

La lezione del Sud del mondo sul finanziamento della sanità

2013-11-06 10:11:36 Redazione SI



Federico Vola

Lo strumento più efficace, efficiente, equo ed economicamente sostenibile per finanziare la Copertura Sanitaria Universale è la fiscalità generale. I casi di successo tra i Paesi in via di sviluppo mostrano una convergenza verso un modello tendenzialmente di tipo Beveridge. La lezione per l'Italia.

Dopo essere uscita dal Paese delle Meraviglie, dall'età dell'infanzia, Alice si trova a doversi confrontare con il mondo degli adulti e con le sue contraddizioni: attraversa quindi lo specchio, si affaccia ad un mondo nuovo, accetta di assumere una nuova prospettiva

[Lewis Carroll, *Attraverso lo specchio e quel che Alice vi trovò*].

È una metafora semplice, di cui forse potrebbero far tesoro anche le società e le istituzioni contemporanee – segnatamente quelle *adulte* della “Vecchia Europa”: raccogliendo il suggerimento di Alice, possono provare ad uscire dal Periodo delle Meraviglie ponendosi dall'altra parte dello specchio: interrogando se stesse attraverso quelle stesse categorie, argomentazioni e concetti che da sempre adottano per decifrare gli Altri.

La sfida arriva da un piccolo report recentemente pubblicato dall'Organizzazione non-governativa Oxfam[1](Vedi Risorse): in prima battuta indirizzato agli attori della cooperazione allo sviluppo, pone invero alcune questioni cruciali che interessano tutti coloro che si occupano di politiche per la salute – al Nord come al Sud del mondo.

Il lavoro si interroga infatti su quel mantra che probabilmente accompagnerà le trasformazioni in salute negli anni a venire[2] – la *Copertura Sanitaria Universale* –, svelando come dietro l'apparente consenso internazionale sul risultato finale desiderato, si nasconda invece un acceso dibattito sulle diverse – non sempre brevi ed efficaci – strade per arrivare ad esso.

Il concetto è infatti in sé piuttosto semplice e condivisibile: “**copertura sanitaria universale**” (CSU) significa che chiunque – ricco o povero – deve poter ottenere i servizi sanitari (prevenzione, promozione, trattamento, riabilitazione, cure palliative) di cui abbisogna. Cina, Sud Africa, Tailandia, Messico sono tra i paesi emergenti quelli che maggiormente si stanno impegnando in questa direzione.

Ogni Paese si è tuttavia incamminato su un sentiero diverso per raggiungere la meta, in particolare optando per schemi di finanziamento piuttosto differenti.

Forte di una prospettiva globale, Oxfam redige quindi un bilancio di quali di queste scelte di politica sanitaria si siano dimostrate – ad oggi – migliori (in termini di sostenibilità economica, efficacia, equità) ed avanza una serie di raccomandazioni, che certo non riguardano solo i Paesi in via di sviluppo:

1. Non un'unica ricetta ma quattro ingredienti chiave

L'Organizzazione mondiale della Sanità riconosce come “non vi sia un'unica ricetta per la CSU, ma quattro ingredienti chiave”[3]:

- riduzione dei pagamenti *out-of-pocket*; l'esempio di numerosi Paesi africani, che hanno progressivamente finanziato specifiche prestazioni per specifici gruppi, prova che l'eliminazione del pagamento a prestazione ha significativi effetti non solo sull'accesso ai servizi ma anche sulla *salute* della popolazione.
- Diffusione delle forme di finanziamento obbligatorie *ex-ante* (che precedano l'erogazione della prestazione sanitaria).
- Creazione di bacini di condivisione del rischio (*pooling*) più ampi possibile, per ottimizzare la condivisione del rischio e ridurre i costi amministrativi: Paesi con un solo bacino nazionale – Sud Corea, Ungheria, Slovenia, Estonia – vantano costi inferiori rispetto a quelli con schemi multipli – Austria, Francia, Germania, Lussemburgo.
- Copertura assicurativa delle fasce indigenti attraverso il ricorso ad un fondo pubblico nazionale.

Oxfam riconosce come in troppi casi queste linee guida vengano disattese.

