

Prof. Gabriele Pelissero, Presidente nazionale AIOP

Tab. 1 - Incidenza percentuale della spesa sanitaria pubblica sul PIL (1990, 1995, 2000-2010)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	5,4	5,9	6,5	6,5	6,5	6,6	6,8	6,8	6,7	6,7	6,9	7,3	8,4
Belgio	6,4	6,5	6,5	6,7	6,7	7,4	7,7	7,7	7,0	7,0	7,5	8,1	8,0
Danimarca	4,7	4,6	5,6	5,9	6,1	6,2	6,3	6,4	6,6	6,7	6,8	7,7	9,5
Finlandia	6,1	5,5	5,0	5,2	5,6	6,0	6,1	6,3	6,1	5,9	6,1	6,8	6,6
Francia	6,4	8,3	8,0	8,1	8,4	8,6	8,7	8,8	8,7	8,7	8,4	9,0	9,0
Germania	6,3	8,0	7,9	8,0	8,1	8,2	7,9	8,0	7,8	7,7	7,9	8,6	8,9
Grecia	3,6	4,5	4,8	5,4	5,3	5,4	5,2	5,8	6,0	5,9	6,1	6,5	6,1
Irlanda	4,3	4,8	4,6	5,1	5,4	5,6	5,8	5,8	5,7	5,9	6,7	7,1	6,4
Italia	6,1	5,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,5	6,8	6,9	6,6	7,0	7,4	7,4
Lussemburgo	5,0	5,1	6,4	6,2	7,1	6,5	7,0	6,7	6,6	6,0	5,7	6,6	6,6
Olanda	5,4	5,9	5,0	5,2	5,5	6,0	6,0	5,9	7,4	7,0	7,2	7,9	9,6
Portogallo	3,7	4,7	6,2	6,2	6,4	6,7	6,8	7,0	6,7	6,7	6,7	7,2	7,1
Spagna	5,1	5,4	5,2	5,2	5,2	5,7	5,8	5,8	6,0	6,1	6,5	7,0	7,1
Svezia	7,4	6,2	6,3	6,5	6,8	6,9	6,7	6,6	6,5	6,5	6,8	7,3	7,7
UK	4,9	5,6	5,5	5,7	5,9	6,1	6,4	6,6	6,8	6,9	7,3	8,1	8,0
Totale UE (15)	5,4	5,7	6,0	6,1	6,3	6,5	6,6	6,7	6,8	6,7	6,9	7,5	7,8

Fonte: OCSE (Health Data)

Tab. 2 - Spesa sanitaria: entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014*(Manovra Tremonti 2011, Spending review 2012 e Legge di stabilità 2013)**(in milioni di €)*

Voci di spesa	Anno 2012	Anno 2013		Anno 2014	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12
<i>Ospedaliera accreditata</i>	45,00		90,00		180,00
<i>Specialistica accreditata</i>	25,00		50,00		100,00
	70,00		140,00		280,00
<i>Personale dipendente e conv.</i>		-		163,50	
<i>Farmaceutica accreditata</i>	325,00	1.000,00	747,00	1.090,00	747,00
<i>Beni e servizi - Appalti e forniture</i>	505,00	750,00	463,00	1.199,00	393,00
<i>Beni e servizi - Standard posti letto</i>			20,00		50,00
<i>Beni e servizi - Dispositivi medici</i>		750,00	400,00	817,50	500,00
<i>Erogatori privati - Prestazioni a funz.</i>			30,00		30,00
<i>Nuovi ticket</i>				2.180,00	
Totale L.111/11 e L. 135/12	900,00	2.500,00	1.800,00	5.450,00	2.000,00
				Triennio 2012-2014 (L. 111/11 e L. 135/12) -->	12.650,00
				Legge di stabilità (0,6 mld per il 2013 e 1 mld per il 2014) -->	1.600,00
				Tagli complessivi triennio 2012-2014 -->	14.250,00

Tab. 3 - Volumi di attività e spesa degli ospedali pubblici e privati accreditati nel loro complesso

Dimessi			Giornate di degenza			Spesa ospedaliera pubblica		
Anno 2010			Anno 2010			Anno 2011 (in mld. di euro)		
Pubblico	Privato accr.	Totale	Pubblico	Privato accr.	Totale	Pubblico	Privato accr.	Totale
8.163.438	2.632.230	10.795.668	51.403.111	18.904.647	70.307.758	52.683	8.891	61.574
75,6%	24,4%	100,0%	73,1%	26,9%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%
Spesa sanitaria pubblica								
Anno 2011 (in mld. di euro)								
Ospedaliera	Extra-osped.	Totale						
61.574	51.315	112.889						
54,5%	45,5%	100,0%						

Fonte: Ministero della salute - dati SDO 2010 e Ministero Economia e Finanze - Relazione Gen. Situaz. Econ. Del Paese 2012

Percorso interno per il salvataggio e la sostenibilità futura del SSN

Punti fondamentali dell'intervento:

- a) modificare profondamente il metodo di finanziamento del SSN esaltandone le componenti di solidarietà e di responsabilità. Solidarietà nel senso che tutti i bisogni sanitari della popolazione di ogni Regione devono trovare copertura in un finanziamento adeguato e garantito. Responsabilità nel senso che gli sprechi devono essere impediti, il loro ripianamento non deve avvenire a spese delle Regioni virtuose, gli amministratori responsabili del deficit debbono essere definitivamente allontanati. Il metodo può in parte rifarsi al principio dei costi standard, corretto con la giusta valorizzazione delle prestazioni tariffate ospedaliere e ambulatoriali (oggi con ogni probabilità spesso sottodimensionate), il cui costo deve essere rimborsato in eguale misura a tutti gli erogatori, pubblici e privati, assolvendo in tal modo anche all'obbligazione costituzionale della tutela del diritto alla salute. Questo approccio genererebbe risparmi rispetto all'attuale valore della spesa sanitaria pubblica, liberando risorse che potrebbero essere impiegate per finanziare lo sviluppo e l'aggiornamento professionale, tecnologico e strutturale di tutte le strutture del SSN, per guadagnare in efficienza e non soccombere alla competizione tecnologica internazionale.
- b) Premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori migliori. Questo significa, in sintesi estrema, non porre limiti alla mobilità sanitaria e, anzi, esaltare la libertà di scelta del paziente, rilanciare con forza il pagamento a prestazione come strumento fondamentale di finanziamento per le attività ospedaliere e specialistiche, promuovere una virtuosa competizione fra erogatori costringendo pubblici e privati ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità.
- c) Porre le condizioni per una radicale ristrutturazione della rete ospedaliera, sia sotto il profilo delle tecnologie sia sotto il profilo edilizio, anche tramite il potenziamento della collaborazione pubblico/privato.
- d) Istituire una agenzia di vigilanza e controllo autenticamente terza rispetto a tutti gli erogatori pubblici e privati e ai governi regionali, che operi con criteri di assoluta trasparenza in collegamento con organismi internazionali, quale tutela dell'utenza e argine al conflitto di interessi insito in un sistema con una così ampia presenza di erogatori di diritto pubblico.
- e) Porre le basi per una effettiva trasparenza ed accessibilità ai bilanci delle Aziende ospedaliere e delle ASL in modo da consentire:
 - la trasparenza, l'uniformità, la comprensibilità e l'affidabilità delle poste dei costi e dei ricavi; in conformità alle prescrizioni per la redazione dei bilanci civilistici.
 - la pubblicità dei bilanci che dovrebbero essere consultabili da chi lo desidera, in piena analogia a quanto già oggi avviene per i bilanci delle aziende di diritto privato, anche attraverso l'uso della rete internet.