



Mefop

**L'integrazione sanitaria in
Italia. Lo stato dell'arte e le
prospettive. Proposte per la
accountability del sistema**

Roma 5 marzo 2019

Damiana Mastantuono

La prospettiva di Mefop sulla sanità integrativa – i tavoli 2016-19



Mefop

Pochi dati
ma molte
analisi
empiriche e
contatti
quotidiani
con i nostri
stakeholders

Enti e forme assolutamente variegate. Tema dello «scopo» esclusivo.

Due universi da analizzare separatamente: i fondi negoziali e le forme aperte e le SMS. Nel primo caso il tema della sanità integrativa va inquadrato nel più ampio fenomeno del welfare contrattuale e dei piani aziendali di welfare. Assume il valore di una tutela corrispettiva, spesso sostenuta finanziariamente dal datore di lavoro.

Scarso sviluppo normativo e poca «cultura» e «divulgazione» sul punto. Linguaggio atecnico e non uniforme.

Criticità sotto il profilo della trasparenza; accountability e organizzazione, ma anche su questi aspetti esistono invece prassi virtuose.

Tema irrisolto del rapporto tra fondi e «mercato». Lo spazio degli enti commerciali non definito in un contesto di lacunosità normativa.

Gli obiettivi in parte già raggiunti



Mefop

Gli obiettivi in parte raggiunti da Mefop in questi anni

1. Mettere intorno ad un unico tavolo i soggetti per creare una tassonomia del sistema

Lavorare sull'innalzamento di trasparenza e accountability di un sistema che è lacunoso a livello di normativa speciale ma non è estraneo a una serie di norme generali

Lavorare sulla specificità: cresce il rischio di invasione da parte di discipline disomogenee e cresce il rischio di una linea di demarcazione arbitraria tra ciò che è **sanità integrativa** (da sostenere) e **risparmio sanitario** (da promuovere)

Lavorare sulla governance e sui processi a legislazione vigente (il ruolo delle LINEE GUIDA)

Urgono interventi ma soprattutto conoscenza, dati e governance



Mefop

I motivi

1. Esistono problemi seri a livello definitorio: i rapporti tra fondi «doc» e «non doc»; la assimilazione impropria tra 20% di prestazioni vincolate e prestazioni integrative; il contenuto delle prestazioni vincolate...etc.

Si sta lentamente procedendo ad una attuazione del Codice del terzo settore che lascia aperti una serie di interrogativi, non solo quelli relativi al tema fiscale e al comma 148 TUIR

Stanno velocemente crescendo le risorse messe in circolo su tematiche strategiche come quelle della non autosufficienza ma anche della prevenzione (cfr. le policy del welfare aziendale)

Crescono problemi di coordinamento tra diversi soggetti e soprattutto con Enti bilaterali

Indagine conoscitiva Camera dei deputati



Mefop

I motivi

1. Approfondimento in merito all'opportunità di riordino della sanità integrativa, anche nel senso di rendere più cogente il divieto già posto ad enti, imprese e aziende pubbliche, di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento, anche indiretto, di associazioni mutualistiche ...nonché di eliminare ogni forma di defiscalizzazione per quei fondi integrativi che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992;

analizzare se sia opportuno introdurre il divieto esplicito per i fondi sanitari integrativi di erogare prestazioni sanitarie «sostitutive», in quanto ricomprese nell'ambito di intervento del SSN e dei LEA

indagare sull'opportunità di introdurre disposizioni che impongano la trasparenza e la pubblicità in relazione a tutti gli atti statutari e costitutivi correlati ai fondi integrativi nonché disposizioni atte ad eliminare ogni conflitto d'interesse tra i gestori dei Fondi e chi promuove i fondi medesimi;

verificare quale sia l'onere finanziario complessivo riferito alle agevolazioni fiscali legate ai fondi sanitari integrativi..

Il tema definitorio...la best practice e il futuro dei fondi sanitari



Mefop

- Il tema definitorio condiziona completamente l'operatività dei Fondi e il loro possibile sviluppo
- Occorre un salto di paradigma importante, ripartendo dai principi.
- In questo contesto le linee sulla *best practice* elaborate in sede Mefop non rappresentano solo uno strumento utile a elevare livelli di accountability a legislazione corrente ma anche uno strumento utile al legislatore per una razionalizzazione della disciplina verso un modello meno «rigido» e «tassativo» e più orientato agli obiettivi costituzionali

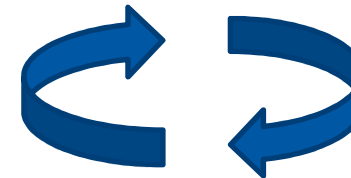
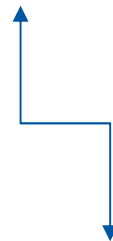
Il salto di paradigma



Mefop

Sistema «rigido» da cui è semplice deviare; anacronistico, disomogeneo a livello territoriale e discriminatorio a livello soggettivo
Sistema controllato a livello «anagrafico e fiscale»

Sistema flessibile e «orientato» a uno scopo esclusivo e ad interessi «general»; integrativo ma anche effettivamente integrato e utilizzabile dal legislatore per la realizzazione delle politiche sanitarie sui segmenti più critici; differenziato dal mero risparmio assicurativo, solido e trasparente



D.Lgs. 502/92 (con modifiche apportate dal D.Lgs. 517/93)



Mefop

«Ai fini della ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, del perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, di equità distributiva e del contenimento della spesa sanitaria, con riferimento all'articolo 32 della Costituzione»...**la creazione di un sistema che non è «libero» ma solo privato, che è integrativo e sussidiario**

Legge 421/1992, art. 1: delega al «riordino della disciplina in materia sanitaria»

L'assistenza sanitaria integrativa ex art. 9 del D.Lgs. 502/1992:

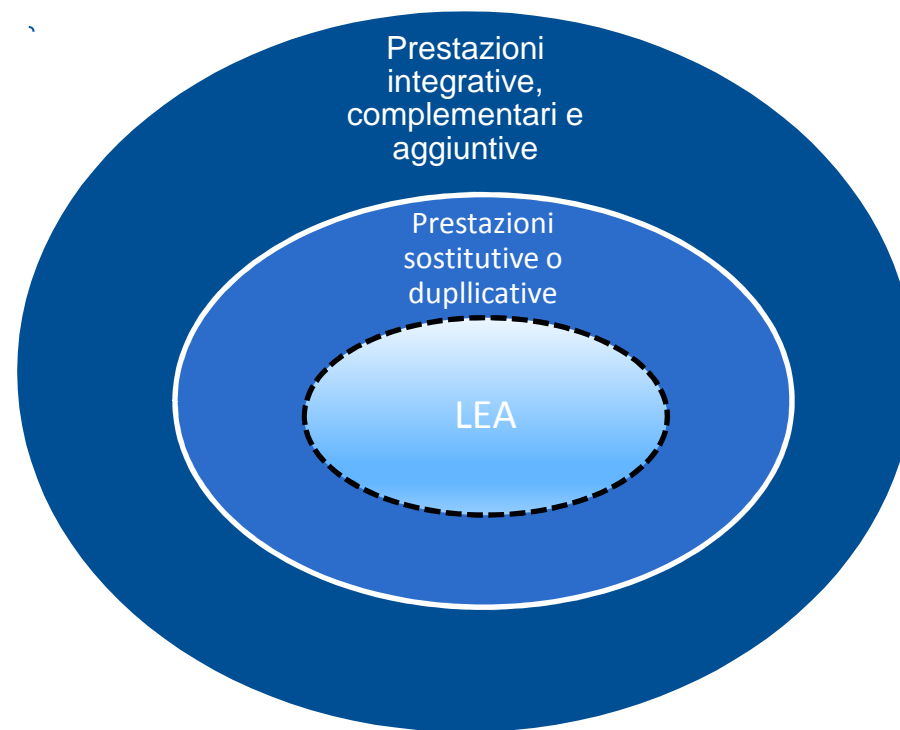
Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria **integrative** rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

8cfr. nozione di “integratività” e cfr. con complementarietà)

PREVIDENZA- ASSISTENZA SANITARIA



Mefop



Fenomeni ispirati ad un unico principio ma con grandi differenze
(complementarietà vs. integratività «mobile» del sistema di sanità integrativa)

La questione essenziale...



Mefop

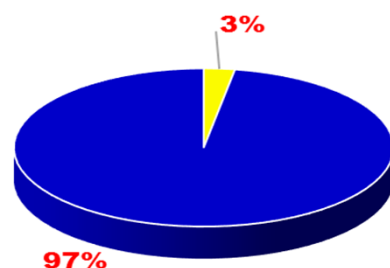
- Il principio della politica di sostegno è basato su una «delega» legislativa che è alla base del modello di fondo sanitario.
- E' possibile che quel modello contenuto nell'art. 9 del decreto vada rivisto e adeguato?

Fallimento del modello o deviazione dal modello?

