

Ecco il nuovo testo della manovra sanità. Confermati tagli per 2,352 miliardi per il triennio 2015/2017. Domani alla Stato Regioni

Toccati beni e servizi, dispositivi medici, specialistica e riabilitazione, primariati, case di cura private, farmaci e investimenti. Confermata anche la revisione del prontuario e la riduzione dei prezzi dei biotecnologici a brevetto scaduto per un risparmio annuo di 500 milioni. Ma questa parte della manovra è “fuori” dal taglio dei 2,352 miliardi oggetto dell’intesa Stato Regioni all’ordine del giorno della seduta di domani. [IL TESTO DELLA NUOVA PROPOSTA D'INTESA](#)



01 LUG - E' pronto il nuovo testo dell'intesa Stato Regioni per la riduzione di 2,352 miliardi di euro del fondo sanitario a decorrere dal 2015. Il nuovo testo è all'ordine del giorno della seduta di domani della Stato Regioni anche se alcuni rumors paventano un possibile slittamento dell'intesa alla prossima settimana in sede di Conferenza Unificata.

Le voci toccate dalla manovra, attesa a inizio anno, ma ormai da applicare, almeno per quest'anno, in soli sei mesi visti i continui slittamenti, sono beni e servizi (788 milioni), dispositivi medici (550 milioni), specialistica (106 milioni), riabilitazione (89 milioni), riduzione ricoveri in case di cura private con meno di 40 letti (12 milioni), riduzione spese per primariati (68 milioni), riorganizzazione della rete assistenziale pubblica e privata (130 milioni), riduzione finanziamento farmaceutica (308 milioni) e riduzione investimenti in corso (300 milioni).

Resta il fatto che l'intesa lascia comunque libere le Regioni di trovare misure alternative ai tagli indicati, purché si rispetti l'ammontare complessivo previsto dall'intesa.

Alle misure contemplate ai fini del raggiungimento dei 2,352 miliardi di risparmi, vanno poi aggiunti ulteriori risparmi per 500 milioni l'anno derivanti dall'introduzione dei prezzi di riferimento per tutti i farmaci con la revisione del prontuario già prevista dal Patto per la Salute e dalla rinegoziazione del prezzo dei biotecnologici con brevetto scaduto.

Questi 500 milioni di euro, che scatteranno appieno solo dal 2016 (salvo i risparmi eventualmente

possibili se sarà rispettata la data del 30 settembre 2015 indicata come termine per l'Aifa per la revisione del prontuario) non è però chiaro se andranno ad aumentare di fatto il “taglio” alle risorse per il Ssn o se saranno invece risparmi da reinvestire come previsto dal Patto per la Salute.

SINTESI IMPATTO MANOVRA SANITARIA SU BASE ANNUA	
	<i>dati in milioni di euro</i>
Beni e servizi	
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei beni e servizi	
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei dispositivi medici	
Farmaceutica	
Revisione del prontuario (a partire dal 30 settembre 2015)	
Rinegoziazione prezzo farmaci biotecnologici con brevetto scaduto	
Inappropriatezza	
Riduzione delle prestazioni inappropriate di specialistica ambulatoriale (*)	
Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza	
Farmaceutica	
effetto automatico pay-back derivante dal mancato incremento del livello del finanziamento	
Regolamento ospedaliero	
Riduzione dei ricoveri delle strutture con meno di 40 posti letto	
riduzione della spesa di personale a seguito della razionalizzazione della rete ospedaliera	
Riorganizzazione della rete assistenziale di offerta pubblica e privata	
Investimenti finanziati con contributo in c/esercizio	
Totale	
manovra attesa	
differenza	

Ma ecco le misure nel dettaglio.

Beni e servizi

Si prevede la rinegoziazione dei contratti di acquisto in essere, compresi i contratti di concessione di costruzione e gestione, per raggiungere uno sconto medio del 5% su base annua.

