

PROGRAMMI DI ASSICURAZIONE SANITARIA COMUNITARIA: ANALISI DI FATTIBILITA' PER UN CASO STUDIO IN UGANDA

M. Nannini^a; M. Biggeri^b; G. Putoto^c; G. Maciocco^d

^a Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia,
maria.nannini@tiscali.it

^b Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia,
mario.biggeri@unifi.it

^c Medici con l'Africa CUAMM, Padova, Italia, g.putoto@cuamm.org

^d Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, Firenze,
Italia, gavino.maciocco@unifi.it

Sommario

Un'adeguata protezione finanziaria in caso di malattia risulta indispensabile al fine di prevenire gravi effetti di impoverimento legati alle spese sanitarie. Forme di assicurazione sanitaria a livello comunitario costituiscono uno strumento innovativo per fornire protezione finanziaria alle popolazioni povere rurali. Un'analisi di fattibilità per uno schema di micro-assicurazione è stata condotta nel distretto rurale di Oyam, Uganda, con l'obiettivo di verificare l'esistenza di alcune importanti precondizioni. La ricerca ha adottato un approccio di metodi misti e l'analisi dei dati ha permesso di validare tutte le condizioni di fattibilità, indicando lo schema quale valido sistema per migliorare significativamente l'accesso ai servizi sanitari.

Abstract

Financial protection in cases of illness is indispensable in preventing catastrophic health expenditures. In low- and middle-income countries, Community-based Health Insurance (CHI) constitutes an innovative tool for providing universal financial protection for rural populations. A feasibility study on CHI was carried out in the Oyam district, Uganda, in order to determine whether the necessary conditions exist for the establishment of a successful scheme. The research adopted a mixed-methods approach and the evidence from the data analysis validated all the feasibility conditions. Overall, this system has the potential to improve access to health care of the local population.

KEYWORDS: Uganda, Community Health Insurance, Analisi di fattibilità, Metodi misti.

Introduzione

Molte famiglie dei paesi a medio e basso reddito non dispongono di una protezione finanziaria adeguata in caso di malattia, di incidente o di morte (ILO, 2005) e sono così costrette ad affrontare pagamenti *out-of-pocket* che creano impoverimento e deprivazione (Adebayo, 2015). Nonostante i governi siano tenuti a svolgere un ruolo guida in questo senso, solo una piccola parte delle entrate pubbliche in tali paesi è di fatto destinata all'erogazione di servizi sanitari. Al contrario, i pagamenti diretti da parte dei pazienti sono predominanti e gravosi. Un'inadeguata protezione finanziaria danneggia in primis le famiglie più povere, costrette ad affrontare l'imprevedibilità delle spese mediche (Magezi, 2002).

Negli ultimi anni in Asia e in Africa Sub-sahariana si è registrata una relativa diffusione di assicurazioni sanitarie a livello comunitario (*Community based Health Insurance- CHI*). Questo modello è stato infatti indicato quale valida innovazione per fornire un'adeguata protezione finanziaria e, dunque, migliorare l'accesso alle cure da parte delle popolazioni povere residenti in zone rurali. Lo schema si basa sulla mobilitazione di contributi finanziari da parte dei membri della comunità attraverso un sistema di prepagamento. Sebbene tale soluzione possa contribuire in modo significativo al raggiungimento di una copertura sanitaria universale, diversi studi hanno analizzato limiti e difficoltà operative che spesso ostacolano il raggiungimento del suo pieno potenziale. L'interazione tra questo tipo di intervento e il contesto empirico può spesso spiegare i risultati divergenti riportati dalle varie esperienze di micro assicurazione (Criel, 2004). In particolare, un'analisi approfondita di De Allegri (2009) evidenzia 5 categorie di ostacoli che impediscono una efficiente implementazione di CHI in contesti Sub-sahariani: a) assenza di un quadro legislativo adeguato, spesso dovuta ad una politica nazionale frammentata in termini di finanziamento dei sistemi sanitari; b) scarsa capacità manageriale dei fondi che non riesce a garantire un appropriato livello di protezione finanziaria; c) insufficienti misure di controllo per evitare casi di selezione avversa e azzardo morale; d) costi di gestione sproporzionati in confronto alla raccolta complessiva dei contributi finanziari; e) bassi tassi di iscrizione allo schema di assicurazione volontaria, che si traducono in una limitata mobilitazione di risorse e *risk-pooling*.

Secondo studi recenti (Mladovsky, 2015, Mladovsky, 2014, Shigute, 2017), inoltre, una buona copertura assicurativa può dipendere anche dal livello di capitale sociale della popolazione, espresso in termini di forme di solidarietà esistenti tra i membri della comunità e grado di fiducia verso chi propone questo tipo di sistema. Infine, le lunghe distanze da percorrere e le difficili soluzioni di trasporto per raggiungere i centri sanitari rivestono spesso un ruolo cruciale nel determinare l'aderenza a CHI (Basaza, 2008; Abihiro, 2014; Bennett, 2001).

