


di **Eugenio Anessi Pessina e Silvia Longhi**



È opportuno passare, come l'Italia nel 1978, da un sistema mutualistico (Bismarck) a un Servizio Sanitario Nazionale (Beveridge)? La risposta è sì. Una recente ricerca dimostra infatti che i sistemi sanitari a modello Beveridge si comportano - in media - meglio rispetto alla spesa sanitaria, allo stato di salute e al mercato del lavoro. 

È opportuno passare, come l'Italia nel 1978, da un sistema mutualistico a un Servizio Sanitario Nazionale? Mediamente sì, sostiene questo recente lavoro dell'OCSE. Del resto, dal 1960 a oggi sono solo quattro i Paesi OCSE che hanno percorso il cammino opposto e, in tutti e quattro i casi, si trattava di Paesi dell'Est Europeo che tornavano alla tradizione prebellica dopo la caduta del comunismo.

Nella classificazione dei sistemi sanitari, particolare rilievo assume il grado di intervento pubblico lungo due dimensioni: il **finanziamento del sistema** e la **responsabilità di produzione ed erogazione dei servizi**. Rispetto alla prima dimensione, in particolare, l'intervento pubblico sgancia il contributo delle famiglie dall'effettivo utilizzo dei servizi e lo lega a criteri propri del sistema fiscale, primo fra tutti la capacità contributiva: le entrate delle strutture di offerta provengono prevalentemente da enti pubblici, che si finanziano presso le famiglie attraverso forme di prelievo obbligatorio. Nei sistemi a finanziamento privato, invece, le entrate delle strutture di offerta provengono prevalentemente dalle famiglie, nonché dalle imprese di assicurazione con cui le famiglie stipulano contratti di assicurazione volontaria.

Tra i Paesi OCSE, tuttavia, solo gli Stati Uniti privilegiano il finanziamento privato.

È quindi opportuno articolare ulteriormente la classificazione dei sistemi a finanziamento pubblico. Al riguardo, la distinzione più utilizzata fa riferimento al meccanismo prevalente di prelievo obbligatorio: l'imposizione di contributi sociali (**sistemi di social health insurance - SHI, noti anche come sistemi mutualistici - modello Bismarck**) oppure la destinazione alla sanità di una quota di gettito della fiscalità generale (**sistemi tax-financed, noti anche come servizi sanitari nazionali - modello Beveridge**).

I vantaggi relativi dei due sistemi sono stati dibattuti a lungo, ma solo in termini qualitativi.

Tra i limiti dei **sistemi di SHI**, in particolare, si citano frequentemente la minor propensione delle imprese ad assumere; la frequente assenza di copertura universale; le differenze anche significative tra gruppi di popolazione in termini di aliquote contributive, prestazioni garantite, qualità dell'assistenza; il maggior costo del sistema di prelievo. D'altra parte, i sistemi di SHI offrono un collegamento più diretto tra sacrifici (prelievo contributivo) e utilità (assistenza ricevuta), che potrebbe tra l'altro assicurare un minor tasso di evasione.

Il dibattito è reso ancor più complesso dalla presenza di argomentazioni che presuppongono corrispondenze fisse tra sistemi di finanziamento, distribuzione delle responsabilità di produzione ed erogazione dei servizi, sistemi di remunerazione degli erogatori. In particolare, ai sistemi di SHI si associa la separazione tra acquirenti ed erogatori, la presenza rilevante di erogatori privati, la remunerazione degli erogatori tramite tariffe per prestazione.

I **sistemi tax-financed** sono invece tradizionalmente caratterizzati dall'integrazione delle responsabilità di finanziamento e di erogazione (modello di Servizio Sanitario Nazionale). Ai sistemi *tax-financed* si associa inoltre l'affidamento ai Medici di Medicina Generale della funzione di *gatekeeping*. Si giungono così ad annoverare, tra i vantaggi dei sistemi SHI, i benefici (migliore qualità, minori costi) della maggiore concorrenza tra erogatori e, d'altra parte, tra gli svantaggi, i maggiori costi di transazione che derivano dalla separazione tra acquirenti ed erogatori. Si attribuiscono inoltre ai sistemi *tax-financed* i benefici del *gatekeeping* in termini sia di costi, sia di qualità dell'assistenza, nonché i benefici che derivano dalla maggiore attenzione alla sanità pubblica. In effetti, le corrispondenze sono molto forti, ma non mancano eccezioni significative: molti sistemi *tax financed* (tra cui l'Italia) hanno per esempio introdotto la separazione tra acquirenti e produttori nonché elementi di remunerazione a tariffa.

Il paper di Wagstaff[1] (in [Risorse](#)) fa parte di un più ampio filone di ricerca[2] che si propone di spostare il dibattito dal piano qualitativo a quello quantitativo. Dal punto di vista metodologico, l'elemento chiave è la presenza, nel periodo 1960-2006, di ben otto Paesi OCSE (tra cui l'Italia) che sono passati da SHI a *tax financing* e di quattro che hanno percorso il cammino opposto - tra gli altri 18 Paesi OCSE, 11 hanno mantenuto un sistema di SHI, 6 un sistema di *tax financing*, mentre gli Stati Uniti vengono esclusi dall'analisi per la prevalenza del finanziamento privato (**Tabella 1**).

Tabella 1. Principali caratteristiche dei sistemi sanitari OCSE a finanziamento pubblico. Adattato da Wagstaff (2009).

