

CENNI SUL SISTEMA SANITARIO AMERICANO

La caratteristica principale del sistema sanitario americano è quella di essere un “non sistema”, nel senso che non corrisponde a nessuno dei modelli sperimentati nell’ultimo secolo nei paesi industrializzati¹.

Numerosi sono stati i tentativi di dare a questo sistema un assetto organizzato e complessivo, ma senza successo; il sistema si è comunque modificato nel tempo con la dinamica “incrementale”.

Le riforme “incrementali” sono la caratteristica del sistema sanitario americano, generate il più delle volte sotto la spinta di interessi settoriali; ogni riforma incrementale ha avuto l’effetto di creare e consolidare particolari aree di protezione, ma anche di impedire una riforma complessiva.

Il sistema sanitario americano è basato prevalentemente sul settore privato, sia sul versante del finanziamento, tramite le assicurazioni, sia su quello dell’offerta e della produzione dei servizi, anche con una rilevante componente assicurativa pubblica, finanziata dal Governo federale e statale.

Il canale più diffuso di assicurazione privata è quello basato sull’impiego: tanto più grande è l’impresa tanto maggiore è la probabilità che il datore di lavoro offra ai dipendenti questo tipo di *benefit*. Generalmente le

¹ Nel 1883 nella Germania di Bismark, primo tra i paesi industrializzati, venne istituito un sistema sanitario basato sull’assicurazione sociale obbligatoria. Mentre a cavallo tra ‘800 e ‘900 altri paesi europei si attrezzarono per garantire forme di assistenza sanitaria regolate dallo Stato, negli USA si impose l’idea di uno Stato che, in nome del liberismo classico, mantenne un basso profilo nel governo dell’economia e del welfare. Bisognerà aspettare gli anni ‘60 e l’amministrazione Kennedy per vedere la nascita di programmi pubblici di protezione sociale: Medicare e Medicaid

imprese iscrivono i dipendenti a una HMO (Health Maintenance Organization – Organizzazione per il mantenimento della sanità, istituita negli anni ‘70), la cui principale caratteristica è quella di fornire un sistema di prestazioni a fronte di una quota fissa annuale, con il vincolo di doversi avvalere di un limitato numero di medici di famiglia e di strutture specialistiche e ospedaliere rigorosamente indicate dall’HMO, perché convenzionate o di proprietà della stessa organizzazione.

Una parte minoritaria della popolazione (liberi professionisti e lavoratori autonomi) attiva assicurazioni private individuali, iscrivendosi a HMO o alle classiche assicurazioni a rimborso (assai più costose).

I programmi assistenziali pubblici sono *Medicare* e *Medicaid*²: il primo è il programma nazionale di assistenza agli anziani (ultrasessantacinquenni), universalistico, in quanto indipendente dal reddito, il secondo è un programma gestito dai singoli Stati (con un contributo federale che copre il 60% delle spese) e rivolto ad alcune fasce selezionate di popolazione (famiglie con bambini, donne in gravidanza, anziani e disabili).

² Data la difficoltà di far passare qualsiasi legislazione che prevedesse forme europee di assistenza sanitaria per l’intera popolazione, l’azione dei “riformatori” vicini al partito democratico, si spostò su obiettivi più parziali, primo dei quali fu quello di ampliare al massimo l’accesso all’assistenza sanitaria per categorie di cittadini in maggiore bisogno e, in particolare, gli anziani. Nel 1960 il Congresso approvò il *Medical assistance act*, che prevedeva finanziamenti federali agli Stati che avessero erogato l’assistenza sanitaria agli anziani e ad alcune categorie di invalidi. Tale legge rimase inapplicata per carenza di finanziamenti e la questione dell’assistenza sanitaria fu rilanciata da J.F.Kennedy in un famoso discorso del 1963 *Special message on aiding our senior citizen*, nel quale si preannunciava l’istituzione di *Medicare*, lo strumento di protezione sanitaria nazionale per gli anziani. L’assassinio di Kennedy bloccò l’iniziativa e solo con la successiva amministrazione Johnson il disegno riformatore andò in porto: nel 1965 il Congresso approvò l’istituzione di *Medicare* e di *Medicaid*, il programma di assistenza sanitaria ai poveri

La mancanza di un sistema nazionale di protezione rende molto frammentata la rete assistenziale e produce la presenza di un consistente numero di cittadini (nel 2001 era il 14,6% della popolazione) privo di qualsiasi forma assicurativa.

