Capitolo 2

La crescita della spesa sanitaria e il deficit: alcune esperienze internazionali

Introduzione

La crescita della spesa sanitaria e il deficit: alcune esperienze internazionali

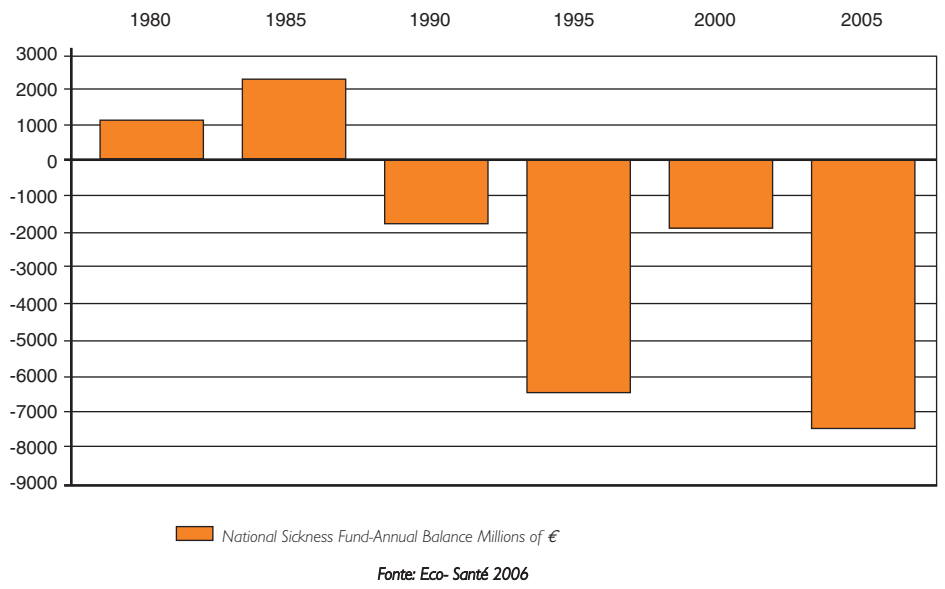
Siamo sempre più convinti che un confronto costante con quanto accade nei principali Paesi dell'area OCSE, e in particolare UE, in materia di politiche di intervento nel settore sanitario, permetta di acquisire maggiori ed utili conoscenze al mondo della ricerca e ai *policy makers* per meglio affrontare le problematiche che costantemente affliggono il settore dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese.
Così, anche quest'anno, proseguendo una ormai consolidata tradizione del Rapporto CEIS Sanità, abbiamo deciso di inserire all'interno del presente Rapporto alcuni contributi di colleghi e studiosi stranieri del settore dell'economia sanitaria.
In particolare, nel presente volume abbiamo voluto concentrare l'attenzione della maggior parte dei contributi su di un tema specifico, proprio al fine di avere una visione generale di quanto sta accadendo nei sistemi sanitari dei Paesi considerati. Più nello specifico, i contributi che seguiranno sono rivolti ad analizzare il problema del deficit pubblico sanitario. Infatti, come mostrato dal confronto dei Paesi OCSE (cfr. cap. 1.1, Francia, Mennini) la spesa sanitaria nella quasi totalità dei Paesi OCSE considerati registra una crescita costante e allo stesso tempo maggiore della crescita del Pil. Questo aspetto determina la necessità da parte dei *policy makers* di fronteggiare una simile situazione che porta, come ad esempio nel nostro Paese (in Italia il sistema sanitario produce, con una certa regolarità, un deficit per un ammontare pari a circa il 5% delle entrate), a spendere ogni anno più di quanto sarebbe sostenibile. La medesima situazione la possiamo riscontrare in Francia (vedi de Pouvourville) e al limite anche negli USA (vedi Buchmueller e Feldstein), mentre in Spagna (vedi Puig), similarmente all'Italia, non vengono rispettati i budget. Per quanto attiene l'Olanda (vedi Rutten) e l'Australia (vedi Martins), il problema viene risolto a monte mediante l'introduzione di premi privati in Olanda e l'utilizzo del *co-payment* e similari in Australia.
Conseguentemente, risulta molto interessante conoscere quale è l'approccio tenuto nei confronti dei disavanzi dai Paesi considerati (Australia, USA, Francia, Spagna, Olanda e Argentina), anche e soprattutto per valutare se nuovi strumenti di gestione possano essere utilizzati e/o adattati alla nostra realtà.

2.1 - Contenimento del deficit o contenimento dei costi? Le politiche di spesa sanitaria in Francia

de Pouvourville G.[1]

Come molti altri Paesi industrializzati, i Governi francesi hanno tentato faticosamente durante gli ultimi 30 anni di mantenere la crescita della spesa sanitaria ad un livello sostenibile, in considerazione del tasso di crescita dell'economia. Se l'obiettivo delle politiche sanitarie è sempre stato quello di realizzare un equilibrio tra risorse e spese, crescita del Pil e spesa sanitaria, hanno quindi costantemente fallito. La quota di spesa sanitaria sul Pil, infatti, era pari a 8,1% nel 1980, 9,3% nel 1990, 9,91% nel 2000 e 11,14% nel 2005. La spesa, dunque e come confermato anche negli altri Paesi OCSE (cfr. cap.1.1 Francia, Mennini), continua a crescere più velocemente della ricchezza prodotta.
Fin dal 1997, il Parlamento Francese determina ogni anno la quota di incremento delle spese della Cassa malattia. Nel 1997 le spese sono aumentate dell'1,5% mentre l'obiettivo era 1,7%. Da questo momento in poi, la spesa è aumentata in media 1,7 volte più veloce rispetto all'obiettivo, con un picco di 2,6 volte nel 1999. Come conseguenza, si

Figura 1 - Cassa malattia nazionale - Bilancio annuale (mil. di euro)



Fonte: Eco- Santé 2006

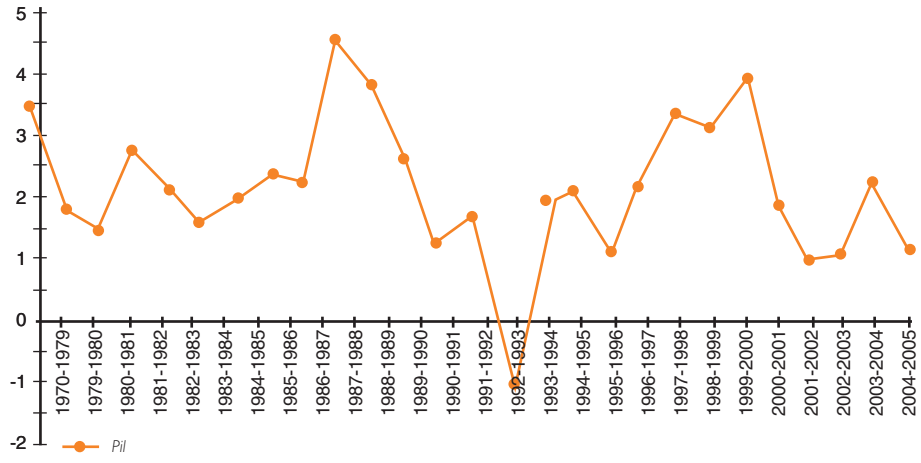
[1] *Senior Research Director INSERM/CNRS, Francia.*

determina un deficit permanente della Cassa malattia Generale, che copre il 90% della popolazione (vedi Figura 1).
Il debito cumulativo della sicurezza sociale, comprendente pensioni e rischio di invalidità, era pari a € 110 mld. nel 2006. Questo può essere confrontato con la spesa sanitaria del 2005, che era pari a € 195 mld.. Il deficit che così si è creato, evidentemente, deve essere coperto. Tutti i contribuenti francesi devono versare un contributo annuale pari allo 0,5% del loro reddito per rimborsare il debito sociale, ma la maggior parte della copertura del debito viene comunque da prestiti sul mercato finanziario e internazionale.
Il costo annuale del debito della sicurezza sociale è pari a € 2,6 mld. nel 2006, ma questa è solamente una parte del problema. Il settore ospedaliero pubblico, infatti, ha anche un deficit cumulativo corrente che è finanziato anche attraverso il mercato finanziario, ma il costo del quale è di difficile valutazione, in quanto è parte del debito del servizio pubblico.
Così, come in altri Paesi, i deficit rappresentano una caratteristica corrente del sistema di assistenza sanitaria francese. Quale principale conseguenza, negli ultimi anni sono state varate alcune riforme, che a volte hanno avuto successi parziali di breve periodo, senza però evitare il permanere del deficit cumulativo.

2.1.1 Un contesto economico peggiorativo

In Francia, una quota della spesa sanitaria è coperta dalla *Sécurité Sociale* (schema di assicurazione sociale con un proprio ramo di assicurazione di malattia). La copertura è universale, e finanziata da premi basati sul salario. I lavoratori stipendiati e i loro datori di lavoro pagano un premio mensile progressivo. I lavoratori autonomi pagano anche loro un premio sui propri redditi. Il sistema è misto e lo Stato raccoglie anche il contributo chiamato CSG (contributo sociale generalizzato) che è basato su tutti i redditi. Così, le

Figura 2 - Tasso di crescita del Pil in Francia nel periodo 1978-2005



Fonte: Eco- Santé 2006

risorse dedicate all'assistenza sanitaria sono indicizzate sullo stato dell'economia, e in particolare sul livello del lavoro dipendente. Nel lungo periodo, la crescita economica in Francia è stata moderata verso il basso e la disoccupazione piuttosto alta. Così, le risorse disponibili per la Cassa malattia sono cresciute ad un tasso molto più lento delle spese.
I Governi che si sono succeduti hanno posto rimedio a questa situazione mediante aumenti ripetuti nel livello dei premi e del CSG, caricando maggiormente l'onere sugli assicurati. Ma allo stesso tempo, a causa della disoccupazione, i governi hanno anche introdotto polizze selettive per ridurre il carico dei premi sui datori di lavoro, senza compensare pienamente la Cassa malattia per la perdita di risorse. Queste riduzioni furono volute per ridurre il costo del lavoro, in particolare per le piccole aziende, e hanno anche contribuito ad un aumento del deficit. Quando queste polizze risultano efficaci nel ridurre la disoccupazione e quando il tasso di crescita dell'economia aumenta, si verifica un ritardato effetto positivo sulle risorse della Cassa malattia. Poiché i tassi di crescita sono stati irregolari (vedi Figura 2), l'effetto positivo atteso sulla disoccupazione e sul finanziamento dell'assistenza sanitaria non si è verificato.

2.1.2 Un accordo per mantenere un alto livello di copertura e accesso alle cure

Una seconda importante determinante delle politiche socio-sanitarie in Francia è stato il consenso politico intorno a tre principi: l'universalità della copertura, l'uguaglianza delle opportunità ed un livello alto di accesso alle cure e in particolare alle innovazioni. Anche se tutti i governi si sono sforzati per contenere il deficit, questo risultato si sarebbe potuto raggiungere senza mettere in pericolo il sistema di sicurezza sociale. Due Paesi sono stati presi quale esempio: gli Stati Uniti, in quanto una percentuale alta della popolazione è rimasta senza copertura, e il Regno Unito, a causa del razionamento dell'assistenza sanitaria.
In Francia il sistema di sicurezza sociale è stato costruito nel 1945 sui principi della democrazia sociale: l'assicurazione sociale sarebbe stata governata dagli assicuratori stessi e i loro rappresentanti, i sindacati, rimanendo fuori dal controllo diretto del governo. Nonostante lo Stato abbia progressivamente aumentato il controllo sulla sicurezza sociale, la volontà di mantenerla autonoma genera conflitti permanenti sul controllo della spesa sanitaria. Sulla stessa linea, la medicina generale è privata, pagata mediante *fee-for-service*, e i sindacati medici resistono fortemente ad ogni tentativo dello Stato e della Sicurezza Sociale di controllare la loro autonomia professionale e i loro redditi. Resistono anche al tentativo di ridurre la libertà di accesso dei pazienti. Durante gli ultimi anni, un'opposizione crescente è tuttavia venuta fuori tra medici di medicina generale e specialisti, in particolare sui benefici ma anche sui loro relativi livelli di remunerazione dal *National Fee Schedule*.
Negli ultimi anni, questo consenso sui principi ha portato verso un ampliamento della copertura. Il primo ampliamento era riferito al finanziamento del *co-payment*. I *co-payment* possono essere importanti per le cure primarie. Le visite dei medici in Francia sono rimborsate solamente al 70% (una volta era l'80%), gli esami di laboratorio al 65% e la copertura farmaceutica può variare dal 100% a 0. I *co-payment* sull'assistenza ospeda-

liera esistono ma sono, in percentuale, più bassi degli oneri totali. Gli assicurati possono dunque sottoscrivere schemi di assicurazione complementare, per coprire tutto o parte del *co-payment*, su base volontaria. Un numero elevato di assicurati con reddito basso non potevano permettersi tale copertura e, al fine di proporre un'assicurazione a basso costo per tutti, nel 1999 il governo Jospin varò una legge introduttiva della *Couverture Maladie Universelle* (CMU). Il numero dei beneficiari del CMU aumentò da 880.000 nel 2000 a 1,32 milioni nel 2004. Anche se continua ad esserci un dibattito circa il ruolo di questo strumento nell'aumento ingiustificato della spesa sanitaria, molteplici studi sono concordi nell'affermare che, al limite, questo spinse i beneficiari ad utilizzare servizi anche con gli altri assicurati.

