
La disciplina degli strumenti integrativi di welfare e la possibile evoluzione del sistema di welfare integrativo

Roma, 17 marzo 2015

**Stefano Castrignanò
(ELLEGI Consulenza)**

ALCUNE CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

- ❑ Il concetto di “integrazione” nel welfare
- ❑ Il sistema multipilastro sanitario e i LEA
- ❑ La congiuntura economica e la progressiva contrazione del finanziamento pubblico

I profili giuridici e fiscali: l'evoluzione normativa delle forme di assistenza sanitaria integrativa

LE TRE RIFORME DEL SERVIZIO SANITARIO

- ❑ La progressiva analisi delle fonti del diritto Sanitario nazionale riguarda necessariamente le tre grandi “riforme” succedutesi fra la fine degli anni '70 e il finire degli anni '90.

- ❑ Tali riforme sono rappresentate dai seguenti provvedimenti:
 - Legge 833/1978;
 - D.lgs. 502/92 e il d.lgs. 517/93;
 - D.lgs. 229/99.

I TRE PILASTRI

- ❑ Il quadro che deriva dai predetti testi normativi è frutto di un'elaborazione consuetudinaria che ha portato all'individuazione di tre “pilastri” in ambito sanitario, rappresentati dalla Sanità:
 - Pubblica;
 - Collettiva (integrativa);
 - Individuale
- ❑ I suddetti tre pilastri, seppur trovino fondamento in presupposti diversi, sono fra loro intrinsecamente legati.

LE ORIGINI DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

- ❑ La prima riforma sanitaria viene attuata con la legge 833, del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale; tale provvedimento normativo ha segnato il superamento del sistema mutualistico ospedaliero.
- ❑ Il sistema mutualistico ospedaliero era caratterizzato da:
 - l'esistenza di numerosi enti differenziati tra loro;
 - Una completa assenza di collegamenti tra i diversi livelli di assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera;
 - il mancato rilievo conferito al momento della “prevenzione” rispetto a quello della “cura”;
 - La mancanza di una copertura assistenzialistica che potesse riguardare la totalità dei cittadini.

FORME INTEGRATIVE DI ASSISTENZA SANITARIA

- ❑ Nella citata previsione della L. 833/78 – in forte rottura con la struttura del sistema mutualistico – la tutela della salute viene assicurata a tutti i cittadini indistintamente, nel pieno rispetto di quanto sancito dall'art. 32 della Costituzione;
- ❑ E' prevista esplicitamente la possibilità per i cittadini di integrare le prestazioni erogate dal pubblico attraverso due forme:
 - ricorrendo direttamente al mercato sanitario;
 - partecipando a forme di mutualità volontaria.

LE FORME INTEGRATIVE DI ASSISTENZA SANITARIA

- ❑ Le forme integrative di assistenza sanitaria possono essere realizzate da:
 - enti con scopo di lucro (imprese di assicurazione) attraverso lo strumento delle polizze individuali sottoscritte dal singolo cittadino o attraverso lo strumento delle polizze collettive sottoscritte dal datore di lavoro o dal titolo dell'ente collettivo di riferimento;
 - enti senza scopo di lucro (fondi sanitari).

IL D.LGS. 502/92: FORME DIFFERENZIATE DI ASSISTENZA

- ❑ L'*iter* formativo della nuova disciplina sui fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale prende le mosse dalla legge delega 421/1992, laddove all'art. 1 si delega il Governo a provvedere al "*riordino della disciplina in materia sanitaria*".
- ❑ Il Governo ha provveduto a normare la materia sanitaria attraverso il d.lgs n.502/1992.
- ❑ Nel suddetto decreto, però, solo l'art. 9, rubricato "*forme differenziate di assistenza*" è stato dedicato alla disciplina di forme di previdenza assistenziali sanitarie alternative a quella pubblica.

