

Laura Crescentini

L'evoluzione normativa in materia di fondi sanitari

SIFA – 1° corso FAC – Aspetti attuariali dei fondi sanitari

Roma, 23 maggio 2011

Principali riferimenti normativi

- **Art. 51 e art. 10 DPR n. 917/86 (Testo Unico Imposte sul Reddito)**
- **Art. 9 d. lgs. n. 502/92 (Riordino disciplina in materia sanitaria) e successive modificazioni (Artt. 3-septies e 9 d. lgs. n. 229/1999)**
- **Art. 26 l. n. 328/2000 (Legge quadro sui servizi sociali)**
- **Art. 1, c. 197, l. n. 244/2007 (legge finanziaria 2008)**
- **d. m. Salute 30.3.2008 (cd decreto Turco)**
- **d.m. Lavoro/Salute 29.11.2009 (cd decreto Sacconi)**
- **Risposta Min.Salute 12.4.2010 Assoprevidenza/FIMIV**
- **Risposta MinSalute 1.4.2010 ABI**
- **Circ MinLavoro 15.12.2010 n. 43: versamento contributi enti bilaterali**

TIPOLOGIA DEI FONDI SANITARI

- **Fondi sanitari ai sensi dell'art. 51 Tuir** (DPR n. 917/86): enti, casse, società di mutuo soccorso che raccolgono contributi di assistenza sanitaria di derivazione negoziale esclusivamente a favore dei lavoratori dipendenti
- **Fondi sanitari integrativi del Ssn** ai sensi dell'art. 10 Tuir e art. 9 del d. lgs. n. 502/92 e successive modificazioni: possono assumere una **forma chiusa** a favore di categorie o gruppi di lavoratori, anche autonomi e liberi professionisti, oppure una **forma aperta** rivolta a tutti i cittadini.

PER ENTRAMBE LE TIPOLOGIE DI FONDI È RICONOSCIUTA LA DEDUCIBILITÀ FISCALE DEI CONTRIBUTI VERSATI FINO A € 3.615,20 A CONDIZIONE CHE SIANO RISPETTATI GLI AMBITI DI INTERVENTO STABILITI DAL D.M. TURCO.

TIPOLOGIA DEI FONDI SANITARI

- **Società di Mutuo Soccorso:** Enti specificatamente normati (l. n. 3818/1886), che possono gestire direttamente coperture sanitarie a favore degli iscritti (adesione aperta alla generalità dei cittadini) o gestire fondi sanitari.

La Fimiv* ha sostenuto presso il Ministero della Salute la possibilità che le SMS, per le prestazioni esclusivamente integrative al Ssn, possano deliberare di costituirsi in fondi sanitari “aperti” e, in assenza di un regolamento generale, possano adottare le modalità gestionali e organizzative previste dal proprio ordinamento di settore.

In attesa di un chiarimento, si sono iscritte all’Anagrafe solo le SMS istitutive di fondi negoziali.

NEL CASO DI GESTIONE DI FONDI SANITARI È RICONOSCIUTA LA DEDUCIBILITÀ FISCALE DEI CONTRIBUTI VERSATI FINO A € 3.615,20 A CONDIZIONE CHE SIANO RISPETTATI GLI AMBITI DI INTERVENTO STABILITI DAL D.M. TURCO.

**Federazione Italiana della Mutualità Volontaria*

TIPOLOGIA DEI FONDI SANITARI EX ART 51 TUIR (lav dipendenti)

In relazione alla forma di gestione:

- Fondi autogestiti: assicurano in proprio la copertura sanitaria;
- Fondi a gestione convenzionata: affidano, in tutto o in parte, la gestione della copertura sanitaria a soggetti esterni (Compagnie di assicurazione, Società di Mutuo soccorso, altri Fondi);

In relazione alla platea dei destinatari:

- di categoria;
- di gruppo o azienda;
- territoriali;
- pluriaziendali: nell'ambito di un medesimo soggetto, sussiste una pluralità di gestioni assistenziali rivolte a varie collettività, ciascuna risalente a diverse fonti istitutive (in particolare accordi collettivi).

