

Che fine farà l'Obamacare?

Categories : [Diritti e politiche sociali](#)

Tagged as : [Cinzia Di Novi](#), [Menabò n. 56](#), [Vincenzo Carrieri](#)

Date : 16 Gennaio 2017

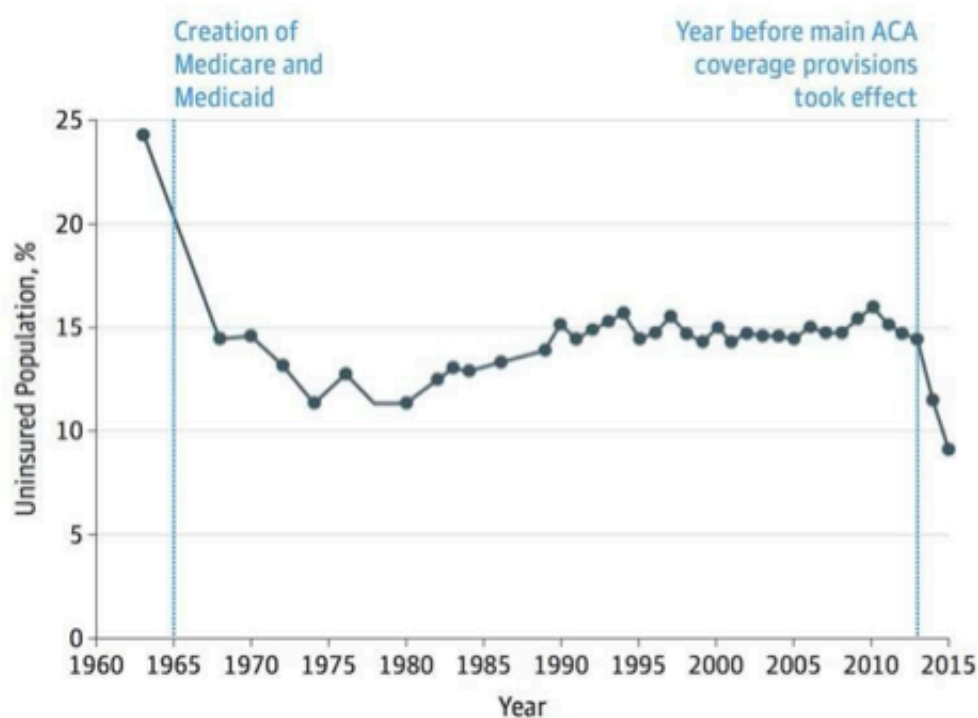
Tom Price, chirurgo ortopedico di Atlanta è stato recentemente nominato segretario del Dipartimento della Sanità degli Stati Uniti. Price è stato uno dei più feroci oppositori dell'Obamacare ed ha lavorato per diversi anni ad un piano alternativo su come riformare la sanità americana: *The Empowering Patients First Act* (EPFA) in cui sono contenute, in dettaglio, novità importanti che potrebbero avere un serio impatto sui livelli di copertura assicurativa e sulle prestazioni garantite dall' Obamacare.

Copertura assicurativa. Il principale risultato dell'Obamacare è stato certamente l'ampliamento della copertura assicurativa a circa 20 milioni di americani, portando la percentuale di cittadini non assicurati (ad oggi 8.6% della popolazione) ai livelli più bassi della storia degli USA (si veda la Figura 1). Ciò è stato ottenuto attraverso due interventi: allargamento dei criteri per beneficiare del Medicaid (il programma pubblico gratuito che oggi copre milioni di americani che vivono sotto della soglia di povertà) ed erogazione di sussidi pubblici alle famiglie con redditi medio-bassi per l'acquisto di polizze assicurative private attraverso i siti internet promossi dal governo (Glenza, "What an Obamacare replacement would look like under Tom Price", [The Guardian, 29 novembre 2016](#)).

Riguardo al primo punto, l'Obamacare ha esteso il diritto alla copertura assicurativa fornita da Medicaid (con delle eccezioni per alcuni Stati) a tutti gli individui il cui reddito familiare ammonti a meno del 133% della soglia di povertà a livello federale. Ciò in realtà è stato ottenuto tramite una decisione lasciata ai singoli Stati (cui spetta di stabilire il livello di copertura assicurativa così come l'espansione del programma Medicaid), ma incentivata dalle modalità di finanziamento del programma Medicaid, che prevedono una compartecipazione dello Stato ed una del governo federale che contribuisce con una percentuale fissa della spesa complessiva. Tale percentuale è inversamente proporzionale al reddito medio dello Stato (in rapporto al reddito nazionale) e ciò ha consentito anche agli Stati più poveri di espandere la partecipazione al Medicaid potendo contare su un contributo più alto da parte del governo federale.

