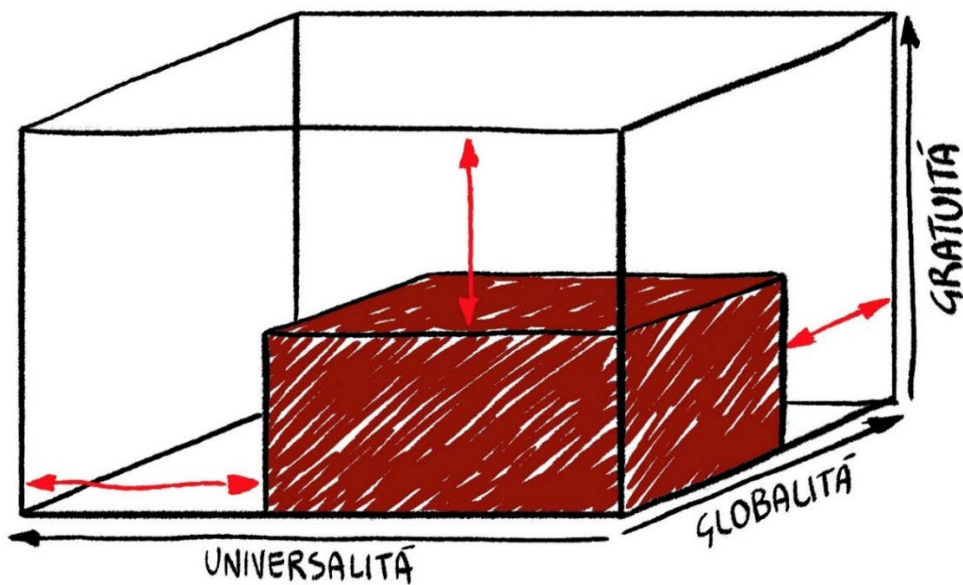


LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE NEL MONDO

Istruzioni per l'uso: una logica di confronto



Dicembre 2020

Istituto Superiore di Sanità

La copertura sanitaria universale nel mondo. Istruzioni per l'uso: una logica di confronto. Dicembre 2020. 73 p.

Giulia Marchetti, Marco Simonelli, Silvia Declich in collaborazione con Maria Grazia Dente, Rita Ferrelli e Maria Elena Tosti

Il presente documento fornisce, nella prima parte, un inquadramento e introduzione al concetto della Copertura Sanitaria Universale e del suo monitoraggio per offrire, nella seconda parte, degli strumenti per una maggior fruibilità dei dati per Paese, presentati in appendice, e per la loro comparazione.

Istituto Superiore di Sanità

Universal health coverage around the world. Instructions for use: a logic of comparison. December 2020. 73 p.

Giulia Marchetti, Marco Simonelli, Silvia Declich in collaborazione con Maria Grazia Dente, Rita Ferrelli e Maria Elena Tosti

This document provides, in the first part, an overview and introduction to the concept of Universal Health Coverage and its monitoring and offers, in the second part, tools for greater usability of the data by country, presented in the appendix, and for their comparison.

Per informazioni su questo documento scrivere a: silvia.declich@iss.it

Gli autori desiderano ringraziare per i commenti al testo e le valutazioni espresse Maurizio Marceca e Federica Turatto (Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive), Sandro De Luca (Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli), Carlo Resti (Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini), Silvia Mancini (Medici Senza Frontiere Italia), Serafina "Antonella" Torchiario (INTERSOS), Giulia De Ponte (Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità).

Figura di copertina: Caterina Fratolocchi

Grafica a cura di: Gloria Nacca (Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità)

Citare questo documento come segue:

Giulia Marchetti, Marco Simonelli, Silvia Declich in collaborazione con Maria Grazia Dente, Rita Ferrelli e Maria Elena Tosti. La copertura sanitaria universale nel mondo. Istruzioni per l'uso: una logica di confronto. Dicembre 2020. Roma, Istituto Superiore di Sanità

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

© Istituto Superiore di Sanità 2020, viale Regina Elena 299, 00161 Roma

Sommario

Sommario figure e tabelle	4
Abbreviazioni	5
Prefazione	6
Sintesi del documento	7
Premessa	9
Messaggi chiave	10
PARTE I. INTRODUZIONE AL CONCETTO E AL MONITORAGGIO DELLA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE	11
1. Introduzione	12
1.1 La Salute e gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile	12
1.2 La Copertura Sanitaria Universale a partire da Alma Ata	13
1.3 Le tre dimensioni della Copertura Sanitaria Universale	17
2. Monitoraggio della Copertura Sanitaria Universale	20
2.1 L’UHC service coverage index (indicatore 3.8.1)	21
2.2 La valutazione della protezione finanziaria (indicatore 3.8.2)	23
2.3 Combinazione degli indicatori di copertura dei servizi e protezione finanziaria	25
2.4 Impoverimento a causa delle spese per la salute	29
2.5 Aggiornamento continuo dei dati	30
2.6 Disponibilità dei dati	31
Box 1. Altri esempi di monitoraggio dell’UHC: Countdown 2030.....	33
Box 2. Altri esempi di monitoraggio dell’UHC: Save the Children.....	34
Box 3. Altri esempi di monitoraggio dell’UHC: UHC index.....	35
PARTE II. INDICATORI SCELTI PER UNA MAGGIOR FRUIBILITÀ DEI DATI	37
3. Indicatori considerati nel documento	38
3.1 Definizione e fonti degli indicatori	38
3.2 Metodi per la presentazione dei dati	41
4. Limitazioni e considerazioni	47
5. Istruzioni per l’uso: qualche simulazione	49
Box 5. Simulazione Romania.....	49
Box 6. Simulazione Senegal.....	51
Box 7. Simulazione Nepal.....	53
Box 8. Simulazione Cile.....	54
Box 9. Simulazione Eritrea.....	55
Box 10. Simulazione Italia.....	57

6. Natura dinamica e possibile utilizzo del documento	59
7. Bibliografia	61
APPENDICE. DATI PER PAESE: VALORE E PUNTEGGIO DEGLI INDICATORI	67

Sommario figure e tabelle

Figura 1. La salute è centrale nella agenda dei SDGs (7).....	12
Figura 2. Investire nei servizi sanitari per raggiungere la UHC e gli SDGs collegati (7 modificata).....	13
Figura 3. I tre assi della Copertura Sanitaria Universale (18)	17
Figura 4. Copertura sanitaria in Senegal utilizzando i 3 assi dell'UHC (20 modificata)	18
Figura 5. Indicatori e calcolo dell'indice di copertura dei servizi UHC SCI (7).....	22
Figura 6. UHC SCI 2015: per l'indicatore 3.8.1 degli SDG (7).....	23
Figura 7. Milioni di persone con spese vive per la salute superiori al 10% e al 25% dell'entrate (spese catastrofiche): per l'indicatore 3.8.2 dei SDGs (7)	24
Figura 8. Visualizzazione congiunta degli indicatori 3.8.1 e 3.8.2 del SGD 3.8 UHC (7)	26
Tabella 1. Paesi appartenenti alle 4 zone della figura 8 con valore di UHC SCI e ICHS al 10%.....	28
Figura 9. Milioni di persone impoverite a causa della spesa per la salute: soglia di povertà estrema \$1.90 PPA al giorno e soglia di povertà \$3.10 PPA al giorno (7)	30
Figura 10. Percentuale di indicatori sanitari con fonti di dati primarie dal 2010 (7)	32
Figura 11. Disponibilità di dati sulla protezione finanziaria (7)	32
Figura 12. Il calcolo dell'Indice di Gini (38)	40
Figura 13. UHC SCI: mappa con divisione in 6 classi	41
Figura 14. La spesa catastrofica per la salute >10%: mappa con divisione in 4 classi.....	42
Figura 15. Impoverimento oltre la linea della povertà di 3.20\$ PPA a causa di spese per la salute: mappa con divisione in 6 classi	43
Figura 16. Indicatore composito: mappa con divisione in 5 classi	44
Figura 17. Indice di Gini: mappa con divisione in 5 classi.....	45

Abbreviazioni

ICHS	<i>Incidence of Catastrophic Health Spending</i> (Incidenza della spesa catastrofica per la salute)
MDGs	<i>Millennium Development Goals</i> (Obiettivi di Sviluppo del Millennio)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PHC	<i>Primary Health Care</i> (Assistenza sanitaria primaria)
PIL	Prodotto Interno Lordo
PPA	Parità di Potere d'Acquisto
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i> (Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile)
UHC	<i>Universal Health Coverage</i> (Copertura sanitaria universale)
UHC SCI	<i>UHC Service Coverage Index</i> (Indice di copertura dei servizi per copertura sanitaria universale)
UN DESA	<i>United Nations Department of Economic and Social Affairs</i> (Dipartimento per gli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite)
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> (Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione)
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia)

Prefazione

Obiettivo della Copertura Sanitaria Universale (*Universal Health Coverage-UHC*) è favorire l'esistenza di un sistema sanitario che estenda la copertura sanitaria a tutta la popolazione, garantisca i servizi e le prestazioni necessarie e lo faccia senza caricare le persone di costi diretti. Il raggiungimento dell'UHC rappresenta uno dei target degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals-SDGs*) per il 2030.

L'Istituto Superiore di Sanità ha riconosciuto l'importanza di avviare un processo di analisi e divulgazione relativo al livello di Copertura Sanitaria Universale dei diversi Paesi del mondo. Questo significa concentrarsi sulle disuguaglianze nell'assistenza sanitaria attualmente presenti tra i diversi Paesi del mondo, affrontando le problematiche legate alla carenza di dati, la difficoltà di comparare valori, la necessità di comprendere meglio le diversità interne ai Paesi al fine di individuare indicazioni tecniche e approcci strategici che possano contribuire al miglioramento delle politiche sanitarie per il rafforzamento dei sistemi sanitari.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha da un lato evidenziato le criticità dei sistemi sanitari, le lacune nella tutela sociale e le disuguaglianze strutturali all'interno di uno stesso Paese e fra i Paesi, e dall'altra la forte necessità di coerenza e sinergia tra i sistemi nazionali, considerando che tali sistemi sono fortemente interconnessi, soprattutto durante la risposta ad una pandemia globale.

Mai come ora si è vista l'importanza di sistemi sanitari forti e resilienti, orientati e capaci di giungere a una Copertura Sanitaria Universale non solo in un singolo Stato, ma in tutti i Paesi del mondo.

Questo rapporto integra aspetti rilevanti di documenti già prodotti e validati dalla comunità scientifica internazionale con strumenti e simulazioni per favorire una riflessione e un confronto tecnico-scientifico sulla tematica della Copertura Sanitaria Universale nel mondo che sia contribuito alle sfide presenti e future che ci attendono.

Silvio Brusaferrò

Presidente

Istituto Superiore di Sanità

Sintesi del documento

L'obiettivo della Copertura Sanitaria Universale, o *Universal Health Coverage* (UHC), prevede che tutte le persone e le comunità abbiano accesso ai servizi sanitari di cui hanno bisogno senza sofferenza economica. Questo tema, che trae la sua origine storico-culturale dalla Conferenza di Alma Ata del 1978, costituisce oggi uno dei target individuati dagli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile che tutti gli Stati delle Nazioni Unite si sono impegnati a raggiungere entro il 2030.

Uno sguardo comparativo ai livelli di copertura sanitaria nei diversi Paesi del mondo può evidenziare le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria attualmente esistenti, e quindi il gradiente di esposizione delle popolazioni in termini di lunghezza e qualità della vita successiva all'insorgenza di una o più patologie. Tuttavia, nel caso di molti Paesi con economie in transizione o a scarse risorse vi è una disponibilità variabile e spesso carente di fonti di dati per le specifiche variabili da prendere in considerazione, e una conseguente difficoltà nel monitorare e valutare i livelli di copertura sanitaria universale.

In questo contesto, il presente documento si propone quindi di:

- far conoscere a professionisti sanitari, operatori sociali e legali documenti e strumenti già prodotti e condivisi dalla comunità scientifica internazionale per la valutazione della copertura e dell'assistenza sanitaria nei Paesi del mondo;
- presentare le informazioni esistenti con modalità semplificate e fruibili anche per coloro che non hanno familiarità con il tema della copertura sanitaria universale e la sua misurazione;
- favorire una riflessione e un confronto tecnico-scientifico attraverso la valorizzazione delle informazioni disponibili e l'individuazione di aspetti critici cui dare priorità.

Il documento seleziona e presenta dunque alcuni indicatori disponibili e utili per una valutazione sintetica dei livelli di copertura sanitaria universale nei diversi Paesi. Essi comprendono quelli elaborati nell'ambito del monitoraggio del raggiungimento degli SDGs, ovvero l'indice di copertura dei servizi per la UHC (che indica la percentuale di popolazione che ha accesso a un set di servizi definiti come essenziali) l'incidenza della spesa catastrofica per la salute (che indica la percentuale di popolazione che deve sostenere spese vive per la salute catastrofiche in relazione al proprio reddito). Questi indicatori sono integrati dall'indice di impoverimento a causa delle spese per la salute (ovvero

la percentuale di popolazione che viene spinta sotto la soglia di povertà a causa di spese sanitarie), e dall'indice di Gini (che misura il livello di disuguaglianza nella distribuzione del reddito all'interno di un Paese).

Il documento non solo riporta i valori più aggiornati di questi indicatori per ciascun Paese, ma propone l'assegnazione di un punteggio per ciascun indicatore in relazione alla classe di appartenenza, utile anche a rappresentare visivamente la loro distribuzione geografica; elabora inoltre un indicatore composito e sintetico dei primi tre indicatori per ciascun paese che, unitamente all'indice di Gini, fornisce un'idea del livello di copertura sanitaria in un qualsiasi Paese insieme però al livello di disuguaglianze al suo interno.

Vengono infine presentate alcune simulazioni di casi-Paese, che offrono uno spunto per la riflessione a partire dai dati presentati, ricordando l'importanza della contestualizzazione e dell'adattamento degli indicatori al caso di interesse.

Si auspica che il documento possa essere utilizzato da diverse istituzioni e organizzazioni ai fini della programmazione di interventi di cooperazione internazionale; della produzione di pareri o valutazioni sulla disponibilità e accessibilità, anche finanziaria, dei servizi sanitari in un determinato Paese estero; dell'individuazione degli aspetti delle politiche sanitarie che maggiormente incidono positivamente o negativamente e favorire studi ad hoc; o infine della formazione generale in Salute Globale o specifica sulla Copertura Sanitaria Universale. Esso rappresenta una prima elaborazione che, auspicabilmente, subirà nel tempo revisioni e aggiornamenti periodici.

Premessa

Il Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità conduce ricerche sui sistemi sanitari con l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari in Italia e nel mondo, migliorando l'appropriatezza e i modelli di cura e intervento sulla base dell'evidenza scientifica.

In questo ambito, il Centro ha avviato un approfondimento sulla tematica della Copertura Sanitaria Universale, conosciuta come *Universal Health Coverage* (UHC), tesa a garantire a tutti l'accesso a servizi di qualità, per soddisfare i bisogni di salute, senza incorrere in difficoltà finanziarie legate al loro pagamento. Questo comporta un confronto con le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria tra i diversi Paesi e all'interno di essi, e quindi sul gradiente di esposizione delle popolazioni in termini di lunghezza e qualità della vita successiva all'insorgenza di una o più patologie.

Per i Paesi a sviluppo avanzato è disponibile una ampia documentazione nella letteratura medico-scientifica nell'ambito della Sanità Pubblica, in particolare per i 55 Paesi della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della Comunità Europea esiste una collana specificamente focalizzata alla produzione e pubblicazione di Rapporti Paese (1, 2). Invece per molti dei Paesi con economie in transizione o a scarse risorse delle altre aree continentali vi è una carenza di documentazione del settore. A ciò si aggiunge che la disponibilità continuativa di fonti dei dati per le specifiche variabili considerate, così come la affidabilità degli stessi, è estremamente variabile.

Questo documento si propone quindi di:

- portare all'attenzione sia di professionisti sanitari che di operatori sociali e legali documenti già prodotti e condivisi dalla comunità scientifica internazionale, al fine di far circolare strumenti utili per la valutazione della copertura e dell'assistenza sanitaria nei Paesi del mondo;
- presentare le informazioni esistenti con modalità semplificate anche per coloro che non hanno familiarità con il tema della copertura sanitaria universale e la sua misurazione;
- favorire una riflessione e un confronto tecnico-scientifico attraverso la valorizzazione delle informazioni disponibili e l'individuazione di aspetti critici da prioritizzare.

Il documento rappresenta una prima elaborazione, che auspicabilmente, subirà nel tempo revisioni periodiche.

Messaggi chiave

- La **Copertura Sanitaria Universale**, in breve UHC, prevede che tutte le persone e le comunità abbiano accesso ai servizi sanitari di cui hanno bisogno senza sofferenza economica.
 - Nel 2015 gli Stati delle Nazioni Unite si sono impegnati a raggiungere entro il 2030 gli **Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile**, i *Sustainable Development Goals* (SDGs), guidati dal motto di “non lasciare indietro nessuno”. Gli SDGs includono il **raggiungimento dell’UHC** quale **target 3.8**.
 - Nell’ambito del **monitoraggio** del raggiungimento degli SDGs, sono stati elaborati due indicatori specifici per il target 3.8: **l’indice di copertura dei servizi per la UHC**, in inglese *UHC Service Coverage Index* (UHC SCI) (ovvero la percentuale di popolazione che ha accesso a un set di servizi definiti come essenziali) e **l’incidenza della spesa catastrofica per la salute**, in inglese *Incidence of Catastrophic Health Spending* (ICHS) (che indica la percentuale di popolazione che deve sostenere spese vive per la salute catastrofiche in relazione al proprio reddito).
 - Per comprendere meglio la copertura finanziaria è utile considerare anche **l’impoverimento a causa delle spese per la salute** (ovvero la percentuale di popolazione che viene spinta sotto la soglia di povertà a causa di spese sanitarie), già talora considerato nel monitoraggio dell’UHC.
 - **L’indicatore composito e sintetico** dei primi tre indicatori proposto, insieme all’**indice di Gini** (che misura il livello di disuguaglianza nella distribuzione del reddito all’interno di un Paese), può essere d’aiuto nel valutare il grado di raggiungimento dell’UHC.
 - Laddove i dati siano disponibili, gli **indicatori menzionati permettono di avere un’idea del livello di copertura sanitaria** in un qualsiasi Paese e di operare comparazioni tra Paesi e aree del mondo. Ciò può essere d’aiuto, sebbene tali informazioni debbano sempre essere **contestualizzate e adattate al caso specifico** di interesse.
-

PARTE I. INTRODUZIONE AL CONCETTO E AL MONITORAGGIO DELLA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE

1. Introduzione

1.1 La Salute e gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile

Come noto, nel 2015 le Nazioni Unite hanno lanciato gli **Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile**, in breve SDGs (3) che, in una logica di forte interdipendenza tra i diversi obiettivi, prevede l'implementazione di una pluralità di azioni entro il 2030. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile comprende 17 Goals, 169 target e 231 indicatori (4).

È previsto un periodico monitoraggio del livello di raggiungimento dei SDGs per singolo Paese (5). L'Italia, ad esempio, ha recentemente visto la pubblicazione del Rapporto 2020 (6).

La buona salute ed il benessere, formalmente focalizzati nel 3° dei 17 SDGs, sono centrali e in realtà strettamente correlati a molti altri obiettivi formali, come visualizzato dalla Figura 1.



Figura 1. La salute è centrale nella agenda dei SDGs (7)

Più nello specifico, l'SDG 3 si compone di 13 target ed ulteriori target strettamente collegati alla salute sono presenti in altri SDGs (2.2 su malnutrizione, 6.1 su acqua potabile; 6.2 su servizi igienici; 7.1 su

fonti energetiche; 11.6 su qualità dell'aria e gestione dei rifiuti; 13.1 su rischi collegati al clima e disastri naturali; 16.1 su violenza; 17.19 su registrazione dati) (8).

1.2 La Copertura Sanitaria Universale a partire da Alma Ata

“Raggiungere una **Copertura Sanitaria Universale**, conosciuta come UHC, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi sanitari essenziali di qualità e l'accesso a medicinali e vaccini essenziali, sicuri, efficaci, di qualità e convenienti per tutti” è il target 3.8, chiaramente centrale per gli altri 12 target del SDG 3 (7).

Investire per il rafforzamento dei sistemi sanitari – inteso sia come potenziamento del finanziamento che, in senso più ampio, come miglioramento della *governance*, dell'organizzazione della forza lavoro sanitaria, dell'erogazione di servizi, dei sistemi di informazione sanitaria e della fornitura di medicinali e altri prodotti sanitari – è fondamentale per progredire verso l'UHC, e quindi verso la Salute e verso gli altri 5 SDGs strettamente correlati (1-sconfiggere la povertà; 4-istruzione di qualità; 5-parità di genere; 8-lavoro dignitoso e crescita economica inclusiva; 16-pace, giustizia e istituzioni solide) come evidenziato dallo schema in Figura 2.

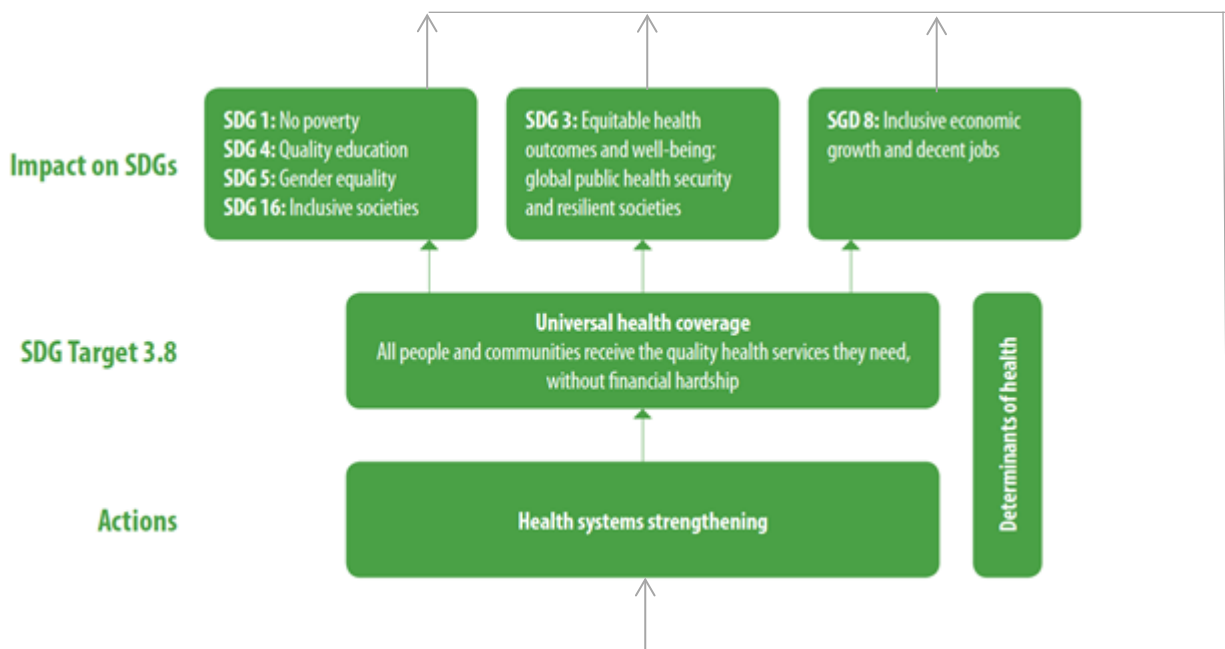


Figura 2. Investire nei servizi sanitari per raggiungere la UHC e gli SDGs collegati (7 modificata)

Il tema della UHC trae la sua origine storico-culturale dalla Conferenza di Alma Ata del 1978 con il suo fiducioso slogan “*Health for All by the year 2000*”. La **Dichiarazione di Alma Ata** introdusse il concetto della **Primary Health Care (PHC)** come chiave per riuscire a fornire a tutti una salute migliore. Si esortava ad una azione urgente ed efficace a livello nazionale e internazionale per sviluppare e implementare l'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo, in particolare nei Paesi in via di sviluppo, secondo uno spirito di cooperazione tecnica e in accordo con un nuovo ordine economico internazionale (9).

