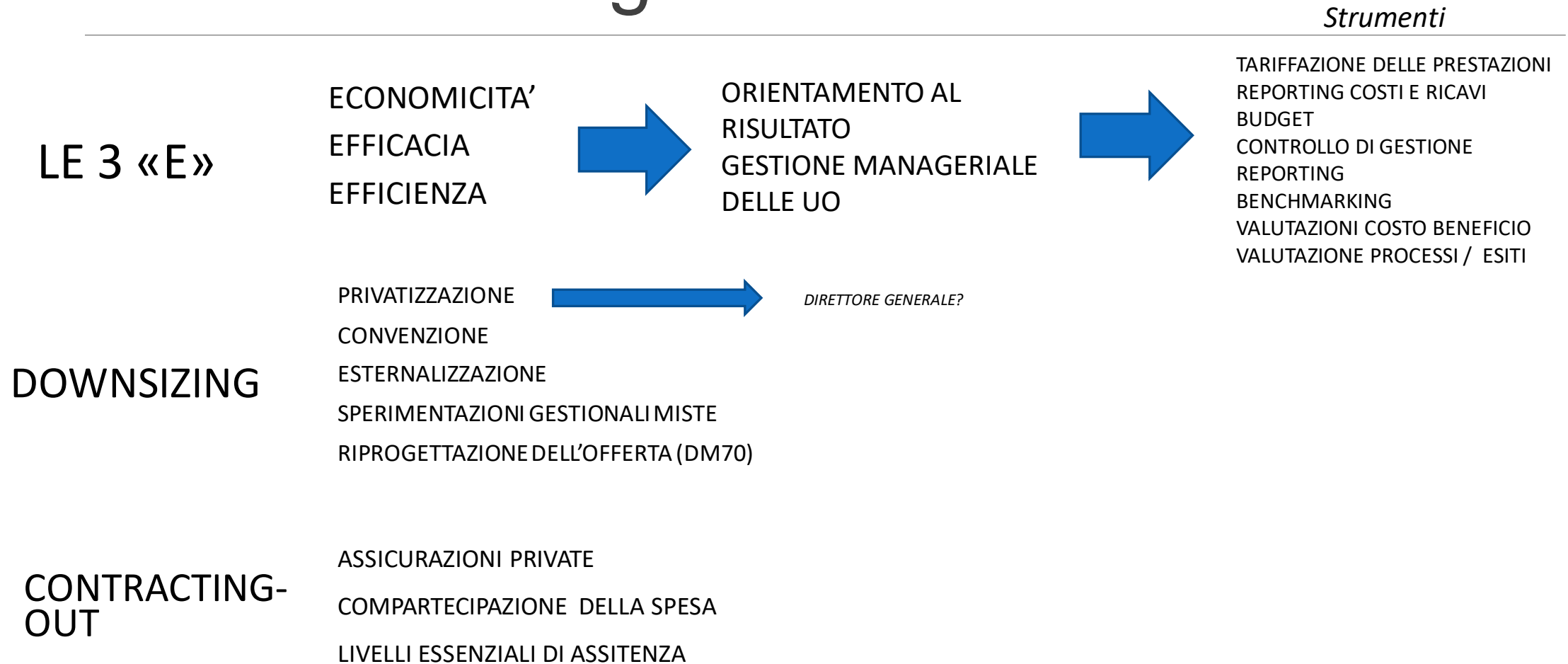
Terapia

1 Il governo deve riconoscere che il Servizio sanitario nazionale è in crisi e richiede un'azione urgente e senza precedenti.

2) Il governo deve offrire un messaggio di valore al personale dell'Nhs, sotto forma di compromesso su un accordo finanziario per le retribuzioni e su impegni non finanziari, come affrontare le riforme pensionistiche, migliorare le condizioni di lavoro di base e realizzare il piano promesso per la forza lavoro.

3) L'Nhs deve accettare che, per qualsiasi causa, ha un problema culturale. Razzismo, sessismo, bullismo, molestie e conflitti sono diffusi. Una cultura del lavoro tossica è una ragione spesso citata per lasciare il Nhs e ha un impatto negativo sull'assistenza ai pazienti

