

I sistemi sanitari profili di comparazione

CESIFIN

Pubblico e privato nella sanità

Firenze, Auditorium Ridolfi, 14 dicembre 2010

Carlo Casonato
Facoltà di Giurisprudenza
Università di Trento

Sistema sanitario e salute (WHO)

- **Sistema pubblico/privato**

“responsible for delivering services that improve, maintain or restore the health of individuals and their communities.

This includes the care provided by hospitals and family doctors, but also less visible tasks such as the prevention and control of communicable disease, health promotion, health workforce planning and improving the social, economic or environmental conditions in which people live”

- **Salute:** a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.
- **Determinanti:** genetic make-up, lifestyle, living environment, income and social status, education, gender and country's health system

Le fonti costituzionali

- **Ridotta costituzionalizzazione**

Portogallo 1976 (art. 64)

- Todos tienen derecho a la protección de la salud
- Mediante un servicio nacional de salud universal y general ... tendente a la **gratuidad**;
- **socialización de los costes** de los cuidados médicos;
- eficiencia y de calidad adecuados en las instituciones de salud **públicas y privadas**;
- gestión **descentralizada** y en régimen **participativo**

Modelli (+) costituzionalizzati

Polonia 1997 (68)

1. Everyone shall have the right to have his health protected.
2. Equal access to health care services, financed from **public funds**, shall be ensured by public authorities

(modello **Semashko**)

Bulgaria 1991 (52)

1. Citizens shall have the right to **medical insurance** guaranteeing them **affordable medical care**, and to free medical care in accordance with conditions and procedures established by law.
- (2) Medical care shall be financed from the **state budget**, by employers, through **private and collective health-insurance** schemes

Modelli (-) costituzionalizzati

Belgio 1994 (23)

1. Everyone has the right to lead a life in conformity with human **dignity**
2. the right to social security, to health care and to social, medical and legal aid;

Lettonia 1994 (111)

The state protects the health of people and guarantees to everyone a **minimum** of medical assistance. (Italia, Finlandia)

Spagna 1978 (43) *De los principios rectores de la política social y económica*

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los **poderes públicos** organizar y tutelar la salud pública...
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del **ocio**.

Modelli (-) costituzionalizzati

Italia 1948

- Art. 32 – La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

- Art. 117.2

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale

- **Approcci molto diversi**
- **Problema dell'attuazione** (diritto condizionato)
- **Componente di identità nazionale** (Forma di Stato): US, EU

Le variabili pubblico/privato

- **Le modalità di finanziamento:**
tassazione (dirette e indir, prelievo naz. o loc.): **Beveridge**
assicurazione sociale obbligatoria: **Bismarck**
assicurazione privata: **US**
- **I soggetti erogatori:**
pubblici, privati convenzionati, privati
- **La gestione dei fondi e il *third payer* (US):**
pubblico, privato; presente/assente
- **I sistemi di pagamento del servizio:**
benefits-in-kind; rimborso (totale o parziale); out-of-pocket

Segue

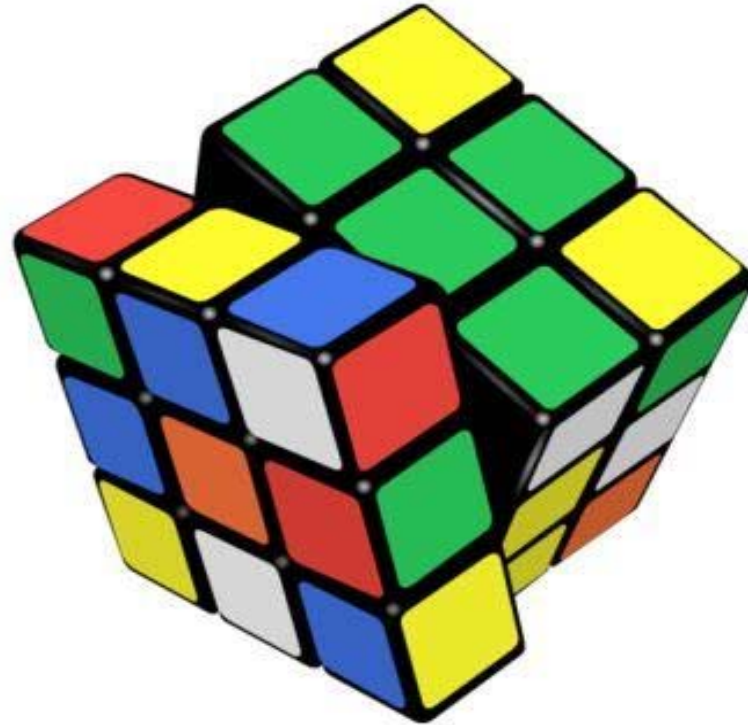
- **Quale pubblico?**

Centralizzato-decentralizzato

- autonomia gestionale, amministrativa, politica
- la post-code lottery (UK, IT)

