

**CETA e TTIP impatto potenziale sui Servizi Sanitari e Sociali**  
**Studio commissionato da EPSU**  
**autore Thomas Fritz di Power shift (4 aprile 2016)**

**SINTESI**

Questa analisi permette ad EPSU di trarre diverse conclusioni sul potenziale impatto sui servizi Sanitari e Sociali del CETA (Accordo economico e commerciale comprensivo ) tra Unione Europea (UE) e Canada e TTIP (Partenariato Transatlantico su Commercio e Investimenti) tra UE e USA.

Possiamo riassumerle così:

1. Negli accordi commerciali come CETA e TTIP gli obblighi ufficiali che riguardano i servizi Sanitari e Sociali possono essere trovati in capitoli specifici quali;
  - protezione degli investimenti
  - scambi transfrontalieri nel settore dei servizi
  - appalti pubblici
  - sussidi
  - ingresso temporaneo di fornitori di servizi e
  - riconoscimento delle qualifiche
  
2. Inoltre, c'è una serie di regole trasversali, che si trovano in quasi tutti gli accordi commerciali, relative ai principi di base dell'accesso al mercato e di non discriminazione (trattamento nazionale, nazione più favorita (MFN Most Favourite Nation). Inoltre il CETA e la bozza più recente del TTIP contengono norme di protezione degli investimenti piuttosto nette, in particolare il giusto ed equo trattamento e l'espropriazione indiretta, a fianco delle procedure delle clausole di controversia stato-stato tradizionalmente usate negli accordi commerciali.
  
3. Riguardo ai settori Sanitari e Sociali, il programma delle Comunità europee per i GATS internazionali (Accordo Generale per il Commercio nei Servizi) contiene impegni su particolari servizi professionali (servizi medici, dentistici e ostetrici, infermieri, fisioterapisti e paramedici) servizi sanitari (servizi ospedalieri) e servizi sociali (case di riposo, residenze per anziani) Tuttavia nei GATS nessuno di questi settori di servizi è stato completamente aperto poiché gli Stati Membri hanno aggiunto alcune eccezioni.
  
4. Su un piano più generale, si possono fare tre osservazioni che riguardano la natura di questi trattati:
  - in primo luogo, assumendo impegni commerciali vincolanti, la UE in effetti blocca lo status quo della privatizzazione e la liberalizzazione già raggiunti negli Stati Membri. Quindi diventa sempre più difficile e costoso rovesciare le riforme neo liberiste per ripristinare un equo accesso alla sanità e alla copertura universale del sistema di sicurezza sociale.
  - in secondo luogo, gli accordi commerciali includono una logica di liberalizzazione transfrontaliera permanente, permettendo livelli sempre più alti di impegni persino dopo la loro entrata in vigore. Sono degli “accordi viventi” che spingono le regole del commercio

sempre più in profondità nell'ambito dei servizi sanitari e sociali.

- In terzo luogo, questi trattati forniscono a governi e multinazionali dei meccanismi di risoluzione delle controversie che ampliano e rafforzano i diritti degli investitori. In seguito alla decisione di includere l'arbitrato investitori-stato nel CETA e TTIP, a fianco del tradizionale sistema di risoluzione delle controversie Stato-Stato, agli investitori sarà garantito uno strumento estremamente potente per affermare le loro richieste.

Su un livello più specifico, concentrandosi in particolare su regole ed impegni del commercio previsti nel CETA e nella bozza più recente del TTIP, si possono trarre le seguenti conclusioni:

5. Un attento esame al programma degli impegni mostra che le **eccezioni (reservations)** introdotte per proteggere i servizi pubblici, inclusi sanità e servizi sociali, apportate dalla Commissione Europea (CE) e dagli Stati membri sono limitate e la loro particolare formulazione contiene molte scappatoie che casualmente le rendono praticamente inutili. Poiché anche le **eccezioni** sono spesso principalmente relative all'accesso al mercato, la clausola per il trattamento nazionale e quella della nazione maggiormente favorita, altre discipline continuano ad essere applicate, inclusi le norme sulle controversie per la protezione degli investimenti, gli appalti pubblici, la regolamentazione interna, l'entrata temporanea o il mutuo riconoscimento delle qualifiche.  
In modo più critico, il CETA permette agli investitori di utilizzare l'ISDS (Investor-state dispute settlement - Risoluzione delle controversie tra investitore e Stato), ora rinominato ICS (Investment Court System- sistema giudiziario per gli investimenti) contro ogni regolamentazione dei servizi, irrispettoso delle eccezioni fatte nei programmi di impegni. Secondo le bozze note ad oggi, questo dovrebbe essere applicato anche al TTIP.
6. I due provvedimenti orizzontali principali che vogliono proteggere le regole dei servizi pubblici, la **clausola dell'autorità governativa** e la **clausola delle public utilities**, sono largamente insufficienti specialmente dati i nuovi tipi di accordi commerciali che CETA e TTIP rappresentano. Questi non sono esenti dalle regole principali dei trattati che governano i provvedimenti in materia di salute e servizi sociali. Poiché la concorrenza tra fornitori è una caratteristica quasi sempre presente nei settori sanitario e sociale nella UE, questa clausola non ha molto a che fare con le realtà economiche in questi settori.
7. Tutti gli altri divieti coperti dalle regole dell'accesso al mercato (eccetto i monopoli pubblici e i diritti esclusivi) continuerebbero ad essere applicati, come le regole sulle forme giuridiche di impresa, test di necessità economica o altre misure quantitative come le quote. E' particolarmente preoccupante che anche delle regole del sistema obbligatorio di previdenza sociale, inclusa l'assicurazione sanitaria pubblica, possano non essere sicure nel CETA e nel TTIP. La conseguenza pratica è che gli investitori possono combattere le regole del sistema obbligatorio di previdenza sociale, incluse le assicurazioni sanitarie pubbliche che non operano né su base commerciale né in concorrenza.
8. Allo stesso modo, le **eccezioni specifiche di settore** previste nel campo della sanità e dei servizi sociali sono troppo limitate per esentare questi settori. Le eccezioni che apparentemente limiterebbero la fornitura di servizi trans-frontalieri non annullano gli impegni per i distacchi temporanei di operatori sanitari, alle categorie di "Trasferimenti

intra-societari” intra-corporate transferees deve essere garantito l'ingresso quasi incontrollato.

