

**Il contesto europeo del nuovo Patto per la salute
Adeguamenti, riforme e sistemi di classificazione
dei sistemi sanitari in Europa**

di Filippo Palumbo

ALLEGATO 1

CLASSIFICAZIONE DEI SISTEMI SANITARI IN EUROPA: CRITERI SISTEMATICI

1.Lo studio europeo.

Tale studio (specificamente citato nel testo)) fa riferimento a tre categorie di fattori : a) tipo di finanziamento e tipo di erogatori; b) entità del ricorso a meccanismi di mercato per regolare domanda e offerta in campo sanitario; c) tipologia e modalità di governo e gestione della rete ospedaliera

1.1. La classificazione in base al tipo di finanziamento.

Si tratta del sistema classificatorio più conosciuto, che prevede tre modelli di sistema sanitario: il sistema pubblico universalistico (Modello Beveridge), il sistema basato sulle assicurazioni obbligatorie (Modello Bismarck), il sistema in cui l'assistenza sanitaria è a carico dell'assistito o di assicurazioni private nonché di forme comunque complementari di intervento pubblico (Modello Misto), Sono ampiamente conosciuti e per essi si rinvia direttamente alla tabella 1A, che specifica anche la posizione di ogni singolo Paese europeo rispetto ai tre tipi di sistema.

TABELLA 1

**Classificazione dei sistemi sanitari in base al tipo di finanziamento e
posizionamento dei singoli Paesi europei**

Modello Beveridge	Finanziamento pubblico basato sulla fiscalità generale, con copertura universale : SSN	Cipro, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Lettonia, Malta, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito
Modello Bismarck	Finanziamento basato sui contributi obbligatori (generalmente dai datori di lavoro e dai lavoratori): Sistema di assicurazione sanitaria e sociale	Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia Ungheria
Modello misto	Finanziamento prevalentemente privato basato su assicurazioni volontarie e/o pagamenti diretti : Sistema di assicurazione sanitaria privata.	Austria, Bulgaria, Grecia

1.2. La classificazione dei sistemi sanitari in base all'entità del ricorso a meccanismi di mercato per regolare domanda e offerta in campo sanitario

Qui per la classificazione si fa prevalentemente riferimento all'ampiezza del ricorso dei sistemi sanitari ai meccanismi di mercato per la regolazione della domanda e dell'offerta di prestazioni/servizi sanitari, come riportato in tabella 2

TABELLA 2

Classificazione dei sistemi sanitari in base all'entità del ricorso a meccanismi di mercato per regolare domanda e offerta in campo sanitario e posizionamento dei singoli Paesi europei

Gruppo 1	Paesi che ricorrono in larga misura ai meccanismi di mercato sia per la regolamentazione della copertura assicurativa che per l'erogazione dei servizi, con la conseguenza che i fornitori privati rivestono un ruolo importante nell'assistenza sanitaria.	Germania, Paesi Bassi, Slovacchia
Gruppo 2	Paesi con una copertura assicurativa di base e un ampio ricorso ai meccanismi di mercato per l'erogazione dei servizi. I fornitori privati continuano quindi a rivestire un ruolo importante. <i>I servizi non previsti dal pacchetto di base sono coperti prevalentemente dall'assicurazione sanitaria privata</i>	Belgio, Francia
Gruppo 3	Paesi con una copertura assicurativa di base e un ampio ricorso ai meccanismi di mercato per l'erogazione dei servizi. I fornitori privati continuano quindi a rivestire un ruolo importante. <i>La copertura superiore rispetto alle prestazioni di base è limitata.</i>	Austria, Grecia, Repubblica ceca, Lussemburgo
Gruppo 4	Paesi nei quali l'offerta privata è limitata, ma la scelta dei fornitori è ampia.	Svezia
Gruppo 5	Paesi con sistemi pubblici ampiamente regolamentati, nei quali <i>la scelta dei fornitori è limitata e determinata dall'esistenza di un sistema di filtro</i>	Danimarca, Finlandia, Portogallo, Spagna
Gruppo 6	Paesi con sistemi pubblici ampiamente regolamentati, nei quali <i>la scelta dei fornitori è limitata da vincoli e tetti nei bilanci</i>	Irlanda, Italia, Polonia, Regno Unito, Ungheria

1.3. La classificazione in base a tipologia e modalità di governo e gestione della rete ospedaliera

Tenuto conto della rilevanza del peso economico ed organizzativo dell'assistenza ospedaliera nel più complessivo ambito dell'assistenza sanitaria, in questo ulteriore approccio classificatorio dei sistemi sanitari il focus è posto sulla gestione e governo del settore ospedaliero (Hope e Dexia, 2009). L'attenzione è posta quindi sulla dislocazione dei poteri programmatori e gestionali della rete e delle strutture con le quali è assicurata l'assistenza sanitaria ospedaliera, come rappresentato in tabella 3.

