

Studio 2

“*Couverture maladie universelle*”: poter raggiungere i più poveri in Francia

Frederika van Ingen

“Tra il 10 e il 15% dei miei pazienti si trovano in una condizione di incertezza finanziaria,” spiega il dottor Gilles de Saint-Amand, medico generico in una zona rurale. “Non ci sono dubbi sul fatto che alcuni di essi sono effettivamente emarginati; era per loro difficile ottenere cure mediche, ma ora, grazie alla *couverture maladie universelle* [CMU – assicurazione sanitaria universale], è più facile per loro essere visitati da me. In un’ottica sanitaria ciò rappresenta indubbiamente un vantaggio e allo stesso tempo, dal punto di vista amministrativo, le procedure sono state notevolmente semplificate.” La CMU costituisce un vantaggio anche per gli operatori sociali. “Da quando è stata introdotta”, spiega Annie Dunant, infermiera di pediatria in un centro statale per la salute delle madri e dei bambini, “ci è molto più facile, quando ci occupiamo di bambini con problemi di salute, convincere i genitori a portarli da un dottore, perché sappiamo che questo non provocherà loro alcun problema finanziario”.

L’assicurazione sanitaria universale è stata introdotta in Francia il 1° gennaio del 2000. Il principio di base è quello di offrire a tutti i residenti del Paese una copertura medica di base, con una copertura addizionale riservata a chi si trova al di sotto di una determinata soglia di reddito. L’obiettivo è di offrire “un’assicurazione sanitaria per tutti”, in modo da fornire a tutti un eguale accesso alle cure sanitarie.

In Francia, l’accesso all’assicurazione sanitaria si basa sul sistema contributivo della previdenza sociale da parte di impiegati e lavoratori salariati. Ciò conferisce loro, e alle loro famiglie, il diritto a un rimborso parziale delle spese sanitarie (copertura di base). I pazienti sono liberi di scegliere il medico privato che vogliono (un medico generico o uno specialista): pagano il medico per la visita

e vengono quindi parzialmente rimborsati secondo i parametri dell'assicurazione sanitaria. Lo stesso principio vale per le medicine, che il paziente paga al farmacista e che gli vengono quindi rimborsate. Una parte di questi costi sanitari (il cosiddetto "versamento contributivo") deve essere sostenuta dai pazienti stessi, a meno che non abbiano un contratto con un'assicurazione privata o con una mutua associativa (*mutuelle*), che prevedono il rimborso, totale o parziale, di tali costi. Nel 2000, l'80-85% della popolazione ha scelto una copertura supplementare, che rimborsa almeno una parte dei costi sanitari a loro carico. Questo sistema offre accesso soddisfacente ai servizi sanitari ad una buona parte della popolazione, ma continua ad esservi un'altra parte che ne è tuttavia esclusa.

Prima della CMU vi era già una normativa in vigore: prevedeva assistenza medica gratuita, gestita dai governi regionali (*départements*) francesi. Fino al 1992, i benefici venivano concessi ai più poveri a richiesta, ogni volta che avevano bisogno di cure mediche. Era un sistema che creava disuguaglianza: non solo chi ne aveva bisogno doveva fare richiesta ogni volta che aveva problemi di salute, ma il trattamento era molto diverso da un *département* all'altro.

A partire dal 1992, le richieste vengono tuttora indirizzate ai servizi amministrativi del *département*, ma esse vengono trattate congiuntamente agli uffici locali del fondo nazionale per l'assicurazione sanitaria (*caisses primaires d'assurance maladie*, CPAM). Chi si trovava in difficoltà doveva rivolgersi ai servizi dell'autorità di governo locale (presso il *département*) per ottenere un'autorizzazione di durata annuale, per sé e per i propri familiari, piuttosto che un aiuto di tipo "occasionale". Era già un progresso, ma persisteva il problema della disuguaglianza tra i vari *départements*.

