

# PRESSEMITTEILUNG

## 6. GIMBE-BERICHT

**NATIONALER GESUNDHEITSDIENST AM ENDE: DAS RECHT AUF SCHUTZ DER  
GESUNDHEIT STEHT IN FRAGE.**

**ITALIENS PRO-KOPF-AUSGABEN FÜR DIE ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT LIEGEN UM  
48,8 MILLIARDEN EURO UNTER DEM EUROPÄISCHEN DURCHSCHNITT.**

**DAS GEWALTIGE NORD-SÜD-GEFÄLLE WIRD NUN AUCH DURCH DIE  
„DIFFERENZIERTE AUTONOMIE“ LEGITIMIERT.**

**DIE GIMBE-STIFTUNG APPELLIERT FÜR EINEN POLITISCHEN UND SOZIALEN PAKT  
ZUR STÄRKUNG DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES**

**10. Oktober 2023 - Stiftung GIMBE, Rom**

Die Stiftung GIMBE hat im Kapitelsaal des italienischen Senats den [6. Lagebericht über den Nationalen Gesundheitsdienst](#) (SSN) vorgestellt: „Die Gründungsprinzipien des SSN, nämlich Universalität, Gleichheit und Gerechtigkeit - so Präsident Nino Cartabellotta - sind verraten worden. Heute zeichnet sich der nationale Gesundheitsdienst - der am Ende seiner Kräfte ist und das tägliche Leben der Menschen, insbesondere der sozial schwächeren Gruppen, beeinträchtigt - durch ganz andere Merkmale aus, etwa endlose Wartezeiten, überfüllte Notaufnahmen, die Unmöglichkeit, einen Haus- oder Kinderarzt in der Nähe des Wohnortes zu finden, unannehmbare regionale und lokale Ungleichheiten, Abwanderung von Fachpersonal und Patienten aus dem öffentlichen Gesundheitswesen, Zunahme der privaten Ausgaben, Verarmung der Familien und sogar Verzicht auf Versorgung“.

„Nachdem der nationale Gesundheitsdienst seit über 15 Jahren von allen bisherigen Regierungen unablässig geschwächt wurde“, so Cartabellotta, „ist es völlig zwecklos, die bröckelnden Grundlagen der Gesundheitsversorgung und die Unannehmlichkeiten für die Bevölkerung für politische Schuldzuweisungen an das jeweils andere Lager auszuschlachten und zu rätseln, welche Regierung dem Gesundheitswesen die meisten Ressourcen entzogen hat. Wir bewegen uns derzeit sowieso unaufhaltsam von einem nationalen Gesundheitsdienst, der auf dem Schutz eines verfassungsmäßig verankerten Rechts beruht, hin zu 21 regional abgekoppelten Gesundheitssystemen, die den Gesetzen des freien Marktes unterliegen. Hinzu kommt ein strukturelles Nord-Süd-Gefälle, das durch die sogenannte „differenzierte Autonomie“ nun normativ legitimiert wird“.

Cartabellotta erinnerte an die jüngste Rede von Ministerpräsidentin Meloni, wonach *„es kurzsichtig wäre, die gesamte Diskussion auf den Ausbau der Ressourcen zu reduzieren, denn wir müssen auch darüber diskutieren, wie diese Ressourcen ausgegeben werden“*. Angeblich gebe es „potenziell große Spielräume für Ressourceneinsparungen in verschiedenen Bereichen: überflüssige Leistungen wegen der „defensiven“ Haltung der Mediziner und der unangemessenen Inanspruchnahme der Dienstleistungen, unzureichende Nutzung wirksamer Angebote, Betrug, übertriebene Einkäufe, unnötige Bürokratie sowie unzureichende Koordination der Versorgung, insbesondere zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen. Die Einsparung dieser Ressourcen – so Meloni weiter - erfordere jedoch eine tiefgreifende Umstrukturierung des nationalen Gesundheitsdienstes, einschneidende Reformen, die Aus- und Fortbildung von Fachkräften

und die Information der Bevölkerung über die Angemessenheit diagnostischer Untersuchungen und Therapien: Dies sind keine Ressourcen, die kurzfristig kapitalisiert werden können wie solche, die dem Fiskus durch Steuerhinterziehung entzogen werden".

Deshalb fordert die Stiftung GIMBE fast 45 Jahre nach der Einführung des nationalen Gesundheitssystems einen sozialen und politischen Pakt, der unabhängig von Partei-Ideologien und Regierungswechseln das Modell der öffentlichen, gerechten und universellen Gesundheitsversorgung wiederbelebt, bildet es doch eine Säule unserer Demokratie, eine unverzichtbare soziale Errungenschaft und einen wirksamen Hebel für die wirtschaftliche Entwicklung des Landes.

„Der besorgniserregende Gesundheitszustand des SSN - so Cartabellotta abschließend - erfordert ein tiefgreifendes politisches Umdenken: Die Zeit für eine rein routinemäßige Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes ist jetzt abgelaufen, da seine Gründungsprinzipien zerbröckelt sind und das verfassungsmäßige Recht auf Schutz der Gesundheit zunehmend untergraben wurde. Jetzt ist es an der Zeit, sich zu entscheiden: Entweder es werden mutige Reformen und Investitionen eingeleitet, die den nationalen Gesundheitsdienst zu seiner ursprünglichen Aufgabe zurückführen, oder der Staat gibt offen zu, dass sich unser Land dieses Modell nicht mehr leisten kann. In letzterem (unerwünschten) Fall kann sich die Politik aber nicht mehr vor der unpopulären Entscheidung drücken, einen rigorosen Privatisierungsprozess zu steuern, der sich seit Jahren schleichend vollzieht und die Schwächung der öffentlichen Gesundheitsversorgung ausnutzt. Die GIMBE-Stiftung bekräftigt mit dem Wiederbehebungsplan des SSN, dass der Kompass immer und in jedem Fall Artikel 32 der Verfassung bleiben muss, denn wenn die Verfassung das Recht auf Gesundheit für alle schützt, muss die Gesundheitsversorgung für alle garantiert werden“.

Der Präsident fasste Daten, Analysen, kritische Fragen und Vorschläge zusammen, die im Bericht enthalten sind: von der öffentlichen Finanzierung bis zu den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, von den wesentlichen Betreuungsstandards bis zu regionalen Ungleichheiten und der Mobilität im Gesundheitswesen, vom Personal bis zur PNRR-Mission „Health“ und zum SSN-Wiederbehebungsplan.