TABELLA 3

Classificazione dei sistemi sanitari in base a tipologia e modalità di governo e gestione della rete ospedaliera e posizionamento dei singoli Paesi europei

<p>Modello basato sul Decentramento</p> <p>Paesi nei quali si è avuto il decentramento dei sistemi di gestione ospedaliera con il trasferimento di poteri, più o meno ampio, dallo Stato agli enti locali e regionali.</p>	<p>Austria, Belgio, Danimarca, Germania, Finlandia, Italia, Spagna, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica ceca, Slovacchia, Svezia, Regno Unito</p>
<p>Modello basato sulla Centralizzazione</p> <p>Paesi nei quali non si è avuto il decentramento dei sistemi di gestione ospedaliera con il trasferimento di poteri, più o meno ampio, dallo Stato agli enti locali e regionali; prevale una gestione centralista del settore ospedaliero</p>	<p>Cipro, Estonia, Irlanda, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Romani a, Slovenia</p>
<p>Modello basato sul Deconcentramento</p> <p>Paesi nei quali la gestione continua a essere controllata a livello centrale, ma è realizzata a livello territoriale attraverso agenzie locali o regionali o sedi territoriali dell'amministrazione centrale.</p>	<p>Bulgaria, Francia, Grecia, Portogallo</p>

1.4. Una ipotesi di nuova classificazione

Lo studio che qui stiamo richiamando si chiude con una proposta di nuova classificazione, da applicarsi ai Paesi europei, il cui focus è il rapporto Stato Regioni (e altri Enti locali) nella programmazione e gestione dell'assistenza sanitaria. La nuova classificazione tiene conto dei seguenti fattori:

- ruolo giocato dagli enti locali e regionali nel finanziamento della spesa sanitaria, misurato sia come percentuale di competenza locale-regionale rispetto al totale del finanziamento della spesa sanitaria (il valore medio in UE è pari 12,9 per cento), sia come percentuale del finanziamento sanitario locale-regionale rispetto al totale della spesa pubblica locale-regionale
- ampiezza dei poteri regolatori e programmatori di carattere legislativo o amministrativo delle amministrazioni locali-regionali in materia sanitaria, riservando il termine "sistemi sanitari regionali" ai casi in cui le regioni sono titolari di potestà legislativa
- ampiezza della presenza delle amministrazioni locali-regionali nell'assetto proprietario e gestionale delle strutture sanitarie, in particolare, delle strutture ospedaliere.

L'impianto classificatorio sopra delineato porta alla individuazione di 5 tipi di sistemi sanitari in Europa:

- **tipo 1 (sistemi decentrati)** include i "sistemi di gestione sanitaria regionali" cioè i sistemi di gestione nei quali le responsabilità di regolamentazione, funzionamento e anche cofinanziamento, compresa la proprietà e la gestione delle strutture sanitarie sono affidate alle Regioni (Italia e Spagna) o agli Stati (Austria), Riguarda i seguenti Paesi europei: **Austria, Italia, Spagna**
- **tipo 2 (sistemi parzialmente decentrati)** comprende riferisce i sistemi sanitari nei quali agli enti locali e regionali sono affidate solo una parte delle competenze e funzioni esecutive e di programmazione, oltre al cofinanziamento, compresa la proprietà e gestione delle strutture sanitarie. Riguarda i seguenti Paesi europei : **Danimarca, Estonia, Finlandia, Lituania, Polonia, Svezia, Ungheria, Belgio, Germania, Repubblica ceca.**
- **tipo 3 (sistemi operativamente decentrati)** riguarda i sistemi di gestione sanitaria nei quali le funzioni operative (esecutive) sono

