CONFINDUSTRIA

CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA
DAL 1945 DIAMO VOCE ALLE IMPRESE

La sanità nel welfare che cambia

Le proposte di Confcommercio e Confindustria per l'integrazione tra Primo e Secondo Pilastro

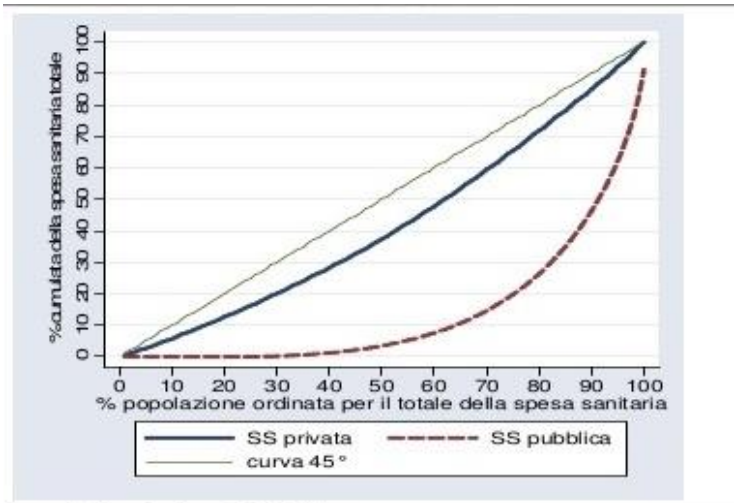
Roma, 10 dicembre 2015

1) La Sostenibilità del Sistema

La spesa sanitaria "out of pocket" è pari a circa 32 miliardi di euro (530 euro pro capite, uno dei valori più alti fra i Paesi occidentali) e potenzialmente ancor più alta se si tiene conto di una componente non indifferente di sommerso (15 miliardi stimati). Oggi i Fondi Sanitari intermediano fra i 4 e i 5 miliardi di questa spesa (Fonte: OECD).

A questi dati vanno anche aggiunti circa 9 miliardi di euro sostenuti oggi dalle famiglie per l'assistenza alla non autosufficienza, un numero in crescita costante che - a fattori attuali - è destinato a raddoppiarsi fino ad incidere per l'1,7% del PIL nel 2060. La spesa privata è cresciuta tra l'altro ad un ritmo più che doppio rispetto a quella pubblica e solo negli ultimi 5 anni è aumentata dell'8%. Il peso gravante direttamente sui cittadini risulta inoltre particolarmente concentrato in un 40/50% della popolazione che, invece, praticamente non usufruisce delle strutture pubbliche.

Curva di Concentrazione della Spesa Pubblica e Privata:



Fonte: stime Farmafactoring su dati ISTAT

L'effettiva e piena fruibilità dei servizi sanitari pubblici, quindi, riguarda prevalentemente alcune fasce di età e di reddito ed alcune patologie che possiamo definire gravi, mentre ampie fasce di popolazione non vi accedono o per assenza di bisogno o per la preferenza di operatori privati, in quanto più efficienti. Ciò anche considerando i tempi di attesa, la

qualità del servizio o la tipologia di prestazioni richieste e non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale (ad esempio l'odontoiatria).

Il grado di sostenibilità finanziaria complessiva del sistema sanitario va riducendosi sia per dinamiche di contrazione della finanza pubblica, sia per i costi crescenti connessi all'innovazione tecnologica e all'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

I modelli previsionali elaborati dalla Ragioneria Generale dello Stato mostrano poi come, a causa dei cambiamenti demografici e dei modelli di consumo, il trend di spesa sanitaria pubblica dovrebbe raggiungere l'8,3% del Pil nel 2060. A fronte di tale tendenza, anno dopo anno, le decisioni di finanza pubblica sembrano invece andare in contro tendenza, con una contrazione costante del livello di finanziamento del sistema in percentuale del PIL prodotto.

Inoltre, la previsione dell'8,3% nel 2060, potrebbe essere ben più elevata a causa della necessità di sostenere, in particolare, i costi dell'evoluzione tecnologica. L'introduzione di beni e servizi innovativi sarà determinante per mantenere *standard* elevati di prestazioni, costituendo quindi un investimento necessario ed incomprimibile per evitare che il sistema sanitario vada "fuori mercato" .

