

Nuovo Patto per la salute /Intesa ex art. 17, comma 1, DL 98/2011

La stesura del Patto per la salute si intreccia con la riflessione sul fabbisogno, all'interno di un contesto nel quale lo sforzo di Stato e Regioni va indirizzato nel senso di riuscire, pur con risorse che sono state limitate, ad assicurare la tenuta complessiva e la sostenibilità del Ssn.

La circostanza che il nuovo Patto per la salute interessi il triennio 2013-2015 impone di verificare complessivamente e di definire, almeno per questo ultimo anno, il livello del fabbisogno effettivamente necessario.

Quadro del finanziamento del SSN e manovra ex DL 98/2011

Finanziamento 2011	106.905	+1,27%	+ 1.339 (in valore assoluto)
Finanziamento 2012	108.780	+1,75%	+ 1.875 (in valore assoluto)
Finanziamento 2013	109.294	+ 0,5%	+ 514 (in valore assoluto)
Finanziamento 2014	110.786	+1,4%	+ 1.492 (in valore assoluto)

Manovra e nuovo Patto per la salute

Con il nuovo Patto per la salute si dovrebbe:

1. dare attuazione alla disposizione di cui all'articolo 17, comma 1, secondo periodo, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;
2. assicurare la continuità del Patto della salute 2010-2012, estendendone l'applicazione agli anni 2013- 2015);
3. affrontare il tema del finanziamento per investimenti (manutenzione straordinaria, costruzione o adeguamento delle strutture edilizie, adeguamento tecnologico)
- 4 . assumere una decisione condivisa sui nuovi LEA.

Parallelamente alla discussione sul nuovo Patto per la salute è necessario completare la procedura per il riparto delle disponibilità finanziarie complessive del Ssn (c.d. riparto 2012), tenendo conto che si tratta dell'ultimo esercizio finanziario prima dell'attuazione del d.lgs. 68/2011 in tema di federalismo fiscale, e che pertanto appare opportuno che il riparto 2012 sia fatto sulla base delle migliori pratiche degli anni precedenti.

* * * *

1. Dare attuazione alla disposizione di cui all'articolo 17, comma 1, secondo periodo, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111

Sulla base del fabbisogno, già determinato in 108,780 miliardi di euro per l'anno 2012, 109,294 miliardi di euro per l'anno 2013 e 110,786 miliardi di euro per l'anno 2014, si tratta di riuscire ad assumere decisioni condivise per realizzare la manovra in sanità prevista in:

2,5 miliardi per il 2013

5 miliardi per il 2014.

La manovra riguarda i seguenti settori

1. Beni e servizi
2. Farmaceutica
3. Dispositivi medici
4. Nuovi ticket aggiuntivi rispetto a quelli storicamente esistenti e aggiuntivi al ripristino dei 10 euro per la specialistica

Un ulteriore settore coinvolto dalla manovra è quello relativo al personale (regolato dall'articolo 16 del DL 98/2011), che in termini di manovra incide per l'anno 2014 per 150 mln di euro (600 milioni di euro in termini di saldo netto da finanziare).

L'Intesa Stato Regioni dovrà, entro il 30 aprile 2012, confermare o ridefinire i settori di manovra sopra elencati, individuando tra i primi quattro settori come si distribuirà il peso percentuale della manovra nei due anni (assumendo che la manovra sul personale nel 2012 e 2013 sia pari a zero e nel 2014 sia pari a 150 mln cioè il 3%).