Benché numerosi studi abbiano valutato ex post l’impatto di diversi tipi di intervento sul livello di accessibilità alle cure, analisi di fattibilità volte ad identificare condizioni specifiche per l’implementazione di uno schema di CHI nel contesto locale risultano ancora scarse (Zeng, 2017; Dong, 2004). In particolare, alcuni studi hanno concentrato l’attenzione esclusivamente su aspetti di fattibilità finanziaria (Eckhardt M, 2011; Mathauer I, 2007), mentre un approccio di analisi olistico permetterebbe di dare importanti indicazioni di policy.

A tale scopo, questa analisi intende fornire una comprensiva valutazione di fattibilità per uno schema di CHI nel distretto rurale di Oyam, Uganda. La ricerca esamina sistematicamente i comportamenti e le preferenze della comunità locale rispetto all’accesso ai servizi sanitari e ad una potenziale assicurazione sanitaria. L’analisi del contesto locale è dunque volta a testare l’introduzione di un valido modello comunitario di assicurazione. Sono state considerate 6 specifiche precondizioni proposte in un importante manuale di riferimento (ILO, 2005); tali criteri di fattibilità riguardano caratteristiche e preferenze a livello comunitario, oltre a standard di qualità delle cure offerte.

- 1) La comunità locale dovrebbe percepire la possibilità di avere **protezione finanziaria** in caso di malattia e maternità quale priorità associata al rischio di impoverimento della famiglia per spese sanitarie. Dunque, oltre a costituire un reale bisogno, la protezione finanziaria dovrebbe rappresentare una reale preoccupazione avvertita dalla popolazione.
- 2) I servizi sanitari coperti dall’assicurazione dovrebbero soddisfare standard di **qualità** accettabili per la comunità. Di conseguenza, le famiglie dovrebbero avere una buona considerazione delle prestazioni offerte dai centri sanitari e del grado di accessibilità in termini di trasporto e distanza.
- 3) La terza precondizione richiede che vi sia un buon livello di **fiducia** da parte della popolazione verso i promotori dello schema e le persone coinvolte nella sua gestione. Infatti, un’adeguata affidabilità delle autorità locali a capo dell’assicurazione rappresenta un attributo fondamentale per la sua buona riuscita.
- 4) Al fine di facilitare la comprensione dei principi di *risk-sharing* e, dunque, l’accettazione dello schema, è rilevante il livello di **capitale sociale** esistente tra i membri della comunità; ad esempio, tradizioni di mutuo aiuto dovrebbero risultare consolidate all’interno della popolazione locale.
- 5) La presenza di un generale trend di **sviluppo socio-economico** costituisce la quinta precondizione; la maggior parte delle famiglie, infatti, dovrebbe essere in grado di pagare i contributi finanziari richiesti in termini di premio assicurativo. Dato che l’agricoltura di sussistenza rappresenta la principale attività socio-economica della popolazione, modalità e tempistiche di

finanziamento dovrebbero tenere conto delle fluttuazioni stagionali dei redditi. L'appropriatezza di tali soluzioni di pagamento riveste un ruolo chiave per la partecipazione allo schema di molte famiglie.

6) Infine, il numero di potenziali **partecipanti** dovrebbe essere sufficientemente alto già dal primo anno, in modo da garantire la validità di principi di *risk-sharing* e *resource-pooling*.

Contesto

Lo studio è stato svolto nel distretto rurale di Oyam, in Uganda. Quest'area conta una popolazione di circa 408.000 abitanti. Il recente passato di guerra civile ha influenzato negativamente il profilo sanitario e lo sviluppo economico della comunità locale: l'85% degli abitanti vivono in povertà in confronto ad una media nazionale del 24.5% (UBOS, 2014); l'agricoltura di sussistenza rappresenta la principale attività socio-economica della popolazione; inoltre, la maggioranza degli indicatori di salute risultano più bassi della media nazionale.

Il sistema sanitario regionale è caratterizzato da una pluralità di attori coinvolti nell'erogazione dei servizi: il governo possiede circa il 60% dei centri sanitari, il settore *private not for profit* conta per circa il 30% delle strutture, mentre il resto è legato al settore *private for profit* (Basaza, 2008). Mentre la spesa sanitaria pubblica rappresenta solamente il 17% della spesa totale, la cooperazione allo sviluppo e il settore privato contano rispettivamente per il 41 e 42% dei finanziamenti. Forme di assicurazioni private e sociali sono ancora poco sviluppate nel paese e riguardano principalmente settori formali e urbani (MoH Uganda, 2016).