**ÖFFENTLICHE FINANZIERUNG.** Der Bedarf des nationalen Gesundheitssystems stieg von 2010 bis 2023 um insgesamt 23,3 Milliarden Euro, d. h. durchschnittlich 1,94 Mrd. EUR pro Jahr, allerdings mit sehr unterschiedlichen Tendenzen zwischen der Zeit vor der Pandemie (2010-2019), der Pandemie selbst (2020-2022) und nach der Pandemie (2023). Man wäre gut beraten, über diese Entwicklung endlich Licht ins Dunkel zu bringen, um nachzuweisen – so Cartabellotta - dass alle Regierungen, die in den letzten 15 Jahren aufeinander folgten, Kürzungen vorgenommen oder es zumindest versäumt haben, angemessen in das Gesundheitswesen zu investieren" (Abbildung 1).

- **2010-2019: Die Zeit der Kürzungen.** Mehr als 37 Milliarden Euro wurden dem öffentlichen Gesundheitswesen entzogen, davon rund 25 Milliarden Euro im Zeitraum 2010-2015 infolge von „Kürzungen“, die in verschiedenen Haushaltsmaßnahmen zum Ausgleich der öffentlichen Finanzen beschlossen wurden, und mehr als 12 Milliarden Euro im Zeitraum 2015-2019 infolge von „Defunding-Maßnahmen“, bei denen zuvor bereitgestellte Mittel reduziert wurden. In 10 Jahren ist der nationale Gesundheitsfonds (FSN) um insgesamt 8,2 Milliarden gestiegen, was einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 0,9 %, also weniger als die durchschnittliche jährliche Inflationsrate (1,15 %) entspricht.
- **2020-2022: Die Pandemie-Zeit.** Der Gesundheitsfonds wurde um insgesamt 11,6 Mrd. EUR aufgestockt, was einem durchschnittlichen Anstieg von jährlich 3,4 % entspricht. Dieser starke Anstieg der öffentlichen Mittel wurde jedoch durch die Kosten der COVID-19-Pandemie aufgezehrt, ermöglichte

keine strukturelle Verstärkung des nationalen Gesundheitsdienstes und reichte nicht aus, um die Haushalte der Regionen zu sanieren.

- **2023-2026: Die Gegenwart und die nahe Zukunft.** Mit dem Haushaltsgesetz 2023 wurde der Gesundheitsfonds für die Jahre 2023, 2024 und 2025 um jeweils 2,150 Milliarden, 2,300 Milliarden Euro bzw. 2,600 Milliarden Euro erhöht. Im Jahr 2023 wurden 1,400 Milliarden zur Deckung höherer Energiekosten bereitgestellt. In dem am 27. September verabschiedeten Anhang zum Wirtschafts- und Finanzdokument 2023 sinkt die Quote der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP von 6,6 % im Jahr 2023 auf 6,2 % in den Jahren 2024 und 2025 und dann weiter auf 6,1 % im Jahr 2026. In absoluten Zahlen werden die Gesundheitsausgaben im Dreijahreszeitraum 2024-2026 nur um schätzungsweise 4.238 Millionen Euro (+1,1 %) steigen.

Dabei war der prozentuale Anstieg des Gesundheitsfonds in den Jahren 2022 und 2023 geringer als der Anstieg der Inflationsrate: 2022 betrug der Anstieg des Fonds 2,9 % gegenüber einer Inflationsrate von 8,1 %, während 2023 die vom ISTAT ermittelte Inflation zum 30. September 5,7 % beträgt und der Gesundheitsfonds lediglich um 2,8 % steigt (Abbildung 2).

**GESUNDHEITSAUSGABEN.** Die gesamten Gesundheitsausgaben (ISTAT-SHA-System) beliefen sich im Jahr 2022 auf 171.867 Mio. €, davon 130.364 Mio. € öffentliche Ausgaben (75,9 %), 36.835 Mio. € Out-of-Pocket-Ausgaben (21,4 %), die von den Familien direkt getragen werden, und 4.668 Mio. € Ausgaben, die von Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften vermittelt werden (2,7 %) (Abbildung 3). Die öffentlichen Gesundheitsausgaben unseres Landes machten im Jahr 2022 6,8 % des BIP aus und lagen damit 0,3 Prozentpunkte unter dem OECD-Durchschnitt (7,1 %) und dem europäischen Durchschnitt (7,1 %). Der Abstand zum Durchschnitt der europäischen Länder des OECD-Raums beträgt 873 \$ pro Kopf (das entspricht 829 €) (Abbildung 4), was unter Berücksichtigung einer Wohnbevölkerung von mehr als 58,8 Millionen Einwohnern am 1. Januar 2023 (ISTAT-Daten) für das Jahr 2022 einer Minusdifferenz von fast 48,8 Mrd. € entspricht. Die fortschreitende Vergrößerung dieses Gefälles in den Gesundheitsausgaben gegenüber dem Durchschnitt der europäischen Länder entspricht genau dem Ausmaß der öffentlichen Defizite im Jahrzehnt 2010-2019, hat sich dann aber im Dreijahreszeitraum 2020-2022 während des Pandemienotstands überraschend vergrößert. Insgesamt waren die öffentlichen Gesundheitsausgaben Italiens im Zeitraum 2010-2022 um 345 Mrd. Euro niedriger als im Durchschnitt der europäischen Länder (Abbildung 5). Um die Pro-Kopf-Differenz zum Durchschnitt der europäischen Länder im Jahr 2022 (829 €) zu schließen, wird für 2030 ein Anstieg von insgesamt 115,9 Mrd. € veranschlagt, das wäre ab 2023 eine konstante Finanzierung von 14,49 Mrd. € pro Jahr (Abbildung 6). „Diese Zahlen sind für unsere öffentlichen Finanzen natürlich unerreichbar“, so Cartabellotta. „Sie zeigen aber auch, in welchem Ausmaß alle Regierungen die für das Gesundheitswesen erforderlichen Mittel als Geldautomaten benutzt haben, indem sie Ressourcen für andere Prioritäten abgezweigt haben, um ihre Wähler zufrieden zu stellen. Man betrachtete Gesundheitsausgaben immer als Kosten und ignorierte die Tatsache, dass Gesundheit und Wohlergehen der Bevölkerung das BIP-Wachstum beeinflussen“.

