

QUALE SANITÀ?

EUROPA E USA A CONFRONTO: LA “RIFORMA OBAMA”

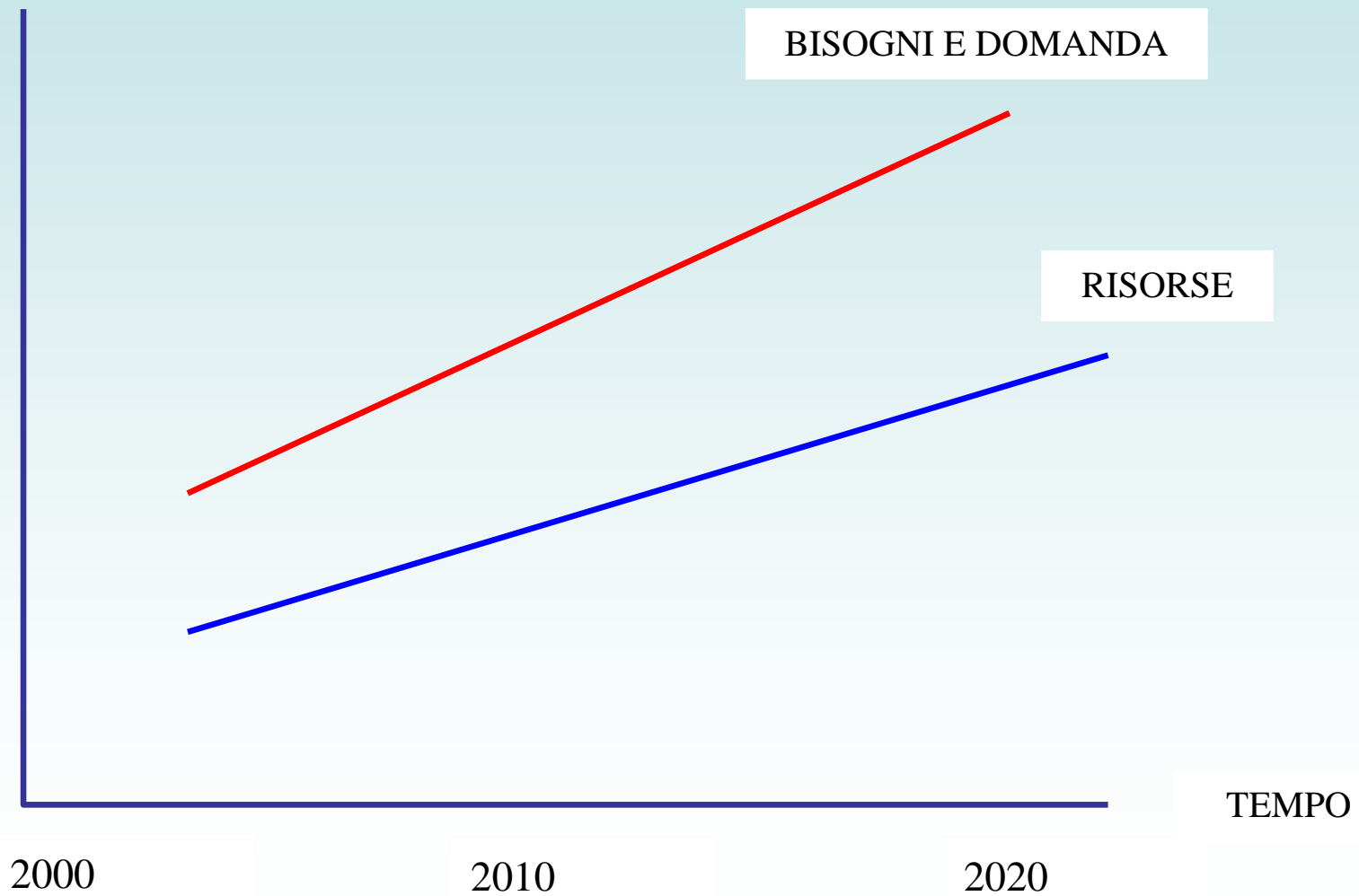
Gian Antonio Dei Tos MD, MA
Medico – Bioeticista - Direttore Unità
Operativa Qualità, Etica e Umanizzazione
Azienda ULSS 7 del Veneto

Padova 12.05.2010

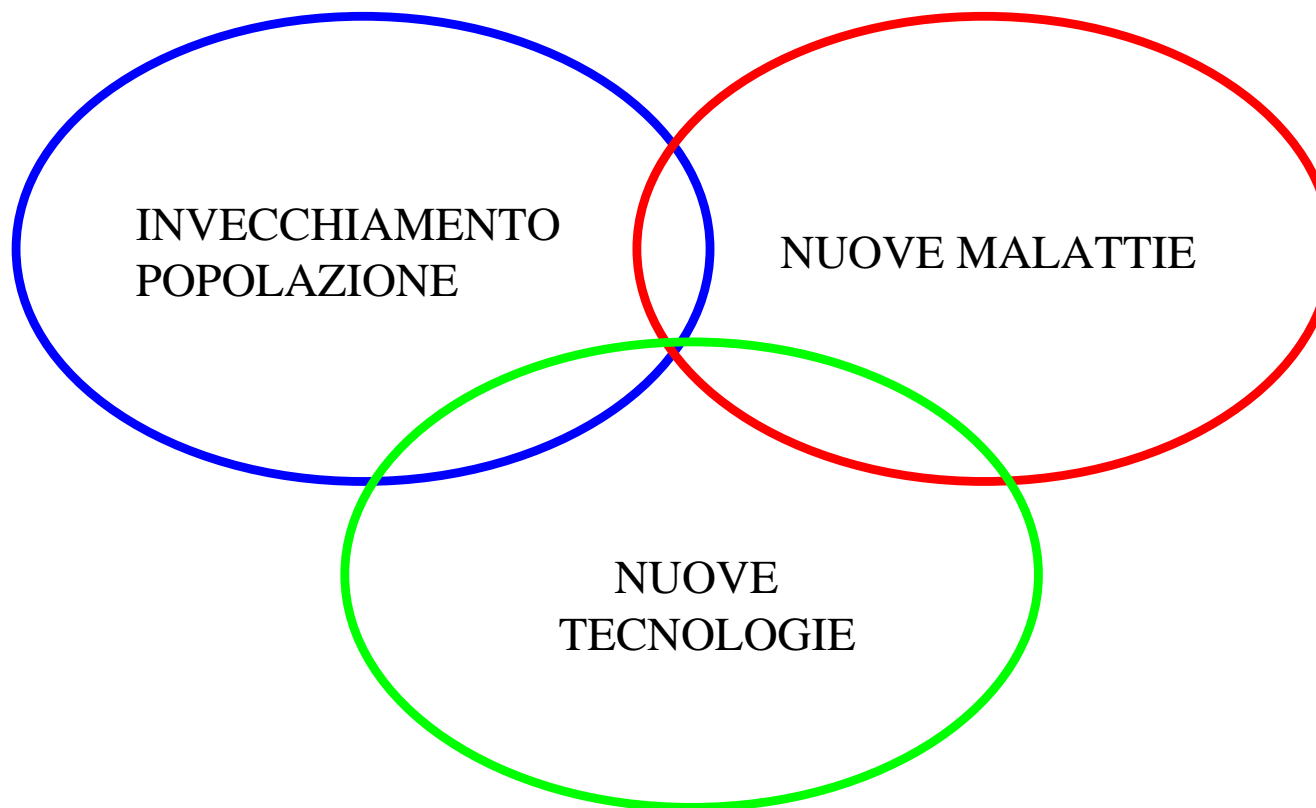
LA SALUTE NON HA PREZZO,
TUTTAVIA
LA SUA TUTELA HA SEMPRE UN
COSTO



GAP CRESCENTE TRA BISOGNI E RISORSE



CAUSE DI AUMENTO DEI BISOGNI



INVECCHIAMENTO
POPOLAZIONE

NUOVE MALATTIE

NUOVE
TECNOLOGIE

CAUSE DI INFLAZIONE DEI COSTI IN SANITÀ



Gray JAM: *Evidence-Based Healthcare*, Elsevier, 2005

L'AUMENTO DELLA SPESA SANITARIA (1)

- Proporzionalità con l'aumento del reddito medio pro-capite
- Aumento della richiesta di qualità delle prestazioni
- Percezione di nuovi bisogni
- Medicalizzazione sociale
- Attenzione alla prevenzione e alla riabilitazione
- Miglioramento della qualità di vita

L'AUMENTO DELLA SPESA SANITARIA (2)

- La “rivoluzione terapeutica” e il progresso tecnologico
- Il fenomeno demografico
- L'incomprimibilità del costo del lavoro in sanità (42% della spesa)

La spesa sanitaria è destinata a crescere più per ragioni strutturali che per cattiva gestione o per fenomeni di spreco

ALLOCAZIONE: RIPARTIZIONE EQUA FRA LE PARTI



ALLOCAZIONE

MACROALLOCAZIONE

- Scelte distributive a livello nazionale, regionale e istituzionale (quota del bilancio statale assegnata alla sanità: prevenzione, terapia, riabilitazione)
- Decisioni su ripartizione della spesa sanitaria tra fiscalità generale e oneri diretti a carico dei cittadini

MICROALLOCAZIONE

- Atti distributivi che coinvolgono il livello aziendale (ospedaliero e territoriale) fino alle scelte del singolo paziente (livello bedside)

PRINCIPIO EQUITATIVO

- Coinvolgimento diretto e indiretto della stato nell'organizzazione e/o gestione dei servizi sanitari
- Nelle economie di mercato il reddito può condizionare l'accesso ad un ampia categoria di beni e servizi tranne che l'accesso alle cure sanitarie



