

La voce amministrativa in periodo di *Spending Review*



OSPEDALE SAN RAFFAELE

Anna Flavia d'Amelio Einaudi

10 giugno 2015

Welfare state

- Il Welfare State (o Stato Sociale) è un sistema di norme con il quale lo stato cerca di eliminare le diseguaglianze sociali ed economiche tra i cittadini
- E' un sistema che si propone di offrire servizi e garantire diritti considerati essenziali (assistenza sanitaria, istruzione, indennità di disoccupazione e sussidi, accessi alle risorse culturali, difesa dell'ambiente)

Principali tappe evolutive

- 1601 in Inghilterra vengono emanate le «Poor Law»
- 1883 in Germania viene introdotta l'«Assicurazione Sociale»
- 1942 Rapporto del sociologo ed economista Britannico William Beveridge (*Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Service*), cd. Rapporto Beveridge

Welfare state: classificazione

- Welfare residuale: tipico dei paesi anglosassoni (USA, GB, Canada e Nuova Zelanda); i diritti sociali derivano dalla dimostrazione dello stato di bisogno
- Welfare di tipo particolaristico: tipico degli stati dell'Europa continentale e dell'Italia (in una prima fase); i diritti sociali derivano dalla professione esercitata
- Welfare universalistico: tipico dei paesi scandinavi e dell'Italia; i diritti sociali derivano dalla cittadinanza

Welfare state: la crisi

Sostanziale equilibrio fino alla fine degli anni '80



Incremento spesa pubblica

Sostenuta crescita del PIL

Rafforzamento della classe media

Prelievo fiscale

I fattori di crisi

Cambiamenti tecnologici ed evoluzione della produzione industriale



Crisi del ceto medio



Problemi di sostenibilità del sistema

Nuovi «paradigmi»

Ammodernamento dei servizi offerti

Economie di scala

Tetto alla tassazione per favorire i consumi

La crisi del WS: il settore sanitario

- In Italia la spesa del SSN storicamente è cresciuta del 4% annuo con un disavanzo medio del 4%. I dati del 2013 mostrano per la prima volta una riduzione rispetto al 2012 (-1,2%)
- La diminuzione della spesa si associa ad una contrazione del PIL (-0,4%) con una riduzione del peso "spesa sanitaria pubblica / PIL" dal 7,3% del 2012 al 7,2% del 2013



In linea strettamente teorica i dati sembrano dimostrare che si è riusciti a bloccare la dinamica espansiva della spesa, riducendo il disavanzo, in linea con le ridotte capacità di spesa dello Stato

Le leve d'intervento: la sostenibilità

Blocco o riduzione di input: sia in termini di volumi sia di costi unitari di acquisto

- Blocco delle retribuzioni dei dipendenti pubblici
- Riduzione della spesa per la farmaceutica convenzionata
- Riduzione delle tariffe di rimborso per gli operatori privati accreditati
- Tetti all'erogazione delle prestazioni

Incremento degli output a parità di risorse: le tariffe sono rimaste stabili ma nei fatti si è chiesto alle aziende di trattare anche i casi più complessi a parità di risorse

Contenimento degli output: ossia riduzione del volume di prestazioni da erogare, attraverso varie forme di governo degli accessi (liste di attesa / tetti)

Le leve d'intervento: la sostenibilità

Anche la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria è una misura di contrazione della spesa pubblica e spesso nei dibattiti sulla sostenibilità si richiama la possibilità di assegnare ai consumi privati un ruolo più rilevante

I dati degli ultimi anni evidenziano come questo non sia possibile: parallelamente alla riduzione della spesa pubblica infatti, si registra una riduzione della spesa privata (-1,5% nel 2012, -5,3% nel 2013)

Ciò che emerge è come i ticket siano risultati come una ulteriore fonte di entrata piuttosto che come strumento di riduzione della domanda inappropriata

BISOGNI NON SODDISFATTI: CAUSE DEL MANCATO SODDISFACIMENTO (2012 E 2007)

