

Studio 6

Mobilizzazione delle risorse per la salute: prima fase della politica di tassa sanitaria collettiva nel Kirgizstan

Jen Tracy

Gli edifici dell'ospedale principale del distretto di Issyk-Ata nel Chui *Oblast* del Kirgizstan sono un vero e proprio incubo strutturale. Alcuni degli edifici senza fondamenta stanno per essere demoliti, mentre gli altri sono un raffazzonamento di riparazioni fatte alla meglio e dovrebbero anche loro essere condannati alla demolizione. Il calore si disperde attraverso i muri male isolati e le finestre in rovina; un insieme di lacci di plastica e di nastri adesivi cerca di tenere uniti i tubi arrugginiti dell'impianto di riscaldamento, e tutto l'ambiente è pervaso da un odore stantio di polvere e di muffa.

Ma per i tre giovani pazienti stipati in una delle camerette dell'ospedale l'assistenza medica non è più un incubo come lo era fino a poco tempo fa. Allora essi non potevano neanche immaginarsi, al momento del ricovero, quali sarebbero state le spese che avrebbero dovuto affrontare, e neppure se l'ospedale avrebbe potuto garantire le medicine necessarie. In particolare essi ora dicono di aver tratto vantaggio dalla politica di pagamento di una tassa sanitaria collettiva e dal senso di sicurezza che questa ha dato ai pazienti.

Gasanov, un paziente di 28 anni, si alza a sedere sul letto con entusiasmo per dirci di essere molto soddisfatto del suo ricovero in ospedale sotto il nuovo sistema. "La situazione è migliorata", ci dice. "Il pagamento è ufficiale e ne avevo conoscenza prima di venire; inoltre mi danno tutte le medicine di cui ho bisogno e non devo andare io stesso in farmacia per ottenerle. È tutto compreso". Si sistema ancora meglio seduto sul suo letto



Gasanov e i suoi due compagni di stanza nell'Ospedale principale di Issyk-Ata

per far notare i rimaneggiamenti che vengono fatti intorno a lui, un esempio delle modifiche che si stanno facendo anche in altre zone dell'ospedale. I suoi due compagni di stanza confermano le sue dichiarazioni, dicendo che sembra che la qualità del servizio sia migliorata e che tutti ricevono tre pasti al giorno.

D'altra parte a Bishkek, dove il sistema di pagamento di una tassa sanitaria collettiva non sarà introdotto prima del luglio 2002, la gente è meno soddisfatta. "Non sai mai quello che dovrai pagare quando vai all'ospedale, e tutti hanno paura di ammalarsi", dice un tassista di mezza età che chiede di rimanere anonimo. "Essere operato di appendicectomia potrebbe costarti fino a \$ 100, ma nessuno lo sa con certezza, e se non hai soldi puoi pure dimenticarti l'operazione".

Nel Kirgizstan, con un'economia prevalentemente agricola, e con la maggior parte della popolazione al di sotto del livello di povertà, il legame fra salute e sopravvivenza economica è diretto. Per questa gente la malattia di un membro della famiglia significa una persona in meno che guadagna il pane. E per coloro che sono costretti a cercare assistenza medica ciò comporta anche pagamenti non ufficiali a cui una famiglia media non può facilmente far fronte. La malattia è un incubo ed aumenta la povertà fra le comunità che già sono le più povere.

Il sistema di assistenza sanitaria nel Kirgizstan, un po' come succedeva nelle ex-Repubbliche sovietiche, soffre di un eccesso di ospedali che è difficile da mantenere, anche con l'assistenza di donazioni internazionali. In teoria si tratta di un sistema che offre assistenza sanitaria gratuita a tutti i cittadini. In pratica è un sistema nel quale i pazienti debbono pagare per farmaci ed interventi chirurgici teoricamente gratuiti e gli operatori sanitari sono pagati così male che a volte si sentono costretti ad arrotondare i loro guadagni obbligando i pazienti a pagare.

Uno dei problemi presenti dappertutto è stato la mancanza di medicine negli ospedali, per cui i pazienti e i loro parenti erano costretti a cercarle fuori dell'ospedale, pagandole loro direttamente. Questa situazione non ha soltanto costituito un grave onere finanziario, ma ha anche messo in pericolo la salute dei pazienti che avevano bisogno di cure urgenti.

La reazione più preoccupante alle manchevolezze del sistema di assistenza sanitaria del Paese è venuta dai segmenti più poveri della popolazione. Non potendo pagare per l'assistenza sanitaria molti si rivolgono a metodi casalinghi di cura e rinunciano completamente alle cure mediche. Ed era alle persone più povere che pensava Ainagul Isakova, Direttrice dell'Associazione dei Medici di Gruppo di Famiglia (una ONG

i cui membri sono operatori sanitari che forniscono assistenza medica primaria) quando disse: “Non vogliamo che l’assistenza sanitaria diventi un lontano ricordo”.

