HTA

Rapporto tra innovazione e sostenibilità economica

La nostra è una medicina ad alto contenuto tecnologico, all'interno degli ambulatori oppure nelle cliniche vi è un'ampia presenza di dispositivi tecnologici a scopo medico inoltre nel tempo è aumentato considerevolmente l'uso di tecnologie indossabili.

Dunque la qualità della prestazione sanitaria dipende dalla tecnologia utilizzata. Tanto è migliore la tecnologia usata tanto migliore sarà l'OUTCAME clinico e la qualità della prestazione, questa è definita CORRELAZIONE DIRETTA POSITIVA.

Il crescente utilizzo di queste tecnologie determina una crescita della spesa, questo garantisce che esista un legame tra l'innovazione e la crescita della spesa. Questa correlazione non si rileva con immediatezza questo perché ad esempio esistono delle tecnologie definite cross-Crossing che vengono utilizzate per trattare patologie diverse il che si potrebbe pensare riduca la spesa, in quanto viene acquistato solo un macchinario, in realtà contribuiscono ad aumentarla perché aumenteranno le richieste di utilizzo del macchinario.

Grazie alla ricerca inoltre, abbiamo soluzioni terapeutiche che vanno a trattare delle malattie che prima non potevano essere curate, viene cambiata dunque anche la storia della malattia percui l'utilizzo della tecnologia genera salute e allunga il periodo nel quale il sistema sanitario deve sostenere la spesa perché il paziente non muore.

Un altro driver dell'incremento della spesa ed è la presenza di tecnologie che permettono di ridurre il disagio del paziente, infatti ad oggi viene molto usata chirurgia mini-invasiva, O robotica che comporta per il paziente un disagio minore per cui aumenteranno le richieste di trattamento e dunque le spese.

Con il tempo sei anche modificato il concetto di salute poiché prima la salute era definita come assenza di malattia, la definizione più recente e data dall'ISTITUTO MONDIALE DI SANITA' che afferma:

"la salute oltre ad essere l'assenza di malattia comprende benessere fisico, mentale e del singolo di relazionarsi"

È chiaro quindi che si dia spazio importante alle prestazioni diagnostiche per prevenire l'insorgenza di eventuali malattie .

Cronicità e allungamento dell'aspettativa di vita:
Spesso si considera che la spesa dipende dagli anni di vita degli individui, perché è parzialmente vero poiché ciascuno di noi genera la maggior parte della spesa sanitaria in età avanzata. In realtà la spesa sanitaria deriva soprattutto dei pazienti patologici cioè da quelli affetti da malattie croniche.molte innovazioni non debellano la malattia, piuttosto tendono ad allungare l'aspettativa di vita, quindi creano pazienti cronici; allora il vero driver dell'incremento della spesa è invecchiare da malati.

{

Una delle arie in cui c'è molta innovazione nella tecnologia è quella oncologica che prevede cure costose e prolungate nel tempo. L'obiettivo principe degli oncologi e quello di debellare il tumore ove questo non fosse realizzabile si tende a cronicizzare la salute.essere pazienti cronici implica terapie e visite specialistiche che gravano sulla spesa sanitaria.

Ecco perché il rapporto tra innovazione tecnologica e spesa sanitaria è un rapporto vero e crescente.

Spesso si tende a pensare che gli Stati Uniti d'America abbiano un sistema sanitario fortemente privatizzato, in realtà il loro sistema sanitario è basato su un meccanismo di finanziamento assicurativo il quale è particolarmente costoso in quanto necessita di un meccanismo burocratico legato alla quantificazione dei rimborsi che devono essere erogate al paziente il che crea un aumento di costo.

In realtà esiste una parte pubblica sanitaria negli Stati Uniti che formata da due programmi di sanità:

- MEDICADE;
- MEDICARE;

Il che sono programmi finanziati con risorse pubbliche, dunque negli Stati Uniti sono presenti degli ospedali pubblici.

Tra questi ospedali pubblici ci sono i veterano hospital che coprono l'assistenza dei militari veterani e dei loro familiari, sono reputati i migliori in assoluto per quanto riguarda la riabilitazione proprio perché spesso sono incaricati di curare pazienti mutilati o amputati.

PROGRAMMA MEDICADE:
Questo programma va a coprire le spese sanitarie per due tipologie di pazienti: pazienti conclamati che sono malati, e dunque entrano in gioco le spese pubbliche poiché questi pazienti spesso per la loro condizione pregressa non riescono a stipulare una polizza assicurativa, dunque poiché la loro malattia pregressa non ha possibilità di ripresentarsi lo Stato si occupa di questi pazienti garantendo le spese mediche. La seconda classe di persone qui è rivolto questo programma sono coloro che sono sotto una certa soglia di reddito e difficilmente avrebbero la possibilità di sostenere le spese assicurative.