9. Le regole che governano le loro autorizzazioni possono essere contestate, inclusi i requisiti di qualifica, le leggi sul lavoro e le norme potenziali per il reclutamento etico. Analogamente, le eccezioni che limitano gli impegni per gli investimenti ai servizi sociali e sanitari di origine privata sono minacciate dalla difficoltà di distinguere tra servizi di origine privata e servizi di origine pubblica. Gli ospedali finanziati privatamente, i servizi di ambulanza e di residenza sanitaria cadono in pieno nelle regole degli investimenti del CETA, eccetto per i pochi Stati Membri che hanno presentato eccezioni opzionali dedicate.
10. Inoltre, assumendo sempre maggiori impegni sui servizi finanziati privatamente, il campo di applicazione del sistema sanitario pubblico si restringe gradualmente. Anche le eccezioni specifiche per paese dedicate ai servizi sociali finanziati privatamente appaiono critiche. Undici Stati Membri (Belgio, Cipro, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna e Regno Unito) hanno inserito una eccezione che protegge misure riguardanti i “servizi sociali finanziati privatamente diversi da quelli di case di cura e di riposo e residenze per anziani” Questa clausola equivale ad una liberalizzazione de-facto dei servizi di assistenza a lungo termine quali le residenze per anziani. L'ultima bozza del TTIP contiene lo stesso, problematico, tipo di disposizioni.
11. Tuttavia, la liberalizzazione delle case di riposo e delle residenze per anziani non è coerente con il Rapporto congiunto della Commissione Europea e del Comitato di Protezione Sociale che raccomandano l'integrazione della assistenza a lungo termine nel sistema di previdenza sociale nazionale. Questo accelererà l'impatto degli impegni assunti nel 1994 dalla Comunità Europea di liberalizzare le case di riposo e di convalescenza così come le residenze per anziani nel programma di impegni GATS.
12. A causa delle eccezioni insufficienti, le regole di accesso al mercato previste nel CETA e nel TTIP potrebbero interferire con la pianificazione delle procedure ampiamente applicata nei settori Sociale e Sanitario. Questo potrebbe riguardare, per esempio, i test di necessità economica, i sistemi delle quote, il controllo dei prezzi, le regole sui livelli adeguati del personale e i requisiti sulla forma giuridica che stabilisce il limite di affari per esempio delle imprese no profit.
13. La scoperta delle scappatoie delle eccezioni per l'accesso al mercato UE ricorda che tutte le misure che limitano l'accesso al mercato sono ancora soggette alla protezione degli investimenti, incluse quelle dove gli Stati Membri hanno previsto riserve, che siano quote, test di necessità economica, regole sul livello minimo del personale, controllo dei prezzi o requisiti sulla forma giuridica dell'impresa. La proibizione continua di, per esempio, quote numeriche potrebbe servire a combattere le procedure di pianificazione in sanità applicate a livello nazionale, regionale e locale negli Stati Membri dell'UE, bypassando quindi la permissibilità dei test di necessità economica. Il Regno Unito è il solo Stato membro dell'UE ad aver inserito una eccezione nel CETA che si riferisce specificamente a questi strumenti di programmazione.
14. Allo stesso modo, il controllo dei prezzi, che ha lo scopo di contenere i costi dei farmaci rimborsabili, potrebbe anche essere visto come una restrizione quantitativa che

potenzialmente violerebbe le regole del commercio. Inoltre, le regole di accesso al mercato che proibiscono regole sul “numero totale di lavoratori che possono essere occupati” o “che sono necessari” per le attività economiche possono indebolire gli sforzi per stabilire degli adeguati livelli di personale nei servizi sociali e sanitari. Le regole che definiscono il numero minimo di operatori per posto letto o per residente negli ospedali e nelle case di cura possono essere interpretati come quote numeriche proibite nel trattato.

