FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

ARIS
ASSOCIAZIONE RELIGIOSA ISTITUTI SOCIO-SANITARI
e pluribus unum

Partito Democratico

Il Dipartimento provinciale Sanità e Welfare di Brescia
organizza un
Laboratorio di approfondimento e confronto con esperti
aperto alla cittadinanza

Quale finanziamento per il Servizio Sanitario e per la cura delle cronicità?

Sabato 21 Ottobre 2017
ore 9,00 - 13,00
presso l'Auditorium Capretti - Istituto Artigianelli, Via Piamarta, 6 - Brescia
ingresso parcheggio da via Avogadro - salita Castello da piazzale Arnaldo

ore 9,00 **Introduzione ai lavori**
Michele Orlando, Segretario Provinciale PD
Marianna Dossena, Responsabile Dipartimento Sanità e Welfare PD bresciano

ore 9,30 **Prima sessione - Spesa sanitaria: pubblica, intermediata, privata**
- Relazione di *Alberto Ricci*
  Coordinatore OASI - Osservatorio Aziende e Sistema Sanitario Italiano - CERGAS Bocconi
- Discussione

ore 10,30 **Seconda sessione - Long Term Care: quali risorse in gioco?**
- Relazione di *Francesco Longo*
  CERGAS Bocconi - Centro Ricerche Gestione Assistenza Sanitaria e Sociale
- Discussione

ore 11,30 **Terza sessione - Erogatori privati e sostenibilità economica**
- Relazione di *Alessandro Signorini*
  Responsabile Nazionale Sezione Case di Cura - ARIS - Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
- Discussione

ore 12,30 **Valutazioni conclusive e prospettive per il lavoro politico**
Marianna Dossena, Responsabile Dipartimento Sanità e Welfare PD bresciano

Erogatori privati e sostenibilità economica

Alessandro Signorini
Responsabile nazionale Case di Cura ARIS

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

ARIS
ASSOCIAZIONE RELIGIOSA ISTITUTI SOCIO-SANITARI

GENERALITA'

L'ARIS, (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari), è attiva in ambito nazionale da oltre cinquant'anni e rappresenta una realtà di Istituzioni particolarmente vasta e complessa, sia per le finalità che per l'eterogeneità delle attività. E' costituita da strutture sanitarie e socio-sanitarie che raggruppano le seguenti sezioni:

n. 24 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
n. 17 Ospedali classificati
n. 9 Presidi
n. 34 Case di cura
n. 101 Centri di riabilitazione
n. 23 Residenze sanitarie assistenziali ed ex-istituti psichiatrici
n. 34 Ex Federati

n° complessivo operatori	**50.500**
medici	5.500
operatori comparto	45.000

posti letto complessivi	**26.000**
area "ospedaliera"	15.000
area "extra ospedaliera"	11.000

Sanità cattolica

Posizione in generale arretramento:

- In Lombardia
- In Italia
- In Europa

- Cessione ospedale classificato San Giuseppe (FBF) a gruppo imprenditoriale
- Cessione San Raffaele a gruppo san Donato
- Crisi Ospedale Valduce
- Cessione ospedale classificato Gravedona a gruppo imprenditoriale
- Cessione cdc Columbus a gruppo imprenditoriale
- …sofferenze varie …

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

In controtendenza

UCL
Université catholique de Louvain

In espansione, acquisisce ospedali «pubblici»

Table 1 **Number and percentage of total acute-care hospitals by hospital type, 2001 and 2011**

Hospital Type	2001 Hospitals	2001 % of Hospitals	2011 Hospitals	2011 % of Hospitals	Change in Number of Hospitals from 2001 to 2011
Catholic non-profit	329	8.2%	381	10.1%	+16%
Other religious non-profit	248	6.2%	147	3.9%	-41%
Secular non-profit	1,937	48.2%	1,713	45.2%	-12%
Public	843	21.0%	581	15.3%	-31%
For-profit	660	16.4%	964	25.5%	+46%
Total	4,017	100.0%	3,786	100.0%	-6%

- In 2011, 10 of the 25 largest health systems in the nation were Catholic-sponsored.[20] Two of those systems (Ascension Health and Catholic Health Initiatives) were the two largest non-profit health systems in the nation and among the five largest systems of any kind. (*See* Table 3 on page 8.)

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Dichiarazione di voto

la forma più alta ed equa di servizio sanitario è, e continuerà ad essere, quella fondata sul principio universalistico e solidaristico, governata dalla amministrazione pubblica quale espressione dello stato sociale moderno che vuole garantire libertà di accesso e di scelta ai propri cittadini, tutela e protezione per le fasce più deboli ed esposte della popolazione.

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Confermati i principi di riferimento.. si aprono gli interrogativi

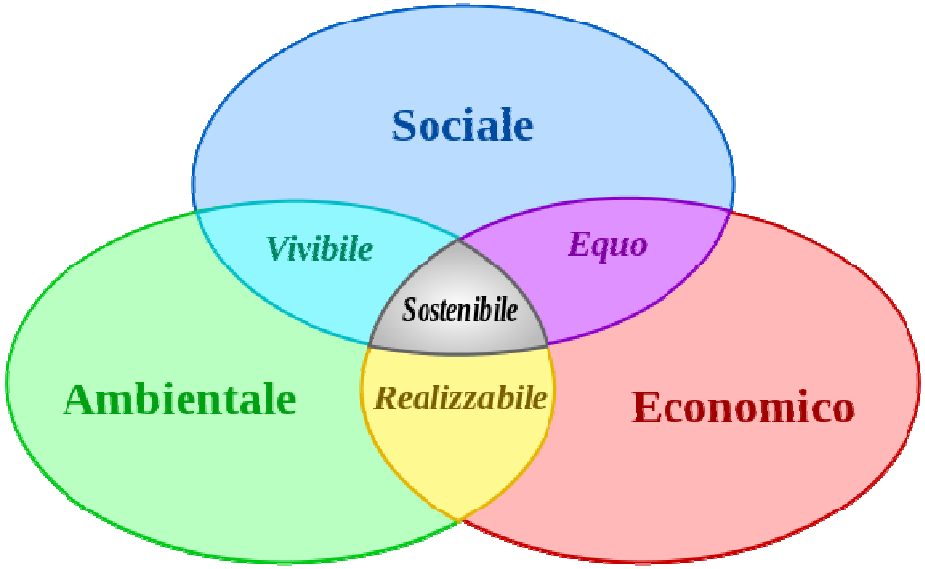
- **Valori di riferimento e modello organizzativo coincidono in modo inscindibile? Sempre e comunque?**
- **Perché un modello entra in crisi?**
  - **È colpa/responsabilità dei «nemici» del modello?**
  - **Esistono «ragioni strutturali» all'origine del disagio e delle difficoltà?**

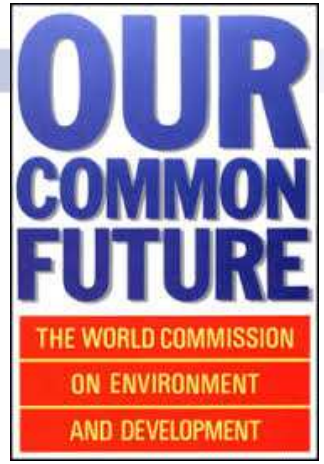
Principali spunti per una riflessione:

- ***La sostenibilità***
- ***Il modello di welfare e la tutela della salute***
- ***Pubblico e privato in sanità***

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Il principio di sostenibilità





Sostenibilità: equilibrio fra il soddisfacimento delle esigenze presenti senza compromettere la possibilità delle future generazioni di sopperire alle proprie

(Rapporto Brundtland)

WCED –UN , 1987

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

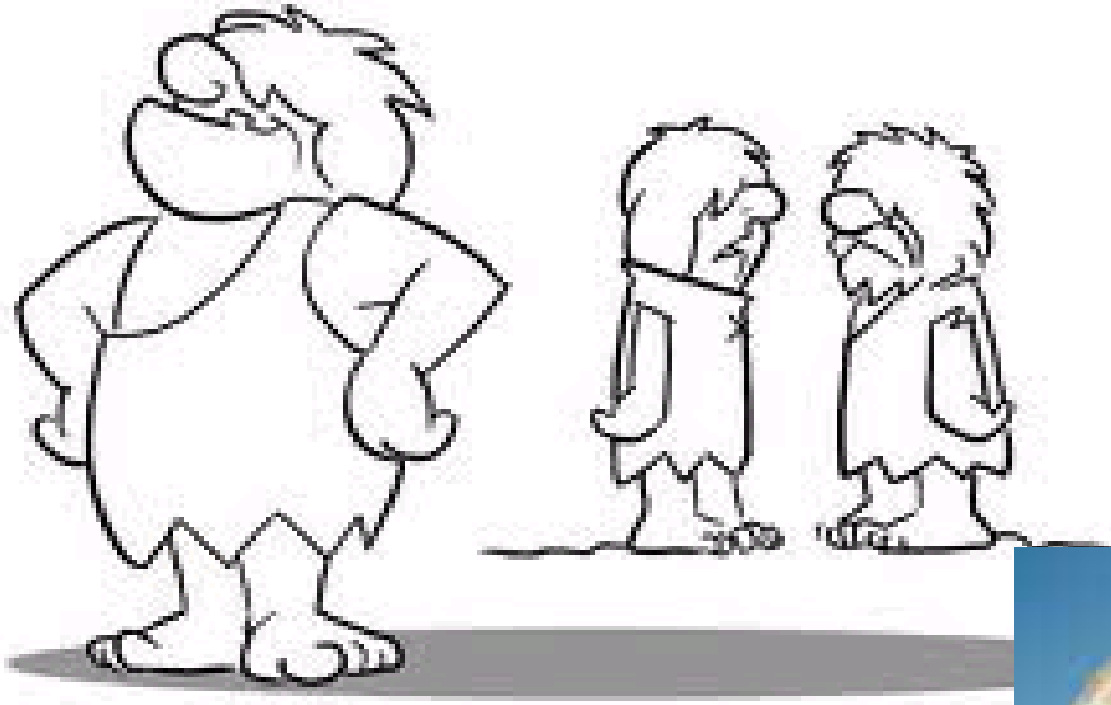
CORRIERE DELLA SERA.it

SANITA'

Monti: «Non è garantita la sostenibilità futura del Sistema Sanitario Nazionale»

27 novembre 2012

– SI DA' UN SACCO DI ARIE PERCHE' E' STATO IL PRIMO A SCOPRIRE L'ACQUA CALDA.