Inoltre, la Dichiarazione di Alma-Ata rimarcava l'importanza dell'accesso universale ai farmaci e alle terapie espresso un anno prima dall'OMS che per la prima volta preparò una **Lista di Farmaci Essenziali** quale possibile guida per sviluppare liste a livello nazionale (10).

Una ulteriore e complementare elaborazione culturale è riconducibile alla **Carta di Ottawa** del 1986, elaborata in occasione della prima Conferenza internazionale per la **Promozione della Salute** organizzata dall'OMS, dall'Health and Welfare Canada e dalla Canadian Public Health Association (11). Tra i concetti innovativi della Carta - oltre a una forte sottolineatura dei concetti relativi alla partecipazione comunitaria come quello dell'*empowerment* - vi è stato quello di intendere la salute come una risorsa per la vita di tutti i giorni e non come un obiettivo da raggiungere. La concezione di salute acquista così una visione più ampia comprendendo anche l'educazione, l'igiene e l'attenzione a stili di vita e stili alimentari più sani. Pertanto, la promozione della salute non era più vista come responsabilità del solo settore sanitario, ma andava allargata ad altri settori (ad esempio il settore agricolo, alimentare, abitativo, educativo etc.) in una prospettiva di **politiche intersectoriali** (11).

La rivoluzione operata attraverso il concetto della promozione della salute, schematicamente intesa come processo risultante dall'interessamento di più dimensioni e dal concorso di molteplici attori, ha portato nel 2000 all'identificazione degli **Obiettivi di Sviluppo del Millennio**, conosciuti come *Millennium Development Goals (MDGs)*, da raggiungere entro il 2015. Gli 8 Obiettivi identificati si proponevano, tra gli altri, di dimezzare la povertà estrema e arrestare la diffusione dell'HIV/AIDS (12).

In occasione della 56^{ma} **Assemblea Mondiale della Sanità**, nel 2003, è stato effettuato un bilancio a 25 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata. Da tale bilancio è emerso che, seppur sia stato condiviso l'obiettivo dell'OMS della salute per tutti e sebbene alcuni Paesi abbiano fatto progressi per stabilire politiche e programmi di assistenza sanitaria universale inserendo i principi e le indicazioni di Alma

Ata alla base dei loro piani sanitari, è ancora necessario fare molto per raggiungere l'obiettivo della salute per tutti (13).

L'importanza di considerare la salute come risultante dall'impatto, positivo o negativo, di un insieme di 'determinanti strutturali' propri di diversi settori è stata sottolineata nel 2011 durante la Conferenza mondiale di Rio de Janeiro, nella quale viene adottata la **Dichiarazione di Rio sui determinanti sociali della salute**, in cui si esprime l'impegno politico globale per l'implementazione di un approccio basato sui determinanti sociali per ridurre le disuguaglianze di salute (14).

Il **concetto dell'UHC** è stato formalmente introdotto nella Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite dedicata a Global Health and Foreign Policy e approvata (in modo unanime) il 12 dicembre 2012. La risoluzione riconosce il ruolo della salute nel raggiungimento degli obiettivi di sviluppo internazionale e invita i Paesi, la società civile e le organizzazioni internazionali a includere la copertura sanitaria universale nell'agenda internazionale per lo sviluppo. Si riconosce che la salute è un'importante questione politica trasversale nell'agenda internazionale, in quanto è una condizione preliminare, un risultato e un indicatore di tutte e tre le dimensioni (sociale, ambientale ed economica) dello sviluppo sostenibile. La risoluzione invita quindi gli Stati membri ad adottare un **approccio multisetoriale** e a lavorare sui **determinanti** sociali, ambientali ed economici della salute per ridurre le disuguaglianze e consentire lo **sviluppo sostenibile** (15).

Nella Risoluzione si raccomanda che *"... tutte le persone abbiano accesso, senza discriminazioni all'insieme dei servizi preventivi, curativi e riabilitativi, definiti nazionalmente, e ai farmaci essenziali, sicuri, economici, efficaci e di qualità, con la garanzia che l'uso di questi servizi non esponga i pazienti - particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili - alla sofferenza economica ..."* e si invitano gli Stati Membri a *"... far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie"*.

Nel 2013, durante l'8ª Conferenza Globale sulla Promozione della Salute, viene adottata la **Dichiarazione di Helsinki** sulla Salute in Tutte le Politiche (**Health in All Policies**), il cui focus è posto sull'implementazione e sulla valutazione dei progressi, dell'impatto e dei risultati della promozione della salute dopo la conferenza di Ottawa (16).

Come già accennato, nel 2015 le Nazioni Unite hanno lanciato **l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile** in cui, tra gli altri target degli SDGs (evoluzione dei precedenti MDGs), si riconosce l'UHC come pilastro per garantire lo sviluppo delle fasce più povere della popolazione (3, 4). L'Agenda offre una nuova opportunità per garantire che tutte le persone possano vivere in salute, con dignità ed uguaglianza. Lo slogan "*Health for All and All for Health*", che richiama i principi precedentemente espressi dalla Dichiarazione di Alma-Ata e dalla Carta di Ottawa, coglie l'impegno di non lasciare indietro nessuno e di coinvolgere tutti gli attori in un nuovo partenariato globale per realizzare gli obiettivi proposti, considerando l'UHC l'obiettivo perfetto per garantire l'inclusione, l'equità e ridurre le disuguaglianze in salute (17).

1.3 Le tre dimensioni della Copertura Sanitaria Universale

L'OMS utilizza uno schema cubico per rappresentare e valutare il grado di UHC presente all'interno di un Paese. Questo schema, visibile in Figura 3, è formato da tre assi (17-19):

1. l'asse orizzontale caratterizza la popolazione, ovvero quanta parte delle persone che hanno bisogno dei servizi viene raggiunta (**universalità**);
2. l'asse relativo alla profondità rappresenta i servizi, ovvero quanta parte dei servizi di cui la popolazione ha bisogno viene garantita (**globalità**);
3. l'asse verticale, infine, caratterizza i costi, ossia il contributo di spesa sanitaria pubblica per i servizi sanitari necessari alla popolazione (**gratuità**).

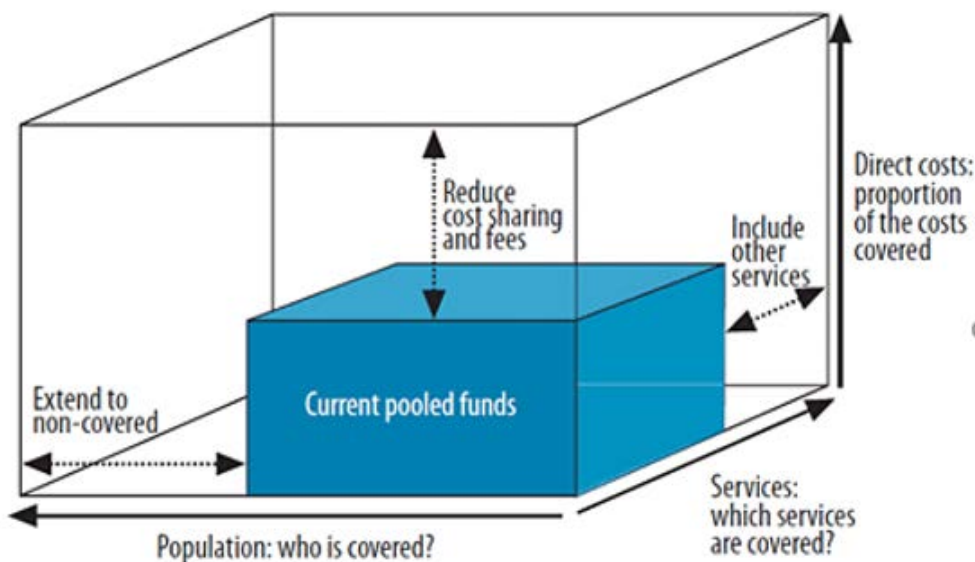


Figura 3. I tre assi della Copertura Sanitaria Universale (18)

Alla base del principio della UHC vi è l'idea che un sistema sanitario ideale debba essere in grado di raggiungere tutta la popolazione presente estendendo la copertura sanitaria anche a chi ne era escluso (universalità), di garantire tutti i servizi e le prestazioni necessarie¹ (globalità) e di farlo senza

¹ I servizi e le prestazioni necessarie devono comprendere anche quelli per malattie non trasmissibili, salute mentale e lesioni, oltre a non focalizzarsi solo sulla cura, ma includere anche la prevenzione, la promozione -personale e non personale-, la riabilitazione e i servizi palliativi. Chiaramente, i servizi necessari devono essere di buona qualità e oltre ai servizi è necessario l'accesso universale a medicine essenziali e altre tecnologie sanitarie, operatori sanitari motivati, sufficienti e situati nei posti giusti e sistemi di informazione che consentano un processo decisionale informato (19).

caricare la popolazione di ulteriori costi diretti (gratuità) (17-19). In questo caso il parallelepipedo occupa tutto lo spazio disponibile all'interno del cubo. Per contrasto, la componente spaziale non raggiunta dal cubo lungo i tre assi descritti segnala rispettivamente la quota di popolazione esclusa, servizi non garantiti e spesa a carico di individui e famiglie.

Per comprendere meglio la teoria del cubo, osserviamo come esempio il caso del Senegal sotto riprodotto (Fig. 4) che mostra le carenze stimabili relativamente alle tre dimensioni descrittive della UHC (20). In particolare, l'**asse orizzontale** mostra che solo il 25% della popolazione ha accesso all'assistenza sanitaria, infatti la copertura è bassa soprattutto nei lavoratori del settore informale e nelle aree rurali. Anche l'**asse della profondità** non è completo, con servizi carenti soprattutto per i farmaci e le visite ambulatoriali. Nell'**asse verticale** si vede che i costi sono coperti quasi all'80% quando si dispone delle assicurazioni obbligatorie basate sul datore di lavoro (*mandatory schemes*), mentre l'assistenza medica governativa (*medical assistance and subsidized care – MASC*), copre una percentuale inferiore. Infine, le assicurazioni sanitarie volontarie basate sulla comunità (CBHI) coprono solo una piccola parte dei costi sostenuti dalla popolazione.

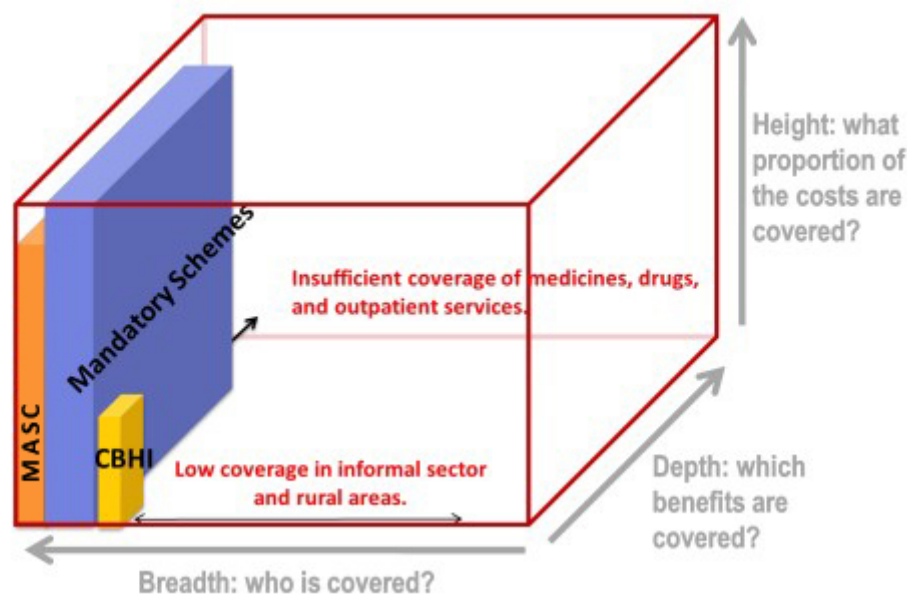


Figura 4. Copertura sanitaria in Senegal utilizzando i 3 assi dell'UHC (20 modificata)

È evidente come un percorso verso l'UHC comporti da parte dei Paesi delle importanti scelte politiche e dei compromessi, soprattutto riguardo a come vengono utilizzati i fondi per la spesa sanitaria. È necessario fare delle scelte su come procedere lungo ciascuna delle tre dimensioni, in più combinazioni, in modo tale da adattarsi al meglio agli obiettivi nazionali nonché ai contesti finanziari, organizzativi e politici. L'estensione della copertura sanitaria lungo le tre dimensioni del cubo richiede riforme e azioni di finanziamento dei sistemi sanitari che portino ad un aumento dei fondi disponibili per la salute, ma anche a incrementi di efficienza e al miglioramento della qualità dei servizi sanitari (18).

2. Monitoraggio della Copertura Sanitaria Universale

Il **monitoraggio del target 3.8** “*Universal Health Coverage*” degli SDGs si basa su uno sforzo collaborativo dell’OMS e della Banca Mondiale iniziato nel 2013 con lo sviluppo di un quadro di monitoraggio per sostenere i Paesi nella registrazione dei progressi verso l’UHC (21-22).

Nel luglio del 2017, l’Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato indicatori specifici per la misurazione e il monitoraggio del raggiungimento degli SDGs, poi riportati nel report dell’OMS *‘Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report’* (7). Qui si identificano per la prima volta anche i due seguenti indicatori per monitorare il target 3.8 degli SDGs dedicato all’UHC:

- **copertura dei servizi sanitari essenziali** (indicatore 3.8.1), che cattura la dimensione della copertura demografica dell’UHC (universalità) e in parte la copertura dei servizi (globalità) (tutti - indipendentemente dal loro tenore di vita - dovrebbero ricevere i servizi sanitari di cui hanno bisogno); e
- **proporzione della popolazione con spese catastrofiche per la salute** (indicatore 3.8.2), che cattura la dimensione di protezione finanziaria dell’UHC (gratuità) (l’uso dei servizi sanitari non dovrebbe comportare difficoltà finanziarie per colui che ne fa ricorso).

L’OMS è l’agenzia designata per il monitoraggio di entrambi gli indicatori del target SDG 3.8, coadiuvata, come agenzie partner, dal Fondo delle Nazioni Unite per l’infanzia (UNICEF), dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) e dal Dipartimento per gli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (UN DESA) per il monitoraggio del 3.8.1 e dalla Banca Mondiale per il monitoraggio del 3.8.2.

2.1 L'UHC service coverage index (indicatore 3.8.1)

Per l'indicatore 3.8.1 "Copertura dei servizi sanitari essenziali" è stato sviluppato l'**Indice di Copertura dei Servizi (UHC service coverage index - UHC SCI)**, che considera due delle tre dimensioni del cubo sopra descritto: la dimensione della universalità e della globalità della copertura sanitaria. In tale indice i servizi sanitari essenziali sono servizi che tutti i Paesi, indipendentemente dal loro profilo demografico, epidemiologico o economico, dovrebbero fornire (7, 23).

L'indice si compone di un singolo valore che viene calcolato sulla base di indicatori (alcuni dei quali sono proxy - che misurano in modo approssimato o indiretto - della copertura del servizio) per monitorare la copertura dei servizi sanitari essenziali (definita come la copertura media di servizi essenziali basati su interventi traccianti tra la popolazione generale e la più svantaggiata). Le scelte metodologiche alla base dell'indice, inclusi la selezione degli indicatori e i calcoli per combinarli in un valore finale, sono descritti nel primo capitolo e nella tabella 1.1 del documento "*Tracking Universal Health Coverage*" (7). In breve, l'UHC SCI prende in considerazione **16 indicatori traccianti, 4 per ciascuna delle 4 aree seguenti**, definite nell'indicatore SDG 3.8.1:

- a) salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile;
- b) malattie infettive;
- c) malattie non trasmissibili;
- d) capacità di offerta dei servizi e loro accessibilità.

Gli indicatori vengono combinati per il calcolo dell'UHC SCI, come schematizzato nella Figura 5, calcolando la media geometrica degli indicatori prima all'interno delle aree, e quindi tra le 4 aree.

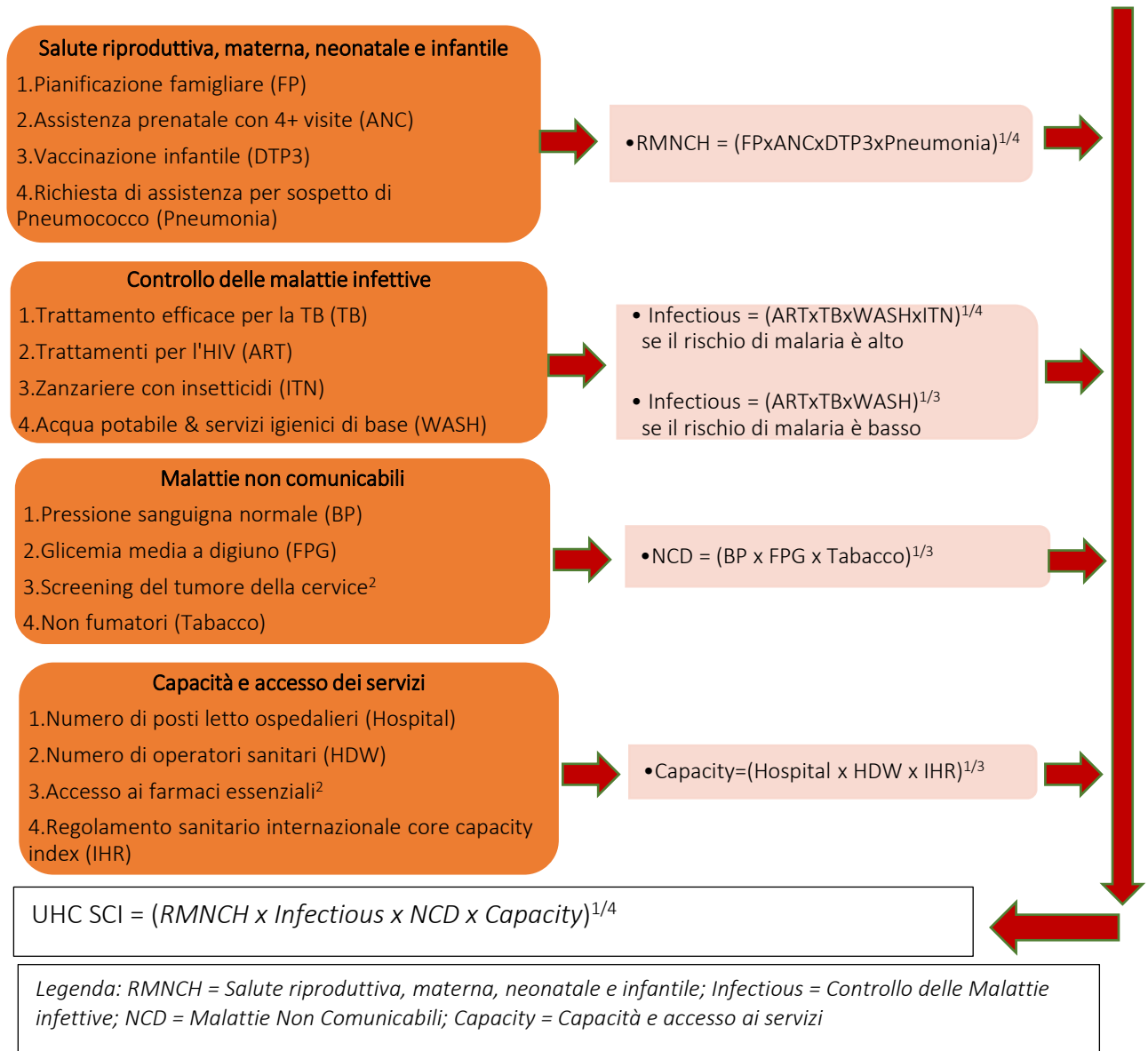


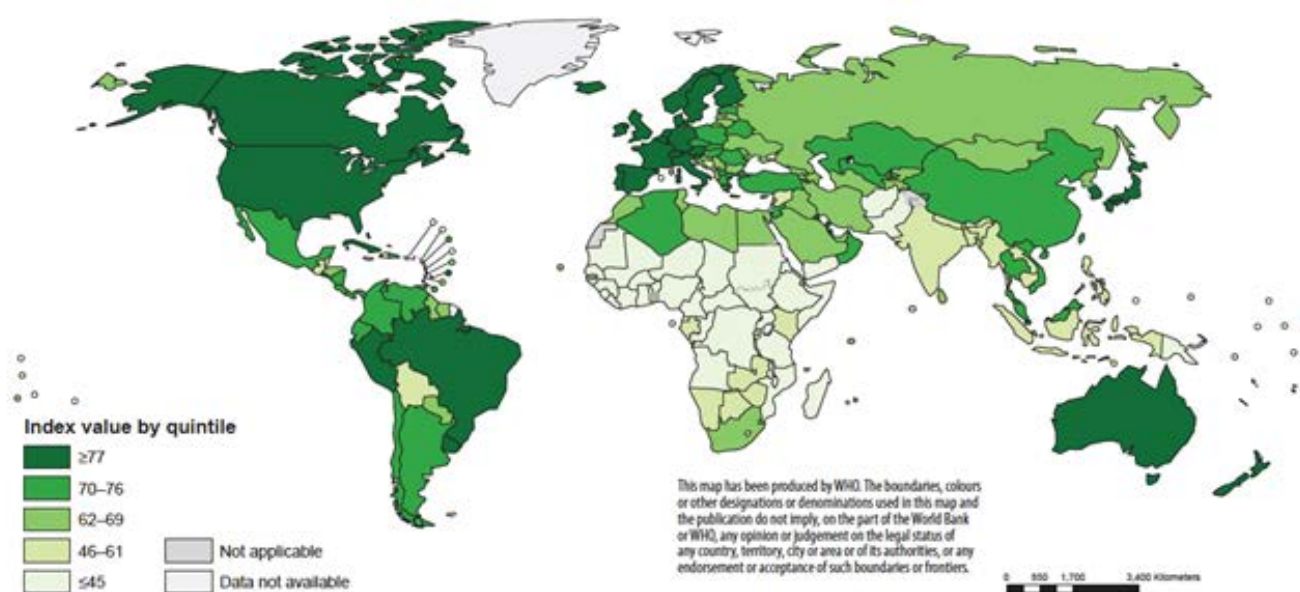
Figura 5. Indicatori e calcolo dell'indice di copertura dei servizi UHC SCI² (7)

Nell'Annex 2 del documento "Tracking Universal Health Coverage" (7) viene riportato per il 2015 sia il valore per ciascuno dei 16 indicatori traccianti, sia l'UHC SCI per i 183 Paesi per i quali è stato possibile calcolarlo (sui 194 stati membri dell'OMS³).

² Sono esclusi lo screening del tumore della cervice e l'accesso ai farmaci essenziali a causa della scarsa disponibilità di dati in molti paesi.

³ I Paesi Membri OMS per i quali non è stato calcolato UHC SCI sono: Andorra, Isole Cook, Dominica, Isole Marshall, Monaco, Nauru, Niue, Palau, Saint Kitts and Nevis, San Marino, Tuvalu.

L'UHC SCI calcolato nel 2015 risulta variare tra 22 e 86 (Figura 6) (7). Interessante sottolineare che UHC SCI è fortemente correlato con il tasso o speranza di vita, che esprime il numero medio di anni di vita alla nascita (coeff. correlazione di Spearman: $\rho=0.88$). In particolare, si è visto che passare dal valore 0 al valore 100 dell'indice è associato con un aumento di 32 anni nella speranza di vita (Intervallo di confidenza: 25-39 anni) e che lo scarto osservato nei valori nazionali (da 22 a 86), si traduce in una differenza di 21 anni di aspettativa di vita.