La proposta di Price è quella di trasformare l'attuale compartecipazione del governo federale in un "*block grant*" ossia una compartecipazione a somma fissa e non più in percentuale della spesa. Ciò va nella direzione di contenere la spesa federale riducendo però gli incentivi all'estensione del programma in capo ai singoli Stati che hanno consentito livelli così alti di copertura assicurativa. Alcune proposte vorrebbero fissare il *block grant* a livelli tali da mantenere il tasso di crescita annuo della spesa per il Medicaid ancorato al tasso di crescita dell'inflazione e della popolazione, ovvero circa il 3% annuo (Akabas et al. 2013, "Paul Ryan's Fiscal year 2014 Budget: The details", [Bipartisan Policy Center](#)).

Figura 1: Percentuale di non assicurati negli USA, 1963-2015 (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2016)



Riguardo ai sussidi, l'Obamacare prevede un sostegno per tutti gli individui residenti che non rientrano nell'estensione del piano Medicaid, ma il cui reddito familiare ammonta a meno del 400% della soglia di povertà. I sussidi possono essere utilizzati per l'acquisto di una polizza sui siti internet promossi dal governo che comparano i costi dei piani assicurativi disponibili in ogni Stato e favoriscono così l'incontro tra domanda ed offerta di assicurazione: una sorta di piazza virtuale – il sito healthcare.gov – in cui contrattare sul libero mercato la propria assicurazione al prezzo più vantaggioso, senza discriminazioni per chi soffre di patologie pregresse.

La proposta di Price prevede un sistema di sussidi per l'acquisto di polizze in funzione non più del reddito, ma dell'età degli assicurati (Kliff, 2016 "By picking Tom Price to lead HHS, Trump shows he's absolutely serious about dismantling Obamacare", [Vox 28 novembre 2016](#)). Ciò incentiva certamente l'acquisto di polizze da parte degli individui più anziani, ma riduce l'impatto redistributivo del sussidio. Un tale sistema, in sostanza, mira a mantenere alti i livelli di copertura sanitaria rimpiazzando gli individui meno abbienti (che godevano del sussidio con l'Obamacare) con gli individui più anziani (che vengono favoriti da sussidi più generosi in base alla proposta di Price). Tuttavia, tali vantaggi per gli individui più anziani vanno valutati anche alla luce delle proposte di modifica al programma Medicare che, da attuale programma pubblico di assistenza gratuita destinato a coloro che hanno un'età superiore a 65 anni e ad alcune categorie di disabili, potrebbe diventare un sistema di voucher che serviranno ad acquistare assicurazioni private. In altri termini, mentre con il sistema dei sussidi si favoriscono gli individui anziani ad acquistare l'assicurazione, con la restrizione del programma Medicare da assicurazione gratuita a sistema con voucher si genera una penalizzazione per gli stessi individui (rispetto alla situazione esistente) che potrebbe anche disincentivare qualcuno dall'acquistare la polizza sanitaria. In definitiva, il saldo netto di assicurati tra gli anziani, considerando congiuntamente le due proposte di modifica, non è detto che sia positivo. Nel piano Price è, altresì, previsto l'innalzamento dell'età per l'iscrizione a Medicare che potrebbe slittare a 67 anni. Ciò potrebbe generare un calo di assicurati tra gli individui in età tra i 65 ed i 67 anni.

Altri incentivi (e sanzioni) alla copertura assicurativa. La proposta di Price riguarda anche altri aspetti che potrebbero minare i livelli di copertura raggiunti dalla Riforma Obama. Si pensi, ad esempio, alla

previsione di una penale a carico dell'assicurato che presenta buchi temporali nella copertura assicurativa. Ad oggi, L'Obamacare prevede, l'obbligo, a fronte di sgravi fiscali, da parte dei datori di lavoro con più di 50 impiegati, di fornire copertura assicurativa ai dipendenti e per coloro che non rispettano tale obbligo è prevista una multa di 2000 dollari a dipendente per ogni anno di mancata copertura. La riforma ha, inoltre, imposto il cosiddetto "*individual mandate*" che dovrebbe costituire un incentivo all'acquisto di una copertura assicurativa: la norma prevede, infatti, che tutti i residenti degli Stati Uniti, che abbiano le possibilità economiche, richiedano la copertura sanitaria, o, in alternativa, paghino una sorta di "penale" sul reddito familiare (l'1% nel 2014, il 2% nel 2015, il 2,5% a partire dal 2016). Il sito Healthcare.gov recita: "*If you can afford health insurance but choose not to buy it, you must have a health coverage exemption or pay a fee. (La fee è anche definita "penalty," "fine," "individual responsibility payment," o appunto "individual mandate."*)".