Inoltre, il fenomeno della povertà era in crescita. Secondo il sociologo Olivier Quéroil, consulente tecnico per il fondo della CMU, già consulente della task-force interministeriale sul salario minimo garantito:

Dagli anni Sessanta, quando il 50% della popolazione era coperto dalla previdenza sociale, agli anni Ottanta, quando la copertura era salita al 98%, abbiamo assistito ad un successo completo del sistema di previdenza sociale. Solo che non era immaginabile che esistesse quell'altro 2%. In primo luogo perché non era accettabile dal punto di vista umanitario e, in secondo luogo, perché ci siamo trovati con un sistema nel quale occorreva verificare i diritti di 60 milioni di persone per poter far risaltare quel 2% che non aveva diritto alla copertura. Da quando è stato istituito il sistema dell'assicurazione sanitaria, gli aventi diritto sono stati estesi a comprendere le famiglie dei lavoratori (diretti beneficiari), ed è stato istituito

un sistema di assicurazione personale per chi non versa i propri contributi sul luogo di lavoro. L'intero sistema, però, seguita a fondarsi sui contributi. Negli anni Ottanta avevamo sperato di ottenere la piena occupazione e, di conseguenza, la copertura sanitaria per tutti. Questo però non è accaduto. Fra il 1993 ed il 1998, il numero delle persone che ricevono assistenza sanitaria è triplicato (passando da 1 a 3 milioni, ovvero il 5% della popolazione). Non era più possibile seguitare a parlare di “gruppi vulnerabili residui”. Il sistema della previdenza sociale, che era divenuto sempre più generalizzato a partire dalla sua istituzione, avvenuta nel 1945, doveva affrontare questo problema, e numerosi leaders politici, in successione, iniziarono a cercare una soluzione.

Nel 1997, una ricerca del Centro per le Ricerche di Economia Sanitaria (*Centre de Recherches d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé*, CREDES) evidenziò le disparità nell'accesso ai servizi sanitari. Circa 600.000 persone non potevano accedere alla previdenza sociale. Inoltre, il 16% della popolazione non aveva una copertura addizionale. Molti di loro non chiedevano di essere curati perché non potevano permettersi di sostenere la propria parte della spesa sanitaria.

Il problema era reso più grave dai trattamenti ambulatoriali, che in base ai parametri della copertura di base venivano rimborsati in percentuale minore (60-70%) rispetto al rimborso previsto per il trattamento ospedaliero (80-95%). Il risultato era che chi non poteva permettersi di chiedere assistenza sanitaria in una fase iniziale, consultando un medico, esitava a farlo. Etienne Caniard, Vicepresidente della Federazione Nazionale Francese delle Mutue Società di Assicurazione, sottolinea:

Ciò dimostra che il programma di assicurazione sanitaria di base non bastava a garantire l'accesso alle cure mediche. Questo portò Martine Aubry, allora Ministro per l'Occupazione e la Solidarietà, a chiedersi: per assicurare parità di accesso alle cure mediche occorre forse riorganizzare il sistema sulla base delle risorse disponibili? La sua risposta a questo interrogativo fu negativa, ed ella optò per un sistema la cui specifica filosofia di base intendeva evitare di stigmatizzare i meno abbienti.

Una legge rivoluzionaria

Nel 1999 il Parlamento adottò la legge che istituiva la CMU come parte integrante di una legge quadro sulle misure volte a prevenire l'esclusione sociale. Si compone di tre parti. La prima istituisce una CMU di base per tutti, che non richiede contributi per chi è al di sotto di una certa soglia di reddito (vedi casella 1). In altri termini, chiunque risieda in Francia a norma di legge, che

Casella 1. Chi ha diritto alla CMU?

Sia la CMU che la CMU supplementare sono gratuitamente a disposizione di chi non superi un determinato tetto di reddito. Questo tetto è stato aggiornato nel febbraio del 2002 ed ora ammonta a €62 (US \$489) per i singoli, a 843 (US \$733) per le coppie o i genitori singoli con un figlio, a •1.011 (US \$879) per tre persone, a •1.180 (US \$1026) per quattro persone ed a •225 (US \$196) per ogni persona aggiuntiva. Il diritto all'accesso ha la durata di un anno, rinnovabile previo esame della situazione dell'assicurato. A partire dal febbraio del 2002, chi non rientra più in tale programma, a causa di un cambiamento intervenuto nelle sue condizioni, seguita nondimeno a beneficiare della dispensa riguardante le spese mediche. Sempre a partire da quella data, chi ha un reddito che supera di non oltre il 10% il tetto stabilito per i beneficiari della CMU supplementare, ha diritto a un contributo pari a •115 (US \$100) per ottenere una copertura supplementare con un assicuratore o una mutua associativa. Il contratto che viene proposto dagli assicuratori o dalle mutue associative garantisce loro la stessa aliquota di rimborso prevista dalla CMU supplementare.