SDG: Sustainable Development Goal; UHC: universal health coverage.

Figura 6. UHC SCI 2015: per l'indicatore 3.8.1 degli SDG (7)

2.2 La valutazione della protezione finanziaria (indicatore 3.8.2)

L'indicatore 3.8.2 prende in considerazione la terza dimensione del cubo (gratuità) e viene valutato con l'**incidenza della spesa catastrofica per la salute** (*Incidence of Catastrophic Health Spending - ICHS*), ovvero quante famiglie soffrono di indebite difficoltà finanziarie a causa dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno. Tale indicatore viene misurato con il numero di famiglie in cui le spese vive per la salute senza rimborso da parte di terzi (out-of-pocket) superano il 10% o il 25% delle entrate totali (o dei consumi) della famiglia. Nella nostra realtà, ad esempio, su un reddito mensile di 2.000 euro una

spesa sanitaria pari a 200 euro (10%) o a 500 euro (25%) ridurrebbe il reddito disponibile per tutte le altre spese a 1.800 o 1.500 euro.

Nel Report *“Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report”* (7) è riportato questo indicatore a partire dai dati disponibili per 132 Paesi (Figura 7).

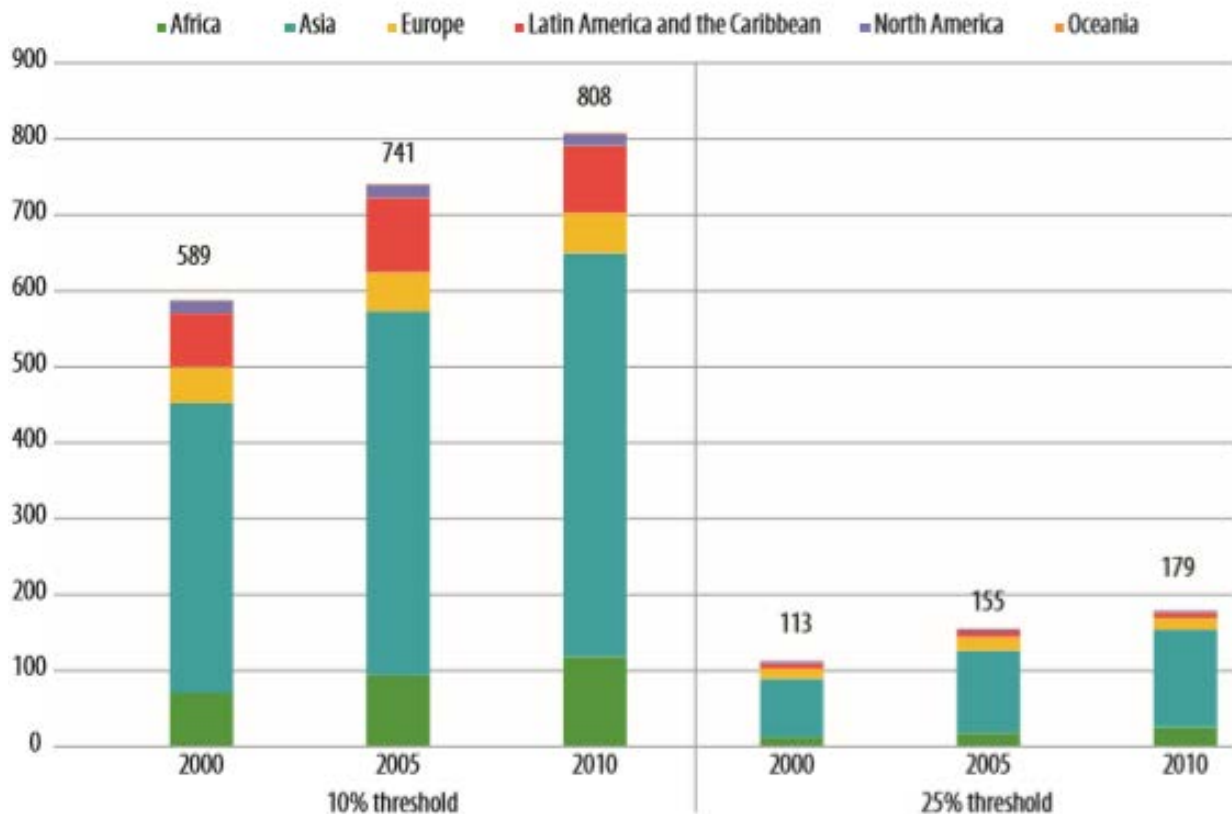


Figura 7. Milioni di persone con spese vive per la salute superiori al 10% e al 25% dell'entrata (spese catastrofiche): per l'indicatore 3.8.2 dei SDGs (7)

Bisogna considerare che vi sono grandi difficoltà e complessità nel misurare questo valore, a partire dall'ottenere dati sulle spese vive per la salute e sul calcolo delle entrate o dei consumi delle famiglie in modo simile per i vari Paesi.

Nell'Annex 1 del Report menzionato (7) viene riportato (per anni diversi a seconda delle più recenti stime disponibili) sia il valore al 10% che al 25% per i 132 Paesi per i quali è stato possibile calcolarlo (sui 194 stati membri dell'OMS).

2.3 Combinazione degli indicatori di copertura dei servizi e protezione finanziaria

La copertura sanitaria universale deve essere quindi misurata contestualmente tramite i due indicatori 3.8.1 e 3.8.2 perché sono fortemente collegati nel concetto stesso di UHC.

Infatti, nell'indicatore SDG 3.8.1 (copertura dei servizi) valori elevati dell'indice indicano livelli elevati di copertura dei servizi, ma la fornitura di servizi sanitari deve sempre essere finanziata e quando questo avviene attraverso pagamenti diretti da parte degli utenti diviene spesso causa di difficoltà finanziarie. Analogamente, nell'indicatore SDG 3.8.2 (protezione finanziaria) una bassa percentuale di famiglie con spese vive per la salute superiori al 10% o 25% delle entrate o dei consumi totali indica una bassa incidenza di spese catastrofiche nella popolazione, ma questo può derivare sia dalla capacità del sistema di finanziamento della salute di limitare i pagamenti diretti che essere dovuto a bassi livelli di offerta dei servizi.

I livelli congiunti di copertura dei servizi e protezione finanziaria sono disponibili limitatamente a quei 76 Paesi (pari al 62% della popolazione mondiale nel 2015) con dati primari sulla spesa catastrofica per la salute per il periodo 2008-2015 e contemporaneamente con dati primari per almeno la metà dei componenti dell'indice di copertura dei servizi (7).

In particolare si tratta di 9 Paesi classificati come a **basso reddito**⁴ (pari a 32% della popolazione che viveva nei Paesi a basso reddito nel 2015), 23 Paesi a **reddito medio-basso**⁵ (pari a 87% della popolazione dei Paesi a reddito medio-basso nel 2015), 21 Paesi a **reddito medio-alto**⁶ (pari a 37% della popolazione dei Paesi a reddito medio-alto nel 2015) e 23 Paesi a **reddito alto**⁷ (pari a 69% della popolazione dei Paesi a reddito alto nel 2015). È opportuno sottolineare come la popolazione dei Paesi a basso reddito sia sottorappresentata a causa della mancanza di dati per uno o entrambi gli indicatori.

⁴ Paesi a basso reddito: Burkina Faso, Guinea, Malawi, Mozambico, Nepal, Niger, Ruanda, Senegal, Tanzania.

⁵ Paesi a reddito medio-basso: Armenia, Bangladesh, Cambogia, Camerun, Congo, Costa d'Avorio, Egitto, Georgia, Guatemala, India, Indonesia, Kirgizstan, Mongolia, Nicaragua, Nigeria, Pakistan, Filippine, Moldavia, Sri Lanka, Swaziland (ora eSwatini), Ucraina, Vietnam, Zambia.

⁶ Paesi a reddito medio-alto: Angola, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Bulgaria, Colombia, Costa Rica, Kazakistan, Iran, Messico, Montenegro, Panama, Peru, Romania, Russia, Serbia, Sud Africa, Tailandia, rep. del Nord Macedonia, Turchia, Tunisia.

⁷ Paesi a reddito alto: Australia, Belgio, Croazia, Rep Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Irlanda, Israele, Italia, Giappone, Lituania, Lussemburgo, Malta, Polonia, Portogallo, rep di Korea, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Regno Unito, Ungheria, Stati Uniti.

Il piano cartesiano riportato in Figura 8 è diviso in quattro zone delimitate sull'ascisse dal valore mediano dell'UHC SCI (pari a 65 calcolato su 183 Paesi) e sulle ordinate la mediana dell'ICHS considerando la soglia del 10% (pari a 7,1% calcolato su 132 Paesi per i quali vi sono dati primari).

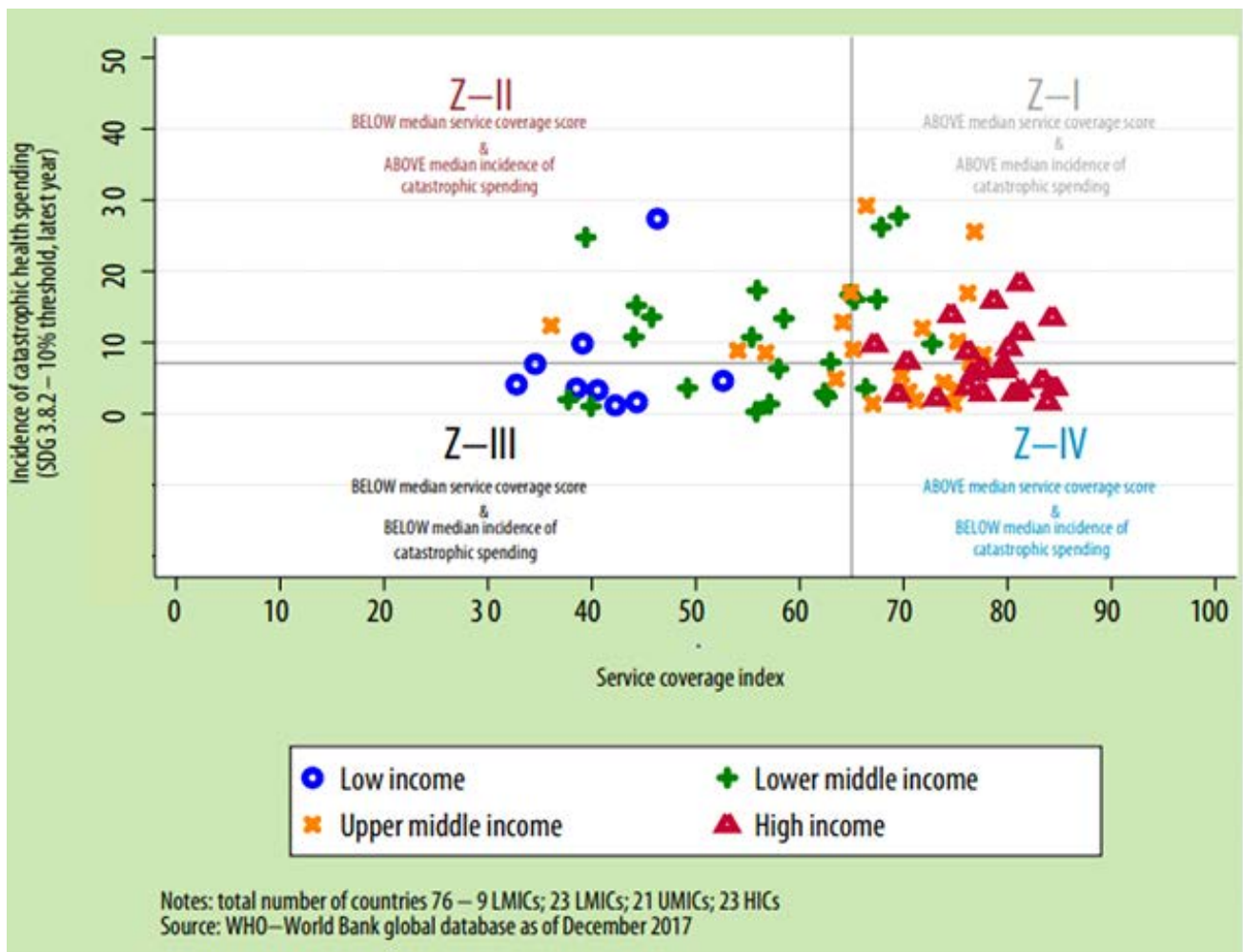


Figura 8. Visualizzazione congiunta degli indicatori 3.8.1 e 3.8.2 del SGD 3.8 UHC (7)

Dalla visione della Figura 8 e della Tabella 1, si evince che:

- un totale di 22 Paesi, sui 76 considerati, hanno indici relativamente elevati di copertura dei servizi e protezione finanziaria, che è **l'obiettivo dell'UHC (nell'area Z-IV)**; importante sottolineare che si tratta solamente di circa il 12% della popolazione mondiale, mentre il restante 88% non beneficia pienamente della UHC.

- altri 22 Paesi hanno valori alti dell'indice di copertura dei servizi, ma l'incidenza di spese catastrofiche è anche relativamente elevata **(nell'area Z-I)**.

Tutti i 23 Paesi ad alto reddito (definiti nella figura dal triangolo rosso e nella tabella dalla casella rossa) hanno livelli di copertura del servizio superiori a quelli mediani, occupando le zone IV e I, sebbene quelli nella zona I non si occupino ugualmente bene di proteggere le famiglie da spese catastrofiche per motivi di salute.

Inoltre:

- in 16 Paesi, dei 76 considerati, molte persone sostengono spese vive elevate, ma la copertura media dei servizi è bassa **(nell'area Z-II)**;
- per gli altri 16 Paesi (che hanno bassi sia la copertura dei servizi che la percentuale di popolazione con spesa sanitaria catastrofica), la sfida sarebbe quella di aumentare la copertura dei servizi senza aumentare le difficoltà finanziarie **(nell'area Z-III)**; su 9 Paesi a basso reddito (definiti nella figura dal cerchio blu e nella tabella dalla casella blu), 7 sono nel quadrante Z-III, dove la copertura dei servizi è bassa, ma questo potrebbe essere il motivo per cui anche la frazione della popolazione che spende oltre il 10% del proprio budget per la salute è bassa.

Dall'osservazione della figura emerge che è necessario capire come poter far sì che tutti i Paesi possano arrivare ad occupare la zona IV.

Sono relativamente pochi i Paesi che occupano le aree più critiche relativamente alla copertura dei servizi (zona II e III), questo però potrebbe dipendere dal fatto che non ci sono dati della spesa catastrofica per i Paesi che hanno un livello molto basso di UHC. Infatti, la figura riporta la situazione solo di 76 Paesi a causa della mancanza di dati di tipo economico per gli altri. In modo non inaspettato, sono disponibili solo i dati di 13 dei 35 Paesi con un bassissimo livello di UHC SCI (inferiore a 45), mancando quelli di Afghanistan, Benin, Burundi, Chad, Eritrea, Etiopia, Guinea-Bissau, Kiribati, Liberia, Madagascar, Mali, Mauritania, Papa Nuova Guinea, Rep. del Centro Africa, Rep. Democratica del Congo, Sierra Leone, Somalia, Sud Sudan, Sudan, Togo, Uganda, Yemen.

Zona I			Zona II			Zona III			Zona IV		
Paese	SCI	ICHS 10% (%)	Paese	SCI	ICHS 10% (%)	Paese	SCI	ICHS 10% (%)	Paese	SCI	ICHS 10% (%)
Armenia	67	16.05	Angola	36	12.38	Burkina Faso	39	3.52	Australia	>80	3.71
Belgio	>80	11.45	Bangladesh	46	13.57	Congo	38	1.97	Bielorussia	74	4.39
Brasile	77	25.56	Bosnia-Erzegovina	57	8.56	Guatemala	57	1.36	Croazia	69	2.80
Colombia	76	16.92	Bulgaria	64	12.84	Guinea	35	6.97	Rep. Ceca	73	2.22
Costa Rica	75	10.13	Cambogia	55	19.97	Indonesia	49	3.61	Danimarca	>80	2.93
Egitto	68	26.20	Camerun	44	10.78	Malawi	44	1.64	Finlandia	79	6.35
Estonia	76	8.79	Costa d'Avorio	44	15.19	Mongolia	63	2.39	Irlanda	78	6.40
Georgia	66	29.21	India	56	17.33	Mozambico	42	1.19	Israele	>80	6.72
Ungheria	70	7.38	Iran	65	15.81	Niger	33	4.14	Giappone	>80	6.17
Italia	>80	9.29	Montenegro	54	8.86	Pakistan	40	1.03	Kazakistan	71	1.38
Lituania	67	9.79	Nepal	46	27.41	Filippine	58	6.31	Kirghizistan	66	3.54
Malta	79	15.53	Nigeria	39	24.77	Fed. Russa	63	4.87	Lussemburgo	>80	3.38
Messico	76	7.13	Serbia	65	9.04	Ruanda	53	4.61	Panama	75	1.41
Nicaragua	70	27.74	eSwatini	58	13.39	Senegal	41	3.33	Slovacchia	76	3.77
Perù	78	8.29	Tanzania	39	9.87	Sri Lanka	62	2.86	Slovenia	78	2.90
Polonia	75	13.93	Ucraina	63	7.21	Zambia	56	0.29	Sud Africa	67	1.41
Portogallo	>80	18.38							Spagna	77	5.73
Rep. di Korea	>80	13.53							Tailandia	75	3.38
Rep. di Moldavia	65	16.05							Turchia	71	3.10
Romania	72	11.99							Regno Unito	>80	1.64
Tunisia	65	16.69							Rep. Nord Macedonia	70	5.44
Vietnam	73	9.81							Stati Uniti d'America	>80	4.77

Tabella 1. Paesi appartenenti alle 4 zone della figura 8 con valore di UHC SCI e ICHS al 10%

[Legenda. Blu: Paesi a basso reddito, verde: Paesi a medio-basso reddito; arancione: Paesi a medio-alto reddito; rosso: Paesi ad alto reddito]

2.4 Impoverimento a causa delle spese per la salute

In aggiunta a quanto detto, è necessario considerare che i due indicatori identificati per monitorare il target 3.8 del UHC devono essere letti insieme al generale **impoverimento a causa delle spese per la salute**, che si verifica quando una famiglia è costretta da un evento sanitario negativo a deviare i costi per le spese mediche da voci di bilancio non mediche, come cibo, alloggio e abbigliamento, restando con un bilancio ridotto per queste voci. Tale indicatore non è legato direttamente alla UHC ma piuttosto al SDG 1 “Povertà”. Anche qui si valuta la terza dimensione del cubo sopra descritto, vale a dire la gratuità dei servizi per la salute.

Questo indicatore si basa su linee di povertà stabilite a livello internazionale, in particolare 1.90\$ al giorno usando la parità di potere d'acquisto (PPA) del 2011 per la povertà estrema e 3.10\$ PPA al giorno per la povertà moderata. Il rapporto *Tracking Universal Health Coverage* (7) misura l'incidenza dell'impoverimento dovuto alle spese per la salute quando i consumi giornalieri di una famiglia risultano sopra la linea di povertà includendo le spese vive per la salute non rimborsate da terzi (cosiddette spese out-of-pocket), ma sono sotto alla linea della povertà quando le spese sanitarie sono escluse. In questo modo si valuta l'impatto monetario dei pagamenti vivi per la salute sul bilancio familiare, altrimenti utilizzabile per le altre spese della famiglia (Figura 9).

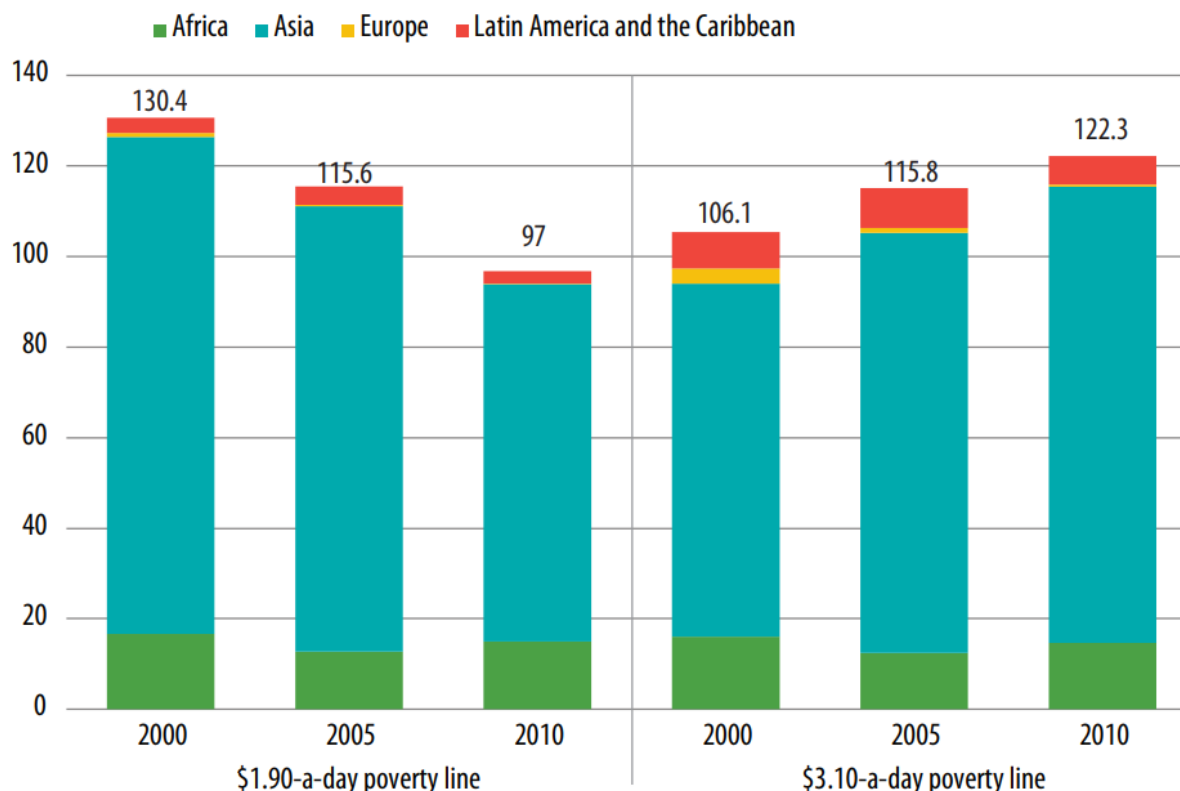


Figura 9. Milioni di persone impoverite a causa della spesa per la salute: soglia di povertà estrema \$1.90 PPA al giorno e soglia di povertà \$3.10 PPA al giorno (7)

Nell'Annex I del Report già menzionato (7) viene riportato (per anni diversi a seconda delle più recenti stime disponibili) la percentuale di popolazione impoverita a causa di spese sanitarie per i 132 Paesi per i quali è stato possibile calcolarlo (sui 194 stati membri dell'OMS).

È importante sottolineare che la carenza di dati è maggior nei Paesi a reddito basso e medio perché è legata alla debolezza del sistema sanitario del Paese. Si può quindi immaginare che per i 62 Paesi per i quali non è stato possibile calcolare questi indicatori di protezione finanziaria la situazione sia tutt'altro che rosea.

2.5 Aggiornamento continuo dei dati

A distanza di due anni, un nuovo documento "Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring report" ha fatto il punto della situazione (24).

Il rapporto documenta i progressi globali nell'ampliare l'accesso ai servizi sanitari essenziali, ma evidenzia che i Paesi più poveri sono in ritardo e che il ritmo complessivo dei progressi sta rallentando. Il rapporto rivela anche un incremento nel numero di persone che ha difficoltà finanziarie per pagare i servizi sanitari essenziali.

