

Le differenze fra i diversi sistemi sanitari in Europa alla vigilia dell'entrata in vigore della direttiva 2011/24



Carlo Stefenelli

Sistemi di finanziamento dei servizi sanitari

Modello «Bismarck»

- Basato su assicurazione obbligatoria («social health insurance») per lavoratori e datori di lavoro («casse sociali»)
- Le prestazioni vengono fornite dall'ente assicurativo direttamente o attraverso convenzioni
- Paesi europei: Austria, Francia, Germania, Lussemburgo, Olanda, Svizzera

Modello «Beveridge»

- Finanziato dalla fiscalità generale («tax-financed»)
- Lo Stato organizza direttamente la rete dei servizi di proprietà e gestione pubblica
- Lo Stato può stabilire contratti con i privati
- Paesi europei: Gran Bretagna, Irlanda, Islanda, Grecia, Italia, Spagna, Portogallo, paesi dell'Europa del nord

Il sistema sanitario italiano



Italia unico paese europeo che è passato, con la legge 833/1978 dal sistema Bismarck al Beveridge

- **Prima del 1978** esistevano:
 - Enti mutualistici di categoria con assicurazione obbligatoria
 - Enti ospedalieri (nel 1968 riforma ospedaliera «Mariotti»)
 - Igiene pubblica
- **Legge 833/78** → «Istituzione Servizio sanitario nazionale»
 - la fase 1978-1992: universalità, articolazione istituzionale, centralità e monopolio, regionalizzazione e competizione
 - la fase 1992-2010: riforme della riforma
 - Dd.lgs. 502/92 e 517/94 («seconda riforma sanitaria»)
 - D.lgs. 299/99 («terza riforma sanitaria»)
 - Modifica Costituzione 10.11.2001 → regionalizzazione governo e controllo sanità

Limiti della prima fase (1978-1992)



- Forte **politicizzazione** con scadimento della qualità complessiva del sistema che scatena critiche dai cittadini e dagli stessi ambienti politici, professionali e scientifici
- Cattivo uso risorse **economiche** ed inefficienza
- Assenza di elementi di **concorrenza** virtuosa

Le «riforme della riforma»



- Dd.lgs 502/92 e 517/94: «seconda riforma»
- D.lgs 299/99: «terza riforma sanitaria»
- L.reg. Lombardia 31/97: «alternativa lombarda»
- Modifica **Costituzione** l.c. 10.11.2001:
attribuzione alle regioni ed alle province autonome della totalità del governo e del controllo del proprio sistema sanitario

La «seconda riforma»: dd.lgs.502 e 517



- Le USL (Unità Sanitarie Locali) vengono trasformate in **ASL** (Aziende Sanitarie Locali) ed alcuni ospedali vengono trasformati in AO (Aziende Ospedaliere)
- Nuovo rapporto **pubblico-privato**: potenziale **parità** dei diversi erogatori con pagamento delle prestazioni (sistema «**DRG**») anziché dei «costi» in un sistema concorrenziale virtuoso che dovrebbe aumentare efficienza sia nel pubblico che nel privato riducendo costi e sprechi

Fallimento della seconda riforma



- Il pagamento a prestazione viene applicato **soltanto ai privati** mentre nel pubblico si continua a ripianare il disavanzo di gestione
- Viene meno la virtuosa **competizione** pubblico-privato che avrebbe dovuto migliorare l'efficienza riducendo costi e sprechi
- Prevalgono istanze «locali» per scarsa incisività del governo centrale che non riesce ad imporre un sistema omogeneo di tariffe e controlli
- Viene meno il «diritto di **libera scelta** del luogo di cura» che veniva affermato con forza nei dd.lgs. 502/92 e 517/94