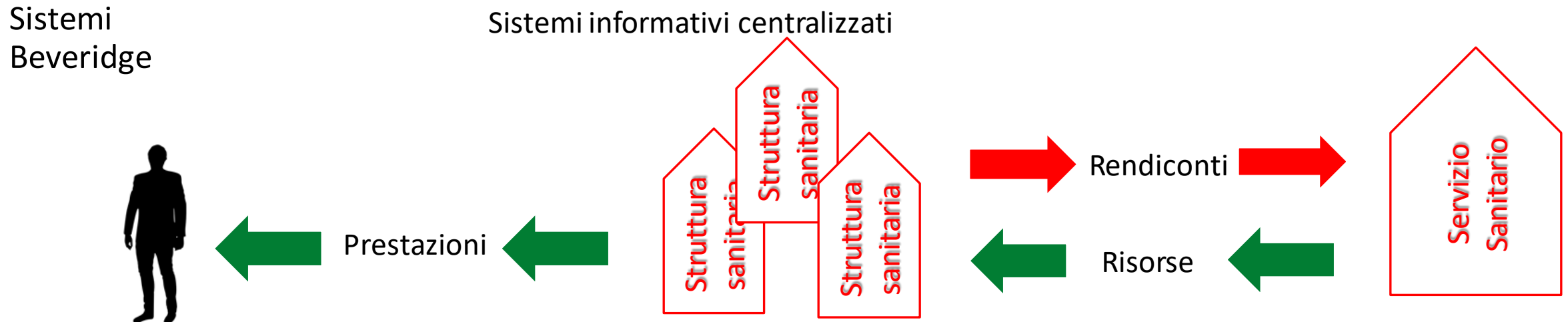
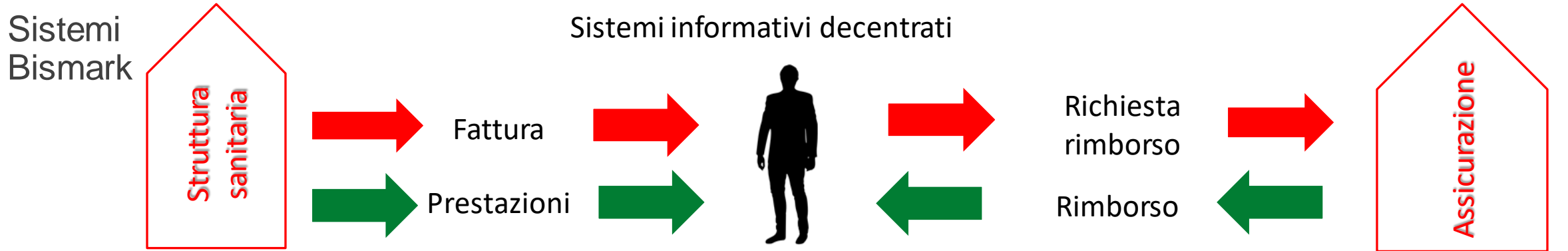
New Public Management