Una seconda estensione della copertura si riferisce a quello che in Francia viene chiamato "*Affections de Longue Durée"* (ALD): questo programma offre una copertura totale (nessun *co-payment*) per i pazienti che soffrono di malattie croniche e gravi. L'elenco delle malattie eleggibili è limitato a 30 (cancro, insufficienza renale, ipertensione severa e depressione), ma l'ammissione allo status di ALD è stata resa più facile rispetto ai cinque anni precedenti e il numero dei pazienti di ALD è passato da 5 milioni di assicurati nel 2000 a circa 7 milioni nel 2005. I pazienti ALD rappresentano il 12% della popolazione assicurata e il 56% di tutti i rimborsi! Questo giustifica la grande crescita della spesa farmaceutica, dato che la maggior parte dei nuovi farmaci immessi nel mercato sono indirizzati alla cura delle patologie croniche e loro gestione.

Il terzo principio riguarda l'accesso all'innovazione. Nonostante le imprese farmaceutiche si lamentino perché il rimborso e gli aggiornamenti del prezzo sono lenti e i prezzi bassi, quasi non esiste un razionamento di farmaci innovativi e nuovi. Questa è una politica pubblica esplicita rivolta a premiare la ricerca e l'innovazione. Nel 2004, quando fu perfezionato un nuovo schema di pagamento prospettico (DRG) per gli ospedali, un elenco ristretto di circa 80 farmaci venne posto al di fuori di tale schema e fu previsto il rimborso retrospettivo in modo da evitare qualsiasi razionamento di farmaci innovativi per i pazienti. Conseguentemente, il livello della spesa per questi farmaci è cresciuto in media del 25% ogni anno negli ospedali.

Così, la politica sanitaria pubblica in Francia è caratterizzata da decisioni che determineranno un ampliamento della copertura ed una crescita della domanda, sulla base dei principi fondamentali descritti, e misure di contenimento dei costi quali l'aumento dei premi e delle tasse e la riduzione di benefici attraverso un incremento del co-payment. Di conseguenza, la copertura delle spese sanitarie attraverso il sistema di sicurezza sociale è rimasta relativamente stabile ed è anche leggermente cresciuta negli ultimi anni, quale risultato di una maggiore protezione per i pazienti più gravi e più poveri.

2.1.3 Miglioramento dell'efficienza dei servizi di assistenza sanitaria

Se il contenimento del deficit è l'obiettivo principale, tenuto conto dei vincoli e principi sopra menzionati, quali azioni i differenti governi hanno intrapreso per limitare il divario tra spesa e risorse disponibili? Inizialmente sono stati eliminati i benefici forniti dalla Cassa Malattia (mentre simultaneamente ci si organizza per un ampliamento della copertura) e/o aumentati i contributi. Negli anni più recenti, tali decisioni sono state prese sol-

tanto sulla base dell'emergenza finanziaria. Simmetricamente, i contributi degli assicurati sono aumentati, o attraverso tasse sul reddito più alte o attraverso l'aumento della percentuale della tassa di CSG[2].

Le tariffe dei medici privati sono regolamentate e, attraverso la negoziazione, le autorità pubbliche hanno tentato di mantenere i prezzi nel tempo. Nonostante queste azioni, i medici hanno utilizzato differenti strategie al fine di evitare gli effetti del controllo sui prezzi. Primo, non vi è un controllo sulla quantità. Secondo, fin dal 1980, i medici privati francesi possono chiedere di più della tariffa oraria ufficiale. Così, i pazienti si trovano dinanzi ad elevate quote di *co-payment*, che vengono compensate solo parzialmente attraverso le assicurazioni complementari. Di contro la Cassa Malattia non contribuisce ai loro piani previdenziali. I medici sono allo stesso tempo molto abili nell'organizzare azioni forti per ottenere tariffe più alte. Nel 2001-2002, i medici di medicina generale innalzarono deliberatamente e in maniera massiccia le tariffe delle loro visite (da € 17 a € 20) e il governo finalmente accettò questo aumento di prezzo.

Fin dalla fine degli anni Ottanta, i governi e la Cassa Malattia hanno tentato di ottenere una controparte della crescita dei prezzi, quale una moderazione nelle prescrizioni (i francesi detengono il record in termini di spesa pro-capite, dopo gli USA)[3] e una *compliance* alle linee guida. I recenti successi si riscontrano in una accresciuta moderazione nella prescrizione di antibiotici, attraverso una intensa campagna di informazione circa il rischio di sviluppare resistenza batterica e la prescrizione di generici, anche se la battaglia non è vinta ancora completamente.

La spesa farmaceutica, poi, è sottoposta ad un tetto annuale, votato dal Parlamento. Per raggiungere questo obiettivo, le autorità pubbliche hanno progettato un set complesso di regole che mescolano vincoli macro economici e accordi a livello micro con le aziende, basato su rettifiche di prezzo-volume e sconti, con l'aggiunta di tasse quando la spesa cresce troppo velocemente.

Negli anni più recenti, il *co-payment* è stato presentato quale incentivo virtuoso, al fine di sensibilizzare gli assicurati a non creare eccesso di domanda (controllo del *moral hazard*), o come un miglioramento dell'efficienza della Cassa malattia. Ad esempio, negli ultimi 5 anni il governo ha deciso di ridurre i rimborsi per quei farmaci che erano considerati portatori di benefici marginali per la salute. Nell'agosto del 2004 un'importante riforma è stata votata, che fu presentata quale maggiore riorganizzazione dei servizi di assistenza primaria. La legge in questione introdusse una forma di *gatekeeping*, dove si suppone che ogni assicurato stipuli un accordo con un medico di medicina generale, il "*médecin trainant*", che lo dovrà indirizzare verso le cure specialistiche. Gli assicurati che non accettano e vanno direttamente a farsi visitare da uno specialista vedranno ridursi notevolmente la quota di rimborso. I medici di medicina generale hanno a disposizione una somma annuale da destinare all'assistenza dei pazienti cronici di ALD che sono coperti al 100%. Come controparte, debbono rispettare le linee guida basate sull'evi-

[2] *I cittadini francesi pagano anche un contributo annuale dello 0,5% sui loro redditi per rimborsare il debito sociale.*

[3] *Cfr. cap. 1.1., Francia, Mennini.*

denza per tali pazienti. Per ogni visita ad un medico privato, è previsto un contributo di € 1 pagato dal paziente. Agli specialisti è stato permesso di aumentare la loro tariffa base per i pazienti che sono assegnati da un medico di medicina generale e la maggior parte degli studiosi suggerisce che la riforma rappresenta un modo per aumentare i redditi degli specialisti e mantenere una differenziazione tariffaria con il medico di medicina generale. L'accordo firmato con l'associazione dei medici è complesso e include anche dei target nelle prescrizioni di farmaci (per esempio le Statine). Per il primo anno dell'accordo, già si è verificato un conflitto tra i sindacati dei medici, che chiedono vengano soddisfatti i loro obiettivi con un aumento anche delle tariffe, e la Cassa Malattia nazionale, che ha tentato di rimandare il pagamento fino alla fine dell'anno.
Nel lungo periodo, i governi hanno cercato di aumentare l'efficienza mediante lo sviluppo di reti, la diffusione della *evidence based medicine*. La Cassa malattia e i sindacati dei medici privati si sono trovati d'accordo nell'assegnare una parte dei fondi annuali dell'assistenza primaria alle cure sperimentali, laddove venga dimostrata la loro efficacia.
Durante i venti anni passati, la *evidence based medicine* è stata lentamente ma in maniera consolidata recepita dai vari stakeholders, quale modo ragionevole di evitare razionamenti indiscriminati. Per i professionisti, questo concetto vuole dire che, se tutti i medici e fornitori di prestazioni seguono la *evidence based medicine*, poi tutte le spese sono legittime e non c'è nessun bisogno di contenerle.
Il settore ospedaliero è stato, poi, sottoposto ad una serie di riforme, durante gli ultimi dieci anni, tendenti a migliorarne l'efficienza. È importante affermare che in Francia vige un sistema ospedaliero pubblico/privato, con due differenti meccanismi di finanziamento. Dal 1983 al 1995 gli ospedali pubblici sono finanziati attraverso un budget prospettico. In teoria, agli ospedali pubblici non è permesso creare un deficit, ma in realtà un gran numero di strutture pubbliche è stato caratterizzato da forti deficit. Per finanziare tali deficit, gli ospedali contrattano prestiti o utilizzano il loro cash flow a detrimento degli investimenti.
Nel 1995 l'allocazione delle risorse per l'ospedaliera era delegata a 26 Agenzie Ospedaliere regionali, con (almeno da normativa) un potere discrezionale in termini di impostazione e programmazione del bilancio per l'allocazione delle risorse stesse. Questa riforma aveva due obiettivi: la decentralizzazione dell'allocazione delle risorse era voluta al fine di permettere una migliore adattabilità ai bisogni locali, ma più importante, la depoliticizzazione delle decisioni. Questo sistema contribuì principalmente alla riallocazione delle risorse tra le Regioni ricche, come *Ile-de-France*, e quelle più "povere", e ad un aumento del deficit ospedaliero nelle Regioni che comprimono i bilanci. Ciononostante, è giusto affermare che il settore ospedaliero pubblico è stato lentamente riorganizzato mediante una riduzione complessiva di posti letto per acuti ed una riallocazione verso la riabilitazione e l'assistenza domiciliare.
Il principale cambiamento introdotto a livello ospedaliero è stato senza dubbio l'introduzione, nel 2004, di un sistema di remunerazione delle prestazioni basato sui DRG francesi, il GHM (*Groupes Homogènes de Malades*). Le entrate degli ospedali sono direttamente collegate al numero di casi. Una percentuale nazionale è definita per ogni settore. Ogni anno, un tetto di spesa viene fissato per ogni settore. Se le spese eccedono il tetto,

le quote vengono ridotte per giungere all'equilibrio. Gli ospedali pubblici sono caratterizzati da un regime speciale: una quota delle loro spese, corrispondente al cosiddetto *missions of general interest* (incluse la ricerca e la formazione), viene pagata su un budget prospettico basato sulla spesa storica. Inoltre, un elenco di circa 80 farmaci (ad esempio gli antitumorali) vengono pagati retrospettivamente per gli ospedali pubblici e privati sulla base di un prezzo di riferimento fissato dal Ministero della Salute. Il budget totale per questi farmaci è fissato a livello nazionale. Questo specifico finanziamento ha generato forti tensioni all'interno del sistema: prima della riforma, negli ospedali pubblici la spesa per questi farmaci era inclusa nel budget prospettico e i medici dovevano prestare attenzione in sede prescrittiva. Il pagamento retrospettivo determinò un aumento immediato pari al 25% della spesa e il governo dovette abbassare il livello del DRG per contenere la spesa globale, mettendo così sotto pressione i costi ospedalieri. Durante lo stesso periodo, i deficit ospedalieri hanno continuato ad essere coperti in parte da versamenti supplementari e speciali e da una iniezione di fondi per modernizzare l'attrezzatura (*il Plan Hôpital 2000*).

Sembra sicuramente troppo presto per poter stimare se il nuovo sistema di finanziamento abbia apportato miglioramenti in termini di produttività degli ospedali. I manager e i medici hanno ora, senza dubbio, maggiori incentivi nell'aumentare la produttività e anche l'effetto DRG ha iniziato a produrre i suoi effetti. Ma a causa dell'aggiustamento del prezzo-volume, se l'attività continua a crescere così come la spesa per gli 80 farmaci, gli ospedali pubblici saranno caratterizzati da un calo progressivo nei tassi che possono essere più veloci della capacità di guadagnare a seguito della accresciuta produttività. Così alcuni ospedali vedranno crescere il proprio deficit. La domanda principale è se in ogni caso tali deficit continueranno ad essere finanziati tramite ulteriore indebitamento, o se gli ospedali saranno chiusi. Gli ospedali pubblici, infatti, non hanno la flessibilità tipica del settore privato per ridimensionare il personale e lo schema di pagamento può eventualmente portare verso una crescita della quota di mercato del settore privato *for profit*.

Questa riforma solleva poi il problema del management pubblico. La crescita di efficienza è possibile solo e solo se i manager delle strutture pubbliche potranno avere maggiore autonomia decisionale accompagnata da maggiori responsabilità in termini di rispetto del vincolo di bilancio. Per il momento, per loro è ancora più efficace il gioco politico della negoziazione con il Ministero della Sanità al fine di ottenere risorse aggiuntive tali da permettergli di finanziare il deficit.

2.2 - I problemi di politica sanitaria negli Stati Uniti

Buchmueller T.[1] e Feldstein P.[1]

Il sistema di assistenza sanitaria negli Stati Uniti è, sotto molti punti di vista, piuttosto diverso da quelli di altri Paesi industrializzati, il più evidente dei quali è l'affidarsi ai mercati privati. Nonostante questo orientamento, il governo esercita un ampio e crescente ruolo nel finanziamento dei servizi medici negli Stati Uniti. Attualmente, i governi federali e statali pagano il 45% del totale speso ogni anno per i servizi medici. Di conseguenza, le sfide critiche che gli Stati Uniti affrontano sono piuttosto simili a quelle affrontate dai Paesi con sistemi sanitari prevalentemente pubblici. Un problema particolarmente noioso per i *policy makers* è l'impatto della spesa sanitaria sui bilanci pubblici e la prospettiva di deficit crescenti nel futuro prossimo. Questi deficit minacciano l'autosufficienza di programmi correnti e sono da ostacolo allo sforzo di espandere la copertura assicurativa a quei 45 milioni di americani che attualmente ne sono privi.

