

# **SWITCH**

SUSTAINABLE WELFARE  
INNOVATION AND COMPETITION  
IN HEALTH

Luca Regis – IMT Lucca

## **LIVELLI DI TUTELA E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO**

Roma, 11 Marzo 2015

# Piano della presentazione

1. Il Sistema Sanitario Nazionale: evoluzione e salute attuale.
2. Sostenibilità dell'attuale modello di welfare.
3. Livelli di tutela, monitoraggio, qualità ed efficienza.
4. Interventi per migliorare la sostenibilità: effetti e prospettive.

# **I. Il Sistema Sanitario Nazionale: evoluzione e salute attuale**

# Il Servizio Sanitario Nazionale

- Istituito nel 1978 per applicare l'art.32 della Costituzione.
- Principi fondamentali:
  - *Universalità*: è rivolto a tutta la popolazione, cure gratuite agli indigenti;
  - *Uguaglianza*: l'accesso ai servizi del SSN è previsto a tutti i cittadini senza distinzione di condizioni sociali ed economiche;
  - *Equità*: parità di accesso in rapporto ad uguali bisogni di salute.

# Evoluzione dei servizi sanitari in Italia

- Pre-SSN: casse mutue, copertura dei lavoratori.
- 1968: riforma ospedaliera, pubblicizzazione degli ospedali.
- 1978: nascita SSN, istituzione del Fondo Sanitario Nazionale. Strumento operativo: Unità Sanitaria Locale, enti operativi dei Comuni.
- 1992: USL diventano ASL (Azienda Sanitaria Locale): autonomia organizzativa, patrimoniale, gestionale.

# Evoluzione dei servizi sanitari in Italia

- 1999: riforma Bindi:
  - *regionalizzazione*;
  - *aziendalizzazione*;
  - “*quasi mercato*”: l’ASL riceve la quota capitaria ed acquista in parte le prestazioni dalle aziende ospedaliere, dai privati o dalle altre ASL;
  - formalizzazione dei *LEA* (Livelli Essenziali di Assistenza);
- 2001: riforma del Titolo V → *federalismo* in ambito sanitario. La Regione è responsabile di spesa, organizzazione, personale, assistenza farmaceutica e delle Aziende Ospedaliere.

# Organizzazione SSN

## Governo centrale

Parlamento, Governo,  
Ministero della Salute.

Funzione legislativa,  
elaborazione del Piano  
Sanitario Nazionale

## Governo regionale

Giunte Regionali,  
Assessorati alla Sanità

Autonomia notevole,  
legislativa e  
amministrativa. Piano  
Sanitario Regionale

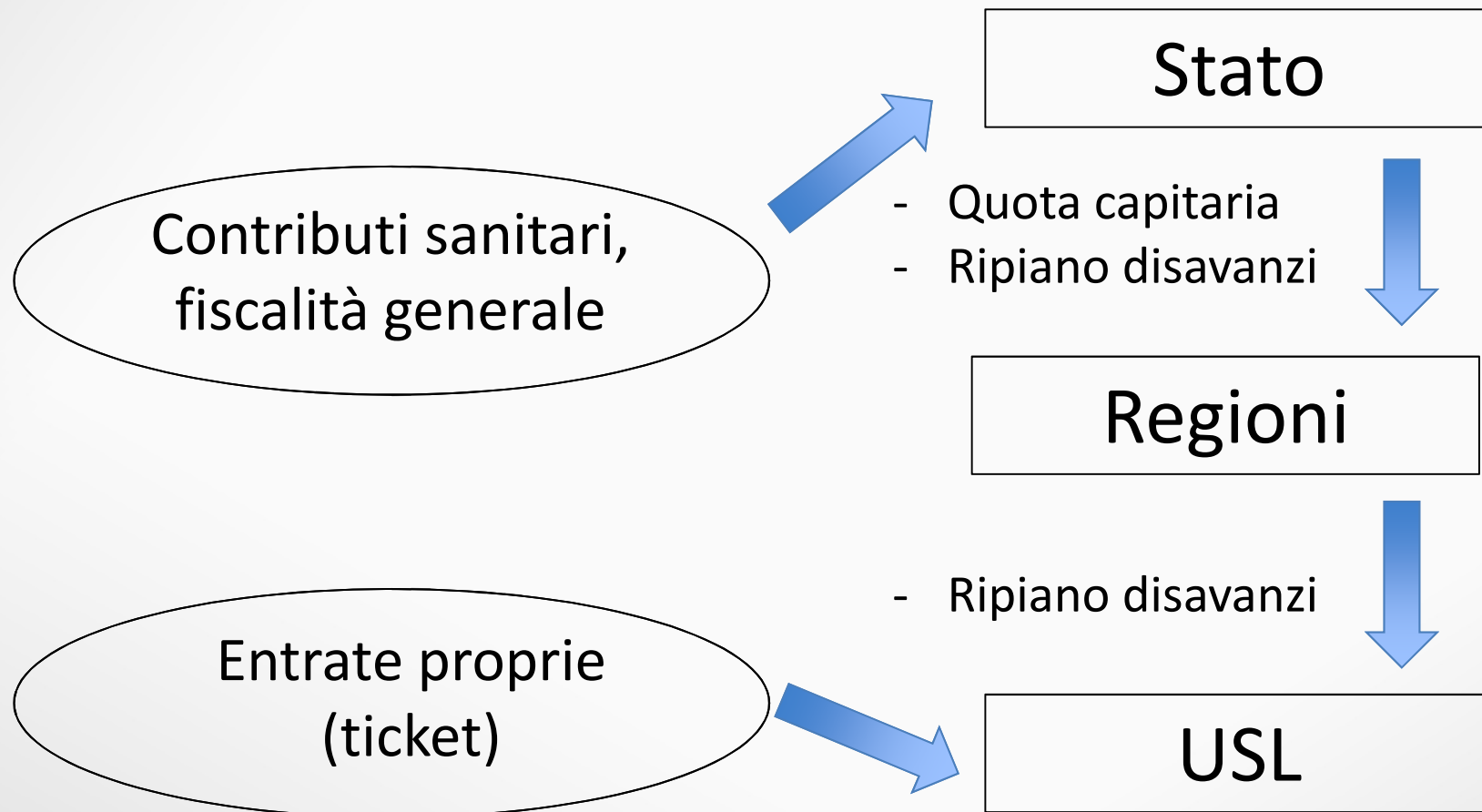
## Governo territoriale

ASL, AO, presidi sanitari

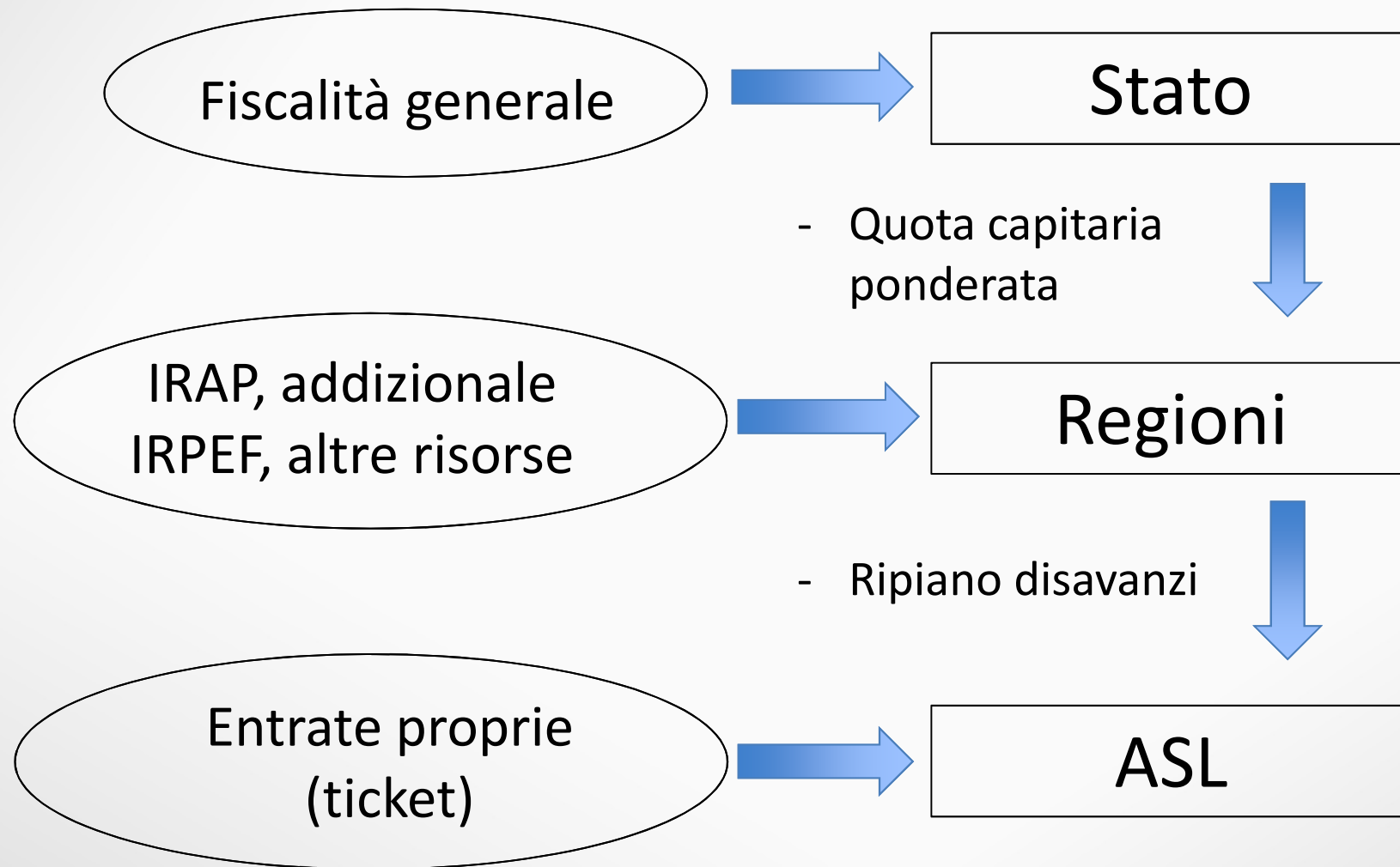
Prevenzione, diagnosi,  
cura, medicina legale:  
organizzazione ed  
erogazione dei servizi.

Altri enti: Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, AIFA,...

