



CONFINDUSTRIA

Commissione Affari Sociali
Camera dei Deputati

Audizione di Confindustria
sull'indagine conoscitiva in
materia di fondi sanitari integrativi
del Servizio Sanitario Nazionale

Intervento

Aprile 2019

Audizione Parlamentare



CONFINDUSTRIA

Audizione di Confindustria sull'indagine conoscitiva
in materia di fondi sanitari integrativi del Servizio
Sanitario Nazionale

Intervento

Massimo Sabatini

*Direttore Politiche Regionali e della Coesione
Territoriale di Confindustria*

Illustre Presidente, Onorevoli Deputati,

vi ringrazio per avere invitato Confindustria all'audizione di oggi nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui fondi sanitari che la Commissione Affari Sociali sta svolgendo.

Desidero, innanzitutto, sottolineare l'apprezzamento di Confindustria per la vostra volontà di conoscere più approfonditamente l'articolata realtà della sanità integrativa che ad oggi, come illustrato nel Report recentemente pubblicato dal Ministero della Salute, assiste più di 10 milioni di persone. E' una realtà importante, che noi non vediamo in contrapposizione con il Servizio Sanitario Nazionale, ma in piena sinergia con esso.

Confindustria considera, infatti, il Servizio Sanitario Nazionale una conquista fondamentale del nostro Paese, favorendo la coesione sociale e costituendo una garanzia per l'equità nell'accesso al diritto alla salute e per la salvaguardia delle fasce più deboli. Per tali ragioni non solo va salvaguardato ma va rafforzato e reso sempre più efficiente.

Al tempo stesso, riteniamo altrettanto opportuno approfondire la conoscenza della spesa sanitaria privata italiana che, secondo l'Istat, ammonta a circa 40 miliardi di euro.

Fonti OCSE dimostrano che essa ha seguito un trend che oscilla dal 2,1% del PIL negli anni 1995-2000 al 2,3% del 2016-2017, non scendendo mai, nel periodo considerato, sotto la soglia del 2%.

Ciò significa che si tratta di una spesa strutturale, e che la sua dinamica è indipendente dal livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dalla presenza di un sistema di sanità integrativa.

La sua dimensione è piuttosto determinata da altri fattori, come le liste d'attesa, le carenze del Servizio Sanitario Nazionale in alcune aree prestazionali (odontoiatria, riabilitazione....), e dalla decisione del paziente di optare per una piena, libera scelta del luogo di cura e del medico.

Non è dunque la sua dimensione l'elemento caratterizzante.

Riteniamo, invece, che l'anomalia della spesa privata risieda nel fatto che gran parte di questa non sia intermediata/organizzata da soggetti professionali, ma sia in forma *cash*. Potenziare il secondo pilastro non significa, dunque, penalizzare la sanità pubblica, quanto rendere più efficiente la spesa privata. I due sistemi devono essere strategicamente integrati ma rispondere a logiche e regole indipendenti uno dall'altro.

Tenuto conto che l'obiettivo dell'indagine è quello di conoscere l'articolata realtà dei fondi sanitari, credo che sia importante soffermarsi su che cosa siano i fondi e come essi operino nel nostro Paese.

Fino al 2008-2009 i fondi rappresentavano prevalentemente una forma di benefit per alcune categorie cosiddette "privilegiate" (giornalisti, dirigenti...). Dopo la "mini-riforma" di quegli anni, e soprattutto con la stabilizzazione della norma fiscale sul trattamento dei contributi versati, il settore si è fortemente sviluppato nella contrattazione categoriale e aziendale fino ad essere oggi un fenomeno di massa.

Non mi riferisco ai fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, istituiti con decreto legislativo n. 502 del 1992, che si sono sviluppati solo marginalmente, come emerge chiaramente anche dal Report del Ministero della Salute che ne ha censiti, nella propria Anagrafe, solo 9 su 322. Tali fondi risultano poco interessanti per gli assistiti in quanto forniscono una tutela sanitaria solo su limitate prestazioni sanitarie.

L'esperienza mostra pertanto che limitare l'operatività del secondo pilastro sanitario nel suo complesso ad un'area di prestazioni simile o coincidente con quella dei fondi sanitari del decreto legislativo n. 502 del 1992 sarebbe un'operazione con effetti negativi sulla diffusione delle adesioni dei cittadini/lavoratori ai fondi.

