



ORDINE degli ATTUARI

Commissione fondi sanitari/assistenza/non autosufficienza

I FONDI SANITARI – II giornata

Roma 15/6/2021

Modelli di finanziamento e di gestione



ALESSANDRA MORGANTE

ORION STUDIO ATTUARIALE ASSOCIATO

a.morgante@orionattuari.it

Iniziativa della Commissione fondi sanitari/assistenza/non autosufficienza
Coordinamento Ivan Abbruzzo

I Fondi sanitari

- ❑ giovedì 10 giugno 2021 dalle 15.00 alle 16.00 – “Aspetti generali fondi sanitari” Annalisa Lenti
- ❑ martedì 15 giugno 2021 dalle 15.00 alle 16.00 – “Modelli di finanziamento e di gestione” Alessandra Morgante
- ❑ lunedì 21 giugno 2021 dalle 15.00 alle 16.00 – “Bilancio tecnico” Andrea Tamaro

Programma

1. Premessa
2. Scelte da effettuare
3. Sistemi di finanziamento
4. Modelli di gestione
5. Il ruolo dell'attuario

Premessa

PIANO SANITARIO

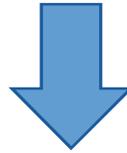
- È il documento con gli obiettivi prioritari e strategici del Fondo
- È la base programmatica di tutti gli interventi di assistenza sanitaria che il Fondo si impegna ad assicurare ai propri iscritti

NOMENCLATORE TARIFFARIO

- È l'elenco delle prestazioni assicurate dal Fondo
- Contiene la definizione di tutte le prestazioni e specifica le condizioni di accesso e i limiti di copertura

Scelte da effettuare

LA DEFINIZIONE DEL PIANO SANITARIO: LE SCELTE DA COMPIERE



CONTRIBUTI E PRESTAZIONI

SISTEMA DI FINANZIAMENTO

MODALITÀ DI EROGAZIONE

MODELLO DI GESTIONE

Prestazioni

INTEGRATIVE

- Riguardano prestazioni non contemplate o che non rientrano nella copertura pubblica (ad esempio, quelle escluse dai LEA)

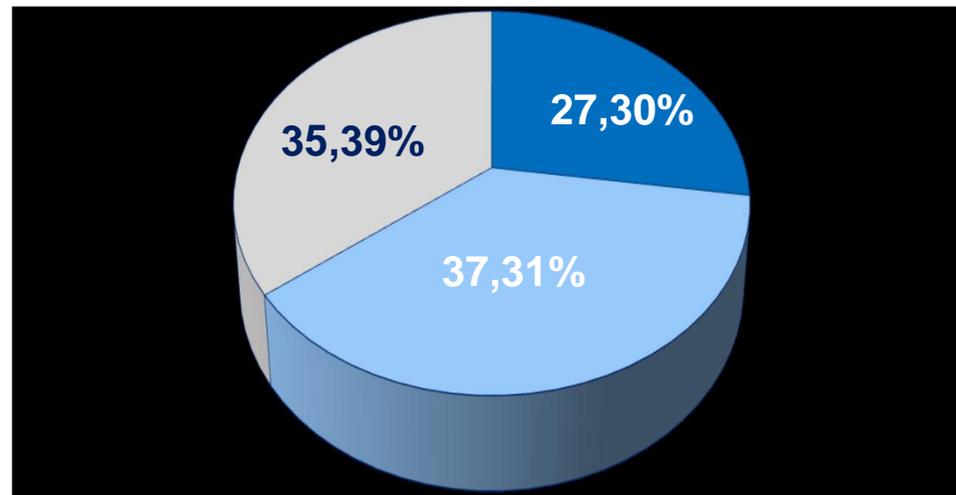
AGGIUNTIVE

- Assicurano i gap di copertura dell'assicurazione pubblica (ad esempio, i ticket e le camere a pagamento)

SOSTITUTIVE

- Garantiscono servizi e prestazioni private tali da potersi sostituire all'assicurazione pubblica

La spesa sanitaria privata per funzione



■ Integrative ■ Aggiuntive (o complementari) ■ Sostitutive (o duplicative)

Fonte: IX Rapporto RBM – CENSIS sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata

Prestazioni: possibili classificazioni

Dal punto di vista tecnico

- Prestazioni di frequenza
- Prestazioni di rischio

Dal punto di vista del finanziamento

- Prestazioni finanziate con un modello a ripartizione
- Prestazioni finanziate con un modello a capitalizzazione (individuale o collettiva)

Prestazioni: possibili classificazioni

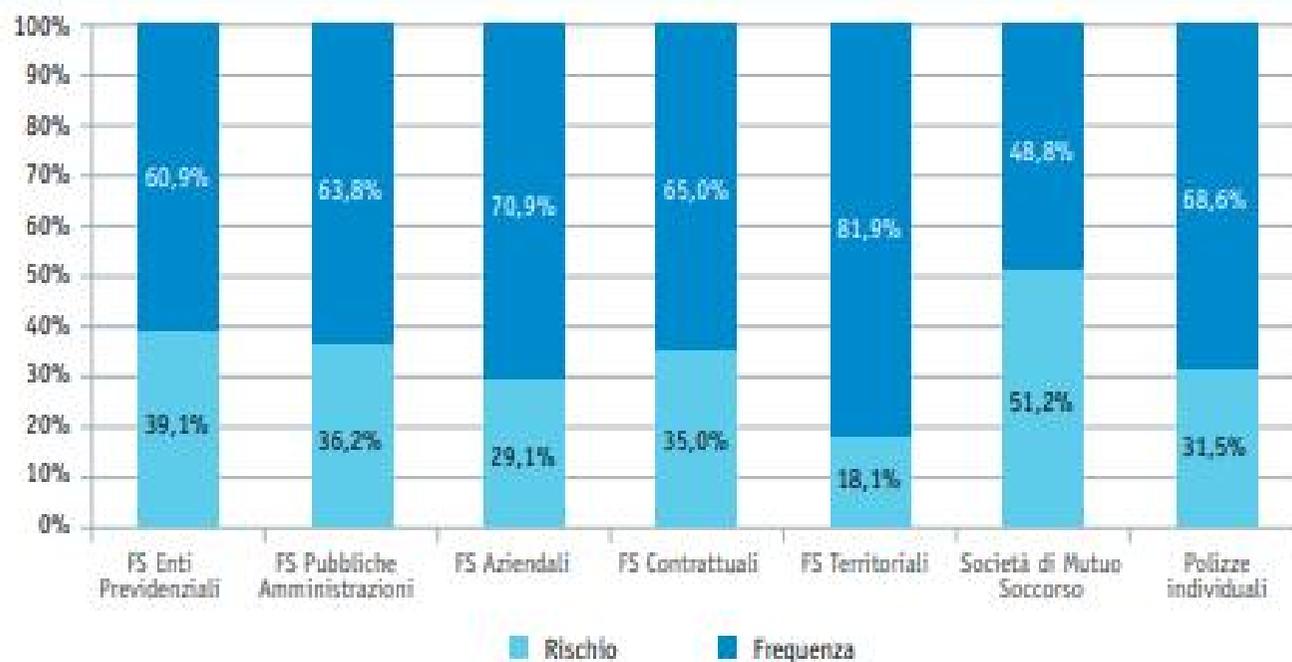
PRESTAZIONI DI FREQUENZA

- Prestazioni «di routine»
- Alta probabilità di accadimento
- Costi contenuti per singola prestazione

PRESTAZIONI DI RISCHIO

- Cure intensive e urgenti, generalmente collegate a esami ad alto contenuto tecnologico
- Ridotta frequenza di accadimento
- Costi elevati per singola prestazione

Prestazioni rischio/frequenza per importo complessivo erogato



- In termini di importo erogato le prestazioni di rischio rappresentano mediamente il 35% del totale delle erogazioni
- Rispetto al numero totale delle prestazioni richieste, in media il 15% sono prestazioni di rischio

Fonte: VII Rapporto RBM – CENSIS sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata

Sistemi di finanziamento

ripartizione

I contributi versati dagli iscritti nell'anno sono utilizzati per pagare le prestazioni per gli eventi accaduti nello stesso anno

capitalizzazione individuale

I contributi individuali affluiscono nella posizione del singolo iscritto, unitamente ai rendimenti realizzati dal loro investimento e finanziano esclusivamente la prestazione dello stesso iscritto; al verificarsi dell'evento, la posizione viene «trasformata» nella prestazione da erogare

capitalizzazione collettiva

La somma dei contributi relativi all'intera collettività e dei rendimenti prodotti dall'investimento del patrimonio forma la riserva a copertura delle prestazioni da erogare, al verificarsi degli eventi, ai componenti della stessa collettività