Dato il sostegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) verso forme innovative di finanziamento della spesa sanitaria volte a garantire una copertura sanitaria universale, in Uganda l'*Annual Health Sector Performance Report* ha incluso tra le raccomandazioni chiave quella di ridurre le spese sanitarie *out-of-pocket* attraverso l'introduzione di sistemi assicurativi di prepagamento (MoH Uganda, 2012). Esistono, difatti, già alcuni casi di micro assicurazione sanitaria nel paese. Riguardo il caso studio trattato in questa analisi, la ONG "Medici con l'Africa Cuamm", che porta avanti progetti di sviluppo sanitario nel distretto di Oyam, ha pianificato di implementare uno schema di CHI in collaborazione sia con il sistema pubblico sia con le strutture *private not for profit*.

Metodi

Lo studio ha adottato un approccio di metodi misti, con l'utilizzo di strumenti di ricerca qualitativi e quantitativi. Questi sono stati condotti in sequenza e integrati, e hanno riguardato un'indagine su 180 famiglie, interviste individuali a 40 stakeholders e 8 focus group collettivi (Tabella 1). Il lavoro sul campo è stato svolto durante i mesi di ottobre-dicembre 2016. A tutti i partecipanti, dopo essere stato spiegato l'obiettivo dello studio, è stato richiesto un consenso scritto informato. Tutte le interviste si sono svolte in luoghi isolati.

Tabella 1- Metodi di indagine.

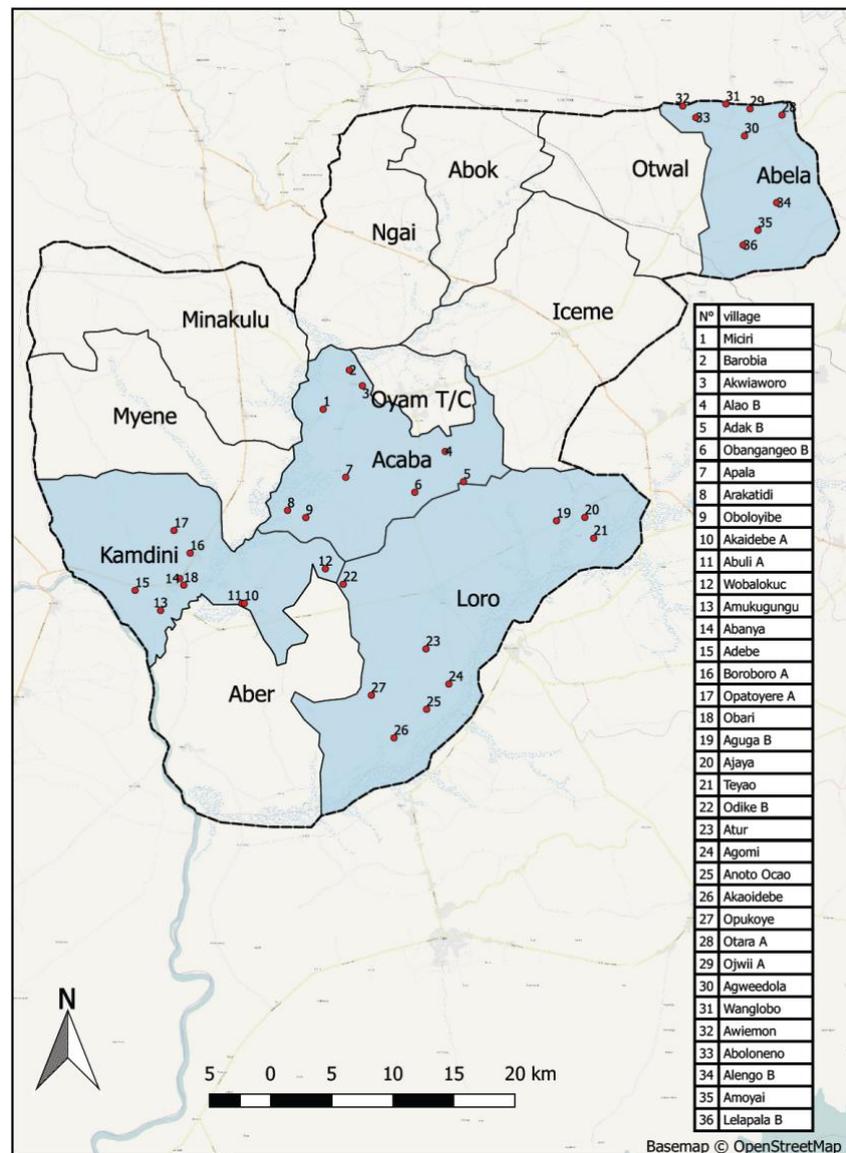
METODO	TARGET	QUANTITA'
Indagine sulle Famiglie	Membri della comunità	180 questionari
Focus group strutturati	Leader a livello locale	4 discussioni
	Gruppi di solidarietà	4 discussioni
Interviste individuali	Autorità della sub county	14 interviste
	Rappresentanti dei centri sanitari	2 interviste
	Leader dei gruppi	24 interviste

(Biggeri et al., 2018)

I dati sono stati raccolti in un'area pilota dl distretto, costituita da 4 sub counties (su un totale di 12): Acaba e Aleka nella parte nord del distretto e Kamdini e Loro nella parte sud. Questi territori, che contano complessivamente circa 171.000 abitanti, sono stati scelti intenzionalmente al fine di rappresentare il contesto socio-economico e geografico dell'intero distretto.

