

LA DINAMICA DELLA SPESA SANITARIA NELL'OCSE E IN EUROPA (Analisi e proposte)

Intervento del Prof. Andrea Monorchio

Riforme avviate in Europa negli anni '90

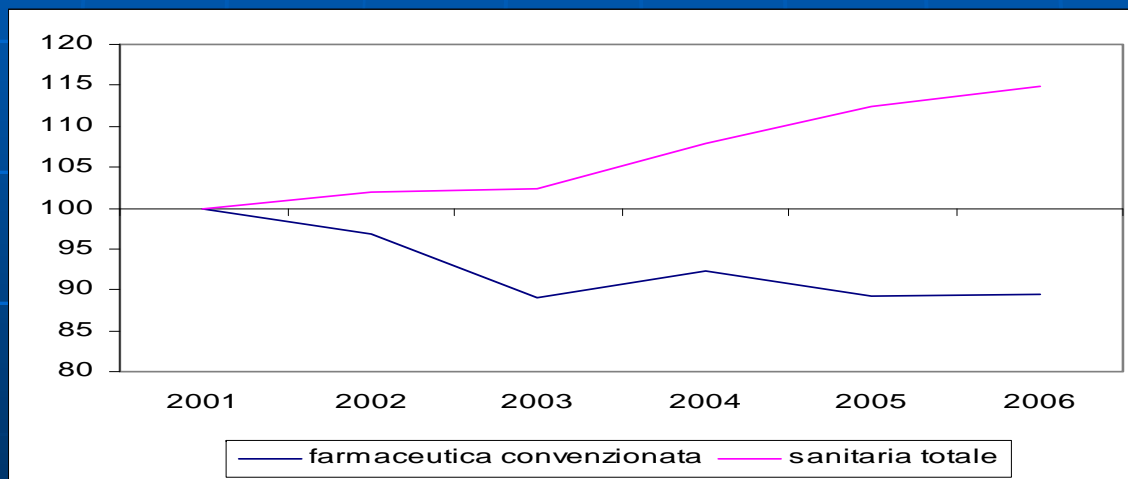
- Passaggio da un sistema di regolazione centralizzata delle prestazioni ad un sistema basato sulla contrattazione
- Aziendalizzazione delle strutture erogatrici ed introduzione di meccanismi di concorrenza amministrata
- Rimborsi delle prestazioni ospedaliere non più basati sulle giornate di degenza ma per tipologia di diagnosi (DRG)
- Fissazione di vincoli di spesa per i medici di base

Effetti delle riforme

- Attualmente i servizi sanitari nazionali sono organizzati nella forma dei cosiddetti quasi-mercati (o mercati regolamentati).
- Le prestazioni vengono erogate da strutture pubbliche e strutture private accreditate in "concorrenza" tra loro
- I rapporti tra amministrazioni pubbliche (soggetti pagatori) e le strutture erogatrici sono regolati da specifici contratti.
- Le strutture erogatrici godono di autonomia organizzativa, gestionale e finanziaria
- Ogni prestazione viene rimborsata in base ad una data tariffa. Ciò dovrebbe incentivare le strutture erogatrici a contenere i costi di produzione dei servizi, dato che per esse qualunque risparmio ottenuto rispetto alla tariffa costituisce un guadagno netto.

Alcune caratteristiche della spesa sanitaria pubblica in Italia

	% sulla spesa sanitaria totale	var % cumulata 2006/2001 (*)	Contributo alla crescita 2006-2001 (in %) (*)	Tagli Finanziaria 2007 (in %)
Farmaceutica	16	5,7	2,5	50
Altri capitoli di spesa	84	41,2	97,5	50
Totale	100	35,7	100,0	100



	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Farmaceutica convenzionata	0,93	0,91	0,83	0,86	0,83	0,84
Sanitaria totale	5,99	6,11	6,13	6,46	6,73	6,87

(* dati riferiti alla spesa farmaceutica convenzionata)

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Osmed

Spesa sanitaria totale in % del Pil in alcuni paesi OCSE

Paesi	Anno 1990	Anno 1995	Anno 2000	Anno 2005
Francia	8,4	9,9	9,6	11,1
Germania	8,3	10,1	10,3	10,7
Italia	7,7	7,3	8,1	8,9
Spagna	6,5	7,4	7,2	8,2
Regno Unito	6,0	7	7,3	8,3
USA	11,9	13,3	13,2	15,3

Incidenza della spesa sanitaria pubblica su quella totale in alcuni paesi OCSE

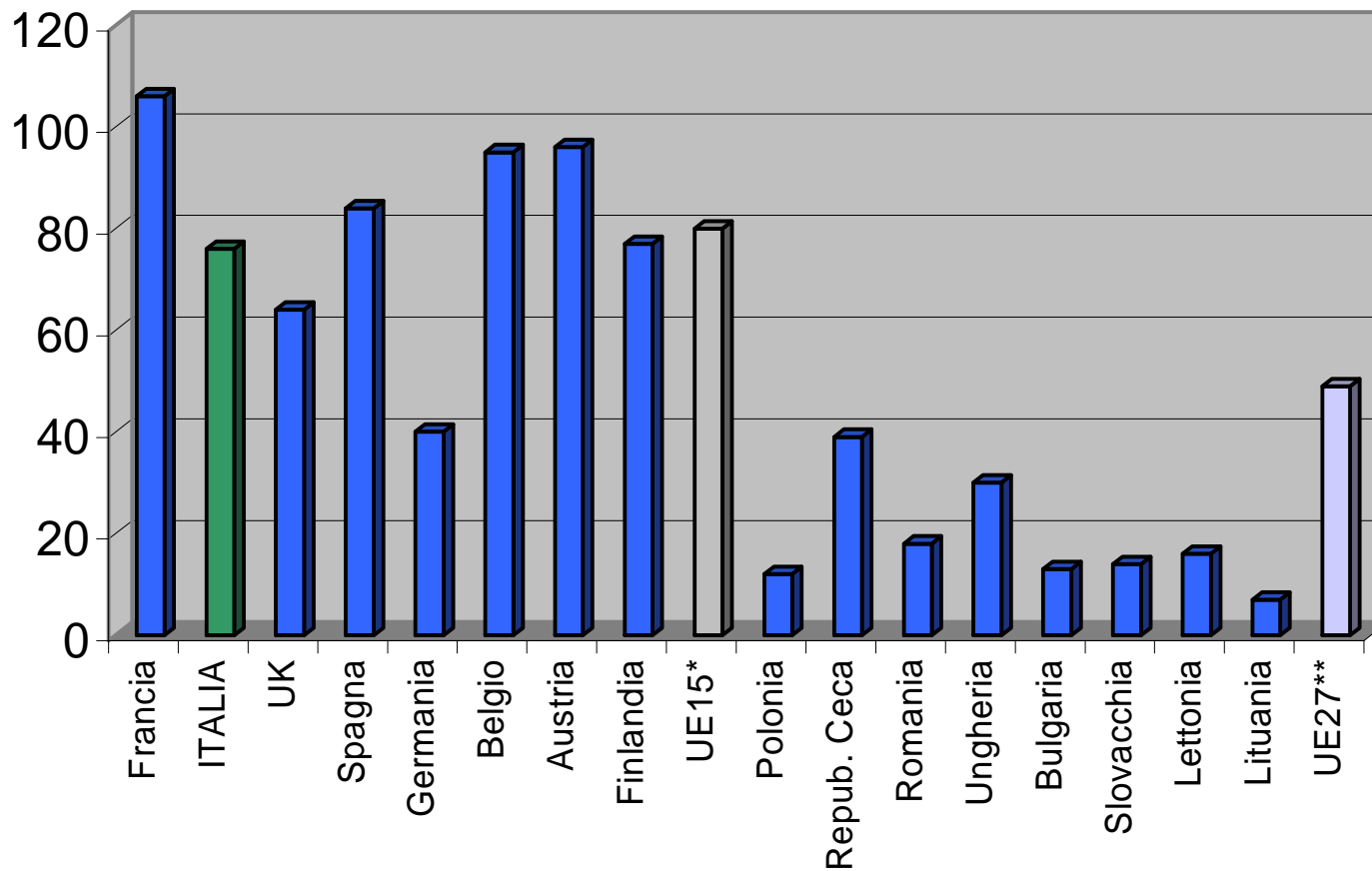
Paesi	Anno 1990	Anno 1995	Anno 2000	Anno 2005
Francia	76,6	78,6	78,3	79,8
Germania	76,2	81,6	79,7	76,9
Italia	79,5	70,8	72,5	76,6
Spagna	78,7	72,2	71,6	71,4
Regno Unito	83,6	83,9	80,9	87,1
USA	39,4	45,3	43,7	45,1

