

8. Per realizzare pienamente il dettato dell'articolo 32 della Costituzione e i contenuti della Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è indispensabile che il SSN resti universalistico e sia adeguatamente finanziato attraverso la fiscalità generale e progressiva, al fine di rimuovere le diseguaglianze di accesso. Il finanziamento deve basarsi su un sistema che valuti i risultati in termini di salute e non la sola produzione di prestazioni. Di conseguenza occorre modificare i criteri di scelta dei Livelli Essenziali di Assistenza e di pagamento a prestazione

Art. 32 Cost.

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell' individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Art. 32 Cost.

- Unico diritto definito “fondamentale”.
- Diritto primario inerente alla persona e interesse della collettività
- Diritto che permette realizzazione della persona e base per gli altri diritti

L.Carlassarre -Salute e dignità nella Carta

Nel diritto alla salute sono ricompresi:

- 1- Diritto all'integrità personale
- 2- Diritto ai trattamenti sanitari
- 3- Diritto ad un ambiente salubre

[Corte Costituzionale –
Convegno I diritti fondamentali nella
giurisprudenza della Corte Costituzionale]

Art. 32 Cost.

Diritto riconosciuto a tutti, cittadini e stranieri qualunque sia la loro posizione

Diritto sociale che -a differenza dei diritti di libertà- per essere soddisfatto richiede l'intervento pubblico e l'erogazione di prestazioni positive

L.Carlassarre -Salute e dignità nella Carta

Servizio Sanitario Nazionale

Art. 32 Cost. : da programmatico a precettivo, Art. 2, 3, 38 Cost.

UK:

NHS (1948)

Beveridge report (1942): 5 Giant Evils (squalor, ignorance, want, idleness, and disease) – Welfare State

- Free of fees or charges at the point of use

IT:

Consulta Veneta di Sanità - CLNAI (1945)

Proposte: Commissione d'Aragona (1947)

UK: Sistema Beveridge – IT: Sistema Bismarck

Servizio Sanitario Nazionale

Collasso del sistema mutualistico

Lotte per la salute (anni 70)

Legge 833/78

Principi: Universalità (prestazioni sanitarie garantite a tutti senza distinzione di condizioni sociali e di reddito)

Uguaglianza (a parità di bisogno si ha diritto alle medesime prestazioni)

Globalità (si considera non la malattia ma la persona nel suo insieme)

Solidarietà (attraverso il finanziamento basato sulla fiscalità generale)

Democrazia (partecipazione e controllo sulla gestione della sanità)

Programmazione (delle risorse e della spesa)

Concezione unitaria dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione

“L'assistenza sanitaria non è una contropartita di una contribuzione diretta ma diritto collegato alla cittadinanza, basato sui principi di solidarietà e uguaglianza, che implica copertura universale, equità nell' accesso, globalità nella risposta”

[Balduzzi e Servetti, La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale]

Servizio Sanitario Nazionale

Anni 90 : «Health care reforms have been one of the worldwide epidemics of the 1990s». Rudolf Klein, 1995 - Neoliberismo

UK: Thatcher (meno Stato più mercato) - Blair

ITA: Scandalo corruzione – Mani pulite

Aziendalizzazione (Dlgs 502/92) – Budgettizzazione -

Art.9 – possibilità di uscita da SSN - Dlgs 517/93

Modifica finanziamento (da pié di lista a DRG)

Figura monocratica (Direttore generale)

Riduzione partecipazione dei cittadini e compressione prevenzione primaria

Dlgs 229/99 : LEA

Modifica Titolo V Costituzione – Legislazione concorrente fra Stato e Regioni

21 Servizi Sanitari Regionali

Passaggio lessicale da utente/paziente a cliente

Servizio Sanitario Nazionale

Finanziamento: da piè di lista a DRG (prospettico onnicomprensivo) e tariffa prestazioni ambulatoriali

Compartecipazione (copayment, ticket differenziati – moral hazard ora forma di cofinanziamento :circa 3 MLD €/anno).

