

Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project

Summary in Italian

Sistemi sanitari ad elevate prestazioni: il Progetto dell'OCSE sulle politiche sanitarie

Nota di sintesi in italiano

I Paesi dell'OCSE possono essere soddisfatti dei progressi compiuti nel settore della sanità. Un bambino nato nel 2000 in un Paese dell'area dell'OCSE può sperare di vivere in media nove anni in più rispetto a una persona nata nel 1960 e il tasso di mortalità infantile è cinque volte inferiore rispetto a quella data. Negli ultimi quaranta anni, le morti premature – misurate in anni di vita potenziali, persi prima di aver raggiunto i settanta anni – sono state ridotte della metà.

L'espansione economica e un livello d'istruzione più alto hanno indubbiamente migliorato le condizioni di salute della popolazione, ma qualche merito va anche attribuito al miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli progressi nel campo della prevenzione e nella cura di alcune patologie, come ad esempio le cardiopatie, i tumori, gli infarti e i parti prematuri.

In molti paesi, la copertura sanitaria universale – pubblica o privata – non solo garantisce una protezione finanziaria contro i costi delle malattie gravi, ma consente anche di avere accesso alle cure più moderne e ai servizi di prevenzione. Dal 2001, la vaccinazione infantile contro il morbillo ha raggiunto tassi superiori al 90% in più dei due terzi dei Paesi dell'OCSE, contro solo un terzo dei paesi dieci anni or sono. La conseguenza diretta di tali miglioramenti, è una popolazione più longeva e con meno problemi di salute.

Questi miglioramenti hanno ovviamente un costo e alcuni dati recenti mostrano che, nell'area OCSE, la spesa sanitaria supera in media l'8% del PIL e che raggiungono oltre il 10% del PIL negli Stati Uniti, in Svizzera e in Germania, mentre nel 1970 esse rappresentavano solo il 5% del PIL. Un tale incremento è riconducibile in gran parte ai

progressi compiuti nel campo della medicina e alle più grandi aspettative nei confronti del sistema sanitario. In parole povere, i progressi tecnologici non solo ci consentono di curare sempre di più e ci aspettiamo perciò di ottenere sempre di più, ma in compenso dobbiamo anche pagare di più.

Spendere di più non è necessariamente un problema, soprattutto se i benefici aggiuntivi superano i costi supplementari, ma poiché i tre quarti della spesa sanitaria dei Paesi dell'OCSE sono finanziati dallo Stato, tale spesa grava quindi notevolmente sui bilanci pubblici.

Anche negli Stati Uniti, dove il settore privato finanzia in gran parte il sistema sanitario, la spesa pubblica per la salute rappresenta il 6% del PIL, tasso paragonabile alla spesa media pubblica per la sanità per i Paesi dell'OCSE.

Il problema principale è il costante aumento della spesa sanitaria, derivante dalla continua innovazione medica e dalla crescente domanda di cure delle persone anziane. Inoltre, la progressiva diminuzione della popolazione attiva determinerà crescenti squilibri nelle finanze pubbliche.

I paesi più ricchi sono quelli che spendono di più per la salute, ma esistono tuttavia grandi differenze tra paesi con redditi simili e, fatto ancora più rilevante, i sistemi sanitari che spendono di più non sono necessariamente i più efficienti.

A prescindere dai costi e dalle sfide economiche, i cittadini sono sempre più consapevoli che esistono diverse possibilità per migliorare l'efficacia dei sistemi sanitari. I governi dei Paesi dell'OCSE devono rispondere alla crescente domanda di sistemi sanitari atti a rispondere alle esigenze e alle aspettative dei cittadini, a offrire cure di migliore qualità e a risolvere la questione della disparità nelle condizioni di salute e nell'accessibilità alle cure. I sistemi sanitari possono migliorare senza aumentare la pressione finanziaria?