In Italia la spesa farmaceutica pubblica è inferiore agli altri Paesi europei

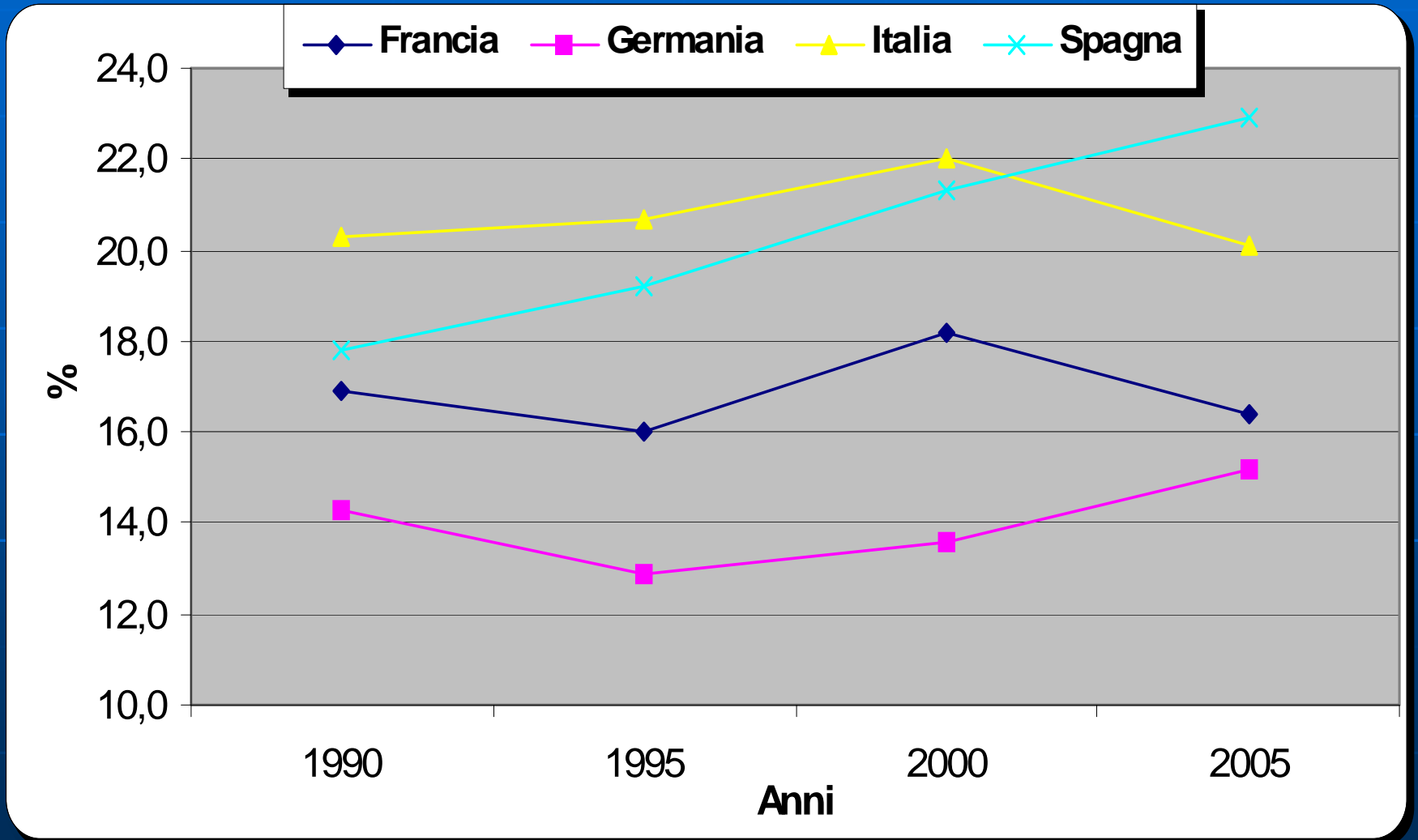
Spesa farmaceutica convenzionata, anno 2006

	euro pro-capite	indice Italia=100
Francia	309,1	147,3
Germania	290,5	138,5
Regno Unito	245,3	116,9
Spagna	234,9	111,9
Media Paesi europei	274,5	130,8
ITALIA	209,8	100,0

Spesa ospedaliera pro-capite nell'UE 2006 (in euro)



