

Sui Fondi Sanitari (di origine contrattuale)

Stefano Cecconi (CGIL nazionale Area Welfare), Delia Nardone (CGIL nazionale Area Contrattazione)

La ricognizione che abbiamo condotto sui Fondi sanitari di origine contrattuale¹ (in allegato le schede su 46 fondi, compilate in base alle informazioni fornite dalle Categorie) offre un quadro che, seppur incompleto, **riguarda oltre sei milioni di lavoratori**. Ci permette così di esprimere alcune riflessioni, anche alla luce delle novità introdotte dalla leggi di bilancio 2016 e 2017 in materia di assistenza sanitaria e di welfare contrattuale/aziendale. E ovviamente tenuto conto del documento Cgil Cisl Uil “Un moderno sistema di relazioni industriali”.

Qual è oggi la situazione normativa

Una precisazione è in premessa necessaria: in Italia accanto ai “Fondi sanitari integrativi” (cosiddetti “Doc”) vi sono i “Fondi, Enti, Casse aventi esclusivamente fine assistenziale” (“non Doc”), questi ultimi sono ormai in nettissima prevalenza.

La normativa in materia risale al 1999 con il Decreto Legislativo n. 299, il cosiddetto “Decreto Bindi”, che regolamentava i *Fondi Sanitari Integrativi*. Con la Legge Finanziaria 2008² e con i due conseguenti Decreti attuativi del Ministro della Salute (Decreto Turco 31.3.2008 e Decreto Sacconi 27.10.2009) sono stati individuati gli ambiti di intervento entro cui, sia i “Fondi sanitari integrativi” che i “Fondi, gli Enti, e le Casse aventi esclusivamente fine assistenziale”, erogano le prestazioni, per aver così diritto alle agevolazioni tributarie, che producono vantaggi fiscali per le aziende e i iscritti che versano i contributi.

La norma ha così preso atto e stabilito che, oltre ai fondi integrativi, operano fondi non integrativi con pari riconoscimento e agevolazioni.

I richiamati Decreti del 2008 e del 2009 compiono un primo, seppur tardivo, tentativo di regolamentare il settore e, almeno in parte, di orientarlo verso la “domanda” di welfare oggi scoperta o coperta solo dalla spesa “out of pocket” a carico dei cittadini. Di qui la scelta, con i due Decreti, di rendere obbligatorio *per tutti i Fondi, non solo per quelli integrativi*, erogare prestazioni di *Assistenza odontoiatrica e per la non autosufficienza* (in senso lato) per una misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti³.

Le Leggi di Stabilità 2016 e di Bilancio 2017 hanno ulteriormente incentivato le forme di welfare contrattuale e aziendale, in particolare se sostenuto dalla contrattazione⁴. In particolare, sono notevolmente aumentati i vantaggi fiscali, che hanno visto utilizzare da parte del Governo per la copertura risorse pubbliche destinate ad altri interventi.

Gli effetti sono una riduzione del gettito, e quindi della principale fonte di finanziamento del welfare universale, e un uso delle risorse rivolto ad una platea ridotta di soggetti usufruttori. Peraltro le recenti norme prevedono che se il premio di risultato viene sostituito, in tutto o in parte, con spese sanitarie, non scatterebbero su queste somme gli attuali limiti di deducibilità (3.615,20 euro). Una recente pubblicazione (Dirindin 2016)⁵ indica un valore di circa 15,6 miliardi all'anno di agevolazioni fiscali per le spese sanitarie private e circa 2,5 miliardi sarebbero le risorse “sottratte”

¹ Indagine 2015-2017 congiunta curata dall'Area Welfare: Salute e dall'Area Contrattazione: Bilateralità della CGIL nazionale

² Legge 244/2007 articolo 1 commi 197, 198, 199

³ DM Salute 27.10.2009 Art. 1 Modifica del decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008: “Nel decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008, all'art. 1, comma 3, nel secondo periodo le parole «coincidenti con quelle di cui alle lettere a) e b) del comma 2» sono sostituite dalle seguenti: «di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio».

⁴ Sull'argomento si veda: [Franco Martini su RPS 1/2016 “Welfare contrattuale: rischi e opportunità”](#)

⁵ Si veda: [Nerina Dirindin su RPS 2/2016](#)

al finanziamento sanitario; mentre più difficile risulta calcolare lo specifico effetto delle agevolazioni per i fondi sanitari.

