

SISTEMI SANITARI A CONFRONTO

Efficacia, costi e qualità percepita

ALBERTO DONZELLI

Dirigente Sanitario Azienda USL, Milano

Quando si mette mano a una trasformazione istituzionale e organizzativa come quella che sta interessando la Sanità italiana, sarebbe buona norma procedere con metodo scientifico, raccogliendo informazioni sui risultati pro-

dotti dai modelli organizzativi adottati dai diversi paesi, per trarne utili insegnamenti ai fini delle decisioni da assumere, senza lasciare molto spazio a "mode" e pregiudizi.

Dall'analisi dei dati disponibili a livel-

lo internazionale (data base Sanità 1996 dell'OCSE) emerge prima di tutto l'evidenza di un minor costo e di una maggiore efficacia dei Servizi Sanitari di tipo statale rispetto a quelli di tipo privato (Figura 1).

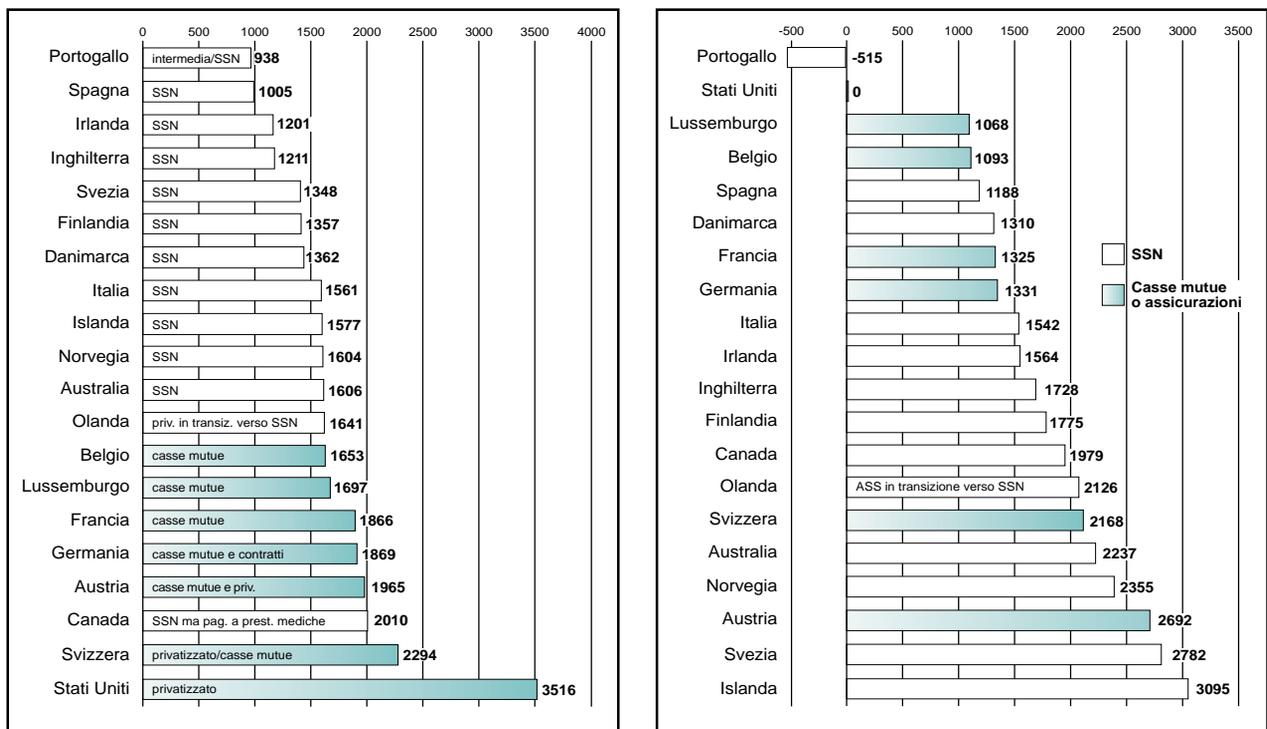


Figura 1. Confronto tra spesa sanitaria totale pro capite (parificando il potere d'acquisto delle monete in PPPS) ed efficacia (valutata come anni di vita guadagnati ogni 100.000 abitanti per cause sanitarie*) a seconda che l'assistenza sia basata sul SSN o su sistemi assicurativi mutualistici o privatistici. Per entrambi i parametri le differenze sono evidenti: i paesi a SSN costano di meno (in media 1398 PPPS contro 2123 PPPS) e sono più efficaci (5 su 7 paesi con sistemi assicurativi si situano nella parte bassa della scala). Solo il Portogallo è peggiore degli Stati Uniti per ciò che riguarda l'efficacia, ma ha la spesa pro capite più bassa di tutti. *Tale parametro è il reciproco della "mortalità evitabile" relativa a un elenco di cause di morte che con un buon funzionamento del sistema sanitario potrebbero essere evitate prima dei 70 anni.

La formula del Servizio Sanitario Nazionale garantisce ai paesi che l'hanno adottata risultati nel complesso migliori rispetto ai sistemi basati sulle Casse Mutue o su Assicurazioni *for profit*, sotto il profilo non solo dell'equità e della solidarietà, come correntemente si ammette, ma anche dell'efficacia, della sicurezza, della macroefficienza e dei costi.

Un elemento inatteso è che ciò vale anche per la parte economicamente più abbiente della popolazione. Anzi, per quanto riguarda i costi, si può dire che la maggiore convenienza relativa ad avere un SSN ce l'hanno proprio i ceti medi e medio-alti.

