

CAMPANE A MORTO PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE?

Perché conviene alla nostra salute
e alle nostre tasche difendere la
sanità pubblica.

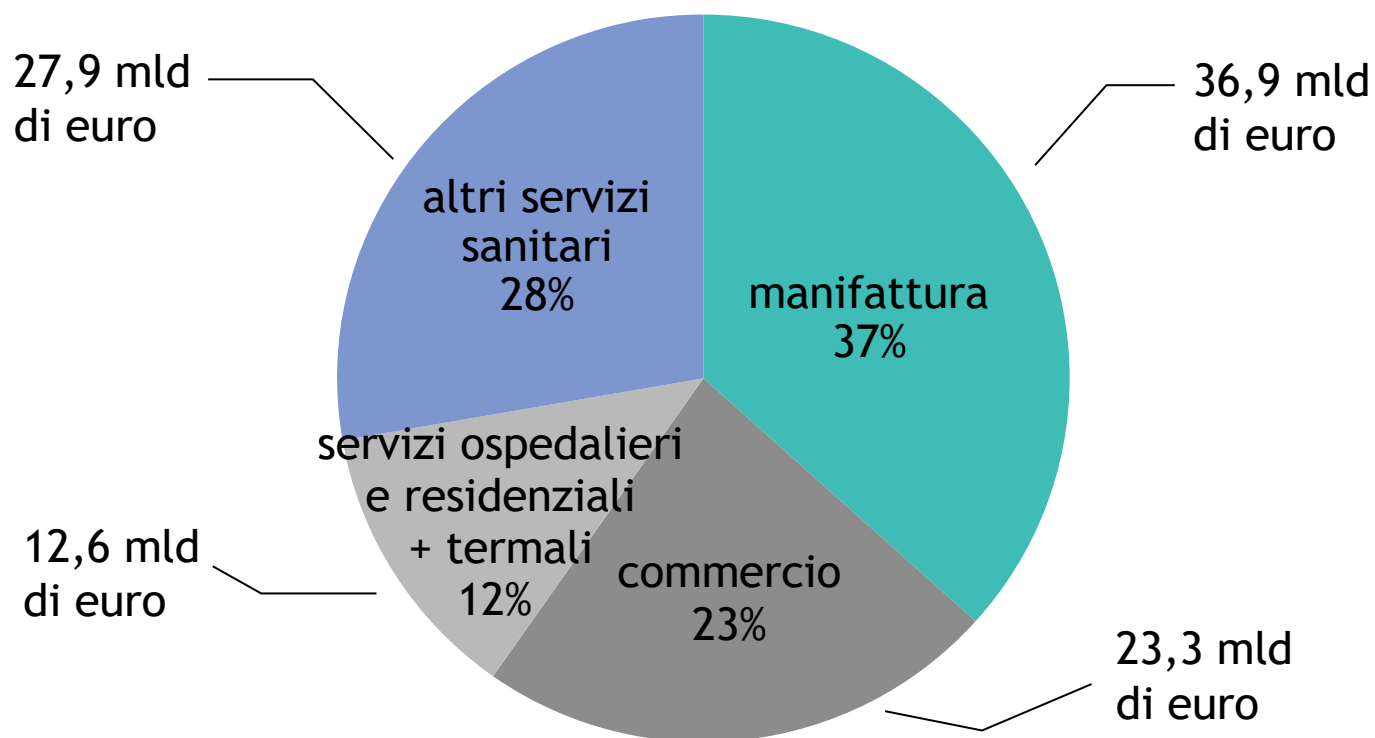


**I sistemi sanitari pubblici sono più efficaci ed economici
Le evidenze**

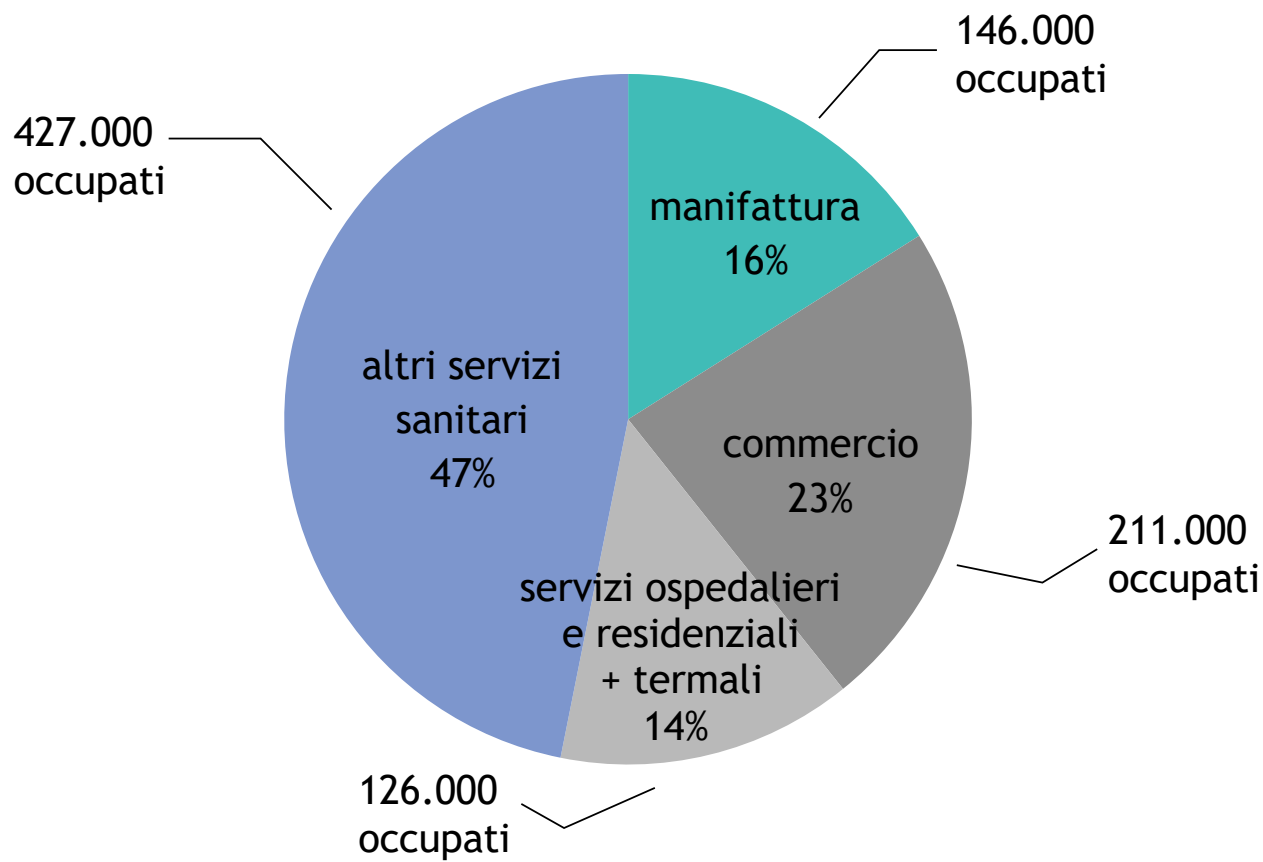
Marco Geddes da Filicaia

Milano 27 Ottobre 2018

Composizione della produzione, anno 2015, valori assoluti e percentuali

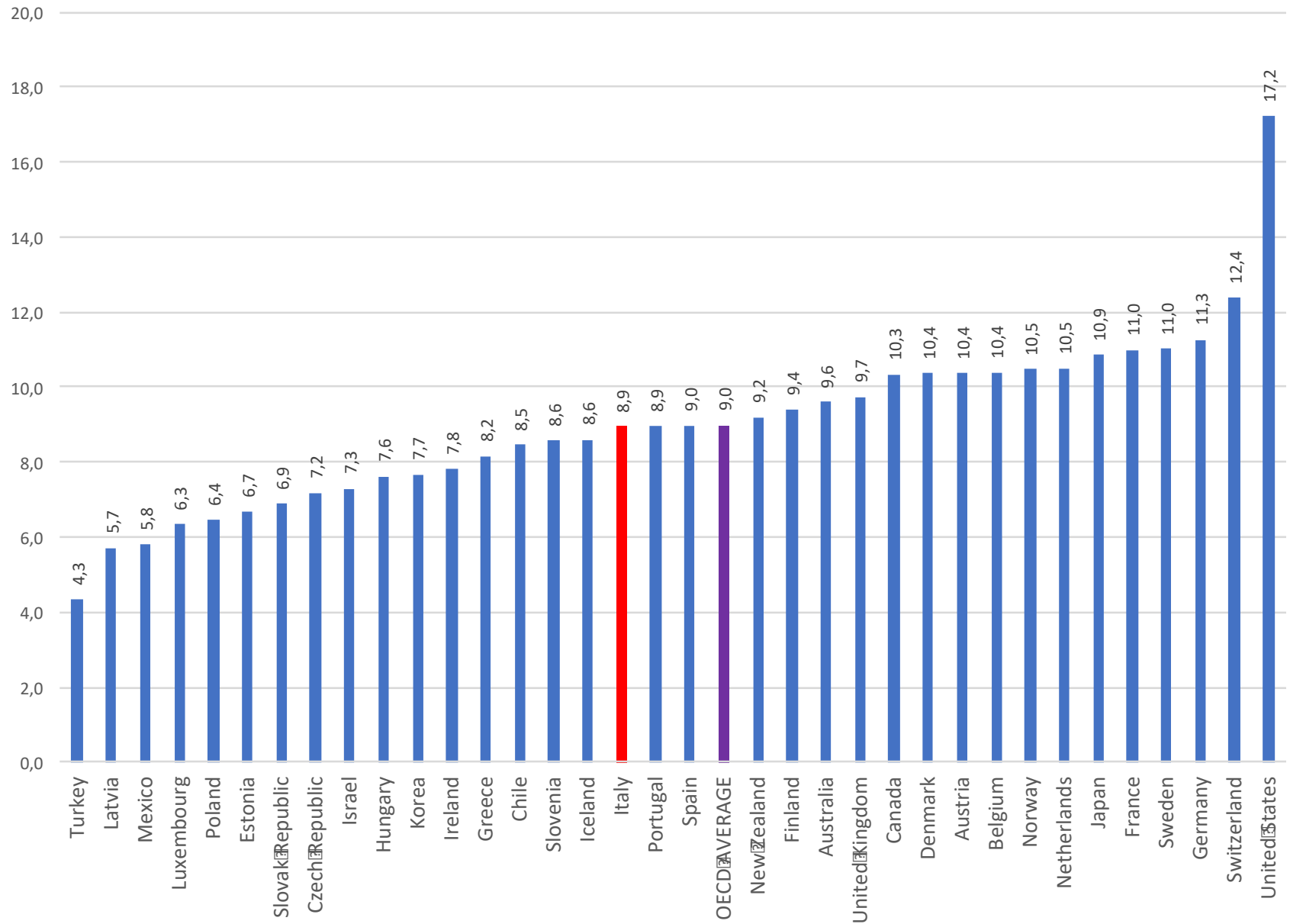


Occupazione nella filiera della salute privata, anno 2015, valori assoluti e percentuali