Inoltre, viene sottolineata la necessità di avere dati affidabili per permettere di andare oltre i valori medi dei Paesi, che mascherano carenze nella erogazione dei servizi soprattutto per le popolazioni con maggiori bisogni e difficoltà.

In questo quadro, viene ribadita la necessità di investire innanzitutto in PHC, con particolare attenzione alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie: i servizi secondari e terziari sono parti importanti di ogni sistema sanitario, ma nessun Paese può permettersi di fare affidamento solo sull'assistenza. Promuovendo la salute e prevenendo le malattie, i Paesi possono prevenire o ritardare la necessità di servizi più costosi.

Esiste un sito dell'OMS (*Global Health Observatory data repository*) che aggiorna le statistiche sulla salute per oltre 1.000 indicatori per i suoi 194 Stati membri. I dati sono organizzati per monitorare i progressi verso gli SDGs, compresi gli indicatori dello stato di salute per monitorare i progressi verso i target specifici relativi all'obiettivo generale di salute (SDG 3), ma anche gli indicatori per tracciare l'equità e i target collegati alla salute degli altri SDGs (25). Una sezione del portale è specificamente dedicata all'UHC (26).

2.6 Disponibilità dei dati

Come già accennato, una considerazione tecnica specifica riguarda la **disponibilità ed affidabilità di dati** relativi alle variabili/indicatori di interesse, come rappresentato nelle figure 10 e 11. Nell'Annex 1 del documento *"Tracking Universal Health coverage"* (7) viene riportata la disponibilità dei dati per costruire UHC SCI (alta, media e bassa) per ogni Paese.

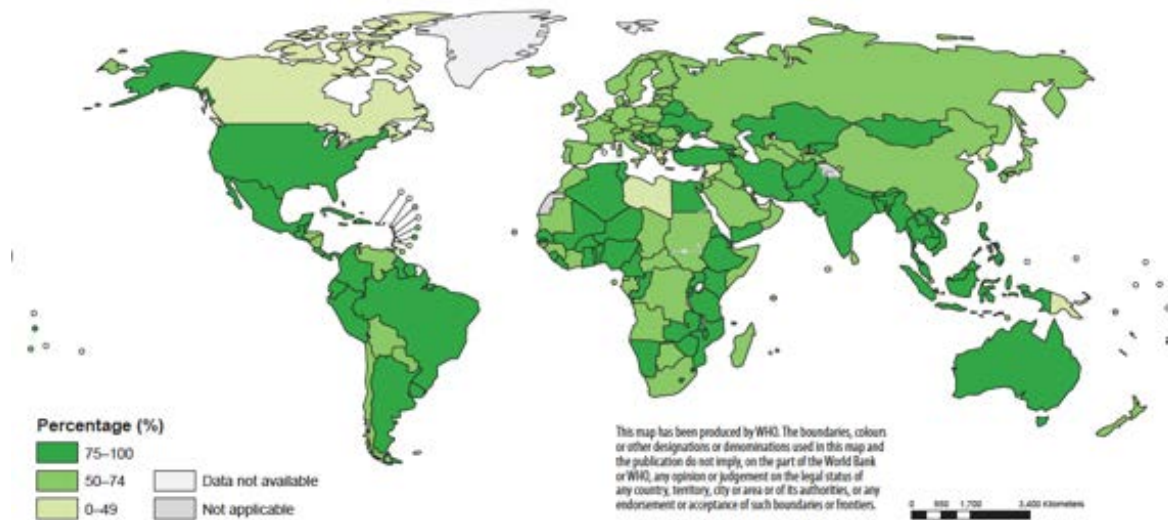
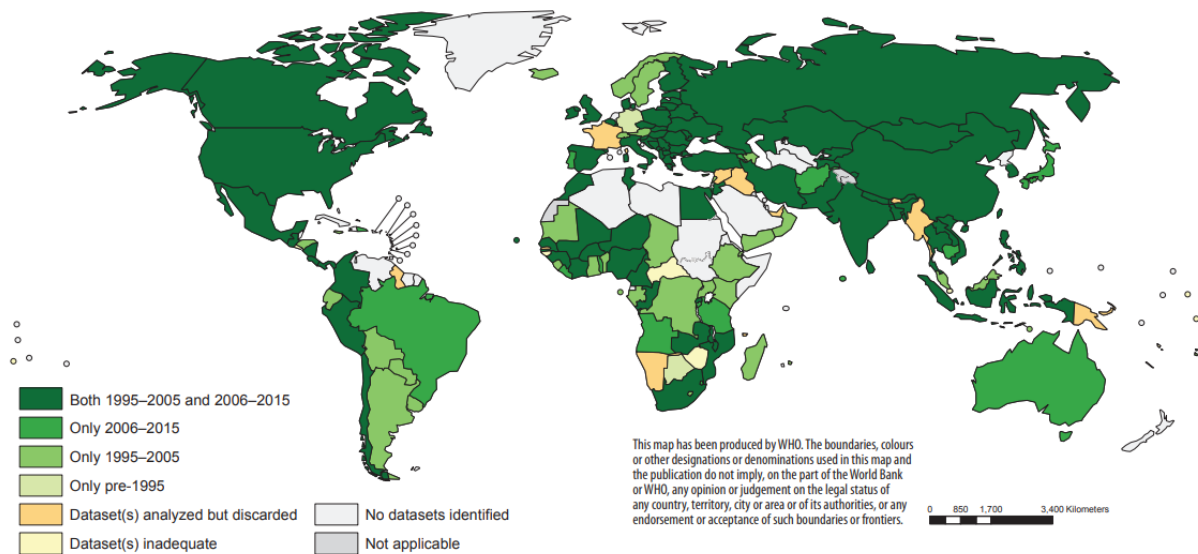


Figura 10. Percentuale di indicatori sanitari con fonti di dati primarie dal 2010 (7)



Notes: Total number of countries or territories can be split into those without any data identified to produce global estimates (61); those with datasets identified analyzed but discarded (12); dataset identified but found inadequate (10); with datasets available only pre-1995 (2); only for the period 1995–2005 (35); only for the period 2006–2015 (17); for both periods 1995–2005 and 2006–2015 (79). Availability of data to produce global estimates may not necessarily align with availability of data at national or regional levels.

Source: Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank.

Figura 11. Disponibilità di dati sulla protezione finanziaria (7)

Box 1. Altri esempi di monitoraggio dell'UHC: Countdown 2030

All'interno di questo approccio, anche altre organizzazioni internazionali e del terzo settore hanno sviluppato propri ragionamenti e prodotto documenti, come ad esempio quelli che seguono.

Countdown 2030, una partnership multi-istituzionale che mira a catalizzare gli sforzi per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti nel quadro dei SDGs, nel 2017 ha prioritizzato 81 Paesi (in colore nella figura) perché presentano complessivamente più del 90%



delle mortalità infantile sotto i 5 anni e il 95% della mortalità materna nel mondo (27).

Ha poi provveduto alla selezione di indicatori

demografici e di copertura, di variabili per le analisi di equità, oltre alla selezione dei determinanti/driver degli indicatori di copertura (relativi alle politiche, ai sistemi sanitari e al finanziamento). Nel 2017 ha prodotto un rapporto che sintetizza i dati sulla situazione attuale e le tendenze della salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile e la nutrizione da una vasta gamma di fonti (28).

Sono anche disponibili i profili degli 81 Paesi prioritari con informazioni esistenti su dati demografici, di mortalità e stato nutrizionale, copertura per interventi prioritari nel continuum delle cure e indicatori selezionati di equità, oltre a informazioni sui sistemi sanitari e le relative politiche e finanziamento (29).

Dal 2008, Countdown ha anche calcolato un **Indice Composito di Copertura**, una media ponderata della copertura di 8 interventi lungo quattro fasi del continuum di cura: salute riproduttiva (domanda di pianificazione familiare soddisfatta dai metodi moderni), salute materna (almeno quattro visite prenatali e assistenti qualificate alla nascita), immunizzazione (vaccino *Bacillus Calmette–Guérin*, tre dosi del vaccino difterite-tetano-pertosse e vaccino morbillo) e gestione di malattia infantile (sali di reidratazione orale per la diarrea e gestione di

malattia per i bambini con sintomi di polmonite). L'indice è calcolato solo per Paesi con dati per tutti e 8 gli indicatori, che nel 2017 erano solo 45 sugli 81 Paesi considerati. I 10 Paesi con l'indice più basso sono prevalentemente Paesi dell'Africa centrale e occidentale, dove il rafforzamento dei sistemi sanitari è assai urgente. L'Indice Composito di Copertura è stato ampiamente testato e confrontato con altri indicatori di sintesi e ha dimostrato di essere uno strumento di grande valore per la valutazione dei livelli e tendenze delle disuguaglianze di copertura (28).

Box 2. Altri esempi di monitoraggio dell'UHC: Save the Children

L'organizzazione non governativa **Save the Children** ha scelto di presentare, in occasione dell'High Level Meeting on Universal Health Coverage organizzato dalla Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 23 settembre 2019 (30), la situazione degli 81 Paesi selezionati da Countdown 2030 (27) utilizzando 12 indicatori chiave, globalmente chiamati "*Universal health coverage and accountability index*", 4 per ciascuna delle 3 aree considerate (31) presentate di seguito.

1. Prioritizzare la PHC, come primo passo verso la UHC, assicurando servizi sanitari di alta qualità, accessibili, gratuiti e focalizzati nel raggiungere le comunità più deprivate e marginalizzate:

- a. mortalità infantile sotto i 5 anni
- b. la disuguaglianza nella mortalità infantile sotto i 5 anni, misurata come rischio tra il gruppo più e quello meno svantaggiato
- c. UHC SCI
- d. Personale sanitario professionale

2. Pagamento per la copertura sanitaria universale, considerando che i governi dovrebbero coprire la spesa sanitaria perché questa possa essere distribuita in modo egualitario:

- a. Spesa sanitaria statale
- b. Percentuale della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo (PIL)

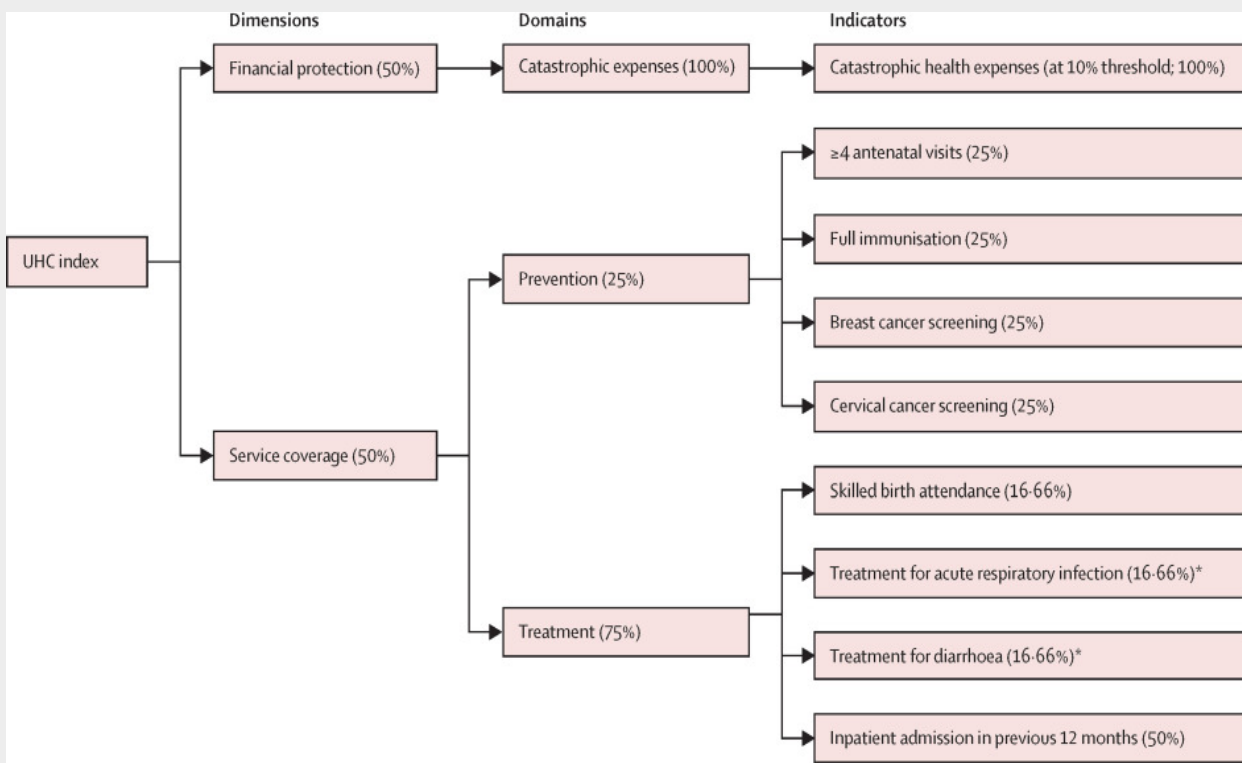
- c. Spese vive per la salute senza rimborso da parte di terzi (out-of-pocket)
- d. Percentuale della spesa statale per la salute primaria

3. Responsabilità per l’UHC:

- a. Legislazione dedicata
- b. Coinvolgimento della società civile
- c. Trasparenza del budget
- d. Livello percepito di corruzione nel settore pubblico

Box 3. Altri esempi di monitoraggio dell’UHC: UHC index

Partendo dalla considerazione che la misurazione dei progressi verso l'UHC richiede la misurazione simultanea dei progressi su entrambe le dimensioni dell’UHC (copertura del servizio e protezione finanziaria) e che i lavori finora hanno esaminato ciascuna dimensione di UHC in modo isolato, un recentissimo lavoro (32) costruisce un **UHC index** con entrambe le componenti, come illustrato nella figura seguente.



In pratica, la copertura del servizio è una media geometrica ponderata di quattro indicatori di prevenzione (cure prenatali, immunizzazione completa e screening per tumori al seno e della cervice) e quattro indicatori di trattamento (assistenza alla nascita qualificata, ricovero ospedaliero, trattamento per infezione respiratoria acuta e diarrea), mentre la protezione finanziaria è calcolata come il complemento a 100 dell'incidenza di spese sanitarie catastrofiche (che superano il 10% dei consumi o delle entrate delle famiglie), vale a dire la percentuale di famiglie che non hanno una spesa catastrofica. La prestazione della UHC complessiva di un Paese è la media geometrica del valore di copertura del servizio e di protezione finanziaria.

La fonte principale dei dati utilizzati in questo studio proviene dal database HEFPI della Banca Mondiale che comprende dati provenienti da sondaggi sulle famiglie, integrando le lacune con altri dati di indagini proprie o provenienti da altre fonti (dati amministrativi, modellizzati e imputati), fino ad ottenere dati per 75 Paesi a basso e medio reddito e 36 Paesi ad alto reddito, 111 in totale.

Lo studio trova una sostanziale eterogeneità nei risultati dell'UHC tra i Paesi: gran parte di questa variazione è spiegata dalle differenze del PIL. Tuttavia, alcuni Paesi ottengono risultati migliori di altri nello stesso gruppo di reddito e alcuni ottengono risultati migliori rispetto ad alcuni Paesi del gruppo di reddito al di sopra del loro. I migliori risultati di UHC sono correlati alla quota del budget sanitario di un Paese che viene convogliata attraverso schemi di assicurazione sanitaria sociale e governativa.

PARTE II. INDICATORI SCELTI PER UNA MAGGIOR FRUIBILITÀ DEI DATI

3. Indicatori considerati nel documento

Il gruppo tecnico che ha elaborato il presente documento ha identificato alcuni indicatori, tra quelli disponibili, che possono aiutare ad osservare ed analizzare il livello di copertura sanitaria dei diversi Paesi del mondo, secondo i seguenti principi guida:

- i. preferenza per misure di effettiva copertura del servizio;
- ii. includere indicatori per le tre dimensioni dell'UHC (universalità, globalità, gratuità);
- iii. considerare la problematica delle diseguaglianze insite nei valori medi di un Paese;
- iv. presentare dati aggiornati e comparabili, disponibili per la maggior parte dei Paesi;
- v. essere utilizzabile, in termini di comunicazione e comprensione, anche per i non addetti ai lavori.

Come riportato in precedenza, l'OMS insieme alla Banca Mondiale forniscono informazioni aggiornate sugli indicatori del target 3.8 degli SDGs relativo all'UHC attraverso il *Global Health Observatory* (26). A tali indicatori viene talvolta aggiunto quello relativo al rischio di impoverimento (indicatore 1.1.1.) legato al target 1.1 degli SDG "Eradicare la povertà estrema per tutte le persone in tutto il mondo". Nel presente documento si è voluto considerare anche l'indice di Gini per considerare le sperequazioni interne ai Paesi, per un totale di 4 indicatori chiave.

3.1 Definizione e fonti degli indicatori

Per ciascun indicatore segue la definizione e la fonte da cui è stato tratto.

- a) **L'UHC SCI** (indicatore 3.8.1 del SDG 3.8) cerca di valutare la dimensione dell'universalità della popolazione coperta e della globalità dei servizi offerti (7, 24).

I dati sono stati estrapolati dal *Global Health Observatory* con informazioni attualmente aggiornate al 2017 per 183 Paesi (33). Infatti, dei 194 Stati Membri dell'OMS questo indicatore manca per 11 Paesi, ciascuno con una popolazione tra 2.000 e 77.000 persone (Andorra, Isole Cook, Dominica, Isole Marshall, Monaco, Nauru, Niue, Palau, Saint Kitts e Nevis, San Marino, Tuvalu). I valori dell'UHC SCI variano tra 25.0 e 88.7.

- b) **L'ICHS** (indicatore 3.8.2 del SDG 3.8) valuta la componente della gratuità del servizio, sebbene con molte limitazioni (7, 24).

Si è deciso, per l'incidenza della spesa sanitaria catastrofica (ICHS), di prendere la soglia del 10%, ossia la percentuale di popolazione che sostiene spese sanitarie a livello familiare che superano il 10% delle spese totali o del reddito della famiglia (senza utilizzare la soglia peggiore del 25%, che rappresenta una percentuale inferiore di popolazione).

I dati sono stati estrapolati dal *Global Health Observatory* (prendendo i dati aggiornati all'ultimo anno disponibile per ciascun Paese) dove l'indicatore è presente per 153 Paesi dei 194 Stati Membri dell'OMS con una variabilità temporale che va dal 1985 al 2018 (34). La percentuale di popolazione con spese catastrofiche varia tra 0,2% e 54,2%.

- c) **L'impovertimento a causa di spese per la salute** (indicatore 1.1.1. del SDG 1.1) valuta da un'altra prospettiva la componente della gratuità del servizio, sempre con svariate limitazioni (7, 24).

Per l'impovertimento a causa di spese per la salute viene presa la soglia di 3,20\$⁸ PPA al giorno, che rappresenta la percentuale di popolazione che viene spinta al di sotto della soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno a causa delle spese sanitarie della famiglia (senza utilizzare la linea della povertà estrema fissata a 1.90\$, che include una percentuale ridotta di popolazione).

I dati sono stati estrapolati dal *Global Health Observatory* (prendendo i dati aggiornati all'ultimo anno disponibile per ciascun Paese) dove l'indicatore è presente per 151 Paesi dei 194 Stati Membri dell'OMS con una variabilità temporale che va dal 1985 al 2018 (35). La percentuale di popolazione impoverita a causa della salute varia tra 0 e 6,18%.

- d) **Coefficiente (o Indice) di Gini** fornisce una misura sintetica del **grado di disuguaglianza** di un Paese ed è definito come la **distribuzione del reddito** (o la spesa per i consumi) tra individui o famiglie all'interno di un'economia che si discosta da una distribuzione perfettamente equa (36).

Si è sentito il bisogno di inserire questo indicatore, oltre ai tre sopra citati che rappresentano dei valori medi del Paese, al fine di cogliere il livello di sperequazioni interne ai singoli Paesi, dove

⁸ Da notare che il valore della soglia di povertà pari a 3,10\$ PPA al giorno utilizzata nel report del 2017 (7) è stata incrementata a 3,20\$ PPA nel report del 2019 (24). I dati riportati nel presente documento utilizzano la nuova stima di 3,20\$ PPA.

sempre più spesso crescono le fortune dei super-ricchi e aumenta la povertà estrema. Come denuncia Oxfam nel suo rapporto annuale (37), 26 ultramiliardari possedevano nel 2018 l'equivalente ricchezza della metà più povera del pianeta. In Italia il 20% più ricco possedeva nel 2018 il 72% dell'intera ricchezza nazionale.

Tecnicamente, l'indice di Gini è misurato dal rapporto tra l'area compresa tra la retta a 45° di equidistribuzione e la curva di Lorenz (A) –che rappresenta la reale distribuzione del reddito per la popolazione per un determinato Paese – e l'intera area sottesa alla retta di equidistribuzione (A+B), pari a 0,5 (figura 12). Di conseguenza, l'indice di *Gini* è anche definito dalla differenza $1-2B^9$, dove *B* misura l'area sottesa alla curva di Lorenz. Impiegando quest'ultima formulazione, si ricava che quando l'ammontare complessivo del carattere è equamente distribuito tra le *n* unità ($B=1/2$) il valore dell'indice è pari a 0; mentre, quando è posseduto da una sola unità ($B=0$), l'indice assume valore pari a 1. In questa trattazione consideriamo l'indice di Gini moltiplicato per 100, quindi un indice pari a 0 rappresenta la perfetta uguaglianza, mentre un indice di 100 implica una perfetta disuguaglianza (38).

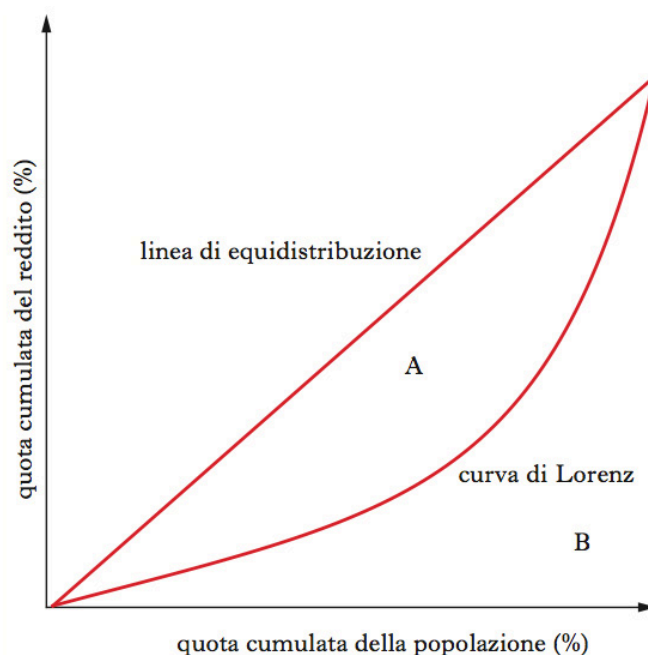


Figura 12. Il calcolo dell'Indice di Gini (38)

⁹ Formula per il calcolo dell'Indice di Gini: $\frac{A}{(A+B)} = \frac{A}{0,5} = 2A = 1 - 2B$

La fonte da cui i dati sono stati estrapolati è la Banca Mondiale per 161 dei 194 Stati Membri dell’OMS. I dati sono aggiornati all’ultimo anno disponibile per ciascun Paese con variazioni tra 59,1 e 24,9 (36).

3.2 Metodi per la presentazione dei dati

In Appendice, per ciascun Paese viene presentato il valore dei quattro indicatori scelti.

Inoltre, per ciascun indicatore viene considerata una **suddivisione in classi utilizzando quella della fonte di riferimento**. Per i valori di UHC SCI, di ICHS e di impoverimento si tratta delle classi calcolate dall’OMS nel 2017 (24), mentre per l’indice di Gini è stata presa come riferimento la suddivisione in classi che la Banca Mondiale ha utilizzato nell’ultima elaborazione del 2018 (36).