Sanità pubblica sotto attacco!

I tagli della ***spending review,*** sommati a quelli del precedente governo, hanno comportato una **riduzione di circa il 10% del fondo sanitario nella sola Regione Toscana**.

Riorganizzazione degli ospedali e chiusura di presidi sanitari

Con l'introduzione del **pareggio di bilancio in Costituzione** e l'approvazione del **Fiscal Compact**, il futuro della sanità pubblica era già compromesso: i partiti di maggioranza, dal PD al PDL passando per il Centro, che hanno votato questi provvedimenti ultra-liberisti si sono assunti una gravissima responsabilità nei confronti dei cittadini e delle future generazioni.

Le ultime dichiarazioni del presidente del Consiglio Monti, sulla presunta insostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e sulla necessità di introdurre forme diverse di finanziamento dello stesso, aprono la strada alla **drastica riduzione del servizio pubblico** e alla **sistematica privatizzazione dei servizi.**

Rifondazione Comunista Pisa

RIFONDAZIONE COMUNISTA – SINISTRA EUROPEA – PARTITO COMUNISTA

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Conclusioni:

«.. Il sistema è sostenibile in relazione a quanto lo vogliamo sostenere…»

« … e poi.. è tra i meno costosi…»

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVII LEGISLATURA

12^ COMMISSIONE PERMANENTE - IGIENE E SANITÀ

INDAGINE CONOSCITIVA

autorizzata dal Presidente del Senato della Repubblica il 10 giugno 2013

"La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità"

(relatori: sen. D'Ambrosio Lettieri e sen. Dirindin)

COMUNICAZIONE

SULLO STATO DI AVANZAMENTO DEI LAVORI

Gennaio 2015

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

quotidianosanità.it

Mercoledì 25 FEBBRAIO 2015

In questa affermazione, come evidente, i due senatori, consapevolmente o meno, alla fine smontano l'oggetto stesso della sostenibilità come valore astratto, riconducendolo in un ambito squisitamente politico: "non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie) – scrivono in conclusione delle loro riflessioni - la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico: fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti

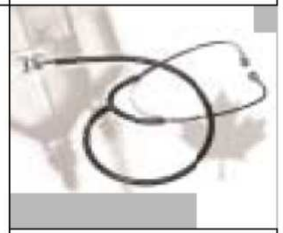
E allora, come uscirne?La risposta dei due estensori del draft fa sue le parole della Commissione Romanow che oltre dieci anni fa fornì al governo canadese suggerimenti per migliorare la sanità pubblica e per affrontare i problemi che stavano minando il futuro del servizio. *"Non vi è alcun standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno. Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia".*

Policy Matters

IRPP

Thomas J. Courchene

Medicare as a Moral Enterprise: The Romanow and Kirby Perspectives



October 2003

Vol. 4, no. 1

Enjeux publics

Romanow and Kirby: The Public/Private Split in Healthcare Service Delivery

The situation with regard to the public/private split in the delivery of services has also, to some extent, been clarified. In particular, the critical distinction between funding and delivery as it applies to the Canadian system is now better understood, although some misconceptions continue to be influential. Everyone now recognizes that having a single public funder for medically necessary hospital and doctor services does not imply that all delivery of those services is done within the public sector. Both reports acknowledge that to all intents and purposes the core of medicare can be characterized as the public funding of private delivery. Hospitals in Canada are largely not-for-profit private institutions (unlike, for example, Britain, where they are publicly owned and where the issue of devolution of administrative responsibility to certain hospitals that would become "Foundation Trusts" is quite controversial) while doctors' practices are essentially small businesses.

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Private Management of a Public Service: What Can Be Learned from the CROS Experience?

Thomas McGowan

HOSPITAL QUARTERLY VOL. 6 NO. 4 • 2003 | 33

Does the Private Sector Have a Role in Canadian Healthcare?

COMMENTARY

Tom McGowan, MD, MBA, FRCPC
Head of Clinical Programs, Cancer Care Ontario
Physician Director, Radiation Oncology, Credit Valley Hospital

These data represent the actual observed workload at CROS and the average workload of an Ontario radiation oncologist based on practice in 2001/2002.

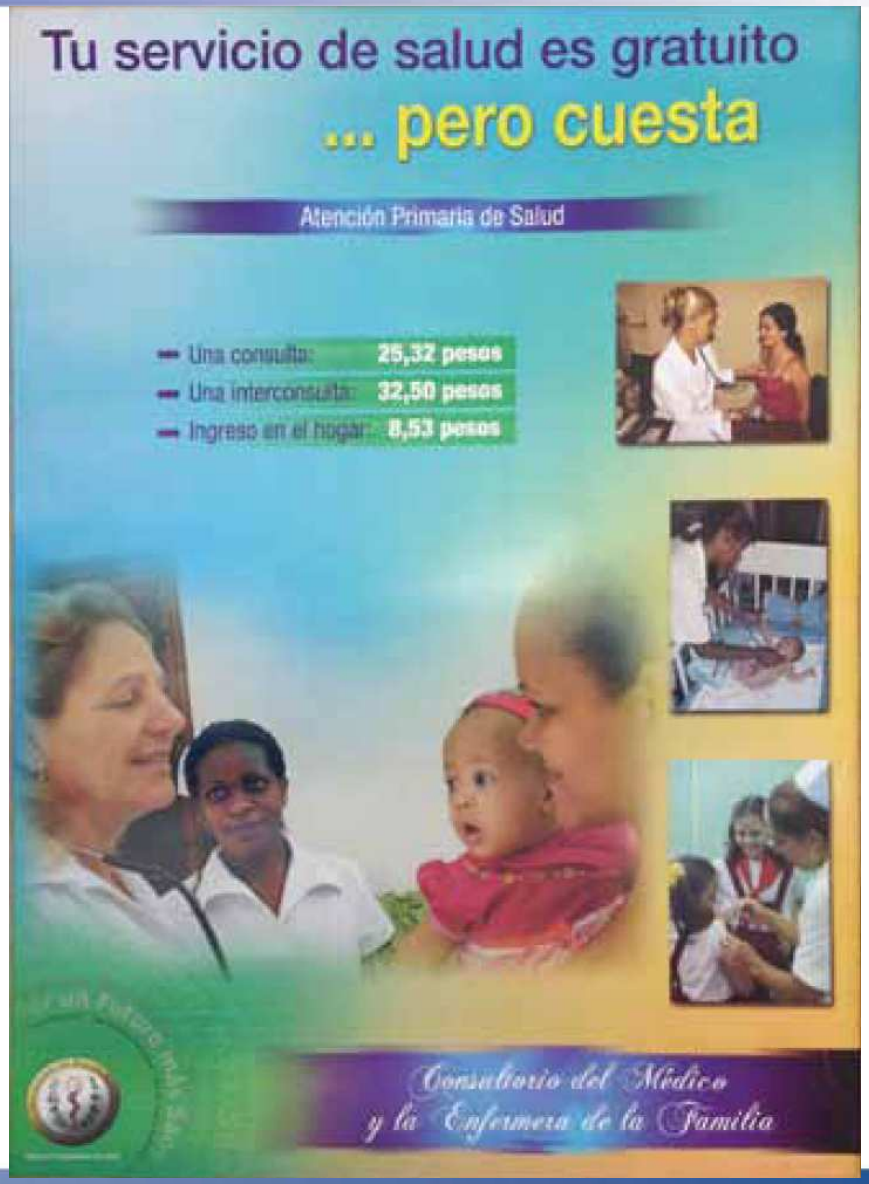
Table 1. Comparison of MD workload per clinical shift

MDs	New & Planned Patients		Followup Visits	Total Patients
CROS	New	2.45		
	Planned	2.36	1.84	6.65
	Total	4.81		
Ontario	New	0.92		
	Planned	0.82	4.69	6.43
	Total	1.74		

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

La salute non ha prezzo !

… però la Sanità costa…



manifesto del servizio sanitario cubano

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

i «tagli» in sanità…
che significano?

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Acta Pædiatrica, 2006; 95: 1349–1352

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

REGULAR ARTICLES

Perinatal care in Portugal: Effects of 15 years of a regionalized system

MARIA TERESA NETO

Neonatal Intensive Care Unit, Hospital de Dona Estefânia, Lisbon, Portugal

Abstract

Aim: To share information on the organization of perinatal care in Portugal. *Methods:* Data were derived from the Programme of the National Committee for Mother and Child Health 1989, National Institute for Statistics, and Eurostat. *Results:* In 1989, perinatal care in Portugal was reformed: the closure was proposed of maternity units with less than 1500 deliveries per year; hospitals were classified as level I (no deliveries), II (low-risk deliveries, intermediate care units) or III (high-risk deliveries, intensive care units), and functional coordinating units responsible for liaison between local health centres and hospitals were established. A nationwide system of neonatal transport began in 1987, and in 1990 postgraduate courses on neonatology were initiated. With this reform, in-hospital deliveries increased from 74% before the reform to 99% after. Maternal death rate decreased from 9.2/100 000 deliveries in 1989 to 5.3 in 2003 and, in the same period, the perinatal mortality rate decreased from 16.4 to 6.6/1000 (live births + stillborn with $\geq$22 wk gestational age), the neonatal mortality rate decreased from 8.1 to 2.7/1000 live births, and the infant mortality rate from 12.2/1000 live births to 4/1000.

