

Nota su Mobilità e Tariffe
Gruppo 6 Patto salute
Regioni Capofila Umbria/Campania

La prima fase dell'adozione dei sistemi di remunerazione a prestazione degli erogatori, introdotta dal D.Lgs. 502/92, si è basata su una forte autonomia delle Regioni che hanno definito i propri sistemi di remunerazione dando vita a modelli di finanziamento regionali che, essendo calibrati sulle specifiche esigenze della programmazione locale, si sono inevitabilmente differenziati.

Ciò ha prodotto una forte variabilità dei tariffari regionali, sia perché le Regioni hanno utilizzato in misura diversa le altre leve disponibili per la regolazione del finanziamento: classificazione delle strutture, finanziamento a funzione, tetti e tariffe regressive, sia perché, in mancanza di un aggiornamento del sistema a livello nazionale, si è reso necessario sopperire alla obsolescenza dei nomenclatori e delle regole di applicazione, introducendo aggiornamenti e correttivi, soprattutto in corrispondenza all'utilizzazione di tecnologie innovative, diversi da Regione a Regione.

Con la finanziaria del 2005 viene totalmente ribaltata l'impostazione, introducendo la competenza dello Stato ad emanare tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni.

L'intervento da parte dello Stato su una singola componente, la tariffa, del complessivo sistema di remunerazione dell'assistenza ospedaliera, ha tolto flessibilità alla definizione dei sistemi regionali senza ovviare alla variabilità delle soluzioni. Il mancato aggiornamento dei nomenclatori, rimasti alla versione del 1996 (per la specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale), infatti, ha costretto le Regioni a mantenere in piedi i propri sistemi. Le Regioni non hanno, quindi, dato l'intesa né sul primo decreto tariffe massime del 2006 né sull'aggiornamento del 2012, sia per le valutazioni generali sopra riportate e sia per il mancato accoglimento di alcune modifiche richieste in sede tecnica.

E' necessario, quindi, definire, nell'ambito del patto della salute 2014-2017, un modello complessivo della remunerazione degli erogatori che ricomprenda in maniera organica i criteri applicabili ai residenti, alla mobilità interregionale e a quella internazionale e trovi l'intesa fra Stato e Regioni in una materia di fondamentale importanza per la gestione e l'equilibrio economico dei servizi sanitari regionali.

Le linee generali all'interno delle quali deve definirsi il nuovo sistema di remunerazione sono:

- aggiornamento annuale dei sistemi di "classificazione delle malattie e traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche" e dei ricoveri, alla base della remunerazione dell'assistenza ospedaliera
- aggiornamento annuale dei nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale
- definizione delle funzioni assistenziali e la relativa remunerazione

Sulla base delle procedure e dei criteri sopra elencati viene approvato, con intesa Stato-Regioni il tariffario nazionale di riferimento, utilizzato per la compensazione della mobilità sanitaria. L'applicazione diretta agli erogatori del tariffario nazionale di riferimento risulta lo strumento più valido per migliorare l'appropriatezza e contenere la mobilità sanitaria interregionale per prestazioni di medio-bassa specialità.

Vanno definiti criteri tariffari e di appropriatezza, sia di processo che clinici, al fine di ridurre la mobilità per le prestazioni di medio-bassa complessità (es. abbattimenti tariffari) e indirizzare la mobilità per prestazioni di alta specialità verso le strutture ad elevata qualificazione (es. utilizzando gli indicatori del Programma Nazionale Esiti).

I tariffari regionali devono essere correlati al tariffario nazionale di riferimento, ma va riconosciuto un margine di flessibilità per consentire una adeguata remunerazione delle strutture di alta specializzazione, di specifici modelli assistenziali introdotti dalla programmazione regionale ecc.

Fatto salvo quanto disposto dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012, art. 15, comma 13, ogni Regione ha il diritto-dovere di dimensionare il proprio sistema di offerta ospedaliera in modo idoneo e sufficiente ai bisogni di assistenza di tutta la propria popolazione.

Gli accordi fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria sono uno strumento strategico per la qualificazione dei servizi sanitari; in particolare sono volti al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- garantire il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa ;
- garantire la libera scelta del cittadino, affidando alle Regioni ed alle strutture del Servizio Sanitario il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure;

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
- individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi, funzionali al governo complessivo della domanda.

Gli accordi fra Regioni per la regolazione della mobilità sanitaria, laddove stipulati, hanno dato ottimi risultati sia in termini di miglioramento dei livelli di appropriatezza, sia per il controllo della spesa. Obiettivo del patto della salute 2014-2017, è perseguire l'adozione generalizzata degli accordi, attraverso l'adozione di regole che incentivino la loro stipula.

Per la compensazione della mobilità internazionale si ritiene invece che debbano essere adottate le tariffe Regionali, anche per evitare che le strutture erogatrici siano penalizzate da livelli tariffari inadeguati a coprire i costi di produzione (ogni Regione deve tenere comunque presente che le tariffe adottate rappresentano anche la misura del rimborso riconosciuto ai propri residenti che si curano negli altri paesi dell'UE). La scelta infatti, di contenere i flussi di mobilità anche attraverso la leva tariffaria è corretta nell'accordo fra le Regioni, che si basa sul principio di reciprocità; ma non ha senso se adottato in modo unilaterale. L'ipotesi di una TUC internazionale è una strada molto lunga, che richiede un accordo fra gli Stati dell'UE; è realistico pensare ad uno sviluppo graduale di accordi fra Stati, a cominciare da quelli confinanti, che possono prevedere tariffe omogenee e promuovere l'integrazione e lo sviluppo della collaborazione fra i servizi sanitari nazionali. E' opportuno avviare, fin dall'attuale fase di impianto, il confronto con gli altri Stati membri per verificare i criteri di recepimento della Direttiva 24/2011 adottati nei singoli Paesi.