I due più importanti programmi pubblici di assicurazione contro le malattie sono il *Medicare*, un programma federale che finanzia l'assistenza sanitaria per tutta la popolazione anziana indipendentemente dal reddito (e anche per individui disabili e non anziani) e *Medicaid*, un programma federale/statale che copre la popolazione con un reddito molto basso, in particolare i bambini. Due differenti meccanismi di finanziamento procurano fondi a *Medicare*. Le degenze ospedaliere (*Medicare Part A*) sono finanziate da una tassa pari al 2,9% del reddito da lavoro, la metà della quale grava sul datore di lavoro e metà sul lavoratore (questa tassa è cresciuta col tempo). Queste tasse vengono versate in un Fondo di garanzia di *Medicare* per pagare i servizi ospedalieri. Gli anziani sono quindi sovvenzionati in quanto le loro spese ospedaliere eccedono di molto il contributo da loro versato quando lavoravano. *Medicare* offre anche benefici medici e supplementari, come servizi medici, visite, assistenza domiciliare e medicine prescritte fuori dall'ospedale. Questi benefici sono finanziati principalmente dalla fiscalità generale; i premi pagati dagli anziani coprono approssimativamente il 25% dei costi di questi benefici.

Il programma *Medicare*, come disegnato attualmente, è fiscalmente insostenibile. A causa del cambiamento demografico (un aumento della popolazione anziana e meno lavoratori per anziano) e dell'incremento della spesa sanitaria pro-capite (cfr. Capitolo 1.1 Mennini, Francia), il costo di *Medicare* sta crescendo più rapidamente che i redditi necessari per finanziare il programma. Si valuta che, in assenza di mutamenti normativi, dal 2018 il Fondo di garanzia di *Medicare* avrà risorse insufficienti per pagare le spese ospedaliere per gli anziani. Secondo delle stime, per finanziare l'assistenza ospedaliera a tutti gli anziani nei prossimi 75 anni si richiederebbe un aumento nella tassa dall'attuale 2,9% al 13,4%, "minacciando" seriamente la crescita economica.

[1] *Paul Merage School of Business, University of California, Irvine, California.*

Medicare, spendendo anche su altri servizi, sta aumentando ad un ritmo allarmante. La più significativa innovazione normativa in materia sanitaria negli ultimi anni è stata il *Medicare Modernization Act* (MMA), che fu approvato nel 2003 ed è entrato in vigore nel 2006. La caratteristica principale della legge è quella di prevedere dei benefici in termini di assistenza farmaceutica. Il conto è valutato intorno ai $ 500 bilioni durante il corso dei suoi primi 10 anni[2]. Siccome la maggior parte degli anziani aveva già una certa forma di copertura per i farmaci, una grande frazione di questo ammontare rappresenta un trasferimento diretto di spesa dal privato al settore pubblico. I beneficiari sono obbligati a pagare dei premi per la copertura farmaceutica, ma questi premi permettono di coprire solamente una frazione del costo.

Le spese di *Medicare* (inclusi i servizi ospedalieri e non ospedalieri) sono proiettate a crescere dai $ 420 bilioni nel 2006 ai $ 792 nel 2015. Secondo stime di lungo periodo, il costo di questi benefici promessi per il governo federale è valutato essere di circa $ 30 bilioni durante il corso dei prossimi 75 anni. Misurando questa spesa relativa all'intero bilancio federale e al Pil, si dimostra il motivo per cui *Medicare* nella sua forma corrente è insostenibile. Entro il 2020, *Medicare* rappresenterà il 23% del bilancio federale, che è quasi due volte la quota attuale. Se il trend nella spesa e le entrate fiscali vengono proiettati al 2040, *Medicare* arriverà ad incidere per quasi la metà del bilancio federale. Appare chiaro che se il programma continua a presentare le caratteristiche di cui sopra, sarà necessario un aumento delle risorse del Paese da dedicare all'assistenza sanitaria per gli anziani.

Inizialmente, quando il Fondo di garanzia di *Medicare*, sulla base delle previsioni, sembrava divenire insolvente, il Congresso aumentò la tassa di *Medicare* e ridusse i pagamenti per l'ospedaliera. Tali innovazioni, comunque, non sembrano attuabili nel breve periodo.

Il Partito Repubblicano, che controlla la Casa Bianca, e le due Camere si sono fortemente opposti all'aumento delle tasse e, a quanto sembra, senza aver subito particolari ripercussioni politiche a seguito della creazione di un deficit di bilancio enorme. Poiché la popolazione anziana rappresenta una forza politica potente, nessun partito politico ha, infatti, interesse nel ridurre i propri benefici. Il fatto che lo stato di insolvenza non è imminente fa sì che probabilmente le decisioni relative ad un riassetto di *Medicare* verranno posticipate.

Oltre a *Medicare*, il governo federale paga la metà di tutte le spese di *Medicaid*[3]. Nel 2005 la quota del governo federale delle spese di *Medicaid* era pari a $ 200 bilioni (7,5% del bilancio federale). Queste spese si pensa aumenteranno fino a circa $ 260 bilioni entro il 2010.

Medicaid finanzia l'assistenza sanitaria per le famiglie con reddito basso e per alcune popolazioni anziane e disabili. Bambini appartenenti a famiglie con reddito molto basso

[2] *MMA ha aumentato la spesa Medicare in altri servizi. Questa è stata un'azione di carattere politico; infatti, sono stati avvantaggiati gruppi di votanti molto forti.*

[3] *La divisione varia fra i differenti Stati.*

rappresentano la maggioranza degli iscritti, ma anche una relativamente piccola frazione della spesa totale. Al contrario, pazienti anziani in case di cura e adulti invalidi, pur rappresentando una relativamente piccola frazione degli iscritti, incidono per una quota sproporzionata alla spesa totale.
Mentre il governo federale definisce le linee guida e gli standard base, le decisioni chiave sul disegno dei programmi, come quelli inerenti le regole di eleggibilità, i benefici del programma e i pagamenti dei produttori, vengono stabiliti a livello statale, influenzando la politica *Medicare*. Diversamente dal governo federale, gli Stati non possono, per dettato Costituzionale, far crescere velocemente i loro deficit. Di conseguenza, i programmi *Medicaid* statali sono colpiti fortemente da fluttuazioni macroeconomiche. I vincoli economici riducono le entrate fiscali statali, mentre allo stesso tempo aumenta il numero di persone indigenti che cercano la copertura di *Medicaid*. Così, in una situazione di recessione, molti Stati sono costretti a restringere l'eleggibilità o tagliare i pagamenti ai produttori. La partecipazione dei produttori al programma è volontaria ed è sensibile alle quote di rimborso. Percentuali più basse, perciò, riducono l'accesso alle cure per gli iscritti a *Medicaid*.
Mentre gli Stati tipicamente revocano i tagli quando le condizioni economiche migliorano, le proiezioni di lungo periodo suggeriscono che le limitazioni ai budget statali diverranno sempre più vincolanti. Come le spese *Medicaid* continuano ad aumentare più velocemente delle entrate fiscali, gli Stati dovranno affrontare scelte politiche difficili relativamente alla riduzione di spesa per altre aree importanti quali l'istruzione, elevando le tasse statali sul reddito, o limitando l'accesso alle cure mediche alle persone con redditi bassi.

2.2.1 Conclusioni

Le sfide maggiori che affronta il sistema sanitario negli Stati Uniti non sono molto diverse da quelle che affrontano sistemi dove il settore pubblico ha un ruolo più prominente. Oggi, *Medicare* e *Medicaid* rappresentano la quota maggiore di spesa per l'assistenza sanitaria e contribuiscono ad un grande deficit del bilancio federale. Poiché la crescita della spesa per questi programmi eccede il tasso di crescita dell'economia nel suo insieme (cfr. cap.1.1, Francia, Mennini), la spesa di *Medicare* e *Medicaid* ha intrapreso un percorso volto a rappresentare una quota sempre maggiore del bilancio federale. In assenza di riforme importanti tese alla riduzione della crescita della spesa, si richiederanno riduzioni drastiche in tutti gli altri programmi federali o imposizioni fiscali maggiori a carico delle generazioni future. I "lenti" *policy makers* stanno per introdurre cambiamenti nella struttura del finanziamento e dei benefici di *Medicare* e *Medicaid*, le cui conseguenze saranno drastiche e dolorose.

2.3 - Assistenza sanitaria in Australia: crescita e carico fiscale

Martins J. M.[1]

2.3.1 Crescita della domanda e finanziamento pubblico

La crescita economica fin dalla seconda Guerra mondiale ha condotto ad una triplicazione del Pil pro-capite nel mondo (Maddison, 2003). Questo ha determinato la crescita della domanda di molte tipologie di beni. La domanda di assistenza sanitaria è, tra questi, quella che si è maggiormente caratterizzata crescendo più che proporzionatamente agli aumenti del reddito pro-capite. Molta di questa crescita, nei Paesi maggiormente industrializzati, è stata finanziata dalle risorse pubbliche (Martins, 2004). Negli anni recenti, la continua crescita dell'industria della salute ha posto importanti dilemmi per i governi, specialmente durante i cicli economici negativi e per i vincoli fiscali. In aggiunta, la crescita economica stimolata dai governi – come nel caso della crescita nella produzione di assistenza sanitaria soprattutto finanziata con fondi pubblici – non è in linea con la correttezza fiscale nei Paesi OCSE, che richiedono un abbassamento delle tasse, di evitare il finanziamento del deficit e investimenti privati.

2.3.2 La crescita della spesa e il trasferimento del carico

I dati per 24 Paesi OCSE indicano che, in media, la quota della spesa sanitaria totale finanziata dal settore pubblico è passata dal 75,9% nel 1990 al 74,6% nel 2003. Questo dato complessivo nel finanziamento pubblico "maschera" differenze sostanziali fra questi 24 Paesi (cfr. Francia e Mennini, Capitolo 1.1). In 13 dei 24 Paesi la quota di spesa pubblica precipita da una media dell'81,4% al 76,7%, mentre in 8 Paesi la percentuale media è salita dal 70,1% al 73,6% durante lo stesso periodo. In 3 Paesi la percentuale media di finanziamento pubblico è cambiata solo leggermente, dal 67,8 al 68,0% (Tabella 1).

Tabella 1 - Finanziamento pubblico quale percentuale della spesa sanitaria totale in 24 Paesi OCSE: 1990-2003

Cambiamento nella proporzione del finanziamento pubblico	N.Paesi	Finanziamento pubblico in % della spesa totale		
		1990	1995	2003
Crescente	8	70,1	72,3	73,6
Stabile	3	67,8	67,1	68,0
Decrescente	13	81,4	77,6	76,7
Media 24 Paesi	**24**	**75,9**	**74,5**	**74,6**

Nota: Le medie non sono pesate.

Fonte: Elaborazioni dell'autore su OECD Health Data 2006.

[1] *President, Centre for Health Policy and Management, Sydney, Australia; Visiting Professor, Macquarie University, Sydney, Australia.*

È anche interessante sottolineare che il livello di spesa sanitaria pro-capite è stato associato con diverse percentuali della crescita della spesa sanitaria e con il cambiamento, sia verso l'alto che verso il basso, nella proporzione di finanziamento pubblico.
Quale principale conseguenza è possibile individuare tre gruppi di Paesi:
• Paesi con una quota crescente di spesa pubblica, che avevano la media più alta di spesa pro-capite nel 1990 (e 2003) e hanno anche registrato il più grande aumento nella spesa pro-capite nel periodo 1990-2003.
• Paesi con una quota decrescente di spesa pubblica, che avevano la media più bassa di spesa pro-capite nel 1990 (e 2003) e la percentuale più bassa di crescita nella spesa pro-capite.
• Paesi con una quota stabile di finanziamento pubblico, che avevano la seconda spesa pro-capite più bassa nel 1990 (e 2003) e la seconda percentuale di crescita nella spesa pro-capite (Tabella 2).
Differenti ipotesi potrebbero essere considerate. Un'ipotesi è che l'alta percentuale della crescita su di un livello già alto di spesa sanitaria pro-capite abbia costretto il settore pubblico ad effettuare un "salvataggio" quale conseguenza di forti pressioni politiche, al fine di minimizzare l'impatto sulle tasche dei cittadini. Una seconda ipotesi discenderebbe dal fatto che l'iniziale bassa quota di spesa pubblica in questo settore di alta spesa (70,1% nel 1990 contro una media di 75,9% per i 24 Paesi analizzati) abbia lasciato alcuni spazi per l'assorbimento di spesa supplementare da parte del settore pubblico. Al contrario, una più piccola ma ancora considerevole crescita della spesa sanitaria pro-capite nei Paesi con una porzione inizialmente alta di finanziamento pubblico (81,4% nel 1990 contro una media di 75,9 per i 24 Paesi) abbia incentivato un trasferimento di almeno una parte dell'aumento verso i cittadini. I Paesi con quote di finanziamento pubblico stabile durante il periodo avevano anche la quota iniziale di finanziamento pubblico più bassa (67,8% nel 1990 comparati con la media di 75,9%). Così, anche se questi Paesi hanno sperimentato un aumento nella spesa pro-capite sostanzialmente più grande dei Paesi che avevano ridotto il loro finanziamento pubblico, sono stati capaci di frenare la crescita del finanziamento pubblico e di trasferire la maggior parte della crescita nella spesa privata.