**WESENTLICHE BETREUUNGSSTANDARDS.** Das erklärte Ziel einer „*kontinuierlichen Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards (LEAs), welche veraltete Dienstleistungen beseitigt und innovative bzw. wirksamere Leistungen fördert, um die wesentlichen Betreuungsstandards mit der Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in Einklang zu bringen*“, wurde nie erreicht. Die mehr als sechseinhalbjährige Verzögerung bei der Verabschiedung des Tarifdekrets hat es unmöglich gemacht, sowohl die 29 von der LEA-Kommission vorgeschlagenen Aktualisierungen zu ratifizieren als auch die in den „neuen LEAs“ enthaltenen ambulanten fachärztlichen und prothetischen Leistungen durchsetzbar zu machen. Letztere, so erläuterte der Präsident, „bleiben trotz der Veröffentlichung des Ministerialdekrets“.

über die Tarife am 4. August 2023 bis zum 1. Januar 2024 für die ambulante fachärztliche Versorgung und bis zum 1. April 2024 für die prothetische Versorgung eingefroren“. Der Abschnitt über das LEA-Monitoring analysiert die Erfüllung der LEAs, und zwar anhand des „LEA-Rasters“ für den Zeitraum 2010-2019 und durch das neue Garantiesystem für die Jahre 2020-2021. Alle Analysen bestätigen ein „strukturelles Gefälle“ zwischen Nord- und Süditalien: Bei den kumulierten Erfüllungen 2010-2019 rangiert keine südliche Region unter den besten zehn Italiens. 2020 war Apulien die einzige süditalienische Region, welche die LEAs erfüllt hatte; 2021 wurde dieses Ziel von insgesamt 14 Regionen erreicht, davon nur 3 aus Süditalien: Abruzzen, Apulien und Basilikata (Abbildung 7). Sowohl 2020 als auch 2021 bildeten die südlichen Regionen das Schlusslicht unter den sog. „Erfüllern“. Der Fokus auf die Patientenmobilität im Gesundheitswesen zeigt, dass die Geldströme hauptsächlich von Süden nach Norden fließen: Insbesondere im Jahr 2020 teilten sich Emilia-Romagna, Lombardei und Venetien zusammen 94,1 % der aktiven Mobilitätsbilanz.

**DIFFERENZIERTER AUTONOMIE.** Das „strukturelle Gefälle“ zwischen dem Norden und dem Süden beeinträchtigt die Chancengleichheit beim Zugang zu den Gesundheitsdiensten und bei den Gesundheitsergebnissen und führt zu einem massiven Zustrom von Patienten aus den südlichen in die nördlichen Regionen. Infolgedessen kann die Einführung einer größeren Autonomie im Gesundheitswesen, die gerade von den Regionen mit der besten Gesundheitsversorgung und größerer Attraktivität gefordert wird, die Ungleichheiten, die bereits bei der jetzigen Autonomie für den Gesundheitsschutz zu verzeichnen sind, nur verstärken. „Aus diesem Grund - so Cartabellotta - haben wir bei der Anhörung vor dem Ausschuss für Verfassungsfragen des Senats vorgeschlagen, den Gesundheitsschutz aus den Bereichen zu streichen, in denen die Regionen eine größere Autonomie beantragen können, denn die differenzierte Autonomie im Gesundheitsbereich würde das Gefälle zwischen Nord- und Süditalien normativ legitimieren und den Verfassungsgrundsatz der Gleichheit aller Bürger im Recht auf Gesundheitsschutz verletzen“.

„Die verfügbaren Daten - so Cartabellotta - erlauben keine eindeutige, systematische und aktuelle Analyse der "Arbeitskräfte" des nationalen Gesundheitsdienstes, die an der Bereitstellung von wesentlichen Betreuungsstandards beteiligt sind. Darüber hinaus unterschätzen die Daten für 2021 wahrscheinlich den Personalmangel, der durch freiwillige Kündigungen und Frühpensionierungen in den Jahren 2022-2023 entsteht. Auch hier sind die regionalen Unterschiede sehr groß, insbesondere beim Pflegepersonal, das in den Regionen mit einem Defizit ausgleichsplan stärker belastet wird. Schließlich liegt unser Land in internationalen Benchmarks knapp über dem OECD-Durchschnitt für Ärzte, aber weit darunter für Krankenpfleger, was zu einem der niedrigsten Verhältnisse zwischen Krankenpflegern und Ärzten in Europa führt“.

- **Ärzte.** Im Jahr 2021 waren 124.506 Ärzte in Gesundheitseinrichtungen beschäftigt: 102.491 im nationalen Gesundheitsdienst und 22.015 in Einrichtungen, die dem SSN gleichgestellt sind. Der nationale Durchschnitt liegt bei 2,11 Ärzten pro 1.000 Einwohner, wobei der Wert von 1,84 in Kampanien und Venetien bis zu 2,56 in der Toskana schwankt, was einer Differenz von 39,1 % entspricht (Abbildung 8). Italien liegt über dem OECD-Durchschnitt (4,1 gegenüber 3,7 Ärzte pro 1.000 Einwohner), wobei jedoch eine erhebliche Diskrepanz zwischen den beruflich aktiven Ärzten und denjenigen besteht, die dem nationalen Gesundheitsdienst angehören.
- **Krankenpfleger.** Im Jahr 2021 waren 298.597 Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in Gesundheitseinrichtungen tätig: 264.768 als Mitarbeiter des SSN und 33.829 als Beschäftigte von Einrichtungen, die dem SSN gleichgestellt sind. Der nationale Durchschnitt liegt bei 5,06 pro 1.000 Einwohner, wobei der Wert von 3,59 in Kampanien bis 6,72 in Friaul-Julisch-Venetien schwankt und 87,2 % beträgt (Abbildung 9). Italien liegt deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (6,2 gegenüber 9,9 je 1 000 Einwohner).

- **Verhältnis Krankenpfleger/Ärzte.** Im Jahr 2021 lag das Verhältnis zwischen Krankenpflegern und Ärzten im SSN landesweit bei 2,4, wobei der Wert von 1,83 in Sizilien bis 3,3 in Südtirol schwankte, was einem Unterschied von 80,3 % entspricht. (Abbildung 10). Mit Ausnahme von Molise liegen alle Regionen, die unter den Plan zur Behebung des Defizits (sogenannter „Piano di rientro“) fallen, unter dem nationalen Durchschnitt, was zeigt, dass die Personalkürzungen die Krankenpfleger stärker betroffen haben als die Ärzte. Italien liegt beim Verhältnis zwischen Krankenpflegern und Ärzten weit unter dem OECD-Durchschnitt (1,5 gegenüber 2,7), in Europa nur noch vor Spanien (1,4) und Lettland (1,2).

