

L'Out of Pocket sanitario nelle Regioni Italiane

Analisi dei dati dell'Indagine Istat Multiscopo 2005.

Cesare Cislighi ♥ ♦ , Francesca Giuliani ♦

♥ UNIVERSITÀ DI MILANO, ♦ AGENAS, ROMA.

Premessa

Spesso si equivoca parlando di quota privata dei servizi sanitari tra l'erogazione di servizi prodotti da imprese private ma convenzionate con il SSN e quindi interamente pagati dallo stesso ed invece della quota di servizi magari anche prodotti dal servizio pubblico ma interamente a carico del cittadino fruitore.

Quando si parla di spesa privata ci si riferisce alla seconda delle accezioni e per evitare confusioni sempre di più la si chiama Spesa "Out of Pocket", espressione che tradotta liberamente suonerebbe "di tasca propria"

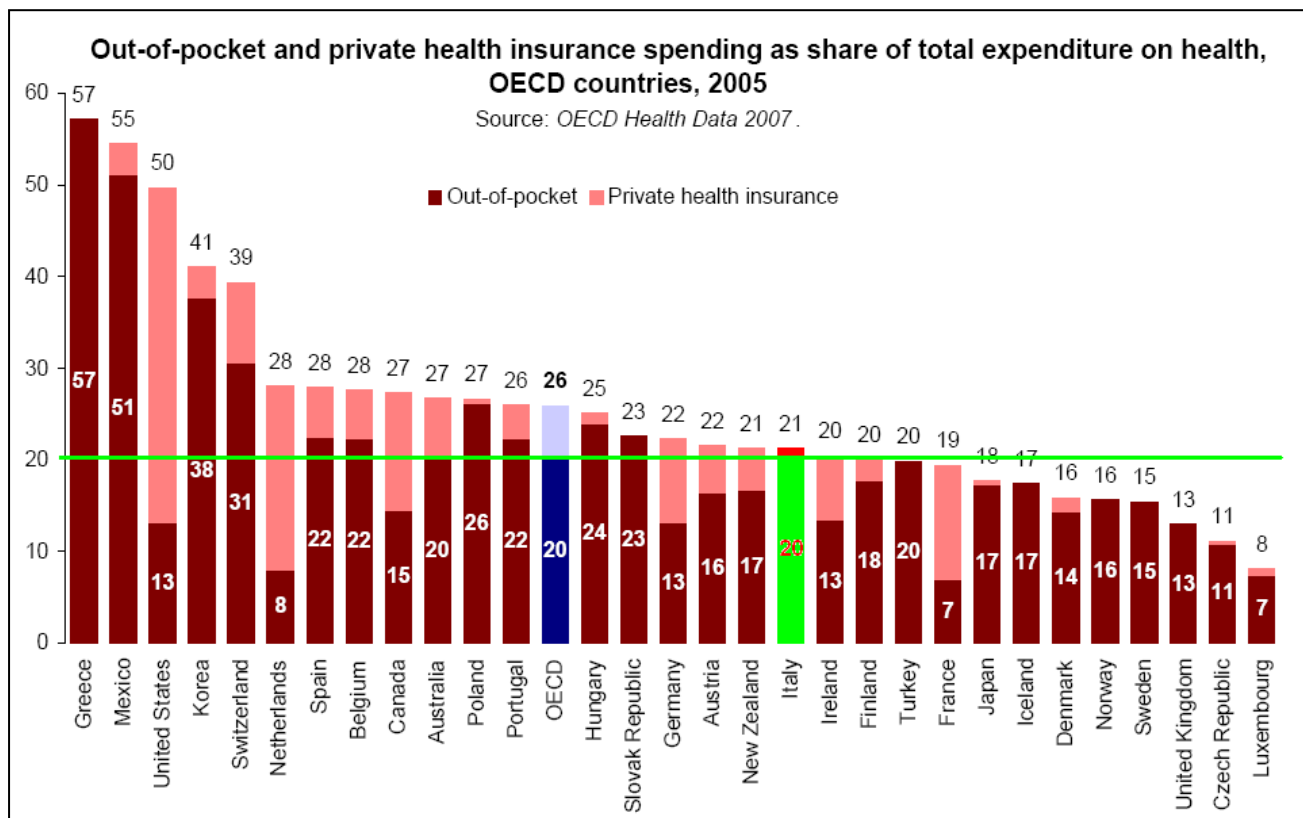


Figura 1 – Percentuale di spesa Out of Pocket e percentuale di spesa per assicurazioni private sul totale della spesa sanitaria dei paesi con dati OECD.

La spesa Out of Pocket non deve neppure esser confusa con la spesa assicurativa pagata direttamente dai privati che in Italia è peraltro trascurabile. In figura 1 si può osservare quali sono le quote di spesa Out of Pocket nei paesi occidentali; il valore italiano corrisponde esattamente al valore medio dei paesi OECD e cioè è del 20% il che significa che si stima sia il 25% della spesa sanitaria pubblica e se questa si aggira sui 100 miliardi allora l'Out of Pocket sarebbe di circa 25 miliardi. Ci sono stime anche maggiori per l'Italia

che arrivano anche a superare il 30% della spesa sanitaria pubblica, ma le differenze dipendono sia dalle difficoltà delle stime sia dalla difficoltà nel definire con precisione ciò che deve essere conteggiato come spesa Out of Pocket. In ogni caso valori che si aggirano di poco sotto o sopra il 30% della spesa pubblica sono valori importanti che è giusto approfondire. Si osservi peraltro che la spesa Out of Pocket è molto bassa in Francia ed in Olanda, nonché negli Stati Uniti dove è elevata la quota di spesa assicurativa privata, ma lo è anche in Gran Bretagna dove invece la spesa per assicurazioni private è pressoché inesistente.

Spesa Out of Pocket e garanzia dei LEA

Il sistema sanitario italiano prevede, addirittura nella costituzione e poi nelle leggi sanitarie, che i Livelli essenziali di Assistenza siano garantiti a tutti i cittadini seppur con meccanismi di partecipazione alla spesa.

C'è da chiedersi allora se la presenza di una quota importante di prestazioni a pagamento non debba leggersi come un affievolimento dei livelli di garanzia dei servizi essenziali. Al proposito ci sono varie posizioni: c'è chi dice che l'importante è che sia garantito l'accesso ad un servizio di qualità accettabile e quindi chi vuole qualcosa di diverso può liberamente sceglierlo ma ciò non vanifica la garanzia dei LEA. C'è invece chi dice che la scelta di una fetta troppo grande di popolazione per i servizi a pagamento dimostra che quelli garantiti e gratuiti sono considerati per qualche aspetto di qualità non soddisfacente e quindi in quanto tali non garantiscono LEA di qualità appropriata.

E' difficile prendere posizione netta tra le due opinioni, ma certamente una quota eccessiva di prestazioni Out of Pocket significa che qualcosa non funziona bene nel servizio sanitario nazionale.

La rilevazione tramite indagine Multiscopo

Le prestazioni a pagamento possono essere di tre tipi: a) quelle che prevedono dei ticket sanitari per la farmaceutica, la specialistica ed il pronto soccorso e che costituiscono però solo una compartecipazione ai costi; in questo lavoro queste prestazioni non sono considerate come Out of Pocket; b) le prestazioni erogate dal pubblico in regime di Intramoenia e che sono considerate Out of Pocket solo se a totale pagamento dell'utente; c) le prestazioni acquistate dagli utenti direttamente dal privato e totalmente a suo carico diretto; queste sono le prestazioni considerate Out of Pocket escludendo però quelle coperte e rimborsate da una assicurazione privata.