I paesi con Casse Mutue o Assicurazioni *for profit* tendono a destinare alla Sanità una quota maggiore, o molto maggiore, del proprio prodotto interno lordo (PIL), a scapito della sua destinazione ad altri settori. Però la popolazione di tali paesi non ne trae affatto maggiori vantaggi in termini di salute, e a beneficiare di ciò sembra essere soprattutto chi opera nel campo della sanità o in settori ad essa collegati (Tabella I).

Una percentuale di spesa pubblica relativamente elevata (tra il 75 e l'85%) rispetto al totale della spesa sanitaria sembra costituire un fattore favorevole indipendente sia ai fini del contenimento in valore assoluto della spesa sanitaria totale sia, paradossalmente, della stessa spesa sanitaria pubblica.

Se ne potrebbe dedurre che la spesa sanitaria pubblica italiana, diminuita nel '95 al 70% della spesa sanitaria totale, è scesa troppo oltre il punto di equilibrio ottimale, e questo potrebbe preludere a una indesiderata crescita delle spese.

Per il Sistema sanitario italiano (e non solo quello) le "robuste iniezioni di privato" (intese come concorrenza tra erogatori privati e pubblici in un mercato misto) invocate come rimedio per l'inefficienza e contro la crescita della spesa sanitaria non hanno ragionevoli probabilità di portare agli effetti proclamati.

Al contrario, le informazioni basate sui dati fanno prevedere come conseguenza una probabile diminuzione rela-

SPESA SANITARIA PUBBLICA NEI PAESI A SANITÀ " PRIVATIZZATA " E IN ITALIA

	Spesa sanitaria totale pro-capite (1994) in PPP\$	Spesa sanitaria pubblica come % del totale (1994)	Spesa sanitaria pubblica in PPP\$
USA	3516	44,3%	1559
Svizzera	2294	71,8%	1648
Italia	1561	70,0%	1101

Tabella I. I paesi a Sanità Privata (USA, Svizzera) spendono in assoluto (PPP\$) molto di più dei paesi a SSN (Italia). Paradossalmente anche la spesa erogata dallo Stato è in questi paesi in assoluto (PPP\$) più alta che nei paesi a servizio pubblico.

tiva dell'efficacia delle cure, e una pressoché certa espansione dei costi, destinata a incidere sulla spesa sanitaria privata delle famiglie non meno che sulla spesa sanitaria pubblica, con un paradossale aumento delle tasse, a carico soprattutto dei ceti medi.

Per aumentare l'efficienza e controllare i costi sembrerebbe invece più funzionale puntare anzitutto su una chiara e coerente competizione tra sistemi aziendali pubblici.