Risparmio previsto: 788 milioni nel 2015, 795 nel 2016 e 799 nel 2017

Dispositivi medici

Per i dispositivi medici si prevede ugualmente la rinegoziazione dei contratti, ma non si indica una percentuale media di sconto fermo restando il tetto del 4,4%. Viene poi individuata la previsione di tetti di spesa regionali, fermo restando quello nazionale, da fissare coerentemente con la

composizione pubblico privata dell'offerta, secondo modalità da definirsi nell'ambito di un tavolo tecnico Stato Regioni.

Viene poi previsto che le aziende produttrici di dispositivi medici dovranno concorrere, **fin dal 2015**, in proporzione all'incidenza del proprio fatturato sul totale della spesa, al ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto programmato in misura del 40% per il 2015, del 45% nel 2016 e del 50% nel 2017.

Sempre in tema di dispositivi medici si valuta anche il possibile impatto (senza però quantificarlo) che deriverà dall'obbligatorietà per gli enti della P.A. di fatturazione elettronica in vigore dal 31 marzo 2015. Le fatture elettroniche consentiranno di rilevare il codice di repertorio, la quantità ed il prezzo dei dispositivi medici venduti agli enti del SSN.

E proprio per monitorare il flusso della fatturazione diventerà operativo presso il Ministero della Salute l'osservatorio prezzi dei dispositivi medici per il supporto ed il monitoraggio delle stazioni appaltanti, con il compito di controllare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti da ANAC o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Sistema informativo e statistico del Ssn.

Risparmio previsto: 550 milioni nel 2015, 792 nel 2016 e 918 nel 2017

Appropriatezza. Prestazioni specialistiche inappropriate a carico del cittadino e penalizzazioni per medici che le prescrivono

E' un altro dei pilastri della manovra. Governo e Regioni sono convinti che si possa incidere su prestazioni specialistiche e riabilitative non necessarie ma prescritte ugualmente dai medici. Sarà un decreto ministeriale ad individuare, **entro 30 giorni dall'intesa**, le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di **assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatezza**.

Al di fuori delle condizioni di erogabilità le prestazioni saranno poste a totale carico dell'assistito. All'atto della prescrizione, il medico dovrà riportare al lato della prestazione prescritta l'indicazione della condizione di erogabilità o indicazione prioritaria.

Saranno anche attivati controlli ad hoc e qualora risulti che un medico abbia prescritto una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l'azienda sanitaria locale o l'azienda ospedaliera, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, adotterà i provvedimenti di competenza applicando nei confronti del medico dipendente del Ssn una riduzione del trattamento economico accessorio nel rispetto delle procedure previste dal contratto nazionale e nei confronti del medico convenzionato con il Ssn una riduzione della quota variabile mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento.

Sanzioni anche per il direttore generale di Asl o ospedale che non abbia applicato le misure penalizzanti ai medici da valutare al momento della verifica dei risultati di gestione.

Su questo le Regioni avevano proposto misure più penalizzanti per i medici andando a incidere sul loro patrimonio, ma la misura non è stata accolta dal Governo come molte altre proposte regionali.

In relazione a questi interventi le Regioni saranno poi tenute a ridefinire i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale assicurando un abbattimento medio dell'1% del valore dei contratti in essere.

Risparmio previsto: 106 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatazza

Previsto un altro decreto ministeriale, **sempre entro 30 giorni dall'intesa**, che individuerà i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata.

Per i ricoveri clinicamente inappropriati ordinari e diurni, verrebbe applicata una riduzione pari al 50% della tariffa fissata dalla Regione ovvero sarebbe applicata la tariffa media fissata dalla stessa Regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. Per tutti i ricoveri oltre soglia clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria per i ricoveri ordinari e diurni, è ridotta del 60% per le giornate oltre-soglia.

Risparmio previsto: 89 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Applicazione dei nuovi standard ospedalieri

Dall'applicazione dei nuovi standard, e in particolare, dall'incremento previsto del tasso di occupazione dei posti letto, dalla riduzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione

Risparmio previsto: 130 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Taglio case di cura con meno di 40 posti letto

E' previsto l'azzeramento dei ricoveri in strutture convenzionate con meno di 40 posti letto (destinate alla chiusura in base ai nuovi standard fatta eccezione per le cliniche monospecialistiche).