La «terza riforma sanitaria»: d.lgs.229/99



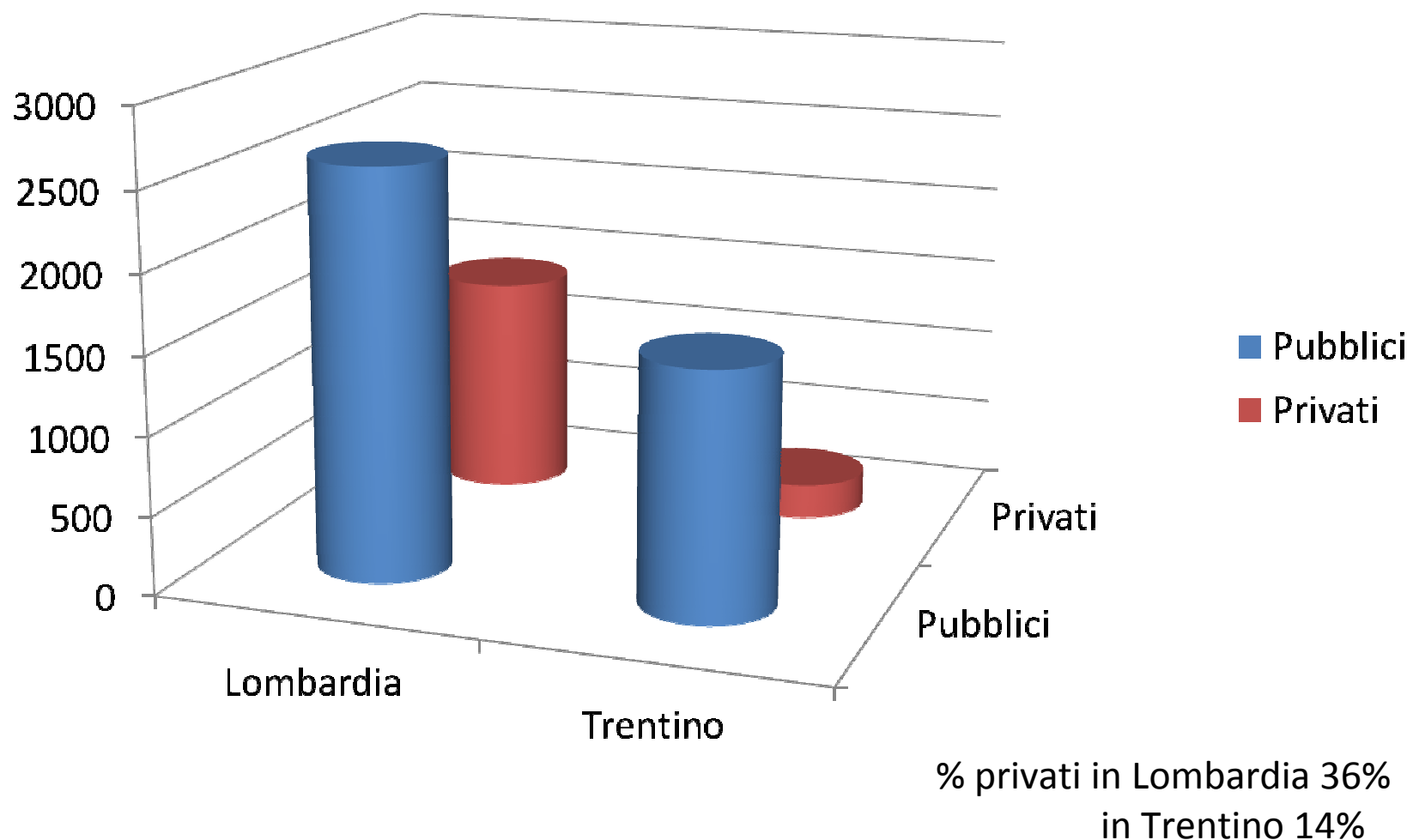
- Ritorno a visione «centralistica» e «dirigistica» con rafforzamento dell' **oligopolio pubblico** e riduzione della competitività
- Introduzione dei LEA (livelli essenziali di assistenza)
- Introduzione dei distretti e dei dipartimenti (controllo «**politico**» e «pubblico» della gestione sanitaria)
- Limitazione della libera professione dei medici dipendenti pubblici
- Rafforzamento della **programmazione** con rinforzo del processo di aziendalizzazione pubblica che porta alla contrattazione annuale dei volumi di attività attraverso contratti «locali» con i soggetti accreditati
- L'azienda sanitaria programma e «controlla» i privati e se stessa (mancanza di un «soggetto terzo» che confronti efficacia delle prestazioni e spese di pubblico e privato): «**conflitto di interessi**»

Legge regionale Lombardia 31/97



- Separazione fra **aziende sanitarie locali** ed **aziende ospedaliere**
- Parità fra erogatori pubblici e privati
- Pagamento a prestazione
- Controllo di efficienza/costi delle aziende ospedaliere e degli ospedali privati, posti su un piano di parità, da parte della ASL: rimozione **«conflitto di interessi»**
- Riaffermazione principi di universalità e solidarietà ribadendo però con forza il diritto di **libera scelta** (principio della sussidiarietà)

Posti letto per acuti pubblici e privati in Lombardia e Trentino



Ermeneia

Studi & Strategie
di Sistema

9

Ospedali & Salute

NONO RAPPORTO ANNUALE 2011



COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata

FrancoAngeli

Stima dell'inefficienza implicita dell'ospedalità pubblica in 15 regioni italiane: indagine Ermeneia 2010 relativa al consuntivo 2008 (dati Ministero della Salute e Regioni)

