

SINTESI FONDO EST

Audizione, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di Fondi integrativi del SSN

Martedì 9 aprile 2019

Onorevole Presidente ed Onorevoli membri della Commissione intanto un ringraziamento da parte della Presidenza per l'invito a fornire il contributo di Fondo Est all'indagine conoscitiva sui Fondi integrativi al SSN.

In particolare veniamo a rappresentare l'esperienza di un fondo di natura contrattuale costituito nel 2005 da Confcommercio Imprese per l'Italia, FIPE, FIAVET per parte datoriale e da Filcams - CGIL, Fisascat - CISL e Uiltucs - UIL per parte sindacale. Fondo Est copre le necessità sanitarie dei dipendenti del settore commercio, servizi e turismo, si tratta di un Fondo di grandi dimensioni, circa 1,6 milioni di iscritti, con una contribuzione pro capite molto contenuta, 144 euro/anno (120 a carico dell'azienda e 24 del lavoratore), prevalentemente donne, con un'età media di circa 40 anni.

In considerazione dei tempi ristretti si cercherà di intervenire su alcune questioni ricorrenti nel corso delle audizioni finora svolte, alla luce dell'esperienza del Fondo.

1. Gli enti di sanità integrativa sono un pilastro a sostegno e complementarità del SSN

Gli enti di sanità integrativa non rappresentano un sistema in contrapposizione o di ostacolo al SSN. Essi operano nel rispetto delle esigenze di integrazione del primo pilastro in coerenza con le prescrizioni vigenti (Decreto Ministeriale del 31 marzo 2008) e talvolta garantendo prestazioni che, pur se ricomprese nei LEA, appaiono oggi spesso difficilmente accessibili.

Pensare difatti che tutto quello che i fondi sanitari integrativi offrono fuori dai LEA sia integrazione ed il resto sia al contrario tutto sostituzione del sistema pubblico significa semplificare eccessivamente un tema che è invece molto complesso. Oltre ai LEA ci sono infatti i Piani di Rientro ed i vincoli previsti dal Patto per la Salute, ma c'è anche un'accessibilità reale alle prestazioni fortemente condizionata dal luogo in cui deve essere fruita. Solo negli ultimi cinque anni si sono notevolmente allungate le liste di attesa, passando da 33 giorni di attesa media al nord ad oltre 60 giorni al sud ed addirittura 80 giorni di attesa nel Lazio (*fonte C.R.E.A.*). I fondi sanitari in tale contesto svolgono un ruolo importante liberando il Servizio Sanitario Nazionale di adempimenti ed oneri che, altrimenti, rischierebbero di appesantirne l'organizzazione, a scapito di livelli generali di servizio già critici in alcune aree del paese.

Ed inoltre è opportuno considerare come l'utilizzo di prestazioni sostitutive o in regime privatistico non derivi necessariamente da scelte di politica sanitaria dei fondi, quanto piuttosto da una libera scelta effettuata direttamente dagli iscritti. I piani sanitari dei fondi spesso, se non sempre, offrono la possibilità di fruire di una prestazione sia in regime privatistico che tramite il SSN, e quando un iscritto si rivolge ad una struttura privata è soltanto perché ha difficoltà di accesso alla prestazione nel SSN (ad esempio per i tempi) o perché in un momento delicato della sua vita (malattia o gravidanza) preferisce scegliere un medico di propria fiducia. A tal proposito ad esempio solo nel 2018, Fondo Est ha garantito a 20.000 mamme la serenità di un'assistenza completa e personalizzata sulle proprie specifiche esigenze. In questo senso sarebbe forse opportuno introdurre nella discussione una nuova categoria di prestazioni oltre a quelle sostitutive ed integrative: quelle complementari.

L'esigenza di rendere la propria copertura sanitaria più che mai adeguata alle specificità della popolazione assistita costituisce un elemento fondante dell'azione di un fondo, e Fondo Est nel corso degli anni è intervenuto più volte per adeguare il proprio piano sanitario alle esigenze dei suoi iscritti, modellando la propria copertura sulle esigenze specifiche della propria popolazione ed incrementando continuamente il

perimetro delle prestazioni garantite. Un'attenzione dovuta che trova riscontro nell'apprezzamento che gli iscritti dimostrano quotidianamente nei nostri confronti, come testimoniato anche da indagini di soddisfazione, che il Fondo ha commissionato a soggetti terzi, e che hanno visto Fondo Est ottenere risultati molto gratificanti anche nel confronto con altri enti ed assicurazioni.

Quanto alle "prestazioni vincolate", qualunque intervento dovrebbe riguardare non solo il valore soglia - una percentuale che può anche essere modificata - ma anche le categorie di prestazioni, tutelando così l'esigenza di rispondere agli effettivi bisogni degli assistiti. I fondi sanitari spesso si rivolgono difatti a classi di popolazione che hanno età diverse, caratterizzazioni di genere diverse, territorialità differenti, e non si può pensare di vincolare troppo strettamente l'offerta sanitaria di fondi così diversi tra loro. Chiedere ad esempio ad un ente di erogare prestazioni per la non autosufficienza, quando la popolazione è rappresentata solo da lavoratori dipendenti, significa indurre l'offerta del fondo verso aree sanitarie la cui efficacia sarà verosimilmente molto contenuta. Fondo Est ad esempio nel corso di questi anni ha stabilmente raggiunto percentuali relative alle prestazioni vincolate ampiamente superiori al limite del 20%, ma ciò è stato possibile intervenendo in maniera prevalente su prestazioni di natura odontoiatrica.

