

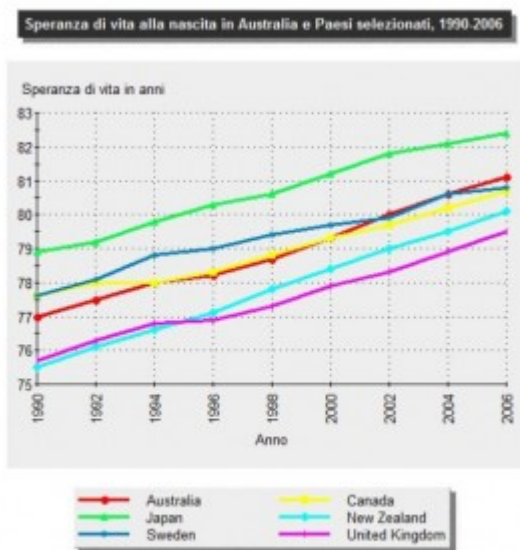
Luca Valerio e Tiziana Sabetta



Agli antipodi dell'Europa, un paese vive più di ogni altro al mondo la contraddizione fra presenza dei privati nella sanità e garanzia dell'assistenza sanitaria universale. Una convivenza non facile, ma che prosegue da oltre trent'anni - e sembra destinata a durare ancora a lungo.

L'Australia ha una popolazione di oltre 21 milioni di abitanti (2009) e, data la vastità del territorio, una densità di soli 2.7 abitanti/km2 [1]. E' un paese ricco, il 16° al mondo per PIL pro capite. Eppure deve fare i conti con notevoli diseguaglianze socio-economiche, dovute a una straordinaria diversità culturale (un quarto della popolazione è nato all'estero, un altro quarto ha almeno un genitore nato all'estero), a una consistente fetta di popolazione rurale (il 34% degli abitanti vive in città con meno di 250,000 abitanti) e, soprattutto, alla presenza di **popolazioni indigene** (il 2.5% degli Australiani sono Aborigeni o indigeni delle Isole Torres) con un tenore di vita ben diverso da quello del resto della popolazione, come dimostra l'**aspettativa di vita inferiore di ben 20 anni** rispetto alla media nazionale[2] - una delle più alte del mondo (Figura 1).

Figura 1. Speranza di vita alla nascita in Australia e in paesi selezionati. 1900-2006



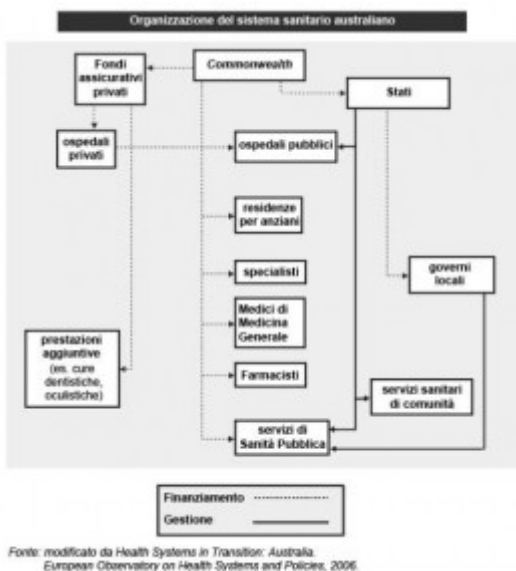
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Queste caratteristiche accostano l'Australia **a Paesi come la Svezia e soprattutto il Canada**. E le somiglianze non finiscono qui. Infatti, proprio come gli altri Stati dell'ex-Commonwealth britannico, l'Australia ha un sistema sanitario di tipo Beveridge, finanziato dalla **tassazione generale** e imperniato sul principio dell'**universalità dell'assistenza**, che ha però **lasciato sempre molto spazio al settore privato**, seppure in maniera ben regolata.