In Lombardia:

Separazione acquirente/produttore (quasimercato)

Organizzazione “ospedalocentrica” - Territorio sguarnito (cronicità)

Separazione Sociale-Sanitario

Libertà di scelta (problema: asimmetria informativa). Empowerment?

Parità pubblico/privato - competizione

Voucher socio-sanitari (elemento funzionale: libertà di scelta)

Partecipazione cittadinanza in veste di consumatore di prestazioni sanitarie “à la carte”

“Bisogno sanitario” mercificato e incanalato nel mercato.

CreG (sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee per assorbimento di risorse per remunerazione onnicomprensiva)

Scelta prestazioni maggiormente remunerative.

Sistema di finanziamento

DRG: classificazione episodi di ricovero in gruppi omogenei di assorbimento risorse

Comportamenti “positivi”	Comportamenti rischiosi
Miglioramento informazioni tramite SDO	Codifica non realistica
Aumento numero ricoveri	Ricoveri non necessari
Riduzione degenza	Dimissioni precoci
Selezione pazienti	Ridotta accessibilità

Finanziamento

Rischio maggiore: Comportamenti opportunistici
Introduzione “tetti di spesa” e “blindatura” bilanci

Problemi indotti dal sistema:

Clinica S.Rita (budget e incentivi legati a DRG)

Truffe

Remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati

Servizio Sanitario Nazionale



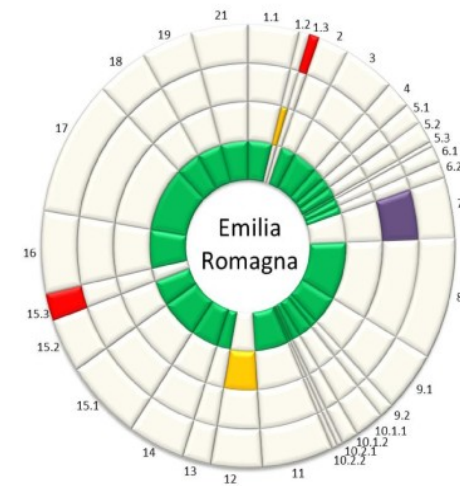
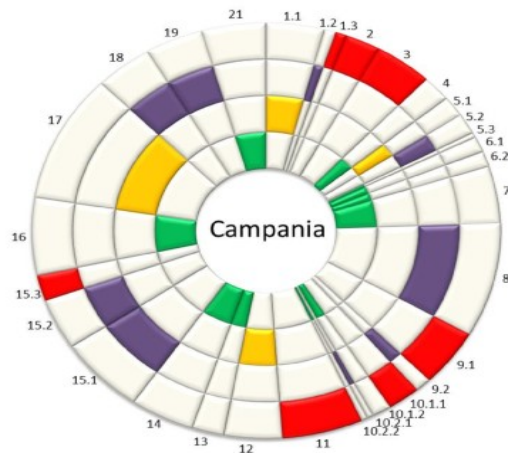
LEA

