



NOTA3-2008



Finanza Pubblica & Riforme

Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il *welfare*

*La proposta di un nuovo strumento su cui sviluppare il pilastro privato per le pensioni e la sanità:
un fondo aperto collegato a polizze assicurative collettive contro i rischi sanitari maggiori (tra cui
la non autosufficienza)*

F. PAMMOLLI, N. C. SALERNO

SOMMARIO

La spesa sanitaria è, all'interno del *welfare system*, quella che pone i più urgenti problemi di sostenibilità finanziaria. Senza interventi di *policy* e riforme strutturali, la sua tendenza fisiologica all'aumento di incidenza sul PIL si tradurrà inevitabilmente in restrizioni all'accesso e troncamenti della domanda di prestazioni. È un tema che il CERM ha affrontato in numerosi lavori: di recente, si vedano in particolare il Rapporto "*La sanità in Italia*" (capitolo 2., dedicato alle proiezioni di medio-lungo termine della spesa) e la Nota "*Sostenibilità e adeguatezza del modello di welfare*" (entrambi i lavori sono disponibili su www.cermlab.it).

Questa Nota parte dall'esigenza di rinnovare l'assetto di finanziamento della sanità, che non può rimanere integralmente a carico dei redditi da lavoro delle persone attive (la ripartizione o *pay as you go*), se si vogliono evitare effetti depressivi sull'occupazione, gli investimenti, la produttività, che, oltre che bloccare lo sviluppo economico, si ripercuoterebbero sulla stessa sanità con risorse disponibili sempre più scarse rispetto alle esigenze.

È indubbio che l'assetto di finanziamento debba muovere verso il *multipillar*, affiancando al *pay as you go* un canale privato a capitalizzazione reale, in grado di valorizzare i risparmi, sostenere gli investimenti produttivi e generare risorse da dedicare alla finalità sanità.

Meno chiari e ancora al centro di dibattito sono la strutturazione e il funzionamento concreto del pilastro di finanziamento privato. Questa Nota desidera avanzare una proposta operativa: il *fondo aperto a capitalizzazione per il welfare*, offrente prestazioni sia pensionistiche che sanitarie, operante attraverso l'accumulazione finanziaria dei contributi su conti individuali degli aderenti, e collegato con coperture assicurative collettive per i rischi sanitari maggiori e la non autosufficienza.

Sono numerose le caratteristiche positive che questo strumento potrebbe esprimere, sia rispetto al *monopillar* pubblico, sia rispetto ad un *multipillar* in cui la componente privata si sostanziasse esclusivamente o principalmente di coperture di natura assicurativa in senso stretto. Si elencano queste caratteristiche e si sollecita un dibattito aperto e conclusivo.

22 Settembre 2008

INDICE

Introduzione	4
L'inadeguatezza del finanziamento a ripartizione	4
Lo sviluppo del pilastro complementare a capitalizzazione in sanità	4
Una proposta: il fondo aperto a capitalizzazione per il <i>welfare</i>	5
I possibili vantaggi del fondo aperto a capitalizzazione per il <i>welfare</i>	6
Conclusioni: uno strumento nuovo di cui studiare il disegno	8

L'Italia è uno dei Paesi che invecchierà di più in Europa. Nel 2007, il *dependency ratio* (rapporto tra le persone non in età da lavoro e quelle in età da lavoro) è pari al 51,5 per cento, contro il 48,6 dell'UE-25 e il 49 dell'UE-15. In prospettiva il divario è destinato ad aumentare. Nel 2050 il rapporto sarà dell'86,8 per cento contro il 77,1 di EU-15 secondo lo scenario demografico base di EUROSTAT, e del 94,3 per cento contro l'83,1 secondo lo scenario a più intenso invecchiamento. Questa profonda ricomposizione della piramide demografica sarà causa, oltre che di molteplici cambiamenti nell'organizzazione dell'economia e della società, di sproporzioni nei flussi di risorse tra generazioni in particolare nel finanziamento del sistema pensionistico e sanitario.