Tipologia di prestazioni e caratteristiche tecniche

Assistenza sanitaria di tipo classico

- Erogazione si esaurisce nel breve periodo
- Finanziamento secondo il criterio della *ripartizione*
- *Riserve tecniche*

Non autosufficienza sotto forma di rimborso spese o forfetario

- Erogazione si esaurisce nel breve periodo
- Finanziamento secondo il criterio della *ripartizione*
- *Riserve tecniche*

Non autosufficienza con prestazioni sotto forma di rendita

- Erogazione si prolunga nel lungo periodo
- Finanziamento secondo il criterio della *capitalizzazione*
- *Riserve matematiche*

A carattere sociale/indennitario

- Erogazione si esaurisce nel breve periodo
- Finanziamento secondo il criterio della *ripartizione*
- *Riserve tecniche*

Modalità di erogazione

FORMA DIRETTA

erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso strutture e medici (network) convenzionati con pagamento diretto delle spese da parte del Fondo/Società di Mutuo Soccorso/Compagnia

FORMA INDIRETTA

rimborso delle spese sostenute

Modelli di gestione

AUTOASSICURATO

Gestione diretta del rischio della copertura sanitaria o di non autosufficienza

ASSICURATO/ CONVENZIONATO

Trasferimento totale del rischio sanitario a soggetti esterni (Compagnie di assicurazione, Società di Mutuo Soccorso, altri Fondi)

MISTO

Gestione diretta di parte dei rischi sanitari e trasferimento della parte residua a soggetti esterni (Compagnie di assicurazione, Società di Mutuo Soccorso, altri Fondi)

Modello Autoassicurato – Aspetti Tecnici

VANTAGGI

possibilità di sfruttare al meglio i benefici di mutualità e solidarietà assicurativa

possibilità di personalizzare la copertura assicurativa e di modificare in autonomia i piani sanitari e i nomenclatori offerti per adeguarli alle esigenze degli assicurati, senza attendere la scadenza della convenzione assicurativa

CRITICITÀ

adeguata conoscenza dei comportamenti degli assicurati in relazione all'evento coperto, sia sotto il profilo quantitativo sia con riferimento ad un idoneo intervallo temporale

stime periodiche di livelli di contribuzione proporzionati alle caratteristiche del collettivo, alle coperture offerte e alla sinistrosità

valutazioni periodiche di sostenibilità secondo un approccio "risk capital based" per valutare la distribuzione di probabilità della variabile aleatoria patrimonio (ovvero saldo tecnico ovvero saldo di gestione) tenendo conto dei fattori di rischio sottostanti (evoluzione del collettivo, ammontare della contribuzione, andamento della sinistrosità, costo dei sinistri)

Modello Autoassicurato – Aspetti Gestionali

VANTAGGI

possibilità di consolidare il rapporto con gli iscritti mediante diversi canali comunicativi

possibilità di intervenire tempestivamente per migliorare la qualità del servizio (inserimento di nuovi canali di comunicazione)

monitoraggio dell'andamento della gestione più agevole in qualunque momento grazie all'accesso diretto ai dati

eventuale possibilità di sfruttare, in alcuni casi, la struttura e le capacità organizzative già collaudate e acquisite nella gestione della previdenza

CRITICITÀ

Costituzione di una struttura organizzativa adeguata professionalmente e dimensionalmente

costituzione di modelli gestionali (es.: gestione comunicazione agli iscritti, adesioni, richieste di rimborso, contabile, budget e controllo di gestione, etc.)

costituzione del modello di governance (organi di amministrazione e controllo)

costituzione di un Network convenzionato (o sua acquisizione)

costituzione di una commissione medica

Modello Autoassicurato – Aspetti Economici

VANTAGGI

forma no-profit che consente di offrire coperture sanitarie a un costo più contenuto rispetto a una forma assicurata

gestione degli accantonamenti con tecniche ALM

“reimpiego” di eventuali utili tecnici per migliorare il servizio offerto o per far fronte ad eventuali andamenti tecnici sfavorevoli (in caso di forma assicurata potrebbero rimanere alla Compagnia)

CRITICITÀ

costi derivanti dalla creazione di una struttura organizzativa, di un software di gestione amministrativa, di un Network, etc..