2) Le necessità di una riforma

Serve un ridisegno complessivo del sistema salute in cui l'integrazione tra sanità pubblica (I pilastro) e complementare (II pilastro) consenta il perseguimento effettivo dell'obiettivo di copertura universalistica della domanda di salute anche attraverso modalità più efficienti di compartecipazione alla spesa.

I dati richiamati dimostrano l'esigenza di ripensare gli assetti del sistema salute garantendo - anche grazie ai Fondi Sanitari - una migliore compartecipazione alla spesa ed evitando che, al bisogno, questa incida fortemente solo su alcune fasce di popolazione in assenza di meccanismi di solidarietà e di mutualizzazione dei rischi.

Questo modello va accompagnato da un'estensione progressiva delle coperture di secondo pilastro che va portata avanti contestualmente ad una forte campagna di informazione e sensibilizzazione volta ad educare la popolazione rispetto ai gradi di copertura garantiti.

Il Servizio Sanitario Nazionale andrebbe affiancato dallo sviluppo del II pilastro complementare, in una prima fase, attraverso dei nuovi meccanismi fiscali che consentano la canalizzazione della spesa sanitaria "cash" verso l'intermediazione dei fondi sanitari e, in una seconda fase, attraverso una loro progressiva apertura a tutti i cittadini (*open enrolment*), con l'esclusione della possibilità di selezione dei rischi e di differenziazione dei contributi a parità di copertura, secondo un sistema di *community rating* . Il tutto tenendo comunque fermo l'obiettivo di garantire nel tempo la sostenibilità dei Fondi di II pilastro.

Il beneficio consisterebbe nell'aumento della platea assicurata con la convergenza di tutte le forme di copertura verso i regimi di funzionamento virtuosi tipici dei Fondi sanitari contrattuali di natura collettiva, la cui struttura è appunto priva di selezione.

Al di la dei dati di mercato, non può d'altra parte non riconoscersi ad oggi la profonda differenza ancora esistente tra i diversi strumenti, con i Fondi che offrono coperture ad intere collettività rispondendo ad una finalità sociale ben precisa, e coperture *profit oriented* che - pur legittimamente - perseguono obiettivi di mercato e non di *welfare* integrativo. In ultima analisi i Fondi sanitari contrattuali, così come oggi strutturati, operano nel proprio ambito secondo i medesimi principi fondanti del SSN (equità ed universalità) e ne costituiscono quindi lo strumento idealmente più prossimo ed ideale per il completamento del sistema.

L'importanza strategica di una riforma appare peraltro evidente se si considera che il *welfare* sanitario e la connessa filiera imprenditoriale di produzione e commercializzazione di beni e servizi, oltre a rappresentare una voce di costo del bilancio pubblico, resta anche un settore economico dal potenziale di crescita enorme considerato che vale l'11,5% del PIL e che si traduce in oltre 2,5 milioni tra addetti diretti ed indiretti. È inoltre uno dei settori economici a maggiore intensità di ricerca e sviluppo, coinvolgendo aziende *medium* e *high tech* in quantità che operano in rapporto e contatto diretto con centri di ricerca ed università.

Nelle prospettive della Commissione Europea Europa 2020 il settore sanitario è così considerato come una delle poche componenti economiche destinate ad uno sviluppo esponenziale nei prossimi anni, caratterizzati invece da un contesto di bassi tassi di

crescita generalizzati. Efficientarne le componenti è quindi precondizione per un impulso forte ad una crescita anche economica del settore.

A tale proposito un'indagine sul mercato del lavoro pubblicata recentemente da Eurostat ha evidenziato come, negli anni a cavallo della crisi (2008-2012), il settore dei servizi di welfare, di cura e assistenza, ha generato oltre 1,6 milioni di nuovi posti di lavoro nei Paesi dell'Europa a 15.

