

"Sanità, una Spa modello olandese"

G. Galli e A. Mingardi- *Il Sole 24 Ore*- 09-09-08

Con il "Libro Verde" del Ministro Sacconi si è finalmente aperta una discussione ad ampio raggio sulle necessarie ristrutturazioni del nostro Stato sociale, di cui la sanità è inevitabilmente magna pars. I trend demografici e i progressi della medicina ci impongono un ripensamento profondo, se si pensa che, secondo l'Ocse, a politiche invariate, la sola componente pubblica della spesa sanitaria, inclusa della spesa per gli anziani non autosufficienti, potrebbe raddoppiare nell'arco di pochi decenni, in Italia come in molti altri paesi. Se i tre obiettivi da tutelare sono universalità dell'accesso, qualità del servizio e sostenibilità finanziaria, è evidente che il nostro attuale sistema non è adeguato.

Alla luce di queste considerazioni, nonché dell'evidente e talvolta drammatica inadeguatezza delle risorse pubbliche a far fronte, già oggi, alle crescenti esigenze delle persone, sembra formarsi un consenso sulla opportunità di chiamare attori privati - siano essi fondi, mutue o assicurazioni - a partecipare alla spesa. La questione, obiettivamente molto complessa, su cui il Libro Verde ci impone di riflettere, è come far sì che l'apertura al privato non mini il carattere universalistico, e dunque l'equità, del sistema e contribuisca ad accrescerne la qualità.

Sotto questo profilo, un caso di straordinario interesse, che ha già suscitato l'attenzione di studiosi e policy makers nel mondo, è rappresentato dalla riforma olandese entrata in vigore nel gennaio del 2006. Introdotta da un governo di centro-destra, la riforma è stata confermata dal successivo esecutivo di centro-sinistra.

In quello che gli olandesi definiscono sistema di "assicurazione privata sociale", l'universalismo è tutelato dal fatto che tutti i residenti maggiorenni sono tenuti ad acquistare una polizza sanitaria che copre un pacchetto base di prestazioni definito dallo Stato: l'assicurazione non può rifiutare la copertura e non può differenziare i prezzi in base alle condizioni di salute o all'età dell'assicurato. Lo Stato sovvenziona le persone a basso reddito e lo fa attraverso un meccanismo che esalta la libertà di scelta del paziente, ovvero tramite un "buono sanità" che viene devoluto direttamente all'assicuratore scelto dal singolo. Un fondo, detto di equalizzazione del rischio, garantisce la stabilità del sistema attraverso compensazioni a favore delle compagnie che assumono i rischi più elevati (anziani, cronici, disabili, ecc.).

Il fondo è finanziato attraverso premi commisurati al reddito e riceve contributi dalla fiscalità generale esclusivamente per la copertura dei minori. Il sistema è calibrato in modo che circa la metà delle entrate che affluiscono complessivamente alle compagnie provenga dai premi in cifra fissa corrisposti dagli assicurati. Nei primi due anni, il valore medio di tali premi si è collocato attorno ai 1050 euro. Secondo i suoi promotori, il modello olandese risolve, o comunque affronta in modo decisivo, il problema della sostenibilità finanziaria, essenzialmente per due motivi: la maggiore efficienza, che deriverebbe principalmente dal fatto che la concorrenza fra assicurazioni le dovrebbe indurre a controllare i costi con maggiore rigore di quanto non possa fare una pubblica amministrazione, e la circostanza che, dal punto di vista della sostanza economica, il sistema diventa esterno al perimetro della PA in quanto è quasi interamente "premium funded", ossia finanziato attraverso le due tipologie di premi, in cifra fissa e in percentuale del reddito, di cui si è detto.

Un eventuale aumento dei costi dei servizi sanitari peserebbe non sui conti dello Stato, ma su quelli delle assicurazioni, che sarebbero costrette a reagire con gli strumenti standard, dolorosi ma inevitabili, di cui dispongono le imprese private: taglio dei costi o aumento dei prezzi.

Inoltre cambiano radicalmente le dinamiche politiche che impattano sulle caratteristiche del sistema, perché il contenimento degli sprechi non è più solo una preoccupazione del Ministro dell'Economia, ma un interesse condiviso delle assicurazioni e dell'intera popolazione chiamata a pagare il premio assicurativo. L'introduzione da parte di una compagnia di meccanismi di responsabilizzazione degli assicurati, come un co-payment o una franchigia, non incontrerebbe le stesse resistenze che esso incontra quando la decisione è affidata ad un'autorità politica.

La libertà di scelta diventa il garante della qualità del servizio: il singolo è in grado di optare per la compagnia che, per le convenzioni e i servizi che offre, è più capace di soddisfarne le esigenze. Da questo punto di vista, è cruciale il fatto che, per legge, gli assicurati possono cambiare compagnia ogni anno e che una specifica autorità di settore, preposta ai controlli sulla qualità dei servizi, pubblici indicatori sulla performance delle assicurazioni e delle strutture sanitarie. Questo modello dunque utilizza la libertà di scelta da parte di cittadini informati e consapevoli come leva per fare emergere la qualità, mettendo in campo i tradizionali incentivi della concorrenza di mercato anche per la fornitura dei servizi alla salute. La libertà di scelta è anche la chiave per risolvere l'evidente conflitto d'interesse che caratterizza i sistemi interamente o quasi interamente pubblici, nei quali la pubblica amministrazione svolge contemporaneamente tre funzioni fra di loro incompatibili.

Essa infatti non può al tempo stesso essere il regolatore, il controllore e il produttore del servizio. In un sistema siffatto, finiscono sempre per prevalere preoccupazioni di tipo politico. I controlli sono pro forma e, di fatto, viene garantita la sopravvivenza di tutte le strutture pubbliche, anche delle più inefficienti; la corruzione e gli sprechi sono mali pressoché inevitabili. Visto dall'Italia, l'elemento più rivoluzionario della riforma olandese sta dunque nel fatto che essa espunge quasi completamente la politica dalla gestione del sistema sanitario.

Una preconditione per il buon funzionamento di un sistema siffatto è che le aziende sanitarie pubbliche vengano privatizzate o, quantomeno, trasformate in Spa, con identici diritti e doveri delle strutture private accreditate. E, come esse, siano sottoposte al vaglio del mercato e alla libera scelta dei cittadini. Fondi sanitari, eventualmente costituiti dalle parti sociali, possono dare un contributo assai utile, al pari delle assicurazioni, purché non venga messa in discussione la libertà di scelta delle persone e, con essa, il carattere concorrenziale del sistema.

Nel 1967, proprio su queste colonne, Bruno Leoni, uno studioso dotato di straordinaria immaginazione e attenzione al buon funzionamento del mercato, suggeriva uno scenario nel quale si concedesse alle persone la possibilità di "impiegare la propria quota contributi... nel pagamento di un premio da pagarsi alla compagnia assicuratrice che credono, in base ad un contratto di assicurazione malattia". Nell'Italia di allora, la proposta di Leoni non poteva che restare un grido nel deserto. Eppure, la sua attualità - attestata dal "modello olandese" - deve portarci a considerare strade troppo a lungo ritenute impossibili, ma che oggi ci appaiono quasi come vie obbligate per consentire alle regioni, nel quadro del federalismo fiscale prossimo venturo, di affrancarsi dal vincolo di risorse pubbliche sempre più inadeguate ed offrire servizi di qualità ai cittadini.