

Schede che sintetizzano le evidenze disponibili su alcuni dei miti più ricorrenti nell'organizzazione e nel finanziamento dei servizi sanitari. Buona lettura!

Mito n. 1: I ticket potrebbero eliminare gli sprechi e garantire un uso migliore del sistema sanitario

■ C'è una vecchia idea che riaccende spesso le discussioni: i pazienti abusano spudoratamente del sistema sanitario.

Si sottopongono a costose procedure mediche di cui non avrebbero bisogno semplicemente perché le possono avere gratis. Quindi, perché non insegnare loro ad essere più responsabili facendogli pagare un ticket per ogni prestazione che consumano?

■ Perché questa non è la soluzione. Molte ricerche hanno infatti dimostrato da tempo che la compartecipazione al costo delle prestazioni utilizzate (il ticket) non elimina il ricorso inappropriato ai servizi medici né riduce i costi in maniera significativa. E anche la convinzione che i pazienti siano la causa dello spreco di risorse sanitarie è sbagliata.

I pazienti abusano dei servizi sanitari? La vera storia

■ Secondo Robert Evans, professore di economia sanitaria alla University of British Columbia, le procedure mediche non sono caramelle. Le persone non si mettono in lista di attesa per un trapianto di cuore soltanto perché è gratis.

■ E soprattutto, i pazienti non sono nelle condizioni di sprecare le risorse sanitarie. La proporzione di spesa sanitaria più elevata va ad assistenza ospedaliera, visite mediche, farmaci e altri servizi medici.ⁱ

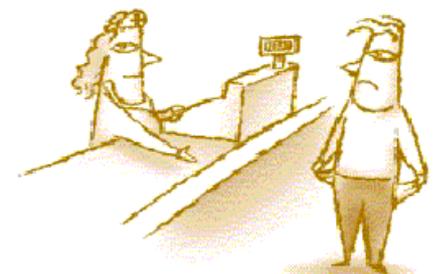
[Per la Regione Emilia-Romagna questo corrisponde a 43% per la spesa ospedaliera, 14% per la spesa farmaceutica, 16% per la specialistica ambulatoriale - NdT]. La maggior parte di queste spese non è controllata dai pazienti: molte visite specialistiche, tutta l'assistenza ospedaliera e la maggior parte dei farmaci possono essere ottenute soltanto per richiesta di un medico.ⁱⁱ

■ Questo significa che eventuali abusi attribuibili ai pazienti si possono verificare solo quando questi si rivolgono spontaneamente ad un medico - una domanda che nel 2000 in Canada ha rappresentato il 13,5% della spesa sanitaria totale. Secondo Evans, tuttavia, circa la metà delle visite mediche sono richieste da un altro medico o sono seconde visite presso lo stesso professionista. Quindi le prime visite, quelle richieste direttamente dai pazienti, probabilmente rappresentano solo il 6-7% della spesa totale. Poiché la maggior parte di esse, poi, sono giustificate, Evans stima che lo spreco effettivamente

attribuibile ai pazienti possa essere dell'ordine dell'1-2% della spesa totale - che si fa fatica a definire un abuso spudorato.

Provato, verificato e falso

■ In ogni caso, difficilmente i ticket riescono a ridurre i costi. È stato dimostrato in Saskatchewan (una provincia canadese - NdT) che i ticket - introdotti nel 1968 e aboliti 7 anni dopo - avevano ridotto il ricorso annuo ai servizi medici del 6% circa. Questo risultato è dovuto, tuttavia, principalmente a un minore ricorso alle visite mediche dell'ordine del 18% da parte delle persone anziane e dei poveri.ⁱⁱⁱ Per di più, la spesa sanitaria complessiva del Saskatchewan non si è affatto ridotta, perché sono aumentate le tariffe delle visite mediche e perché le persone più ricche sono andate più spesso dal medico.^{iv} E inoltre, i ticket non hanno ridotto i costi dei servizi ospedalieri, che sono la forma di assistenza più costosa.



* **A CACCIA DI MITI.** Serie a cura della Fondazione canadese per la ricerca sui servizi sanitari (CHSRF - www.chsrf.ca)

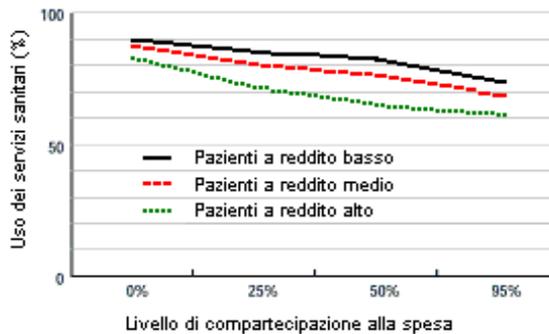
■ Negli Stati Uniti è stato condotto uno studio molto famoso sugli effetti dei ticket, il Rand Health Insurance Experiment. Lo studio ha analizzato il comportamento di gruppi di pazienti cui erano stati imposti diversi livelli di compartecipazione alla spesa.^{iv} I pazienti che pagavano ticket più alti facevano un minore ricorso all'assistenza sanitaria. La proporzione di uso inappropriato di antibiotici, e di ricoveri e di degenze ospedaliere inappropriati è rimasta comunque la stessa in tutti i gruppi^v - con o senza ticket - a dimostrazione che i ticket non rappresentano la soluzione a questi problemi.