L'inadeguatezza del finanziamento a ripartizione

In Italia, pensioni e sanità sono finanziati quasi per intero a ripartizione, da risorse estratte ogni anno dai redditi degli attivi. Sulla base delle proiezioni di lungo termine della spesa per pensioni (ECOFIN) e per la sanità (OCSE) e delle proiezioni demografiche EUROSTAT, nel 2050 ogni cittadino in età da lavoro dovrà concorrere al finanziamento con un importo equivalente al 50 per cento del PIL *pro-capite* (oggi è il 30). Anche nell'ipotesi ottimistica di realizzare gli obiettivi del mercato del lavoro fissati nei Consigli Europei di Lisbona-Stoccolma, il peso su ogni occupato effettivo supererebbe il 70 per cento del PIL *pro-capite*. Se, invece, i tassi di occupazione rimanessero quelli odierni, il fardello delle contribuzioni per pensioni e sanità sugli occupati risulterebbe molto maggiore, prossimo al 100 per cento, perché per ogni occupato effettivo ci sarebbero 1,5-1,6 persone da mantenere tra bambini e anziani (oggi 0,85).

Si tratta di sproporzioni, che in diversa misura interessano tutti i Paesi ad economia e *welfare* sviluppati, e che sono destinati a produrre effetti distorsivi nelle scelte di lavoro, investimento e produzione, a tal punto che la riforma del finanziamento di pensioni e sanità si presenta, oggi, come uno dei cardini delle politiche per il rilancio della produttività e della crescita.

Son venuti meno i fondamenti del cosiddetto "teorema di Aaron" che, in presenza di una popolazione giovane e in crescita, individuava nel finanziamento a ripartizione l'assetto migliore, sia per trasferire risorse tra generazioni sia per finanziare un sistema sanitario universale.

Lo sviluppo del pilastro complementare a capitalizzazione in sanità

Per bilanciare il finanziamento a ripartizione è necessario sviluppare, anche per la sanità, un pilastro complementare a capitalizzazione reale, che predisponga le risorse per fronteggiare la spesa futura con investimenti individuali di lungo termine sui mercati, sostenuti da agevolazioni fiscali.

In Italia, il dibattito sui limiti del sistema *pay as you go* si è sviluppato quasi esclusivamente con riguardo alle pensioni. Per le pensioni, anche se il pilastro privato mantiene ancora una

dimensione ridotta e non si può certo dire che la fiscalità sia approdata a un assetto trasparente e consolidato, si è raggiunta una sufficiente consapevolezza del problema, ed esistono sia un corpo normativo di riferimento che un'autorità di sorveglianza (la COVIP). Per la sanità, la strada è ancora lunga e coinvolge aspetti complessi, sul piano politico e tecnico, come la riorganizzazione federalista dello Stato, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA), l'individuazione di *benchmark* per le quantità e i costi unitari delle stesse prestazioni.

Eppure, la diversificazione multipilastro ha per la sanità un rilievo ancora più critico, se si pensa che, mentre la spesa per pensioni va lentamente a stabilizzarsi sul PIL (al 2050, per l'Italia si prevede un incremento di incidenza dello 0,5 per cento), la spesa sanitaria, senza correttivi di *policy*, potrebbe arrivare a raddoppiare o più che raddoppiare la sua incidenza (dal 6,5 per cento al 15-16)¹. Nel medio-lungo termine le dinamiche delle due voci di spesa sanitaria e pensionistica porranno due problematiche diverse: per le pensioni, se i tassi di occupazione non riassorbiranno i *gap* nei confronti dei *Partner* UE, la vita lavorativa non si allungherà e il pilastro privato non riuscirà ad integrare a sufficienza, emergerà una questione di sostenibilità sociale (adeguatezza degli importi con il criterio di calcolo "Dini" a regime); per la sanità si porrà, in maniera drastica, un vero e proprio problema finanziario, di pressioni insostenibili sul bilancio pubblico.

Lo sviluppo del pilastro privato porterebbe con sé anche effetti positivi in termini di incentivo al lavoro, alla produttività e al prolungamento della vita attiva, dal momento che, sostenuti dalle agevolazioni fiscali, i risparmi del singolo aderente si accumulerebbero a suo esclusivo vantaggio, con garanzia di piena appropriabilità dei frutti. Da questo punto di vista, il pilastro privato rafforzerebbe le proprietà virtuose delle regole di calcolo contributive a capitalizzazione nozionale introdotte dalla riforma pensionistica "Dini" del 1995².