Un modello tipico di "competizione pubblica" sarebbe il seguente: l'Azienda USL viene pagata a quota capitaria fortemente ponderata per età (cioè gli anziani, che costano di più al sistema sanitario, comportano per l'USL una quota capitaria più elevata rispetto agli adulti) in funzione del numero dei residenti. Se un suo assistito riceve per propria libera scelta una prestazione presso un'altra USL o presso un ospedale Azienda o presso il privato accreditato, a tali erogatori la USL di residenza è tenuta a pagare la tariffa corrispondente alla prestazione erogata. Questo meccanismo penalizza la USL che non ha saputo soddisfare sul posto la domanda di salute dei propri assistiti, decurtandole il budget, e la induce ad attivarsi per risolvere prontamente i propri problemi interni di qualità. Di fatto questa cosiddetta "public competition", con il privato in funzione integrativa, è la formula adottata in paesi nordici che vantano eccellenti successi in campo sanitario.

Il Pagamento a prestazione (anche nella forma più evoluta dei DRG) sembra piuttosto correlato con una minore efficacia ed efficienza complessiva dei sistemi che lo adottano, e con una notevole espansione dei costi.

Ciò accade per l'aumento dei costi amministrativi di transazione, di imputazione delle tariffe e di controllo, e per l'aumento dei comportamenti opportunistici degli erogatori, sia sul versante della fatturazione che dell'erogazione di prestazioni non necessarie ma convenienti, di cui tale sistema di finanziamento induce la proliferazione.

Lo scorporo dalle USL di tutti gli ospedali, che comporta un pagamento a prestazione generalizzato di questi ultimi, non dovrebbe pertanto portare nell'insieme effetti favorevoli.

E questo è quanto è accaduto per la spesa sanitaria britannica, che ha subito un'impennata dopo la riforma del 1990, che ha separato gli Ospedali (erogatori) dai Distretti (acquirenti), assimilabili alle nostre USL, e che ha costretto il Governo a rimediare, mettendo un freno all'espansione del mercato misto (infatti nel Regno Unito non solo le Assicurazioni non hanno trovato spazio in sanità, ma anche gli erogatori e la loro gestione sono rimasti largamente in mano al Pubblico), e a interrompere il turbinoso spostamento dei contratti: si è tornati infatti a teorizzare partnership di lunga durata che "integrino" acquirenti e produttori (e perché allora affrontare i costi patrimoniali e umani di una separazione tra acquirenti ed erogatori se poi si conviene che bisogna ritornare a integrarli?). Questo dovrebbe avvenire, pur tenendo per gli stessi presidi una contabilità separata, come è buona norma fare - per fini valutativi - per ogni importante centro di costo, ed effettuare un calcolo dei DRG a uso interno di verifica, di dibattito e conseguenti provvedimenti interni.

La grande maggioranza dei presidi ospedalieri, e quelli pubblici in parti-

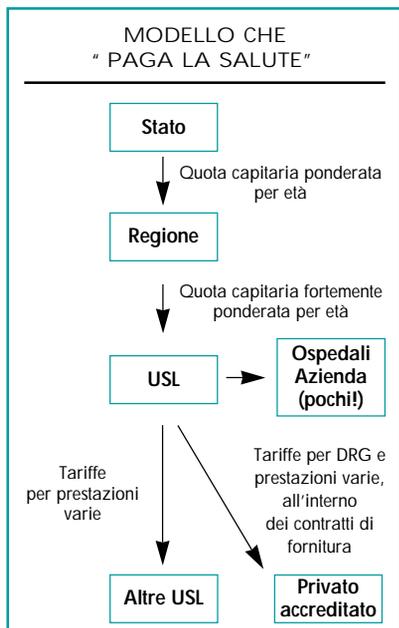


Figura 2

colare, dovrebbe essere mantenuta integrata all'interno delle Aziende USL, da finanziare globalmente in base alla quota capitaria ponderata per i cittadini residenti. Alle Aziende USL dovrà essere riconosciuta la facoltà di remunerare i presidi direttamente gestiti nel modo che le USL stesse ritengono più funzionale, in piena coerenza con i principi costitutivi dell'autonomia aziendale.

Ci sono crescenti indicazioni a livello internazionale della superiorità di un modello organizzativo che "paga la salute", e che crea tra l'altro le condizioni perché qualsiasi cittadino possa affidarsi alla sanità con piena fiducia, dato che l'interesse del sistema e degli operatori è fatto coincidere con gli interessi di salute della comunità di assistiti, e perché chi lavora nel Servizio Sanitario possa conciliare l'etica e l'integrità con i propri interessi materiali, contrariamente a quanto accade nel sistema che "paga la malattia".