ARCHITETTURA ISTITUZIONALE

L’organizzazione del sistema sanitario nazionale australiano, nato nel 1984 con l’istituzione dell’assicurazione universale obbligatoria Medicare, risente notevolmente della presenza di **un ordinamento federale marcatamente decentrato (Figura 2)**.

Figura 2. Organizzazione del sistema sanitario australiano



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Lo stato Federale (*Commonwealth*) convive con sei Stati e Territori, a loro volta divisi in numerosi enti locali (850 Contee, più i Municipi). Il *Commonwealth* ha compiti di

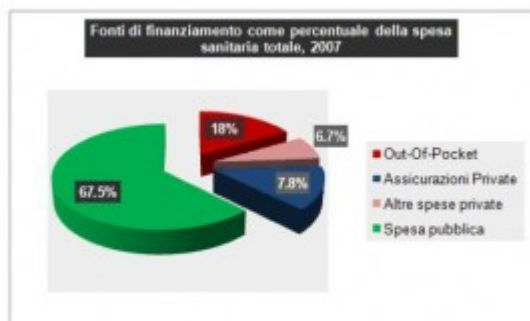
pianificazione e programmazione, è il finanziatore esclusivo di due delle tre principali voci di spesa relative all'assistenza (medici di medicina generale e farmaci), ma non ha compiti di erogazione diretta dell'assistenza. All'altro estremo, gli enti locali si limitano ad occuparsi della sanità pubblica. **La maggior parte delle sovrapposizioni nasce al livello intermedio, quello degli Stati.** Questi, infatti, hanno voce in capitolo in tema di programmazione, ma anche di finanziamento, e persino di erogazione dell'assistenza: è il caso della terza grande voce di spesa sanitaria pubblica, gli ospedali pubblici, che sono **co-finanziati dal Commonwealth e dagli Stati in base a percentuali notevolmente variabili a seconda del clima politico e macroeconomico**, prima di negoziazioni con un ulteriore organismo intermedio, gli *Hospital Boards* (riuniscono più ospedali); ma **sono amministrati direttamente dagli Stati**, che risultano dunque erogatori di un'assistenza che non finanziano per intero. Come a risentire di queste tensioni e di questa **responsabilità assai diffusa** possano essere la qualità e l'efficienza dei servizi.

Proprio dall'esigenza di attenuare le tensioni fra i diversi livelli di governo deriva un'altra caratteristica del sistema australiano: **un numero di agenzie governative ed enti pubblici curiosamente alto per un paese anglosassone.**

FINANZIAMENTO E SPESA SANITARIA

Il finanziamento dell'assistenza sanitaria è per il 68% pubblico, per poco più del 32% privato (2007)[3](**Figura 3**), a sostenere una spesa totale in aumento costante - come negli altri Paesi industrializzati **Tabella 1**).

Figura 3. Fonti di finanziamento come percentuale della spesa sanitaria totale, 2007



Fonte: OECD Health Data, Nov 2009

Cliccare sul testo per ingrandirlo

Tabella 1. Trend nella spesa sanitaria (1995-2007)

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
% di spesa sanitaria in rapporto al PIL	7.4	7.6	8.0	8.4	8.5	8.7	8.9
% di spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL	4.9	5.1	5.5	5.6	5.6	5.8	6.0
% di spesa sanitaria privata in rapporto al PIL	2.5	2.5	2.5	2.8	2.9	2.9	2.9
Spesa sanitaria totale pro capite, US\$ a parità di potere d'acquisto	1.610	1.805	2.097	2.383	2.664	2.979	3.357