Fonte: Fondo CMU

non paghi i contributi attraverso il proprio impiego e che non sia beneficiario di terzi, entra automaticamente a far parte del sistema previdenziale sociale. Un'ulteriore innovazione di rilievo sta nel fatto che l'onere della prova riguardo al titolo è a carico del fondo di assicurazione sanitaria, e non più a carico del singolo. Chi ha compiuto i 16 anni può quindi aderire a un fondo assicurativo senza altri documenti che quelli comprovanti la residenza e l'identità. Per fruire dei benefici previsti, chi è senza dimora deve invece prendere domicilio presso un ente riconosciuto. L'ufficio locale del fondo previdenziale può chiedere una documentazione addizionale che attesti che il richiedente non rientra nelle categorie riservate agli occupati, ma egli avrà comunque diritto ad una copertura di base per la durata di un anno. Conseguentemente, a seconda del reddito, ai richiedenti verrà proposto di contribuire a questo sistema di copertura di base, oppure essi verranno esentati dal versamento dei contributi.

La seconda parte della legge istituisce una CMU supplementare. Chi è al di sotto di un determinato reddito riceve gratuitamente questa assicurazione supplementare, che copre i costi sanitari fino ai limiti stabiliti dal sistema di previdenza sociale. Questa assicurazione supplementare copre l'importo

¹² Il rimborso completo delle protesi dentarie è stato introdotto all'inizio del 2002. Inizialmente il rimborso dei supporti visivi (occhiali/lenti a contatto) e delle protesi dentarie era limitato a •396 (US \$345) per un periodo di due anni. Ora questo limite rimane valido solo per supporti visivi.

dei versamenti contributivi, e comprende anche una tariffa giornaliera per i costi extramedicali delle cure ambulatoriali (•10,67 o US \$9.28 al giorno), le protesi dentarie e gli occhiali/lenti a contatto (fino a un limite di •396 o US \$345 per biennio)¹².

I medici consultati dai pazienti coperti dalla CMU si impegnano, tuttavia, a non superare le tariffe di base stabilite dall'intesa tra il Fondo Nazionale per la Previdenza Sanitaria dei Dipendenti Salariati (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*, CNAMTS), il governo e le associazioni mediche. Non possono stabilire autonomamente il proprio onorario. La CMU supplementare viene concessa ogni volta con una scadenza annuale.

I singoli possono scegliere la propria assicurazione supplementare – che può essere lo stesso fondo previdenziale sanitario, una società assicurativa privata, o una mutua associativa – da un elenco che viene loro fornito al momento dell'iscrizione al fondo previdenziale di base. Chi opta per un ente diverso dal fondo previdenziale sanitario, ha il vantaggio di vedersi riservare – purché non superi i limiti di reddito previsti per la CMU – un'offerta preferenziale di assicurazione supplementare (al costo di •229 o di US \$199 l'anno) dopo avere abbandonato il programma previdenziale. Un punto essenziale consiste nel fatto che il programma della CMU elimina i pagamenti anticipati. I pazienti non



Nel gennaio 2000 la “Legge rivoluzionaria” ha avuto un gran successo. Molte persone si sono iscritte con entusiasmo al CMU.



pagano né il proprio medico, né l'ospedale; questi vengono invece rimborsati direttamente dai fondi previdenziali e dagli enti dell'assicurazione supplementare.

Infine, la terza componente della legge riguarda l'emendamento delle disposizioni per l'assistenza medica di stato. Queste si riferiscono a chi si trova in Francia con uno status incerto, ma con un reddito inferiore al tetto previsto anche per la CMU. Si tratta di circa 100.000 persone. Queste possono rivolgere richiesta di copertura direttamente ad un ufficio locale del fondo previdenziale, ai dipartimenti dei servizi sociali locali o regionali, oppure per mezzo delle ONG e degli enti assistenziali. Questo elemento concede a tutti la libertà di accesso al trattamento ospedaliero, e anche – per chi si trova in Francia da oltre 3 anni (vedi Casella 2) – all'assistenza medica di base.

A partire dalla sua entrata in vigore, il 1° gennaio del 2000, la legge dispone la rapida attuazione delle misure da essa varate. Nei pochi mesi seguiti all'approvazione della legge, avvenuta nel luglio del 1999, i vari istituti incaricati di rendere operativa la CMU si sono dovuti organizzare per accogliere i beneficiari del nuovo servizio.