In ciascuna di tali fattispecie è possibile la presenza di un unico accordo o di più accordi (ad es in relazione alla qualifica)

TIPOLOGIA DEI FONDI SANITARI NON EX ART 51 TUIR (lav ind, cittadini)

In relazione alla forma di gestione:

- Fondi autogestiti: assicurano in proprio la copertura sanitaria;
- Fondi a gestione convenzionata: affidano, in tutto o in parte, la gestione della copertura sanitaria a soggetti esterni (Compagnie di assicurazione, Società di Mutuo soccorso, altri Fondi);

In relazione alla platea dei destinatari:

- di categoria;
- aperti (adesione individuale).

REGIME TRIBUTARIO

- **Deducibilità contributi sino a € 3615,20 annui**
- **Decorrenza: dal 2012, sulla base dell'attività svolta nel 2010 i cui dati devono essere trasmessi entro il 30.7.2011**
- **Necessaria l'iscrizione all'Anagrafe**
- **Aspetti positivi: unico e definitivo**
- **Aspetti negativi: confermato il doppio binario:**
 - **Fondi ex art. 51 Tuir: deducibilità contributi anche se sostitutivi condizionata solo al rispetto della soglia del 20%**
 - **Fondi ex art. 10 Tuir (fondi aperti, lay. indipendenti): deducibilità solo se integrativi puri (condizioni legge Bindi)**

Circolare Minlavoro 15.12.2010: Versamento contributi enti bilaterali

“....Omissis...una volta riconosciuto da parte del contratto collettivo di riferimento che una determinata prestazione (per esempio un’assistenza sanitaria integrativa ovvero il trattamento di sostegno al reddito erogato dagli enti bilaterali) rappresenta un diritto contrattuale del singolo lavoratore, l’iscrizione all’ente bilaterale rappresenta nient’altro che una modalità per adempiere al corrispondente obbligo del datore di lavoro. Sicché, là dove espressamente previsto dai contratti collettivi, ogni singolo prestatore di lavoro matura un diritto contrattuale di natura retributiva – alla stregua di una retribuzione aggiuntiva o integrativa – nei confronti di quei datori di lavoro non aderenti al sistema bilaterale di riferimento che potrà essere adempiuto attraverso il riconoscimento di una somma o di una prestazione equivalenti a quella erogata dal sistema bilaterale di riferimento ai diversi livelli, nei limiti ovviamente degli importi stabiliti dalla contrattazione collettiva.”

Ambiti di intervento / 1

Fondi sanitari ex art. 51 Tuir

- ✓ Prestazioni garantite dai propri ordinamenti, anche sostitutive del Ssn
- ✓ Tickets
- ✓ Almeno il 20% delle risorse deve essere “impegnato” per le seguenti prestazioni integrative (è esclusa la prevenzione):
 - prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per non autosufficienti;
 - prestazioni sanitarie a rilevanza sociale per non autosufficienti;
 - prestazioni per recupero salute soggetti temporaneamente inabilitati;
 - assistenza odontoiatrica.

Ambiti di intervento / 1:

- **Fondi autogestiti** (criterio di competenza), ma sulle erogazioni effettuate (criterio ex post)
- **Fondi convenzionati**: il premio/contributo versato al soggetto gestore è riconosciuto ai fini del calcolo, previa dichiarazione del gestore circa l'imputazione del premio/contributo alle cd. "prestazioni vincolate": criterio "ex ante", basato sul rischio
- **Fondi "pluriaccordo" e SMS**: è facoltà di tali fondi presentare un'unica certificazione o certificazione distinta per ogni accordo.
- **Pluralità di copertura** in capo ad un unico rapporto di lavoro (es: caso LTC comparto bancario e assicurativo): tutte le coperture possono essere considerate congiuntamente.