WELFARE STATE

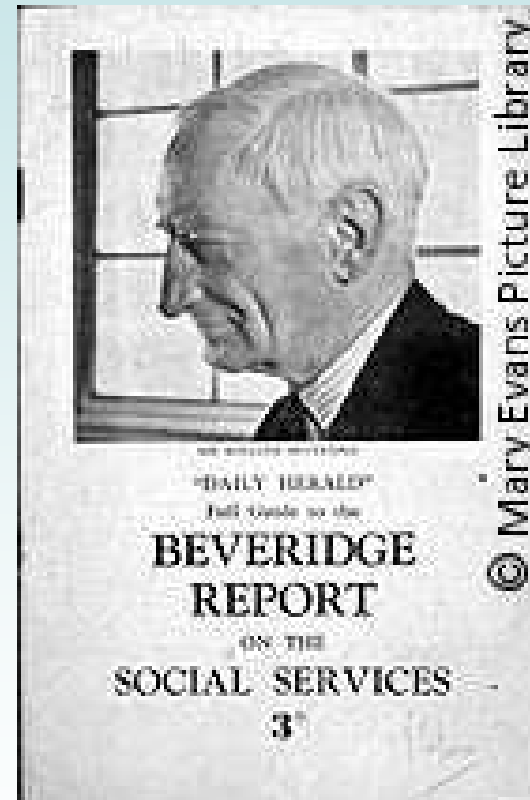
- Nel 1601 in Inghilterra vennero promulgate le “*poor law*”, “leggi per i poveri” e soppresse solo nel 1834.
- Fra il 1883 e il 1889 Otto von Bismarck, come Cancelliere di Prussia, introdusse una riforma sociale in Germania
- Nel 1911, in Giappone, si crea il primo fondo per l’assistenza sanitaria dei poveri.
- Nel 1912 Lloyd George introduce in Gran Bretagna la prima forma di assicurazione obbligatoria per i lavoratori.
- Nel 1915 la Svezia promulga la prima legge sulle pensioni.
- Attorno agli anni 20 si registra in Italia la prima forma di assistenza sanitaria per i dipendenti pubblici.
- Nel 1935 negli Stati Uniti, sotto la presidenza Roosevelt, viene promulgato il “Social Security Act”, (Atto per la sicurezza sociale).

WELFARE STATE



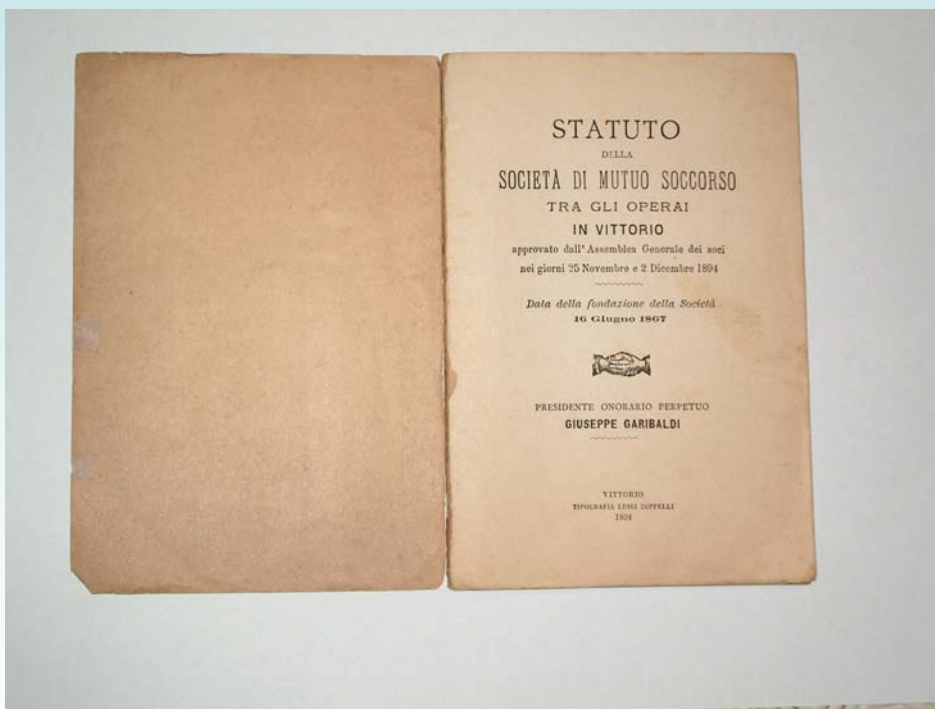
- assicurazione di malattia per lavoratori con basso salario (1883)
- assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (1884)
- modello assicurativo per la vecchiaia e l'invalidità (1889)

WELFARE STATE



W. BEVERIDGE

ALL'ALBA DEL WELFARE



Australia

Austria

Belgio

Repubblica

Ceca

Francia

Germania

Ungheria

Lussemburgo

Olanda

Polonia



Canada

Danimarca

Finlandia

Grecia

Islanda

Italia

Nuova

Zelanda

Norvegia

Portogallo

Spagna

Svezia

Regno

Unito



LE PROSPETTIVE ETICHE CORRENTI

- Prospettiva libertaria-individualista
- Prospettiva utilitarista
- Prospettiva egualitaria

PROSPETTIVA LIBERTARIA

- Principio di autonomia
- Minimal state – maximal market
- Non obbligo morale all'equità
- Non obbligo all'istituzione di un sistema sanitario pubblico
- Spazio alla concorrenza e al libero mercato

PROSPETTIVA UTILITARISTA (1)

- Principio di utilità
- Utile individuale = valutazione costi/benefici e piacevole /spiacevole
- Si basa principalmente su:
 - consequenzialismo
 - focalizzazione sul benessere
 - classifica per somma

L'APPROCCIO NEO- CONTRATTUALISTA (J. RAWLS)

- *Ogni persona ha un eguale diritto alle più ampie libertà fondamentali compatibili con analoghe libertà per tutti.*
- *Le ineguaglianze sociali ed economiche vengono organizzate in modo da essere*
 - a) per il più grande beneficio delle persone meno avvantaggiate*
 - b) connesse a incarichi e posizioni aperti a tutti in condizioni di equa eguaglianza di opportunità*

PROSPETTIVA UTILITARISTA (2)

Lo Stato massimizza il benessere sociale

L'utile di molti è più importante dell'utile del singolo

Non esiste più il bene come principio oggettivo

Si giustifica un sistema sanitario, orientato però all'utilità complessiva

PROSPETTIVA EGUALITARISTA

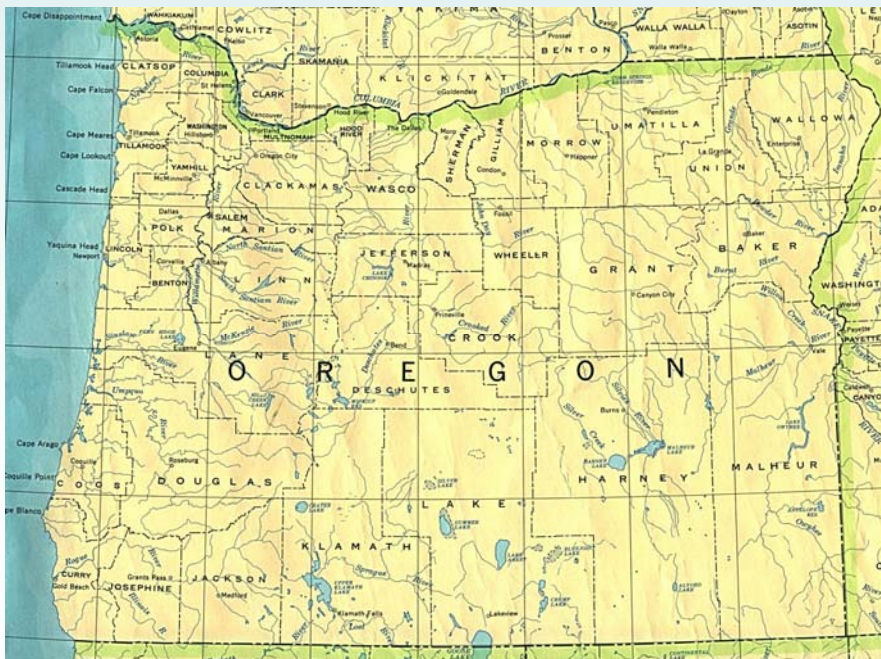
Principio di uguaglianza morale

Giustizia distributiva: “dare a ciascuno in modo uguale”

Ruolo preminente dello Stato nella tutela e promozione della salute (maximal State)

Le responsabilità del soggetto?

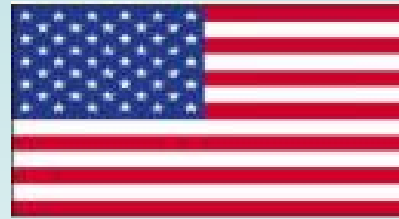
LA STORIA DI COBY



1987

MODELLI ORGANIZZATIVI DI TUTELA DELLA SALUTE

- Polizze assicurative



- Mutualità



- I Servizi Sanitari



LE POLIZZE ASSICURATIVE



Polizze Assicurative
Ramo Danni e Vita

I SISTEMI MUTUALISTICI

no. A 77212

EURO INTERNATIONAL FILMS
PRESENTA
ALBERTO SORDI

IL MEDICO DELLA MUTUA

CON
DICE VALORI - SARA FRANCHETTI
EVELYN STEWART - SANDRO MERLI
LEOPOLDO TRIESTE
PUPELLA MAGGIO

REGIA DI
LUIGI ZAMPA

PRODOTTO DALLA
EXPLORER FILM

COLONNA SONORA ORIGINALE

Foto prima
MARCHIA DI ESCOLAPIO
(Annoquasi Movie)
TANGIO DELLE SIRENE
(Globe Edizioni/Edizioni)
LADY LOVE
FORTUNA
BLUE SAFIRA
THE PICCOLI PLUMI
(THREE LITTLE STITCHES)
FORTUNE BLUES
TANGO FINAL

Musica di
PIERO PICCINI

COLONNA SONORA ORIGINALE

Foto seconda
ESCOLAPIO
LADY EX
SIRENETTE
SARMA FORTUNA
SLOW LADY
ADAM
FINALE

Musica di
PIERO PICCINI

EUROFILM
STEREOPHONIC
REPRODUCED
BY
EUROFILM

**Il Prof. Dott.
GUIDO TERSILLI**
Primario della
**Clinica
Villa Celeste**
convenzionista
con le Mutue

CON
EVELYN STEWART - CLAUDIO GORA
GINO LAVAGETTO
PUPELLA MAGGIO
ALESSANDRO CUTOLO
MARISA FADDEI
GIOVANNI NUVOLETTI
e con IRA FURSTENBERG

REGIA DI
LUCIANO SALCE

PRODOTTO DALLA
SAN MARCO Sp.A.