Sviluppare una maggiore e stabile intermediazione della spesa sanitaria, attraverso l'integrazione tra pilastro pubblico e pilastro complementare, permetterebbe peraltro di liberare risorse oggi diversamente allocate e di stimolare nuovi investimenti e consumi. Basti pensare che dei 70 mld di debiti commerciali complessivi della PA verso le imprese (dati 2014, Banca d'Italia), circa 30 miliardi di debiti commerciali possono essere ragionevolmente attribuiti alla sanità. Tale ammontare, inoltre, sarebbe ancor più consistente se si considerassero anche i crediti delle imprese ceduti pro-soluto al sistema finanziario. Quello dei debiti commerciali, sempre secondo Banca d'Italia, è un problema che non si è riusciti a risolvere né con i provvedimenti di sblocco dei pagamenti che si sono susseguiti negli ultimi anni, né con lo sviluppo del factoring.

La creazione di un "secondo pilastro sanitario" permetterebbe di risolvere molte di queste problematiche e non andrebbe a smantellare il SSN ma ne diventerebbe un importante strumento complementare.

Questa sanità complementare infatti, sarebbe sinergica con la Sanità Pubblica e consentirebbe, anche attraverso la possibilità di convenzionamento dei Fondi Sanitari con strutture pubbliche (ospedali, ambulatori, ecc.), di stimolarne l'efficientamento sia in termini di costi che di prestazioni.

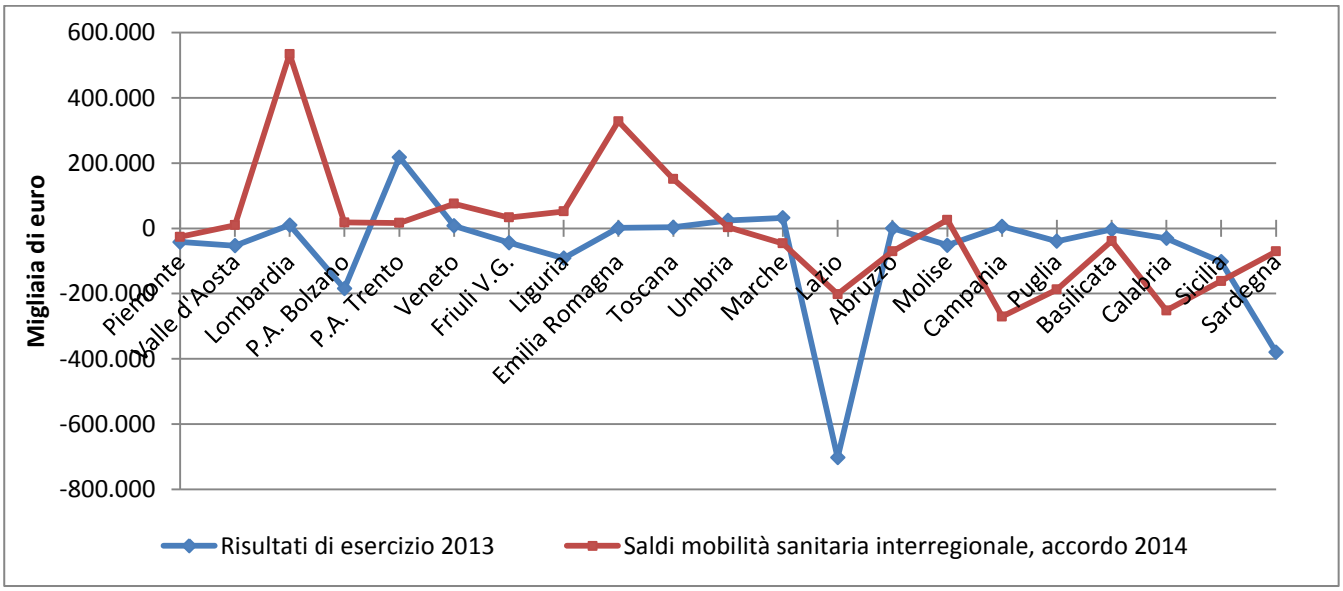
Si potrebbe infatti consentire il convenzionamento alle sole strutture pubbliche che rispettano determinati standard di qualità predefiniti dal Governo (tempi di attesa, qualità delle prestazioni, ecc.). e non, come avviene oggi, con le sole prestazioni intramoenia.