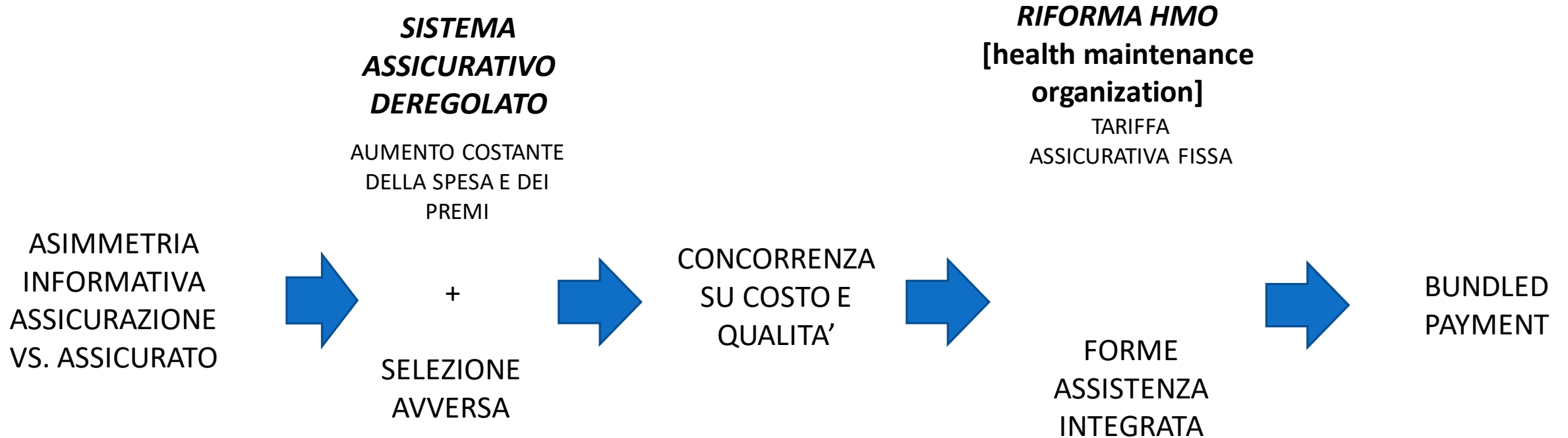
Differenze pre e post NPM

DIMENSIONE	PA	NPM
FOCUS	POLITICHE	OPERATIVITA'
ORGANIZZAZIONE	VERTICALE INTEGRATA	AUTONOMIA MANAGERIALE
PRESSIONE SULLA PERFORMANCE	BASSA	ALTA
RILEVANZA DELLE INFORMAZIONI		
RUOLO MANAGERIALE	MODESTO	ESPANSO
ORIENTAMENTO AL CAMBIAMENTO	BASSO	ALTO

I sistemi di pagamento



La riforma dei sistemi FFS (Fee for service)



Studi associati o centri medici si contraddistinguono per capacità di erogare prestazioni mediche supplementari e per la loro vicinanza. Premiamo la consapevolezza del paziente con costo dei premi decisamente più bassi.

PIANI DI ASSISTENZA

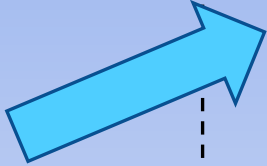
Cittadini

Premio

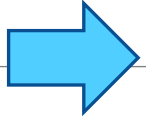


ASSICURAZIONE
Managed care

TIPO FC



HMO



Rete
IPA

Prevenzione

Diagnosi / Cure

Farmaci



POS

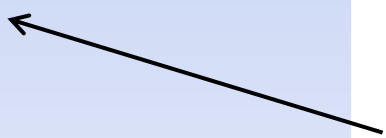
Point of
services
plan

Rimborso



TIPO FFS o
Coinsurance

Fattura



- DEGENZE
- SPECIALISTI
- ESAMI
- INTERVENTI
- PS
- FARMACI
- AMBUL.
- DISPOSITIVI

Accesso diretto
Pagamento



Alan Enthoven

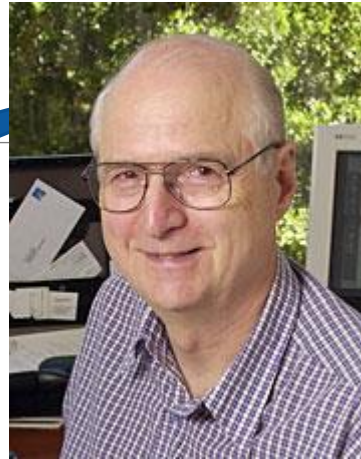


Riforma HMO

Organizzazioni sanitarie efficienti che offrono un'ampia gamma di pratiche mediche multi specialistiche con collegamenti diretti ad ospedali, laboratori e farmacie.

Queste organizzazioni forniscono assistenza completa: dallo studio del medico in ospedale, all'assistenza domiciliare e tutto il resto.

A volte hanno le **propri strumenti assicurativi** oppure lavorano al servizio di assicurazioni cui forniscono servizi medici completi per un importo di denaro prefissato (tariffe)