La politica della tassa sanitaria collettiva – che fa parte del Programma decennale di Riforma dell’Assistenza Sanitaria MANAS, che ha l’obiettivo di migliorare l’efficienza e l’efficacia del servizio sanitario del Kirgiz – è una riforma che ha lo scopo di fare in modo che il prendersi cura della salute non diventi un “lontano ricordo”. Il sistema è stato messo in pratica in due *oblast* (regioni) nel marzo del 2001. Da allora ha aiutato a ridurre i pagamenti non ufficiali al personale medico e quelli per i farmaci e altro materiale sanitario, a creare una fonte addizionale di introiti per gli ospedali, ad aumentare leggermente i magri stipendi del personale, e a rendere più accessibile l’assistenza sanitaria. È anche servita a creare un fondo specifico per far fronte alle spese per l’assistenza sanitaria ai poveri.

“In complesso questa politica fa parte di un insieme di misure relative al finanziamento da parte delle autorità governative locali... per il settore sanitario nel loro *oblast*”, dice Joe Kutzin, un consigliere di alto grado del Progetto di Analisi delle Politiche per la Salute dell’OMS.

Una visita all’ospedale principale di Issyk-Ata a metà marzo ci fornisce un esempio di come funziona questo sistema di pagamenti attraverso una tassa sanitaria collettiva. Il Primario dei due ospedali del distretto, Emen Isakov, era entusiasta nel volerci mostrare la prova di quello che lui definisce un successo. Nell’edificio principale dell’ospedale un cartello sulla porta di un piccolo ufficio dice: “Cassiere della Tassa Sanitaria Collettiva”.

In quest’ufficio, con un abbaco e un mucchio di moduli per ricevute, un amministratore dell’ospedale registra i pazienti uno per uno, controlla i loro documenti per accertare il loro stato assicurativo o di eventuale esenzione, riceve l’importo appropriato, rilascia una ricevuta e poi li invia al personale sanitario per le cure. Dopo questo i



“Tassa collettiva” – Il cartello sulla porta dell’ufficio e l’abbaco con cui la tassa viene calcolata

*Il Dottor Tilek Meimanaliev,
Ministro della Sanità
del Kirgiz*



*Tobias Schüth
della Croce Rossa
Svizzera a Bishkek*



pazienti non pagano niente altro. “In complesso”, dice Isakov, “la spesa è inferiore in assenza di pagamenti non ufficiali e di altri costi sconosciuti. La cosa più importante è che il sistema è più conveniente alla popolazione perché ora tutti sanno se (e quanto) pagheranno.

Il Ministro della Sanità del Kirgiz, il Dottor Tilek Meimanaliev, ha confermato in una recente intervista il successo della politica di pagamento attraverso una tassa collettiva. Egli dice: “Sono contento dell’esperienza di questo sistema fino ad ora. In particolare io penso che ciò ha dimostrato che possiamo ridurre la corruzione nel sistema sanitario e permettere agli operatori sanitari di avere il loro salario aumentato attraverso mezzi legali. Questo sistema ha anche dato una certa confidenza ai pazienti con la consapevolezza delle loro responsabilità finanziarie come anche dei loro diritti.

Tobia Schüth, coordinatore del progetto sanitario della Croce Rossa Svizzera nel Kirgizstan, definisce questa politica un successo completo.

Ritengo che in complesso questa politica sia un ottimo tentativo di introdurre tariffe ufficiali per gli utenti. Ciò è fatto in un modo che è accettabile a tutti ed ha certamente il potenziale, a livello dei singoli ospedali, di ridurre i pagamenti non ufficiali a livelli insignificanti, e di creare fondi locali per gli ospedali. Ad un livello più alto, di servizio nazionale, il Fondo di Assicurazione Sanitaria Obbligatoria (MHIF, l’organizzazione responsabile per il finanziamento pubblico degli operatori sanitari) può così garantirsi i fondi a cui ha diritto.

Anche Ninel Kadyrova, Vice Direttore del MHIF, dice che il sistema della tassa sanitaria collettiva ha prodotto risultati positivi. Egli dice: “Il sistema di pagamento individuale è cominciato nel marzo 2001 e abbiamo soltanto i primi risultati, ma questi ci dimostrano l’efficacia del sistema nel migliorare l’accesso della popolazione ai servizi medici”.

Evidenza che risulta dalla prima fase della riforma nazionale

Quando il sistema è stato messo in pratica nel marzo del 2001 le quote della tassa collettiva variavano da 0 a 1890 som (circa US \$ 40), con cinque livelli diversi di pagamento. Con il Progetto di Analisi delle Politiche Sanitarie dell’OMS nel Kirgizstan è stata sponsorizzata una serie di differenti analisi del

sistema. Le prime rilevazioni sul sistema hanno dimostrato, attraverso rapidi studi conoscitivi svolti nel maggio e nell'ottobre del 2001 e condotti dalla Croce Rossa Svizzera, che la maggior parte della popolazione intervistata, dopo aver ricevuto assistenza secondo il nuovo sistema, "ritiene che il sistema di tassa collettiva sia un evidente miglioramento sul sistema precedente". La conclusione generale dei dati preliminari ottenuti, presentata da Schüth, è stata la seguente: "Attualmente la politica di pagamento collettivo adempie parzialmente alla sua funzione principale, che è quella di rimpiazzare tutte le altre spese relative alle cure in ospedale fatte dai pazienti". In verità, tutti i pazienti intervistati ad Issyk-Ata e a Bishkek hanno testimoniato il successo presente e potenziale del sistema.