LA COPERTURA ASSISTENZIALE: *MEDICARE E MEDICAID*

All'inizio del 2000 l'Istituto statistico americano (US *Bureau Census*) così fotografava la copertura assistenziale negli USA:

- Assicurazioni private: 73,5% di cui 64,5% assicurazioni collettive basate sull'impiego
- Assicurazioni pubbliche: 25,3% di cui 13,5% *Medicare*, 11,2% *Madicaid* e 3,4% assistenza dei militari
- Privi di assicurazione: 14,6% della popolazione³.

Il livello di copertura assistenziale garantito dalle varie formule assicurative è estremamente variabile e, nel settore privato, dipende dal costo. Chiaramente piani assicurativi "economici" (da 400 \$ al mese per una famiglia di tre persone) offrono prestazioni ridotte, alti livelli di franchigia e quasi nulla libertà di scelta del *provider*.

³ La somma delle varie condizioni assicurative è superiore al totale della popolazione perché vi sono aree di sovrapposizione: per esempio gli assistiti di *Medicare* spesso acquistano assicurazioni private integrative o, se poveri, beneficiano anche di *Medicaid*

L'unico piano assistenziale uniforme sul territorio è *Medicare* (programma assicurativo pubblico per anziani) che consente agli assistiti di rivolgersi al *provider* di fiducia.

Medicare è un programma assistenziale complesso, composto da due parti:

- La parte *A* copre, con alcune limitazioni, l'assistenza ospedaliera e altre forme di assistenza domiciliare e residenziale
- La parte *B*, supplementare e virtualmente volontaria, copre, anch'essa con alcune limitazioni, l'assistenza medica, l'attività diagnostica e gli interventi preventivi.

Medicare part A: il programma rimborsa direttamente gli erogatori; gli assistiti partecipano in varia misura alle spese.

Il programma comprende:

- Assistenza ospedaliera, in cui la partecipazione alla spesa varia in relazione alla durata del ricovero (da circa 200 \$ sino a circa 800 \$ al giorno);
- Assistenza in *Skilled Nursing Facility*. Si tratta di strutture con qualificata assistenza infermieristica, nelle quali *Medicare* rimborsa i costi per i primi 100 giorni di ricovero, a condizione che il paziente abbia precedentemente avuto un ricovero ospedaliero di almeno 3 giorni e vi acceda non oltre 30 giorni dalla dimissione. Il ricovero è gratuito per i primi 20 giorni, mentre dal 21° al 100° giorno è prevista la compartecipazione alla spesa;

- Assistenza domiciliare. Sono inclusi servizi infermieristici, domestici e di riabilitazione che sono erogati da apposite agenzie (*Home Health Agencies*), senza particolari limitazioni e senza compartecipazione alla spesa (tranne che per ausili e dispositivi medici per i quali è prevista una quota di partecipazione alla spesa), sulla base di uno specifico piano di trattamento e con la supervisione periodica di un medico;
- Assistenza in *Hospice*. Si tratta di servizi per pazienti terminali in cui è previsto un co-pagamento da parte dei pazienti per le prestazioni farmaceutiche e i ricoveri.

Medicare part B: è un programma supplementare e volontario aperto a tutti i beneficiari di *Medicare*, finanziato in parte con fondi federali e in parte con una polizza assicurativa mensile degli iscritti a *Medicare*. Il programma include:

- Servizi medici e chirurgici extra e intra-ospedalieri: è prevista una franchigia annuale e della restante parte *Medicare* rimborsa l'80% della tariffa convenzionale (il 50% nel caso di trattamenti psichiatrici);
- Servizi diagnostici: a totale carico di *Medicare*;
- Emoderivati: a totale carico dell'assistito le prime 3 sacche di sangue, compartecipazione del 20% per le successive;
- Screening e vaccinazioni: gratuite alcune, per esempio *occult blood test*, *pap test*, vaccinazioni anti-influenzale e anti-pneumococcica; copagamento per mammografia, colonscopia, screening per glaucoma e diabete e vaccinazione anti-epatite.