In questo modo si innescherebbe un meccanismo virtuoso di ricerca della qualità anche da parte di strutture poco efficienti per poter accedere ai convenzionamenti e di conseguenza alle risorse da questi garantite, migliorando così tutto il sistema.

La scelta in tal modo esercitata dal paziente-consumatore attraverso il Fondo Sanitario è infatti in grado di fornire gli incentivi necessari ai produttori ed erogatori di servizi per essere più efficienti e competitivi.

Numerosi studi dimostrano d'altra parte come all'aumento del livello di competizione sia correlato un miglioramento delle condizioni generali dell'offerta.

Quest'ultimo aspetto non è di poco conto se si pensa che già oggi, ogni anno, il 7,5% degli accessi avviene fuori dalla regione di residenza a favore delle strutture delle regioni cosiddette virtuose.



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Agenas e Mef 2014

Risultano evidenti le sperequazioni attuali con Regioni che presentano un sostanziale equilibrio di bilancio e sono soggette ad una forte mobilità attiva (Lombardia e Emilia Romagna), attratta da una produttività del sistema superiore quindi anche al fabbisogno strettamente interno, e realtà in disavanzo e squilibrio caratterizzate da un flusso di mobilità passiva importante dove l'insieme di questi fattori sfavorevoli si traduce in una riduzione della domanda sanitaria.

Con conseguente indebolimento della struttura di offerta e desertificazione progressiva del sistema, come diretta conseguenza di una riduzione dell'esperienza e del grado di specializzazione ed aggiornamento complessivamente disponibile.

Un'integrazione strategica tra il SSN e Fondi Sanitari, anche aperti e a carattere tendenzialmente universalistico, può rappresentare quindi la chiave di volta per una

regolazione “automatica” ed efficiente degli attuali squilibri finanziari che caratterizzano il settore salute.

3) Gli Incentivi Fiscali

Tale proposta di riforma del sistema deve essere accompagnata da politiche di incentivazione fiscale più incisive, che favoriscano l’adesione dei cittadini ai fondi sanitari complementari (anche aperti e non solo contrattuali). Tali soggetti sarebbero in grado peraltro di garantire la messa a disposizione di dati certi sulle prestazioni, cosi da favorire anche l’emersione di quella parte di spesa out of pocket oggi non tracciata.

La revisione delle norme fiscali in maniera coerente con il disegno strategico fin qui descritto può d’altra parte essere realizzata senza particolari oneri aggiuntivi sulla fiscalità generale. Le risorse necessarie a sostenere il secondo pilastro potrebbero, infatti, essere eventualmente individuate nell’ambito di una graduale revisione dei benefici fiscali in materia di spese sanitarie già oggi esistenti e a disposizione dei cittadini in sede di dichiarazione dei redditi. Lo sviluppo della sanità complementare inoltre, una volta a regime, permetterà anche di sfruttare i benefici generati dalla tracciabilità della spesa che il nuovo impianto garantisce. L’emersione di base imponibile, favorita dall’intermediazione strutturale dei Fondi Sanitari, avrebbe notevoli ricadute positive che vanno ben al di là degli immediati vantaggi per la finanza pubblica. Tali vantaggi, al momento, non possono essere considerati ai fini della copertura della riforma fiscale descritta in questo paragrafo ma, essendo ragionevolmente “certi”, vanno politicamente considerati come un ulteriore beneficio per lo Stato.

L’estensione della sanità complementare a tutti i cittadini andrebbe accompagnata dall’esclusione dal reddito imponibile dei contributi versati anche attraverso un progressivo adeguamento degli attuali limiti di deducibilità con l’obiettivo di uniformarli a quelli previsti per la previdenza complementare.

Un sistema compiuto ed opportunamente incentivato fiscalmente consentirebbe di raggiungere una maggiore equità anche dal punto di vista della compartecipazione alla spesa, non più legata solo al momento del bisogno e quindi potenzialmente gravante in maniera iniqua sul cittadino, ma strettamente connessa al funzionamento mutualistico dei fondi sanitari.

