



Comitato scientifico

*Federazione delle Banche,
delle Assicurazioni e della Finanza*

Roma 6 Dicembre 2010

I problemi della sanità pubblica

- Pur senza entrare nei dettagli delle stime di crescita della spesa sanitaria, stime che sono influenzate da **troppi parametri per poter essere puntualmente esatte**, è evidente che la spesa sanitaria è destinata a crescere e che il finanziamento pubblico, da solo, non è sufficiente a garantire tutti i servizi
- Purtroppo non esiste in tutto il mondo **un modello universalmente valido** che garantisca un adeguato finanziamento ed una qualità delle cure per tutta la popolazione

I sistemi assicurativi privati in Europa

<i>RUOLO DEL PRIVATO FINANZIATORE</i>	<i>PAESI</i>
Stesse prestazioni del sistema pubblico	UK/IT/SE
Pagamento delle spese rimaste a carico del cittadino	BE/FR
Copertura delle prestazioni non offerte dal sistema pubblico	IR/PT
Opting-out per reddito o categoria sociale	DE/ES
Integralmente sostitutivo	CH/NL

Forum Ania Consumatori: Gli scenari del welfare

- “La popolazione, da parte sua, sul piano teorico vede i privati fra i soggetti responsabili dell'erogazione di servizi sociali e sanitari, ma sul piano pratico **chiede al soggetto pubblico di essere più efficiente** e di impiegare maggiori risorse pubbliche nel settore.....”
- “Il vero tratto di immaturità nella cultura dei soggetti che interagiscono nell'attuale sistema di welfare, riguarda il tipo di governance che ritengono vada attribuita a tale sistema: **il ruolo dei soggetti pubblici è ancora centrale per tutti**, sia per la tutela dei bisogni, sia per la gestione dei servizi necessari a soddisfarli.....”
- “**I soggetti privati sono fuori da questa prospettiva**, in cui al massimo rientrano gli organismi del terzo settore, in quanto braccio operativo dell'ente locale....”

Quali mercati per il II Pilastro

- *Domanda*

- Assistenza anziani (45% 9 MD)
- Odontoiatria (92% 8MD)
- Tickets (100% 6MD)
- Medicinali (35% 6MD)
- Specialistica(28% 3,5MD)
- Ricoveri (5% 3MD)
- Ottica (90% 1 MD)
- Riabilitazione (44% 1 MD)

- *Offerta*

- Ricoveri
- Tickets
- Specialistica
- Fisioterapia
- Odontoiatria
- Assistenza anziani
- Ottica
- Medicinali

La presenza/capacità operativa dei soggetti paganti nei diversi mercati

	Assicurazioni	Fondi	Mutue
Spese mediche	***	***	**
Tickets e diarie	**	**	***
Invalidità	***	*	*
LTC	***		
Odontoiatria	**	***	**

Le difficoltà del secondo pilastro in sanità

- E' evidente come bisogna pensare ad un sistema in cui la componente privata abbia un ruolo strutturale ed organico al sistema sanitario pubblico e non più solo duplicativo.
- La creazione di un **sistema a più pilastri** in sanità è complicata :
 - **la legislazione sanitaria** (e le prestazioni offerte) sono regionali e potrebbero quindi essere diverse nelle varie aree territoriali;
 - **la continuità terapeutica** rende difficile la definizione di prestazioni da escludere dai Lea.
 - vi sono pochi spazi per modelli a capitalizzazione pura in quanto le prestazioni **vanno erogate immediatamente**;
- A breve-medio termine sembra opportuno continuare sulla strada indicata dal decreto Sacconi perché
 - le aree indicate nel decreto sono quelle **di maggiore domanda** e in misura **minore coperte**
 - i clienti non sono preparati per rotture **troppo traumatiche**

Il completamento della legislazione attuale

- Pur nell'ambito delle aree definite (Odontoiatria ed Ltc) il sistema è ancora lontano dall'essere completo e la **regolamentazione fiscale e l'Anagrafe dei Fondi** rappresentano solo un primo passo verso la definizione di un sistema multipilastro
- Per completare il sistema sono necessarie almeno **quattro attività prioritarie da sviluppare** da parte del legislatore:
 - definizione dei **soggetti che hanno diritto** alle prestazioni pubbliche e quelli esclusi;
 - definizione di un Ente di **regolazione e controllo** del mercato;
 - **estensione a tutti i cittadini** della normativa sui Fondi
 - **omogeneizzazione** dei benefici fiscali.