COLONNA SONORA ORIGINALE

EUROFILM S.p.A. MILANO - VIA MANZONI, 45-47

MARZO 1964

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE VENETO**

STAMPA PC

0 5 0 0 6 4 0 0 5 3 4 9 6 4 7 2

CODICE FISCALE

NON ESENTE CODICE ESENZIONE REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE

BIOLA PROVINCIA CODICE ASI

(Selezionare se non utilizzati)

NOTA CUP

NOTA CUP

PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

PRESCRIZIONE

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI TIPO DI RICETTA DATA

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

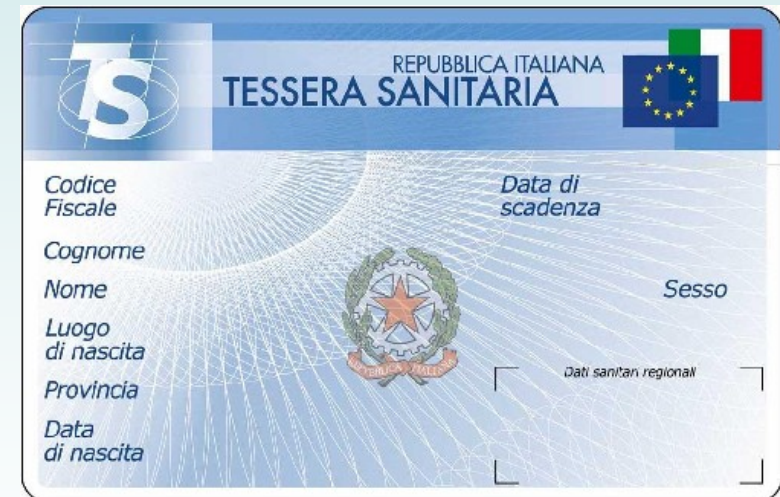
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI TICKET

DATA DI NASCITA



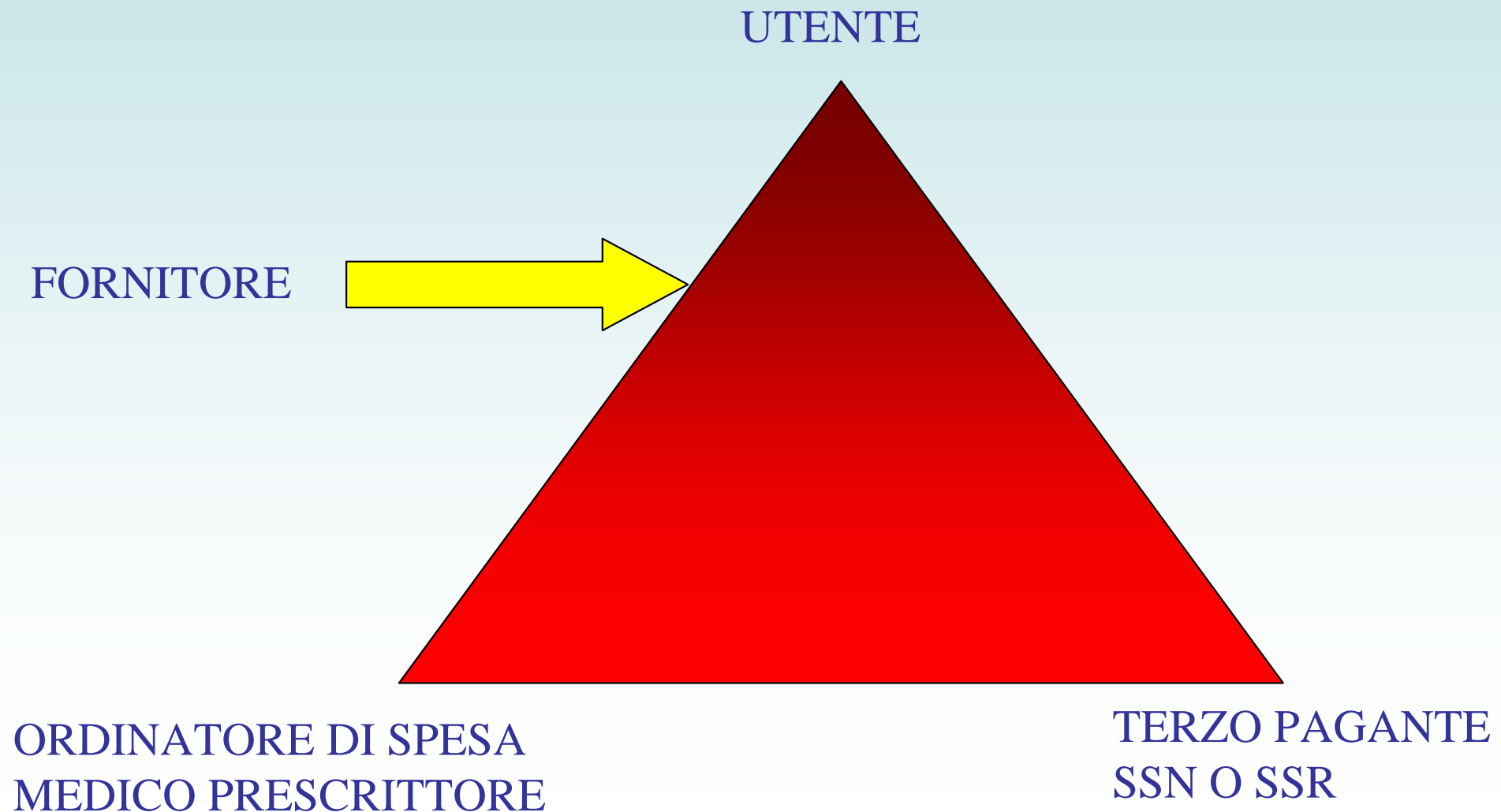
LA TORMENTATA STORIA DELLA LEGGE 833/1978



IL NUOVO MODELLO SANITARIO

- Dalla medicina domiciliare alla medicina ospedaliera
- Dal medico generalista al medico specialista
- Comparsa della medicina tecnologica
- Nuovi processi di formazione
- Paziente = cliente/consumatore
- Salute = benessere

IL TRIANGOLO DELLA COMPLESSITÀ



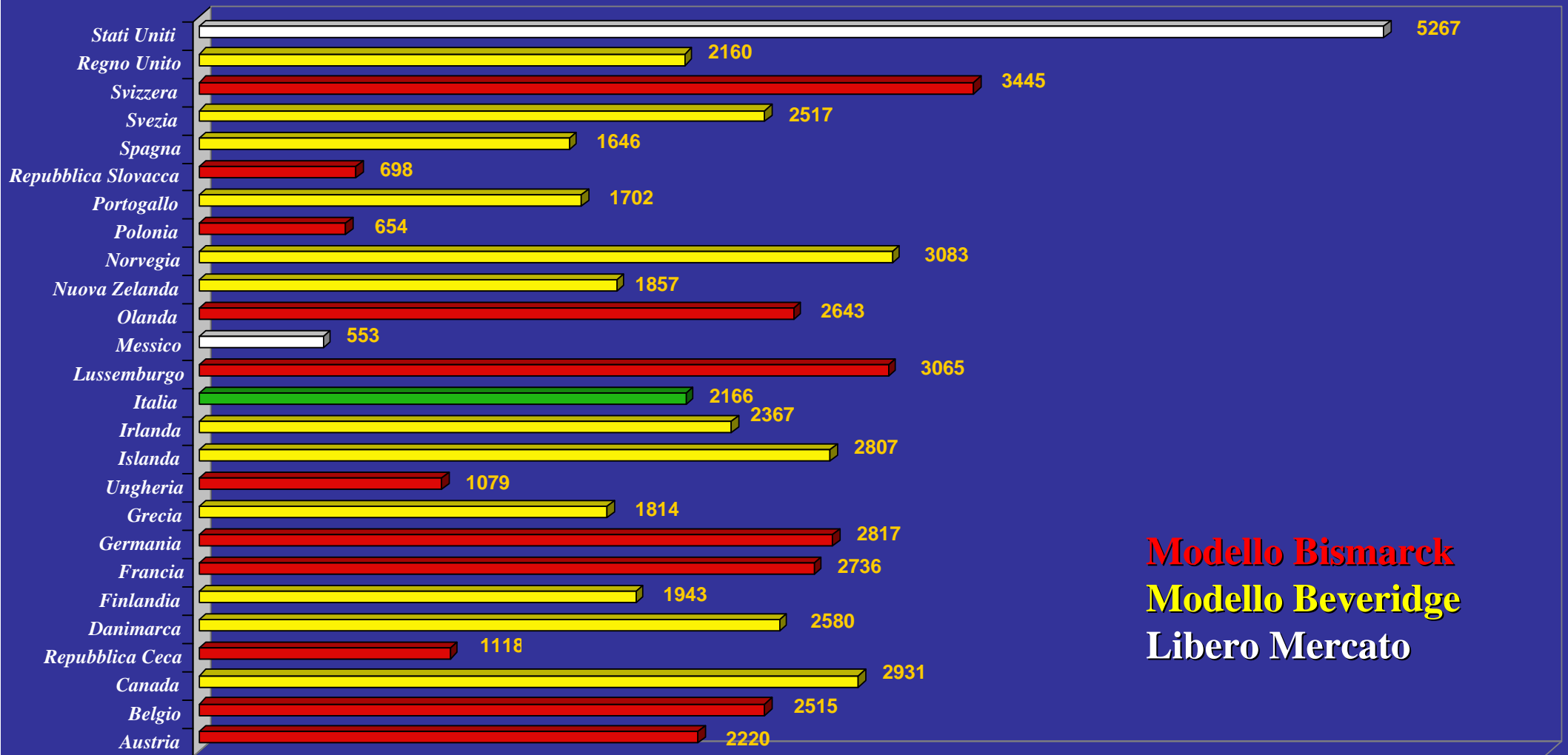
LA CRISI DEL WELFARE

- Dallo *stato sociale* allo *stato assistenziale*
- In Italia la spesa pubblica, rapportata al PIL passa dal 30% degli anni '60 al 60% degli anni '80.
- Crescita della pressione tributaria e calo degli investimenti e dei consumi privati

