

Ripartizione-assicurazione-capitalizzazione: quale mix per finanziare la sanità di domani?

di Nicola Salerno

La spesa sanitaria è, tra i capitoli di spesa per welfare, quello che nei prossimi anni farà registrare la dinamica di crescita più sostenuta. Quando sono considerati tutti i driver demografici ed extra demografici (in primis la tecnologia), le più recenti proiezioni Ecofin e Ocse descrivono incidenze della spesa pubblica sul Pil che nel volgere di 50/60 anni potranno raddoppiarsi o più che raddoppiarsi. Una sfida che coinvolge tutti i Paesi industrializzati, indipendentemente dalla struttura del loro sistema sanitario, se di ispirazione beverdigiana o bismarckiana, se a prevalenza del pubblico o del privato. Tendenze così macroscopiche obbligano ad interrogarsi per tempo su quali criteri di finanziamento potranno reggere questo impatto.

La ripartizione nei sistemi pubblici universalistici

I sistemi sanitari pubblici universalistici à la Beveridge (come il nostro Ssn) si basano sul finanziamento a ripartizione (tramite la fiscalità generale). Già ora non vale più il cosiddetto “teorema di Aaron” che, nelle fasi demografiche di espansione, identifica la ripartizione come il meccanismo più efficiente sia per spostare risorse nel tempo (le pensioni) sia per finanziare prestazioni sanitarie per l’intera cittadinanza. Negli anni ’60 e ’70, quando quel teorema trovava riscontro nella demografia, con un contributo relativamente contenuto e poco distorsivo a carico di tutti i redditi si potevano reperire risorse adeguate. In prospettiva, quel contributo dovrà aumentare sino a toccare soglie insostenibili, con effetti depressivi sul mercato del lavoro, sugli investimenti e sulla produttività. Sistemi a prevalente finanziamento a ripartizione dovranno necessariamente ristrutturarsi, e la soluzione non potrà limitarsi a restringere il perimetro delle prestazioni fornite oppure ad aumentare la compartecipazione dei cittadini ai costi (per le proporzioni in cui si manifesteranno le pressioni della spesa, sarebbero due non-soluzioni).

La mutualità nei sistemi pubblici categoriali

La criticità appena descritta abbraccia anche i sistemi pubblici à la Bismarck, basati sulla mutualità obbligatoria interna a comparti, settori, categorie. Per tenere il passo della spesa, i contributi a carico degli iscritti e dei loro datori di lavoro dovranno necessariamente aumentare riproducendo quella stessa pressione sugli occupati che, nei sistemi universalistici, passa per la via fiscale. C’è da dire, inoltre, che le differenze tra sistemi beveridgiani e bismarckiani, nette sino a tutta la metà del Novecento, si sono poi ridotte notevolmente quando i bismarckiani hanno mano mano esteso, sempre con logica categoriale, la copertura della platea degli occupati. L’affidarsi alla fiscalità generale, piuttosto che a contribuzioni specifiche levate per comparti/settori/categorie, non crea di per sé diverse capacità di fronteggiare una dinamica di spesa così intensa, soprattutto quando entrambi i sistemi si prefiggono obiettivi di ampia copertura sia in termini di beneficiari che di prestazioni. In entrambi i casi, la necessità di reperire risorse crescenti si trasforma in una pressione sempre più alta sui redditi che il sistema economico genera anno per anno.

La mutualità privata

In effetti, la mutualità categoriale obbligatoria nei sistemi bismarckiani altro non fa che applicare il finanziamento a ripartizione, anno per anno, non sul complesso dei redditi, ma sui singoli sottogruppi di redditi individuati a seconda di comparto/settore/categoria. L’insostenibilità della ripartizione, quando utilizzata come criterio esclusivo di finanziamento, si estende tout court anche