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VI

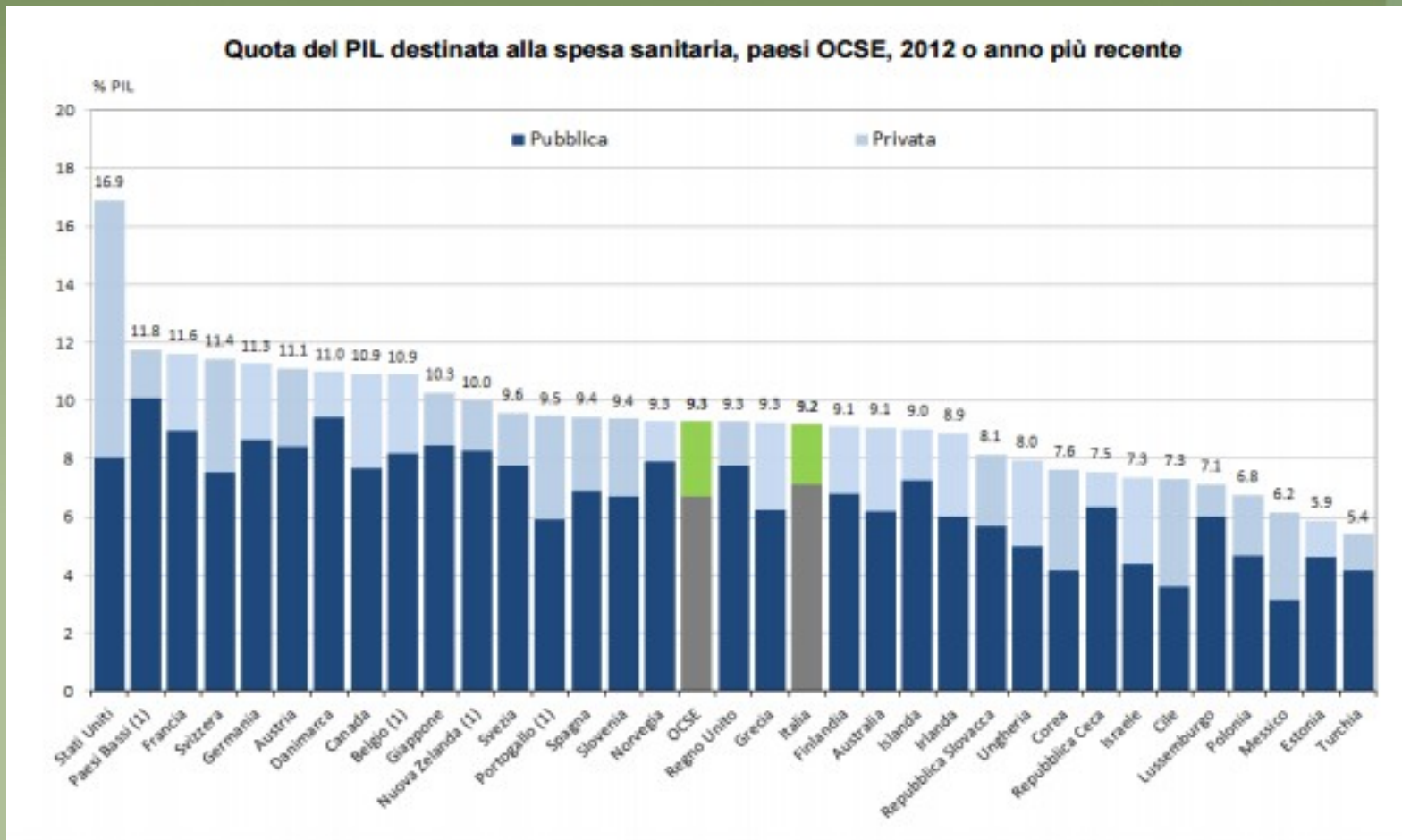
Adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia Lea

Metodologia e Risultati dell’anno 2012



Servizio Sanitario Nazionale

Spesa totale e pubblica-privata nei diversi stati OCSE



Spesa sanitaria

Paese	Spesa pro capite	% spesa pubblica
USA	8.745	47,6
F	4.288	77,4
D	4.811	76,7
UK	3.289	84,0
CH	6.080	65,8
GR	2.409	67,1
I	3.209	77,3

Spesa sanitaria

Dal 2012 al 2015 circa 25 Mld € di tagli.

Patto per la salute 2014- 2016:

2014: 109,920 Mld € (113,029 Mld €)

2015: 112,062 Mld € (115,424 Mld €)