Riguardo ai finanziamenti, è stato costituito un fondo per finanziare il programma di CMU supplementare. Le risorse derivano dal bilancio dello stato e da contributi di enti complementari (compagnie d'assicurazione e mutue associative), calcolati sulla base dell'1,75% del loro fatturato. Nel 2000, il bilancio preventivo del fondo è stato di 1.047 milioni di euro (911 milioni di \$ US). Nel 2002, si prevede che salga a 1.120 milioni di euro (975 milioni di \$ US). Quando gli assicurati optano per gli assicuratori primari anche nel caso dell'assicurazione supplementare, le loro spese vengono integralmente rimborsate da questo fondo. Se invece optano per una mutua associativa o per una compagnia d'assicurazione, gli enti possono detrarre dai contributi dovuti al fondo per la CMU •228,67 (US \$199) per ogni persona da loro assicurata per un anno. Tale somma, che si vuole corrisponda alla spesa media sostenuta dagli assicuratori supplementari per ciascun assicurato, non copre i costi gestionali degli enti che hanno accettato di offrire la copertura assicurativa. È stato stimato che la spesa sanitaria annuale deve essere rivista, portandola a circa •244 o US \$212 a persona per il 2001. Gli assicuratori supplementari attualmente chiedono un aumento delle deduzioni loro spettanti, ovvero il pieno rimborso dei loro costi, così come avviene per gli assicuratori primari. “C'è molto lavoro da fare per raggiungere chi potrebbe beneficiare della CMU ma non ne è a conoscenza”, osserva Caniard. “È un

Alla fine del 2001 erano 120.000 le persone che beneficiavano di assistenza medica governativa (GMA), di cui il 70% concentrate nella regione dell'Île de France (Parigi e l'area circostante) ed il 44% a Parigi stessa. Questa assistenza è mirata alle persone che hanno uno status per un verso o per l'altro "irregolare". Non si tratta tanto di "generosità", quanto della risposta a un problema di salute pubblica. "Molte di queste persone," spiega Yves Carcenac, Ispettore Generale degli Affari Pubblici, "stavano cominciando a manifestare malattie infettive, in particolare la tubercolosi, ma temevano di venire identificate se avessero chiesto di essere curate." Un elemento che caratterizza particolarmente questa popolazione è la difficoltà di definirla quantitativamente. A partire dall'introduzione della GMA, tuttavia, dopo un avvio piuttosto lento dovuto a un certo grado di sospettosità, si sono avute ogni tre mesi tra le 10.000 e le 12.000 nuove iscrizioni. L'assistenza viene assicurata principalmente sulla base di una dichiarazione del richiedente, che descrive la propria situazione. L'introduzione della GMA è stata tuttavia più difficile di quella della CMU, come sottolinea un rapporto dell'Ispettorato Generale per gli Affari Sociali (*Inspection Générale des Affaires Sociales, IGAS*). Uno dei motivi alla base di questa difficoltà consiste nel fatto che la popolazione interessata non era stata informata a sufficienza: uno dei principali canali per la diffusione delle informazioni era costituito dalle organizzazioni umanitarie, poiché i servizi governativi non avevano provveduto a farlo. Un ulteriore motivo si deve al fatto che alcuni fondi previdenziali primari avevano istituito un unico sportello di accettazione per regione, cosa che portava a stigmatizzare coloro che invece, secondo lo spirito della legge, avrebbero dovuto piuttosto "perdersi" nella massa degli assicurati. Il fatto che l'accesso alle cure dei medici di base sia riservato a chi si trova in Francia da oltre 3 anni sta provocando delle situazioni complesse. Da un lato, è difficile che chi si trova in posizione di irregolarità possa provare di essere stato nel Paese; dall'altro, questo paradossalmente favorisce chi permane più a lungo in condizioni di irregolarità. Infine, il rapporto dell'IGAS sottolinea che la gestione del bilancio da parte del governo sta "causando delle preoccupazioni". Il costo di 60 milioni di euro (52 milioni di \$ US) previsto per il bilancio del 2002 aveva ad esempio già raggiunto quota 145 milioni di euro (125 milioni di \$ US) nel 2001.

*Casella2.
Previdenza sanitaria per chi
ha uno status "irregolare"*

Fonte: IGAS.

lavoro che potrebbe essere svolto da gruppi di base, in collaborazione con le associazioni assistenziali, ma questo richiederebbe dei fondi aggiuntivi”.