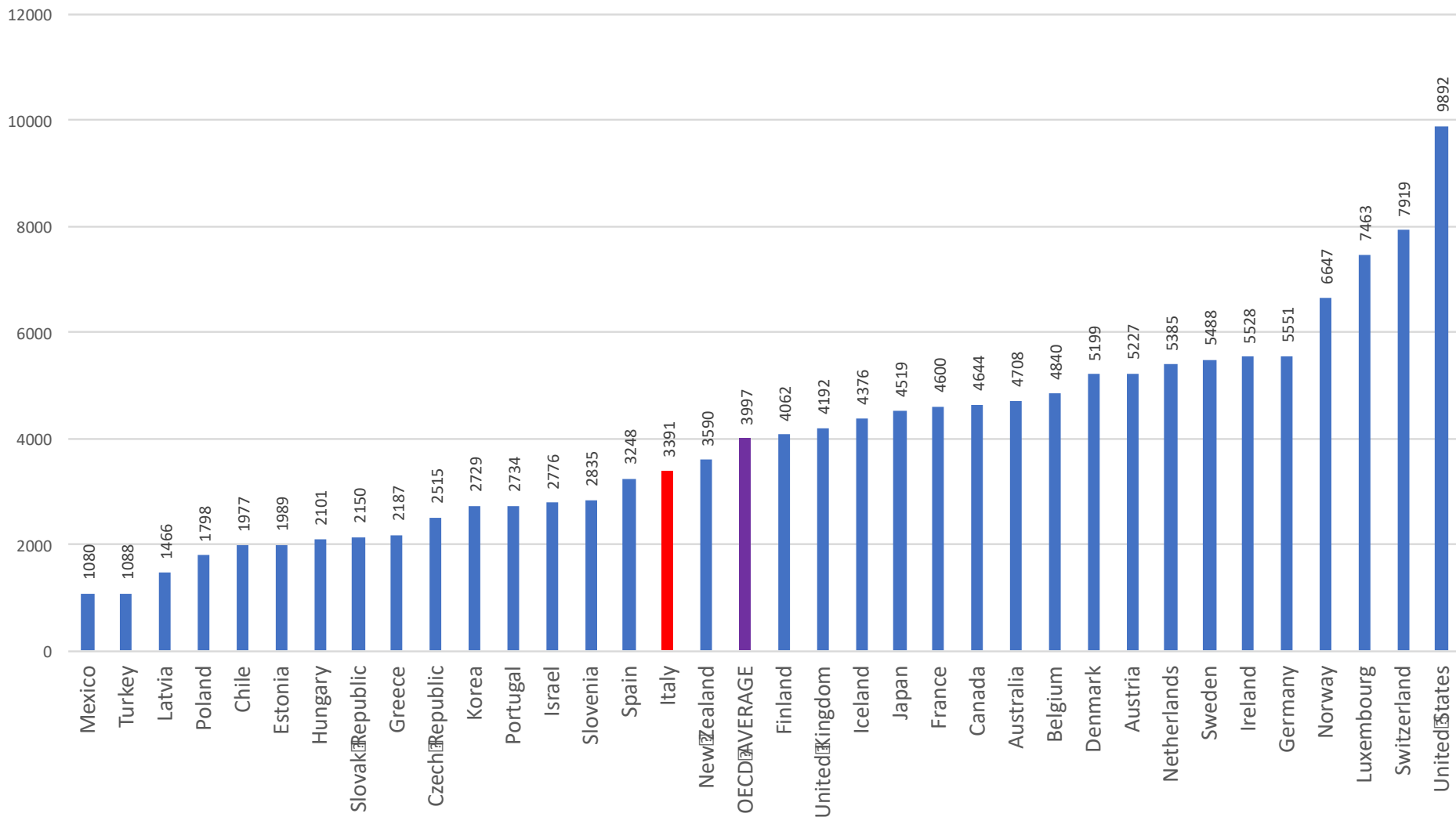


Anno	Posti letto	Pubblici %	Privati %
1981	530.000	85.3	14.7
1992	365.000	83.0	17.0
2010	245.000	80.8	19.2
2016	215.000	79.6	20.4

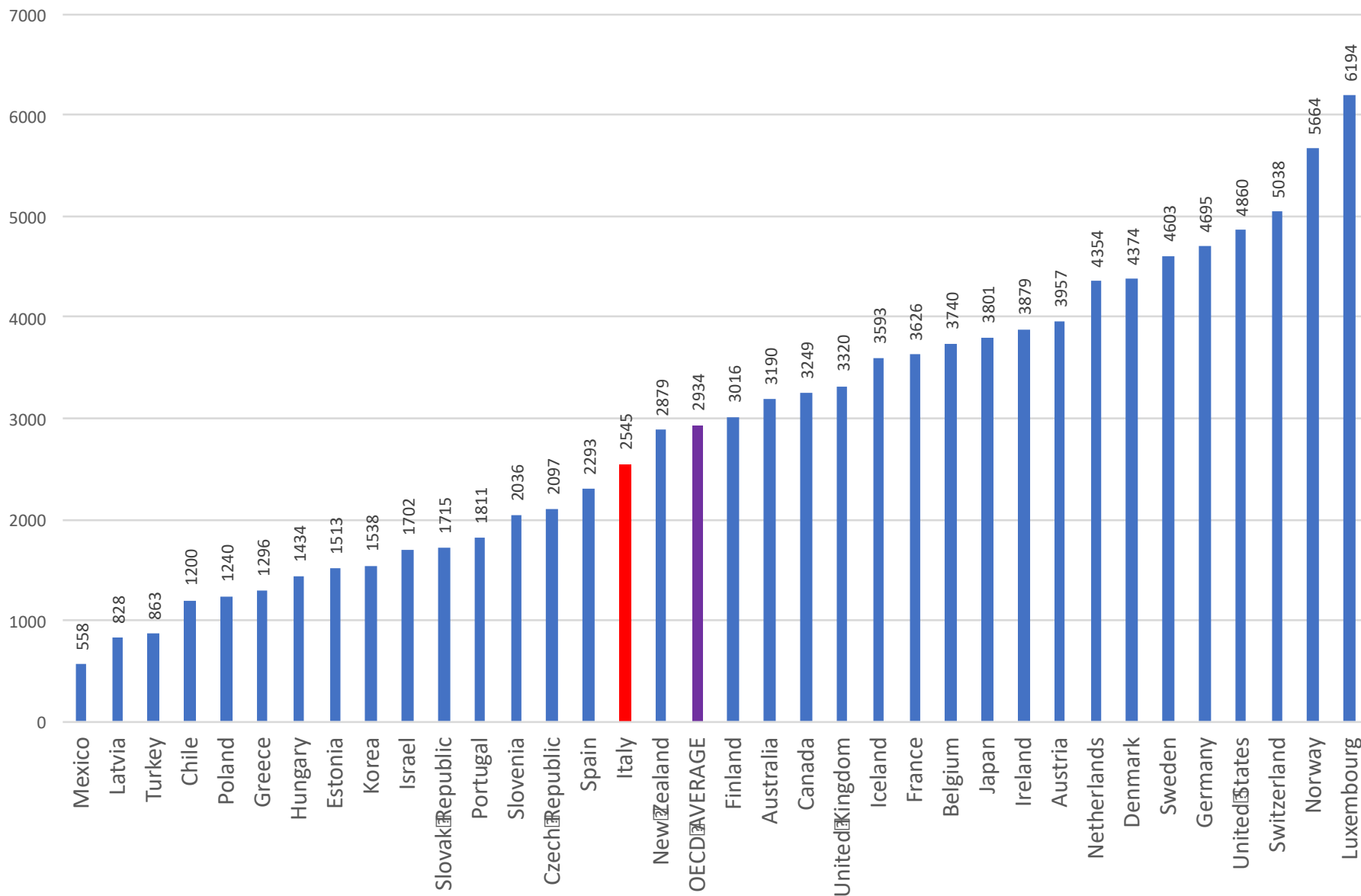
Spesa sanitaria rispetto al PIL – OECD 2017



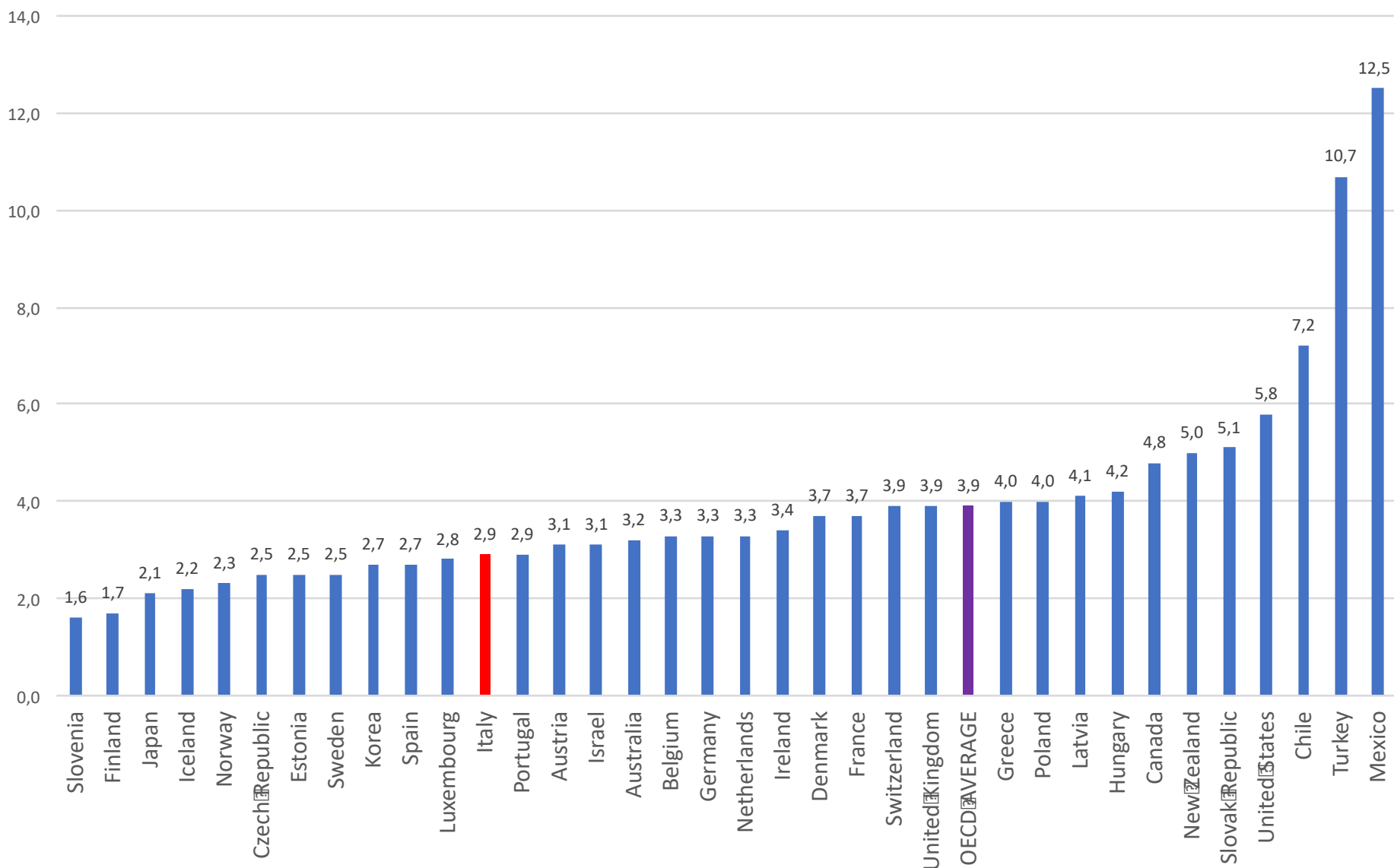
Spesa sanitaria totale pro capite \$ PPP – OECD 2017