## **PNRR - MISSION GESUNDHEIT**

- **Kritische Probleme in der Umsetzung.** Die Probleme hängen größtenteils mit der im Ministerialerlass 77/2022 vorgesehenen Umstrukturierung zusammen: Von den regionalen Unterschieden (Organisationsmodelle der wohnortnahen Pflege, anfängliche Zuweisung von Gemeinschaftshäusern und Gemeinschaftskrankenhäusern, Anteil der über 65-Jährigen in der häuslichen Pflege im Jahr 2019, Einführung der elektronischen Gesundheitsakte) bis hin zum Personalbedarf zur Stärkung der wohnortnahen Pflege; von der Einbindung von Haus- und Kinderärzten bis hin zum Mangel an Pflegepersonal; von den Hindernissen bei der Einführung der Telemedizin bis hin zum Verwaltungsaufwand für Regionen und Gesundheitsbehörden.
- **Stand der Umsetzung.** Die europäischen Ziele wurden alle innerhalb der gesetzten Fristen erreicht. Von den italienischen Zielvorgaben, die Zwischenfristen darstellen und sich auf das Jahr 2023 beziehen, wurden die Fristen für 1 Meilenstein und 7 Ziele verschoben. Was den Stand der Arbeiten an den zu errichtenden Strukturen betrifft, so sind nach dem Monitoring der Agenas bis zum 30. Juni 2023 187/1.430 Gemeinschaftsunterkünfte, 77/611 territoriale Operationszentren und 76/434 Gemeinschaftskrankenhäuser im Betrieb. „Insgesamt - so der Präsident - bestätigt das Monitoring den deutlichen Rückstand der südlichen Regionen“.
- **Vorschläge zur Umgestaltung.** Die am 27. Juli 2023 bei der Europäischen Kommission eingereichten Vorschläge zur Umgestaltung des Wiederaufbauplans (derzeit noch nicht ratifiziert) wurden zusammengefasst und aufgrund erhöhter Investitionskosten und/oder Umsetzungszeiten sowie Verzögerungen bei Lieferungen und Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Rohstoffen bewertet. Es wurde vorgeschlagen, insgesamt 414 Gemeinschaftsunterkünfte, 76 territoriale Operationszentren, 96 Gemeinschaftskrankenhäuser und 22 erdbebensichere Sanierungsmaßnahmen auslaufen zu lassen. Außerdem wurden drei Fristverlängerungen beantragt: 6 Monate für die territorialen Operationszentren und 12 Monate für die telemedizinische Unterstützung sowie für die Modernisierung der Krankenhaustechnologie und der digitalen Ausrüstung. „Die Umgestaltungsvorschläge - so Cartabellotta - zeigen einige kritische Aspekte auf: Insbesondere die Möglichkeit, die ausgewiesenen Einrichtungen mit Mitteln für die Renovierung von Gebäuden und die technologische Modernisierung (ex Art. 20) zu finanzieren, die von den Regionen nicht ausgegeben werden, erscheint unrealistisch“.

„Es besteht kein Zweifel, dass die „Mission Gesundheit“ im Rahmen des italienischen Wiederaufbauplans eine große Chance zur Stärkung des nationalen Gesundheitsdienstes darstellt“, betonte Cartabellotta, „aber ihre Umsetzung muss durch politische Maßnahmen unterstützt werden. Erstens müssen zur Umsetzung des Ministerialerlasses Nr. 77 mutige Systemreformen durchgeführt werden, die insbesondere die Rolle und die Zuständigkeiten der Hausärzte neu gestalten und die Integration mit den Hauskrankenpflegern erleichtern sollen. Zweitens sind gezielte und verbindliche Investitionen für das Gesundheitspersonal ab 2027 sowie eine angemessene Neubewertung des Bedarfs an Pflegepersonal

erforderlich. Schließlich ist eine strenge Governance der Regionen notwendig, um die bestehenden Mängel zu beheben. Vor allem aber muss die Politik nicht nur an die „Mission Gesundheit“ glauben, sondern sie auch in eine allgemeine Stärkung des SSN einbetten: Andernfalls werden wir künftigen Generationen die Finanzierung eines kostspieligen „Faceliftings“ des nationalen Gesundheitsdienstes aufbürden“.

Die GIMBE-Stiftung hat stets betont, dass es zwar keinen versteckten Plan zur Zerschlagung und Privatisierung des SSN gibt, aber leider auch kein ausdrückliches politisches Programm zu dessen Stärkung. Als Orientierungshilfe für politische Entscheidungen enthält der Bericht den **Plan für die Wiederbelebung des nationalen Gesundheitsdienstes**, der - so Cartabellotta – „bahnbrechende Reformen und Innovationen für die Stärkung eines der Grundpfeiler unserer Demokratie bezweckt“.

- **GESUNDHEIT ALS BEREICHSÜBERGREIFENDE PRIORITÄT.** Die Gesundheit muss im Mittelpunkt aller politischen Entscheidungen stehen, also nicht nur in den spezifisch gesundheitsbezogenen Fragen, sondern auch in Bereichen wie Umwelt, Industrie, Soziales, Wirtschaft und Steuern.
- **GANZHEITLICHER ANSATZ.** Das Gesundheitsmanagement benötigt ein integriertes Konzept, da die Gesundheit von Menschen, Tieren, Pflanzen und der Umwelt, einschließlich der Ökosysteme, eng miteinander verbunden sind.
- **STAATLICH-REGIONALE KOORDINATION.** Der Staat muss in der Lage sein, die Regionen unter Wahrung ihrer Autonomie zu steuern und zu kontrollieren, um Ungleichheiten, Ungerechtigkeiten und Ressourcenverschwendung zu verringern.
- **STABILE ÖFFENTLICHE FINANZIERUNG.** Die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens muss wieder in erheblichem Umfang und auf stabile Weise garantiert werden, um sie an den Durchschnitt der europäischen Länder anzugleichen.
- **WESENTLICHE BETREUUNGSSTANDARDS.** Die Erfüllung der wesentlichen Betreuungsstandards muss im ganzen Land gewährleistet werden, genauso wie deren kontinuierliche Aktualisierung und strenge Überwachung, um Ungleichheiten zu verringern und Innovationen rasch zugänglich zu machen.
- **PLANUNG, ORGANISATION UND INTEGRATION VON GESUNDHEITS- UND SOZIALMEDIZINISCHEN DIENSTEN.** Das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen muss im Verhältnis zu den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung programmiert werden. Gleichzeitig sind integrierte Netzwerke, Versorgungspfade, Technologien und Humanressourcen gemeinsam zu nutzen, um die Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie zwischen Gesundheits- und Sozialfürsorge zu überwinden.
- **GESUNDHEITSPERSONAL.** Das Management des Humankapitals muss im Gesundheitswesen wieder im Vordergrund stehen. Es braucht Investitionen in die Arbeitskräfte des Gesundheitswesens, angemessene Planung des Bedarfs an Ärzten, Fachärzten und anderen medizinischen Fachkräften und eine Reform der Ausbildungs- und Qualifikationsverfahren, um das Personal als Rückgrat des nationalen Gesundheitsdienstes zu stärken und zu motivieren.
- **VERSCHWENDUNG UND INEFFIZIENZ:** Die Verschwendung und Ineffizienz, die auf politischer, organisatorischer und beruflicher Ebene lauern, sollen reduziert werden, um die wiedergewonnenen Ressourcen in wesentliche Dienstleistungen und echte Innovationen zu investieren und so den konkreten Wert der Gesundheitsausgaben zu erhöhen.
- **VERHÄLTNIS ZWISCHEN ÖFFENTLICHEM UND PRIVATEM SEKTOR.** Regulierung der öffentlich-privaten Integration entsprechend den tatsächlichen Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung und Regulierung der freiberuflichen Arbeit, um Ungleichheiten und ungerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu vermeiden.