Nell'indagine Multiscopo Istat 2005 la classificazione delle prestazioni per tipo di pagamento è: a) Completamente gratuita, b) Con rimborso di una assicurazione privata, c) Parzialmente a pagamento (ticket), d) Completamente a sue spese o della famiglia: e quindi solo quest'ultime prestazioni sono state qui considerate come Out of pocket.

Può venire legittimamente il dubbio che i rispondenti abbiano scambiato le visite con ticket per visite a pagamento totale e nell'indagine 2005 ci sono poche possibilità di verifica. Può essere utile allora tornare all'indagine 1999 ed esaminare la variabile, non più presente nel 2005, della somma pagata nell'ultima visita; i dati incrociati con la definizione di a pagamento intero o no sono riportati nella tabella 1.

Risulta evidente che ci sono stati degli errori di risposta ma questi sono abbastanza limitati: se infatti gli errori possono essere presenti in visite dichiarate a pagamento per le

quali la somma pagata è stata nel 1999 inferiore a 50.000 lire ed in visite dichiarate non a pagamento e per le quali l'esborso è stato maggiore di 50.000, allora la percentuale degli errori è dell'8,6% che riteniamo non possa modificare sostanzialmente la descrizione dell'Out of Pocket.

Definizione data in risposta	Hanno pagato meno di 50.000 lire	Hanno pagato più di 50.000 lire	Totale visite
Visita a pagamento intero	1315 (11,3%)	10.278 (88,7%)	11.593 (100%)
Visita non a pagamento intero	24.761 (92,6%)	1.978 (7,4%)	26.739 (100%)

Tabella 1 – Coerenza nell'indagine Istat Multiscopo tra il tipo di visita e la somma pagata per la stessa.

Lo stesso si può dire per quanto riguarda le altre prestazioni analizzate, cioè per gli accertamenti diagnostici e per i ricoveri ospedalieri.

Le visite specialistiche

Di visite mediche in un mese (4 settimane per l'esattezza) l'Indagine ne ha stimate più di 31 milioni in 16 milioni di utenti, con una percentuale di utenti del 27,9%, un numero di visite per utente di 1,93 ed un numero di visite per abitante di 0,54.

Le visite generiche Out of Pocket, comprese le pediatriche, sono state solo il 5,1% del totale mentre la percentuale di visite specialistiche a totale pagamento sono state il 56,8%.

In una sezione successiva dell'indagine si sono fatti degli approfondimenti sull'ultima visita specialistica avuta nelle 4 settimane precedenti: hanno dato indicazioni il 14,4% dei rispondenti che hanno dichiarato che l'ultima visita specialistica è stata per il 27,8% gratuita, per il 14,9 % con ticket e per ben il 57,2% a pagamento totale.

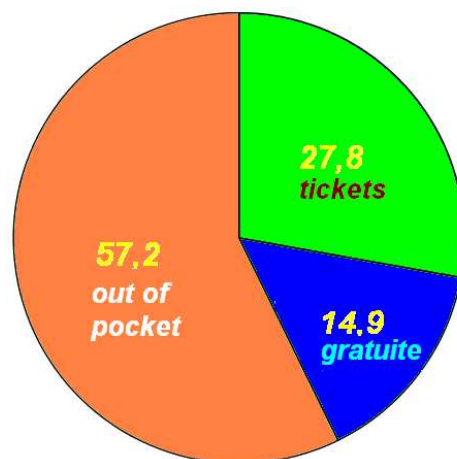


Figura 2 – Visite specialistiche per tipo di pagamento

Come si vede le risposte date sono molto coerenti

tra di loro e questo conforta sul probabile buon livello di attendibilità.

Le analisi sono state compiute sulle ultime visite perché permettevano di distinguere tra gratuita, ticket e Out of Pocket. Un rifacimento delle analisi su tutte le visite dichiarate ha confermato gli stessi risultati qui riportati.

La distribuzione delle visite specialistiche per età e tipo di pagamento evidenzia che le visite completamente gratuite si concentrano nelle età avanzate quelle appunto in cui l'esenzione dai ticket è generalizzata. Nelle età più giovani invece la distribuzione delle visite con pagamento di ticket e Out of Pocket non hanno una distribuzione così

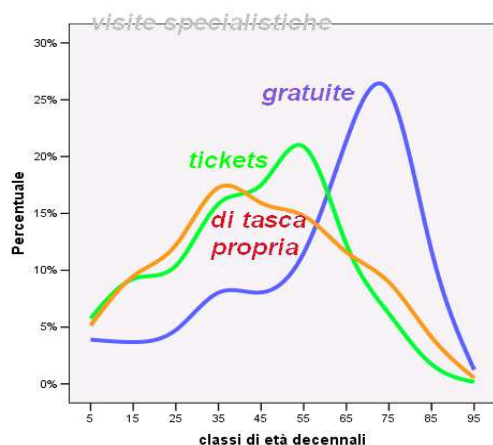


Figura 3 – Visite specialistiche per tipo di pagamento e classi di età

diversa anche se la frequenza modale delle prime è sui 50 anni mentre per le seconde è sui 35 anni.

