

Health Savings Accounts L'ultima generazione delle assicurazioni sanitarie americane

Robinson JC

Health Savings Accounts. The ownership society in health care

N Engl J Med 2005; 353: 1199-1202

Lee TH, Zapert K

Do high-deductible health plans threaten quality of care?

N Engl J Med 2005; 353: 1202-1204

L'US Census Bureau (l'Istituto Centrale di Statistica americano) nel suo ultimo rapporto, riferito al 2004, descrive così la distribuzione della copertura assicurativa tra la popolazione degli Stati Uniti: il 68,1% dispone di assicurazione privata (per il 59,8% basata sull'impiego ed erogata dai datori di lavoro, per il 9,3% acquisita individualmente) e il 27,2% di assicurazione pubblica (13,7 Medicare, 12,9 Medicaid, 3,7 militari). Il 15,7% non dispone di alcuna copertura assicurativa (NB: la somma delle varie percentuali supera 100, perché è possibile che una persona abbia una doppia appartenenza assicurativa).

Le assicurazioni sanitarie private hanno registrato profondi cambiamenti dagli anni Quaranta, quando si è verificata la loro diffusione di massa. La tradizionale forma assicurativa basata sul rimborso delle spese sostenute a seguito di una malattia ha resistito fino agli anni Ottanta, per essere rapidamente soppiantata da una nuova generazione di polizze assicurative promosse dalle Managed Care Organizations (MCOs). La copertura assicurativa erogata da queste organizzazioni prevede che l'assistito – sulla base di una quota annuale prepagata – riceva le prestazioni sanitarie da parte della medesima organizzazione o presso strutture e professionisti convenzionati. Questa forma copre attualmente il 97% della popolazione che fruisce dell'assicurazione privata.

Una nuova generazione di assicurazioni, fortemente promossa dall'amministrazione Bush, si sta affacciando sul mercato della Sanità americana, e ha il nome di Health Savings Account



(HSA) (deposito bancario riservato alle spese sanitarie). Un prodotto analogo (Medical Savings Account) era stato lanciato nel 1997, ma era per legge limitato a una ristretta categoria di clienti (lavoratori autonomi e lavoratori dipendenti di imprese con meno di 50 dipendenti); l'HSA è invece accessibile a tutti ed è destinato ad entrare in competizione con i più diffusi programmi assicurativi.

La struttura dell'HSA. La normativa dell'HSA è stata introdotta nel dicembre 2003. La condizione per accedere al nuovo programma è quella di possedere un'assicurazione con alta franchigia (almeno \$ 1000 per un singolo, almeno \$ 2000 per una famiglia; ma i prodotti di questo tipo prevedono livelli di franchigia molto più alti). Il deposito bancario riservato alle spese sanitarie viene alimentato da versamenti annuali (anche a rate mensili) con un limite massimo di \$ 2790 per una persona singola e di \$ 5230 per le famiglie. In caso di malattia le persone attingono all'HSA per sostenere i costi delle prestazioni; nel caso che le spese sanitarie prosciughino completamente il conto, si farà ricorso alle risorse personali fino al raggiungimento del tetto della franchigia, al punto cioè in cui interviene l'assicurazione. Nel caso in cui il conto sia non usato o parzialmente usato, il deposito si accumula di anno in anno e all'età di 65 anni (momento in cui gli americani usufruiscono del programma pubblico di assistenza sanitaria, Medicare) entra nella piena disponibilità dell'individuo o della famiglia. L'HSA gode di un trattamento fiscale di assoluto favore: i versamenti sul conto sono deducibili dalle tasse e gli interessi maturati sono esenti da tasse. Nel caso si decida di ritirare il deposito per motivi non sanitari, il conto viene tassato e applicata una penalità del 10%.

Confronto tra assicurazione MCO e Health Savings Account

Famiglia di lavoratore autonomo, composta da tre persone, relativamente sana. Si assume che nell'anno in esame i consumi sanitari della famiglia siano consistiti in: 4 visite mediche, 3 esami RX, 1 visita presso un pronto soccorso, 1 esame del sangue. Nessun ricovero ospedaliero, nessun intervento chirurgico.