- **Quanto pubblico?**

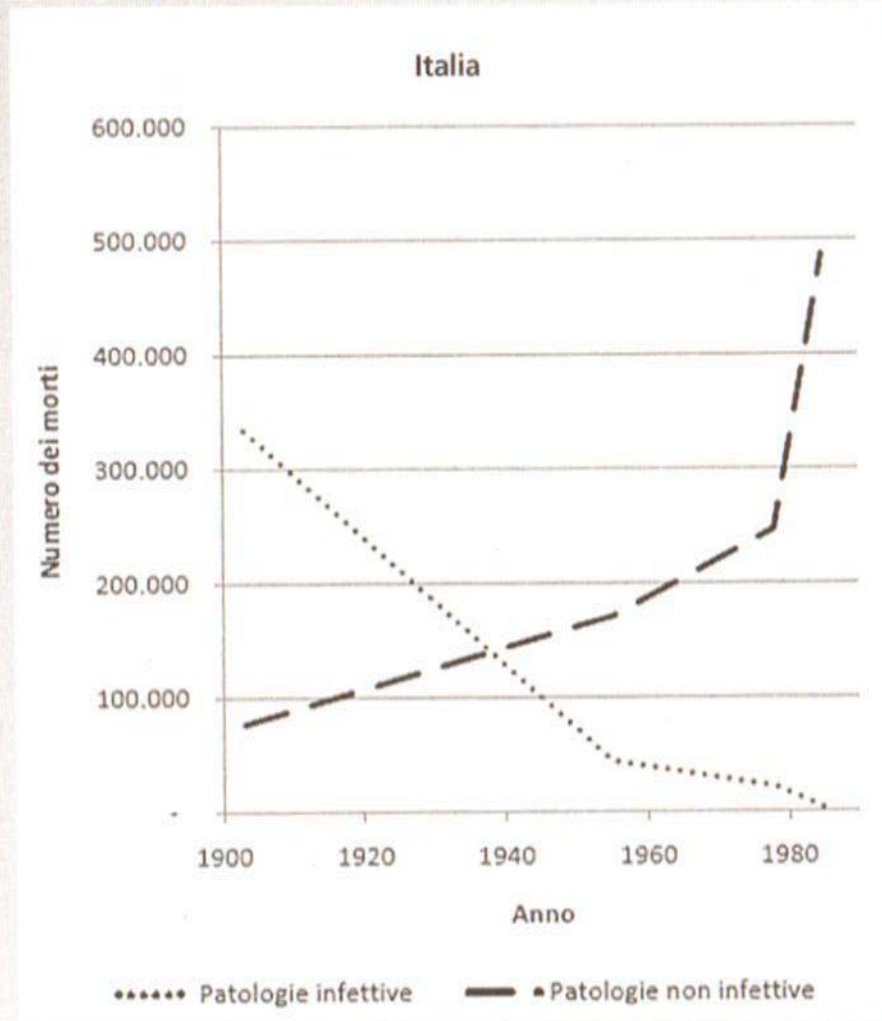
- **Prestazioni:** tutte, livelli minimi/essenziali, solo quelle assicurate (tetto massimo o franchigia), esclusioni “ideologiche” (ivg, pma),
- **Territorio:** limiti regionali/nazionali; mobilità (UE)
- **Fruitori:** tutti, residenti, cittadini, solo assicurati (famigliari), studenti, categorie vulnerabili, determinata aspettativa di vita



Il profilo storico-funzionale

- **Fino '800:** - organizzazione sanitaria è privata
 - medici sono liberi professionisti
 - ospedali (religiosi) per poveri
- **Medicina e Stato:** ruoli limitatissimi (igiene pubblica)
- **Fra XIX e XX sec.**
 - Stato come protagonista per accesso più esteso a cure mediche più complesse e costose
- **E poi:** mutamenti sempre più accentuati