# Il finanziamento prima delle riforme degli anni '90



# Il finanziamento dopo le riforme

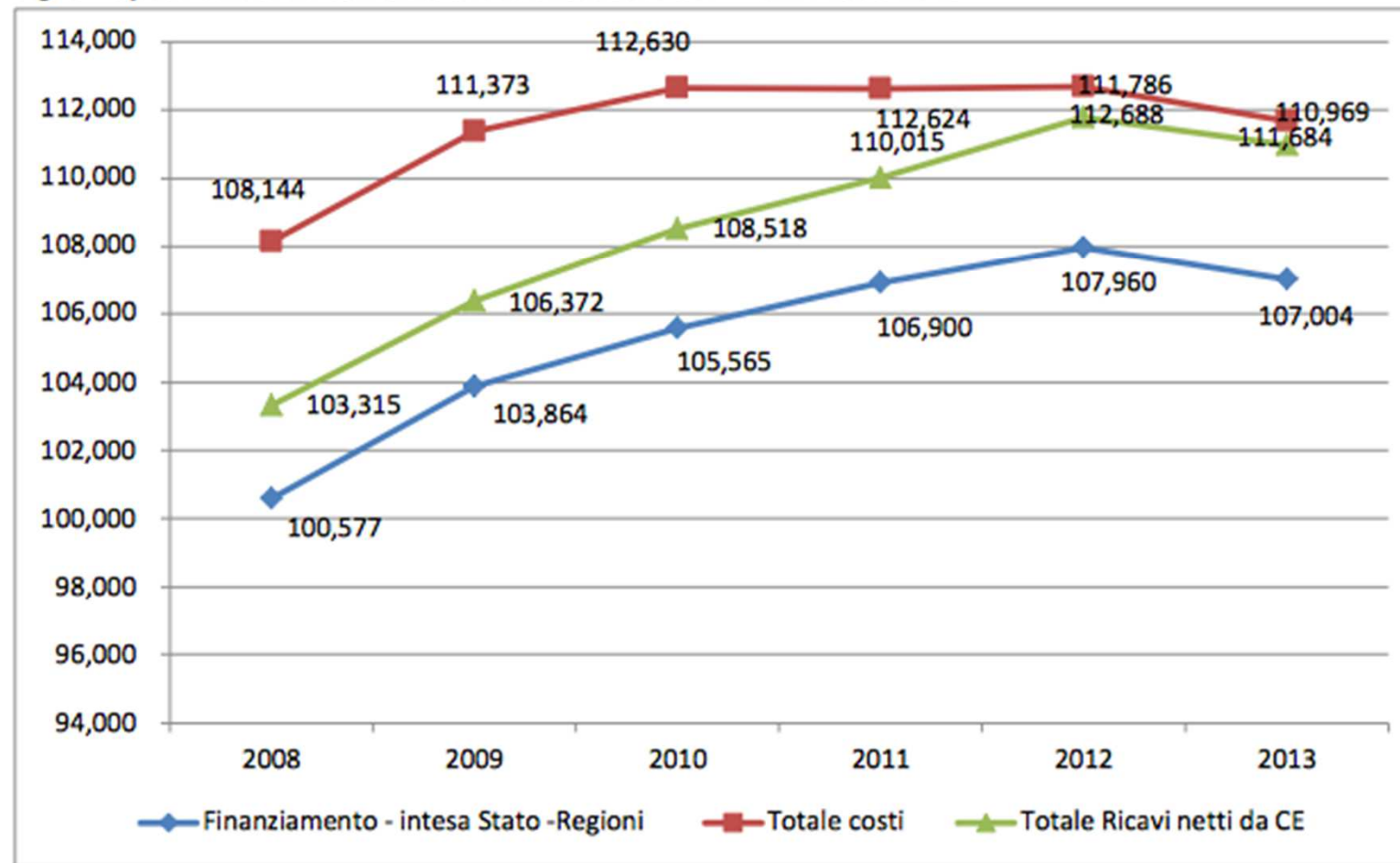


# Il finanziamento della sanità pubblica

- Entrate proprie delle aziende: ticket, attività intramoenia;
- Fiscalità generale delle Regioni: IRAP, IRPEF.
- Altre fonti: patrimonio immobiliare, etc. per coprire disavanzi e/o standard superiori ai LEA.
- Regioni a statuto speciale: coprono i disavanzi rispetto alle prime due fonti, tranne Sicilia.
- Bilancio dello Stato: copre i rimanenti disavanzi: compartecipazione all'IVA, accise sui carburanti, Fondo sanitario nazionale.

# Finanziamento della spesa sanitaria

Fig. 3 – Spesa Sanitaria Corrente e Finanziamento SSN – anni 2008-2013



Fonte: NSIS e Intese Stato-Regioni

Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2014)

# Scomposizione della spesa

	2002	2006	2013
Personale	35%	33.80%	32.20%
Altri beni e servizi	17%	19%	19.90%
Medicina di base	5.80%	6%	6%
Spesa per prodotti farmaceutici	3.30%	4.70%	7.60%
Spesa farmaceutica convenzionata	15%	12.50%	7.90%
Altre prestazioni da privato	17.80%	19.10%	20.80%

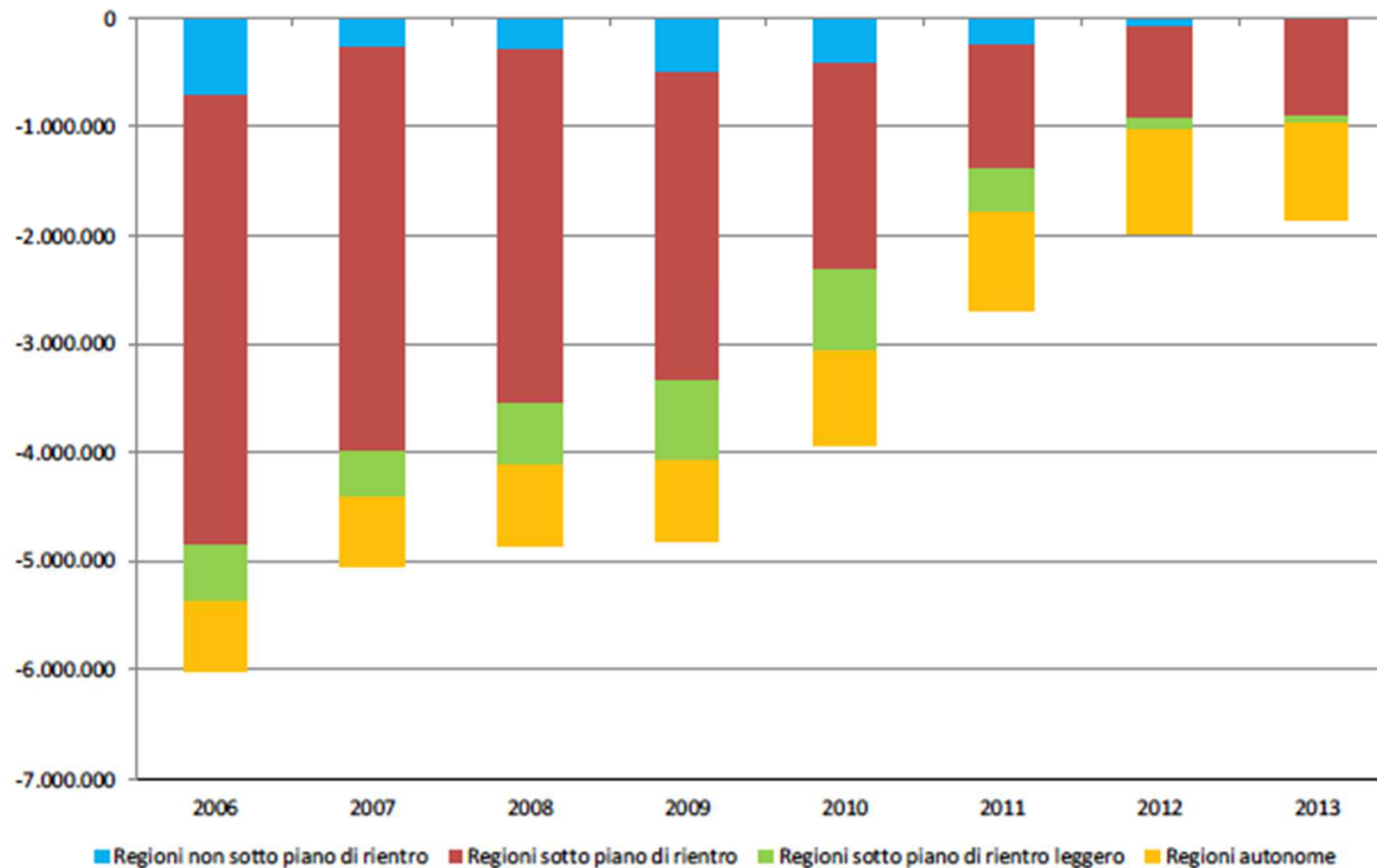
# Regioni virtuose e in difficoltà

Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	-328.661	-170.753	-360.566	-387.523	-422.444	-274.636	-108.615	-41.865
Valle d'Aosta	-70.554	-56.630	-61.532	-38.445	-58.561	-47.303	-49.845	-53.114
Lombardia	-293	45	96	12.712	-44.086	13.842	2.265	10.261
P.A di Bolzano	-274.352	-261.515	-262.926	-185.596	-229.895	-222.959	-237.800	-184.507
P.A di Trento	-143.210	-150.415	-163.744	-202.228	-210.607	-224.254	-243.419	-218.186
Veneto	-144.620	-134.670	-148.512	-103.012	-6.095	114.961	11.575	7.584
Friuli Venezia Giulia	-4.249	-44.445	-42.125	-67.892	-77.490	-69.330	-49.057	-43.949
Liguria	-95.593	-102.288	-109.311	-126.905	-95.402	-142.969	-46.160	-91.345
Emilia Romagna	-288.513	-91.204	-42.204	-118.360	-134.870	-104.581	-47.652	1.256
Toscana	-98.385	42.788	-2.445	-163.972	-71.655	-113.384	-50.614	3.111
Umbria	-54.716	11.456	4.199	8.379	5.783	9.159	4.389	24.620
Marche	-47.520	15.879	34.304	12.788	-24.761	21.187	43.673	32.141
Lazio	-1.966.913	-1.696.481	-1.693.342	-1.419.449	-1.059.627	-773.938	-613.186	-702.890
Abruzzo	-197.064	-163.506	-107.656	-43.358	1.701	36.770	9.160	341
Molise	-68.494	-69.224	-78.727	-76.253	-64.695	-37.620	-54.765	-51.743
Campania	-749.714	-862.177	-826.736	-773.853	-497.509	-245.476	-111.076	6.143
Puglia	-210.811	-265.742	-219.575	-350.329	-332.705	-108.350	3.814	-39.574
Basilicata	2.987	-19.868	-34.749	-25.120	-35.978	-48.550	3.861	-3.401
Calabria	-55.306	-277.059	-195.304	-249.030	-187.511	-110.431	-70.722	-30.626
Sicilia	-1.088.413	-641.451	-352.004	-270.344	-94.253	-26.091	-7.801	-102.268
Sardegna	-129.216	-115.437	-184.926	-266.742	-283.560	-343.401	-371.487	-379.638
<b>ITALIA</b>	<b>-6.013.608</b>	<b>-5.052.699</b>	<b>-4.847.783</b>	<b>-4.834.532</b>	<b>-3.924.219</b>	<b>-2.697.355</b>	<b>-1.983.462</b>	<b>-1.857.649</b>
Regioni non sotto piano di rientro	-726.653	-277.863	-298.621	-503.490	-407.063	-250.336	-78.663	-15.773
% su TOTALE	12,1%	5,5%	6,2%	10,4%	10,4%	9,3%	4,0%	0,8%
Regioni sotto piano di rientro	-4.125.903	-3.709.898	-3.253.768	-2.832.287	-1.901.894	-1.156.786	-848.390	-881.042
% su TOTALE	68,6%	73,4%	67,1%	58,6%	48,5%	42,9%	42,8%	47,4%
Regioni sotto piano di rientro leggero	-539.472	-436.495	-580.141	-737.852	-755.149	-382.986	-104.801	-81.440
% su TOTALE	9,0%	8,6%	12,0%	15,3%	19,2%	14,2%	5,3%	4,4%
Regioni autonome	-621.580	-628.442	-715.253	-760.902	-860.114	-907.246	-951.608	-879.394
% su TOTALE	10,3%	12,4%	14,8%	15,7%	21,9%	33,6%	48,0%	47,3%

# Regioni virtuose e piani di rientro

- Le regioni che presentavano situazioni di squilibrio sostanziale (Lazio, Campania e Sicilia nel 2006 rappresentavano circa il 60% del disavanzo complessivo di 6 mld euro del SSN) sono state inquadrate in Piani di rientro, veri e propri programmi di ristrutturazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.
- Procedure automatiche di interventi sulla fiscalità regionale per coprire i disavanzi (aumento addizionali IRAP e IRPEF).
- Piani di rientro: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia + Piemonte e Puglia (rientro “leggero”).

# Totale disavanzi regionali 2006-2013



# Il peso della spesa privata

- Al 2013 la spesa in strutture convenzionate a carico del SSN è pari a circa il 22% della spesa totale, ma con tasso di crescita in diminuzione.
- Al 2012, la spesa privata per sanità ammontava a circa il 2.2% del PIL (contro il 7% della spesa pubblica) (fonte OECD). In totale, circa il 78% della spesa sanitaria è a carico del settore pubblico (media UE 72%, US: 46%).
- Circa il 38% degli italiani (2012) fa uso di servizi privati.
- 92% della spesa privata è Out of Pocket!