Una serie di prestazioni e servizi non sono coperti da *Medicare*: i farmaci prescritti al di fuori del ricovero ospedaliero, l'assistenza a lungo termine, le cure dentali e le protesi acustiche. Il divario tra i bisogni degli assistiti e la reale copertura del programma è denominato *medigap*.

Questo *gap* viene colmato nel caso degli anziani indigenti con *Medicaid*, oppure ricorrendo ad assicurazioni mediche private supplementari, denominate *medigap policies*. Inoltre, gli assistiti *Medicare* possono optare per l'iscrizione a una HMO; in tal caso il programma *Medicare* versa un contributo mensile alla HMO prescelta (a cui si aggiunge il contributo dell'assistito della parte *B*): i contributi del paziente saranno minori in cambio di una più limitata libertà di scelta del *provider*.

Medicaid (programma assicurativo pubblico di assistenza ad alcune categorie di poveri) assiste oltre 40 milioni di cittadini, attraverso una contribuzione mista federale e statale. Il governo federale fissa i criteri generali di eleggibilità e contribuisce al finanziamento; gli stati hanno un'ampia autonomia nel determinare le categorie dei beneficiari, le prestazioni erogabili e l'entità dei fondi necessari, infatti il programma, gestito a livello statale, si rivolge alla popolazione al di sotto della soglia di povertà, con precise limitazioni di eleggibilità: sono incluse le donne in gravidanza, le famiglie con bambini, i disabili e gli anziani over 65 anni.

Medicaid copre i costi di un terzo di tutte le nascite negli USA, quasi la metà dei costi delle residenze sanitarie per anziani e l'assistenza sanitaria del 25% dei bambini al di sotto dei 5 anni.

LE MODALITA' DI FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Nei primi anni del 2000 il fabbisogno finanziario del sistema sanitario americano è stato di circa 1300 miliardi di dollari, coperto in buona parte da finanziamenti privati, rappresentati principalmente dal pagamento delle assicurazioni private.⁴

I co-pagamenti dei pazienti assommano a circa il 15% del finanziamento totale del sistema, mentre il finanziamento pubblico, proveniente da varie forme di tassazione federale e statale, assomma a circa il 45% (i dati relativi ai primi anni del 2000 riferiscono che *Medicare* ha assorbito 224 miliardi di dollari, tutti di provenienza federale e *Medicaid* 202 miliardi di dollari, di cui 188 di provenienza federale e 84 di provenienza statale).

⁴ Nel sistema sanitario americano, basato prevalentemente sul mercato assicurativo privato, la dinamica della spesa sanitaria è influenzata dall'andamento dell'economia con modalità differenti rispetto ai sistemi a finanziamento pubblico. Nel mercato assicurativo privato, i costi dell'assistenza sanitaria non sono l'unico fattore che influenza la variazione dei premi e quindi la dinamica della spesa: la concorrenza, i provvedimenti legislativi e regolatori e le difficoltà nel predire i costi futuri obbligano le assicurazioni sanitarie a mantenere un predefinito livello di *surplus* (in sostanza accantonano delle riserve) per affrontare il rischio di insolvenza. Generalmente periodi di forte crescita economica conducono ad un aumento nella spesa sanitaria: diminuendo la disoccupazione i datori di lavoro aumentano i livelli di copertura, facendo pressione sulle assicurazioni per diminuire le restrizioni ed espandere i servizi offerti, avendo come conseguenza l'aumento dei costi. L'andamento dell'economia influenza, evidentemente, anche il numero di cittadini non assicurati ed infine, le politiche governative e la regolamentazione dei programmi pubblici *Medicare* e *Medicaid* influenzano il settore privato. Ad esempio, un'attenuazione delle restrizioni relative alla pubblicità diretta al consumatore dei farmaci può contribuire alla crescita della domanda dei farmaci stessi

Va segnalato che accanto alle varie forme di assicurazione private o pubbliche, classiche “a rimborso” o tramite HMO, si sta sviluppando una nuova forma di finanziamento privato individuale denominato *Medical Savings Account* (MSA), ossia un fondo di risparmio destinato alle spese mediche.

Il nuovo piano assicurativo si compone di due parti: il MSA e un’eventuale assicurazione accessoria per i rischi catastrofici. L’assicurato versa in un conto vincolato per le spese sanitarie una quota annuale; con i dollari versati nel conto l’assicurato paga direttamente a prezzo pieno ogni prestazione fino all’esaurimento del conto stesso, superata tale soglia interviene – se accesa – l’assicurazione complementare per i rischi catastrofici, che copre le ulteriori spese.

