

Proposta di emendamento delle Regioni all'art 27 del Decreto legislativo 6 maggio 2011 , n. 68 recante “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”.

Emendamento

Art. 27. Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali

1. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, con la conferenza Stato-Regioni sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, determina annualmente, sulla base della procedura definita nel presente articolo, i costi e i fabbisogni standard regionali.

2. Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

3. Ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a), dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, con riferimento ai macrolivelli di assistenza definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di individuazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre 2001, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- a) 5 per cento per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) 51 per cento per l'assistenza distrettuale;
- c) 44 per cento per l'assistenza ospedaliera.

4. Il fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, è determinato, in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento. In sede di prima applicazione per l'anno 2013 è stabilito il procedimento di cui ai commi dal 5 all'11; a partire dall'anno 2014 si applicano le disposizioni di cui ai commi 15 e seguenti.

5. Sono regioni di riferimento le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate

proprie regionali effettive. Nella individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una regione di piccola dimensione geografica.

6. I costi standard sono computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento. A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree delle regioni di riferimento:

- a) è computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale;
- b) è depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree;
- c) è depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali;
- d) è depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica;
- e) è applicato, per ciascuna regione, alla relativa popolazione pesata regionale.

7. Le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento.

8. Il fabbisogno sanitario standard regionale è dato dalle risorse corrispondenti al valore percentuale come determinato in attuazione di quanto indicato al comma 6, rispetto al fabbisogno sanitario nazionale standard.

9. Il fabbisogno standard regionale determinato ai sensi del comma 8, è annualmente applicato al fabbisogno sanitario standard nazionale definito ai sensi dell'articolo 26.

10. La quota percentuale assicurata alla migliore regione di riferimento non può essere inferiore alla quota percentuale già assegnata alla stessa, in sede di riparto, l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione.

11. Al fine di realizzare il processo di convergenza di cui all'articolo 20, comma 1, lettera b), della citata legge n. 42 del 2009, la convergenza ai valori percentuali determinati ai sensi di quanto stabilito dal presente articolo avviene in un periodo di cinque anni secondo criteri definiti con le modalità di cui al comma 1.

12. Qualora nella selezione delle migliori cinque regioni di cui al comma 5, si trovi nella condizione di equilibrio economico come definito al medesimo comma 5 un numero di regioni inferiore a cinque, le regioni di riferimento sono individuate anche tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell'anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio ed escludendo comunque le regioni soggette a piano di rientro.

13. Resta in ogni caso fermo per le regioni l'obiettivo di adeguarsi alla percentuale di

allocazione delle risorse stabilite in sede di programmazione sanitaria nazionale, come indicato al comma 3.

14. Eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nella disponibilità delle regioni stesse.

15. Sono regioni di riferimento le regioni che non essendo assoggettate a piano di rientro, abbiano garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e risultino adempienti, avendo superato la valutazione del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005. Le medesime sono rappresentate in base a indicatori di qualità, quantità, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati, definiti, per ciascun macrolivello di assistenza, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. Ogni indicatore rappresentativo delle regioni di riferimento costituisce annualmente lo standard di qualità ed il livello di servizio di riferimento da conseguire da parte di tutte le regioni. Per le regioni in piano di rientro tali standard saranno definiti considerando il risultato iniziale e la gradualità di conseguimento: in ogni caso le regioni in piano di rientro dovranno raggiungere gli standard medi nazionali entro cinque anni. Il raggiungimento degli standard di qualità e di livello di servizio individuati annualmente costituiscono la base per l'attribuzione alle regioni, comprese quelle in piano di rientro, di elementi di premialità le cui modalità di attribuzione saranno indicate con il richiamato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

16. I costi standard di cui al comma 6 sono calcolati annualmente per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza dalla media pro capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento di cui al comma 15. Nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al comma 15 vengono altresì individuati i criteri per la ripartizione alle regioni del finanziamento sulla base dei costi standard, tenuto conto degli elementi di premialità di cui al comma precedente ed individuando la pesatura da attribuire alla popolazione.

17. Fermo restando per le regioni l'obiettivo di cui al comma 12, di adeguarsi alla percentuale di allocazione delle risorse stabilita in sede di programmazione sanitaria nazionale, come indicato al comma 3, per assicurare il graduale e progressivo rispetto dei livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria, a partire dall'esercizio 2014, allo scopo di individuare per tutte le regioni obiettivi raggiungibili al fine della premialità, vengono stabiliti distinti obiettivi per le regioni di riferimento di cui al comma 15 e per le rimanenti regioni.

18. Resta comunque operativa la disposizione di cui al comma 13 concernente la disponibilità regionale su eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale.