

IX CONGRESSO NAZIONALE DEGLI ATTUARI

Torino 26-28 maggio 2010

3° Tema 28 maggio 2010

“Fondi sanitari integrativi e ruolo delle Imprese di assicurazione”

Intervento programmato di Giampaolo Santostefano:

La gabbia che da 11 anni contiene la sanità integrativa

La tabella di seguito riportata propone una visione d’insieme, in estrema sintesi, di tutti i fondamentali passi normativi che hanno progressivamente dato vita all’attuale situazione regolamentare della sanità, con particolare riguardo alla sanità integrativa.

Si tratta di una sorta di tavola sinottica del QUANDO-CHI-COSA-PERCHÉ-COME, in cui sono elencati cronologicamente - insieme al ministro che l’ha emanato - i singoli provvedimenti legislativi, in verde quelli di natura propriamente sanitaria, in corsivo e rosso quelli fiscali.

QUANDO	CHI	COSA	PERCHÉ	COME
mar 1958	V. Monaldi	L. 296 - Istituzione Ministero Sanità	Attuazione art. 32 Costituzione	Raccordo strutture sanitarie
feb 1968	L. Mariotti	L. 132 - Nazionalizzazione Enti Ospedalieri	Funzionalità a programmazione	Organizzazione e finanziamento
dic 1978	T. Anselmi	L. 833 - Istituzione SSN	Limitata a lavoratori (mutue)	Garanzia di tutto a tutti
giu 1991	R. Formica	L. 166 - Esenzione contribuzione obbligatoria	Contribuzione "doppia"	Contributo obbligatorio solidarietà 10%
dic 1992	F. De Lorenzo	D.Lgs. 502 - Introduzione forme differenziate	Qualità/libertà prestazioni	Concorso alla spesa individuale
dic 1993	M. Garavaglia	D.Lgs. 517 - Istituzione Fondi Integrativi	Separazione prestazioni da SSN	Contratti/accordi collettivi
set 1997	V. Visco	D.Lgs. 314 - Deducibilità fiscale contributi	Riconoscimento fine sociale	Non concorrenza reddito dipendente
giu 1999	R. Bindi	D.Lgs. 229 - Specifiche Fondi Integrativi	Difesa risorse/funzione SSN	Extra LEA-Accreditamento-Osservatorio
feb 2000	V. Visco	D.Lgs. 41 - Regime contributi Fondi Sanitari	Salvaguardia gettito fiscale	Riduzione benefici per NON DOC
mar 2008	L. Turco	D.M. "Turco" - Ambiti dei Fondi Sanitari	Superamento DOC/NON DOC	20% Odontoiatria e socio-sanitarie
ott 2009	M. Sacconi	D.M. "Sacconi" - Specifiche ambiti/anagrafe	Attesa da decreto "Turco"	Procedura iscrizione e risorse vincolate

La visione è utile perché mette in evidenza, pur se in modo assolutamente non esaustivo, le principali motivazioni (i perché) che hanno condotto a ciascun provvedimento e le rispettive misure (i come) con esso adottate.

Ciò che appare piuttosto evidente è la progressione “costruttiva” che il legislatore ha riservato alla sanità integrativa sino al 1999, anno di emanazione del decreto “Bindi”, con il quale è stata introdotta la distinzione fra “fondi doc” e fondi “non doc”, ed il periodo successivo caratterizzato dalla “ingessatura” del settore dovuta proprio agli ostacoli interposti al suo sviluppo da tale distinzione (è notorio che gli operatori ne siano stati talmente disorientati da non poter dare vita ai fondi doc), rafforzata dalla riduzione dei benefici fiscali per i fondi non doc. Durante L’ultimo biennio, con i decreti “Turco” e “Sacconi”, si è assistito alla presa di coscienza di tali difficoltà da

parte dei regolatori che hanno mirato - forse troppo timidamente - al superamento della dicotomia.

In questa sede si vuole porre l'attenzione su un particolare aspetto del regime fiscale riservato, all'attualità, ai contributi destinati all'assistenza sanitaria integrativa.

L'art. 10 del TUIR (Oneri deducibili), al comma 1, lettera e-ter), stabilisce che: *“i contributi versati, fino ad un massimo di euro 3.615,20, ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della salute ...”*; la lettera della norma, quindi, afferma che la deducibilità IRPEF può essere adita soltanto qualora il fondo sanitario cui è versato il contributo sia conforme al decreto “Bindi” (cioè se il versamento è effettuato a un fondo doc).

L'art. 51 del TUIR (Determinazione del reddito di lavoro dipendente), al comma 2, statuisce che: *“Non concorrono a formare il reddito: a) ... i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della salute ..., per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20. ...”*; la lettera della norma, in questo caso, stabilisce per i lavoratori dipendenti la non imponibilità IRPEF del contributo (di fatto corrispondente alla deducibilità) ad un qualsiasi fondo sanitario, o meglio un fondo, anche non doc, che garantisca le prestazioni - e rispettivi limiti minimi - indicate dal decreto “Turco”.

Ebbene, dal punto di vista letterale, la normativa affermerebbe che i contributi non sono fiscalmente imponibili sempre per i lavoratori dipendenti, mentre per tutti gli altri soggetti soltanto se versati a fondi doc.

Nonostante le interpretazioni favorevoli di alcuni eminenti tributaristi, si corre il pericolo che la lettera della norma sarà effettivamente seguita dalla pubblica amministrazione e ciò, di fatto, comporterebbe:

- che ancora sussiste, nel legislatore, l'ingiustificato “timore” di indebolire il Servizio Sanitario Nazionale;
- un parziale disconoscimento delle finalità sociali dell'assistenza sanitaria integrativa;
- la disparità di trattamento fra diverse categorie di cittadini contribuenti, il che lascia qualche dubbio di costituzionalità;
- un'inspiegabile diversità rispetto al regime vigente per la previdenza complementare, il cui fine sociale è innegabilmente del tutto assimilabile a quello della sanità integrativa.

La fatale conseguenza è quella di mantenere viva la “gabbia” in cui è costretta l'assistenza sanitaria integrativa: la differenziazione tra “fondi doc” e “fondi non doc”, il che comporta un nuovo grave freno allo sviluppo vero della sanità integrativa.

E lo sviluppo della sanità integrativa è di grande importanza

- per i cittadini, perché può costituire il mezzo per realizzare un sistema completo capace di sostenere la crescente domanda di qualità e di cure “personalizzate”;
- per il mercato dei servizi sanitari privati, attraverso la metodica del convenzionamento che favorisce una maggiore concorrenzialità del settore;
- per le risorse finanziarie pubbliche e private, perché da maggiore concorrenzialità scaturiscono anche prezzi calmierati;
- per la professione attuariale, che non solo può operare in uno dei campi più specifici e interessanti delle proprie competenze, ma trova anche più congrui volumi di dati da studiare per la determinazione dei livelli contributivi a garanzia dell’equilibrio tecnico delle forme assistenziali.