**Audizione indagine conoscitiva sui fondi integrativi del SSN – Elio Borgonovi**

Camera dei deputati, 22 gennaio 2019

1. **Evoluzione e quadro attuale**

La riflessione sui fondi integrativi deve partire da un breve richiamo all’evoluzione della problematica dopo l’evoluzione del SSN e dalla situazione attuale. Negli anni immediatamente successivi all’introduzione del SSN alcune assicurazioni lanciarono polizze specifiche per la sanità sulla base dell’ipotesi che una parte della popolazione avrebbe preferito questo canale rispetto al SSN. Questa ipotesi si rivelò infondata, le polizze non ebbero successo e causarono significative perdite alle assicurazioni che quindi abbandonarono questa area di attività. Con il D.Lgs. 502/92 fu deciso di regolare il finanziamento privato tramite fondi integrativi che dovevano garantire prestazioni aggiuntive a quelle del SSN, ciò per non rompere i principi di universalità, solidarietà e, soprattutto, equità che erano e restano i pilastri del SSN. Per questo tali fondi potevano usufruire di una fiscalità agevolata. Con il D.lgs. 229/99 fu ribadita la distinzione tra fondi cosiddetti doc, che potevano usufruire della fiscalità agevolata in quanto garantivano solo prestazioni non previste dai LEA, e fondi che non potevano usufruire di fiscalità agevolata, in quanto prevedevano prestazioni sostitutive dei LEA.

Tuttavia negli ultimi quindici anni si è assistito ad un aumento del numero di fondi per una serie di motivi tra i quali si ricordano:

1. Aumento dei bisogni di salute a seguito anche dell’allungamento della vita
2. Aumento dei servizi e prestazioni generati dal progresso scientifico e dall’innovazione tecnologica che non erano recepiti dei LEA
3. Non adeguamento dei LEA dal 2001, con l’aggravante che quelli approvati nel 2017 non sono stati emanati in mancanza di definizione dei relativi DRG
4. Presenza di liste d’attesa in molte realtà che hanno spinto una parte della popolazione a trovare soluzioni alternative tra le quali i fondi
5. Inserimento dei fondi salute nell’ambito delle nuove tendenze di cosiddetta ristrutturazione del welfare ed evoluzione verso il welfare negoziale e aziendale, con l’incentivazione fiscale prevista da varie leggi di stabilità/di bilancio.

Questa evoluzione ha portato ad una situazione che può essere così sintetizzata:

* Al 2017 spesa totale per la salute pari a 154,5 miliardi di cui 117,2 pubblica e 37,3 privata
* Quota del finanziamento pubblico pari al 74% della spesa totale, spesa privata *out of pocket* pari al 21-22%, spesa privata intermediata (fondi, casse, assicurazioni) pari al 4-5%: questa situazione è anomala rispetto ad altri Paesi nei quali la quota di spesa privata intermediata è elevata rispetto a quella *out of pocket*
* Crescita numerica dei fondi registrati dall’Osservatorio previsto presso il Ministero della Salute, aumento del numero degli iscritti ai fondi e casse, ma complessivamente spesa privata intermediata limitata rispetto alla spesa *out of pocket*
* Sviluppo dei fondi non governato e con offerte non sempre trasparenti.

Si pone quindi l’esigenza di pensare a introdurre criteri e principi per governare la spesa privata, sostenuta direttamente dalle famiglie o intermediata dai fondi, cercando di evitare o ridurre il rischio che lo sviluppo “non governato” degli ultimi anni porti ad un abbandono non dichiarato dei principi fondanti del SSN, copertura universale, solidarietà ed equità. Inoltre una nuova *governance* in grado Di spostare parte della spesa privata *out of pocket* al circuito della sanità intermediata consentirebbe anche di combattere l’evasione che si stima essere elevata nel circuito del pagamento diretto delle famiglie ai professionisti.