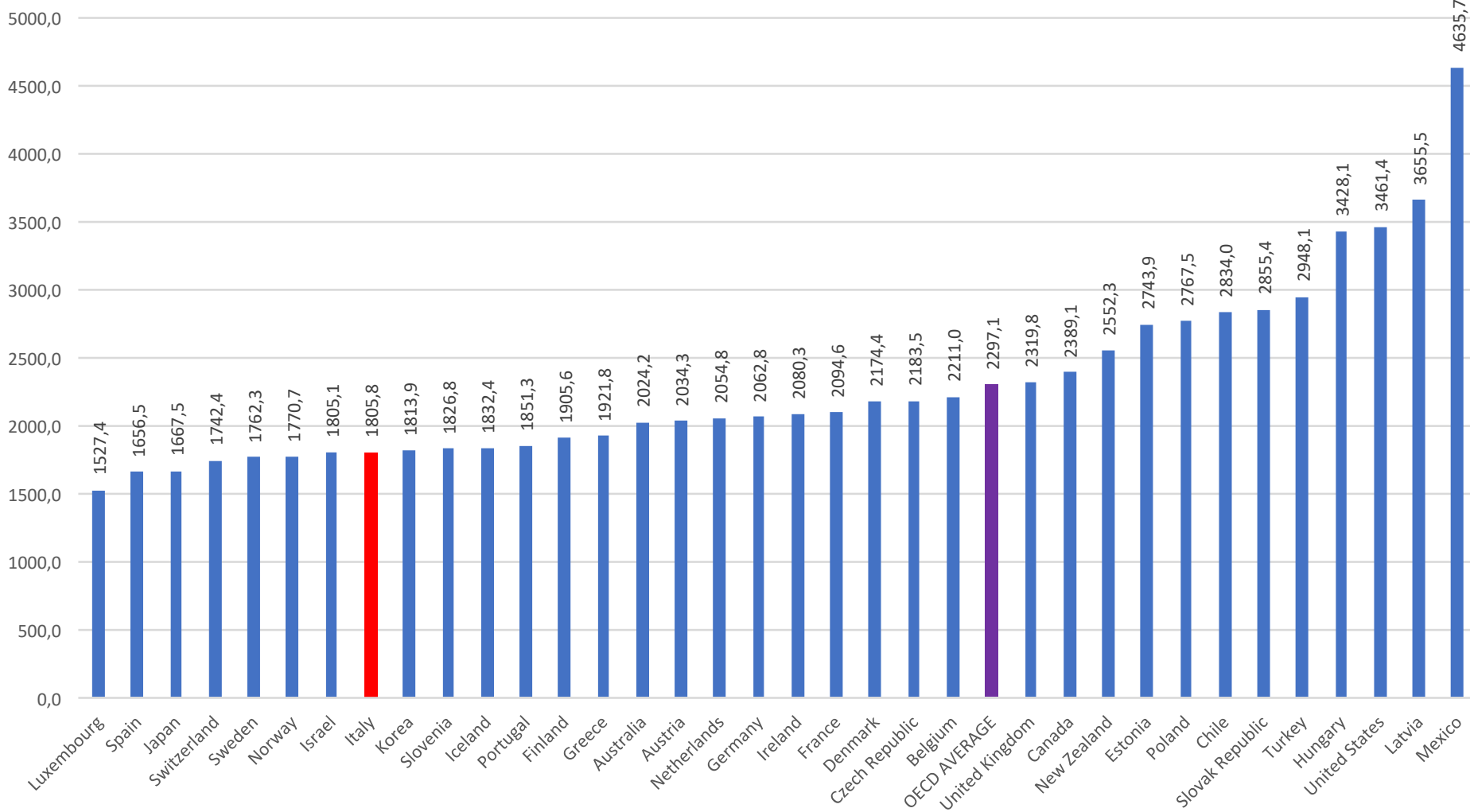
Spesa sanitaria pubblica pro capite \$ PPP OECD 2017



Mortalità infantile per 1000 nati vivi - OECD 2017

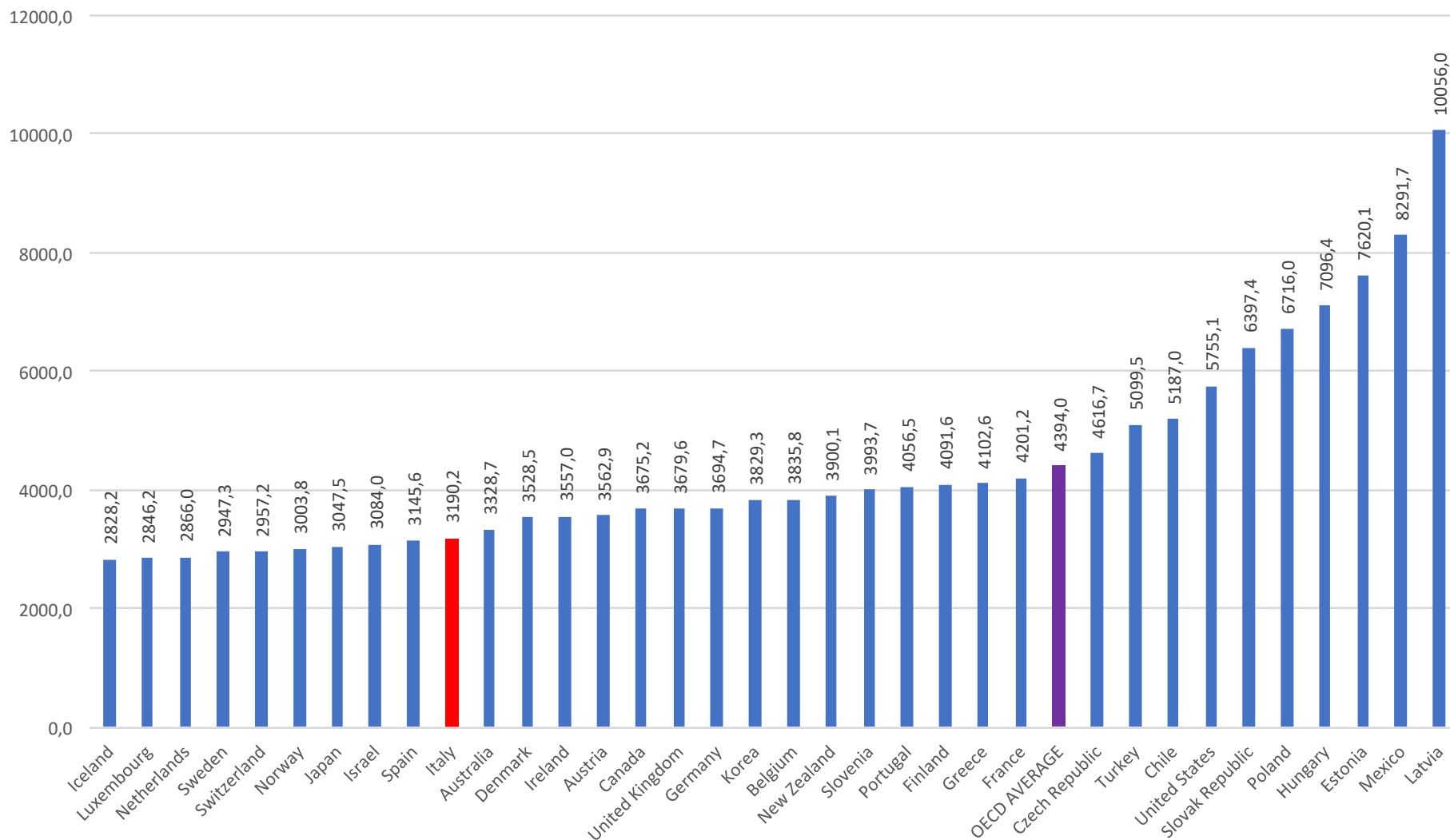


Anni potenziali di vita persi* x 100.000, femmine, tutte le cause - OECD 2017



*I *Potential Years of Life Lost* (PYLL) sono una misura di mortalità evitabile. Per calcolarli si rilevano le morti avvenute in un determinato anno per tutte le cause, per tutti gli anni prima dei 70, e si moltiplicano per gli anni che mancano a 70. Il dato è rapportato a una popolazione di 100 mila abitanti. *Nota: Per la maggioranza dei paesi l'anno di riferimento è il 2015 o 2014; i dati italiani si fermano al 2012.*

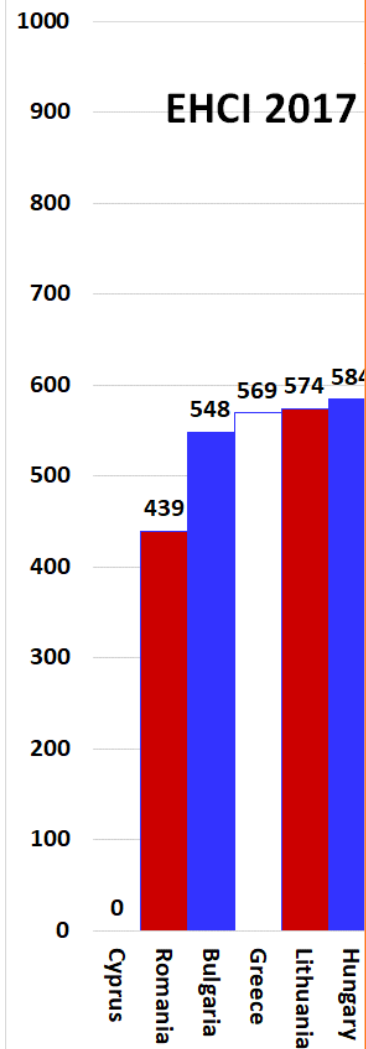
Anni potenziali di vita persi* x 100.000, maschi, tutte le cause - OECD 2017



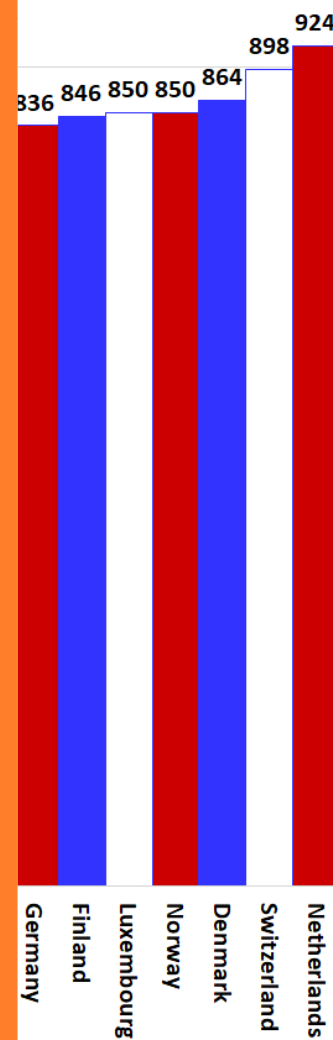
*I *Potential Years of Life Lost* (PYLL) sono una misura di mortalità evitabile. Per calcolarli si rilevano le morti avvenute in un determinato anno per tutte le cause, per tutti gli anni prima dei 70, e si moltiplicano per gli anni che mancano a 70. Il dato è rapportato a una popolazione di 100 mila abitanti. Nota: Per la maggioranza dei paesi l'anno di riferimento è il 2015 o 2014; i dati italiani si fermano al 2012.