I sistemi sanitari dei vari paesi adottano diversi modelli e differiscono fra loro nella quantità e nei tipi di risorse che usano, ed anche nei risultati sanitari e nei vari obiettivi che intendono raggiungere. Ma, i responsabili delle politiche sanitarie hanno obiettivi comuni e possono trarre insegnamenti dalle loro rispettive esperienze per capire cosa funziona – e cosa non funziona – quando si tratta di cambiare i sistemi sanitari per migliorarne le performance. Il progetto triennale dell'OCSE sulle politiche sanitarie si propone di fornire elementi di accertamento e linee guida che i responsabili dell'elaborazione delle politiche potranno adattare alle specificità del proprio ambito nazionale e adottare per migliorare le prestazioni dei sistemi sanitari.

Efficacia delle cure sanitarie e della prevenzione

Le grandi differenze registrate tra i diversi paesi rispetto alla speranza di vita e ad altri indicatori di salute mostrano che molti di loro, se non tutti, possono attuare nuovi miglioramenti. Il grado di disparità fa sorgere alcuni quesiti e allo stesso tempo alcune attese. Innanzitutto, ci chiediamo per quale motivo, nel 1999, il tasso di mortalità infantile, in Svezia e in Giappone, era solo del 3,4 su mille, mentre in Nuova Zelanda e negli Stati Uniti si registravano tassi due volte superiori (rispettivamente del 7,2 e del 7,7 per cento)? E perché nel 2000, le donne irlandesi e polacche di 65 anni hanno in media

una speranza di vita inferiore alle loro coetanee giapponesi, svizzere e francesi, che possono invece sperare di vivere almeno tre anni in più?

Tra i diversi paesi, esistono anche ampie differenze nelle condizioni di salute di alcuni strati della popolazione, attribuibili in parte alle disparità nell'accesso ai servizi necessari che colpiscono in modo particolarmente grave i meno abbienti.

Non bisogna quindi trascurare le opportunità di promuovere un migliore sistema sanitario tramite provvedimenti che non rientrano nelle tradizionali competenze dei responsabili delle politiche. Innanzitutto, se si considerano le conseguenze sulla salute, delle malattie e degli infortuni dovuti a fattori ambientali e di rischio, migliorare la salute significa anche affrontare problematiche connesse alla violenza, alla prevenzione degli incidenti e alla sicurezza nel lavoro, alla sicurezza stradale e all'uso di droghe, alcool e tabacco.

I sistemi che tendono a curare le malattie nel momento in cui si manifestano, rischiano di non cogliere le opportunità di una politica di prevenzione delle patologie e delle invalidità nel futuro. In effetti, solo 5 centesimi per ogni dollaro destinato alle cure sanitarie sono spesi per iniziative volte a mantenere un buon livello di salute della popolazione. Il livello di salute della popolazione è migliorato grazie a misure di prevenzione come le campagne d'informazione, la regolamentazione e la tassazione (come nel caso del tabacco). A riprova di tale miglioramento, il notevole calo del consumo di sigarette, in corso nei paesi dell'OCSE sin dal 1960, che ha condotto a una minore incidenza del tumore dei polmoni. Inoltre, con il recente e drammatico aumento del problema dell'obesità, sono stati elaborati nuovi trattamenti. L'obesità innalza il rischio di malattie croniche che vanno dal diabete a gravi disturbi mentali e il rapido aumento del numero di adulti obesi preannuncia problemi per la sanità nei prossimi anni. Considerata la difficoltà di curare l'obesità, è vivamente consigliata una maggiore attenzione alle strategie di prevenzione.