Una corretta risposta all’esigenza di un nuovo sistema di regole per i fondi integrativi deve basarsi sulla risposta alle seguenti domande:

1. È prevedibile che in futuro vi possa essere un significativo aumento della quota di finanziamento pubblico per la tutela della salute come percentuale del PIL? La risposta è sicuramente no.
2. L’aumento della domanda di salute potrà trovare risposta in un adeguamento dei LEA in tempi ragionevoli? Anche in questo caso è facilmente prevedibile una risposta negativa.
3. Anche un significativo recupero di appropriatezza, efficacia, efficienza del SSN, comunque auspicabili e da perseguire con decisione, potranno consentire di dare risposte soddisfacenti alle evoluzioni dei bisogni? Ancora una volta la risposta sembra essere negativa.

Di conseguenza, un nuovo quadro di regole organiche per la sanità intermediata è auspicabile come soluzione realistica per perseguire i principi di universalità, solidarietà tramite fiscalità generale ed equità, un secondo pilastro basato su solidarietà volontaria e mutualità, un terzo pilastro costituito da assicurazioni private che applicano solo il principio di mutualità e non solidarietà. In assenza di una nuova regolamentazione il sistema della sanità intermediata evolverebbe in modo frammentario accentuando le disuguaglianze.

1. **Principi di riferimento per una nuova *governance* della sanità intermediata**

Una normativa organica della sanità intermediata, nell’ambito di una più generale riforma del SSN, appare non più procrastinabile per rispondere agli obiettivi comunitari di cui al “*Solidarity in Health. Reducing Health Inequalities in EU*” (Paper della Commission Communication) del 20 ottobre 2009 e con i principi di libera circolazione con riguardo all’accesso alle cure dei cittadini europei. Una normativa organica, che mantenga la copertura universale, garantisca la sostenibilità sociale ed economica, consenta la libera scelta di cittadini e famiglie sull’allocazione del proprio reddito deve perciò ispirarsi ai principi di seguito elencati:

1. Sviluppo di una sanità privata intermediata, che sia in parte complementare e in parte sostitutiva a quella pubblica aperta a tutti, imperniata sulle aggregazioni di persone, che consenta di razionalizzare la spesa, sfruttare i vantaggi del raggruppamento in termini di forza contrattuale nei confronti delle strutture di offerta, di mutualità e di solidarietà tra gli aderenti. La componente sostitutiva/sovrapponibile ai LEA dovrà essere definita come percentuale della spesa dei fondi modulabile nei vari periodi storici e dovrà riguardare quei bisogni per i quali il SSN presenta maggiori difficoltà di risposta;
2. Definizione di regole e di indirizzi che consentano di governare diverse forme di sanità privata intermediata con la finalità di individuare e definire aree di bisogni e tipologie di servizi più efficaci per promuovere l’appropriatezza e ridurre le inefficienze del SSN. In questo modo l’interesse collettivo della tutela della salute come diritto poggerebbe su tre pilastri: la solidarietà generale garantita tramite la fiscalità (primo pilastro), la solidarietà volontaria garantita da fondi, casse aziendali, SMS (secondo pilastro), assicurazioni ad adesione individuale e collettiva sottoposte esclusivamente all’ordinaria disciplina delle imprese di assicurazione (terzo pilastro). Una normativa organica può prevedere regole idonee ad evitare che il secondo pilastro abbia effetti negativi sui livelli assistenziali garantiti dal SSN. Il terzo pilastro costituisce solo il canale privato-privato e consente alle famiglie e agli individui la libertà di utilizzare il proprio reddito secondo le proprie preferenze rispetto ad altri bisogni privati;
3. Rafforzamento della funzione di programmazione, monitoraggio e vigilanza sui diversi soggetti pubblici, privati e misti che operano nel sistema di tutela della salute;
4. Identificazione dei livelli di solidarietà e delle garanzie di solvibilità che devono essere soddisfatti per godere di vantaggi normativi e fiscali;
5. Riconoscimento degli incentivi fiscali sia ai gruppi sia agli individui che si aggregano in strutture che rispettano i criteri di solidarietà e di solvibilità individuati, superando l’attuale discriminazione fra fondi doc e fondi non doc. Infatti, tale distinzione appare largamente superata nell’attuale contesto socio-economico nella situazione del SSN. Si sottolinea che anche l’approvazione dei nuovi LEA è destinata a creare problemi, in quanto l’ampliamento delle prestazioni teoricamente coperte, collegata al permanere di vincoli del fondo sanitario nazionale (che si prevede non aumenterà in modo significativo nei prossimi anni) creerà crescenti tensioni tra LEA teorici e LEA concretamente garantiti.