Price vorrebbe l'eliminazione dell'"*individual mandate*" a favore di un altro tipo di "incentivo" all'acquisto di una polizza: una penale, sicuramente più severa, che non tiene conto della condizione economica dell'assicurato e che verrebbe applicata se si dovessero presentare dei buchi temporali nella copertura assicurativa. Si tratta della "*continuous coverage policy*". Ecco come funziona: com'è noto, negli Stati Uniti, il canale più diffuso attraverso cui è possibile ottenere una copertura assicurativa, è l'impiego. Buona parte dei dipendenti e delle famiglie americane è assicurata grazie a piani cumulativi stipulati attraverso il datore di lavoro. Nel caso in cui l'assicurato perda il proprio posto di lavoro, esiste il *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* (COBRA) che consente ai lavoratori dipendenti di mantenere l'assicurazione sanitaria anche dopo il licenziamento per un periodo massimo di 18 mesi. In alternativa, è possibile rivolgersi al mercato dove sottoscrivere polizze private individuali, potendo scegliere se iscriversi ai piani di tipo *Health Maintenance Organizations* (HMOs)- la cui principale caratteristica è quella di poter usufruire ad un costo ridotto rispetto ai piani tradizionali di un limitato numero medici di famiglia e di strutture specialistiche e ospedaliere- o a alla tradizionale assicurazione a rimborso (*fee-for-service*) generalmente più costosa (Di Novi, 2015 Obamacare: una sfida ancora aperta?", [Menabò di Etica e Economia n. 28](#)). Tuttavia, tra i lavoratori disoccupati queste alternative restano poco probabili, poiché il premio assicurativo si sposterebbe sulle loro spalle per l'intera spesa, rischiando di essere economicamente insostenibile. Ma, in base al modello Price, se la copertura sanitaria viene interrotta, ad esempio per temporanea impossibilità economica a sostenere il costo della polizza, al momento di sottoscrivere una nuova polizza la compagnia assicurativa può chiedere un rincaro fino al 150% del premio standard per i primi due anni di copertura successiva.

Prestazioni coperte. Tra le potenziali revisioni suggerite da Price vi è anche quella di eliminare l'obbligo, previsto dall'Obamacare, di stipulare polizze con prestazioni minime garantite (ad esempio, cure per malattie mentali, cure pediatriche, maternità, e alcune misure di prevenzione) e di lasciare più libertà alle compagnie assicurative di scegliere quali prestazioni includere nella polizza. Ciò potrebbe condurre ad equilibrio di mercato contraddistinto da piani meno generosi a prezzi più vantaggiosi e piani con una maggiore copertura sanitaria a prezzi decisamente più elevati. Certamente più di 20 milioni americani, per lo più appartenenti alle fasce più povere, si sono giovati della riforma di Obama, ma allo stesso tempo l'inclusione di prestazioni essenziali ha significato, in particolare per la *working class*, un aumento degli oneri in termini di crescita delle franchigie assicurative e di co-pagamento delle prestazioni. D'altra parte, il rischio concreto della proposta di Price è, però, quello di un ampliamento delle disuguaglianze di accesso all'assicurazione sanitaria: gli individui poveri e con stato di salute peggiore potrebbero trovarsi di fronte all'incapacità economica di acquistare piani completi adatti a garantire cure sufficienti a causa dei costi elevati della polizza.

Evidentemente è ancora troppo presto per capire cosa succederà effettivamente all'Obamacare. Soprattutto, è ben noto che ciò che si promette in campagna elettorale non sempre viene realizzato e spesso viene realizzato in maniera molto differente e molto più sfumata. Il rischio di ritornare a livelli di copertura sanitaria pre-Obamacare e di vedere un indebolimento delle prestazioni assicurate, tuttavia,

appare molto concreto.