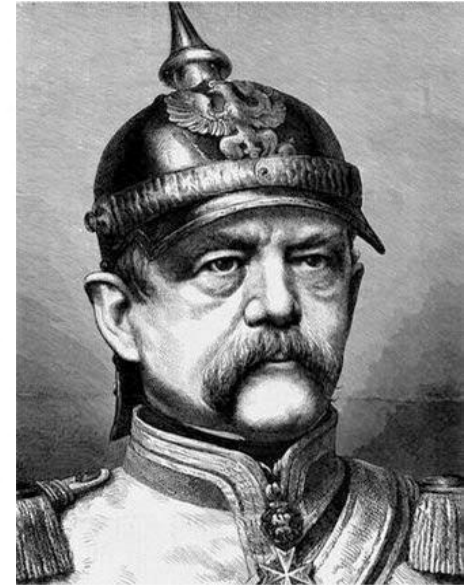
Figura 3
Andamento comparativo della mortalità per malattie infettive e non infettive.
Italia. Anni 1900-1980



Fonte:
G. Pellissero, A. Mingarò
Eppur si muove, 2010

1. Il modello Bismarck (1886)

- Iniziale raccolta spontanea di fondi a scopi mutualistici (lavoratori e datori di lavoro)
- Nazionalizzazione fondi:
assicurazione sociale obbligatoria
- Schema previdenziale per comparti occupazion. (aperto a altre categorie: famigliari, pensionati)
- Copertura tendenzialmente universale e no-profit
- Professionisti e ospedali tendenzialmente privati
- Molteplicità di fondi, ma controllo statale su third payer e limitazione dei costi
- Germania, Austria, Francia, Lussemburgo, Olanda, Canada



Germania

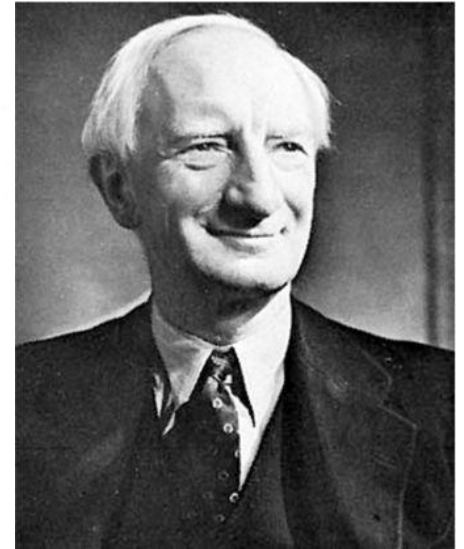
- Assenza di diritto costituzionale alla salute: dignità ed eguaglianza (GG 2)
- Sanità è competenza concorrente: codice federale di legislazione sociale (fed. cooperativo e di esecuzione)
- Gestione di *Krankenkassen* (casse sociali, enti diritto pubblico, autonomia amm.) orientate scopi sociali:
 - condizioni preesistenti, parità di trattamento, perequazione degli oneri familiari, perequazione strutturale del rischio, copertura di disabili e studenti
- Profilo “sociale” dell’**assicurazione privata** (2007)
- Spesa nazionale: 10% PIL

Canada

- Assenza di diritto costituzionale alla salute: eguaglianza (Charter, sec. 15)
- *R v. Schneider*: health is not a matter, but an amorphous topic
- Canadian Health Act 1984 (Medicare): rispetto di public administration, portability, comprehensiveness, universality, accessibility per avere fondi federali
“*the principles governing our health care system are symbols of the underlying Canadian values of equity and solidarity*” (flag policy)
- **Single insurer e single payer**: costi negoziati a livello provinciale fra associazioni mediche e governi
- Spesa: 9 % PIL

2. Il modello Beveridge (NHS 1946)

- **Principio solidaristico**, eguaglianza
(*privilege e legitimate expectation*, più che *right*)
- Copertura universale, in base a cittadinanza o residenza
(*post-code lottery*)
- **Un solo fondo finanziato direttamente dallo Stato** (tributi e imposte dirette-indirette)
sistema tendenzialmente progressivo
- UK, Irlanda, Danimarca, Finlandia, Svezia, Spagna, Portogallo, Italia, Hong Kong, Nuova Zelanda...
- Spesa nazionale: 6-8% PIL



