



## **Sistemi sanitari a confronto: ospedali in Europa**

# **La situazione dell'ospedalità privata accreditata nell'Unione Europea**

*Alberta Sciachi*

UEHP

UNION EUROPÉENNE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

*Levico Terme, 19 ottobre 2013*



# UNIONE EUROPEA OSPEDALITÀ PRIVATA

**L 'UEHP rappresenta le Associazioni nazionali di**

**❖ AUSTRIA - BELGIO - BULGARIA - CROAZIA - FRANCIA - GERMANIA - GRECIA - IRLANDA - ITALIA - LITUANIA - MONACO - POLONIA - PORTOGALLO - REPUBBLICA CECA - SPAGNA - REGNO UNITO - SVIZZERA - UNGHERIA**

## **❖ FINALITÀ DELL'UEHP**

- ❖ Promuovere una medicina personalizzata e centrata sul paziente**
- ❖ Sostenere la partecipazione dell'ospedalità privata nei sistemi sanitari**
- ❖ Dare impulso all'iniziativa privata in sanità**
- ❖ Analizzare le migliori condizioni di qualità, sicurezza e gestione**
- ❖ Rappresentare l'ospedalità privata europea presso le istituzioni comunitarie e gli altri organismi internazionali.**



# Ospedali in Europa

- 1. L'evoluzione della rete ospedaliera in Europa**
- 2. Il pubblico e il privato accreditato nell'UE**
- 3. Il privato accreditato nei sistemi sanitari nazionali**
- 4. Il privato accreditato e la crisi economica**
- 5. La posizione dell'UEHP**
- 6. Prospettive e conclusioni**



# Ospedali in Europa

## L'EVOLUZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA





## *Definizione europea di ospedale e cure ospedaliere*

### **DIRETTIVA SULL'ACCESSO**

### **ALLE PRESTAZIONI TRANSFRONTALIERE**

- **CURE IN REGIME OSPEDALIERO** = equivalenti ad un trattamento che richiede un soggiorno di almeno una notte
- **TRATTAMENTI EQUIPARATI A CURE OSPEDALIERE:** richiedono il ricorso ad infrastrutture o ad equipaggiamenti altamente specializzati ovvero comportano un rischio elevato per il paziente o per la popolazione
- In questi casi è ancora richiesta l'**AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA** dello Stato di origine, autorizzazione che non può essere negata per ragioni economiche o burocratiche le quali non devono mai prevalere sulla tutela della salute.

# ***Evoluzione della rete ospedaliera in Europa***

## **I trend della politica sanitaria nell'UE**

- ❖ **Equità di accesso ai servizi >>> accessibilità**
- ❖ **Riconoscimento dei diritti dei cittadini (mobilità, libera scelta)**
- ❖ **Miglioramento della qualità e sicurezza del paziente**
- ❖ **Coordinamento e continuità delle cure**
- ❖ **Meccanismi pro-competitivi per investimenti efficaci e gestione efficiente (DG SANCO - INVESTING in HEALTH)**
- ❖ **In un contesto in evoluzione, l'ospedale non può restare un sistema chiuso, ma deve diventare flessibile, aperto e disponibile al confronto (benchmarking, centri di alta specialità)**



# Ospedali in Europa

**IL PUBBLICO E II PRIVATO ACCREDITATO**

**NELL'UE**



## *Definizioni nella normativa UE*

### ❖ **LA SANITÀ = SERVIZIO D'INTERESSE GENERALE**

La produzione del servizio può essere sia pubblica sia privata

### **FORNITURA di SERVIZI SANITARI = ATTIVITÀ ECONOMICA**

in quanto implica l'offerta di beni e servizi su un dato mercato

(sono applicabili le norme concernenti la distorsione della concorrenza)

Gli **OSPEDALI - pubblici e privati accreditati** - sono erogatori di servizi d'interesse economico generale

La **Direttiva 2011/24/UE** si applica ugualmente agli ospedali pubblici e privati accreditati

Un **MERCATO INTERNO dei SERVIZI** si sta sviluppando per garantire la libera circolazione dei cittadini e l'accesso ai servizi in tutti gli Stati membri dell'UE