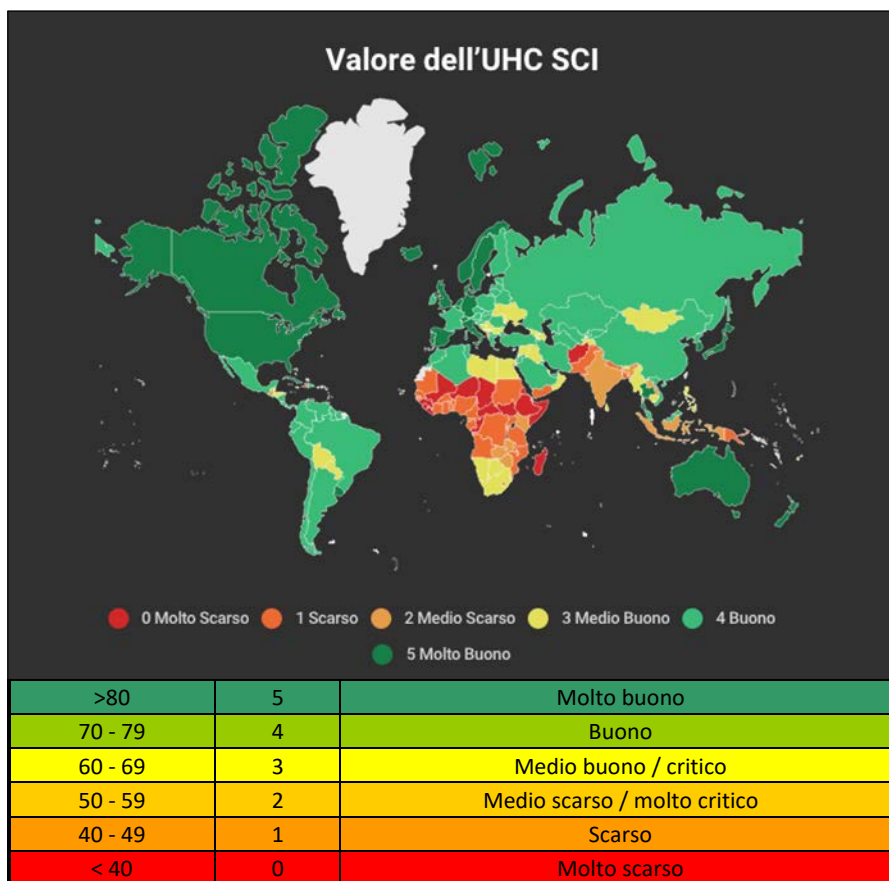


Figura 13. UHC SCI: mappa con divisione in 6 classi

Per tutti e quattro gli indicatori è stato assegnato un **punteggio relativo a ciascuna classe** con 0 per il punteggio più basso e 3 o 4 o 5 (a seconda della scala) per il punteggio più alto ed assegnato un colore

a ciascuna classe (rosso per il peggiore e verde per il migliore; arancione e giallo per gli intermedi) (Figure 13-14-15-17). Ad esempio per l'indicatore UHC SCI, diviso in 6 classi dall'OMS, è stato assegnando alla classe corrispondente a valori inferiori a 40 il punteggio 0, alla classe corrispondente a valori superiori ad 80 il punteggio 5 e punteggi di 1,2,3,4 alle classi intermedie che hanno un range di 10 punti ciascuna (40-49; 50-59; 60-69; 70-79) (Figura 13).

Inoltre, per una maggiore visione d'insieme dei Paesi del mondo, i dati sono stati caricati su una **mappa** per ciascun indicatore con il programma interattivo Infogram¹⁰ (https://infogram.com/mappe-uhc-14_11_2020-color-table-1h9j6qgvjdvpv4g?live).

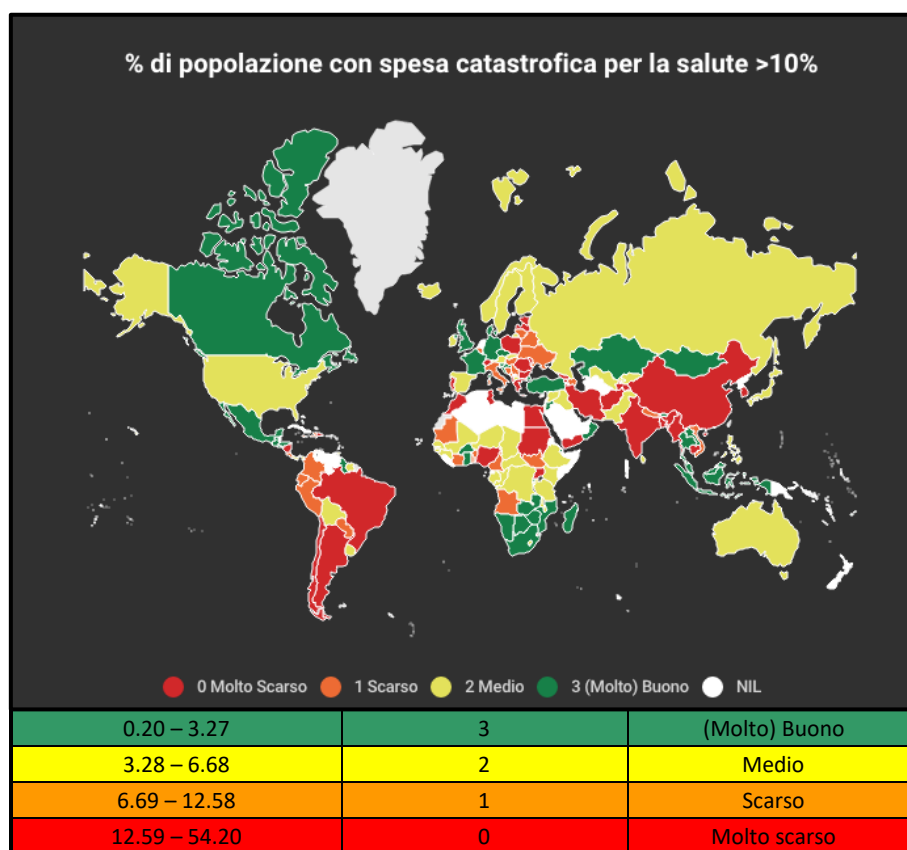


Figura 14. La spesa catastrofica per la salute >10%: mappa con divisione in 4 classi

¹⁰ Si sottolinea che purtroppo questo programma utilizza la proiezione di Mercatore che esagera le dimensioni delle aree lontane dall'equatore, a differenza delle mappe prodotte dall'OMS nei rapporti citati.

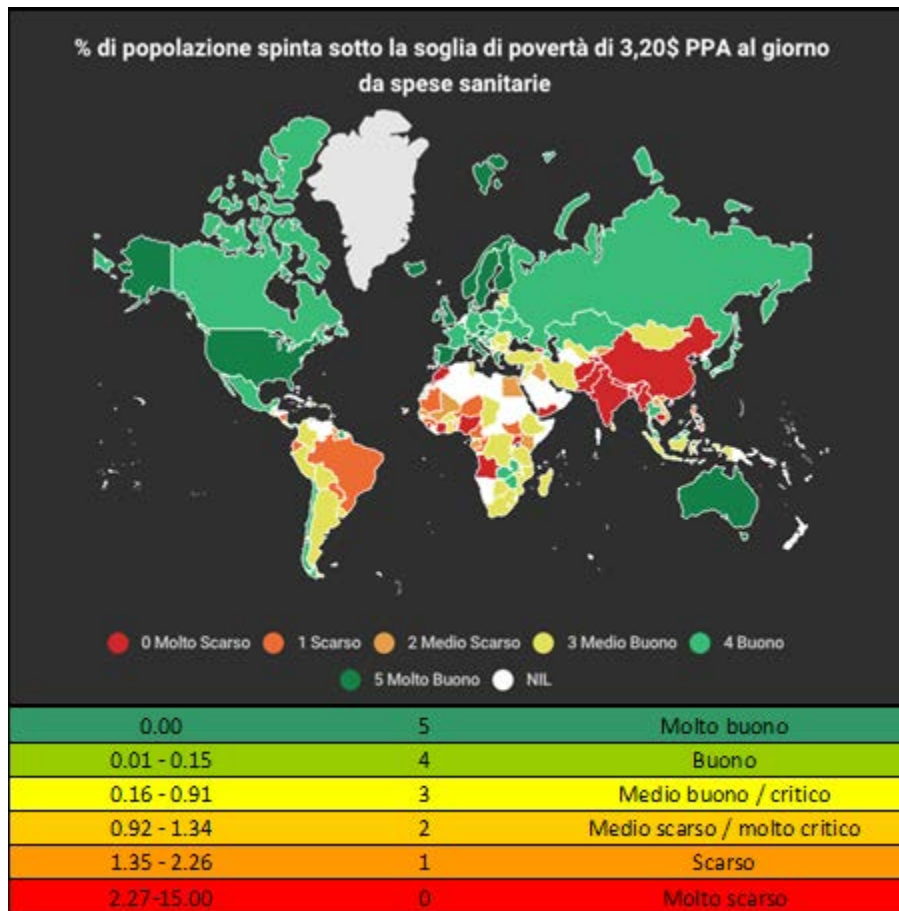


Figura 15. Impoverimento oltre la linea della povertà di 3.20\$ PPA a causa di spese per la salute: mappa con divisione in 6 classi

È stato inoltre calcolato un **indicatore composito**, con la media dei punteggi dei primi 3 indicatori per ciascun Paese, in cui l'UHC SCI ha peso pari al 100% del suo valore, mentre i due indicatori finanziari (spesa sanitaria superiore al 10% e impoverimento sotto la soglia di 3.20\$) valgono il 50% del proprio valore ovvero $[(A+B/2+C/2)/2]$. Considerando i punteggi migliori dei singoli indicatori, il punteggio composito massimo che un Paese può raggiungere è di $[5+3/2+5/2]/2=9/2=4,5$. Si è quindi deciso di utilizzare 5 classi con un incremento di 0,9 per classe ($4,5/5=0,9$), di assegnare un punteggio relativo a ciascuna classe, con 0 per il punteggio più basso e 4 per il punteggio più alto, ed associare ad ogni punteggio un colore (rosso per il peggiore e verde per il migliore; con livelli intermedi che vanno

all'arancione al giallo al verde chiaro) ed un simbolo a tacche (0 tacche per il peggiore e 4 tacche per il migliore) (figura 16)¹¹.

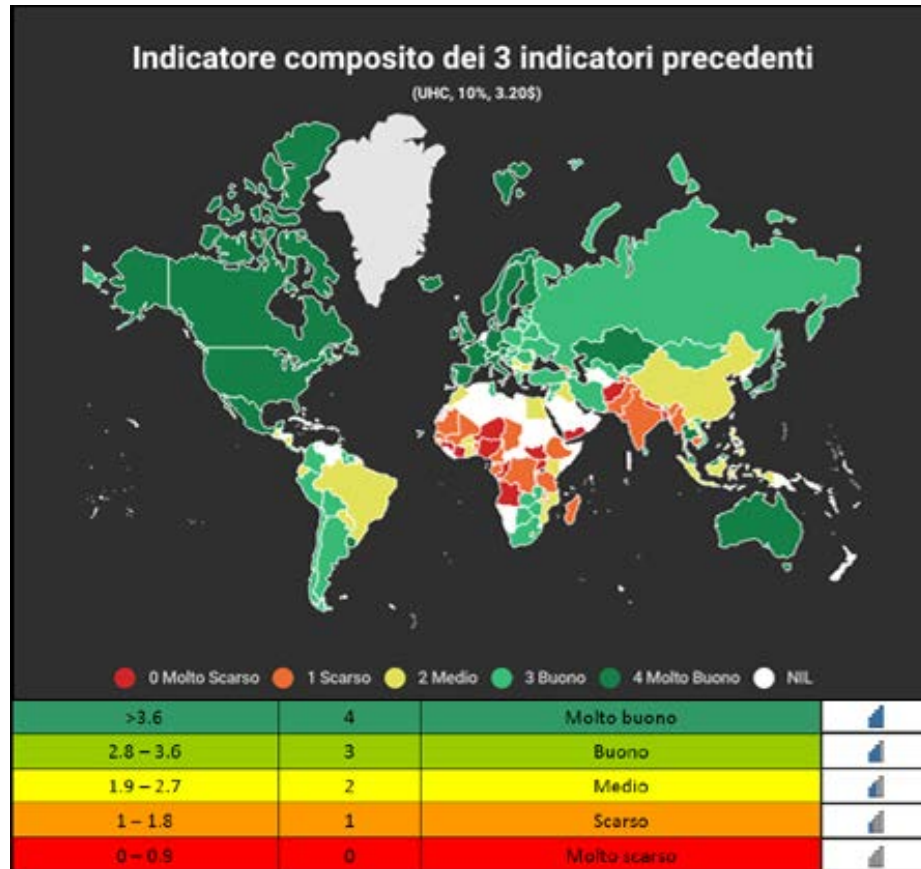


Figura 16. Indicatore composito: mappa con divisione in 5 classi

Rispetto all'indicatore composito, cioè la media dei punteggi dei primi tre indicatori, se un Paese è:

- nei due livelli migliori è in situazione **accettabile (verde scuro e chiaro)**
- nel livello centrale è in situazione di **allarme (giallo)**
- nei due livelli peggiori è in situazione **catastrofica (rosso e arancione)**

¹¹Per fare un esempio pratico del calcolo dell'indicatore composito $[(A+B/2+C/2)/2]$, per l'Italia abbiamo:

(A) = valore dell'Indicatore UHC SCI pari a 82, convertito in punteggio in scala da 0 a 5 = 5;

(B) = valore dell'Indicatore ICHS pari a 9,29%, convertito in punteggio in scala da 0 a 4 = 1;

(C) = valore dell'Indicatore di % di popolazione spinta sotto la soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno da spese sanitarie pari a 0,00% convertito in punteggio in scala da 0 a 5 = 5.

L'Indicatore composito, cioè la media dei punteggi dei 3 indicatori di cui sopra, quindi sarà $(5+1/2+5/2)/2 = (2,5+0,5+5)/2=(8)/2=4$

Per l'Algeria abbiamo invece

(A) = valore dell'Indicatore UHC SCI pari a 78, convertito in punteggio in scala da 0 a 5 = 4;

(B) = valore dell'indicatore di ICHS non disponibile;

(C) = valore dell'indicatore di % di popolazione spinta sotto la soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno da spese sanitarie non disponibile.

L'Indicatore composito, cioè la media dei punteggi dei 3 indicatori di cui sopra, quindi sarà $(0+ND/2+ND/2)/2 = ND$ da cui si evince che la mancanza di uno dei 3 indicatori non permette il calcolo dell'indicatore composito.

L'indice di Gini non è stato sommato per creare un'unica media poiché, misurando la distribuzione della ricchezza relativa e non assoluta, avrebbe potuto falsare i risultati. Ad esempio, esistono Paesi in cui è presente un alto valore di UHC SCI, tuttavia la disuguaglianza risiede nel fatto che l'accessibilità è riservata solamente a pochi. Rientra tra questi Paesi ad esempio gli Stati Uniti d'America, con un livello molto buono, pari a 5, di UHC SCI; un livello critico, pari a 2, di popolazione che spende per la salute oltre il 10% del reddito familiare; un livello molto buono, pari a 5, per quanto riguarda la percentuale di popolazione che viene spinta sotto la soglia di povertà a causa di spese sanitarie; ma un alto valore di indice di Gini (forte disuguaglianza), proprio perché i servizi sono buoni ma non accessibili a tutti e la disuguaglianza è alta.

Nella figura 17, relativa all'Indice di Gini, si nota una grande disparità nella distribuzione del reddito, oltre che negli Stati Uniti d'America, anche in Messico, nei Paesi del Centro America e dell'America Latina e in molti Paesi dell'Africa sub-sahariana e meridionale.

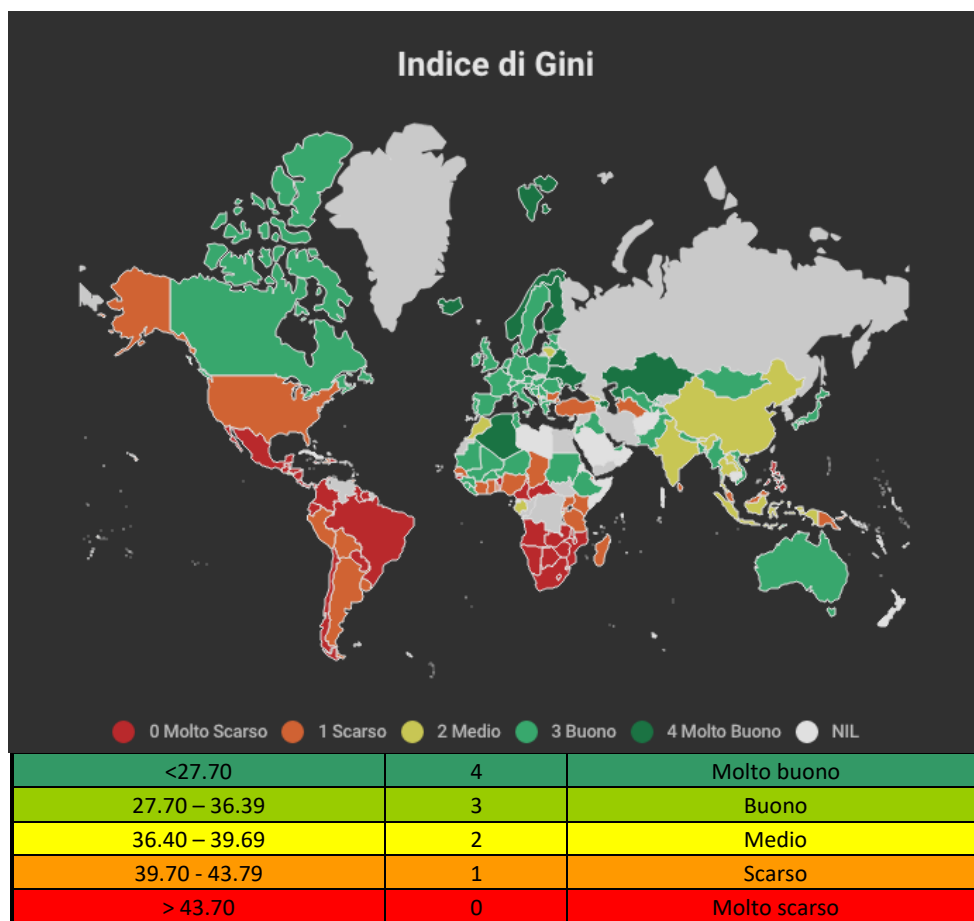


Figura 17. Indice di Gini: mappa con divisione in 5 classi

Vengono quindi presentati per ciascun Paese in Appendice:

- i valori dei singoli indicatori con il punteggio (e relativo colore) assegnato sulla base della classe di appartenenza secondo i criteri descritti;
- il valore dell'indicatore composito, ottenuto dalla media dei punteggi dei primi tre indicatori (UHC SCI, ICHS al 10% e l'impoverimento sotto la soglia di 3.20% \$ PPA) con relativo punteggio, colore e simbolo a tacche;
- il valore dell'indice di Gini e il punteggio assegnato sulla base della classe di appartenenza.

Nella consultazione delle mappe e dei dati in appendice è necessario essere consapevoli delle criticità sottostanti e tenere presente le seguenti considerazioni

- Vi sono **limiti nella interpretazione dei diversi indicatori** che rischiano di portare a comparazioni inesatte: ad esempio, in relazione alla percentuale di popolazione con una spesa catastrofica per la salute >10% l'Italia ha un punteggio di 1 come il Sud Sudan, ma questo si basa su un reddito familiare molto diverso tra i due Paesi.
- La **raccolta di dati può essere molto difficile nel caso di stati fragili**, con il risultato che gli indicatori riportati per la protezione finanziaria possono risultare mancanti o risalgono a molti anni orsono (ad esempio per Gibuti i dati risalgono al 2002).
- In **situazioni di conflitto**, gli indicatori possono peggiorare considerevolmente per un Paese senza che ci sia possibilità di una nuova raccolta dati per una rappresentazione della nuova situazione. Ad esempio, per la Siria, i valori dei due indicatori di protezione finanziaria (ICHS e impoverimento a causa di spese per la salute) sono disponibili fino al 2007, periodo precedente al conflitto, e quindi non riflettono l'attuale situazione del Paese, che si presenta completamente diversa. L'indicatore composito dei tre indicatori risulta quindi poco veritiero in quanto riporta dati non aggiornati. Nel caso di Paesi con conflitti da molti anni, come ad esempio la Somalia, non vi è disponibilità di dati per due indicatori e pertanto è impossibile fare una valutazione dell'indicatore composito.
- Il monitoraggio degli indicatori è periodico e i valori vengono **periodicamente aggiornati** ed è quindi opportuno verificarli nel database dell'OMS utilizzando i link presenti nei titoli della tabella e le fonti primarie (33-34-35-36).

4. Limitazioni e considerazioni

- L'utilizzo dei diversi indicatori è legato alle diverse dimensioni dell'UHC. Per ciascun indicatore vi sono **scelte politiche e metodologiche sottese**, sia a livello internazionale che a livello dei singoli Paesi che rendicontano i dati. In questo documento si è scelto di presentare il monitoraggio dell'OMS che ha seguito la consultazione con gli Stati Membri effettuata nel 2017.
- Per lo stesso indicatore esistono **fonti diverse** che presentano delle differenze nei valori assegnati. Nel presente lavoro si è deciso di utilizzare l'OMS come fonte prioritaria e di utilizzare gli indicatori già selezionati per il monitoraggio dell'UHC.
- Gli indicatori sono dei **valori medi del Paese** e non possono rappresentare le disuguaglianze all'interno del Paese stesso. In aggiunta alle disuguaglianze nella distribuzione del reddito misurate dall'Indice di Gini, possiamo pensare a differenze rilevanti nella disponibilità di servizi tra zone urbane e rurali, oltre a differenze nell'accessibilità dei servizi sanitari sia in termini di raggiungibilità fisica, che di sostenibilità economica.
- Spesso non ci sono **dati disponibili** proprio per le aree di maggiore interesse. La carenza di dati non è omogeneamente distribuita tra i Paesi: Paesi a minor reddito hanno anche difficoltà nella raccolta dei dati.
- L'indicatore composito, creato per facilitare una comparazione immediata tra i Paesi, non può essere calcolato per i Paesi per i quali **mancano uno o più indicatori**.
- I dati degli indicatori **risalgono all'ultimo anno disponibile**, questo significa che mentre per l'UHC SCI i dati si riferiscono tutti al 2017, per i due indicatori finanziari e per l'Indice di Gini i dati sono quelli dell'ultimo anno disponibile per ciascun Paese. Questo comporta:
 - alcuni Paesi hanno dati molto vecchi e la situazione nel Paese potrebbe essere cambiata
 - vi è una grande variabilità temporale tra i Paesi che rende la comparazione molto difficile per questo aspetto;
 - le divisioni in classi dell'OMS e della Banca Mondiale sono variate nel tempo;
 - la soglia della povertà è stata modificata nel tempo (da 3,10\$ PPA a 3,20\$ PPA) creando difficoltà nelle comparazioni temporali
- La **necessità di utilizzare fonti diverse** produce talvolta un disallineamento nelle categorizzazioni dei Paesi per anni diversi. Ad esempio, nella figura 8 e nella tabella 1 si riporta la suddivisione dei

Paesi per reddito utilizzando il database dell'OMS e della Banca Mondiale relativa al 2015. Tuttavia, tale suddivisione non è in linea con quella dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), in cui mancano alcuni Paesi (Bulgaria, Romania, Fed. Russa) ed altri sono inclusi tra i Paesi a basso reddito (Angola, Bangladesh, Cambogia e Zambia) diversamente dalla fonte OMS e Banca Mondiale.

