



Crenca & Associati
Consulenza Attuariale e di Risk Management

LA RIASSICURAZIONE DEI RISCHI SANITARI

MEFOP - *Master Breve Fondi Sanitari:*

«Le valutazioni tecnico-attuariali per i fondi sanitari»

Roma, 9 Maggio 2016

Giampaolo Crenca,
Principal Crenca & Associati



LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

Le **strutture sanitarie** sono attualmente oggetto di una fortissima pressione da parte di un pubblico che chiede assistenza sanitaria di qualità a costi contenuti.



LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

ASSICURAZIONE R.C. PROFESSIONALE

Art. 27, comma 1°-bis, d.leg. 24 giugno 2014, n. 90:

«A ciascuna azienda del Servizio sanitario nazionale (SSN), a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o accreditato con il SSN e a ciascuna struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi è fatto obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale»

POLIZZE CLAIMS MADE vs LOSS OCCURRENCE

Claims made: clausola lecita, vessatoria, o nulla?

Si discute oggi sulla sua validità giuridica

LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

FONDO DI GARANZIA E LEGGE BALDUZZI

SINERGIA TRA
PUBBLICO E PRIVATO



ISTITUZIONE FONDO
COME FGVS per RCA

- ❖ Accesso professionisti con basso reddito giovani medici;
- ❖ Accesso professionisti che non hanno trovato copertura nel mercato assicurativo;
- ❖ Che copra determinati rischi all'interno di un sistema costituito da diversi livelli di franchigia e massimali.



OBIETTIVO: Intervento ECONOMICO di TUTTE LE PARTI COINVOLTE, in ottica di SOLIDARIETÀ e MAGGIORE EQUILIBRIO COSTI PRESTAZIONI

LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

AUMENTO SINISTRI DOVUTI A MALASANITÀ (MEDICAL MALPRACTICE)



ORIENTAMENTO GIURISPRUDENZIALE SEMPRE PIÙ FAVOREVOLE A RICONOSCERE AMPIE LIQUIDAZIONI SU TALI SINISTRI.



AUMENTO PREMI ASSICURATIVI CHE LE AZIENDE SANITARIE SONO STATE CHIAMATE A VERSARE PER LA COPERTURA DEI RISCHI.



REGIONI HANNO DECISO DI PROCEDERE AD UNA GESTIONE CENTRALIZZATA DEL RISCHIO SANITARIO COSTITUENDO FONDI UNICI REGIONALI, CON I QUALI VIENE GARANTITO IL FINANZIAMENTO DEI RISARCIMENTI PER DANNI A TERZI CAUSATI NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA, LASCIANDO ALLE COMPAGNIE I DANNI CATASTROFALI.

CON POLIZZE AVENTI QUESTE CARATTERISTICHE:

- MIRATE SOLO SUI SINISTRI PUNTA CIOÈ SUPERIORI AD UNA CERTA SOGLIA;
- CON FRANCHIGIE AGGREGATE ELEVATE;
- SU AGGREGAZIONE DI RISCHI (PIÙ STRUTTURE IN UN'UNICA COPERTURA).

LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

Ma quali possono essere gli strumenti di policy per ridurre l'aumento del rischio?

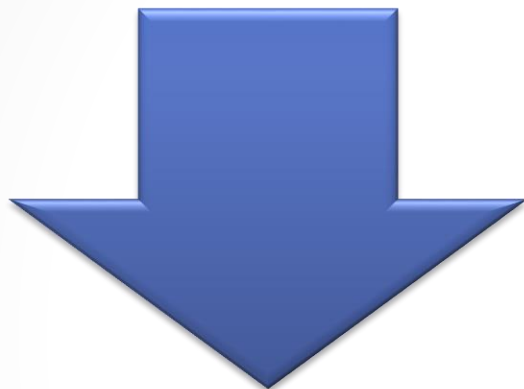
Dal TORT SYTSTEM
al
NO FAULT SYSTEM
in TOTO o in PARTE
tramite:

DALLA Responsabilità Civile ALLA Responsabilità Sanitaria con un Sistema di indennizzo «sganciato» dalle responsabilità individuali;