L’amministrazione Bush ha fortemente sostenuto tale formula, rendendola fiscalmente molto appetibile: la quota annuale del MSA è deducibile dalle tasse, gli interessi del conto sono esenti tasse ed il capitale versato, se ovviamente non speso, può essere utilizzato come fondo pensione.

E’ opinione comune degli analisti di settore che tale formula sia molto vantaggiosa per la fascia di popolazione giovane e sana che consuma sporadicamente prestazioni sanitarie, ma specularmente sfavorevole per le persone che devono ricorrere frequentemente alle cure mediche, costrette a pagare per intero le prestazioni fino all’esaurimento del conto e poi a pagare comunque l’assicurazione accessoria.

Questa seconda tipologia di persone non ha alcun interesse a sottoscrivere un MSA e rimane fedele alle assicurazioni convenzionali, come HMO.

Questo potrebbe creare dei problemi in quanto, se i giovani sottoscriveranno in massa il MSA, si ridurrà in misura rilevante il numero delle persone che si affideranno alle assicurazioni convenzionali; riducendosi il *pool* degli assicurati ed essendo questo costituito prevalentemente da persone con problemi di salute, il costo delle assicurazioni convenzionali non potrà non aumentare.

L'ACQUISTO E LA COMMITTENZA DEI SERVIZI

La relazione tra i diversi attori del sistema sanitario americano (assistiti, assicurazioni, professionisti, ospedali) si è radicalmente modificata negli ultimi venti anni.

Fino alla fine del 1980 il sistema si basava sul rimborso delle spese sostenute e su una ampia libertà di scelta da parte del paziente del luogo di cura e del professionista di fiducia.

Le assicurazioni erano un terzo pagante molto attento al controllo delle spese sostenute, ma alquanto generoso di fronte alle tariffe praticate dai *provider* (professionisti e ospedali) e comunque riversavano sui prezzi delle polizze i crescenti costi dell'assistenza. Tutto ciò consentiva agli ospedali di prosperare e di tollerare che una parte dei ricoveri risultasse non pagata.

Quando le assicurazioni classiche hanno lasciato il posto alle HMO, la situazione ha subito una forte modifica.

Le HMO hanno praticato una dura contrattazione con i *provider*, convenzionandosi con le strutture che offrono le soluzioni più vantaggiose.

La guerra dei prezzi e la corsa all'efficienza ha mutato il panorama sanitario americano ed è di conseguenza profondamente mutato l'assetto proprietario degli ospedali, attraverso trasformazioni statutarie, acquisizioni e fusioni: il processo più rilevante è stata la conversione di molti ospedali *non-for-profit* (NFP) in ospedali *for-profit* (FP) ed anche alcuni ospedali *public* o *government* (ossia pubblici) sono passati alla forma di ospedali NFP o addirittura di ospedali FP.

LA SPESA SANITARIA

Nel 2000 la spesa sanitaria totale come percentuale del PIL era del 13%. La dinamica della spesa sanitaria americana, di gran lunga la più elevata del mondo, ha registrato diverse fasi: il periodo di maggior accelerazione della crescita è stato nei decenni '70 e '80; la crescita ha cominciato a diminuire dal 1988 ed ha segnato il periodo di maggior frenata nel quinquennio '94-'99, ma già dal 2000 è ripresa la spinta verso l'alto. Le stime del 2001 e 2002 indicano tassi di crescita del 9,6% e del 8,6%.

Le proiezioni di fonte governativa fino al 2011 prospettano un tasso annuo di crescita della spesa sanitaria intorno al 7%. Ciò porterebbe nel 2011 la spesa sanitaria totale al 16,9% del PIL, con una spesa pro-capite di circa 9200 \$.

Il fattore che, secondo gli analisti di settore americani, alimenterà maggiormente la crescita della spesa sanitaria sarà il consumo di farmaci. Ed infatti la spesa farmaceutica è stata negli ultimi anni una delle cause principali dell'aumento della spesa sanitaria, con tassi di crescita anche doppi rispetto agli altri settori; tuttavia, sebbene rimanga la categoria di spesa con la crescita più elevata, è aumentata in misura lievemente inferiore nel 2001 e nel 2002 rispetto agli anni precedenti. L'elevata spesa farmaceutica negli anni '90 trovava ragione d'essere nella commercializzazione di molti farmaci innovativi, nell'aumento del numero delle prescrizioni pro-capite e dall'entrata in vigore di una normativa molto permissiva sulla pubblicità diretta al consumatore.