Incidenza della spesa farmaceutica sulla spesa totale



Fonte: OCSE

Letti ospedalieri per acuti per 1.000 abitanti in alcuni paesi OCSE

Paesi	Anno 2004	Anno1990
Francia	3,8	5,2
Germania	6,4	8,3
Italia	3,7	6,2
Spagna	2,8	3,6
Regno Unito	3,6	4,3
Stati Uniti	2,8	3,7

In estrema sintesi

- A partire dall'inizio degli anni '90, la spesa sanitaria totale si è accresciuta in misura significativa rispetto al PIL in tutti i paesi industrializzati.
- L'aumento della spesa sanitaria pubblica è risultato in genere superiore a quello della spesa privata.
- In Italia, il rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL è diminuito nella prima metà degli anni '90 (dal 6% al 5,2%), si è stabilizzato nella seconda metà del decennio ed ha evidenziato una netta accelerazione a partire dal 2000. Nel 2006 esso si è attestato al 6,7% (pari a 99,2 miliardi di euro).
- In tutti i maggiori paesi OCSE, tranne gli USA, la spesa sanitaria pubblica prevale nettamente su quella privata.
- Nel periodo considerato, sono tendenzialmente diminuite le risorse destinate all'assistenza ospedaliera (taglio dei posti letto, blocco del turnover, chiusura/riconversione piccole strutture, ecc.) e sono invece aumentate quelle per l'assistenza territoriale.

LA RIPARTIZIONE DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA NEL 2006

Categorie	Milioni di euro	Comp. %
Assistenza diretta (ASL e AO)	61.611	61,4
Assistenza convenzionata e accreditata	37.556	38,6
- Farmaceutica	12.398	12,4
- Medicina generale e specialistica	9.416	9,4
- Ospedaliera	8.337	8,3
- Altra assistenza indiretta	7.405	8,6
TOTALE	99.167	100,0
<i>In rapporto al Pil</i>	6,7%	

Fonte: Ministero della Salute

IL FINANZIAMENTO DEL SSN NEL 2006

ENTRATE	Milioni di euro	Comp. %
IRAP e addizionale regionale IRPEF	37.280	38,8
Compartecipazione regionale al gettito IVA e accise	41.932	43,6
Entrate proprie delle ASL	3.712	3,9
- di cui Tickets	1.083	1,1
Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato	7.947	8,3
FSN e altre integrazioni a carico del bilancio dello Stato	5.290	5,5
TOTALE	96.161	100,0

Fonte: Ministero della Salute

Il processo di invecchiamento demografico

Anziani	Anno 2005	Anno 2010	Anno 2020	Anno 2030	Anno 2040	Anno 2050
In milioni	11,4	12,1	13,7	15,8	18,4	18,8
In % popolaz. totale	19,5	20,5	23,2	27,0	32,0	33,6
In % forze di lavoro (18-64 anni)	30,7	32,7	38,1	46,4	60,4	65,8

Fonte: ISTAT

Spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL per classi di età (Anni 2010-2050)

Classi di età	2010	2020	2030	2040	2050
<i>Spesa totale</i>					
Da 0 a 64 anni	3,9%	3,9%	3,8%	3,4%	3,3%
Da 65 a 79 anni	2,0%	2,2%	2,5%	3,0%	2,8%
Da 80 anni e più	1,1%	1,4%	1,7%	2,0%	2,6%
Totale	7,1%	7,5%	8,0%	8,5%	8,8%
<i>Spesa per acuti</i>					
Da 0 a 64 anni	3,5%	3,5%	3,4%	3,1%	3,0%
Da 65 a 79 anni	1,9%	2,0%	2,3%	2,8%	2,6%
Da 80 anni e più	0,8%	1,0%	1,2%	1,4%	1,9%
Totale	6,2%	6,5%	7,0%	7,3%	7,5%
<i>Spesa per assistenza a lungo termine</i>					
Da 0 a 64 anni	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Da 65 a 79 anni	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Da 80 anni e più	0,3%	0,4%	0,5%	0,6%	0,7%
Totale	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%	1,3%

Politiche per il contenimento della spesa

- L'invecchiamento demografico comporta ineludibilmente l'aumento delle malattie croniche e degenerative.
- Se in un futuro prossimo si vuole conservare l'attuale livello di "benessere sanitario" occorre individuare delle alternative economicamente compatibili.
- L'impossibilità economica ad erogare assistenza in termini tradizionali (ospedali, case di riposo, ecc.) per la crescente domanda di assistenza renderà necessario attivare l'assistenza domiciliare.
- Le politiche comunitarie prevedono un forte incremento dell'assistenza domiciliare del malato, riservando all'Ospedale il trattamento degli eventuali acuti e l'attività dell'alta specialistica medica e diagnostica.
- Una rilevazione compiuta in alcuni Paesi evidenzia una politica orientata in tale direzione.