- **INTEGRATIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG.** Es braucht eine gesetzliche Neuordnung der integrativen Gesundheitsversorgung, um negative Entwicklungen wie Privatisierung, zunehmende Ungleichheiten, Konsumwahn und der Aushöhlung der öffentlichen Ressourcen aufzuhalten.
- **ZUZÄHLUNGEN UND STEUERABZÜGE.** Zuzahlungen und Steuerabzüge für gesundheitsbezogene Ausgaben sind nach den Grundsätzen der sozialen Gerechtigkeit und des Nachweises der Wirksamkeit von Arzneimitteln und Dienstleistungen zu überdenken, um die Verschwendung öffentlicher Gelder zu vermeiden und den Konsumdruck im Gesundheitswesen einzudämmen.
- **DIGITALE TRANSFORMATION.** Die digitale Kultur und die technischen Fähigkeiten sind bei allen Angehörigen der Gesundheitsberufe und in der Gesamtbevölkerung auszubauen, um das Potenzial der digitalen Technologien zu maximieren, die Zugänglichkeit und Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern und Ungleichheiten zu minimieren.
- **INFORMATIONEN FÜR DIE BÜRGER.** Die amtliche Information und Aufklärung der Bevölkerung auf der Grundlage der besten wissenschaftlichen Erkenntnisse muss viel stärker im Vordergrund stehen, um eine gesunde Lebensweise zu fördern, den übertriebenen „Konsum“ medizinischer Dienstleistungen einzudämmen, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu erhöhen, Fake-News entgegenzuwirken und fundierte Gesundheitsentscheidungen zu fördern.
- **GESUNDHEITSFORSCHUNG.** Mindestens 2% des gesamten Finanzierungsbedarfs im Gesundheitswesen müssen für unabhängige klinische Forschungs- und Studientätigkeit im Gesundheitswesen bereit gestellt werden, um wissenschaftliche Erkenntnisse für die Entscheidungen und Investitionen des SSN zu gewinnen.

Die vollständige Fassung des 6. Berichts des Gimbe-Stiftung finden Sie unter: [www.salviamo-ssn.it/6-rapporto](http://www.salviamo-ssn.it/6-rapporto).

**FONDAZIONE GIMBE**

Via Amendola 2 - 40121 Bologna

Tel. 051 5883920 - Fax 051 4075774

E-Mail: [ufficio.stampa@gimbe.org](mailto:ufficio.stampa@gimbe.org)

Abbildung 1

Finanzierungsbedarf des SSN: Entwicklung 2010-2023

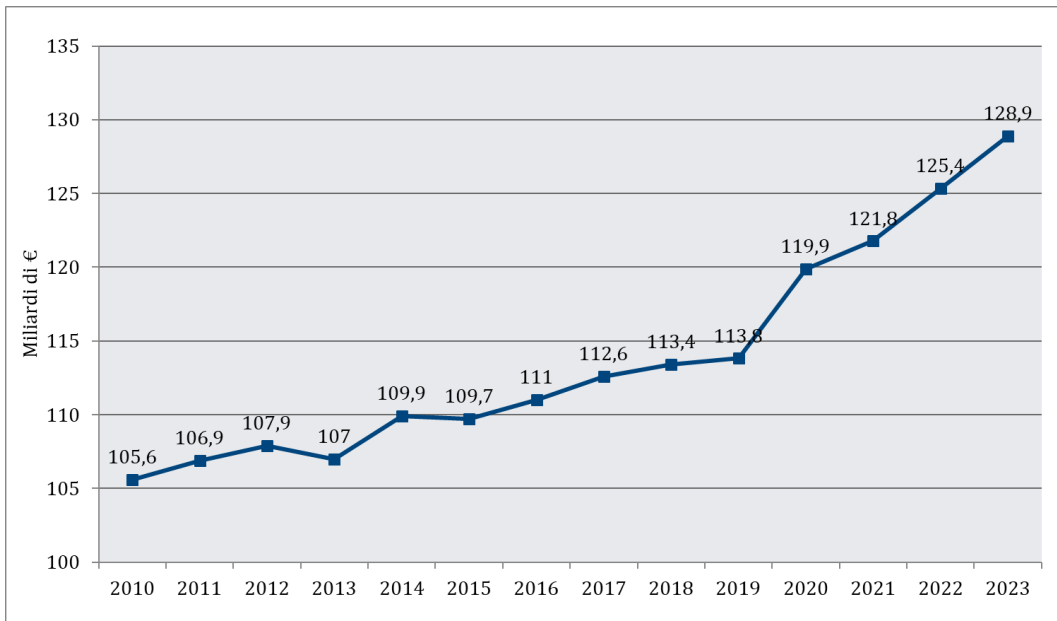


Abbildung 2

Prozentsteigerung des Gesundheitsfonds und der Inflationsrate zwischen 2010 und 2023