Negli ultimi dieci anni, si è sempre più diffusa la consapevolezza del problema della qualità delle cure sanitarie. Nei Paesi dell'OCSE, esistono prove abbondanti e diffuse di una qualità insufficiente delle cure che si traduce in morti evitabili, invalidità e livelli scadenti di salute che portano all'aumento della spesa. I problemi riscontrati sono di tre tipi. Innanzitutto, ci sono casi in cui le cure fornite, dopo accertamenti clinici, si rivelano non necessarie. Alcuni studi sulla chirurgia elettiva come i trapianti di bypass coronari indicano che una rilevante minoranza di interventi non è adeguata ai pazienti. Tali interventi comportano quindi un'inutile esposizione a rischi sanitari e uno spreco di risorse. Un secondo tipo di problema è la non amministrazione di cure primarie ai pazienti che ne avrebbero bisogno. Risultati inefficaci e costi più alti potrebbero essere determinati in futuro dalla mancata prescrizione, al momento opportuno, di farmaci per il controllo dell'ipertensione. Spesso l'aspirina non è prescritta ai pazienti soggetti ad attacchi cardiaci, nonostante sia un metodo poco costoso ed efficace per ridurre i rischi di futuri infarti. Il terzo tipo di problemi proviene da cure sbagliate o con scarsi mezzi tecnologici, come interventi chirurgici in luoghi inadeguati ed errori nelle prescrizioni di farmaci.

Le differenze fra paesi nei risultati raggiunti nel trattamento degli infarti e dei tumori dei polmoni, sono riconducibili all'intensità, alla qualità tecnica, all'organizzazione e al coordinamento delle cure e alle iniziative esterne al sistema sanitario. Per poter

considerare queste possibilità, sono tuttavia necessarie più informazioni sui fattori esplicativi, come la prevenzione e il depistaggio delle malattie.

Molti Paesi dell'OCSE hanno iniziato a controllare gli indicatori di qualità delle cure sanitarie, spesso con obiettivi comparativi, nell'ambito di un impegno più ampio per misurare e migliorare le prestazioni dei sistemi sanitari. Nella maggior parte dei paesi, si dedica una particolare attenzione alla qualità delle cure ospedaliere, ma sono state anche intraprese nuove iniziative per valutare altre forme di cure sanitarie e a lungo termine. Questi sforzi possono essere rafforzati grazie all'elaborazione di strumenti come le linee guida per la pratica clinica e gli standard di prestazioni, allo scopo di promuovere la pratica di una medicina basata su elementi accertati.

Per un grande balzo qualitativo, sono indispensabili migliori sistemi di registrazione e di misurazione dei dati, riguardanti i pazienti, lo stato di salute e le cure sanitarie.

Cartelle cliniche, ricette mediche, rapporti di analisi su supporto cartaceo, non facilitano la precisione, l'accesso e la condivisione di informazioni. Laddove sono stati applicati, i sistemi sanitari d'informazione automatizzati hanno avuto effetti positivi sui costi e sulla qualità delle cure sanitarie. Gli ospedali australiani e statunitensi che hanno adottato i sistemi informatizzati per somministrare le cure prescritte sono riusciti, ad esempio, a ridurre considerevolmente gli errori e i danni per i pazienti, conseguendo netti miglioramenti nella qualità e nella riduzione della durata delle degenze ospedaliere.

I medici generici e gli ospedali hanno bisogno di incentivi per sostenere i costi degli investimenti in sistemi informatizzati di dati e in altre misure necessarie per migliorare la qualità delle cure sanitarie. Gli incentivi economici e amministrativi attuali non incoraggiano a volte i fornitori di cure a adottare le migliori soluzioni. In alcuni paesi, ad esempio, sono prescritti molti esami clinici inutili e inappropriati a causa di incentivi forniti da sistemi basati sulla responsabilità medica per colpa professionale. Cambiare gli incentivi inappropriati – e sostituirli con incentivi che premiano la pratica della medicina basata su elementi di accertamento – è indispensabile per promuovere una migliore qualità delle cure mediche.