I due rapidi studi conoscitivi condotti dal gruppo di Schüth mostrano un quadro in complesso positivo, ma il primo studio dimostra che i pagamenti fatti dai pazienti oltre a quello collettivo sono stati praticamente nulli, mentre il secondo studio dimostra che circa il 40% dei pazienti ha pagato qualcosa oltre la tariffa ufficiale – soprattutto (88%) per le cure e molto poco (5%) in forma di pagamenti non ufficiali fatti agli operatori sanitari.

D'altra parte Schüth è dell'opinione che le differenze non riflettono il fallimento del sistema, ma sono dovute a ritardi dei finanziamenti fatti all'ospedale.

Gli ospedali non ricevono dall'MHIF tutti i fondi ai quali hanno diritto perché lo stesso MHIF riceve soltanto una frazione di quello che dovrebbe avere dal Fondo Sociale. Perciò, mentre all'inizio gli ospedali cercavano di seguire rigidamente il principio di non richiedere ai pazienti pagamenti addizionali, più tardi la situazione reale li ha obbligati a farlo, ed essi hanno chiesto ai pazienti di comperare quello che gli ospedali non potevano fornire. [Alla fine] il fatto che il 40% dei pazienti effettuano dei pagamenti in più, oltre alla tassa collettiva, non vuol dire che il sistema della tassa collettiva non funziona a livello dell'ospedale, ma piuttosto che la situazione a livello più alto è tale da non permettere al sistema di funzionare come dovrebbe.

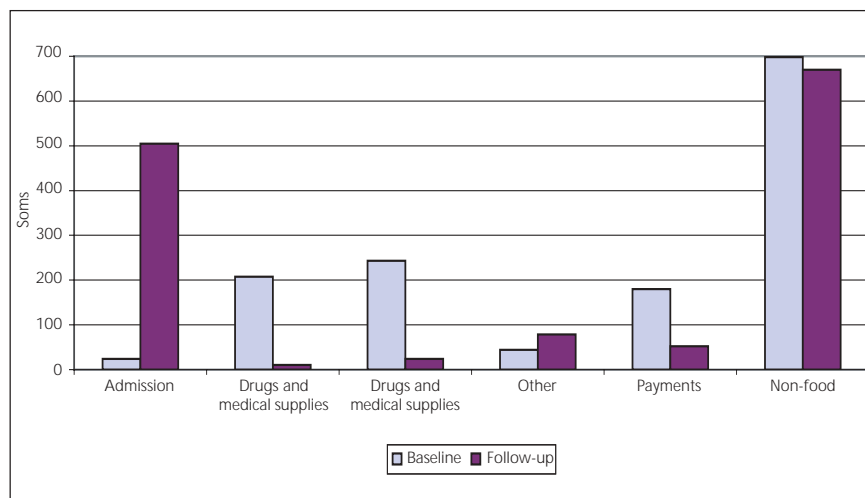
Inoltre sono stati sponsorizzati due sondaggi sui pazienti che hanno fornito una valutazione quantitativa dei vantaggi di questa politica. La prima indagine di base è stata fatta su pazienti dimessi dall'ospedale nel febbraio 2001, appena prima che fosse messo in pratica il sistema della tassa sanitaria collettiva. La seconda indagine è stata fatta su pazienti dimessi nel luglio 2001, il quinto mese dall'inizio del sistema. I dati ottenuti da questi sondaggi confermano largamente le conclusioni più favorevoli dei due rapidi studi preliminari effettuati. Secondo i dati ottenuti da questi sondaggi la percentuale di tutti i pazienti che

facevano pagamenti per medicine e materiale sanitario – sia in ospedale che fuori – è risultata diminuita in modo consistente. In particolar modo nella regione di Issyk-Kul c'è stato un cambiamento drammatico nel tipo di pagamenti effettuati dai pazienti, dal metodo non ufficiale a quello del pagamento della tassa sanitaria collettiva per il ricovero in ospedale (Fig. 1).

I dati indicano anche, in particolar modo in Issyk-Kul, che la quantità dei pagamenti non ufficiali fatti direttamente agli operatori sanitari si è ridotta. Questi pagamenti erano frequenti soprattutto quando c'era bisogno di interventi chirurgici. D'altra parte, per quel che riguarda i pazienti chirurgici in Issyk-Kul, la frequenza dei pagamenti fatti direttamente al chirurgo è scesa dal 50% dei casi del febbraio 2001 al 9% dei casi del mese di luglio (Fig. 2).