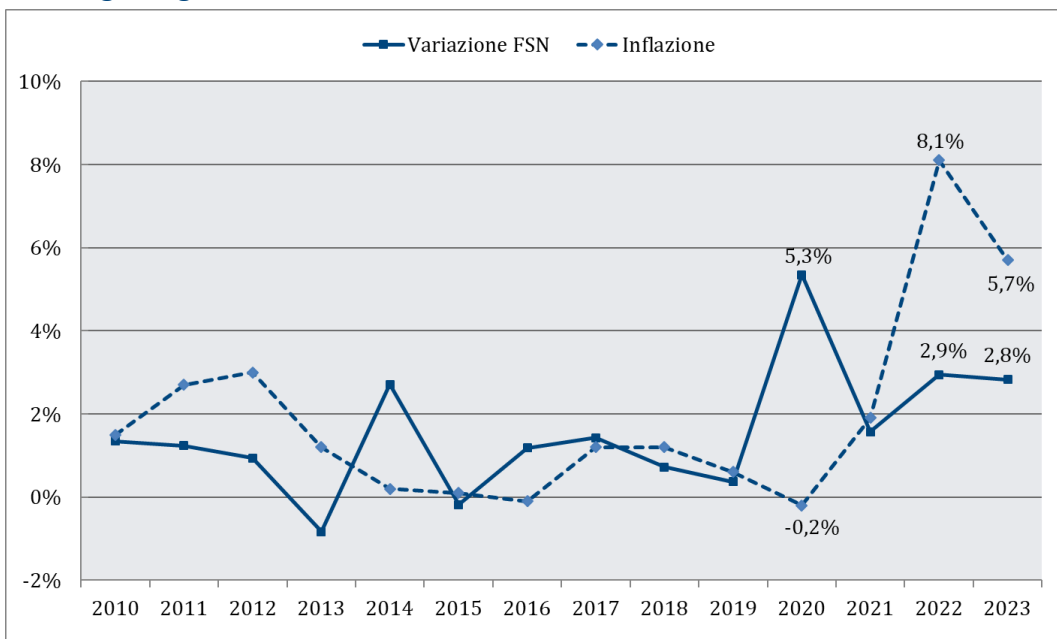




Abbildung 3

Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben (Quelle: ISTAT-SHA, Jahr 2022)

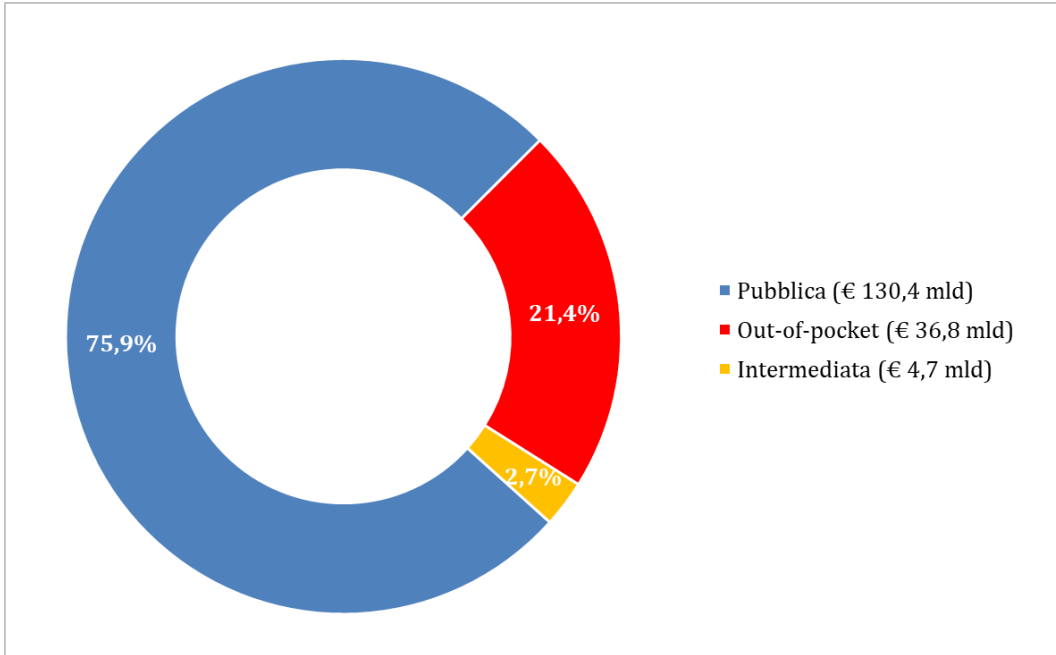
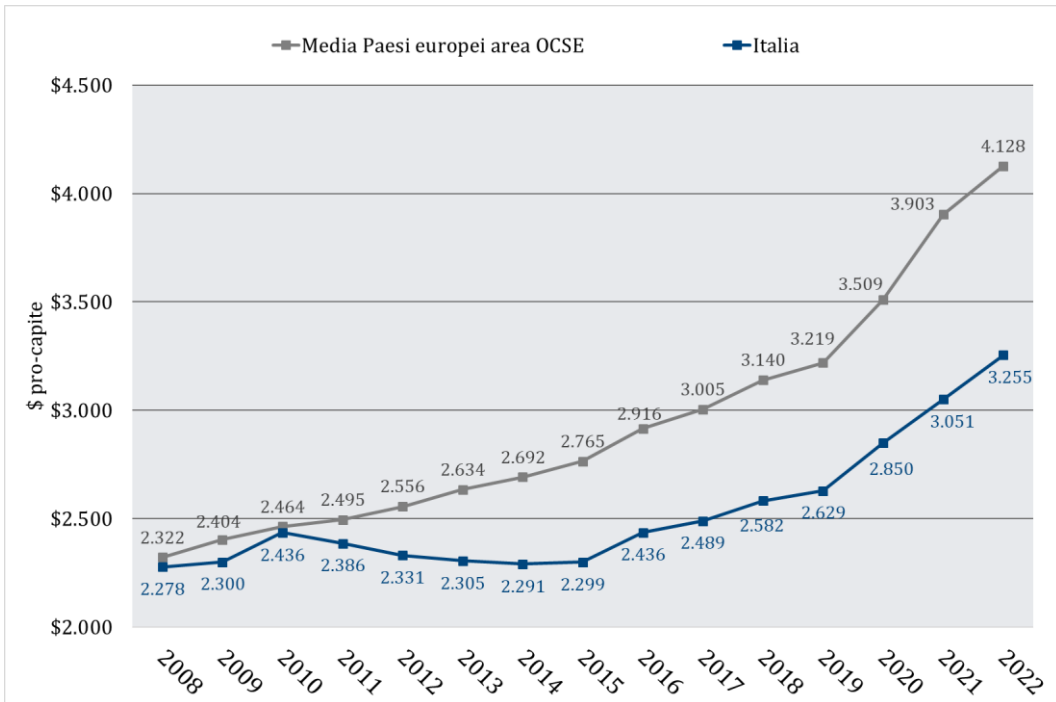