## **Complessità del mix pubblico- privato**

- **Il mix pubblico-privato non indica solo la compresenza di strutture appartenenti ai due settori, ma comprende:**
  - ✓ **l'aziendalizzazione degli ospedali pubblici**
  - ✓ **la privatizzazione di ospedali pubblici (Germania),**
  - ✓ **forme di collaborazione pubblico-privato (investimenti e gestione)**
  - ✓ **l'attribuzione alle istituzioni private di una missione di servizio d'interesse generale (accreditamento, convenzioni ...)**
- **Il rapporto pubblico-privato non esclude nella sua evoluzione movimenti "convergenti"**
- **Gli equilibri strutturali nel mix pubblico-privato sono tuttavia considerati importanti in molti Paesi dell'UE per introdurre nei sistemi sanitari **elementi pro- competitivi****

## *Configurazione del mix pubblico-privato*

### ❖ **SISTEMI BEVERIDGE** (Inghilterra, Italia, Paesi Scandinavi)

- Presenza maggioritaria di ospedali pubblici

### ❖ **SISTEMI BISMARCK**

- Presenza rilevante del privato >>> maggioritaria (Belgio, Olanda)

### ❖ **EUROPA dell'EST**

- Dalla presenza esclusiva di erogatori pubblici allo sviluppo di strutture private e d'iniziativa di privatizzazione, avviate dai governi

### ❖ **EUROPA OCCIDENTALE** (senza distinzione di sistema):

- Presenza delle istituzioni private di dimensioni variabili, ma integrata nella rete ospedaliera nazionale

**Il settore privato contribuisce istituzionalmente e strutturalmente all'offerta di servizi ai cittadini tramite accreditamento e convenzioni**



# Ospedali in Europa

**II PRIVATO ACCREDITATO**

**NEI SISTEMI SANITARI NAZIONALI**





## *Il settore ospedaliero privato - Dimensioni*

**Inferiore al 20% - Paesi dell'Est e del Nord Europa**

**(Danimarca Svezia Lettonia Lituania Regno Unito...)**

**Dal 20 al 35% - Austria Grecia Italia Portogallo Spagna**

**Dal 35% al 50% - Francia Germania (50% - 68% in Catalogna)**

**Dal 50 all'85 %: Olanda Belgio Lussemburgo**

## *Il settore ospedaliero privato. Metodi di remunerazione*

- ❖ **Dal PAGAMENTO PER GIORNATA**
- ✓ sistema basato sulla valutazione dei costi ex-post
- ❖ **alla TARIFFAZIONE PER ATTIVITÀ**
- ✓ sistema basato sulla valutazione dei costi ex-ante / case-mix
- ❖ **BUDGET GLOBALE**
- ✓ consente di contenere la spesa, ma non incentiva l'efficienza e la produttività, fa aumentare le liste di attesa
- ❖ **PAGAMENTO PER PATOLOGIA (DRG)**
- ✓ è un **MECCANISMO PRO-COMPETITIVO**, poiché tende a migliorare l'efficienza della spesa e la produttività della struttura, consente di valutare l'attività (case-mix) e di diminuire le liste di attesa
- ❖ **I DRG - in diverse versioni - sono stati introdotti nella maggioranza dei Paesi europei e applicati prevalentemente alle cure per acuti, soprattutto nel settore privato accreditato**
- ❖ **(Austria, Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Olanda, Portogallo, Polonia, Svizzera, Regno Unito...) OCSE**

## *Il settore ospedaliero privato. Qualità e sicurezza*

- ❖ Gli ospedali privati accreditati sono per legge conformi agli **standard di qualità e sicurezza** richiesti dagli Stati membri per la concessione di autorizzazione e accreditamento
- ❖ La **Direttiva 2011/24/UE** assume come criterio di validità per le prestazioni transfrontaliere la conformità alla normativa nazionale e regionale
- ❖ Molti ospedali privati sono certificati in conformità a **programmi volontari di verifica degli standard di qualità e sicurezza delle prestazioni** (JOINT COMMISSION, ISO, CANADA INTERNATIONAL ACCREDITATION...)
- ❖ Le Associazioni nazionali aderenti all'UEHP hanno elaborato i criteri per un **label volontario di qualità dell'ospitalità privata europea** in collaborazione con il CEN, di prossima presentazione al Parlamento Europeo. Si applica a tutte le istituzioni sanitarie private già conformi alle norme nazionali