IL D.LGS. 502/92: FORME DIFFERENZIATE DI ASSISTENZA

- ❑ Secondo l' articolo 9, comma 3 del d.lgs. n.502 del 1992, le forme differenziate di assistenza dovevano consistere:
 - nel concorso della spesa sostenuta dall' interessato per la fruizione della prestazione a pagamento;
 - nell' affidamento a soggetti singoli o consortili, comprese le mutue volontarie, delle facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali...*omissis*.

LE MODIFICHE INTRODOTTE DAL D. LGS. 517/93

- ❑ L' art. 9 del d.lgs. 502/92, così come modificato dal d.lgs. 517/93 :
 - disponeva che potevano essere istituiti fondi integrativi sanitari;
 - stabiliva che le fonti dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale potevano essere:
 - contratti ed accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori promossi dai sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;
 - accordi tra lavoratori autonomi e tra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale;
 - regolamenti di enti o aziende, o enti locali, o associazioni senza scopo di lucro, o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute.

LE “PRESTAZIONI AGGIUNTIVE” PREVISTE DAL D.LGS. 517/93

- ❑ Nell'art. 10 del d.lgs. n. 517 del 93 venivano descritte altresì le prestazioni che potevano essere erogate da un fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.
- ❑ Tale decreto prevedeva la possibilità, per fondo sanitario, di erogare prestazioni “aggiuntive” rispetto a quelle fornite dal SSN.
- ❑ Tale norma risultava esposta ad un forte rischio interpretativo ed, infatti, doveva essere implementata attraverso un regolamento ministeriale entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del d.lgs. n.517 del 93.

D. LGS. 299/99: L'INTRODUZIONE DEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI

- ❑ La normativa sui fondi integrativi, che non era mai stata applicata per la mancanza del necessario regolamento attuativo, è stata ripresa dalla riforma *ter* (d.lgs. 229/99 di attuazione della delega contenuta nella legge 419/1998).
- ❑ Tale riforma ha introdotto nel mercato dell'assistenza sanitaria integrativa la tipologia dei fondi integrativi del Ssn il cui fine è quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica, incoraggiando la copertura di servizi integrativi (prestazioni eccedenti i LEA ovvero livelli uniformi ed essenziali di assistenza) attraverso l'assistenza privata.

D.LGS. 229/99: LE CARATTERISTICHE DEI FONDI “DOC”

- ❑ Tale riforma del Servizio sanitario nazionale ha configurato i fondi sanitari integrativi in senso stretto (Fondi doc), che diventano complementari su base volontaria rispetto al Ssn, in quanto offrono una copertura su base collettiva per tutte le prestazioni escluse dal sistema pubblico o parzialmente a carico delle famiglie.
- ❑ I fondi sanitari integrativi doc, configurati dal d.lgs. 229/99 come forme di mutualità volontaria, sono caratterizzati da due elementi :
 - non selezione dei rischi sanitari e non discriminazione nei premi da pagare nei confronti di particolari gruppi di soggetti;
 - non concorrenza con il SSN.

D.LGS. 229/99: LE CARATTERISTICHE DEI FONDI “NON DOC”

- ❑ I fondi non doc invece sono quelli liberi da tali vincoli e quindi capaci di offrire anche prestazioni sostitutive esterne, ossia cure ricadenti nei livelli essenziali di assistenza fornite in strutture non convenzionate con il SSN.
- ❑ Si può dire che la differenza di fatto più rilevante tra le due categorie di fondi è di tipo esistenziale, prima ancora che funzionale.
- ❑ Infatti, i fondi non doc esistono e operano da tanti anni, al pari delle assicurazioni private per malattie e infortuni, mentre non è chiara l'operatività dei fondi doc a causa della mancanza della normativa regolamentare di attuazione.

D. LGS. 229/99: LE PRESTAZIONI

- ❑ Il quarto comma dell'articolo 9 d.lgs. 229/99 prevede le seguenti prestazioni:
- aggiuntive, non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- erogate dal SSN comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito ...*omissis*;
- sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota a carico dell'assistito”.