15. Le regole CETA che proibiscono regolamenti che limitano o richiedono “un tipo specifico di entità legale” possono dimostrarsi altrettanto problematiche poiché alcuni Stati membri di fatto prevedono certe forme giuridiche di impresa nei loro settori sanitari, mentre altri potrebbero voler introdurre questi regolamenti nel futuro. Comunque, a questo riguardo, solo due Stati Membri includono riserve specifiche: Francia e Germania. Anche i requisiti per la programmazione nel settore ospedaliero, che sono regolarmente aggiornati dai Governi regionali tedeschi, potrebbero andare sotto pressione. Inoltre, va notato che la verifica della necessità economica (in tutti i livelli di governo, inclusi i livelli sub-centrali di province e comuni) sono divenute una fonte di controversie legali nell'UE (ad esempio in Austria).
16. Secondo il capitolo **Appalti pubblici** del CETA, mentre sono esclusi sanità e servizi sociali in quanto tali, gli enti aggiudicatori che vanno dagli ospedali alle case di cura devono organizzare gare transatlantiche quando la fornitura di merci, servizi e lavoro supera una soglia specifica stabilita nell'accordo. Poiché sono inseriti anche i servizi di edilizia, questo si riferisce anche ai, spesso estremamente onerosi, partenariati pubblico privato (PPPs) utilizzati nella costruzione degli ospedali.
17. Decidere di tornare indietro dagli appalti o persino di modificare i contratti PPP, ad esempio per i loro costi spesso eccessivi, può portare a dispute commerciali laddove gli investitori stranieri coinvolti in questi contratti vedano colpito il loro profitto. Con il TTIP tali rischi potrebbero aumentare ancora di più in quanto la Commissione europea vuole includere norme specifiche sul PPP e l'ambito di applicazione del capitolo sugli appalti pubblici potrebbe essere più ampio che nel CETA. Se si compara il CETA con la nuova direttiva appalti della UE si evidenzia che la direttiva garantisce agli enti appaltatori una maggiore flessibilità per impegnare l'aggiudicazione di appalti pubblici al rispetto di criteri sociali come la contrattazione collettiva. Il capitolo CETA sugli appalti non contiene alcun riferimento comparabile agli standard sociali, per non parlare della contrattazione collettiva. Al contrario. La disposizione CETA al riguardo (...) semplicemente menziona due criteri di aggiudicazione: a) l'offerta più vantaggiosa, o b) dove il prezzo sia l'unico criterio, il prezzo più basso, in contrasto con l'articolo 67.2 sui “criteri di aggiudicazione del contratto” della direttiva 2014/24 che si riferisce a criteri di aggiudicazione che consentano “il miglior rapporto qualità-prezzo”.
18. Rimane una questione di disputa se la “offerta più vantaggiosa” nel CETA includa o meno criteri sociali come il rispetto dei contratti collettivi. La mancanza di standard di qualità obbligatori, di standard sociali e del lavoro nei capitoli degli appalti degli accordi commerciali espongono le autorità appaltanti al rischio di controversie commerciali molto costose. Il rischio non può essere sottovalutato date le numerose denunce di operatori privati verso i sistemi sanitari pubblici su presunte violazioni delle leggi sugli appalti nazionali o europei (ad esempio nel Regno Unito e in Germania).

19. Stati Membri della UE (ad esempio Polonia e Slovacchia) hanno già affrontato una serie di dispute legali su interventi nei mercati dell'assicurazione sanitaria grazie ad ambiguità della legge europea. Tali conflitti potrebbero ora accadere nel più ampio contesto del CETA e del TTIP. C'è una notevole incertezza giuridica per i contratti sanitari privati che costituiscono “una parziale o completa alternativa” all'assicurazione sanitaria pubblica. Questa mancanza di chiarezza ha già innescato diversi conflitti per gli interventi degli Stati membri nei mercati dell'assicurazione sanitaria privata, in particolare in Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Olanda e Slovenia.
20. Le assicurazioni sanitarie private si sono evolute in un importante pilastro del sistema obbligatorio di sicurezza sociale in vari stati membri della UE, come l'Olanda, la Francia, l'Irlanda, la Slovenia e altri. Gli assicuratori privati frequentemente sfidano i sistemi di perequazione del rischio che richiedono trasferimenti finanziari da assicurati con profili a basso rischio a quelli a più alto rischio. L'obiettivo della perequazione dei rischi, che è ampiamente applicata nei sistemi di assicurazione sanitaria pubblica in Europa, è quello di ridurre gli incentivi a quelle assicurazioni che ammettono solo persone con basso rischio sanitario. L'Olanda, l'Irlanda e la Slovenia sono tra i paesi citati in giudizio per questi schemi.
21. I capitoli sugli accordi per i servizi finanziari prevedono che una volta che una parte permette ai propri assicuratori privati di fornire servizi nel quadro del sistema obbligatorio di sicurezza sociale, questo mercato deve essere aperto lo stesso ad assicuratori di altre parti. Mancano disposizioni che permettano di regolare le assicurazioni sanitarie private allo scopo di difendere il “bene pubblico” o la parità di accesso alle cure sanitarie, così come gli schemi di perequazione del rischio.
22. Questioni che riguardano norme per operatori sanitari privati, come la perequazione degli schemi, dovrebbero essere basate sul capitolo del TTIP per i servizi finanziari, che non include nessuna significativa salvaguardia atta a proteggere il “bene generale” o la vitalità del sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria. CETA e TTIP potrebbero innescare contenziosi legali che coinvolgano investitori americani o canadesi, come il recente caso intentato dalla assicurazione olandese Achmea contro la Repubblica Slovacca. Le riserve introdotte dalla UE e dalla Germania tese a proteggere i sistemi di sicurezza sociale sono inefficaci perché non coprono i particolari servizi finanziari forniti dalle assicurazioni sanitarie.
23. Mentre il diritto dell'Unione europea concede ancora, anche se in maniera molto limitata, un margine di manovra per evitare la notifica preventiva dei **sussidi**, i requisiti di notifica e di informazione del CETA si applicano ad ogni sussidio od aiuto di stato in materia di commercio. Di conseguenza, le quote di compensazione concesse agli ospedali pubblici o ogni altra misura di sostegno potrebbero incorrere in esami supplementari. Inoltre, operatori sanitari privati potrebbero invocare la protezione degli investimenti, specialmente quando i governi cambiano la legislazione che riguarda la fornitura di aiuti di stato o la rinegoziazione dei contratti.
24. Il CETA permette alle multinazionali della sanità che siano scontente delle politiche degli