Health Consumer Powerhouse



Euro Health Consumer Index 2017

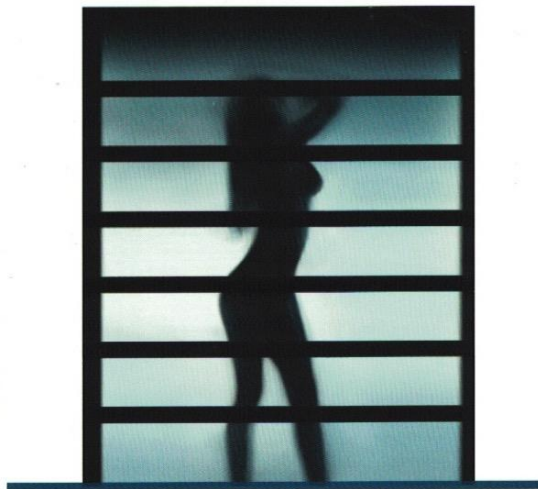


Sub-discipline	Top country/countries	Score	Maximum score
1. Patient rights and information	Netherlands, Norway	125!	125
2. Accessibility	Switzerland, Slovakia	225!	225
3. Outcomes	Finland, Norway	289	300
4. Range and reach of services	Netherlands, Sweden	125!	125
5. Prevention	Norway	119	125
6. Pharmaceuticals	Germany, Netherlands	89	100

Accessibility in EHCI 2017

“Waiting time territory” (red) and Non-wait territory (green) based on EHCI 2017 scores.





PROTEZIONE BASE

La LISTA DI ATTESA del Servizio Sanitario Nazionale è TROPPO LUNGA?

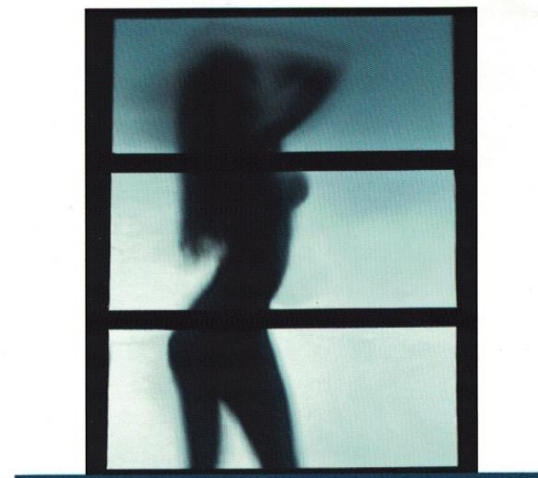
Con 9 Settimane, la nuova Polizza Sanitaria Integrativa , potrai accedere SUBITO alle migliori Strutture Sanitarie in Italia per tutti i RICOVERI.



PROTEZIONE ALTA

La LISTA DI ATTESA del Servizio Sanitario Nazionale è TROPPO LUNGA?

Con 9 Settimane, la nuova Polizza Sanitaria Integrativa , potrai accedere SUBITO alle migliori Strutture Sanitarie in Italia per tutti i RICOVERI, la DIAGNOSTICA e le CURE ONCOLOGICHE.



PROTEZIONE TOTALE

La LISTA DI ATTESA del Servizio Sanitario Nazionale è TROPPO LUNGA?

Con 9 Settimane, la nuova Polizza Sanitaria Integrativa , potrai accedere SUBITO alle migliori Strutture Sanitarie in Italia per tutti i RICOVERI, la DIAGNOSTICA, VISITE, ACCERTAMENTI e CURE ONCOLOGICHE.

Percentuale di persone che dichiarano di star male o molto male nella classe di età` 25 – 64 anni, 2015 (Fonte Eurostat)

	Fino alla licenza media	Laurea e oltre	Differenza
Bismark			
Paesi Bassi	18,1	3,2	14,9
Svizzera	10,7	1,7	9,0
Lussemburgo	14,6	1,5	13,1
Germania	17,3	2,9	14,4
Austria	17,1	3,5	13,6
Beveridge			
Norvegia	12,1	2,9	9,2
Finlandia	9,5	1,6	7,9
Danimarca	17,1	4,4	12,7
Islanda	10,8	2,2	8,6
Svezia	6,9	2,4	4,5
Italia	9,7	3,1	6,6
Gran Bretagna	15,2	3,6	11,6

Il secondo pilastro come soluzione ?

- *[...] bisogna essere coerenti: si assicuri per tutti una gamma di servizi uniformi. Dopo di che, a cominciare dalle fasce di reddito superiori, una parte della protezione sanitaria sia rimessa a quote di contributo lasciate nelle tasche dell'utente e affidate a casse integrative che negozino con l'erogatore pubblico o anche privato servizi più efficienti (Giuliano Amato, 1992)*

Spesa sanitaria in Italia in rapporto al Pil: 1960 - 1992

Spesa sanitaria	1960	1970	1980	1990	1992
Totale	3,9	5,5	7,2	7,9	8,4
Pubblica	2,5	4,1	5,6	6,1	6,4

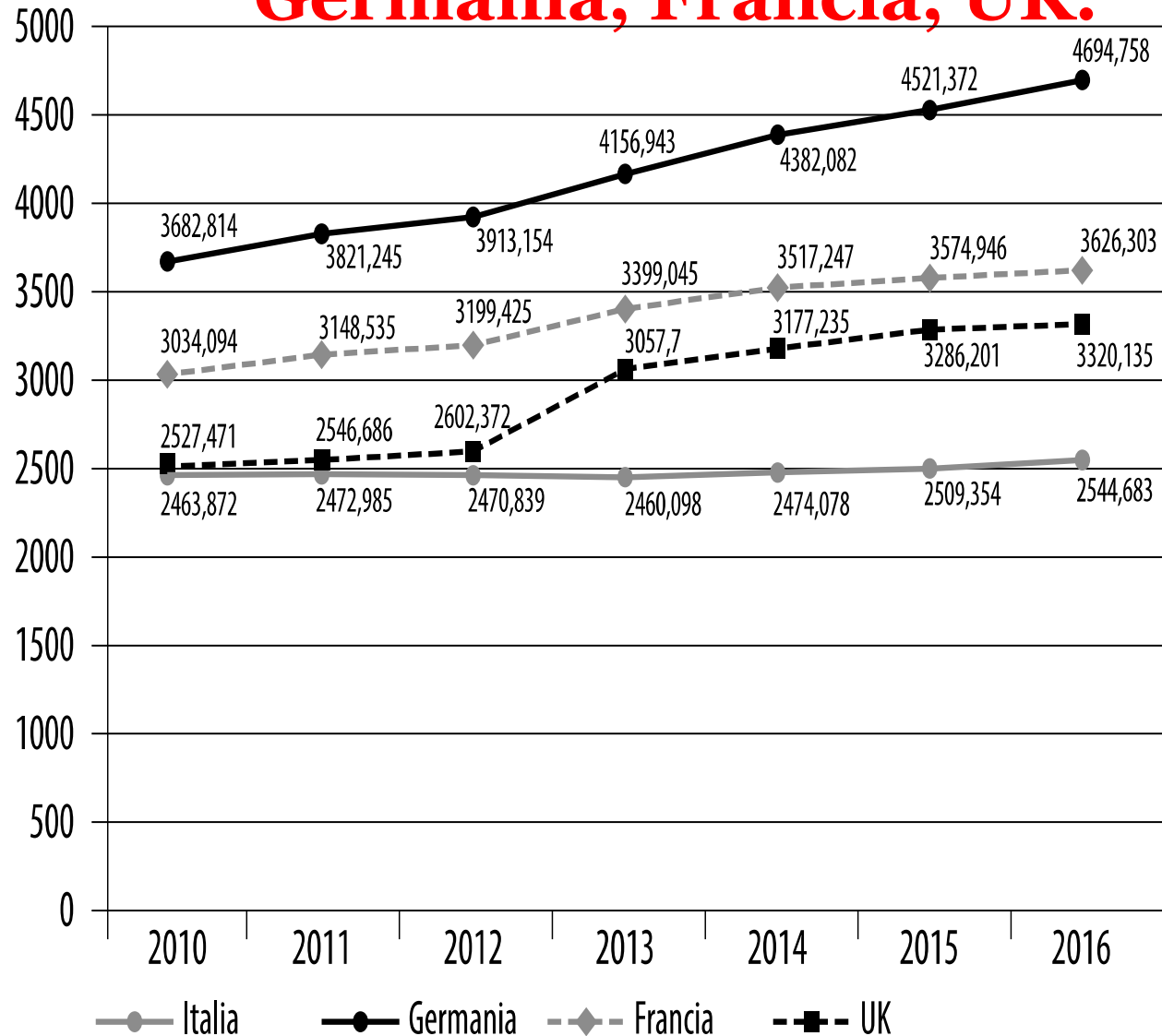
Il secondo pilastro come soluzione ?

- *[...] bisogna essere coerenti: si assicuri per tutti una gamma di servizi uniformi. Dopo di che, a cominciare dalle fasce di reddito superiori, una parte della protezione sanitaria sia rimessa a quote di contributo lasciate nelle tasche dell'utente e affidate a casse integrative che negozino con l'erogatore pubblico o anche privato servizi più efficienti* (**Giuliano Amato, 1992**)
- *[...] le proiezioni di crescita economica e quelle di invecchiamento della popolazione mostrano che la sostenibilità dei sistemi sanitari, incluso il nostro servizio sanitario nazionale, di cui andiamo fieri, potrebbe non essere garantita se non ci saranno nuove modalità di finanziamento[...]* (**Mario Monti, 2012**)

Il secondo pilastro come soluzione ?

