



## Memoria Aon Hewitt Risk & Consulting srl per audizione alla Camera dei Deputati in data 24/07/2019.

Desideriamo offrire al tavolo di lavoro una vista sull'articolato settore dell'offerta organizzata di sanità integrativa grazie alla consulenza prestata in più di 40 anni di attività nel settore specifico della sanità integrativa: dallo studio dei rischi, alla ricerca di soluzioni assicurative - e non - più adeguate per trasferirli.

Con l'evolversi della domanda di Sanità integrativa, abbiamo visto nascere un settore di riferimento, costituito dai Fondi, dalle Cassa di assistenza, dalle Mutue e da altri soggetti aggregatori, spesso caratterizzato dalla mancanza di chiare regole di funzionamento, di controllo, e di garanzia, regole palesemente necessarie in considerazione della rilevanza sociale del settore.

Un settore che, se non altro per iniziale necessità, si è sviluppato intorno al mercato assicurativo, che ne ha "assicurato" la sostenibilità, grazie ai principi mutualistici ivi sottintesi ed alle garanzie normative allo stesso imposte in termini di capitalizzazione. Allo stesso tempo, questa iniziale "dipendenza", ha limitato la doverosa ricerca di una maggior autonomia dal mercato assicurativo, sia in termini di gestione del rischio che in termini operativi.

Nell'ambito dei suddetti limiti, l'offerta di soluzioni di sanità integrativa in Italia rimane varia ed articolata, e si muove all'interno di confini di un quadro normativo, o meglio di una sua interpretazione, che cerca di mantenere, da un lato, la soddisfazione di una domanda per lo più caratterizzata da logiche di natura contrattuale, e dall'altro, di una sostenibilità nel tempo.

I Fondi sanitari istituiti dai contratti di lavoro nazionali raccolgono circa 6 milioni di lavoratori, e sono dunque chiusi rispetto alla categoria e settore al quale si rivolgono.

Le polizze collettive riferibili alla contrattazione di II livello ed alle casse professionali raccolgono circa 5 milioni di lavoratori.

Solo 2,3 milioni di cittadini afferiscono al sistema individuale attraverso adesioni a Mutue o stipula di polizze assicurative individuali.

Di questa platea l'85 per cento è assicurato attraverso lo strumento della polizza assicurativa, oltre il 15 per cento attraverso lo strumento dell'autoassicurazione.

Vediamo dunque come il ruolo delle assicurazioni sia determinante sia per le forme collettive che per le forme individuali. Ruolo che naturalmente il mondo assicurativo deve continuare a giocare anche in futuro, stante la professionalità che può esprimere, e le garanzie di capitale che può assicurare, ma auspicabilmente non in maniera "esclusiva" e/o dominante, e senza imporre modalità operative che limitino la libertà, l'indipendenza e la trasparenza degli utenti (gli assicurati).

Ne è un esempio l'avvio di un Fondo contrattuale, con i rischi che deve affrontare, soprattutto nel periodo iniziale. Il Fondo spesso si rivolge a collettività numericamente importanti ed offre garanzie ampie insostenibili se non rapportate ad una necessaria mutualità.



Un Fondo di categoria raccoglie nel tempo la base contributiva e di rischio e trova nelle Compagnie di assicurazione il soggetto che può sostenere il rischio iniziale e non ancora totalmente delineato e sul quale terziarizzare completamente il servizio.

Nella fase di maturità, la completa terziarizzazione al mercato assicurativo però non consente lo sviluppo che un Fondo collettivo dovrebbe poter portare avanti.

Per operare delle scelte occorre conoscere l'utilizzo delle risorse, sulla base del consumo e delle specificità dei territori e della popolazione assistita, sia per le garanzie integrative che per le complementari, così come per le sostitutive, e non lasciare al mercato assicurativo tale scelta sulla base di logiche meramente commerciali.

I dati devono essere disponibili ed accessibili al Fondo, Cassa o Mutua nella loro massima granularità, validità e veridicità; la loro disponibilità ed il monitoraggio è strumento strategico imprescindibile per operare scelte non solo di natura economica, ma anche "qualitativa", intesa come capacità di offrire "servizi sanitari" in linea con la domanda degli utenti.

In tale contesto sono stati e sono necessari dei presidi "indipendenti e professionali", oggi rappresentati dai broker di assicurazione, che consentono di poter entrare, con competenza e professionalità, nei meriti della gestione del rischio e della sua evoluzione, e di scegliere tra eventuale ritenzione e/o assicurazione, che nel caso può essere limitata alle sole "punte di rischio" e/o a specifiche prestazioni, il tutto con il supporto dei necessari presidi attuariali e delle competenze tecnico assicurative necessarie, naturalmente mirati alla sostenibilità nel tempo delle prestazioni promesse.

Anche per la prevenzione vanno evitate le sovrapposizioni con i protocolli pubblici territoriali ed è necessario organizzare la complementarità.