Occorre ricordare che se l'intesa non viene raggiunta si applicano le seguenti percentuali con i relativi importi di manovra:

a) Beni e servizi

La manovra prevista è di

30% pari a 750 milioni per il 2013

22% pari a 1.100 milioni per il 2014

Lo strumento: prezzi di riferimento standardizzati elaborati da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, entro il 30 giugno 2012, su una lista di beni e servizi proposta da Agenas. Si tratta di un termine di cui può essere valutato l'anticipo, proprio ai fini di dare credibilità alla manovra. Da rilevare che:

- la norma contiene un esplicito riferimento, tra i beni e servizi, anche ai farmaci e ai dispositivi medici, che pure sono oggetto di manovre dedicate qui di seguito descritte;
- la norma contiene anche un riferimento all'acquisto di prestazioni sanitarie dagli accreditati: ciò significa che, in presenza di privato accreditato una parte della manovra dovrà essere riferita ai budget assegnati annualmente a tali strutture.

b) Farmaceutica

La manovra prevista è di:

40% pari a 1.000 milioni per il 2013

20% pari a 1.000 milioni per il 2014

Lo strumento: partecipazione delle aziende farmaceutiche (35%) allo sfioramento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, sulla base di un regolamento da adottarsi entro il 30 giugno 2012. In caso di mancata adozione del regolamento si determina in via automatica un abbassamento del tetto per la farmaceutica territoriale dall'attuale 13,3% al 12,5% con onere dello sfondamento a carico della filiera, mentre il tetto della ospedaliera resta al 2,4%, con onere dello sfondamento a carico della Regioni

c) Dispositivi medici

La manovra prevista è di:

30% pari a 750 milioni per il 2013

15% pari a 750 milioni per il 2014

Lo strumento: il tetto di spesa fissato al 5,2%, con onere dell'eventuale sfondamento a carico delle regioni.

d) Ticket aggiuntivi rispetto a quelli storicamente esistenti e aggiuntivi al ripristino dei 10 euro per la specialistica

La manovra prevista è di:

40% pari a 2.000 milioni per il 2014

Va ricordato poi che il ticket di 10 euro per la specialistica è tornato automaticamente in vigore dalla data di entrata in vigore della legge di conversione n. 111 del 2011 (21 luglio 2011). Conseguentemente, per il 2011, sono stati stanziati (dopo i primi 347,5 mln di euro previsti dal DL milleproroghe 2010) altri 105 mln di euro fino alla concorrenza della quota parte degli 834 mln annui per il 2011 relativa al periodo 1 gennaio-21 luglio 2011.

L'Intesa da sottoscrivere entro il 30 aprile 2012, assorbita nel nuovo Patto per la salute, può modificare le specifiche misure sopra prospettate, fermo restando l'obbligo di mantener fermi i saldi finali.

Una prima ipotesi può essere quella di modificare le misure soprattutto in riferimento alla manovra in campo farmaceutico e in materia di ticket.

In particolare:

- per la manovra per beni e servizi, si potrebbe pensare di realizzare una parte dell'obiettivo di riduzione della spesa per beni e servizi attraverso la obbligatoria chiusura/riconversione dei piccoli ospedali entro il 31 ottobre 2013 (si potrebbe in proposito utilizzare la metodologia impiegata nell'esperienza dell'applicazione dei Piani di rientro);

- per la manovra in campo farmaceutico, già è stata portata all'attenzione delle regioni un'ipotesi, elaborata dall'AIFA, che prevede una rimodulazione dei due tetti: il tetto per la farmaceutica territoriale si abbasserebbe al 12,1% (con onere dello sfondamento a carico della filiera) e il tetto per la farmaceutica ospedaliera si innalzerebbe al 3,6% (con onere dello sfondamento a carico della filiera per il 35% e delle regioni per il 65%). Inoltre, al fine di incrementare l'appropriatezza d'uso dei farmaci, si potrebbe prevedere di rendere più cogente l'attivazione e il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro e l'attivazione delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate (*payment by results, risk sharing* e strumenti simili);

- per i ticket si potrebbe modificare quanto previsto dalla lettera d), comma 1, art. 17 del DL 98/2011 prevedendo interventi che siano finalizzati a reimpostare in maniera unitaria tutta la tematica della partecipazione alle spese e della relativa esenzione legata al reddito, in modo tale, comunque, da garantire un introito aggiuntivo di 2 MLD di euro.