Quanti sono i Fondi gli Enti le Casse e quanti gli iscritti, quale spesa.

Tutte le Categorie della Cgil (con Cisl e Uil) sono promotrici di fondi sanitari di origine contrattuale, in gran parte originati da Contratti nazionali (CCNL), ma non pochi sono anche quelli derivanti dalla contrattazione di II livello. In base alle vigenti norme i fondi contrattuali sono classificati (salvo eccezioni) come Enti e Casse e non come Fondi integrativi ex art 9 D.Lgs 502. Per ragioni pratiche continueremo ad usare il termine *Fondi*.

In questi anni **sono decollati solo i fondi sanitari cosiddetti "NON integrativi"**("non Doc"). Infatti come si può vedere nella tabella inviataci dall'Anagrafe del Ministero della Salute risulta la seguente situazione⁶ :

Anno di riferimento	Totale fondi attestati	N° attestati enti, casse e società di mutuo soccorso ex art. 51	N° attestati fondi sanitari integrativi del SSN art. 9 D.Lgs. 502/92
2016	305	297	8
2015	300	293	7
2014	290	286	4

Non a caso i richiamati Decreti Turco e Sacconi, e prima ancora la legge finanziaria del 2008 che li ha originati, hanno preso atto di questa situazione, riconoscendo che le prestazioni sanitarie oggetto di agevolazioni fiscali sono tutte quelle previste dagli Statuti dei Fondi Enti e Casse (salvo il vincolo del 20% per le prestazioni di cui alla nota 3) e non sono più esclusivamente riferite a quelle di tipo esclusivamente "integrativo".

In pratica la distinzione fra i **cosiddetti Fondi integrativi "doc" e Fondi "non doc"** scompare definitivamente. Peraltro già **la loro equiparazione ai fini dei vantaggi fiscali**, decisa dal Governo Berlusconi nel 2003 (sic), aveva sancito la fine di questa distinzione.

Riportiamo di seguito le Tabelle che ci ha inviato l'Anagrafe del Ministero della Salute⁷, che indica nell'anno 2016 in n. 305 i Fondi, Enti e Casse (..) per un totale di oltre 9 milioni di iscritti. Di questi 7 milioni circa sono "lavoratori dipendenti" e 2 milioni circa sono "familiari dei lavoratori".⁸

305 Fondi sanitari attestati	N° iscritti lavoratori dipendenti	N° iscritti lavoratori non dipendenti	N° iscritti familiari lavoratori dipendenti	N° iscritti familiari lavoratori non dipendenti	Totale dei lavoratori	Totale dei familiari dei lavoratori	Totale iscritti
Fondi Integrativi del SSN	4.930	169	4.048	9	5.099	4.057	9.156
Enti, casse e società di mutuo soccorso	6.418.532	535.724	1.858.158	332.922	6.954.256	2.191.080	9.145.336
TOTALE	6.423.462	535.893	1.862.206	332.931	6.959.355	2.195.137	9.154.492

Altri studi recenti⁹ indicano in *circa 10 milioni le persone iscritte ai fondi*.

⁶ L'Anagrafe del Ministero della Salute nella nota con cui ci ha inviato i dati dichiara che "tali dati non sono certificati da questo Ministero ma vengono riportati così come trasmessi dai Fondi stessi"

⁷ Vedi nota 5

⁸ In realtà non abbiamo ricevuto l'elenco completo dei fondi, enti e casse ma solo la sintesi, così non è stato possibile rintracciare i fondi di origine contrattuale per comparare i dati con la nostra ricognizione.

⁹ Previmedical a giugno 2015 in [Costruire la sanità integrativa](#) cita dati dell'indagine multiscopo Istat

Qual è il rapporto fra LEA, Servizio Sanitario Nazionale (SSN) universale e Fondi ?