I beneficiari delle prestazioni

- Per utilizzare **al meglio** le risorse economiche bisogna cercare di evitare sovrapposizioni. Sono possibili due strade:
 - Escludere alcune prestazioni dai Lea
 - Escludere alcuni soggetti dalla copertura pubblica
- Nel “*Rapporto 2010 sulla non autosufficienza*” si lascia **a carico del pubblico la non autosufficienza grave**. Diventa necessario definire:
 - cosa significa “grave” (quanti Adl ?)
 - come considerare il deficit mentale?
 - come considerare la perdita di autosufficienza in età giovanile?
- Per consentire ad un soggetto privato di intervenire con una logica di equilibrio economico, l’identificazione della non autosufficienza deve avvenire con **parametri oggettivi e misurabili ed** alla determinazione dello stato di non autosufficienza dovrebbe partecipare anche un rappresentante dei **gestori privati**.

Il soggetto regolatore

- Nel settore della sanità integrativa oggi operano più soggetti: Assicurazioni, Mutue, Fondi autogestiti. Solo il primo è sottoposto a controlli di una autorità di vigilanza.
- Funzioni essenziali della Vigilanza sono:
 - Garantire la solvibilità di chi prende impegni economici
 - Garantire ed assicurare la correttezza e la trasparenza della gestione
- Poiché il settore Ltc è estremamente rischioso, la Vigilanza deve garantire la continuità delle prestazioni offerte dai soggetti gestori, attraverso il controllo delle riserve e dei margini di solvibilità;
- La Vigilanza deve tutelare i cittadini da possibili abusi o da decisioni non eque che essi fossero costretti a subire (recesso, aumenti dei prezzi non giustificati, ritardi nei pagamenti dei benefit)
- Solo per le Assicurazioni è previsto, per avere diritto alla detrazione fiscale, l'obbligo di durata a vita intera delle polizze, il non recesso ed eventuali aumenti tariffari applicati su tutto il portafoglio
- E' necessario che le regole siano omogenee per tutti i soggetti privati erogatori: una recente Legge del Belgio prevede benefit per i sottoscrittori non in funzione dello status dell'erogatore, ma del fatto che la copertura sia compliance con regole definite

La estensione della normativa

- La normativa attuale discrimina fra i lavoratori dipendenti e tutti gli altri: questi ultimi possono partecipare solo alla costituzioni di “**Fondi Doc**” che hanno valenza più limitata rispetto agli altri: mentre i Fondi dei lavoratori dipendenti, per avere i benefici fiscali devono dedicare **solo il 20%** delle proprie prestazioni alle tipologie indicate nel Decreto, per quelli “**doc**” la percentuale è il **100%**
- **Le coperture individuali** hanno regole ancora diverse
- Oltre a ragioni di equità, la estensione della normativa è funzionale ad un maggiore sviluppo del sistema integrativo:
 - **Per gli iscritti**, c’è la possibilità di acquistare prestazioni ulteriori, magari più immediatamente usufruibili rispetto alla Ltc
 - **Per i gestori**, c’è la possibilità di “fare mutualità” con prestazioni meno rischiose o con estensione delle prestazioni ai nuclei familiari

Il trattamento fiscale

<i>Soggetto</i>	<i>Benefici fiscali</i>	<i>% integratività</i>	<i>Tasse</i>
Fondi ex 229/99	Deducibilità contributi fino €3.615	100%	0
Fondi ex DM 10/2009	Deducibilità contributi fino €3.615	20%	0
Mutue	Detrazione contributi 19% fino € 1.291	0	0
Assicurazioni Ltc	Detrazione contributi 19% fino € 1.291	100%	2,5%
Assicurazioni spese mediche	Detrazione spese 19% fino €1291 con franchigia €250	0	2,5%
Prestazioni Badanti	Detrazione spese 19% fino € 2.100 se il reddito è inferiore a € 40.000	100%	0

Il trattamento fiscale

- La normativa fiscale nasce da successive aggiunte che non sono mai state omogeneizzate
- Inoltre la legislazione attuale favorisce la deducibilità, mentre la detraibilità:
 - è più favorevole **per le fasce deboli** e ne può favorire l'accesso alla sanità integrativa
 - Consente di generare **nuove risorse** che possono maggiormente ampliare o modulare i benefici fiscali
- Si potrebbe lasciare la deducibilità alle **persone giuridiche** e prevedere la detraibilità per **le persone fisiche**
- Tale omogeneizzazione dei benefici potrebbe avvenire anche **senza** richiedere **maggiori oneri** per lo Stato

Le prospettive di medio lungo termine

- Nel lungo periodo bisognerà affrontare **riforme più radicali** che sottolineino **la responsabilità** del cittadino nei confronti di un sistema pubblico che non è più in grado di offrire coperture adeguate
- A mio avviso le linee su cui muoversi sono
 - **Forme di accumulo del risparmio**, finalizzate a garantire una base più solida nel tempo ai pagamenti
 - Un attività di razionalizzazione, indirizzamento e **controllo dei costi** dei fornitori
- Va però sempre ricordata
 - **la peculiarità** del sistema sanitario che non consente di traslare semplicemente modelli di successo in altri campi
 - La difficoltà per la contrattazione (e a maggior ragione per le **categorie non protette**) a mettere a disposizione **risorse ulteriori** nel lungo termine

