



Guglielmo Riva

I risultati di una ricerca in Ghana, Sudafrica e Tanzania sui meccanismi di finanziamento della sanità in funzione della loro idoneità a promuovere la copertura universale dei sistemi sanitari e sulla distribuzione delle prestazioni sanitarie tra le diverse fasce di reddito della popolazione.

Un articolo di *The Lancet* (vedi **Risorsa**) illustra i risultati di una ricerca in Ghana, Sudafrica e Tanzania sui meccanismi di finanziamento della sanità in funzione della loro idoneità a promuovere la copertura universale dei sistemi sanitari e nel contempo esamina la distribuzione delle prestazioni sanitarie tra le diverse fasce di reddito della popolazione. La scelta dei Paesi è stata motivata da caratteristiche comuni: recenti riforme dei sistemi sanitari miranti alla copertura universale dei servizi, esistenza di schemi di assicurazione malattie, pluralità di operatori sanitari con significativa partecipazione del settore privato. [Leggi i post di Salute Internazionale, per ulteriori informazioni sulle riforme di [Ghana](#) e [Sudafrica](#).]

I dati per l'indagine sulla progressività del finanziamento in sanità e sulle spese mediche catastrofiche derivano da inchieste ad hoc sui consumi delle famiglie effettuati nei tre Paesi nel 2008, opportunamente triangolati con i dati provenienti dal fisco sul gettito di diversi tipi di imposte (dirette o indirette). Comparando il contributo complessivo per la sanità con il livello socio economico delle famiglie, **il finanziamento delle sanità si definisce progressivo quando l'onere a carico delle famiglie meno abbienti è inferiore, in percentuale, a quello delle degli strati più ricchi** e regressivo quando il contributo per il finanziamento della sanità a carico delle famiglie meno abbienti supera, in percentuale, quello degli strati più abbienti[1].

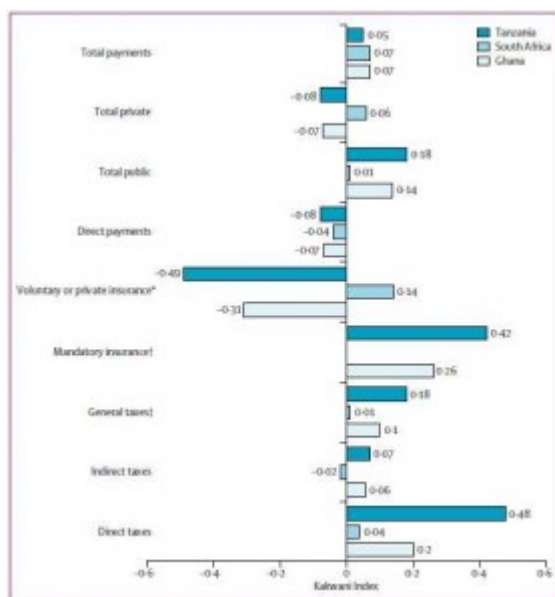
Per **spesa medica catastrofica** si intende il pagamento diretto di prestazioni sanitarie il cui valore supera il 40 % del reddito delle famiglie non destinato a consumo di alimenti. Sempre dalle inchieste sui consumi delle famiglie si è quantificato l'utilizzo dei servizi

sanitari in funzione del reddito definendo **a favore dei poveri** una distribuzione di prestazioni nella quale gli strati poveri della popolazione ricevono maggiori benefici di quelli ricchi mentre si definisce **a favore dei ricchi**, una distribuzione di prestazioni che concentra i benefici nelle fasce più abbienti della popolazione. Si è svolta altresì un'indagine qualitativa su temi relativi all'accesso ai servizi: disponibilità, accettabilità e loro compatibilità con il livello socio economico degli utenti.

Tra i risultati di maggior rilievo dello studio si citano i seguenti:

- La tassazione diretta è progressiva nei tre Paesi mentre la tassazione indiretta è regressiva in Sudafrica ma progressiva in Tanzania e Ghana. Il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie è regressivo nei tre Paesi. Il finanziamento del settore privato e dell'assicurazione privata sono regressivi in Ghana e Tanzania ma progressivi in Sudafrica. Si notano differenze nel grado di progressività/regressività dei diversi meccanismi di finanziamento nei singoli Paesi e tra i Paesi esaminati che si rendono evidenti con l'Indice di Kakwani[2] (vedi **Figura 1**)

Figura 1. Indice di Kakwani per fonti di finanziamento in Tanzania, Sudafrica e Ghana. L'indice negativo segnala meccanismi di finanziamento regressivi mentre l'indice positivo segnala meccanismi progressivi