Un cambiamento culturale?

“L'introduzione della CMU ha rappresentato un vero cambiamento culturale, a tutti i livelli,” rileva Marc Schlusshuber, Direttore responsabile per l'accesso ai servizi sanitari del fondo previdenziale primario Seine-Saint-Denis.

In questa regione, sita nei pressi di Parigi e gravemente connotata dai problemi della povertà, erano stati inizialmente stimati intorno a 200.000 potenziali beneficiari di una CMU supplementare. All'inizio del 2002 gli aventi diritto erano 146.650, dopo un picco di 177.000 persone avutosi nel giugno del 2001. Nei primi 6 mesi del programma si erano iscritte 87.000 persone. Schlusshuber racconta:

Per dei fondi previdenziali locali come noi, ciò ha significato passare da un lavoro di tipo amministrativo e dall'applicazione di formule matematiche all'assumere un ruolo di carattere sociale. Si è dovuto provvedere a convincere il personale che in futuro il nostro ruolo sarebbe stato quello di contrastare la povertà. Appena venne istituito il programma, fummo inondati dalle richieste. Avevamo avuto qualche mese per prepararci, avevamo mobilitato 130 persone per affrontare questo problema ed avevamo assunto un centinaio di giovani.

Uno dei principali cambiamenti consiste nel fatto che adesso sono i fondi previdenziali a dover provare il diritto all'assistenza delle persone, e non più l'inverso. Schlusshuber ricorda:

Il 3 gennaio del 2002 si presentò un giovane chiedendo di iscriversi al programma previdenziale. Non aveva lavoro, aveva avviato la pratica amministrativa per ottenere il reddito minimo garantito e sembrava essere in una situazione di tipo "regolare". Quindi lo iscrivemmo automaticamente, senza alcun documento probatorio. Chiaramente, in un momento successivo chiederemo di prendere visione di questi documenti e controlleremo i suoi titoli a riguardo, ma per noi, che operiamo in un dipartimento della pubblica amministrazione, si trattava di una situazione completamente inedita.

Schlusshuber vede lo stesso approccio innovativo per l'assistenza medica governativa. "In termini pratici, se delle persone di status irregolare vengono ad iscriversi al programma, noi cerchiamo di chieder loro tutti i documenti di supporto di cui dispongono; ma alla fine, specie nel loro caso, dobbiamo accontentarci delle loro dichiarazioni". In questo *département* la GMA ha fatto in modo che il numero di irregolari che riceve assistenza medica salisse da 3.000 a 13.000. Schlusshuber prosegue:

Sappiamo che vi sono ancora persone che non osano registrarsi, perché temono che venga scoperto il loro status di irregolari, ma le informazioni relative a questo nuovo diritto alla previdenza sociale si vanno gradualmente diffondendo.

La CMU ha migliorato l'immagine del sistema della previdenza sanitaria. Oggi il fondo previdenziale sanitario primario sta agendo per combattere la povertà. Oggi, a Seine-Saint-Denis, stiamo cooperando con gli operatori sociali del *département*, ad esempio dando loro i nomi di persone cui è stata rifiutata l'iscrizione alla copertura offerta dalla CMU, perché il loro reddito superava il tetto stabilito, in modo che questi possano essere rintracciati e aiutati in base ad altri programmi esistenti. Stiamo sviluppando azioni preventive nelle famiglie, nelle associazioni e nei comuni, e offriamo una linea telefonica d'emergenza. In sostanza abbiamo ristabilito un dialogo con gli assicurati. Adesso abbiamo davvero l'impressione di contribuire a qualcosa che va al di là dei meri rimborsi. La CMU è un sistema che richiede che tutti, nel corso dell'intero processo, vengano coinvolti in un'azione che punta a rafforzare la solidarietà.

Parlando in termini generali, l'introduzione della CMU ha completamente modificato il modo di operare dei fondi previdenziali primari. Uno studio¹³ a cura della Direzione per la Ricerca e la Valutazione Statistica (*Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques*, DREES), presso il Ministero per l'Occupazione e la Solidarietà sottolinea la difficoltà di istituire uno sportello di accoglienza che abbia un aspetto “normale”, in modo da non stigmatizzare i beneficiari della CMU, ma che sia al tempo stesso capace di rispondere in maniera adeguata a questi casi particolari. Inizialmente, alcuni fondi previdenziali sanitari locali non erano in grado di offrire ai fruitori della CMU sportelli di accoglienza che fossero su di un piano di parità con quelli per gli altri assicurati, ed hanno dovuto provvedere appositamente. Anche il termine di scadenza per l'iscrizione alla CMU supplementare, che la legge fissava in non più di 2 mesi, ha contribuito a creare problemi ad alcuni uffici, che si sono trovati ad affrontare problemi tecnici al momento dell'avvio del sistema.