Modello Autoassicurato – «Pro» e «Contro»

«PRO»

vantaggi di mutualità/solidarietà

personalizzazione delle coperture con possibilità di assicurare rischi che la Compagnia non assumerebbe o assumerebbe a costi molto più alti/eccessivi

riduzione dei costi delle prestazioni

monitoraggio più efficace sia dei rischi che della relazione con gli iscritti

«CONTRO»

il Fondo si assume il rischio di previsioni errate

diventa necessario conoscere la collettività assicurata e i suoi comportamenti in ambito «sanitario»

maggiore complessità sotto il profilo tecnico, amministrativo e gestionale:

- sono necessari opportuni calcoli tecnici
- è necessaria una struttura ad hoc (anche se esiste convenzione amministrativa)

Modello Assicurato - Caratteristiche

POLIZZE INDIVIDUALI

Singolo

Condizioni contrattuali: formulari e condizioni standard proposte dalla Compagnia

Questionario sanitario: l'assicuratore effettua un'anamnesi dello stato di salute del soggetto per valutare le eventuali esclusioni

Periodo di carenza: intervallo temporale, che decorre dalla data di effetto della polizza, nel quale il contratto è valido ma non operante

Scarsa disponibilità a concedere le garanzie ad alta frequenza (visite specialistiche e dentarie) se non a costi molto elevati

POLIZZE COLLETTIVE

Datore di lavoro o ente collettivo di riferimento

Condizioni contrattuali: ad hoc negoziate dal cliente

Selezione della Compagnia e della polizza: trattativa privata o gara pubblica

No questionario sanitario

Carenze assenti o ridotte

No esclusione delle patologie pregresse

Possibilità di premi flat (indifferenziati per età) e comunque meno elevati

Migliori garanzie ad alta frequenza di accadimento

Modello Assicurato – Aspetti Tecnici

VANTAGGI

totale trasferimento del rischio

assenza di necessità di disporre di un risk capital

CRITICITÀ

riduzione dei vantaggi di mutualità e solidarietà assicurativa

ridotta possibilità di personalizzare le coperture assicurative

scarsità di offerte sul mercato assicurativo per la scelta della convenzione

rischio della controparte

Modello Assicurato – Aspetti Gestionali

VANTAGGI

utilizzo di una struttura già consolidata in termini di modelli gestionali, Network di convenzioni, commissioni mediche

mancata necessità di creare una struttura organizzativa e di governance ad hoc

CRITICITÀ

scarsa disponibilità di dati analitici e parziale conoscenza del livello dei rischi assicurati

necessità di ricercare nel mercato l'offerta assicurativa più vantaggiosa

Modello Assicurato – Aspetti Economici

VANTAGGI

nessun costo diretto relativo alla costituzione di una struttura organizzativa, di un software di gestione, di un Network, etc..

costo della convenzione definito a priori al momento della sottoscrizione e valido per tutta la durata della convenzione

CRITICITÀ

costo della copertura più elevato

possibile assenza (o differimento) di retrocessione di eventuali utili tecnici da parte della Compagnia

Modello Assicurato – «Pro» e «Contro»

«PRO»

rischio esternalizzato

costo predeterminato

minore complessità sotto il profilo tecnico/amministrativo/gestionale

oneri organizzativi e amministrativi a carico della Compagnia

soluzione da ritenersi più adatta per piccole collettività o all'inizio dell'attività

«CONTRO»

è necessaria la periodica revisione del costo della prestazione

costo più elevato

assenza di vantaggi di mutualità/solidarietà

attualmente non tutti gli eventi possono essere assicurati (ridotta «autonomia» e «personalizzazione»)

Modello Autoassicurato o Assicurato?