D. LGS. 229/99: LE PRESTAZIONI

- ❑ Il legislatore ha, poi, precisato che fra le prestazioni “aggiuntive” che possono essere erogate da un fondo sanitario devono essere ricomprese;
- le prestazioni di medicina non convenzionale “*ancorché erogate da strutture non accreditate*”;
- le cure termali, “*limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale*”, l’assistenza odontoiatrica “*limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l’esclusione dei programmi di tutela alla salute odontoiatrica nell’età evolutiva dello sviluppo e dell’assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità*”.

IL REGOLAMENTO: GLI ASPETTI GESTIONALI

- ❑ Il regolamento, mai emanato, avrebbe dovuto disciplinare:
 - le modalità di costituzione e di scioglimento;
 - la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
 - le forme e le modalità di contribuzione;
 - i soggetti destinatari dell'assistenza;
 - il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
 - le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

- ❑ Infine, la previsione del comma 9 dell'articolo 9 del citato decreto:
 - disciplina l'attività di vigilanza sulla attività dei fondi;
 - promuove l'istituzione dell'“*osservatorio dei fondi*” e della “*anagrafe dei fondi*”;
 - statuisce che la vigilanza sui fondi debba essere disciplinata dall'art. 122 del d.lgs. n. 112 del 1998.

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008 (Decreto Turco)

- ❑ Dopo quasi un decennio di sostanziale silenzio, con il comma 197, art. 1 della legge finanziaria 2008 (Legge 244/2007), il legislatore è tornato ad occuparsi di sanità integrativa, demandando ad un decreto del Ministero della Salute, il compito di determinare “*gli ambiti di intervento*” dei “*fondi integrativi del S.S.N. istituiti o adeguati ai sensi dell’art. 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche*”.
- ❑ La disciplina del decreto ministeriale in questione ha l’indubbio pregio di fare riferimento sia ai fondi istituiti o adeguati ai sensi dell’art. 9 D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche sia ai fondi e alle casse costituiti in ragione di accordi di autonomia privata.

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- ❑ In particolare, la nuova regolamentazione prevede che gli ambiti di intervento dei fondi sanitari del S.S.N., istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 D.Lgs. 502/92 e successive modifiche, al fine di godere del vantaggio fiscale, debbano comprendere le prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati.

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- ❑ In tali prestazioni sono in ogni caso ricomprese (ai sensi del comma 5 dell'art. 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502):
 - le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
 - le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
 - l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;

segue

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n.662;
- le prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- ❑ Gli ambiti di intervento comprendono, inoltre, ai sensi dell' art. 1, comma 2, lett. a) e b) D.M. 31 marzo 2008, le seguenti prestazioni aggiuntive:
 - le prestazioni socio-sanitarie in quanto non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.
 - Tali prestazioni sono definite dall'attuale normativa come segue:
 - prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
 - prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;

segue

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- Le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza;
- le prestazioni socio-sanitarie finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
- le prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- ❑ I soggetti interessati alla presente disciplina sono gli Enti, le Casse e le Società di mutuo soccorso che presentano le seguenti condizioni:
 - hanno fine esclusivamente assistenziale;
 - operano in favore di lavoratori dipendenti iscritti in ottemperanza a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale;
 - operano nel settore sanitario non rispettando l'operatività dei fondi sanitari integrativi.

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- ❑ Gli ambiti di intervento di questi soggetti comprendono le seguenti prestazioni:
 - le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie garantite ai propri iscritti secondo i propri statuti e regolamenti;
 - il rimborso dei costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del SSN e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria.