2. Il ruolo delle assicurazioni volontarie...

La posizione di Oxfam è netta: “*sebbene non vi sia Paese al mondo che abbia conseguito alcunché di simile alla CSU attraverso assicurazioni volontarie (individuali o collettive/mutualistiche), queste continuano ad essere proposte come lo strumento ideale*”, in particolare da Banca Mondiale, dall'*International Labour Organization*, dal governo olandese e dall'UNICEF. E ancora: “*il contributo delle*

assicurazioni private verso la garanzia di CSU è stato insignificante o ha persino avuto un impatto regressivo, avendo aumentato le diseguaglianze: gli schemi assicurativi di tipo privato hanno dimostrato scarsa efficacia (bassa copertura), scarsa efficienza (alti costi amministrativi), limitata equità.

3... e quello delle assicurazioni sociali

Le assicurazioni sociali – finanziate non volontariamente dai cittadini ma obbligatoriamente dai lavoratori e dai datori di lavoro, proprie dei sistemi Bismarck – non hanno nei Paesi in via di sviluppo la stessa efficacia mostrata in Europa e anzi escludono ampie fette della popolazione: in Tanzania, ad esempio, 10 anni dopo l'introduzione di uno schema di assicurazioni sociali, solo il 17% della popolazione è ad oggi coperto dal rischio sanitario (la situazione è analoga in Kenia, Vietnam, Ghana, Nigeria). In molti Paesi, il risultato finale è quindi quello di avere *due sistemi sanitari*: il primo, riservato agli occupati nel settore formale, e un secondo, finanziato pubblicamente e rivolto ai non occupati o agli impiegati nel settore informale, di qualità inferiore.

4. I buoni esempi

Di converso, alcuni Paesi – Tailandia, Malesia, Sri Lanka, Brasile – hanno intrapreso percorsi originali verso la CSU, che stanno dando i loro frutti: per quanto differenti tra loro, queste transizioni condividono:

- **la medesima convinzione che il diritto alla sanità debba essere fondato sulla cittadinanza e/o sulla residenza e non sullo *status* professionale o sui contributi fiscali,**
- **che esso debba essere finanziato – almeno per le fasce più povere – attraverso la fiscalità generale, e non tramite schemi assicurativi privati o sociali.**

Nei due box, un rapido *focus* sul caso thailandese e su quello brasiliano.

5. La questione fiscale

Il *briefing paper* di Oxfam ribadisce come l'insistito ricorso a modelli di assicurazione privati o sociali abbia portato ad ignorare la domanda cruciale: come generare più entrate fiscali per finanziare i servizi sanitari. *“Anche il più povero dei Paesi può aumentare gli introiti migliorando il sistema di riscossione, rimuovendo le esenzioni fiscali non necessarie, rimodulando le aliquote e introducendo nuove imposte progressive”*. La pubblicazione addita inoltre l'evasione fiscale e i fenomeni di corruzione come concause del limitato gettito.

6. La buona governance

Il conseguimento della CSU è indissolubilmente legata a meccanismi di buona *governance* sanitaria: corretta identificazione dei bisogni della popolazione, meccanismi incentivanti per i *provider*, monitoraggio della *performance*.

Copertura Sanitaria Universale in Tailandia

Prima che la Thailandia introducesse il suo *Schema per la Copertura Universale*, nel 2002, circa un terzo della popolazione non godeva di copertura sanitaria. La vasta maggioranza delle persone non coperte aveva un impiego informale ed era troppo povera per pagare un premio assicurativo. Riconosciuto ciò, il governo thailandese scelse di far leva sulla fiscalità generale per finanziare lo Schema, che oggi aggrega i fondi destinati a circa 50 milioni di persone.

In soli 10 anni, la percentuale di popolazione scoperta è passata a meno del 4%. I maggiori beneficiari sono state la frange più povere; la proporzione di famiglie – appartenenti alla fascia di reddito più bassa – che hanno dovuto far fronte a spese sanitarie catastrofiche è crollata dal 4% del 2000 allo 0,9% del 2006.