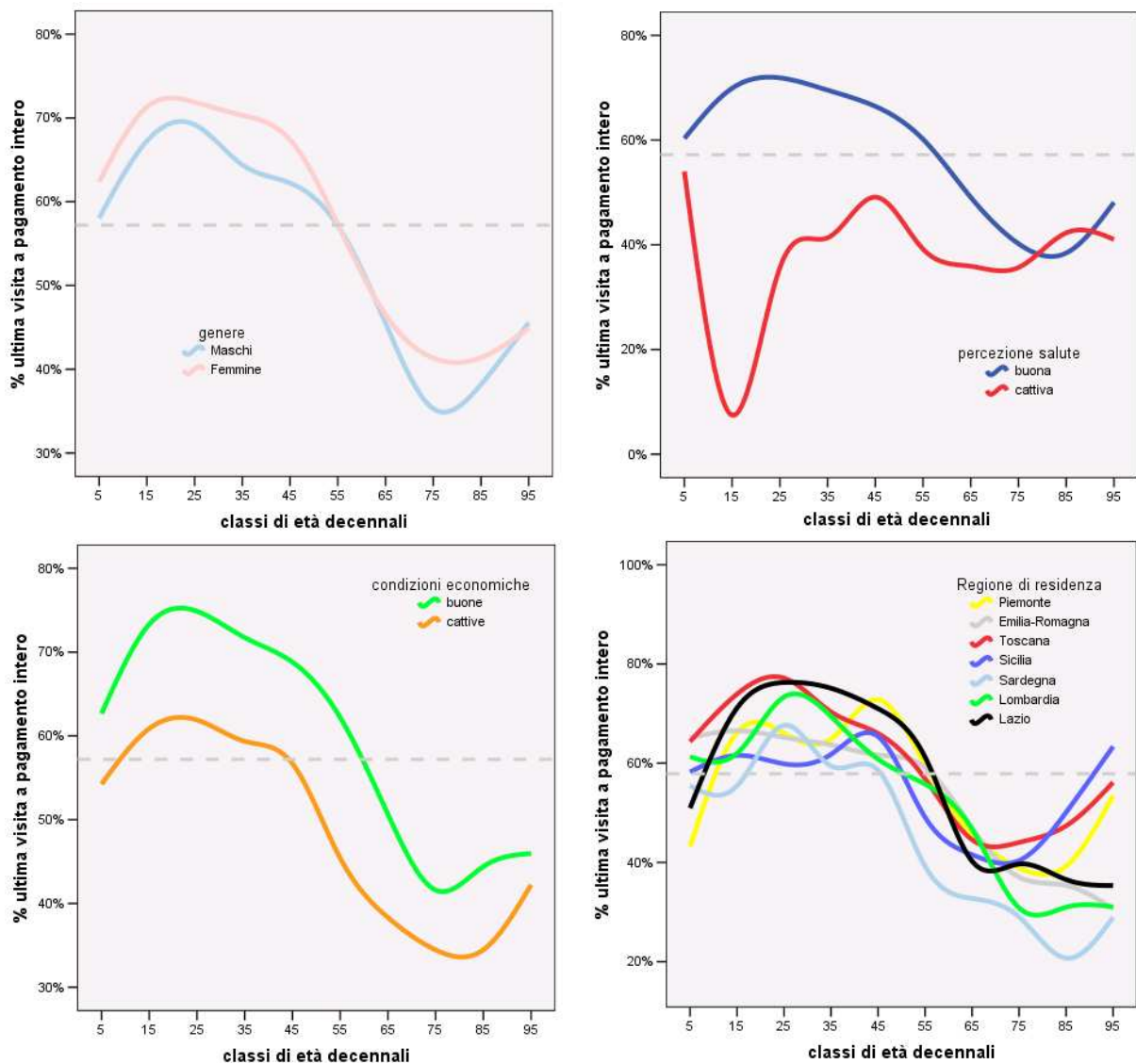


Figura 4 – Distribuzione per età delle della percentuale di visite a pagamento intero distinte per varie condizioni.

Nella figura 4 sono riportate le percentuali delle visite a pagamento intero sul totale delle visite. Non vi è una gran differenza per genere tranne che una percentuale maggiore per le donne prima dei 50 anni dovuta alle visite ginecologiche ed ostetriche. Vi sono invece grandi differenze in funzione dell'autopercezione di salute e chi sta veramente male in giovane età usufruisce prevalentemente di visite non a pagamento. Vi è invece, come è logico, una percentuale di visite a pagamento maggiore in chi dichiara di trovarsi in buone condizioni economiche e però stupisce che sia ancora così alta la percentuale di visite a pagamento in chi invece dichiara di trovarsi in cattive condizioni economiche. Infine guardando le distribuzioni per età in diverse regioni risultano degli andamenti simili pur con diversità di percentuali anche importanti sul 10% - 20%.

Se si passa ad osservare le percentuali di visite Out of pocket per specialità riportate in figura 5, risulta che la pressochè totalità delle visite dentistiche a pagamento, e questo era

nelle attese, ma ben il 65% delle visite ostetrico-ginecologiche sono effettuate in regime di Out of Pocket.

Seguono con frequenze superiori al 50% le visite dietologiche, le dermatologiche, le oculistiche e le ortopediche; anche le neurologiche e le cardiologiche sono per più di un terzo a totale carico dei pazienti. Il grafico di sinistra della figura 5 da il tasso di accesso mensile ad ogni tipo di visita specialistica con netta prevalenza per le visite generiche e le pediatriche che praticamente si accompagnano sempre ad ogni visita specialistica, non fosse altro per motivo di ottenerne l'impegnativa.

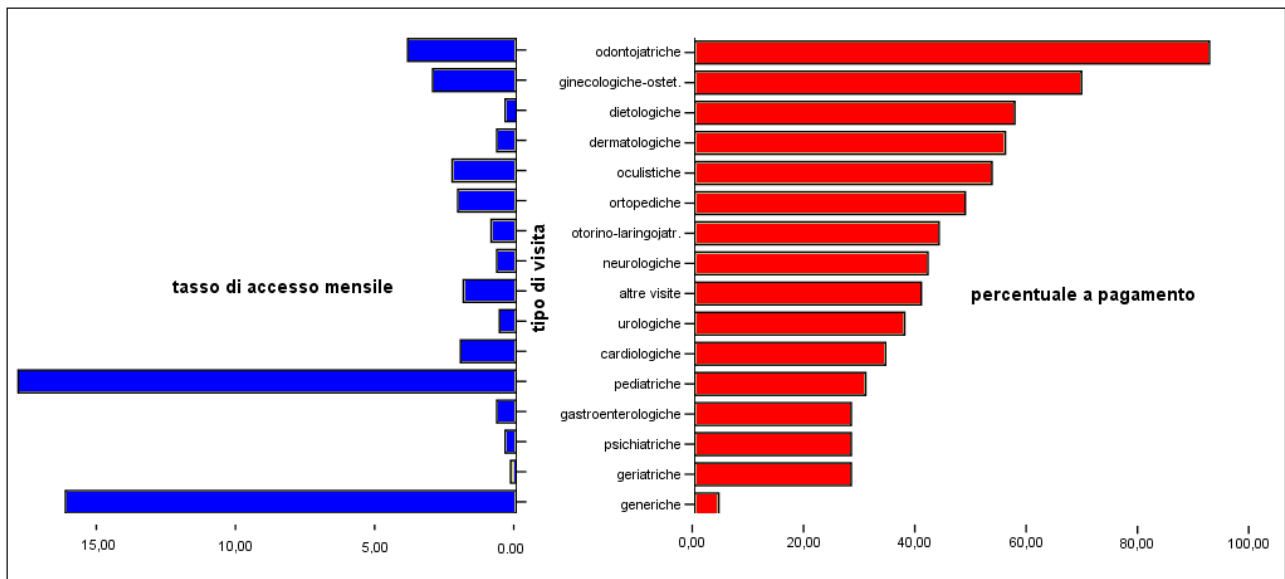


Figura 5 – Tassi di accesso mensile alle visite specialistiche e percentuali di visite Out of Pocket..

Le visite Out of Pocket per regione

La figura 6 mostra la composizione di tutte le visite specialistiche per i tre tipi di pagamento: gratuite, con ticket e Out of Pocket; ed a fianco i valori delle differenze regionali dal valore nazionale dell' Out of Pocket standardizzate per età. Il rapporto tra visite gratuite e visite con ticket corrisponde al dato amministrativo conosciuto e questo permette di confidare sul fatto che le risposte date dagli intervistati a proposito del tipo di pagamento siano sufficientemente rispondenti alla realtà.

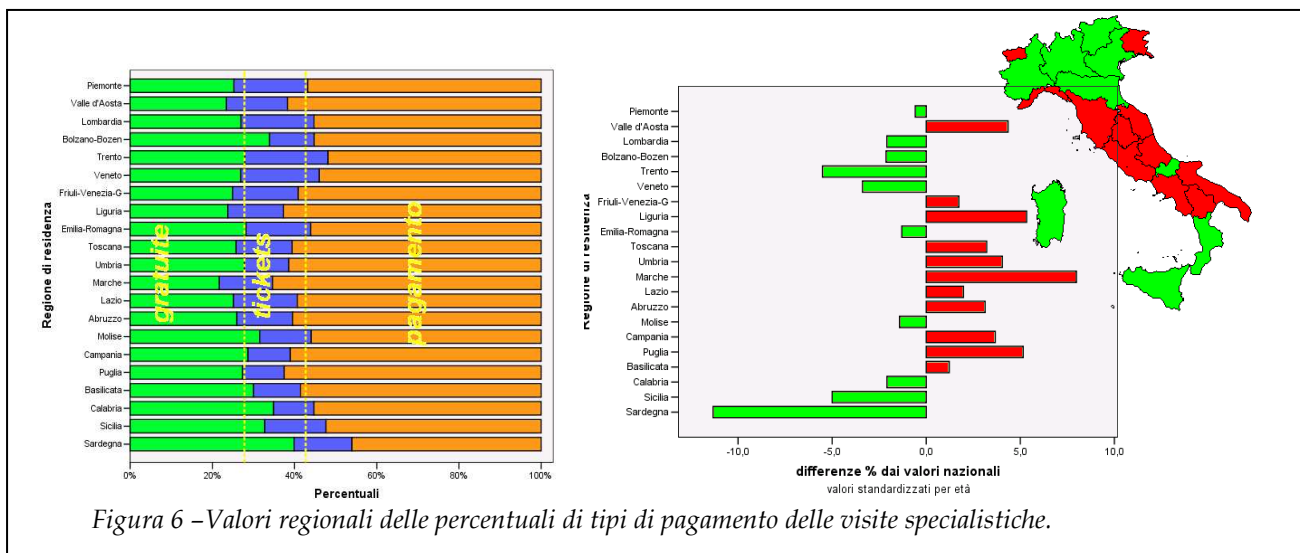


Figura 6 – Valori regionali delle percentuali di tipi di pagamento delle visite specialistiche.