In alcune località, si sono evitati i tempi d'attesa presso gli uffici dei fondi di previdenza sanitaria di base facendo ricorso all'aiuto di volontari, ottenendo il sostegno di mutue associative e di compagnie d'assicurazione e istituendo sportelli d'accoglienza presso ospedali, comuni ed aree disagiate.

Beneficiari: il 7,8% della popolazione

Quasi due anni più tardi, il 30 settembre del 2001, secondo uno studio del DREES¹⁴ beneficiavano della CMU di base 1,2 milioni di persone, mentre 4,7 milioni di persone – ossia il 7,8% della popolazione – erano coperti dalla CMU supplementare. Il numero dei beneficiari ha avuto un picco

¹³ BOISGUERIN, B. *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2001*. Parigi, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2002 (Etudes et Résultats, n° 158).

massimo nel giugno del 2001, con un totale di 5,3 milioni. Ciò può spiegarsi con il fatto che la legge ha provveduto a conferire automaticamente il diritto alla CMU a chi in precedenza aveva diritto all'assistenza sanitaria. Nel frattempo, tuttavia, la situazione di alcuni di questi beneficiari era mutata, oppure essi non hanno richiesto il rinnovo perché non avevano necessità di curarsi. Altri possono beneficiare dell'assistenza medica in un *département* ove il tetto del reddito era più elevato rispetto a quello previsto per la CMU.

Una popolazione di giovani e di donne

Nel novembre del 2000 uno studio¹⁵ del DREES definì più precisamente il gruppo demografico di riferimento. Beneficiari della CMU sono principalmente le donne (55%) ed i giovani (il 39% ha meno di 20 anni). Il 6% ha oltre 60 anni e, tra le persone in età lavorativa (20-59 anni), il 40% è disoccupato. Nel 26% dei casi, la persona di riferimento (cioè il componente della famiglia iscritto alla CMU, attraverso il quale gli altri membri ottengono la propria copertura) ha un'occupazione. Infine, il 36% dei beneficiari fanno parte di una famiglia in cui la persona di riferimento è un operaio e il 27% di una in cui questa, uomo o donna che sia, ha invece lo status di impiegata. Nel 30% dei casi, la categoria socio-professionale della persona di riferimento non è definita, vuoi perché la persona non ha mai lavorato, vuoi perché si tratta di una persona inattiva o di una casalinga.

Due anni dopo, sono i dati sui rimborsi a rappresentare il principale strumento per una valutazione dell'impatto sulla salute avvenuto con l'introduzione della CMU. Le statistiche elaborate dal CNAMTS dimostrano che nel 2000 le spese sanitarie di chi era coperto dalla CMU supplementare ammontavano al 70% dei costi sostenuti da chi aveva una copertura basata su programmi diversi. All'inizio del 2001, tuttavia, tale dato era salito all'85%. Questo può spiegarsi con il fatto che il gruppo demografico cui è diretta la CMU corrisponde ad una fascia d'età più giovane e conseguentemente in uno stato di salute migliore. Mentre i costi sanitari per chi è coperto dalla CMU supplementare sono più bassi rispetto a quelli degli altri assicurati, in una fase iniziale essi si concentrano piuttosto sull'assistenza primaria (medici generici, acquisto di medicine) e sembrano però procedere gradualmente verso un allineamento con il modello di consumi sanitari proprio della popolazione complessiva.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ BOISGUERIN, B. & GISSOT, C. *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000*. Parigi, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2000 (Etudes et Résultats, No. 152).