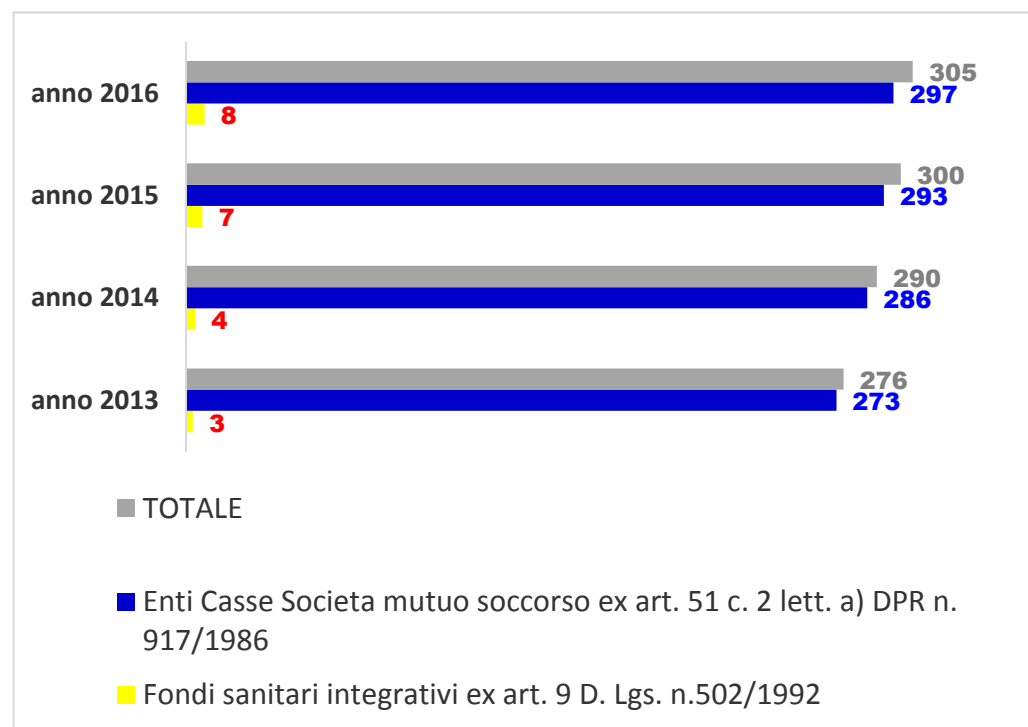


Mefop

Tipologia di Fondi Sanitari attestati negli anni 2013-6



- Fondi sanitari integrativi del SSN ex art. 9 D. Lgs. n.502/1992
- Enti Casse Società mutuo soccorso ex art. 51 c. 2 lett. a) DPR n. 917/1986



Fonte dati: Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF)

La risposta: un ripensamento interpretativo



Mefop

- L'art. 9 è principio generale del decreto «INTEGRAZIONE E INTEGRATIVITA' nel sistema sanitario» che deve essere rispettato da tutti i fondi sanitari perché possano essere definiti tali
- La dicotomia di istituti tra fondi doc e non doc non esiste se non a livello fiscale
- Perché oggi si parla di Fondi ex art. 9 e Fondi ex art. 51? Il ruolo dei due decreti attuativi
 - si legittimano enti che almeno a livello teorico si limitano al rispetto del solo limite delle prestazioni vincolate?

Revisione definizione «amministrativa» dopo decreti Turco e Sacconi



Mefop

- Diversità viene fondata su norme di cui una è precedente e ha carattere esclusivamente tributario
- La finalità della norma era inserire nel sistema una clausola di salvaguardia (come avvenuto anche nel sistema di previdenza complementare) per l'adeguamento dei vecchi «fondi e casse sanitarie» al nuovo modello (FERMO nella sua rigidità)
- La disciplina amministrativa ha condizionato l'operato dell'anagrafe e la prassi, legittimando la categoria di fondi teoricamente «sostitutivi» del SSN
- *«Invece, si deve ritenere che la norma del 1992, modificata nel 1999, regga tutta la materia, assorbendo quindi quella tributaria, per quanto attiene alla categoria dei soggetti. Infatti, la norma del 1992, è norma successiva ed è la norma sostanziale alla luce della quale va interpretata quella del 1986» - Sabino Cassese -*

Un secondo passaggio importante...



