



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore D'ANNA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 26 NOVEMBRE 2013

Modifiche degli articoli *8-quater*, *8-quinquies* e *8-sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di accreditamento e di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge propone alcune modifiche al testo vigente degli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con cui, sostanzialmente, si vuole introdurre un meccanismo di responsabilizzazione di Ministero della salute, regione e unità sanitarie locali nell'utilizzo delle risorse pubbliche, attraverso una omogeneizzazione dei sistemi di finanziamento delle strutture pubbliche e di quelle private accreditate. Più specificamente, con il disegno di legge si stabilisce che il finanziamento delle strutture pubbliche che erogano prestazioni assistenziali avvenga mutuando, sostanzialmente, il meccanismo del pagamento a tariffa riservato alle strutture private, con i logici aggiustamenti legati alla impossibilità di sovrapporre i relativi fattori di costo (si pensi, a esempio, alla rigidità che si incontra nel settore pubblico in relazione alle piante organiche e, correlativamente, ai differenti livelli retributivi del personale occupato).

Per conseguire tale obiettivo, si è immaginato, dunque, analogamente a quanto avviene per la predeterminazione delle tariffe per le strutture private, di individuare dei parametri di riferimento, cui si è assegnata la denominazione di costi massimi di produzione, che vadano a pesare il costo di ciascuna prestazione assistenziale erogata da una struttura pubblica.

Si tratta, a ben vedere, di un criterio di distribuzione delle risorse che avrebbe dovuto già caratterizzare, a legislazione vigente, la spesa sanitaria, alla luce dei dati astrattamente desumibili dalla contabilità per centri di costo, tipologia di contabilità

che, in realtà, non è mai stata compiutamente attuata.

Lo scopo del disegno di legge, pertanto, è quello di snidare le sacche di inefficienza, in modo da orientare gli attori della spesa sanitaria ad approntare i conseguenti accorgimenti.

Un esempio pratico può, forse, far comprendere l'opportunità della modifica legislativa che si intende introdurre.

Se si accerta che, sulla base dei fattori di spesa presenti nel comparto pubblico (personale, costi di approvvigionamento dei farmaci, servizi collaterali, eccetera), una determinata prestazione costa 100 euro, qualora - in tesi - una struttura pubblica dovesse erogare solo quella tipologia di prestazione e ne eroghi, ad esempio, 10.000 all'anno, per quella struttura sarà sufficiente l'appostamento di una spesa pari a 1.000.000 di euro all'anno. Se, invece, ci si accorge che quella struttura costa di più, è chiaro che si è in presenza di una struttura inefficiente in relazione alla quale dovranno essere predisposti gli opportuni accorgimenti e interventi di razionalizzazione.

Ovviamente, assume peso preponderante, per rendere il sistema efficace, efficiente ed economico, che la determinazione delle tariffe e dei costi massimi di produzione avvenga all'esito di una istruttoria particolarmente attenta e che, soprattutto, essi siano aggiornati con costanza e non, come si è purtroppo assistito negli ultimi anni, in sistematica violazione del termine triennale previsto dalla disciplina di settore.

Per conseguire tale ulteriore obiettivo si è dunque, stabilito di istituire una commissione permanente - composta da rappresentanti del Ministero della salute, del Mini-

stero dell'economia e delle finanze, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, della Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano e delle associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture private accreditate - con il compito di proporre al Ministero della salute la misura delle tariffe (per il comparto privato) e dei costi massimi di produzione (per il comparto pubblico).

Si è, tuttavia, stabilito che il mancato aggiornamento delle tariffe, alla scadenza di un triennio, determina il relativo automatico aggiornamento secondo gli indici ISTAT.

Sempre da un punto di vista generale, si opera una precisa distinzione tra accordi che la regione deve stipulare con le strutture pubbliche ed equiparate, e contratti che, invece, saranno sottoscritti dalle unità sanitarie locali con le strutture private e i professionisti accreditati.

Nel primo caso, la regione dovrà individuare il livello di finanziamento per ciascuna struttura pubblica che eroghi prestazioni assistenziali, incrociando i dati di produzione dell'ultimo anno con i costi massimi vigenti.

Resta, invece, sostanzialmente inalterato il meccanismo dei cosiddetti tetti di spesa per gli operatori privati; nel solco della responsabilizzazione degli amministratori locali, si prevede, tuttavia, una norma indispensabile a garantire l'equilibrio del sistema, funzionale a scongiurare le enormi criticità che hanno caratterizzato il rapporto con i soggetti erogatori: viene, infatti, aggiunto un comma all'articolo 8-*quater*, con cui si prevede che i costi di produzione delle prestazioni non potranno essere intaccati dalle regressioni tariffarie che, pertanto, potranno incidere esclusivamente sul margine di remuneratività garantito dalle tariffe. Non è pensabile, infatti, che i soggetti erogatori, colpiti da regressioni tariffarie che non consentono nemmeno di coprire i costi, fini-

scano per finanziare il Servizio sanitario nazionale.