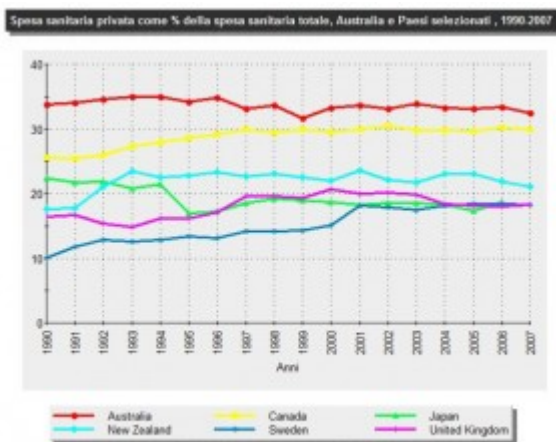
Fonte: OECD Health Data, Novembre 2009

Dal lato pubblico, gli acquirenti (*purchaser*) di servizi sanitari sono tanto il *Commonwealth* (46% della spesa totale), quanto i sei Stati e Territori e gli enti locali, Contee e Municipi (22%). Lo Stato federale raccoglie i fondi principalmente in due modi - la tassazione generale e una assicurazione sanitaria obbligatoria. Questo denaro confluisce nei tre capisaldi dell'assistenza sanitaria pubblica: l'assistenza primaria (fondo Medicare), gli ospedali pubblici e i farmaci. Gli Stati e gli enti locali ottengono fondi, invece, sia dal Commonwealth e sia da tasse proprie.

Il 32% di componente privata sulla spesa complessiva rappresenta **il dato più alto fra i Paesi di reddito pro-capite comparabile**[3](Figura 4). Circa la metà di questa spesa (18% della spesa totale) è rappresentata da pagamenti out-of-pocket di vario genere (soprattutto spese farmaceutiche e dentistiche) e buona parte del resto da premi delle

assicurazioni private, cui aderisce attualmente circa il 50% della popolazione (2008)[3] e che finanziano soprattutto l'assistenza negli ospedali privati.

Figura 4. Spesa sanitaria privata come % della spesa sanitaria totale, Australia e paesi selezionati. Anni 1999 2007



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

L'OFFERTA DI SERVIZI SANITARI

Gli unici servizi di esclusiva competenza statale sono quelli di sanità pubblica.

I **medici di medicina generale** (*general practitioners*) qui sono davvero *gatekeepers*, perché lo Stato rimborsa esclusivamente servizi richiesti tramite un medico di base, inclusi i consulti specialistici. Il pagamento è a prestazione in base a un tariffario (sistema *fee for service*), ma può avvenire in due modi: il medico può richiedere il pagamento direttamente a

Medicare, senza che il cittadino debba versare alcunché di tasca propria (sistemabulk-billing); oppure può farsi pagare dal cittadino, il quale a sua volta presenta il conto a Medicare.

Fra le procedure c'è però una differenza rilevante. Nel *bulk-billing*, infatti, il medico deve rispettare i tariffari Medicare, basati su una precedente negoziazione nazionale. Nel secondo caso, può chiedere tariffe superiori a quelle Medicare, e sarà il cittadino a pagare la differenza con una quota *out of pocket*.

Questo sistema di finanziamento è poco compatibile con quello degli altri servizi di assistenza primaria, che variano anche per statuto giuridico e istituzione di riferimento (**Tabella 2**). Questa disomogeneità rende **l'assistenza primaria assai frammentata** e solo raramente in grado di fornire servizi integrati fra loro e con quelli di tipo sociale. Non a caso, le iniziative di integrazione dei servizi primari di maggior successo sono quelle che hanno raccolto i vista di uno stesso scopo i fondi di tutti i livelli di governo, e hanno introdotto sistemi di comunicazione ad-hoc fra i vari operatori: fra gli esempi più significativi, il programma HACC (*Home and Community Care*, programma di assistenza domiciliare e di comunità rivolto a disabili e anziani fragili) e le 31 *Partnerships for Primary Care* sperimentate nello Stato di Victoria e poi diffuse altrove[4].