I fondi cui mi riferisco sono invece gli enti e le casse di natura esclusivamente assistenziale e di origine contrattuale che rappresentano di fatto il secondo pilastro sanitario italiano come emerge dal citato Report del Ministero della Salute che ne ha censiti, nella propria Anagrafe 313 su 322. Tali fondi sono soggetti no profit e, dal punto di vista civilistico, sono quasi tutti associazioni non riconosciute, governate in modo

bilaterale fra parte datoriale e sindacato. I loro ambiti di intervento sono regolati dai decreti del Ministro della Salute del 2008 e del 2009 che prevedono che almeno il 20% delle risorse impiegate dai fondi siano riservate a odontoiatria e non autosufficienza.

Quasi tutti sono di origine contrattuale e rendono operativa, per i lavoratori e per i loro familiari, la possibilità di fruire delle forme di tutela sanitaria previste dai vari CCNL di categoria, dagli accordi/regolamenti aziendali ovvero da entrambi.

A tal riguardo Confindustria ha predisposto, nel gennaio 2018, un'indagine sui fondi e sulle casse sanitarie presenti nel sistema confederale, la cui sintesi è contenuta nella memoria che verrà depositata.

L'indagine, che non ha carattere esaustivo, ha censito 13 fondi sanitari di categoria e 24 fondi aziendali che assistono più di 3,5 milioni di persone. E', però, ragionevole stimare che, nell'ambito del nostro sistema, vi sia almeno un altro milione in più di assistiti che risulta difficile censire perché "polverizzato" in enti e casse interaziendali. Pertanto, il totale complessivo degli assistiti dai fondi sanitari del sistema Confindustria è stimabile in 4,5 milioni di persone.

Il rischio connesso alle tutele sanitarie fornite da questi fondi è gestito in modo collettivo: gran parte dei fondi lo "trasferisce" al sistema assicurativo (unitamente alle funzioni di *service* amministrativo) mentre alcuni lo tengono al loro interno, autogestendosi. Nel primo caso, i costi amministrativi e di intermediazione sono superiori

Solo pochi fra i fondi operanti in Italia assistono anche i pensionati, mentre tutti operano secondo criteri di "non selezione" del rischio.

In considerazione delle dimensioni assunte dal fenomeno, è fondamentale la capacità di garantire la sostenibilità nel tempo di questi enti. Gli aspetti da considerare, a tale proposito, sono a nostro avviso due.

Il primo attiene alla necessità di introdurre regole e/o buone pratiche che prevedano strumenti attuariali di controllo della stabilità finanziaria dell'ente, attualmente non previsti. La previsione, ad esempio, della predisposizione periodica del bilancio tecnico

del fondo consentirebbe agli amministratori del fondo stesso di monitorare per tempo la sostenibilità dell'ente.

Il secondo aspetto, più delicato, riguarda le prestazioni.

Il fatto che oggi i fondi abbiano l'obbligo, per legge, di destinare il 20% delle risorse alle prestazioni vincolate, e quindi di investire il restante 80% su tutte le altre aree prestazionali, è una garanzia della tenuta dei conti dei fondi. Infatti, più i fondi risultano "appetibili" per i potenziali assistiti, più è garantita la loro sostenibilità perché sono in grado di "spalmare" il rischio sanitario su collettività le più ampie possibili.

Per quanto riguarda gli aspetti fiscali della sanità integrativa riguardanti gli enti/casse di natura esclusivamente assistenziale e di matrice negoziale, l'attuale legislazione prevede che non concorrano alla formazione del reddito da lavoro dipendente i contributi versati a tali enti, operanti negli ambiti di cui ai decreti del Ministero della Salute del 2008/2009, fino al limite di 3.615,20 €. Sul piano previdenziale, è previsto che le aziende, sui contributi destinati ai fondi, versino il contributo di solidarietà del 10% al posto del contributo ordinario.

Proprio sul versante della sostenibilità, mettere in discussione questo equilibrio tecnico-normativo, a partire dalla ipotesi di riduzione dei benefici fiscali e previdenziali per i fondi, è dunque rischioso.

Al contrario, siamo convinti che la questione della fiscalità connessa allo sviluppo del secondo pilastro vada affrontata tenendo conto anche di altri aspetti.