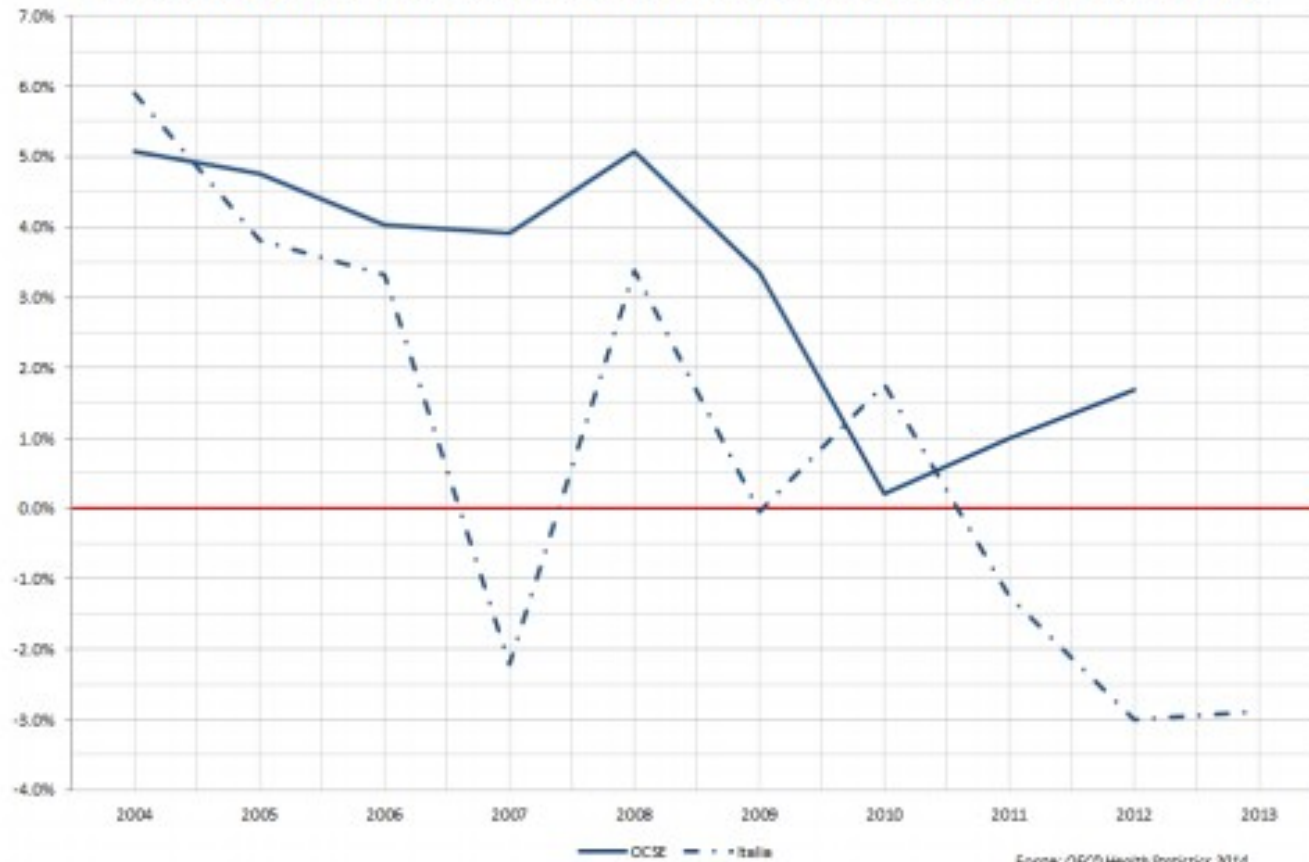
2016: 115,444 Mld € (117,616 Mld €)

(fra parentesi le previsioni nel DEF 2013)

“salvo eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica a variazione del quadro macroeconomico”

Spesa sanitaria

Tassi di crescita della spesa sanitaria (in termini reali) dal 2004, Italia e media OCSE



Servizio Sanitario Nazionale

- Sottofinanziamento.
- Blocco contratti e turn-over personale ridotto (problema: perdita esperienze dei singoli professionisti pensionandi).
- Costi standard
- Tempi standard (problema: aumento età media).
- Ospedali per intensità di cura (ottimizzazione personale)
- Nuovi ospedali e project financing
- Farmaci innovativi (oncologici – epatite C): elevati costi potenzialmente deflagranti. Questione etica.

Sostenibilità economica del sistema.

Monti: “Nuove forme finanziamento o sistema sanitario a rischio”

Lorenzin: “In autunno partiremo con la sanità integrativa”

Corte dei conti ultime dichiarazioni.

Universalismo selettivo.