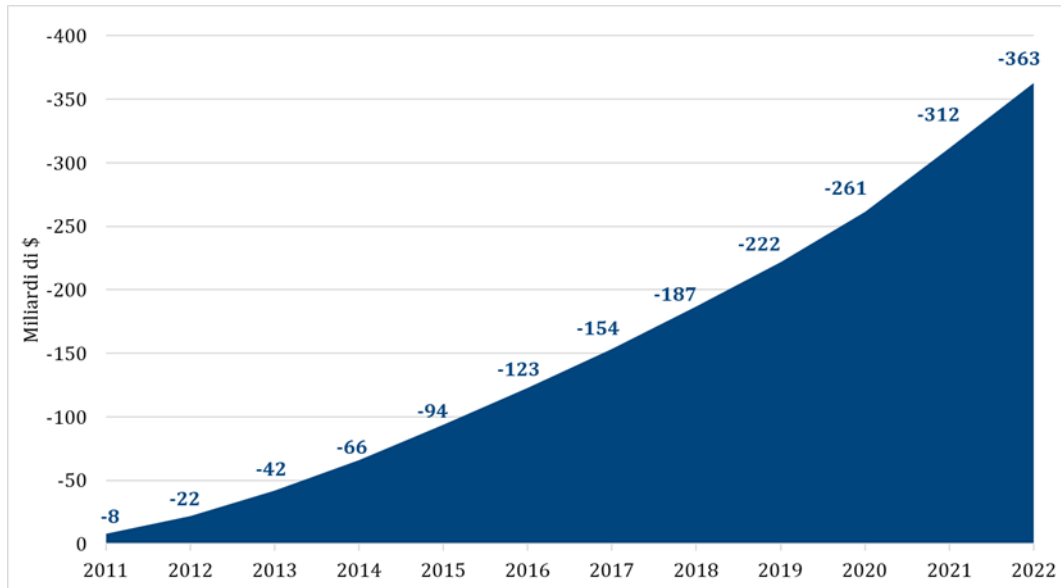
Abbildung 4

Entwicklung der öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben zwischen 2008 und 2022: Durchschnitt der europäischen Länder gegenüber Italien (Quelle: OECD)



**Abbildung 5**

**Kumulative Differenz bei den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen 2011-2022 zwischen Italien und dem europäischen Durchschnitt (GIMBE-Auswertung von OECD-Daten)**



**Abbildung 6**

**Erforderliche öffentliche Gesundheitsausgaben, um die Differenz zum europäischen Durchschnitt bis 2030 auszugleichen (GIMBE-Ausarbeitung auf der Grundlage von OECD-Daten)**

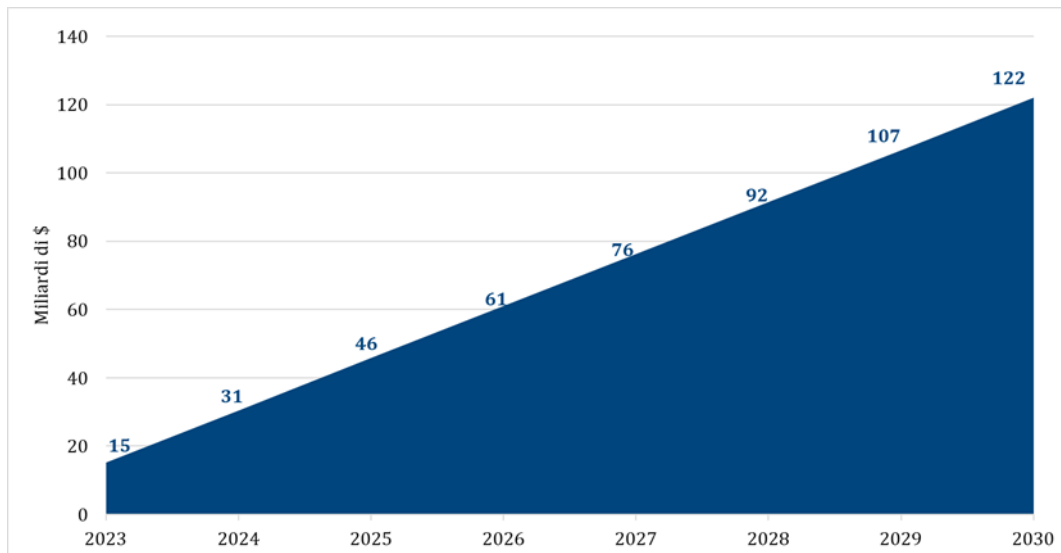


Abbildung 7

Erfüllung der wesentlichen Betreuungsstandards („Neues Garantiesystem“) im Jahr 2021

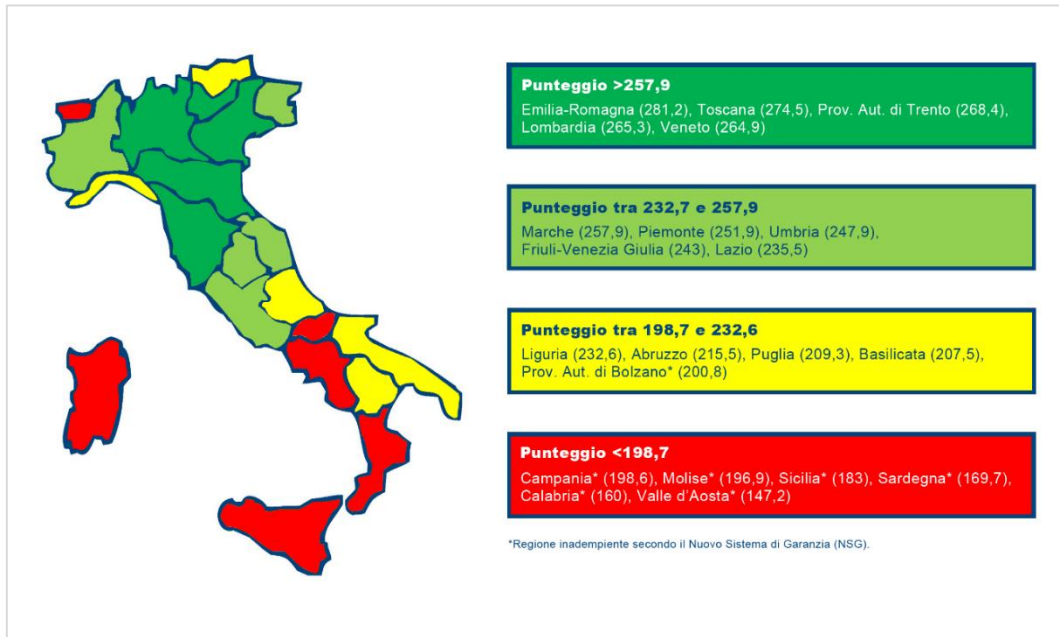


Abbildung 8

Beschäftigte Ärzte pro 1.000 Einwohner (Quelle: MoS, 2021)