TREND DISAVANZI REGIONALI

	2004		2005		2007
	Avanzo/disavanz o	Deficit residuo	Avanzo/disavanzo	Deficit residuo	Deficit residuo
Piemonte	-661,72	-374	-316,494	-	-116,01
Lombardia	1,74	-	-193,673	-	58,84
Veneto	6,65	-	-377,908	-	-46,63
Liguria	-321,01	-133	-252,716	-	-129,48
Emilia R.	-419,66	-111	-94,059	-	-9,74
Toscana	-222,66	-	18,444	-	52,03
Umbria	-90,54	-18	6,637	-	12,77
Marche	-153,67	-61	-16,339	-	11,18
Lazio	-2.241,08	-2.121	-1.800,000	-1.800,000	-1.600,35
Abruzzo	-290,66	-266	-197,994	-197,994	-141,95
Molise	-92,32	-64	-79,65	-79,665	-53,26
Campania	-1.301,90	-951	-1.502,181	-1.132,181	-528,65
Puglia	-5,51	-	-165,712	-	-127,21
Basilicata	-32,56	-	-32,23	-	-8,51
Calabria	-163,51	-	-53,442	-	-76,22
Sicilia	-829,73	-770	-625,928	-625,928	-538,53
Sardegna	-254,46	-	-255,430	-	3,75
Totale	-6.486,96	-4.869		-4.733,96	-3.211,27

SPESA SANITARIA PRO-CAPITE 2002



Modello Bismarck
Modello Beveridge
Libero Mercato

SANITÀ E MERCATO (1)

MERCATI CONCORRENZIALI	MERCATI SANITARI
Molti produttori	Strutture in numero limitato
No barriere all'entrata	Barriere all'ingresso
Omogeneità dei prodotti	Eterogeneità delle prestazioni erogate
Consumatori informati	Disinformazione del paziente (cliente)
No economie di scala	Alta incidenza di costi fissi e costi decrescenti all'aumentare dei volumi produttivi
No esternalità	Esternalità importanti
Offerta completa	Inadeguatezza dell'offerta

SANITÀ E MERCATO (2)

- **Beni pubblici:** sono beni o attività la cui distribuzione adeguata non può essere garantita dall'iniziativa privata, in quanto i benefici che ne derivano si diffondono così ampiamente tra la popolazione che nessuna impresa ha reale vantaggio a produrli
- **Esternalità:** si verifica ogniqualvolta la produzione o il consumo di un bene da parte di un individuo produce effetti esterni (positivi o negativi) su un altro individuo, senza che quest'ultimo paghi o riceva una compensazione per tali effetti.
- **Informazione imperfetta:** un sistema di concorrenza perfetto richiede che i soggetti economici dispongano di informazioni esaurienti sui beni acquistati e venduti. Quando ciò non accade si parla di informazione imperfetta

QUALI EVOLUZIONI PER I SISTEMI SANITARI?

In genere si registra che l'intervento pubblico tende a ridursi nei paesi caratterizzati da rilevante presenza pubblica, mentre tende ad aumentare nelle nazioni a prevalente sistema privato. Si sta procedendo quindi verso sistemi sanitari in cui l'intervento pubblico è presente per il 70-80%, mentre il restante 20-30% è lasciato alla gestione dei privati.

LE RIFORME DELLA SANITÀ IN EUROPA DOPO GLI ANNI '90 ⁽¹⁾

- libertà di insediamento delle strutture sanitarie per stimolarne la competitività
- applicazione di meccanismi aziendali nella direzione delle strutture sanitarie pubbliche
- possibilità di scelta da parte dei pazienti (è anche questo un incentivo alla competizione in quanto il consumatore finale della prestazione sanitaria, attraverso la propria scelta, determina il livello di attività erogata dalle aziende)

LE RIFORME DELLA SANITÀ IN EUROPA DOPO GLI ANNI '90 (2)

- finanziamento a prestazione in alternativa ai tradizionali sistemi di rimborso basati sulla spesa storica (DRG in ambito ospedaliero...)
- separazione fra enti responsabili del finanziamento ed enti erogatori, riconoscendo allo Stato la funzione di regolamentazione e controllo e spesso anche l'attività di finanziamento del sistema
- introduzione di contratti di tipo privato per il personale sanitario.

PRINCIPI-GUIDA OCSE PER LA RIFORMA DEI SISTEMI SANITARI (1)

- Separazione tra finanziamento ed erogazione degli interventi a tutela della salute, allo scopo di assicurare ai detentori di fondi maggiore autonomia nell'utilizzo delle risorse.
- Remunerazione dei soggetti erogatori attraverso meccanismi non indipendenti dalla quantità e dalla tipologia delle attività svolte.
- Sviluppo della contrattazione fra acquirenti e produttori di prestazioni sanitarie.

PRINCIPI-GUIDA OCSE PER LA RIFORMA DEI SISTEMI SANITARI (2)

- Introduzione di elementi di mercato (pro-concorrenziali) nel settore sanitario attraverso lo sviluppo di concorrenza amministrativa.
- Rafforzamento del ruolo del medico di medicina generale in quanto regolatore della domanda di prestazioni
- Rafforzamento della capacità decisionale dei pazienti, in relazione con gli attori del sistema.

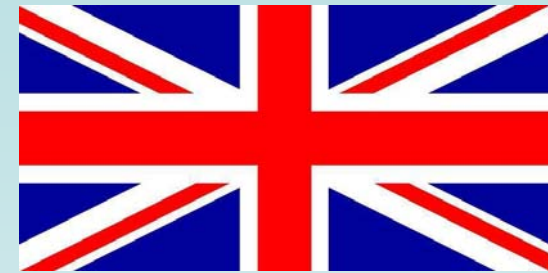
PRINCIPI-GUIDA OCSE PER LA RIFORMA DEI SISTEMI SANITARI (3)

- Impegno crescente a garanzia della qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.
- Enfasi sulla valutazione dei risultati in termini di salute come indicatore di costo-efficacia e della soddisfazione del paziente.
- Integrazione, all'interno delle politiche di tutela della salute, delle priorità sociali e ambientali, e accentuazione del ruolo della prevenzione e della promozione della salute.
- Responsabilizzazione dei decisori attraverso la definizione di obiettivi di salute, di traguardi da raggiungere e di scadenze da rispettare.

PROCEDURE DI COST-SHARING

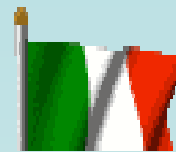
- Copagamento (ticket, copayment, user fee)
- Pagamento iniziale (deductible)
- Coassicurazione (coinsurance)
- Pagamento residuale (balance billing)
- Esclusione da copertura (coverage exclusion)