## **II. Sostenibilità dell'attuale modello di welfare.**

# Sostenibilità...

- Sostenibilità: concetto di medio/lungo periodo.
- E' possibile mantenere un sistema strutturato così com'è ora nel medio/lungo termine?
- Analisi quantitativa richiede:
  - Proiezione crescita economica;
  - Proiezione sviluppo demografico;
  - Proiezione delle componenti di spesa.
- Focus a livello europeo: Sustainability reports.
- Incertezza!

# Sostenibilità?

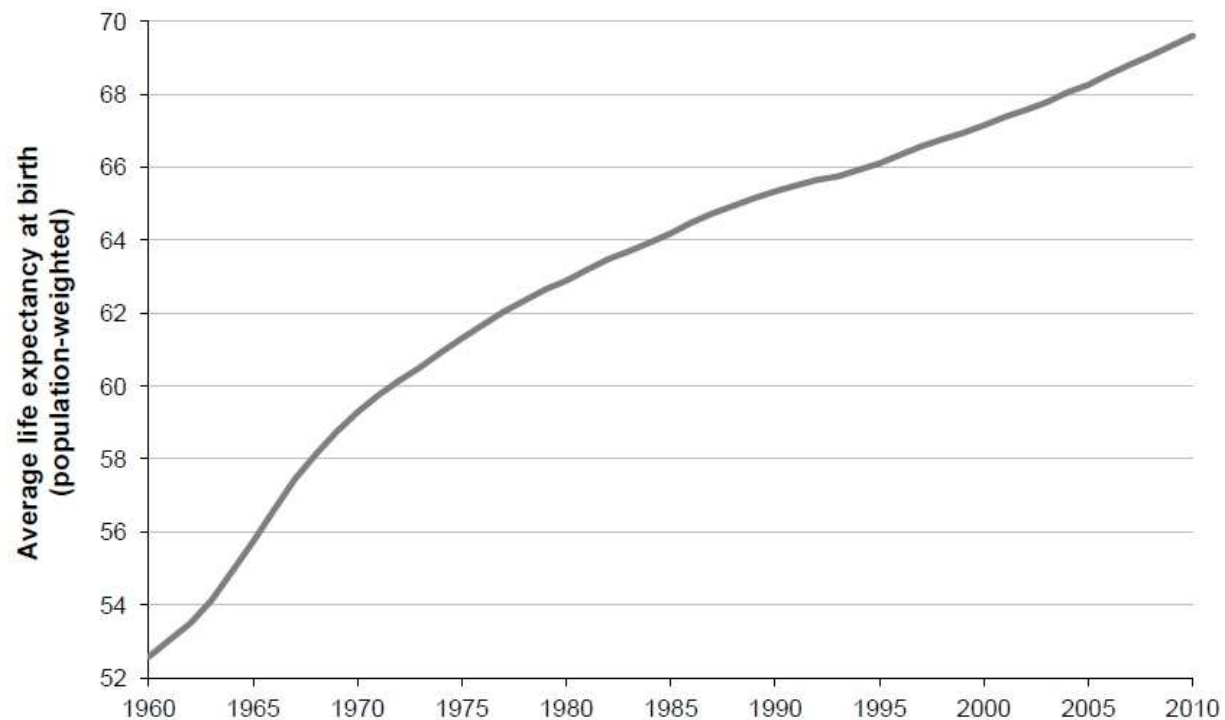
- Il discorso della sostenibilità della spesa pubblica sanitaria non può essere slegato da un discorso globale sulla sostenibilità dei costi del modello di welfare da parte della finanza pubblica (anche spesa per pensioni e servizi di long term care).
- Problema: vincoli di bilancio.
- Finanziamento pay-as-you-go.
- Attualmente, la pressione in termini di spesa per pensioni ,sanità e ltc in termini di GDP pro-capite su ciascun lavoratore è del 63% circa.

# Determinanti della crescita spesa sanitaria

- Invecchiamento della popolazione.
- Maggior incidenza malattie croniche.
- Crescente peso dei costi legati alla “long-term care”.
- Progresso tecnologico.

# Trend demografici/1

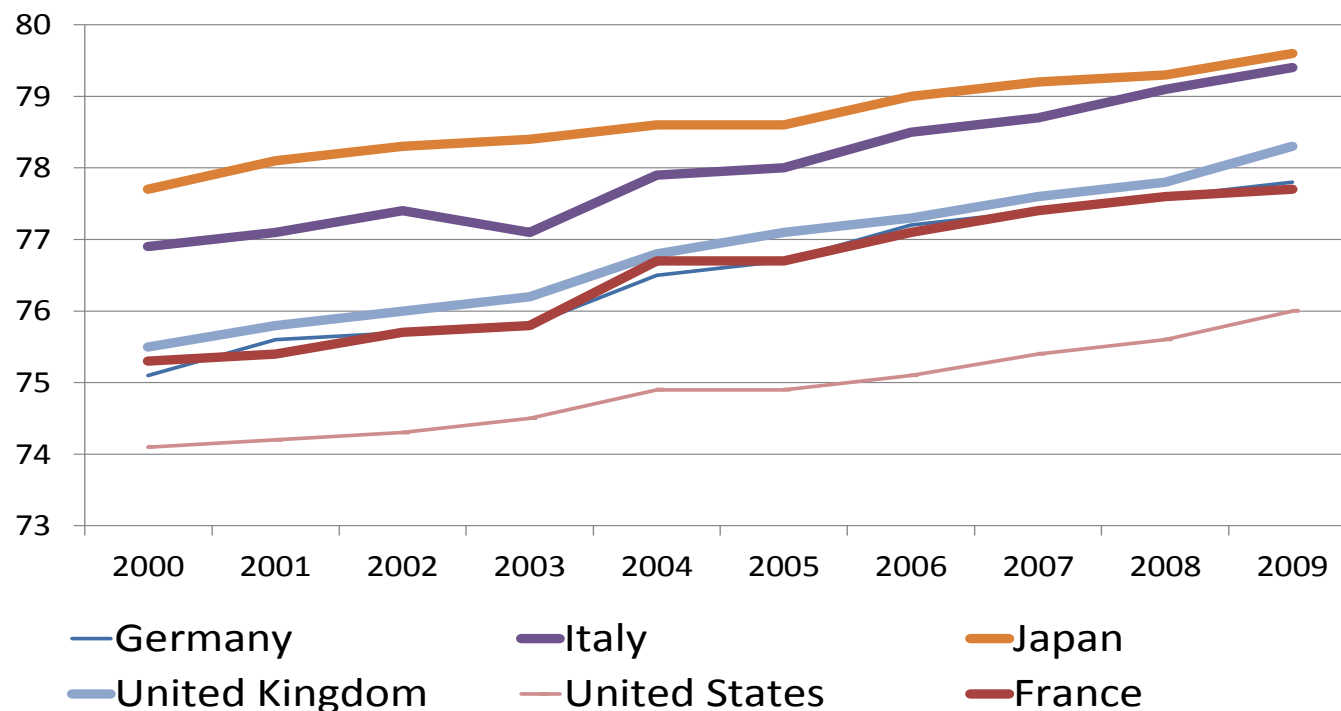
- L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale.



# Trend demografici/2

- Nei paesi più sviluppati, l'aspettativa di vita continua ad aumentare (di circa 2 anni ogni 10)

## Life Expectancy at Birth

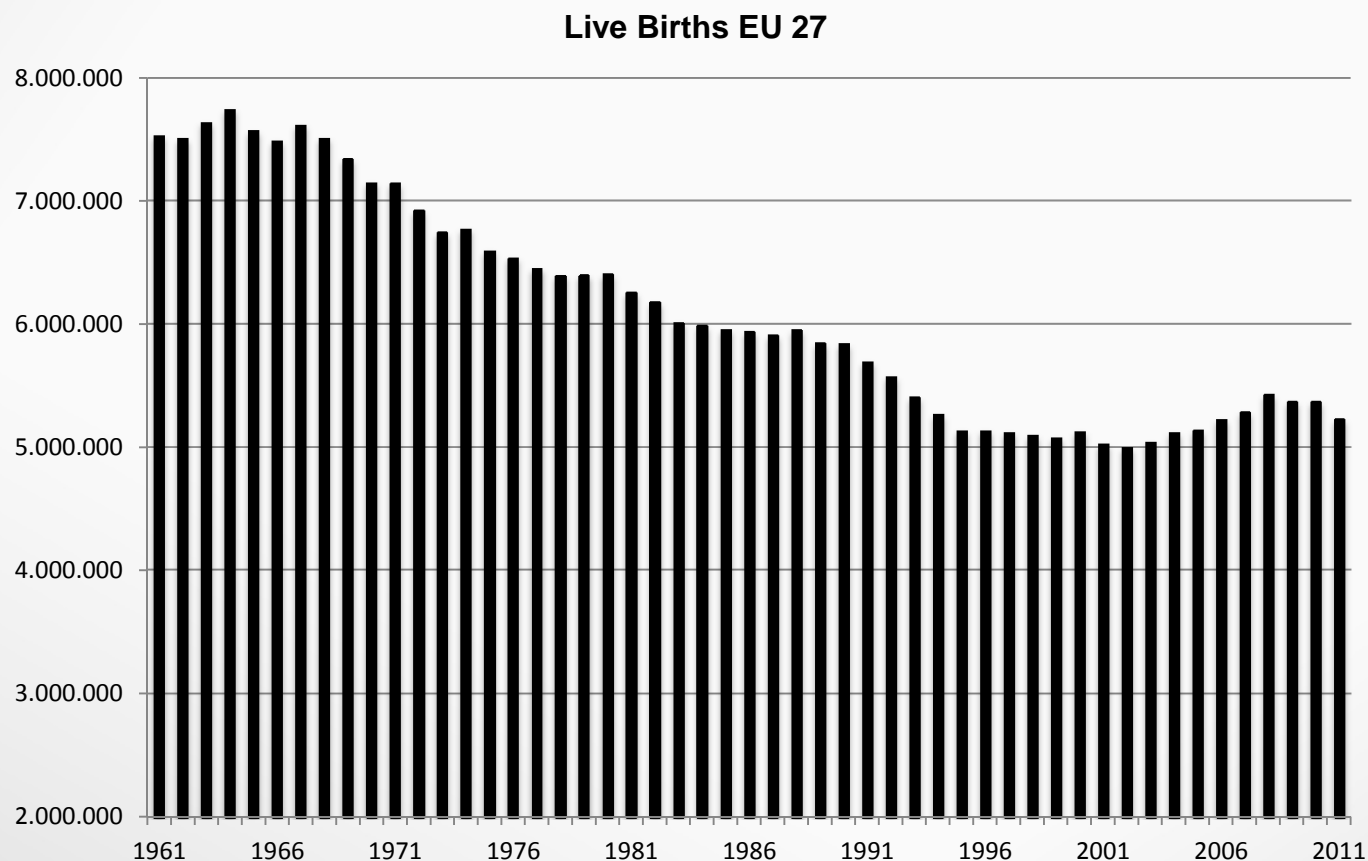


# Cause del miglioramento dell'aspettativa di vita

- Miglioramento delle condizioni di vita (maggior benessere);
- Stili di vita più sani (alimentazione, attività fisica);
- Progresso tecnologico nella sanità:
  - riduzione mortalità infantile;
  - prevenzione;
  - Cure efficaci per alcune malattie largamente diffuse.