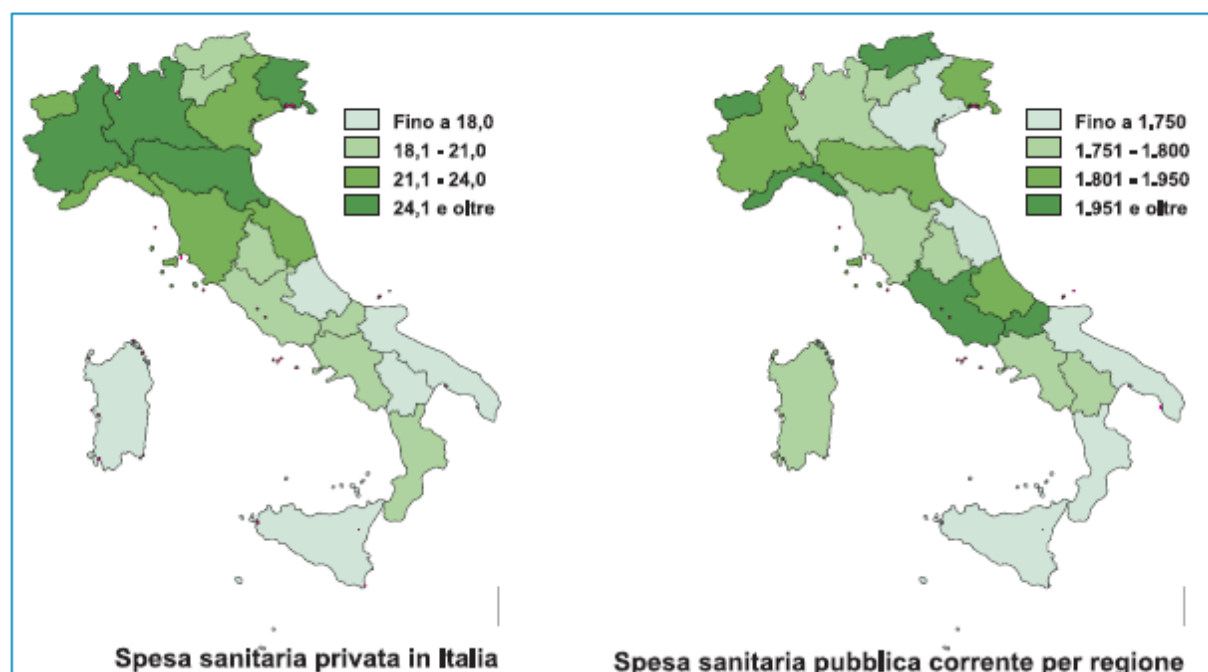
Le analisi, ormai pluriennali, sul rapporto fra spesa sanitaria pubblica e privata e sulla spesa “out of pocket” ci segnalano che i tagli al finanziamento del SSN fanno male alla salute, ma sono dannosi anche per i Fondi.

Il DEF 2016 prospetta un crollo della spesa sanitaria in rapporto al PIL: scenderà al 6,4% nel 2019 contro il 7% attuale. Le conseguenze rischiano di essere disastrose non solo rispetto alla diritto alla salute e all’accesso alle cure, ma anche per i fondi sanitari. Infatti la presenza di un forte Servizio Sanitario Nazionale pubblico universale (con i Livelli Essenziali di Assistenza LEA) ha un effetto di controllo della spesa pubblica (**la spesa sanitaria dell’Italia è sotto la media OCSE e UE a 15**) ed è indispensabile per non stressare gli stessi fondi sanitari privati: soprattutto quelli di origine contrattuale che non riuscirebbero altrimenti a coprire i rischi con LEA deboli, né a compensare la riduzione delle prestazioni.

Ecco perché caricare sui fondi sanitari privati l’onere di diventare il secondo Pilastro della sanità, perché il SSN si restringe, rischia di essere non solo molto iniquo ma anche antieconomico (come al tempo delle vecchie mutue). E di riaprire la dolorosa pagina delle selezione avversa per i clienti ad alto rischio (anziani, disabili, ecc). I Fondi devono avere un'altra mission, non quella di sostituire il SSN.

A riprova che i **fondi NON coprono automaticamente le carenze del SSN**, vi è la distribuzione della spesa sanitaria privata per Regione (immagine grafico 3): nelle regioni dove il SSN è più debole (sud) i fondi sanitari erogano poche prestazioni rispetto al resto del Paese. Gran parte delle prestazioni dei fondi sanitari infatti si concentra nelle regioni del centro nord, dove più forte è la presenza del SSN (e dove si concentrano il maggior numero di imprese, di lavoratori e dove il reddito è più alto).