- A. Valore produzione ospedaliera «corretta»:
 - Valore produzione a DRG (corretti secondo «case-mix» medio)
 - Valore prestazioni specialistiche
 - Quota aggiuntiva per attività a funzione (pronto soccorso, terapia intensiva, presidi territoriali per tossicodipendenti, trapiantati, oncologici, ADI ecc.)
- B. Totale costi «reali» (personale, beni, appalti)
- C. Valore assoluto inefficienza (B-A)
- % di inefficienza sui costi totali ($X:100 = C:B$)

Esempio di % di inefficienza riferito ai sistemi ospedalieri di Lombardia ed Emilia Romagna

| Regione | Valore* produzione DRG | Valore prestazioni specialistiche | Quota** aggiuntiva attività «a funzione» | Totale ricavi teorici | Totale*** costi reali corretti | Valore**** della inefficienza | %di***** inefficienza sui costi |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Lombardia | 3016,1 | 844,4 | 452,4 | 4313,0 | 5187,9 | 874,9 | 16,9% |
| Emilia Romagna | 2122,0 | 553,7 | 318,3 | 2994,1 | 3779,2 | 785,1 | 20,8% |
| Media regioni nord | 1950,9 | 544,9 | 292,6 | 2788,4 | 3508,5 | 720,0 | 20,5% |

* Dati in milioni di euro riferiti all'anno 2008

** Pronto soccorso, terapia intensiva, presidi territoriali per tossicodipendenti, trapiantati, oncologici, ADI

*** Costi del personale (corretti con ponderazione tenendo conto dell'Indice di case-mix), beni e servizi appaltati

**** Calcolato come differenza fra totale ricavi e costi reali corretti in milioni di euro

***** Calcolato come rapporto fra valore dell'inefficienza e totale dei costi reali corretti

Rapporto ricavi/costi negli ospedali pubblici anno 2008

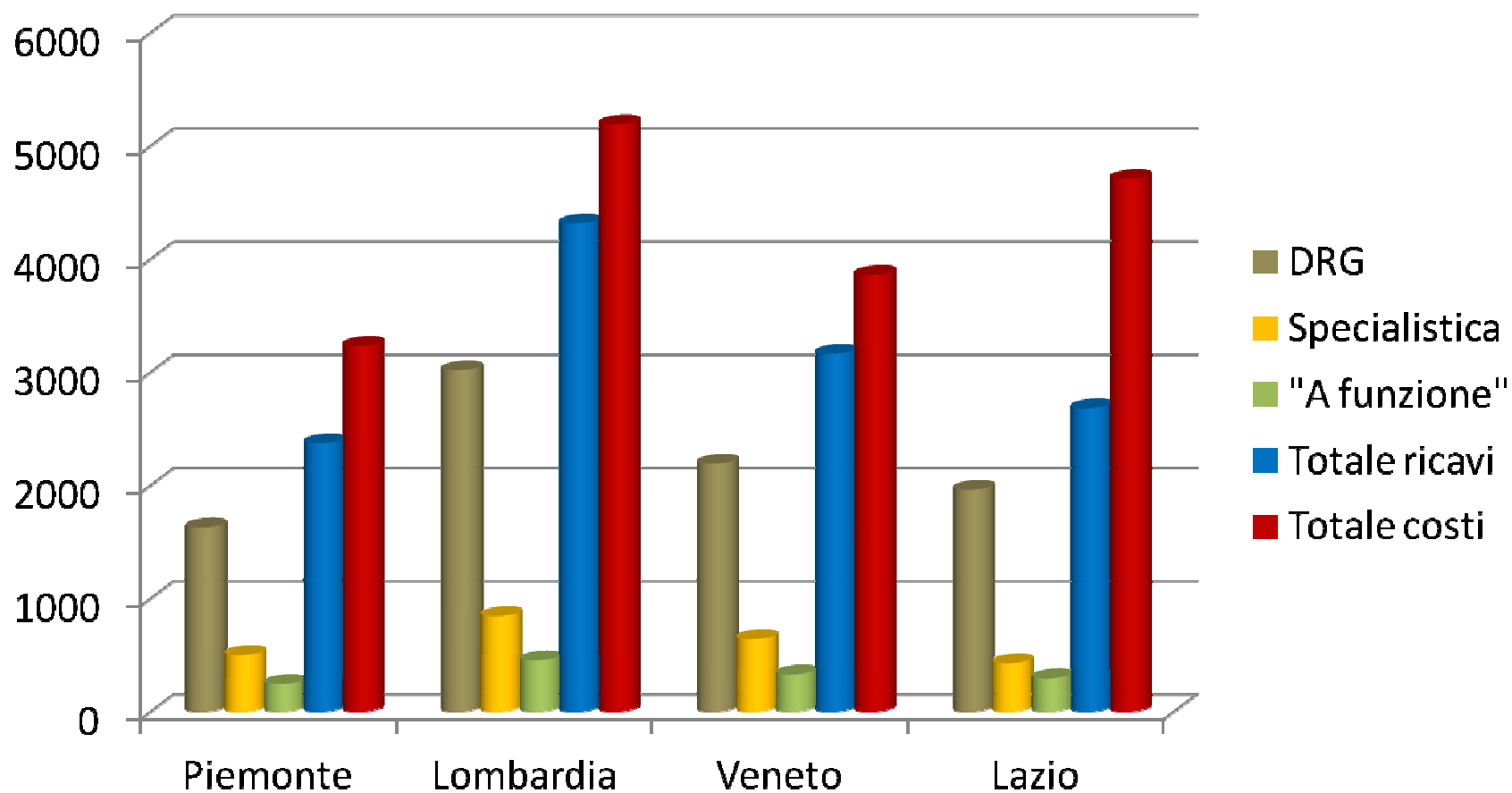
| Regione | Totale ricavi * | Totale costi * | Differenza * | % inefficienza sui costi totali |
|----------------|-----------------|----------------|--------------|---------------------------------|
| Piemonte | 2371,7 | 3231,7 | - 860 | 26,6 |
| Lombardia | 4313,0 | 5187,9 | - 874,9 | 16,9 |
| Veneto | 3162,1 | 3859,4 | - 697,3 | 18,1 |
| Emilia Romagna | 2994,1 | 3779,2 | - 785,1 | 20,8 |
| Toscana | 1787,3 | 2299,5 | - 512,2 | 22,3 |
| Umbria | 635,0 | 790,4 | - 155,3 | 19,7 |
| Lazio | 2681,4 | 4707,2 | - 2025,8 | 43,0 |
| Campania | 1847,4 | 3207,4 | - 1360,0 | 42,4 |
| Puglia | 1701,4 | 2239,7 | - 538,3 | 24,0 |
| Calabria | 776,4 | 1423,8 | - 647,4 | 45,5 |
| Media Italia | 1730,3 | 2383,3 | - 653 | 27,4 |