Alla fine del 2000, uno studio che prendeva in esame un campione di beneficiari riportava che, tra le persone coperte dalla CMU, una su due aveva rinunciato ad almeno un trattamento sanitario per motivi finanziari, prima di aderire al programma. Questo riguardava principalmente trattamenti mal rimborsati dalla previdenza sociale di base, come le cure dentistiche (31%), quelle oculistiche (25%), le protesi dentarie (19%) e le visite specialistiche (10%). Dopo l'introduzione della CMU, il 65% dei campioni aveva riferito di avere iniziato almeno uno dei trattamenti che aveva precedentemente trascurato. Due terzi di essi si erano “rimessi in pari” avviando delle cure dentistiche o farmaceutiche e consultando un medico di base o uno specialista. Riguardo alle protesi dentarie ed alle cure oculistiche, solo il 40% aveva ripreso i trattamenti interrotti in precedenza. Ciò può spiegarsi con il tetto di spesa esistente, fissato in •396 (US \$345) per biennio. L'abolizione del tetto di spesa per le cure dentistiche, all'inizio del 2002, dovrebbe aiutare chi è coperto dalla CMU ad avviare trattamenti di tale genere.

Un altro indicatore dell'efficacia della CMU deve leggersi nella caduta di affluenza ai centri di assistenza sanitaria attivati dalle organizzazioni umanitarie. Questi enti sono stati fortemente coinvolti nel dibattito relativo all'introduzione della legge e dei relativi regolamenti attuativi, e seguitano a monitorare con attenzione l'impatto della CMU e ad avviare i propri pazienti verso le sedi dei fondi di previdenza primari. “Stiamo assistendo alla caduta evidente del numero di pazienti nei nostri centri, dal momento che ora hanno più facilmente accesso ai medici di base o al trattamento ospedaliero,” rimarca Nathalie Simonot, di Médecins du Monde. “C'è stata perfino la chiusura di alcune sedi, nei centri minori. Tuttavia esiste ancora un problema di informazione, e riteniamo che molte persone che avrebbero diritto alla CMU non ne siano al corrente.” La stessa osservazione è stata fatta dall'Unione Nazionale degli Enti Privati Sanitari e Sociali (*Union Nationale Interfédéral des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux*, UNIOPSS), che ha notato una decisa riduzione del numero di pazienti dei centri ambulatoriali, sottolineando però la carenza di informazioni a disposizione sia di chi non le cercasse attivamente, sia dei gruppi sociali più gravemente emarginati, nei cui confronti era necessario organizzare una presa di contatto diretto, se li si voleva incoraggiare a fruire dei servizi disponibili.

Un deciso passo avanti in termini sociali

“L'assicurazione sanitaria universale costituisce un deciso passo avanti in termini sociali, ha concluso un recente rapporto dell'IGAS¹⁶. Yves Carcenac, coautore del rapporto assieme ad Evelyne Liouville, rileva che:

La generale parità di accesso ai trattamenti sanitari, indipendentemente dal luogo di residenza, e la presenza di un unico sportello negli uffici dei servizi di previdenza sociale locali sembrano aver generato uno spirito di neutralità che non sempre si rilevava nel precedente sistema. Ancora è troppo presto per cogliere con chiarezza gli effetti sulla salute, ma sappiamo che le misure varate con questa legge, ed in particolare il fatto che nessuno deve più anticipare “in contanti” le spese per la propria salute, rendono davvero più agevole l’accesso ai trattamenti sanitari, e sembrerebbe che ci si stia muovendo verso un’armonizzazione nei confronti del resto della popolazione.

La centralizzazione a livello nazionale pone tuttavia dei problemi inediti. Uno dei problemi che gli uffici governativi si trovano ad affrontare è quello del controllo. “È il corollario dello spirito di fiducia che s’incarna nella legge”, spiega Carcenac. “Noi diamo fiducia alle persone, accettando di fondare la nostra azione su quanto affermano. Il corollario è che abbiamo facoltà di controllare quanto affermato da loro. Agli inizi ci trovavamo in una fase d’avvio. Oggi il sistema della CMU è a regime, e occorre procedere all’organizzazione di questi controlli”.

Un’ulteriore difficoltà consiste nel fatto che i professionisti della sanità, dai quali dipende in parte il sistema della CMU (dato che essi accettano di non superare le tariffe dell’accordo), non sempre “stanno al gioco”. Alcuni di essi, osserva il rapporto dell’IGAS, rifiutano di trattare chi è coperto dalla CMU, rifiutano di rinunciare al pagamento anticipato, oppure chiedono un supplemento tariffario. Uno dei principali motivi addotti è che alcuni fondi pagherebbero dopo molto tempo. Tuttavia questi ritardi non sono generalizzati e riguardano principalmente quei medici che non dispongono di un computer e che inoltrano le richieste di rimborso via posta, invece che elettronicamente. Altri medici, specialmente odontoiatri, non accettano invece le tariffe stabilite per il pagamento delle loro prestazioni. I casi di rifiuto di trattamento sono però relativamente isolati, ed il sistema della CMU ha molto semplificato le procedure amministrative.