Il team di ricerca ha condotto l'indagine sulle famiglie applicando un campionamento randomizzato su 3 livelli. All'interno di ogni sub county, sono stati scelti casualmente 3 sotto-unità territoriali (parishes) e, all'interno di ognuna di queste sono stati selezionati 3 villaggi. Infine, in ogni villaggio, 5 famiglie sono state intervistate (Figura 1). La numerosità totale del campione, composto da 180 famiglie, è stata precedentemente determinata mediante una specifica *power analysis*.

Figura 1- Campionamento randomizzato dell'indagine.



(Biggeri et al., 2018)

Tutte le famiglie coinvolte sono state intervistate tramite questionario. Questo ha permesso di investigare le principali tematiche rilevanti, a livello comunitario, per valutare la fattibilità dello schema: le caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione, le principali statistiche di morbilità, i comportamenti adottati in caso di malattia e maternità, i metodi di finanziamento per coprire le spese sanitarie, il livello di abilità e disponibilità a partecipare ad una assicurazione sanitaria e la presenza di gruppi di mutuo soccorso già esistenti sul territorio.

Inoltre, 40 interviste individuali e 8 focus group collettivi sono stati svolti nell'area pilota. Le interviste individuali hanno coinvolto le principali autorità tecniche e politiche del distretto, i dirigenti delle strutture sanitarie e i leader dei gruppi di solidarietà già esistenti. La discussione ha

voluto indagare le specifiche opinioni degli intervistati riguardo l'intervento e il loro potenziale ruolo durante il suo funzionamento. Al fine di garantire un certo grado di uniformità delle interviste, queste sono state basate su una lista di domande semi-aperte, riguardanti 5 aspetti principali: il pacchetto di servizi da includere nello schema assicurativo, gli attori più appropriati per gestire l'assicurazione, il ruolo rivestito dalle autorità locali durante le fasi di preparazione e implementazione, e possibili raccomandazioni e rischi legati a tale modello comunitario. Inoltre, durante le interviste con i leader dei gruppi già esistenti, sono state raccolte informazioni importanti riguardo il loro funzionamento e l'organizzazione interna.

Infine, i partecipanti ai focus group collettivi sono stati selezionati tra i principali rappresentanti della comunità, bilanciando la composizione in termini di età, genere e occupazione. Ad ogni gruppo, formato da 12 persone, hanno preso parte le seguenti categorie: leader religiosi e politici, *Village Health Workers*, leader dei clan e dei villaggi, rappresentanti di gruppi di donne, insegnanti e poliziotti. La discussione è stata impostata attorno a 2 principali tematiche. In primo luogo si è voluto indagare quelli che sono gli ostacoli all'accesso ai servizi sanitari che la popolazione avverte maggiormente; sono stati trattate in modo approfondito problematiche legate alla distanza, ai costi eccessivi e alla scarsa qualità delle cure. Durante la seconda parte degli incontri è stato implementato uno specifico strumento di analisi denominato *Opportunity Gap Score matrix* (Biggeri & Ferranini, 2014). Al fine di valutare le *capabilities* della popolazione in termini di accesso ai servizi, ai partecipanti è stato richiesto di classificare su una matrice (visualizzata sul pavimento) le varie opportunità di accesso fruite da diversi membri della comunità (Tabella 2).

Tabella 2- Opportunity Gap Score Matrix.

	Uomo adulto	Donna adulta	Donna in gravidanza	Persona con disabilità	Persona HIV positiva	Persona giovane	Orfano	Persona anziana
Opportunità di trovare personale sanitario qualificato								
Opportunità di trovare farmaci								
Opportunità di ricevere educazione sanitaria								
Opportunità di trovare trasporto di emergenza								
Opportunità di sentirsi a proprio agio senza stigma sociale								

Risultati

Tramite l'analisi dei dati raccolti con i diversi metodi di indagine, è stato possibile testare le 6 precondizioni necessarie per programmare un valido schema di micro assicurazione sanitaria.

1) La popolazione percepisce la protezione finanziaria in caso di malattia e maternità come una priorità associata al rischio di impoverimento.