Indice di inefficienza ospedali pubblici in Italia (% sui costi)

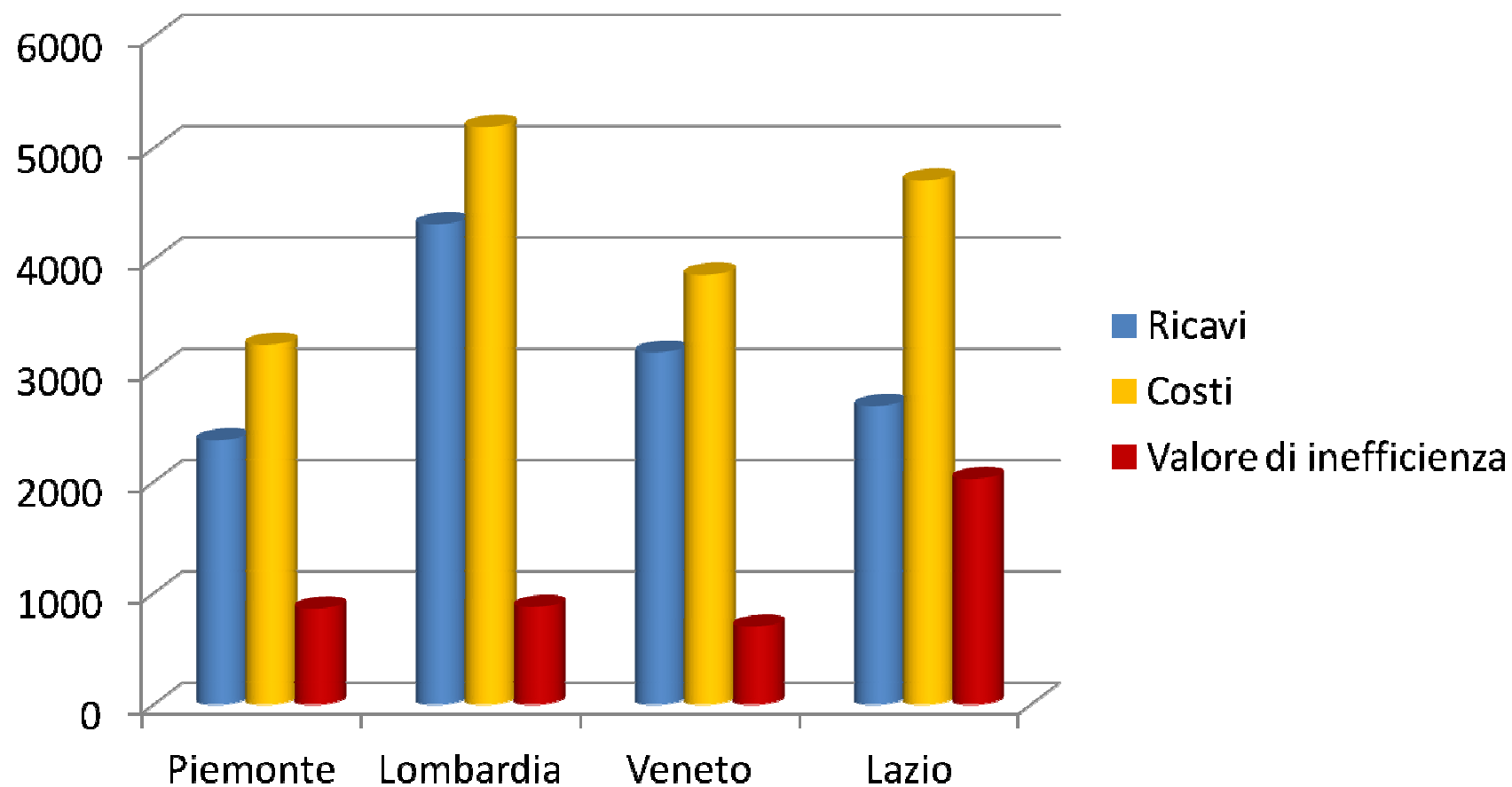
| Regione | % inefficienza su costi totali |
|------------------------|--------------------------------|
| Lombardia | 16,9 |
| Veneto | 18,1 |
| Piemonte | 26,6 |
| Emilia Romagna | 20,8 |
| MEDIA NORD | 20,5 |
| Lazio | 43,0 |
| Toscana | 22,3 |
| MEDIA CENTRO | 33,4 |
| Campania | 42,4 |
| Puglia | 24,0 |
| MEDIA SUD | 34,7 |
| MEDIA NAZIONALE | 27,4 |