Accessibilità alle cure sanitarie

In alcuni paesi dell'OCSE sono state espresse delle preoccupazioni sul divario che potrebbe crearsi tra domanda e offerta di servizi da parte di medici e infermieri. In realtà, in alcuni paesi dell'OCSE sono già state registrate carenze di personale. Nel mentre la domanda di servizi crescerà, l'offerta diminuirà o, nel migliore dei casi, subirà una crescita lenta (in assenza di contromisure) come conseguenza della tendenza a ridurre le ore di lavoro e al pensionamento anticipato, dell'aumento dell'età dei medici, e del minore interesse nei confronti della professione di infermiere, rispetto ad altre professioni.

Alcuni paesi tentano di aumentare il numero e la produttività di medici e infermieri. Strategie di formazione, di ritenzione di personale e di reclutamento all'estero sono state messe in atto con vari livelli di successo per aumentare il numero di medici. Incrementare la forza lavoro degli infermieri si è rivelato difficile, ma esiste ancora la possibilità di sperimentare nuovi approcci come l'aumento dello stipendio, il miglioramento delle condizioni di lavoro, dell'istruzione e dei programmi di formazione degli infermieri.

Nonostante la copertura globale per le cure di base e la riduzione delle barriere economiche ed altri tipi di barriere che ostacolano l'accesso alle cure sanitarie si siano dimostrate efficaci per promuovere l'uso equo dei servizi sanitari, in alcuni paesi esistono ancora delle disparità. Ciò è riconducibile a fattori come l'impatto dei costi per le cure sui gruppi a basso reddito, le differenze nella copertura sociale tra la popolazione, ecc. Questi fattori potrebbero condurre a un livello di salute più scadente, e favorire l'isolamento economico e l'esclusione sociale. Altri tipi di disuguaglianze, come le disparità nei tempi di fornitura dei servizi, potrebbero essere causate dalle politiche volte a incoraggiare una vasta gamma di scelta per i consumatori.

Da soli, i cambiamenti nelle politiche per la sanità potrebbero rivelarsi insufficienti a colmare le differenze nello stato di salute, per alcuni gruppi socialmente svantaggiati, poiché tali disparità sono sintomi di problemi come la povertà e l'esclusione sociale. Tuttavia, l'esperienza mostra che l'intervento di alcune politiche può ridurre, laddove esistono, le disparità economiche nell'accesso alle cure sanitarie, anche se ciò può rivelarsi costoso. In Francia, ad esempio, l'introduzione di una copertura della partecipazione alla spesa con finanziamenti pubblici per i più poveri ha considerevolmente ridotto la sperequazione a favore dei ricchi nell'uso delle cure specialistiche.

Le innovazioni mediche offrono l'opportunità di migliorare il livello di salute e di cure, ma possono anche far aumentare i costi aggregati. L'incertezza riguardo i costi e i benefici è fonte di dilemmi per i governi. Fra i vari paesi ci sono grandi differenze nelle decisioni di adottare e finanziare le tecnologie mediche. Tali decisioni a loro volta, influenzano la diffusione delle tecnologie. Alcune tecnologie emergenti, come le terapie genetiche, pongono problemi etici che possono rendere ancora più difficile il processo decisionale. L'approvazione controllata di tecnologie promettenti (fino a successivi studi), le pratiche rigorose di valutazione delle tecnologie, e l'uso di processi trasparenti di presa di decisioni, possono aiutare a far fronte all'incertezza.

Sistemi sanitari in grado di soddisfare le attese di pazienti e consumatori

I sistemi sanitari possono fare di più per rispondere alle attese e alle preferenze di pazienti e consumatori. Il lavoro dell'OCSE ha identificato alcune politiche in grado di ridurre i tempi di attesa per gli interventi chirurgici e migliorare le cure a lungo termine, due delle maggiori fonti di insoddisfazione nei paesi dell'OCSE. Offrire una più vasta gamma di coperture sanitarie può anche essere un modo di rispondere ai bisogni e alle attese dei cittadini.