EVOLUZIONE DEL MODELLO INGLESE

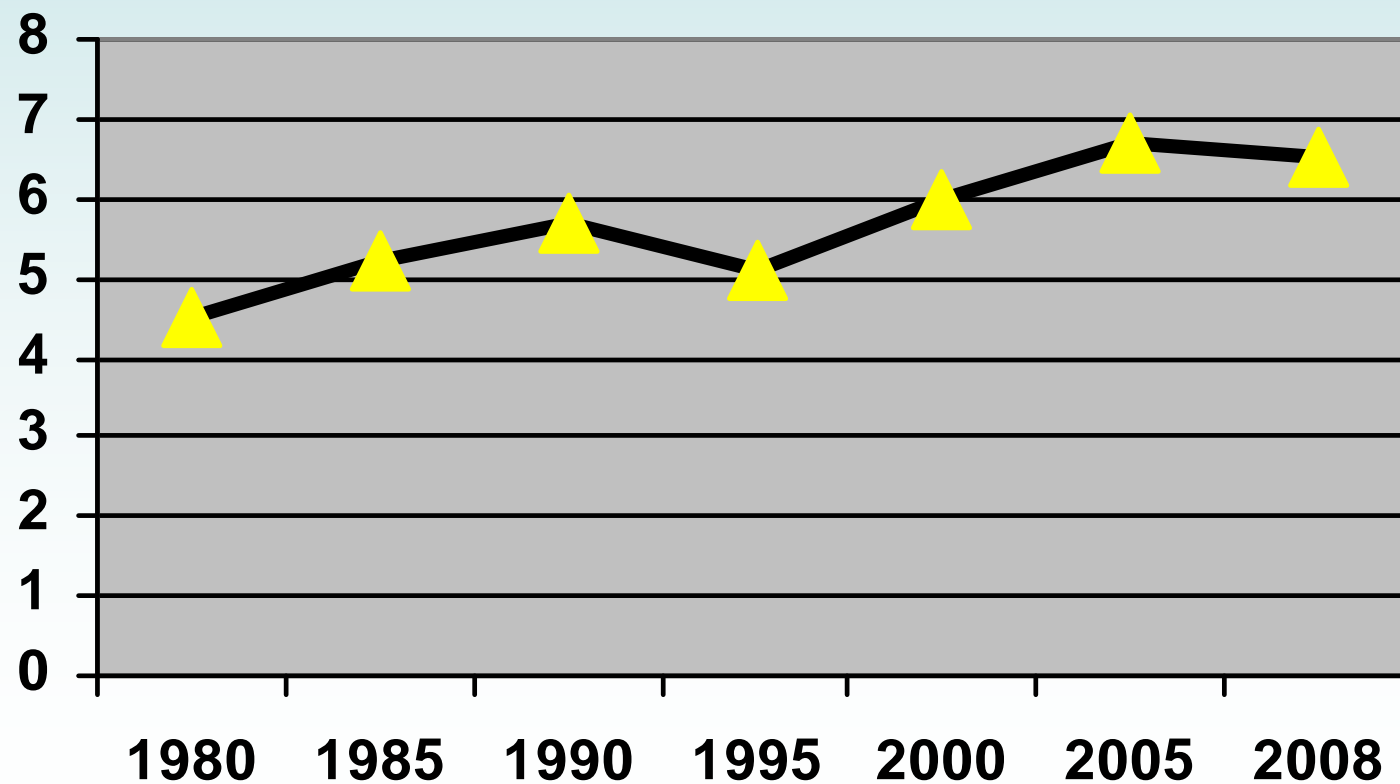


Si è tentato di separare la fornitura dall'acquisto delle prestazioni sanitarie. Si è voluto cioè cercare di introdurre nel sistema una sorta di “mercato interno”. Si sono differenziati i servizi ospedalieri e territoriali (a loro volta trasformati in aziende) considerati i fornitori, dalle strutture di programmazione e amministrazione considerati come acquirenti (District Health Authorities o DHA).

EVOLUZIONE DEL SSN



SPESA SANITARIA PUBBLICA ITALIA (% DEL PIL)

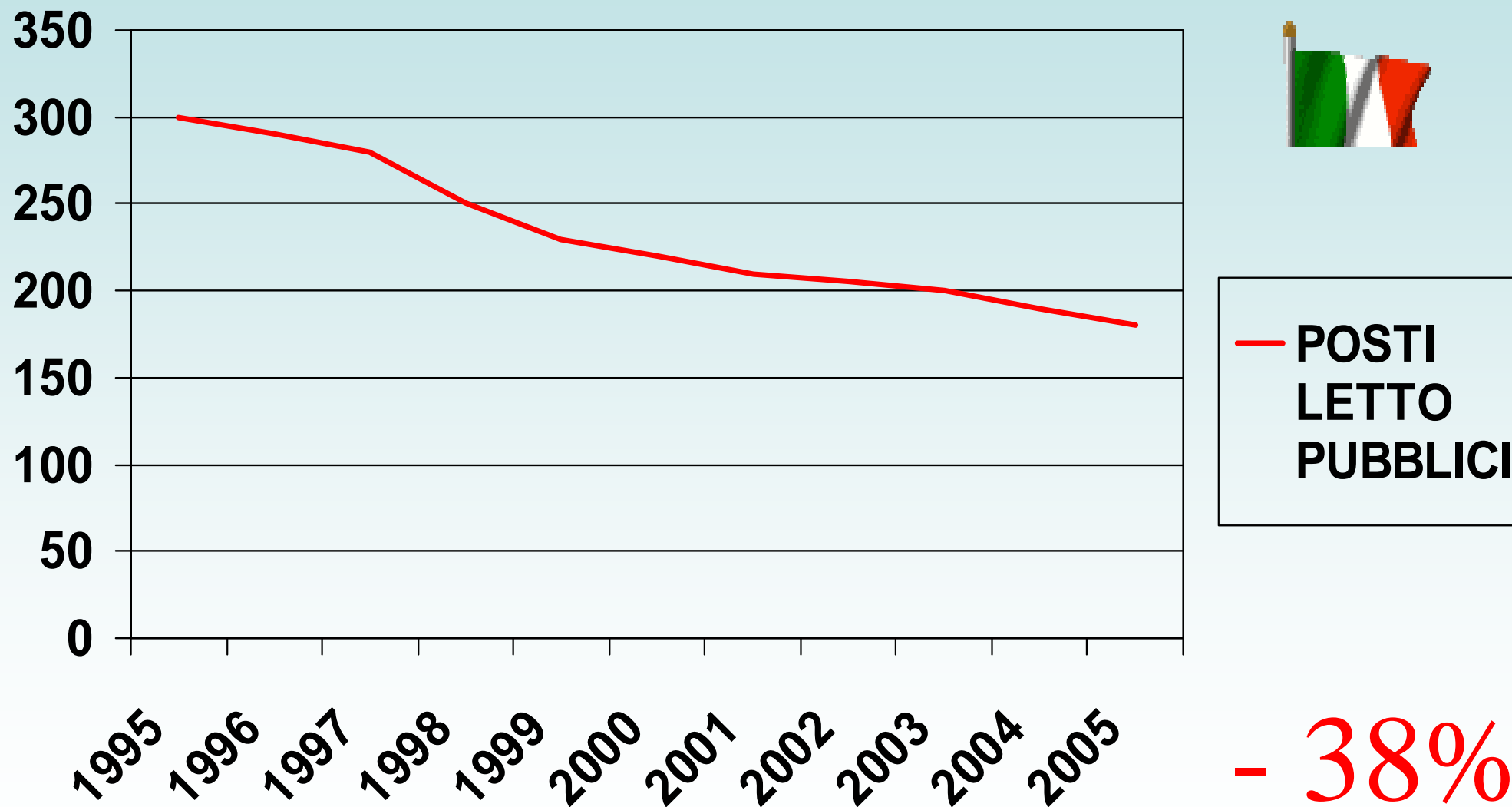


LA LEGGE 386/1974

(assegna alle Regioni la competenza in materia ospedaliera)

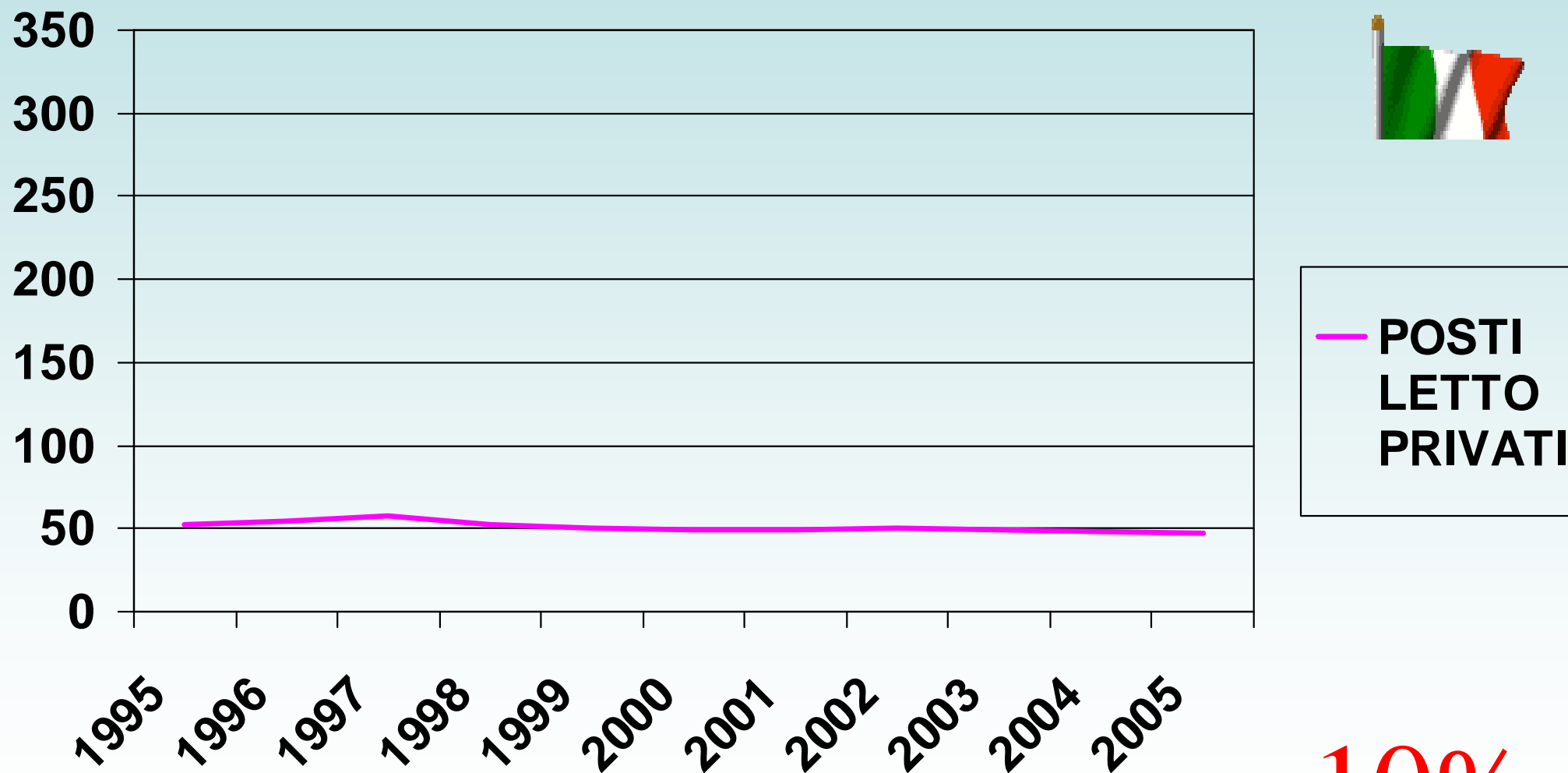


POSTI LETTO DEGENZA ORDINARIA DAL 1995 AL 2005 (migliaia)