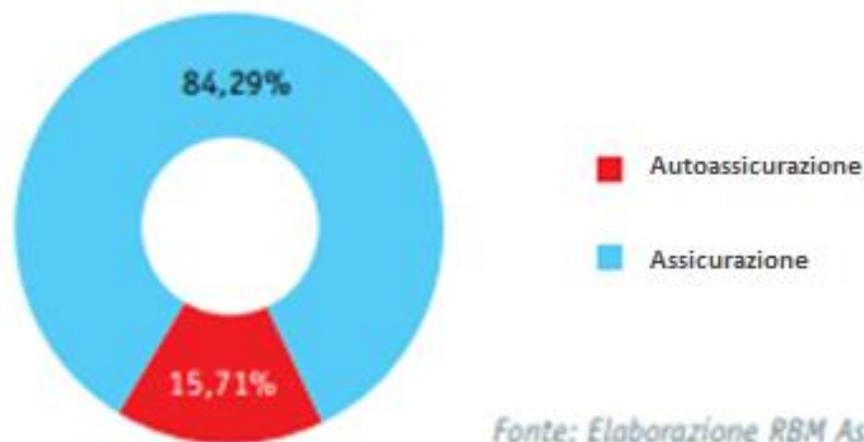
Il modello *Autoassicurato* è maggiormente idoneo per realtà di dimensioni medio grandi e con un'esperienza operativa consolidata nella gestione di "assicurati" e nell'erogazione di prestazioni

Il modello *Assicurato* appare più idoneo per Fondi di piccole dimensioni o di nuova/recente istituzione, più esposti ai rischi economici conseguenti ad andamenti della sinistrosità difformi da quelli ipotizzati nelle previsioni tecniche, poiché meno "robuste" per la difficoltà di costruire basi tecniche affidabili ed effettivamente riferibili alla platea interessata

L'adozione di un modello *Autoassicurato* per Fondi piccoli o di nuova/recente istituzione, deve prevedere comportamenti molto prudentiali (con limitazioni significative all'accesso alle prestazioni e/o premi con un caricamento di sicurezza non trascurabile) che di fatto, potrebbero annullare il vantaggio economico teorico dovuto all'utilizzo di tale modello, a meno di un ricorso alle informazioni disponibili nelle grandi banche dati assicurative e riassicurative per la costruzione delle basi tecniche e un assiduo monitoraggio dei livelli di contribuzione e dei capitali accantonati al fine di mitigare la rischiosità insita nella fase di avviamento di forma autoassicurata

Le scelte dei Fondi Sanitari

Grafico 48 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per regime gestionale (2017)



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Previmedical

Fonte: VIII Rapporto RBM – CENSIS sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata

Modello Misto

Caratteristiche

- Prevede la cessione di una parte del rischio ad un soggetto assicurativo
- Se gestita efficacemente permette di massimizzare i vantaggi e minimizzare le criticità dei due modelli
- Rappresenta un'alternativa intermedia potendo definire un mix ottimale tra i due modelli

Modello Misto

Diverse soluzioni intermedie

- trasferimento delle punte di rischio relative ad eventi con bassa frequenza e costo elevato
- trasferimento del rischio relativo alla variazione della sinistrosità, conseguente ad un incremento non previsto della frequenza piuttosto che del costo medio
- soluzioni "ibride" che prevedono l'appoggio presso forme già costituite, previa valutazione delle similarità delle platee assicurate e delle possibili sinergie ed economie di scala che potrebbero venire a realizzarsi, utili in fase di start up per acquisire una banca dati ad hoc robusta e, più in generale, per mitigare molte delle criticità relative alle due soluzioni estreme senza rinunciare totalmente ai vantaggi prospettati

Modello Misto

Nella fase di start up della forma sanitaria consente:

- di attuare, anche se parzialmente, forme di mutualità e solidarietà assicurative (intercategoriale e intergenerazionale)
- il ricorso alla riassicurazione per i rischi più elevati
- la costituzione di un risk capital più contenuto
- la gestione diretta delle pratiche e dei rimborsi al fine di arrivare in poco tempo alla raccolta di una base dati robusta

Attività specifiche dei Fondi Autoassicurati

I Fondi Autoassicurati devono:

- gestire il rischio sanitario
- strutturare un capillare presidio dei rischi per garantire la sostenibilità
- quantificare le passività (importanza delle valutazioni tecnico-attuariali)
- tradurre l'obiettivo «strategico» in obiettivo finanziario
- individuare l'asset allocation strategica
- scegliere tra gestione diretta o delegata delle risorse