PROGRAMMA MEDICARE:
È un programma assicurativo di sanità pubblica pagata dallo Stato che va a coprire le spese sanitarie dei pensionati over 65.

La spesa sanitaria continuerà a crescere sempre di più negli anni poiché ci si aspetta una crescita tecnologica. La spesa sanitaria può essere calcolata secondo una formula:

$$SpesaSanitaria = \frac{INNOVAZIONE}{PIL}$$

Risulta dunque evidente che la spesa sanitaria cresce al crescere dell'investimento in innovazione poiché esso si trova al numeratore della formula.

{

Per quanto riguarda il denominatore sappiamo che dopo il 2008 abbiamo avuto andamenti molto lenti (fallimento Lehman Brothers) e spesse volte il Pil è diminuito fortemente creando dunque un aumento della spesa poiché al diminuire del denominatore aumenta la spesa sanitaria.

Per contenere la spesa sanitaria si effettua un controllo della spesa in tecnologie per avere un impatto sulla riduzione della spesa.

Le strategie di controllo della spesa possono essere molteplici, prima di tutto può essere definita la struttura di offerta delle prestazioni sanitarie di assistenza, ad esempio prevedendo un numero inferiore di posti letto.

Un altro metodo è la regolazione regolazione dei prezzi e/o
della quantità delle prestazioni erogate ad esempio per quanto riguarda i farmaci spesso viene instaurato un processo per determinare quali farmaci possono essere rimborsati e quali invece devono essere a carico del cittadino.

L' AIFA è l'ente di regolazione del farmaco che definisce se è un farmaco può o meno entrare in commercio, se il farmaco può essere rimborsato dal sistema sanitario nazionale il che è molto importante per le imprese del farmaco perché qualora esso venisse rimborsato comporterebbe maggiore richiesta.

Si possono poi introdurre maggiori livelli di competizione, riduzione dei servizi garantiti gratuitamente e introduzione di crescenti livelli di co-payment (ticket).

master COPY COPISTERIA

Struttura del sistema sanitario e economia sanitaria

Il principio che regola il mondo economico e la scarsità di risorse.l'economia è lo studio dell'allocazione ottimale delle risorse disponibili.

In Italia l'economia sanitaria è una scienza giovane, fino agli anni 80 si aveva un'assenza di consapevolezza della scarsità delle risorse.

Quali sono i rischi dell'economia sanitaria?
- Importazione indiscriminata di modelli di analisi dato settore economici;
- Accontentarsi di acquisire le technicalities;
- Equivoco della quadratura dei conti.

Un bilancio ottimo di una struttura non ci dà particolare informazioni perché non sappiamo se è stata tutelata la salute.a seguito delle riforme del 1978 con la legge 833 e in seguito nel 1992 con la legge 502 è stata introdotta una modifica importante del sistema sanitario introducendo la lettera "A" davanti alla parola ospedale.questa riforma del sistema sanitario ha portato a l'aziendalizzazione delle strutture ospedaliere.

Sono state dunque introdotte le aziende ospedaliere e sanitarie che sono aziende pubbliche, che non hanno l'obiettivo di creare utile, ma devono fare i bilanci e rendere

conto di come utilizzano le risorse e dunque non considerare solo lo stato di salute del paziente.

In Italia abbiamo tre livelli gerarchici in cui si suddivide il sistema sanitario:

NAZIONALE : il soggetto è il ministero della salute, ministra le regioni affinché eseguono i loro compiti secondo le regole istituisce inoltre i livelli essenziali di assistenza (LEA).

L'Istituto superiore di sanità è a livello nazionale e ah diverse prerogative da svolgere.

L'AGENAS è un'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e svolge una dimensione di raccordo tra livello nazionale livello regionale.

REGIONALE : il livello regionale nasce a partire dagli anni 2000 quando comincia il processo di regionalizzazione.

LOCALE: il livello locale è rappresentato da due soggetti importanti che sono aziende ospedaliere e aziende sanitarie che gestiscono la sanità a livello locale ed hanno caratteristiche diverse per:
- Finalità;
- Modalità di remunerazione delle prestazioni.

AZIENDA OSPEDALIERA

Le aziende ospedaliere prevedono l'erogazione di prestazioni di alta specialità (di 3° livello), oltre che ai livelli di base offerti anche dalle aziende ospedaliere.

La tua specialità si divide in macro aree come l'area chirurgica e l'area medica.