I risultati dei questionari rivolti alle famiglie e delle interviste, sia individuali sia collettive, concordano nell'indicare che la salute, insieme all'educazione e al cibo, rappresenta una delle principali preoccupazioni avvertite dai membri della comunità. In particolare, l'81% delle famiglie ha riportato la salute e l'accesso alle cure tra i 3 principali bisogni. Nel 57% dei casi di malattia e maternità, le persone hanno dovuto vendere prodotti agricoli o altri beni, inclusa la terra, per coprire le spese sanitarie. Le famiglie sono dunque consapevolmente preoccupate per gli effetti di impoverimento legati all'accesso ai servizi.

2) I servizi sanitari presenti soddisfano standard di qualità accettabili per la comunità.

E' stato osservato che la qualità percepita, insieme alla distanza, è tra i principali criteri che guida la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi in caso di bisogno. Le famiglie mostrano in generale una buona considerazione delle prestazioni offerte dai centri sanitari; tuttavia, il grado di accessibilità in termini di trasporto e distanza non sembra essere sufficiente. Durante i focus group, in particolare, il punteggio riservato all'opportunità di raggiungere facilmente i servizi è risultato

sempre relativamente basso in confronto alle altre dimensioni di accesso, mentre il punteggio riservato alla qualità delle cure è rimasto alto. In media, le famiglie distano 3,27 Km dal centro sanitario più vicino e addirittura 41,38 Km dall'ospedale distrettuale. Altri fattori complementari, quali cattive condizioni delle strade e mancanza di veicoli a motore per gli spostamenti, contribuiscono a peggiorare l'accessibilità alle cure. Di conseguenza, la componente del trasporto è stata indicata ripetutamente quale importante complemento del pacchetto di servizi coperto dall'assicurazione.

3) La popolazione dimostra fiducia verso i promotori dello schema e le persone coinvolte nella sua gestione.

Data la lunga presenza del Cuamm nel distretto e la buona riuscita degli interventi di sviluppo sanitario già implementati, la comunità conosce i promotori ed ha una buona reputazione di loro. Inoltre, è stata dimostrata fiducia verso i principali rappresentanti dei centri sanitari e i leader comunitari a livello di villaggio. Le autorità distrettuali, tramite interviste individuali e collettive, hanno dichiarato di voler supportare l'intervento e di farsene promotori all'interno della popolazione. Infine, i gruppi di solidarietà già esistenti sul territorio appaiono un valido canale per facilitare l'accettazione dello schema di micro assicurazione sanitaria; queste associazioni presentano già una struttura di leadership e meccanismi interni di controllo.

4) La popolazione è favorevole verso schemi di mutuo aiuto.

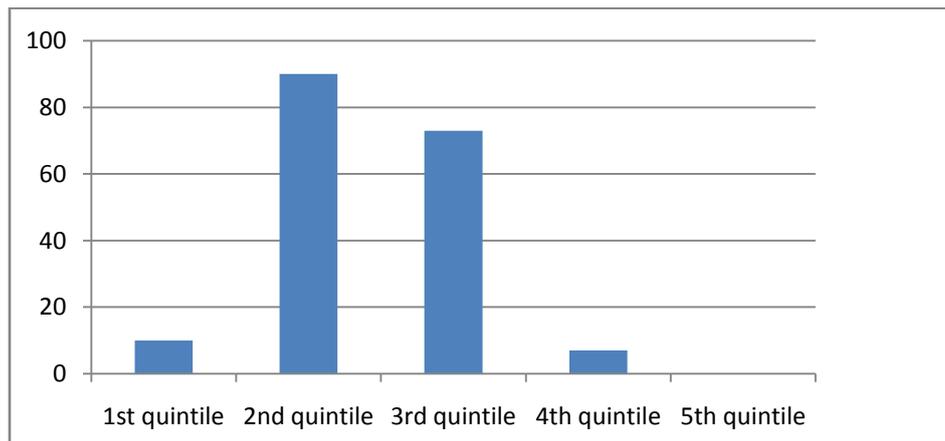
Le informazioni raccolte hanno dato prova di uno sviluppato spirito di solidarietà all'interno della popolazione locale: 484 gruppi comunitari sono stati registrati solamente nella zona pilota. Tramite interviste approfondite abbiamo potuto verificare che tali associazioni sono guidate da principi di mutuo aiuto e reciprocità, e si occupano principalmente di erogare piccoli prestiti e contributi di solidarietà, sia in denaro che in natura, ai membri in difficoltà. In particolare, esistono pratiche di mutuo aiuto estese anche a casi di malattia e maternità che rischiano di impoverire maggiormente le famiglie. I gruppi sono composti da un'eterogenea e ampia porzione di popolazione, che comprende in maggioranza donne. L'adesione di un membro garantisce comunque l'inclusione di tutta la sua famiglia per le attività di sostegno. Tale meccanismo, dunque, permetterebbe di introdurre ed estendere pratiche di solidarietà legate alle spese sanitarie dei membri del gruppo.