Un confronto: finanziamento

Bismarck

- Assicurazione obbligatoria a contribuzione mista (datore-lavoratore)
- Con istituti diversi (enti pubblici o di diritto privato) che raccolgono contributi e pagano prestazioni
- Copertura pressoché generale

Beveridge

- Finanziamento attraverso tassazione generale
- Con Stato che assegna direttamente le risorse alle strutture
- Copertura generale

Assegnazione e gestione risorse

Bismarck

- Gestione dei fondi esercitata da agenzie ad hoc, no profit
- Che contrattano le prestazioni con fornitori
- Fondi suddivisi per categorie occupazionali/regioni

Beveridge

- Servizi gestiti ed erogati principalmente da enti pubblici
- Strutture sanitarie operano sulla base del budget assegnato

Il ruolo del pubblico

Bismarck

- Stato partecipa ad erogazione con strutture proprie
- Regolamenta enti finanziatori ed erogatori (single o third payer; ospedali spesso privati ma no-profit) \neq US
- Prevede eccezioni a obbligo di iscrizione a fondo (reddito: assicurazione privata) e Copre i non assicurati

Beveridge

- Stato regola ed eroga i servizi (*single payer*)
- Strutture sanitarie di proprietà statale (convenzionate e private)
- Stato può stabilire contratti con operatori privati per erogazione dei servizi

SCOPI SOLIDARISTICI

Valutazioni comparative

Bismarck

Health Consumer Powerhouse, 2009

Risultati di salute 234

Spesa sanitaria 3.841

Tempi di attesa 201

Adam Wagstaff, The World Bank 2009

risultati di salute peggiori

spesa sanitaria maggiore

Beveridge

254

3.404

126

risultati di salute migliori

spesa sanitaria minore



OSCE: 8 Stati da Bismarck a Beveridge; 4 Stati da Beveridge a Bismarck

3. Il modello Semashko

(USSR, 1922)

- Strutture sanitarie pubbliche
- Professionisti pubblici
- Principio universalistico e prestazioni gratuite (“ticket”)
- Cuba (?)
- Collasso: spesa attuale 2-3% pil, inefficienza e scivolamento verso estremo opposto