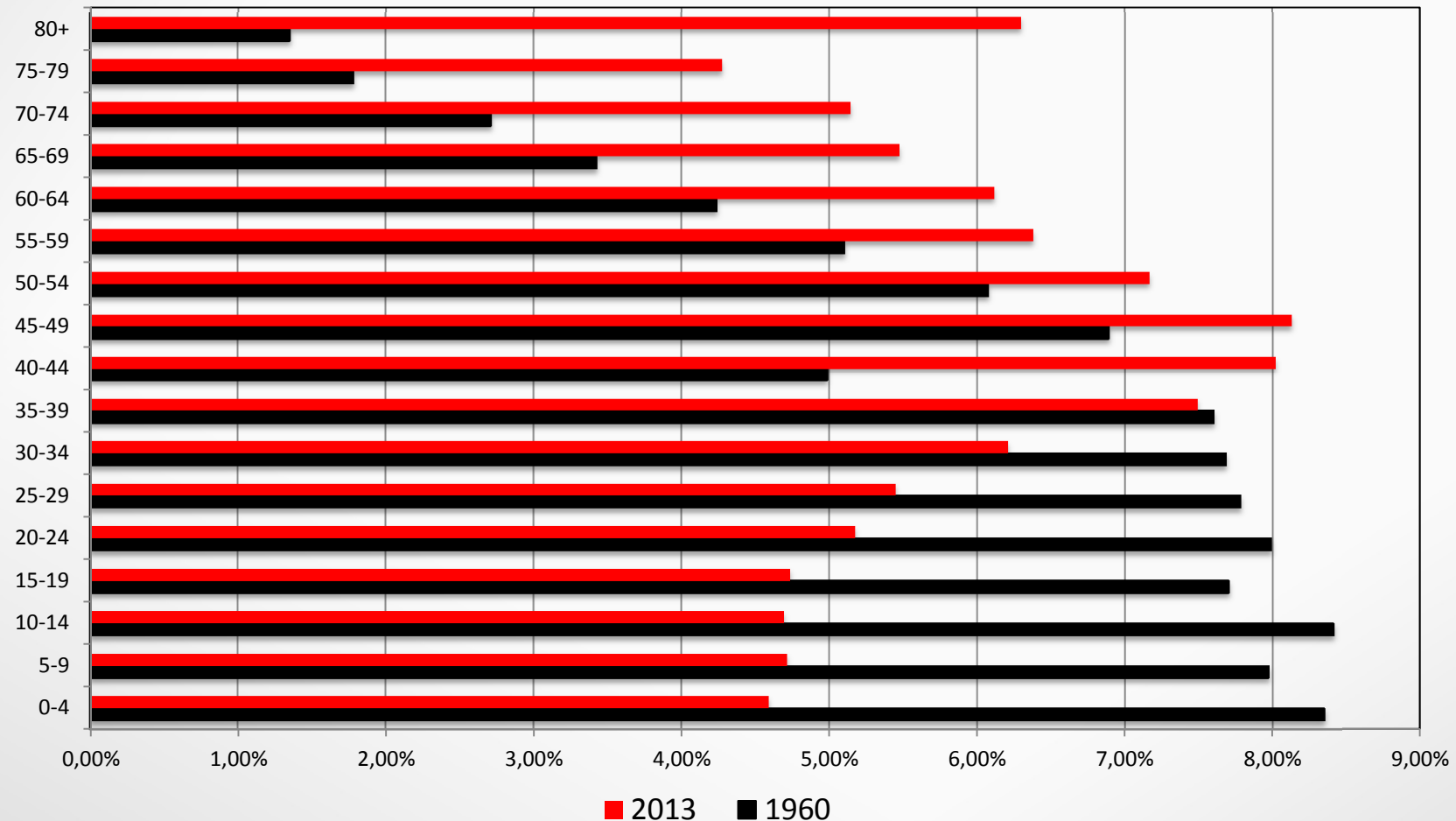
# Trend demografici/3

- Baby boom negli anni tra il '50 e il '60 seguito da calo nel numero di nascite.



Fonte: Eurostat

# Composizione popolazione italiana per età

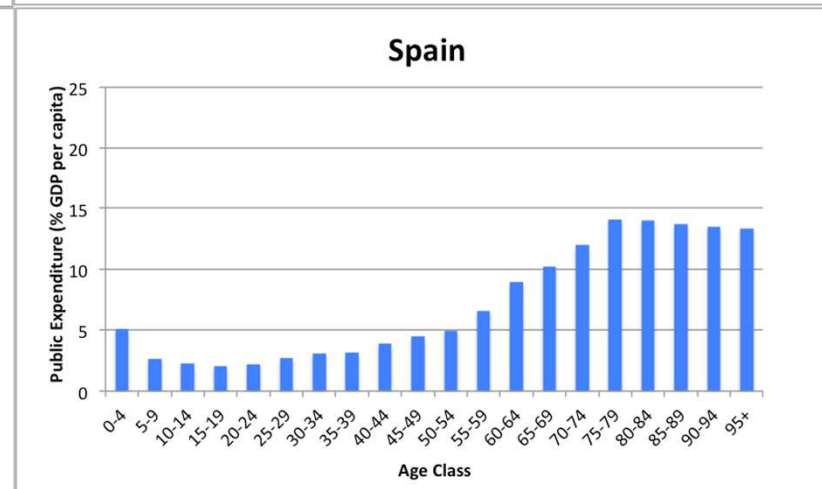
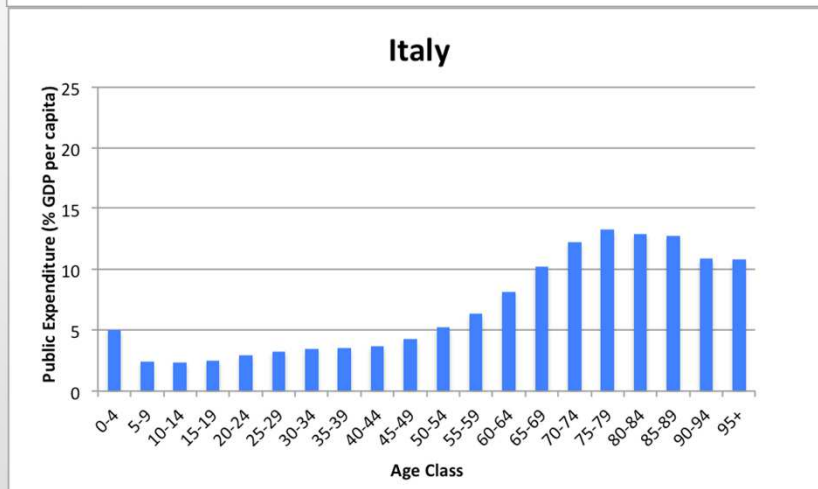
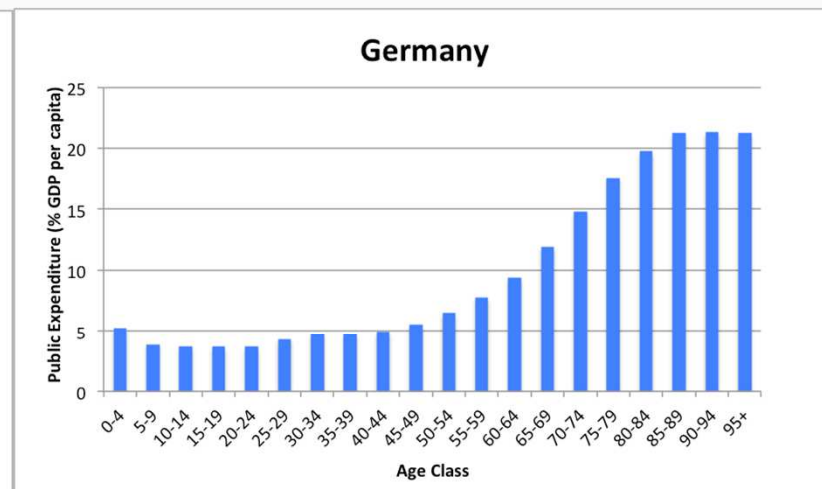
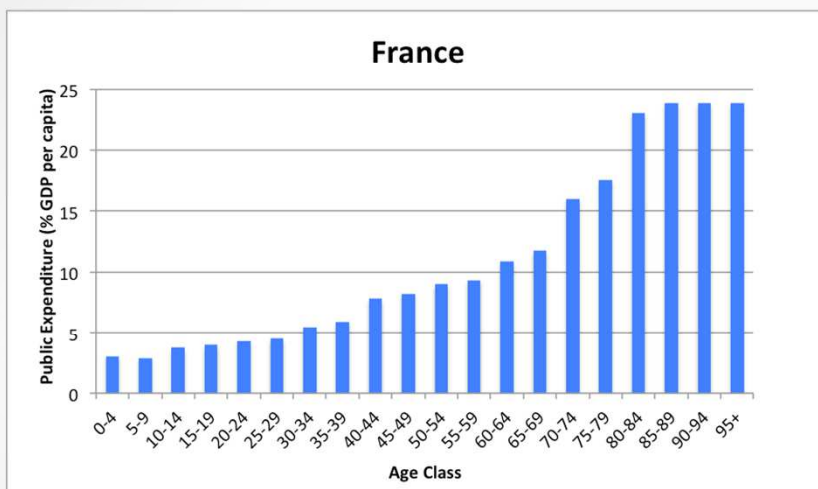


# Conseguenze della transizione demografica sui sistemi di welfare

- Sistemi di welfare europei (sanità e pensioni) originati in generale negli anni '50-'60: baby-boom, alti tasso di crescita economica.
- Progressivo ribilanciamento dei pesi relativi delle coorti.
- Crescita dei dependency ratios (numero dei “dependents”, over 65, rispetto ai lavoratori): particolarmente rilevante per la spesa pensionistica, ma visto il sistema di esenzioni, anche per la spesa sanitaria.

# Problemi legati all'invecchiamento per i costi del sistema sanitario

- Spesa per salute: cresce con l'età.



# Maggior incidenza malattie croniche

- Aumento popolazione anziana genera un aumento delle persone con patologie croniche che potenzialmente possono generare disabilità.
- In realtà, all'aumento dell'aspettativa di vita corrisponde solo un lieve aumento degli anni vissuti in disabilità in media.

	MASCHI				FEMMINE			
	1991	1994	2000	2005	1991	1994	2000	2005
<b>65 anni</b>								
LE	15.2	15.5	16.5	17.5	19.0	19.4	20.4	21.3
DFLE	12.1	12.7	13.7	14.6	13.8	14.1	14.9	15.6
DLE	3.0	2.8	2.8	2.8	5.1	5.2	5.4	5.6
HR (*100)	80.1	81.9	83.1	83.7	72.9	73.0	73.3	73.5

# Healthy ageing hypothesis

- Da un punto di vista “micro”, alcuni lavori hanno sottolineato come la maggior parte dei costi individuali avvengano nell’anno antecedente alla morte (Zweifler,1999): invecchiamento comporta anche uno spostamento dell’età media del manifestarsi delle malattie. La death-proximity è più rilevante dell’età.
- Dal punto di vista “macro” la letteratura (es. Pammolli et al., 2012) ha sempre trovato evidenza di maggiori costi per sanità associati a popolazioni più longeve.

# Crescita della spesa Itc

## Un ticket occulto da 3 miliardi per assistere gli anziani a casa

Asl senza i fondi necessari alla cura a domicilio delle persone non autosufficienti  
Spese scaricate sui privati e rischi per i pazienti ricorrendo a gente impreparata

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) non accessibile a circa il 90% dei cittadini;
- Offerta frammentata (Comuni, ASL, Stato) e insufficiente a soddisfare i bisogni;
- Scarsa copertura privata a fronte di alti costi per strutture e assistenza domiciliare.

# Progresso tecnologico

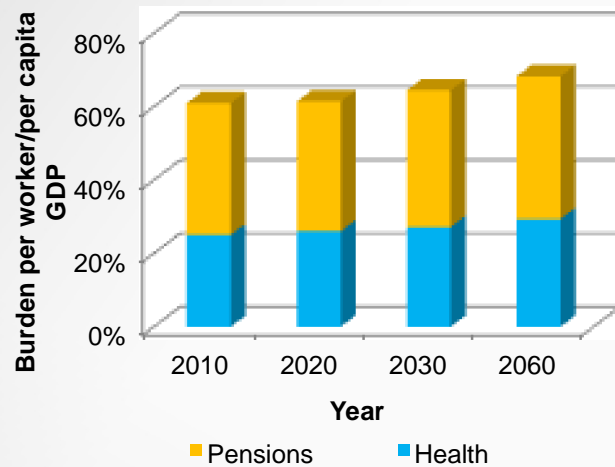
- Trattamenti ad alto contenuto di innovazione: possono essere molto costosi;
- Problema cruciale: scarso monitoraggio del lato “costi” delle nuove tecnologie, normalmente ci si concentra sui benefici prodotti da nuovi farmaci e procedure.