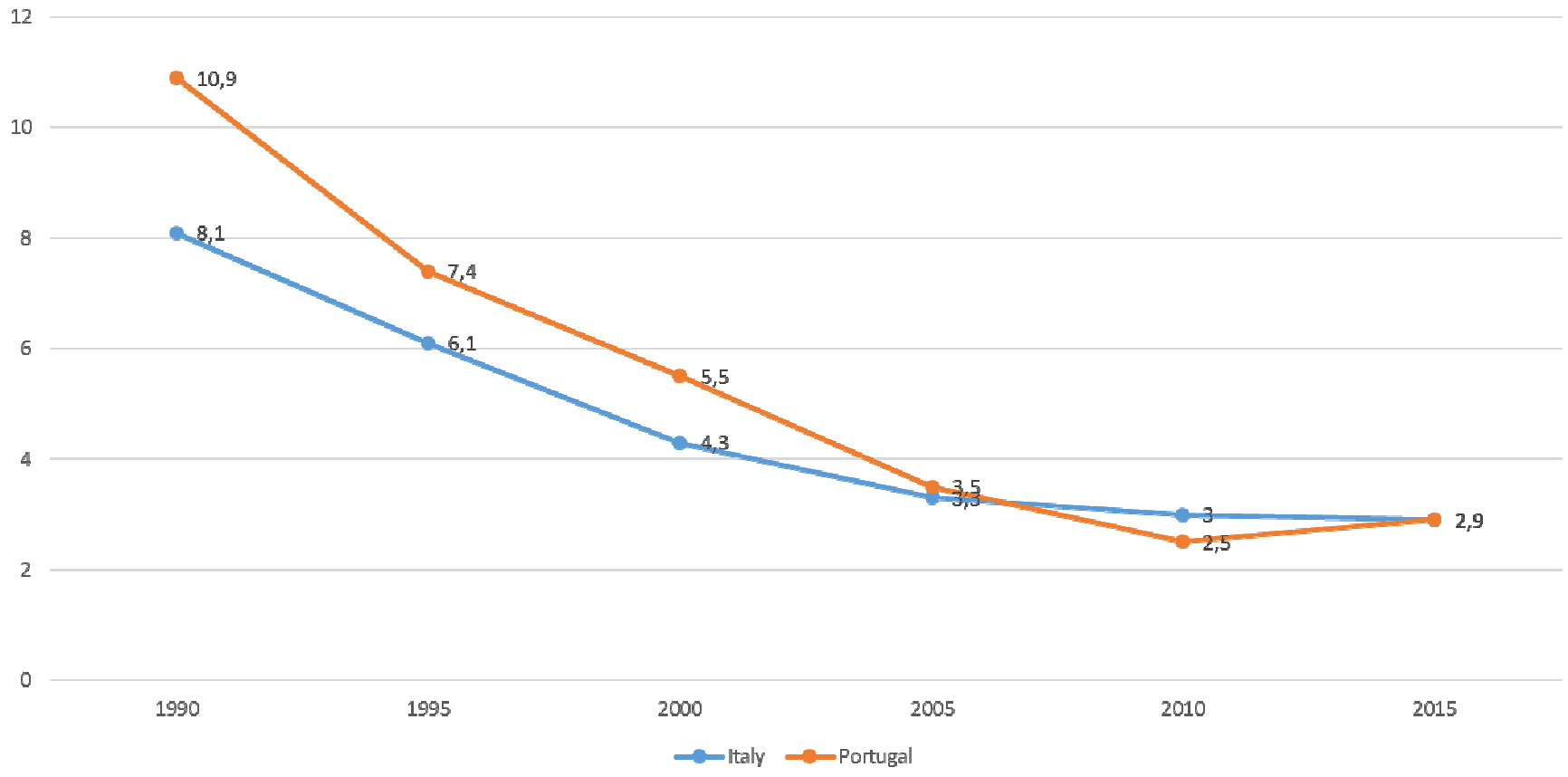
FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

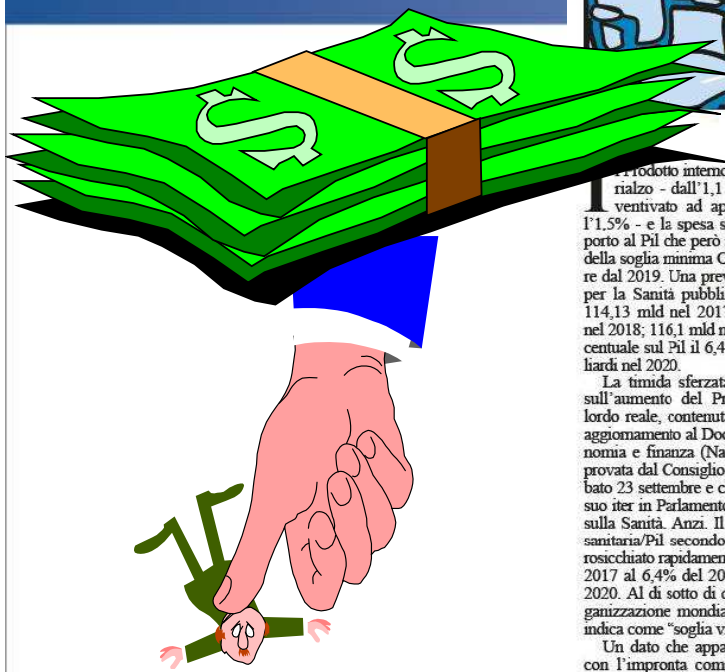
Table II. Relative evolution of infant mortality rates in European countries and the USA (Eurostat).

	1990	2003
Portugal	11	4
France	7.3	3.9
Germany	7	4.2
Belgium	8	4.3
Denmark	7.5	4.4
Netherlands	7.1	4.8
UK	7.9	5.3
Sweden	6	2.8
Finland	5.6	3.1
Spain	7.6	3.2
Italy	8.2	4.3
EEC/EU	7.6	4.6
USA	8 (1994)	7 (2002)

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

CONFRONTO MORTALITA' INFANTILE ITALIA PORTOGALLO
1990 -2015
fonte//data.oecd.org/health.htm
(mortalità x 1.000 nati vivi)





Nella Nota di aggiornamento cresce il Pil (+1,5%) ma la spesa sanitaria scivola ai minimi

Se il Def «snobba» la salute

Stime sotto la soglia Oms: 6,3% nel 2020 - Allarme rosso da esperti e Regioni

Il Prodotto interno lordo rivisto al rialzo - dall'1,1 per cento preventivato ad aprile scorso all'1,5% - e la spesa sanitaria in rapporto al Pil che però resta al di sotto della soglia minima Oms, già a partire dal 2019. Una previsione di spesa per la Sanità pubblica confermata: 114,13 mld nel 2017; 115 miliardi nel 2018; 116,1 mld nel 2019 (in percentuale sul Pil il 6,4%) e 118,6 miliardi nel 2020.

La timida sferzata di ottimismo sull'aumento del Prodotto interno lordo reale, contenuta nella Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza (NaDef) 2017, approvata dal Consiglio dei ministri sabato 23 settembre e che ha avviato il suo iter in Parlamento, non si riflette sulla Sanità. Anzi. Il rapporto spesa sanitaria/Pil secondo la Nadef sarà rosicchiato rapidamente: dal 6,6% del 2017 al 6,4% del 2019 al 6,3% del 2020. Al di sotto di quella che l'Organizzazione mondiale della Sanità indica come "soglia vitale".

Un dato che appare in contrasto con l'impronta complessiva che il Governo ha voluto imprimere al documento, preludendo a una legge di Bilancio espansiva, che inevitabilmente risentirà del clima pre elettorale. La Nota, propedeutica alla manovra che dovrà essere presentata in Parlamento entro il 20 ottobre, aggiorna le stime del Governo sul quadro macroeconomico per l'anno in corso e il triennio successivo, nonché gli obiettivi programmatici. «Il quadro che emerge dai dati più recenti sul Pil - si legge nella Relazione al Parlamento - consente di rivedere al rialzo la previsione di crescita del Pil reale per il 2017 di 0,4 punti percentuali in confronto al Def, all'1,5 per cento. D'altro canto, la crescita del Pil nominale è rivista lievemente al ribasso, al 2,1 per cento, a fronte di una crescita del deflatore al di sotto delle attese (0,6 per cento a fronte dell'1,2 per cento previsto nel Def). Anche le previsioni di crescita per i prossimi anni sono più positive rispetto ad aprile, sia pur nell'ambito di una valutazione che rimane prudenziale poiché è finalizzata ad una equilibrata valutazione della politica di bilancio. Si prevede infatti che il Pil reale aumenterà ad un ritmo dell'1,5 per cento all'anno anche nel 2018 e 2019, per poi decelerare moderatamente nel 2020, all'1,3 per cento, anche in relazione ad un rallentamento del commercio mondiale e a variazioni nei tassi d'interesse e di cambio». E in sintesi: «L'approccio di politica economica che il Governo continua a ritenere più appropriato - è incentrato su un miglioramento graduale e nello stesso tempo strutturale della finanza pubblica, fondato sulla revisione della spesa, su una maggiore efficienza operativa nelle amministrazioni pubbliche e sul contrasto all'evasione e all'elusione fiscale».

L'andamento della spesa sanitaria secondo la Nadef

	2016	2017	2018	2019	2020
Spesa sanitaria (in milioni)	112.542	114.138	115.068	116.105	118.570
Spesa sanitaria (in % del Pil)	6,7	6,6	6,5	6,4	6,3

Tutto bene, quindi? Non proprio. Intanto dal presidente della commissione Bilancio del Senato, **Giorgio Tonini** (Pd), giovedì scorso è arrivato un primo altolà, con la richiesta al Governo di «una nota aggiuntiva», che il ministro dell'Economia **Pier Carlo Padoan** dovrebbe portare nell'audizione in commissione, già martedì 3 ottobre. La Nadef, ha sottolineato Tonini, supportato dalle Osservazioni prodotte dall'Ufficio parlamentare di bilancio, non contiene «l'indicazione dei principali ambiti d'intervento della manovra per il triennio successivo: serve quindi «una sintetica illustrazione» dei loro effetti finanziari in termini di entrata e spesa».