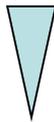
Calcolo soglia 20% per fondi autogestiti

Il limite del 20% deve essere rispettato:

- ☞ “**su base annua**”
- ☞ **in base alle “risorse specificatamente impegnate”**

Significato di “impegnate:

- ☞ contabilmente;
- ☞ per la remunerazione di prestazioni rese nell’anno di riferimento, comprensive di quelle ancora non liquidate ma che si riferiscono ad obbligazioni maturate nel corso dell’anno



Possibilità lettura tecnica =>utilizzo strumento della riserva destinata?

Ambiti di intervento / 2

- Fondi sanitari integrativi ex art. 9 d. lgs. n. 229/1999
 - prestazioni non comprese nei LEA;
 - prestazioni comprese nei LEA per la quota a carico dell'assistito (ticket);
 - prestazioni socio-sanitarie per recupero salute soggetti temporaneamente inabilitati;
 - assistenza odontoiatrica.

ANAGRAFE dei fondi sanitari

Il trattamento fiscale agevolato (deducibilità) è riconosciuto unicamente ai fondi sanitari iscritti all'Anagrafe, istituito presso la DG Programmazione sanitaria del Ministero Salute per:

- ✓ il censimento dei fondi sanitari (MinSalute);
- ✓ la verifica del rispetto della soglia (20%) delle risorse vincolate per in fondi ex art. 51 Tuir (MinSalute e Agenzia Entrate).

ANAGRAFE dei fondi sanitari

- Termine per iscrizioni o rinnovi: 30 luglio (per 2010: 30 aprile)
la mancata iscrizione per inadempimento o costituzione successiva al termine non compromette la deducibilità
- Trasmissione telematica documentazione:
 - ✓ Atto costitutivo;
 - ✓ Regolamento: documento da cui sia desumibile l'insieme delle disposizioni generali di gestione operativa;
 - ✓ Nomenclatore: elenco e modalità di erogazione di *tutte* le prestazioni considerate. In particolare:
 - per fondi assicurati: estratto condizioni di polizza;
 - per i fondi "pluriaccordo": complesso delle prestazioni erogate, indicando che le modalità di erogazione sono diverse in relazione alla singola copertura.

ANAGRAFE dei fondi sanitari

- ✓ **Consuntivo: ultimo disponibile**
- ✓ **Preventivo: ultimo disponibile. In alternativa documento approvato dall'organo statutariamente competente dal quale risultino:**
 - **Entrate, con evidenza separata per i contributi;**
 - **Uscite, con evidenza separata per prestazioni (premi compresi), eventuali accantonamenti, spese generali;**
 - **Saldo**
- ✓ **Modelli di adesione: modello tipo di proposta di adesione**
 - **disposizioni negoziali (obbligatorietà);**
 - **adesione aziendale (fondi pluriaccordo)**
- ✓ **Numero iscritti (non previsto dal Decreto Sacconi)**

ANAGRAFE dei fondi sanitari

- ✓ Dal 2011
- ✓ Certificazione a firma del legale rappresentante, che indichi, al netto delle spese generali:
 - a) Ammontare delle risorse impegnate riferite alle prestazioni “vincolate”;
 - b) Ammontare delle risorse impegnate riferite al totale delle prestazioni;
 - c) percentuale dell’importo delle prestazioni di cui alla lettera a) sull’importo di cui alla lettera b).

VIGILANZA

➤ Scopo Anagrafe:

- ✓ Censimento: DG Programmazione sanitaria
- ✓ Verifica rispetto soglia risorse vincolate

- DG Programmazione sanitaria: “**trattamento dati**”
- Agenzia Entrate: “**accesso dati**”

Duplicazione verifica?

Necessità procedura di verifica

Perfezionamento del comparto

- **Unica disciplina fiscale**
- **Uniformità di trattamento per il calcolo del 20%**
- **Regole di vigilanza**
- **Governance**
- **Fondi aperti**
- **Ruolo Regioni**

Grazie per l'attenzione

Laura Crescentini

laura.crescentini@assoprevidenza.com