- *[...] bisogna essere coerenti: si assicuri per tutti una gamma di servizi uniformi. Dopo di che, a cominciare dalle fasce di reddito superiori, una parte della protezione sanitaria sia rimessa a quote di contributo lasciate nelle tasche dell'utente e affidate a casse integrative che negozino con l'erogatore pubblico o anche privato servizi più efficienti* (**Giuliano Amato, 1992**)
- *[...] le proiezioni di crescita economica e quelle di invecchiamento della popolazione mostrano che la sostenibilità dei sistemi sanitari, incluso il nostro servizio sanitario nazionale, di cui andiamo fieri, potrebbe non essere garantita se non ci saranno nuove modalità di finanziamento[...]* (**Mario Monti, 2012**)
- *Chi supera una certa soglia di reddito – dichiara Veronesi – 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, 2012**)

Andamento della spesa sanitaria pubblica pro capite in \$PPP. Anni 2010-2016: Italia, Germania, Francia, UK.



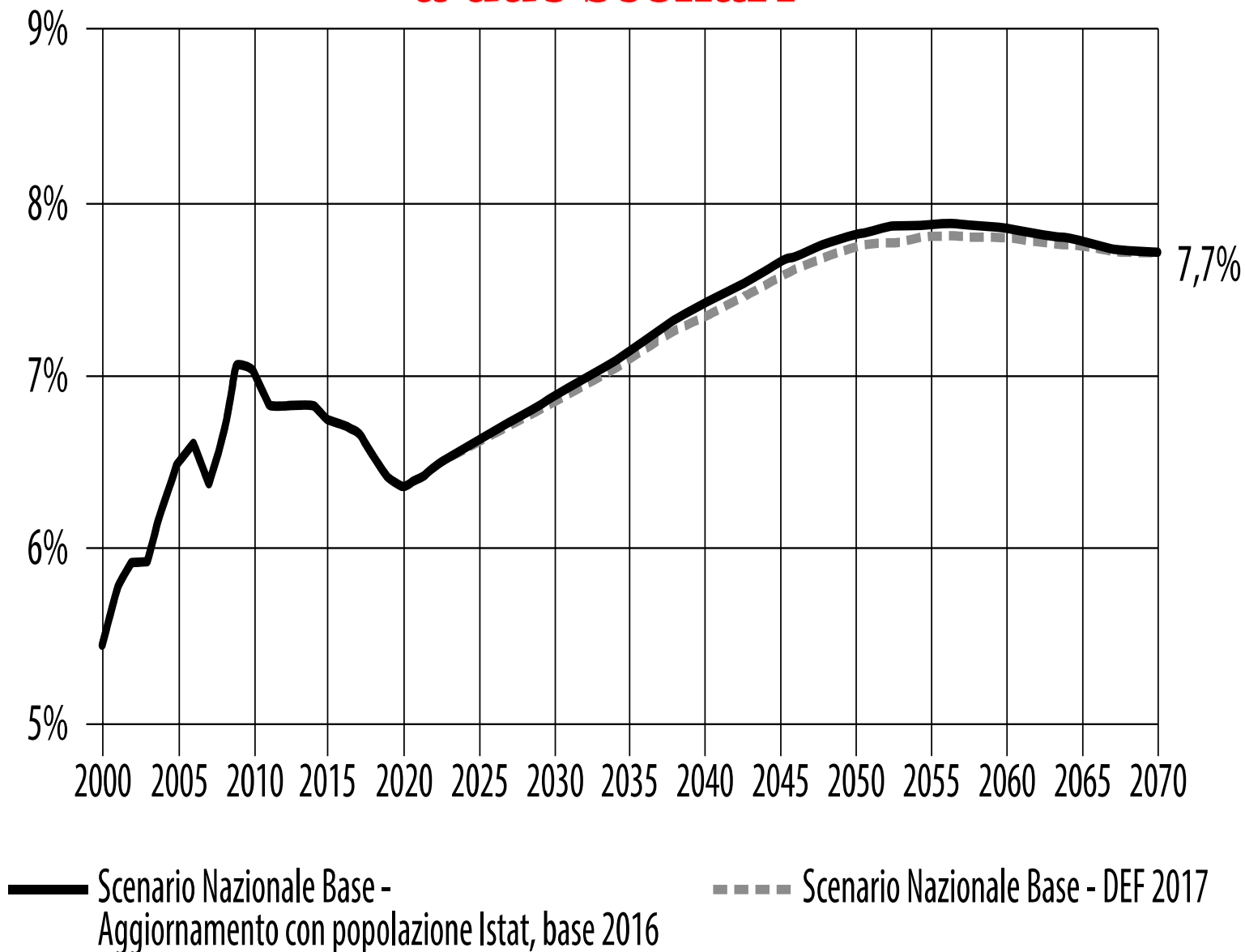
Il secondo pilastro come soluzione ?

- [...]previsione di un regime di **opting out** dal Servizio sanitario nazionale e conseguente eliminazione del contributo sanitario per coloro che scegliessero la sanità privata ma con l'obbligo, comunque, di dotarsi di una assicurazione sanitaria in grado di coprire le prestazioni offerte dal Servizio sanitario nazionale [...] estendendo ad altri comparti (per esempio: l'università) lo schema di finanziamento privato di un servizio pubblico al di sopra di una determinata soglia di reddito (**Nicola Rossi, 2017**)
- [...]far pagare università e alcuni servizi sanitari alle famiglie relativamente ricche attraverso assicurazioni private (**Alesina e Giavazzi, Corriere della sera, 1/5/2018**)

Tabella 2.2. Spesa sanitaria nel 2016 pro capite (dollari US). Confronto fra Italia, Austria, Francia, Germania, Spagna, Svizzera, UK in % sul Pil.

Paese	Spesa totale	Spesa pubblica	Spesa privata	% spesa sul Pil pubblica - totale	
Italia	3392	2545	847	6,8	8,9
Austria	5227	3957	1270	7,9	10,4
Francia	4600	3626	974	8,6	11,0
Germania	5551	4695	856	9,4	11,3
Spagna	3248	2293	955	6,3	9,0
Svizzera	7919	5038	2881	7,9	12,4
UK	4192	3320	872	7,7	9,7

Spesa pubblica per sanità in rapporto al Pil in base a due scenari



I Fondi sanitari

- **Integrativi (o supplementari)**: sono coperte le prestazioni non garantite dal Servizio sanitario nazionale, quali ad esempio gli occhiali, le prestazioni odontoiatriche (un settore rilevante della spesa privata), prestazioni riabilitative non previste dal Ssn ecc.
- **Complementari**: si tratta in sostanza delle diarie o indennità per ospedalizzazione o malattia, al fine di rimborsare i costi indiretti della malattia, rilevanti per alcune categorie di lavoratori (il settore autonomo); è previsto inoltre il rimborso dei ticket sanitari che, per alcune fasce di popolazione, rappresenta un esborso di una certa entità.
- **Sostitutivi (o duplicativi)**: il fondo eroga (in analogia a quanto effettuano generalmente i diversi piani proposti dalle assicurazioni) prestazioni già garantite dal sistema pubblico, con una funzione sostitutiva al Ssn.

I Fondi e le assicurazioni sanitarie

- **Sono più o meno onerosi ?**
- **Hanno un effetto di contenimento della spesa sanitaria pubblica?**
- **Avranno tale effetto nel futuro?**
- **Le prestazioni sono più efficaci?**
- **Sono più equi?**

I Fondi e le assicurazioni sanitarie

- **Sono più o meno onerosi ?**
- **Hanno un effetto di contenimento della spesa sanitaria pubblica?**
- **Avranno tale effetto nel futuro?**
- **Le prestazioni sono più efficaci?**
- **Sono più equi?**

La transazione assicurativa

Costi occulti

- **Costi amministrativi = + 15% – 20%**
- **Accantonamento o riassicurazione = circa 20%**
- **Profitti = ?**

La spesa sanitaria negli Usa e in altri 10 paesi sviluppati, anno 2015.

Health Care Spending in the United States Compared With 10 Other High-Income Countries What Uwe Reinhardt Might Have Said

Howard Bauchner, MD; Phil B. Fontanarosa, MD, MBA

Total spending on health, % of total national GDP	US 17.8	CHE 12.4	Sweden 11.9	Germany 11.3	France 11	Japan 10.9	Denmark 10.8	NLD 10.5	Canada 10.3	UK 9.7	Australia 9.6
Public spending on health, % of total national GDP	Sweden 10	NLD 9.5	Denmark 9.2	Germany 8.7	France 8.7	Japan 8.6	US 8.3	CHE 7.7	UK 7.6	Canada 7.4	Australia 6.3
Mean spending on health per capita, US \$	US 9403	Sweden 6808	CHE 6787	Denmark 6463	NLD 5202	Germany 5182	Canada 4641	Australia 4357	Japan 3727	France 3661	UK 3377

JAMA March 13, 2018 Volume 319, Number 10

Confronto fra gli Usa e altri 10 paesi sui costi e i tempi impiegati per attività amministrative

		Country											
		United States	United Kingdom	Canada	Germany	Australia	Japan	Sweden	France	Netherlands	Switzerland	Denmark	Mean
		(US)	(UK)	(CN)	(DE)	(AU)	(JP)	(SE)	(FR)	(NL)	(CH)	(DK)	
Administrative Expenditure	Governance & Admin Spending (as % of total health expenditure)	8	2	3	5	3	1	2	1	4	4	2	3
Administrative Efficiency (Doctor Reported, %)	Time spent on administrative issues related to insurance or claims as a major problem	54	21	20	52	21	N/A	27	63	60	50	N/A	41
	Time spent on administrative issues related to reporting clinical or quality data to government or other agencies is a major problem	33	22	10	23	8	N/A	25	43	51	33	N/A	28
	Spent a lot of time on paperwork or disputes related to medical bills	16	0	5	5	5	N/A	3	28	8	11	N/A	9