Il risultato appare per qualche verso sorprendente in quanto ci sono regioni ad economia "ricca" (ad esempio la Lombardia) dove la percentuale di visite a pagamento è bassa, ed altre invece con economie sicuramente "sofferenti" (la Campania) mostrano una percentuale elevata.

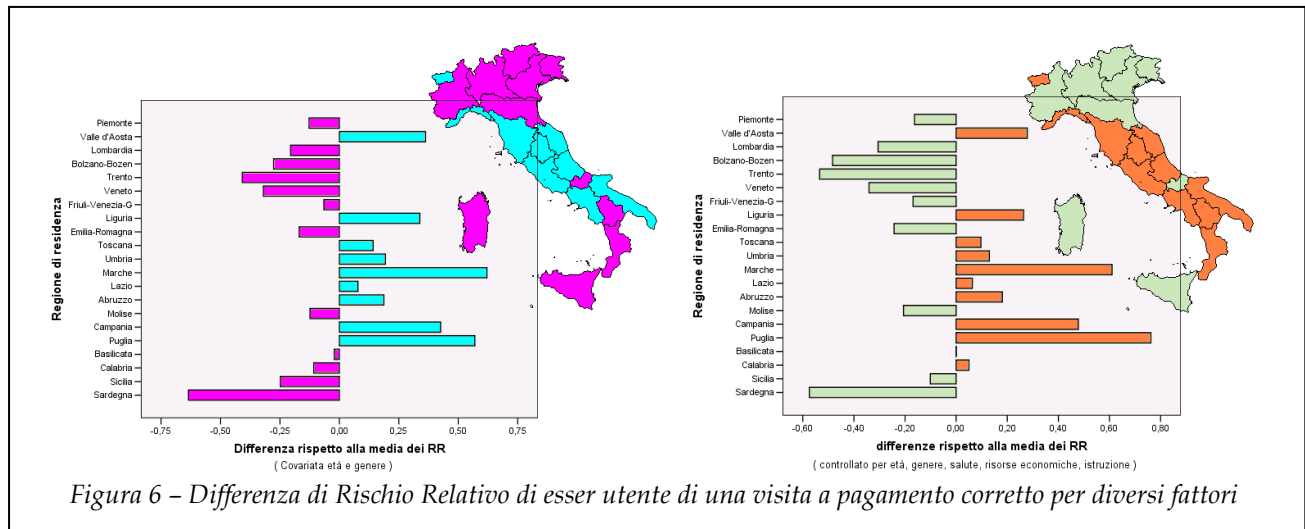


Figura 6 – Differenza di Rischio Relativo di esser utente di una visita a pagamento corretto per diversi fattori

La distribuzione non cambia se si calcolano le differenze di rischio relativo, attribuibile alla residenza regionale, di essere un utente Out of Pocket, corretto per età e genere (a sinistra) o per età, genere, stato di salute, risorse economiche della famiglia, istruzione. Le correzioni per i fattori socio economici accentuano i valori maggiori di alcune regioni meridionali ed i valori minori di alcune regioni settentrionali, ma non modificano il quadro complessivo.

Utilizzando quest'ultima metodica si sono analizzate anche le distribuzioni regionali delle differenze di rischio relativo di essere utente Out of Pocket di diversi tipi di visita, distribuzioni riportate in figura 7.

Le visite generiche Out of Pocket sono in genere molto poche, e l'unica area in cui sembrano molto diffuse è l'Alto Adige a cui peraltro corrisponde il primato di area con minori visite Out of Pocket di tipo pediatrico: si conferma che l'area di Bolzano ha un sistema particolare che si discosta spesso da quelli delle altre regioni.

La regione con meno visite generiche a pagamento risulta essere la Sicilia, mentre altre regioni, come la Toscana, dove la Medicina Generale territoriale caratterizza il sistema, evidenziano una maggior frequenza di visite generiche a pagamento rispetto all'Italia.

Per le visite cardiologiche le regioni con maggior Out of Pocket sono la Campania la Liguria, l'Abruzzo, la Puglia, le Marche e la Calabria.

Liguria, Marche e Campania, oltre alla Valle d'Aosta per la quale la stima però potrebbe avere un errore proporzionalmente elevato data l'esiguità del suo campione, sono invece le regioni con più visite ginecologiche ed ostetriche a pagamento.

La Liguria e la Valle d'Aosta, ma anche la Toscana, la Puglia, la Campania e le Marche hanno valori elevati riguardanti le visite ortopediche a pagamento molto meno diffuse a invece a Bolzano.

Infine le visite oculistiche evidenziano una probabile carenza di offerta pubblica nella regione Puglia data la elevata percentuale di visite a pagamento.

Le distribuzioni per singola specialità evidenzia che la distribuzione complessiva è in realtà la somma di distribuzioni tra di loro geograficamente non omogenee anche se si può

ritenere che effettivamente ci sia un fattore comune di tendenza alla visita Out of Pocket poi modificato per la situazione dell'offerta pubblica relativa alle singole specialità.