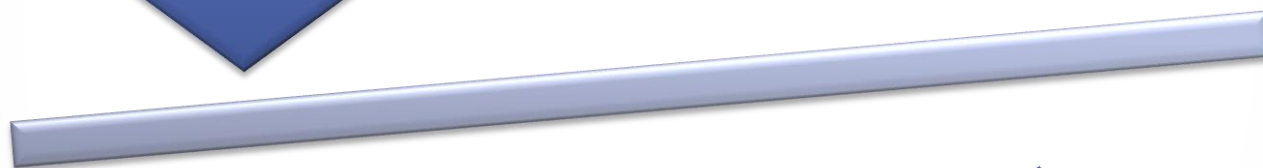
Introduzioni di limiti e standardizzazione dei danni non patrimoniali;

Implementazioni di forme alternative di risoluzione del contenzioso

LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO



l'eliminazione/riduzione del rischio del contenzioso potrebbe produrre effetti negativi sulla responsabilizzazione dei medici.



anche se un MECCANISMO INDENNITARIO garantirebbe quell'uniformità di accertamento e di quantificazione della lesione e del danno che, invece, manca nel meccanismo della mediazione, laddove queste sono lasciate di fatto totalmente alla forza contrattuale delle parti.



LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

Quale altro strumento di policy aziendale per le strutture sanitarie stesse per ridurre finanziare il rischio stesso?

AUTOASSICURAZIONE:

La risposta delle Regioni al ritiro delle imprese di assicurazioni dal mercato. La gestione *in house* del rischio sanitario.

LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

GRADO DI
SUCCESSO???



Dipende dal GRADO
DI EFFICIENZA nella
gestione dei sinistri che
gli organi regionali
dovranno dimostrare
nel tempo, ammesso di
avere a disposizione
una solida base dati.

LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

Quale strumento può essere la risposta a tale esigenza?

**ERM –
ENTERPRISE
RISK
MANAGEMENT:**

IMPRESA

**STRUTTURA
SANITARIA**

REGIONE

**SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE**

**INDIPENDENTEMENTE DAL SOGGETTO L'ERM
SI DIMOSTRA UN OTTIMO APPROCCIO NELLA
GESTIONE E QUANTIFICAZIONE DEL RISCHIO
ANCHE QUELLO DI TIPO SANITARIO, AL FINE
DI GARANTIRE LA SOLVIBILITÀ NEL TEMPO**