Fonte: Ospedali & Salute Ermeneia 2010

Rapporto ricavi/spese ospedalità pubblica in Italia



Valore di inefficienza ospedali pubblici



INDICI DI EFFICIENZA DEGLI OSPEDALI DEL NORD ANNO 2009

| Regione | Totale produzione | Totale costi | Quota inefficienza | Tasso % inefficienza |
|-----------------------|-------------------|--------------|--------------------|----------------------|
| Piemonte | 2.407,30 | 3.345,20 | -937,90 | -28,04 |
| Lombardia | 4.263,70 | 5.285,60 | -1.021,90 | -19,33 |
| Veneto | 3.193,90 | 3.858,80 | -664,90 | -17,23 |
| Liguria | 1.083,30 | 1.436,50 | -353,20 | -24,59 |
| Friuli Venezia Giulia | 861,30 | 1.145,50 | -284,20 | -24,81 |
| Emilia Romagna | 2.989,20 | 3.900,00 | -910,80 | -23,35 |
| Prov.aut. Trento | 317,10 | 467,90 | -150,80 | -32,23 |
| Prov.aut. Bolzano | 385,70 | 607,40 | -221,70 | -36,50 |
| Media reg. NORD | 2.214,50 | 2.863,84 | -649,34 | -22,67 |

Totale produzione (in milioni di euro) comprendente valore produzione DRG, prestazioni specialistiche e quota aggiuntiva per attività a funzione (emergenza, terapia intensiva, presidi territoriali tossicodipendenti, terapia domiciliare, oncologia ecc.)

Tabella 1: produzione, costi e tasso di inefficienza degli ospedali pubblici delle regioni del Nord