Si stabilisce, poi, che le regioni recepiscono, con propri provvedimenti, i costi massimi e le tariffe individuate a livello centrale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore dei relativi decreti ministeriali.

Le regioni, tuttavia, prima di recepire *sic et simpliciter* i decreti ministeriali, dovranno accertare che i fattori che hanno condotto alla determinazione dei costi massimi e delle tariffe di riferimento siano sovrapponibili agli *standard* organizzativi e tecnologici richiesti dalla disciplina legislativa o regolamentare regionale.

Può accadere, infatti, che una regione esiga, per la medesima struttura assistenziale privata accreditata, requisiti organizzativi sensibilmente più rigorosi rispetto a un'altra regione; ovviamente, una differente tipologia organizzativa incide in maniera decisiva sui margini di remuneratività di una determinata tariffa.

Per tale motivo, se tale scostamento impedisce una adeguata remunerazione delle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, le regioni avranno la possibilità di intervenire in una doppia direzione: o aumentano i costi massimi e le tariffe oppure adottano gli atti necessari alla sovrapponibilità delle due discipline, ovviamente in tempo utile per il rispetto del predetto termine di sessanta giorni.

Nel primo caso, tuttavia, poiché non è possibile porre a carico del Fondo sanitario nazionale i maggiori oneri che derivano da una scelta del tutto discrezionale di una singola regione, i conseguenti oneri resteranno ovviamente a carico dei bilanci regionali.

In altri e più chiari termini, il margine di remuneratività di una determinata prestazione deve essere sostanzialmente uguale su tutto il territorio, per cui se una regione esige *standard* organizzativi superiori a quelli che, a livello centrale, vengono reputati sufficienti e idonei a garantire la qualità delle

prestazioni, dovrà sostenerne i costi attraverso il proprio bilancio.

Anche in questo caso si prevede, ovviamente, un meccanismo *lato sensu* sanzionatorio poiché si stabilisce che qualora si accerti che all'inerzia consegua una inadeguata remunerazione delle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, i relativi oneri resteranno comunque a carico dei bilanci regionali.

Nella medesima direzione si pone, inoltre, la modifica che tende a salvaguardare illegittimo affidamento ingenerato nelle strutture private accreditate: non è, infatti, pensabile che da un anno finanziario all'altro una re-

gione possa decidere di non utilizzare più il comparto accreditato al quale è stato chiesto, a tacer d'altro, di affrontare importanti investimenti per conseguire i requisiti ulteriori funzionali, appunto, all'accreditamento.

La legge, infine, interviene sul versante della domanda delle prestazioni, prevedendo che il Ministero della salute individui criteri *standard* di appropriatezza non solo clinica ma anche organizzativa delle prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative: l'obiettivo è quello di individuare percorsi che tendano a garantire un utilizzo non solo efficace delle risorse a disposizione ma anche efficiente.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Modifiche ed integrazioni agli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 8-quater:

1) al comma 2, primo periodo, le parole: «degli accordi contrattuali» sono sostituite dalle seguenti: «dei contratti»;

2) al comma 2, dopo l'ultimo periodo, è inserito il seguente: «La periodica rimodulazione dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies ovvero la scelta delle regioni e delle unità sanitarie locali di non ricorrere ai contratti medesimi non può avvenire violando il legittimo affidamento ingenerato, nel tempo, nei soggetti accreditati, anche in relazione al periodo necessario a remunerare gli investimenti richiesti per soddisfare gli ulteriori requisiti»;

3) al comma 3, lettera b), dopo le parole: «delle singole strutture sanitarie» sono inserite le seguenti: «avuto riguardo alla peculiarità di ciascuna tipologia organizzativa e alle diverse realtà territoriali in cui esse insistono, »;

4) al comma 8, primo periodo, la parola: «contrattuali» è sostituita dalle seguenti: «e i contratti»;

5) al comma 8, secondo periodo, dopo le parole: «In caso di superamento di tale limite», sono inserite le seguenti: «, individuato dalle regioni per ciascuna tipologia di prestazioni e non in relazione ai singoli soggetti erogatori, »;

6) al comma 8, secondo periodo, le parole: «, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, » sono abrogate;

7) al comma 8, secondo periodo, le parole: «alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso» sono sostituite dalle seguenti: «all'applicazione di regressioni tariffarie»;

8) dopo il comma 8, è aggiunto il seguente: «8-bis. I costi di produzione delle prestazioni non possono essere intaccati dalle regressioni di cui al comma 8; le regressioni, pertanto, possono incidere esclusivamente sul margine di remuneratività garantito dalle tariffe. La remuneratività delle prestazioni è individuata scomponendo i fattori di cui all'articolo 8-sexies, comma 5. L'eventuale differenza necessaria al rispetto dei volumi di spesa resta a carico dei bilanci regionali».

b) all'articolo 8-quinquies:

1) la rubrica è sostituita dalla seguente: «Accordi e contratti»;