In almeno dodici paesi, i tempi di attesa per gli interventi chirurgici sono considerati eccessivi. Tempi di attesa medi non sembrano avere effetti negativi sui risultati sanitari, ma influiscono sulla qualità della vita; inoltre, il disagio dell'attesa rende coloro che ne sono colpiti meno produttivi nel lavoro.

I paesi che desiderano ridurre i tempi di attesa hanno bisogno generalmente di aumentare la capacità o la produttività dei loro sistemi sanitari. È tuttavia probabile un aumento dei costi, dal momento che i paesi con lunghi tempi d'attesa tendono a spendere meno per la salute e dispongono di un numero limitato di letti nei reparti di cure acute. Essi tendono inoltre a non adottare i pagamenti a prestazione per i medici, o i pagamenti

basati sulle diagnosi di dimissione per gli ospedali, metodi che incoraggiano la produttività. I tempi d'attesa sono inoltre più lunghi nei paesi in cui esiste una mancanza del personale medico. Tuttavia, se l'offerta chirurgica è giudicata appropriata, i tempi di attesa possono essere ridotti accertandosi che i pazienti non sono stati inseriti nelle liste d'attesa a meno che (o finché) i loro bisogni non superino i livelli di soglia, e garantendo servizi tempestivi ai pazienti che ne hanno più bisogno.

Alcuni paesi stanno sperimentando politiche volte ad offrire ai loro cittadini una più vasta gamma di servizi per le cure a lungo termine e a permettere ad alcuni ammalati di ricevere, ove possibile, cure a domicilio, evitando il ricovero in ospedale. Certi paesi offrono forme di finanziamento per questo tipo di cure, in luogo di rimborsare i servizi coperti ed in molti casi questi finanziamenti possono essere usati per aiutare le famiglie ad assistere i familiari ammalati. Ciò permette una maggiore flessibilità e un controllo sui servizi ricevuti, e riduce inoltre il senso di dipendenza degli assistiti. Tuttavia, le politiche di finanziamento orientate verso il consumatore possono rivelarsi più costose dei metodi tradizionali.

La disponibilità di diversi tipi di coperture sanitarie pubbliche o private offre al consumatore una maggiore scelta. Inoltre, un sistema sanitario in cui gli assicuratori sono liberi di innovare è in grado di introdurre cambiamenti che rispondono alle preferenze dei consumatori. Ma come tutti i benefici, la possibilità di scelta ha i suoi costi. Rispetto ai sistemi con un unico pagatore per i servizi sanitari o ai sistemi integrati di finanziamento e offerta di cure sanitarie, i sistemi con più pagatori fanno aumentare la pressione finanziaria e rendono difficile un equo accesso e un'equa ripartizione della contribuzione finanziaria.

Costi e finanziamenti sostenibili

I sistemi finanziati con i contributi dei lavoratori subiranno particolari pressioni con il diminuire dell'età della popolazione e del numero della popolazione attiva. Servirsi dei ricavi delle imposte generali per finanziare la fornitura di cure sanitarie pesa gravemente sui contribuenti e implica una minore disponibilità di risorse per altri programmi e servizi pubblici. Al fine di allentare la pressione del finanziamento pubblico, i governi potrebbero richiedere ai cittadini una maggiore partecipazione al finanziamento delle cure sanitarie.

La partecipazione alla spesa degli utenti dei servizi sanitari può contribuire ad alleggerire la spesa pubblica per la salute. È tuttavia improbabile che la partecipazione finanziaria degli utenti porti a notevoli economie, soprattutto se le popolazioni meno abbienti saranno esonerate, al fine di evitare restrizioni nell'accesso alle cure che potrebbero rivelarsi costose sul lungo termine. Tali esenzioni comportano costi amministrativi. A prescindere da tutto ciò, è probabile che i consumatori tendano a far l'economia delle cure preventive e dei trattamenti adeguati, a meno che non siano motivati da qualche incentivo. L'assicurazione sanitaria complementare privata permette di garantire l'accesso alle cure quando la partecipazione alla spesa è più diffusa, ma potrebbe provocare, allo stesso tempo, un incremento della domanda dei consumatori e dei costi complessivi.