Fonte: elaborazione OASI su dati del Ministero della Salute

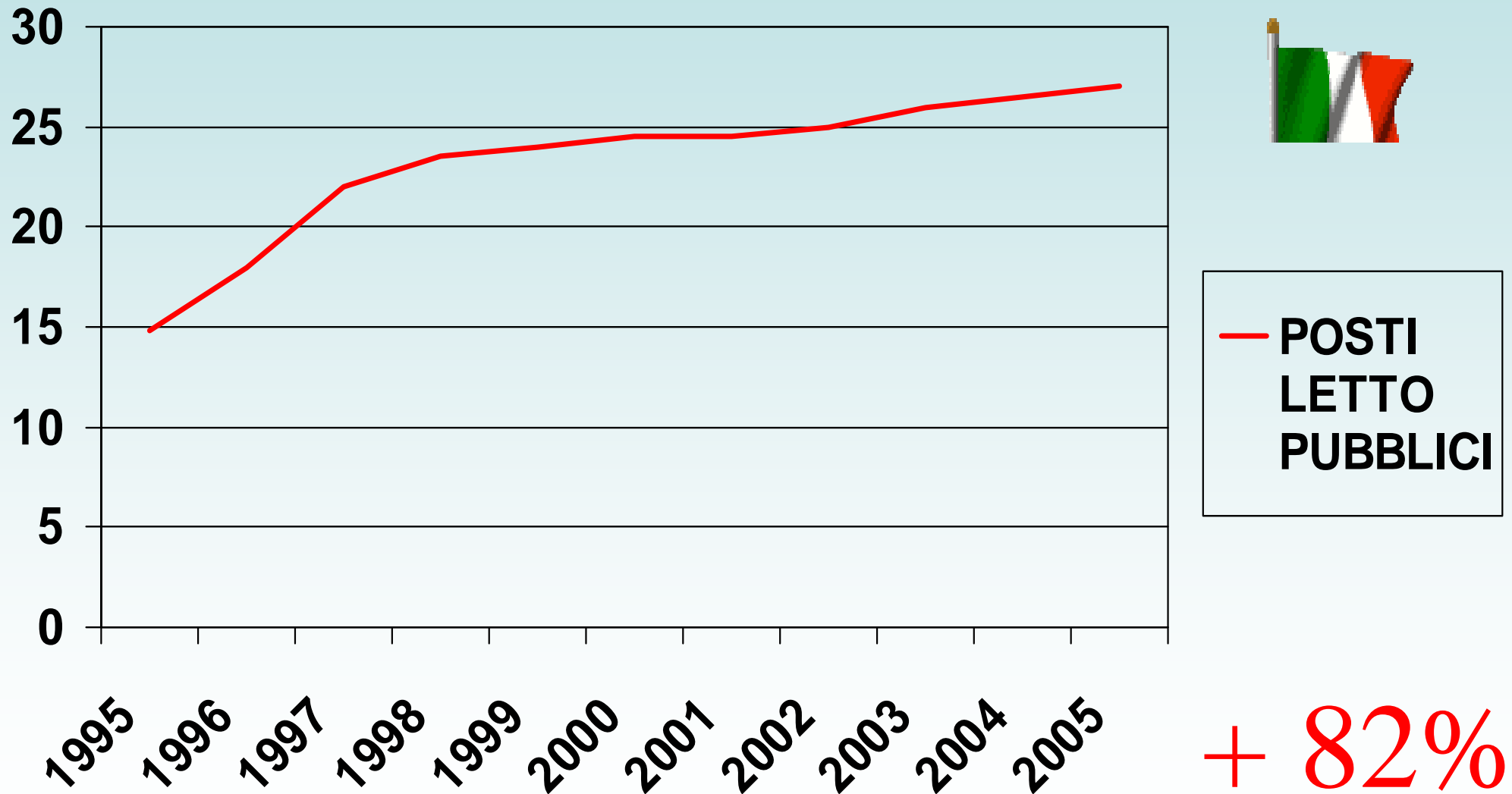
POSTI LETTO DEGENZA ORDINARIA DAL 1995 AL 2005 (migliaia)



-10%

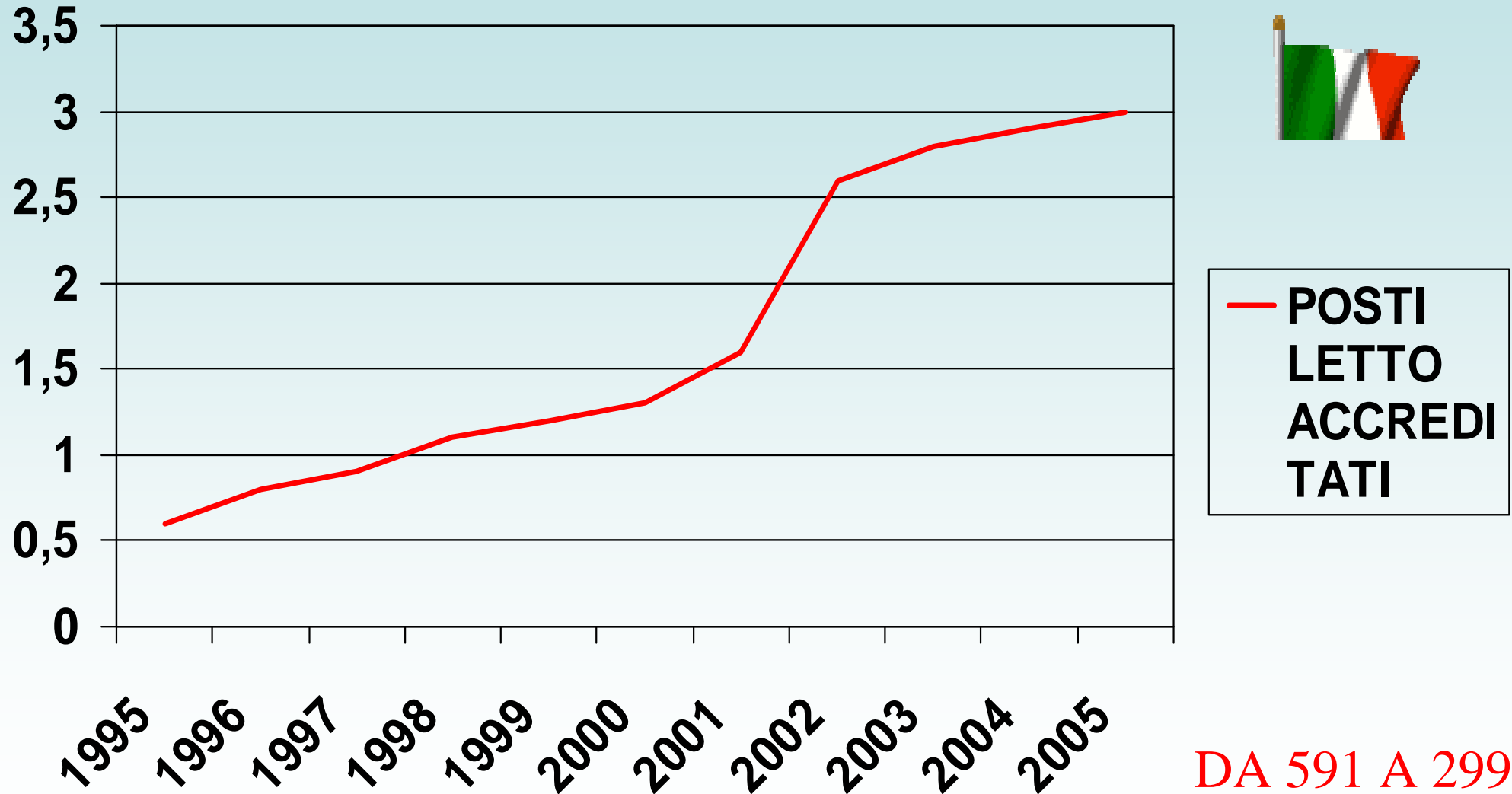
Fonte: elaborazione OASI su dati del Ministero della Salute

POSTI LETTO DAY-HOSPITAL DAL 1995 AL 2005 (migliaia)