In sostanziale accordo con questi risultati, i dati dei sondaggi dimostrano anche che i pazienti chirurgici assicurati e non assicurati hanno pagato molto meno, con questa politica di tassa collettiva, di quello che pagavano con il vecchio sistema, ma i pazienti non chirurgici non assicurati hanno finito col pagare, in media, più di quanto avessero fatto in precedenza. Per i pazienti non chirurgici assicurati i pagamenti sono rimasti gli stessi. “In breve”, dice Kutzin, “il pagamento collettivo fisso ha portato a una certa convergenza fra le somme pagate in totale dai pazienti assicurati chirurgici

*Figura 1.
Spesa media effettuata da
tutti i pazienti presi in
considerazione negli
ospedali di Issyk-Kul,
in rapporto alla
distribuzione di
utilizzo reale*



Fonte: sondaggi dell'OMS su pazienti dimessi dall'ospedale durante i mesi di febbraio e luglio 2001.

Note: il sondaggio di base ha interessato 2917 pazienti in tutto il Paese, compresi 381 pazienti degli ospedali di Issyk-Kul, che rappresentano l'11,5% dei casi di febbraio. Con il sondaggio successivo sono state intervistate 3731 persone in tutto il Paese, compresi 560 pazienti degli ospedali di Issyk-Kul (16,3% dei casi di luglio).

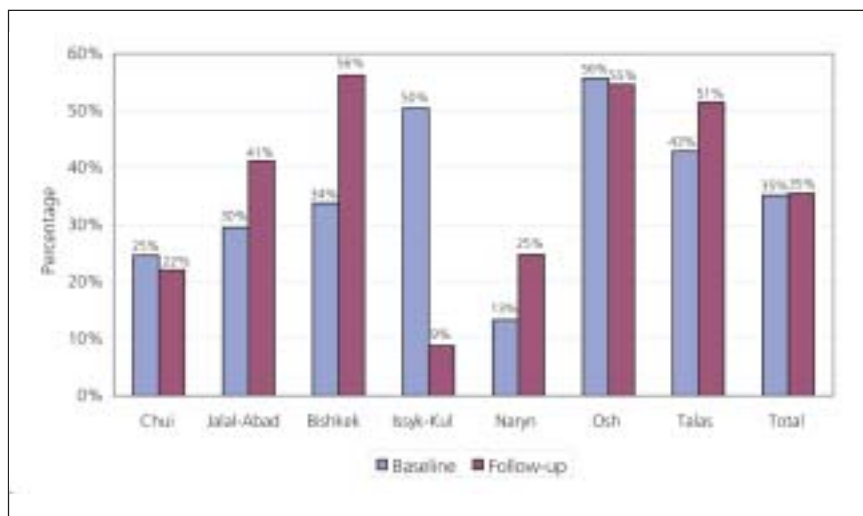


Figura 2.
Pazienti che hanno pagato direttamente i chirurghi in Issyk-Kul e in altre regioni, che dimostrano l'effetto del sistema di pagamento della tassa sanitaria collettiva

Fonte: sondaggi dell'OMS su pazienti dimessi dall'ospedale durante i mesi di febbraio e luglio 2001.

Note: vedi note Fig. 1.

e non chirurgici, che sono ora maggiormente differenziati dal loro stato assicurativo piuttosto che dal costo eccessivo delle condizioni in cui si trovano” (Fig. 3).

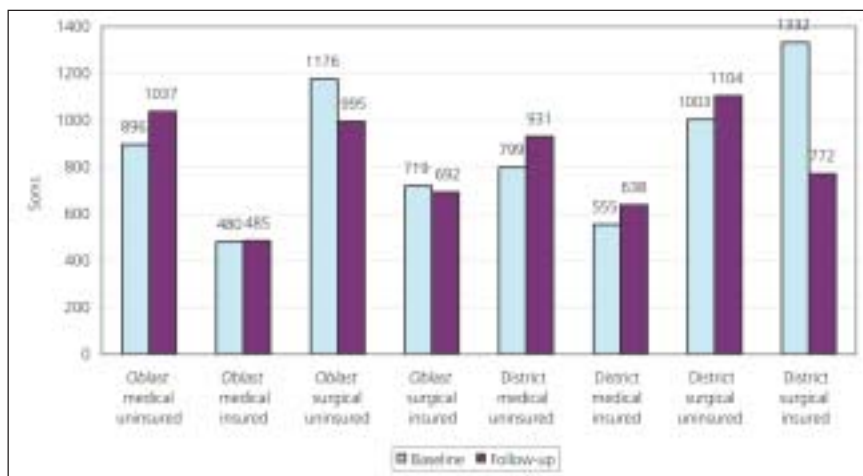
Come far fruttare le entrate

Dice Kutzin: “Il vantaggio di formalizzare i pagamenti consiste nel fatto che essi sono aperti a una redistribuzione in tutto l'ospedale, mentre i contributi non ufficiali precedenti non erano soggetti al controllo gestionale dell'ospedale”.