Anziani assistiti a domicilio

Paesi	
Norvegia , Svezia e Danimarca	20 %
Regno Unito	18 %
Repubblica Cecoslovacca	6 %
Italia	3,5 - 4 %

Misure di razionalizzazione della spesa

- Formazione mirata all'educazione sanitaria ed alla prevenzione già nelle scuole inferiori;
- Vaccinazione obbligatoria per i lavoratori;
- Rinnovare la figura del medico di base anche attraverso un maggior impegno temporale nei confronti degli assistiti;
- Contenimento della spesa farmaceutica attraverso un'attenta politica del prezzo dei farmaci, lo sviluppo dei farmaci generici, la modificazione del metodo di determinazione dei margini di distribuzione, somministrazione diretta dei farmaci da parte del Servizio sanitario agli ammalati cronici.

Grazie ai medicinali vita più lunga e di migliore qualità, ma anche risparmi per la spesa sanitaria

**Insufficienza cardiaca:
ospedalizzazione con e senza
programma/gestione della malattia**



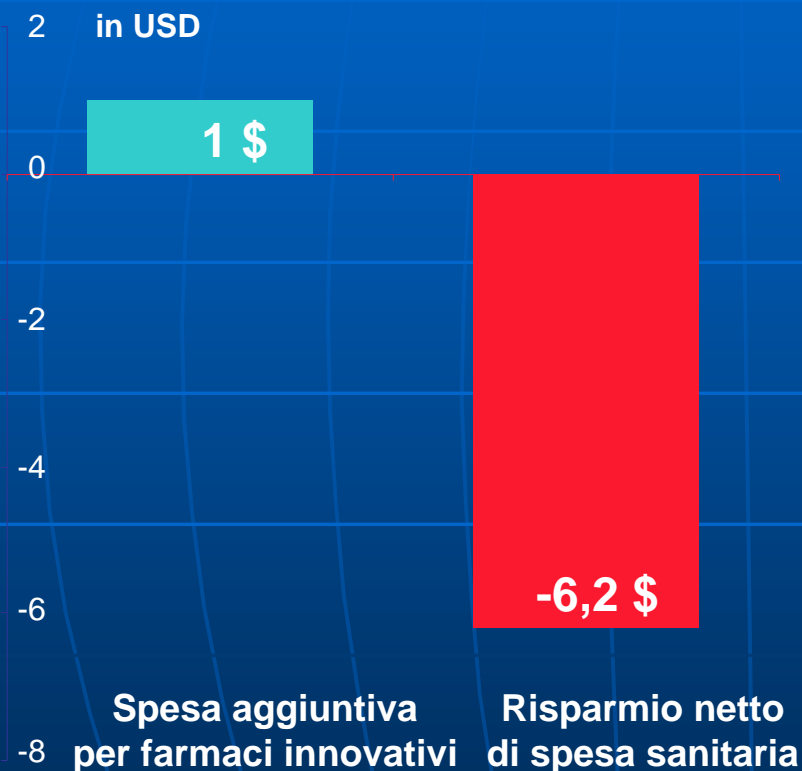
**Malattia di Alzheimer:
mesi di autonomia senza
assistenza domiciliare (*)**



(*) Provenzano et al. (2001).

L'Innovazione è un valore per il malato ma anche un investimento per il SSN

USA: benefici/costi da farmaci innovativi per la spesa sanitaria totale



- Rendendo più brevi i ricoveri (es. cicli di chemioterapia)

1 giorno di ricovero = quasi 3 anni di assistenza farmaceutica

- Prevenendo l'insorgenza di patologie (es. vaccini)

1 € per vaccini = 24 € per curare chi si ammala

- Rallentando la degenerazione della malattia (es. Alzheimer)
- Evitando interventi chirurgici (es. ulcera)

Il farmaco è anche uno strumento per la sostenibilità del Sistema

Fonte: Lichtenberg, F.; Benefits and Costs of Newer Drugs, NBER Working Paper

Si riscontrano notevoli differenze di costo lungo la catena del valore dell'industria farmaceutica