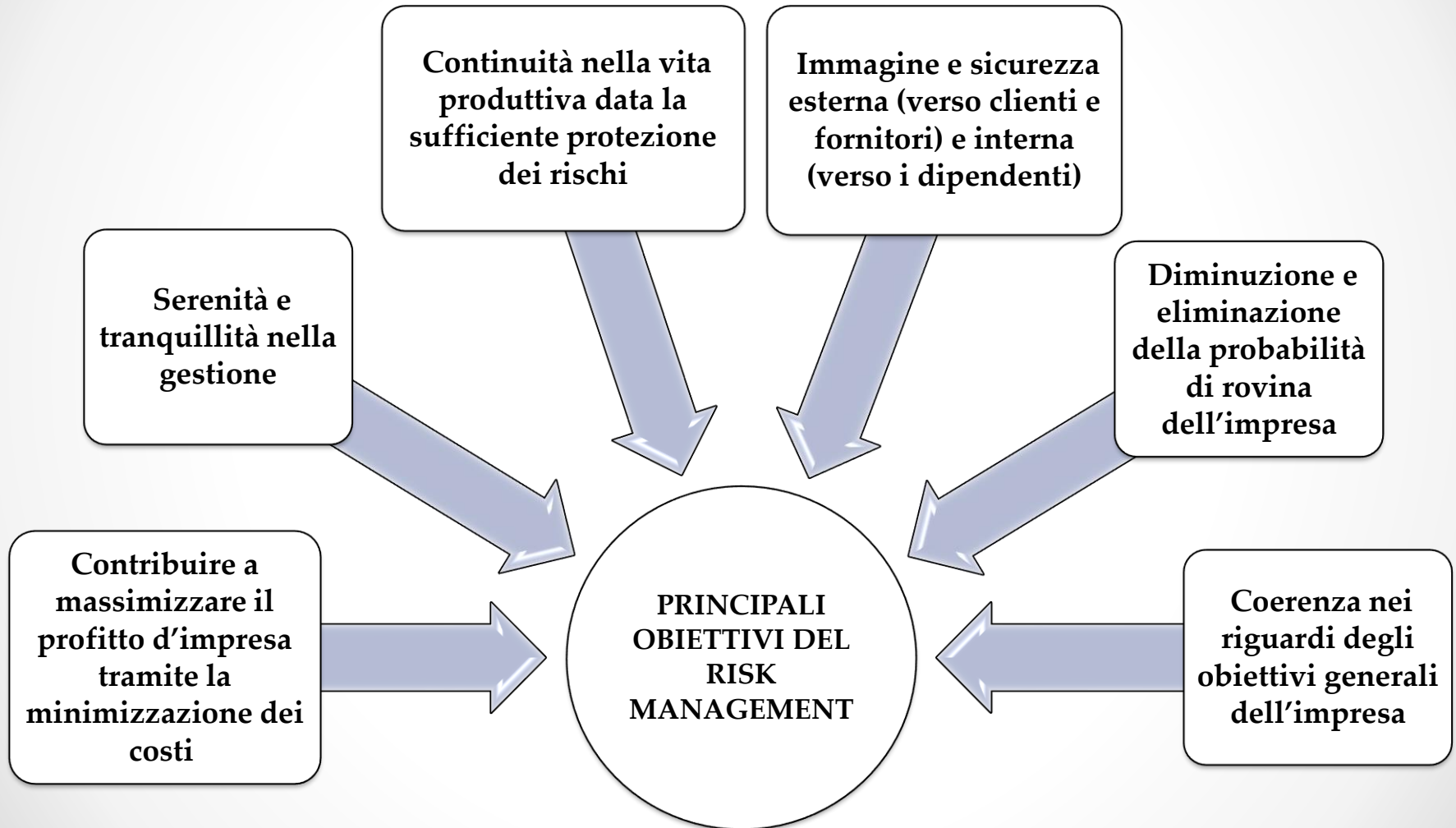
LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

**CHE COS'È
RISK
MANAGEMENT
?????**



**È la TECNICA DI
GESTIONE DEI RISCHI
che tende a
SALVAGUARDARE
attraverso l'uso di strumenti
di varia natura e nelle
migliori condizioni di costo,
il PATRIMONIO
DELL'IMPRESA CONTRO
LE PERDITE che possono
colpire l'esercizio delle
proprie attività"**

LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO



LE FASI DEL RISK MANAGEMENT (ERM)

RISK ASSESSMENT

SELEZIONE STRATEGIE E RISK CONTROL

Analisi
preliminare

Individuazione
dei rischi

Misurazione

Rischio
Target

- conoscenza dell'Azienda
 - core business
 - organizzazione
 - cultura, storia, ambiente
- conoscenza del Mercato
 - settore di attività
 - zona territoriale
 - contesto economico

- interni all'Azienda
 - rischi di processo
 - rischi di investimento
 - rischi di Finanziamento
- esterni all'Azienda
 - ambientali
 - socio-politici
 - economici

- metodi quantitativi
 - metodologia VAR
 - analisi della sensitività
 - Gap Analysis
 - scenari stress
- metodi qualitativi
 - metodologia di controllo dei processi

- definizione del livello Quantitativo del rischio tollerabile
 - perdita massima
 - probabilità di rovina
- definizione del livello qualitativo del rischio tollerabile
- selezione delle strategie ottimizzanti con metodi razionali

MAPPATURA
DEI RISCHI

QUANTIFICAZIONE DEL RISCHIO
E SELEZIONE DELLE STRATEGIE
CON METODI QUANTITATIVI

LA GESTIONE ASSICURATIVA DEL RISCHIO SANITARIO

Oggi sempre più cittadini lamentano lo scarso livello qualitativo dell'assistenza sanitaria pubblica

I PUNTI DEBOLI DEL S.S.N

- **Assistenza ospedaliera** carente, lunghe liste di attesa
- Carenza nell'**accoglienza**
- Scarsa **assistenza** del paziente
- **Cure specialistiche** non convenzionate
- Costi e tempi elevati per la **diagnostica**
- Carenze quantitative nei **centri ad altissima specializzazione**

OBIETTIVO: Promuovere e gestire un sistema mutualistico efficiente, integrativo e complementare dell'assistenza sanitaria prevista dal servizio sanitario nazionale, al fine di ridurre la **spesa out-of-pocket**.

