

Sistemi sanitari a confronto

Federico Toth

Università di Bologna

Sette modelli

1. Il mercato diretto
2. L'assicurazione volontaria
3. I programmi “residuali”
4. L'assicurazione sociale di malattia (ASM)
5. L'assicurazione nazionale obbligatoria
6. Il sistema universalistico *single-payer*
7. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

1. Il mercato diretto

Mercato *semplice* o *diretto*. I *fornitori* – ossia tutti i soggetti che erogano prestazioni sanitarie, quindi ospedali, ambulatori, professionisti sanitari, etc. – e *fruitori* di servizi sanitari interagiscono senza la mediazione di soggetti terzi.

In tale sistema non esistono quindi soggetti che svolgano il ruolo di assicuratori.

I fornitori sono liberi di fissare il **prezzo** delle proprie prestazioni.

E gli utenti, ogni volta che usufruiscono di una prestazione, corrispondono la relativa tariffa direttamente al fornitore, pagando di tasca propria.

2. L'assicurazione volontaria

I cittadini decidono liberamente se sottoscrivere o meno una polizza sanitaria presso una compagnia di assicurazioni privata.

I **premi** assicurativi sono generalmente calcolati sul rischio individuale (*risk rated*).

Lo Stato si limita alla regolazione del mercato assicurativo.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie è affidata a fornitori indipendenti dalle compagnie di assicurazioni, che queste ultime si limitano a rimborsare.

Assicurazione volontaria risk rated

UCLA 2008 - Health Care Plus

Scholar's age	Scholar only	Wife	Single Child	Two or More Children
Age 18-29	\$205	\$427	\$197	\$395
Age 30-39	\$260	\$550	\$197	\$395
Age 40-49	\$387	\$545	\$197	\$395
Age 50-64	\$635	\$575	\$197	\$395
Age 65+	\$950	\$860	\$197	\$395

All rates shown are monthly rates. Health Care Plus does not cover preventive care, vision care or dental care

3. I programmi “residuali”

Vengono qui definiti *residuali* quei programmi, finanziati dalla **fiscaltà generale**, destinati a particolari target della popolazione.

I beneficiari di tali programmi sono generalmente le categorie più esposte ai rischi di malattia: i cittadini a basso reddito, gli anziani, i minori, coloro che sono affetti da gravi patologie, i carcerati, i rifugiati.

In diversi paesi esistono programmi residuali non solo per le “fasce deboli” della popolazione, ma anche per alcune categorie professionali considerate particolarmente meritevoli di tutela da parte dello Stato, come i militari o i dipendenti pubblici.

Stati Uniti

I programmi pubblici

Medicare - Destinato agli over 65.

Medicaid - Destinato a disabili e fasce più povere.

Schip (State Children's Health Insurance Program) - Destinato ai minorenni.

Altri programmi pubblici destinati a: veterani, personale militare, dipendenti federali, nativi americani e dell'Alaska, carcerati, malati AIDS. Nel complesso, i programmi pubblici coprono il 37% della popolazione americana.



4. L'assicurazione sociale di malattia (mod. Bismarck)

Il modello dell'assicurazione sociale di malattia (ASM) si fonda sul principio in base al quale il governo obbliga alcune categorie di lavoratori a sottoscrivere una polizza sanitaria.

A fungere da assicuratore non è direttamente lo Stato, bensì una pluralità di casse di malattia no profit, che raccolgono i **contributi** dei lavoratori su base categoriale. I contributi sono *group-rated*.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie è affidata a fornitori indipendenti dalle casse di malattia.

Francia

A partire dalla riforma del 2000 (*Coverture Maladie Universelle, CMU*) tutta la popolazione francese ha una copertura sanitaria di base.

Pacchetto base. Pluralità di casse di malattia ad iscrizione obbligatoria. Finanziate in parte dalle tasse e in parte dai contributi dei lavoratori.

87% della popolazione è iscritta alla CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance des Travailleurs Salariés).

6% alla MSA (Mutualità lavoratori agricoli); cassa dei lavoratori autonomi, dipendenti statali, ferrovieri, etc.

Il 7% della popolazione (che non è in grado di versare i contributi) è coperto dallo schema CMU (residuale). Lo schema CMU copre sia il pacchetto base sia le cure supplementari.



Francia

I servizi – anche quelli coperti dal pacchetto base – non sono gratuiti. *Ticket modérateur*.

Co-sharing a carico del paziente:

20% ricoveri ospedalieri

30% visite dal medico di base

30% cure dentarie, trasporti, farmaci.

Assicurazione supplementare. Il 92% dei francesi acquista una polizza supplementare (mutuelles e compagnie privato).

Ospedali: 67% pubblici; 25% no profit; 8% privati for profit
Gatekeeping non obbligatorio, ma incentivato.

5. L'assicurazione nazionale

Lo Stato obbliga tutti i residenti a sottoscrivere una copertura assicurativa che copra tutte le cure ritenute essenziali.

I cittadini possono acquistare la propria polizza (pagando il rispettivo **premio**) presso una pluralità di assicurazioni, for profit e no profit. Non esiste uno schema unico cui versare i contributi.

Sono generalmente previsti sussidi governativi per i cittadini a basso reddito.

Le assicurazioni sono soggette a una stretta regolazione per evitare fenomeni di 'cream skinning'.

Svizzera

A partire dal 1996 tutti i residenti in Svizzera devono avere un'assicurazione sanitaria di base.

L'assicurazione di base è offerta da oltre 80 assicurazioni private (for profit e no profit). Alle assicurazioni non è consentito di fare profitti sul pacchetto base.