ai sistemi bismarckiani. E per la stessa ragione arriva a coinvolgere anche le forme di mutualità privata (come le nostre società di mutuo soccorso), con cui gruppi di persone scelgono volontariamente di mettere in comune delle risorse per fare risk sharing. Di fronte a dinamiche di spesa così intense, le organizzazioni di mutualità privata saranno costrette o ad aumentare significativamente i contributi dei partecipanti (anche a titolo di compartecipazione ai costi), o a restringere il novero delle prestazioni, oppure a selezionare (screaming) in maniera più stringente i partecipanti all'ingresso (rimedio in contrasto con la definizione stessa di mutualità). Non è un caso che, scostandosi dallo spirito originario con cui sono sorte nell'Ottocento, molte società di mutuo soccorso oggi si rivolgano esclusivamente alle fasce dei quadri e dei dirigenti. Fintantoché la mutualità privata si affida, per il finanziamento, ad una ripartizione della spesa sui propri iscritti, emergono le stesse criticità evidenziate per i sistemi pubblici beveridgiani e bismarckiani, con una aggravante: quando la ripartizione si svolge su gruppi piccoli, essa rimane statisticamente più esposta sia all'assottigliarsi del numero degli aderenti in età attiva e contributiva, sia all'aumentare della frequenza e del costo medio delle richieste di prestazioni (la ripartizione delle spese trova le condizioni ideali di funzionamento sui grandi numeri). Se nei prossimi anni il remix di finanziamento della sanità dovesse avvenire con trasferimento di quote dal carico dei sistemi pubblici alla mutualità privata, si rimarrebbe, in realtà, sempre all'interno del criterio a ripartizione, senza superarne le difficoltà strutturali.

L'assicurazione privata

Non è immune da criticità anche la copertura assicurativa, cui spesso le organizzazioni di mutuo soccorso ricorrono svolgendo funzioni "passacarte". La logica assicurativa differisce da quella della mutualità per le modalità con cui contribuzioni e prestazioni attese sono poste in connessione tra di loro: la mutualità non ricerca un proporzionamento specifico tra contributi e prestazioni attese (normalmente, si erogano prestazioni sino ad esaurimento delle risorse anno per anno); al contrario, nella copertura assicurativa questa connessione è centrale, e i premi da corrispondere sono dimensionati a seconda delle caratteristiche del singolo (polizza individuale) o di quelle medie della platea (polizza collettiva), oltre che delle tipologie di prestazioni assicurate. A parte questa distinzione (che è comunque sostanziale dal punto di vista dei rapporti con gli iscritti), le assicurazioni gestiscono la loro esposizione finanziaria facendo pooling dei profili di contribuzione/rischio dei loro sottoscrittori (a fronte del pagamento dei premi da parte di tutti, non tutti incorreranno contemporaneamente negli eventi avversi), e mantenendo una base di riserve matematiche investite sui mercati. La proporzione tra pooling e risorse investite è cruciale. Quanto più la copertura assume la forma assicurativa pura (tutto o prevalentemente pooling), tanto più si ricade nelle stesse criticità del finanziamento a ripartizione dei sistemi pubblici, con premi destinati ad aumentare per tenere il passo della spesa sanitaria, assieme alle compartecipazioni e allo screaming. Il pooling assicurativo riproduce, in ambito privatistico e su platee più ristrette, il meccanismo della ripartizione nei sistemi pubblici, con l'aggravante, da un punto di vista della sostenibilità sociale, che gli aumenti dei premi possono variare a seconda delle caratteristiche sanitarie soggettive (la differenza rispetto alla mutualità volontaria). È qualcosa cui si sta già assistendo negli Stati Uniti (il Paese in cui la copertura assicurativa è più diffusa), dove i premi delle assicurazioni sanitarie hanno fatto registrare, negli ultimi anni, una dinamica a doppia cifra, inducendo l'Amministrazione "Obama" a parlare apertamente di insostenibilità del sistema (il 22 Febbraio u.s. è stato presentato l'Health Insurance Industry Fair Competition Act, H. R. n. 4626).

La convergenza dei modelli: ma verso dove?

Se sistemi così diversi, pubblici e privati, prestano il fianco agli scenari di crescita della spesa sanitaria, esiste una soluzione? Al di là degli sforzi di efficientamento (organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, concorrenza tra provider, concorrenza nel mercato assicurativo, responsabilizzazione dei cittadini fruitori e dei medici prescrittori, etc.), il punto critico appare proprio quello del criterio di finanziamento. Se alla maggior spesa si tenderà di far fronte utilizzando

quote crescenti dei redditi prodotti anno per anno dal sistema economico, l'effetto sarà quello di una crescente pressione fiscale e/o contributiva. All'interno dei sistemi pubblici obbligatori tale pressione, evitabile solo nella misura in cui si restringano le prestazioni, porterà con sé effetti distorsivi e depressivi.