Una proposta: il fondo aperto a capitalizzazione per il *welfare*

Per favorire lo sviluppo del canale di finanziamento a capitalizzazione, appare utile riflettere sulla possibilità di una convergenza delle due coperture complementari: quella pensionistica e quella per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (i casi di non autosufficienza). Un tema, questo, che riguarda soprattutto i fondi (pensione e sanitari), che di semplificazione, *standardizzazione* e massa critica fanno leve importanti nell'abbattimento dei costi. Con una maggiore convergenza tra finalità pensionistiche e finalità sanitarie e socio-sanitarie, si potrebbe mutuare direttamente l'assetto di base dei fondi pensione, completandolo e

¹ Le proiezioni della Ragioneria Generale dello Stato e quelle ECOFIN considerano quasi esclusivamente l'impatto demografico. Tutte le proiezioni alternative (tra cui quelle OCSE) mostrano che, a *policy* invariata ed escludendo troncamenti della domanda, non appena si introducono ipotesi più plausibili sull'elasticità al PIL, sull'andamento della produttività nell'erogazione dei servizi sanitari (il cosiddetto effetto "Baumol"), sull'avanzamento tecnologico, etc., l'incidenza sul PIL cresce in modo significativo. Né ha molto senso sostenere che le proiezioni di spesa non soddisfano i modelli che riescono a spiegare la spesa passata, perché ci si trova di fronte a cambiamenti non solo delle esigenze, ma anche delle tecniche. Basti guardare che cosa è stato delle previsioni a breve termine nei Programmi di Stabilità dei *Partner* dal 2000 ad oggi, tutte abbondantemente oltrepassate. È la sanità la voce più critica per gli equilibri del *welfare*: tendenze alla crescita molto forti e con una *alea* molto alta. Cfr.: <http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/96>.

² Per una discussione sulle proprietà virtuose di un sistema di finanziamento misto (*pay as you go* e capitalizzazione reale) si può consultare Pammolli-Salerno (2008); "Quale riforma per le pensioni?", sta in "La riforma del *welfare* dieci anni dopo la 'Commissione Onofri'", libro bianco a cura di Astrid – Fondazione Gorrieri – Irs.

perfezionandolo. Più precisamente, le tre prestazioni, la pensionistica, la sanitaria e la socio-sanitaria, potrebbero far capo a uno stesso soggetto giuridico, di natura privata, identificabile come *fondo aperto a capitalizzazione per il welfare*, operante attraverso l'accumulazione finanziaria dei contributi su conti individuali degli aderenti, e collegato con coperture assicurative collettive per i rischi sanitari maggiori e la non autosufficienza.

Per inciso, la normativa vigente già permetterebbe che il fondo pensione perseguisse finalità di natura sanitaria / socio-sanitaria attraverso la possibilità di smobilizzo di una percentuale prefissata del capitale in accumulazione e l'inserimento nel patrimonio del fondo di una polizza assicurativa sia per eventi *acute* che, in particolare, *long-term care*.

I possibili vantaggi del fondo aperto a capitalizzazione per il *welfare*

Dalla convergenza in un unico prodotto di finalità pensionistiche e sanitarie possono discendere diversi vantaggi.

1. L'omogeneizzazione del trattamento fiscale farebbe guadagnare trasparenza ed efficacia al complesso degli incentivi, che oggi sono diversi per la copertura pensionistica e quella sanitaria. Ci si potrebbe concentrare sul disegno della fiscalità per trasmettere incentivi efficaci alle platee più ampie, contenendo la *tax expenditure*.
2. Sia i fondi sanitari che i fondi pensione fanno oggi appello, "contendendosele", alle stesse fonti di finanziamento: i contributi dei lavoratori dipendenti e delle imprese *sponsor*, i contributi dell'aderente indipendentemente dal rapporto di lavoro, il TFR. Il fondo aperto per il *welfare* canalizzerebbe queste risorse su un unico programma di accumulazione.
3. Il fondo aperto per il *welfare* aprirebbe possibilità di abbattimenti dei costi di amministrazione e, soprattutto, renderebbe possibile una gestione integrata dei flussi finanziari, in grado di sfruttare i benefici della capitalizzazione composta su orizzonti temporali medio-lunghi, e di attuare un'ampia diversificazione del rischio.
4. Per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni, l'assolvimento delle diverse funzioni potrebbe essere garantito in condizioni di maggiore flessibilità, efficienza ed efficacia:

4.1 Il montante in maturazione all'interno del fondo potrebbe essere smobilizzabile nel corso della vita lavorativa dell'aderente, entro i limiti e per le finalità specificatamente individuate, per far fronte a spese sanitarie proprie e dei familiari; in particolare, si potrebbe prevedere la disponibilità di una quota annuale del montante a copertura delle compartecipazioni ai costi dei LEA;

4.2 Per le prestazioni *acute* non incluse nei LEA e che comportano spese elevate, così come per le prestazioni socio-sanitarie non incluse nei LEA, si potrebbero acquisire tra gli *asset* del fondo coperture assicurative collettive per gli aderenti, pagandone i premi sempre a valere sul montante in

accumulazione nei conti individuali. I premi assicurativi del singolo aderente sarebbero finanziati dai frutti dell'accumulazione sul suo conto (restano intatti gli incentivi individuali a massimizzare l'accumulazione di risorse), ma contro i rischi sanitari e socio-sanitari si godrebbe dei vantaggi della copertura collettiva (*cfr.* punti 5-6-7)³;

4.3 Utilizzando una parte del montante maturato al momento del pensionamento e fruibile *una-tantum* in forma di capitale, il fondo potrebbe stipulare una polizza sanitaria collettiva di tipo *long-term care* per tutto il periodo di quiescenza degli aderenti;

4.4 Poiché uno degli aspetti ritenuti meno soddisfacenti per i fondi pensione è proprio la rigidità della suddivisione delle prestazioni tra rendita e capitale *una tantum*, si potrebbe consentire la richiesta di prestazioni più elevate in forma di capitale da parte di coloro che, aderendo alla polizza collettiva *long-term care*, già onorano parte della funzione previdenziale pura associata alla rendita e non assolta dal capitale;

4.5 Le polizze collettive avrebbero i vantaggi di abbattere i costi di contrattazione individuale per gli aderenti, e di facilitare la gestione dell'esposizione al rischio da parte delle assicurazioni;

4.6 Le polizze collettive, inoltre, ridurrebbero le distorsioni dovute alla selezione avversa da parte degli aderenti (tendono a ricorrere a coperture sanitarie e socio-sanitarie i soggetti più esposti agli eventi avversi), e allo *screaming*, o addirittura alla mancata offerta del prodotto, da parte delle compagnie assicurative (l'offerta si rivolge preferibilmente ai soggetti meno a rischio);

4.7 Gli effetti virtuosi descritti ai due precedenti punti sarebbero rinforzati se il fondo, pur rimanendo volontario nell'adesione, avesse l'obbligo normativo di acquisire le polizze collettive (una sorta di condizione "doc", qualificante per l'accesso alle agevolazioni fiscali), perché in tal caso il rischio sanitario / socio-sanitario sarebbe sicuramente diffuso su una platea molto differenziata (quella di tutti coloro che nel contempo stanno costituendo una pensione integrativa);

³ Le spese sanitarie "minori" (*copayment* ma anche altre di importo assoluto non elevato non rientranti nei LEA) possono essere direttamente finanziate accedendo ai frutti dell'accumulazione individuale (al montante). Per le spese più grandi (come per la non autosufficienza, ma anche altre non rientranti nei LEA) è indispensabile mantenere la copertura di natura assicurativa, per non indebolire troppo l'accumulazione e non esporre a rischio gli aderenti. Qui si giustifica la connessione tra modello fondo, basato sull'accumulazione di contributi individuali su conti individuali, e l'acquisto di polizze collettive, con premi finanziati a valere sul montante in accumulazione nei singoli conti individuali. È il modello solo assicurativo che non è idoneo a fronteggiare le dinamiche di spesa future, perché, come dimostrano le difficoltà che le compagnie assicurative americane stanno attraversando, finisce col ripresentare in ambito privatistico gli stessi difetti del finanziamento a ripartizione dei sistemi pubblici. Di fronte all'aumento della domanda di prestazioni e della spesa, le assicurazioni tendono a tutelarsi facendo levitare i premi, operando *screaming* più selettivo (per escludere i soggetti a più elevato rischio o richiedere loro premi più elevati), ricorrendo a compartecipazioni crescenti ai costi delle prestazioni. Un modello che, non solo ha meno capacità, rispetto a quello dei fondi, di riequilibrare il finanziamento *pay as you go* pubblico con iniezioni di capitalizzazione reale, ma che, se le tendenze restano quelle attuali, si troverà presto di fronte a problemi di sostenibilità finanziaria della stessa natura di quelli oggi coinvolgenti i sistemi sanitari pubblici.