L'assicurazione privata potrebbe controbilanciare alcuni costi che potrebbero altrimenti gravare sulle finanze pubbliche. Tuttavia, dei sussidi sono a volte necessari per

incoraggiare l'acquisto di una polizza assicurativa e altri provvedimenti potrebbero rivelarsi utili per promuovere l'uso di servizi privati da parte di chi usufruisce di una copertura pubblica ma che hanno anche un'assicurazione privata. Anche nei paesi in cui gran parte della popolazione ha un'assicurazione privata, ciò incide scarsamente sulla totalità della spesa per la sanità, poiché copre spesso rischi minori, e non i trattamenti e le malattie più costose.

I premi delle assicurazioni sanitarie private sono una fonte regressiva di finanziamento rispetto alle tasse basate sul reddito o ai contributi sociali. Quando i premi sono commisurati allo stato di salute dell'assicurato, possono essere regressivi come i pagamenti diretti, ma offrono tuttavia agli assicurati i mezzi per raggruppare i rischi delle cure sanitarie ed evitare spese eccessive. L'impegno dei governi per promuovere l'accesso alle assicurazioni sanitarie private attraverso la restrizione della selezione dei rischi o i sussidi mirati, può aiutare a migliorare l'equità dei mercati delle assicurazioni sanitarie private, in termini di finanziamento e di accesso alle cure, ma ad un certo costo.

Laddove i mercati hanno un ruolo importante nel finanziamento dei sistemi sanitari, i governi dovrebbero preparare accuratamente dei regolamenti e/o degli incentivi fiscali per garantire il raggiungimento degli obiettivi politici. Senza questo tipo di interventi, i mercati delle assicurazioni sanitarie private non riusciranno a promuovere l'accesso alla copertura delle persone gravemente malate e altre persone ad alto rischio, o delle persone meno abbienti. Altri interventi, come la standardizzazione dei prodotti assicurativi o l'introduzione di provvedimenti che permettono ai consumatori di comprendere i costi e i benefici di un'assicurazione, possono aiutare i mercati delle assicurazioni private ad aumentare la loro capacità di contribuire positivamente al funzionamento dei sistemi sanitari.

È necessario inoltre garantire una protezione contro il rischio di dover affrontare spese eccessive per cure a lungo termine, come le cure sanitarie acute e l'invalidità. Diversi sono i metodi possibili, quali l'assicurazione pubblica obbligatoria (come in Lussemburgo, Olanda e Giappone), l'associazione di assicurazioni obbligatorie pubbliche e private (come in Germania), le indennità sanitarie finanziate dalle tasse (come in Austria) e i servizi in natura finanziati dalle imposte (come in Svezia e in Norvegia). Il mercato delle assicurazioni private per le cure sanitarie a lungo termine è esiguo, ma potrebbe allargarsi grazie al sostegno di politiche adeguate.

I governi hanno frenato i costi tramite l'abbinamento di controlli di bilancio e di controlli amministrativi sui pagamenti, sui prezzi e sull'offerta di servizi. Sebbene i sistemi complicati di pagamento siano tecnicamente difficili da adottare, esistono numerosi esempi di sistemi riusciti – come il sistema basato sulle diagnosi di dimissione per gli ospedali – che incoraggiano la produttività senza inficiare i risultati. D'altro canto, i sistemi che mantengono artificialmente bassi gli stipendi e i prezzi, potrebbero incontrare dei problemi, come un abbassamento della qualità, difficoltà nell'assumere e nel ritenere il personale medico, o una diminuzione delle offerte di servizi e di prodotti medici innovativi.