1985



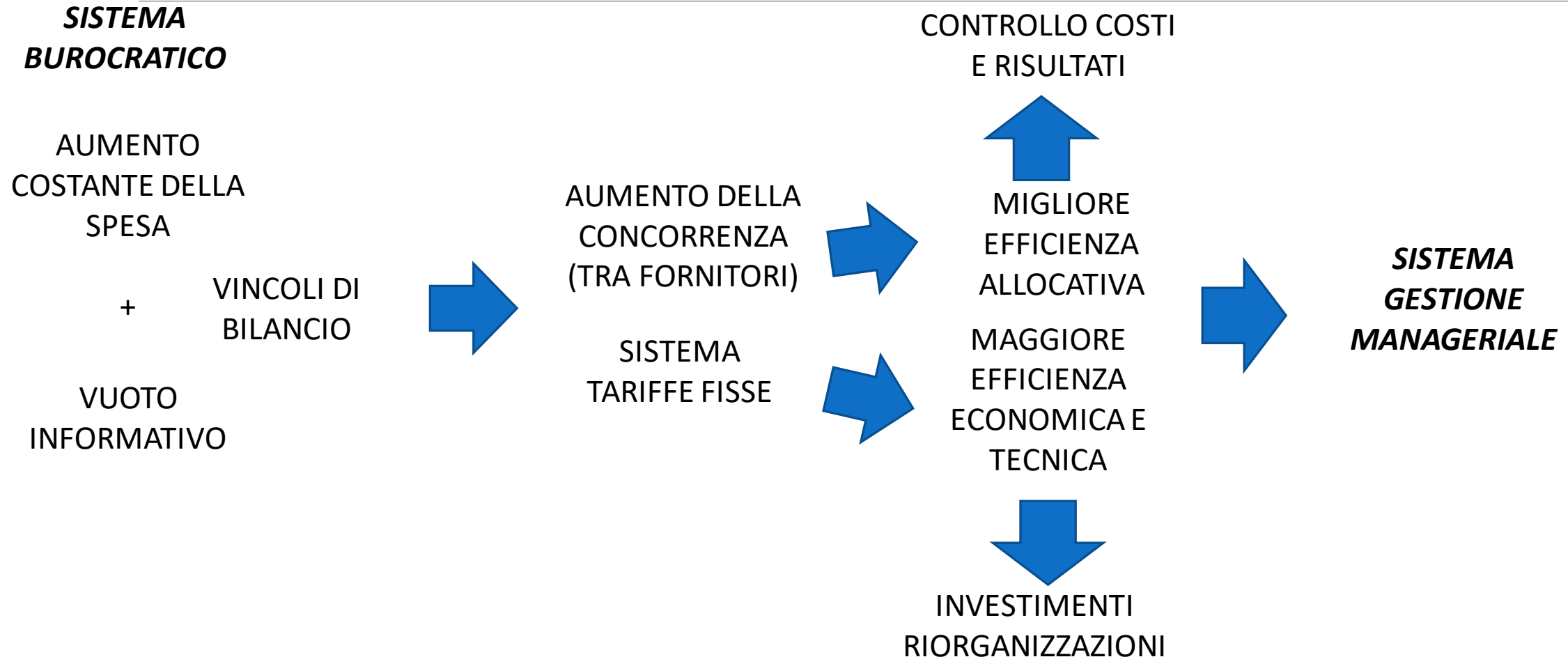
Riforma NHS

Internal Market Model

Introduzione di forma di incentivazione del personale SSN per stimolare efficacia ed efficienza attraverso pagamenti forfettari e meccanismi di concorrenza tra soggetti fornitori delle stesse prestazioni.

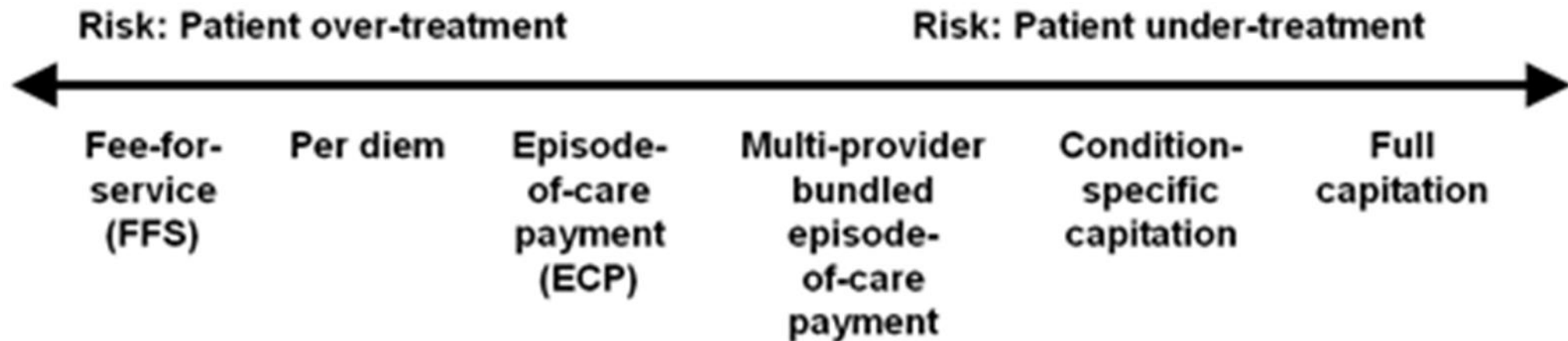
Questo introduce implicitamente la separazione tra fornitore (medici, ospedale) e compratore (SSN).