Costi amministrativi sistema assicurativo

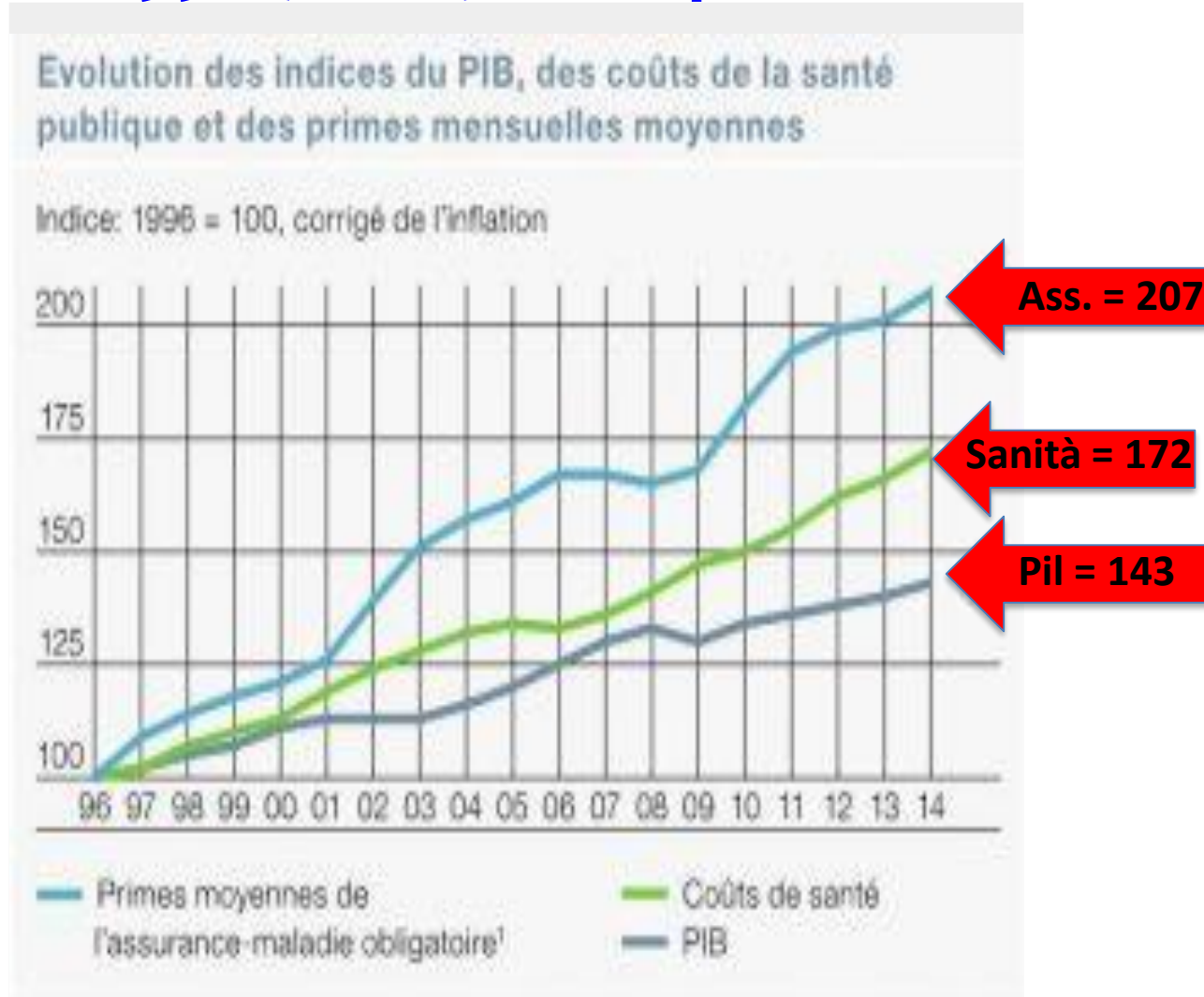
Utente

- **E' assicurato**
- **E' in regola con il pagamento**
- **E' coperto per questo evento**
- **Deve pagare una franchigia**
- **Si è rivolto alla rete dei fornitori**
- **Etc.....**

Fornitore

- **Tipologia di rapporto con il fornitore**
- **Verifica prestazioni erogate**
- **Molteplicità dei fornitori**
- **Etc...**

Svizzera: evoluzione degli indici di Pil, spesa sanitaria generale, spesa per assicurazione sanitaria. Anni 1996 (= 100) – 2014.



Sources: Seco, 2016; Coût et financement du système de santé, Office fédéral de la statistique, 2016; Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2014, Office fédéral de la santé publique, 2016, correction de l'inflation par Interpharma.

Stati Uniti: 1999 - 2009

	1999	2009	Incremento
Reddito medio famiglia 4 persone	76.000 \$	99.000 \$	30%
Tasse per servizio sanitario pubblico Medicare e Medicaid	345 \$	440 \$	27,5%
Out of pocket	135 \$	235 \$	74,1%
Premio assicurativo	490 \$	1.115 \$	127,6%

I Fondi e le assicurazioni sanitarie

- **Sono più o meno onerosi ?**
- **Hanno un effetto di contenimento della spesa sanitaria pubblica?**
- **Avranno tale effetto nel futuro?**
- **Le prestazioni sono più efficaci?**
- **Sono più equi?**

What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany?

MH Vargas and M Elhewaihi

Online at <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6749/>

MPRA Paper No. 6749, posted 15. January 2008 09:30 UTC

**“Incremento delle prestazioni ed effetto feedback fra le due componenti:
obbligatoria e integrativa”.**

What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany?

Online at <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6749/>

MPRA Paper No. 6749, posted 15. January 2008 09:30 UTC

MH Vargas and M Elhewaihi

“Incremento delle prestazioni ed effetto feedback fra le due componenti: obbligatoria e integrativa”.

Buchmueller TC et al, *Access to physician service: does supplemental insurance matter? Evidence from France*, Health Econ 2004 13 (7): 669 – 87:

“Numero più elevato di visite specialistiche”

What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany?

Online at <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6749/>

MPRA Paper No. 6749, posted 15. January 2008 09:30 UTC

MH Vargas and M Elhewaihi

“Incremento delle prestazioni ed effetto feedback fra le due componenti: obbligatoria e integrativa”.

Buchmueller TC et al, *Access to physician service: does supplemental insurance matter? Evidence from France*, Health Econ 2004 13 (7): 669 – 87:

“Numero più elevato di visite specialistiche”

Kill A. Does employment-based private health insurance increase the use of covered health care service. A Matching estimator approach. Int J Health Care Finance Econ 2012; 12(1): 1 – 38

“Danimarca: Accessi ambulatoriali: dal 17.9% al 23.3%; ospedalizzazione dal 5.1% al 8.5%”

Private Health Insurance in OECD Countries:
The Benefits and Costs for Individuals
and Health Systems

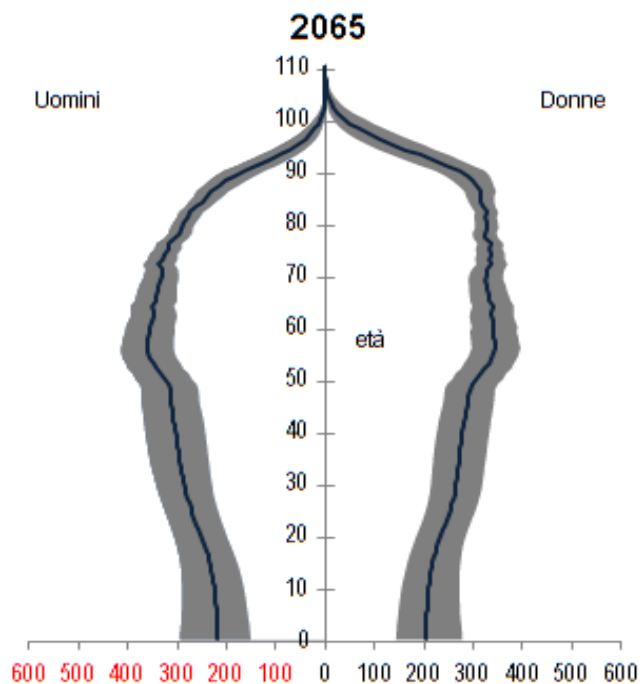
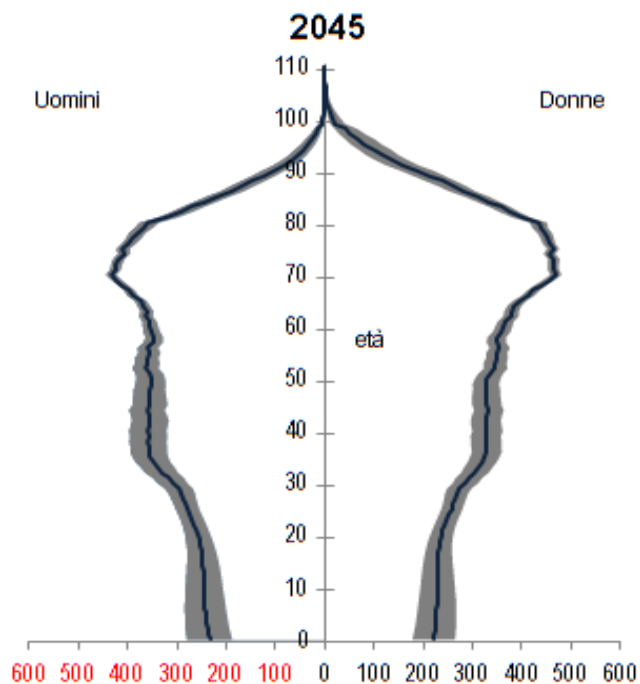
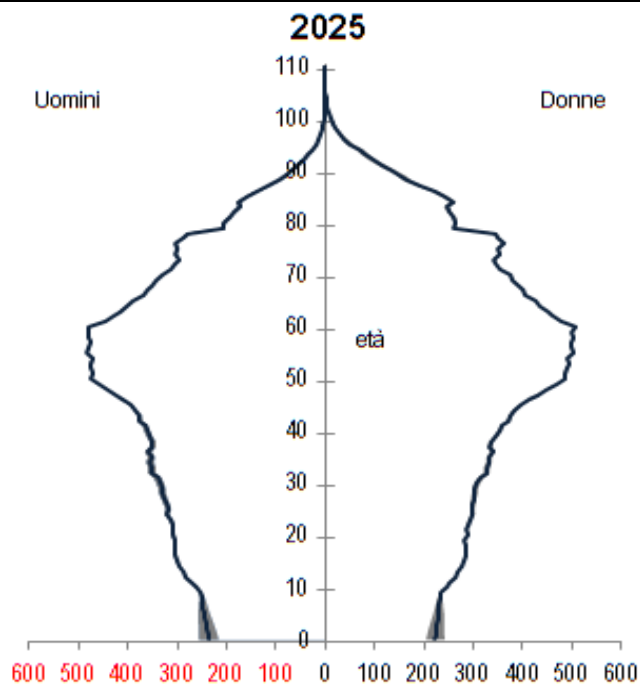
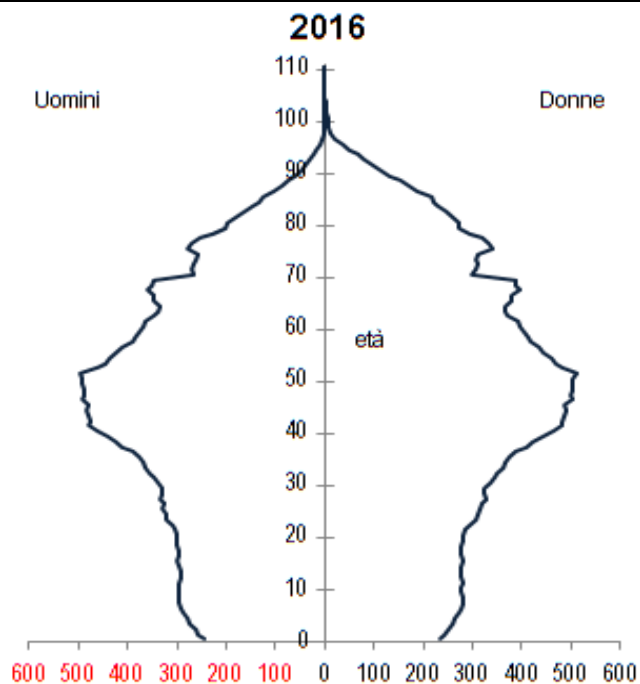
Francesca Colombo and Nicole Tapay

Il sistema assicurativo ha “... iniettato risorse nei sistemi sanitari, aggiunto alla scelta del consumatore e aiutato a rendere i sistemi più reattivi.