# Proiezioni/1

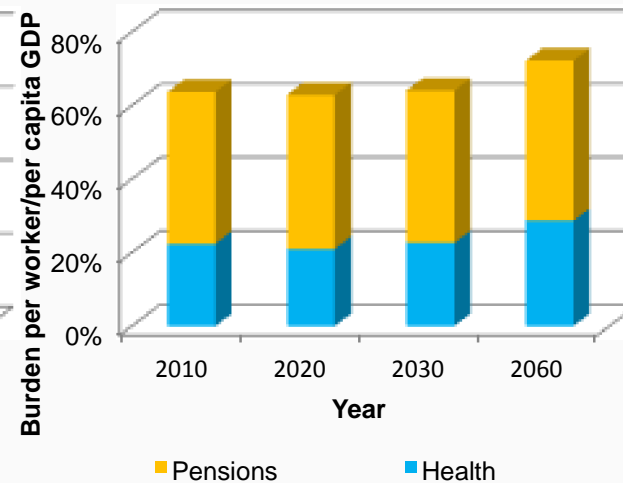
	Current	2015	2020	2030	2040	2050	2060
<b>Austria</b>	8.4%	8.5%	8.8%	9.3%	9.7%	10.0%	10.2%
<b>Belgium</b>	8.2%	8.3%	8.4%	8.6%	8.9%	9.0%	9.1%
<b>Cz. Republic</b>	6.3%	6.4%	6.6%	7.0%	7.3%	7.4%	7.5%
<b>Denmark</b>	9.4%	9.6%	9.8%	10.3%	10.6%	10.7%	10.9%
<b>Finland</b>	6.8%	6.9%	7.1%	7.5%	7.7%	7.7%	7.8%
<b>France</b>	9.0%	9.1%	0.2%	9.6%	10.0%	10.1%	10.1%
<b>Germany</b>	8.7%	8.8%	9.1%	9.6%	10.2%	10.5%	10.5%
<b>Greece</b>	6.2%	6.3%	6.5%	7.0%	7.5%	7.8%	7.9%
<b>Hungary</b>	5.0%	5.1%	5.2%	5.5%	5.8%	5.9%	6.1%
<b>Ireland</b>	6.0%	6.1%	6.3%	6.9%	7.4%	7.5%	7.4%
<b>Italy</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.6%</b>	<b>7.9%</b>	<b>8.0%</b>	<b>8.0%</b>
<b>Luxembourg</b>	5.9%	6.0%	6.0%	6.2%	6.4%	6.7%	6.9%
<b>Netherlands</b>	9.1%	9.2%	9.5%	10.2%	10.6%	10.8%	10.8%
<b>Norway</b>	7.9%	8.0%	8.2%	8.6%	8.9%	9.2%	9.5%
<b>Poland</b>	4.7%	5.8%	6.0%	6.4%	6.7%	6.9%	7.0%
<b>Portugal</b>	6.6%	6.7%	7.0%	7.5%	8.0%	8.4%	8.7%
<b>Slovakia</b>	5.6%	5.7%	6.0%	6.6%	7.1%	7.5%	7.7%
<b>Spain</b>	6.9%	7.0%	7.3%	7.9%	8.5%	8.6%	8.4%
<b>Sweden</b>	7.8%	7.8%	7.9%	8.1%	8.2%	8.3%	8.4%

# Aumento previsto dei costi per pensioni e sanità

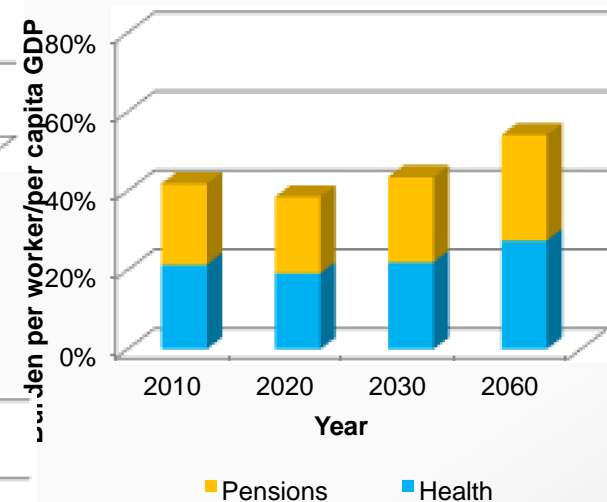
**France**



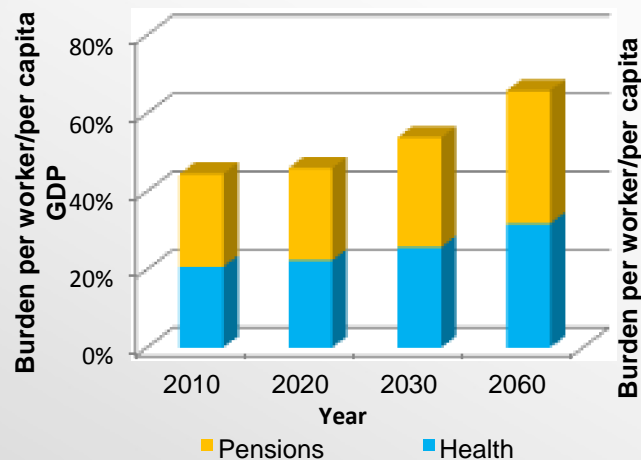
**Italy**



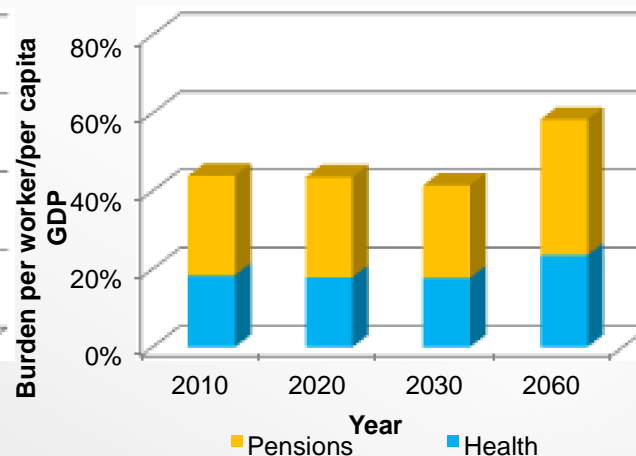
**United Kingdom**



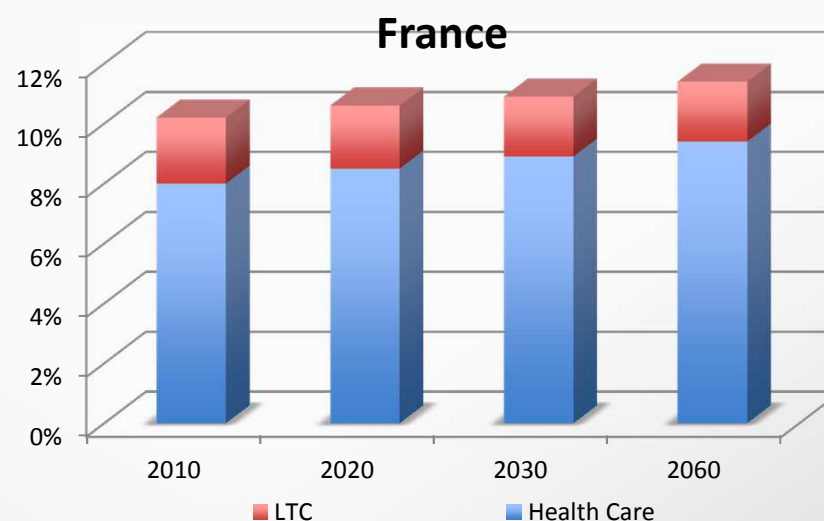
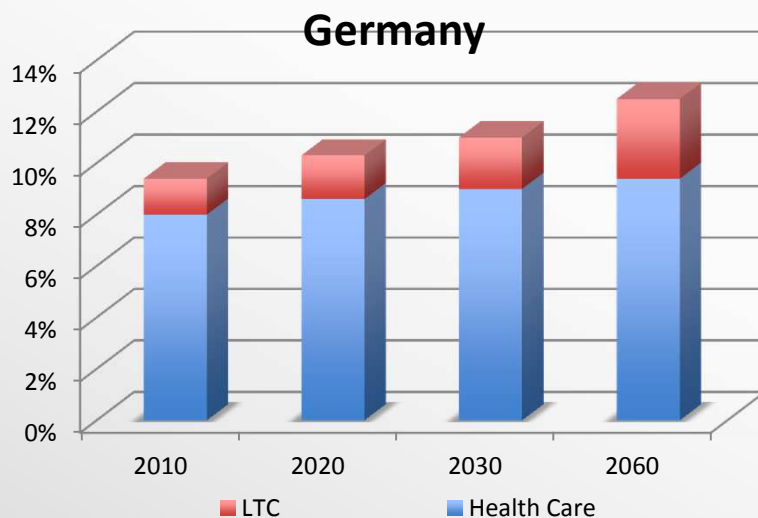
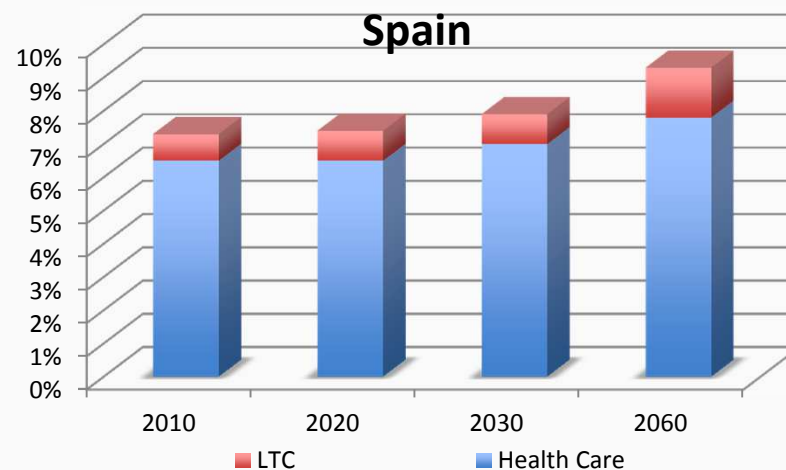
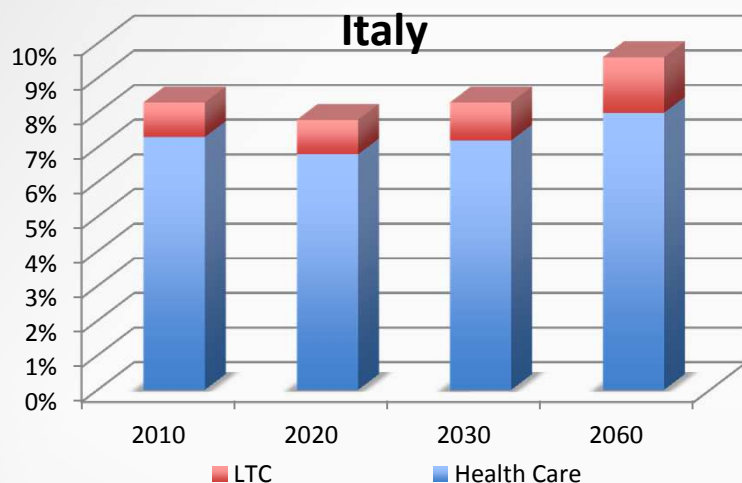
**Germany**



**Spain**



# Aumento previsto dei costi per sanità



# Aumento previsto dei costi per sanità

- Previsioni a fronte di ipotesi di medio/ lungo periodo moderatamente ottimistiche.
- Fardello fiscale già pesante a carico dei lavoratori: impossibilità di aumentare la tassazione nel futuro, effetto depressivo sulla crescita da tassazione del reddito e del costo del lavoro.
- Pesanti vincoli di bilancio: riduzione dei benefici è strada obbligata?