All'interno dei sistemi privati, è probabile che la pressione crescente si traduca anche in una rinuncia alla copertura, con conseguenze che potrebbero generare maggior spesa in futuro (per la minore attenzione alle cure e l'aggravarsi delle condizioni di salute) e pressioni su altri capitoli del welfare system. Fintantoché il finanziamento sarà ricercato esclusivamente/prevalentemente nella ripartizione (i sistemi pubblici), nella mutualità diretta tra gruppi e nel pooling assicurativo (i sistemi privati), o in pagamenti diretti dei cittadini, trasferimenti di quote delle prestazioni e della domanda dal pubblico al privato e viceversa non incideranno sulla capacità sistemica di governare le tendenze di spesa.

Eppure, apparentemente è proprio questa la tendenza in atto: da una parte, gli Stati Uniti, con il programma "Obama", si stanno muovendo verso una estensione della copertura pubblica finanziata a ripartizione per sopperire all'insostenibilità economica e sociale delle assicurazioni sanitarie private; dall'altra parte, in Europa sta lentamente maturando il processo opposto, con le difficoltà dei sistemi pubblici beveridgiani e bismarckiani che richiamano l'esigenza di rafforzare la copertura complementare privata (in Italia, i recenti decreti "Turco" e "Sacconi" hanno riproposto il dibattito sullo sviluppo dei fondi sanitari integrativi del Ssn). In questa convergenza transatlantica verso un sistema sanitario multipilastro maggiormente equilibrato nelle componenti pubbliche e private manca, per adesso, una caratteristica essenziale per ovviare alle criticità del finanziamento basato su ripartizione / mutualità / pooling assicurativo e sovraccarico sui redditi prodotti anno per anno: il finanziamento tramite i frutti di programmi di investimento di lungo termine sui mercati. Laddove i criteri di finanziamento oggi prevalenti utilizzano redditi già prodotti (intervengono ex-post, per dedicare alla finalità sanitaria quote di risorse già prodotte), i programmi di investimento entrano nei processi di generazione delle risorse e le preparano per tempo. Tramite una idonea gestione di portafoglio, i risparmi andrebbero a selezionare le migliori opportunità di rendimento a livello internazionale, potendosi rivolgere anche ai Paesi più giovani, quelli dove le fasce di età attive saranno ancora per molto tempo più numerose di quelle anziane (una sorta di riequilibrio internazionale degli effetti dell'invecchiamento). Diminuirebbe la pressione sugli attivi, si guadagnerebbe base imponibile al Fisco nazionale e, nella misura in cui i risparmi trovassero valide opportunità di investimento all'interno, si darebbe impulso alla capitalizzazione dell'economia e alla crescita.

Ovviamente l'accumulazione non è una panacea; le mancano alcune proprietà positive e salienti sia della ripartizione (è il canale più adatto alla coesione inter e inter generazionale e alle finalità redistributive) che della mutualità e della copertura assicurativa (contro grandi eventi avversi, l'accumulazione potrebbe non essere capiente o, se lo è, potrebbe venire in larga parte assorbita). Inoltre, un eccesso di accumulazione reale esporrebbe troppo al rischio di mercato e potrebbe essere esso stesso fonte di instabilità dei mercati (in concomitanza con i flussi di investimento e di disinvestimento). Queste considerazioni, qui ripercorse in sintesi, lasciano intendere come uno degli aspetti più importanti di quel "territorio di mezzo", verso cui cominciano ad avvicinarsi i sistemi sanitari dell'Europa e degli Stati Uniti, è proprio il riproporzionamento dei diversi criteri di finanziamento, in un mix che permetta di coglierne gli aspetti positivi e di controbilanciarne quelli negativi. Lungo questa strada, che sia per l'Europa che per gli Stati Uniti implica il rafforzamento del canale di finanziamento ad accumulazione reale, è necessario vagliare a fondo le sinergie e le complementarità con i fondi pensione, anche gettando da subito le basi di una cornice regolamentare condivisa.