Tabella 2 - Crescita nella spesa sanitaria pro-capite e crescita nella quota di finanziamento pubblico in 24 Paesi OCSE: 1990-2003

Tipologia di cambiamento nella proporzione di finanziamento pubblico	Spesa Totale pro-capite PPP$		1990/2003 % Crescita pro-capite	1990/2003 % Crescita finanziamento pubblico
	1990	2003		
Crescente	1.543	3.304	114,2	+3,5
Stabile	1.224	2.587	102,8	+0,2
Decrescente	1.209	2.452	102,8	-4,6
Media 24 Paesi	**1.322**	**2.753**	**102,8**	**-1,3**

Fonte: Elaborazioni dell'autore su dati OECD Health Data 2006.

2.3.3 *Command-control* e Politiche *Market-oriented*

I Governi hanno usato un numero di meccanismi per controllare o minimizzare il livello di finanziamento pubblico della spesa sanitaria. Alcuni di questi strumenti hanno le caratteristiche del *command-control* (direzione strategica) mentre altri utilizzano processi *market-oriented*. Possono essere esercitati tanto per influenzare la domanda che l'offerta di servizi.

Alcuni esempi di strumenti utilizzati per controllare la spesa pubblica dal lato dell'offerta sono:

• esclusione di alcuni servizi quali la chirurgia plastica e cosmetica, l'assistenza ambulatoriale per la salute mentale, e qualche prestazione relativa alla farmaceutica e alle cure dentali;

• controlli del prezzo mediante una regolamentazione per fissare il prezzo di determinati servizi forniti dal settore privato;

• *global budgets* per i servizi forniti dal settore pubblico e riduzione del prezzo di servizi forniti dal settore privato una volta superato un certo tetto di spesa;

• negoziazione dei prezzi per i farmaci e gli altri servizi in parte o completamente finanziati dal settore pubblico;

• salari e mantenimento dei salari nel settore pubblico.

Gli altri meccanismi incidono sul lato della domanda:

• imponendo limiti sulle spese individuali che il governo finanzierà in un periodo determinato di tempo, di solito un anno, per determinati servizi;

• richiedendo agli individui di pagare per particolari servizi di assistenza fino ad una soglia oltre la quale il governo offrirà appoggio finanziario (*deductibles*);

• introducendo o elevando il *co-payment* che le persone devono pagare per diminuire il contributo pubblico;

• mantenimento del valore di determinati benefici così da costringere gli individui a pagare per l'inflazione.

Per inserire delle limitazioni al carico finanziario imposto alle singole famiglie da alcuni di questi strumenti, sono state perseguite alcune vie quali:

• esenzione da franchigie o *co-payment* delle persone con determinate caratteristiche, quali i bambini o le persone anziane con redditi bassi o affette da malattia cronica o da disabilità, da invalidità;

• introducendo soglie di spesa per determinati servizi sui quali sarà offerto il pieno o più alto finanziamento pubblico;

• possibilità di deduzioni fiscali per spese al di sopra delle soglie specificate.

2.3.4 Il finanziamento pubblico in Australia

L'Australia è uno dei Paesi che ha mantenuto un livello comparativamente basso di finanziamento pubblico della sanità, pari approssimativamente al 67,5% del totale nel 2003 contro una media del 74,6% per i 24 Paesi OCSE analizzati (*OECD Health Data 2006*). Il finanziamento pubblico è suddiviso tra i governi federali e statali con impegni differenti. Il governo federale offre un finanziamento per la maggior parte dei servizi erogati dal settore privato, mentre i governi statali e federali si dividono il finanziamento dei

servizi erogati dal settore pubblico (l'assistenza ospedaliera è il più importante in termini di spesa – AIHW 2005). Comunque, permangono forti "tensioni" tra i governi statali e federali in relazione ai tentativi di spostamento del finanziamento (*funding-shifting*).
Nel contesto australiano, il finanziamento pubblico è cambiato notevolmente nelle ultime tre decadi a causa della copertura della popolazione residente da parte del *Medicare* fornito dal governo federale – per servizi medici e ambulatori – e dalla suddivisione delle spese ospedaliere pubbliche con gli Stati. Ciononostante, tutti e due i governi, mentre da una parte offrivano una considerevole copertura alla popolazione, dall'altra hanno utilizzato una serie di meccanismi per tenere la quota di finanziamento pubblico comparativamente bassa rispetto agli standard OCSE (Tabelle 1 e 3).

2.3.5 Esclusione e controllo dell'offerta

Uno degli strumenti principali utilizzato è l'esclusione di determinati servizi dal finanziamento pubblico; questi includono le cure dentali offerte dai professionisti privati e altri servizi forniti a livello privato (ad esempio la fisioterapia).
Lo schema dei benefici per la farmaceutica (PBS) rappresenta uno degli strumenti più vecchi che vengono utilizzati nel meccanismo di finanziamento pubblico in Australia. Il governo federale è stato in grado di tenere i prezzi dei farmaci ad un livello abbastanza basso, praticando una negoziazione attenta verso i farmaci che maggiormente interessano il PBS. Di conseguenza, l'Australia è uno dei Paesi con i prezzi dei farmaci più bassi fra i Paesi OCSE (Martins 2002). Comunque, i recenti trend stanno riducendo questo vantaggio relativo. Così, nonostante la negoziazione dei prezzi e l'inclusione o esclusione di farmaci dalla lista positiva, il governo federale ha introdotto anche livelli di *co-payment* per i farmaci tenendo conto delle differenti situazioni socio economiche dei cittadini.
Il finanziamento pubblico dell'assistenza ospedaliera è sottoposto ad un regime di *command-control*. Il numero di posti letto nel settore pubblico è oggetto di regolamentazione da parte delle autorità sanitarie statali. Questa situazione è rafforzata dalla presenza di vincoli di bilancio stringenti che frenano le spese degli ospedali pubblici. Investimenti in beni immobili e tecnologia sono anche questi controllati a livello centrale. Gli Stati, poi, frenano la crescita della spesa pubblica controllando gli aumenti salariali dei dipendenti delle strutture sanitarie pubbliche.
Il *co-payment* viene spesso utilizzato al fine di ridurre il finanziamento pubblico e allo stesso tempo controllarlo. Uno strumento più sofisticato utilizzato dal governo federale è la fissazione di un set di benefici programmati per i servizi forniti dai medici e dalle strutture private – il governo federale non ha nessun potere nel fissare i prezzi per i servizi di assistenza sanitaria – ad un livello di prezzo più basso di quello solitamente pagato. Il governo federale pagherà solamente una certa quota del set di servizi programmati obbligando il consumatore a pagarsi la differenza, aumentando così la quota di *co-payment*.

2.3.6 Il *trade-off* fiscale

Alla luce del fatto che la tassazione sui redditi è progressiva, mentre non lo è il *co-payment*, l'approccio utilizzato pone anche questoni equitative.
Un aspetto controverso della politica del governo federale è stato l'adozione di sussidi

Tabella 3 - Finanziamento pubblico dell'assistenza sanitaria (% di tre anni aggregati 1990/91-1992/93 e 2000/01-2002/03)

Tipologia di servizio	Spesa per servizio quale % del totale		Percentuale del finanziamento pubblico		
	1990/91-1992/93	2000/01-2002/03	1990/91-1992/93	1990/91-1992/93	Crescita in 10 anni
Ospedaliera	36,8	33,4	77,4	79,8	+2,4
Pubblica	28,9	25,2	91,3	92,1	+0,8
Psichiatrica pubblica	1,8	0,7	7,6	95,5	+0,7
Privata	6,0	7,6	5,3	37,5	+32,2
Ass,za Infermieristica	7,9	6,3	77,7	80,9	+3,2
Ambulanza e altro	1,5	1,5	63,5	50,7	-12,8
Ass,za medica	18,0	16,6	80,8	79,9	-0,9
Cure dentali	4,9	6,0	9,1	17,7	+8,6
Altre	3,9	3,7	11,5	23,2	+11,7
Farmaceutica	9,4	13,6	44,6	52,6	+8,0
Farmaceutica rimborsata	5,1	8,3	82,4	84,6	+2,2
Altra farmaceutica	4,3	5,3	-	1,9	+1,9
Aids	2,1	3,5	12,3	9,3	-3,0
Sanità pubblica	4,8	6,1	100,0	100,0	-
Amministrazione	3,3	2,9	60,0	70,7	+10,7
Ricerca	1,4	1,9	88,2	77,3	-10,7
Spesa in conto corrente	*93,9*	*95,4*	*67,5*	*67,8*	*+0,3*
Spesa in conto capitale	*6,1*	*4,6*	*71,9*	*82,5*	*+10,6*
Spesa sanitaria totale	**100,0**	**100,0**	**67,7**	**68,8**	**+1,1**

Fonte: AIHW 2002 e 2005. Elaborazioni dell'autore

per l'assicurazione sanitaria mirata a trasferire l'assistenza ospedaliera dal settore pubblico a quello privato. Questo ha portato ad un sussidio del 30% sui premi dell'assicurazione sanitaria privata, aumentato rispettivamente al 35 e 40% per le persone con più di 65 e 70 anni di età, o ad un rimborso monetario o uno sgravio di imposta sul reddito. Il governo federale ha introdotto anche una addizionale di imposta dell'1% sul reddito dei contribuenti che superano una determinata soglia di reddito e che non possiedono un'assicurazione ospedaliera privata (AIHW 2006). La conseguenza è stata un aumento dell'utilizzo dell'ospedalità privata, accompagnato da un grande sussidio pubblico per questi servizi (Tabella 3). Questo meccanismo, non essendoci alcuna evidenza in termini di miglioramento dell'efficienza, solleva problemi di efficienza ed equità. Un'altra caratteristica di questo approccio è l'aumento del *co-payment* per i servizi medici e farmaceutici, con rimborsi di imposta sul reddito per le spese che superano la soglia di spesa fissata annualmente (AIHW 2006). In questo caso, il *trade-off* è tra le spese del governo federale per la sanità e le basse entrate dalle imposte sul reddito. In una prospettiva di costanza del *co-payment* e di natura progressiva della tassazione sul reddito, questo approccio pone anche questioni di equità.

2.3.7 Conclusioni

Dal dopoguerra in poi, le preoccupazioni del governo per l'assistenza sanitaria si sono tradotte nell'erogazione di grandi sussidi pubblici per i servizi di assistenza sanitaria grazie anche alla crescita dei redditi pro-capite. Comunque, la crescita della spesa sanitaria maggiore del Pil, restrizioni fiscali determinate dagli shock economici ciclici e la nuova ortodossia fiscale hanno portato i governi ad adottare politiche tendenti a controllare i crescenti sussidi pubblici. Comunque, i trend sono cambiati molto fra i paesi OCSE. Nel caso dell'Australia, il finanziamento pubblico per l'assistenza sanitaria è cresciuto, ma la quota di crescita totale della spesa è rimasta costante negli ultimi dieci anni. Il governo in Australia ha usato il *command-control* e politiche *market-oriented* per contenere la spesa pubblica per l'assistenza sanitaria. Ci sono stati, comunque, aumenti sostanziali nei sussidi pubblici per gli ospedali privati e i farmaci. Il primo è il risultato di una politica intenzionale tendente ad aumentare l'utilizzo degli ospedali privati, mentre il secondo è stato il risultato di un utilizzo crescente di farmaci e di una crescita dei prezzi. Nonostante l'uso di tetti di spesa che determinano un aumento dei rimborsi e/o concessioni di imposta sul reddito, alcuni aspetti delle politiche sanitarie mirate al contenimento della spesa pubblica aumentano i problemi sia di efficienza che di equità.

Riferimenti bibliografici

- *Australian Bureau of Statistics (ABS), 2000. "Household Expenditure Survey, detailed expenditure items, 1998-99". Catalogue No. 6535.0., Canberra.*
- *Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2002. "Health expenditure Australia 2000-01", Canberra.*
- *Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2005. "Health expenditure Australia 2003-04", Canberra.*
- *Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2006. "Australia's Health 2006", Canberra.*
- *Maddison, Angus (2003). "The World Economy: Historical Statistics", Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.*
- *Martins JM (2002). "Who is winning? The drug companies, the Government or the Battlers?" www.achse.org.au/publications/martins/drug.html accessed 17/03/2006.*
- *Martins JM (2004). "Health Financing – An International Perspective". In Courtney M, Briggs D (Editors) Health Care Financial Management, Elsevier Mosby, Sydney.*
- *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2006). "Health Data 2006". www.OECD, accessed 25 July 2006.*

2.4 - Decentralizzazione e vincolo di bilancio nel sistema sanitario spagnolo

Puig-Junoy J.[1], Prats A.T.[1]

La Spagna è divisa in diciassette Regioni denominate Comunità autonome (ACs o Regioni) con governi regionali[2]. Ci sono due sistemi completamente diversi: il regime "*foral*", istituito solamente per la regione Basca e la Navarra e il regime comune, per le altre quindici Regioni. La differenza principale tra i due sistemi è che le Regioni sotto il regime "*foral*" hanno l'autorità di aumentare le tasse locali, mentre le Regioni sotto il regime comune non hanno una pari autorità (una recente riforma, approvata a luglio 2001 ed effettiva dal 2002, delega una certa autonomia nell'aumentare le tasse locali alle Regioni sotto il regime comune). Le due tipologie di Regioni hanno comunque le medesime responsabilità in tema di spesa.