Grafico 3: Spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica per Regione



I nuovi LEA e i Fondi

L’entrata in vigore del DPCM che definisce i nuovi LEA, eliminando alcune prestazioni ritenute obsolete e inserendone di nuove, avrà effetti anche per Fondi, Enti e Casse. Per le prestazioni rese nell’ambito del SSN (in strutture pubbliche o in strutture private accreditate) i fondi automaticamente copriranno le nuove prestazioni introdotte rimborsando il ticket. Invece per le prestazioni rese in regime privato si dovrebbe provvedere, ove necessario, aggiornando i piani sanitari di Fondi, Enti e Casse.

Quale rapporto c'è tra la spesa privata (l'out of pocket) e i Fondi

Secondo i dati raccolti dal Ministero della Salute il totale delle risorse impegnate per da Fondi e da Enti e Casse è di oltre 3,5 miliardi, come si può vedere nelle Tabelle (anche se è da verificare il dato sulle risorse dei Fondi integrativi)

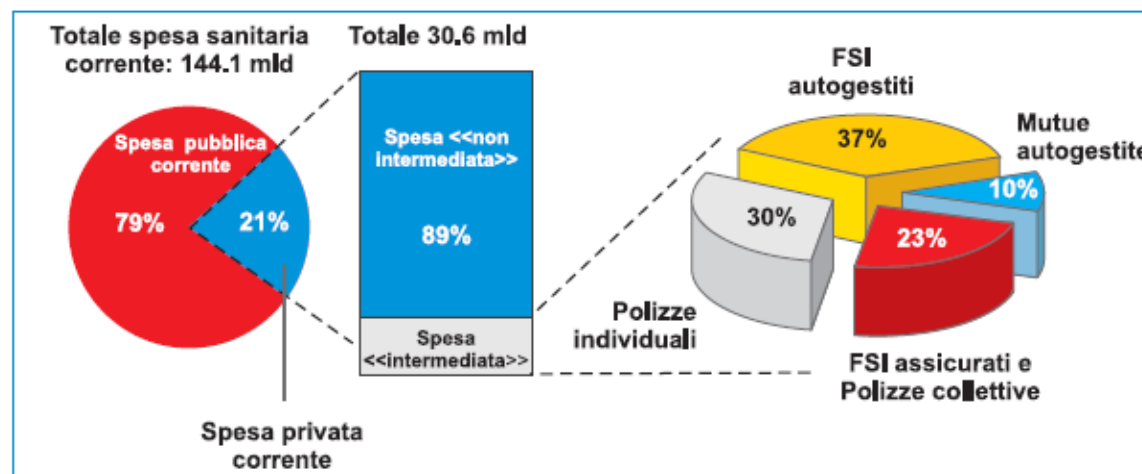
N° enti, casse e società di mutuo soccorso attestati	Anno di attestazione	Anno fiscale di riferimento	Ammontare totale delle prestazioni vincolate	Totale delle risorse impegnate per tutte le prestazioni garantite agli iscritti	%
297	2016	2015	694.099.832	2.242.215.085	31%
293	2015	2014	682.448.936	2.159.808.946	32%
286	2014	2013	690.892.884	2.111.730.229	33%

N° fondi sanitari integrativi del SSN	Anno di attestazione	Anno fiscale di riferimento	Totale risorse
8	2016	2015	1.243.485
7	2015	2014	77.051
4	2014	2013	51.013

Secondo altri studi ¹⁰ Fondi, Enti e Casse pur in forte espansione, coprono appena il 13% della spesa sanitaria privata: 4 miliardi su 31 miliardi di spesa sanitaria privata complessiva. Ciò significa che **almeno 27 miliardi vengono spesi dai cittadini "out of pocket": direttamente nel mercato senza alcuna intermediazione:**

Fonte grafico: Rbm Salute/Censis 2015

Grafico 6: la composizione delle spesa sanitaria privata



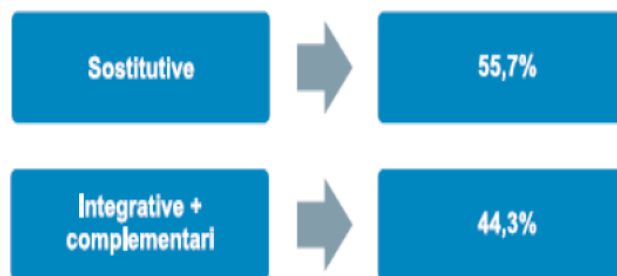
I Fondi avrebbero dunque molto da conquistare senza "intaccare" il SSN, ma dovrebbero, almeno parzialmente, "riconvertire" la mission verso le prestazioni effettivamente integrative che oggi sono in parte considerevole pagate "out of pocket".