*Tuttavia, in molti casi ha anche **provocato notevoli problemi di equità e ha aumentato la spesa sanitaria** (totale, e in alcuni casi, **pubblica**) nella maggior parte di quegli stessi paesi.”*

I Fondi e le assicurazioni sanitarie

- **Sono più o meno onerosi ?**
- **Hanno un effetto di contenimento della spesa sanitaria pubblica?**
- **Avranno tale effetto nel futuro?**
- **Le prestazioni sono più efficaci?**
- **Sono più equi?**



Chi spende di più out of pocket: pensionati o la popolazione in genere?

In riferimento a un valore medio **100** i valori per fascia di età sono

18 - 34 anni = 72,4

35 - 64 anni = 85,7

65 anni e più = 131,4

Spesa sanitaria pubblica in % del Pil per fasce di età

Classe di età	2015	2025	2035	2045	2055	2065
0 – 64	3,4	3,1	2,9	2,7	2,7	2,7
65 – 79	2,0	2,1	2,5	2,7	2,4	2,3
80 +	1,3	2,5	1,7	2,2	2,8	2,8

2015 – 2055

0-64 = - 21%

65 – 79 = + 20%

80+ = + 115%

I Fondi e le assicurazioni sanitarie

- **Sono più o meno onerosi ?**
- **Hanno un effetto di contenimento della spesa sanitaria pubblica?**
- **Avranno tale effetto nel futuro?**
- **Le prestazioni sono più efficaci?**
- **Sono più equi?**

Confronto fra la frequenza di accertamenti prevista, nell'arco di una vita, sulla base di un fondo sanitario tipico e l'offerta di screening del Ssn o che tenga conto del giudizio clinico del curante.

Prestazione	Frequenza in base al piano prevenzione dei fondi	Frequenza in base al Servizio sanitario nazionale
Mammografia	45	13
Pap test	45	14
Sangue occulto nelle feci	35	13
PSA	36	0-1
Ecografia transrettale	36	0-1
Visita cardiologica	16	0-1
Ecografia tronchi sovraaortici	16	0-1

I Fondi e le assicurazioni sanitarie

- **Sono più o meno onerosi ?**
- **Hanno un effetto di contenimento della spesa sanitaria pubblica?**
- **Avranno tale effetto nel futuro?**
- **Le prestazioni sono più efficaci?**
- **Sono più equi?**

Welfare aziendale caratteristiche

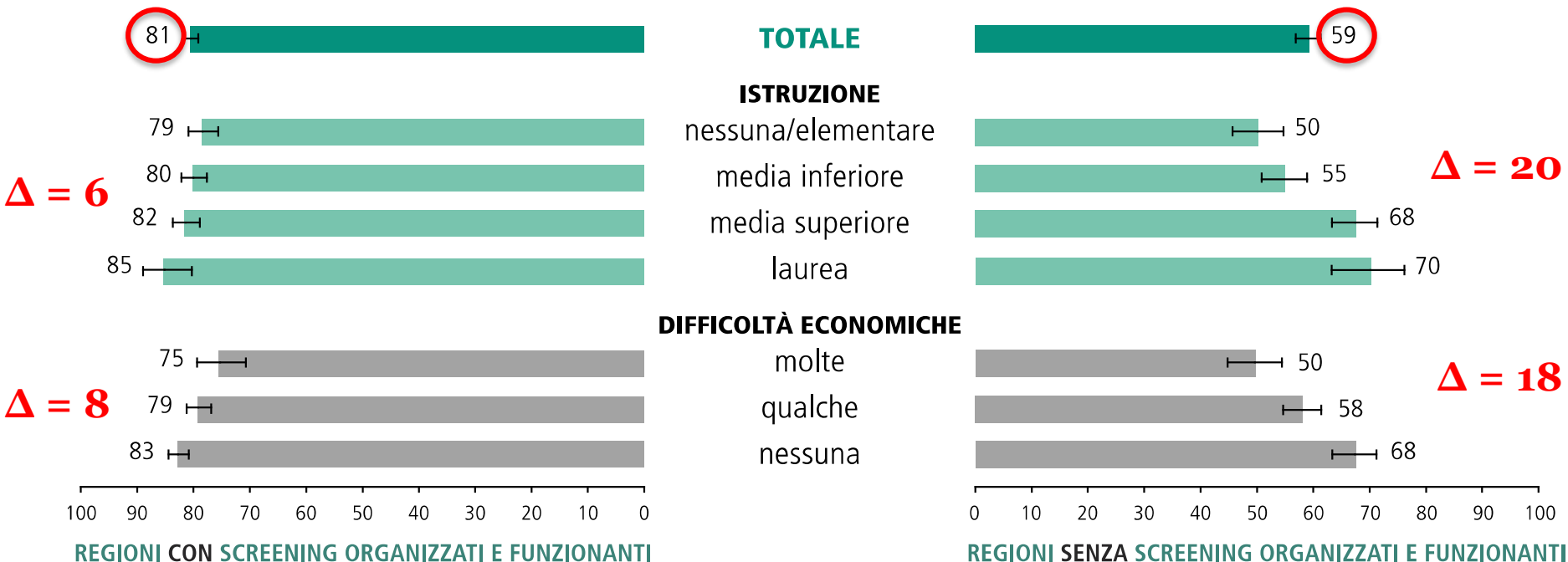
- **Massimale di 3.615 non concorrono a formare reddito imponibile**
- **Totale detassazione dei premi di produttività (massimale 2.000, soglia 50.000)**
- **Legge stabilità 2017 aumenta: massimale 3.500, soglia 80.000**

Welfare aziendale criticità

- **Alcuni pagano, sotto forma di mancato reddito, prestazioni di cui non godono, ma di cui altri godono (Tax expenditure)**
- **E' limitato a chi lavora ed è dipendente e favorisce chi è più ricco (maggiori vantaggi ai redditi più elevati)**
- **Diminuisce le risorse per il Servizio sanitario**
- **Sono sostitutive e non integrative**
- **Indebolisce la voce a sostegno delle prestazioni pubbliche**
- **In vari casi sono inappropriate e incrementano la spesa pubblica**

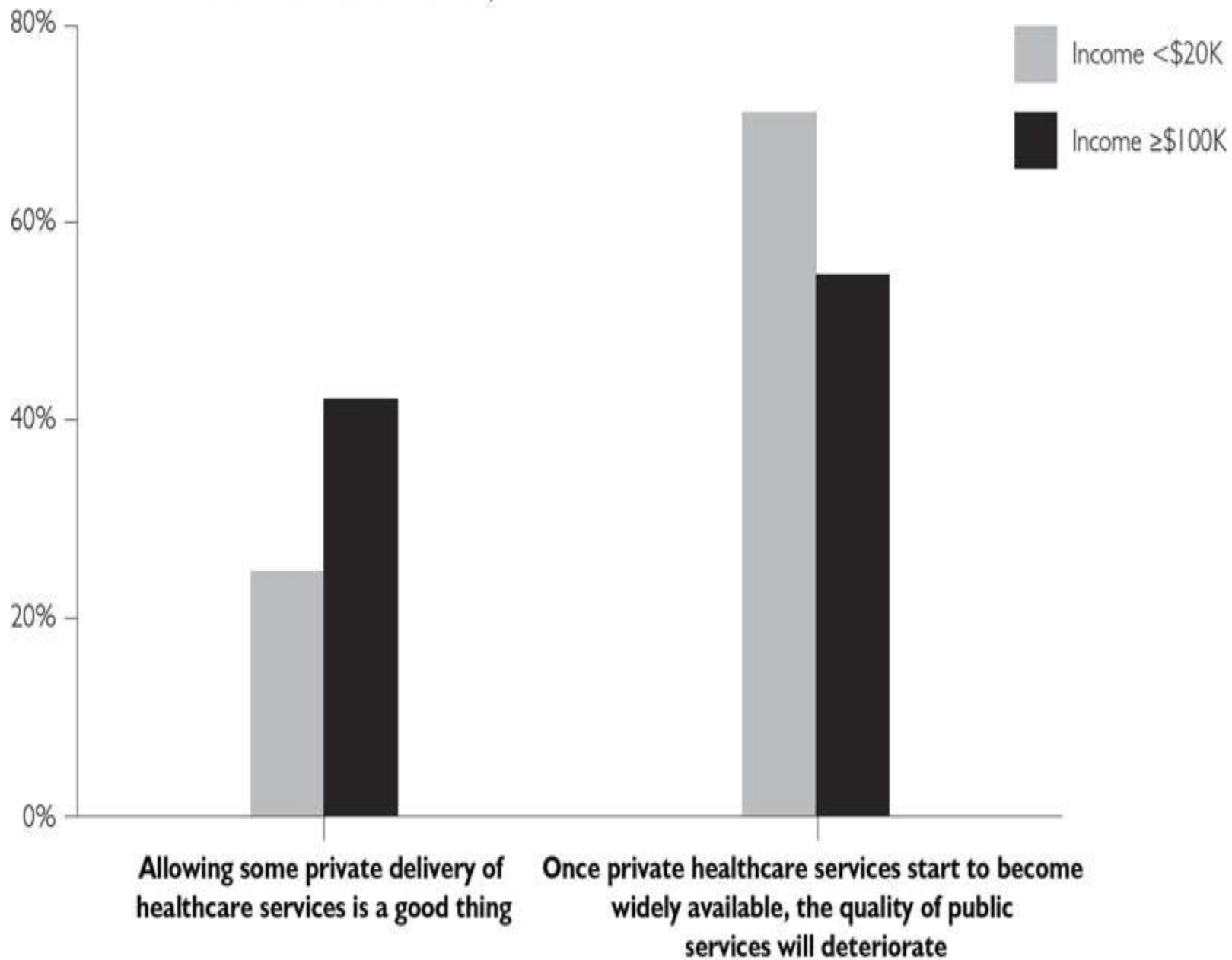
LO SCREENING ORGANIZZATO FUNZIONANTE RIDUCE LE DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO

IMPATTO DEI PROGRAMMI DI SCREENING ORGANIZZATI E FUNZIONANTI SULL'ESECUZIONE DELLA MAMMOGRAFIA NEGLI ULTIMI DUE ANNI



Nelle Regioni in cui sono presenti programmi di screening mammografico organizzati e funzionanti, le donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia secondo le Linee guida sono il 20% in più rispetto a quelle residenti in Regioni in cui i programmi non sono ancora sufficientemente presenti. L'esistenza di programmi organizzati, inoltre, riduce in modo significativo le disuguaglianze di accesso per titolo di studio e condizione economica.

FIGURE 6. Private healthcare delivery



Source: Conference Board of Canada (EKOS Poll) 2012

Come spostare utenza dal pubblico al privato?

S.S.N.

Liste di attesa

Ticket



**Assicurazioni
e Fondi**

Come spostare risorse dal pubblico al privato?

S.S.N.