Il regime comune è stato caratterizzato dal possedere un ben definito livello di responsabilità della spesa, ma poca autonomia per le entrate, anche se le revisioni recentemente apportate al sistema tendono a fornire maggiore autonomia anche dal lato delle entrate. Negli ultimi anni, infatti, le Regioni appartenenti a questa tipologia di regime sono state finanziate mediante trasferimenti principalmente statali. Queste possono imporre tasse e imposte, che rappresentano comunque una piccola parte delle entrate. Ricevono anche trasferimenti. I trasferimenti inizialmente includevano tasse sul patrimonio, sulle successioni sui trasferimenti di ricchezza, sui giochi. La riforma del 1997, e specialmente quella del 2001, hanno ampliato i trasferimenti fino al 30% del totale delle imposte sul reddito di alcune tasse speciali e il 40% dell'IVA, anche se per quest'ultima non vi è una imposizione normativa. Questa ultima riforma integra il sistema di finanziamento della salute all'interno del sistema generale.

Il cambiamento più importante degli ultimi anni è comunque rappresentato, con riferimento al sistema di finanziamento, dal trasferimento (*devolution*) della gestione dell'assistenza sanitaria ai governi regionali. Tale processo è iniziato nel 1981 e si è completato nel 2002. Fino al 2002, l'Istituto Nazionale della Salute (INSALUD) ha gestito i servizi di assistenza sociale e sanitaria per le 10 comunità autonome con limitate responsabilità all'interno del regime comune.

Negli ultimi 20 anni, il sistema di assistenza sanitaria spagnolo ha subito un mutamento radicale per quanto attiene le fonti di finanziamento: da un modello di finanziamento tipico della sicurezza sociale, basato sui contributi sui salari, si è passati ad un Sistema Sanitario Nazionale, basato sulla fiscalità generale. La Legge Finanziaria del 1989 stabilì

[1] *Universitat Pompeu Fabra (UPF), Department of Economics and Business, Research Centre for Economics and Health (CRES).*

[2] *Secondo gli orientamenti stabiliti nella costituzione democratica ratificata nel 1978.*

che le entrate provenienti dalla fiscalità generale dovessero progressivamente finanziare i servizi di assistenza sanitaria. La quota di fondi crebbe dal 69% nel 1993 all'83% nel 1996 fino al 100% nel 1999.
I fondi sono distribuiti all'ACs secondo il criterio della quota capitaria. Inizialmente, l'ammontare del finanziamento specificatamente trasferito si supponeva potesse/dovesse coprire il costo attuale dei servizi di assistenza sanitaria trasferiti. L'operato di questo modello è stato una fonte continua di conflitto tra il governo centrale e le ACs, che costantemente dichiaravano di essere sotto-finanziati. Questa situazione era parzialmente legittimata dai deficit che regolarmente si osservavano in quei servizi ancora direttamente gestiti dal governo centrale. Fino al 2001, infatti, gli ACs che erano responsabili per l'assistenza chiedevano la possibilità di ripianare i propri deficit attraverso un incremento dei propri fondi in proporzione alla crescita del budget di INSALUD.
Una parte considerevole del finanziamento centrale riferita ai deficit accumulati fu aggiunta al finanziamento del Sistema sanitario quale risultato dell'accordo regionale stabilito per il periodo 1997-2001. Sulla base di questo accordo, la distribuzione dei fondi era ancora basata (al limite del 95% del budget) sul criterio della popolazione non pesata, ma furono introdotte due rettifiche non molto chiare: una per rendere conto dei flussi di pazienti tra le ACs, ed una seconda per la formazione del personale medico. Fino al 2001, l'incertezza in merito all'ammontare di risorse disponibili per ogni AC e la permanente ingerenza politica circa i criteri di distribuzione del budget globale portarono a ritenere che la responsabilità dei deficit fosse dovuta all'insufficienza di fondi stanziati per le AC. Non è mai stata riconosciuta quale causa principale la gestione inadeguata e inefficiente del sistema stesso. Comunque, la metodologia di allocazione regionale fu uno degli strumenti più grezzi di utilizzo della *capitation*, nei Paesi industrializzati, fino al 2001.
Con la Legge n. 21/2001 fu approvato un nuovo sistema di finanziamento regionale che entrò in vigore a partire dal 2002. Il trasferimento di servizi sanitari, da questo momento, non è più stato condizionato ma piuttosto integrato nello schema di finanziamento generale. Le più importanti caratteristiche introdotte da questo nuovo sistema sono le seguenti:
• integrazione dei servizi sanitari nello schema generale di finanziamento;
• un aumento dei trasferimenti;
• la creazione di un Fondo di Coesione.
I servizi sanitari sono, conseguentemente, integrati in maniera incondizionata nel sistema di finanziamento regionale generale. Così, i governi regionali possono stabilire la quota del loro budget da stanziare per quei servizi fuori dal livello minimo imposto dalla spesa pubblica che deve essere garantita per l'assistenza sanitaria in ogni singola Regione. Tale integrazione cessa di esistere a seguito delle discussioni a livello politico in merito alle variabili e pesi da utilizzare e inserire nella formula di allocazione regionale. Questo accresce, quale conseguenza principale, il diritto delle Regioni di poter prendere decisioni proprie in merito all'allocazione delle risorse.
Apparentemente, poi, la responsabilità fiscale delle ACs è aumentata a causa dell'estensione dei trasferimenti fiscali e l'insufficiente potere normativo in materia di imposizione diretta. Di conseguenza, i trasferimenti diretti dal centro alle ACs sono diminuiti significativamente e la raccolta regionale di trasferimenti è cresciuta. Il nuovo sistema di finan-

ziamento regionale introdotto nel 2002 ha aumentato la possibilità di ottenere entrate regionali aggiuntive di alcune tasse che sono state in parte trasferite, quali la tassa sul reddito, l'IVA e le tasse speciali.
La legge, poi, ha introdotto un Fondo di Coesione con l'intento di effettuare una compensazione fra le Regioni circa il flusso di pazienti. La normativa fornisce anche una certa compensazione per gli *shock* demografici e per la solidarietà. Il primo consiste in una formula di compensazione che aumenta la quota del trasferimento alle ACs che sperimentano una crescita della popolazione significativamente più grande della media nazionale (*fondo de nivelación*). La solidarietà è intesa a garantire un minimo di offerta di servizi pubblici fondamentali (educazione e assistenza sanitaria).
Sebbene questo sistema fosse stato creato con l'intenzione di divenire definitivo, le dinamiche del sistema di finanziamento stesso e i fattori esogeni associati con la crescita della spesa sanitaria hanno immediatamente mostrato alcuni problemi irrisolti del sistema di finanziamento regionale. Sotto questo schema, le ACs hanno continuato a chiedere più fondi dal centro. Il debito nel 2003 ammontava a € 6.036 mil. (14,2% della spesa sanitaria pubblica totale per il 2003). Al di fuori del debito totale, il 72,2% è dovuto a deficit accumulati negli anni precedenti. Solo nel 2003, il deficit ammontava a € 1.680 mil., che rappresentano circa il 4% della spesa sanitaria pubblica per quello stesso periodo.
Quali sono, dunque, le ragioni per le quali tale deficit continua a sussistere, e perché le ACs non utilizzano la loro autonomia fiscale per accrescere le loro entrate? Tre caratteristiche principali del presente sistema di finanziamento spagnolo possono essere identificate per spiegare come mai le ACs operino in un regime di vincolo di bilancio non molto restrittivo.
Innanzitutto, la responsabilità fiscale nelle ACs è ancora molto debole. Secondo il nuovo sistema di finanziamento, i trasferimenti sono cresciuti più dell'autonomia legislativa. Le autorità regionali non sono disposte ad utilizzare il loro potere per aumentare la tassazione regionale. Nessuna AC ha utilizzato la sua autonomia fiscale per accrescere il tasso marginale per le imposte sul reddito personale; di contro, tutte le ACs hanno utilizzato il loro potere (autonomia) per ampliare le deduzioni sulle imposte sul reddito personale per specifici gruppi. Quindi, le AC preferiscono far crescere il deficit della sanità piuttosto che utilizzare la propria autonomia (potere) fiscale, nell'attesa che il governo centrale provveda ad elargire maggiori finanziamenti[3].
Secondo, il trasferimento del rischio finanziario alle ACs sembra essere insufficiente per eliminare il *moral hazard*. La mancanza di credibilità circa la restrizione del budget per le ACs, insieme con lo scarso potere della normativa fiscale trasferito alle ACs, legittima parzialmente le richieste delle stesse ACs in tema di maggiori finanziamenti centrali. Fra le molte ragioni che possono spiegare i deboli meccanismi di rafforzamento, potremmo menzionare l'incapacità del governo centrale nello stabilire una sufficiente e corretta allo-

[3] *Le ACs sembra aspettino la revisione del sistema di finanziamento, dato che il finanziamento totale sembra non essere sufficiente, le tasse regionali non sono abbastanza flessibili e il modello di finanziamento è il risultato di ingerenze (pressioni) politiche.*

cazione, il generale ma asimmetrico aumento della popolazione assistita, il limitato potere legislativo, le decisioni governative unilaterali di includere nuovi benefici costosi nella copertura dell'assistenza sanitaria, e così via.
Il nuovo sistema di finanziamento, poi, non ha offerto abbastanza flessibilità per far fronte al grande e asimmetrico aumento della popolazione verificatosi negli ultimi anni. La popolazione coperta è cresciuta dell'1,6% annualmente tra il 1999 e il 2003 ma, ad esempio, mentre nelle Isole Baleari è cresciuta del 3,8%, nelle Asturie ha registrato un calo dello 0,2% annuale. Allo stesso tempo, questo aumento nella popolazione assistita nelle Regioni non era sufficiente per far ottenere alle ACs una compensazione del finanziamento dal *fondo de nivelación*.
La seconda Conferenza dei Presidenti (formata da rappresentanti dei governi centrale e regionali) si tenne nel settembre 2005, con lo scopo di introdurre misure atte a migliorare il sistema di finanziamento regionale. Fu quindi dimostrata l'inadeguatezza del modello di finanziamento regionale dell'assistenza sanitaria e si prese l'impegno di revisionare tale modello durante il 2007. Di conseguenza, tutte le misure di emergenza approvate riguardavano l'allocazione finanziaria di breve periodo, mantenendo gli stessi incentivi. Necessariamente furono offerte alle ACs entrate addizionali aumentando il potere legislativo fiscale, contribuendo alla percezione generale di un vincolo di bilancio molto soft per le Regioni e mantenendo l'incentivo al lassismo manageriale fino alla prossima revisione del modello stesso. Il decreto regio 12/2005, che legifera circa l'accordo raggiunto nella Seconda Conferenza dei Presidenti, non analizza che cosa (o chi) ha la responsabilità per la produzione di deficit del settore sanitario. Nessuna AC ha perfezionato alcuna misura atta a ridurre tale deficit, dato che si aspettano che il governo centrale provvederà di nuovo ad assumersi direttamente l'onere del debito stesso. Dobbiamo, dunque, aspettare la revisione completa del modello di finanziamento regionale nel 2008.
Alcune condizioni fondamentali sembrano necessarie per una corretta revisione del modello regionale di finanziamento al fine di ridurre il lassismo manageriale, di aumentare la responsabilità fiscale regionale e imporre vincoli di bilancio più stringenti alle ACs. Per prima cosa, è necessario aumentare il potere legislativo in materia fiscale attribuito alle ACs con riferimento alle imposte indirette (IVA e accise), per offrire una sufficiente autonomia nell'aumentare le entrate proprie in accordo con la spesa regionale e i privilegi fiscali. Secondo, il *moral hazard* delle ACs dovrebbe essere mitigato riducendo le aspettative regionali di ricevere maggiori fondi dal governo centrale, aumentando l'iniziale stanziamento centrale finché copre l'attuale livello medio di assistenza, introducendo una formula di compensazione allocativa più flessibile per quelle ACs che subiscono una maggiore crescita della popolazione nel breve periodo, e permettendo alle ACs di partecipare alle decisioni inerenti la copertura di bisogni sanitari nuovi.