Infatti una parte rilevante di questa spesa *out of pocket* riguarda prestazioni non coperte dai LEA: odontoiatria e non autosufficienza e, sempre più crescente, acquisto di beni (Dirindin su RPS 2/2016 vedi Nota 5).

¹⁰

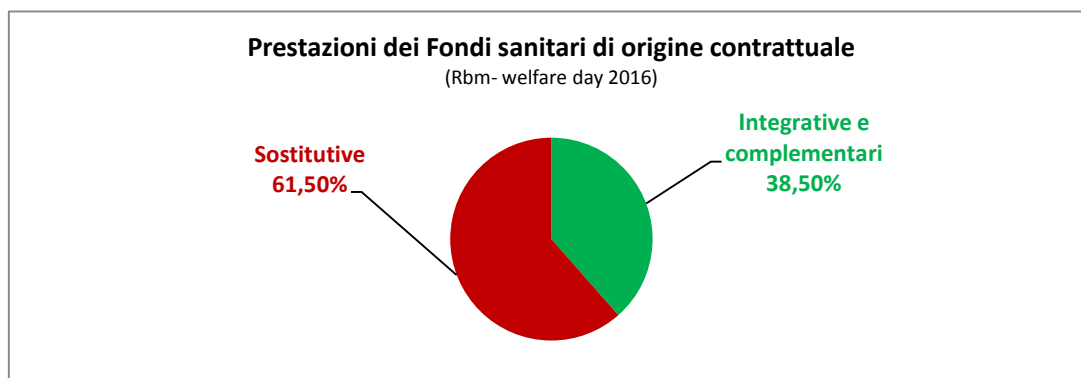
Mentre, **paradossalmente**, la spesa intermediata dai fondi riguarda prevalentemente prestazioni **sostitutive**¹¹ già coperte dai LEA nel SSN: si veda la figura sottostante (questo fenomeno è solo in parte giustificato dalle liste di attesa¹²)

- Prestazioni Integrative, Complementari e Sostitutive: quote degli import



Fonte: Welfare Day 2015

Inoltre, per ragioni facilmente comprensibili, attualmente i Fondi (soprattutto quelli che si avvalgono di un'assicurazione per erogare le prestazioni) tendono a "spingere" il cliente verso la rete di strutture private (anche se, alcuni, es. Faschim, hanno un notevole consumo di prestazioni (rimborso ticket) presso il SSN).



Alcuni fondi, anche per i richiamati vincoli normativi, iniziano ad occuparsi di Non Autosufficienza/LTC. Ma paradossalmente, salvo alcuni casi, sono escluse – o comunque coperte in modo assai limitato - proprio le persone anziane che ne avrebbero più bisogno, in quanto pensionate (e oltretutto con coefficienti di rischio assai problematici per i calcoli attuariali). Inoltre, la gran parte dell'offerta pro LTC è in prestazioni monetarie. Non a caso, sulla non autosufficienza è iniziata da tempo, all'interno del "mondo assicurativo", una riflessione sull'utilizzo combinato del fondo sanitario con quello di previdenza complementare.

Invece totalmente ignorato è l'acquisto di prestazioni in regime di libera professione nell'ambito del SSN che potrebbe costituire un finanziamento per il servizio pubblico (vale oggi oltre 200 milioni di entrate per il SSN¹³), ed essere fortemente orientato alla "personalizzazione" delle cure (es. scelta del medico curante, trattamento alberghiero, ecc).

La generosità dei fondi

Il grado di copertura dei piani sanitari (cioè l'elenco delle prestazioni e le condizioni per ottenerle) dei fondi, la cosiddetta *generosità*, è assai variabile¹⁴, ovviamente dipende soprattutto dal valore dei contributi (in particolare pro capite) versati al fondo.

¹¹ Sostitutive: prestazioni fornite in alternativa a quelle già erogate dal SSN nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

¹² Questa affermazione merita un approfondimento.