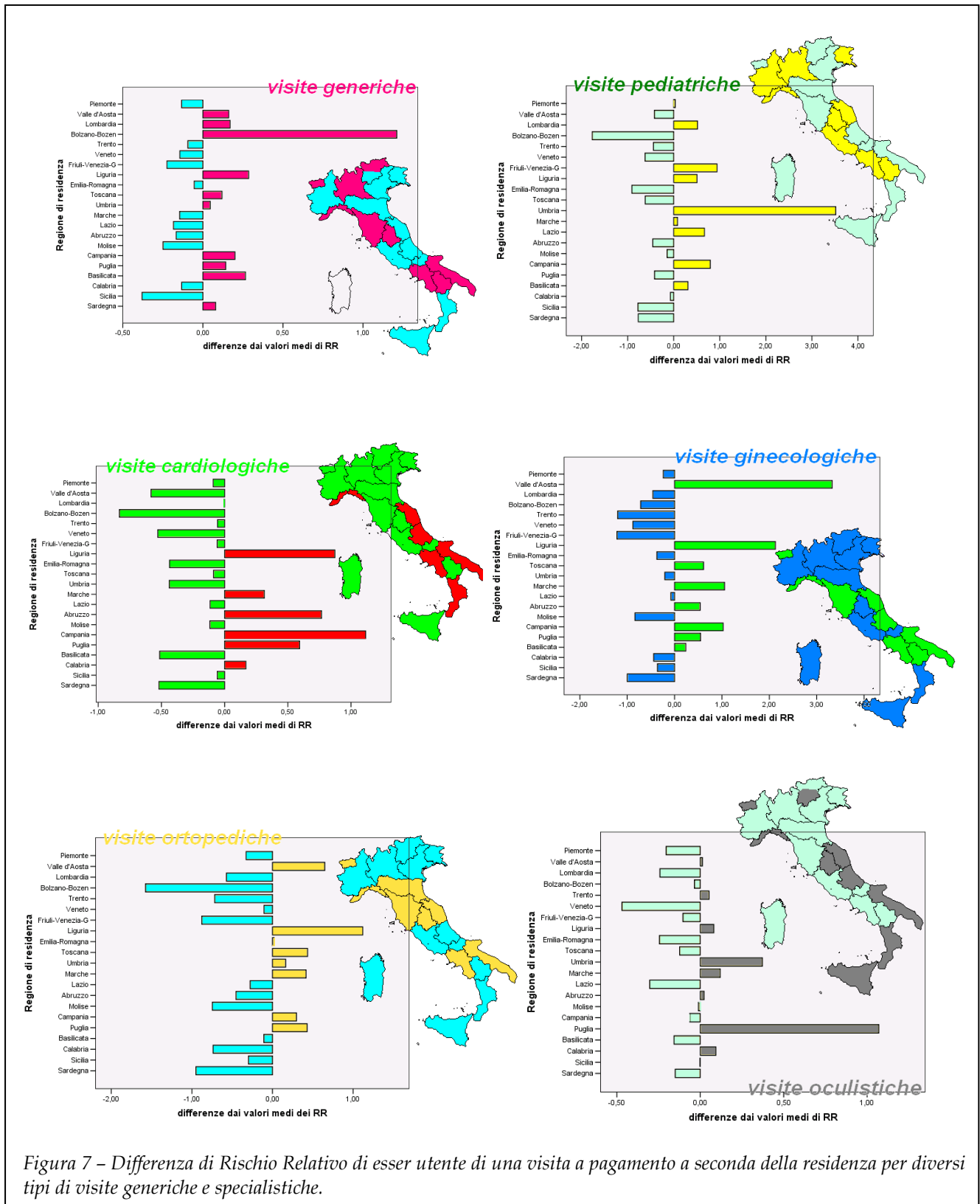


Figura 7 – Differenza di Rischio Relativo di esser utente di una visita a pagamento a seconda della residenza per diversi tipi di visite generiche e specialistiche.

In conclusione il settore delle visite specialistiche rimane, comunque, il settore più critico per la percentuale, facilmente giudicabile eccessiva, di visite Out of Pocket e questo potrebbe anche esser valutato come una non garanzia dei LEA.

Gli accertamenti diagnostici

Un settore operativamente non molto distante dalle visite specialistiche è quello degli accertamenti diagnostici. Nell'indagine Multiscopo Istat è stato chiesto agli intervistati se si fossero sottoposti nelle ultime 4 settimane ad accertamenti diagnostici ed in particolare ad esami del sangue, esami delle urine e ad altri esami specialistici complessivamente intesi (comprendendo radiografie, risonanze magnetiche, tomografie assiali, ecografie, elettrocardiogrammi, pap test, ecc.). Per gli esami del sangue e per gli altri esami si è chiesto se fossero stati effettuati gratuitamente, con ticket o a pagamento intero.

Esami del sangue

Gli esami del sangue dichiarati come sostenuti nelle ultime settimane, riproporzionati a tutta la popolazione, risultano 6.394.097 e riferiti a 5.152.793 persone, cioè all' 8.9% della popolazione. Ciò significa che considerando 24 giornate lavorative, in un giorno in Italia si eseguono 266.420 prelievi per esami del sangue, uno ogni 217 persone. Ci sono soggetti che dichiarano di aver fatto un solo esame del sangue nelle quattro settimane, e sono l'86.5% mentre 695.171 soggetti, cioè il 13.5%, dichiara di averne fatti di più, sino ad averne fatti uno al giorno. Rispetto al solo ultimo effettuato la quota di esami gratuiti è del 53.0%, quella con ticket del 40.3%, e a totale pagamento dell'6.6%. Esaminando queste percentuali nei soli soggetti che hanno fatto più di un esame risulta che quelli a pagamento sono solo il 5.2%, quelli con ticket il 28.2% e quelli gratuiti il 66.6%: è evidente che chi fa più di un esame significa che è molto probabile che sia affetto da una patologia cronica per la quale vi è esenzione del ticket e diminuisce le ragioni per chiedere un esame a pagamento; ed infatti nei pochi soggetti che hanno fatto più di un esame a settimana non ci sono risposte che riferiscono di

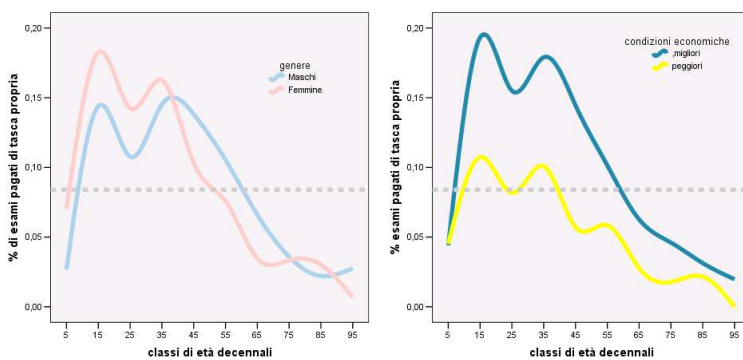
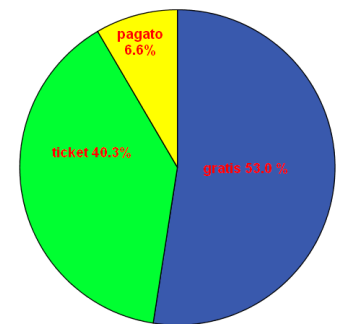


Figura 9 - percentuale di esami del sangue per tipo di pagamento per età, genere e condizione economica

aver pagato il ticket o tutto il prezzo. Esaminando le percentuali di Out of Pocket per età, vedi figura 9, si osserva un andamento simile a quello delle visite con poca differenza per genere. Al contrario vi è maggior differenza a seconda delle condizioni economiche con i soggetti più disagiati che ricorrono decisamente meno agli esami del sangue a pagamento intero.

ed infatti nei pochi soggetti che hanno fatto più di un esame a settimana non ci sono risposte che riferiscono di

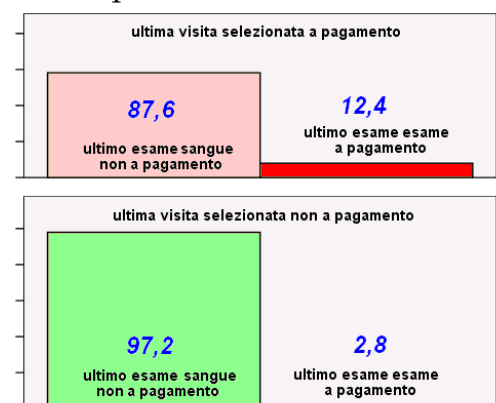


Figura 10 - Esami del sangue e visite specialistiche per tipo di pagamento

La figura 10 evidenzia il trascinarsi del comportamento alla visita specialistica sul comportamento all'esame del sangue. Chi ha pagato la visita paga l'esame nel 12,4% dei casi mentre chi non ha pagato la visita lo paga solo nel 2,8%.