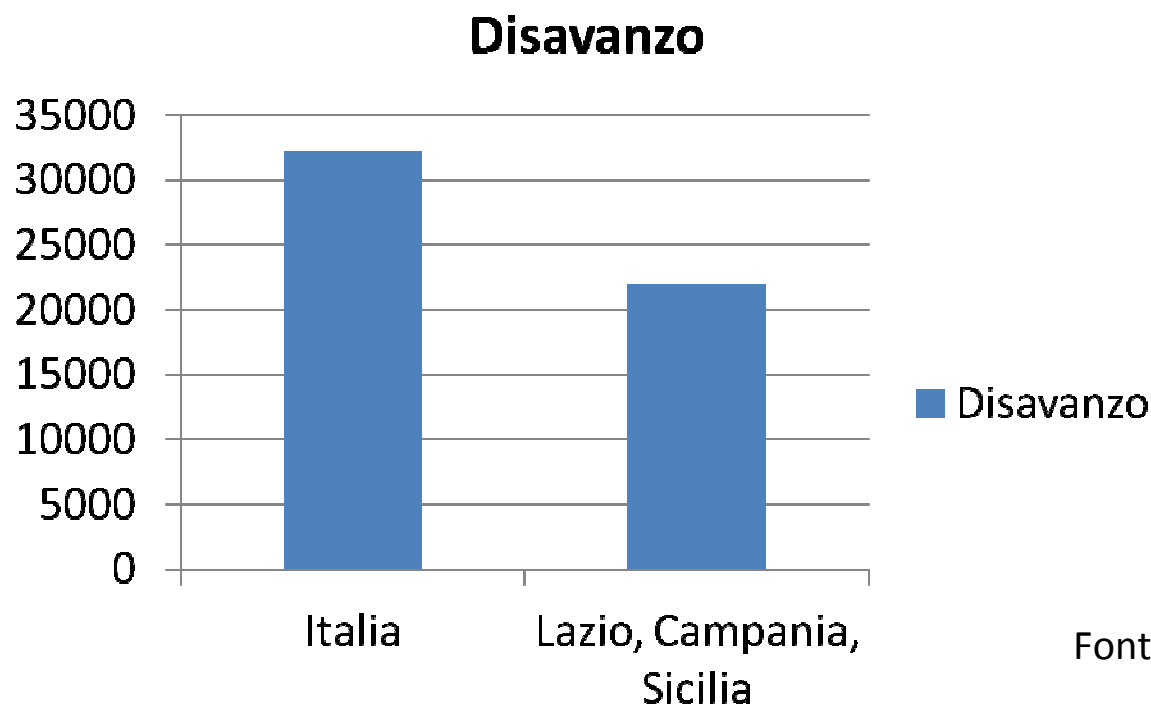
MOBILITA' INTERREGIONALE NORD

ANNO 2009

| Regione | Indice attrazione | Indice fuga | Trasferimenti mobilità |
|-----------------------|-------------------|-------------|------------------------|
| Piemonte | 0,83 | 1,21 | -2.380.000,00 |
| Lombardia | 2,34 | 0,43 | 442.910.000,00 |
| Veneto | 1,43 | 0,70 | 100.630.000,00 |
| Liguria | 0,84 | 1,19 | -27.560.000,00 |
| Friuli Venezia Giulia | 1,32 | 0,76 | 15.990.000,00 |
| Emilia Romagna | 2,35 | 0,43 | 328.140.000,00 |
| Prov.aut. Trento | 0,54 | 1,86 | -16.850.000,00 |
| Prov.aut. Bolzano | 1,51 | 0,66 | 7.670.000,00 |

Studio Bocconi su aziendalizzazione della sanità in Italia periodo 2001-2008

- Disavanzo complessivo negli 8 anni: **32.190 miliardi** di euro
- Le sole regioni Lazio, Campania e Sicilia producono **21.900 miliardi** di euro di disavanzo pari a **2/3 dell'intero ammontare**