Differenze fra Fondo pensione ed Ltc

	<i>Fondo Ltc</i>	<i>Fondo pensione</i>
Ruolo del Fondo	Sostitutivo (?)	Integrativo
Contribuzione	Fino alla perdita di autosufficienza	Fino alla pensione
Condizione del beneficio	Solo in caso di perdita di autosufficienza	Tutti, purchè in vita al raggiungimento della pensione
Chi ne può usufruire	18,8% della popolazione over 65	Quasi 100% della popolazione over 65
Durata del beneficio	Da 18 mesi a 20 anni (Alzheimer)	14 anni uomini 23 anni donne
Quando è operativo il beneficio	Da subito	A scadenza
Tipo di prestazione	Acquisto servizi	Prestazione in danaro

Il Fondo Ltc ha caratteristiche assicurative più che di accumulo finanziario

L'incidenza della non autosufficienza

	1995	2005
Disabili su popolazione totale	5.7%	4.7%
Disabili su popolazione over 65	21.7%	18.7%

Fonte: Istat Indagine sulla salute degli Italiani 2005

Nonostante l'Istat rilevi la percezione della non autosufficienza, e quindi un dato probabilmente sovrastimato, si nota un miglioramento di questa percezione, accompagnata da uno "slittamento" in avanti dell'età in cui si diventa non autosufficienti

I costi della non autosufficienza

<i>Tipo di non autosufficienza</i>	<i>Durata max</i>	<i>Ore assistenza x gg</i>	<i>costo</i>
Perdita di 2/3 Adl	36 mesi	2	54.000
Perdita di 4/5 Adl	18 mesi	4	54.000
Deficit mentale	12 anni	Rsa	864.000
In età giovanile	20 anni	6	1.080.000

Destinazione delle risorse aggiuntive

Tasso di sostituzione della pensione pubblica verso l'ultima retribuzione

<i>Pensioni pubbliche</i>	2010	2020	2030	2040	2050
Tasso sostituzione	67%	59%	51%	44%	45%

Tassi di sostituzione della pensione privata con aliquota 9% della retribuzione

<i>Decili</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20 anni	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%
30 anni	12%	15%	16%	18%	20%	21%	23%	25%	28%	34%
40 anni	16%	20%	23%	26%	28%	31%	35%	38%	45%	60%

Fonte: Mazzaferro Modello di micro simulazione per la stima degli effetti della previdenza complementare

Esperienze di programmi di risparmio 1

- Il fondo per la non autosufficienza degli assicurativi è costituito
 - Da una componente **a ripartizione**, che serve per pagare i casi di non autosufficienza **mano a mano che si presentano**
 - Da una componente che viene investita (in forma di conto indivisibile) per integrare nel futuro i versamenti a ripartizione
- E' prevista una **partecipazione agli utili** che consente di accumulare ulteriormente le risorse non utilizzate nel periodo iniziale di gestione del Fondo
- Un meccanismo analogo (una sorta di “**riserva di senescenza**”) potrebbe essere immaginato anche sul versante delle polizze individuali

Esperienze di programmi di risparmio 2

- Negli Usa il “Conto di risparmio sanitario (HSA)”, è un **conto di deposito individuale fiscalmente agevolato** non soggetto a tassazione né all’atto del versamento, né all’atto del prelievo se utilizzato
 - Per spese mediche
 - Per qualsiasi scopo, ma dopo il pensionamento
- A differenza di un conto di spesa flessibile (FSA), i fondi si accumulano di anno in anno se non spesi.
- Generalmente questi fondi sono **accoppiati con un piano assicurativo “High Deductable”** e pagano quindi la parte (consistente) di spesa rimasta a carico dell’assicurato
- I conti HSA hanno avuto successo negli Usa ed in pochi in altri paesi (Singapore, Sud Africa)

Pay-as-you-go e managed care

- Nella sanità i costi non sono una variabile indipendente, ma un elemento sul quale è possibile intervenire con **politiche di contenimento**
- Assicurazioni **fortemente professionalizzate** possono migliorare l'efficienza del sistema con
 - Definizione e controlli di best practice
 - Case management per la scelta delle soluzioni più convenienti
 - Sconti quantità per acquisto di prestazioni
 - Calmieramento delle tariffe dei medici
- Questo prevede una **diversa organizzazione e professionalità** più specifiche delle attuali per i providers ed un approccio da parte dei cittadini, maggiormente **disponibili a farsi orientare** da un soggetto privato