5) Esiste un generale trend di sviluppo socio-economico e la maggioranza della popolazione è capace di sostenere le spese assicurative tramite il prepagamento annuale di un premio.

Durante l'attuale fase di ripresa socio-economica che segue al periodo di conflitti interni, la popolazione locale svolge prevalentemente attività agricole di sussistenza; l'84% delle famiglie intervistate, infatti, non dichiara di avere altre fonti di reddito. La divisione in quintili della

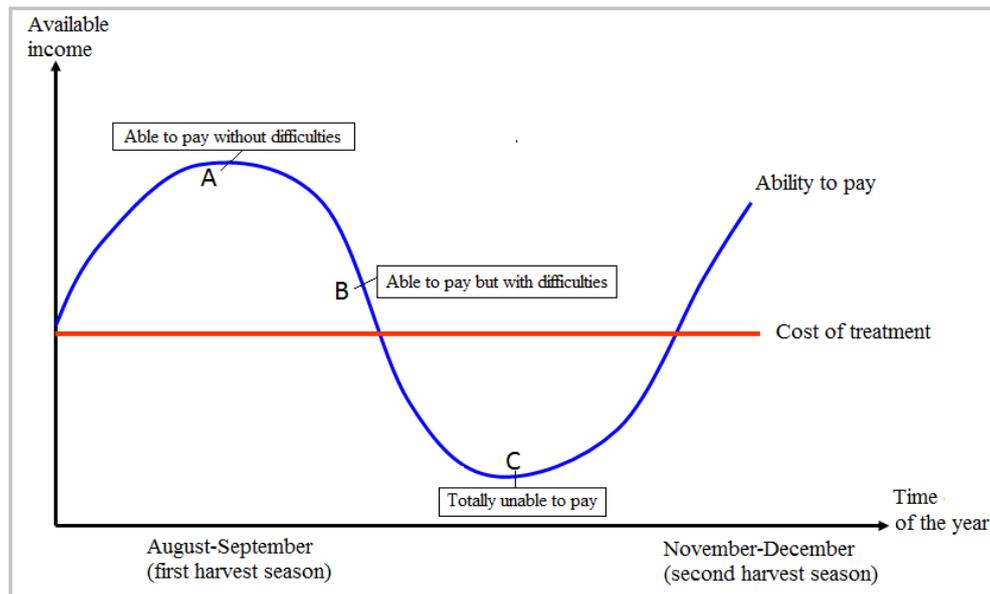
popolazione (Figura 2) conferma il profilo socio-economico dei piccoli agricoltori, che ricadono in gran parte tra il secondo e il terzo quintile; tale figura riflette un indice di ricchezza composito (Govule, 2015), realizzato aggregando 5 dimensioni specifiche di sviluppo socio-economico: materiale del tetto della casa, mezzi di trasporto, animali, terreni agricoli posseduti dalla famiglia e principali fonti di reddito.

Figura 2- Profilo socio-economico della popolazione.



Una volta calcolato un ipotetico premio annuale per famiglia di 49.769 UGX (circa 17.1 US\$), è stato possibile verificare che la maggioranza delle famiglie locali è in grado di sostenere tale spesa. Assumendo infatti un reddito medio di 2 milioni UGX all'anno per una famiglia di agricoltori (Govule, 2015), il premio assicurativo rappresenterebbe il 3,1% del reddito totale. Tuttavia, date le fluttuazioni stagionali dei redditi agricoli (Figura 3), le modalità e tempistiche di riscossione del premio risultano fondamentali: i due periodi successivi ai mesi di raccolta (agosto e dicembre) potrebbero rappresentare un buon momento per finanziare l'assicurazione. Inoltre, la raccolta dei contributi sarebbe facilitata da una finestra temporale quanto più flessibile per il pagamento.

Figura 3- Fluttuazioni del reddito agricolo e abilità a pagare.



6) Il potenziale numero di membri è sufficientemente alto per garantire la copertura dei maggiori costi sanitari.

Secondo la letteratura (ILO, 2005) almeno il 25% della popolazione target dovrebbe essere coinvolta durante le prime fasi di progetto. La zona pilota del distretto dove è stato condotto lo studio conta circa 170.000 abitanti e 30.000 famiglie; tra queste, il 75% è già parte di un gruppo di solidarietà. Una buona mobilitazione a livello locale dovrebbe dunque avere come oggetto i gruppi di mutuo soccorso già esistenti, in modo da garantire continuità e sostenibilità alle pratiche di *risk-sharing* interne alla comunità.