## *Il gradimento dei cittadini*

### **HEALTH CONSUMER POWERHOUSE 2012**

mette a confronto 34 sistemi sanitari nazionali in base a 42 indicatori multidimensionali relativi a **diritti e informazione, tempi di attesa, esiti, offerta di servizi, farmaceutica, informatica sanitaria.**

### **RISULTATI**

- ✓ **L'OLANDA** è al primo posto, seguita dalla **DANIMARCA**
- ✓ I **sistemi BISMARCK** ottengono migliori risultati di quelli **BEVERIDGE**, ad eccezione delle democrazie del Nord Europa
- ✓ La **classifica è dominata da 12 Paesi con pluralità nel finanziamento e nell'offerta di servizi**, in cui finanziamento e gestione degli ospedali sono separati e la scelta del consumatore avviene tra vari assicuratori che non discriminano tra providers pubblici e privati, profit e non-profit
- ✓ **ITALIA e INGHILTERRA** non raggiungono risultati di eccellenza nel gradimento, collocandosi a metà classifica

# *Il settore ospedaliero privato - esempi*

## **FRANCIA**

### **❖ Attività degli ospedali privati**

- 55% degli interventi chirurgici - 70% della chirurgia ambulatoriale
- 50% circa dell'oncologia
- 30% della riabilitazione funzionale e delle dialisi
- 25% delle maternità e 20% dell'assistenza psichiatrica
- 8 milioni di pazienti e 2 milioni di urgenze annualmente

### **❖ OPERATORI**

- Più di 40mila medici
- 150mila unità di personale di cui 52mila infermieri

### **❖ PRINCIPI**

- Libera scelta del paziente e rispetto del pluralismo dell'offerta
- Impegno partecipativo e concertato sui problemi di salute pubblica

## Germania – la privatizzazione

- ❖ Durante gli ultimi 20 anni la **presenza di ospedali di proprietà privata** è aumentata del **44%** fino a raggiungere il **30%**, il **numero di p. l.** al loro interno è aumentato del **15%**. raggiungendo per il **settore privato for profit** il totale di circa **110mila p. l.**
- ❖ La **privatizzazione ha riguardato tutti i tipi di ospedali**, non solo di piccole dimensioni o specialistici (Ospedale universitario di MARBURGO)
- ❖ Si sono sviluppate **catene di ospedali privati\*** fenomeno che sta spingendo gli stessi ospedali pubblici ad organizzarsi in gruppi **\*(ASKLEPIOS, FRESENIUS, RHON KLINIKUM, CAPIO)**
- ❖ Nel processo, lo **Stato** ha operato secondo il **principio di sussidiarietà**, assumendo il ruolo strategico di fissare le regole, controllare sicurezza e qualità, equilibrare competizione e programmazione.
- ❖ La **privatizzazione non ha determinato una diminuzione della qualità e della complessità delle prestazioni**

## Germania – la privatizzazione

- ❖ L'Hamburg Center for Health Economics e la Medical school dell'Università di Amburgo, hanno esaminato le **variazioni nell'efficienza degli ospedali, in seguito alla privatizzazione**, valutando che la **conversione delle istituzioni pubbliche in strutture private for profit ha prodotto un incremento dell'efficienza che varia dal 3.2 al 5.4%**, più elevato di quello degli ospedali non privatizzati nello stesso periodo.
- ❖ **L'efficienza non è stata ottenuta a scapito della qualità:**
  - ✓ il confronto dei **CASE MIX** tra varie categorie di ospedali dimostra l'ottimo livello qualitativo conseguito dagli ospedali privati
  - ✓ le statistiche sulla presenza di **UNITÀ di CURE INTENSIVE** sfatano il pregiudizio, secondo cui gli ospedali privati sceglierebbero i casi più semplici e vantaggiosi economicamente
  - ✓ **COST-EFFECTIVENESS**. Gli ospedali privati conseguono ottimi risultati nonostante finanziamenti inferiori e tasse elevate, grazie alla ristrutturazione della spesa interna ed all'efficienza gestionale.