Country	SHI	tax/finance	Primary care providers	Hospitals	Gatekeeper	History
Australia	Tax	FFS		Global budgets	Yes	Always Tax
Austria	SHI	Capitation + FFS		DRGs + FFS (outpatient)	No	Always SHI
Belgium	SHI	FFS		Budgets + FFS	No	Always SHI
Canada	Tax	FFS		Global budgets	Yes	Always tax
Czech Republic	SHI	Capitation + FFS (previously FFS)		Budgets (previously FFS)	No	Tax to SHI
Denmark	Tax	Capitation + FFS		Global budgets	Yes	SHI to tax
Finland	Tax	Salary, capitation + FFS		FFS	No	Always Tax
France	SHI	Capitation + FFS		Global budgets	No	Always SHI
Germany	SHI	Capitation		DRGs	No	Always SHI
Greece	Tax	FFS		Per diems	No	SHI to tax
Hungary	SHI	Capitation		DRGs	No	Tax to SHI
Iceland	Tax	Salary		Global budgets	No	SHI to tax
Ireland	Tax	Capitation		Global budgets	Yes	Always Tax
Italy	Tax	Capitation + FFS		DRGs	Yes	SHI to tax
Japan	SHI	FFS		FFS	No	Always SHI
Korea	SHI	FFS		FFS	No	Always SHI
Luxembourg	SHI	FFS		Global budgets	No	Always SHI
Mexico	SHI	Budgets		Budgets	No	Always SHI
Netherlands	SHI	Capitation		DRGs	Yes	Always SHI
New Zealand	Tax	Capitation + FFS		Global budgets	Yes	Always Tax
Norway	Tax	Salary, capitation + FFS		DRGs	Yes	SHI to tax
Poland	SHI	Capitation		DRGs	No	Tax to SHI
Portugal	Tax	Budgets		Global budgets	Yes	SHI to tax
Slovak Republic	SHI	Capitation + FFS (previously FFS)		Budgets (previously FFS)	Partial	Tax to SHI
Spain	Tax	Salary		DRGs	Yes	SHI to tax
Sweden	Tax	Salary		Global budgets + variations	Yes	SHI to tax
Switzerland	SHI	FFS		Global budgets + per diems	No	Always SHI
Turkey	SHI	Salary		Global budgets + variations	No	Always SHI
United Kingdom	Tax	Capitation + allowances + FFS		DRGs (previously budgets)	Yes	Always Tax

Clickare sull'immagine per ingrandirla

Nota per la lettura della tabella:

FFS (Fee For Service): Tariffa per prestazione.

CAPITATION: Quota capitaria (ammontare fisso annuo per assistito).

DRG: Tariffa predeterminata per il Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi (Diagnostic Related Group) in cui viene classificato il paziente.

PER DIEM: Tariffa per giornata di degenza.

GLOBAL BUDGET: Ammontare complessivo predeterminato, destinato a finanziare l'intera attività della struttura.

Più specificamente, il paper si pone la seguente domanda: “Come si comportano - in media - i sistemi *tax-financed* e SHI rispetto alla spesa sanitaria, allo stato di salute e al mercato del lavoro?” A tal fine si utilizzano quattro indicatori di risultato:

1. La **spesa sanitaria procapite** (deflazionata e convertita nella medesima valuta tramite Parità di Potere d'Acquisto).
2. Gli **anni potenziali di vita perduti per nove cause di morte** identificate da Nolte e McKee [3] come evitabili, ossia per le quali un'assistenza tempestiva ed efficace può evitare la morte.
3. La **percentuale di occupati**.

4. Tra gli occupati, la **percentuale di lavoratori dipendenti rispetto agli autonomi**.

Rispetto a tali indicatori, l'analisi econometrica indica una sistematica inferiorità dei sistemi di SHI. **Più specificamente, un sistema di SHI mediamente:**

1. **Incrementa del 3-4% la spesa sanitaria procapite.**
2. **Non traduce la maggior spesa in un beneficio sul fronte degli outcome. Con specifico riferimento alla mortalità prematura per cancro alla mammella, anzi, incrementa del 5-6% gli anni potenziali di vita perduti, forse per la minore attenzione prestata a medicina preventiva e sanità pubblica.**
3. **Riduce la percentuale di occupati (ma su questo punto non tutte le stime proposte sono statisticamente significative).**
4. **Riduce dell'8-10% la quota di occupazione rappresentata dal lavoro dipendente.**

Dal punto di vista metodologico, lo studio impiega già sofisticate tecniche econometriche, mentre potrebbe venire ulteriormente affinato negli indicatori di performance. Quanto alla rilevanza per i policy maker, pare più elevata per i Paesi in via di sviluppo e/o con sistemi sanitari non ancora maturi, per i quali la scelta tra SHI e *tax funding* può effettivamente essere all'ordine del giorno. Nei Paesi più avanzati, invece, i policy maker sono più inclini a ibridare i due modelli: potrebbe quindi essere più interessante approfondire gli effetti di specifiche componenti (separazione acquirenti-produttori, rimborso a tariffa, *gatekeeping* ecc.), evitando però di trascurare le forti interdipendenze tra le componenti stesse.

Risorse

Adam Wagstaff. **Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems. Evidence from the OECD**. The World Bank, January 2009 [[PDF: 404 Kb](#)]

Bibliografia

1. Adam Wagstaff. **Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems. Evidence from the OECD**. The World Bank, January 2009 [[PDF: 404 Kb](#)].
2. Wagstaff, A. and R. Moreno-Serra (2008a). "Europe and Central Asia's great post-communist social health insurance experiment : impacts on health sector outcomes." *J Health Econ* (in press); Wagstaff, A. and R. Moreno-Serra (2008b). Social health insurance and labor market outcomes: Evidence from central and eastern Europe, and central Asia. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, volume 19: Health Care Financing in Low and Middle-Income Countries (in press). D.

Chernichovsky and K. Hanson. Bingley, United Kingdom, Emerald Group Publishing

3. Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis." Health Aff (Millwood) 2008; 27(1): 58-71.