4.1 CALCOLO DEL PREMIO ASSICURATIVO

Date le informazioni ottenute sia a livello di comunità sia a livello di strutture sanitarie, un ipotetico premio assicurativo è stato calcolato con riferimento alla letteratura esistente (ILO, 2005). In particolare, sono state utilizzati i seguenti dati:

- La probabilità di utilizzo del servizio sanitario (P), ottenuta combinando la percentuale di popolazione che può avere necessità di tale servizio e la frequenza attesa di utilizzo da parte di tale segmento;
- Il costo unitario medio del servizio (C).

Moltiplicando tali componenti per ogni singolo servizio (i) e aggregando i risultati per tutti i servizi inclusi nel pacchetto (n) abbiamo ottenuto il premio puro:

$$\text{Pure premium} = \sum_{i=1}^n (P_i * C_i)$$

Tale premio rappresenta il contributo che ogni membro dovrà pagare annualmente per coprire i bisogni della popolazione assicurata. Tuttavia, importanti studi (De Allegri, 2009) suggeriscono di introdurre una percentuale di co-pagamento da erogare direttamente al momento dell'utilizzo del servizio; tale meccanismo dovrebbe disincentivare comportamenti di abuso rispetto all'utilizzo dei servizi. Nel nostro caso abbiamo ipotizzato un tasso di co-pagamento del 20%.

$$\text{Pure premium} = \sum_{i=1}^n (P_i * C_i) * \text{Copayment}_i$$

Infine, alcuni costi di gestione devono essere aggiunti al premio puro per garantire un corretto funzionamento dello schema.

$$\text{Total premium} = \sum_{i=1}^n [\text{Pure premium}_i + 2 * (0,05 * \text{Pure premium}_i)]$$

Le statistiche di morbilità e frequenza di utilizzo dei servizi sono state ottenute incrociando i dati raccolti a livello di famiglie e quelli provenienti dai registri dei centri sanitari. Come concordato con i vari rappresentanti della popolazione, i servizi inclusi nel pacchetto ipotetico sono i seguenti:

- Servizi di maternità, incluse 4 visite prenatali (ANC), assistenza al parto e 1 visita post natale (PNC);
- Servizi ambulatori per bambini sotto i 5 anni;
- Ricoveri di emergenza;
- Trasporti di emergenza;
- Trattamento di cura per la Malaria.

Conclusioni

L'implementazione di metodi misti per la raccolta dati ha rappresentato un valido approccio per impostare uno studio di fattibilità ex ante; i principali risultati sono stati combinati al fine di rispondere in modo sistematico alle domande di ricerca. Nel complesso, l'analisi dei dati ha verificato la validità di 6 specifiche condizioni di fattibilità all'interno del contesto locale: la salute è avvertita dalla popolazione come priorità e vi è una generale consapevolezza degli effetti di impoverimento legati alle spese sanitarie; i servizi erogati presso le strutture sanitarie sono considerati di buona qualità e, di fatto, la popolazione ha una buona reputazione dei vari attori legati al sistema sanitario locale, incluso il Cuamm. Uno sviluppato spirito di solidarietà è presente tra le

famiglie ed esistono già gruppi di mutuo aiuto a livello locale. Questi mostrano una struttura interna di leadership e di controllo sulle attività di supporto ai membri e sono stati dunque individuati quale valido canale per introdurre lo schema di micro assicurazione sanitaria. In generale, la popolazione è capace e ben disposta a pagare un ragionevole premio assicurativo a condizione che la raccolta dei contributi avvenga in periodi appropriati e con tempistiche flessibili; inoltre, l'inclusione della componente del trasporto nel pacchetto di servizi coperti dall'assicurazione garantirebbe una maggiore adesione allo schema. Infine, il numero di potenziali membri è sufficientemente alto per coprire le maggiori spese sanitarie e garantire così l'effettività di principi di *risk-pooling* e *risk-sharing*.

In conclusione, i risultati di questo studio hanno dimostrato che l'implementazione di uno schema di micro assicurazione sanitaria a livello comunitario è possibile nel distretto di Oyam; tale soluzione costituisce un valido sistema per migliorare l'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione locale e fornire protezione finanziaria in caso di malattia e maternità. L'analisi ha fornito utili indicazioni di policy riguardo il disegno dello schema e la sua buona riuscita. In particolare, un coinvolgimento attivo della comunità e l'adozione di uno spirito di continuità rispetto ai gruppi di solidarietà già esistenti sul territorio rappresentano attributi fondamentali per le prime fasi del progetto.

Bibliografia

Abihiro G. A., Torbica, A. Kwalamasa K., & De Allegri M. (2014), "Eliciting community preferences for complementary micro health insurance: A discrete choice experiment in rural Malawi", *Social Science and Medicine* , 120, 160–168.

Adebayo E. F., Uthman O. a, Wiysonge C. S., Stern E., Lamont K. T., & Ataguba J. E. (2015), "A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries", *BMC Health Services Research*, 15, 543.

Basaza R., Criel B., Van D.S. (2008), "Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath", *Health Policy* , 87(2): 172-184.

