

Roma
16 Giugno 2010

Il finanziamento multipilastro della sanità: alcune riflessioni

Fabio Pammolli

TREND STORICI E PROIEZIONI DI SPESA <

I LIMITI DELLA RIPARTIZIONE

LA NORMATIVA ITALIANA

SPUNTI PER IL DIBATTITO:

I fondi *welfare*

Il perimetro di operatività

La fiscalità

INTENSA DINAMICA PASSATA E PROSPETTICA

Negli Ultimi 50 anni, l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria (pubblica e privata) si è almeno raddoppiata in tutti Paesi a economia e *welfare* sviluppati (*bismarkiani, beveridgiani*, a prevalenza pubblica o privata)

Non ci sono evidenze di effetti che dall'allungamento della vita si traducano in riduzione/stabilizzazione della spesa

Le proiezioni Ecofin/Ocse/Fmi riportano di un potenziale raddoppio o più che raddoppio nei prossimi 50 anni (elasticità al reddito >1 , impatto della tecnologia)

TREND STORICI E PROIEZIONI DI SPESA

I LIMITI DELLA RIPARTIZIONE <

LA NORMATIVA ITALIANA

SPUNTI PER IL DIBATTITO:

I fondi *welfare*

Il perimetro di operatività

La fiscalità

(IN) COMPATIBILITÀ MACRO

In Italia, per stabilizzare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil al livello attuale, nel 2050 il *coverage* dovrebbe ridursi **al di sotto del 50%**

Per ricondurre il debito pubblico italiano al 60% del Pil nel 2050, sarebbe necessario un profilo di avanzi di bilancio continuamente crescente sino a superare il **10% del Pil**, con conseguente «ingessamento» della politica annuale di bilancio

IL PESO SUGLI ATTIVI/OCCUPATI

Oggi, in Italia, **ogni attivo** finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata ai 65+ con risorse equivalenti ad oltre il **31%** del Pil *pro-capite*. Al 2050, questo valore sarà del **42,2%** se si considerano le proiezioni sanitarie che tengono conto solo dell'invecchiamento; e del **48,6%** se le proiezioni si riferiscono al potenziale di spesa. Nella media Ue-15, i tre valori sono rispettivamente **25,2**, **38,3** e **45%**

Oggi, in Italia, **ogni occupato** finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata ai 65+ con risorse equivalenti ad oltre il **52,6%** del Pil *pro-capite*. Al 2050, questo valore sarà del **62,3%** se si considerano le proiezioni sanitarie che tengono conto solo dell'invecchiamento; e del **71,5%** se le proiezioni si riferiscono al potenziale di spesa. Nella media Ue-15, i tre valori sono rispettivamente **36,2**, **51,5** e **60,4%**

DALLA RIPARTIZIONE ALLA MUTUALITÀ PRIVATA E AL *POOLING* ASSICURATIVO

La ripartizione sosterrà una simile pressione? => Soglie compatibili con il funzionamento dell'economia e il finanziamento degli altri istituti di *welfare* a finalità redistributiva

La stesso problema della ripartizione si ripresenta, con modalità solo apparentemente diverse, nella mutualità privata (le società di mutuo soccorso) e nel *pooling* assicurativo (i contratti di assicurazione sia individuali che collettivi)

Spostare il finanziamento dal pubblico al privato di per sé non muta i termini della sostenibilità della spesa, se non si inseriscono quote di accumulazione reale

TREND STORICI E PROIEZIONI DI SPESA

I LIMITI DELLA RIPARTIZIONE

LA NORMATIVA ITALIANA <

SPUNTI PER IL DIBATTITO:

I fondi *welfare*

Il perimetro di operatività

La fiscalità

ALL'INDOMANI DEI DECRETI “TURCO” E “SACCONI” ...

I Lea/Lep hanno definizione potenzialmente onnicomprensiva

Si è compiuta la scelta di favorire i fondi complementari al Ssn, ma il perimetro di complementarità è vago, cambierà nel tempo e nello spazio (Regioni, Enti Locali) => problemi di incompletezza contrattuale

I fondi sanitari non sono tenuti all'accumulazione reale delle risorse (fondi pensione *post* D. Lgs. 124/1993)

Non esistono regole per la *governance* (come per i fondi pensione)

Il complesso della fiscalità agevolata (anche quella che riguarda *out-of-pocket* e assicurazioni) sembra non rispondere a un disegno organico su finalità e strumenti (“manutenzione” straordinaria del Tuir)

TREND STORICI E PROIEZIONI DI SPESA

I LIMITI DELLA RIPARTIZIONE

LA NORMATIVA ITALIANA

SPUNTI PER IL DIBATTITO: <

I fondi *welfare*

Il perimetro di operatività

La fiscalità

I FONDI *WELFARE*

Le due finalità, pensione complementare e sanità complementare, potrebbero essere perseguite attraverso un solo strumento (fondi *welfare*), che gestisse sui mercati programmi di risparmio di lungo termine con:

- (a) Possibilità di smobilizzo del montante per far fronte alle esigenze sanitarie minori (inclusi i *copay*)
- (b) Utilizzo ogni anno di quote del montante per pagare premi di assicurazioni collettive in particolare riferiti a invalidità/inabilità (*Ltc*)

IL PERIMETRO DI OPERATIVITÀ

I fondi “doc” sono vincolati agli *extra* Lea e ai *copay* sui Lea. Il presidio pubblico pressoché totale e la mobilità, nel tempo e nello spazio, del confine tra Lea ed *extra* Lea complicano lo sviluppo del pilastro privato. Universalismo selettivo e aggregazioni tra operatori aiuteranno ma ...

... vagliare anche la possibilità di sganciare l’operatività dal perimetro degli *extra* Lea. Ragioni:

- (a) Su alcune prestazioni, come la *Ltc*, l’universalismo dovrà divenire fortemente selettivo nei mezzi;
- (b) Se si realizzano i fondi *welfare*, le agevolazioni fiscali vengono concesse per l’insieme delle funzioni (non c’è il paradosso di agevolazione concessa per finalità non meritoria);
- (c) Il finanziamento privato dei Lea non necessariamente si traduce in segmentazione dell’offerta. Potrebbe addirittura aumentare le risorse *pro-capite* disponibili all’interno del servizio pubblico (effetto disingorgo, effetto *benchmarking*)

LA FISCALITÀ AGEVOLATA

La fiscalità agevolata per la sanità complementare è oggi molto frastagliata

Spending review di tutti i riferimenti nel Tuir e nelle leggi collegate. Riorganizzazione secondo una logica che in maniera trasparente e proporzionata colleghi il sostegno fiscale alla finalità e allo strumento per perseguirla

Detrazione con struttura “piramidale”: se la spesa *out-of-pocket* per finalità a e b gode di detraibilità all' $x\%$ entro le soglie a_{max} e b_{max} , il contributo allo strumento organizzato che garantisce x e y (qualunque esso sia, sms, fondo, assicurazione) sarà detraibile all' $x\%$ entro la soglia $a_{max}+b_{max}$

Stesse basi fiscali per far emergere le capacità dei vari strumenti di far fronte alle esigenze di finanziamento

“ L’INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO NEL FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ E DELL’ASSISTENZA ALLA PERSONA “

www.cermlab.it