Sulla Sanità, intanto, malgrado l'ottimismo sbandierato dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** - «quest'anno io, l'anno prossimo chi sarà, compatibilmente con la visione del bilancio complessivo, cercheremo di spuntare qualcosa in più» - gli esperti restituiscono analisi a tinte fosche. «La nota di aggiornamento del Def - afferma il presidente della Fondazione Gimbe, **Nino Cartabellotta** - conferma in maniera inequivocabile che alla documentata ripresa dell'Economia non conseguirà un incremento proporzionale del finanziamento pubblico del Ssn. In altri termini, se inizialmente il progressivo definanziamento della Sanità pubblica era una inevitabile conseguenza della crisi economica, oggi rappresenta una costante irreversibile». Sulle barricate, ormai in contrasto deciso con il Governo, il presidente del Veneto, **Luca Zaia**: «Sono due anni - ricorda - che denunciamo questa realtà, che già allora era evidenziata da un taglio di 928 milioni per il 2014; da altri 2 miliardi 347 milioni tagliati per il 2015, da meno 4 miliardi 444 milioni rispetto al Patto Salute e meno 2 miliardi 097 milioni rispetto all'intesa del 2 luglio 2015 (non siglata dal Veneto) per il 2016. Così non può durare». Non lesina critiche anche il coordinatore del Tdm-Cittadinanzattiva, **Tonino Aceti**: «La Nota di aggiornamento del Def conferma una scelta che appare molto chiara, e cioè la volontà di staccare la spina al Servizio sanitario nazionale. Lo abbiamo già denunciato nei mesi scorsi: da una parte le istituzioni si dichiarano schierate a difesa della Sanità pubblica, dall'altra le tolgono l'ossigeno. Era successo, da ultimo, in pieno agosto con il decreto di rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale. Ai tagli già pesanti degli ultimi anni si sono sommati quelli per 423 milioni nel 2017 e 604 milioni per il 2018. Il tutto, in un contesto di nuovi Livelli essenziali di assistenza da implementare, in un panorama nazionale in cui sempre più Regioni non riescono a sostenerli e in cui i cittadini sono costretti a cure out-of-pocket».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

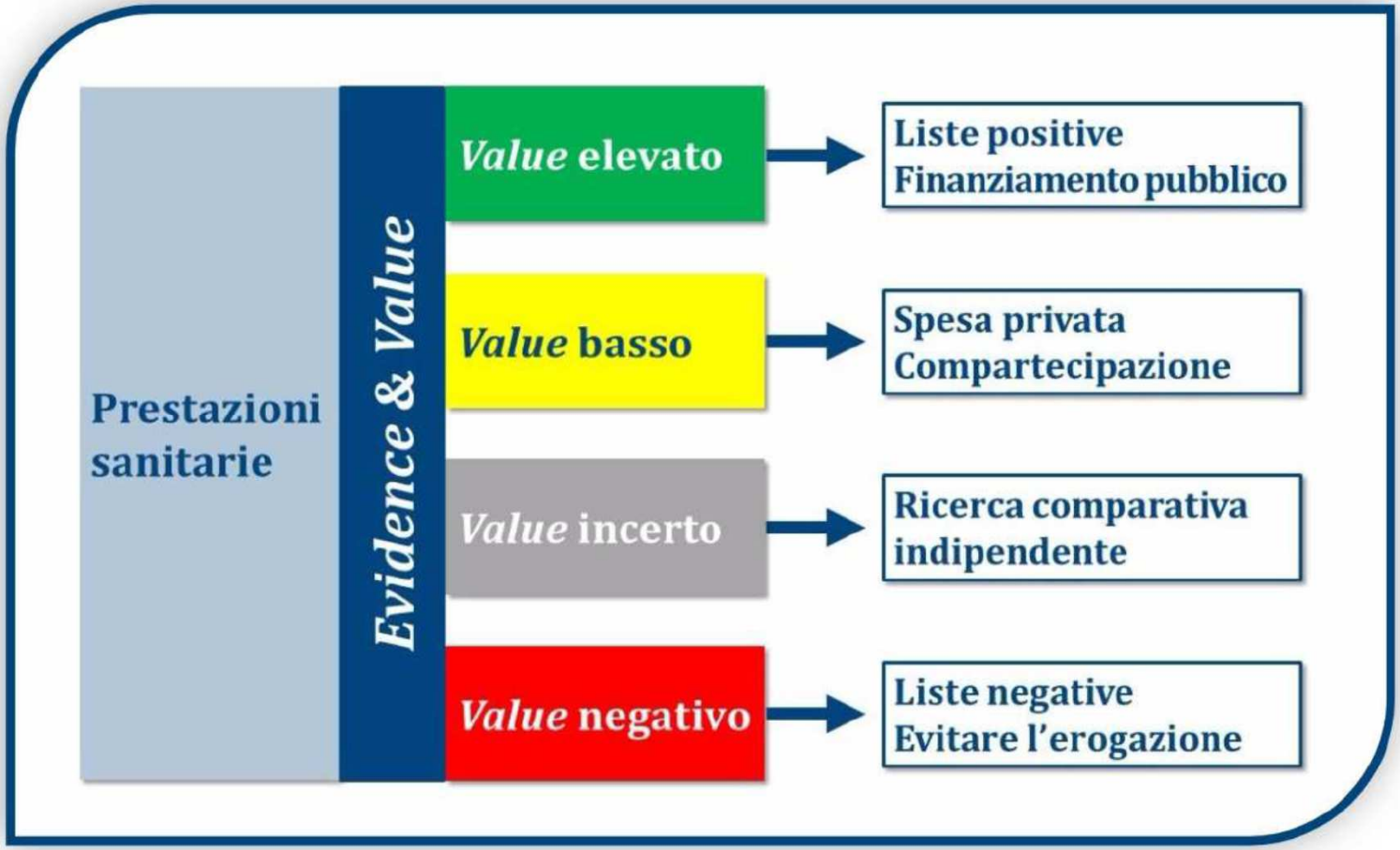
17 ott 2017

24 ORE

Legge di bilancio/Fondo sanitario nazionale a rischio saccheggio. Altro che contratti

far arrivare il fondo sanitario nazionale al 5% del Pil come in Grecia, lontanissimo dal 9,5% della Germania. Eravamo al 6,9% nel 2013, oggi siamo già sotto il 6,5%, e

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero



Fonte: Gimbe, rapporto 2017

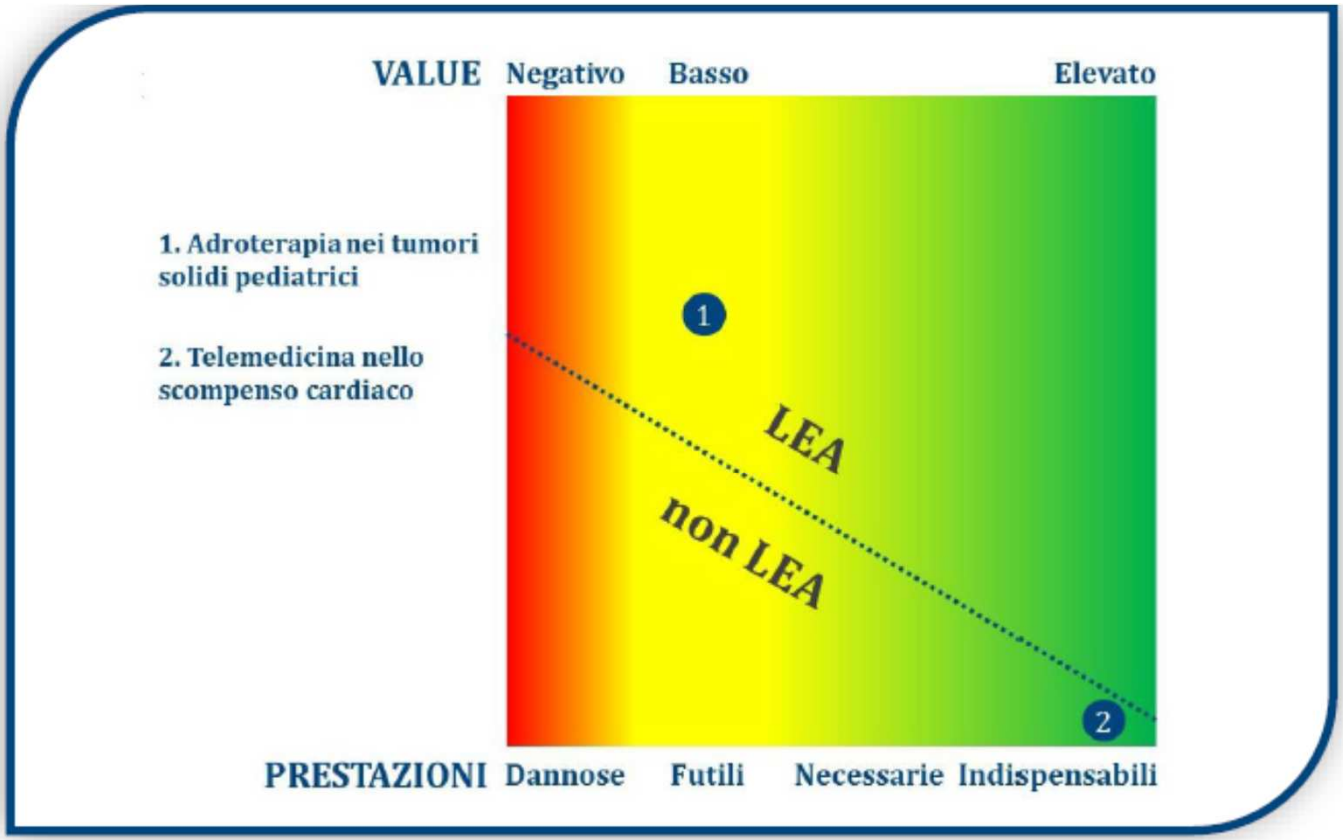


Figura 26. Relazione attuale tra LEA e *value* delle prestazioni: livello nazionale

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Tanti diversi modelli… difficile dare lettura univoca