FONDI DOC: istituiti con ex art. 9 D. Lgs. n. 502 /1992, successivamente consolidato nella “riforma Bindi” (dlgs.299/1999).

PRESTAZIONI EROGABILI:

- A. prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati fra cui sono comprese:
- le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
 - le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
 - l’assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l’esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell’età evolutiva e dell’assistenza, odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.
- B. prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell’assistito, inclusi gli oneri per l’accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell’assistito di cui all’articolo 1 ,comma15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- C. prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell’assistito.

Un successivo decreto del ministro della Salute Livia Turco nel 2008 ha allargato l’elenco delle prestazioni erogabili anche a quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente.

FONDI ISTITUTIVE e CARATTERISTICHE:

la legge stabilisce l'esplicito divieto ad adottare strategie di selezione dei rischi, in sintonia con il carattere universalistico del servizio sanitario nazionale, ma con scarso rispetto per le peculiarità che dovrebbero caratterizzare fondi non obbligatori.

Laddove, infatti, la copertura dei rischi della salute non è offerta a un'intera comunità ma dipende da una libera scelta individuale, sono possibili fenomeni di selezione avversa dei rischi.

I FONDI DOC possono essere ISTITUITI DA:

- ❑ Contratti o accordi collettivi, regolamenti di regioni ed enti locali,
- ❑ Deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nel settore dell'assistenza,
- ❑ Deliberazioni assunte da società di mutuo soccorso riconosciute,
- ❑ Atti assunti da altri soggetti pubblici o privati "purché non adottino strategia di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti".

FONDI NON DOC: Sono definiti dall'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 (Tuir) come “enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali”

Questi organismi hanno piena libertà d'azione, sancita dai propri statuti i quali definiscono anche le modalità d'iscrizione, che può avvenire sia in forma collettiva che individuale.

CARATTERIZZAZIONE SOLO IN AMBITO FISCALE: per avere stesse agevolazioni fiscali dei fondi doc devono dimostrare di aver destinato annualmente il 20% dell'ammontare complessivo delle attività a favore degli iscritti nelle seguenti prestazioni:

- ❑ l'assistenza odontoiatrica, incluse le protesi;
- ❑ le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per i non autosufficienti per favorire l'autonomia e la permanenza a casa, ma anche presso strutture residenziali e semiresidenziali non assistibili a domicilio;
- ❑ le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire ai non autosufficienti, sia a casa sia presso strutture esterne; le prestazioni destinate al recupero di soggetti temporaneamente inabili per infortunio o malattia, dagli ausili ai dispositivi medici fino alle cure termali e alla riabilitazione.

purché la contribuzione sia avvenuta “in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale”. Tale impostazione è stata ribadita dall'Agenzia delle Entrate che, in una recente risposta a un interpello (dicembre 2014).

Anno 2012: L'Ordine degli Attuari ha emanato le prime “Regole applicative dei principi attuariali e linee guida per le valutazioni dei fondi sanitari” in tale settore .

ASSICURAZIONE/RIASSICURAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO



RIASSICURAZIONE DEI RISCHI SANITARI

LA POLITICA DI GESTIONE DEI RISCHI VALUTA LE TECNICHE DI ATTENUAZIONE DEL RISCHIO INDIVIDUANDO:

IL LIVELLO DI TRASFERIMENTO DEI RISCHI ADEGUATO AL RISK APPETITE DELL'IMPRESA ATTRAVERSO OPPORTUNI ACCORDI DI RIASSICURAZIONE;

I PRINCIPI DI SELEZIONE DEI RIASSICURATORI;

LE PROCEDURE DI VALUTAZIONE DEL TRASFERIMENTO DEL RISCHIO EFFETTIVO;

UNA GESTIONE DELLA LIQUIDITÀ ATTA AD AFFRONTARE EVENTUALI DISALLINEAMENTI TEMPORALI TRA LE LIQUIDAZIONI DEI RISARCIMENTI.