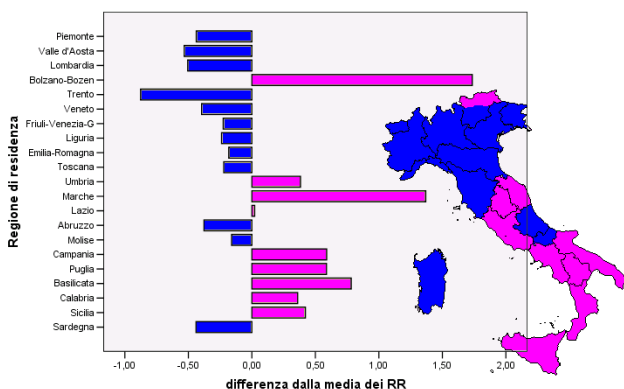


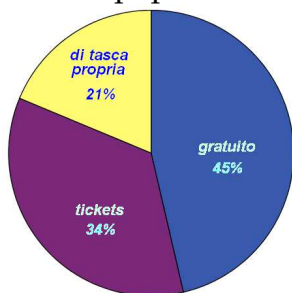
Figura 11 – Esami del sangue a pagamento intero

La distribuzione geografica della tendenza a pagare per intero gli esami del sangue evidenzia una maggior frequenza nel meridione con la solita anomalia per Bolzano, provincia con maggior Out of Pocket, e Trento, provincia con il valore più basso.

Non è difficile ipotizzare che dove il servizio pubblico funziona meglio il ricorso all'Out of Pocket sia più ridotto, e che quindi le componenti organizzative siano più importanti delle condizioni economiche delle aree e degli atteggiamenti culturali, seppur naturalmente anche questi influiscono nel determinare questi comportamenti.

Esami specialistici

Gli esami specialistici dichiarati come sostenuti nelle ultime settimane, riproporzionati a tutta la popolazione, risultano 4.633.682 e riferiti a 3.314.822 persone, cioè all' 5,7% della popolazione. Ciò significa che considerando 24 giornate lavorative, in un giorno in Italia si eseguono 193.070 esami specialistici vari, cioè uno ogni 300 persone. Ci sono soggetti che dichiarano di aver fatto nelle quattro settimane un solo esame specialistico, e sono il 74,9% mentre 830.657 soggetti, cioè il 25,1%, dichiara di averne fatti di più, e di questi la maggioranza dichiara di averne fatti due.



Rispetto al solo ultimo effettuato la quota di esami gratuiti è del 45%, quella con ticket del 34%, e a totale pagamento del 21%.

rispetto al solo ultimo effettuato la quota di esami gratuiti è del 45%, quella con ticket del 34%, e a totale pagamento del 21%.

con ticket del 34%, e a totale pagamento del 21%.

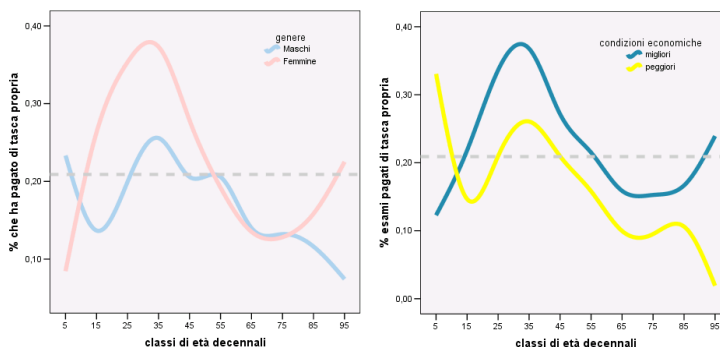


Figura 12 – percentuale di esami specialistici per tipo di pagamento per età, genere e condizione economica

Come si vede in figura 12 la percentuale di esami specialistici Out of Pocket è molto maggiore nelle donne nell'età fertile mentre nelle fasce di disponibilità economica le differenze non sono elevate e addirittura sono maggiori le percentuali di esami a pagamento per i bambini.

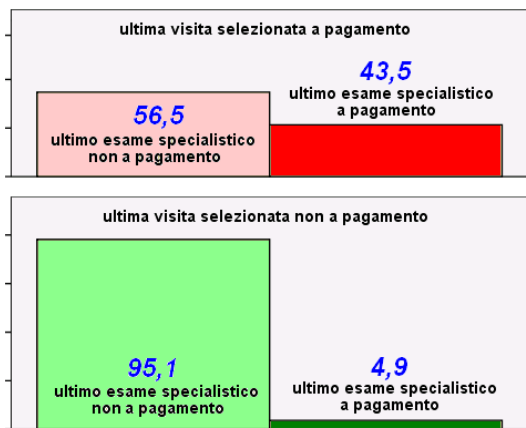


Figura 13 – Esami specialistici e visite specialistiche per tipo di pagamento

L'effetto "trascinamento" che già si vedeva per gli esami del sangue è qui molto accentuato ed infatti mentre è trascurabile la percentuale di Out of Pocket in chi aveva fatto l'ultima visita non a pagamento, questa diventa ben del 56% in chi invece aveva avuto appunto l'ultima visita in regime di Out of Pocket.

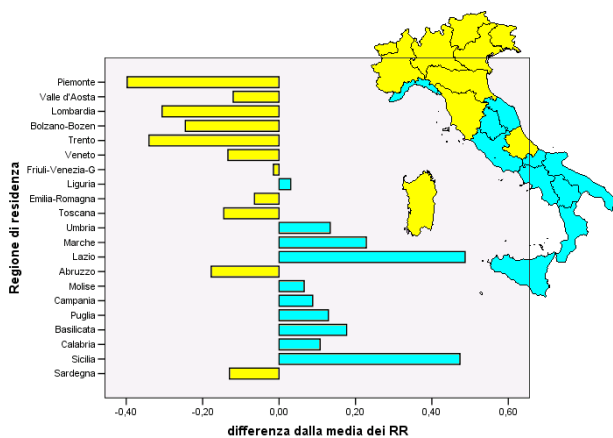


Figura 14 - differenze di rischio relativo di avere un esami specialistici a pagamento

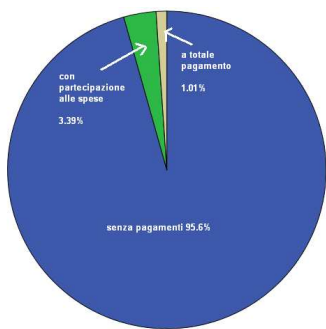
La figura 14 evidenzia come le regioni nelle quali l'utente ha il maggior rischio di dover scegliere un esame specialistico a pagamento sono quelle del centro sud con l'eccezione, in questo caso, dell'Abruzzo. Le regioni con il rischio più elevato sono il Lazio e la Sicilia.

Questa distribuzione evidenzia come il fenomeno sia dovuto non tanto alla presenza di una maggior disponibilità a pagare, bensì probabilmente a due differenti ragioni, la prima di carattere culturale con una preferenza per il privato quasi fosse una ragione di status symbol, e la seconda di carattere organizzativo prodotta dalla

carenza di un offerta pubblica soddisfacente. Si osservi che molte di queste regioni sono quelle attualmente con i maggiori disavanzi che sarebbero ancora più rilevanti se tutta la domanda fosse stata soddisfatta all'interno del servizio sanitario regionale.