¹³ Relazione sullo stato di attuazione ALPI (Ministero della Salute 2016)

¹⁴ Vedi Cap 4.3 "Verso un sistema multipilastro in sanità? Luci ed ombre nell'esperienza dei fondi sanitari" (E. Pavolini, S. Cecconi, I. Fioretti, S. Neri),

Più alto è il contributo maggiore è la “generosità” della copertura. I piani sanitari vengono decisi dal Fondo e, nei casi di affidamento a terzi, “contrattati” tra Fondo e Assicurazione, o Mutua, che gestisce l’accesso alle prestazioni. Sull’affidamento a terzi, tramite assicurazioni e mutue dei piani sanitari, bisogna sottolineare come attualmente questo sia il modello prevalente presente nei fondi di origine contrattuale. Sarebbe utile affrontare questo argomento per costruire un orientamento comune (e una massa critica) dei fondi per definire con questi soggetti (Assicurazioni, Mutue ...) soluzioni rivolte all’incentivazione della sanità pubblica (esperienza già presenti in alcuni Fondi). Certamente si pone l’esigenza di valutare, con un confronto adeguato, la “convenienza” dei Piani Sanitari ¹⁵ e l’adeguatezza degli stessi ¹⁶.

Fondi nazionali o regionali ?

La “regionalizzazione” dei fondi è tema assai delicato perché interferisce con gli assetti contrattuali e con le politiche di equità redistributiva. Accanto a situazioni di fondi locali già in essere (Trentino, Veneto), la “regionalizzazione” è in corso di esplorazione in alcune realtà territoriali (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana). Si discute se i fondi di origine contrattuale possano, con opportuni accorgimenti per salvaguardarne la natura “nazionale”, contribuire al finanziamento di “soluzioni regionali di welfare universale” (es. acquisto libera professione, fondo regionale NA, ecc). Crediamo sia opportuno discuterne apertamente, non aspettare che gli eventi ci pongano di fronte a situazioni irrecuperabili provando a governare questi processi. In ogni caso sarebbe auspicabile superare la frammentazione dei fondi presente sul territorio e, sulla scorta dell’impostazione del nuovo modello contrattuale¹⁷, provare a sperimentare soluzioni non limitate ai luoghi di lavoro ed a quei lavoratori, ma che si ricollegano al territorio anche attraverso la contrattazione sociale, mettendo in questo modo al centro della nostra discussione il progresso locale come riferimento per lo sviluppo di politiche inclusive.

Fondi come prodotti contrattuali

La convenienza nell’istituzione di un fondo sanitario non è misurabile solo con vantaggi “diretti” (quantità e qualità delle prestazioni garantite) ma anche, ad esempio, da quanto possa agevolare la stipula di Contratti e Accordi altrimenti difficili da raggiungere, da quanto consenso produce tra i lavoratori, ecc. Tuttavia in quanto *prodotto contrattuale* è naturale porsi il problema di verificare anche quanto del contributo versato al fondo torna in prestazioni ai lavoratori (è salario differito che, diversamente dalla previdenza complementare, non è restituito con capitalizzazione individuale). E anche se il rapporto “ideale” fra contribuzione versata e prestazione è difficile da determinare, dato che quasi tutti i grandi fondi sono relativamente recenti e stanno ancora alimentando lo stato patrimoniale per fronteggiare i rischi tipicamente connessi a queste attività, una verifica “contributi vs prestazioni”, seppur ponderata da altre variabili, appare inevitabile. Peraltro già alcuni Fondi stanno affrontando la questione.

Regole, sostenibilità e governance

Dal punto di vista delle regole, della governance (e della sostenibilità) emergono alcune criticità su cui serve una seria valutazione. In primo luogo il problema del numero dei fondi che continuano a costituirsi dando vita ad un trend inarrestabile dovuto anche dalla crisi dell’offerta pubblica. Questo fenomeno ci interroga sull’esigenza di andare ad una loro razionalizzazione semmai per aree

¹⁵ Valutare come i Fondi (gli organi deputati) controllano e valutano effettivamente la “convenienza” dei Piani Sanitari offerti dall’assicurazione (o dalla mutua). Una comparazione tra le offerte e le condizioni previste nei diversi Fondi e Piani sanitari, non per stilare classifiche, potrebbe aiutare i Fondi a ottenere migliori condizioni. Anche considerando le modalità e l’entità di remunerazione del gestore (assicurazione), questioni ora contrattate tra singolo fondo e assicurazione.