4.8 Infine, con il fondo aperto per il *welfare* si realizzerebbe una più forte responsabilizzazione dell'aderente nei confronti della richiesta di finanziare prestazioni sanitarie: le risorse non utilizzate per finalità sanitarie continuano, infatti, ad accumularsi all'interno del conto di capitalizzazione individuale a formare i benefici per la pensione, riducendo così la possibilità di comportamenti opportunistici di *moral hazard*.

5. La natura aperta del fondo, da un lato, non impedirebbe l'adesione collettiva, ma sempre volontaria, da parte di interi gruppi (dipendenti di un'impresa, di un settore, di un comparto, etc.); dall'altro, è quella che, assieme alla piena portabilità delle posizioni individuali e alla separazione delle competenze e dei ruoli, permette di mantenere la più alta trasparenza, a tutela dell'aderente e a beneficio della concorrenza e dell'efficienza nei costi.
6. Ai vantaggi elencati se ne può aggiungere un altro. All'interno di una idonea cornice normativa e regolamentare, i *fondi welfare* avrebbero le caratteristiche adatte per fungere da selettori degli erogatori di prestazioni, incanalando la domanda dei loro iscritti verso i migliori, pubblici o privati che siano. Un meccanismo che, supportato da ampia e certificata informazione sui comportamenti dei fondi, potrebbe divenire presidio non solo di efficienza nei costi, ma anche di qualità. Per non dire che, ponendo in positiva concorrenza erogatori pubblici e privati (senza vincoli di appartenenza o convenzionamento a Regioni o ASL), potrebbe concorrere a ricomporre quel confine tra sfera della politica e sfera della organizzazione sanitaria e della prestazione professionale spesso zona grigia in Italia.

Conclusioni: uno strumento nuovo di cui studiare il disegno

Uno strumento nuovo, come quello proposto, necessita sicuramente di un disegno accurato e anche di uno sforzo innovativo da parte dei gestori finanziari e delle compagnie di assicurazione. Tuttavia, la convergenza tra fondi pensione e fondi sanitari può aprire potenzialità importanti nella riforma del finanziamento dei due maggiori capitoli di spesa del *welfare*. Potrebbe derivarne l'impulso decisivo allo sviluppo di un pilastro di finanziamento ad accumulazione reale, integrandolo con coperture assicurative per prestazioni non LEA che, per loro natura, non possono ricercare il finanziamento solo nei frutti degli investimenti sui mercati che si accumulano in conti individuali.

I fondi aperti per il *welfare* avrebbero il pregio di affiancare al finanziamento *pay as you go* quello basato sull'accumulazione reale di risorse, mantenendo, attraverso il concorso della fiscalità agevolata e le coperture assicurative collettive collegate, quei principi di solidarietà e coesione che sono alla base del nostro *welfare system*.

Sostenibilità, responsabilizzazione individuale e gestione efficiente dei rischi senza restrizioni di accesso: un pilastro privato "alleato" del pilastro di base. L'argomento è meritevole di approfondimento in sede sia tecnica che politica.

22 Settembre 2008

CERM - Via G. Poli n. 29 - 00187 ROMA - ITALY
Tel.: 06 - 69.19.09.42 - Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it

CERM - *Competitività, Regolazione, Mercati*
Via G. Poli n. 29
00187 ROMA, Italy
Tel.: 06 - 69.19.09.42
Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it
cermlab@cermlab.it

Competitività
Regolazione
Mercati

CERM

CERM pubblica

Note, Quaderni e Rapporti



FR - *Finanza Pubblica & Riforme* | **LR** - *Liberalizzazioni & Regolazione* | **IP** - *Innovazione & Produttività*