I singoli interventi dovrebbero nel loro complesso :

- assorbire le forme di partecipazione alla spesa già vigenti in campo nazionale
- assorbire le economie connesse alla misura specifica della quota di 10 euro per ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica, ovvero le equivalenti misure alternative adottate dalle regioni
- comprendere le nuove forme di partecipazione alla spesa da determinarsi nazionalmente per un importo di manovra pari a 2.000 milioni di euro a partire dall'anno 2014

- introdurre elementi di maggiore equità sociale nel sistema graduando la partecipazione e le esenzioni in funzione del reddito equivalente del nucleo familiare (RE). A questo fine, gli assistiti del Ssn, indipendentemente dall'età, potrebbero essere assoggettati a forme differenziate di partecipazione alla spesa che tengano conto congiuntamente del reddito equivalente e della eventuale presenza di patologie o invalidità
- offrire alle regioni uno strumento per poter comunque mantenere gli importi aggiuntivi (di maggiore entrata o di minore spesa) relativi alle forme di partecipazione alla spesa che le singole amministrazioni regionali, nel corso degli ultimi anni, hanno introdotto in aggiunta a quelle disposte nazionalmente, incluse le forme aggiuntive di partecipazione alla spesa che le regioni impegnate nei Piani di rientro hanno introdotto per rispettare l'equilibrio di bilancio programmato (l'idea è che le regioni, che ne abbiano necessità, possano rafforzare, a loro scelta, una o più delle misure previste, nel rispetto dell'impianto generale, al fine di recuperare il gettito attualmente garantito da tali forme di partecipazione regionali o di garantire comunque il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario).

2. Assicurare la continuità del Patto della salute 2010-2012, estendendone l'applicazione agli anni 2013-2015;

I temi da affrontare potrebbero essere:

- Sistema di monitoraggio dei fattori di spesa, organismi di monitoraggio e adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario (ristrutturazione della Stem, così da evidenziare meglio la necessità di intrecciare il profilo del contenimento dei costi con quello della effettiva erogazione dei Lea). Attività connesse alla definizione dei costi standard e individuazione delle regioni benchmark
- Rimodulazione tariffaria
- Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri
- Accredimento e regole per la remunerazione
- Governance del settore dell'assistenza farmaceutica
- Governance del settore dei dispositivi medici
- Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti
- Monitoraggio e verifica dei Lea
- Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività – Nuovo sistema informativo sanitario
- Tematica del personale del servizio sanitario regionale
- Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e Piani di rientro per le regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio
- Piano nazionale della prevenzione
- Completamento attuazione Intesa Stato Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per la salute 2007-2009 (continuità assistenziale e promozione della qualità)
- Mobilità sanitaria interregionale
- Problematiche connesse all'entrata in vigore della direttiva sulla mobilità transfrontaliera.

3. Affrontare il tema del finanziamento per investimenti (manutenzione straordinaria, costruzione o adeguamento delle strutture edilizie, adeguamento tecnologico)

Va affrontato il tema delle risorse per gli investimenti nel SSN per garantire la manutenzione straordinaria, la costruzione o l'adeguamento delle strutture edilizie e l'adeguamento tecnologico, senza i quali le strutture sanitarie pubbliche sono destinate ad un progressivo degrado con inevitabili riflessi sulla qualità delle cure e sul mantenimento dei LEA.

Va approfondito il tema del rifinanziamento del Programma straordinario ex art. 20 della legge 67/88, anche facendo ricorso per la relativa copertura ad una tassa di scopo (prodotti alcolici, *junk food*, ecc.)

Vanno approfondite le potenzialità (e i limiti) del partenariato pubblico-privato (es. finanza di progetto).

4 . Assumere una decisione condivisa sui nuovi LEA

Assumendo come riferimento operativo il DPCM dell'aprile 2008, mai entrato in vigore, e i suoi successivi aggiornamenti in sede tecnico-istruttoria, va affrontato e risolto il tema dell'aggiornamento dei LEA , anche tenendo conto del fatto che il DPCM del 2001 non corrisponde più alla pratica assistenziale garantita effettivamente nelle singole regioni.