¹⁶ Valutare l’appropriatezza delle prestazioni offerte dai Fondi nei Piani sanitari (il rischio maggiore dei fondi non integrativi è quello di alimentare consumi sanitari impropri) anche per poter selezionare prestazioni “pregiate” e migliorare l’efficienza/efficacia allocativa della spesa.

¹⁷ Documento Cgil Cisl Uil “Un moderno sistema di relazioni industriali” (gennaio 2016)

merceologiche così come sta avvenendo in campo previdenziale. Altri elementi da valutare: la mancanza di norme regolatrici e di governance, e di una Autorità di controllo, simili a quella dei fondi pensionistici complementari, la frammentazione dei fondi (alcuni troppo piccoli) che rende problematica la loro sostenibilità, la composizione delle platee, la partecipazione democratica dei lavoratori al governo del fondo. L'esigenza di definire regole diffuse di trasparenza nel rapporto tra finanziamenti e prestazioni. Così come è sempre più necessario valutare l'appropriatezza delle stesse prestazioni offerte (associata ad una valutazione sulla "convenienza" dei Piani Sanitari ¹⁸ e sull'adeguatezza degli stessi ¹⁹). E, come detto, il rapporto tra prestazioni e contributi versati (che richiama il rapporto tra prestazione e costi di gestione), nonché la delicata questione sull'obbligatorietà/volontarietà dei versamenti in relazione ai costi contrattuali.

Conclusioni

Insomma per il Sindacato è decisivo affrontare e governare il fenomeno del welfare contrattuale, nello specifico dei fondi sanitari, andando a definire, in questo mutato contesto, una idea di sussidiarietà con l'obiettivo di consolidare il sistema universalistico; nella consapevolezza che questo risulta un terreno dove più facilmente si possono realizzare ingiustizie ed un possibile aumento delle diseguaglianze all'interno del mondo del lavoro, fuori di esso e tra aree forti e deboli del paese, distonie che nascono anche dal mancato orientamento delle politiche sociali da parte dello Stato.

Peraltro la crescita del welfare di origine contrattuale che si sta determinando attraverso le modifiche introdotte con la legge di stabilità del 2016, ha permesso di utilizzare risorse delle imprese per finanziare politiche di welfare a favore dei lavoratori attraverso la defiscalizzazione del premio di risultato e con l'estensione degli incentivi anche alle materie del welfare aziendale, attraverso proposte sempre più ampie tali da accontentare tutta la popolazione aziendale nelle sue varie fasi di vita lavorativa.

Tuttavia bisogna essere consapevoli che si tratta di soluzioni parziali e rivolte solo a quei lavoratori cui si applica l'accordo, e che avviene uno scambio tra salario diretto e "benefit", la cui convenienza deve essere oggetto di continua valutazione. Inoltre potrebbe affermarsi un rapporto diretto tra datore di lavoro e lavoratore che bypassa la contrattazione o indebolisce il Contratto nazionale (sapendo che solo 1/3 dei lavoratori è raggiunto dalla contrattazione aziendale). Le proposte sul modello contrattuale di Cgil Cisl Uil sono riferite proprio a questa situazione, ai rischi e alle opportunità che offre. Inoltre bisogna valutare se le soluzioni concrete del welfare contrattuale (nel caso nostro come agiscono i fondi) fanno bene o indeboliscono il welfare universale (cioè quello rivolto a tutti i cittadini e non solo a gruppi sociali coperti da una qualche forma assicurativa), che per la CGIL resta il modello di riferimento per garantire i diritti sociali.

Solo un solido sistema di welfare pubblico e universale consente di sviluppare esperienze di welfare integrativo sostenibili anche in termini di costi e convenienze contrattuali. Anche per questo il welfare contrattuale (nazionale o aziendale) pur se rivolto solo ai lavoratori dipendenti e ai loro familiari deve contribuire a quello universale. In questo senso potrebbe essere utile mobilitare risorse per bisogni ed aspettative che il welfare pubblico non riesce a soddisfare e contemporaneamente cercare di incidere nelle scelte delle istituzioni pubbliche allargando l'area delle tutele intensificando la contrattazione sociale per costruire un welfare pubblico a rete sul territorio. Un orientamento dei Fondi sanitari in questa direzione esplicitamente integrativa - aggiuntiva a sostegno del SSN pubblico è dunque più che auspicabile.

30 giugno 2017

¹⁸ Vedi nota 13

¹⁹ Vedi nota 14