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- ❑ Tali ambiti di intervento si intendono rispettati a condizione che l'ente, la cassa o la società di mutuo soccorso attesti su base annua di aver erogato, singolarmente o congiuntamente, nella misura del 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le seguenti prestazioni non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza:
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;

segue

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: LE PRESTAZIONI

- le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza;
- le prestazioni socio-sanitarie finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
- le prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: REGIME FISCALE

- ❑ La Legge Finanziaria 2008 – Legge 244 del 24 dicembre 2007, articolo 1, comma 197, lettera a) - ha stabilito che non concorrono alla determinazione del reddito da lavoro dipendente nella misura di 3.615,20 euro, i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale previste da contratti collettivi o regolamenti aziendali che erogino le prestazioni rientranti nell'ambito degli interventi individuati con il decreto della Salute del 31 marzo 2008.
- ❑ Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter) Tuir ai fondi integrativi "Doc".

IL DECRETO MINISTERIALE DEL 31 MARZO 2008: L'ANAGRAFE

- ❑ Per il monitoraggio e il controllo dell'attività dei Fondi e dagli altri Enti preposti, l'art. 2 del D.M. 31 marzo 2008 istituisce, ai sensi dell'articolo 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e senza oneri a carico dello Stato, l'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute.
- ❑ I fondi sanitari integrativi del SSN nonché gli enti e le casse dovranno comunicare annualmente all'Anagrafe dei fondi sanitari la seguente documentazione:
 - atto costitutivo;
 - regolamento;
 - nomenclatore delle prestazioni garantite;
 - bilancio preventivo e consuntivo;
 - modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare.

IL DECRETO MINISTERIALE 27 ottobre 2009 (Decreto Sacconi)

- ❑ Con il D.M. 27 ottobre 2009 decreto, il Governo ha inteso riaffrontare il tema dell'assistenza sanitaria integrativa provvedendo a:
 - esplicitare le aree di prestazioni cui gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale devono destinare, il 20% delle risorse, al fine di beneficiare del trattamento fiscale agevolato;
 - definire i criteri e le modalità per il calcolo e la verifica della misura del limite percentuale delle suddette prestazioni;

segue

IL DECRETO MINISTERIALE 27 ottobre 2009

- specificare, per l' Anagrafe relativa a fondi sanitari, enti, casse e società di mutuo soccorso assistenziale, le informazioni sintetiche che ad essa vanno comunicate, in fase di prima applicazione, al fine di valutare quantitativamente l' operatività e le principali caratteristiche gestionali dei soggetti iscritti all' Anagrafe medesima.
- rinviare ad un successivo decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali la definizione della modalità di funzionamento dell' Anagrafe dei fondi sanitari integrativi e degli enti, casse e società di mutuo soccorso assistenziale.

❑ Le prestazioni di assistenza odontoiatrica e di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti o temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, alla cui erogazione sono tenuti gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso, nella misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, sono rappresentate da:

- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per non autosufficienti;
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale per non autosufficienti;
- prestazioni per il recupero della salute dei soggetti temporaneamente inabilitati;
- assistenza odontoiatrica.

- ❑ Relativamente alle modalità di iscrizione dei fondi sanitari all' Anagrafe (intendendo, ai sensi del decreto, con il termine “fondi sanitari”: i fondi sanitari integrativi del Ssn, istituiti o adeguati ai sensi dell' art.9 d.lgs. 502/92 nonché gli enti, le casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale), il termine di iscrizione:
 - per l' anno 2010 era stato fissato entro il 30/04/2010;
 - per gli anni successivi, entro il 31/07 di ciascun anno, sia per nuova iscrizione sia per i rinnovi.