Ottimizzare le risorse disponibili dei sistemi sanitari

In definitiva, migliorare l'efficienza è l'unico modo di conciliare l'incremento della domanda di cure sanitarie con i vincoli del finanziamento pubblico. I dati raccolti nei diversi paesi mostrano che esiste la possibilità di migliorare l'efficacia economica dei sistemi sanitari. Il settore sanitario è caratterizzato da crisi dei mercati e da un intervento pubblico oneroso, che possono provocare eccessi o un'errata allocazione della spesa pubblica, comportando uno spreco di risorse e il rischio di fallire l'opportunità di migliorare il sistema sanitario. È quindi necessario, per migliorare le risorse, cambiare il modo di utilizzare i finanziamenti piuttosto che tagliare la spesa.

Nell'area OCSE, i metodi di pagamento per gli ospedali, i medici, e altri fornitori di cure stanno cambiando e si diffondono sempre più i pagamenti basati sull'attività che premiano la produttività, rispetto ai tradizionali pagamenti mediante rimborso dei costi, che favoriscono l'inefficienza.

Tuttavia tali sistemi comportano anche dei rischi, come un volume di servizi a volte troppo alto in alcune aree, e un basso beneficio marginale, e sottovalutano inoltre le azioni e le cure di prevenzione che riducono la necessità di interventi costosi nel futuro. Un metodo molto migliore è quello dei pagamenti che offrono incentivi per la fornitura di servizi adeguati al momento opportuno, e che premiano i fornitori o le organizzazioni che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di efficienza, come ad esempio il raggiungimento di migliori risultati nelle prestazioni dei servizi sanitari. Alcuni pagatori pubblici e privati hanno adottato misure per migliorare gli incentivi di pagamento offrendo premi ai fornitori di cure sanitarie che raggiungono, ad esempio, certi standard di qualità.

Nei sistemi in cui il finanziamento e la fornitura di cure è una responsabilità pubblica, le iniziative per separare i ruoli dei pagatori e dei fornitori di cure, come far funzionare i mercati in modo da promuovere l'efficienza attraverso la competitività, si sono mostrati generalmente efficaci. Nei sistemi di ogni tipo, il trasferimento di responsabilità nella gestione o nell'amministrazione delle cure sanitarie ha anche contribuito a ridurre gli sprechi e ad innalzare la produttività. Ad esempio, alcuni infermieri qualificati potrebbero svolgere alcune mansioni riservate ai medici generici, nei casi in cui ciò è possibile e non comporta rischi.

Infermieri e medici generici possono fungere da "custodi", valutando i bisogni e dirigendo i pazienti verso i fornitori di cure più indicati. Tramite Internet, i pazienti possono essere informati sui costi, i rischi e i risultati attesi dai trattamenti. Tuttavia, una migliore informazione può mitigare o incrementare la domanda. Per promuovere l'ottimizzazione delle risorse, la partecipazione alla spesa dei pazienti deve essere adoperata in modo più sagace, facendo in modo che i pazienti traggano un vantaggio finanziario se scelgono trattamenti economicamente efficaci.

In teoria, i sistemi con assicuratori competitivi (privati o pubblici) dovrebbero poter promuovere un sistema sanitario più efficiente. Nella pratica, si è rivelato difficile instaurare fra gli assicuratori una competitività basata sull'ottimizzazione delle risorse, poiché essi tendono ad attirare le persone che non hanno problemi di salute e che sono quindi meno costose da assicurare. I provvedimenti di politica sanitaria, quali il vietare la discriminazione tra gli assicurati e adottare un sistema di compensazione dei rischi tra gli

assicuratori, possono arginare questa tendenza, ma tali misure riducono gli incentivi che permettono agli assicuratori di gestire i costi.

Contenere i costi mediante strumenti di riduzione dei costi può avere effetti economici a breve termine, ma non permette di cogliere le opportunità di aumentare il valore delle risorse disponibili sul lungo termine attraverso investimenti in tecnologie mediche. La gestione della tecnologia orientata all'ottimizzazione delle risorse disponibili (approccio "value for money") esige l'uso di programmi di valutazione delle tecnologie e di meccanismi di "accordo tra valore e costo" tra acquirenti e produttori che tengono conto degli effetti di una nuova tecnologia sui costi e sui risultati per il paziente.