- La **comparazione tra Paesi**, anche con la stessa fonte di dati, non sempre è possibile. Ad esempio, il database di monitoraggio della povertà della Banca Mondiale attinge a dati sul reddito o sui consumi dettagliati da oltre milleseicento indagini sulle famiglie in 164 Paesi a basso e medio reddito in sei regioni e in altri 25 Paesi ad alto reddito (economie industrializzate). Mentre i dati sulla distribuzione del reddito sono pubblicati per tutti i Paesi con dati disponibili, i dati sulla povertà sono pubblicati solo per i Paesi a basso e medio reddito e per i Paesi idonei a ricevere prestiti dalla Banca mondiale (come il Cile) (36).
- Sebbene sia una utile misura sintetica delle disuguaglianze all'interno di un Paese, **l'indice di Gini soffre di diverse limitazioni**. I coefficienti di Gini non sono univoci: è possibile che due diverse curve di Lorenz generino lo stesso coefficiente Gini. In aggiunta è possibile che il coefficiente Gini di un Paese in via di sviluppo aumenti (a causa della crescente disparità di reddito) mentre diminuisce il numero di persone in condizioni di povertà assoluta, questo perché il coefficiente di Gini misura la ricchezza relativa, non assoluta.

Inoltre, poiché le rilevazioni sottostanti sulle famiglie differiscono per metodi e tipi di misure di welfare raccolte, i dati non sono strettamente comparabili tra Paesi o addirittura tra anni all'interno di un Paese. In primo luogo, i sondaggi possono differire sotto molti aspetti, incluso se usano l'indicatore del tenore di vita come reddito o la spesa per consumi, considerando che la distribuzione del reddito è generalmente più diseguale della distribuzione dei consumi. Inoltre, le definizioni di reddito utilizzate differiscono più spesso tra i sondaggi. Il consumo è di solito un indicatore di benessere migliore, in particolare nei Paesi in via di sviluppo. In secondo luogo, le famiglie differiscono per dimensioni (numero di membri) e per entità della ripartizione del reddito tra i membri. E le persone si differenziano per età e bisogni di consumo (36).

5. Istruzioni per l'uso: qualche simulazione

Il documento si propone di fornire dei dati ma anche di stimolare un ragionamento sulla UHC. Si è quindi deciso di fornire delle **simulazioni** che possano dare lo spunto per riflessioni a partire dai dati presentati, ricordando **la necessità della contestualizzazione e adattamento** al caso di interesse.

La scelta dei Paesi su cui fare le simulazioni è stata fatta cercando di coprire differenze in:

- area geografica
- disponibilità di dati (esaustivi, carenti, mancanti)
- differenze socioeconomiche
- fatti storici contingenti e riforme economiche

Box 5. Simulazione Romania

Indicatori:

- UHC SCI = Valore 74; punteggio assegnato 4; score BUONO
- ICHS = Valore 13,42%; punteggio assegnato 0; score MOLTO SCARSO
- Impoverimento per le spese sanitarie = Valore 0,55%; punteggio assegnato 3; score MEDIO BUONO / CRITICO
- Media dei tre indicatori = Valore 2,8; punteggio assegnato 3; score BUONO
- Indice di GINI = Valore 36; punteggio assegnato 3; score BUONO

Punto di vista/finalità:

Indagine su una singola nazione da parte di ricercatori indipendenti che si occupano di demenze.

Estrazione di informazioni dal documento:

Gli score riportati in Appendice per la Romania forniscono - relativamente alla media dei tre indicatori considerati per il monitoraggio del raggiungimento dell'UHC - un valore pari a 3 (2,8 il calcolo preciso), ovvero un livello complessivo "buono". Tale punteggio risulta dalla media tra lo score 4 (**buono**) per quanto riguarda l'indicatore UHC Service Coverage Index, lo score 0 (**molto scarso**) per l'indicatore ICHS, e lo score 3 (**medio buono/critico**) per l'indicatore relativo all'impoverimento per le spese sanitarie.

Nello specifico, i dati ci segnalano che la Romania ha totalizzato un punteggio di 74 nel calcolo dell'indicatore UHC SCI, come calcolato da OMS e Banca Mondiale. La percentuale di popolazione con spese vive per la salute superiori al 10% del reddito familiare ammonta al 13,42%, in base ai

dati raccolti nel 2016. Risulta invece pari a 0,55% la percentuale di popolazione ridotta in povertà (soglia: 3,2\$ PPA al giorno) in seguito a spese sanitarie, secondo quanto calcolato nel 2016.

Inoltre, il documento fornisce come ulteriore parametro utile, l'indice di Gini, che per la Romania è pari a 36.0, in base ai dati raccolti nel 2017 equivalente a uno score **buono** (punteggio 3).

Interpretazione dei dati:

In base ai dati forniti dal documento, si deduce che la situazione della Romania in termini di copertura sanitaria universale è migliorabile. In particolare, l'aspetto più preoccupante riguarda le spese catastrofiche per la salute.

Infatti, se si applicano i dati presentati nella Figura 8 del presente documento, ad esempio, si nota come la Romania potrebbe figurare nella Zona I, presentando un UHC SCI abbastanza alto, ma anche un'elevata proporzione di popolazione che deve far fronte a spese vive per la salute ingenti¹².

Per lo 0,55% della popolazione, tali spese comportano una discesa sotto la soglia di povertà dei 3.2\$ PPA al giorno.

Inoltre, l'indice di Gini ci dà l'immagine di un Paese in cui esistono disuguaglianze in termini di distribuzione del reddito nella popolazione ma non sembrano così spiccate (in termini di confronto, l'indice di Gini per l'Italia nello stesso anno -2017- è risultato pari a 35.9).

Contestualizzazione:

Nell'ambito di un approfondimento su una specifica nazione, può essere utile indagare più nel dettaglio le varie componenti dell'UHC Service Coverage Index presentati nel paragrafo 2.1, che sono disponibili nel rapporto OMS del 2019 (24) e nel Global Observatory data repository (33), direttamente accessibile tramite il link in Appendice. Si nota così, per la Romania, che le diverse dimensioni che compongono l'indice ottengono punteggi piuttosto differenti: le categorie relative a salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile (RMNCH), malattie infettive (infectious) e capacità di offerta dei servizi e loro accessibilità (capacity) ottengono punteggi che indicano una buona copertura dei servizi sanitari, mentre la categoria relativa alle malattie non trasmissibili (NCD) mostra una carenza. Ciò può essere importante qualora l'intento sia quello di valutare la copertura sanitaria in specifici ambiti, ad esempio proprio quella delle patologie cronicodegenerative (nella fattispecie le demenze).

Inoltre, il dato relativo all'impoverimento a causa di spese sanitarie va valutato con attenzione. Infatti, sebbene lo 0,55% possa sembrare una percentuale bassa, considerando una popolazione di quasi 19 milioni e mezzo di abitanti (39), equivale a più di 100.000 persone costrette a vivere sotto la soglia di povertà a causa di spese sanitarie. Questa situazione potrebbe stimolare la necessità di reperire letteratura più specifica che permetta di caratterizzare meglio questa fascia

¹² Nell'applicare i dati alla Figura 8 si fa presente come le mediane dei valori in ascissa e ordinata che vengono utilizzate per identificare le varie zone siano state calcolate sui dati aggiornati al 2015, mentre i dati estrapolati in questa simulazione siano aggiornati al 2016 e 2017: pur essendo questi riferimenti temporali vicini, sarebbe opportuno verificare se negli stessi anni siano intervenuti cambiamenti significativi relativi al sistema sanitario di interesse.

di popolazione; ad esempio, se si dovesse dimostrare che una gran parte delle 100.000 persone potenzialmente interessate dal rischio di impoverimento per cause sanitarie corrisponde ad un determinato gruppo sociale verrebbero messe in luce possibili discriminazioni.

Note ulteriori:

Si fa presente che, per la Romania, è disponibile un Rapporto del 2016 della serie *Health Systems in Transition* (40) ricco di preziose informazioni. Ad esempio, relativamente allo specifico tema della demenza, il Rapporto (pag. 37) informa come i farmaci per la sua cura non prevedano alcuna percentuale di co-payment (cioè di partecipazione alla spesa).

Box 6. Simulazione Senegal

Indicatori:

- UHC SCI = Valore 45; punteggio assegnato 1; score SCARSO
- ICHS= Valore 3,33%; punteggio assegnato 2; score MEDIO
- Impoverimento per le spese sanitarie = Valore 1,13%; punteggio assegnato 2; score MEDIO SCARSO/MOLTO CRITICO
- Media dei tre indicatori = Valore 1,5; punteggio assegnato 1; score SCARSO
- Indice di GINI = Valore 40,3; punteggio assegnato 1; score SCARSO

Punto di vista/finalità:

Indagine comparativa realizzata da un gruppo tecnico del Ministero della Sanità di un altro Paese africano.

Estrazione di informazioni dal documento:

In base a quanto riportato nell'Appendice, il Senegal ottiene una media tra gli indicatori pari a 1,5 che corrisponde a un livello di copertura sanitaria **scarso**. Il Senegal infatti registra uno score pari a 1 (**scarso**) per quanto riguarda l'indicatore UHC Service Coverage Index, uno score di 2 (**medio**) relativamente all'indicatore ICHS, e uno score pari a 2 (**medio scarso/molto critico**) per l'indicatore relativo all'impoverimento per le spese sanitarie.

Nello specifico, i dati ci segnalano che il Senegal ha totalizzato un punteggio di 45 nel calcolo dell'indicatore UHC Service Coverage Index, come calcolato da OMS e Banca Mondiale nel 2017. La percentuale di popolazione con spese vive per la salute superiori al 10% del reddito familiare ammonta al 3,33%, in base ai dati raccolti nel 2011. Risulta invece pari a 1,13% la percentuale di popolazione ridotta in povertà (soglia: 3,2\$ PPA al giorno) in seguito a spese sanitarie, secondo quanto calcolato nel 2011.

Infine, l'indice di Gini per il Senegal è pari a 40,3, in base ai dati raccolti nel 2011.

Interpretazione dei dati:

Il livello di copertura sanitaria in Senegal appare ampiamente migliorabile, in base ai dati forniti dal documento. Infatti, sia il livello di copertura dei servizi sanitari identificati come essenziali (indicati dall'UHC Service Coverage Index), sia l'impoverimento a causa di spese sanitarie evidenziano chiare criticità del sistema.

Dal confronto dei dati che riguardano l'aspetto della protezione finanziaria (spese catastrofiche per la salute e l'impoverimento a causa di spese per la salute) emerge che sebbene la percentuale di popolazione costretta ad affrontare spese vive per la salute superiori al 10% del reddito familiare non sembri particolarmente preoccupante se confrontata con gli altri Paesi considerati nell'Appendice, l'effetto in termini di riduzione in povertà per queste spese è drammatico.

Inoltre, l'indice di Gini ci dà l'immagine di un Paese in cui le disuguaglianze di reddito sono considerevoli.

Contestualizzazione:

Nell'ottica di uno studio comparativo, si può fare riferimento ai database accessibili nel rapporto OMS del 2019 (24) o nel database online (33), direttamente accessibile tramite il link in Appendice, che permettono ad esempio di ottenere i dati aggregati per Regione WHO. Nel caso del Senegal, potrebbe essere interessante confrontare i dati sulla copertura sanitaria rispetto ad altri Paesi della regione OMS Africa.

La media del UHC Service Coverage Index per i Paesi africani è pari a 46. Il Senegal appare quindi leggermente al di sotto della media regionale in quanto a copertura di servizi essenziali. La media regionale della percentuale di popolazione soggetta a spese catastrofiche (superiori al 10% del reddito familiare) nel 2015 era invece pari a 7,26%, ben al di sopra di quella riportata in Senegal. Infine, la media regionale africana della percentuale di popolazione spinta sotto la soglia di povertà per spese sanitarie era 1,51%, situazione leggermente migliore di quella senegalese. Tale confronto ci consegna quindi il quadro di un Paese in linea con le medie dei Paesi circostanti, con carenze nelle dimensioni di *globalità* della copertura sanitaria e di protezione finanziaria.

Il confronto tra i dati relativi alle spese catastrofiche per la salute e all'impoverimento a causa di spese sanitarie permette di fare delle considerazioni aggiuntive. Infatti, se si prendono in considerazione il PIL pro capite del Paese e l'indice di Gini, si nota come le condizioni in cui versa la popolazione del Senegal sia probabilmente già molto vicina alla soglia di povertà. Il PIL pro capite del Senegal nel 2018 era di 3.356\$, simile alla media 2018 per i Paesi subsahariani (3.536\$) ma ben al di sotto, ad esempio, della media dei Paesi dell'Unione Europea, pari a 38.156\$ (41). Il valore dell'indice di Gini, che indica uno stato di disuguaglianza considerevole, ci suggerisce inoltre che l'effettivo reddito della maggior parte delle famiglie possa essere di fatto inferiore alla media fornita dal PIL pro capite. Le spese vive per la salute (out of pocket) possono avere quindi, a parità di incidenza sul reddito familiare, un maggiore potenziale di ridurre in povertà la popolazione, se confrontate invece con Paesi a reddito maggiore.

Box 7. Simulazione Nepal

Indicatori:

- UHC SCI = Valore 48; punteggio assegnato 1; score SCARSO
- ICHS = 10,71%, punteggio assegnato 1; score SCARSO
- Impoverimento per le spese sanitarie = Valore 3,68 %; punteggio assegnato 0; score MOLTO SCARSO
- Media dei tre indicatori = Valore 0,8; punteggio assegnato 0; score MOLTO SCARSO
- Indice di GINI = Valore 32,8; punteggio assegnato 3; score BUONO

Punto di vista/finalità:

Approfondimento da parte di una Organizzazione Non Governativa internazionale impegnata nel settore della salute.

Estrazione di informazioni dal documento:

La media degli indicatori per il monitoraggio dell'UHC per il Nepal corrisponde a 0,8, ovvero un livello **molto scarso**. Lo score relativo all'UHC Service Coverage Index è pari a 1 (**scarso**), così come quello all'ICHS. Il Nepal infine registra uno score pari a 0 (**molto scarso**) per l'indicatore relativo all'impoverimento per le spese sanitarie.

Più nel dettaglio, l'UHC Service Coverage Index, calcolato da WHO e WB con dati del 2017, è pari a 48. La percentuale di popolazione con spese vive per la salute superiori al 10% del reddito familiare ammonta al 10,71%, in base ai dati raccolti nel 2014. La percentuale di popolazione ridotta in povertà (soglia: 3,2\$ PPA al giorno) in seguito a spese sanitarie, secondo quanto calcolato sempre nel 2014, si attesta al 3,68%.

L'indice di Gini per il Nepal, in base ai dati raccolti nel 2010, è pari a 32,8.

Interpretazione dei dati:

In base ai dati raccolti grazie al documento, si evince che la situazione del Nepal in termini di copertura sanitaria universale è problematica.

Sia il livello di copertura dei servizi sanitari identificati come essenziali (indicati dall'UHC Service Coverage Index), sia l'indicatore relativo alle spese catastrofiche per la salute indicano difficoltà nel garantire alla popolazione un accesso adeguato ai servizi sanitari. La percentuale di persone impoverite a causa di spese sanitarie, inoltre, è tra le più alte a livello globale, aggiungendo una nota di urgenza al quadro generale.

Contestualizzazione:

Nell'utilizzare i dati forniti dal documento sullo stato di copertura sanitaria del Paese, nell'ottica di un intervento di cooperazione, è necessaria un'interpretazione critica dei dati raccolti, soprattutto per quanto riguarda la contestualizzazione temporale dei dati.

Infatti, gli indicatori per il monitoraggio dell'UHC si basano su dati raccolti tra il 2014 e il 2015. Da quel momento, il Nepal ha vissuto un periodo di mutamento politico, con la ratifica di una nuova Costituzione che ha definito la struttura federale dello stato e che riconosce il diritto fondamentale all'accesso ai servizi sanitari (42). In questo contesto, il raggiungimento dell'UHC è al centro delle più importanti riforme nell'ambito della salute approvate tra il 2014 e il 2015, e rientra tra gli obiettivi strategici della collaborazione con l'OMS in Nepal per il 2018-2022. Lo Stato si è già mosso in questa direzione con l'approvazione nel 2018 di un programma nazionale di assicurazione obbligatoria che potrebbe a cambiare drasticamente i livelli di copertura sanitaria (43).

Box 8. Simulazione Cile**Indicatori:**

- UHC SCI = Valore 70; punteggio assegnato 4; score BUONO
- ICHS= Valore 14,6%; punteggio assegnato 0; score MOLTO SCARSO
- Impoverimento per le spese sanitarie = Valore 0,06%; punteggio assegnato 4; score BUONO
- Media dei tre indicatori = Valore 3,0; punteggio assegnato 3; score BUONO
- Indice di GINI = Valore 44,4; punteggio assegnato 0 – score MOLTO SCARSO

Punto di vista:

Indagine su un singolo Paese da parte di una Regione italiana impegnata nell'ambito della cooperazione.

Estrazione di informazioni dal documento:

La media degli indicatori per il monitoraggio dell'UHC per il Cile corrisponde a 3,0, che viene considerato indice di un livello di copertura sanitaria **buono**. Lo score relativo all'UHC Service Coverage Index è pari a 4 (**buono**), mentre quello sull'ICHS è pari a 0 (**molto scarso**). Risulta invece pari a 4 (**buono**) per l'indicatore relativo all'impoverimento per le spese sanitarie. Viene considerato **molto scarso** anche lo score relativo all'indice di Gini.

In particolare, l'UHC Service Coverage Index per il Cile, calcolato nel 2017, è pari a 70. Secondo i dati del 2016, la percentuale di popolazione con spese vive per la salute superiori al 10% del reddito familiare ammonta al 14,6%. Sempre in base a dati del 2016, la percentuale di popolazione ridotta

in povertà (soglia: 3,2\$ PPA al giorno) in seguito a spese sanitarie è pari a 0,06%, cioè 6 persone su 10.000.

L'indice di Gini per il Cile, in base ai dati raccolti nel 2017, è pari a 44,4.

Interpretazione dei dati:

I dati forniti dal documento ci permettono di affermare che il Cile è in grado di offrire alla popolazione una copertura sanitaria buona, seppure con diverse criticità.

Se infatti il livello di copertura di servizi essenziali appare essere soddisfacente, risulta invece critico il livello di spese catastrofiche per la salute: la percentuale di popolazione che spende più del 10% del proprio reddito in spese vive per la salute è alta, posizionandosi nella classe "scarso" e quella "molto scarsa". Sebbene molti debbano quindi sostenere spese ingenti per la salute, raramente tali spese sono tali da spingere sotto la soglia di povertà identificata come 3,2\$ PPA al giorno.

Contestualizzazione:

Il dato più preoccupante nella valutazione del livello di copertura sanitaria del Cile riguarda senza dubbio la percentuale di popolazione che deve far fronte a spese vive per la salute superiori al 10% del reddito familiare. In un Paese con un indice di Gini che riflette un altissimo livello di accentramento della ricchezza, tale dato appare ancor più allarmante.

Il sistema sanitario cileno prevede un sistema assicurativo misto pubblico-privato. I due tipi di assicurazione arrivano insieme a coprire la quasi totalità della popolazione e nei primi anni 2000 è stato attivato un programma per equiparare il livello di copertura offerto dalle due assicurazioni (44). Sebbene tale riforma abbia portato sicuramente dei benefici in termini di copertura sanitaria, rimangono delle criticità in termini di disuguaglianze tra chi si può permettere di accedere alle assicurazioni private e la maggioranza della popolazione che gode dell'assicurazione pubblica (45, 46).

Tali dati indicano la necessità di dare priorità a interventi di cooperazione che mirino a ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari del Paese, ponendo quindi maggiore attenzione alle fasce più vulnerabili della popolazione.

Box 9. Simulazione Eritrea

Indicatori:

- UHC SCI = Valore 38; punteggio assegnato 0; score MOLTO SCARSO
- ICHS= non disponibile
- Impoverimento per le spese sanitarie = non disponibile
- Media dei tre indicatori = non calcolabile
- Indice di GINI = non disponibile

Punto di vista:

Team di ricercatori impegnati in un progetto di ricerca su iniziative di cooperazione nell'ambito della salute materno-infantile.

Estrazione di informazioni dal documento:

Gli unici dati disponibili per l'Eritrea sono quelli relativi all'UHC Service Coverage Index, che è pari a 0 (**molto scarso**).

Mancano invece i dati relativi all'ICHS, all'impoverimento per spese sanitarie, il che rende quindi incalcolabile anche la media degli indicatori.

Manca anche l'informazione relativa all'indice di Gini.

Interpretazione dei dati:

I dati forniti dal documento non ci permettono di trarre affidabili conclusioni sul livello di copertura sanitaria effettivamente fornito alla popolazione dell'Eritrea.

L'unica informazione che ci viene fornita dal documento del OMS indica una grave carenza nella capacità di fornire servizi sanitari essenziali alla popolazione.

Contestualizzazione:

In base ai dati presentati nel documento, non è possibile dare un giudizio complessivo sulla situazione dell'Eritrea in merito alla copertura sanitaria universale. Si rende dunque necessario analizzare altre fonti per poter ottenere qualche informazione aggiuntiva, sebbene sia difficile trovare dati disponibili e aggiornati a causa di una carenza strutturale del Paese in questo senso.

Per quanto riguarda invece l'ambito della salute materno-infantile, si ricorda che l'UHC Service Coverage Index contiene già informazioni relative all'ambito della salute materno infantile¹³. Infatti, andandone ad analizzare i dettagli nel report OMS del 2019 (24) e nel relativo database (33), direttamente accessibile tramite il link in Appendice, si nota come l'ambito relativo a salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile (RMNCH) registri un leggero miglioramento tra gli anni 2015 e 2017.

Se si necessitano di dati più specifici, tuttavia, è necessario affidarsi ad altre fonti. Ad esempio, per comprendere meglio l'aspetto della salute materno infantile, dati forniti dal UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, ricostruiscono un trend di mortalità infantile che permette di identificare un andamento in netta diminuzione (47). Allo stesso modo la mortalità materna calcolata dal UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group indica una decrescita della

¹³ Si ricordi infatti che l'indice comprende dati relativi a salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile (RMNCH) in cui rientrano pianificazione familiare (FP), assistenza prenatale con 4+ visite (ANC), vaccinazione infantile (DTP3) e richiesta di assistenza per sospetto di Pneumococco (Pneumonia).

mortalità tra il 2000 e il 2017 (48). Altra fonte può essere tratta da Countdown, citata nel box 1 nel presente lavoro (27-29).

Box 10. Simulazione Italia

Indicatori:

- UHC SCI = Valore 82; punteggio assegnato 5; score MOLTO BUONO
- ICHS= Valore 9,29% punteggio assegnato 1; score SCARSO
- Impoverimento per le spese sanitarie = Valore 0,00%; punteggio assegnato 5; score MOLTO BUONO
- Media dei tre indicatori = Valore 4,0; punteggio assegnato 4; score MOLTO BUONO
- Indice di GINI = Valore 35,9; punteggio assegnato 3 – score BUONO

Punto di vista:

Un dottorando in Sanità Pubblica la cui tesi vuole indagare l'accessibilità e la copertura dei servizi sanitari in un paese ad alto reddito

Estrazione di informazioni dal documento:

In base a quanto riportato in appendice, la media dei 3 indicatori per l'Italia è pari a 4,0 che corrisponde ad un livello MOLTO BUONO di copertura sanitaria. Questo valore è dato dalla media del punteggio di tre indicatori, il punteggio 5 (**molto buono**) dell'indicatore UHC Service Coverage Index, il punteggio 1 (**scarso**) dell'indicatore sull'ICHS e il punteggio 5 (**molto buono**) assegnato all'indicatore sull'impoverimento per le spese sanitarie.