I ricoveri ospedalieri

Negli ultimi tre mesi prima dell'Indagine la stima dei ricoveri (con almeno una notte di degenza) sull'intera popolazione italiana è stata di 2.190.947 che riportata ai 12 mesi farebbe 8.763.788 ricoveri l'anno non molto dissimile dal dato ricavabile dalle schede di dimissione che risulta essere (ricoveri ordinari con esclusione dei Day Hospital e dei ricoveri ordinari senza neanche una notte) di 8.553.867 ; I ricoverati sono ovviamente meno dei ricoveri e cioè 1.885.461 il che significa che ci sono stati nei tre mesi alcuni, pochi, ricoveri ripetuti per lo stesso soggetto.



Relativamente ai ricoveri 2.094.504, cioè il 95.6% sono stati completamente gratuiti, 74.328, cioè il 3.39%, hanno avuto

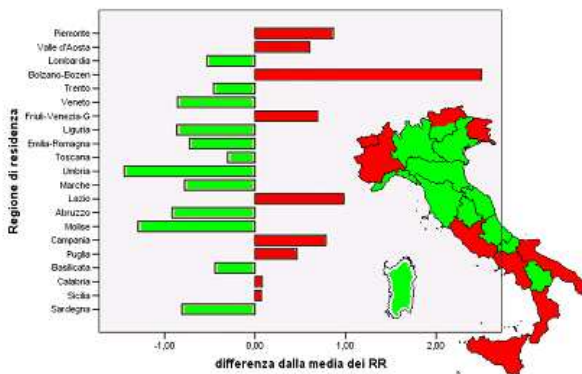
diverse forme di compartecipazione alle spese (rimborsate o meno da assicurazione privata) ed infine solo 22.115 ricoveri (l'1.01%) sono stati ricoveri con pagamento Out of Pocket.

Analizzando in tabella 2 i motivi che hanno portato al ricovero, metà di quelli a pagamento sono avvenuti per sottoporsi ad un intervento chirurgico mentre per quelli gratuiti solo un terzo ha avuto la stessa motivazione.

Le motivazioni prevalenti per i ricoveri gratuiti sono le cure mediche (27% contro 14%) e l'effettuazione di accertamenti diagnostici (22% contro 15%). Queste motivazione caratterizzano chiaramente i ricoveri a

Motivo ricovero	non paga	paga
Cure mediche	27%	14%
Interventi chirurgici	34%	49%
parto	14%	16%
incidenti	10%	7%
accertamenti	22%	15%

Tabella 2 - Motivi che hanno portato al ricovero



pagamento che avvengono per i due terzi per problemi di chirurgia o di ostetricia.

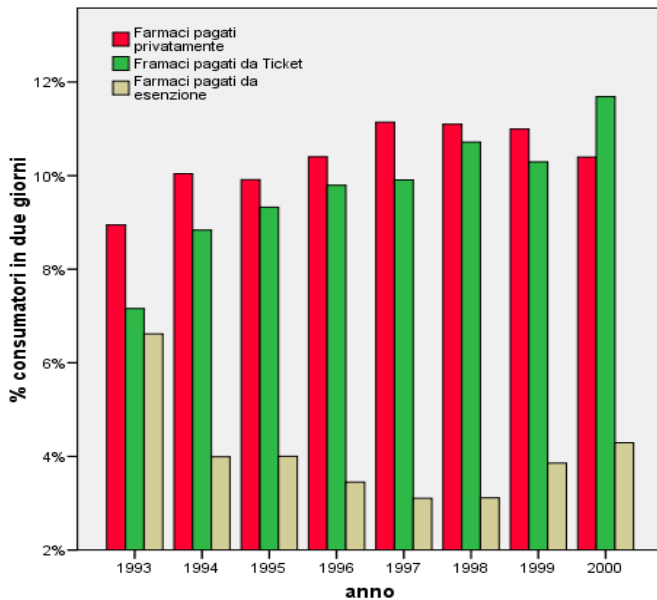
Anche la distribuzione dei ricoveri ospedalieri con qualche forma di pagamento sono per lo più distribuiti al sud; fanno eccezione il Piemonte, il Friuli e la provincia di Bolzano che ha la percentuale più elevata.

Hanno valori elevati al centro sud soprattutto il Lazio, la Campania e la Puglia.

Figura 15 – Ricoveri a pagamento per regione

I Farmaci

L'indagine Multiscopo Istat sul ricorso ai servizi sanitari non ha una domanda specifica su



come sono stati acquistati i farmaci utilizzati dai rispondenti. Questa domanda era invece presente in alcune passate indagini Multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

Veniva chiesto innanzitutto chi avesse consumato un farmaco nelle ultime due giornate e se sì se l'ultimo farmaco consumato era stato acquistato gratuitamente, con ticket o a pagamento.

Analizzando i dati dell'indagine del periodo 1993-2003 si osservano i tassi di Consumo-acquisto di figura 16 con alcuni anni che evidenziano importanti cambiamenti, ma anche con alcune

Figura 16 : Consumo di farmaci per tipo di acquisto

costanti di comportamento quale ad esempio una percentuale molto vicina di farmaci acquistati con ticket e a pagamento, mentre quelli acquistati in totale esenzione sono, tranne che nel 1993, molto pochi.

Il rapporto in Italia nell'intero periodo dei farmaci acquistati a pagamento contro gli altri acquistati in esenzione o con ticket è di 1:1,32.

Esaminando questi rapporti nelle diverse regioni il risultato è

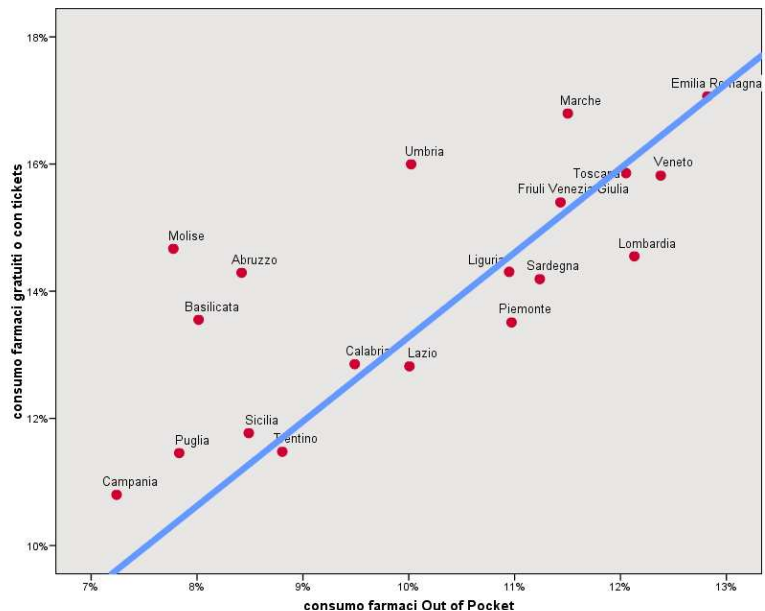


Figura 17 : Consumi di farmaci regionali per tipo di acquisto

quello di figura 17 in cui la linea azzurra segna una uguale percentuale a quella dell'intera nazione.

Le regioni che stanno sopra alla linea sono quelle con minor consumo Out of Pocket mentre quelle che stanno sotto sono quelle con maggior Out of Pocket e tra queste ci sono molte regioni del Nord, cioè il Piemonte, la Lombardia, la Liguria, il Veneto ed il Trentino oltre al Lazio ed alla Sardegna.

Questi dati sono qui riportati per completare il quadro dell'Out of Pocket in Sanità e, seppur non omogenei con i precedenti, confermano che anche per i Farmaci la quota di Out of Pocket è elevata, ma in questo caso soprattutto nelle regioni più ricche.