- ❑ In fase di prima applicazione, l'iscrizione all'anagrafe si intendeva perfezionata:
 - con la trasmissione telematica della seguente documentazione stabilita al comma 2, dell'art. 2 del decreto del Ministro della salute:
 - atto costitutivo;
 - regolamento;
 - nomenclatore delle prestazioni garantite;
 - bilancio preventivo e consuntivo o documento equivalente;
 - schema di modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare.
 - con la compilazione delle informazioni relative all'attività gestionale, attraverso l'accesso al sito internet del Ministero della salute (area- anagrafe dei fondi)

IL DECRETO MINISTERIALE 27 ottobre 2009

- ❑ Ai fini del rispetto della soglia delle prestazioni vincolate, a partire dal 2011, gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, al momento dell'iscrizione all'Anagrafe o del relativo rinnovo, dovevano trasmettere, anche la certificazione a firma del legale rappresentante, che indicasse, per l'anno precedente, al netto delle spese generali:
- l'ammontare delle risorse impegnate che, nella modalità di prestazioni direttamente erogate o di rimborsi a fronte di spese sanitarie dei propri assistiti, si riferiscano a prestazioni di cui all'articolo 2, comma , lettera d) e delle risorse impegnate che, nella modalità di erogazione di somme anche forfetariamente stabilite, si riferiscano a prestazioni di cui all'articolo 2, comma 2, lettera d), numeri 1) e 2), relative a soggetti il cui stato di non autosufficienza sia attestato da idonea certificazione medica;
- l'ammontare del totale delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti e la percentuale dell'importo di cui alla lettera a) sull'importo di cui alla lettera b).

IL DECRETO MINISTERIALE 27 ottobre 2009

- ❑ Dell'avvenuta iscrizione o dell'avvenuto rinnovo è rilasciata, con modalità telematica, specifica attestazione da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
- ❑ I fondi sanitari, già iscritti all'Anagrafe, rinnovano l'iscrizione con la conferma della documentazione invariata, con la trasmissione di quella modificata e con la compilazione delle nuove informazioni relative all'attività gestionale.
- ❑ Le modalità tecniche cui attenersi per l'accesso al sistema informativo "Anagrafe Fondi Sanitari", per la registrazione del compilatore e l'iscrizione del fondo sanitario all'Anagrafe, nonché per il rinnovo dell'iscrizione, sono disciplinate nell'allegato tecnico allegato, che costituisce parte integrante del citato decreto.

- ❑ Il perfezionamento dell'iscrizione dei fondi sanitari all'Anagrafe ovvero il relativo rinnovo:
 - per i fondi sanitari integrativi, costituisce condizione per la verifica della coerenza delle prestazioni erogate con gli ambiti definiti dall'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2008;
 - per gli enti, casse, e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, costituisce condizione per la verifica della coerenza delle prestazioni con gli ambiti definiti dall'articolo 1, comma 3, del decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2008, nonché per la verifica della soglia delle prestazioni vincolate.

- ❑ Le finalità per le quali è stata istituita l'Anagrafe dei Fondi sono le seguenti:
 - censimento dei soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo da valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa ed il Servizio Sanitario Nazionale;
 - verifica del rispetto della soglia delle risorse vincolate da parte degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi fine esclusivamente assistenziale.

LE TIPOLOGIE DI FORME DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Criterio dei destinatari:

CHIUSI

- ☐ Fondi/Casse aziendali/di gruppo
- ☐ Fondi/Casse nazionali di categoria/intercategoriali
- ☐ Fondi/Casse territoriali
- ☐ Fondi interaziendali/pluriazendali

APERTI

- ☐ Fondi/Casse (non doc) misti
- ☐ Fondi Sanitari Integrativi del SSN (fondi doc)
- ☐ Società di Mutuo Soccorso

LE TIPOLOGIE DI FORME DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Criterio fiscale:

- ☐ Fondi Sanitari Integrativi del SSN (fondi doc)
- ☐ Fondi/Casse/altri enti assistenziali (fondi non doc)
- ☐ Società di Mutuo Soccorso

Criterio della forma giuridica:

- ☐ Associazione riconosciuta
- ☐ Associazione non riconosciuta
- ☐ Patrimonio autonomo e separato
- ☐ Società di Mutuo Soccorso
- ☐ ...

Profili fiscali delle forme di assistenza sanitaria integrativa

LA NORMATIVA FISCALE DI RIFERIMENTO DEI CONTRIBUTI

❑ L' articolo 10, comma 1, lett. e-ter) del TUIR (**fondi “doc”**):

➤ fissa il principio della deducibilità dei contributi versati ai fondi sanitari integrativi del SSN (“doc”) da parte di tutti i contribuenti;

❑ L'articolo 51, comma 2, lett. a) del TUIR (**fondi “non doc”**):

➤ disciplina la medesima fattispecie limitatamente al reddito di lavoro dipendente.

❑ L' articolo 15, comma 1, lett. i-bis) del TUIR (**SMS**):

➤ fissa la detraibilità al 19%, fino ad un massimo annuo di | € 1.291,14, dei contributi associativi versati alle Società di Mutuo Soccorso.

LA NORMATIVA FISCALE DI RIFERIMENTO DEI CONTRIBUTI

- ❑ In particolare, l' articolo 10, comma 1, lett. e-ter del TUIR prevede che:
 - dal reddito complessivo si deducono contributi versati, fino ad un massimo di euro 3.615,20, ai fondi integrativi del S.S.N. che erogano prestazioni negli ambiti stabiliti con decreto del Ministero della salute;
 - ai fini del calcolo del limite si tiene conto anche dei contributi versati dal datore di lavoro (art. 51, co. 2, lett. a);
 - per i contributi versati a persone a carico la deduzione spetta per ammontare non dedotto da queste ultime fermo restando limite complessivo di euro 3.615,20.

LA NORMATIVA FISCALE DI RIFERIMENTO DEI CONTRIBUTI

- ❑ L'articolo 51, comma 2, lett. a del TUIR prevede invece che:
 - non concorrono a formare il reddito contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o accordo o di regolamento aziendale che operino in ambiti di intervento stabiliti con decreto Ministero salute, per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20.

LA COMPLEMENTARIETA' DELLE NORME

❑ Dalla complementarità delle citate disposizioni dovrebbe derivare:

- il medesimo ambito di operatività sia dei fondi integrativi del SSN che degli enti e casse sanitarie;
- la non esclusività dell'oggetto di ambedue le fattispecie;
- la possibilità sia per i fondi integrativi del SSN che per gli enti e casse sanitarie di offrire non solo prestazioni integrative dei LEA ma anche prestazioni sostitutive.

❑ Essendo i fondi integrativi destinati a tutti i contribuenti e gli enti e casse sanitarie solo ai lavoratori dipendenti, qualunque diversa interpretazione determinerebbe una disparità di trattamento costituzionalmente non ammessa (contrasto con l' art. 3 Cost.).

LE PROBLEMATICHE FISCALI

❑ RISOLUZIONE AE N. 107 del 3/12/2014:

- Sottolinea la distinzione, sul piano fiscale, tra fondi doc e non doc;
- la non esclusività dell'oggetto di ambedue le fattispecie;
- la possibilità sia per i fondi integrativi del SSN che per gli enti e casse sanitarie di offrire non solo prestazioni integrative dei LEA ma anche prestazioni sostitutive.

❑ Disciplina fiscale delle Società di Mutuo Soccorso (detraibilità e non deducibilità)

I profili organizzativi e amministrativi delle forme di assistenza sanitaria integrativa

LE ATTIVITA' GESTIONALI DEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI

- ❑ La gestione dei rischi sanitari (modalità di copertura dei rischi)
- ❑ La gestione amministrativo-contabile (modalità di svolgimento dei processi di adesione, contribuzione, rimborso, contabilità)
- ❑ La gestione economico-finanziaria (modalità di impiego delle risorse finanziarie disponibili)

☐ La gestione dei rischi sanitari:

- Regime in outsourcing (compagnia ass., fondi sanitari, mutue, ecc.)
- Regime in insourcing (autogestione/ritenzione dei rischi sanitari)
- Regime misto