Sarebbe allora opportuno ed utile un lavoro di classificazione propedeutica, volto ad individuare una gamma più ampia di prestazioni integrative, per dare modo ai vari enti di indirizzarsi verso quelle più adatte alla popolazione di riferimento. In questo senso la prevenzione rappresenta una fattispecie da valutare con grande attenzione, soprattutto in virtù della sua capacità di ridurre i costi del SSN nel lungo periodo.

Ed infine eventuali manovre sulle "prestazioni vincolate" dovrebbero prevedere il coinvolgimento degli attori del sistema e congrui tempi di adeguamento per consentire ai fondi di valutare gli impatti anche attuariali, in termini di sostenibilità rispetto ai nuovi impegni.

2. Gli enti di sanità integrativa sono diversi dalle assicurazioni

Gli enti di sanità integrativa **non hanno scopo di lucro**, ciò significa che i contributi versati da chi vi aderisce - dedotte le spese di gestione - sono interamente utilizzati per le prestazioni sanitarie, nell'immediato e nel medio lungo termine attraverso l'accantonamento di riserve tecniche attuariali destinate a garantire la sostenibilità economica e finanziaria.

Gli enti di sanità integrativa, a differenza delle compagnie di assicurazione, **non fanno selezione del rischio**, né in fase di primo accesso né successivamente. Ciò significa, nel caso di Fondo Est con più di 1 milione e 600 mila iscritti, che qualunque lavoratore dipendente di aziende che applicano uno dei CCNL che hanno scelto il nostro Fondo come soggetto erogatore di sanità integrativa, gode e godrà in futuro delle stesse garanzie previste per tutti gli iscritti, a prescindere dal genere, dall'età, dalla regione di residenza e, da ultimo, ma non meno importante, dallo stato di salute. Anche la contribuzione individuale è stabilita in misura uguale per tutti e rimane invariata pur in presenza di malattie croniche o particolarmente gravi, in atto o che dovessero insorgere successivamente. Ciò rappresenta un elemento distintivo rispetto a forme di coperture assicurative che si caratterizzano per premi differenziati secondo il tipo e grado di rischio, senza considerare la possibilità proprio per i soggetti più fragili, quelli "più rischiosi", di rimanere completamente esclusi (selezione in ingresso e facoltà di recesso per le assicurazioni).

I nostri iscritti beneficiano invece di meccanismi di mutualità e solidarietà applicati su grandi numeri; tutti gli iscritti sono tra loro solidali - giovani e anziani, uomini e donne, malati ed in buona salute, residenti al nord piuttosto che al sud - versando un contributo unico (stabilito dal CCNL) a ripartizione ed avendone in cambio una copertura sanitaria che individualmente potrebbero acquisire soltanto a condizioni molto più onerose o che addirittura potrebbe essere loro negata.

Aver rimarcato le differenze con le assicurazioni, non rappresenta una contraddizione in termini circa il fatto che molto spesso gli enti di sanità integrativa scelgano in tutto o in parte di assicurarsi. Gli enti di sanità integrativa difatti interagiscono spesso con le assicurazioni proprio al fine di poter garantire la propria sostenibilità agli iscritti. Ciò avviene soprattutto in fase di avvio delle attività di fondi di nuova costituzione, quando ancora non c'è conoscenza e stabilizzazione delle principali grandezze che influenzano le scelte di gestione: la dimensione del collettivo (un conto è quello potenziale ipotizzabile al momento della costituzione, un altro è quello effettivo visto che le adesioni sono di solito progressive nel tempo), la sua composizione anagrafica (non è indifferente la prevalenza di una fascia di età rispetto ad altre - giovani rispetto ad anziani o viceversa - o di un genere rispetto all'altro), la sua distribuzione territoriale e le sue abitudini di consumo.

Man mano che tali variabili manifestano non solo le loro dimensioni ma anche le loro dinamiche temporali, il fondo di sanità integrativa deve cominciare ad accantonare riserve tecniche adeguate a garantire la stabilità delle prestazioni e quindi la solidarietà all'interno del gruppo ora e in futuro. Ecco quindi che i primi anni di attività degli enti di sanità integrativa sono di solito caratterizzati da una scelta di prudenza, di ricorso alle assicurazioni per poi successivamente, una volta accantonate delle riserve e stabilizzate almeno alcune variabili fondamentali, passare ad una gestione in proprio di tutta o di parte dell'attività, con importanti risparmi economici a cui del resto corrisponde l'assunzione in proprio dei rischi collegati all'attività istituzionale. Questa almeno è l'esperienza di un fondo di grandi dimensioni, come Fondo Est, che necessita di tempo per raggiungere la sua platea potenziale di iscritti (impiegati nei settori del terziario, pubblici esercizi, turismo e affini, alle dipendenze nella maggior parte dei casi di aziende di piccole dimensioni).