Isakov dice che la tassa collettiva contribuisce per circa il 10-15% del bilancio degli ospedali della regione. “Ma quelle somme di denaro”, fa notare Isakov, “sono molto importanti perché si tratta di soldi ‘veri’ che noi riceviamo e che vanno direttamente nel nostro conto bancario. Il finanziamento ufficiale che ci spetta non arriva sempre in tempo, ma i soldi della tassa collettiva ci sono sempre”. Secondo il medico, la maggior parte delle entrate della tassa collettiva viene utilizzata direttamente per la cura dei pazienti, con circa il 20% che va verso gli stipendi del personale. Il risultato, dice Isakov, è che le spese per la cura dei pazienti sono triplicate.

Le entrate del pagamento della tassa collettiva hanno avuto il risultato di un aumento del fondo per i pagamenti giornalieri di medicinali e di materiale medico, di 1,9 volte nel Chui *Oblast* e di 2,7 volte nell'Issyk-Kul *Oblast*, secondo i dati forniti dal Ministero della Sanità (2001).

*Figura 3.
Spese totali non alimentari
dei pazienti chirurgici e non, degli
ospedali regionali e distrettuali di
Issyk-Kul, che dimostrano la
convergenza dei pagamenti in
seguito all'introduzione
del sistema di una
tassa collettiva*



Fonte: sondaggi dell'OMS su pazienti dimessi dall'ospedale durante i mesi di febbraio e luglio 2001.
Note: vedi note Fig. 1.

Il sistema ha funzionato nell'aumentare le spese giornaliere alimentari nella regione di Chui di 1,8 volte e in quella di Issyk-Kul di 2,2 volte. In tutte e due le regioni le entrate di questa tassa sono state usate per aumentare gli stipendi dei medici di 2,8 volte e degli infermieri di 2,5 volte. Lo stipendio mensile medio degli operatori sanitari è leggermente inferiore a 10 euro. Isakov conferma che “oggi i nostri stipendi sono i più alti nella Repubblica. Per esempio, un infermiere qui guadagna quanto un medico che è professore universitario”. Deve essere ancora confermato fino a che punto questo stato di cose può essere esteso ad altri ospedali.

Il sistema della tassa collettiva ha portato, in generale, ad una trasparenza maggiore, con la maggior parte dei pazienti che ottengono ricevute per i loro pagamenti. Secondo Kutzin, “prima del sistema di tassa collettiva nel Chui, circa il 13% dei pazienti pagava qualcosa per il ricovero in ospedale”, quando non avrebbe dovuto pagare niente. Di questi, dice Kutzin che circa il 25% ottenevano una ricevuta per l'ammontare totale del loro pagamento. I dati del secondo sondaggio mostrano che circa il 34% dei pazienti hanno riferito di pagare per il loro ricovero (il campione comprende molti pazienti esentati dal pagamento collettivo), e di loro circa il 66% ha ottenuto una ricevuta. Nell'Issyk-Kul Oblast, Kutzin dice che circa il 22% dei pazienti pagavano qualcosa per il ricovero nel febbraio 2001 con circa un 20% che ottenevano una ricevuta. Nel luglio 2001, con il nuovo sistema di pagamento collettivo, la situazione è cambiata, con un 38% che pagavano per il ricovero e l'86% che ottenevano una ricevuta.

Assistenza sanitaria per i poveri

All'inizio gli esperti temevano che la gente più povera del Paese sarebbe stata alienata dal sistema del pagamento collettivo e avrebbe perciò scelto di evitare del tutto di farsi curare. D'altra parte Schüth dice che i risultati hanno dimostrato il contrario. "È strano che quello che abbiamo scoperto è diverso da quanto ci si aspettava. Le differenze fra le opinioni dei pazienti ricchi e di quelli poveri non erano poi così grandi. Circa il 70% di tutte e due le categorie – solo leggermente di più per i pazienti più ricchi – hanno notato un miglioramento con il nuovo sistema". Egli attribuisce ciò largamente ad un "introito supplementare" che era stato preveduto nel progetto del sistema, proprio per proteggere i poveri ed assicurare il loro accesso all'assistenza sanitaria. I pazienti più poveri possono ottenere dall'amministrazione del loro villaggio una lettera che certifica le loro povere condizioni economiche e la loro inability a pagare. "Questo sistema viene praticato largamente", dice Schüth, "e certamente è la ragione per cui si è ridotto il numero di persone che non potevano andare all'ospedale a causa del pagamento della tassa collettiva".

Secondo il Ministro della Sanità Meimanaliev, "Ufficializzando i pagamenti noi siamo in grado di mettere in pratica dei sistemi specifici mirati a proteggere l'accesso all'assistenza per le persone con un basso reddito o comunque bisognose. Ciò viene fatto per mezzo della nostra politica di esenzione dal pagamento e della costituzione di un 'fondo di riserva' dell'ospedale che mette da parte i soldi che servono a provvedere farmaci gratuiti per i pazienti poveri". Il Ministero della Sanità ha dato disposizioni agli ospedali di tutte e due le regioni perché mettano da parte il 10% delle entrate della tassa collettiva per quel fondo di riserva. Secondo le istruzioni del Ministero, ogni ospedale ha una commissione speciale che decide chi potrà trarre beneficio da questo fondo di riserva. Secondo Meimanaliev, nel 2001, durante i primi sette mesi del sistema della tassa collettiva ne hanno tratto beneficio 1.700 pazienti fra i più poveri, che hanno ottenuto gratuitamente i medicinali necessari grazie al fondo di riserva.