Mefop

Non è fondato basare una valutazione sul grado di integratività di un fondo basandosi sulla sola soglia delle prestazioni vincolate (20%)

- Non ci sono dati sulla natura delle altre prestazioni erogate dai Fondi (grande impegno sul socio sanitario e sulla prevenzione)
- **Necessaria una attenta lettura** del dato ufficiale dell'anagrafe sulle prestazioni vincolate.

nb: Il vincolo del 20% è un vincolo fiscale e non equivale perfettamente a un vincolo giuridico (limite minimo) di integrativita'. Nel 20% potrebbero esserci prestazioni non extra Lea (cfr. evoluzione dei Lea e ampiezza definizioni delle cd. «prestazioni sanitarie a rilevanza sociale»).

Fondi doc



Mefop

Sistema Informativo Anagrafe Fondi
Sanitari (SIAF)
dati su risorse impegnate e
tipologia di prestazioni erogate

Ammontare delle risorse impegnate
(DM 27/10/2009, art.3, comma 4)

Anno fiscale

2015

Tipologia
A

* Ammontare Generale: 1.242.145 €
* Ammontare Parziale: 1.242.145 €
Percentuale: 100%

Elenco delle Prestazioni
(DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d)

Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria (punto 1):	2.528 €	Percentuale: 0.20%
Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale (punto 2):	263 €	Percentuale: 0.02%
Prestazioni finalizzate al recupero della Salute (punto 3):	2.076 €	Percentuale: 0.16%
Prestazioni di Assistenza Odontoiatrica (punto 4):	1.237.277 €	Percentuale: 99.60%
		100%

Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso

aventi esclusivamente fini assistenziali
dati dichiarati per l'anno fiscale 2015-2014



Mefop

Enti, Casse, SMS N° ATTESTATI	Anno di attestazione	Anno fiscale di riferimento	Totale dell'ammontare delle prestazioni vincolate in €	Totale delle risorse impegnate per tutte le prestazioni garantite agli iscritti in €	Totale iscritti
297	2016	2015	694.092.879	2.242.215.085	9.145.336
293	2015	2014	682.448.936	2.159.808.946	7.493.179

*Ammontare delle risorse impegnate
(DM 27/10/2009, art.3, comma 4)*

Anno fiscale

2015

Tipologia B

* Ammontare Generale: 2.242.215.085 €
* Ammontare Parziale: 694.092.843 €
Percentuale: 31%

Elenco delle Prestazioni

(DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d)

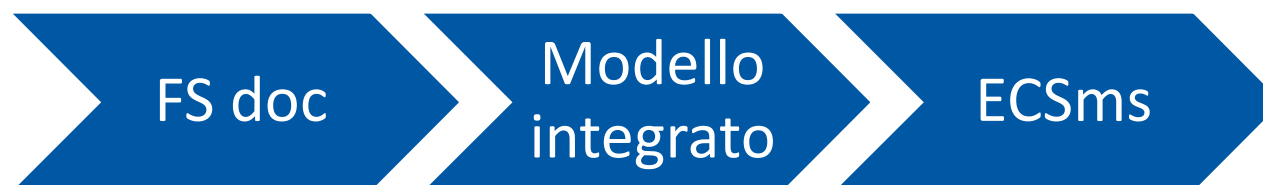
Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria (punto 1):	47.206.660 €	Percentuale:	6,8%
Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale (punto 2):	66.541.926 €	Percentuale:	9,6%
Prestazioni finalizzate al recupero della Salute (punto 3):	94.115.887 €	Percentuale:	13,6%
Prestazioni di Assistenza Odontoiatrica (punto 4):	486.228.371 €	Percentuale:	70%
			100%

La questione è definitoria: chiarire il principio di esclusività del fine e come limitare la natura delle prestazioni erogabili



Mefop

- Il problema più ampio del sistema sanità integrativa è determinato dalla confusione soprattutto interpretativa delle norme (troppo poco valorizzato il confronto con altri sistemi integrativi di welfare, su cui esiste un collaudato indirizzo anche interpretativo da parte della Corte Costituzionale)
- Una prima questione è legata alla definizione delle prestazioni. **Non solo le prestazioni «vincolate» sono integrative.** Affermare che i Fondi erogano in media il 30/35 per cento delle prestazioni vincolate non significa dire che per il restante 65/70 per cento siano sostitutivi.
- Esistono prestazioni in cui l'integratività assume un ruolo non quantitativo, ma qualitativo – soprattutto se riferite ad aree di copertura collettive, laddove vi è stata la possibilità di avviare una valutazione del fabbisogno sanitario nella logica della sussidiarietà-.
- **La soglia delle prestazioni vincolate ha acuito la distanza tra i due modelli (limite minimo – concorrenza al ribasso!)**