Conclusioni

Prima di cercare di trarre delle conclusioni dall'analisi qui presentata può risultare utile esaminare quelle che i soggetti hanno dato come spiegazioni del fatto che hanno utilizzato prestazioni a pagamento e non invece prestazioni a carico del S.S.N.

Motivo della scelta della struttura in cui ha pagato la prestazione di tasca propria	Visite specialistiche		Accertamenti diagnostici		Ricoveri ospedalieri ordinari	
	<i>non paga</i>	<i>paga</i>	<i>non paga</i>	<i>paga</i>	<i>non paga</i>	<i>paga</i>
Vicinanza	40.0	17.0	11.6	5.8	26.3	12,2
Fiducia	44.4	60.6	55.5	57.4	33.6	54.9
Urgenza	7.5	20.0	13.9	34.4	2.5	11.0
Accoglienza	4.2	7.5	4.3	11.3	4.8	8.7
Economia	21.5	5.0	20.0	3.2	8.5	2.8

Figura 17 : Motivi della scelta della struttura a seconda del pagamento o meno della prestazione

Dalla tabella 3 risulta evidente come per tutte le prestazioni il fattore che più si differenzia in relazione al tipo di pagamento è l'urgenza nel significato di impossibilità ad aspettare la disponibilità di un'altra struttura. E' evidente quindi che i servizi a pagamento (sia i privati che i pubblici dell'intramoenia) si alimentano con le liste d'attesa dei presidi del S.S.N. Un altro elemento importante per le visite e per i ricoveri, ma non per gli accertamenti diagnostici, che porta a scegliere i servizi a pagamento, è la fiducia nella struttura e nei suoi operatori. Infine, seppur con percentuali inferiori, risulta molto importante anche l'accoglienza che le strutture sanno dare.

Le strutture non a pagamento hanno invece frequenze di risposte maggiori per le motivazioni della scelta che si rifanno alla vicinanza o all'economicità; il che significa che il SSN viene scelto perché non costa e perché è quasi sempre il più vicino, ma non perché è più disponibile, è più accogliente o da più fiducia all'utente. Questo quadro non è ovviamente positivo per il S.S.N. e deve far riflettere; peraltro occorre anche sottolineare che il quadro non è così drammatico se il 44.4% degli utenti, ad

esempio, dice che ha scelto la struttura non a pagamento per una visita specialistica perché ha fiducia in essa.

La Figura 18 evidenzia come chi ha scelto una prestazione a pagamento abbia un parere meno

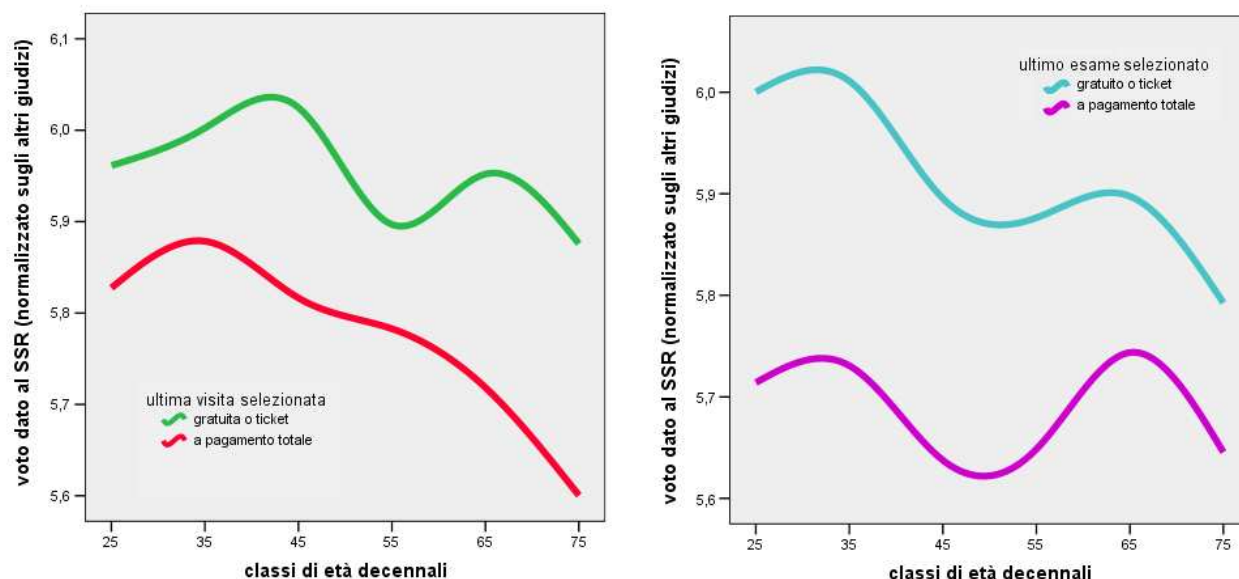


Figura 18: Modalità di pagamento e giudizio sul Servizio Sanitario

positivo del Servizio Sanitario, valutato nelle risposte all'indagine con un voto da 0 a 10. Che questa sia la causa o la conseguenza dei comportamenti non è evidente; probabilmente è tutte e due: chi ha un cattivo giudizio sceglie il privato a pagamento e chi si sente costretto a scegliere il privato a pagamento elabora un giudizio negativo del Servizio Sanitario.

Possiamo allora cercare di sintetizzare ciò che fondamentalmente questa analisi sembra poterci dire:

- Innanzitutto che la stima OECD di una spesa Out of Pocket di 1:4 rispetto alla spesa pubblica probabilmente è una sottostima del fenomeno e più realisticamente si può ritenere che sia di 1:3, cioè che la spesa privata sia un terzo della spesa pubblica e quindi un quarto della somma totale delle due. Le voci più consistenti della spesa privata sono certamente la spesa farmaceutica e la spesa per prestazioni specialistiche, entrambe valutabili tra il 50% ed il 75% della spesa pubblica nel settore. A queste poi si aggiunge una quota ridotta di spesa ospedaliera ed una quota più consistente di servizi per disabili e per non autosufficienti qui non valutata.

- Si deve poi considerare che le motivazioni delle prestazioni a pagamento stanno anche nella quantità ma soprattutto nella qualità delle prestazioni del S.S.N. Si tratta di una qualità percepita e non misurata e sicuramente talvolta non corrispondente alla realtà. Ma il servizio pubblico deve crescere in fiducia rispetto agli utenti, anche rendendo le proprie strutture più accoglienti.

- Il S.S.N. ha come principio fondamentale la garanzia dei livelli essenziali di assistenza; e non è però sufficiente dare una garanzia qualsiasi ma è necessario dare la garanzia di servizi qualificati. Se per qualche prestazioni (vedi ad esempio le visite ginecologiche) la stragrande maggioranza della popolazione sceglie invece le prestazioni a pagamento ciò non è solo interpretabile come un legittimo esercizio della libertà di scelta, ma è forse anche una costrizione dovuta all'inadeguatezza dei servizi garantiti. La presenza di servizi a pagamento è allora sicuramente positiva non solo perché ciascuno sappia che può scegliere e che non è costretto a subire, a qualsiasi condizione, le regole del S.S.N.; ma è anche positiva perché funziona da campanello d'allarme di situazioni troppo elevate di non gradimento dei servizi del S.S.N. da parte della popolazione. E' soprattutto per quest'ultima ragione che il servizio sanitario non deve assolutamente tralasciare di analizzare ed interpretare i dati relativi alle prestazioni erogate in regime di Out of Pocket.

L'esame approfondito dei dati dell'Indagine Multiscopo Istat e di altre fonti similari può quindi essere un forte stimolo alla valutazione ed alla programmazione dei servizi sanitari regionali e nazionale.