

Sistemi sanitari a confronto. Italia, Europa, Us: Così diversi all'origine così simili all'arrivo?

di Nicola C. Salerno

Tradizionalmente, i confronti tra Italia e Partner europei da un lato, e tra Europa e Us dall'altro, puntano a riconoscere nei dati (livelli e trend) manifestazioni delle diverse fondamenta dei sistemi sanitari e, più in generale, dei sistemi di welfare.

E questa prospettiva di analisi rimane ancora valida, perché l'impostazione bismarkiana è ancora riconoscibile in alcuni tratti istituzionali salienti e anche in alcuni strumenti, così come le radici Beveridge, se si rimane nel confronto infra-europeo. A maggior ragione continuano ad essere evidenti le differenze nelle ispirazioni e nelle aspirazioni dei sistemi sanitari dei Paesi europei e degli Stati Uniti. Da una parte un maggior impegno pubblico, che ha permesso coperture più ampie, tendenzialmente totali, ma anche richiesto, per il suo mantenimento, degli sforzi di finanziamento con imposte e contributi continuamente crescenti. Dall'altra parte un prevalente impegno di risorse private, attraverso le assicurazioni, che ha coinvolto in maniera meno diretta le finanze pubbliche e proprio per questo ha perseguito in misura minore gli obiettivi equitativi e redistributivi.

In Europa, proprio perché il coverage pubblico ha sempre tentato la massima inclusione, è stato necessario un impianto regolatorio più pervasivo per tener sotto controllo prezzi e spesa, creando controeffetti di rallentamento dei percorsi di ricerca, sviluppo e adozione di terapie innovative, tecnologie e farmaci. Negli Us si è andato sviluppando un impianto regolatorio relativamente più leggero, che ha lasciato più spazio al mercato, sia sul lato della sperimentazione e dell'innovazione che su quello delle scelte di copertura assicurativa tramite contratti di natura privata. Tra l'altro, è bene anche sottolineare come di questa maggior propensione degli Us all'innovazione si è avvantaggiata anche l'Europa, che ha beneficiato di tanti dei risultati raggiunti negli Us.

Tutto vero; in estrema sintesi, le radici dei sistemi sanitari dell'Europa e degli Us possono esser raccontate così. Ma le serie storiche accumulate dal Dopoguerra ad oggi, ormai lunghe più di quarant'anni, permettono oggi di rispondere ad una domanda nuova e anche molto stimolante sul piano di policy: *I sistemi dei Partner europei, e anche i due modelli europeo e statunitense, sono rimasti distanti, impenetrabili e "fedeli alla loro ricetta", o c'è stata qualche simbiosi con convergenze dell'uno sull'altro?*

Una prospettiva nuova di analizzare le serie storiche, dopo che tanto lavoro è stato dedicato, nella letteratura teorica ed empirica, a cogliere le differenze tra sistemi e modelli, riconoscendone la diversa ispirazione politica (più socialdemocratica nel suo complesso quella europea, più liberale e liberista quella Us) e, a valle di questa, pregi e difetti che esistono sia da una parte che dall'altra. Inoltre, se si utilizzano i dati di fonte Eurostat, Ocse e Ecofin per unire l'analisi dello storico con l'analisi delle proiezioni a medio-lungo periodo della spesa sanitaria, il confronto può spaziare lungo un secolo, dal 1960 al 2060.

I dati parlano di numerose convergenze, o meglio tendenze convergenti, all'interno dell'Europa e tra l'Europa e gli Us. In alcuni casi si può supporre che esse derivino dalla condivisione, pur lenta, di best practice o di soluzioni a problemi comuni o simili (si pensi a certe proporzioni interne tra sottocapitoli di spesa). Ma a dire il vero la spinta convergente più forte sembra avere una origine ben chiara: le dinamiche dei fabbisogni e della spesa e le criticità che ne derivano. Una convergenza, si potrebbe dire, "in negativo", frutto di debolezze strutturali che su entrambi i fronti stanno mettendo in luce insufficienze nelle Istituzioni e negli strumenti sinora utilizzati per la governance.

In Europa, le dinamiche di spesa hanno fatto aumentare la componente di finanziamento privata e in particolare quella di natura out-of-pocket a diretto carico dei cittadini, e nel contempo alimentato "strozzature" nell'offerta universale di prestazioni (file d'attesa, cadute della qualità, etc.). Negli Us le dinamiche di spesa hanno già da tempo stimolato un maggior intervento pubblico, a tal punto che ormai le risorse pubbliche che gli Us destinano alla sanità hanno superato, in percentuale del Pil, quelle impiegate dall'Europa, e vanno a sommarsi alle ingenti risorse provenienti dal privato.

Sia i sistemi a prevalenza pubblica che quelli a prevalenza privata, sia i Paesi europei che gli Us, dovranno nei prossimi decenni fronteggiare pressioni crescenti della spesa sanitaria, non sostenibili dal pay-as-you-go pubblico cui adesso si affidano i Partner europei, e non sostenibili neppure dalle coperture assicurative cui oggi si affidano in larga misura gli Stati Uniti. Per entrambi i modelli il punto debole è e sarà sempre più l'eccessivo ricorso alla ripartizione dei costi, sia nella sua concretizzazione nell'alveo pubblico come pay-as-you-go (bismarkiano o beveridgiano non fa differenza), sia nella sua concretizzazione nell'alveo privato come pooling assicurativo.

Le tendenze di spesa hanno fatto passare in secondo piano le diverse qualità originarie dei sistemi. E, se si spinge l'occhio al medio-lungo periodo, è questa la grande sfida comune all'Italia, all'Europa, agli Us. C'è un filo molto chiaro che congiunge tutti i Paesi.