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

- **Spese catastrofiche** per le cure mediche hanno ridotto in povertà 350.000 persone in Ghana (1.59% della popolazione), 215.000 persone in Sudafrica (0.045 % della popolazione) e 137.000 persone in Tanzania (0.37 % della popolazione)
- **La concentrazione delle prestazioni sanitarie è a favore della popolazione ricca nei tre Paesi e, in particolare in Sudafrica.** Nel caso della Tanzania il divario tra popolazione ricca e gli strati meno abbienti è modesto per effetto di una omogenea distribuzione delle prestazioni del settore pubblico e del privato non profit, mentre le prestazioni del settore privato for profit, la cui espansione è stata limitata, sono nettamente a favore dei ricchi. In Ghana e Sudafrica le prestazioni del settore pubblico sono a favore dei ricchi e quelle del settore privato lo sono in misura maggiore
- La limitazione di accesso per la popolazione meno abbiente e la squilibrata espansione della rete sanitaria ostacolano fortemente l'utilizzo dei servizi da parte delle popolazioni meno abbienti. Lo studio ha infatti evidenziato: a) **problemi di accesso** (distanza dei presidi sanitari, scarsità di mezzi di trasporto, scarsa dotazione di materiali e farmaci, scarsa qualificazione degli operatori sanitari nella rete di assistenza di base); b) **oneri eccessivi** (incapacità di pagare il premio assicurativo, alte spese in caso di emergenze, incapacità di dimostrare diritto all'esenzione dalle

spese mediche); c) **problemi di accettabilità** (scarsa confidenza nella competenza degli operatori sanitari, atteggiamenti autoritari e offensivi del personale sanitario). Tali problemi sono stati riportati sia per le istituzioni del settore pubblico sia per quelle del settore privato

I principali commenti degli autori sui risultati dello studio e il confronto con studi realizzati in altri Paesi dimostrano che:

1. Il carattere regressivo della tassazione indiretta evidenziato in Sudafrica è riportato anche in alcuni Paesi a reddito medio e alto dell'Asia[3,4]. Gli studi realizzati suggeriscono che la tassazione indiretta è regressiva nei Paesi a reddito medio e alto per il maggior consumo di beni sottoposti a tale imposta da parte delle fasce meno abbienti. Tali livelli di consumo non si verificano attualmente nei Paesi a basso reddito dell'Africa Sub Sahariana.
2. La creazione e l'espansione di schemi assicurativi in Africa, motivata dall'alta frequenza del pagamento diretto della prestazioni, si prefigge di ridurre le spese catastrofiche per l'assistenza sanitaria. Si è tuttavia evidenziato che il finanziamento mediante schemi assicurativi è progressivo per i lavoratori del sistema formale dell'economia mentre, per il sistema informale, il finanziamento tramite schemi assicurativi volontari o comunitari ha caratteristiche regressive. Questa constatazione potrebbe suggerire l'impiego di altri meccanismi di finanziamento quali la tassazione indiretta (es: IVA, accise sui carburanti, tasse di importazione sui beni di lusso, tasse su alcool e tabacco) per migliorare la protezione finanziaria dei lavoratori del settore informale nei Paesi a basso reddito.

Lo studio ha esaminato non solo l'equità nell'accesso ai servizi ma anche l'equità di diversi modi di finanziamento dei sistemi sanitari, fornendo contributi su aspetti rilevanti del dibattito sulla copertura universale e segnalando rischi quali la segmentazione delle popolazione secondo i diversi meccanismi di finanziamento della sanità in assenza di un accettabile grado di sussidiarietà tra diversi programmi di assistenza.

Lo studio afferma altresì l'esigenza preliminare rimuovere le barriere che limitano l'accesso all'assistenza sanitaria per le fasce meno abbienti delle popolazione per affermare un principio della copertura universale: **finanziamento secondo la disponibilità; benefici secondo il bisogno.**

Il dibattito sulla copertura universale dei sistemi sanitari non può infine essere limitato all'esame delle modalità di finanziamento ed utilizzazione dei servizi ma deve necessariamente comprendere gli aspetti relativi alla gestione di fondi per acquisizione di

beni e servizi specie in contesti caratterizzati da una molteplicità di operatori. Infatti, M. Chan afferma nel suo messaggio nel Rapporto sulla Salute del Mondo 2010 che la priorità per le riforme dei sistemi sanitari è l'incremento dell'efficienza considerando che una quota stimata tra il 20 e il 40 % della spesa sanitaria è sprecata.

Guglielmo Riva, Medico di sanità pubblica

Risorsa

Anne Mills, John E Ataguba, James Akazili, et al. [Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage](#) [free fulltext con login].DOI:10.1016/S0140-6736(12)60357-2

Bibliografia

1. O'Donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, DC: World Bank, 2008.
2. Kakwani NC. Measurement of tax progressivity: an international comparison. Econ J 1977; **87**: 71-80.
3. O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, et al. Who pays for health care in Asia? J Health Econ 2008; **27**: 460-75.
4. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. J Health Econ 1999; **18**: 263-90.