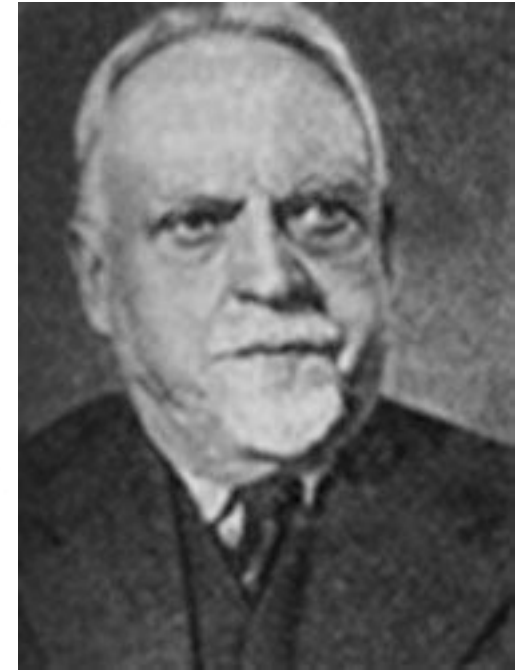
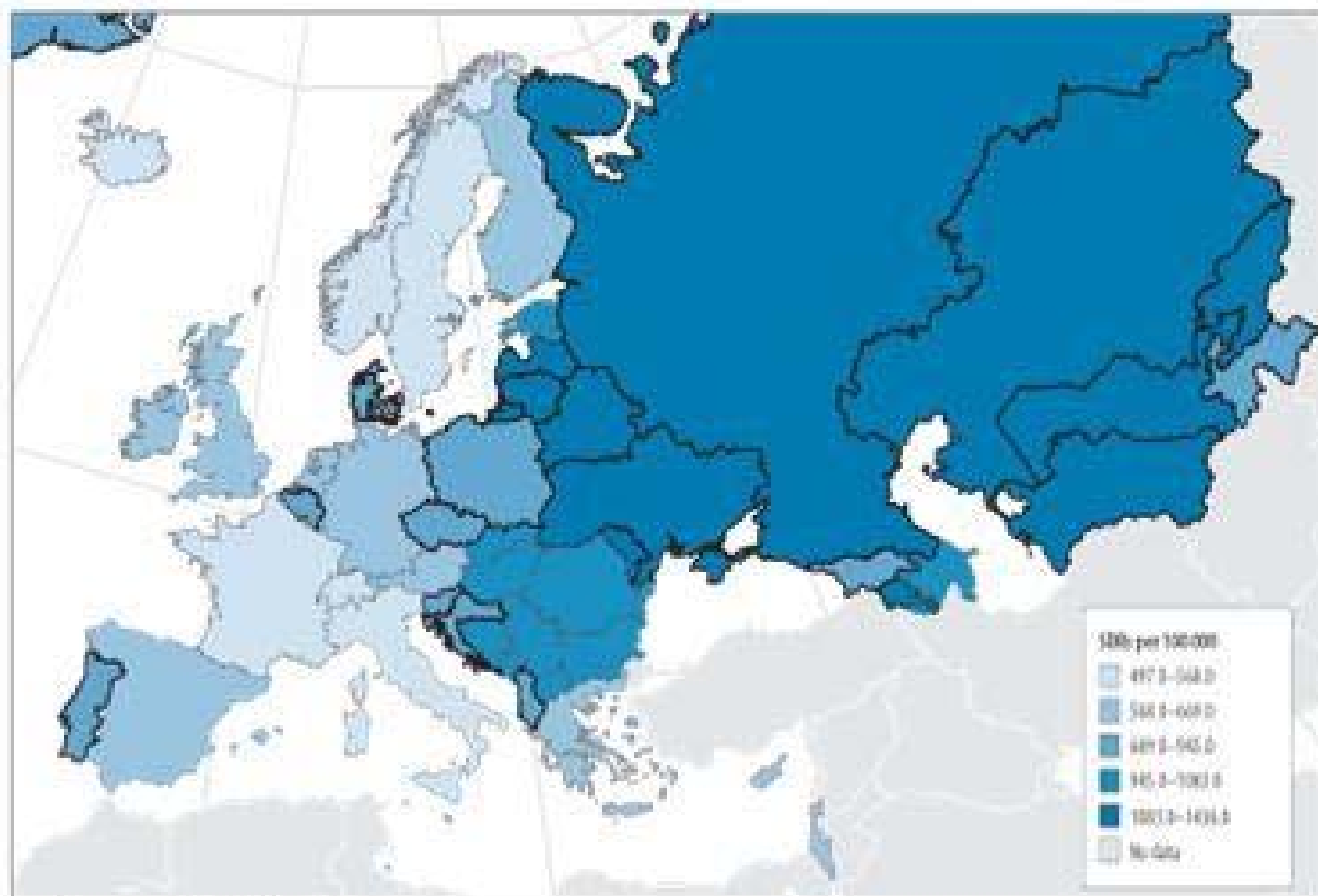


Fig. 2.5. Mortality from all causes: SDRs per 100 000 population, WHO European Region, 2007 or latest available year