Viceversa, il rallentamento della crescita della spesa dal 2001 in poi è dovuto a svariati fattori, fra i quali vi sono la diminuzione della commercializzazione di nuovi farmaci ad alto costo, un aumento delle compartecipazioni alla spesa dei pazienti e l'esclusione dalla rimborsabilità di alcuni farmaci, effettuata da molti piani assicurativi privati. Altri fattori che hanno contribuito alla riduzione della spesa farmaceutica sono stati gli incentivi all'uso di farmaci generici e le politiche di *drug utilisation review* (controllo sulle prescrizioni mediche).

Altri settori che vengono ad incidere nella spesa sanitaria sono:

- l'assistenza ospedaliera, che nei primi anni del 2000 è aumentata del 8,3% contribuendo per il 30% alla crescita totale della spesa sanitaria;
- i servizi medici (comprendenti tutti i servizi erogati dai medici sia a livello ambulatoriale sia in ospedale: visite mediche generiche e specialistiche, interventi chirurgici, procedure diagnostiche strumentali, ecc.), che hanno subito un'accelerazione probabilmente a causa dell'aumento delle prestazioni di diagnostica per immagini e delle visite specialistiche, spesso associate alla prescrizione di farmaci;
- l'assistenza residenziale infermieristica, anch'essa in tendenziale aumento;
- l'assistenza domiciliare che, dopo un periodo di forte crescita, è costantemente diminuita sino al 2001 quando ha ripreso ad aumentare soprattutto a seguito del corrispondente aumento del finanziamento dei programmi pubblici; infatti, dal 2001, la spesa dei programmi *Medicare* e *Medicaid* per le agenzie di assistenza domiciliare è in continuo incremento.

L'ACCESSO AI SERVIZI E LE SFIDE DEL SISTEMA

La maggiore o minore facilità di accesso alle cure dipende dal tipo di polizza o piano assicurativo che il paziente ha sottoscritto e dal relativo costo. L'appartenenza a una HMO generalmente limita la libertà di scelta

del luogo di cura e del professionista. I medici di famiglia sono scelti dall'organizzazione e le loro prescrizioni di ospedalizzazione o di esami particolarmente costosi sono soggette a verifica e autorizzazione.

L'attuale fase di cambiamento della sanità americana si connota per il suo impeto: si moltiplicano le vendite, le acquisizioni, le fusioni; nascono nuove forme organizzative che si ritagliano nicchie di mercato più appetibili; molte HMO falliscono e molte altre se ne creano; gli stessi anziani, oltre ad avvalersi di *Medicare*, entrano nei programmi delle HMO e la stessa mobilità del mercato del lavoro si ripercuote negativamente sui cittadini che spesso si ritrovano senza copertura sanitaria.

A causa di questa estrema varietà è veramente difficile prevedere il futuro del sistema sanitario americano.

I costi del sistema sanitario americano hanno ripreso a salire e l'ascesa è alimentata dagli alti costi dell'innovazione bio-medica: l'industria farmaceutica e quella delle bio-tecnologie continuano a godere ottima salute e ad attrarre investitori.

Si stima che per il 2011 la spesa della sanità americana assorbirà quasi il 17% del PIL, ma non va trascurato un dato estremamente rilevante: più di 41 milioni di persone sono attualmente prive di qualsiasi copertura assicurativa e non godono di alcuna forma di protezione sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

- Prospettive Sociali e Sanitarie – Speciale – *Il sistema sanitario americano* - Anno XXXIII n. 19 – 1 novembre 2003
- Salute e Territorio – Rivista bimestrale di politica socio-sanitaria – *Dove vanno i sistemi sanitari?* - Anno XXIV – Marzo-Aprile 2003
- Fuchs VR. *Chi vivrà? Salute, economia, scelte sociali* – Roma: Vita e Pensiero – 2002
- Fuchs VR. *What Ahead for Health Insurance in the United States?* NE J Med 2002
- Rosebaum S. *Medicaid*. NE J Med 2002