Tabella 2. Organizzazione dell'assistenza primaria in Australia

	Settore	Fonte dei finanziamenti	Metodo di pagamento	Tipo di budget
Studi di medicina generale	Privato	Commonwealth, con co-payment	Fee for service	Non limitato
Servizi di comunità	Pubblico o non governativo	Stati e Territori, senza co-payment	Stipendi	Limitato
Operatori sanitari non medici	Privato	Pagamenti del paziente, assicurazioni sanitarie private; in alcuni casi Commonwealth, con co-payment	Fee for service	Non limitato

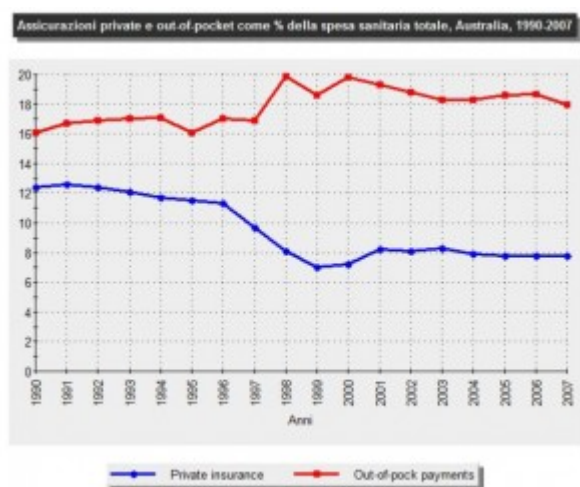
Servizi Sanitari per le Comunità Aborigene	Non governativo	Programmi specifici del Commonwealth e degli Stati, senza co-payment	Stipendi, ad eccezione del Fee For Service per i medici	Limitato per gli stipendi, non limitato per il fee-for-service
---	-----------------	--	---	--

Fonte: Davies GP et al. Integrated primary health care in Australia. International Journal of Integrated Care. 2009 Oct 14;9:e95.

Gli **ospedali** sono il principale terreno di competizione fra pubblico e privato. Il 70% dei posti letto è in ospedali pubblici, il 30% in ospedali privati[5], cui il cittadino può rivolgersi direttamente o tramite un'assicurazione. Negli ultimi vent'anni, nonostante la diminuita copertura assicurativa privata, **l'utilizzo degli ospedali privati è andato aumentando**, grazie soprattutto alla vertiginosa crescita dei servizi di day-hospital e day-surgery, più popolari degli omologhi forniti dagli ospedali pubblici[6].

La storia recente del finanziamento dei due principali provider di servizi chiarisce l'evoluzione della composizione della spesa privata negli ultimi vent'anni (**Figura 5**).

Figura 5. Assicurazioni private e out of pocket come % della spesa sanitaria globale, Australia. Anni 1990-2007



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Le spese out-of-pocket sono aumentate in modo imprevisto nella seconda metà degli anni '90, quando hanno sfiorato il **20% delle spese sanitarie totali (1998)**[3] superando le assicurazioni sul totale delle spesa sanitaria privata. Questo soprattutto perché la proporzione dei servizi di medicina generale pagati da Medicare senza quota out-of-pocket (cioè tramite il *bulk-billing*) aveva cominciato a scendere dall'80% del 1996 (nel 2003 avrebbe raggiunto il 68%). Il governo è intervenuto sin dal 1998 incentivando economicamente il ricorso al *bulk-billing*, tornato poi sopra il 75% entro il 2005. Ma anche il continuo aumento delle spese farmaceutiche ha reso difficile imbrigliare l'*out-of-pocket*, nonostante avanzati sistemi di contenimento della spesa: l'Australia è stato il primo paese a includere, nel 1993, la costo-efficacia fra i criteri di approvazione dei farmaci rimborsabili.