Oggi appare necessaria una riforma organica per regolare in modo sinergico, integrato e innovativo le diverse relazioni che si sono sviluppate nel sistema, in particolare:

* Finanziamenti pubblici a erogatori pubblici;
* Finanziamenti pubblici a erogatori privati accreditati/convenzionati;
* Finanziamenti privati intermediati (fondi, casse, SMS, assicurazioni) a erogatori privati;
* Finanziamenti privati *out of pocket* a erogatori privati;
* Finanziamenti privati (intermediati o *out of pocket*) a erogatori pubblici o privati accreditati (es. convenzioni con ospedali o IRCCS pubblici, finanziamento di prestazioni *intra moenia* in strutture pubbliche).

Un quadro normativo organico consentirebbe di utilizzare la diversificazione e l’integrazione dei canali di finanziamento come strumento per affrontare con soluzioni flessibili le esigenze derivanti dalla continua innovazione nel campo della tutela della salute e dei comportamenti dei pazienti.

1. **Gli elementi fondanti di un nuovo sistema di *governance***

Un nuovo sistema di *governance* dovrebbe riguardare i seguenti aspetti:

* Il rafforzamento dei poteri di indirizzo e di programmazione del Ministero della Salute;
* La definizione di osservatori per la raccolta di dati e di informazioni affidabili per identificare le aree di bisogni e le tipologie di prestazioni per le quali appare meno efficace e tempestiva la capacità di risposta del SSN: funzione che spetta al Ministero della Salute e ai propri organi tecnici (ISS, Agenas, etc.) in accordo con la Conferenza Stato-Regioni;
* Definizione di schemi omogenei e comparabili per la raccolta dei dati, cui dovranno attenersi sia gli erogatori pubblici sia quelli privati, in modo da consentire analisi comparative di tipo longitudinale (nel tempo) e spaziale (comparazione tra Regioni);
* La consultazione delle Regioni e dei vari soggetti pubblici e privati che operano nel sistema;
* Il mantenimento della tipologia e della percentuale di prestazioni che i fondi devono rispettare per usufruire del trattamento agevolato per tempi medio-lunghi, almeno 3-5 anni, onde consentire agli stessi di definire le proprie politiche nei confronti degli associati. Ciò può essere ottenuto rivedendo la percentuale che i fondi con fiscalità agevolata devono obbligatoriamente destinare a certe coperture (revisione dell’attuale 20% per prevenzione e cure odontoiatriche);
* L’introduzione di un sistema di vigilanza sui soggetti della sanità intermediata con riguardo al rispetto dei criteri e dei parametri e di monitoraggio della solvibilità a garanzia degli associati.
1. **Funzione di programmazione**

La cooperazione tra i diversi soggetti pubblici e privati richiede un adeguato sistema di programmazione. Essa non può prescindere dall’analisi integrata dei dati e delle informazioni riguardanti prestazioni erogate dal SSN nelle varie Regioni e delle prestazioni richieste ai soggetti che rappresentano la spesa sanitaria intermediata. In questo modo si potrebbero generare evidenze concrete per l’individuazione delle aree di servizi complementari/aggiuntivi ai LEA e di quelle di prestazioni che possono essere sostitutive dell’intervento del SSN.