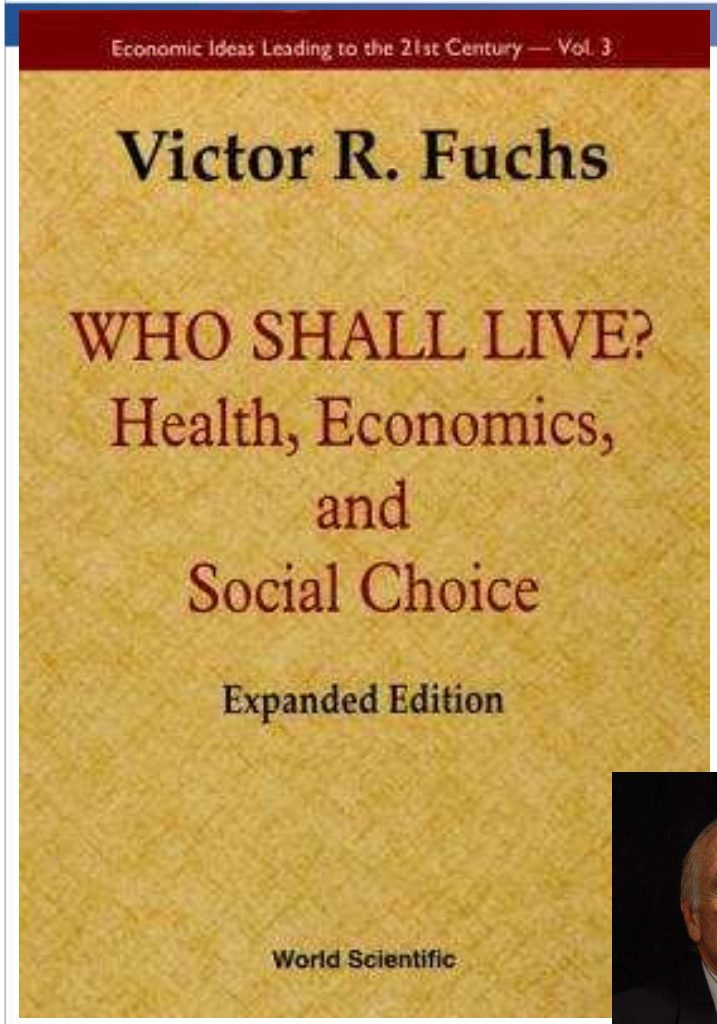
N° paesi aderenti NU	Coincidenza di modelli di welfare
193	Non determinabile

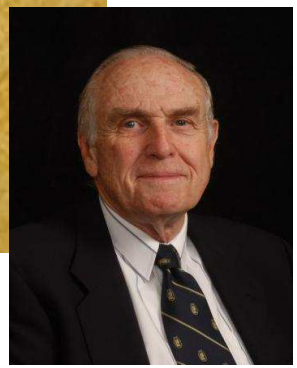
FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Nessun modello è rimasto identico a come era stato originariamente pensato

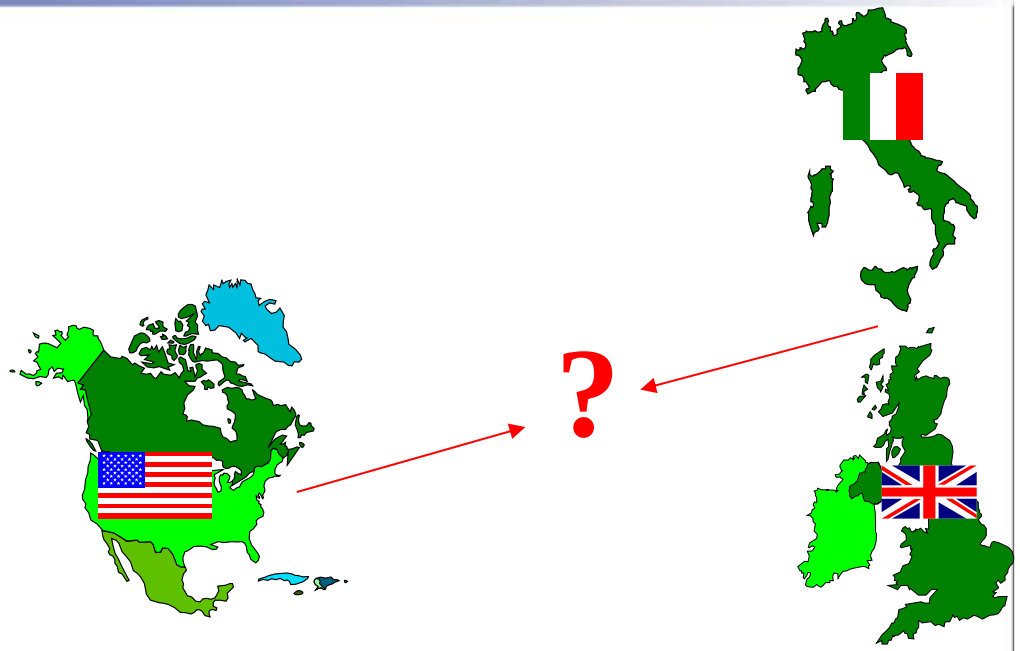
Maurits Cornelis Escher (1898-1972)
«Mani che disegnano» litografia del 1948

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero





Victor Robert Fuchs (born 1924)
Standford University



FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

THE NEW NHS

**Values don't change. But times do.
And now, as before, our values have
to be applied anew in changing times.**

Tony Blair, septe ber 25, 2005

…è' per questo che la riforma del NHS deve continuare, per superare il vecchio Monolite, introdurre nuovi erogatori, garantire la scelta del paziente…

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Crisi dei modelli di welfare sanitario

BMJ

BMJ 2011;343:d7973 doi: 10.1136/bmj.d7973 (Published 20 December 2011)

The assault on universalism: how to destroy the welfare state

Martin McKee and **David Stuckler** watch aghast as American examples are followed to destroy the European model of the welfare state

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

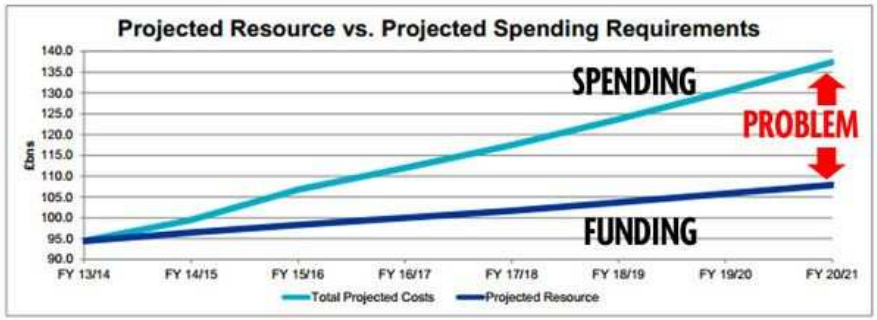
Can England's NHS Survive?

Nicholas Black, M.D.

JULY 4, 2013

HEALTH FUNDING VS HEALTH SPENDING IN THE NEXT 10 YEARS

The funding gap is projected to be around £30bn by 2020/21.



Servizio Sanitario Nazionale

BMJ

Helping doctors make better decisions

Health care is not a human right

Health is a Human Right

12 August 1999

sistemi solidaristici

Principio fondamentale:
Lo Stato garantisce la tutela sanitaria, in modo universalistico, ai cittadini

Diversi modelli organizzativo-gestionali:

Servizio Sanitario Nazionale
"modello Beveridge"

Sistema Sociale Assicurativo
"modello Bismark"

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

La crisi appare più marcata nei sistemi basati su modelli «pubblico-statalisti»

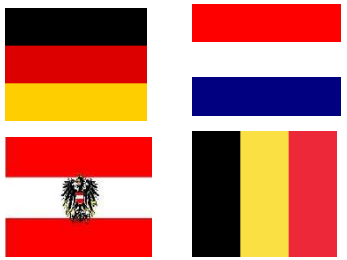
(derivati dal modello «Beveridge»)

rispetto ai modelli assicurativo-sociali

(modello «Bismark»)

Sistemi «pubblico-statalisti»

Sistemi «assicurativo-sociali»



FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

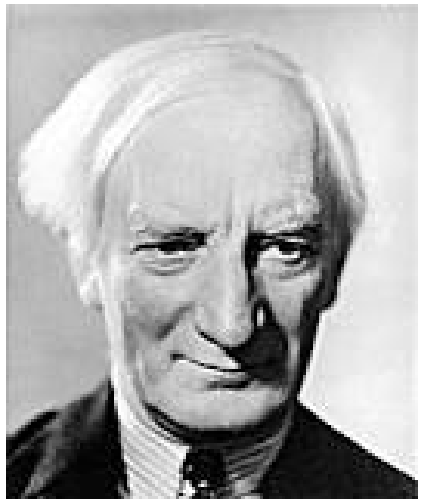
C'è un primato dei sistemi «sussidiari»

BMJ | 6 OCTOBER 2007 | VOLUME 335

Bismarck healthcare systems: Systems based on social insurance, where there is a multitude of insurance organizations, Krankenkassen etc, who are organizationally independent of healthcare providers.

Beveridge systems: Systems where financing and provision are handled within one organizational system, i.e. financing bodies and providers are wholly or partially within one organisation, such as the NHS of the UK, counties of Nordic states etc.

The Bismarck system beats the Beveridge one, the report says



NHS

Sir William Beveridge (1879-1963)

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

5 ambiti di valutazione:

-Tutela dei diritti
-Tempi attesa
- Esiti interventi
- Accessibilità ai servizi
- Disponibilità farmaci

Sub-discipline	Top country/countries	Score	Maximum score
1. Patient rights and information	Norway	125!	125
2. Accessibility	Belgium, FYR Macedonia, Switzerland	225!	225
3. Outcomes	Finland, Iceland, Germany, Netherlands, Norway, Switzerland	288	300
4. Range and reach of services	Netherlands, Sweden	125!	125
5. Prevention	Norway	119	125
6. Pharmaceuticals	France, Germany, Ireland, Netherlands, Switzerland	86	100

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Total scores in EHCI 2016

Green; countries scoring >800 points!

Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente

Richard G A Feachem, Neelam K Sekhri, Karen L White

bmj.com

BMJ 2002;324:135-43

Table 1 Comparison of costs in the NHS and Kaiser

Category	NHS (2000/2001)	Kaiser, California (2000)
Gross expenditures/revenue	£58 500m	$14 200m
Less capital depreciation	£1 000m	$557m
Less profit	0	$668m
Operating expenditures	£57 500m	$12 975m
Adjustment for differences in benefits and special circumstances:		
Dental	£1 190m	$10m
Long term psychiatric care	£3 250m	Not covered
Special circumstances	£3 587m	$1 065m
Supplementary private health insurance	£2 630m	0
Net expenditure after adjustments	£52 103m	$11 900m
Per capita expenditure (59.5 million people for NHS; 6.1 million people for Kaiser)	£876	$1951
Conversion to dollars*	$1402	$1951
Adjustment for PPP (1.52)†	$2130	$1951
Adjustment for age (decreases NHS costs by 12.2%) and socioeconomic group (decreases NHS costs 5%)	$1764	$1951
Final adjusted per capita expenditure	$1764	$1951

Table 2 Age distribution of members of Kaiser California and UK population, 2000

Age (years)	Kaiser (%)	UK (%)	NHS Costs per capita* (£)
0-4	6.0	6.0	504
5-15	15.0	14.3	131
16-44	43.1	40.8	264
45-64	25.7	23.4	363
65-74	6.3	8.2	696
75-84	3.2	5.4	1246
≥ 85	0.7	1.9	1993

Table 3 Comparison of inputs and use in NHS and Kaiser, 2000

Inputs	NHS	Kaiser, California
Specialists per 100 000 people		
Pediatricians	4.9*	12.3
Obstetricians-gynaecologists	4.1*	8.3
Oncologists	0.9*	1.7
Radiologists	4.3*	6.0
Cardiologists	0.8†	2.4
Primary care facilities		
Percentage of primary care physicians in single handed practices	9%‡	0%
Average No of primary care physicians per office	3-5‡	20-40
Percentage of primary care physicians with laboratory, imaging, or pharmacy on site	25%-pharmacy (few with other services)	>95%
Percentage of primary care physicians connected to clinical IT system	100% by 2002	>95% today
Use		
Average acute length of stay (days)	5.0§	3.9
Acute bed days per 1000 per year	1000	270

Sources: NHS plan,[1] OECD,[6] HEDIS,[8] unpublished Kaiser data, Department of Health,[23 24] Office of Health Economics.[25]

*1999 Includes registrars as well as consultants for England.

†1998 Consultants for England.

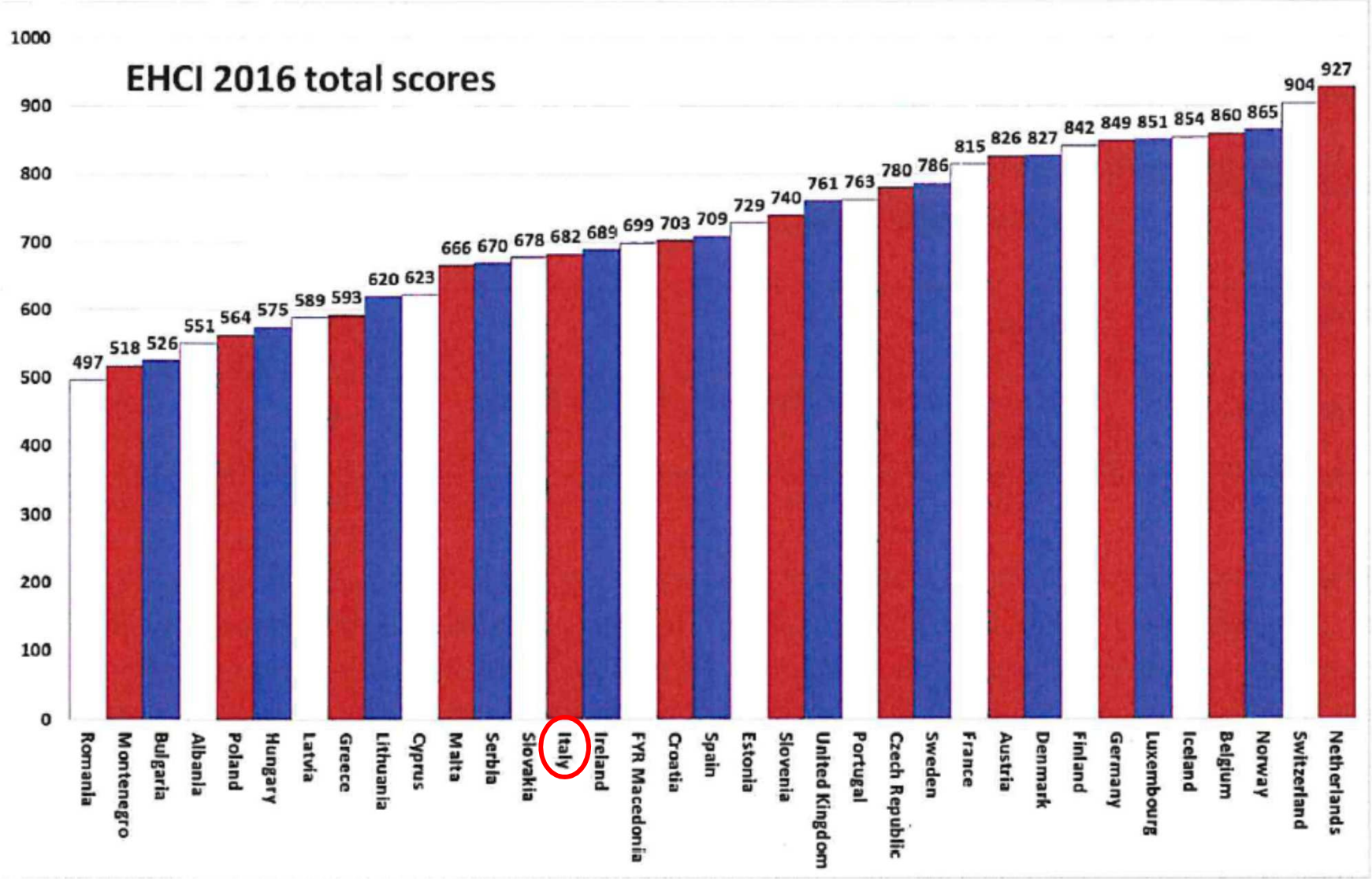
‡1998 data.

§1996 latest OECD data.

¶1997 latest OECD data.

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Valutazione dei servi resi ai cittadini



WORLD HEALTH ORGANIZATION

The
WORLD
HEALTH
REPORT
2000

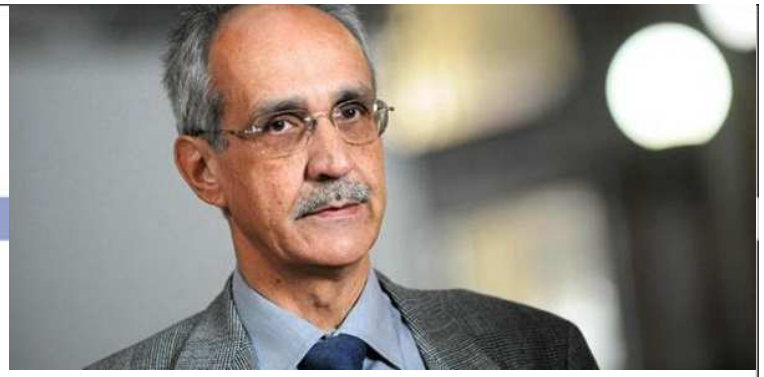
Health Systems:
Improving Performance

Il «caso italiano»

OVERALL PERFORMANCE

Rank	Uncertainty interval	Member State	Index	Uncertainty interval
1	1 – 5	France	0.994	0.982 – 1.000
2	1 – 5	Italy	0.991	0.978 – 1.000
3	1 – 6	San Marino	0.988	0.973 – 1.000
4	2 – 7	Andorra	0.982	0.966 – 0.997
5	3 – 7	Malta	0.978	0.965 – 0.993
6	2 – 11	Singapore	0.973	0.947 – 0.998
7	4 – 8	Spain	0.972	0.959 – 0.985
8	4 – 14	Oman	0.961	0.938 – 0.985
9	7 – 12	Austria	0.959	0.946 – 0.972
10	8 – 11	Japan	0.957	0.948 – 0.965
11	8 – 12	Norway	0.955	0.947 – 0.964
12	10 – 15	Portugal	0.945	0.931 – 0.958
13	10 – 16	Monaco	0.943	0.929 – 0.957
14	13 – 19	Greece	0.933	0.921 – 0.945
15	12 – 20	Iceland	0.932	0.917 – 0.948
16	14 – 21	Luxembourg	0.928	0.914 – 0.942
17	14 – 21	Netherlands	0.928	0.914 – 0.942
18	16 – 21	United Kingdom	0.925	0.913 – 0.937
19	14 – 22	Ireland	0.924	0.909 – 0.939
20	17 – 24	Switzerland	0.916	0.903 – 0.930

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero



CORRIERE DELLA SERA *3 gennaio 2015*

Meglio non fratturarsi una gamba (soprattutto alla vigilia di Natale)

L'odissea di un paziente tra la mancata operazione, le ore passate ad aspettare gli antidolorifici, l'impossibilità di trovare sollievo per mancanza di personale

Pietro Ichino

Caro Direttore, la vicenda natalizia del signor Bianchi merita una riflessione sulle falle che il nostro sistema sanitario talvolta presenta anche nei suoi punti di eccellenza. 24 dicembre 2014 - una banale caduta in casa, un dolore all'anca

LA PRIMA NOTTE PASSATA CON DOLORI FORTISSIMI «Ma - avverte subito il medico di guardia rivolto all'infortunato - lei ha scelto il giorno sbagliato per rompersi il femore: domani è Natale, poi c'è Santo Stefano, poi c'è il sabato e domenica, insomma l'operazione si può fare solo lunedì 29