Risparmio previsto: 12 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Altri risparmi sono previsti sulla spesa per il personale, a seguito della riduzione di strutture complesse e di strutture semplici conseguente al riordino della rete ospedaliera con la conseguente riduzione degli incarichi di struttura semplice e complessa, a cui, fanno notare i tecnici ministeriali e regionali, sono associate specifiche voci retributive che a normativa vigente confluirebbero nei fondi della contrattazione integrativa. Le risorse relative al trattamento accessorio liberate a seguito delle riorganizzazioni correlate al rispetto degli standard ospedalieri, non concorrerebbero inoltre all'ammontare complessivo dei fondi destinati annualmente al trattamento accessorio.

Risparmio previsto: 68 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Si prevede anche la riduzione progressiva del numero delle Centrali operative 118, sempre in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera. Il risparmio derivante da tale riduzione non è

stato ancora quantificato.

Farmaceutica territoriale ed ospedaliera

Si prevede l'**introduzione dei prezzi di riferimento nel prontuario farmaceutico**. In proposito è previsto che **entro il 30 settembre 2015** AIFA provveda alla ridefinizione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale prevedendo l'introduzione di prezzi di riferimento relativi al rimborso massimo da parte del SSN di medicinali terapeuticamente assimilabili, sia a brevetto scaduto che ancora coperti da brevetto.

Riforma della disciplina di definizione del **prezzo dei medicinali biotecnologici dopo la scadenza brevettuale**. All'Aifa viene dato il potere di rinegoziare in ribasso con le aziende farmaceutiche il prezzo di un medicinale biotecnologico all'indomani della sua scadenza brevettuale o del certificato di protezione complementare, in assenza di una concomitante negoziazione del prezzo per un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile. Anche in questo caso non è calcolato il risparmio atteso da questa misura ai fini del raggiungimento dell'intesa.

Introduzione di disciplina della revisione dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata (**payment-by-result, risk- cost-sharing, success fee**). Sempre all'Aifa il potere di rinegoziare con le aziende farmaceutiche in riduzione il prezzo di un medicinale soggetto a rimborsabilità condizionata dopo almeno due anni di commercializzazione, quando i benefici rilevati nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA siano inferiori rispetto a quelli attesi e certificati. Al momento non è stato però quantificato l'ammontare del possibile risparmio di tale misura.

Governo e Regioni che il complesso delle suddette misure debba comportare un risparmio annuo di almeno 500 milioni di euro.

Riduzione del livello di finanziamento e impatto sui livelli di spesa farmaceutica

programmati. In conseguenza dell'abbassamento del fondo sanitario 2015 di 2,352 miliardi è stato infine calcolato l'impatto di tale riduzione sull'ammontare delle risorse destinate alla farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Fermi restando i vigenti tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera (pari rispettivamente all'11,35% e al 3,5%), **i livelli di spesa programmati diminuiranno di circa 308 milioni di euro**.

Arrivano i tetti "regionali" per la territoriale e dell'ospedaliera. Anche per i tetti della farmaceutica la proposta di intesa prevede, analogamente a quanto previsto per i dispositivi medici, l'individuazione di tetti regionali che sarà affidata a un tavolo tecnico Stato Regioni, fermi restando gli attuali tetti nazionali.

Sfondamento fondo per l'innovazione farmaceutica rientra nel tetto della territoriale. Passa in parte la proposta delle Regioni di considerare ai fini del ripiano della spesa farmaceutica territoriale anche il costo per i farmaci innovativi. Nella nuova proposta di intesa viene infatti previsto che la spesa eccedente l'importo finanziato con il fondo per l'innovazione, istituito dalla legge di stabilità, concorre al raggiungimento del tetto di spesa della farmaceutica territoriale. Come è noto il fondo per l'innovazione ammonta per il 2015 a 500 milioni di euro. Ricordiamo inoltre che le aziende il cui fatturato per la produzione di un farmaco innovativo sfora i 300 mln sono già oggi tenute a un pay back del 20% dell'eventuale sfondamento del Fondo.