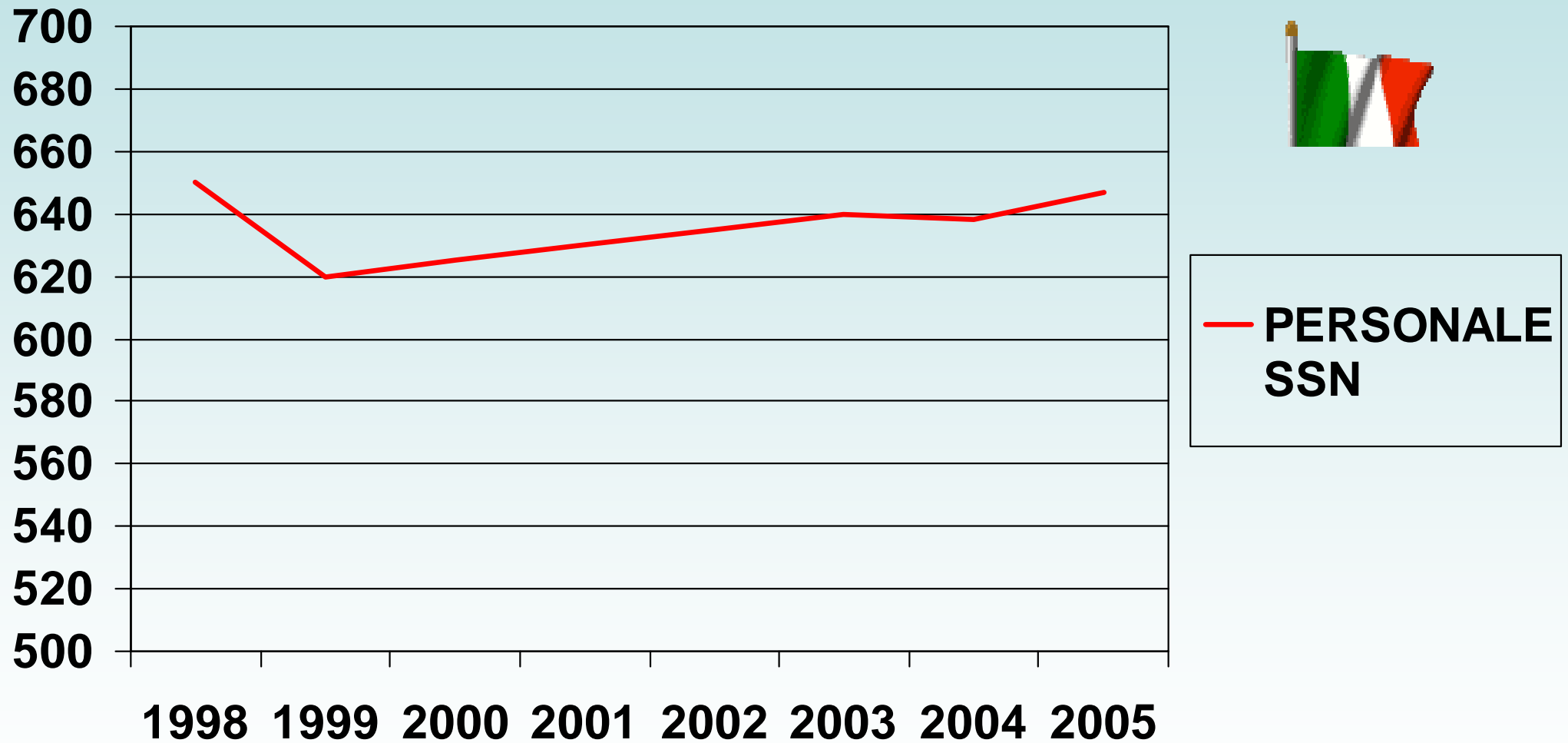
Fonte: elaborazione OASI su dati del Ministero della Salute

POSTI LETTO DAY-HOSPITAL DAL 1995 AL 2005 (migliaia)



Fonte: elaborazione OASI su dati del Ministero della Salute

PERSONALE SSN DAL 1998 AL 2005 (migliaia)



Fonte: elaborazione OASI su dati del Ministero della Salute

PERSONALE SSN AL 2005



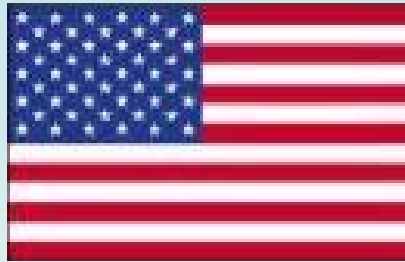
- 647.365 DIPENDENTI (1,1% POPOLAZIONE NAZIONALE)
- RUOLO SANITARIO: 69%
- RUOLO PROFESSIONALE: 0.2%
- RUOLO TECNICO 19%
- RUOLO AMMINISTRATIVO 12%

DATI ATTIVITÀ RICOVERO



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
DATI ATTIVITÀ							
DIMISSIONI	12.577.826	12.727.449	12.671.564	12.939.571	12.948.710	12.818.905	12.991.102
GIORNATE RICOVERO	88.009.005	85.811.850	82.484.479	81.425.592	80.393.353	78.450.940	78.750.718
RAPPORTO PERCENT. DH - RO	9.3	10.2	11.8	13.4	15.1	17.0	18.4
DEGENZA MEDIA	7.1	7.0	6.9	6.8	6.7	6.7	6.7
PESO MEDIO	1.05	1.09	1.11	1.14	1.2	1.2	1.2

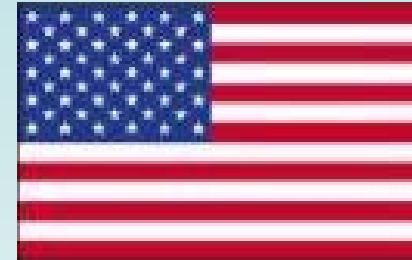
EVOLUZIONE DEL MODELLO NORD-AMERICANO



DAL FREE-MARKET ALLA
MANAGED CARE: VERSO UN
SISTEMA DI TUTELA

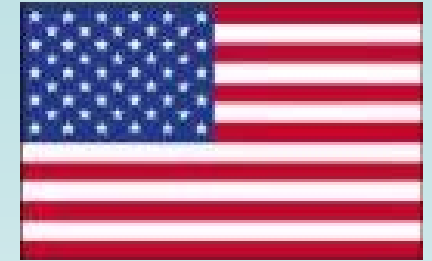
L'ATTUALE TUTELA NEL MODELLO NORD-AMERICANO

1965



- **MEDICARE**: garantisce assistenza a chi abbia superati i 65 anni o sia disabile
- **MEDICAID**: garantisce assistenza a chi abbia un reddito inferiore alla soglia federale di povertà

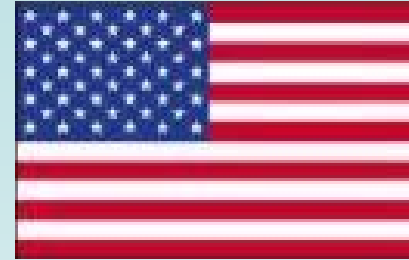
EVOLUZIONE DEL MODELLO NORD-AMERICANO



MANAGED CARE:

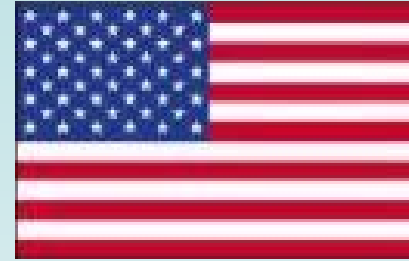
- creazione di una politica sanitaria (*health policy*)
- creazione di una visione di gestione del sistema (*system management*)
- gestione pratica delle patologie (*disease management*) (*Health Maintenance Organizations HMO e Preferred Provider Organizations PPO*).

LA “RIFORMA OBAMA”



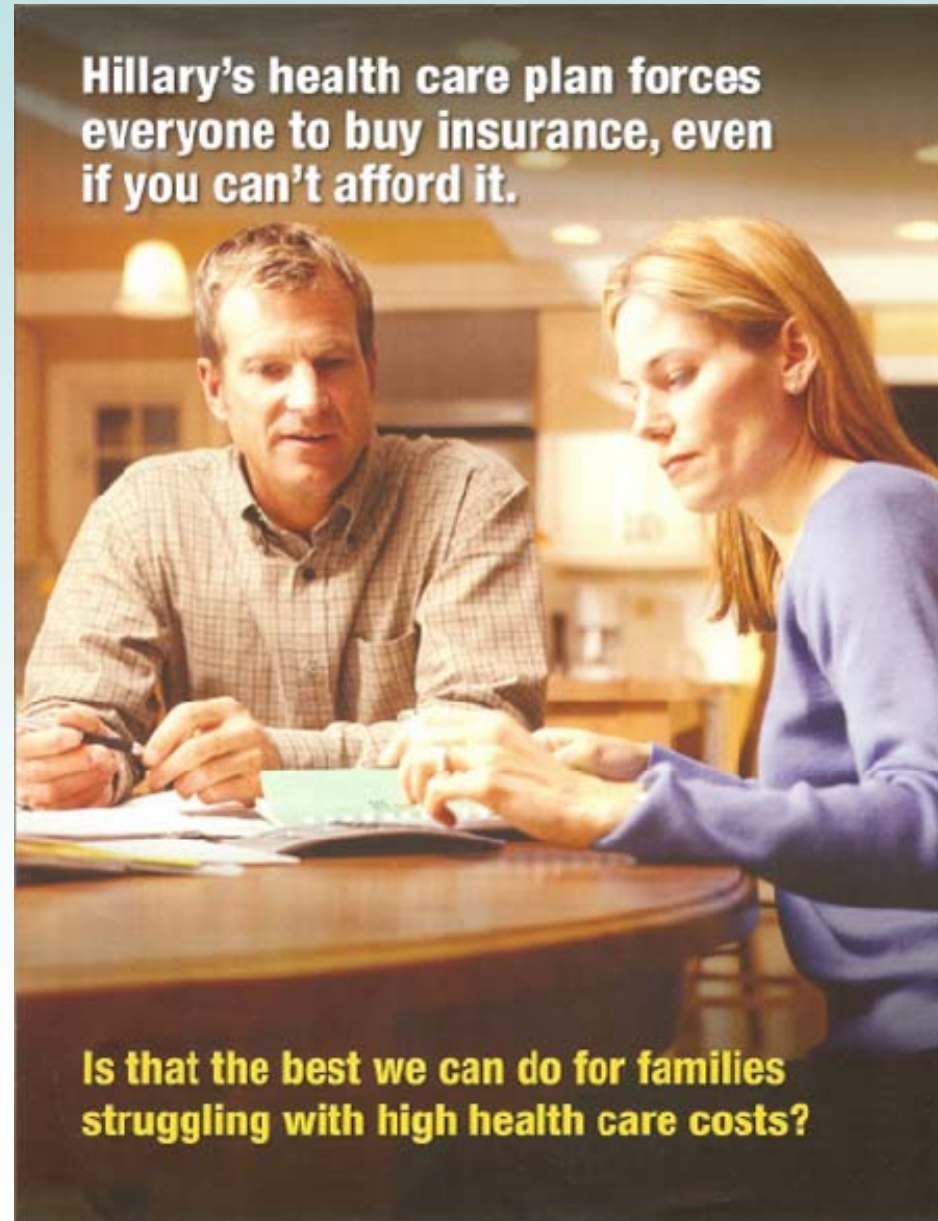
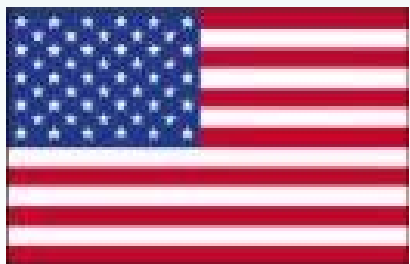
“Spendiamo per la sanità più di qualsiasi altra nazione sulla faccia della terra e nonostante ciò, ci sono 46 milioni di americani che non hanno alcun tipo di assicurazione medica. Non è possibile continuare così!”