Riferimenti bibliografici

• *Catalán M, Guajardo J, Hoffmaister AW, Spilimbergo A. "Spain: Selected Issues". International Monetary Fund, January 21, 2005.*

• *Intervención General de la Administración del Estado (IGAE). "Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público". Available at: http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf*

• *Joumard I, Giorno C. "Getting the most out of public sector decentralisation in Spain". Economic Department Working Paper No. 436. OECD, 2005, Paris.*

• *Lago S. "La autonomía financiera de las CCAA: perspectivas de futuro". Seminario CRES, Barcelona, 2006.*

• *López-Casasnovas G. "Descentralización sanitaria de segunda generación". XXV Jornadas de Economía de la Salud, AES. Barcelona, 2005; pp. 59-70.*

• *Puig-Junoy J, Rovira J. "Issues raised by the impact of tax reforms and regional devolution on health care financing in Spain, 1996-2002". Environment and Planning C: Government and Policy 22. 2004. pp. 453-464.*

• *Puig-Junoy J. "Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sustenibile". Fundación Rafael de Campalans, 2006.*

• *Urbanos RM. "El acuerdo de financiación sanitaria y su repercusión para el Sistema Nacional de Salud". Presupuesto y Gasto Público 2006; 42:229-240.*

2.5 - La competizione regolata su scala nazionale: il caso olandese

Rutten F.[1]

2.5.1 L'ultimo *step* della riforma Dekker

La proposta di introduzione della competizione regolata (Comitato Dekker, 1987) in Olanda è stata portata avanti dai governi che si sono succeduti negli ultimi 15 anni. Il promotore fu Enthoven (*Consumer health Plan*), che formulò una proposta volta a migliorare l'efficienza nell'assistenza sanitaria mediante la competizione regolata sui mercati per l'assicurazione sanitaria e l'assistenza sanitaria. Secondo il piano Dekker, l'equità nel finanziamento dell'assistenza sanitaria verrebbe garantito attraverso il pagamento di premi reddito-correlati in un apposito fondo centrale insieme al pagamento diretto di premi.

Le ulteriori caratteristiche del sistema erano:

- assicurazione di base e obbligatoria;
- versamento di un premio reddito-correlato in un fondo centrale;
- allocazione di un risk *adjusted capitation payment* agli assicuratori;
- pacchetto uniforme comprensivo di benefici descritto in termini funzionali;
- piani di fornitura limitati;
- iscrizione aperta.

Dalla prima stesura sono stati fatti molti passi in avanti. Riguardo al mercato assicurativo fu sviluppata una formula sofisticata per il *risk adjusted capitation payment per i Sicks Funds* (per evitare la selezione avversa) ed è stato presentato un premio a tasso fisso (*flat rate*) nel 1989; ogni anno è, poi, prevista un'iscrizione aperta (dal 1992). Inoltre, alle Casse malattia fu permesso di stipulare contratti selettivi con i fornitori di prestazioni con prezzi e tariffe fissati, ma il tutto è stato sviluppato in maniera molto limitata. Dal 1998 esiste una legge antitrust ed una nuova agenzia antitrust che gradualmente è divenuta più attiva nel settore della cura della salute. Ma fino al 2006 ancora non esisteva un sistema uniforme di assicurazione contro le malattie caratterizzato da un pacchetto base di prestazioni sanitarie. Vigeva ancora il vecchio sistema pubblico/privato (*two-tiered*), caratterizzato da una accentuata mancanza di incentivi per l'efficienza e da un certo grado di iniquità.

A gennaio 2006 è stato introdotto il nuovo *Health Insurance Act* (HIA), che può essere considerato la fase finale del piano Dekker. Mediante HIA vengono poste le condizioni per l'introduzione della competizione regolata nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe rendere il sistema più rispondente alle preferenze dei consumatori e meno gravoso da gestire. Le forme di assicurazione pubblica e privata (su base volontaria) sono così integrate in

[1] *Professor of Health Economics and Chairman of the Department of Health Policy and Management, Erasmus Medical Centre and Erasmus University Rotterdam.*

un solo schema che offre copertura all'intera popolazione. La comprensività sarà realizzata da ambedue i soggetti direttamente e indirettamente: permettendo ai consumatori una maggiore scelta (la piena libertà di scegliere il loro assicuratore e, in più casi, il loro fornitore) e dando un ruolo più attivo agli assicuratori (rappresentando gli interessi dei pazienti). Il nuovo schema di assicurazione ha una struttura privata. I cittadini non saranno più assicurati automaticamente ma saranno obbligati ad acquistare un piano di salute proprio. L'integrazione degli schemi di assicurazione sociale e privata implica che la copertura del vecchio schema pubblico dovrà essere estesa all'intera popolazione (pacchetto standard di assistenza essenziale). Il livello del premio di assicurazione nominale differisce tra assicuratori (*range* nel 2006: € 990 – € 1.172 per anno), come incentivo per la competizione fra gli assicuratori e per garantire l'informazione sui costi tra gli assicurati. Effettivamente un inaspettato 25% di assicurati ha deciso di cambiare assicuratore dal momento dell'introduzione del nuovo sistema a gennaio. Questo fu anche provocato da sconti sui premi proposti ai lavoratori nel contesto di contratti collettivi tra datori di lavoro e assicuratori. Inoltre, le assicurazioni non devono firmare contratti individuali con tutti i *provider*. Abolendo questo, la fornitura e il prezzo dell'assistenza possono essere negoziati a livello di assicuratore e fornitore. I fornitori di cure competono l'uno con l'altro sulla base del prezzo e della qualità del servizio. Alcuni assicuratori offrono due polizze assicurative: una con libertà limitata di scegliere il fornitore ma senza oneri per l'assicurato ed una con libertà completa con oneri per l'assicurato; la seconda polizza è più costosa della prima.

2.5.2 Il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali

Dato che il vecchio sistema di bilanci fissi per gli ospedali non era compatibile con il modello della competizione regolata e della conseguente negoziazione sui prezzi dei servizi, fu conseguentemente presentato un nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. La produzione ospedaliera può essere vista come costruita su di un gran numero di Combinazioni del Trattamento della Diagnosi (*Diagnose Behandeling Combinaties*, DBCs), una sorta di sistema DRG. Un DBC è definito come il set intero delle attività e interventi ospedalieri e di specialistica, quale conseguenza della prima consultazione e diagnosi del medico specialista. È stata utilizzata l'opinione di esperti per definire la durata di ogni procedura DBCs, sulla quale è stato determinato un prezzo iniziale. Il numero totale di DBCs è enorme (approssimativamente 29.000). Chiaramente è impossibile per gli ospedali calcolare i costi per ogni DBCs e poi negoziare sul livello di rimborso con gli assicuratori.

Due strategie sono state introdotte per ridurre l'impatto della transizione al sistema DBC. Prima, la negoziazione sui prezzi per DBCs viene implementata passo per passo. Al momento il prezzo viene fissato per la maggior parte dei DBCs, ma i prezzi per uno specifico set di DBCs (approssimativamente il 10% della produzione ospedaliera) sono soggetti a negoziazione tra ospedali e assicuratori di salute. Il set di DBCs soggetto a prezzo libero sarà esteso sugli anni successivi.

È stato poi dimostrato che una piccola parte (approssimativamente il 20%) dei DBCs determina una grande parte del volume di risorse utilizzate e dei costi (approssimativa-

mente l'80%). Per questa ragione le assicurazioni e gli ospedali possono limitare le loro negoziazioni ad un sottoinsieme (*subset*) di DBCs.

2.5.3 Nuove responsabilità

La riforma può essere vista come uno spostamento di potere dal governo agli assicuratori di salute, ai *provider* e ai pazienti. I più importanti compiti del governo rimangono la definizione del pacchetto di base, il controllo della qualità di cura e il funzionamento dei mercati. Riguardo gli aspetti finanziari, la spesa totale è pari a circa il 10% del Pil divisa in parti uguali tra assistenza generale e assistenza per lungodegenti. Nel primo settore il contributo del governo è limitato al pagamento dell'assicurazione per i bambini per i quali l'assicurato non paga alcun premio (6% di spesa totale).
Con riferimento alla lungodegenza il contributo del governo è pari al 19% della spesa totale. I pazienti stessi contribuiscono per un ammontare pari € 1,8 bilioni, che rappresenta circa il 7% della spesa totale per la lungodegenza. La quota di finanziamento per entrambi i settori proviene dai premi assicurativi versati in un fondo centrale o versati direttamente agli assicuratori. La responsabilità per il controllo dei costi è quindi responsabilità del settore privato e il ruolo del governo per la spesa pubblica è divenuto più limitato. Diversamente che in Italia, il settore della salute non può produrre un grande deficit dato che i premi sono strutturati in modo da coprire la maggior parte dei costi del sistema.

2.5.4 Conclusioni

L'implementazione della competizione regolata su questa scala presenta la grande sfida per tutte le parti coinvolte. Per esempio, come dovrebbero essere definite le condizioni per una effettiva competizione nell'assistenza sanitaria e quali interventi regolatori sono necessari per promuoverli? Concetti e strumenti usati per questo scopo in settori tradizionalmente commerciali (competitivi) dovranno essere adattati correttamente nel settore della cura della salute. Inoltre, sarà richiesto il servizio di un governo bene informato, capace e dedicato. Perciò, dovrà passare un certo lasso di tempo prima che si possano raccogliere i frutti della competizione così introdotta.

Riferimenti bibliografici

• *Committee Structure and Finance of Health Care. "Preparing for change". The Hague: DOP, 1987.*
• *Enthoven AC. "Health Plan; the only solution to the soaring cost of medical care". Addison Wesley Pub Co, Reading, 1980.*

2.6 - Il deficit nel sistema sanitario argentino e analisi degli strumenti di copertura

Levcovich M., San Martin M., Schweiger A.

2.6.1 Introduzione

Il presente contributo ha come obiettivo quello di evidenziare le disuguaglianze nella copertura di assicurazione sanitaria e il finanziamento dei distinti sottosettori del sistema sanitario argentino.

A tal fine vengono descritte le principali caratteristiche di ogni sottosettore (assicurazioni sociali, private e settore pubblico), prendendo come riferimento la spesa pro-capite, la popolazione coperta e l'insieme delle prestazioni garantite.

Una volta determinata la spesa pro-capite di ognuno dei sottosettori, abbiamo effettuato un confronto tra la spesa necessaria per la copertura del paniere delle prestazioni e le possibilità finanziarie di copertura di ogni sottosettore. Laddove si è verificato un deficit si analizzano gli strumenti utilizzati per la risoluzione del problema.

2.6.2 Caratteristiche del sistema sanitario argentino

Esiste un certo consenso nel considerare il sistema sanitario argentino come molto frammentato, eterogeneo e poco equo tanto negli aspetti relativi all'organizzazione e il finanziamento quanto nell'accesso ai servizi[1] assistenziali. Le conseguenze di queste caratteristiche possono osservarsi nelle differenze che presentano gli indicatori dello stato di salute della popolazione[2].

Alcuni studi[3] sostengono che non è corretto parlare di un "sistema sanitario" data l'assenza di coordinamento tra le parti che costituiscono la sua organizzazione. Ma al di là della semantica è chiaro che la mancanza di coordinamento e organizzazione va contro l'utilizzo efficiente delle risorse e di livelli accettabili di equità. Si nota non solo la mancanza di integrazione tra i distinti sottosettori – pubblico, previdenza sociale, privato – ma anche all'interno degli stessi si nota un elevato grado di frammentazione. Il settore pubblico contribuisce a questa situazione generale mediante una divisione secondo giurisdizioni – nazionale, provinciale e municipale – che non sono coordinate tra di loro.

L'organizzazione attuale del Sistema Sanitario è il risultato di una storia che va oltre la propria dinamica settoriale. L'offerta di beni e servizi per l'assistenza è a carico dei sottosettori pubblici, della previdenza sociale e del settore privato. A livello centrale (Ministero della Salute) spetta la direzione del sistema nel suo insieme, attraverso la normativa e la programma-

[1] *Post-lauream in Salute Sociale e Comunitaria. Modulo 5. Politiche di Salute. Ministero di Salute e Ambiente. 2005.*

[2] *Indicatori Basilare Ministero di Salute – OPS/OMS (Anno 2005). www.msal.gov.ar.*

[3] *Vedere Cetrángolo e Devoto 2002.*

zione. Tuttavia, data la struttura federale del Paese, i governi provinciali possiedono un certo grado di autonomia in materia di politica sanitaria, che richiede la definizione di accordi tra Stato e Regioni. Questo fa sì che la maggior parte della responsabilità nella fornitura dei servizi pubblici si trovi a carico dei governi provinciali. Di seguito si evidenziano le differenze nella copertura di assistenza sanitaria, le caratteristiche principali di ogni sottosettore, la spesa sanitaria e i panieri di prestazioni garantite.

In base al Censimento del 2001[4], il 52,8% degli argentini ha una copertura sanitaria tramite la previdenza sociale o l'assicurazione privata, mentre la totalità della popolazione teoricamente è coperta mediante un sistema sanitario nazionale, nonostante la maggior parte dei servizi venga domandata dalla popolazione senza copertura assicurativa e da quelli che hanno una copertura assicurativa insufficiente. Questo valore, 52,8%, cela le differenze tipiche di un Paese caratterizzato da forti disuguaglianze; la percentuale di popolazione coperta varia molto tra le province, per età e per livelli di reddito familiare.

In alcune province la popolazione coperta attraverso le assicurazioni sanitarie raggiunge il 70%, mentre in altre appena il 30%. Il gruppo di età con minore copertura è quello dei < 15 anni, dove solo il 44% ha una assicurazione mentre per i > 65 anni il valore raggiunge l'81,3%[5]. Nello stesso senso, nel primo quintile di reddito solo il 23% ha una copertura assicurativa, mentre nel quinto il valore raggiunge il 90%[6].

Di seguito (tabella 1) mostriamo le caratteristiche del sistema assicurativo sia pubblico che privato.