Fonte: Elena Cantù, rapporto OASI 2009

Il sistema sanitario tedesco



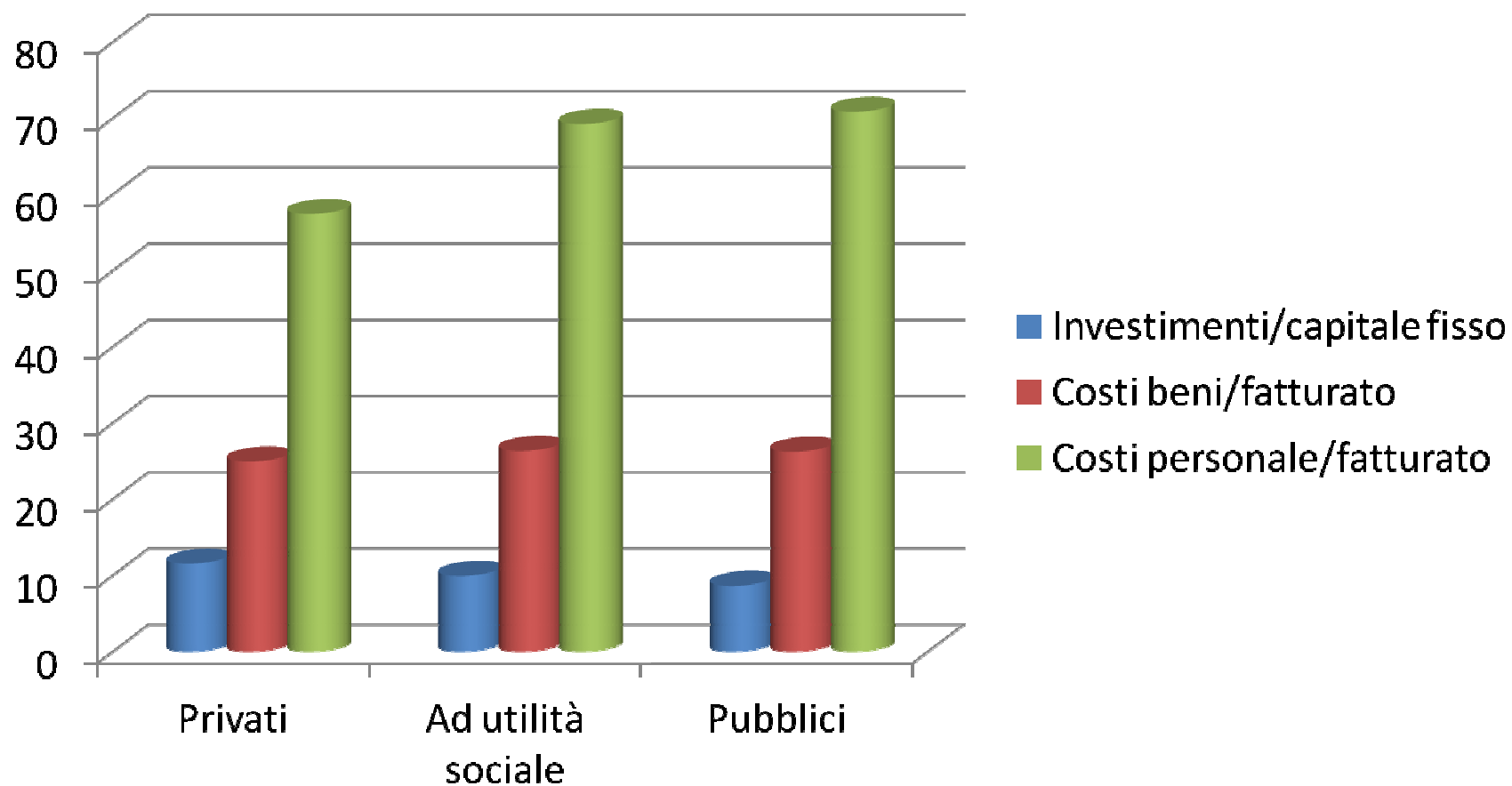
- Eccesso di **posti-letto**: nel 2005 **6,4 per mille** (Olanda 3,1 per mille) dovuto a sottostima del pianificatore statale dell'accorciamento delle degenze
- Aumento progressivo della presenza del «**privato**» che tende ad acquistare gli ospedali pubblici meno efficienti per aumentare il «budget» assicurativo disponibile: fra il 1996 ed il 2007 il numero degli ospedali pubblici si è ridotto del 31,3%, quello degli ospedali sociali «non-profit» si è ridotto del 18,8% mentre quello degli ospedali privati «profit» è **cresciuto del 40,6%** in sintonia con posti-letto e ricoveri con realizzazione di «catene» di ospedali privati (S.p.a.) alcune delle quali quotate in borsa
- Insufficiente finanziamento degli ospedali pubblici da parte dei Land (si è ridotto del 28% nel periodo 1991-2008)
- Le prestazioni ospedaliere vengono finanziate per il 90% da assicurazioni pubbliche (GKV) e per il 10% da assicurazioni private (PKV)
- Fra il 1991 ed il 2007 il numero degli ospedali si è ridotto del 13%, i posti letto sono diminuiti del 23,8% , la degenza media si è ridotta del 40,7%, **incremento del numero dei ricoveri del 17,9%** (introduzione DRG dal 2000)

Motivi del successo degli ospedali privati in Germania



- Minori **costi** per il **personale** (contratti di lavoro aziendali, con incentivazioni «meritocratiche» per i dipendenti basate su efficienza e risultati, non vincolati a quelli collettivi nazionali)
- Maggiore autonomia e **capacità di investimento** in tempi brevi con reinvestimento di parte degli utili in capitale
- Logica «economica» di gestione non vincolata da aspetti politico-sociali con «**management**» di alto livello
- Vantaggio derivante dalla partecipazione a «**grandi catene**» con maggior potere contrattuale con i fornitori di beni e servizi e possibilità di attrarre capitale con emissione di azioni o raccolta sul mercato

Confronto investimenti-costi ospedali pubblici/privati in Germania (anno 2006)