Pazienti che passano il tempo nell'area dell'ospedale di Issyk-Ata

La Kadyrova del MHIF dice che meno di un anno dopo quel numero è aumentato a 2.500 persone che sono state curate senza il pagamento della tassa collettiva grazie al fondo di riserva. Inoltre la Kadyrova dice che il suo gruppo lavora in stretta collaborazione con il Ministero del Lavoro e della Protezione Sociale per migliorare l'accesso al fondo di riserva. Isakov dice che i suoi ospedali hanno curato circa 180 poveri usando il fondo di riserva nel 2001, e che la maggior parte dei beneficiari erano senza dimora.

Via gli incubi dall'assistenza sanitaria

Il sistema di tassa sanitaria collettiva ha anche ridotto l'incertezza della gente circa i costi dell'assistenza ai malati ricoverati, permettendo il trattamento ad alcuni membri poveri della comunità che in precedenza non potevano rischiare di dover pagare costi eccessivi e imprevedibili. La natura non ufficiale della maggior parte dei pagamenti che i pazienti dovevano fare per ottenere assistenza in ospedale significava che la maggior parte dei pazienti non aveva idea di quanto avrebbe dovuto alla fine pagare per la cura. Secondo i sondaggi fatti sui pazienti, solo circa il 23% di quelli ricoverati sapeva in anticipo quanto avrebbe dovuto pagare in totale, e solo il 18% sapeva quanto avrebbe dovuto pagare in tasse ufficiali.

I dati dettagliati con i risultati iniziali e successivi del sistema di tassa collettiva mostrano che in complesso il sistema ha avuto un effetto positivo nel diminuire l'incertezza dei pazienti (vedi Fig. 4).

“Questa volta sapevo in anticipo che cosa avrei dovuto pagare, e so che pago soltanto quello che devo pagare e niente di più”, dice il paziente trentenne Isaev dal suo letto nell'ospedale principale di Issyk-Ata. Isaev, Gasanov e Madinov dicono che hanno avuto informazioni sul sistema della tassa collettiva dai loro Centri Familiari di Medicina, ed erano pronti a fare il pagamento quando sono entrati in ospedale. I dati del sondaggio mostrano che, nelle regioni di Issyk-Kul e Chui, la consapevolezza da parte dei pazienti dei loro obblighi finanziari è aumentata notevolmente, mentre tale consapevolezza è rimasta largamente immutata nel resto del Paese.

Una paziente dell'ambulatorio del Policlinico 6 di Bishkek ha detto di essere in ansiosa attesa della messa in pratica del sistema di tassa collettiva nella sua area nel mese di luglio, perché ciò le darebbe sicurezza sul suo ricovero. “Per adesso sono abbastanza fortunata perché ho bisogno solo di cure ambulatoriali. Ho dei bambini e debbo stare a casa. Ma in caso avessi bisogno di ricovero, ho paura perché non so quanto mi costerà e se ci saranno le medicine di cui ho bisogno”, ci dice. La salute e i mezzi di sussistenza della sua famiglia potrebbero dipendere dallo sviluppo dello schema di tassa sanitaria collettiva. “I miei parenti in Issyk-Kul mi hanno parlato di questo schema”, continua la paziente, “e spero che arrivi presto a Bishkek”.

Come informare il pubblico

Allo scopo di poter trarre benefici dal sistema di tassa collettiva e dall'accesso gratuito all'assistenza in base al fondo di riserva, la comunità doveva essere informata sul nuovo sistema, e c'era bisogno di un'alternativa ai mass media per poter comunicare con i gruppi più poveri che più di tutti ne avrebbero tratto beneficio. I sondaggi

Prima fase della politica di tassa sanitaria collettiva nel Kyrgyzstan

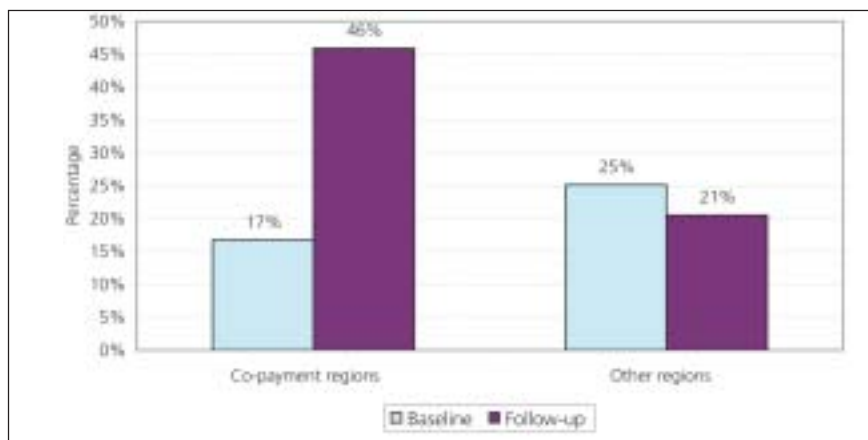


Figura 4.
Percentuale dei pazienti ricoverati che riferiscono di aver conosciuto in anticipo i costi della cura

Fonte: sondaggi dell'OMS fatti su pazienti dimessi dall'ospedale durante i mesi di febbraio e luglio 2001.
Note: questo sondaggio include 2.917 casi che rappresentano il 7,4% dei casi di febbraio. Il sondaggio successivo comprende 3.731 casi, che rappresentano il 9,9% dei casi di luglio.