# Verso una riduzione della copertura pubblica (?)

	2013	2015	2020	2030	2040	2050	2060
Austria	75.9%	75.0%	72.7%	68.5%	64.2%	61.3%	60.3%
Belgium	75.2%	74.7%	73.7%	71.2%	69.1%	68.1%	67.0%
Cz. Republic	84.0%	82.9%	80.3%	75.1%	71.3%	69.5%	68.3%
Denmark	85.8%	84.8%	82.1%	77.7%	75.5%	74.0%	72.8%
Finland	75.0%	74.1%	71.9%	67.7%	65.7%	65.4%	64.1%
France	77.4%	76.8%	75.3%	71.8%	68.9%	67.8%	67.6%
Germany	76.7%	75.2%	72.7%	68.2%	63.4%	60.8%	60.8%
Greece	67.1%	66.2%	64.2%	59.4%	54.1%	50.4%	49.3%
Hungary	62.6%	61.9%	60.1%	56.1%	53.3%	51.1%	49.5%
Ireland	67.6%	66.8%	64.2%	57.4%	52.1%	50.7%	51.9%
<b>Italy</b>	<b>77.3%</b>	<b>77.1%</b>	<b>75.5%</b>	<b>72.1%</b>	<b>69.1%</b>	<b>67.8%</b>	<b>67.9%</b>
Luxembourg	83.5%	83.1%	82.2%	79.8%	76.5%	73.0%	69.5%
Netherlands	75.1%	74.1%	71.4%	66.3%	62.8%	61.3%	61.2%
Norway	85.0%	84.4%	82.3%	77.9%	74.6%	71.3%	67.8%
Poland	69.2%	68.5%	66.3%	61.6%	58.1%	55.7%	54.4%
Portugal	65.0%	64.1%	61.9%	56.6%	51.3%	47.3%	44.6%
Slovakia	69.7%	68.5%	65.2%	58.4%	52.1%	47.2%	44.8%
Spain	73.0%	71.9%	68.9%	61.7%	55.4%	54.0%	56.8%
Sweden	81.3%	81.0%	80.0%	78.3%	77.3%	76.4%	75.4%

# **III. Livelli di tutela, monitoraggio, qualità ed efficienza.**

# Livelli di tutela

- Riduzione della spesa per sanità o riorganizzazione del modello: revisione del “patto” coi cittadini (?) e fra le generazioni (?)
- **Come gestire il trade-off tra sostenibilità e offerta di servizi (e qualità degli stessi)?**
- Spendere meno e meglio è possibile? Cost-efficiency vs. qualità del servizio vs. produttività.

# Livelli Essenziali di Assistenza

- I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono costituiti dall'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio Sanitario nazionale (SSN) eroga a tutti i cittadini, gratuitamente o col pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza.
- Definiti per la prima volta nel 2001, da ridefinire ogni 3 anni.
- Stabiliti a livello nazionale, ma è concesso alle Regioni, in autonomia, di alzare gli standard.

# Livelli Essenziali di Assistenza

- L'intesa Stato-Regioni del 2005 ha stabilito un Comitato permanente (Comitato LEA) per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse.
- In base alla performance, valutata su una serie di indicatori che misurano standard di qualità della prevenzione, assistenza, cura, a ciascuna regione è dovuta una quota premiale di finanziamento.

# Universalità dell'accesso: le esenzioni dal ticket sanitario

- Malati cronici o affetti da malattie rare
- Invalidi
- Inferiori ai 6 anni e superiori ai 65 (sotto certa soglia di reddito familiare)
- Disoccupati, pensionati sociali, titolari di pensione minima
- Esami per diagnosi precoce tumori, test HIV, esami in gravidanza

# Mantenimento erogazione LEA 2012

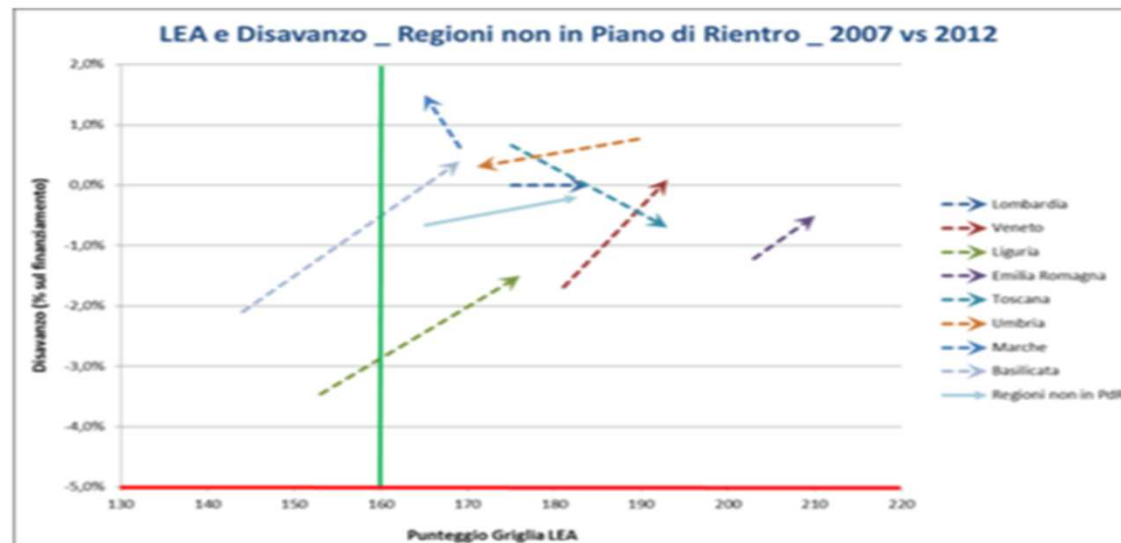
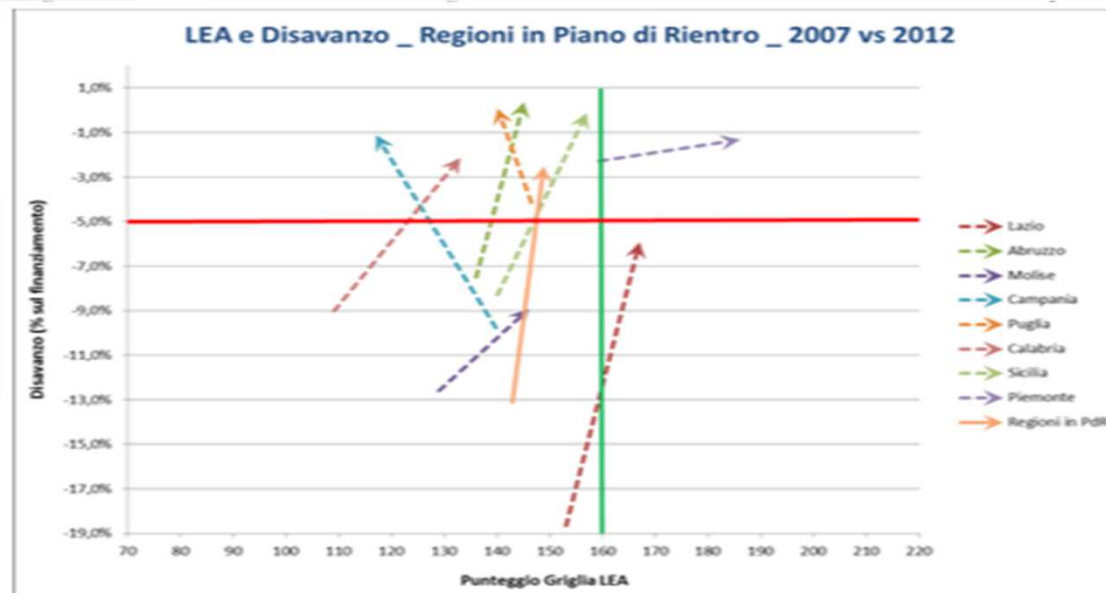


- adempiente
- adempiente con impegno su alcuni indicatori
- critica
- non sottoposta a verifica

# Disparità regionali

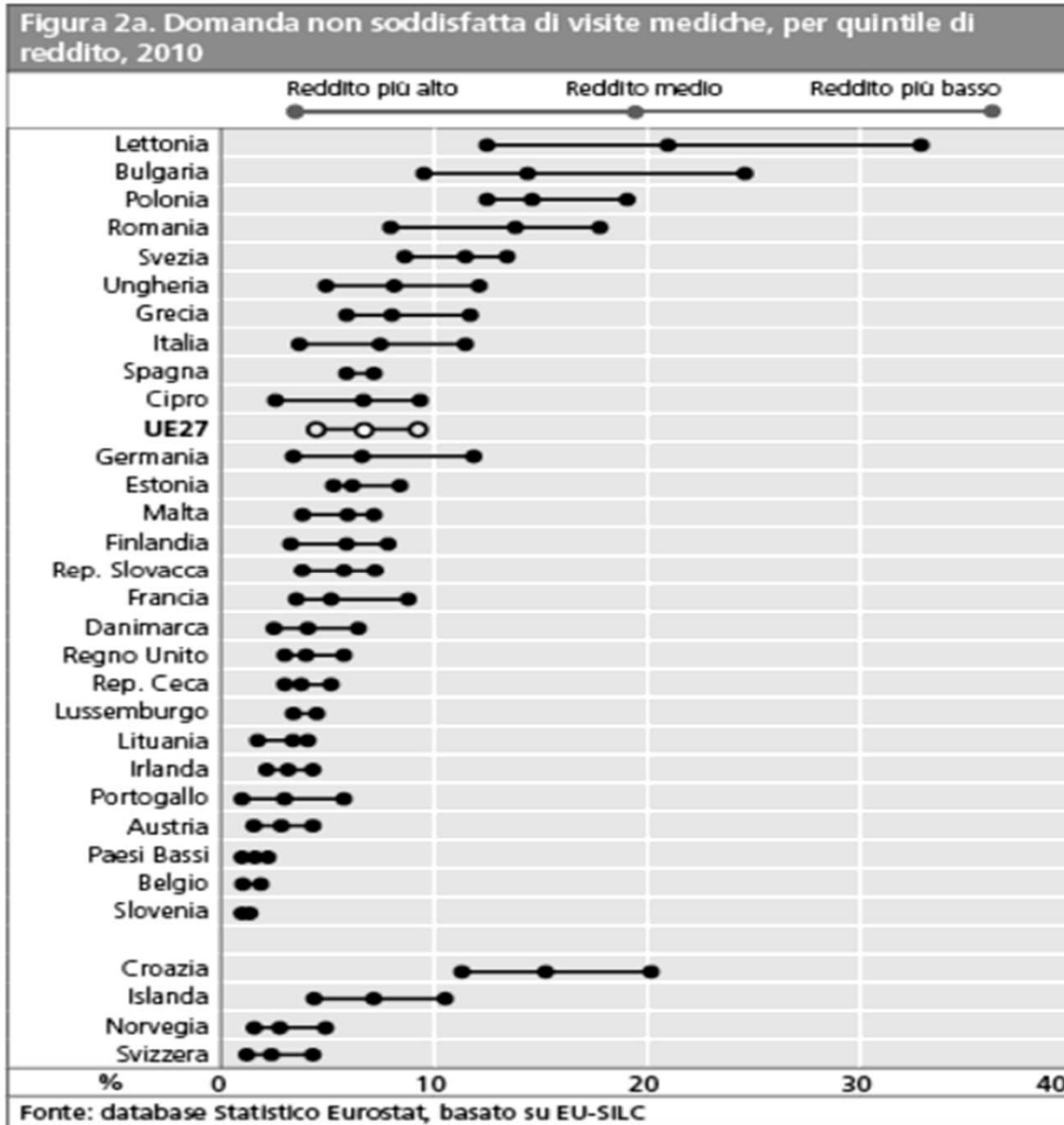
- Come nella situazione finanziaria, anche nella qualità dei servizi ci sono ampie disparità regionali (evidente disparità Nord/Sud);
- Piani di Rientro: vincoli di bilancio sembrano creare maggiori distanze.
- Regioni in Piano di Rientro: > % intervistati che dichiarano aumento di spese (62% vs. 55%), e > aumento annuo (+20% vs. +15%), > utilizzo sanità privata per tempi di attesa lunghi.