La riforma dei sistemi Universali (Sist. Beveridge)



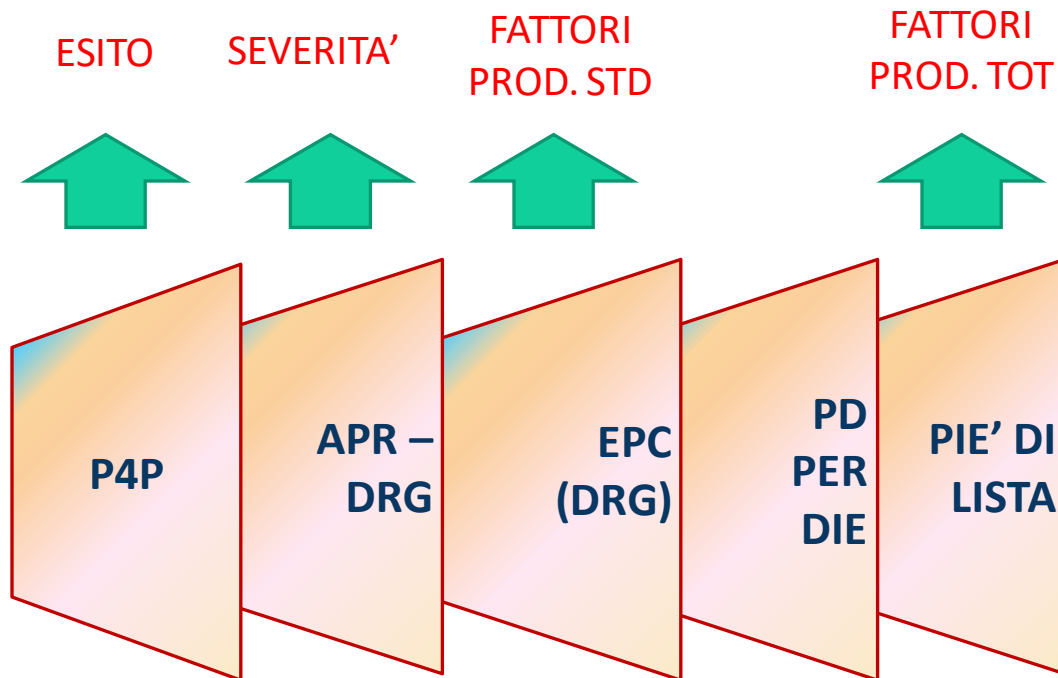
Rischio insito nei meccanismi di pagamento

Figure 1. Continuum of Health Care Payment Methods

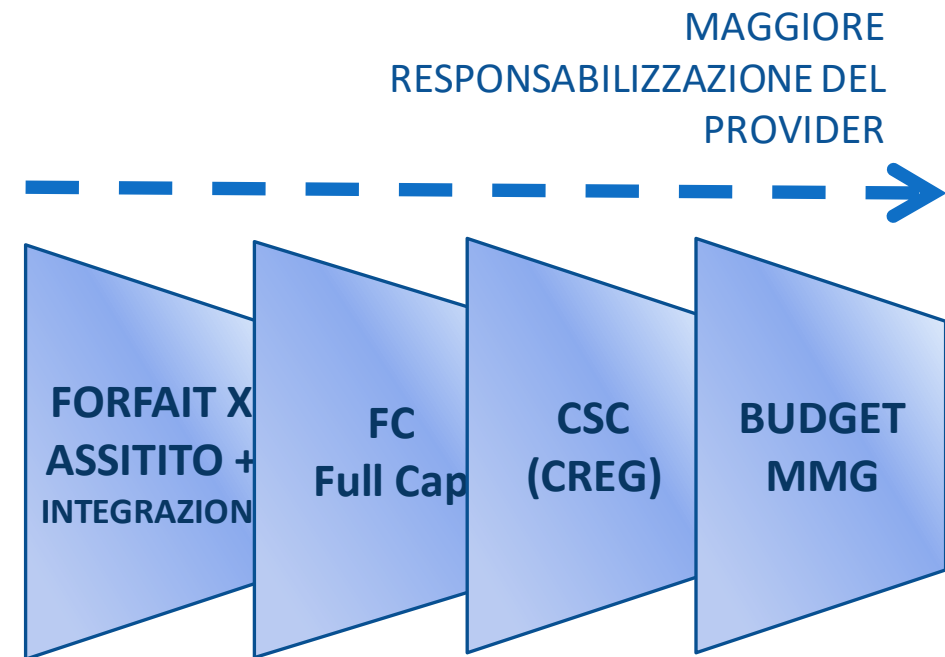


H. D. Miller, *Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Health Care: Issues and Options for Policy Reform* (New York: The Commonwealth Fund, Sept. 2007).

Responsabilizzazione degli attori



← MAGGIORE RESPONSABILIZZAZIONE DEL FORNITORE



Tendenze attuali nel mondo