Attività specifiche dei Fondi Assicurati

I Fondi Assicurati devono:

- provvedere alla selezione del partner assicurativo
- definire puntualmente i contenuti della convenzione assicurativa
- individuare i meccanismi di profit sharing e i parametri tecnici della convenzione
- valutare le convenzioni assicurative ricevute in risposta alla selezione (a tal fine è opportuno il supporto di un attuario)
- verificare che la convenzione di gestione assicurativa contenga previsioni puntuali sugli obblighi dell'outsourcer

La fase di verifica nei Fondi Autoassicurati

Rischio legato al funzionamento del modello: SOSTENIBILITÀ

È fondamentale analizzare la tenuta e la stabilità in un'ottica sia ex ante sia ex post

- controlli di natura gestionale-amministrativa
- controlli di natura tecnico-attuariale (sostenibilità e tariffazione)
- controlli di natura patrimoniale-finanziaria

IMPORTANZA DELLA GESTIONE DEI DATI

La fase di verifica nei Fondi Assicurati

Rischio legato al funzionamento del modello: ESTERNALIZZAZIONE

È fondamentale un attento monitoraggio dell'efficacia ed efficienza della convenzione assicurativa

- presidio su andamento dei sinistri per importo e per numero
- monitoraggio tramite indicatori tecnici relativi alla copertura assicurativa
- qualità del servizio reso (servizi amministrativi e call center)
- soddisfazione assistiti (indagini campionarie nei confronti degli aderenti per valutare il grado di soddisfazione della collettività)

I DATI SONO GESTITI DALL'OUTSOURCER MA LA TITOLARITÀ È DEL FONDO



IMPORTANZA DI POTERNE DISPORRE

Il ruolo dell'Attuario

Nella Gestione Autoassicurata/Mista

- identifica e profila la collettività attesa
- costruisce le basi tecniche
- determina i contributi in modo tale da garantire l'equilibrio tecnico del fondo stesso
- redige il bilancio tecnico con previsione dei flussi dell'uscite e delle entrate
- determina gli accantonamenti di natura tecnica (anche la soglia del 20% di prestazioni vincolate)
- effettua analisi di sensitività, di esperienza, stress test
- valuta l'impatto di variazioni normative o del nomenclatore
- calcola indicatori tecnico-statistici e gestionali per monitoraggio periodico

L'ATTUARIO È FONDAMENTALE E PARTE INTEGRANTE DI TUTTO IL PROCESSO DI GESTIONE E MONITORAGGIO DEL FONDO

Il ruolo dell'Attuario

Nella Gestione Assicurata

- supporta il Fondo nel processo di tariffazione e di riservazione della compagnia di assicurazione a cui il Fondo si è rivolto => analisi flussi e bilancio tecnico
- partecipa alla formulazione del piano sanitario da richiedere al mercato assicurativo
- fornisce il suo contributo tecnico in tutte le attività di verifica
- predispone piani di fattibilità in caso di passaggio (totale o parziale) da gestione assicurata a gestione autoassicurata
- valuta l'impatto di variazioni normative o del nomenclatore
- calcola indicatori tecnico-statistici e gestionali per monitoraggio periodico

IL SUPPORTO DELL'ATTUARIO È OPPORTUNO IN TUTTO IL PROCESSO DI GESTIONE E MONITORAGGIO DEL FONDO

Il ruolo dell'Attuario

Le valutazioni attuariali per i Fondi Sanitari: perché?

- non sono obbligatorie, nessuna previsione di legge ma...
- rappresentano un supporto indispensabile agli Organi del Fondo in quanto forniscono in maniera prospettica tutte le indicazioni utili per la governance del Fondo stesso

Consentono di valutare:

- la sostenibilità della gestione
- l'appropriatezza e l'efficienza delle prestazioni
- l'efficacia e l'efficienza delle decisioni di policy

I RISULTATI DELLE VALUTAZIONI NON FORNISCONO LE DECISIONI MA AIUTANO A PRENDERE DECISIONI CONSAPEVOLI

Grazie dell'attenzione

Il prossimo appuntamento è per lunedì 21 giugno 2021
dalle 15.00 alle 16.00

“Bilancio tecnico” - Andrea Tamaro