# Mantenimento LEA e disavanzi



Fonte: Ministero della salute. 2013

# Disparità nell' accesso ai servizi



# Problemi rilevati dai cittadini

<i>(val. %)</i>	
<i>Secondo Lei, quali sono i principali problemi della sanità nel suo territorio?</i>	Italia
Liste d'attesa troppo lunghe	66,6
Sprechi, uso inefficiente delle risorse	30,9
Edifici sanitari, dagli ospedali agli ambulatori, malmessi, fatiscenti, in cattive condizioni	11,8
Personale poco gentile, nervoso, non attento al paziente	12,1
Pochi soldi pubblici rispetto ai bisogni sanitari dei cittadini	16,9
Servizi sul territorio (medici, assistenza domiciliare integrata, strutture semidiurne ecc.) pochi e/o male organizzati	11,1
Disuguaglianze tra i cittadini nell'accesso alle prestazioni sanitarie	8,0
Poche informazioni, tante difficoltà per capire a chi rivolgersi per ciascun problema	12,8
Poca collaborazione nella sanità tra strutture, tra servizi e tra operatori	9,8

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis, 2014*

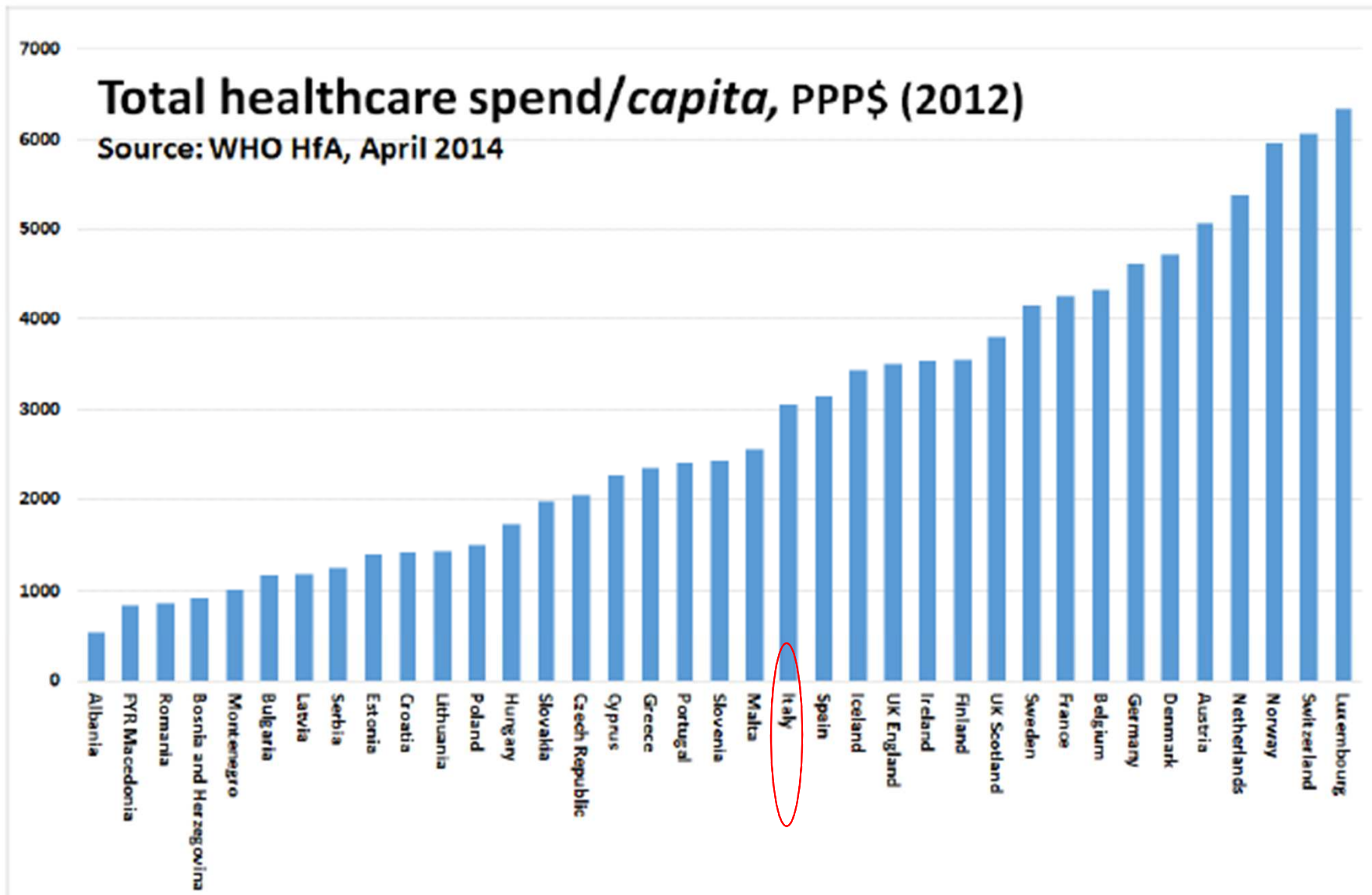
# Liste di attesa

- Rappresentano la problematica più sentita dai cittadini, sia in termini di esami diagnostici, di visite specialistiche, interventi chirurgici con conseguente necessità di rivolgersi al provider privato o all'intramoenia (60% circa degli utilizzatori di sanità privata).
- Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa definisce i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni, con sanzioni formali per chi non li rispetta.

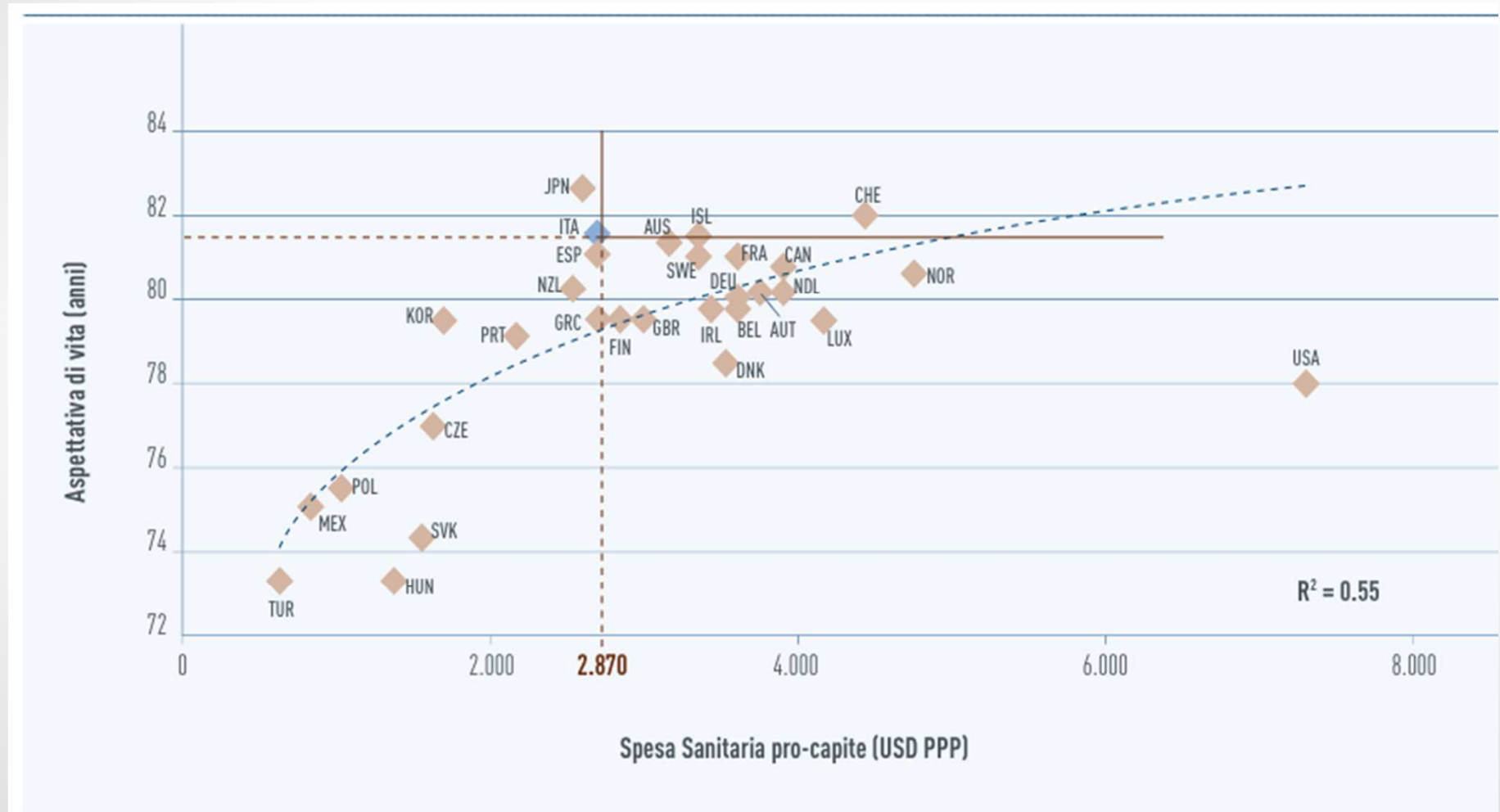
# Efficienza del sistema

- Come si spende in Italia?
- Misurare l'efficienza e la qualità di un sistema sanitario non è semplice, anche perchè ci sono grosse differenze di offerta, organizzazione, spesa pro-capite tra le diverse nazioni.
- Produttività: come si può misurare? Outcome finale: incremento vita media, decremento mortalità infantile, minori decessi a causa di una determinata malattia. Non è facile però individuare gli input: cure, stili di vita,... Oppure: qualità percepita dall'utilizzatore!

# Spesa pro-capite



# Salute del servizio sanitario pubblico



Fonte: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

# Italia: alcune classifiche

- WHO 2000: L'Italia era classificata al secondo posto come performance del sistema sanitario.
- Bloomberg (2014): terzo posto dietro Singapore e Hong Kong.