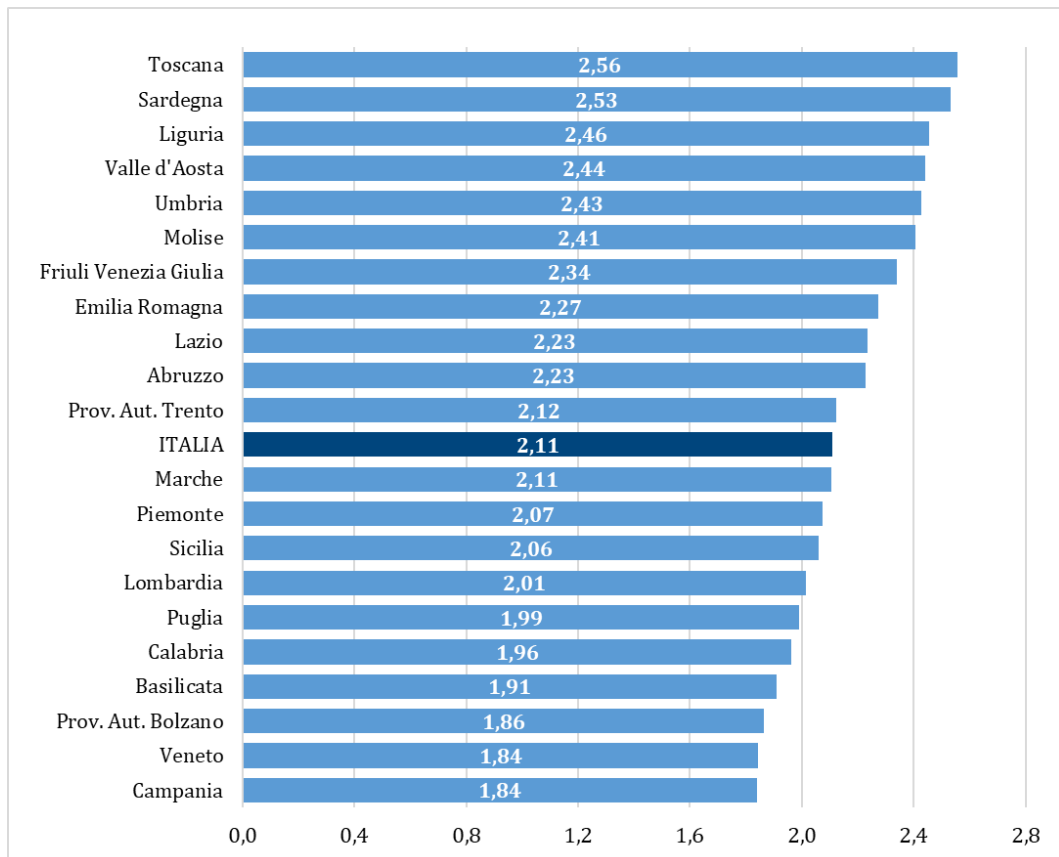


Abbildung 9

Beschäftigte Krankenpfleger pro 1.000 Einwohner (Quelle: MoS, 2021)

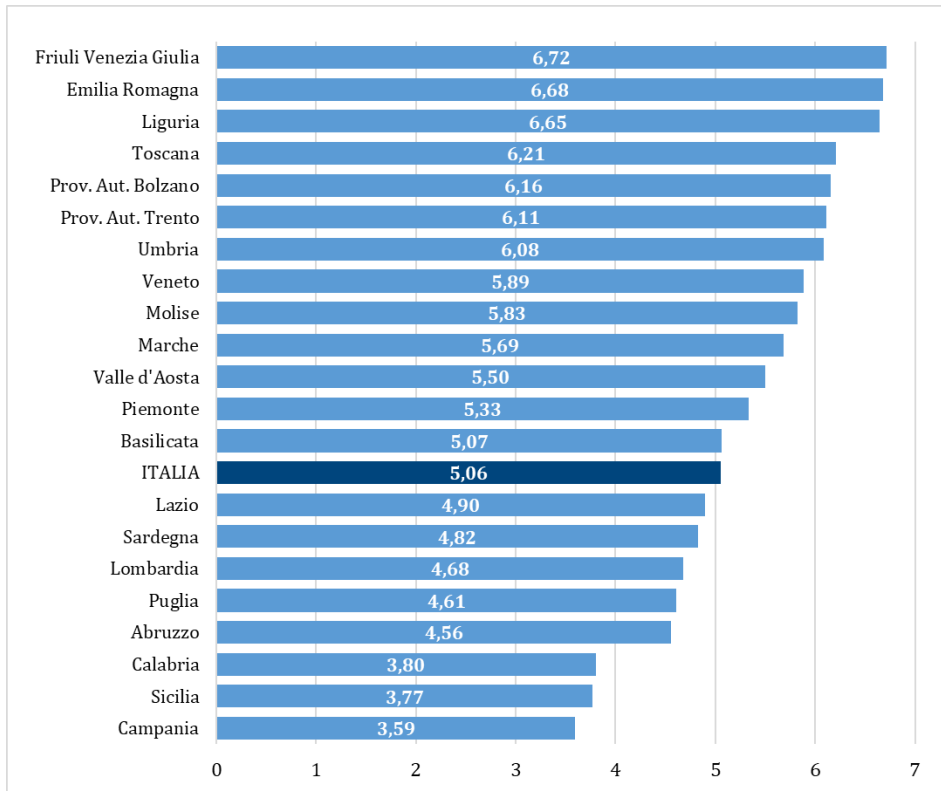


Abbildung 10

Verhältnis zwischen Krankenpflegern und Ärzten (Quelle: MoS, 2021)