■ È cambiato, invece, l'uso dei servizi medici da parte dei pazienti ad alto rischio e con basso reddito. In generale si è verificata una riduzione del ricorso ai servizi medici, che è stata più marcata fra le persone più povere. Inoltre, la mortalità è aumentata successivamente all'introduzione dei ticket.^{vi}

■ Gli studiosi del Rand Experiment hanno osservato tuttavia una minore spesa sanitaria per chi pagava ticket rispetto a quella di chi aveva una copertura sanitaria totalmente gratuita. Ciò sembra dimostrare che l'applicazione del ticket serve almeno a ridurre i costi e sembra contraddire quanto è stato osservato in Saskatchewan, dove la spesa sanitaria non si è ridotta. Come mai?

■ L'esperienza del Saskatchewan riguarda l'intera popolazione residente, mentre il Rand Experiment è stato condotto su un gruppo di 5.800 persone. Ogni medico aveva, quindi, solo pochi pazienti inseriti nello studio. Questa condizione non è sufficiente a fornire evidenze degli effetti derivanti dall'applicazione dei ticket sul sistema sanitario nel suo complesso. In altre parole, a differenza dell'esperienza del Saskatchewan, il Rand Experiment non affronta la questione dei costi generali. Quindi, sulla base dei dati del Rand non si può concludere che i costi complessivi dell'assistenza possano essere ridotti; semplicemente non ci sono evidenze.^{viii}

Effetti dei ticket sull'uso dei servizi sanitari Rand Health Insurance Experiment



La popolazione riduce il ricorso a servizi medici quando aumentano i ticket - ma i poveri, spesso quelli che hanno maggiore bisogno di assistenza sanitaria, sono i più colpiti. Nel Rand Experiment, i pazienti con basso reddito hanno ridotto la probabilità di usufruire di servizi medici dall'82,8% quando questi erano completamente gratuiti, al 61,7% per il gruppo con i ticket più alti.

Dati tratti da Manning WG et al. 1987. "Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment." *American Economic Review*, 77 (3): 251-277.

Risparmiare centesimi e sperperare euro?

■ Entrambi gli studi, tuttavia, confermano che l'introduzione dei ticket spinge le persone più povere a fare un minor ricorso ai servizi medici. Alla lunga ciò porterà probabilmente a maggiori costi, perché la salute degli anziani e dei poveri è peggiore di quella di altri gruppi di popolazione.

■ In Quebec, per esempio, gli anziani e le persone con sussidi sociali hanno usato meno farmaci quando è stato loro imposto di pagare un ticket. Questo si è tradotto in un aumento della gravità dei pazienti e degli accessi al pronto soccorso.^{ix} Sono risultati che confermano precedenti ricerche, dalle quali era emerso che l'applicazione dei ticket nel breve periodo riduceva i costi, ma nel complesso portava a una spesa più alta, perché un maggior numero di persone aspettavano troppo prima di rivolgersi ai servizi sanitari.

■ A parte la retorica, i ticket non contribuiscono a rendere il sistema sanitario più accessibile a tutti. Tutte le ricerche condotte hanno dimostrato che inevitabilmente essi creano dei vantaggi per chi è ricco e in salute e peggiorano la situazione per chi è malato e povero.

i Canadian Institute for Health Information. 2000. National Health Expenditure Trends, 1975-2000 Report.

ii Stoddart GL et al. 1993. Why Not User Charges? The real issues. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93: 12D.

iii Beck RG and JM Horne. 1980. "Utilization of publicly insured public health services in Saskatchewan before, during and after copayment." *Medical Care*; 18: 787-806.

iv Manning WG et al. 1987. "Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment." *American Economic Review*; 77: 251-277.

v Siu AL et al. 1986. "Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans." *New England Journal of Medicine*; 315: 1259-1266.

vi Foxman B et al. 1987. "The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial." *Journal of Chronic Disease*; 40: 429-437.

vii Brook RH et al. 1983. "Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial." *New England Journal of Medicine*; 309: 1426-1434.

viii Stoddart GL et al. 1993. User Charges, Snares and Delusions: Another look at the literature. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93: 14D.

ix Tamblyn R et al. 2001. "Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons." *Journal of the American Medical Association*; 285 (4): 421-429.