svolte dagli enti locali e regionali, anche in virtù del fatto che questi ultimi detengono le strutture sanitarie. Include due situazioni peculiari: Paesi Bassi e Regno Unito. Nei Paesi Bassi, la *governance* ospedaliera è centralizzata, ma gli enti locali e regionali esercitano un ruolo di programmazione e attuazione e forniscono un contributo finanziario limitato attraverso il bilancio sub-nazionale. Poiché nei Paesi Bassi la funzione "operativa" degli enti locali è evidente, il loro sistema di gestione sanitaria è stato classificato nell'ambito di questo tipo 3. Nel Regno Unito, Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord dispongono di un proprio "servizio sanitario nazionale", gestito a livello della singola nazione e quindi rientrante nel tipo 3, ma all'interno di ciascuna nazione si applica un sistema "centralizzato, seppur strutturato a livello territoriale. Riguarda i seguenti Paesi europei : **Bulgaria, Lettonia, Lussemburgo, Romania, Slovacchia, Slovenia Paesi Bassi, Regno Unito**

- **tipo 4 (sistemi sanitari centralizzati, ma strutturati a livello territoriale)** riguarda i sistemi sanitari in cui la maggior parte delle competenze è attribuita al governo centrale sebbene le funzioni attuative e la gestione delle strutture siano affidate a livello territoriale a organismi o agenzie che rappresentano l'amministrazione centrale; in qualche caso l'affidamento è fatto agli enti locali e regionali che possono anche gestire le strutture di assistenza sanitaria. Riguarda i seguenti Paesi europei: **Francia, Grecia, Portogallo**
- **tipo 5 (sistemi centralizzati)** riguarda i sistemi sanitari senza significative forme di strutturazione a livello territoriale. Riguarda i seguenti Paesi europei: **Cipro, Irlanda, Malta.**

Nel testo è inserita come Figura 1 una mappa dei 5 tipi di sistemi di gestione sanitaria .

2.Lo studio italiano

Tale studio (specificamente citato nel testo), per far meglio conoscere la tematica della classificazione dei sistemi sanitari, parte dalla considerazione che anche se il settore sanitario rappresenta un sottosistema del più complessivo sistema del welfare (del quale fanno parte anche il settore dei servizi sociali, della previdenza,, del sostegno per l'accesso al lavoro), non appare corretto far ricorso a sistemi di classificazione del welfare nel suo insieme in cui omogeneamente posizionare li singoli stati . Ciò perché l'analisi dei singoli Stati

spesso evidenzia modelli differenziati di assetto dei singoli sottosistemi, per cui accade che alcuni stati siano accomunati da un sistema sanitario universalistico sostanzialmente pubblico ma si differenziano per politiche sociali o di sostegno per l'accesso al lavoro basati su assetti privatistici o corporativi o pubblici.. Da ciò la scelta di operare classificazioni dei sistemi sanitari specificamente definite in base ad alcune dimensioni o parametri di riferimento. Tale classificazione va verificata attraverso un'analisi delle caratteristiche assunte nelle singole realtà ed una loro comparazione con le forme che stanno assumendo i sistemi di welfare..

2.1. Il percorso degli studi e delle analisi dei sistemi di classificazione dei sistemi sanitari ricostruito da Bertin evidenzia i seguenti approcci rintracciabili negli studi ed analisi che si sono susseguiti.

a) Una classificazione risultante da una linea di approfondimento sulla quale si sono mossi più autori (GIARELLI che riprende FIGUERAS, MCKEE, SASSI e MOSSIALOS) basata su l'analisi sul finanziamento e l'erogazione dei servizi, con la individuazione di 3 tipologie_ proposto di utilizzare 3 tipi, così definiti:

- *public integrated model*, (finanziamento e gestione dei servizi sostanzialmente pubblici);
- *public contract model*, (finanziamento pubblici ma gestione dei servizi di tipo privatistico);
- *private insurance-provider model* (finanziamento su base privatistica basato soprattutto sulle assicurazioni e gestione dei servizi di tipo privatistico)

b) una classificazione che prende in considerazione molteplici elementi (Rothgang et al. 2009) propone di rappresentare i sistemi sanitari utilizzando le seguenti dimensioni: principi, valori, percezioni; i processi e gli attori che finanziano il sistema; le dinamiche e gli attori coinvolti nella produzione ed erogazione dei servizi con la seguente classificazione dei sistemi sanitari:

- *servizio sanitario nazionale* (equità; impegno a garantire un accesso al sistema dei servizi uguale per tutti; finanziamento basato sulla tassazione pubblica ; gestione pubblica dei servizi, regolazione di tipo gerarchico con affidamento allo Stato della funzione di pianificazione e di controllo);
- *sistema assicurativo sociale* (equità perseguita garantendo un accesso uguale ai servizi grazie alla diffusione a tutti di fondi assicurativi; finanziamento basato sul versamento di contributi secondo il reddito; fornitori dei servizi di tipo

societario con soggetti pubblici e privati; regolazione affidata a una governance basata sulla negoziazione fra le corporazioni, all'interno di un quadro normativo definito e controlli statali);

- *sistema sanitario privato* (garanzia sulla corrispondenza fra i servizi erogati e la possibilità di pagamento, finanziamento su base assicurativa con premi relazionati al tipo di rischio e alle modalità di risposta, gestione dei servizi di tipo privatistico profit, regolazione pubblica limitata soprattutto affidata alle dinamiche della concorrenza.

c)una classificazione (Sang-Yi et al.), basata sull'analisi delle dinamiche di finanziamento e di gestione (ritenuti i pilastri del sistema), con le seguenti tipologie:

- NHS (*National Health Service*), con forte presenza dello Stato nel finanziamento e nell'erogazione dei servizi. Esempi : la Svezia ed il Regno Unito;
- SHI (*Social Health Insurance*), con finanziamenti di tipo prevalentemente pubblico tramite forme assicurative obbligatorie, gestione prevalentemente pubblica, ma con notevole presenza di soggetti privati. Esempi: la Germania e la Francia;
- *Liberal* o PHI (*Private Health Insurance*), con regolazione affidata alle dinamiche del mercato, finanziamento e gestione di tipo privatistico. Esempio: gli Stati Uniti;
- NHI (*National Health Insurance*), con centralità di soggetti privati che erogano servizi e un finanziamento assicurativo ma governato dal pubblico. Esempio: alcuni stati asiatici, come la Corea o Taiwan.

Lo studio presenta poi l'ipotesi di nuova classificazione proposta da REIBLING in cui si tiene conto delle seguenti dimensioni: 1.la funzione di *gatekeeping* (i processi di governo); 2. la ripartizione dei costi (finanziamento ed erogazione come strategie di incentivazione e regolazione); 3.la densità dei medici (le risorse umane); 4.la densità dei medici di base (le risorse umane ma anche le risorse di governo della domanda); 5.la densità degli specialisti (le risorse umane); la densità di infermieri (le risorse umane); 6. le risorse tecnologiche.

Di tale classificazione, in via sintetica, può dirsi che gli aspetti salienti che essa valorizza sono: gli input tecnologici, le risorse umane e le forme organizzative con cui la domanda viene regolata.

I sistemi sanitari europei sarebbero raggruppabili in 4 cluster:

- **cluster 1. Austria, Belgio, Svizzera. Francia, Svezia**
Sistemi sanitari caratterizzati da una ridotta funzione di *gatekeeping* con bassa densità dei medici di famiglia, da una discreta diffusione delle tecnologie (alta o medio alta).con una più rilevante presenza di personale infermieristico e di medici specialisti. Infine va notata una discreta ripartizione dei costi.
- **cluster 2. Repubblica Ceca, Germania, Grecia**
Sistemi sanitari con ridotta funzione di *gatekeeping* e scarsa presenza di medici di famiglia . Impianto di tipo specialistico, ma con minore attenzione all'impiego diffuso delle tecnologie:
- **cluster 3. Danimarca, l'Olanda, la Polonia e la Spagna e la Gran Bretagna**
Le risorse umane e tecnologiche sono relativamente basse e l'accesso è regolato attraverso il ruolo centrale dei processi di *gatekeeping* e da una bassa incentivazione dei costi;;
- **cluster 4. Finlandia, Italia, Portogallo**
Sistemi sanitari con un tipo di regolazione misto, basato su una forte funzione di *gatekeeping* con la presenza di meccanismi di incentivazione finanziaria.