Il Rapporto contributi/Rimborsi



Mefop

VII Rapp RBM (anno 2016)										
			Coperture collettive				Coperture individuali			
			Tipo di fondo				Tipo di copertura			
	PA	aziendali	enti prev	contrattuali	territoriali	tot	SMS	Polizze	Tot	TOTALE
Contributo medio	583	550	305	138	119	339	257	753	505	373,86
Rimborsato medio	594	528	300	76	92	318	100	578	339	322,41
% rimborso	101,9%	96,0%	98,4%	55,1%	77,3%	93,8%	38,9%	76,8%	67,1%	86,2%

Attenzione: diverso il tema delle richieste: il livello della efficacia gestione

Rafforzare l'integrazione pubblico – privato (1)



Mefop

- **Come fare? Non basta aumentare il 20%**

A nostro avviso occorre lavorare su due piani, uno generale e uno specifico:

- In primis occorre che il **principio di integratività** venga garantito per tutte le forme, possibilmente non attraverso la elencazione tassativa di prestazioni ammesse ma attraverso norme più generali e norme specifiche ma procedurali (**cfr. l'importanza della professionalità sanitaria di chi amministra e della politica gestionale del fondo sanitario**)
- **Una reale integrazione** tra pubblico e privato (NB. concetto evolutivo) può assicurare una tutela efficace dei rischi sanitari. Questa disciplina rappresenta il presupposto per fare in modo che anche il SSN e in particolare Enti e Regioni possano impostare il proprio operato prendendo in considerazione anche la seconda «gamba» della sanità, laddove presente.

Rafforzare l'integrazione pubblico – privato (2)



- **Successivamente occorre rafforzare il contenuto integrativo delle coperture, attraverso due modalità o una combinazione delle stesse:**
 - Attraverso un innalzamento della soglia del 20% che a questo punto però dovrebbe essere «meglio definita» come NORMA DI INDIRIZZO (la prevenzione e la sua integrazione nei PNP e PRP... cfr. anche attraverso una integrazione ...)
 - Attraverso la definizione di un criterio/limite ragionevole **al peso** delle prestazioni totalmente sovrapposte a quelle del SSN, ma anche qui il limite deve essere un limite mobile (i rischi che possono derivare da elenchi tassativi a livello nazionale).

Come fare in concreto (3)



Mefop

- Per passare da «regole di integratività» a un «principio di integrazione» occorre lavorare su soggetti in grado di adottare e gestire le policy di integrazione, che presuppongono:
 - Competenze specifiche
 - Professionalità
 - Organizzazione
- Occorre arrivare preparati all'appuntamento della «riforma normativa», condividendo regole di governo e gestioni uniformi, orientate alla gestione prudente delle risorse, alla correttezza e alla trasparenza volte ad aumentare l'accountability del sistema.
- Di conseguenza immaginare un sistema di vigilanza che passa da una «sorveglianza anagrafica e fiscale» (pur fondamentale in questa fase) a una vera e propria «vigilanza pro-attiva» basata sul controllo e la prevenzione dei rischi giuridici; operativi e reputazionali.
- Occorre un sistema di Fondi in grado di collaborare con l'Authority

Le linee per la best practice



Mefop

Il codice delle Best Practice

- Il position paper; il glossario; le linee guida; gli allegati tecnici
- Pubblicazione del primo draft

1.Lo scopo

2.La trasparenza

3.La fase di adesione

4.La gestione in outsourcing

5.I meccanismi di governance

6.Le omissioni contributive

7.Il patrimonio

8.Il monitoraggio e controllo della gestione

9.La contabilizzazione e Schema di bilancio

L'enfasi sui meccanismi di governance



Mefop

Il passaggio più strategico per un'innovazione di sistema

Occorre essere pronti ad una legislazione «evoluta» che responsabilizza i diversi attori:

- La terzietà del FS
- Il rafforzamento del rapporto associativo, della democraticità e della voce dell'iscritto
- Professionalità dei board
- Procedimentalizzazione dell'attività
- Dati e controllo
- Stabilità

Per attuare una strategie «complessa», data sia dai rischi coperti che dalla sussidiarietà con il pubblico

Le sfide da cogliere sono tante



Mefop

- Il tema della non autosufficienza
- Il tema della cronicità
- Il tema dei rischi specifici (e della meritevolezza di un trattamento differenziato per le forme collettive incardinate nel sistema della bilateralità)
- Il tema della integrazione virtuosa anche tra strumenti privati e collegamenti con il terzo settore
- Il tema dell'innovazione e della «cultura» sanitaria

...rendere la sanità integrativa uno strumento di politica sanitaria e non un sistema parallelo da «contenere» e «temere».