

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

N. 785

DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa del senatore TATÒ

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 26 OTTOBRE 2001

—————

Modificazioni all’articolo 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sui limiti di spesa sanitaria delle regioni

—————

ONOREVOLI SENATORI. - L'articolo 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 dispone che: «Le regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica o privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'articolo 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662».

Ebbene, tale disposizione è assolutamente dannosa, in quanto attribuisce alle regioni il potere di fissare arbitrariamente dei tetti di spesa alle istituzioni pubbliche e private senza che al contenimento della spesa corrisponda alcun beneficio nè per la regione, nè per i cittadini.

Laddove infatti le prestazioni richieste superino quelle dei tetti assegnati, le strutture pubbliche e private si trovano nel diritto di non eseguire le prestazioni prescritte, con grave danno per il cittadino.

Così facendo, infatti, si incide sull'offerta scaricando «a valle» problemi che sono in realtà a monte, sulla base della falsa presupposizione che sia l'offerta a determinare la domanda.

In realtà, per le farmacie non esistono tetti di spesa individuali, non esistono tetti di spesa per l'azienda unità sanitaria locale di residenza dell'assistito, non esistono tetti di spesa per categorie di farmaci. Tutto ciò

non è mai esistito, e quindi non si comprende perchè ciò debba esistere per prestazioni altrettanto essenziali quali sono quelle ambulatoriali e quelle ospedaliere.

E' interesse delle regioni non negare l'esecuzione di prestazioni appropriate prescritte, ma evitare che si prescrivano prestazioni inappropriate. Fissando dei tetti di spesa individuali questo problema non si risolve, perchè il cittadino che richiede una prestazione appropriata deve fare «il giro delle sette chiese» per trovare un erogatore che non abbia ancora esaurito il tetto!

Inoltre, i «tetti di spesa individuali» sono estremamente dannosi per l'assistenza pubblica, in quanto danno luogo ad una nuova forma di «lista di attesa». Infatti, accanto alle tradizionali liste di attesa da incapacità strutturale di fare fronte alla domanda (carenze organizzative, eccetera) si aggiungono le liste di attesa cosiddette «da insufficienza del budget», che costringono i cittadini a dover trovare una struttura che non abbia terminato il suo tetto, dovendosi altrimenti mettere appunto in «lista di attesa». E poichè non è specificato come il «tetto» debba essere «ripartito» da parte della struttura cui il tetto è stato assegnato (su base annua, semestrale, trimestrale, mensile, settimanale, giornaliera?), nessun cittadino saprà mai come la struttura si regolerà e come e a quali condizioni potrà ottenere la prestazione richiesta!

Ciò posto, esiste una soluzione che consente di contemperare le esigenze di contenere la spesa entro un importo predeterminato e l'erogazione di prestazioni ai cittadini bisognosi secondo criteri non arbitrari, sostit-

tuendo la «programmazione» alla «pianificazione».

In particolare, sembra che la soluzione possa essere rintracciata nella fissazione di un unico tetto di spesa su base regionale, che non potrà in alcun caso essere superato.

Ove superato, esso provocherà una diminuzione percentuale della tariffa spettante

agli erogatori, la quale non potrà tuttavia eccedere il 10 per cento della tariffa.

In altri termini, gli erogatori «regaleranno» al massimo una prestazione ogni dieci alla regione, la quale non potrà tuttavia scaricare su di essi tutti gli eccessi di domanda, sulla quale dovrà pertanto intervenire una volta superato il limite di tolleranza.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. All'articolo 32 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, il comma 8 è sostituito dal seguente:

«8. Le regioni, in attuazione della programmazione sanitaria e in coerenza con gli indici di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, individuano preventivamente su base regionale i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni rispettivamente per l'assistenza ospedaliera, l'assistenza sanitaria residenziale, l'assistenza sanitaria semi-residenziale, l'assistenza sanitaria domiciliare e l'assistenza specialistica ambulatoriale senza divisioni per branche specialistiche, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'articolo 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Le eventuali eccedenze di spesa rispetto al tetto regionale così determinato danno luogo ad un abbattimento proporzionale della tariffa nominale di remunerazione delle prestazioni, nella misura del 10 per cento della tariffa stessa».