aiuti di stato una via ulteriore per rafforzare le loro pretese. Il più recente testo TTIP contiene virtualmente lo stesso articolo del CETA che permette di combattere i governi quando essi cambino le loro regole sugli aiuti di stato. Diverse imprese assicurative sanitarie già hanno citato in giudizio gli Stati membri UE sostenendo la violazione delle regole europee sugli aiuti di stato dopo l'adozione di nuove leggi che hanno introdotto schemi di perequazione del rischio.

25. Per quanto riguarda la **mobilità del personale sanitario professionale**, il CETA contiene un capitolo che riguarda varie categorie di lavoratori che soggiornano temporaneamente negli Stati Uniti e nel Canada, in un periodo che varia da 90 giorni a 4 anni e mezzo. Mentre l'accordo consente di collegare l'ammissione di fornitori di servizi contrattuali a verifica della necessità economica e a requisiti di qualificazione, questi possono essere bypassati tramite i trasferimenti intra-societari (che coprono specialisti, personale senior e tirocinanti) possono entrare e soggiornare quasi senza verifica. La loro autorizzazione non può essere condizionata né a specifiche coperture di personale distaccato né a particolari requisiti di qualificazione. Dato che il capitolo manca di ogni significativa clausola sociale, la legislazione del lavoro, dai salari minimi alla non discriminazione, potrebbe essere messa in discussione.
26. Le regole del CETA sul distacco dei dipendenti riguardano la altrettanto imperfetta Direttiva sul trasferimento intra societario (ICT) adottata nel 2014<sup>1</sup>. Questa contiene varie lacune che consentono una elusione dell'obbligo di garantire la parità di trattamento tra i lavoratori ospitati e quelli del paese ospite. Gli sforzi futuri per cercare di colmare la lacune nella legislazione europea potrebbero essere impugnati come “indebite” menomazioni al commercio. Le leggi sul lavoro sarebbero effettivamente subordinate alla liberalizzazione del commercio. Questo potrebbe influenzare le pratiche etiche di reclutamento che mirano a prevenire il reclutamento da quei paesi che si trovano a corto di personale medico.
27. Il capitolo del CETA sul **reciproco riconoscimento delle qualifiche professionali** proibisce “mascherate restrizioni al commercio” e fornisce un quadro per la negoziazione degli Accordi di reciproco riconoscimento (MRA). Il riconoscimento sotto MRA non può essere condizionato da alcuna forma di requisiti di residenza che possa effettivamente bloccare l'obbligo di acquisire qualifiche aggiuntive nel paese ospite necessarie per assicurare la salute e la sicurezza nel posto di lavoro e la sicurezza dei pazienti o per avere un'adeguata conoscenza della lingua del paese ospitante. Gli accordi MRA possono e debbono essere conclusi fuori dagli accordi commerciali. Attualmente, gli accordi MRA tra il Québec e la Francia, che coprono anche le professioni sanitarie, sono visti come un punto di riferimento per ulteriori accordi MRA sotto il CETA. Inoltre, la Commissione ha già menzionato le professioni sanitarie tra quei gruppi potenziali da negoziare sotto il TTIP.
28. Per quanto riguarda la **mobilità dei pazienti**, le norme sul rimborso dei costi del trattamento sostenuti all'estero potrebbero innescare dispute commerciali sia con il CETA sia con il TTIP. La eccezione europea nel CETA sui sistemi di sicurezza sociale obbligatori potrebbe essere messa in questione come una potenziale violazione degli accordi GATS dove la