Di segno opposto la storia delle assicurazioni private. Dall'introduzione di Medicare, tanto la copertura assicurativa quanto le spese per le assicurazioni private erano scese costantemente, fino a toccare un minimo rispettivamente nel 1998 (30.6% della popolazione) e nel 1999 (solo il 7% della spesa sanitaria totale). Ma già dal 1997 era iniziata **una serie di interventi miranti ad aumentare il ricorso alle assicurazioni**, giustificati dall'intenzione di diminuire il carico di lavoro per gli ospedali pubblici o dalla difesa del "diritto alla libera scelta": la copertura è così tornata a salire fino all'attuale 50%[3]. Per raggiungere lo scopo si è provato di tutto: da incentivi e disincentivi fiscali all'obbligo di specificare chiaramente nei contratti assicurativi la quantità di spese non coperte e da pagare out-of-pocket (principale deterrente alla sottoscrizione di polizze).

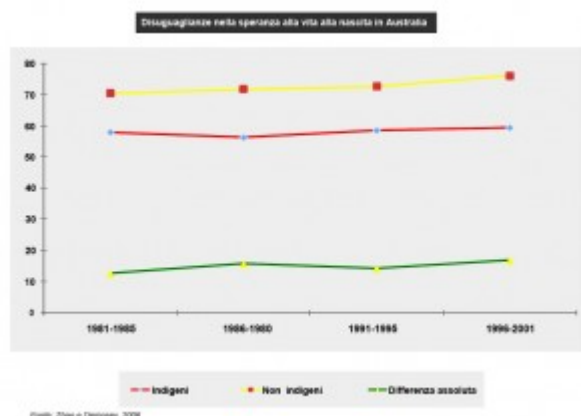
PROBLEMI APERTI - il ruolo dei privati e le riforme

La classe politica australiana è sempre stata favorevole alla presenza dei privati nella sanità, soprattutto durante i dieci anni di governo ininterrotto della coalizione liberale di Howard (1996 - 2007). **Eppure, la tensione fra l'assicurazione universale fondata sul fee-for-service e un vasto settore assicurativo privato rende il sistema "intrinsecamente instabile"**[7,8]. Se le misure a sostegno delle assicurazioni private sembrano aver contenuto le spese *out-of-pocket* senza far aumentare la quota privata della spesa, esse hanno gettato un'ombra sull'**equità e l'universalità**: nel 1998 si è arrivati a proporre addirittura di **rendere il ricorso a Medicare facoltativo**[7].

Eppure, in Australia, forse proprio per la molteplicità dei livelli di governo e i delicati equilibri di potere, **le riforme di vasta portata sono rare**. Del resto, sono in pochi ad invocarle[9,10]; le voci più autorevoli del mondo dei medici e della sanità pubblica, pur concordando su alcuni temi come l'eccessiva sovrapposizione di competenze fra i livelli di governo, si limitano a chiedere più investimenti in prevenzione primaria, governo clinico, gestione delle malattie croniche[11,12,13,14]. Anche il governo laburista al potere dal 2007 finora non ha fatto che prendere tempo, disponendo una serie di indagini conoscitive sulla performance del sistema[15,16], il cui risultato più promettente è la proposta di riunire le attività di assistenza primaria sotto un'unica istituzione e omogeneizzarne i sistemi di finanziamento, per superare definitivamente la loro frammentazione[4].

L'unico punto in grado di suscitare emozioni forti è ancora una volta l'**equità**: il mai risolto gap di salute fra la popolazione urbana e quella rurale e indigena è percepito come una grave macchia del sistema[17] (**Figura 6**), soprattutto in un contesto di persistente **carenza di personale medico** [18](**Tabella 3**) (**Figura 7**). **Tabella 3. Uno studio sulla disparità tra il fabbisogno e l'offerta di medici di medicina generale in Australia.**

Figura 6. Disuguaglianze nella speranza di vita alla nascita in Australia



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Tabella 3. Uno studio sulla disparità tra il fabbisogno e l'offerta di medici di medicina generale in Australia