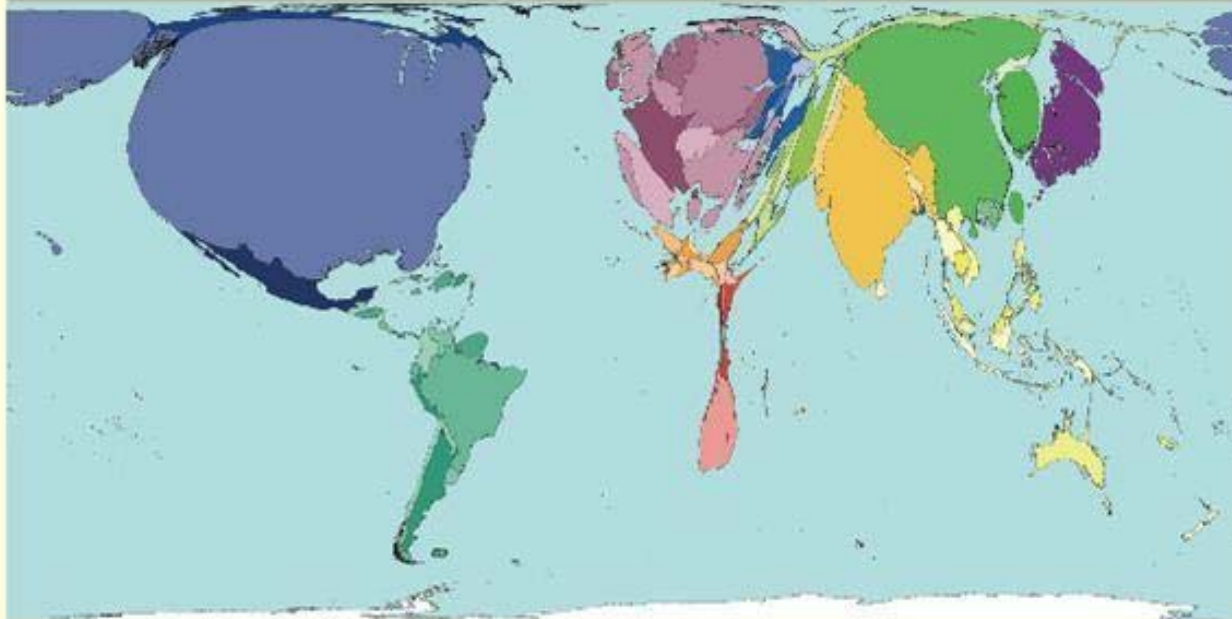
Source: European mortality database (ED)

4. Il modello out-of-pocket

- Zone rurali di Africa, India, Cina, Sud America
- Pagamento diretto (permuta) senza intervento pubblico
- Larghissime fasce di popolazione del tutto scoperte con spesa inesistente (privato che pubblico)



Private Health Spending



Private spending on health care is when individuals or corporations pay directly. Spending per person in the region with highest expenditure was 100 times greater than in the region with the lowest spending. These regions are North America and Central Africa respectively. Level of spending on private health care is related to the ability to pay, not the need for health care.

The lowest total spending is in territories that appear smallest on the map. Total spending is generally lowest where there is a small population. Some of the lowest spenders on private health care per person are islands and territories in poorer regions.

Territory size shows the proportion of worldwide private spending on health services that is spent there. This spending is measured in purchasing power parity.



Land area

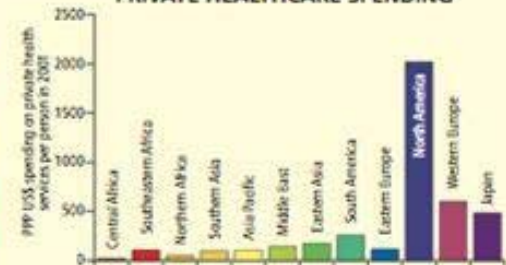
- Technical notes**
- Data are from the United Nations Development Programme, 2004, Human Development Report.
 - Spending is measured in Purchasing Power Parity (PPP) US\$. One dollar refers to the purchasing power equivalent of \$1 in the United States.
 - See website for further information.

HIGHEST AND LOWEST PRIVATE HEALTH SPENDING

Rank	Territory	Value	Rank	Territory	Value
1	United States	2753	191	Democratic Republic Congo	12
2	Switzerland	1410	192	Papua New Guinea	11
3	Netherlands	960	193	Burundi	9
4	Australia	848	194	Sao Tome and Principe	9
5	Canada	825	195	Sierra Leone	9
6	Cyprus	789	196	Bhutan	8
7	Greece	768	197	Congo	8
8	Germany	732	198	Chad	6
9	Austria	731	199	Madagascar	5
10	Belgium	689	200	Solomon Islands	5

private spending in 2001 on health services per person US\$ purchasing power parity*