La prevenzione deve portare ad una efficace possibilità di intervento, con stili di vita adeguati e indirizzo verso cure precoci e mirate, e non come mero strumento predittivo o solo per ricavare marginalità aggiuntiva all'interno di programmi assicurativi: la prevenzione è una necessità, anche da un punto di vista economico - prevenire è meglio di curare!!! - non uno slogan opportunistico.

Per fare un esempio, nelle coperture assicurative è spesso esclusa la cura del paradonzo a discapito di una prevenzione per evitare cure più importanti come le impianti-protesiche, che preservano la dentatura anziché sostituirla.

Per definire le politiche d'intervento, per monitorare, per fare scelte, per salvaguardare la sostenibilità, occorre ancora una volta trasparenza e controllo dei dati. È necessario internalizzare i servizi (ma facendo attenzione a non sottovalutare la complessità di questi servizi – gestione sinistri, sviluppo e gestione convenzioni, servizi attuariali ed analytic – e la professionalità necessaria per erogarli) o affidarli a provider autonomi dal mercato assicurativo, così da garantire la giusta segregazione dei ruoli. Segregazione che opera anche vis-a-vis al Fondo, alla Mutua o all'Azienda, qualora la soluzione prescelta sia quella assicurativa: in questo caso infatti, solo un "terzo" indipendente può assicurare alle Parti (Fondo vs Assicuratore) la doverosa segregazione dei ruoli ed indipendenza.

Aon Hewitt Risk & Consulting S.r.l. con socio unico

Società soggetta a direzione e coordinamento di Aon Italia S.r.l.

20143 Milano | Via Andrea Ponti, 8/10 | t: +39 02 45434.1 | f: +39 02 45434.810 | pec: hewitt@pec.aon.it

Sede Legale: 20143 Milano | Via Andrea Ponti, 8/10 | Capitale Sociale: € 26.500,00 i.v.

Iscrizione RUI E000193664 | Codice Fiscale e Numero Iscrizione Registro Imprese Milano 04270931001 | P. IVA 04270931001



Infine, è naturale pensare che il soggetto erogatore di assistenza, non deleghi tutto alle Compagnie di Assicurazione, limitandosi al solo ruolo e di strumento per vantaggi fiscali.

Anche le reti di strutture convenzionate sono una opportunità di controllo dei costi, se autonome, ed anche in questo caso indirizzate verso la trasparenza dei costi e delle tariffe a vantaggio della confrontabilità delle offerte. Le regole di convenzionamento devono essere trasparenti e dichiarate, così come il monitoraggio della qualità delle prestazioni non sacrificabile per l'abbattimento delle tariffe, e/o per accordi di *rebate* o *pay back* più o meno dichiarati.

Il possesso e l'analisi dei dati consente infine di comprendere come vengono realmente investite le risorse per sostenere le spese di assistenza sanitaria e quanto siano complementari ed integrative, per evitare sovrapposizioni con l'offerta pubblica laddove accessibile. Alcune prestazioni sono infatti teoricamente sostitutive se richieste ed erogate per far fronte a tempi di attesa incoerenti rispetto alla necessità di diagnosi e cura.

Per questo è auspicabile una normativa di riferimento specifica, atta a consentire l'autonomia delle forme di assistenza sanitaria privata con attenzione a tutelare la solidità, solvibilità e stabilità del settore, così come avviene per le Compagnie di assicurazione. Tali regole dovrebbero riguardare tutti i soggetti erogatori di assistenza sanitaria integrativa, comprese le Mutue, che possono ingiustamente godere di regole diverse rispetto a quelle del mercato assicurativo, creando non solo asimmetria nelle offerte, ma determinando anche rischi in capo ai contraenti e/o gli assicurati, cui non offrono le doverose garanzie di sostenibilità finanziaria, diversamente garantite dall'offerta delle Compagnie di Assicurazione.

Una normativa che presti la dovuta attenzione alla necessità di soggetti qualificati che operano nei soggetti aggregatori, siano essi Casse, Fondi e Mutue, in grado di identificare il bisogno sanitario dei propri iscritti, che definisca pari regole e pari trattamenti fiscali indipendentemente dal soggetto destinatario, sia esso singolo o facente parte di una collettività.

Una disciplina che insista sulla trasparenza non solo per far sì che possa essere valutata l'efficacia delle scelte e la sostenibilità economica nel tempo, ma anche per rapportarsi con il sistema sanitario pubblico, affinché ci sia un coordinamento per ottimizzare gli investimenti di risorse sia pubbliche che private.

È inoltre a nostro avviso necessaria un'Authority di controllo specifica e dedicata, che verifichi il rispetto delle regole definite, affinché siano assicurati i principi cardine: trasparenza, chiarezza, indipendenza e segregazione dei ruoli, professionalità ed etica.

Abbiamo partecipato con il proposito di fornire alcuni elementi specifici che auspichiamo possano essere utili al compito di riordino della sanità integrativa e del suo ruolo sussidiario rispetto al SSN.