Entrando nel dettaglio, l'UHC Service Coverage Index, calcolato dall'OMS con dati del 2017, è pari a 82. La percentuale di popolazione con spese vive per la salute superiori al 10% del reddito familiare ammonta al 9,29%, in base ai dati raccolti nel 2010. La percentuale di popolazione ridotta in povertà (soglia: 3,2\$ PPA al giorno) in seguito a spese sanitarie, secondo quanto calcolato sempre nel 2010, si attesta allo 0,00%.

Infine, l'indice di Gini per l'Italia è pari a 35,9 in base ai dati raccolti nel 2017.

Interpretazione dei dati:

In base ai dati forniti dal documento, si deduce che il livello di copertura sanitaria universale in Italia è molto buono. Tuttavia, si evidenzia una criticità riguardo alla percentuale di popolazione con spese catastrofiche per la salute.

Infatti, se si applicano i dati raccolti alla Figura 8 e alla Tabella 1 del presente documento¹⁴, si nota come l'Italia figuri nella Zona 1, presentando un UHC SCI abbastanza alto, ma anche un elevato numero di famiglie in cui le spese vive per la salute senza rimborso da parte di terzi superano il 10%, mentre altri paesi della Regione Europa si collocano nella zona IV, che rappresenta l'obiettivo della UHC. Tuttavia, la percentuale di famiglie ridotta sotto la soglia di povertà di 3,2 PPA al giorno a causa di spese sanitarie è pari allo 0,00%.

Il valore dell'indice di Gini ci dà l'immagine di un Paese in cui la distribuzione del reddito nella popolazione è buona, seppur permangono disuguaglianze.

Contestualizzazione:

I dati presentati nel documento mostrano quanto sia difficile raggiungere una copertura universale anche in un Paese a reddito elevato come l'Italia, dove permane una fetta della popolazione che spende molto per la spesa sanitaria.

Volendo confrontare questa situazione con i paesi della regione Europea dell'OMS, visionando l'ultimo rapporto OMS (24) o il database online (33), direttamente accessibile tramite il link in Appendice, si nota che nel 2010 il valore medio percentuale di popolazione con spese catastrofiche per la salute è del 6,6%, inferiore di quasi 3 punti rispetto a quello dell'Italia.

Sarebbero necessario ulteriori dati per approfondire le cause di questa situazione e caratterizzare la popolazione che soffre di spese catastrofiche per la salute.

Volendo approfondire il significato del valore dell'UHC SCI pari a 82, risulta importante indagare nel dettaglio le varie componenti dell'UHC SCI, presentate nel paragrafo 2.1. che sono riportate nel rapporto OMS del 2019 (24). Da qui si evince che le diverse aree ottengono punteggi molto diversi tra di loro: i punteggi peggiori sono relativi all'area delle malattie croniche con un valore di 58 nell'indicatore tracciante la gestione del diabete e di 53 nell'indicatore relativo alle misure di controllo contro il fumo.

Note ulteriori:

Alcuni ulteriori approfondimenti possono essere fatti per l'Italia utilizzando il Rapporto del 2019 della serie *State of Health in the EU* del *European Observatory on Health System and Policies* (49).

¹⁴ Nell'applicare i dati alla Figura 8 si fa presente come le mediane dei valori in ascissa e ordinata che vengono utilizzate per identificare le varie zone siano state calcolate sui dati aggiornati al 2015, mentre i dati estrapolati in questa simulazione siano aggiornati al 2016 e 2017.

6. Natura dinamica e possibile utilizzo del documento

Come accennato, la variabilità temporale dei contesti sanitari internazionali, rende necessaria una periodica revisione delle valutazioni relative al livello di UHC di ogni Paese e non a caso l'OMS periodicamente aggiorna il suo database, che si **raccomanda di consultare per i dati aggiornati** (25-26-33-34-35-36).

In considerazione dei limiti propri degli indicatori, in parte discussi nel paragrafo 4, **si raccomanda di contestualizzare e adattare** al caso specifico di interesse i valori degli indicatori prendendo spunto dalle simulazioni presentate nel paragrafo 5, evitando automatismi che possono fornire erranee informazioni o comparazioni inesatte tra Paesi e aree del mondo.

Si ritiene che il presente documento tecnico **possa essere utilizzato da diverse Istituzioni e Organizzazioni a diversi livelli**. Ad esempio, esso può rappresentare un'utile fonte di informazione a disposizione del Ministero degli Affari Esteri, e delle sue diverse sedi consolari a livello internazionale, così come della Agenzia Italiana di Cooperazione allo Sviluppo, a supporto della programmazione degli interventi che si intende implementare. Inoltre, tale materiale può essere messo a disposizione per personale e organizzazioni sanitarie, e non solo, a livello nazionale, per comprendere la disponibilità e accessibilità, anche finanziaria, dei servizi in un determinato Paese estero, laddove si trovino nelle condizioni di esprimere pareri / valutazioni al riguardo.

L'analisi e lo studio degli indicatori descritti potrebbe anche aiutare a **individuare aspetti delle politiche sanitarie** che maggiormente incidono positivamente o negativamente su di questi e **favorire studi ad hoc** che mettano in luce punti di forza e debolezze di politiche sanitarie adottate a livello nazionale/regionale. Gli argomenti presentati potrebbero anche essere utilizzati come base per una **formazione generale in Salute Globale o specifica sulla Copertura Sanitaria Universale**.

La molteplicità dei possibili utilizzi del documento risiede nel fatto che esso si propone di far conoscere indicatori esistenti nell'ottica di favorire una riflessione e avere una prospettiva sovranazionale e di comparazione dei diversi Paesi del mondo.

Si prevede di realizzare ulteriori contributi quali 'Schede dei sistemi sanitari' che possano racchiudere brevemente le informazioni per tutti i contesti del mondo o di presentare, in futuro, analisi più sofisticate nel tentativo di collaborare alla divulgazione e consapevolezza degli sforzi per il

raggiungimento degli obiettivi racchiusi nella UHC, anche in termini di misurazione dei progressi e identificazione dei punti critici e delle lacune da colmare.



7. Bibliografia

- 1 World Health Organization (Regional Officer for Europe). European Observatory on Health Systems and Policies. Health system reviews (HiTs) [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>
 - 2 World Health Organization (Regional Officer for Europe). European Observatory on Health Systems and Policies - Country Health Profiles [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles>
 - 3 United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable [Internet]. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Available from: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
 - 4 United Nations. Sustainable development goals [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>
 - 5 Independent Group of Scientists appointed by the Secretary-General. Global Sustainable Development Report 2019: The Future is Now – Science for Achieving Sustainable Development [Internet]. Vol. 102, Global Sustainable Development Report. New York; 2019. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24797GSDR_report_2019.pdf
 - 6 Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile. L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile [Internet]. Roma; 2020. Available from: <https://asvis.it/rapporto-asvis-2020/>
 - 7 World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report [Internet]. World Health Organisation. Geneva; 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf;jsessionid=C29E21005A5692511BE2B70BD2D3C941?se c>
 - 8 World Health Organization. Progress towards the SDGs: A selection of data from World Health Statistics 2018 SDG3: Ensure healthy lives and promote well-being for all ages [Internet]. Journal of Multi-Criteria Decision Analysis 2018. Available from:
-

https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/EN_WHS2018_SDGhighlights.pdf?ua=1/

9. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International [Internet]. Alma-Ata; 1978. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
10. WHO Expert Committee on the Selection of Essential Drugs & World Health Organization. The selection of essential drugs: report of a WHO expert committee [Internet]. World Health Organization Technical Report Series 615. Geneva; 1977. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41272>
11. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
12. United Nations. We Can End Poverty- Millennium Development Goals and Beyond 2015 [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.un.org/millenniumgoals/>
13. World Health Assembly. Fifty-Sixth World Health Assembly. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata: twenty-fifth anniversary [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78307>
14. World Health Organization. Rio political declaration on social determinants of health [Internet]. Mundo da Saude Rio De Janeiro, Brazil; 2011. Available from: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1
15. United Nations. 67/81. Global health and foreign policy [Internet]. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012. 2013. Available from: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81
16. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies [Internet]. Vol. 29, The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1
17. World Health Organization. Ten years in Public Health 2007 - 2017 [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2017. Available from:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255355/9789241512442-eng.pdf;jsessionid=84F266B292CD6333D5CCF747F353FE22?sequence=1>

18. World Health Organization. Universal coverage - three dimensions [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: https://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/
 19. World Health Organization. Universal Health Coverage: Supporting Country Needs [Internet]. Vol. 13.1. Available from: https://www.who.int/contracting/UHC_Country_Support.pdf
 20. Justin T, Hatt L, Faye S, Nakhimovsky S. Universal Health Coverage Measurement in a Lower-Middle-Income Context: A Senegalese Case Study [Internet]. 2014. Available from: <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2014/03/UHC-Measurement-in-Senegal-Case-Study.pdf>
 21. World Health Organization, World Bank Group. Report on the ministerial level roundtable on Universal Health Coverage [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO headquarters; 2013. Available from: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_who_worldbank_feb2013_background_document.pdf
 22. World Health Organization; World Bank Group. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: Framework, measures and targets [Internet]. WHO Document Production Services. Geneva, Switzerland; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf
 23. Hogan D R, Stevens G A, Hosseinpoor A R, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. Lancet Glob Heal [Internet]. 2018;6(2):e152–68. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2)
 24. World Health Organization. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report: executive summary [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/
 25. World Health Organization. The Global Health Observatory [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.who.int/data/gho>
-

26. World Health Organization. The Global Health Observatory - Universal Health Coverage [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://apps.who.int/gho/portal/uhc-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=1010501>
 27. Countdown to 2030. Countdown to 2030: Data Sources and Technical Review Process – 2016-2017 [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.countdown2030.org/about/data/technical-review-process>
 28. Countdown to 2030. Tracking progress towards universal coverage for women’s, children’s and adolescents’ health. The 2017 Report [Internet]. 2017. 1–268 p. Available from: <https://www.countdown2030.org/reports-and-publications/countdown-2017-report>
 29. Countdown to 2030. Countdown to 2015: Country Profiles [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.countdown2030.org/2015/country-profiles>
 30. United Nations. Universal Health Coverage: Moving Together to Build a Healthier World [Internet]. 2019 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.un.org/pga/73/event/universal-health-coverage/>
 31. Save the Children. Universal Health Coverage and Accountability INDEX [Internet]. London: The Save the Children Fund 2019; 2019. Available from: https://www.savethechildren.org.uk/content/dam/gb/reports/uhc_index_2019.pdf
 32. Wagstaff A, Neelsen S. A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. Lancet Glob Heal [Internet]. 2020;8:e39–49. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30463-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30463-2)
 33. World Health Organization. Index of service coverage - data by country [Internet]. Global Health Observatory data repository. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEv>
 34. World Health Organization. Catastrophic out-of-pocket health spending (SDG indicator 3.8.2 and regional indicators where available) [Internet]. The Global Health Observatory - Universal Health Coverage. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://apps.who.int/gho/portal/uhc-fp-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=1020201>
-

35. World Health Organization. Impoverishing - Pushed below a poverty line by household expenditures on health (Related to SDG indicator 1.1.1 and regional indicators where available) [Internet]. The Global Health Observatory - Universal Health Coverage. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://apps.who.int/gho/portal/uhc-fp-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=1020202>
36. World Bank Group. GINI index (World Bank estimate) | Data [Internet]. World Bank, Development Research Group. 2019 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>
37. Oxfam. Bene pubblico o Ricchezza Privata? [Internet]. Oxfam. Oxford; 2019. Available from: https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2019/01/Bene-Pubblico-o-Ricchezza-Privata_Executive-Summary_Oxfam-2019.pdf
38. Treccani. Gini, indice di in “Dizionario di Economia e Finanza” [Internet]. Treccani. [cited 2020 May 5]. Available from: http://www.treccani.it/enciclopedia/indice-di-gini_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/
39. World Bank Group. Population, total - Romania Data [Internet]. World Bank Group. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=RO>
40. Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania Health system review [Internet]. Vol. 18, Health Systems in Transition. 2016. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/317240/Hit-Romania.pdf?ua=1
41. World Bank Group. GDP per capita (current US\$) - European Union Data [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=EU>
42. Thapa R, Bam K, Tiwari P, Sinha TK, Dahal S. Implementing federalism in the health system of Nepal: Opportunities and challenges. Int J Heal Policy Manag [Internet]. 2019;8(4):195–8. Available from: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.121>
43. World Health Organization (District Health Systems Unit). Nepal–WHO Country Cooperation Strategy (CCS) 2018–2022 [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272476/9789290226413-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
-

44. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. Achieving effective universal health coverage with equity: Evidence from Chile. *Health Policy Plan* [Internet]. 2014;29(6):717–31. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/29/6/717/573689>
 45. Paraje G, Vásquez F. Health equity in an unequal country: The use of medical services in Chile. *Int J Equity Health* [Internet]. 2012;11(81):1–16. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-81>
 46. Bossert TJ, Leisewitz T. Innovation and change in the chilean health system. *N Engl J Med* [Internet]. 2016;374(1):1–5. Available from: https://www.researchgate.net/publication/289523787_Innovation_and_Change_in_the_Chilean_Health_System
 47. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Child Mortality Estimates- Eritrea [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://childmortality.org/data/Eritrea>
 48. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Maternal Mortality 2000 to 2017- Eritrea [Internet]. Available from: https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/eri.pdf
 49. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 2018. Available from: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/419464/Country-Health-Profile-2019-Italy.pdf
-

APPENDICE. DATI PER PAESE: VALORE E PUNTEGGIO DEGLI INDICATORI

Dati per Paese: valore e punteggio degli indicatori

>>>>> Si raccomanda di consultare il database dell'OMS aggiornato utilizzando i link presenti nei titoli della tabella e le fonti primarie (vedi ref 33-34-35-36) <<<<<<










Indicatore SDG 3.8.1 UHC service coverage index (33)			Indicatore SDG 3.8.2 % di popolazione con spesa catastrofica per la salute >10% (34)				Indicatore SDG 1.1.1 % di popolazione spinta sotto la soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno da spese sanitarie (35)				Indicatore composito Media dei punteggi dei 3 indicatori (UHC SCI + % pop con spesa catastrofica + % pop spinta sotto la soglia della poverta)				Indice di GINI (36)			
Paese	Dato del 2017	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 4 livelli (0 - 3)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Media	Punteggio 5 livelli (0 - 4)	Simbolo	Paese	Ultimo anno disponib	Valore	Punteggio 5 livelli (0 - 4)
Afghanistan	37	0	Afghanistan	2013	14,63	0	Afghanistan	2013	2,75	0	Afghanistan	0,0	0		Afghanistan		NIL	NIL
Albania	59	2	Albania	2012	16,72	0	Albania	2012	1,46	1	Albania	1,3	1		Albania	2017	33,2	3
Algeria	78	4	Algeria		NIL	NIL	Algeria		NIL	NIL	Algeria	NC			Algeria	2011	27,6	4
Angola	40	1	Angola	2008	12,38	1	Angola	2008	2,64	0	Angola	0,8	0		Angola	2018	51,3	0
Antigua and Barbuda	73	4	Antigua and Barbuda		NIL	NIL	Antigua and Barbuda		NIL	NIL	Antigua and Barbuda	NC			Antigua and Barbuda		NIL	NIL
Argentina	76	4	Argentina	2004	16,9	0	Argentina	2004	0,62	3	Argentina	2,8	3		Argentina	2018	41,4	1
Armenia	69	3	Armenia	2013	16,05	0	Armenia	2013	2,38	0	Armenia	1,5	1		Armenia	2018	34,4	3
Australia	87	5	Australia	2010	3,71	2	Australia	2010	0,00	5	Australia	4,3	4		Australia	2014	34,4	3
Austria	79	4	Austria	1999	4,31	2	Austria	1999	0,00	5	Austria	3,8	4		Austria	2017	29,7	3
Azerbaijan	65	3	Azerbaijan	2005	8,12	1	Azerbaijan	2005	0,02	4	Azerbaijan	2,8	3		Azerbaijan	2005	26,6	4
Bahamas	75	4	Bahamas	2013	2,69	3	Bahamas	2013	0,00	5	Bahamas	4,0	4		Bahamas		NIL	NIL
Bahrain	77	4	Bahrain		NIL	NIL	Bahrain		NIL	NIL	Bahrain	NC			Bahrain		NIL	NIL
Bangladesh	48	1	Bangladesh	2016	24,67	0	Bangladesh	2016	6,18	0	Bangladesh	0,5	0		Bangladesh	2016	32,4	3
Barbados	77	4	Barbados	2016	16,37	0	Barbados	2016	0,29	3	Barbados	2,8	3		Barbados		NIL	NIL
Belarus	76	4	Belarus	2016	9,16	1	Belarus	2016	0,01	4	Belarus	3,3	3		Belarus	2018	25,2	4
Belgium	84	5	Belgium	2010	11,45	1	Belgium	2010	0,00	5	Belgium	4,0	4		Belgium	2017	27,4	4
Belize	64	3	Belize		NIL	NIL	Belize		NIL	NIL	Belize	NC			Belize	1999	53,3	0
Benin	40	1	Benin	2011	10,92	1	Benin	2011	0,54	3	Benin	1,5	1		Benin	2015	47,8	0
Bhutan	62	3	Bhutan	2017	1,79	3	Bhutan	2017	0,21	3	Bhutan	3,0	3		Bhutan	2017	37,4	2
Bolivia (Plurinational State of)	68	3	Bolivia (Plurinational State of)	2015	6,02	2	Bolivia (Plurinational State of)	2015	0,62	3	Bolivia (Plurinational State of)	2,8	3		Bolivia (Plurinational State of)	2018	42,2	1
Bosnia and Herzegovina	61	3	Bosnia and Herzegovina	2015	8,18	1	Bosnia and Herzegovina	2015	0,04	4	Bosnia and Herzegovina	2,8	3		Bosnia and Herzegovina	2011	33	3
Botswana	61	3	Botswana	2009	1	3	Botswana	2009	0,26	3	Botswana	3,0	3		Botswana	2015	53,3	0
Brazil	79	4	Brazil	2008	25,56	0	Brazil	2008	1,98	1	Brazil	2,3	2		Brazil	2018	53,9	0
Brunei Darussalam	81	5	Brunei Darussalam		NIL	NIL	Brunei Darussalam		NIL	NIL	Brunei Darussalam	NC			Brunei Darussalam		NIL	NIL
Bulgaria	66	3	Bulgaria	2010	12,84	0	Bulgaria	2010	0,24	3	Bulgaria	2,3	2		Bulgaria	2017	40,4	1
Burkina Faso	40	1	Burkina Faso	2014	3,13	3	Burkina Faso	2014	0,90	3	Burkina Faso	2,0	2		Burkina Faso	2014	35,3	3
Burundi	42	1	Burundi	2013	3,29	2	Burundi	2013	0,37	3	Burundi	1,8	1		Burundi	2013	38,6	2
Cabo Verde	69	3	Cabo Verde	2007	2,05	3	Cabo Verde	2007	0,54	3	Cabo Verde	3,0	3		Cabo Verde	2015	42,4	1

Indicatore SDG 3.8.1 UHC service coverage index (33)			Indicatore SDG 3.8.2 % di popolazione con spesa catastrofica per la salute >10% (34)				Indicatore SDG 1.1.1 % di popolazione spinta sotto la soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno da spese sanitarie (35)				Indicatore composto Media dei punteggi dei 3 indicatori (UHC SCI + % pop con spesa catastrofica + % pop spinta sotto la soglia della poverta)				Indice di GINI (36)			
Paese	Dato del 2017	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 4 livelli (0 - 3)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Media	Punteggio 5 livelli (0 - 4)	Simbolo	Paese	Ultimo anno disponib	Valore	Punteggio 5 livelli (0 - 4)
Cambodia	60	3	Cambodia	2014	15,27	0	Cambodia	2009	6,34	0	Cambodia	1,5	1		Cambodia		NIL	NIL
Cameroon	46	1	Cameroon	2014	10,78	1	Cameroon	2014	1,91	1	Cameroon	1,0	1		Cameroon	2014	46,6	0
Canada	89	5	Canada	2010	2,64	3	Canada	2010	0,02	4	Canada	4,3	4		Canada	2013	33,8	3
Central African Republic	33	0	Central African Republic	2008	6,75	2	Central African Republic	2008	NIL	NIL	Central African Republic	NC			Central African Republic	2008	56,2	0
Chad	28	0	Chad	2003	6,28	2	Chad	2003	0,82	3	Chad	1,3	1		Chad	2011	43,3	1
Chile	70	4	Chile	2016	14,6	0	Chile	2016	0,06	4	Chile	3,0	3		Chile	2017	44,4	0
China	79	4	China	2013	19,72	0	China	2013	3,39	0	China	2,0	2		China	2016	38,5	2
Colombia	76	4	Colombia	2016	8,19	1	Colombia	2016	0,71	3	Colombia	3,0	3		Colombia	2018	50,4	0
Comoros	52	2	Comoros	2014	8,81	1	Comoros	2014	NIL	NIL	Comoros	NC			Comoros	2014	45,3	0
Congo	39	0	Congo	2011	4,58	2	Congo	2011	1,50	1	Congo	0,8	0		Congo	2011	48,9	0
Costa Rica	77	4	Costa Rica	2012	9,84	1	Costa Rica	2012	0,29	3	Costa Rica	3,0	3		Costa Rica	2018	48	0
Côte d'Ivoire	47	1	Côte d'Ivoire	2015	12,43	1	Côte d'Ivoire	2015	2,58	0	Côte d'Ivoire	0,8	0		Cote d'Ivoire	2015	41,5	1
Croatia	71	4	Croatia	2010	2,8	3	Croatia	2010	0,00	5	Croatia	4,0	4		Croatia	2017	30,4	3
Cuba	83	5	Cuba		NIL	NIL	Cuba		NIL	NIL	Cuba	NC			Cuba		NIL	NIL
Cyprus	78	4	Cyprus	2010	16,07	0	Cyprus	2010	0,17	3	Cyprus	2,8	3		Cyprus	2017	31,4	3
Czechia	76	4	Czechia	2010	2,22	3	Czechia	2010	0,00	5	Czechia	4,0	4		Czechia	2017	24,9	4
Democratic People's Republic of Korea	71	4	Democratic People's Republic of Korea		NIL	NIL	Democratic People's Republic of Korea		NIL	NIL	Democratic People's Republic of Korea	NC			Democratic People's Republic of Korea		NIL	NIL
Democratic Republic of the Congo	41	1	Democratic Republic of the Congo	2012	4,82	2	Democratic Republic of the Congo	2012	0,36	3	Democratic Republic of the Congo	1,8	1		Democratic Republic of the Congo	2012	42,1	1
Denmark	81	5	Denmark	2010	2,93	3	Denmark	2010	0,00	5	Denmark	4,5	4		Denmark	2017	28,7	3
Djibouti	47	1	Djibouti	2002	1,14	3	Djibouti	2002	1,00	2	Djibouti	1,8	1		Djibouti	2017	41,6	1
Dominican Republic	74	4	Dominican Republic	2007	17,66	0	Dominican Republic	2007	1,71	1	Dominican Republic	2,3	2		Dominican Republic	2018	43,7	0
Ecuador	77	4	Ecuador	2013	10,31	1	Ecuador	2013	1,59	1	Ecuador	2,5	2		Ecuador	2018	45,4	0
Egypt	68	3	Egypt	2012	26,2	0	Egypt	2012	1,07	2	Egypt	2,0	2		Egypt	2017	31,5	3
El Salvador	76	4	El Salvador	2014	1,69	3	El Salvador	2014	0,09	4	El Salvador	3,8	4		El Salvador	2018	38,6	2
Equatorial Guinea	45	1	Equatorial Guinea		NIL	NIL	Equatorial Guinea		NIL	NIL	Equatorial Guinea	NC			Equatorial Guinea		NIL	NIL
Eritrea	38	0	Eritrea		NIL	NIL	Eritrea		NIL	NIL	Eritrea	NC			Eritrea		NIL	NIL
Estonia	75	4	Estonia	2007	12,76	0	Estonia	2007	0,17	3	Estonia	2,8	3		Estonia	2017	30,4	3
Eswatini	63	3	Eswatini	2009	13,39	0	Eswatini	2009	1,28	2	Eswatini	2,0	2		Eswatini	2016	54,6	0
Ethiopia	39	0	Ethiopia	2015	4,91	2	Ethiopia	2015	0,63	3	Ethiopia	1,3	1		Ethiopia	2015	35	3
Fiji	64	3	Fiji	2008	0,78	3	Fiji	2002	0,92	2	Fiji	2,8	3		Fiji	2013	36,7	2
Finland	78	4	Finland	2010	6,35	2	Finland	2010	0,00	5	Finland	3,8	4		Finland	2017	27,4	4
France	78	4	France	2010	1,42	3	France	2010	0,03	4	France	3,8	4		France	2017	31,6	3
Gabon	49	1	Gabon	2005	5,67	2	Gabon	2005	1,09	2	Gabon	1,5	1		Gabon	2017	38	2
Gambia	44	1	Gambia	2015	0,2	3	Gambia	2003	0,38	3	Gambia	2,0	2		Gambia	2015	35,9	3
Georgia	66	3	Georgia	2013	29,21	0	Georgia	2013	5,72	0	Georgia	1,5	1		Georgia	2018	36,4	2