Se sistemi così diversi - pubblici e privati - prestano il fianco agli scenari di crescita della spesa sanitaria e del carico su attivi/occupati per finanziarla, c'è da chiedersi se esiste una soluzione vera e propria, diversa dalla rinuncia alle prestazioni. 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, continuo aggiornamento di best practice valorizzando i big data, etc.), il punto critico appare proprio quello del criterio di finanziamento. Se alla maggior spesa si tenterà di far fronte utilizzando quote crescenti dei redditi prodotti anno per anno dal sistema economico, inevitabilmente l'effetto sarà quello di una crescente pressione fiscale e/o contributiva (sistema pubblico) o di crescenti premi assicurativi abbinati a tentativi di screaming (sistema privato). Sino a superare soglie di rottura.

All'interno dei sistemi pubblici obbligatori, la pressione su attivi/occupati (parte integrante e consistente del cuneo fiscale sui redditi da lavoro) porterà con sé effetti distorsivi e depressivi su occupazione e produttività (qualcosa a cui si sta già assistendo). All'interno dei sistemi privati, è probabile che il costo delle coperture diventi davvero proibitivo e non sostenibile dai bilanci familiari, 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 trasformazione in atto: gli Stati Uniti si stanno impegnando a rinforzare la copertura pubblica finanziata a ripartizione come rimedio all'insostenibilità economica e sociale delle assicurazioni sanitarie private (l'obiettivo dichiarato della riforma "Obama"); 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, senza però sufficiente attenzione a come la si struttura.

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 ad hoc di investimento di lungo termine sui mercati. L'"ingrediente" ancora non adoperato o sottoutilizzato è questo.

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 su attivi/occupati, 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 nazionale e alla crescita.

Ovviamente l'accumulazione reale sui mercati non è una panacea e non le vanno assolutamente attribuite automatiche virtù taumaturgiche. La partita non è <Stato vs. Mercato>, sarebbe un grave errore diffondere questa lettura ideologica. All'accumulazione reale mancano alcune proprietà positive e irrinunciabili 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 azzerata). 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). In altri termini, esiste un rischio di over-reliance sulla accumulazione reale che è speculare e simmetrico a quello di over-reliance sulla ripartizione.

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 cum granu salis del canale di finanziamento ad accumulazione reale, è necessario vagliare a fondo le sinergie e le complementarietà con i fondi pensione, anche gettando da subito le basi di una cornice regolamentare coordinata e, progressivamente nel tempo, condivisa a livello internazionale. Una ipotesi che appare, almeno per ora, molto ardua a livello “transatlantico”, ma che potrebbe essere discussa e promossa a livello europeo.

Per riepilogare: criteri di finanziamento, in ambito pubblico o privato, che si affidino esclusivamente o prevalentemente al concorso di tutti gli assicurati per finanziare, anno per anno, il fabbisogno sanitario espresso nello stesso anno, sono a rischio di generare effetti distorsivi e depressivi. La massa reddituale disponibile anno per anno difficilmente potrà sostenere i ritmi di crescita del fabbisogno e della spesa. E assieme agli effetti distorsivi/depressivi emergeranno fenomeni di razionamento e restringimento del perimetro delle prestazioni offerte, oppure rinunce dei diretti interessati a dotarsi di coperture sanitarie. È quanto si può già osservare nei sistemi sanitari europei, a prevalenza pubblica con finanziamento pay-as-you-go, e nel sistema sanitario statunitense, a prevalenza privata con finanziamento che si avvale ampiamente del pooling assicurativo.

Tutti i Paesi, con sistemi pubblici o privati, e tra i pubblici sia quelli di tradizione bismarckiana che Beveridgeana, dovranno affrontare ristrutturazioni profonde nei meccanismi di finanziamento della loro sanità e del loro welfare. Un punto cardine dovrà essere la diversificazione multipilastro del finanziamento, per affiancare al criterio a ripartizione pubblica (pay-as-you-go), a quello privato di mutualità pura, e a quello assicurativo privato (pooling), il criterio basato su investimenti reali di lungo termine sui mercati, ovvero sull’accumulazione reale. Un punto che, nei meccanismi fondamentali, si presenta tel quel sia per la sanità che per le pensioni, anche se sinora più indagato e discusso, e in parte anche affrontato, per queste ultime che per la sanità.

L’Italia è pienamente coinvolta da questo riassetto strutturale, che corrisponde anche ad una piena presa di coscienza dei profondi cambiamenti nelle economie e nelle società dei Paesi occidentali rispetto al secolo, il Novecento, in cui si sono sviluppati i welfare system con cui oggi viviamo.

Ncs
www.reforming.it
e-mail: nicola.salerno@tin.it
[twitter: nicolacsalerno](https://twitter.com/nicolacsalerno)
[+39 347 - 90.23.927](tel:+393479023927)

Principali riferimenti:

de la Maisonneuve C. , J. Oliveira Martins (2013), "*Public Spending on Health and Long-term care: a new set of Projections*",
<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>

Ecofin (2012), *Awg Projections on Age-related Expenditures*, 2012

Ecofin (2012), *The 2012 Ageing Report*,
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf e
http://europa.eu/epc/working_groups/ageing_en.htm

Ecofin, *Programmi di Stabilità*, edizione 2013

Oecd, *Health database*, ultima versione disponibile

Oecd (2013), *What future for Health Spending?*,
<http://www.oecd.org/eco/growth/aaaaaawhatfuture.pdf>

Oecd (2006), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?*,
<http://dx.doi.org/10.1787/736341548748>

Reforming (2014), *Finanziare il Welfare*, volume disponibile su www.reforming.it

US Census Bureau, *Public budgets projections database*, ultima versione disponibile

World Health Organization, *Health for All database*, ultima versione disponibile