Rank 2014	Country	↓	Efficiency score	Life expectancy	Health-care cost as percentage of GDP	Health-care cost per capita	Change in life expectancy (years)	Change in health-care cost per capita
1	Singapore		78.6	82.1	4.5%	\$2,426	0.40	\$281.73
2	Hong Kong SAR		77.5	83.5	5.3	1,944	0.06	535.68
3	Italy		76.3	82.9	9.0	3,032	0.30	-306.64
4	Japan		68.1	83.1	10.2	4,752	0.50	110.93
5	South Korea		67.4	81.4	7.0	1,703	0.40	50.11
6	Australia		65.9	82.1	9.1	6,140	0.20	25.62
7	Israel		65.4	81.7	7.0	2,289	0.00	-84.64
8	France		64.6	82.6	11.8	4,690	0.45	-278.26
9	United Arab E...		64.1	77.0	3.2	1,343	0.18	-32.24
10	United Kingdom		63.1	81.5	9.4	3,647	0.55	-11.47
11	Norway		63.0	81.5	9.1	9,055	0.16	-852.86
12	Mexico		59.1	77.1	6.3	618	0.22	9.48
13	Ecuador		58.4	76.2	6.7	361	0.28	-0.81
14	Spain		58.1	82.4	9.9	2,808	-0.10	-170.01
15	Switzerland		57.9	82.7	11.4	8,980	0.00	-267.86
16	Saudi Arabia		57.8	75.5	3.1	795	0.21	73.88
17	Chile		55.5	79.6	7.2	1,103	0.27	81.75
18	Czech Republic		54.1	78.1	7.7	1,432	0.20	-113.70
19	Finland		53.3	80.6	9.3	4,232	0.16	-179.44
19	Sweden		53.3	81.7	9.7	5,319	-0.10	-99.36

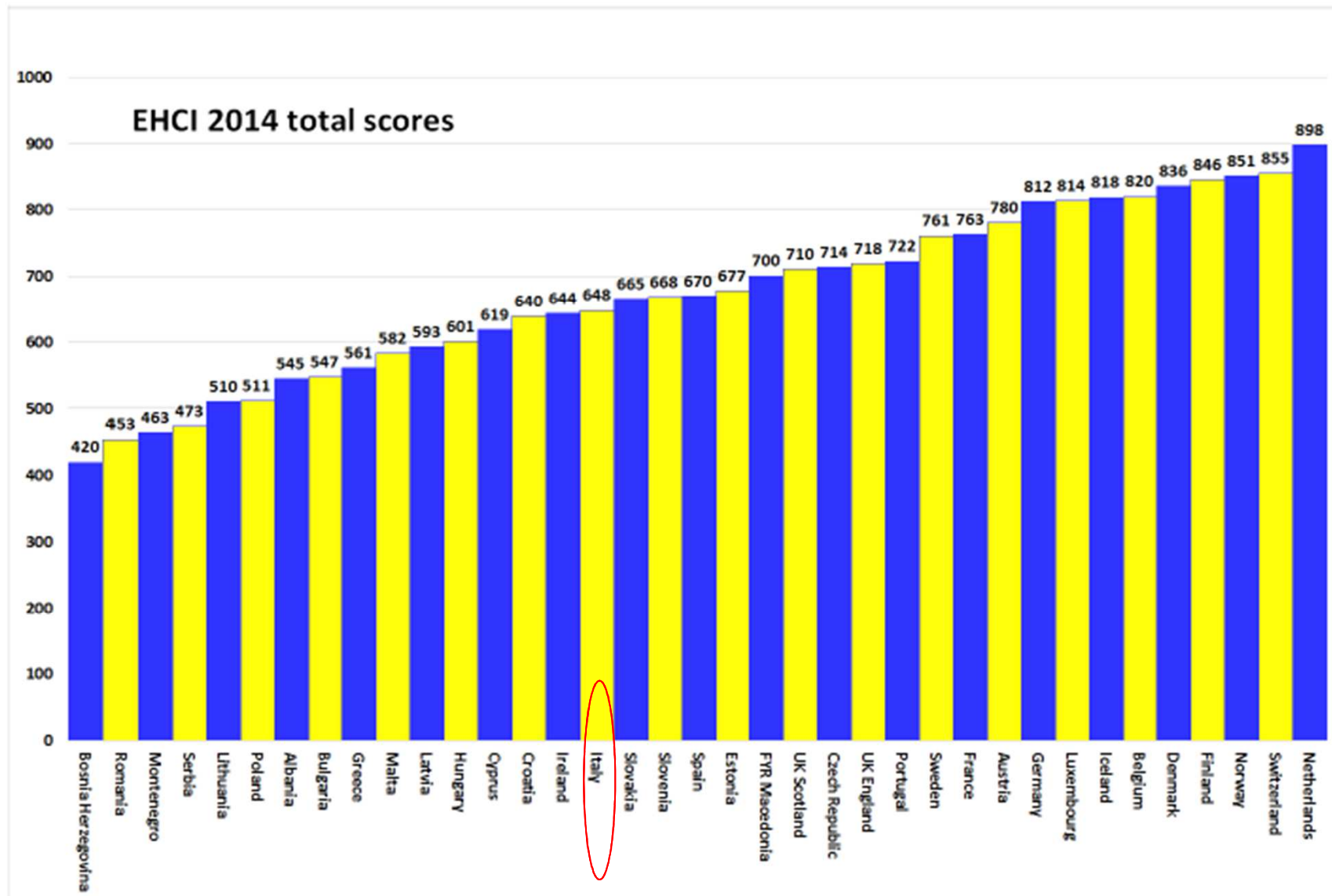
# Chi più spende...meglio spende??

*Countries with high 1980 health spending (as a percent of GDP)*

Ireland	8.2	8.7	0.5	4.2%	3.8%
Germany	8.4	10.5	2.1	1.8%	1.6%
Denmark	8.9	9.7	0.8	1.9%	1.7%
Sweden	8.9	9.4	0.5	1.6%	1.4%
United States	9.0	16.0	7.0	4.0%	1.8%

- La spesa sanitaria negli Stati Uniti (per larga parte privata) è cresciuta ad un ritmo 2 volte superiore al GDP fra il 1980 e il 2008.
- Chandra e Skinner (2012): la produttività di un sistema sanitario dipende principalmente dalla cost-efficiency dei trattamenti prevalenti. La maggior cost-effectiveness è raggiunta da miglioramenti nelle abitudini alimentari e degli stili di vita, per gli avanzamenti tecnologici ci sono: 1) innovazioni di tipo “home run” con scarsa possibilità di abuso; 2) trattamenti con alta cost-efficiency, ma non per tutti; 3) trattamenti con effetti incerti. US: prevalenza di 2) e 3) su 1): alta spesa con risultati mediocri!

# European Health Consumer Index



# **IV. Interventi per migliorare la sostenibilità: effetti e prospettive.**

# Innovazione e tecnologia

- Sistema della tessera sanitaria: garantisce l'accesso ai servizi sanitari in tutta l'UE.
- Prenotazioni on-line, ricetta informatizzata obbligatoria:
  - controllo diretto sulle prescrizioni (importante per applicazione decreto Balduzzi, riduzione errori);
  - cartella storica omni-comprensiva del paziente.
- Health Technology Assessment: obiettivo di valutare gli effetti reali dell'introduzione/esclusione (efficacia, efficienza) di un intervento per sistema sanitario, economia e società

# Spending Review

- Razionalizzazione della spesa ospedaliera, riduzione standard posti letto, riduzione spese per il personale;
- Razionalizzazione nell'acquisto di beni e servizi:
  - determinazione annuale di costi standard per tipo di servizi;
  - attenzione a prezzi di riferimento e procedure per diminuire gli sprechi nell'acquisto di beni e servizi da parte delle Aziende (Autorità Vigilanza Contratti Pubblici).
- Misure “automatiche” per riequilibrare i conti da parte delle regioni.

# Controllo della spesa farmaceutica

- Il budget per spesa farmaceutica è imposto sia in termini di spesa ospedaliera che territoriale per D.L. (11.35% e 3.5% al 2013).
- Sistema di contrattazione dei prezzi rimborsabili dal SSN.
- *Pay-back*: le aziende farmaceutiche sono responsabili in parte dello sforamento della spesa.
- *Risk sharing* sui farmaci innovativi.

# Il “superticket”

- Per ridurre i costi a carico dello Stato: revisione esenzioni e co-pagamenti (ticket).
- Inizio 2012: “superticket”. Ulteriore ridefinizione delle esenzioni dal luglio 2014.
- Effetto: diminuzione tra primo semestre 2011 e 2012 dell’8.5% delle prestazioni erogate a carico del SSN, soprattutto per gli esami di laboratorio, in particolare tra i non esenti.
- Spostamento verso il privato o rinuncia? Possibili rischi per la salute? Il 18% dichiara di aver rinunciato ad una visita (l’82% per motivi economici).

# Ricorso alla spesa Out-of-pocket

- Spesa out of pocket molto alta (85% del totale dei consumi privati, circa il 18% del totale della spesa sanitaria, 2012) a causa dello scarso sviluppo della copertura assicurativa privata. L'85% delle famiglie dichiara di averne fatto ricorso (2012).
- Rilevante problema di “sommerso”: il 40% (analisi CENSIS, 2014) dichiara di aver pagato in nero almeno una visita da uno specialista negli ultimi 12 mesi.

# Sanità integrativa

- Fondi sanitari integrativi: sviluppo dopo la riforma Bindi.
  - assistenza integrativa (secondo pilastro);
  - copertura di servizi che non rientrano nei LEA o ticket;
  - deducibilità fiscale dei contributi.
- Sono diffusi quelli collettivi contrattuali, scarso peso delle polizze personali (problema della asimmetria informativa). 6 milioni di italiani coperti. I 13 principali (40% degli iscritti) erogano rimborsi per circa 700 milioni l'anno.
- Gestione tecnica non semplice, largo ricorso alla ri-assicurazione.

# Long-term care

- Assistenza sanitaria intermediata può svolgere un ruolo importante per ltc, che presenta criticità rilevanti: insieme di prestazioni socio-assistenziali (frammentazione offerta, difficoltà accesso).
- Es: dipendenti (e pensionati) del settore assicurativo sono assicurati contro lo stato di non autosufficienza tramite fondo per prestazioni sanitarie.
- Insurance innovation: mix ltc/health e previdenza (annuity) per ridurre asimmetria informativa? Life Care Annuity (Murtaugh et al., 2001, Brown and Warshawsky, 2013)

# Conclusioni/1

- L'attuale sistema sanitario appare nel suo complesso sostenibile, anche se secondo le previsioni spesa sanitaria cresce più di spesa per pensioni.
- Le misure attuate per la razionalizzazione dei costi hanno contenuto la crescita della spesa sanitaria: ruolo cruciale di prevenzione ed altri investimenti ad alto rendimento (selezione accurata trattamenti cost-efficient).

## Conclusioni/2

- Le criticità più importanti riguardano le disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Ridefinizione dei LEA.
- Spazio per maggiore sviluppo del pilastro complementare, per coprire l'alto livello di spesa out of pocket.
- Fondi sanitari: coprono i lavoratori, non i pensionati!

# Riferimenti bibliografici

- Age.Na.S., 2014, Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni – anni 2008-2013.
- Brown, J. and M. Warshawsky, 2013, The life care annuity: a new empirical examination of an insurance innovation that addresses problems in the markets for life annuities and long-term care insurance, *Journal of Risk and Insurance*, 80, 677-703.
- Chandra, A. and Skinner, J., 2012, Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care, *Journal of Economic Literature*, 50, 645-680.
- Fondazione Censis Cergas-Bocconi, 2012, Il Sistema Sanitario in controluce, Rapporto 2012.
- Fondazione Censis Cergas-Bocconi, 2014, Il Sistema Sanitario in controluce, Rapporto 2014.
- Fondazione ISTUD, 2013, Viaggio nel Servizio Sanitario nazionale tra criticità e sostenibilità.
- Health Consumer Powerhouse, 2014, Euro Health Consumer Index 2014.
- Ministero della Salute, Verifica Adempimenti LEA Anno 2012, Aprile 2014.
- Murtaugh, C., Spillman, B. and M. Warshawsky, 2011, In Sickness and in health: an annuity approach to financing long-term care and retirement income, *Journal of Risk and Insurance*, 68, 225-254.
- Neodemos.it, 2013, Salute, sopravvivenza e sostenibilità dei sistemi sanitari: la sfida dell'invecchiamento demografico.
- Pammolli, F., Riccaboni, M. and Magazzini, L., 2012, The sustainability of European health care systems: beyond income and aging, *Eur J Health Econ* 13, 623-634.
- Ragioneria Generale dello Stato, 2014, Il monitoraggio della spesa sanitaria.
- [salute.gov.it](http://salute.gov.it)

**Grazie per l'attenzione!**

**SWITCH**

SUSTAINABLE WELFARE  
INNOVATION AND COMPETITION  
IN HEALTH

**[www.theswitchproject.eu](http://www.theswitchproject.eu)**  
**[info@theswitchproject.eu](mailto:info@theswitchproject.eu)**