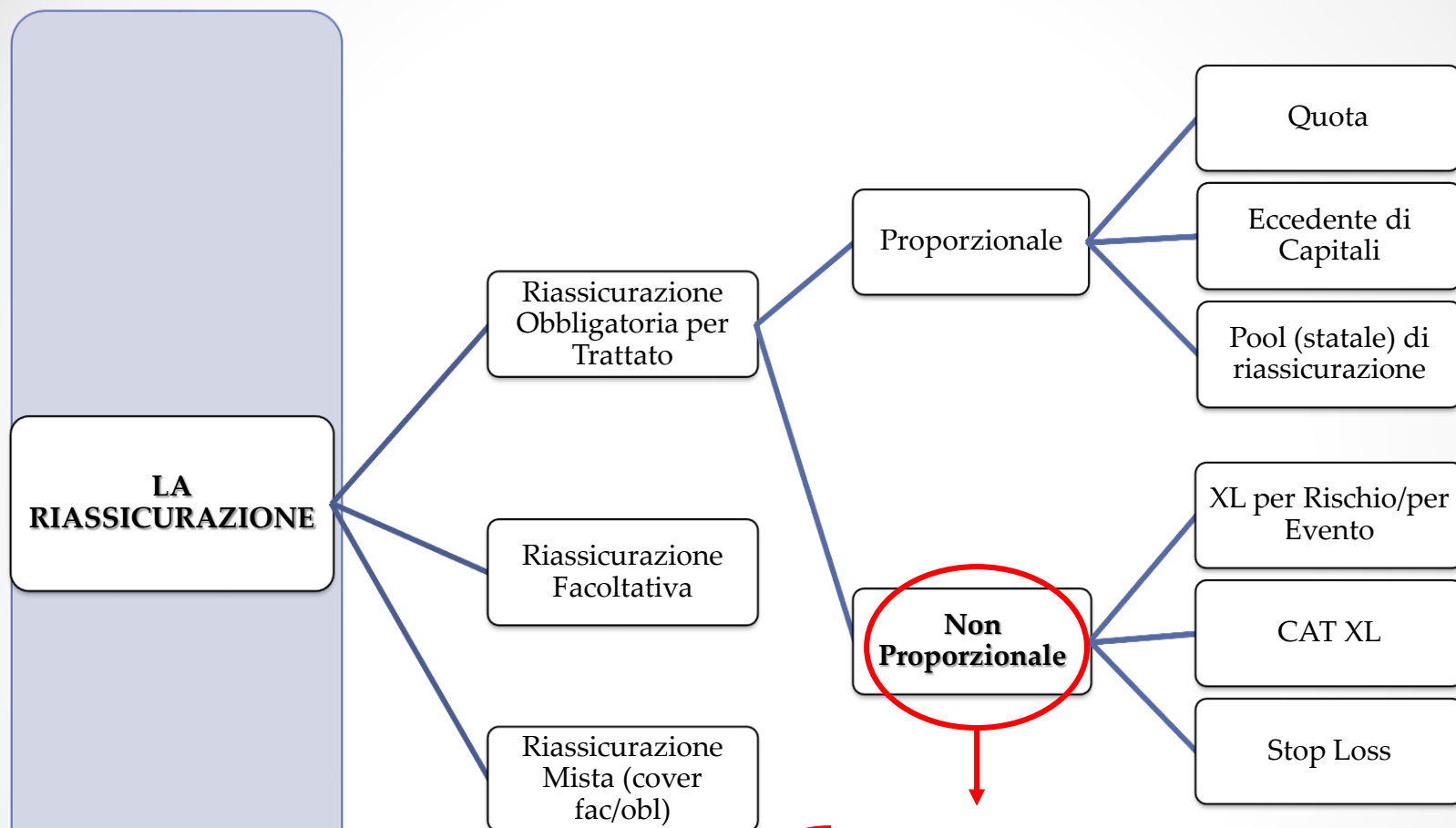
LA SCELTA DEI RIASSICURATORI SI BASA:

SUL RATING: LA RIASSICURAZIONE GENERA UN RISCHIO DI CREDITO (COUNTERPARTY RISK) CON PROBABILITÀ DI DEFAULT LEGATE AL RATING E/O ALLA SOLVIBILITÀ PATRIMONIALE DELLA CONTROPARTE;

SUL NUMERO: UN NUMERO MAGGIORE DI RIASSICURATORI PERMETTE UN'OPPORTUNA DIVERSIFICAZIONE DEL RISCHIO DI PERDITE DERIVANTI DAL DEFAULT;

SULL'OTTIMIZZAZIONE: ANALISI DEL REQUISITO PATRIMONIALE AL LORDO E AL NETTO DELLA RIASSICURAZIONE IN FUNZIONE DELL'UTILE LORDO E NETTO. IL RISPARMIO DI CAPITALE DERIVANTE DALLA RIASSICURAZIONE NON DEVE PENALIZZARE GLI UTILI.

RIASSICURAZIONE DEI RISCHI SANITARI



Soluzione ottimale per la tipologia di rischi che si intende riassicurare, in quando riduce la variabilità eliminando l'effetto del «Sinistro Punta»

RIASSICURAZIONE DEI RISCHI SANITARI

IL TRASFERIMENTO DEL RISCHIO PUÒ AVVENIRE DUNQUE TRA:

**STUTTURA
SANITARIA**

**COMPAGNIA DI
ASSICURAZIONE**

**COMPAGNIA DI
RIASSICURAZIONE**

**LA COMPAGNIA DI RIASSICURAZIONE È DUNQUE L'ULTIMO
ELEMENTO DI QUESTA FILIERA?**

CARTOLARIZZAZIONE RIASSICURATIVA

UN PASSO AGGIUNTIVO CHE CONSENTE ALLE COMPAGNIE DI RIASSICURAZIONE DI AMPLIARE L'ASSUNZIONE DEI RISCHI **CONSISTE NEL PROGETTARE UN TRASFERIMENTO DI QUELLE ESPOSIZIONI** CHE ALTRIMENTI NON VERREBBERO ASSUNTE, PERCHÈ SI REPUTA NON POSSONO ESSERE ASSUNTE INTEGRALMENTE-



**TRASFERIMENTO DEL RISCHIO SUL
MERCATO FINANZIARIO**
(ART – Alternative Risk Transfer)



NASCITA DI NUOVI STRUMENTI FINANZIARI (*Insurance Linked Securities*):

- ✓ DERIVATI ASSICURATIVI o SU RISCHI ASSICURABILI (**prodotti di copertura di RISCHI PURI**)
- ✓ CATASTROPHE BONDS (CAT BONDS): titoli per i quali il rimborso dei capitali dipende dalle perdite subite da un'impresa o più imprese o dalla performance di un pool di indici il cui andamento è collegato ad alcuni eventi catastrofici.

CARTOLARIZZAZIONE RIASSICURATIVA

L'OPERAZIONE CHE SI VIENE A DELINEARE A TUTTI GLI EFFETTI È
ASSIMILABILE AD UN'OPERAZIONE DI

CARTOLARIZZAZIONE

**IL RISCHIO SANITARIO VIENE
SPOSTATO DAL MERCATO
ASSICURATIVO A QUELLO
FINANZIARIO**

TECNICA FINANZIARIA CHE CONSENTE LA TRASFORMAZIONE DI ATTIVITÀ CHE NON
HANNO LA PREROGATIVA DI POTER CIRCOLARE SUI MERCATI FINANZIARI, IN TITOLI
AVENTI CARATTERISTICHE DEFINITE.

**IN UN MERCATO CHE È SEMPRE PIÙ CARATTERIZZATO DALLA NECESSITÀ DI EFFICIENZA, LO
STRUMENTO DELLA CARTOLARIZZAZIONE HA ACQUISITO UNA RILEVANTE IMPORTANZA, IN QUANTO
CAPACE DI LIBERARE RISORSE ATTIVE CHE POSSONO ESSERE UTILMENTE REIMPIEGATE
DETERMINANDO UN CICLO VIRTUOSO DI CRESCENTE REDDITIVITÀ.**