OMS indicano che il metodo più efficace per informare i pazienti sul nuovo sistema è attraverso i locali Gruppi di Assistenza di Famiglia, come anche attraverso il personale del policlinico e dell'ospedale. Solo una piccola percentuale dei pazienti riferisce di aver ottenuto quest'informazione dai giornali, e nessun paziente ha riferito come fonte di informazione la televisione o la radio, secondo il dottor Kutzin dell'OMS.

Secondo Isakov, l'opinione della popolazione sul sistema della tassa collettiva dipende largamente dalla chiarezza con cui è stato spiegato. Egli dice: "La loro prima reazione è negativa, ma un'ulteriore spiegazione dei dettagli li convince che il sistema è molto più conveniente". La direttrice del Gruppo di Assistenza di Famiglia Ainagul Isakova dice che la sua associazione usa metodi di informazione visiva, discussioni di gruppo e riunioni della comunità, come anche i mass media, per aumentare la conoscenza del nuovo sistema da parte del pubblico. Ma la stessa direttrice ammette che non è stato assolutamente un impegno facile. "All'inizio noi non eravamo ben preparati a spiegar loro il sistema della tassa collettiva, e la loro reazione non era così favorevole. Ma dopo un po' di tempo la popolazione ha cominciato a comprendere i vantaggi del sistema ed ora è in grado di fare progetti per il ricovero in ospedale".

Il dottor Isakov dice che la sua esperienza all'inizio della messa in atto del sistema è stata simile, e che alcuni pazienti ricoverati non erano al corrente del nuovo sistema. "Arrivavano e se ne andavano subito. Ma verso maggio-giugno la nostra campagna di informazione ha rovesciato la situazione e la gente ha

cominciato a tornare. Verso la fine dell'anno praticamente nessuno era all'oscuro dell'esistenza del sistema e nessuno ne aveva un'opinione negativa”.

Cambiamenti nei ricoveri in ospedale

I ricoveri in ospedale nelle regioni di Chui ed Issyk-Kul sono diminuiti del 6,9% nel 2001. Molte persone nel Ministero della Sanità hanno visto questo come uno sviluppo positivo in considerazione della storica tendenza degli ospedali a ricoverare pazienti senza una vera necessità, ma si temeva che alcuni pazienti non avrebbero ricevuto l'assistenza medica di cui avevano bisogno per l'impossibilità di far fronte al pagamento della tassa sanitaria collettiva. Kutzin dice che non c'erano ragioni per giustificare alcuna di queste conclusioni. E continua, “Sarà molto difficile determinare gli effetti di questo sistema quando ci sono tanti altri cambiamenti che possono anche avere effetto sui ricoveri”.

Secondo Kadyrova, Vice Direttore dell'MHIF, il numero dei ricoveri era diminuito durante i primi tre mesi, ma poi aveva cominciato di nuovo ad aumentare. Dice che probabilmente il numero dei ricoveri si era ridotto soprattutto nell'area dei “ricoveri programmati” di pazienti che avrebbero potuto essere trattati in ogni caso in ambulatorio. “Per assicurarsi che i pazienti continuino a ricevere le cure ambulatoriali necessarie” dice Kadyrova, “l'MHIF ha messo in pratica il Programma Suppletivo di Farmaci con il rimborso delle spese per le cure essenziali per la popolazione assicurata”. Ciò viene confermato da una visita all'affollato ambulatorio del Policlinico 6 di Bishkek, dove vengono forniti ai pazienti tutti i farmaci necessari e dove vengono anche eseguiti interventi di piccola chirurgia.

Isakov dice che il sistema di tassa collettiva, come anche il Programma Suppletivo di Farmaci hanno contribuito a ridurre negli ospedali di Issyk-Ata i ricoveri non strettamente necessari e l'onere finanziario che ne deriva. Isakov aggiunge: “Ci sono molte malattie che potrebbero essere curate a livello di assistenza primaria in ambulatorio, come ad esempio l'ipertensione arteriosa e i casi non gravi di anemia molto comuni nella regione, che prima invece venivano curati con alti costi con il ricovero in ospedale”.