Verso migliori prestazioni dei sistemi sanitari

I Ministri della Sanità dei Paesi dell'OCSE conoscono oggi i mezzi e i metodi da adottare per raggiungere alcuni importanti obiettivi di politica sanitaria, controllare il tasso di crescita della spesa pubblica, garantire condizioni di uguaglianza nell'accesso alle cure, migliorare le condizioni di salute e prevenire le malattie e instaurare un sistema di finanziamento equo e sostenibile per la salute e le cure a lungo termine. Questi mezzi e metodi utilizzati, con vari livelli di successo, in alcune riforme degli ultimi decenni, forniscono abbondanti elementi di accertamento di ciò che funziona e ciò che non funziona. Per continuare le riforme è quindi importante trarre insegnamenti dagli sforzi passati per rimuovere e anticipare i più sintomatici ostacoli agli opportuni cambiamenti.

Le politiche sanitarie implicano un accurato equilibrio tra componenti opposte, quali l'importanza data ad una serie di importanti obiettivi e una notevole dose di incertezza. L'obiettivo principale è indubbiamente una migliore salute della popolazione, ma promuovere la salute non è l'unico elemento da considerare. Le decisioni nel settore della sanità possono avere gravi conseguenze economiche, poiché il settore sanitario svolge un ruolo incisivo nelle economie dei Paesi dell'OCSE offrendo numerosi posti di lavoro e una proficua attività. Anche quando le decisioni difficili sono state prese, cambiare i sistemi e migliorare le prestazioni non è mai semplice e il successo dei cambiamenti dipende anche dalla disponibilità delle varie parti interessate a adottare le riforme proposte. Data la rapidità dei progressi medici e l'evoluzione degli obiettivi, la riforma dei sistemi sanitari è necessariamente un processo in costante divenire; le soluzioni dei problemi sono raramente univoche e rapide.

I recenti lavori dell'OCSE hanno colmato alcune lacune. Numerose questioni di rilievo per le politiche sanitarie sono tuttavia rimaste senza risposta. Queste sono alcune delle questioni più urgenti: Come promuovere le innovazioni mediche, garantire un accesso tempestivo alle cure e gestire allo stesso tempo le risorse pubbliche in modo responsabile? Come orientare l'innovazione medica verso tecnologie che rispondono meglio ai bisogni e alle priorità in materia di salute? Come garantire, in futuro, un'offerta adeguata di cure sanitarie ai lavoratori? Come conciliare gli interessi economici dei fornitori di cure con gli obiettivi di un'offerta di cure sanitarie economicamente efficace? Come utilizzare la competitività dei mercati per aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari? Quali approcci della responsabilità professionale dei medici permettono meglio di evitare le negligenze, di risarcire le vittime e di incoraggiare un uso appropriato dei servizi?

L'obiettivo di ottimizzare le risorse disponibili è in costante evoluzione. Ottimizzare le risorse disponibili richiede sperimentazione e accurate valutazioni delle prestazioni usando indicatori specifici e valutabili. Il raffronto fra i vari paesi e la condivisione di informazioni possono essere uno strumento valido. Il processo di mutuo esame aiuta a scoprire le pratiche efficaci e l'ambito nel quale esse possono agire con successo. Nuovi lavori a livello internazionale che riuniranno esperienze, elementi di accertamento e nuove idee, contribuiranno ad aiutare i responsabili delle politiche sanitarie a vincere le sfide che devono affrontare.

© OECD 2004

This summary is not an official OECD translation.

Reproduction of this summary is allowed provided the OECD copyright and the title of the original publication are mentioned.

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop
www.oecd.org/bookshop/

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit,
Public Affairs and Communications Directorate.

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
France

Visit our website www.oecd.org/rights/