---

1

DIRETTIVA 2014/66/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 15 maggio 2014 sulle condizioni di ingresso e soggiorno di cittadini di paesi terzi nell'ambito di trasferimenti intra-societari

Comunità già aveva liberalizzato il consumo all'estero dei servizi medici, dentistici ed ospedalieri. I cittadini europei pertanto potrebbero sostenere che il rimborso dei costi di trattamento avuti in Canada non possa essere rifiutato, indipendentemente dalle eccezioni sulla sicurezza sociale nel CETA. Allo stesso modo, le eccezioni sulla sicurezza sociale nella più recente bozza TTIP non offrono una effettiva protezione, in quanto sono limitate ai servizi sociali, aprendo così la porta a contenziosi sul rimborso di servizi sanitari consumati negli Stati Uniti.

29. Il CETA e l'ultima bozza TTIP contengono le riserve dell'Allegato I sulla **privatizzazione** delle imprese di stato nei settori sanitari, sociali ed educativi. E' quindi importante determinare come il CETA e il TTIP potrebbero influenzare futuri processi di privatizzazione così come i potenziali tentativi di annullare le privatizzazioni passate o la nazionalizzazione di fornitori privati. Gli Stati membri europei, quando vendono quote di partecipazione di questi enti, si riservano il diritto di imporre limiti sulle proprietà straniere. Tuttavia, queste eccezioni non coprono vendite di quote di partecipazione di fornitori privati associati al sistema di sicurezza nazionale.
30. I governi europei non devono intervenire quando dei fondi malattia privati no profit legati alla assicurazione obbligatoria decidano di vendere quote di partecipazione alle assicurazioni sanitarie canadesi o americane. Lo stesso vale per gli ospedali no profit privati gestiti da enti religiosi o da organizzazioni di assistenza sotto il sistema sanitario obbligatorio, quando decidano di vendere le loro quote di partecipazione. Inoltre, in quanto è nell'Allegato I soggetto alle condizioni della clausola Ratchet, si applica alla situazione esistente. Quindi, l'introduzione di nuove norme che limitino la proprietà straniera potrebbe violare i trattati commerciali.
31. Per quanto riguarda il ritorno dalle privatizzazioni, solo la Germania ha introdotto una clausola che riserva il diritto a nazionalizzate “ospedali chiave finanziati privatamente” (nessuna disposizione specifica è stata introdotta dall'Unione Europea). Ma siccome le protezioni per gli investimenti continuano ad essere applicate, gli investitori di un ospedale che dovesse essere nazionalizzato potrebbe ancora evocare il divieto di esproprio. I governi insediati di recente potrebbero anche essere citati in giudizio – nel contesto del CETA e del TTIP – quando dovessero tornare indietro da una privatizzazione messa in opera dai loro predecessori, come dimostra la disputa sugli investimenti tra la assicurazione sanitaria olandese Eureko e la Polonia.

-----

**Link al documento originale (EN) <http://www.epsu.org/article/new-epsu-working-paper-ceta-and-ttip-potential-impacts-health-and-social-services>**