Risparmi sugli investimenti già programmati

Rispetto all'ultimo testo si stabilisce che le Regioni si impegnano, con riferimento ai cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio a rivedere la programmazione degli investimenti già programmati per il 2015 e non ancora effettuati *al fine di assicurare economie non inferiori a 300 mln di euro nel rispetto dei Lea*. Per questo la Conferenza delle regioni dovrà darne informazione al tavolo di verifica degli adempimenti entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'intesa.

Rideterminazione del fondo sanitario 2015/2016 e 2017 e possibilità per le Regioni di adottare misure di risparmio alternative

L'intesa prende poi atto della riduzione, a decorrere dal 2015 (e calcolata fino al 2017), di 2,352 miliardi del fondo sanitario, prevedono anche la possibilità che le Regioni possano raggiungere gli obiettivi di risparmio con misure alternative a quelle contemplate dall'intesa.

Nuove misure per la governance del sistema sanitario

In aggiunta a queste misure, Governo e Regioni convengono sulla necessità di introdurre anche nuove misure di governance per garantire maggiore efficienza al sistema sanitario da considerare nell'ambito del lavoro di spending review in atto da parte del Governo.

In particolare:

- 1) riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici);
- 2) individuazione e utilizzo di indicatori standard relativi alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche;
- 3) valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche;
- 4) valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi:

Medicina difensiva

Governo e Regioni sembrerebbero infine decise a dare una spinta decisiva all'introduzione di modifiche normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute, in modo da favorire l'appropriatezza prescrittiva e limitare gli effetti della medicina difensiva. Come si sa al momento sul tema esistono già diversi ddl all'esame della Camera ma si è ancora in attesa della definizione di un testo unico.

01 luglio 2015

Fonte Quotidiano Sanità

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=29501&fr=n

Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva su dichiarazioni Presidente Chiamparino per finanziamento SSN: altri tagli in vista? Noi non ci stiamo

“Si sta facendo il gioco delle tre carte: se si tolgono più di 2 miliardi al SSN anche per il 2016, possiamo dire che si smantella la salute come bene comune”. È quanto afferma Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva in merito alle dichiarazioni rilasciate dal Presidente Chiamparino nell'ambito della Conferenza Stato Regioni in corso oggi.

“Quanto dichiarato dal Presidente ci preoccupa molto, perché non solo conferma i tagli lineari di 2,4 miliardi al finanziamento del Servizio Sanitario Pubblico per il 2015, ma preannuncia anche un nuovo taglio di 2,4 miliardi per il 2016, rispetto a quanto previsto nel Patto per la Salute 2014-2016 e nell'ultima Legge di Stabilità. Chiamparino, infatti, fa riferimento a 113 miliardi di finanziamento per il 2016, come condizione necessaria per siglare definitivamente l'Intesa sui Tagli in sanità. Peccato che il Patto per la Salute e la legge di stabilità 2015 fissano il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a oltre 115 miliardi di euro per l'anno 2016. Ci auguriamo che sia solo una svista del Presidente e non una posizione ufficiale sul livello di investimento per la sanità pubblica nel 2016”.

“Se si continua di questo passo – conclude Aceti - con ripetuti tagli lineari e senza alcun vero ammodernamento del Sistema, si smantella un bene comune e una conquista irrinunciabile per i cittadini qual è il Servizio Sanitario Pubblico. Noi non ci stiamo e con la nostra campagna itinerante “Sono malato anch'io. La mia salute è un bene di tutti” siamo impegnati nell'ascolto dei cittadini e nella salvaguardia del SSN come bene comune”

Ufficio stampa Cittadinanzattiva onlus - sede nazionale

www.cittadinanzattiva.it