Per valutare al meglio l'impatto di tali provvedimenti potrebbe anche essere valutato un periodo transitorio e sperimentale di riconoscimento *erga omnes* di agevolazioni fiscali su determinate prestazioni di riferimento – sotto forma di aumento delle detrazioni previste – così da favorire la raccolta di informazioni determinanti e facilitare l'eventuale ed ulteriore emersione di base imponibile.

Oltre alla mappatura della spesa privata intercettata dai fondi/casse, la proposta consentirebbe di realizzare un'analisi sui dati delle spese mediche riportate nella dichiarazione dei redditi, incrociando il costo che attualmente sostiene lo Stato per il sistema delle agevolazioni fiscali sulle spese out of pocket e valutandone quindi eventuali opportunità e necessità di revisione.

Bisogna risolvere in via definitiva l'equivoco dell'articolo 10, comma 1, lett. *e-ter*) del TUIR che per i lavoratori diversi da quelli con reddito da lavoro dipendente - per i quali valgono le previsioni di cui all'articolo 51, comma 2, lett. a) del TUIR - assegna il beneficio della deducibilità ai soli contributi versati a fondi esclusivamente integrativi del SSN. L'esclusività dell'oggetto, richiesta dalla normativa fiscale e confermata dalla Risoluzione AE n. 107/E del dicembre 2014, appare però esistente solo sulla carta ed impossibile da appurare (nonostante all'anagrafe risultino iscritti 4 fondi integrativi su 290 totali).

Per questo i lavoratori non dipendenti si vedono oggi di fatto negata la possibilità di accedere alla deducibilità prevista dall'articolo 10 comma 1, lett. *e-ter*) del TUIR. Una situazione che ripropone almeno fiscalmente la distinzione tra *fondi doc* e *fondi non doc* - pur in assenza di una normativa che ne chiarisca i contorni - e penalizza tutti i lavoratori autonomi ed i lavoratori dipendenti non coperti da un fondo contrattuale impossibilitati quindi a richiamare la deducibilità prevista all'articolo 51 comma 2, lett. a) del TUIR per i Fondi cosiddetti di Tipo B.

Stante quanto sopra esposto sarebbe necessaria una modifica dell'art. 9 del d.lgs. n.592/1992 per chiarire che le prestazioni extra LEA sono un ambito di intervento necessario ma non esclusivo dei Fondi Sanitari. A tale modifica dovrebbe seguire un contestuale intervento sull'art. 1, commi 2 e 3, del dm 31.3.2008 estendendo a tutti i fondi l'applicazione degli ambiti (20% risorse vincolate) ora previsti solo per enti ex art. 51 comma 2, lett. a) del TUIR. L'attuale elenco delle risorse vincolate andrebbe contestualmente allargato inserendo anche altre prestazioni che – sebbene ricomprese in quelle erogate dal SSN – sono in realtà soggette ad un forte accesso tramite spesa privata come la prevenzione, la diagnostica, le specialistiche ecc.

Con l'obiettivo di raggiungere un maggior grado di copertura degli eventi legati alla non autosufficienza, serve poi chiarire la natura fiscale di tali erogazioni monetarie escludendole con certezza dall'assimilazione a reddito ex articolo 50 del TUIR.

Per le aziende che versano quote per la sanità complementare a beneficio del proprio personale vanno previsti sgravi IRAP proporzionalmente a quanto versato ed esonero contributivo totale sulle quote.

Tale misura fiscale incentiva le imprese ad investire maggiormente nella sanità complementare evitando alle imprese stesse di essere gravate da ulteriori oneri. Quest'ultime, infatti, già contribuiscono a finanziare gran parte della sanità pubblica sia mediante l'IRAP e le sue addizionali regionali - ormai ai massimi livelli in numerose regioni sottoposte al commissariamento o ai piani di rientro dal disavanzo sanitario - sia attraverso i ritardi o i mancati pagamenti della PA alle imprese private ed aziende che, mediante la contrattazione collettiva, sono i principali finanziatori dei fondi e delle casse sanitarie.

Accanto a tale misura fiscale occorre prevedere l'eliminazione del contributo di solidarietà del 10% versato all'INPS e che grava sulla contribuzione a carico del datore di lavoro.