Diseguaglianze d'accesso (situazione economico-sociale del singolo e del territorio, aumento ticket e liste d'attesa)

Assicurazioni private (livelli differenziati di copertura)

Privatizzazioni

“Chi supera una certa soglia di reddito dovrebbe uscire dalla copertura del servizio sanitario nazionale e rivolgersi alle assicurazioni private. Si formerebbe una categoria a parte, che stimolerebbe il mercato delle assicurazioni”.

Umberto Veronesi, Corriere della Sera, 10 marzo 2012

“Dobbiamo ripensare più profondamente alla struttura del nostro Stato sociale. Per esempio, non è possibile fornire servizi sanitari gratuiti a tutti senza distinzione di reddito. Che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Aliquote alte scoraggiano il lavoro e l'investimento. Invece, se anziché essere tassato con un'aliquota del 50% dovessi pagare un premio assicurativo a una compagnia privata, lavorerei di più per non rischiare di mancare le rate”.

Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, Corriere della Sera, 23 settembre 2012

Privatizzazioni

“In questo senso non è escluso che si arrivi a chiedere un contributo responsabile a chi può pagare, in rapporto al reddito. E che si possa pensare che certe categorie di lavoratori possano fare un’assicurazione privata finalizzata a garantirsi specialistica e diagnostica. Servizi che ormai si trovano nel privato allo stesso prezzo del pubblico con i suoi ticket. I tempi cambiano, e in un quadro di crisi come quello attuale tutto gratis non può più essere”.

Enrico Rossi, Presidente Regione Toscana, Il Tirreno, 1 Ottobre 2012.

“Continueremo a razionalizzare le spese ma bisogna andare oltre e con i sindacati già ne discutiamo: vanno create assicurazioni mutualistiche per diagnostica e specialistica, ormai la rete del privato sociale offre prestazioni a prezzi concorrenziali con il servizio sanitario nazionale per chi non è esentato dal ticket. Mentre ospedali e medicina del territorio devono rimanere pubblici, questo è un principio irrinunciabile”.

Enrico Rossi, Presidente Regione Toscana, La Repubblica, 24 Novembre 2012.

Privatizzazioni

Diagnostica e specialistica ambulatoriale:
circa 20 Mld €/anno

Cosa fare?

- Ridare centralità alla prevenzione primaria (health in all policies) – Educazione sanitaria – Prevenzione sui luoghi di lavoro – Favorire la partecipazione attiva nelle politiche sanitarie.
- Eliminare gli episodi corruttivi
- Centralità medicina di base ed educazione sanitaria
- Occuparsi in maniera integrata della persona (limitare ulteriori eccessi riduzionisti)
- Intervenire sull'appropriatezza delle prestazioni (ridurre consumerismo sanitario, sprechi)
- Intervenire su disease mongering, farmaci “mee-too”, medicina difensiva, iperprescrizione.
- Choosing wisely

Metodi di finanziamento che “paghino la salute” e non la malattia attraverso il rimborso a prestazione/ricovero ma considerino gli outcome di salute e inducano azioni positive.

P4P?

Nuove modalità di finanziamento capitaro fortemente pesato su alcuni indicatori epidemiologicamente rilevanti.

Cosa fare?



HOME AREE ▼ COOKIES POLICY CHI SIAMO CHI FINANZIARIAMO

Home » Aree, Sistemi sanitari internazionali

La parabola della rana bollita

Inserito da **Redazione SI** on 25 maggio 2015 – 10:34



Gavino M...

Sulla sanità pubblica, un tema complesso e di grande importanza per la salute dei cittadini, si interseca con la globalizzazione, già approvata, sullo sfondo i cui contorni dell'intermediazione finanziaria e assicurativa nazionale e internazionale. Tutto questo deve avvenire nel silenzio generale e lontano da occhi indiscreti (come le trattative TTIP). La temperatura dell'acqua deve crescere, ma lentamente, per ottenere – senza clamori – il disfacimento del servizio sanitario nazionale.

Una rana cade in una pentola d'acqua bollente, e subito schizza via.

"That's the standard technique of privatization: defund, make sure things don't work, people get angry, you hand it over to private capital."



Noam Chomsky