L'esperienza insegna

La prima fase della messa in atto di questo sistema ha dimostrato che è possibile ottenere una maggior trasparenza nel finanziamento dell'assistenza sanitaria e che c'è spazio per adottare delle misure che facilitino l'accesso all'assistenza sanitaria alla parte più povera della società. D'altronde, per affrontare questo problema in modo efficace c'è bisogno di un approccio di vasta portata che va al di là del semplice fatto

di stabilire una tassa. L'approccio deve correlarsi con altri sistemi esistenti che si occupano di come gli ospedali vengono finanziati e dei metodi da adottare per migliorare la gestione dei farmaci e delle altre forniture; e deve correlarsi con iniziative mirate ad informare e ad educare il personale dell'ospedale e la popolazione.

Secondo il direttore sanitario di Issyk-Ata la combinazione fra una seria ristrutturazione gestionale ed una riduzione della capienza degli ospedali da una parte, e il sistema della tassa sanitaria collettiva dall'altra, ha un po' diminuito il successo della riforma ospedaliera. Ma grandi sono sempre stati gli sforzi per informare il pubblico a tutti i livelli.

Il Ministero della Sanità, per quanto soddisfatto dei risultati preliminari del sistema della tassa collettiva, riconosce che c'è sempre spazio per miglioramenti, come è stato dimostrato dalle differenze di successo del sistema nelle due regioni prescelte per la prima fase.

Meimanaliev descrive l'importanza di persuadere le autorità governative locali del bisogno che c'è di questa riforma.

Convincere le autorità governative locali della bontà di questa riforma è essenziale. Il successo delle nostre riforme dipende dai contributi che le autorità governative locali danno al singolo fondo comune per l'assistenza sanitaria gestito dalle regioni affiliate al Fondo Sanitario Assicurativo. Il problema principale che abbiamo dovuto affrontare durante il primo anno della messa in atto del sistema è stato il fatto che alcune autorità governative locali hanno contribuito molto meno di quanto era stato stabilito. Siamo comunque riusciti a convincerle ad aumentare il loro contributo ed il problema è stato risolto.

Il Ministero ha incluso sia le autorità governative locali che il governo centrale nel mirare le campagne di informazione, per mantenere conoscenza e sostegno del sistema a tutti i livelli, ed ha continuato a mantenere intense trattative con le autorità locali perché continuino a pagare le quote di finanziamento stabilite.

Ma è questa gestione ad alto livello che preoccupa Schüth della Croce Rossa. Schüth dichiara: "Ho sentito dire che le amministrazioni regionali trattengono i fondi di finanziamento per gli ospedali con la scusa che ora gli ospedali ricevono soldi dai pazienti. Questo fatto può naturalmente compromettere tutto il progetto". Potrebbe ridurre seriamente i livelli di finanziamento per i poveri, dato che questi dipendono da una proporzione degli introiti totali per il loro accesso gra-

tuito all'assistenza. C'è stato un tentativo di ridurre questo finanziamento, soprattutto nel Chui *Oblast*, ma alla fine il Ministero della Sanità ha avuto la meglio. “La questione comunque”, dice Kutzin, “continua a costituire una minaccia per il modello Kirgiz, e richiede un'attenzione continua”.

Prima delle riforme la spesa dei governi regionali per l'assistenza sanitaria rappresentava circa il 25% del bilancio totale, ed era un'importante responsabilità finanziaria e allo stesso tempo una sorgente di potere gerarchico. Con la riforma del pagamento individuale – di cui la tassa sanitaria collettiva fa parte – viene richiesto ai governi locali di mantenere quel 25% ma di rinunciare al controllo. Questo infatti viene percepito come una vera sfida alle riforme.

Nell'opinione di Schüth il fattore più importante per il successo futuro del sistema della tassa sanitaria collettiva è riuscire a conservare la fiducia del pubblico. Dice Schüth:

La promessa che il sistema fa ai pazienti è questa: pagate questa tassa e niente altro. La gente può perdere fiducia nel sistema, o addirittura non riuscire ad acquistarla, se vede che questa promessa non viene mantenuta. Io penso che la vera sfida non è convincere il pubblico del sistema o farlo funzionare a livello di ospedale. La sfida è quella di lanciare il progetto, così come è stato ideato, a livello nazionale.

Il caso degli ospedali di Issyk-Ata, che ha registrato un particolare successo, dimostra anche quanto le riforme dipendano dalla volontà dei singoli ospedali di lavorare secondo questo sistema.

In complesso si ritiene che la prima fase di questo sistema del pagamento di una tassa sanitaria collettiva abbia avuto successo. La sfida sarà ora quella di poter riuscire a portare con successo il sistema a livello nazionale. Questo passo farebbe avanzare ulteriormente il Kirgizstan sulla strada delle riforme, grazie agli sforzi del Ministero della Sanità. Schüth aggiunge: “La forza motrice delle riforme è lo stesso Ministro, che è stato Capo del Dipartimento delle Riforme Sanitarie prima di essere nominato Ministro. Tutto il Ministero della Sanità s'è impegnato nelle riforme sanitarie. Si respira un'atmosfera di pensiero innovativo e di apertura a nuove idee”.

Il successo della prossima fase dipenderà dai fattori già discussi e da molte altre variabili, che il gruppo di lavoro nel Ministero della Sanità sta tenendo con attenzione sotto controllo.