La possibilità di scegliere liberamente per i beneficiari di Opere Sociali vige dal 1993, per le Opere Sociali Nazionali – OSN (e i soci del Piano di Attenzione Medica Integrale – PAMI), mentre lo stesso non vale per gli altri (Opere Sociali Provinciali – OSP, FFAA, ecc.). Come conseguenza di questa politica si è rotto il meccanismo di solidarietà, in quanto coloro che cambiano Opere Sociali portano con sé una quota corrispondente al proprio contributo e non il contributo medio dell'Opera Sociale di origine o del sistema. Questa misura, insieme alla possibilità di offrire piani addizionali, ha fatto sì che la copertura non sia uguale neanche verso l'interno di queste istituzioni. Come conseguenza di quanto detto si è verificato un meccanismo di selezione avversa dove alcune istituzioni hanno soci con rischio più elevato rispetto al contributo apportato, non riuscendo quindi a finanziare le prestazioni previste dal Programma Medico Obbligatorio.

[4] A partire da quella data non esistono informazioni ufficiali sulla copertura delle assicurazioni sanitarie. Alcuni documenti (Banca Mondiale Strategia di Assistenza al Paese) presuppongono che sia aumentata negli anni successivi a causa dell'uscita dalla crisi (crescita del PIL, recupero dell'impiego, ecc.) della fine del 2001, e in accordo al documento raggiunge il 57% della popolazione. Altri autori, González,García e Tobar, sostengono che non può esistere una relazione lineare tra impiego e copertura dovuta all'alto grado di frammentazione che esiste nel sistema.

[5] Un 47% di questi beneficiari è affiliato all'INSSJyP, attraverso il proprio PAMI (piano di attenzione medica integrale). Più avanti si descrivono alcune caratteristiche salienti di quell'organismo.

[6] I dati non sostituiti attraverso il Censimento sono stati raccolti attraverso l'Inchiesta di Condizioni di Vita attraverso un campione di 26.000 famiglie urbane.

Tabella 1 - Caratteristiche delle assicurazioni pubbliche e private

	Opere Sociali Nazionali	INSSPyP (PAMI)	Opere Sociali Provinciali	Assicurazioni Volontarie
Popolazione di riferimento	Obbligatori: Lavoratori formali e familiari a carico volontari. Aderenti e pensionati delle OS di origine	Pensionati e pensionati nazionali, coniugi, figli, altri	Impiegati pubblici provinciali e pensionati e familiari a carico delle casse di previsione provinciali	Affiliati volontari
Popolazione	11.000.000	3.091.343	5.200.000	3.626.000
Popolazione %	30%	8%	14%	10%
Entità	280	1 con 24 delegazioni provinciali	24 entità provinciali	Esistono circa 250 Assicurazioni volontarie 5 Imprese si dividono il 60% del mercato
Modalità di finanziamento	Operai 3% Patronati 6% + co-pagamenti	Operai: 3%. Datori di lavoro: 2%. Passivi: dal 3% al 6 % +Tesoro + co-pagamenti	Datori di lavoro e operai + co-pagamenti + Governi prov.	Pagamento diretto dei soci
Spesa mensile pro-capite	$ 42	$ 69	$ 46	Circa. $ 100
Prestazioni garantite	PMOE	maggiore al PMOE	Non esiste un pacchetto minimo	PMOE come minimo
Prestazione di servizi	Pubblica e Privata, alcuni propri delle OS	Pubblica e Privata, 2 policlinici propri	Pubblica e Privata, alcuni propri delle OS	Pubblica e Privata, alcuni propri delle EMPP

Fonte: Elaborazione propria su Ministero dell'Economia, Ministero della Salute, COSPRA e PAM

2.6.3 Il settore pubblico

Il sistema pubblico offre assistenza gratuita ed è caratterizzato dall'universalità. Questo modello di copertura dei costi, che è in vigore da più di dieci anni, non è riuscito ancora a raggiungere i risultati desiderati. Infatti, l'importo riscosso dagli ospedali è molto basso e, conseguentemente, si generano asimmetrie tra quegli ospedali che avevano una maggiore capacità all'inizio o appartenevano a zone di maggiore sviluppo economico. Inoltre, in alcuni casi, viene effettuata una selezione verso quei pazienti dotati di copertura assicurativa o in grado di pagare per le prestazioni richieste (selezione avversa).
Il tipo di organizzazione fortemente decentrato insieme alla grande disparità nello sviluppo economico e sociale delle distinte province è il problema più importante del sottosettore pubblico, riflettendosi lo stesso in forti disparità nella spesa pubblica provinciale per abitante che analizzeremo più avanti.

La maggior parte delle strutture di ricovero giace sotto l'egida dei governi provinciali o municipali e la loro capacità di produzione e distribuzione di beni e servizi dipende, essenzialmente, dalla struttura, dalla dotazione di attrezzature oltre alla disponibilità di risorse umane specializzate. Su un totale di 17.845[7] strutture di tutti i sottosettori[8] (pubblico, privato e della previdenza sociale), con e senza ricovero, il 44% è pubblico.

Tabella 2 - Strutture del Settore pubblico. Anno 2001

Dipendenza Amministrativa	Con ricovero		Senza ricovero	
	Totale	%	Totale	%
Nazionale	4	0,30%	1	0,02%
Provinciale	882	67%	4.062	62%
Municipio	428	33%	2.480	38%
Totale	1.314	100%	6.543	100%

Fonte: Ministero della Salute, Segreteria delle Politiche di Regolazione e Relazioni Sanitarie, Direzione di Statistica e Informazione di Salute.

Esistono altre istituzioni, approssimativamente 20, con dipendenza dallo Stato ma poiché non sono di accesso universale, ma corrispondono ad assicurazioni sanitarie come Forze armate, Polizia, ecc., non sono state inserite nella tabella.

2.6.4 Prestazioni garantite

Nel caso delle OSN, il PAMI e le EMPP dal 1999 sono obbligate ad erogare il Paniere Base delle Prestazioni Obbligatorie (*Canasta Basica de Prestaciones Obbligatoria*), definito esplicitamente dall'autorità sanitaria; a causa del fatto che il PAMI è diverso e più ampio, questi panieri dovrebbero funzionare come livello delle prestazioni.

Nel caso del Settore pubblico, dal 2004 fu implementato un paniere specifico per la copertura di un settore della popolazione, materno-infantile, le cui prestazioni sono cofinanziate tra lo Stato e le province. Queste assicurazioni sanitarie furono introdotte nelle nove province del Nord che sono quelle meno sviluppate e con i peggiori indicatori sanitari. Il Piano Federale della Salute[9] afferma che "Tutta la popolazione argentina avrà una copertura di prestazioni sanitarie adeguate".

2.6.5 Spesa sanitaria

In termini generali le tre fonti di finanziamento solitamente riconosciute sono la spesa diretta delle famiglie (per l'acquisto di prestazioni, input, quote di assicurazione, ecc.), il governo nei suoi tre livelli, nazionale, provinciale e municipale, e i lavoratori e datori di lavoro che fanno confluire i loro contributi nelle Opere Sociali.

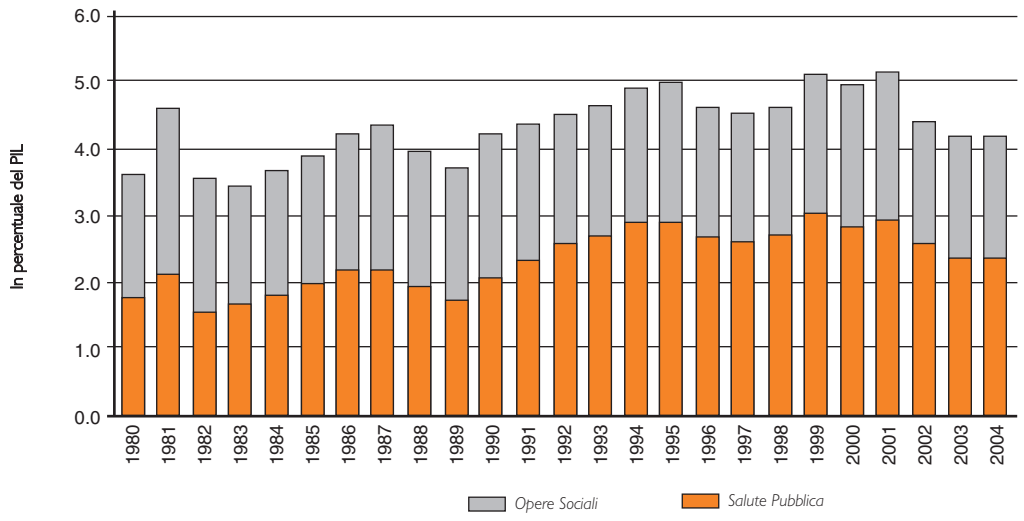
[7] *Indicatori Basilari 2005. MSAL-OPS.*

[8] *Negli ultimi anni si è realizzato l'acquisto di efectores privati da parte di alcune Opere Sociali, benché questa statistica non sia stata pubblicata ufficialmente.*

[9] *Il Piano Federale di Salute è lo strumento di programmazione delle attività, per il periodo 2004-2007, sviluppato dal COFESA che è l'ambito che afferisce al Ministero della Salute e Ambiente della Nazione e alla totalità dei Ministeri Provinciali.*

È complicato ottenere una stima della spesa sanitaria totale in Argentina poiché dal 1997[10] non si hanno informazioni dal settore privato che approssimativamente dovrebbe rappresentare tra il 40 e il 50% della spesa totale (come evidenziato da diverse stime, González García e Tobar, 2004)[11,12] .
L'altra componente della spesa sanitaria che proviene dalla Previdenza Sociale e dal settore pubblico, rappresenta il 4,36% del Pil, per cui la spesa totale in sanità si avvicinerebbe all'8% del Pil.

Figura 1 - Evoluzione della spesa della Previdenza sociale e settore pubblico come % del PIL



Fonte: Direzione di Spese Sociali Consolidate, Ministero di Economia della Nazione.

Le entrate delle OSN ($ 5.700 mil. annui) provengono dai lavoratori a cui garantisce una copertura assistenziale. La quota più importante dello stesso va direttamente alla OSN, mentre tra il 10 e 20%, a seconda se il salario è maggiore o minore di $ 1.000 e in base al tipo di Opera Sociale (di Direzione o Sindacale), viene versato sul Fondo Solidale di Ridistribuzione (FSR). Questo FSR distribuisce le risorse per finanziare le attività dell'Amministrazione di Programmi Speciali e il Sussidio Automatico Nominativo, la cui funzione è complementare alla quota del

[10] *Stime della Spesa Sanitaria. Ministero della Salute e Ministero dell'Economia 2001.*

[11] *Gli autori suggeriscono che è molto difficile stimare la spesa privata soprattutto tenendo in conto la svalutazione della moneta verificatasi nel 2002, dove si triplicò il valore del dollaro che ha un gran impatto sui costi.*

[12] *Altri studi riportano che per l'anno 2003 la spesa privata fu del 43% benché non esplicita la sua metodologia di calcolo.*

gruppo familiare fino ad un valore di $ 22[13] o 20, nel primo caso del capo famiglia e nell'altro dei parenti a carico.
Le entrate delle OSP provengono principalmente dalle contribuzioni dei lavoratori del settore pubblico, quote di affiliati volontari ed entrate della tesoreria di ogni provincia, e rappresentano il 15% della spesa pubblica (Previdenza sociale). Le risorse del PAMI provengono dai lavoratori attivi, passivi e dalla Tesoreria Generale dello Stato. La spesa è stimata in $ 2.482 mil.
Nel caso del settore pubblico, la spesa sanitaria ($ 8.442 mil., 43% della Spesa Pubblica) è realizzata per la maggior parte (66%) dai governi provinciali e viene destinata principalmente agli ospedali (più del 60% delle strutture del Paese per ricovero sono provinciali) e le risorse umane è la variabile che rappresenta in proporzione la quota maggiore di spesa. Ovviamente lo sviluppo relativo di ogni provincia determina il maggiore o minore volume di spesa.
Lo Stato finanzia organizzazioni decentrate (con funzioni di fornitura diretta di servizi sanitari) e programmi[14]; cerca, poi, di compensare in particolare le differenze di risorse e risultati in termini di salute tra le province mediante interventi di primo livello. Si stima, dunque, che il 19% della spesa sanitaria pubblica è rivolto ad interventi di primo livello con trasferimenti alle province pari a circa il 30% di questa quota in forma di beni e servizi. Infine i governi municipali impiegano il restante 15% della spesa pubblica, principalmente nei Centri di Attenzione Primaria della Salute.

Tabella 3 – Spesa sanitaria pro-capite mensile per i principali tipi di copertura (Anno 2004)

	Popolazione	Spesa	Spesa pro-capite
OSN	11,3	$ 5.695	$ 42
OSP	5,2	$ 2.889	$ 46
PAMI	**3,2**	**$ 2.482**	**$ 65**
SP	37	$ 8.442	$ 19

Fonte: Spesa:Ministero di Economia della Nazione
Popolazione: Censisco 2.001, COSPRA, PAMI, SSSALUD
** in milioni*

Si nota come il PAMI ha la maggiore spesa pro-capite, questo è ragionevole poiché la maggioranza della sua popolazione (70%) corrisponde ai > 65 anni.
Nel caso del settore pubblico è molto difficile assegnargli una popolazione di riferimento e pertanto determinare il calcolo della spesa pro-capite può sollevare alcune obiezioni. In questo caso si è provveduto a distribuire la spesa tra il totale della popolazione benché, come si è accennato all'inizio del lavoro, la domanda base e naturale di questo settore è riferita alla popolazione senza copertura assicurativa. Se utilizziamo allora come nume-

[13] *Approssimativamente € 5,60. € 1 = 3,89 Pesos Argentini. Teoricamente questo valore dovrebbe essere sufficiente per la copertura del PMO ma vedremo più avanti che non lo è.*
[14] *Come RIMEDIARE, Programma di Medici Comunitari, Materno Infantile, Immunizzazioni, etc.*

ratore quella popolazione di riferimento, la spesa pro-capite mensile raggiunge i $ 40. Se questa spesa la disaggreghiamo per provincia troviamo allora maggiori differenze (da $ 93 per abitante a $ 637) che porta ad una spesa media pro-capite di $ 154.
Nel caso delle Opere Sociali provinciali e nazionali, questi valori medi nascondono anche una forte differenza tra le risorse disponibili per ogni entità.

