



## DIPARTIMENTO WELFARE E SALUTE

Responsabile Dipartimento: FABIO RIZZI

Referente Tecnico: FABRIZIO SPINNATO

### *COSTI STANDARD IN SANITA'*

(04.07.13)

La Lega Nord ritiene che per coniugare l'esigenza dell'economicità nell'impiego delle risorse economiche e il principio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie vadano improrogabilmente applicati i Costi Standard.

Per costo standard si intende il costo di un determinato servizio che avvenga nelle migliori condizioni di efficienza e appropriatezza, garantendo i livelli essenziali di prestazione. Il Costo Standard è definito prendendo a riferimento il costo dei servizi della regione più virtuosa.



Il costo standard è il **presupposto fondamentale per garantire il diritto alla salute**. Il costo ragionevole dei servizi e degli strumenti sanitari, a parità di disponibilità finanziarie, deve diventare il riferimento nazionale nell'ambito delle Politiche Sanitarie. In questo modo viene **superato il principio della spesa storica**, di quella spesa ingiustificata e gonfiata che ha fatto sì che lo Stato trasferisse a occhi chiusi denaro alle Regioni, prevalentemente tutte del Centro-Sud, perennemente in affanno nell'offrire una sanità degna di questo nome. Ciò ha voluto dire costi altissimi per il Paese e servizi disastrosi, pagati due, tre, quattro se non otto volte tanto in Calabria rispetto alla Lombardia. Ha significato migrazione sanitaria con costi e disagi sociali inaccettabili, corruzione, malasanità.

**Uno degli obiettivi primari della Lega Nord** è sempre stato quello di giungere, nei tempi più brevi possibili, alla completa attuazione del federalismo fiscale, **in particolare alla introduzione dei Costi Standard**, soprattutto ai fini di una corretta valutazione dei costi delle prestazioni sanitarie e per l'acquisto dei beni e servizi necessari alla loro erogazione. Il graduale passaggio dal criterio della spesa storica a quello del fabbisogno standard è tra i principi fondamentali della legge delega n.42 del 2009 e si basa su una metodologia fondata da elementi di accompagnamento e condivisione, debitamente strutturata e mirata: grazie a questa metodologia si riuscirà là dove nel passato hanno ripetutamente fallito le formule calate dall'alto.

**Il Rapporto annuale «Ospedali & Salute/2010»**, promosso dall'Associazione italiana Ospedalità Privata (Aiop), **ha stimato in dieci miliardi di euro la perdita annua dovuta agli sprechi e alle inefficienze del Servizio Sanitario Nazionale**: tale valore, pari quasi al 10 per cento del totale delle spese sostenute annualmente, evidenzia sia l'importanza di doversi impegnare per eliminare tali sprechi, sia la necessità di dare continuazione alla riforma federalista.

**L'attuazione del Federalismo Fiscale** implica, inoltre, il riconoscimento in capo alle Regioni di più ampi margini di manovra anche sotto il profilo delle entrate derivanti dall'applicazione e riscossione dei ticket, mentre oggi il sistema delle compartecipazioni appare assolutamente caotico.

**Il Federalismo Fiscale costituisce**, infatti, la **modalità principale per razionalizzare e controllare** in modo efficace le spese riferite al Servizio Sanitario Nazionale nelle sue articolazioni regionali, al fine di porre rimedio alla stortura politica e di finanza pubblica della legge che ha definito i piani di rientro cui sono sottoposte numerose Regioni, prevalentemente appartenenti al centro ed al sud del Paese, senza che si sia arrivati ad un effettivo riequilibrio della spesa sanitaria e dell'organizzazione dei servizi. Una spesa che ammonta a quasi l'80 per cento del bilancio delle singole Regioni deve mirare ad una effettiva erogazione omogenea in termini di qualità e quantità dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale, nonché ad una effettiva omogeneità ed equità della spesa per l'acquisto di singoli beni e servizi, a partire dalla semplice siringa per

arrivare ai grandi macchinari o agli appalti di servizi, settore in cui sono evidenti le attuali storture che possono far presagire, in alcuni casi, vere e proprie frodi a danno del SSN.

Attraverso la rapida introduzione del criterio dei fabbisogni standard sarà possibile il riequilibrio delle funzioni fondamentali del settore Sanitario Nazionale, così da eliminare le enormi disparità generate in questi decenni dal criterio della spesa storica che, nel corso degli anni, ha determinato gli sprechi e gli sperperi di numerose amministrazioni, soprattutto nelle regioni meridionali, così da giungere ad un rapido compimento della riforma in senso federalista sulla base del principio della responsabilità, dell'efficienza e dell'efficacia nell'impiego delle risorse pubbliche riferite al Fondo Sanitario Nazionale in un momento di profonda crisi della finanza pubblica e nel rispetto dell'obiettivo prefissato del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

## ALLEGATO

### V° COMMISSIONE BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE

#### I costi standard sanitari nel Decreto federalista

#### Breve relazione di sintesi sui fabbisogni e costi standard previsti dall'ultima versione del Decreto Legislativo 6 Maggio 2011, n.68

Autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province nonché determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore Sanitario.