~ 600 milioni

**Assicurazioni
e Fondi**



-35.000 operatori (2009 – 2016)

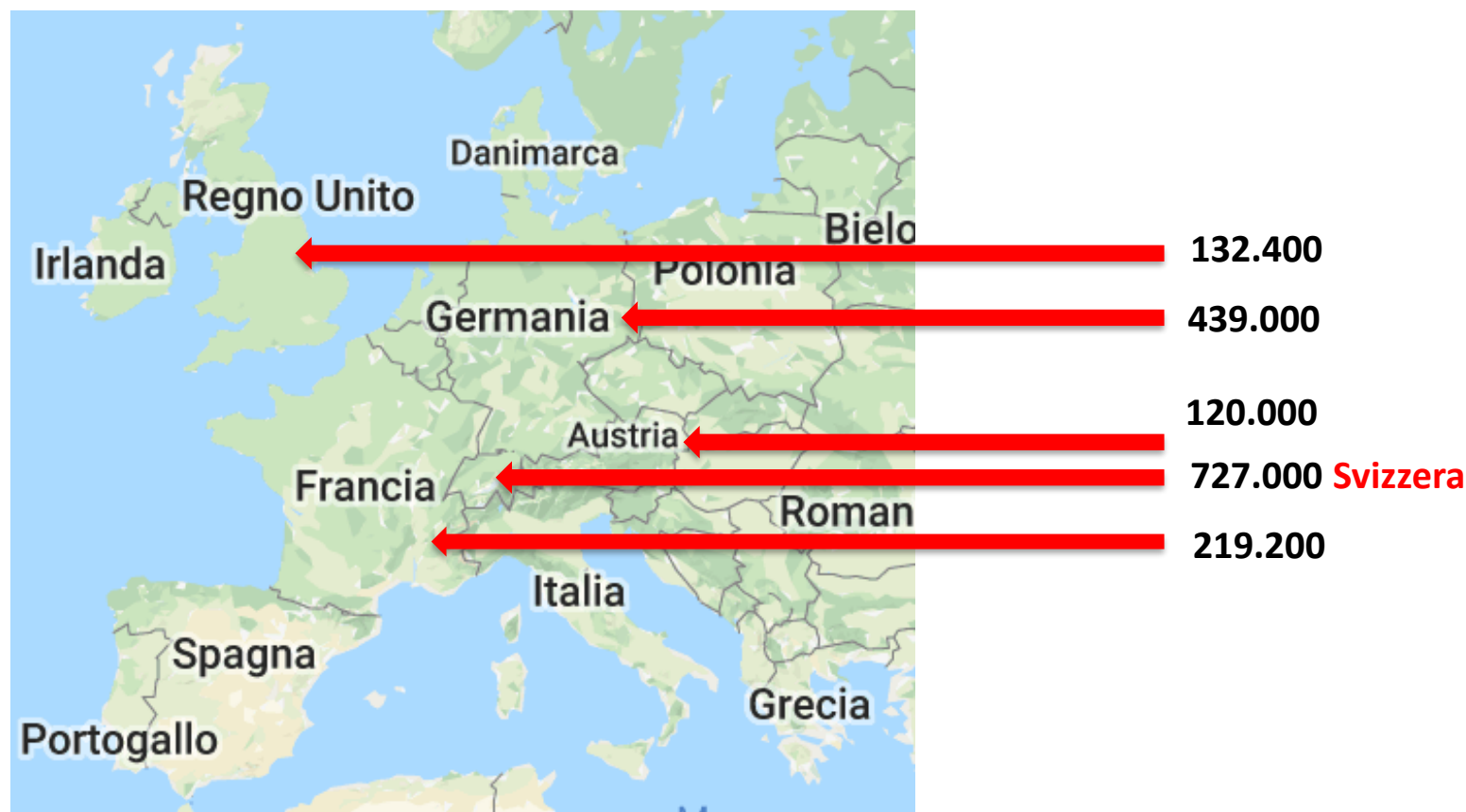
-21.700 MMG prossimi 6 anni

-5.609 infermieri (2012 – 2015)

-32 miliardi di finanziamento (2012 – 2015)

-42% di investimenti (ultimo quadriennio)

Quanti infermieri dovremmo assumere per avere il tasso infermieri / popolazione della...?



Trade in Service Agreement TISA

«C'è un potenziale enorme ancora non sfruttato per la globalizzazione dei servizi sanitari...Sino ad ora questo settore di servizi ha giocato solo un ruolo ridotto negli scambi internazionale.

Ciò è dovuto al fatto che i sistemi sanitari sono finalizzati ed erogati (**purtroppo**) dallo Stato e da enti assistenziali e non sono di nessun interesse per gli investitori stranieri a causa dell'assenza di finalità commerciali (**chiamasi profitto!**) »

Marco Geddes da Filicaia

La salute sostenibile

Perché possiamo permetterci
un Servizio sanitario equo ed efficace



 Il Pensiero Scientifico Editore

*«Hanno trasformato il
lavoro degli altri in
titoli di borsa, i campi
della terra in rendita, e
tutti i valori reali della
vita umana, l'arte,
l'amore, l'amicizia, in
merci da comprare e
incassare»*

**Elsa Morante, *La
Storia***

Marco Geddes da Filicaia

La salute sostenibile

Perché possiamo permetterci
un Servizio sanitario equo ed efficace



Il Pensiero Scientifico Editore

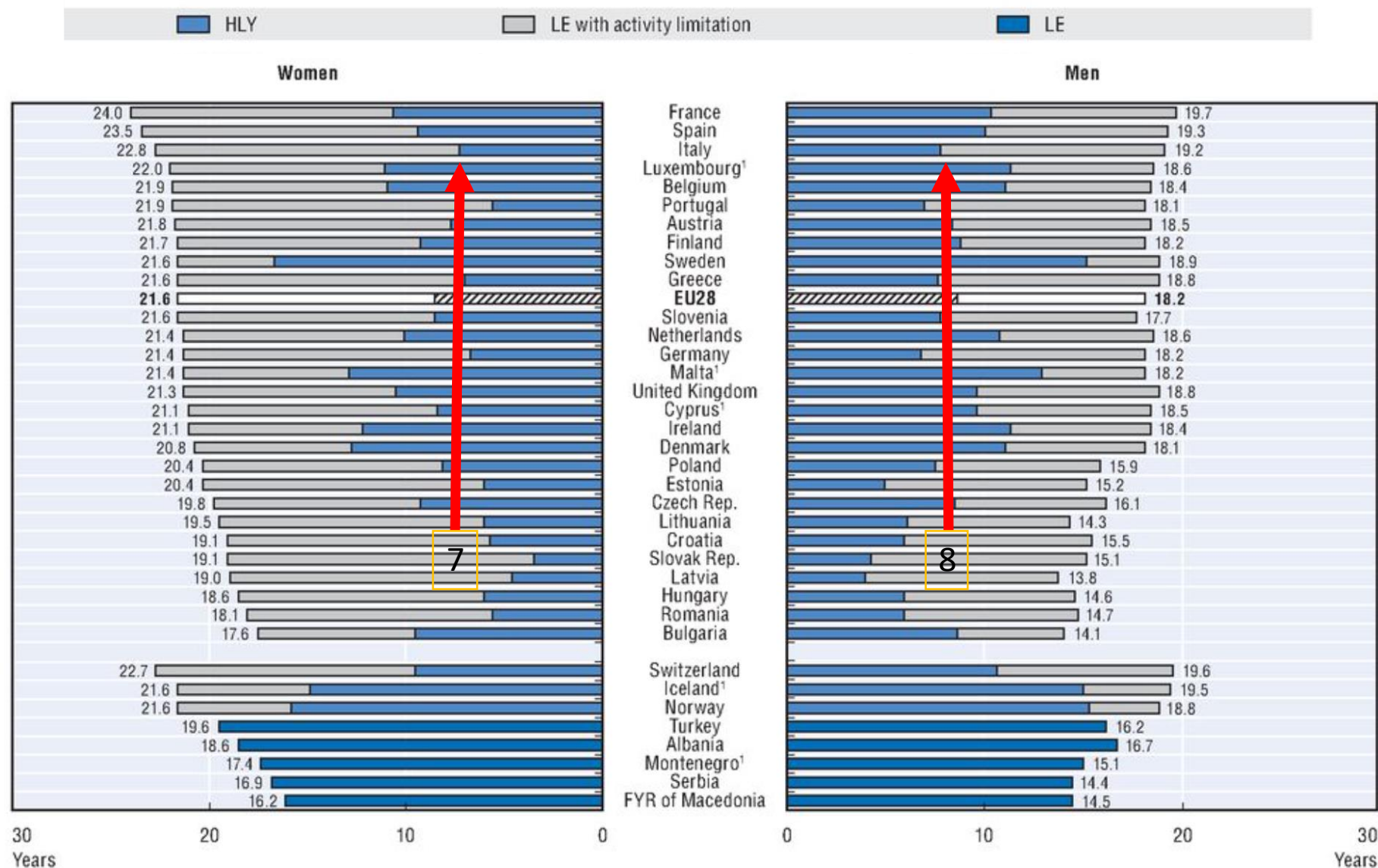
*«Hanno trasformato il
lavoro degli altri in
titoli di borsa, i campi
della terra in rendita, e
tutti i valori reali della
vita umana, l'arte,
l'amore, l'amicizia, **la
salute**, in merci da
comprare e incassare»*

**Elsa Morante, *La
Storia***

La spesa privata, valutabile a 39.680 milioni (escludendo 3.362 milioni che vengono “restituiti” dallo Stato sotto forma di detrazioni fiscali), ha questa composizione

- ✓ **1.310 milioni sono relativi all’acquisto di farmaci di fascia A, virtualmente a carico del Ssn, ma che i cittadini acquistano in autonomia per loro volontà (3,3%)**
- ✓ **1.500 milioni sono destinati alla compartecipazione della spesa per i farmaci, ma di questi un miliardo viene sborsato per acquistare farmaci brand al posto degli equivalenti (3,8%)**
- ✓ **5.900 milioni sono destinati a prodotti omeopatici, erboristici, integratori, nutrizionali, parafarmaci, etc. (14,9%)**
- ✓ **5.215 milioni vengono spesi per farmaci di fascia C e di automedicazione, buona parte dei quali sono di efficacia non dimostrata (13,1%)**
- ✓ **11.000 milioni (che includono € 1.300 milioni di ticket) sono destinati a visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio e strumentali, di cui una variabile percentuale del 30-50%, secondo stime internazionali, è inappropriata (27,7%)**
- ✓ **8.500 milioni vanno per le cure odontoiatriche (21,4%)**
- ✓ **2.255 milioni per l’assistenza ospedaliera (5,7%)**
- ✓ **3.000 milioni per la long-term-care (7,6%)**
- ✓ **1.000 milioni per protesi e ausili (2,5%)**

Speranza di vita (LE) e Speranza di vita sana (HLY) a 65 anni. 2014



Note: Countries are ranked in descending order of life expectancy at 65 for women.

1. Three-year average (2012-14).

Source: Eurostat Database.