Il primo riguarda il fatto che gli incentivi fiscali consentono allo Stato di ottenere benefici per l'intera collettività. Se è vero – come già evidenziato prima – che la spesa sanitaria privata è un fenomeno sostanzialmente indipendente dallo sviluppo del secondo pilastro, incentivando l'adesione ai fondi sanitari lo Stato ottiene un risultato di rilievo: quello di rendere più efficiente la spesa privata e di trasferire quote di questa spesa da una forma *cash* ad una fondata su criteri previdenziali e di mutualità, accrescendo l'efficienza complessiva del sistema ed i benefici per i cittadini/lavoratori.

Il secondo aspetto riguarda la maggiore trasparenza, per lo Stato, derivante dallo spostamento da forme di spesa *cash* a forme collettive integrative che consentono l'emersione del sommerso visto che i fondi, per rimborsare le prestazioni sanitarie, chiedono la documentazione di spesa.

Riteniamo altresì che il beneficio atteso per le casse pubbliche da una eventuale riduzione dei benefici fiscali e previdenziali per i fondi, verrebbe di gran lunga bilanciato in senso negativo da un maggior onere per l'erario connesso al più alto costo fiscale riguardante la detrazione delle spese mediche in dichiarazione dei redditi, per effetto del trasferimento di tutta la spesa gestita dai fondi sulla spesa *cash* dei cittadini.

Infine, va osservato che un'eventuale riduzione del beneficio fiscale, rendendo meno appetibile, da parte dei lavoratori e dei loro familiari, l'adesione ai fondi, riverserebbe sul Servizio Sanitario Nazionale una forte pressione di nuova domanda di prestazioni.

In conclusione, se uno degli obiettivi dell'indagine conoscitiva è quello di verificare la congruità e l'efficienza dell'attuale sistema di incentivazione fiscale della sanità integrativa, Confindustria sottolinea l'importanza non solo di non ridurre ma se possibile anche di accrescere l'aiuto fiscale dello Stato, ad esempio nei confronti delle imprese e dei cittadini non lavoratori dipendenti, vista la centralità di questo sistema nelle relazioni industriali del Paese, la sua strategicità nell'ambito di una visione moderna e complessiva di sostenibilità del sistema-sanità, l'importanza di diffondere sempre più una cultura della previdenza sanitaria e della mutualità che aiuti, con meccanismi di protezione assistenziale collettiva, il singolo nel momento del bisogno.

Riteniamo che la vera sfida non sia nella contrapposizione fra prestazioni integrative e sostitutive, ma nel favorire con decisione uno sviluppo ordinato e trasparente di una vera sanità integrativa di natura no profit, che dialoghi sul piano delle politiche sanitarie con le Istituzioni del SSN per contribuire in modo complementare alla tutela della salute, come prevede l'articolo 32 della Costituzione.

Confindustria ritiene, infine, che il quadro normativo della sanità integrativa, avviato con la legge finanziaria del 2008 e con i decreti del Ministero della Salute rispettivamente del 2008 e del 2009, risulti ancora incompleto sugli aspetti ordinamentali e di controllo.

A nostro avviso, è perciò ragionevole iniziare a riflettere su regole che prevedano:

- trasparenza, efficienza e qualità nella governance dei fondi e delle casse sanitarie e nei loro rapporti con la rete degli erogatori delle prestazioni sanitarie;
- garanzie informative per gli assistiti, e criteri di buona gestione economica-finanziaria dei fondi/casse;
- standardizzazione dei dati e delle informazioni medico-economiche, per iniziare a dare omogeneità al sistema della sanità integrativa e, quindi, consentire la possibilità di analizzarlo ed indirizzarlo.

A fronte della rapida crescita della sanità integrativa, Confindustria ritiene, insomma, che sia opportuno iniziare a riflettere anche sull'architettura di un sistema di vigilanza che assicuri trasparenza, certezza della gestione economica-finanziaria, tutela degli iscritti e buon funzionamento del sistema stesso.

La vigilanza, in particolare, dovrà essere diretta a controllare le modalità di svolgimento dell'attività dei fondi e delle casse, il rispetto dell'obbligo di non adottare politiche discriminatorie e di selezione dei rischi.

Tenuto conto del fatto che si interverrebbe su un sistema di operatori già strutturato e diversificato da anni, la definizione di questa parte ordinamentale, non può che avvenire con un confronto tecnico con i fondi sanitari e le Parti istitutive.

Confindustria è pronta, fin d'ora, a mettere le sue competenze a disposizione di questo confronto.

Vi ringrazio.