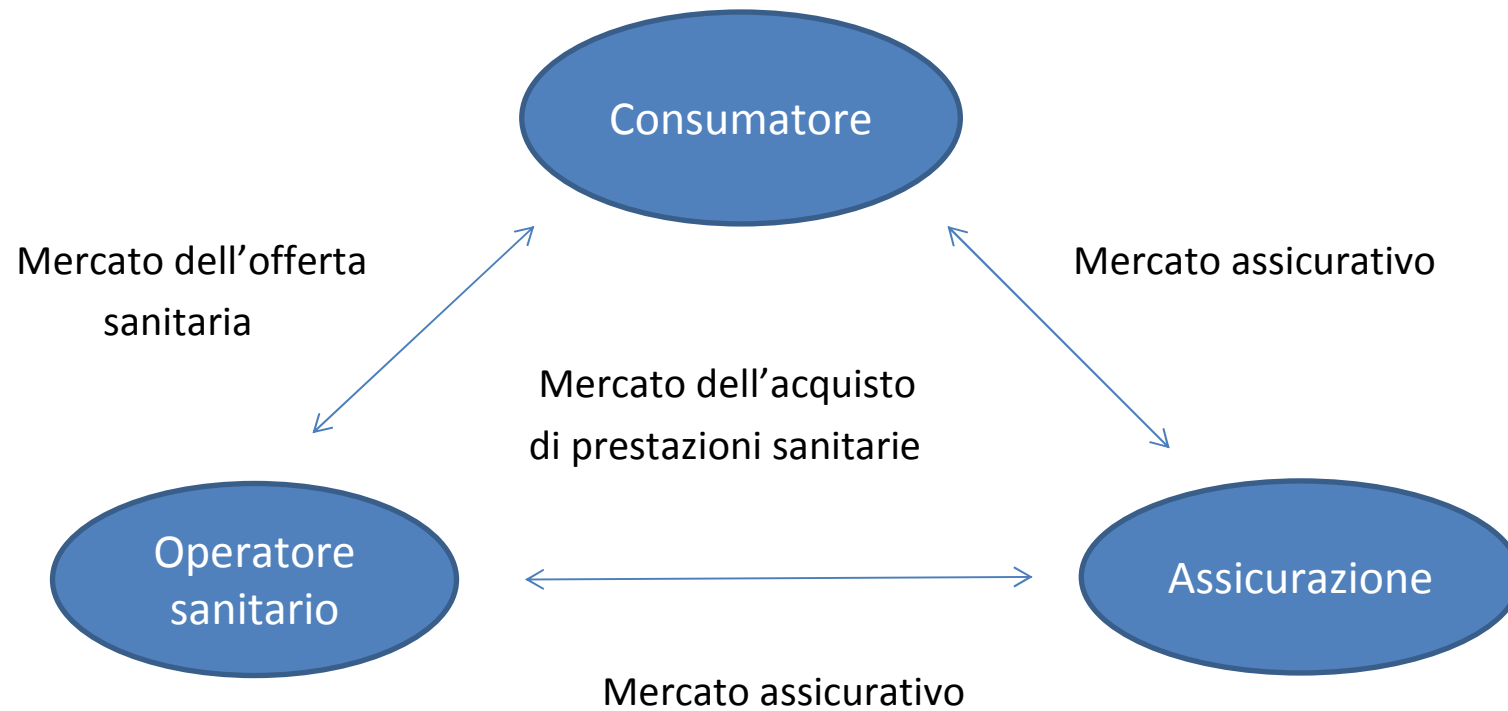
Fonte: Boris Augurzky et al., 2007

Il sistema sanitario olandese



- Riforma sanitaria Hoogervorst del 2006: accesso **universale** alle cure con più ampio ricorso al **«privato»** (già nel 2002 il 94% degli ospedali olandesi erano «privati»)
- Lo Stato assume funzione di «regolatore» ma non di «dispensatore» del servizio sanitario: la **gestione** diviene **«privata»** mentre è stata istituita una **«Authority»** di controllo del sistema («market supervisor»)
- Funzione centrale del **«medico di base»** come **prescrittore** di spesa sanitaria
- Principi «cardine»:
 - Assicurazione di base obbligatoria per tutti i cittadini di età superiore ai 18 anni gestita da compagnie private **obbligate ad assicurare tutti a prescindere dall'età o dallo stato di salute del cittadino**
 - **Concorrenza** sia fra **assicuratori** sanitari che fra **fornitori** del servizio: gli assicurati possono cambiare compagnia ogni anno e parte della quota assicurativa è legata al reddito
 - L'assicurato può scegliere fra assistenza **«diretta»** ed **«indiretta»**

Modello olandese: «triangolo»



CONCLUSIONI

- Sistema europeo molto disomogeneo: difficoltà nell'armonizzare sistemi incentrati sul monopolio pubblico con quelli basati sulla concorrenza pubblico-privato mediata dal sistema assicurativo
- Spinta alla privatizzazione sempre più intensa nei paesi del centro Europa in primis Germania ed Olanda
- Necessità di una maggior collaborazione pubblico-privato ed anche di una sana competizione a vantaggio della qualità delle prestazioni e del diritto costituzionale di libera scelta del luogo di diagnosi e cura e del professionista