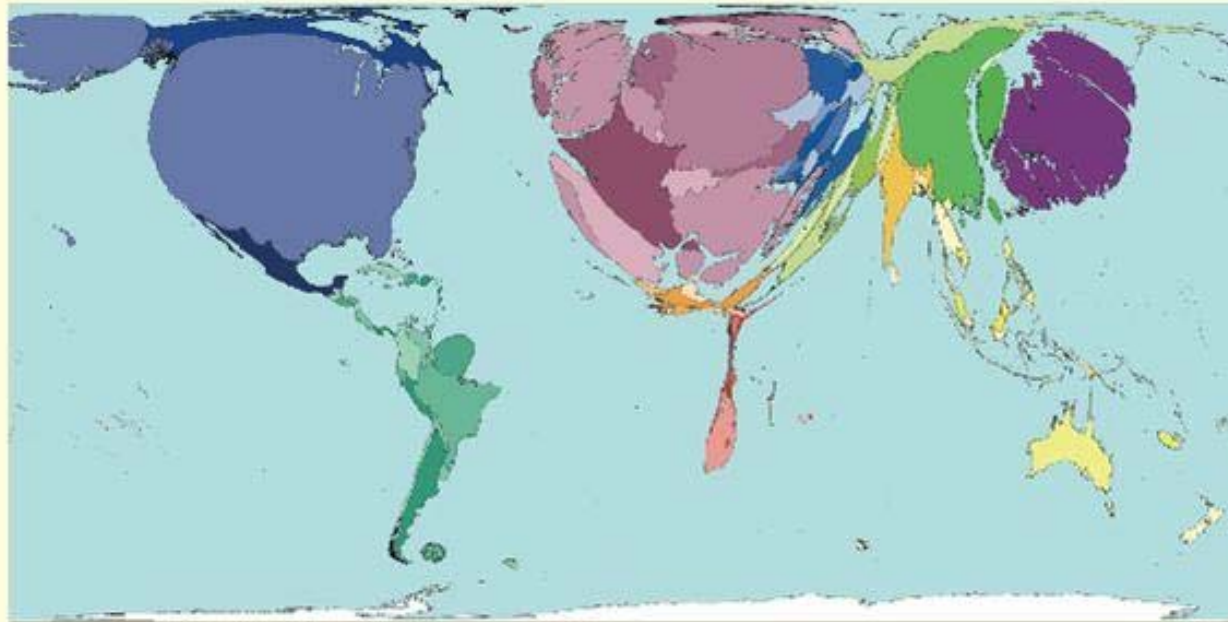
PRIVATE HEALTHCARE SPENDING



“The health industry focuses on people with the greatest ability to pay rather than the greatest need for care.”

Phineas Baxandall, 2001

Public Health Spending



Public health spending is all government spending on health care, plus money from grants, social insurance and non-governmental organisations. Public health spending reduces, or even eliminates, the direct cost of health care to an individual.

The highest public health care spending per person is in the regions of Western Europe, North America and Japan. Luxembourg, Norway and Iceland are the territories with the highest per person spending. As this map of spending is adjusted for purchasing power parity, the size of a territory compares more directly what can actually be funded by this spending. However costs will still vary.

Territory size shows the proportion of worldwide spending on public health services that is spent there. This spending is measured in purchasing power parity.



Land area

Technical notes

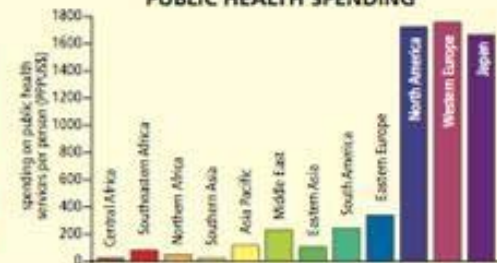
- Data are from the United Nations Development Programme, 2004, Human Development Report
- Spending is measured in Purchasing Power Parity (PPP) US\$. One dollar refers to the purchasing power equivalent of \$1 in the United States.
- See website for further information.

MOST AND LEAST PUBLIC HEALTH SPENDING

Rank	Territory	Value	Rank	Territory	Value
1	Luxembourg	3304	191	Burundi	13
2	Norway	2525	192	Sudan	13
3	Iceland	2261	193	United Republic of Tanzania	12
4	United States	2217	194	Niger	11
5	Germany	2195	195	Ethiopia	11
6	Denmark	2166	196	Tajikistan	10
7	Canada	2005	197	Democratic Republic Congo	10
8	France	1965	198	Madagascar	10
9	Sweden	1954	199	Nigeria	7
10	Switzerland	1891	200	Myanmar	4

spending in 2001 on public health services per person US\$ purchasing power parity*

PUBLIC HEALTH SPENDING



“... I brought my little girl to the health center in my district in the south of Bujumbura. But the nurse wouldn’t see us as I didn’t have any money to pay for the consultation.”