Fondo Est, ad esempio, ha iniziato la propria attività nell'aprile del 2007 con circa 500 mila iscritti, erogando tutte le prestazioni in forma assicurata, oggi ne ha 1,6 milioni e, dopo un percorso progressivo nel tempo e non ancora definitivamente concluso, che si pone come obiettivo il raggiungimento della piena maturità del Fondo anche sotto il profilo dell'erogazione delle prestazioni, ha raggiunto una quota di prestazioni autogestite pari a circa il 75% del totale delle prestazioni erogate dal Fondo.

E' opportuno inoltre significare che i fondi sono in grado di gestire la propria attività in maniera molto efficiente, le spese di struttura rappresentano ad esempio per Fondo Est solo il 6%: per 1 € di contributi incassati, soltanto 6 centesimi vengono assorbiti dalla struttura. La percentuale è più che in linea con quanto dichiarato per le compagnie di assicurazione nel corso delle audizioni precedenti in cui si è parlato di un range compreso tra il 5% e il 10%.

3. Gli enti di sanità integrativa sono diversi dagli enti previdenziali

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche portano ad interrogarsi sul tema della tutela della non autosufficienza. Anche Fondo Est ha introdotto nel proprio piano sanitario una particolare tutela in casi di invalidità permanente sotto forma di rimborso di spese sostenute. Tuttavia, a prescindere dal fatto che i soggetti assistiti sono lavoratori dipendenti, e che quindi i casi di non autosufficienza sono limitati, va considerato che tutti gli studi dimostrano come il costo di un piano LTC tenda a crescere nel tempo in modo costante e considerevole, sia per la componente demografica che per quella di costo (inflazione sanitaria, ecc.).

Il tema della non autosufficienza attualmente inserito tra le prestazioni prettamente integrative del SSN, in realtà, stante il carattere continuativo e vitalizio dell'esigenza di copertura, è più adatto ad essere affrontato da altri soggetti come i fondi pensione complementari, come peraltro già previsto dalla normativa di settore (d.lgs. n. 252/05). Difatti, i fondi sanitari per la loro natura di enti mutualistici non possono, e non devono, operare secondo criteri di accantonamento individuale del contributo del singolo iscritto al fine di garantire la ripartizione del rischio nell'ambito della propria popolazione. Un piano LTC dovrebbe invece essere

perseguito secondo una logica di capitalizzazione individuale, e conseguente portabilità, propri di un sistema previdenziale.

4. Gli enti di sanità integrativa non favoriscono il consumismo sanitario

La crescita dei consumi sanitari e della spesa totale - peraltro più contenuta rispetto a quella di altri paesi - non può essere attribuita all'esistenza del secondo pilastro, che ne intermedia una piccola parte e sulla base di esigenze rigorosamente certificate da un medico, ma deve essere collegata alle dinamiche demografiche, alla cronicizzazione delle malattie ed al progresso scientifico e tecnologico che richiede continui investimenti per mantenere la competitività delle tutele sanitarie. Diversi studi prevedono un sensibile aumento del fabbisogno sanitario nei prossimi anni e, tenendo conto delle ulteriori difficoltà che questo comporterà per il SSN, si ritiene che la collaborazione pubblico/fondi integrativi non possa che essere strategica per il futuro del nostro sistema sanitario.

5. Gli enti di sanità integrativa favoriscono la tracciabilità della spesa sanitaria privata

I fondi sanitari erogano prestazioni solo a fronte di documenti fiscalmente validi e trasmettono telematicamente all'Agenzia delle Entrate i dati relativi alle prestazioni erogate. Tali comportamenti consentono la tracciabilità della spesa, facilitano i processi legati alla dichiarazione precompilata e favoriscono l'emersione di base imponibile, proprio grazie all'intermediazione della spesa, con notevoli ricadute positive per la finanza pubblica.

6. Regime fiscale dei fondi sanitari integrativi

Molto si è detto, anche nel corso di queste audizioni, sul tema del regime fiscale previsto per i fondi sanitari integrativi, e non è pertanto opportuno soffermarsi brevemente su di un tema che richiederebbe valutazioni esaustive. Preme comunque sottolineare come via sia una percezione a nostro avviso troppo sovradimensionata in termini di impatto. La quota non imponibile per i contributi versati è di euro 3.615,20 mentre le quote contributive dei fondi sanitari per la stragrande maggioranza si attestano ben al di sotto, attorno ad una dimensione stimata pari a poche centinaia di euro. A fronte di vantaggi fiscali assai distanti dalle cifre di cui si è spesso sentito parlare, è inoltre da considerarsi come i fondi sanitari intermediano spese sanitarie che altrimenti graverebbero sulla fiscalità collettiva. Interventi sul tema devono pertanto essere valutati con grande attenzione ed attraverso un esame che contempli anche le variabili collegate alla sola revisione del regime fiscale.