ASSICURAZIONE MCO

• Premio assicurativo	(annuo) \$ 7200
\$ 1000 di franchigia per persona; copagamento del 20% per persona fino a \$ 10.000 di spesa	
• Spese per prestazioni	\$ 1125
• Totale al lordo delle tasse	= \$ 8325
• Deduzione fiscale – sul premio assicurativo	- \$ 1736
• Totale al netto delle tasse	\$ 6589
• Costo dell'assistenza medica per l'anno (perdita)	\$ 6589

HEALTH SAVINGS ACCOUNT

• Premio assicurativo	\$ 2880
\$ 5000 di franchigia per la famiglia	
• Spese per prestazioni*	\$ 929
• Totale al lordo delle tasse	= \$ 3809
• Deduzione fiscale – sul premio assicurativo, sul deposito HSA	- \$ 1856
• Totale al netto delle tasse	\$ 1953
• Deposito HSA – \$ 3750-\$ 929 (spese per prestazioni)	\$ 2821
• Costo dell'assistenza medica per l'anno (guadagno)	+ \$ 868
	ovvero: 2,821-1,953

MCO: Managed Care Organization; HSA: Health Saving Account. *Spesa ridotta per sconti praticati ai detentori di HSA. Fonte: msa (&hsa) info.net (www.msainfo.net; ultimo accesso: 17.1.2006).

La tabella in alto, tratta da uno dei più noti siti commerciali specializzati in promozione di HSA, mette a confronto due diversi programmi assicurativi: uno tradizionale, erogato da una MCO, l'altro basato sull'HSA. Si vede chiaramente che una famiglia di tre persone (sane), che consuma poche prestazioni sanitarie in un anno, ha tutto l'interesse ad adottare l'HSA. Da una parte (assicurazione MCO), infatti, vale il principio del "use it or lose it" ("usi il servizio o perdi quanto hai versato"), dall'altra (HSA) il suo opposto: "use it or save it" ("usi il servizio o risparmi quanto hai versato").

La filosofia dell'HSA. JC Robinson, professore di economia sanitaria all'Università della

California, nel suo articolo sul *NEJM* osserva che l'HSA è stato lanciato dal Presidente degli Stati Uniti in occasione della campagna elettorale del 2004. E i principi su cui si fonda l'HSA sono assolutamente coerenti con la visione del Presidente di 'ownership society', la 'società dei proprietari'. Proprietari delle proprie case, del proprio business, della propria pensione e anche della propria assicurazione sanitaria. "Oggi – scrive Robinson – la più visibile incarnazione di tale visione nel settore dell'assistenza sanitaria è l'Health Savings Account, che riflette uno spostamento filosofico nell'enfasi dalla responsabilità collettiva a quella individuale nella gestione e nel finanziamento dell'assistenza sanitaria. (...) Il linguaggio della

Primary care trusts: cervello e coscienza del sistema sanitario inglese

Smith J. Mays N

Primary care trusts: do they have a future?

BMJ 2005; 331: 1156-1157

Le *Primary Care Trusts* (PCT) sono organizzazioni locali – istituite da ormai più di quattro anni dal National Health System inglese – responsabili del miglioramento della sanità pubblica e in particolare di fornire cure primarie e commissionare servizi di cure secondarie e terziarie: attualmente coprono una popolazione di circa 250.000 persone.

Create con l'aspettativa che questi organismi sarebbero diventati progressivamente agenti capaci di imprimere un netto cambiamento nel NHS rendendolo più sviluppato, 'clinicamente guida-

to', attivo e partecipe localmente, il loro ruolo è oggetto di forti critiche soprattutto in merito alla loro supposta incapacità di far pervenire a cambiamenti strategici nelle cure secondarie. Non solo, il debito del NHS per quest'anno finanziario è stimato intorno a 920 milioni di euro, di cui gran parte da imputare a circa il 5% delle PCT e inoltre, a peggiorare il quadro, ci si aspetta che un quinto di esse contrarrà pesanti e persistenti debiti nel giro di pochi anni. È inevitabile come, davanti ad uno scenario simile, la spinta a una riorganizzazione delle PCT (mirata a un accorpamento di molte di queste) sia forte – per molti necessaria – sebbene non ci siano evidenze che una ristrutturazione organizzativa produca reali benefici per i pazienti: anzi, ogni dinamica di questo tipo provoca una temporanea, ma significativa, perdita di performance. D'altro canto le PCT si trovano in una sorta di limbo organizzativo: troppo piccole per acquisire prestazioni per conto della popolazione assistita, troppo grandi per relazionarsi con i singoli individui.