Il successo thailandese può anche essere attribuito agli investimenti su larga scala in assistenza primaria. Si sono inoltre rivelati cruciali il forte impegno della classe politica e il coinvolgimento attivo della società civile. Vedi post [Thailandia il coraggio delle riforme](#).

Il caso brasiliano

A fine anni '80, circa la metà della popolazione brasiliana non godeva di assicurazione sanitaria; solo due decenni più tardi – dopo l'avvio dello *Unified Health System* – circa il 70% dei 200 milioni di Brasiliani è coperto dal nuovo schema assicurativo pubblico, finanziato dalla fiscalità generale. Piuttosto che puntare alla copertura delle fasce più facili da raggiungere, il *Programa Saúde de Família* si è rivolto da subito ai gruppi più svantaggiati. Il raddoppio della spesa pubblica sanitaria in Brasile tra il 1995 e il 2011 ha coinciso con la più rapida caduta della mortalità sotto i 5 anni mai registrata.

In realtà, le sfide per il Brasile non sono finite: lo schema pubblico è stato sistematicamente sotto-finanziato sin dalla sua creazione; è significativo che, tra le altre cose, le proteste del 2013 vertessero anche sull'inadeguatezza della spesa sanitaria. Vedi post [Brasile e Programma Salute della Famiglia. Successi, limiti e nuove sfide](#).

La lezione per l'Italia

Il rendiconto di Oxfam si rivolge certo al Sud del mondo, ma parla anche al Nord, se questo ha l'umiltà di vagliarne almeno i punti chiave:

1. l'obiettivo a cui i sistemi sanitari progressivamente tendono è la copertura sanitaria universale;
2. **lo strumento più efficace, efficiente, equo ed economicamente sostenibile per finanziare la CSU è la fiscalità generale. I casi di**

successo tra i Paesi in via di sviluppo mostrano una convergenza verso un modello tendenzialmente di tipo Beveridge. Dei tre famosi pilastri per il finanziamento della spesa sanitaria (fiscalità generale, *out-of-pocket*, intermediazione assicurativa) è il primo che si dimostra più solido.

Questi due elementi tracciano una linea.

Da una parte dello specchio abbiamo i sistemi sanitari di quei Paesi in via di sviluppo che si assumono l'impegno di garantire una copertura universale, che aumentano la spesa pubblica dedicata alla sanità, che superano la frammentarietà di schemi assicurativi privati e sociali a favore di schemi pubblici, che si interrogano su come migliorare il sistema di prelievo fiscale, che implementano meccanismi di *governance dei provider*.

Dall'altra parte dello specchio l'Europa, in generale, e l'Italia, in particolare, che – nascondendosi dietro l'alibi dell'invecchiamento della popolazione e di un'imprecisata insostenibilità economica del sistema sanitario pubblico – inquina il concetto di “copertura sanitaria universale” con quelli di “universalismo selettivo”, “prestazioni non incondizionate”, “ridisegno del perimetro dei Lea”, che prevede un progressivo de-finanziamento del sistema pubblico, che si apre – più o meno esplicitamente – all'intermediazioni finanziaria privata in sanità[4]. Siamo certi di trovarci dalla parte giusta?

Federico Vola, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Risorse

OXFAM, Universal Health Coverage. [Why health insurance schemes are leaving the poor behind](#) [PDF: 788 Kb]

Bibliografia

1. Averill C, [Universal Health Coverage. Why health insurance schemes are leaving the poor behind](#), Oxfam 09.10.2013
2. Cattaneo A. [I sette vizi e le sette virtù della Copertura Sanitaria Universale](#). Salute Internazionale, 13 maggio 2013
3. WHO [World Health Report 2010](#).
4. Intervista a Nino Cartabellotta. [Def 2013. Gimbe: “La Salute degli Italiani ostaggio della deriva finanziaria del Paese”](#). [Quotidianosanita.it](#), 24.09.2013
Nino Cartabellotta. [DEF. Sanità, indietro tutta](#). [Saluteinternazionale.info](#), 30.09.2013
Intervista a Nerina Dirindin. [Def 2013: “Basta tagli alla sanità. Né lineari, né di altra natura”](#). [Quotidianosanita.it](#), 27.09.2013