2.6.6 Il deficit[15]

In Argentina, come abbiamo visto, vige un Programma Medico Obbligatorio di Emergenza (PMOE), per un gruppo di entità ben definito (OSN, PAMI ed EMPP). Il settore pubblico però non ha chiarito quali sono le coperture che garantisce ma che le basi del Piano Federale menzionano come obiettivo.
Pertanto, le risorse economiche sulle quali si basa sono assegnate fino ad esaurimento, una volta che questo accade il sistema introduce differenti forme di razionamento (liste di attesa, interruzione di determinati servizi, ecc.).
Nel caso delle Opere Sociali nazionali, il costo medio stimato del PMOE è di $ 43[16]. Tenendo in considerazione che l'entrata pro-capite del sistema di Opere Sociali è di $ 42, ci sarebbe un deficit mensile di $ 1 pro-capite, pari a $ 11 mil. in totale.
È importante sottolineare che il calcolo avviene per il totale delle entrate *vs* i costi, ma in realtà non tutte le OS possono coprire il costo stimato e inoltre questo costo dipende dalle caratteristiche della popolazione dei beneficiari di ogni OS. Le alternative per coprire questo "deficit" sono di difficile implementazione:
• aumentare gli apporti e i contributi (che possono provocare maggiore disoccupazione e mancanza di competitività);
• ridurre il Paniere Base delle Prestazioni Obbligatorie (benché di accordo al decreto questi servizi siano i minimi e imprescindibili);
• realizzare gli apporti del sistema pubblico (con un impatto negativo in termini di equità, poiché il settore pubblico serve tutta la popolazione e generalmente quella in peggiori condizioni di salute e come abbiamo visto con minori risorse).
Per il caso del PAMI e sapendo che la maggioranza della popolazione è > 65 anni (la cui spesa media è più del doppio della media[17]), il costo del PMOE si avvicinerebbe ai $ 100 e questo implicherebbe un deficit mensile pro-capite di $ 35.
Oltre alle questioni attuariali, Del Pozzo et al. (2004) mostrano che dall'anno 1991 il PAMI ha mostrato come tendenza quella di spendere più di quello che ottiene come entrate, e questo si ripercuote poi in contributi del governo nazionale, nel taglio di servizi ai soci o

[15] *I deficit si calcoleranno paragonando il costo della copertura del paniere di prestazioni contro le spese effettivamente realizzate per ognuno dei sottosettori.*

[16] *Questo studio della Sovraintendenza ai Servizi della Salute è stato realizzato nel 2004 benché gli operatori aggiungono che l'importo mensile raggiungeva i $ 48. È importante notare che a causa dell'ampiezza delle prestazioni coperte dal PMOE e la difficoltà nella raccolta di informazione su prezzi e tassi di uso non risultano incoerenti nessuna delle due stime.*

[17] *Vedere "Introduzione di Meccanismi di Accomodamento per Rischio nelle Opere Sociali". Sovrintendenza di Servizi di Salute, Marracino et al. 2004. Mimeo.*

la rinegoziazione del debito con i lavoratori.
Nel caso delle Opere Sociali Provinciali, le decisioni delle istituzioni dipendono in larga misura dal governo provinciale che, a partire dalla gestione degli invii dei contributi dei datori di lavoro, condiziona direttamente o indirettamente la dinamica dell'istituzione e le sue possibilità di contrattazione di servizi (Maceira 2003). D'altra parte stimare il costo medio di un pacchetto di prestazioni per le OS provinciali è molto complesso poiché non si ha la possibilità di accedere alle anagrafi di beneficiari per età e sesso ed è noto che la spesa attesa in salute dipende in parte da queste due variabili.
Generalmente le OSN, le OSP e il PAMI non hanno tanti operatori propri e assumono operatori privati. Sulla base dei documenti[18] di questi ultimi, quello che è successo è stato che l'aumento nei costi delle prestazioni effettuate dopo la svalutazione non sono stati riportati ai prezzi e questo fa sì che il deficit ricada più sugli operatori piuttosto che sui finanziatori (OSN e PAMI).
Tali deficit si ripercuotono sui lavoratori con il mancato pagamento degli obblighi fiscali, la mancanza di rinnovo delle squadre mediche, la non realizzazione di miglioramenti edilizi e l'indebitamento con i suoi fornitori.
Nel caso delle Imprese di Medicina Privata, non esiste nessun meccanismo compensatore, benché il valore delle quote pagate dai beneficiari sia più che sufficiente per la copertura economica del PMOE.
Infine nel caso del settore pubblico, non esistendo un paniere di prestazioni definito, è complicato fare un'analisi attraverso i deficit. Come esercizio si potrebbe paragonare il costo del finanziamento del PMOE *vs* la spesa totale in salute[19] per ogni provincia (sommando la spesa dei tre livelli di governo e assegnandolo alla popolazione che non ha nessuna copertura assicurativa).
Questo esercizio fornisce come risultato che il 67% della popolazione senza copertura vive in province che non avrebbero possibilità finanziarie di coprire il PMOE, esistendo differenze che vanno da $ 1 pro-capite mensile fino a $ 10.

2.6.7 Commenti finali

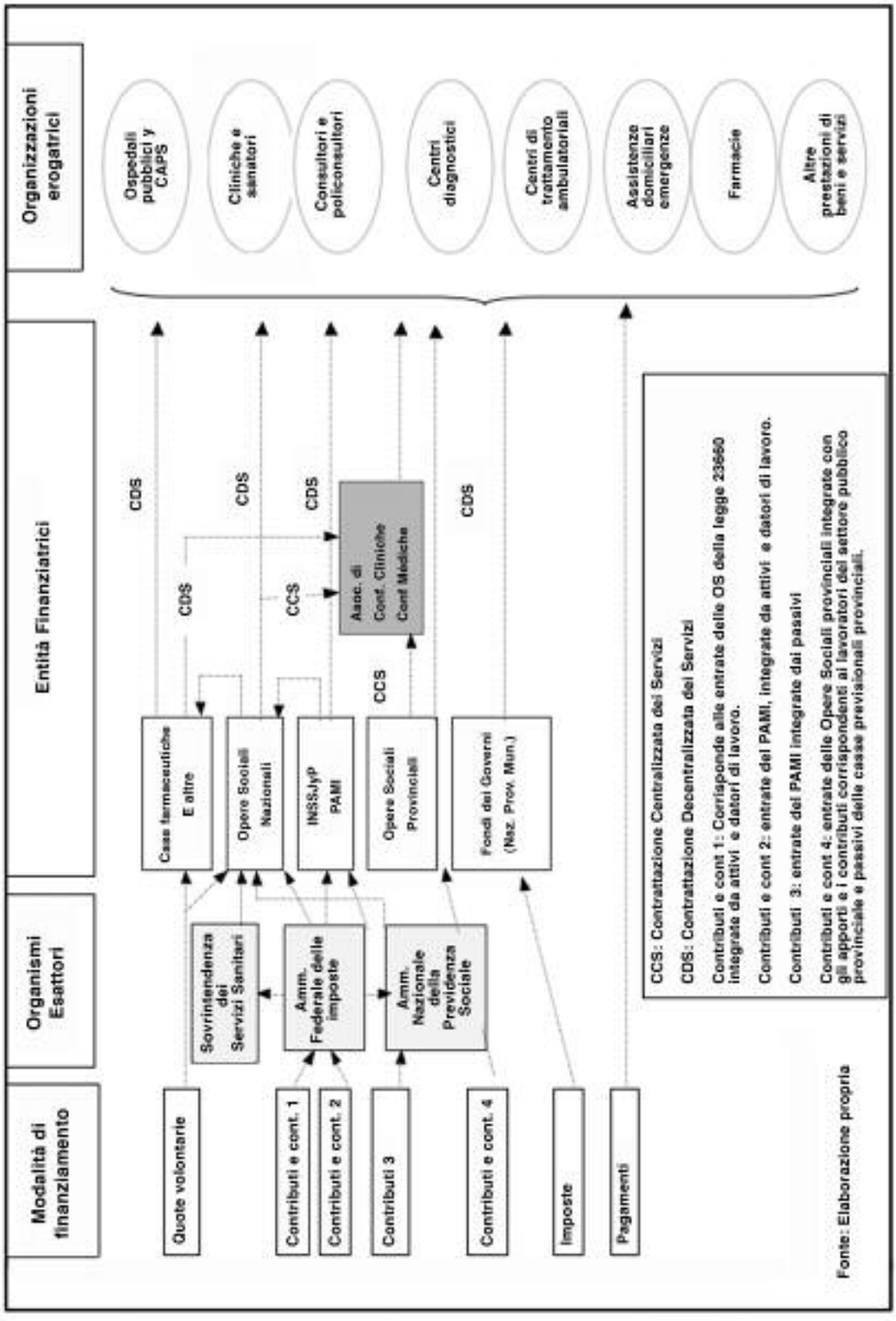
Abbiamo presentato le principali disuguaglianze collegate con la copertura e il finanziamento nel settore della salute. Si è visto come le entrate pro-capite e la copertura fluttuano tra i sottosettori (pubblico, privato e previdenza sociale) e fra gli stessi. Come esempio possiamo ricordare le differenze di più di sei volte nella spesa pro-capite tra la provincia che spende di più e quella che spende di meno, o la differenza nella copertura attraverso assicurazione per provincia che va da un 30% ad un 70% della popolazione. La frammentazione del sistema può essere la spiegazione a queste differenze.
A causa di questa frammentazione è molto difficile riuscire ad arrivare a delle conclusioni sul deficit e su come affrontarlo. Come alternativa per poter risolvere questo tipo di

[18] *Vedere "I costi dell'attenzione medica in Argentina". Serie studi n. 3. ADECRA. 2005.*

[19] *Nello studio Equità nella Spesa in "Salute" del Ministero della Salute si mostrano le limitazioni di questa metodologia.*

problema si può usare come metodologia il confronto tra le spese stimate necessarie per ogni sottosettore (attraverso la definizione dei costi dei panieri di prestazioni garantite) e le spese effettivamente sostenute.
D'accordo con questa metodologia, le OSN e il PAMI presentano deficit, essendo più importanti nel secondo caso. Nel settore pubblico, si presentano maggiori difficoltà per la stima di questi deficit, benché l'esempio presentato dimostra che la maggioranza della popolazione coperta per il settore pubblico non avrebbe garantito l'insieme del paniere di prestazioni dal punto di vista finanziario. Nel caso delle OSP, non è stato possibile realizzare la stima di questi deficit. Mentre per le EMPP, le entrate dovrebbero essere sufficienti per offrire il PMO ai suoi soci.

2.6.8 Riferimenti bibliografici

- ADECRA (2005). "Los costos de la atención médica en Argentina". Serie estudios nº 3.
- Banco Mundial (2006). "Estrategia de asistencia al país".
- Bruni, San Martín, Izquierdo (2005). "El Costo del PMOE". SSSalud, Mimeo.
- Cetrángolo, Oscar y Devoto, Florencia (2002). "Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años 90 e impacto de la crisis actual".
- Del pozo, Colina y Giordano (2004). "El Sistema Sanitario Argentino", Edit. ARCOR.
- González García G, Tobar F (2004). "Salud para los argentinos", Ediciones ISALUD.
- Maceira (2003). "Las instituciones sanitarias en un país federal. Obras Sociales provinciales en contexto". CEDES.
- Marracino, Giraldo, Mera Figueroa y San Martín (2004). "Implementación de Mecanismos de Ajuste por Riesgo en el Sistema de Obras Sociales". Superintendencia de Servicios de Salud, Mimeo.
- Ministerio de Salud – OPS/OMS (2005). "Indicadores Básicos". www.msal.gov.ar.
- Ministerio de Salud (2006). "Equidad en el Gasto en Salud", Mimeo.
- Ministerio de Salud y Ministerio de Economía (2001). "Estimaciones del Gasto en Salud". Coordinadora Mónica Levcovich.
- Postgrado en Salud Social y Comunitaria (2005). "Políticas de Salud". Módulo 5. Ministerio de Salud y Ambiente.
- Schweiger, De la Puente, Tarragona, Daste, Meghinasso (2005). "The state of Health Care, Spending and Financing: The case of Argentina. Health Report. Seven keywords of NHS". CEIS 2005.
- Torres, Rubén (2004). "Mitos y Realidades de las Obras Sociales". Ediciones ISALUD.

Scheda di Riscossione ed Assegnazione delle Risorse nel Sistema Sanitario Argentino