Bennett S., & Gilson L. (2001), "Health financing: designing and implementing pro-poor policies", *DFID Health Systems Resource Centre*, 44(0), 1–22.

Biggeri M., Nannini M., Putoto G. (2018), "Assessing the feasibility of community health insurance in Uganda: A mixed-methods exploratory analysis", *Social Science and Medicine*.

Criel B., Atim C., Basaza R., Blaise P., & Waelkens M. P. (2004), "Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa: Researching the context", *Tropical Medicine and International Health*, 9(10), 1041–1043.

Dong H., Mugisha F., Gbangou A., Kouyate B., & Sauerborn R. (2004), "The feasibility of community-based health insurance in Burkina Faso", *Health Policy*, 69(1), 45–53.

Eckhardt M., Forsberg B.C., Wolf D., Crespo-Burgos A. (2011), "Feasibility of community-based health insurance in rural tropical Ecuador", *Rev Panam Salud Publica*.29(3):177–84.

Govule P. & Waelkens M.P. (2015), "Feasibility of Community Health Insurance in Ediofe and St Assumpta, Arua District" *International Journal of Public Health Research* , 3(3), 108–117.

International Labour Organization (ILO) (2005), "Health Micro-Insurance Schemes: Feasibility Study Guide", Geneva, International Labour Office, Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (STEP) Programme.

Mathauer I, Doetinchem O, Kirgia J, Carrin G. (2007), "Report of the technical support mission for the feasibility assessment and financial projection results for a social health insurance scheme in Lesotho: exploring possible options", Geneva: World Health Organization.

Mladovsky P., Ndiaye P., Ndiaye A., & Criel B. (2015), "The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: Qualitative evidence from three Senegalese case studies", *Health Policy and Planning*, 30(6), 768–781.

Mladovsky P., Soors W., Ndiaye P., Ndiaye A., & Criel B. (2014), "Can social capital help explain enrolment (or lack thereof) in community-based health insurance? Results of an exploratory mixed methods study from Senegal", *Social Science and Medicine*, 101, 18–27.

Ministry of Health (MoH) Uganda (2016), "Annual Health Sector Performance Report".

Ministry of Health (MoH) Uganda (2012), "Annual Health Sector Performance Report".

Panda P. K., Dror D. M., Hossain S. a. S., Majumdar A., Pérez Koehlmoos T. L., & John D. (2016), "Factors affecting uptake of voluntary and community-based health insurance schemes in low- and middle-income countries? A Systematic Review and Meta-Analysis", *Plos One*, 11(June), 184.

Shigute, Z., Mebratie, A. D., Sparrow, R., Yilma, Z., Alemu, G., & Bedi, A. S., 2017. Uptake of health insurance and the productive safety net program in rural Ethiopia. *Social Science and Medicine*, 176, 133–141.

Sommerfeld J. S. (2002), "Informal risk-sharing arrangements (IRSAs) in rural Burkina Faso: Lessons for the development of community-based insurance (CBI)", *International Journal of Health Planning and Management* , 17: 147-163.

Uganda Bureau of Statistics (UBOS) (2014), "Uganda National Population and Housing Census Results".

Zeng W., Kim C., Archer L., Sayedi O., Jabarkhil M. Y., & Sears K. (2017), "Assessing the feasibility of introducing health insurance in Afghanistan : a qualitative stakeholder analysis. *BMC Health Services Research*".

APPENDICE 1: CALCOLO DEL PREMIO (UGX)

Services	CONSUMPTION				Co-payment	CONTRIBUTION			
	% of population	frequency	average cost	% paid by scheme		pure premium	safety load	management cost	Total
	A	B	C	D		= A x B x C x D	5%	5%	
Normal delivery	5%	0,174	30.000	80%	20%	208	10	10	229
Complicated delivery	5%	0,011	96.858	80%	20%	42	2	2	46
Cesarean section	5%	0,116	340.000	80%	20%	1.573	79	79	1.730
ANC visits	5%	1,080	1.000	80%	20%	43	2	2	48
PNC visit	5%	0,270	-	80%	20%	0	0	0	0
Under 5 OPD	20%	0,057	6.000	80%	20%	54	3	3	59
General admission	100%	0,035	115.653	80%	20%	3.195	160	160	3.515
Motorcycle transport for Emergency	100%	0,035	57.500	80%	20%	1.589	79	79	1.747
Visit	100%	0,019	2.000	80%	20%	31	2	2	34
Rapid Diagnostic Test	100%	0,019	3.000	80%	20%	46	2	2	51
Coartem treatment	100%	0,019	5.500	80%	20%	85	4	4	93
Annual premium per person									7.552

	per person	per household
Annual premium	7.552	49.769
Bi-annual premium	3.776	24.884
Monthly premium	629	4.147