2006

% del prezzo finale al consumo* compresi IVA, farmaci rimborsati, canale retail

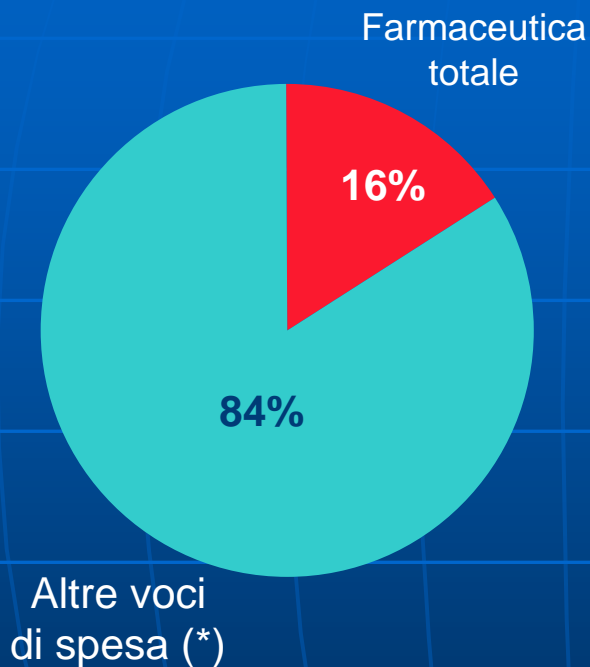


Elaborazione su dati IMS - SHEALTH

I costi della farmaceutica e quelli totali in Sanità

Spesa sanitaria pubblica

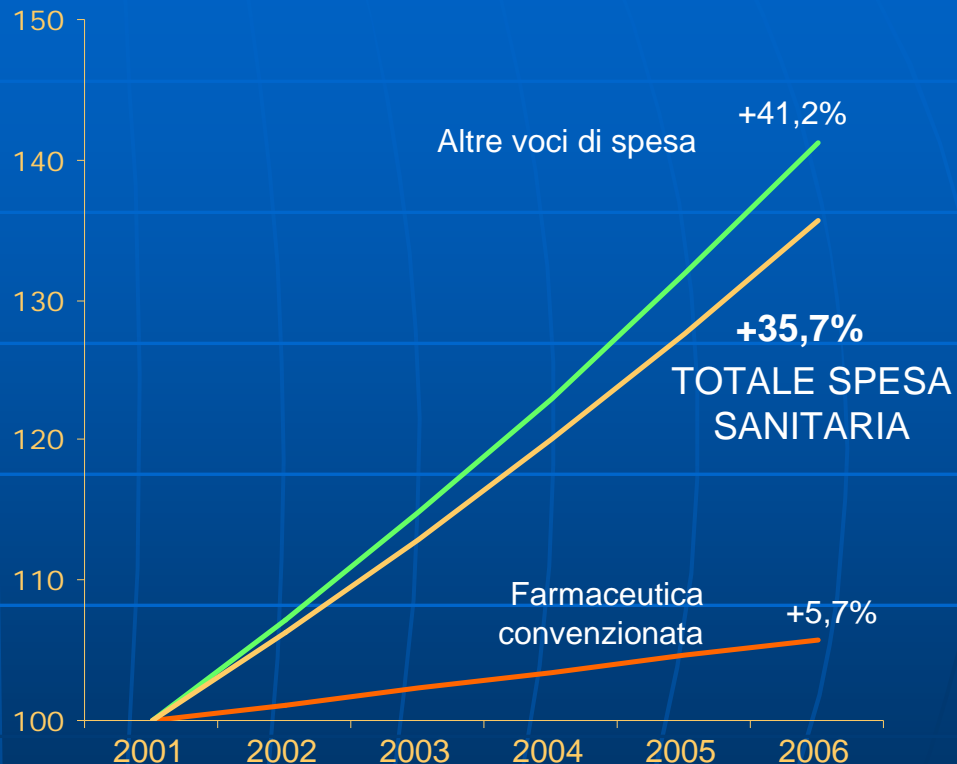
(in % sul totale, anno 2006)



(*) 47% per spesa ospedaliera (al netto dei farmaci)

Spesa sanitaria pubblica

(in valore, indice 2001=100)



Fonte: Istat

La spesa per il personale (33.355 milioni nel 2006) pesa 1/3 della spesa sanitaria totale