LA “RIFORMA OBAMA”



Il rincaro del 39% delle tariffe imposto dal colosso assicurativo Blue Cross in California nel mese di Febbraio è diventato il simbolo di un sistema iniquo e perverso

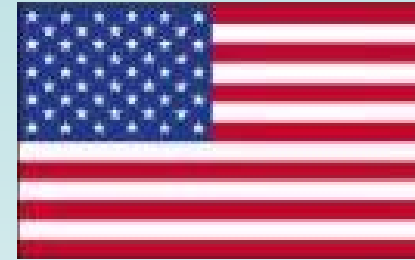
LE RESISTENZE... Harry e Louise



Hillary's health care plan forces everyone to buy insurance, even if you can't afford it.

Is that the best we can do for families struggling with high health care costs?

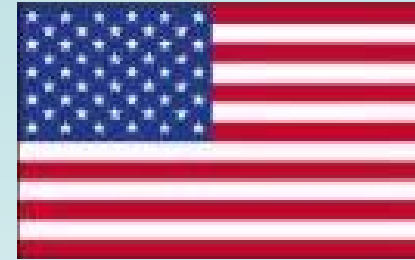
LA “RIFORMA OBAMA”



Nel 2006:

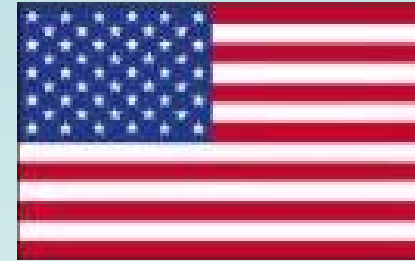
- Spesa sanitaria di 2.100 miliardi di \$ di cui 46% di origine pubblica
- 16% del PIL
- 47 milioni di persone escluse da una tutela per la salute

LA “RIFORMA OBAMA”



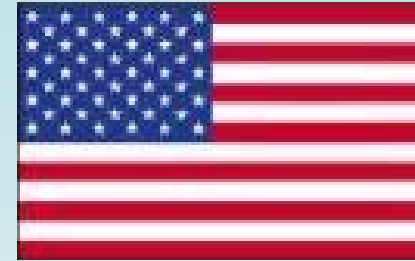
- Non introduce un vero sistema sanitario sul modello europeo
- Consentirà il beneficio di sussidi a 32 milioni di americani fra i 47 milioni attualmente senza copertura sanitaria

LA “RIFORMA OBAMA”



16 milioni entreranno sotto la copertura della mutua di Stato per i meno abbienti, il Medicaid. Quest'ultimo garantirà cure gratuite fino alla soglia di 29.000 dollari di reddito annuo lordo, per una famiglia di quattro persone.

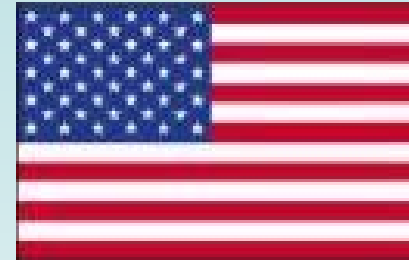
LA “RIFORMA OBAMA”



16 milioni di americani riceveranno finanziamenti pubblici e incentivi per sottoscrivere una polizza sanitaria privata (p.es. famiglia di 4 persone con reddito inferiore a 88.000 \$/anno).

Riceveranno sussidi pubblici fino a 6.000 dollari, onde evitare che l'assicurazione costi loro più del 9,5% del loro reddito.

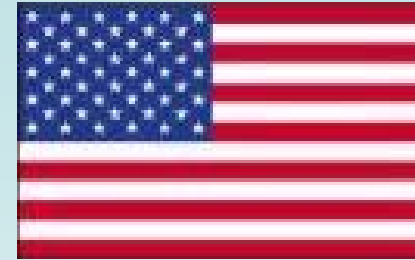
LA “RIFORMA OBAMA”



Verrà garantita
l'accessibilità al 94% dei
cittadini non anziani.

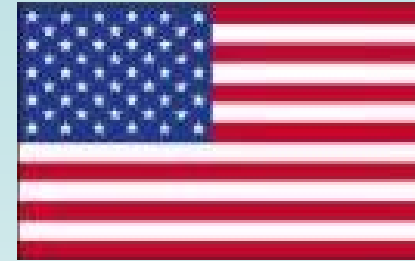
Agli anziani verranno
garantiti i farmaci

LA “RIFORMA OBAMA”



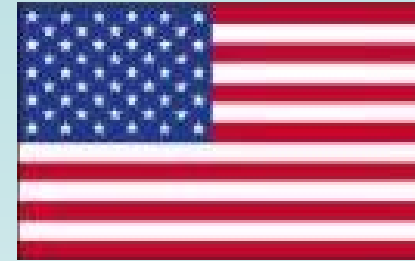
- Fino a 695 dollari di sanzione per chi non si assicura
- Sanzioni per le aziende con >50 dipendenti che non contribuiscono all'assicurazione sanitaria

LA “RIFORMA OBAMA”



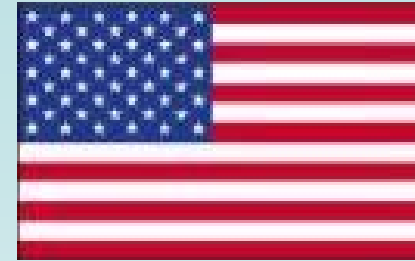
Diventeranno fuorilegge anche i tetti massimi di spesa, usati dalle assicurazioni per rifiutare i rimborsi oltre un certo ammontare (un costume particolarmente deleterio per i pazienti con patologie gravi che richiedono terapie costose, come il cancro).

LA “RIFORMA OBAMA”



I genitori avranno il diritto di mantenere nella copertura della propria assicurazione sanitaria i figli fino al compimento del 26esimo anno di età, una norma particolarmente attesa in una fase in cui i giovani stentano a trovare un posto di lavoro (e quindi non hanno accesso all'assicurazione che di solito è connessa a un impiego stabile)

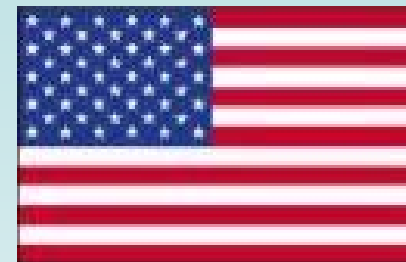
LA “RIFORMA OBAMA”



Colpiti gli abusi più odiosi delle assicurazioni:

- sarà vietato alle compagnie assicurative rescindere una polizza quando il paziente si ammala, una pratica fin qui tristemente consueta.
- sarà illegale rifiutarsi di assicurare un bambino invocando le sue malattie pre-esistenti.

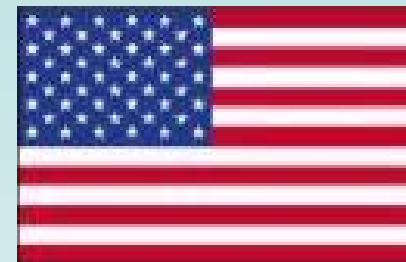
LA “RIFORMA OBAMA”



I costi:

- 940 miliardi di \$ in 10 anni.
- Sarà tagliato il deficit federale di oltre 138 miliardi nel primo decennio e di 1.300 miliardi nel decennio successivo.

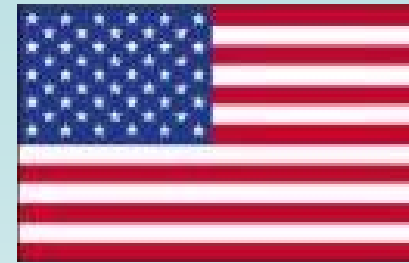
LA “RIFORMA OBAMA”



Finanziamento:

- Tagli al sistema Medicare
- Tassazione sulle coperture assicurative che superano i 23.000 \$ per una famiglia di 4 persone
- Tassazione per le coppie con reddito >250mila \$ e del 3.5% sui loro investimenti.

LA “RIFORMA OBAMA”



Manca, nella riforma, quello che all'origine doveva essere l'aspetto più radicalmente innovativo: la cosiddetta **opzione pubblica**. Vi è il timore che un vero e proprio servizio sanitario nazionale possa essere il preludio ad una riforma socialista dello stato.

QUASI UNA CONCLUSIONE....



RICHARD SMITH

“Il miglior sistema sanitario del mondo non è quello che fornisce tutto a tutti, ma piuttosto quello che cerca di definire le risorse che una società realmente vuole destinare alla assistenza sanitaria e che poi fornisce in modo esplicitamente limitato servizi di provata efficacia, in modo umano e trasparente, senza chiedere cose impossibili ai propri operatori”

BMJ 1999