2) al comma 1, dopo la lettera c), è inserita la seguente:

«c-bis) criteri per la remunerazione delle strutture pubbliche nel rispetto di quanto stabilito al comma 2, lettera e-ter);»;

3) al comma 2, alinea, dopo le parole: «la regione» le parole: «e le unità sanitarie locali» sono soppresse;

4) al comma 2, alinea, la parola: «definiscono» è sostituita dalla seguente: «definisce», e la parola: «stipulano» è sostituita dalla seguente: «stipula»;

5) al comma 2, alinea, dopo le parole: «le aziende ospedaliero universitarie, e», sono inserite le seguenti: « le unità sanitarie locali»;

6) al comma 2, alinea, le parole: «anche mediante intese con» sono sostituite dalle seguenti: «previa intesa tra la regione e»;

7) al comma 2, alinea, dopo le parole: «organizzazioni rappresentative a li-

vello regionale, che», sono inserite le seguenti: « per ciascun anno finanziario,»;

8) al comma 2, dopo la lettera *e-bis*), è inserita la seguente:

«*e-ter*) il volume massimo di spesa riservato a ogni struttura pubblica che eroghi prestazioni assistenziali, da calcolare sulla base del numero di prestazioni erogate nell'anno finanziario precedente in rapporto ai vigenti parametri di costo massimi di cui all'articolo 8-*sexies*, comma 4-*bis*, e fatto salvo quanto stabilito all'articolo 8-*sexies*, commi 2 e 3.»;

9) al comma 2-*quinqüies*, le parole: «degli accordi» sono sostituite dalle seguenti: «dei contratti»;

10) al comma 2-*quinqüies*, dopo le parole: «è sospeso» sono aggiunte, in fine, le seguenti: «, qualora che la regione abbia concluso gli accordi di cui al comma 2, comma 3-*ter*).».

c) all'articolo 8-*sexies*:

1) dopo il comma 4 sono inseriti i seguenti:

«4-*bis*. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute è istituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una commissione permanente per la formulazione di proposte, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, per la individuazione e l'aggiornamento dei costi massimi di cui al comma 4-*ter* e delle tariffe di cui al comma 5. La commissione è composta da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, della Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, e delle associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture sanitarie private accreditate.

4-*ter*. Per le finalità di cui all'articolo 8-*quinqüies*, comma 2, lettera *e-ter*), il Ministro della salute, su proposta della commissione di cui al comma 4-*bis*, con apposito

decreto individua i costi massimi di produzione delle strutture pubbliche che erogano prestazioni assistenziali, sulla base dei criteri di cui al comma 5, ove applicabili. I costi massimi di cui al presente comma sono assunti come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi fissati dalle singole regioni, superiori ai costi massimi, restano a carico dei bilanci regionali. L'aggiornamento dei costi massimi di cui al presente comma è effettuato ogni tre anni.»;

2) al comma 5, primo periodo, le parole: «sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, » sono sostituite dalle seguenti: «su proposta della commissione di cui al comma 4-bis»;

3) dopo il comma 6 è inserito il seguente:

«6-bis. L'aggiornamento delle tariffe di cui al comma 5 è effettuato ogni tre anni. Il mancato aggiornamento delle tariffe, nel termine di cui al primo periodo, ne determina l'automatico incremento secondo gli indici ISTAT.»;

4) dopo il comma 8, sono aggiunti i seguenti:

«8-bis. Le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative garantiscono un adeguato livello di assistenza al cittadino attraverso un utilizzo razionale delle risorse a disposizione. A tal fine, il Ministro della salute, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i parametri di appropriatezza clinica e orga-

nizzativa delle prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative funzionali alla remunerazione delle relative prestazioni erogate per conto del Servizio sanitario nazionale.

8-ter. Le regioni recepiscono i decreti di cui ai commi 4-ter e 5 entro sessanta giorni dalla data della loro entrata in vigore. In mancanza di tale recepimento si applicano i decreti di cui ai commi 4-ter e 5, salvo quanto previsto al comma 8-*quater*, ultimo periodo.

8-*quater*. Le regioni, qualora accertino che i fattori che hanno condotto alla determinazione dei costi massimi e delle tariffe di riferimento non sono adeguati agli *standard* organizzativi e tecnologici richiesti dalla disciplina legislativa o regolamentare regionale e che tale scostamento impedisce una adeguata remunerazione delle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, adottano gli atti necessari a coordinare le due discipline in tempo utile per il rispetto del termine di cui al comma 8-ter. In mancanza del suddetto coordinamento, le regioni variano gli importi dei costi massimi e delle tariffe di riferimento in modo da consentire una adeguata remunerazione delle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, con oneri a carico dei bilanci regionali. Se le regioni non provvedono all'attività di ricognizione di cui al primo periodo e all'adozione dei conseguenti atti, qualora si accerti che a tale inerzia consegua una inadeguata remunerazione delle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, i relativi oneri sono a carico dei bilanci regionali.».