2012								
PAESI	Mancanza di contatto con un buon dottore	Paura dei medici/ospedali/trattamenti	Mancanza di tempo	Troppo caro	Troppo lontano	Lista d'attesa troppo lunga	Decisione di aspettare per vedere se il problema si risolve da sé	Altro
Belgio	0,0	0,1	0,2	4,5	0,0	0,0	0,6	0,2
Danimarca	0,5	1	0,2	4,5	0,0	1,4	2,3	2
Finlandia	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4	5,7	0,0	2
Francia	0,0	0,9	0,9	4,8	0,2	0,3	1,6	0,6
Germania	0,2	0,3	1,3	2,2	0,2	1,1	1,9	2,6
Grecia	0,0	0,2	0,4	11,0	0,0	0,6	0,2	1,4
Irlanda	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Italia	0,0	0,2	0,1	10,5	0,1	1,0	0,2	0,3
Lussemburgo	0,0	0,3	0,3	1,9	0,0	0,1	1,3	0,1
Olanda	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,4	0,0	1,1
Portogallo	0,1	0,8	0,5	4,9	0,3	0,5	0,9	0,5
Spagna	0,0	0,5	1,1	0,8	0,2	0,3	1,8	0,7
Svezia	1,0	0,3	1,7	1,5	0,1	1,1	6,0	2,6
UK	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	2,0	0,1	1,1
Norvegia	0,2	0,0	0,2	1,4	1,3	0,4	0,1	1,5
Svizzera	0,3	0,0	0,4	1,9	0,0	0,1	0,2	1,0
Repubblica Ceca	0,1	0,3	0,7	0,9	0,6	0,5	1,8	0,5
Polonia	0,2	1,0	1,6	6,2	0,9	4,0	2,0	0,6
Ungheria	0,1	1,1	1,3	5,9	0,4	0,4	5,9	0,5
2007								
Belgio	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,1	0,0
Danimarca	0,0	0,2	0,8	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0
Finlandia	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,2	0,4	0,4
Francia	0,0	0,7	0,8	3,2	0,0	0,2	0,7	0,6
Germania	0,6	0,3	0,8	6,2	0,1	0,5	2,8	1,3
Grecia	0,0	0,5	0,4	9,0	0,3	0,5	0,7	0,6
Irlanda	0,1	0,1	0,1	3,3	0,0	1,7	0,2	0,4
Italia	0,1	0,2	0,4	7,0	0,2	1,9	0,8	0,3
Lussemburgo	0,0	0,6	0,9	1,0	0,0	0,4	0,7	0,2
Olanda	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0	0,2	0,0	2,0
Portogallo	0,0	1,3	0,4	17,9	0,1	0,7	0,1	0,6
Spagna	0,0	0,4	0,6	0,0	0,0	0,1	0,6	0,2
Svezia	0,8	0,5	2,9	0,8	0,4	2,6	5,1	2,8
UK	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	1,0	0,2	2,3
Norvegia	0,0	0,0	0,0	1,1	1,3	0,2	0,1	1,9
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	0,2	0,6	1,1	0,4	0,4	0,2	1,0	1,1
Polonia	0,2	0,8	1,7	0,6	0,6	2,0	1,2	0,4
Ungheria	0,3	1,5	1,9	0,4	0,4	0,5	4,3	1,2

Le leve d'intervento: la sostenibilità

Un ultima forma di intervento riguarda la modifica della tipologia e del mix dei servizi offerti

Esempi di intervento sono lo spostamento di patologie dal regime di ricovero ordinario al DH all'elaborazione di nuovi modelli di presa in carico del paziente, anche attraverso la creazione di percorsi clinico terapeutici per patologia

Accanto alla riorganizzazione dei servizi e delle modalità di risposta ai bisogni, assumono sempre più importanza le valutazioni economiche associate a nuove cure e nuovi assetti

Limiti delle normative del SSN

In questo scenario le aziende sanitarie, pubbliche e private, hanno avuto un ruolo fondamentale per la sostenibilità del sistema

Infatti, numerose sono le contraddizioni normative che le aziende si sono trovate a sostenere. I tagli lineari alla produzione infatti sono lasciati alla gestione delle singole aziende

A fronte di tagli lineari si sono ingegnate, negli spazi di discrezionalità a loro concessi, al fine di assicurare la continuità dei servizi

Le risorse limitate: e le cure possibili?

Il punto di partenza che non deve essere dimenticato nelle varie analisi e considerazioni è quanto avvenuto nel 1992 con l'aziendalizzazione delle aziende sanitarie

La legge 833 del 1978 ha costituito il Servizio Sanitario Nazionale. Il D. lgs. n. 502 del 1992 ha introdotto invece il concetto di risorse limitate e la necessità di operare nell'ambito delle risorse disponibili

Il sistema pubblico pertanto, anche a livello normativo, non prevede le migliori cure per tutti, ma le migliori cure possibili date le risorse a disposizione del sistema.

Questo presupposto è essenziale per capire la complessità di gestione del sistema

Il XXI secolo: il secolo del paziente

- Un sistema sanitario efficiente ha bisogno di medici e di pazienti informati
- Il sistema sanitario ereditato dal XX secolo mostra limiti in entrambi i campi
- Sette “peccati” hanno contribuito a questa mancanza di conoscenza:
 - ✓ sovvenzionamenti pregiudiziali
 - ✓ articoli non oggettivi pubblicati su riviste mediche
 - ✓ libretti informativi ad uso dei pazienti e dei media
 - ✓ conflitto di interessi
 - ✓ medicina difensiva
 - ✓ formazione medica che non insegna ai medici a comprendere le statistiche sanitarie
- Aumentare le tasse o ridurre le cure sono spesso le uniche due misure usate per combattere l’esplosione dei costi per la salute. Tuttavia vi è una terza possibilità: promuovendo la conoscenza sanitaria è possibile migliorare le cure a minor costi
- Il XXI secolo dovrebbe diventare il secolo del paziente