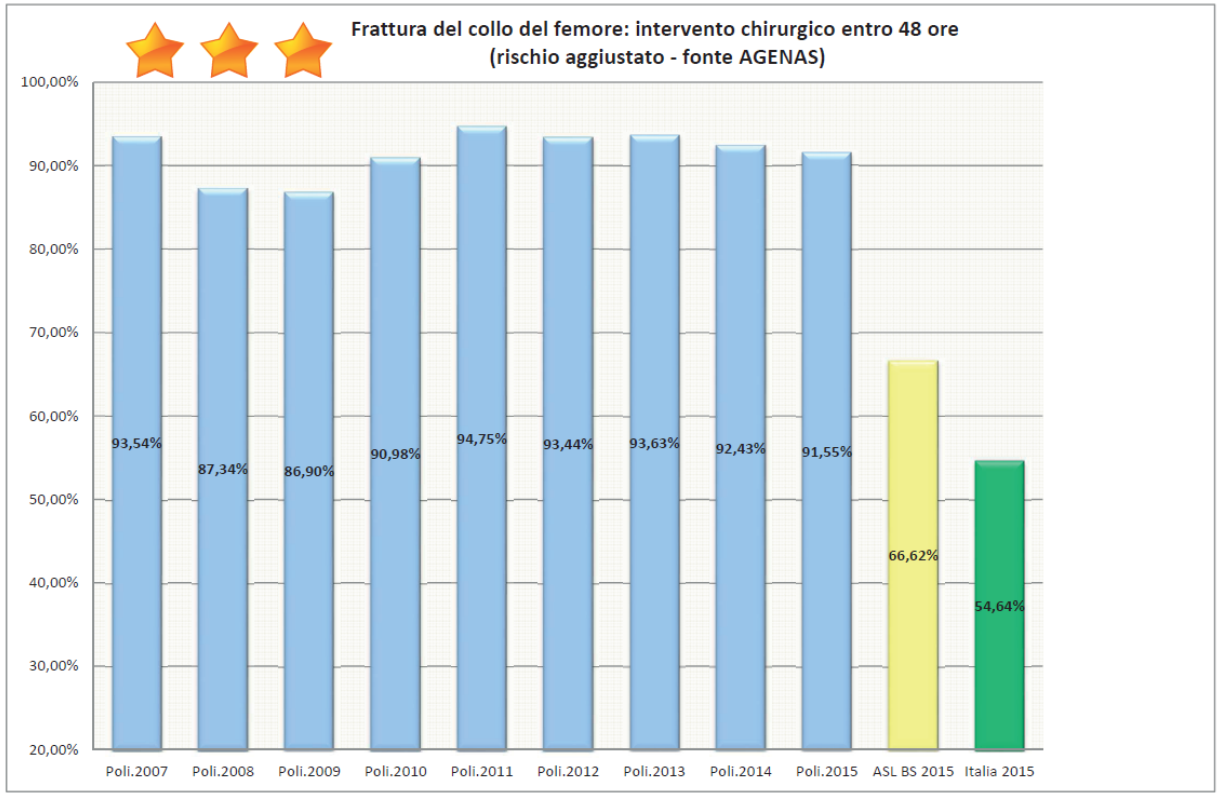
FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

GOLD STANDARD INTERNAZIONALE = > 75 %

agenas.

PNE 2016 ITA

Ministero della Salute



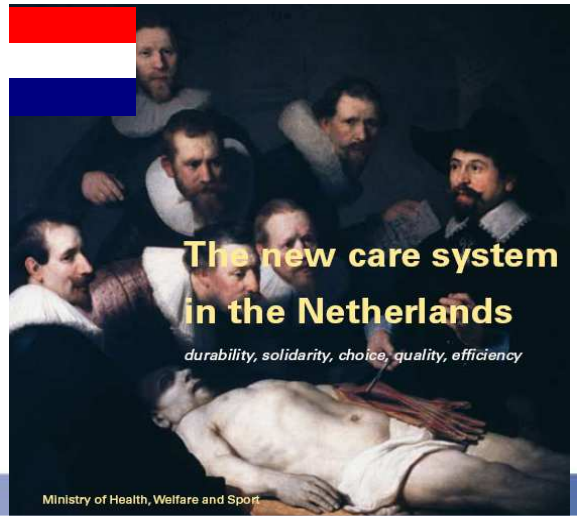
Paesi con sistema di tipo assicurativo sociale

Austria
Belgio
Francia
Lussemburgo
Olanda
Germania
Svizzera

Paesi con sistema "Servizio Sanitario Nazionale"

Italia
Irlanda
Gran Bretagna ?
Spagna

Paese	% posti letto privati "accreditati"
Italia	21
Spagna	33
Francia	35
Germania	55



Saint Göran Hospital

Capio S:t Göran in numbers

Beds	310
Operating theaters	13
Employees	1 584
Emergency inpatient care episodes	20 665 (84%)
AVLOS Emergency inpatient care	3,7 days
Elective inpatient care episodes	3 948 (16%)
AVLOS elective inpatient care	2,6 days
Emergency outpatient visits	40 876 (27%)
Elective outpatient visits	110 733 (73%)
Total number of patient visits	176 222
Inpatient surgical procedures	8 382
Day case procedures	2 829

Our vision: To be the best hospital in Stockholm

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

WELFARE STATE

rivoluzione industriale

- Il moderno stato sociale è l'esito dell'evoluzione strutturatasi a partire dalla rivoluzione industriale
  - **Big Labour**
  - **Big Industry**
  - **Big State**

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

La società post moderna

- Delocalizzazione
- Precarietà
- Globalizzazione

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

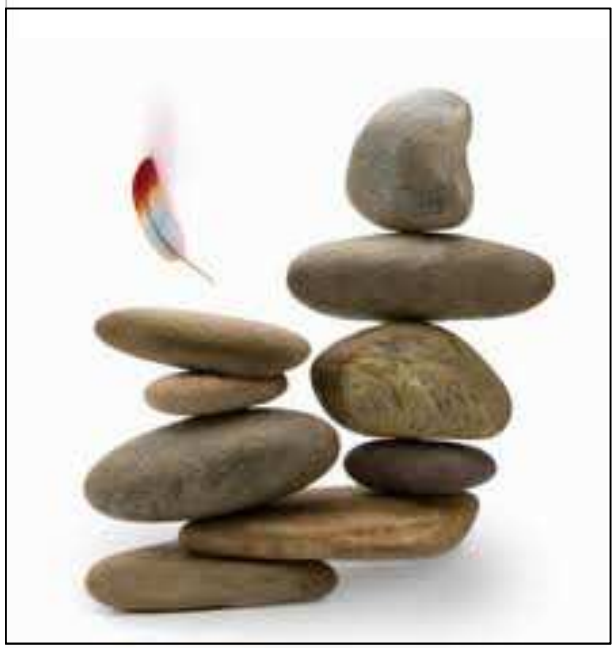
Sono venuti meno i presupposti fondanti il welfare state storico

How the Welfare State Begins

How the Welfare State Ends

Stato e Mercato sono in grado, anziché equilibrarsi a vicenda , di sommare e potenziare le loro debolezze ed i loro fallimenti

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero



Organizzazione economia e società

Cosa curare
Chi curare
Quando curare

Costi degli mezzi di cura
Ruolo della prevenzione

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Una relazione da intonare alla stessa lunghezza d'onda

Sanità toscana "conveniente per i privati". Corte dei conti docet

DI **LUCA BENCI** · 15 SETTEMBRE 2017

"Non può ammettersi" ha scritto la Corte costituzionale in tempi non sospetti, che "in forza del principio di uguaglianza" il diritto alla salute possa dipendere "dalle diverse condizioni economiche" (sentenza n. 185/1998).

La seconda notizia è intimamente collegata alla prima. Il cittadino che ha difficoltà ad attendere le – non sempre trasparenti – liste di attesa – sceglie la **via diretta del pagamento del professionista pubblico, in un ambulatorio pubblico, pagato con i soldi pubblici ma che genera, "dentro le mura", una prestazione totalmente privata,** i cui proventi vengono spartiti dal professionista (e dalla sua equipe nel caso di interventi chirurgici) con la stessa struttura sanitaria. I cittadini toscani vedono

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Sanità privata in Italia

rapporto con assistenza pubblica

CORRIERE DELLA SERA

"… quella pubblica [*la Sanità*] lavora per migliorare la qualità delle cure e l'aspettativa di vita… quella privata il fatturato lo deve aumentare sempre …"

Giuseppe Remuzzi , 10 giugno 2008

TeleThon

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Historia magistra vitae

"…Appreso da fonte sicura che tutti gli ospedali costituiti in passato dentro e fuori Milano, nel suburbio e nei corpi santi, non hanno corrisposto e non corrispondono che poco e debolmente ai loro fini , a causa della poca diligenza e cura degli amministratori…"

Enrico Rampini, Arcivescovo di Milano,
9 marzo 1448

Atto istitutivo dell'Ospedale Maggiore di Milano comportò la soppressione di 16 preesistenti istituzioni ospedaliere :

- **7 gestite da religiosi**
- **8 a gestione "mista"**
- **1 a gestione "pubblica"**

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Pubblico e Privato: chiarezza sui termini

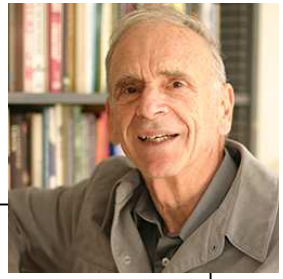
FINANZIATORE → / EROGATORE ↓	FINANZIAMENTO PUBBLICO	FONDI MISTI E CONVENZIONATI	FINANZIAMENTO PRIVATO
OSPEDALE PUBBLICO	**1 SISTEMA PUBBLICO "PURO"**	2 LIBERA PROFESSIONE "INTRA MOENIA" ED ASSIMILABILI	3 SERVIZI EROGATI A SOGGETTI PRIVATI
OSPEDALE PRIVATO	4 ATTIVITA' SVOLTA IN REGIME DI ACCREDITAMENTO	3 SERVIZI EROGATI A SOGGETTI PRIVATI IN REGIME "AGEVOLATO"	**6 SISTEMA PRIVATO "PURO"**

FONDAZIONE POLIAMBULANZA Istituto Ospedaliero

Esiste uno spazio per il non profit !!