1. **La vigilanza**

L’insieme dei soggetti che rappresentano la sanità privata intermediata (fondi, casse, SMS, compagnie di assicurazione) dovrebbe essere sottoposto alla vigilanza attribuita a una specifica autorità con le seguenti funzioni:

* Verifica della corrispondenza degli statuti alla normativa riguardante SMS, fondi, casse aziendali;
* Monitoraggio del rispetto e del mantenimento nel tempo dei requisiti richiesti per godere delle agevolazioni normative e fiscali;
* Valutazione della sostenibilità economica e finanziaria posta a garanzia degli associati e della finanza pubblica;
* Definizione di regolamenti eventualmente richiesti dalla applicazione della normativa quadro sulla sanità intermediata, con riferimento ai diversi soggetti, fondi negoziali, casse aziendali, SMS;
* Definizione di regolamenti per l’esercizio delle funzioni ispettive e sanzionatorie;
* Rispetto degli obblighi di informazione, trasparenza e *accountability* nei confronti delle parti sociali, degli associati e di altri soggetti interessati alla loro attività.
1. **I soggetti della sanità intermediata nel nuovo sistema di welfare:**
* Fondi negoziali (con funzioni di mutualità e solidarietà)
* Casse (con funzioni di mutualità e solidarietà)
* SMS (con funzioni di mutualità e solidarietà)
* Imprese di assicurazione (con funzioni di mutualità)

Mutualità significa commisurare i premi o i contributi al tipo di rischio, quindi si hanno premi e contributi differenziati secondo diverse entità di rischio. Solidarietà significa chiedere premi uguali a gruppi con rischi diversi in modo che coloro che hanno rischi inferiori contribuiscono a coprire i rischi superiori. Le assicurazioni garantiscono solo la mutualità mentre gli altri tre garantiscono anche la solidarietà. Perciò fondi intermediati, casse e SMS tendono a riassicurarsi presso imprese di assicurazioni, il che spiega l’aumento negli ultimi anni della quota di coinvolgimento delle imprese di assicurazioni.

1. **Lo sviluppo della sanità privata intermediata come strumento di sostenibilità del SSN e di recupero dell’evasione**

Lo sviluppo della sanità privata intermediata, ponendosi come secondo pilastro nel sistema generale della tutela della salute, può rappresentare, laddove ad essa si riconosca una funzione non solo complementare ma anche sostitutiva/sovrapponibile ai LEA, un rilevante strumento per la sostenibilità della sanità pubblica. Infatti consentirebbe di far affluire al sistema risorse private in forma solidaristica che, tramite l’Osservatorio sulle dinamiche dei consumi in precedenza richiamato, può prevenire forme di consumismo sanitario. Una normativa organica in tale settore può contribuire a garantire, non a indebolire, la copertura sanitaria a tutta la popolazione, anche ai meno abbienti e contestualmente avere effetti particolarmente rilevanti per il recupero dell’evasione in materia di sanità privata.

In effetti va sottolineato che l’evasione particolarmente consistente nel campo della spesa sanitaria privata è dovuta anche, se non soprattutto, alla situazione che la spesa privata stimata in circa 37 miliardi di euro (qualcuno stima anche 40) è in gran parte *out of pocket*, e cioè non intermediata. È del tutto evidente che spostare significativamente tale spesa sulla sanità privata intermediata potrebbe rappresentare un potente strumento anti evasione, posto che nessun ente sanitario privato potrebbe/dovrebbe erogare prestazioni se non a fronte di documenti fiscalmente validi.

In definitiva il saldo fra minori entrate per l’aumento delle deduzioni fiscali dei contributi (dato dall’ampliamento degli aderenti a fondi, casse, SMS) e il recupero dell’evasione, potrebbe essere a tutto vantaggio della finanza pubblica.