Il fatto che Ospedale e Territorio costituiscano un'unica Azienda integrata fa sì che anche gli obiettivi di chi lavora in Ospedale risultino allineati con quelli dell'ottimizzazione della salute della comunità dei cittadini, caratteristici di un'Azienda USL (modello che

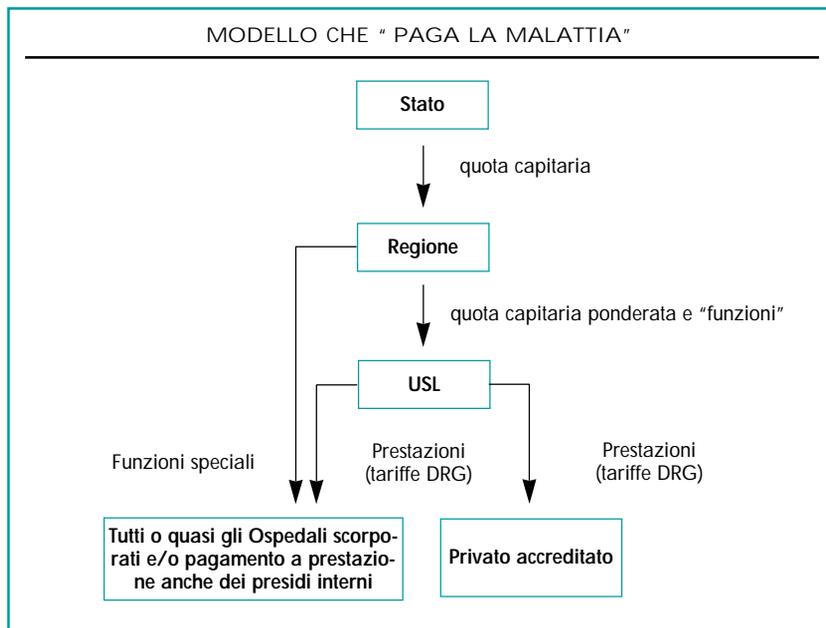


Figura 3

"paga la salute", Figura 2). Se invece gli Ospedali dovessero essere pagati tutti in base ai DRG, i loro obiettivi cesserebbero di essere allineati con la salute, e il loro interesse sarebbe di trovare (o "inventare") le malattie remunerate con le tariffe più convenienti (modello che "paga la malattia", Figura 3). Resta inteso che il modello storico di finanziamento (Figura 4) va comunque superato in quanto statico e deresponsabilizzante.

Si ipotizza che un'attenzione molto maggiore alla "qualità percepita" e ai bisogni espressi e latenti del cliente-assistito possa essere conseguita attivando anzitutto una sana competizione tra sistemi aziendali pubblici, responsabilizzati nei confronti dei residenti, facendo in modo che il denaro con il potere corrispondente segue (figurativamente) l'assistito nelle sue libere scelte del luogo di cura.

Per finire, dall'analisi dei sistemi sanitari sembra che il più grave difetto dei SSN (che si rivela peraltro ancora più esasperato nel sistema privatizzato degli USA) sia l'insufficiente soddisfazione degli assistiti.

E in secondo luogo attivando opportuni strumenti interni a un'organizzazio-

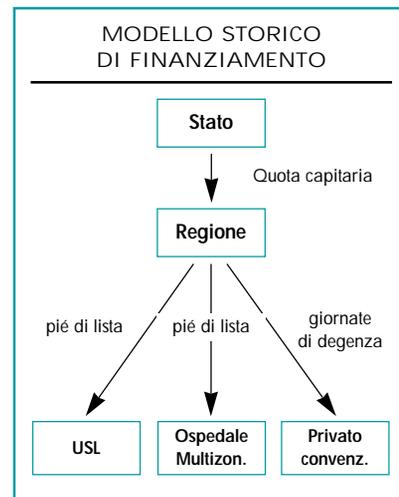


Figura 4

ne sanitaria pubblica (incentivi per risultato in termini di salute e soddisfazione e non per prestazione, formazione di tutto il personale allo sviluppo della qualità totale, applicazione della carta dei servizi sanitari, marketing sociale, strategie informative ed educative per dare un maggior potere al consumatore) senza dover rinunciare agli altri vantaggi sostanziali che un SSN garantisce.