Indicatore SDG 3.8.1 UHC service coverage index (33)			Indicatore SDG 3.8.2 % di popolazione con spesa catastrofica per la salute >10% (34)				Indicatore SDG 1.1.1 % di popolazione spinta sotto la soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno da spese sanitarie (35)				Indicatore composito Media dei punteggi dei 3 indicatori (UHC SCI + % pop con spesa catastrofica + % pop spinta sotto la soglia della poverta)				Indice di GINI (36)			
Paese	Dato del 2017	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 4 livelli (0 - 3)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Media	Punteggio 5 livelli (0 - 4)	Simbolo	Paese	Ultimo anno disponib	Valore	Punteggio 5 livelli (0 - 4)
Germany	83	5	Germany	2010	1,72	3	Germany	2010	0,01	4	Germany	4,3	4		Germany	2016	31,9	3
Ghana	47	1	Ghana	2012	1,11	3	Ghana	2012	0,38	3	Ghana	2,0	2		Ghana	2016	43,5	1
Greece	75	4	Greece	2016	16,89	0	Greece	2016	0,00	5	Greece	3,3	3		Greece	2017	34,4	3
Grenada	72	4	Grenada		NIL	NIL	Grenada		NIL	NIL	Grenada	NC			Grenada		NIL	NIL
Guatemala	55	2	Guatemala	2014	1,36	3	Guatemala	2014	0,40	3	Guatemala	2,5	2		Guatemala	2014	48,3	0
Guinea	37	0	Guinea	2012	6,97	2	Guinea	2012	1,76	1	Guinea	0,8	0		Guinea	2012	33,7	3
Guinea-Bissau	40	1	Guinea-Bissau	2002	5,49	2	Guinea-Bissau	2002	1,25	2	Guinea-Bissau	1,5	1		Guinea-Bissau	2010	50,7	0
Guyana	72	4	Guyana	1993	2,74	3	Guyana	1993	1,09	2	Guyana	3,3	3		Guyana	1998	44,6	0
Haiti	49	1	Haiti	2013	11,54	1	Haiti	2013	NIL	NIL	Haiti	NC			Haiti	2012	41,1	1
Honduras	65	3	Honduras	2004	1,14	3	Honduras	2004	NIL	NIL	Honduras	NC			Honduras	2018	52,1	0
Hungary	74	4	Hungary	2010	7,38	1	Hungary	2010	0,03	4	Hungary	3,3	3		Hungary	2017	30,6	3
Iceland	84	5	Iceland	1995	6,9	2	Iceland	1995	0,00	5	Iceland	4,3	4		Iceland	2015	26,8	4
India	55	2	India	2011	17,33	0	India	2011	4,44	0	India	1,0	1		India	2011	37,8	2
Indonesia	57	2	Indonesia	2018	2,71	3	Indonesia	2015	0,83	3	Indonesia	2,5	2		Indonesia	2018	39	2
Iran (Islamic Republic of)	72	4	Iran (Islamic Republic of)	2013	15,81	0	Iran (Islamic Republic of)	2013	0,17	3	Iran (Islamic Republic of)	2,8	3		Iran (Islamic Republic of)	2017	40,8	1
Iraq	61	3	Iraq	2012	3,29	2	Iraq	2012	1,22	2	Iraq	2,5	2		Iraq	2012	29,5	3
Ireland	76	4	Ireland	2010	6,4	2	Ireland	2010	0,00	5	Ireland	3,8	4		Ireland	2016	32,8	3
Israel	82	5	Israel	2012	6,72	2	Israel	2012	0,00	5	Israel	4,3	4		Israel	2016	39	2
Italy	82	5	Italy	2010	9,29	1	Italy	2010	0,00	5	Italy	4,0	4		Italy	2017	35,9	3
Jamaica	65	3	Jamaica	2004	10,2	1	Jamaica	2004	1,51	1	Jamaica	2,0	2		Jamaica	2004	45,5	0
Japan	83	5	Japan	2015	4,36	2	Japan	2015	0,13	4	Japan	4,0	4		Japan	2013	32,9	3
Jordan	76	4	Jordan	2008	1,72	3	Jordan	2002	0,28	3	Jordan	3,5	3		Jordan	2010	33,7	3
Kazakhstan	76	4	Kazakhstan	2015	2,56	3	Kazakhstan	2015	0,02	4	Kazakhstan	3,8	4		Kazakhstan	2017	27,5	4
Kenya	55	2	Kenya	2015	5,43	2	Kenya	2015	1,33	2	Kenya	2,0	2		Kenya	2015	40,8	1
Kiribati	41	1	Kiribati		NIL	NIL	Kiribati		NIL	NIL	Kiribati	NC			Kiribati	2006	37	2
Kuwait	76	4	Kuwait		NIL	NIL	Kuwait		NIL	NIL	Kuwait	NC			Kuwait		NIL	NIL
Kyrgyzstan	70	4	Kyrgyzstan	2016	3,47	2	Kyrgyzstan	2016	1,06	2	Kyrgyzstan	3,0	3		Kyrgyzstan	2018	27,7	3
Lao People's Democratic Republic	51	2	Lao People's Democratic Republic	2007	2,98	3	Lao People's Democratic Republic	2007	1,18	2	Lao People's Democratic Republic	2,3	2		Lao People's Democratic Republic	2012	36,4	2
Latvia	71	4	Latvia	2009	15,46	0	Latvia	2009	0,78	3	Latvia	2,8	3		Latvia	2017	35,6	3
Lebanon	73	4	Lebanon	1999	44,85	0	Lebanon	1999	0,03	4	Lebanon	3,0	3		Lebanon	2011	31,8	3
Lesotho	48	1	Lesotho	2010	4,51	2	Lesotho	2010	0,30	3	Lesotho	1,8	1		Lesotho	2017	44,9	0
Liberia	39	0	Liberia		NIL	NIL	Liberia		NIL	NIL	Liberia	NC			Liberia	2016	35,3	3
Libya	64	3	Libya		NIL	NIL	Libya		NIL	NIL	Libya	NC			Libya		NIL	NIL
Lithuania	73	4	Lithuania	2010	9,79	1	Lithuania	2010	0,01	4	Lithuania	3,3	3		Lithuania	2017	37,3	2
Luxembourg	83	5	Luxembourg	2010	3,38	2	Luxembourg	2010	0,00	5	Luxembourg	4,3	4		Luxembourg	2017	34,9	3
Madagascar	28	0	Madagascar	2010	1,64	3	Madagascar	2010	0,18	3	Madagascar	1,5	1		Madagascar	2012	42,6	1
Malawi	46	1	Malawi	2016	4,21	2	Malawi	2016	0,94	2	Malawi	1,5	1		Malawi	2016	44,7	0
Malaysia	73	4	Malaysia	2004	0,74	3	Malaysia	2004	0,09	4	Malaysia	3,8	4		Malaysia	2015	41	1
Maldives	62	3	Maldives	2009	19,86	0	Maldives	2009	3,47	0	Maldives	1,5	1		Maldives	2016	31,3	3

Indicatore SDG 3.8.1 UHC service coverage index (33)			Indicatore SDG 3.8.2 % di popolazione con spesa catastrofica per la salute >10% (34)				Indicatore SDG 1.1.1 % di popolazione spinta sotto la soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno da spese sanitarie (35)				Indicatore composito Media dei punteggi dei 3 indicatori (UHC SCI + % pop con spesa catastrofica + % pop spinta sotto la soglia della poverta)				Indice di GINI (36)			
Paese	Dato del 2017	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 4 livelli (0 - 3)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Media	Punteggio 5 livelli (0 - 4)	Simbolo	Paese	Ultimo anno disponib	Valore	Punteggio 5 livelli (0 - 4)
Mali	38	0	Mali	2016	6,48	2	Mali	2016	1,17	2	Mali	1,0	1		Mali	2009	33	3
Malta	82	5	Malta	2010	15,93	0	Malta	2010	0,00	5	Malta	3,8	4		Malta	2017	29,2	3
Mauritania	41	1	Mauritania	2014	11,66	1	Mauritania	2008	1,99	1	Mauritania	1,0	1		Mauritania	2014	32,6	3
Mauritius	63	3	Mauritius	2012	8,85	1	Mauritius	2012	0,47	3	Mauritius	2,5	2		Mauritius	2017	36,8	2
Mexico	76	4	Mexico	2016	1,55	3	Mexico	2016	0,13	4	Mexico	3,8	4		Mexico	2018	45,4	0
Micronesia (Federated States of)	47	1	Micronesia (Federated States of)		NIL	NIL	Micronesia (Federated States of)		NIL	NIL	Micronesia (Federated States of)	NC			Micronesia (Federated States of)	2013	40,1	1
Mongolia	62	3	Mongolia	2014	2,36	3	Mongolia	2014	0,37	3	Mongolia	3,0	3		Mongolia	2018	32,7	3
Montenegro	68	3	Montenegro	2015	10,27	1	Montenegro	2015	0,41	3	Montenegro	2,5	2		Montenegro	2015	39	2
Morocco	70	4	Morocco	2006	22	0	Morocco	2006	3,18	0	Morocco	2,0	2		Morocco	2013	39,5	2
Mozambique	46	1	Mozambique	2014	1,61	3	Mozambique	2008	0,18	3	Mozambique	2,0	2		Mozambique	2014	54	0
Myanmar	61	3	Myanmar	2015	14,36	0	Myanmar	2015	2,92	0	Myanmar	1,5	1		Myanmar	2017	30,7	3
Namibia	62	3	Namibia	2009	1,22	3	Namibia	2009	NIL	NIL	Namibia				Namibia	2015	59,1	0
Nepal	48	1	Nepal	2014	10,71	1	Nepal	2014	3,68	0	Nepal	0,8	0		Nepal	2010	32,8	3
Netherlands	86	5	Netherlands		NIL	NIL	Netherlands		NIL	NIL	Netherlands				Netherlands	2017	28,5	3
New Zealand	87	5	New Zealand		NIL	NIL	New Zealand		NIL	NIL	New Zealand				New Zealand		NIL	NIL
Nicaragua	73	4	Nicaragua	2014	14,82	0	Nicaragua	2014	1,84	1	Nicaragua	2,3	2		Nicaragua	2014	46,2	0
Niger	37	0	Niger	2011	6,63	2	Niger	2011	1,72	1	Niger	0,8	0		Niger	2014	34,3	3
Nigeria	42	1	Nigeria	2012	15,05	0	Nigeria	2012	3,70	0	Nigeria	0,5	0		Nigeria	2009	43	1
Norway	87	5	Norway	1998	5,09	2	Norway	1998	0,00	5	Norway	4,3	4		Norway	2017	27	4
Oman	69	3	Oman	1999	0,63	3	Oman	1999	NIL	NIL	Oman	NC			Oman		NIL	NIL
Pakistan	45	1	Pakistan	2015	4,47	2	Pakistan	2015	2,97	0	Pakistan	1,0	1		Pakistan	2015	33,5	3
Panama	79	4	Panama	2007	3,28	2	Panama	2007	0,01	4	Panama	3,5	3		Panama	2018	49,2	0
Papua New Guinea	40	1	Papua New Guinea		NIL	NIL	Papua New Guinea		NIL	NIL	Papua New Guinea	NC			Papua New Guinea	2009	41,9	1
Paraguay	69	3	Paraguay	2014	7,1	1	Paraguay	2014	1,64	1	Paraguay	2,0	2		Paraguay	2018	46,2	0
Peru	77	4	Peru	2018	9,21	1	Peru	2018	0,35	3	Peru	3,0	3		Peru	2018	42,8	1
Philippines	61	3	Philippines	2015	6,31	2	Philippines	2015	1,35	1	Philippines	2,3	2		Philippines	2015	44,4	0
Poland	75	4	Poland	2016	14,11	0	Poland	2016	0,04	4	Poland	3,0	3		Poland	2017	29,7	3
Portugal	82	5	Portugal	2010	18,38	0	Portugal	2010	0,00	5	Portugal	3,8	4		Portugal	2017	33,8	3
Qatar	68	3	Qatar		NIL	NIL	Qatar		NIL	NIL	Qatar	NC			Qatar		NIL	NIL
Republic of Korea	86	5	Republic of Korea	2015	21,78	0	Republic of Korea	2015	0,02	4	Republic of Korea	3,5	3		Republic of Korea	2012	31,6	3
Republic of Moldova	69	3	Republic of Moldova	2016	18,68	0	Republic of Moldova	2016	0,44	3	Republic of Moldova	2,3	2		Republic of Moldova	2018	25,7	4
Republic of North Macedonia	72	4	Republic of North Macedonia	2008	5,44	2	Republic of North Macedonia	2008	0,35	3	Republic of North Macedonia	3,3	3		Republic of North Macedonia	2017	34,2	3
Romania	74	4	Romania	2016	13,42	0	Romania	2016	0,55	3	Romania	2,8	3		Romania	2017	36	3
Russian Federation	75	4	Russian Federation	2014	4,87	2	Russian Federation	2014	0,01	4	Russian Federation	3,5	3		Russian Federation	2018	37,5	2
Rwanda	57	2	Rwanda	2016	1,15	3	Rwanda	2016	0,26	3	Rwanda	2,5	2		Rwanda	2016	43,7	0
Saint Lucia	68	3	Saint Lucia		NIL	NIL	Saint Lucia		NIL	NIL	Saint Lucia	NC			Saint Lucia	2016	51,2	0

Indicatore SDG 3.8.1 UHC service coverage index (33)			Indicatore SDG 3.8.2 % di popolazione con spesa catastrofica per la salute >10% (34)				Indicatore SDG 1.1.1 % di popolazione spinta sotto la soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno da spese sanitarie (35)				Indicatore composito Media dei punteggi dei 3 indicatori (UHC SCI + % pop con spesa catastrofica + % pop spinta sotto la soglia della poverta)				Indice di GINI (36)			
Paese	Dato del 2017	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 4 livelli (0 - 3)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Media	Punteggio 5 livelli (0 - 4)	Simbolo	Paese	Ultimo anno disponib	Valore	Punteggio 5 livelli (0 - 4)
Saint Vincent and the Grenadines	71	4	Saint Vincent and the Grenadines		NIL	NIL	Saint Vincent and the Grenadines		NIL	NIL	Saint Vincent and the Grenadines	NC			Saint Vincent and the Grenadines		NIL	NIL
Samoa	58	2	Samoa		NIL	NIL	Samoa		NIL	NIL	Samoa	NC			Samoa	2013	38,7	2
Sao Tome and Principe	55	2	Sao Tome and Principe	2000	10,2	1	Sao Tome and Principe	2000	2,28	0	Sao Tome and Principe	1,3	1		Sao Tome and Principe	2017	56,3	0
Saudi Arabia	74	4	Saudi Arabia		NIL	NIL	Saudi Arabia		NIL	NIL	Saudi Arabia	NC			Saudi Arabia		NIL	NIL
Senegal	45	1	Senegal	2011	3,33	2	Senegal	2011	1,13	2	Senegal	1,5	1		Senegal	2011	40,3	1
Serbia	65	3	Serbia	2015	8,05	1	Serbia	2015	0,26	3	Serbia	2,5	2		Serbia	2017	36,2	3
Seychelles	71	4	Seychelles	2013	3,48	2	Seychelles	2013	NIL	NIL	Seychelles	NC			Seychelles	2013	46,8	0
Sierra Leone	39	0	Sierra Leone	2011	54,2	NIL	Sierra Leone	2011	6,01	0	Sierra Leone	NC			Sierra Leone	2018	35,7	3
Singapore	86	5	Singapore	2012	9,01	1	Singapore		NIL	NIL	Singapore	NC			Singapore		NIL	NIL
Slovakia	77	4	Slovakia	2010	3,77	2	Slovakia	2010	0,02	4	Slovakia	3,5	3		Slovakia	2016	25,2	4
Slovenia	79	4	Slovenia	2012	2,9	3	Slovenia	2012	0,00	5	Slovenia	4,0	4		Slovenia	2017	24,2	4
Solomon Islands	47	1	Solomon Islands		NIL	NIL	Solomon Islands		NIL	NIL	Solomon Islands	NC			Solomon Islands	2013	37,1	2
Somalia	25	0	Somalia		NIL	NIL	Somalia		NIL	NIL	Somalia	NC			Somalia		NIL	NIL
South Africa	69	3	South Africa	2010	1,41	3	South Africa	2010	0,48	3	South Africa	3,0	3		South Africa	2014	63	0
South Sudan	31	0	South Sudan	2009	8,72	1	South Sudan	2009	1,72	1	South Sudan	0,5	0		South Sudan	2009	46,3	0
Spain	83	5	Spain	2010	5,73	2	Spain	2010	0,00	5	Spain	4,3	4		Spain	2017	34,7	3
Sri Lanka	66	3	Sri Lanka	2016	5,42	2	Sri Lanka	2016	0,52	3	Sri Lanka	2,8	3		Sri Lanka	2016	39,8	1
Sudan	44	1	Sudan	2009	18,36	0	Sudan	2009	NIL	NIL	Sudan	NC			Sudan	2014	34,2	3
Suriname	71	4	Suriname	2016	4,87	2	Suriname	2016	0,04	4	Suriname	3,5	3		Suriname	1999	57,6	0
Sweden	86	5	Sweden	1996	5,53	2	Sweden	1996	0,00	5	Sweden	4,3	4		Sweden	2017	28,8	3
Switzerland	83	5	Switzerland	2004	19,7	0	Switzerland	2004	0,00	5	Switzerland	3,8	4		Switzerland	2017	32,7	3
Syrian Arab Republic	60	3	Syrian Arab Republic	2007	6,88	2	Syrian Arab Republic	2007	0,83	3	Syrian Arab Republic	2,8	3		Syrian Arab Republic	2004	35,8	3
Tajikistan	68	3	Tajikistan	2009	17,73	0	Tajikistan	2009	4,94	0	Tajikistan	1,5	1		Tajikistan	2015	34	3
Thailand	80	5	Thailand	2017	2,22	3	Thailand	2017	0,01	4	Thailand	4,3	4		Thailand	2018	36,4	2
Timor-Leste	52	2	Timor-Leste	2014	2,93	3	Timor-Leste	2014	0,62	3	Timor-Leste	2,5	2		Timor-Leste	2014	28,7	3
Togo	43	1	Togo	2006	10,65	1	Togo	2006	1,62	1	Togo	1,0	1		Togo	2015	43,1	1
Tonga	58	2	Tonga		NIL	NIL	Tonga		NIL	NIL	Tonga	NC			Tonga	2015	37,6	2
Trinidad and Tobago	74	4	Trinidad and Tobago	2014	3,88	2	Trinidad and Tobago	2005	0,70	3	Trinidad and Tobago	3,3	3		Trinidad and Tobago	1992	40,3	1
Tunisia	70	4	Tunisia	2015	18,36	0	Tunisia	2015	0,73	3	Tunisia	2,8	3		Tunisia	2015	32,8	3
Turkey	74	4	Turkey	2016	3,19	3	Turkey	2016	0,21	3	Turkey	3,5	3		Turkey	2018	41,9	1
Turkmenistan	70	4	Turkmenistan		NIL	NIL	Turkmenistan		NIL	NIL	Turkmenistan	NC			Turkmenistan	1998	40,8	1
Uganda	45	1	Uganda	2016	15,27	0	Uganda	2016	2,72	0	Uganda	0,5	0		Uganda	2016	42,8	1
Ukraine	68	3	Ukraine	2014	7,76	1	Ukraine	2014	0,07	4	Ukraine	2,8	3		Ukraine	2018	26,1	4
United Arab Emirates	76	4	United Arab Emirates		NIL	NIL	United Arab Emirates		NIL	NIL	United Arab Emirates	NC			United Arab Emirates	2014	32,5	3

Indicatore SDG 3.8.1 UHC service coverage index (33)			Indicatore SDG 3.8.2 % di popolazione con spesa catastrofica per la salute >10% (34)				Indicatore SDG 1.1.1 % di popolazione spinta sotto la soglia di povertà di 3,20\$ PPA al giorno da spese sanitarie (35)				Indicatore composito Media dei punteggi dei 3 indicatori (UHC SCI + % pop con spesa catastrofica + % pop spinta sotto la soglia della poverta)				Indice di GINI (36)			
Paese	Dato del 2017	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 4 livelli (0 - 3)	Paese	Ultimo anno disponib	%	Punteggio 6 livelli (0 - 5)	Paese	Media	Punteggio 5 livelli (0 - 4)	Simbolo	Paese	Ultimo anno disponib	Valore	Punteggio 5 livelli (0 - 4)
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	87	5	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	2013	1,64	3	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	2013	0,00	5	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	4,5	4		United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	2016	34,8	3
United Republic of Tanzania	43	1	United Republic of Tanzania	2011	3,79	2	United Republic of Tanzania	2011	0,79	3	United Republic of Tanzania	1,8	1		United Republic of Tanzania	2017	40,5	1
United States of America	84	5	United States of America	2013	4,77	2	United States of America	2013	0,00	5	United States of America	4,3	4		United States of America	2016	41,4	1
Uruguay	80	5	Uruguay	2005	4,54	2	Uruguay	2005	0,22	3	Uruguay	3,8	4		Uruguay	2018	39,7	1
Uzbekistan	73	4	Uzbekistan	2003	6,66	2	Uzbekistan	2003	0,90	3	Uzbekistan	3,3	3		Uzbekistan	2003	35,3	3
Vanuatu	48	1	Vanuatu		NIL	NIL	Vanuatu		NIL	NIL	Vanuatu	NC			Vanuatu	2010	37,6	2
Venezuela (Bolivarian Republic of)	74	4	Venezuela (Bolivarian Republic of)		NIL	NIL	Venezuela (Bolivarian Republic of)		NIL	NIL	Venezuela (Bolivarian Republic of)	NC			Venezuela (Bolivarian Republic of)	2006	46,9	0
Viet Nam	75	4	Viet Nam	2016	9,39	1	Viet Nam	2016	1,04	2	Viet Nam	2,8	3		Viet Nam	2018	35,7	3
Yemen	42	1	Yemen	2014	15,83	0	Yemen	2014	4,08	0	Yemen	0,5	0		Yemen	2014	36,7	2
Zambia	53	2	Zambia	2010	0,29	3	Zambia	2010	0,12	4	Zambia	2,8	3		Zambia	2015	57,1	0
Zimbabwe	54	2	Zimbabwe	2007	2,09	3	Zimbabwe	2007	0,02	4	Zimbabwe	2,8	3		Zimbabwe	2017	44,3	0