Simeon, 2004

5. USA: una paradossale combinazione

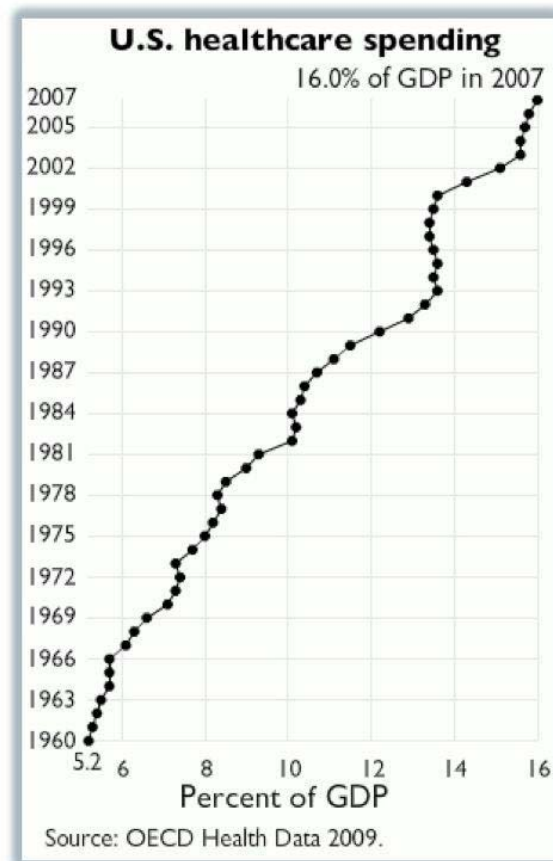
“When it comes to treating veterans, we're Britain or Cuba.
For Americans over the age of 65 on Medicare, we're Canada.
For working Americans who get insurance on the job, we're
Germany.

For the 15 percent of the population who have no health
insurance, the United States is Cambodia or Burkina Faso or
rural India, with access to a doctor available if you can pay the
bill out-of-pocket ... or if you're sick enough to be admitted to the
emergency ward at the public hospital” (T.R. Reid)

Sistemi distinti per distinte categorie

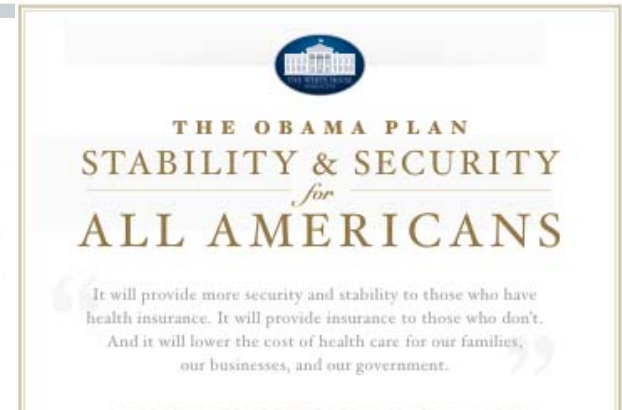
USA: origini e evoluzione

- **Lo spirito originario:** lo Stato limitato e l'individualismo
- **Mutual benefit society** e pooling of risk:
 - scelta individuale,
 - copertura limitata ad assicurati,
 - importanza condizioni preesistenti
- **Aumento dei costi (16% pil)**
per azione combinata di:
 - ospedali/medici
 - pazienti assicurati
 - third payer



La riforma Obama

- Divieto di rescissione per malattia (2011)
- Possibilità di assicurarsi anche con condizioni preesistenti (2011-14)
- Più tasse per compagnie farmaceutiche (2011) e redditi medio-alti (2013)
- Assicurazione obbligatoria o penalità (2014)



MA

- “Contro natura”?
- Sostenibilità economica? (Massachusetts). Third payer?
- Competenza federale? (*commerce clause*) Virginia, Florida...

Spunti conclusivi

- Sistema sanitario è indicativo di **Forma di Stato** (UE) nasce in un determinato **contesto** storico (econ-sanitario) poi fortemente mutato (ma difficoltà nel mutare il sistema)
- **Pubblico v. privato** (relativo)
- **Costi ed efficienza: Beveridge v. Bismark**
 - single or third-controlled or third payer
 - controllo statale
 - profit, no profit
- **Dinamiche federali:**
 - Difficile separazione di competenze
 - Differenziazione v. equità (*post-code lottery*)
- **Rispetto di legalità**