☐ La gestione amministrativo-contabile:

- Regime in outsourcing (provider esterno, compagnia ass., ecc.)
- Regime in insourcing (gestione interna totale/parziale)
- Regime misto

❑ La gestione economico-finanziaria:

- Regime in outsourcing (gestori professionali)
- Regime in insourcing (gestione diretta)
- Regime misto

- ❑ Ai fini dell'adozione del più efficace modello gestionale per ciascuna area appena descritta, l'organo direttivo del Fondo sanitario deve valutare almeno i seguenti profili:
 - Caratteristiche della platea di riferimento;
 - Tipologie di coperture offerte;
 - Economicità del modello;
 - Possibile strutturazione dell'assetto interno;
 - Capacità di controllo dei rischi gestiti (sanitari, finanziari, operativi, ecc.)

LE VARIABILI RILEVANTI PER INDIVIDUARE IL MODELLO DI GESTIONE DEI RISCHI SANITARI

- ☐ Analisi dei fabbisogni sanitari della platea di riferimento;
- ☐ Definizione delle coperture oggetto di garanzia;
- ☐ Numerosità degli iscritti/assistiti;
- ☐ Disponibilità di un track record dei sinistri storico significativo e affidabile;
- ☐ Disponibilità di competenze tecnico attuariali per la definizione dei premi di equilibrio e per il monitoraggio periodico dei rischi;
- ☐ Disponibilità di competenze tecnico sanitarie per la definizione/aggiornamento del tariffario/nomenclatore;
- ☐ Disponibilità di un sistema informativo che consenta l'accesso immediato e completo alle informazioni sui rimborsi erogati;
- ☐ ...

LE VARIABILI RILEVANTI PER INDIVIDUARE IL MODELLO DI GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE

- ☐ Caratteristiche (numero di risorse e relative professionalità) della struttura interna del Fondo;
- ☐ Numerosità degli iscritti/assistiti;
- ☐ Disponibilità di un software adeguato per la gestione delle posizioni (anagrafiche, contributi, prestazioni, ecc.);
- ☐ Disponibilità di competenze e software per l'adeguato svolgimento delle attività relative all'aggiornamento dei libri contabili obbligatori;
- ☐ ...

LE VARIABILI RILEVANTI PER INDIVIDUARE IL MODELLO DI GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

- ❑ Tipologia di modello gestionale per la copertura dei rischi sanitari;
- ❑ Know How degli organi direttivi e delle risorse interne in materia economico-finanziaria;
- ❑ Disponibilità di una piattaforma per la compravendita degli strumenti finanziari;
- ❑ Disponibilità di un information provider per il monitoraggio dei rischi finanziari (es. Bloomberg);
- ❑ Disponibilità di competenze per la definizione di una gestione ALM (Asset Liability Management);
- ❑ ...

GESTIONE DEI RISCHI SANITARI

Regime in-sourcing

Regime out-sourcing

GESTIONE AMMINISTRATIVA

Regime in-sourcing

Regime out-sourcing

LE PROBLEMATICHE APERTE IN TEMA DI SANITA' INTEGRATIVA

- ❑ Equiparazione del **regime fiscale** per enti/soggetti che operano con le medesime finalità (fondi doc, non doc, SMS)
- ❑ Necessità di “**livellamento del piano di gioco**” e delle regole (soprattutto in termini di garanzie circa il grado di solvibilità tecnico-gestionale e di trasparenza informativa vs aderenti) tra enti/soggetti che operano con le medesime finalità (fondi doc, non doc, SMS)
- ❑ Individuazione di **criteri contabili** più precisi, anche con riferimento al calcolo del 20% delle risorse vincolate nelle diverse fattispecie gestionali (autoassicurazione, gestione mista, ecc.)
- ❑ Individuazione dell’**Autorità di Vigilanza** del settore e fissazione dei relativi compiti.