Le assicurazioni non possono rifiutare alcun iscritto, e i premi devono essere calcolati su base regionale e in base alla categoria d'età (a prescindere dal genere e dallo stato di salute del singolo iscritto). Esiste un sistema di perequazione tra le diverse assicurazioni.

Il premio individuale varia da € 2.200 a € 5.500. Lo Stato fornisce sussidi legati al reddito per coprire il costo dell'assicurazione obbligatoria. Il 30% dei residenti riceve un sussidio pubblico.

Ospedali: mix di pubblico e privato. No gatekeeping



6. Il sistema universalistico *single-payer*

Si definisce universalistico uno schema *single-payer* (quindi unico per l'intera popolazione) che copra tutti i residenti e che sia finanziato dalla **fiscaltà generale**.

Il sistema *universalistico* si distingue per il fatto che il diritto alle cure sanitarie non è legato al versamento di premi o di contributi, ma alla residenza nel paese.

Il sistema universalistico *single-payer* non eroga direttamente le prestazioni sanitarie ai propri assistiti, ma si serve di providers autonomi (a differenza del Servizio Sanitario Nazionale).

Canada

Il Canada ha uno schema sanitario pubblico chiamato *Medicare*: è amministrato su base provinciale e copre l'intera popolazione. L'erogazione dei servizi è affidata a strutture indipendenti e a personale sanitario non dipendente da Medicare.



Gli ospedali sono in parte pubblici e in parte privati (soprattutto no profit). La maggior parte degli ospedali è gestita da ordini religiosi, università, comuni.

Il 67% dei canadesi acquista una polizza privata aggiuntiva per coprire le prestazioni – come le cure dentarie - non incluse nel pacchetto Medicare. .

7. Il Servizio sanitario nazionale (mod. Beveridge)

Per servizio sanitario nazionale (SSN) s'intende un sistema pubblico, finanziato dalla fiscalità generale, che garantisce a tutti i cittadini un'ampia gamma di prestazioni sanitarie gratuite o semi-gratuite, e che eroga la maggior parte delle prestazioni direttamente, tramite proprie strutture e proprio personale stipendiato.

Svezia



In Svezia opera un servizio sanitario nazionale, finanziato attraverso la fiscalità generale. Il sistema pubblico copre l'intera popolazione.

La maggior parte delle cure viene erogata da strutture pubbliche appartenenti al SSN. Una minoranza delle cure specialistiche viene fornita da strutture ospedaliere privato convenzionate con il SSN.

Il 16% della spesa sanitaria è *out-of-pocket*. Esistono ticket per le visite dal medico di base, le visite specialistiche, gli accessi al PS e i ricoveri ospedalieri.

Gruppi di cure primarie. Non esiste un sistema formale di *gatekeeping* (obbligatorio solo per alcune prestazioni specialistiche)

I Medical Savings Accounts: un ottavo modello?

I Medical Savings Accounts (MSA) sono conti di deposito individuali in cui i lavoratori versano periodicamente un importo fisso o una percentuale dello stipendio. Trattamento fiscale agevolato.

Le riserve accumulate su tali conti possono essere utilizzate esclusivamente per rimborsare spese sanitarie. Il titolare di un MSA può attingere al conto solo per pagare cure di cui ha usufruito personalmente o di cui ha beneficiato un familiare. Alla fine dell'anno, i **risparmi** non utilizzati sono remunerati con un tasso di interesse, e accumulati in previsione degli anni a venire.

Medisave a Singapore

Medisave è uno schema di risparmio obbligatorio gestito dell'ente pensionistico di Singapore.

All'interno di questo schema, ogni lavoratore dipendente versa dal 7% al 9% del proprio stipendio mensile in un conto personale.

Il “libretto di risparmio” obbligatorio serve a coprire futuri bisogni di assistenza socio-sanitaria (ricoveri ospedalieri, day surgery, alcune spese in outpatient, malattie croniche), specialmente dopo la pensione.

I risparmi Medisave sono trasferibili solo al coniuge, ai figli e ai genitori.



Modelli a confronto

	<i>Assicuratore pubblico o privato?</i>	<i>obbligatorio o volontario?</i>	<i>multi-payer o single payer?</i>	<i>Calcolo del contributo</i>
Assicurazione volontaria	privato	volontario	Multi-payer	Premi risk-rated
Programmi residuali	pubblico	obbligatorio	Multi-payer	Fiscalità generale
Assicurazione sociale di malattia	privato no profit	obbligatorio solo per certe categorie	Multi-payer	Contributi group-rated
Assicurazione nazionale obbligatoria	privato	obbligatorio (intera popolazione)	Multi-payer	Premi (group-rated)
Universalistico	pubblico	obbligatorio (intera popolazione)	Single payer	Fiscalità generale

I sistemi sanitari in 24 paesi OCSE

	Modello prevalente	Altri modelli utilizzati
USA	AV e progr. residuali	Mercato
Austria, Belgio, Lussemburgo	ASM	Mercato e AV
Francia, Germania, Giappone, Turchia	ASM	AV, mercato e progr. residuali
Svizzera	Assicuraz. nazionale	Mercato e AV
Paesi Bassi	Assicuraz nazionale e univers. single-payer	AV, mercato e progr. residuali
Australia e Canada	Univers. single-payer	Mercato e AV
Danimarca, Finlandia, Irlanda, Islanda, Italia , Norvegia, Nuova Zelanda, Regno Unito, Svezia,	SSN	Mercato e AV
Portogallo e Spagna	SSN	ASM, mercato e AV
Grecia	ASM, SSN e mercato	AV