Questo contributo finanza la spesa di assistenza ma le aziende che versano per la sanità complementare già contribuiscono ad integrare il welfare pubblico e non dovrebbero pagare ancora caricando impropriamente il costo del lavoro, lo stesso dicasi per l'esclusione di questi importo dalle basi IRAP.

Favorire lo sviluppo del sistema complementare, anche attraverso una riduzione dei costi a carico delle aziende che lo promuovono, comporta per lo Stato vantaggi anche in termini di governo delle diverse componenti della spesa sanitaria.

La concessione dei vantaggi fiscali resterebbe inoltre connessa all'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, garantendo un patrimonio di informazioni, il monitoraggio del sistema e, al tempo stesso, la creazione di un luogo di incontro capace di favorire quella collaborazione fondamentale tra pilastro pubblico e pilastro complementare.

In quest'ottica vanno apportati miglioramenti all'attuale assetto dell'istituto. Occorre garantire una completa *disclosure* dei dati raccolti facendo sì che l'anagrafe possa rappresentare un osservatorio privilegiato e il soggetto ideale per la produzioni di *best practices* utili alla crescita dell'intero settore.

Una funzione che ad oggi non è svolta da nessun interlocutore istituzionale con un vuoto oggettivo che rischia di essere di volta in volta occupato da soggetti portatori di interessi particolari, non sempre coincidenti con quelli generali.

Per questo sarebbe importante sviluppare a pieno il ruolo dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari sfruttando tutte le potenzialità insite in un archivio di dati e informazioni così importante e completo. Un *asset* strategico per poter disegnare percorsi presenti e futuri, partendo da dati di *benchmark* certi e verificati.

4) Il modello autogestito

I fondi autogestiti possono rispondere in maniera efficace agli obiettivi di integrazione con la sanità pubblica, in quanto significativamente in grado di restituire ai propri iscritti i vantaggi sui risparmi.

Ferma la validità dei diversi modelli esistenti andrebbe valorizzato il modello autogestito, che permette una migliore organizzazione del finanziamento e che potrebbe - a sua volta - facilitare l'adozione di modelli organizzativi di governo sanitario in grado di potenziare le attività di programmazione degli interventi nel tempo, pervenendo così anche ad una più efficace gestione della domanda.

Il modello autogestito, altresì, consentirebbe la creazione di database informativi che renderebbero più efficace la gestione del fondo sanitario.

Dal punto di vista delle Istituzioni, infine, il modello di autogestione permetterebbe di monitorare puntualmente elementi ed informazioni relative al funzionamento del fondo anche in relazione alle scelte di politica del sistema sanitario.

*In **sintesi** la proposta si fonda su:*

- *Una sinergia strutturale tra SSN e Fondi Sanitari Integrativi;*
- *Lo sviluppo di **sinergie tra primo e secondo pilastro** con un convenzionamento diretto dei Fondi con le strutture del SSN stimolandone così l'efficientamento e favorendo l'afflusso di risorse nuove verso le strutture che rispettano standard prefissati;*
- *Il rafforzamento e lo sviluppo di un sistema di **Fondi Sanitari complementari** che non operano in regime di selezione del rischio.*
- *Il riconoscimento di **incentivi fiscali più incisivi** resi finanziariamente sostenibili anche grazie ad una eventuale razionalizzazione dei benefici fiscali oggi esistenti, relativamente alle spese sanitarie, in sede dichiarazione dei redditi e alla maggiore tracciabilità della spesa sanitaria privata che l'intermediazione dei Fondi garantirebbe.*

Consentendo

- *una migliore **intermediazione della spesa sanitaria out of pocket** in grado di liberare risorse;*
- *un **recupero di gettito** sulla spesa sanitaria non tracciata;*
- *un **efficientamento** del sistema sanitario nazionale;*
- *un'**educazione** del cittadino alla spesa sanitaria;*
- *un ingresso di **risorse "private"** verso il sistema sanitario pubblico;*
- *un'anagrafe dei fondi ed un **flusso di informazioni importante** sulla spesa e sulle esigenze sanitarie;*
- ***vantaggi economici** a saldo positivo.*