La principale critica rivolta al sistema della CMU riguarda tuttavia il cosiddetto “effetto soglia”. Chi ha un reddito superiore al tetto stabilito per aver diritto alla CMU, fosse pure di soltanto •1, si ritrova in una situazione di precarietà, senza poter accedere al trattamento sanitario cui poteva ricorrere prima

¹⁶ CARCENAC, Y. & LIOUVILLE, E. *Première évaluation de l’application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d’une couverture maladie universelle*. Parigi, Ministero dell’Occupazione e della Solidarietà, 2001 (Rapport n°2001, 112).

dell'introduzione della CMU. Alcuni beneficiari di contributi, come ad esempio gli anziani che vivono da soli con una pensione di anzianità al minimo, oppure con il contributo per i disabili, hanno un reddito leggermente superiore al tetto previsto, e non possono quindi fruire della CMU supplementare. In confronto alla stima dei costi delle spese sanitarie individuali per il programma di CMU supplementare (•238, ovvero US \$207), il costo contributivo per un massimale equivalente con una polizza assicurativa supplementare è molto superiore. Inoltre, circa una dozzina di *départements* hanno stabilito un tetto retributivo per l'accesso all'assistenza medica governativa che è più elevato di quello previsto per la CMU. In teoria, questo potrebbe significare che la CMU declassa chi potrebbe accedere a tale assistenza, impedendogli di farlo, ma in pratica una serie di successivi rinvii decisi dal governo – onde evitare che chi già usufruiva dell'assistenza medica governativa dovesse improvvisamente passare ad una nuova situazione senza assistenza supplementare – hanno fatto sì che non si fosse costretti a cambiare programma previdenziale sino alla fine del 2001 o agli inizi del 2002. Le misure volte a sostenere chi sottoscrive una copertura supplementare, che dovrebbero divenire operative nel corso del 2002, aiuteranno a mantenere una continuità di assistenza sanitaria.

Sarà questo il prossimo guado da superare nello sforzo, da parte del sistema sanitario francese, di raggiungere i più poveri. Il programma della CMU ha consentito di coprire i costi sanitari di una parte molto ampia dei meno abbienti. L'unico gruppo rimasto escluso è quello di chi ha un reddito che supera leggermente il tetto che gli consentirebbe di fruire della CMU.

Dal canto loro, le organizzazioni umanitarie propongono che, da una parte, vi sia un innalzamento del tetto massimo per fruire della CMU e, dall'altra, che venga introdotta un'assistenza inversamente proporzionale al reddito, per aiutare chi deve sostenere il costo di una copertura supplementare. “Se gli enti che forniscono l'assicurazione supplementare vogliono mantenere il loro monopolio”, sottolinea Jean-Claude Boulard, uno dei parlamentari che ha contribuito alla redazione della legge del 1999 sulla CMU, “dovranno trovare un sistema contributivo modulare che parta dove si interrompe la CMU.” Il rapporto dell'IGAS ha preso in esame diversi scenari, dall'innalzamento del tetto retributivo all'introduzione di contributi riservati a chi abbandoni il programma previdenziale della CMU. Alla fine, ha optato per l'introduzione di contributi, una scelta sostenuta dal governo, che ritiene che l'innalzamento del tetto retributivo sarebbe stato troppo costoso, e che esso avrebbe inoltre soltanto spostato il momento in cui sarebbe subentrato l'effetto soglia.

Nonostante alcune difficoltà iniziali, e nonostante l'emergere del problema di un effetto soglia, la CMU costituisce nondimeno un indubbio progresso sia per i beneficiari che per coloro che fanno parte del sistema sanitario. “La caratteristica particolare di questa legge,” concludono Carcenac e Liouville, “è che, oltre ad essere stata attuata in maniera efficiente e ad avere facilitato l'accesso al trattamento sanitario per i più poveri, ha anche prodotto un nuovo atteggiamento mentale tra la maggior parte delle persone coinvolte: tutti hanno fatto del loro meglio per far funzionare la legge ad ogni livello. Ora, occorre consolidarla”. Ulteriori valutazioni della legge sono previste con scadenza biennale e dovrebbero consentire, ove necessario, di calibrare meglio il sistema.