L'azienda ospedaliera opera nelle mura di una struttura ospedaliera spesso presente nelle vicinanze della zona universitaria.

La grande differenza tra i due tipi di azienda è la remunerazione le aziende ospedaliere vengono remunerate attraverso DRG: insieme di tariffe legata una prestazione o un gruppo omogeneo di prestazioni.

Il DRG lo stabilisce la regione che ne calcola il valore prendendo in considerazione la catena di prestazioni che viene attuata per concludere la procedura in oggetto. Dunque consiste nel stabilire una tariffa per le prestazioni sanitarie per cui l'azienda riceverà un certo quantitativo di denaro per ogni prestazione erogata dalla regione attenendosi al tariffario stabilito.

Il DRG specifico per ogni prestazione include tutte le procedure le spese mediche e i costi derivanti dall'erogazione della medesima prestazione. ad esempio se parliamo di un'operazione all'appendice il DRG comprenderà la visita chirurgica, gli accertamenti diagnostici, l'occupazione della Sales operatoria, gli strumenti della sala operatoria, farmaci e suture, terapie antibiotiche e giornate di degenza.

Dall'uso del PRG possono scaturire delle distorsioni, prima di tutto sappiamo che è diverso a seconda della regione poiché ogni regione decide le proprie tariffe anche in base all'investimenti sostenuti sull'innovazione. Per cui l'inserimento di nuove tecnologie

implica costi aggiuntivi per un'azienda ospedaliera: nelle regioni con DRG più alti sia maggiore incentivo a investire in nuove tecnologie da introdurre nella pratica clinica. si creano iniquità di accesso poiché cittadini residenti in regioni diverse avranno accesso a diversi tipi di tecnologie, più o meno innovative, con un DRG differente.

Un vantaggio dell'introduzione del DRG come strumento di remunerazione e il fatto che prima della sua introduzione la regione chiedeva un consuntivo delle spese sostenute dall'azienda ospedaliera e rimborsava a piedi lista.il che vuol dire che le aziende non avevano nessuna necessità di risparmiare poiché venivano rimborsati di tutte le spese sostenute.
Giacché il DRG è stabilito a priori se la struttura è efficiente e spende meno di quanto stabilito per fornire una prestazione riceverà comunque lo stesso rimborso.questa strategia incentiva l'efficienza POICHÉ L'AZIENDA OSPEDALIERA CERCA DI RAZIONALIZZARE I COSTI, LOCALIZZARE I CASI IN CUI SIA GENERANDO COSTI ECCESSIVI RISPETTO A QUANTO PREVISTO PER NON GRAVARE NEGATIVAMENTE SUL PROPRIO BILANCIO.

Da ciò deriva un'altra possibile distorsione ovvero il fatto che l'azienda ospedaliera possa perseguire un guadagno, ovvero possa dimettere precocemente un paziente per poter occupare nuovamente un posto letto e incassare un nuovo DRG. La regione controlla che non avvengano queste distorsioni ad esempio valutando l'incidenza di re intervento o ricovero.

Affinché il sistema del DRG funzioni in modo efficace sono fondamentali due premesse:
1. Il calcolo del DRG deve essere sufficientemente capiente da comprendere tutte le spese effettivamente sostenute dall'azienda ospedaliera;
2. Il DRG deve essere periodicamente aggiornato per incentivare l'innovazione tecnologica e per evitare le distorsioni sopracitate.

AZIENDA SANITARIA

L'azienda sanitaria eroga tutti i tipi di prestazione come pronto soccorso, attività ambulatoriali e di regime di ricovero.
Opera su due livelli:
- Presidio Opedalieri : non hanno autonomia di azienda ma afferiscono all'azienda sanitaria . ogni Asl può comprendere diversi presidi ospedalieri ciascuno di questi eroga assistenza ai eccezione dell'alta specialità.
- Distretti socio-sanitari: sono finalizzati ad una erogazione di prestazioni in modo territorialmente distribuito ovvero capillare sul territorio per prestazioni di ampia diffusione quali vaccinazioni, medicina generale, esami ambulatoriali.

Per quanto riguarda la medicina generale è gestita con liberi professionisti che stipulano contratti con le aziende sanitarie.

La remunerazione dell'azienda sanitaria avviene secondo la quota capitaria, questo meccanismo di rimborso consiste in una quota pro-capite stabilita dalla regione per ogni cittadino che risiede nella zona servita da quell'azienda sanitaria. Se in una determinata zona risiedono un certo numero di abitanti la regione darà per quota capitaria all'Asl, indipendentemente dal numero di prestazioni erogate.