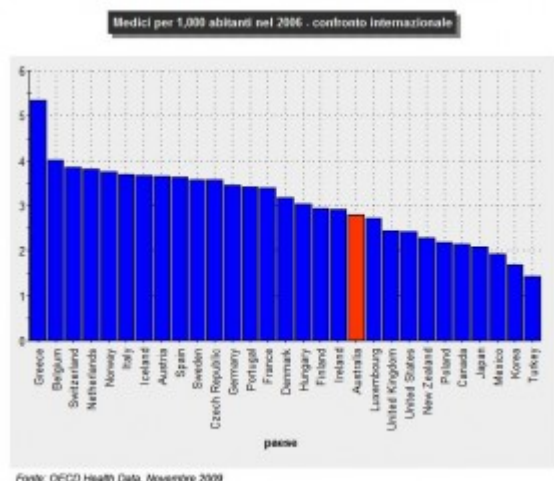
	Posti disponibili nel 2006	Numero di medici richiesto dal 2007 in poi*	
		Stima prudenziale	Stima non prudenziale
New South Wales a distretto di Canberra	206	449	461
Victoria	155	270	271
Queensland	124	209	258
Western Australia	58	110	133
South Australia	47	47	54
Tasmania	16	12	12
Territorio del Nord	20	8	11
TOTALE AUSTRALIA	626	1.105	1.200

*La stima della domanda si basa principalmente sulle carenze distributive nelle diverse aree

geografiche e sulle proiezioni del declino delle ore di lavoro giornaliere dei medici di medicina generale.

Fonte: Australian Medical Workforce Advisory Committee. The general practice workforce in Australia: supply and requirements to 2013. Summary of findings and recommendations. AMWAC Report 2005.2, Agosto 2005

Figura 7. Medici per 1000 abitanti nel 2006 - Confronto internazionale



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Bibliografia

1. CIA World Factbook - Australia. Novembre 2009.
2. Australian Institute of Health and Welfare (2004). Australia's health survey, Australia

- 1999: trends across the 1990s. Canberra, AIHW.
3. OECD Health Data, Novembre 2009.
 4. Davies GP, Perkins D, McDonald J, Williams A. Integrated primary health care in Australia. *International Journal of Integrated Care* 2009;9:e95.
 5. Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: Health system review. *Health Systems in Transition* 2006; 8(5): 1-158.
 6. Australian Institute of Health and Welfare (1998). *Australia's health 1998*. Canberra, AIHW.
 7. Hall J. Incremental change in the Australian health care system. *Health Affairs (Millwood)*. 1999; 18(3):95-110.
 8. Van Doorslaer E, Clarke P, Savage E, Hall J. Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system. *Health Policy* 2008; 86: 97-108.
 9. Menadue J. [Obstacles to health reform](#). Sydney: Centre for Policy Development, 2007. Ultimo accesso Dicembre 2009.
 10. Brooks P, Ellis N. [Workforce reform: rising to the challenge](#). Sydney: Centre for Policy Development, 2007. Ultimo accesso Dicembre 2009.
 11. Van Der Weyden MB. It's time for change and resolve. *Medical Journal of Australia* 2007;187(11-12):607-8.
 12. Stoelwinder JU. Final report of the National Health and Hospitals Reform Commission: will we get the health care governance reform we need? *Medical Journal of Australia* 2009;191(7):387-8.
 13. Duckett SJ. The Australian health care system: reform, repair or replace? *Australian Health Review* 2008;32(2):322-9.
 14. Duckett SJ. Are we ready for the next big thing? *Medical Journal of Australia* 2009; 190(12):687-8.
 15. Van Der Weyden MB. Sustaining health reform. *Medical Journal of Australia* 2008; 189(1):3-4
 16. Van Der Weyden MB. Reforming Australian health care. *Medical Journal of Australia* 2009;191(7):367
 17. Anderson IP. Closing the indigenous health gap. *Australian Family Physician* 2008;37(12):983, 1001.
 18. Gorman DF, Brooks PM. On solutions to the shortage of doctors in Australia and New Zealand. *Medical Journal of Australia* 2009;190(3):152-6.