

quotidiano **sanità**.it

Sabato 08 SETTEMBRE 2018

Fondi sanitari e integrativi: l'evoluzione della normativa

Analisi, studi, report e convegni. I Fondi Sanitari Integrativi sono al centro di grande interesse e non solo economico. Ma anche di grande confusione. Ecco il punto sulla normativa che li riguarda

Fin dalla legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, il Legislatore si è reso conto delle eterogenee realtà di assistenza privata e volontaria riconoscendo al cittadino la possibilità di fare ricorso ad una "integrazione" delle prestazioni erogate dal sistema pubblico non solo attraverso il ricorso diretto al mercato sanitario, ma anche mediante la partecipazione alla mutualità volontaria (Legge 833/1978, art. 46: "La mutualità volontaria è libera...").

Tuttavia, per avere una vera e propria norma occorre attendere il D.Lgs. 502/1992 che all'articolo 9 istituisce per la prima volta i cosiddetti fondi sanitari integrativi quali "forme differenziate di assistenza". Il fine perseguito era di porre le basi per un "secondo livello di assistenza sanitaria" in grado di rappresentare una significativa "integrazione" alle forme assistenziali erogate dal S.S.N.

D.Lgs. 502/1992 - Articolo 9. Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale

1. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza...

Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono contratti e accordi collettivi, anche aziendali; accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale; c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali...

L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

- a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione ~~in ambulatoria~~ e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n.662;
- c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e ~~semiresidenziali~~ o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese:

- a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ~~ancorché~~ erogate da strutture non accreditate;
- b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
- c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza, odontoiatrica protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità...

Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (*) ...

La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della Sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei fondi integrativi del SSN e l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale

(*) Il Regolamento non è mai stato approvato

Con il D.Lgs. 517/1993, all'art. 10, vengono in seguito descritte le prestazioni che potevano essere erogate da un fondo sanitario integrativo. Tali prestazioni, definite come "aggiuntive" rispetto a quelle fornite dal SSN, avrebbero dovuto avere ulteriore specificazione in un decreto ministeriale la cui promulgazione era prevista

entro 120 giorni dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 517 del 1993. La mancata emanazione di tale decreto ha impedito che la normativa trovasse una chiara applicazione

D.Lgs. 517/1993 - Art. 10.

1. L'art. 9 del **D.Lgs. 502/92** e' sostituito dal seguente: "Art. 9. (Forme integrative di assistenza sanitaria).

Possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale. Le fonti istitutive dei fondi integrativi sanitari sono le seguenti: a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori, promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro; b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale; c) regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o **societa'** di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute. Il fondo integrativo sanitario e' autogestito ovvero **puo'** essere affidato in gestione mediante convenzione con **societa'** di mutuo soccorso o con impresa assicurativa autorizzata.

Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, con regolamento emanato dal Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Sanita' di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sono dettate disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi sanitari.

Il regolamento disciplina: 1) le **modalita'** di costituzione, in linea con i principi fissati dall'art. 4, commi 1, 2 e 3 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; 2) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo; 3) le forme di contribuzione; 4) le **modalita'** della vigilanza facente capo al Ministero della **sanita'**; 5) le **modalita'** di scioglimento. Le **societa'** di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute che gestiscono unicamente fondi integrativi sanitari sono equiparate ai fondi sanitari di cui al presente articolo."

Il Legislatore è quindi tornato sulla materia dei fondi sanitari con la riforma ter o riforma Bindi (D.Lgs n. 229/99) in attuazione della legge delega n. 419 del 1998). Tale provvedimento modifica l'articolo 9 del D.Lgs. 502/1992 introducendo la "tipologia" dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, i cosiddetti fondi "doc", il cui fine è quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica e allo stesso tempo incoraggiare la copertura di servizi integrativi con prestazioni eccedenti i LEA attraverso l'assistenza privata.

I fondi integrativi "doc" vengono pensati come complementari alla sanità pubblica, permettendo di garantire una copertura su base collettiva per tutte le prestazioni non garantite dal SSN o che sono anche solo parzialmente a carico delle famiglie. Tali fondi sono caratterizzati da tre elementi: (i) non selezione dei rischi sanitari; (ii) non discriminazione nei premi da pagare; (iii) non concorrenza con il Servizio Sanitario Nazionale (o meglio "concorrenza limitata" in quanto possono offrire prestazioni sostitutive purché svolte esclusivamente nell'ambito della libera professione intramuraria).

Contestualmente vengono definiti "non doc" i fondi che non hanno l'obbligo di rispettare i vincoli appena elencati e che quindi possono offrire anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle del servizio pubblico ricadenti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il comma 2, art. 9, D.Lgs. 229/1999 prevede che un fondo di "nuova istituzione" possa essere definito "doc" soltanto qualora indichi espressamente nella propria denominazione la definizione "integrativo del Servizio Sanitario Nazionale". È fatto quindi divieto di utilizzare tale espressione con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse da quelle proprie dei fondi tipizzati dal decreto 229/1999.

Il D.M. Turco del 31 marzo 2008, dopo quasi dieci anni, rappresenta il primo provvedimento normativo che riconosce espressamente l'esistenza dei fondi diversi da quelli tipizzati dal D.Lgs. 229 consentendo il superamento della definizione "fondi non doc", indicandoli come "enti, casse, società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale" e, al contempo, individuando sia il loro ambito di intervento, sia quello dei Fondi Sanitari Integrativi del SSN.

In particolare, l'articolo 1 del suddetto decreto estende gli ambiti di intervento dei fondi ex articolo 9 d.lgs. n. 502 del 1992 (integrativi) nei limiti in cui non siano ricompresi nei LEA:

(i) prestazioni sociosanitarie; (ii) spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili; (iii) prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente; (iv) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza

per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Ulteriore novità riguarda l'istituzione dell'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute in cui sono censiti tutti i fondi sanitari integrativi del S.S.N. nonché gli enti, casse, società di mutuo soccorso aventi fine esclusivamente assistenziale

DECRETO 31 marzo 2008

Art. 1.

Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale.

1. Il presente decreto....individua gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale e degli enti e casse aventi esclusivamente finalità assistenziali.

2. Gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, comprendono le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione definite nei commi 4 e 5 del medesimo art. 9. Gli ambiti di intervento comprendono inoltre:

a) prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché le prestazioni di cui all'art. 26 della legge 8 novembre 2000, n. 328 in quanto non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;

b) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

3. Gli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art.51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, che non rientrano nell'ambito di operatività dei Fondi sanitari integrativi

del servizio sanitario nazionale di cui al comma 2, comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonché i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del servizio sanitario nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. A partire dall'anno 2010, gli ambiti di intervento di cui al presente comma si intendono rispettati a condizione che i medesimi enti, casse e società di mutuo soccorso attestino su base annua di aver erogato, singolarmente o congiuntamente, prestazioni coincidenti con quelle di cui alle lettere a) e b) del comma 2, erogate presso strutture autorizzate all'esercizio, in base alla vigente normativa regionale, anche se non accreditate, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.

L'ultimo intervento normativo in materia di assistenza sanitaria integrativa è il D.M. del 27 ottobre 2009 (Decreto Sacconi) che modifica e integra il Decreto Turco al fine di rilanciare i fondi integrativi distinguendoli da Enti, Casse e Società di mutuo soccorso, specificandone ulteriormente ambiti di applicazione, procedure e modalità di funzionamento: i) Fondi Sanitari Integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.; ii) Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

Attualmente il sistema dei Fondi sanitari è caratterizzato dalla distinzione tra "fondi ex art. 9 (Integrativi)" e "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale"

Decreto 27 ottobre 2009 - Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante «Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale».

Art. 1 Modifica del decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008

Art. 2 Ambito di applicazione e definizioni

Art. 3 Iscrizione dei fondi sanitari all'Anagrafe

Art. 4 Finalità del trattamento e accesso ai dati

Il Ministero della Salute ha ribadito questa distinzione dal punto di vista civilistico e fiscale e ne ha tracciato una netta linea di demarcazione. La differenza tra i "fondi sanitari integrativi" e gli "enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale" consiste proprio nel fatto che i primi, come detto, sono finalizzati all'erogazione di prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza (prestazioni integrative), mentre i secondi possono finanziare anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal Servizio sanitario nazionale".

In quest'ottica per chi aderisce a un fondo sanitario integrativo in forma individuale e volontaria (è il caso di pensionati, lavoratori autonomi, liberi professionisti o inoccupati) il contributo di adesione versato dall'iscritto concorre alla formazione del reddito di lavoro dipendente e quindi solo le spese mediche sono detraibili dalle imposte nella misura del 19% per la parte eccedente 129,11 euro.

Diverso il caso, invece, dei lavoratori dipendenti che aderiscono a un fondo previsto da un contratto, accordo o regolamento aziendale. In questo scenario i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale non concorrono a formare il reddito di lavoro e vanno in deduzione per un importo massimo di 3.615,20 euro.

Tuttavia, alla luce della Normativa attuale e di una chiara regolamentazione, la discussione sui Fondi Sanitari rimane aperta: equivoci tra un regime di prestazioni integrative o sostitutive, frammentazione ed eterogeneità dell'offerta, scarsa attenzione all'appropriatezza, diffusa trascuratezza nei riguardi della cronicità e dell'autosufficienza, agevolazioni fiscali da rivedere costituiscono delle criticità irrisolte. Soprattutto in un clima di sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale che finisce per danneggiare entrambi.

Il Decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 ha istituito presso il Ministero della Salute l'Anagrafe dei Fondi Sanitari; il successivo Decreto ministeriale del 27 ottobre 2009 ha definito le procedure e le modalità del suo funzionamento.

Si iscrivono all'Anagrafe:

- 1) Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- 2) Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui al citato art. 51, c 2, lettera a) del D.P.R. 917/1986.

L'Anagrafe è istituita ai fini di:

- a) censimento dei soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo da valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa ed il Servizio sanitario nazionale;
- b) verifica del rispetto della soglia delle risorse vincolate da parte degli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale (art. 51, comma 2, lettera a, del DPR 22 dicembre 1986, n. 917, e s.m.i.).

L'iscrizione all'anagrafe avviene per via telematica e deve essere rinnovata tutti gli anni.

La registrazione e l'iscrizione (o il rinnovo dell'iscrizione) possono essere effettuate dal 1 gennaio al 31 luglio di ciascun anno.

Fonte www.salute.gov.it

Fabio Florianello

Componente Esecutivo Nazionale ANAAO ASSOMED