#### Il Decreto Legislativo del 6 maggio 2011, n. 68 da attuazione all'articolo 2, comma 2, lett. e) della legge n. 42.

Il provvedimento dà disposizioni in merito alle nuove forme di entrata delle regioni a statuto ordinario e dispone la soppressione, a decorrere dal 2013, dei trasferimenti statali con caratteristiche di generalità e permanenza. IRAP, addizionale IRPEF e compartecipazione IVA permangono le fonti principali di finanziamento delle funzioni regionali. **Nella sostanza**, il finanziamento della spesa sanitaria prevista all'interno del provvedimento riprende in buona parte il sistema di *governance* che si è affermato su base pattizia tra Stato e regioni, da ultimo con l'intesa concernente il Patto per la salute per gli anni 2010-2012. In particolare il decreto, precisato che per il 2011 ed il 2012 il fabbisogno sanitario nazionale standard corrispondeva al livello di finanziamento già stabilito dalla normativa vigente, stabilisce che dal 2013 tale fabbisogno verrà determinato annualmente, per il triennio successivo, "in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica". Per determinare il finanziamento da destinare alla singola regione, si prevede di applicare all'ammontare di finanziamento così stabilito il rapporto tra fabbisogno sanitario standard della regione e la somma dei fabbisogni regionali standard, risultanti dall'applicazione a tutte le regioni dei costi rilevati in tre regioni *benchmark*. Sulla base di questo rapporto, ovvero il valore percentuale di fabbisogno di ciascuna regione, viene effettuato il riparto regionale del fabbisogno sanitario nazionale.

Le regioni *benchmark* sono scelte tra le cinque, appositamente individuate con decreto, che hanno garantito i LEA in condizione di equilibrio economico e di efficienza ed appropriatezza; vengono a tal fine confermati i macrolivelli di assistenza vigenti, tra i quali dovrà distribuirsi la spesa sanitaria secondo le seguenti percentuali (al cui rispetto dovranno adeguarsi le singole regioni): 5% per l'assistenza sanitaria preventiva (ambiente di vita e di lavoro), 51% per l'assistenza distrettuale e 44% per quella ospedaliera. Per ognuno dei tre macrolivelli si calcola il costo standard come media pro capite pesata (vale a dire corretta tenendo conto della composizione anagrafica della popolazione) del costo nelle regioni *benchmark*, costo che viene poi applicato alla popolazione (anche in tal caso "pesata") di ognuna delle regioni, ottenendo così il fabbisogno standard di ciascuna, mediante il quale, come detto, si ripartisce il fabbisogno nazionale.

Sinteticamente, il provvedimento sui costi standard prevede quindi:

Fabrizio Spinnato – [fspinnato@leganord.org](mailto:fspinnato@leganord.org)

4

**L'entrata in vigore** del nuovo sistema di determinazione dei costi e dei bisogni standard per la sanità delle Regioni a statuto ordinario;

**la determinazione** dei costi sulla base dei dati di tre Regioni di riferimento scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra cinque indicate dal Ministero della salute (di concerto con quello dell'Economia e sentito quello delle Regioni), individuate in relazione alla loro capacità di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza insieme all'equilibrio dei bilanci (e, ovviamente, non soggette a Piani di rientro dal deficit). Nell'individuare le Regioni, precisa il decreto, bisognerà garantire la rappresentatività delle diverse aree del Paese (Nord, Centro e Sud) e includerne almeno una di piccole dimensioni;

**La computazione dei costi** a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (collettiva, distrettuale e ospedaliera) ed il valore di costo standard sarà dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza e appropriatezza, dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle Regioni di riferimento.

### **LEA e LEP**

I livelli essenziali di assistenza e i livelli essenziali delle prestazioni sono il concetto cardine per garantire la tendenziale uniformità dei servizi essenziali e delle funzioni fondamentali in tutto il territorio nazionale. Su di essi vanno determinati i costi e fabbisogni standard, in vista del graduale e definitivo superamento del criterio della spesa storica nel finanziamento delle funzioni degli Enti Locali.

**L'art. 20, comma 2, della Legge 42 stabilisce** che i livelli essenziali di assistenza (Lea) e i livelli essenziali delle prestazioni (Lep), che individuano le prestazioni e i servizi che devono essere garantiti in ogni regione ai cittadini, sono disciplinati con legge statale, con un evidente aggancio all'art. 117, lett. m) della Costituzione che affida allo Stato la competenza legislativa esclusiva per la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

Sul piano della concreta attuazione della riforma, quindi, la norma non prevede un vero e proprio conferimento di delega o l'adozione di provvedimenti di carattere attuativo, se non per quanto concerne l'effettuazione di una ricognizione dei LEP nelle materie dell'assistenza, dell'istruzione e del trasporto pubblico locale, che l'art. 13, comma 4, del d. lgs. n. 68 del 2011, in materia di Federalismo Fiscale regionale, affida ad un apposito DPCM, su proposta del Ministro competente.

E' direttamente la legge statale, dunque, che deve provvedere alle determinazioni dei LEP nei settori che non li hanno; nell'attesa di tale legge è comunque consentito di fare riferimento ai LEA e ai LEP normativamente già fissati.