Percentuale di pazienti arruolati in programmi assicurativi con alti livelli di franchigia e di pazienti arruolati in altri programmi che non soddisfano una prescrizione medica a causa dei costi

CONDIZIONE PER LA QUALE IL FARMACO FU PRESCRITTO	PAZIENTI ARRUOLATI IN ALTRI PROGRAMMI ASSICURATIVI	PAZIENTI ARRUOLATI IN PROGRAMMI ASSICURATIVI CON ALTI LIVELLI DI FRANCHIGIA
Tutte le condizioni	13	28
Diabete	15	24
Depressione	9	30
Artrite	9	16
Dolore cronico	9	23
Cardiopatie e ipertensione	8	18
Allergie	7	23
Asma	9	23
Ipercolesterolemia	2	16
Altre condizioni croniche	17	25

proprietà individuale – così si conclude l'articolo di Robinson – tanto indebolisce il senso di responsabilità collettiva della società nei confronti dei membri più vulnerabili, quanto mette in risalto l'importanza dello sforzo individuale nel generare le risorse economiche necessarie a ogni sistema assistenziale. L'HSA fa compiere alla nazione un altro passo verso un sistema sanitario personalizzato e privatizzato”.

HSA e qualità delle cure. Le Managed Care Organizations affidano il controllo della spesa sanitaria ai medici attraverso una serie di meccanismi quali il *gatekeeping*, la quota capitaria, l'autorizzazione per l'utilizzazione dei servizi

È chiaro comunque che non sta alle PCT fornire servizi diretti ai cittadini, soprattutto se si considera la recente spinta verso un mercato delle cure aperto dove i pazienti possono scegliere dove e da chi farsi curare.

È fuori di dubbio però – come sostengono Judith Smith e Nicholas Mays in un editoriale apparso sul *BMJ* – la necessità di un organo capace di agire come 'cervello' locale del sistema sanitario e come sua 'coscienza'.

Cervello nel definire le priorità di salute pubblica, l'allocazione di risorse e il piano dei servizi tra cure primarie e secondarie, coscienza per il bisogno di assicurare qualità, gestire e supervisionare l'attività di committenza dei *General Practices*, regolare i conflitti di interessi e assicurare onestà e trasparenza nell'utilizzo dei fondi pubblici.

Gian Luca Di Tanna

Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna

più costosi; le restrizioni nell'uso dei servizi, associate a una forte limitazione nella scelta dei professionisti e dei luoghi di cura, sono attualmente un motivo di forte malcontento dei pazienti nei confronti delle MCOs. L'HSA sposta la responsabilità della spesa sanitaria direttamente nelle mani dei pazienti, allargando nel contempo la loro libertà di movimento e di scelta all'interno del sistema. Tutto ciò naturalmente al prezzo del pagamento diretto delle prestazioni da parte del paziente, che può arrivare fino a una spesa di 5000-10.000 dollari all'anno. È dimostrato che il pagamento diretto delle prestazioni ('out-of-pocket expenditures') riduce l'utilizzazione dei servizi, e non solo di quelli futili o inappropriati, ma anche di quelli efficaci ed essenziali. A questo tema è dedicato l'articolo di Lee e Zapert, che riporta una serie di ricerche che documentano come i programmi assicurativi con alti livelli di franchigia costringono un'elevata percentuale di pazienti a rinunciare a curarsi a causa degli alti costi (tabella in alto a sinistra) e mettono a grave rischio la qualità delle cure.

Le prospettive future. Il *New York Times* del 27.1.2006 pubblica un articolo dal titolo 'Health Savings Accounts attract Wall Street'. Gli operatori finanziari scommettono su un grande successo della nuova forma assicurativa: nel 2010, secondo stime autorevoli, 15 milioni di americani – il 10% del mercato assicurativo – saranno arruolati negli HSAs, con un volume di depositi di circa 75 miliardi di dollari. Una cifra così allettante da spingere i più importanti istituti finanziari del Paese ad entrare in gioco: "Tu conosci l'America: appena si vede un'opportunità finanziaria parte la corsa all'oro".

Nel 2002 Fuchs, il decano degli economisti sanitari americani, aveva scritto un lungimirante articolo "Cosa c'è nel futuro delle assicurazioni sanitarie negli Stati Uniti?". Nel futuro, prevedeva Fuchs, c'è l'HSA: "Un sistema che renderà i lavoratori giovani e sani più ricchi a spese dei loro colleghi più anziani e malati".

Gavino Maciocco

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

*Fuchs VR, What's ahead for health insurance in the United States?, *N Engl J Med* 2002; 346: 1822-1824.