Il **non profit** ha la possibilità, nell'ambito della fornitura di «beni pubblici non escludibili», di compensare:

- **Il fallimento dello Stato** (gestito dalla Politica che persegue il consenso elettorale)



«teoria di B. Weisbrod»
Northwestern University -Chicago

- **Il fallimento del Mercato** (che persegue la massimizzazione del profitto)

«teoria di H. Hansmann»
Yale Law School- New Haven

Il “non profit”

FONDAZIONE SAN RAFFAELE
MONTE TABOR

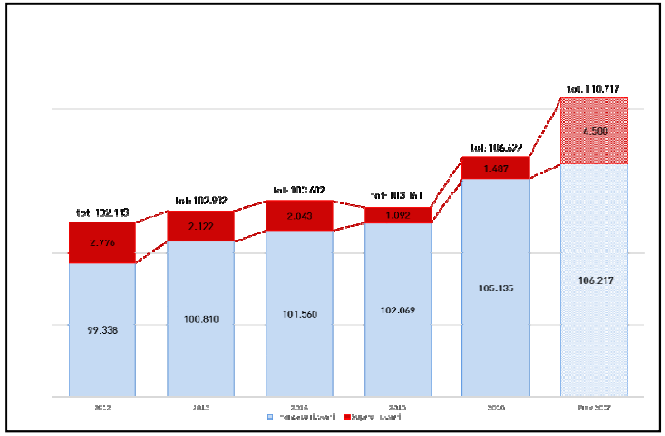
IDI

FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI
AUGEAT SEMPER
CLINICA DEL LAVORO
E DELLA RIABILITAZIONE
I.R.C.C.S.

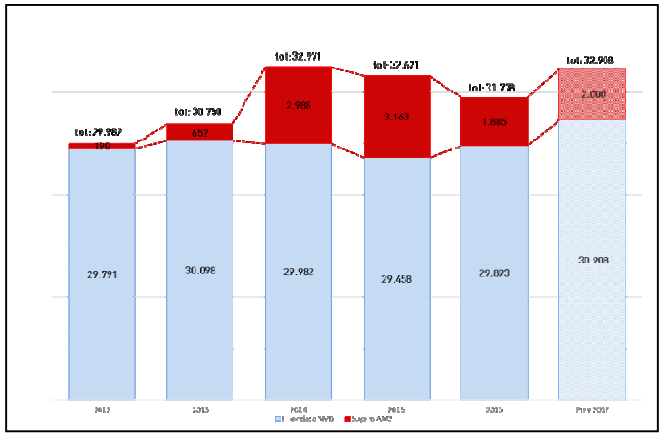
FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Valore prestazioni erogate «fuori tetto» autorizzato da SSR anni 2012-2017

Attività di ricovero



Attività specialistica ambulatoriale



Fondazione Poliambulanza in 5 anni:

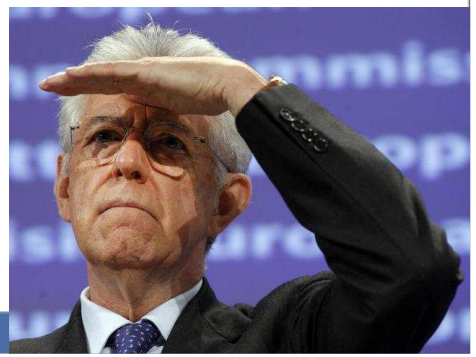
Ricoveri	**=**	**14,020 mln €**
Specialistica Ambulatoriale	**=**	**10,878 mln €**
Totale	**=**	**24,895 mln €**

	Finalità dichiarate	Criterio di scelta	Disallineamento
Organizzazione Non Profit	Perseguire una finalità sociale	Criterio di max della finalità sociale	Perdita del proprio orientamento "fondante"
Pubblica Amministrazione	Perseguire una finalità pubblica	Criterio di max della finalità pubblica	Criterio di max del consenso politico
Impresa	Perseguire una finalità di max del reddito	Criterio di max del reddito (dato un certo vincolo di relazioni di fiducia con la comunità)	Crisi del vincolo di relazioni fiduciarie con la comunità
Tutte vincolate a perseguire le proprie finalità sotto un vincolo di equilibrio economico			

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Legge 27.12.2006 n° 296 , G.U. 27.12.2006
(legge finanziaria per l'anno 2007)

… le strutture private accreditate … praticano uno sconto pari al 2% degli importi indicati per le prestazioni specialistiche.. e pari al 20 % degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto..



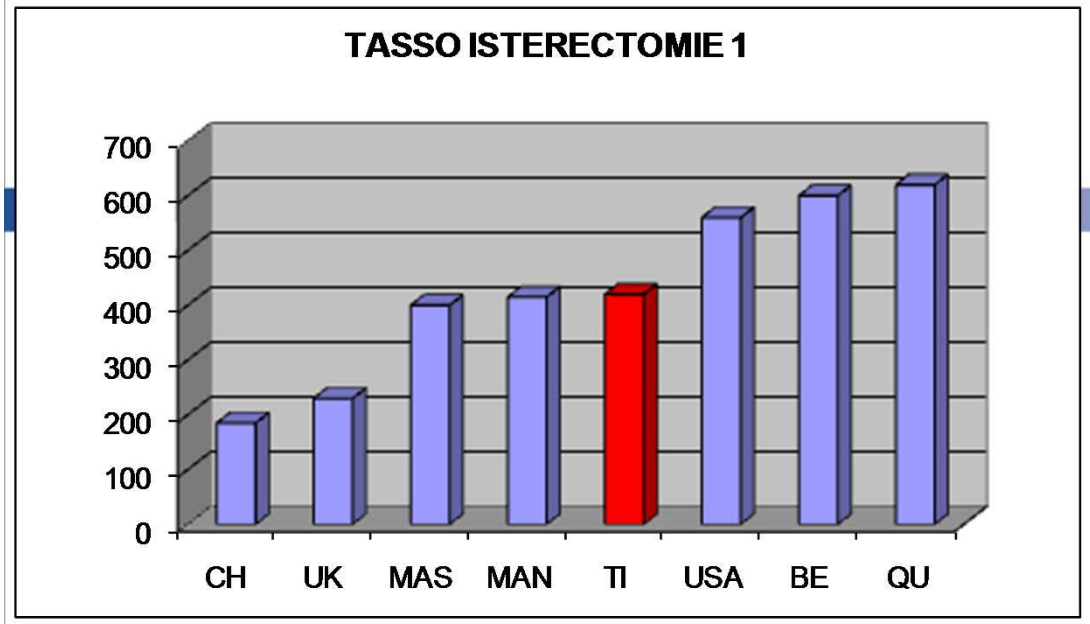
"…nulla fuori o al di sopra dello Stato, nulla contro lo Stato; tutto nello Stato, tutto per lo Stato…"

Benito Mussolini, Milano, Teatro della Scala, 29 ottobre 1925

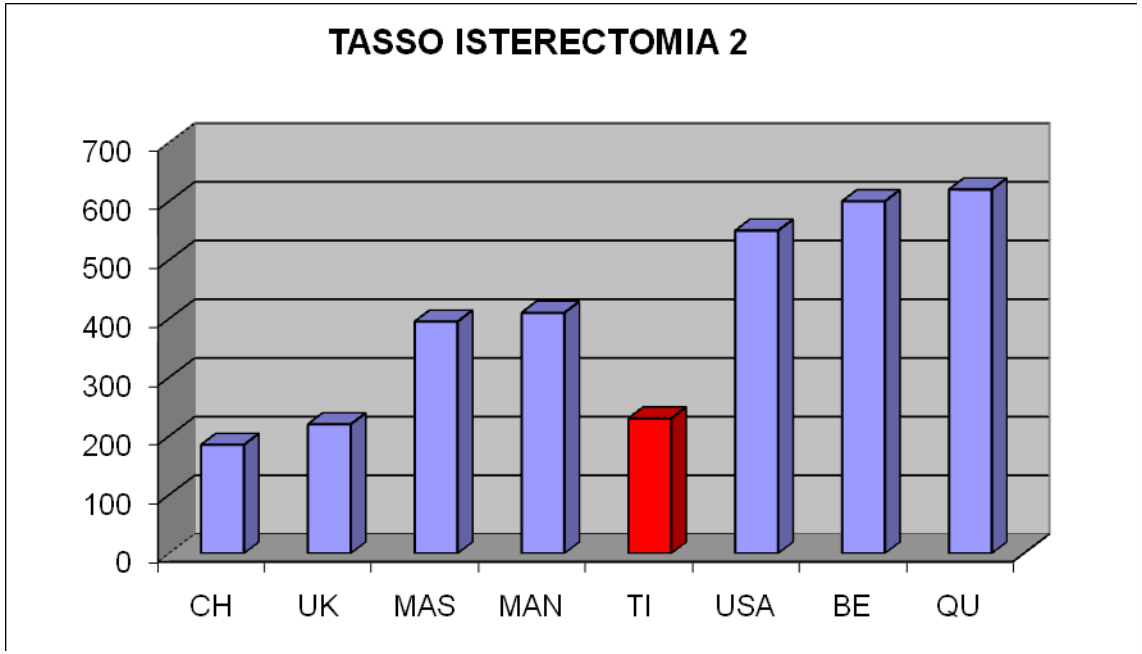
FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Verso un nuovo welfare

- La sanità del futuro dovrà garantire maggiori gradi di libertà di scelta
- E' cambiato il rapporto tra il cittadino e l'organizzazione
- Il sistema ha bisogno di concorrenza e di trasparenza



effetti della «second opinion»



Torniamo alle origini

- *Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico e incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e poi se ne andarono, lasciandolo mezzo morto … … invece un* ***samaritano****, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e n'ebbe* ***compassione****. Gli si fece* ***vicino****, gli* ***fasciò le ferite****, versandovi olio e vino; poi, caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e* ***si prese cura di lui****. Il giorno seguente, estrasse* ***due denari*** *e li diede al locandiere, dicendo: «Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più, te lo rifonderò al mio ritorno».*

Luca 10, 25-37

… nessuno ricorderebbe oggi il Buon Samaritano se avesse avuto solo buone intenzioni …

Aveva anche soldi!!

Margaret Thatcher
1925-2013