# **IL PRIVATO ACCREDITATO E LA CRISI ECONOMICA**



## ***Gli effetti della crisi economica sulla sanità***

- ❖ Secondo i dati **OCSE** “ come risultato della crisi economica globale si è registrata in media una **crescita pari a zero della spesa sanitaria**”
- ❖ La falsa concezione secondo cui la **spesa sanitaria** è solo un **costo** ha condizionato i governi a equilibrare i budget con una **razionalizzazione della spesa** che si è tradotta spesso in **razionamento delle prestazioni**.
- ❖ E' essenziale individuare una **strategia per la sanità**, poiché tale settore richiede risorse stabili e una prospettiva a lungo termine.
- ❖ La sfida decisiva è di **garantire equità di accesso alle prestazioni e sostenibilità finanziaria nell'ambito delle risorse disponibili** attraverso una migliore allocazione delle risorse ed un uso produttivo del patrimonio di strutture, professionalità, tecnologie.
- ❖ Per ottimizzare i sistemi sanitari, è essenziale verificare i progressi relativi ad **efficacia degli investimenti e miglioramento della produttività**

## ***Gli effetti della crisi economica sulla sanità***

- ❖ Considerando la spesa pubblica per la sanità, il contributo del settore **privato accreditato** offre **risorse di capitale e di professionalità**, tali da svolgere un ruolo chiave nell'offerta di servizi
- ❖ Gli **ospedali privati accreditati** contribuiscono perciò ad equilibrare la spesa pubblica in quanto **prendono parte all'offerta di servizi attraverso l'assicurazione sociale o il SSN**, aumentando le opportunità di accesso alle prestazioni per una migliore tutela della salute
- ❖ Essi **offrono mezzi complementari** consentendo allo Stato di risparmiare investimenti di capitale e d'imporre tasse sui profitti
- ❖ Svolgono un ruolo moderatore, grazie ad una **gestione efficiente che consente di ottimizzare i costi a parità di prestazioni (better value for money)**

## *Quale competizione nell'UE?*

- ❖ L'obiettivo nell'interazione tra politica sanitaria nazionale ed europea è promuovere **sistemi sanitari dinamici** al fine di garantire all'UE un futuro competitivo (Europa 2020)
- ❖ In molti Paesi europei l'introduzione di **fattori pro-competitivi** è stata determinata dalla preoccupazione di migliorare l'efficacia - efficienza nell'uso delle risorse
- ❖ Nella strategia comunitaria il **settore sanitario** è considerato un importante **datore di lavoro, motore nello sviluppo di servizi e tecnologie, fonte di coesione economica e sociale**
- ❖ Nella concezione dell'UE e dell'OCSE  
**LA SPESA PER LA SALUTE È UN INVESTIMENTO**

## *Il mix pubblico - privato e i meccanismi competitivi*

- ❖ Le **politiche pro-competitive** consistono in una vasta gamma d'interventi delle autorità destinati ad accrescere **efficienza, flessibilità, innovazione** e ad orientare i servizi ai pazienti
- ❖ La **libertà di scelta**, attraverso la reale alternativa costituita dalla pluralità degli erogatori, è da considerare non solo un **diritto fondamentale dei cittadini europei**, ma anche un **driver della qualità** poiché promuove la **competizione tra provider**

### ❖ **FATTORI PRO-COMPETITIVI**

- ✓ **Informazione** (centri nazionali)
- ✓ **Sviluppo dell'informatica sanitaria**
- ✓ **Miglioramento della qualità**
- ✓ **Nuovi modelli di finanziamento** della spesa ospedaliera, per ottimizzare il rapporto costi-benefici correlando il pagamento con le performance dell'ospedale



# LA POSIZIONE DELL'UEHP



## *La posizione dell'UEHP*

### GESTIONE DEL MIX PUBBLICO - PRIVATO

**EQUITÀ >>>**

condizioni di accesso per i cittadini

condizioni di accreditamento per gli operatori

**QUALITÀ >>>**

controlli rigorosi ed uguali per tutti gli operatori

attraverso un'agenzia indipendente

**FINANZIAMENTO >>>**

parametri di remunerazione corretti ed

omogenei per le istituzioni pubbliche e private

**INFORMAZIONE >>>**

sulle opportunità di cura per i cittadini

**TRASPARENZA >>>**

sul costo e la qualità dei servizi per

l'ente acquirente

# La posizione UEHP

L'UEHP è favorevole a servizi sanitari basati su un **mix pubblico-privato** e conformi agli obblighi di un **servizio d'interesse economico generale** sostenibile, gestito in maniera efficiente ed imparziale per garantire:

- ❖ il **diritto dei cittadini alla libera scelta** ed una risposta adeguata e tempestiva alla domanda
- ❖ il miglioramento di **qualità** ed investimenti nell'**innovazione**
- ❖ la pluralità ed uguaglianza degli **ospedali, pubblici e privati**, per un uso efficiente **di tutte le risorse**
- ❖ Una **competizione corretta** fondata sulla qualità e sul rapporto costi-benefici perché in periodi di contrazione dei budget, la scelta deve orientarsi verso le istituzioni (pubbliche o private accreditate) che offrono le migliori prestazioni a costi compatibili
- ❖ Non è possibile la migliore qualità in assoluto, a qualsiasi costo, ma è necessaria la migliore qualità possibile a costi compatibili

# PROSPETTIVE E CONCLUSIONI



## *Quali prospettive?*

- ❖ L'**UE** appare orientata verso un modello europeo di servizio sanitario, che mira ad armonizzare le garanzie del **welfare** con il **mercato interno dei servizi**.
- ❖ I **cittadini europei** sono favorevoli ad un sistema in cui la **libertà di scelta** e la **pluralità degli erogatori** stimola il miglioramento della **qualità in un contesto pro-competitivo**.
- ❖ Nell'**UE** l'obiettivo fondamentale è promuovere **servizi di qualità** ai cittadini, nell'ambito delle **risorse disponibili**.
- ❖ Il confronto aperto alla Direzione generale sanità e consumatori della Commissione tra i modelli nazionali mira a promuovere **sistemi sanitari dinamici e sostenibili**

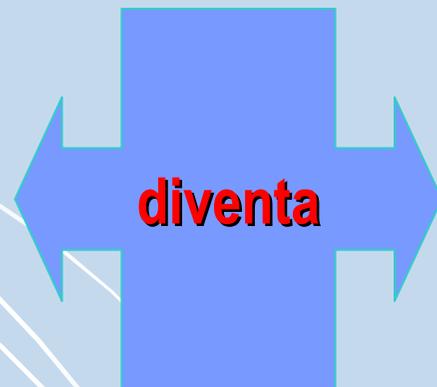


## *Quali prospettive?*

Nell'ambito dell'**integrazione economica europea** e della definizione dello **status di cittadino europeo** la rigida separazione tra sistemi sanitari nazionali è destinata ad essere superata, perché la

### ❖ **LIBERA CIRCOLAZIONE**

persone  
beni  
servizi  
capitali



medici, operatori, pazienti  
prodotti farmaceutici / tecnologici  
prestazioni sanitarie /assicurative  
investimenti ospedalieri

## *Conclusioni*

- ❖ **L'impatto della crisi economica** sulla sanità ha conseguenze su configurazione, finalità, finanziamento, erogazione dei servizi...e soprattutto sui pazienti! (liste di attesa, ticket ecc.)
- ❖ Politici e manager sanitari dovranno cercare di **ottimizzare il rapporto costi-benefici**, con metodi innovativi di finanziamento e gestione dei servizi, per poter **rispondere alla domanda a costi sostenibili**
- ❖ **L'aziendalizzazione degli ospedali pubblici** (per migliorarne efficienza e autonomia) diventerà sempre più essenziale
- ❖ I **capitali** disponibili da parte dello Stato non sono al momento destinati a crescere
- ❖ Ci sarà dunque **necessità d'investimenti**, anche privati, perché ogni investimento ritardato o mancato darà luogo a maggiori spese a medio-lungo termine (OCSE)

# Conclusioni

- ❖ **L'equilibrio finanziario e organizzativo** dei sistemi sanitari non si garantisce comprimendo mobilità, libera scelta o alcuni settori, bensì promuovendo l'intera **offerta nazionale, pubblica e privata**, come raccomanda il Parlamento europeo
- ❖ Il **mix pubblico-privato** continuerà a svilupparsi in sistemi pro-competitivi e gli operatori privati potranno contribuire, in molteplici forme, all'offerta di servizi ai cittadini
- ❖ La **Direttiva 2011/24/UE** ci pone nell'ottica di un **confronto tra sistemi nazionali** basato su qualità, sicurezza, accessibilità e sostenibilità finanziaria
- ❖ In tale prospettiva, un'**opposizione ideologica tra pubblico e privato** diventa irrilevante a livello europeo, considerando anche la **normativa sui servizi d'interesse generale**