

Newsletter

Healthcare and Life Sciences

Approvate le nuove tariffe per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e assistenza protesica: quali scenari per l'offerta privata?

In breve

Il 19 aprile 2023, con provvedimento pubblicato successivamente, la Conferenza Stato-Regioni ha raggiunto l'intesa ex art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ("D.lgs. 502") ed approvato uno schema di decreto ministeriale ("Schema") e, soprattutto, l'elenco delle singole tariffe, allegato allo Schema, relativamente alla remunerazione dei c.d. Livelli Essenziali di Assistenza ("LEA") per l'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Per l'entrata in vigore delle nuove tariffe, volte a sostituire quelle attualmente applicate, è necessaria l'adozione di un decreto del Ministro della salute di concerto con quello dell'economia e delle finanze in conformità allo Schema. In via di principio, salvo un annullamento - in sede di autotutela o giurisdizionale - della predetta intesa Stato-Regioni e/o del successivo adottando Decreto del Ministro della Salute, le nuove tariffe è previsto che entrino in vigore il 1° gennaio 2024 per l'assistenza ambulatoriale e il 1° aprile 2024 per la protesica.

Come stabilito dalla normativa rilevante, le tariffe in questione avranno, di fatto, carattere vincolante, essendo *"tariffe massime ... assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale"*, anche considerato che gli eventuali *"importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali"* (D.lgs. 502, art. 8 sexies, c. 5). In ogni caso, per tutte le Regioni che hanno adottato un piano di rientro per assicurare il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario regionale (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia), le *"tariffe massime costituiscono un limite invalicabile"* (Schema, art. 5, c. 2).

L'adozione delle tariffe in questione potrebbe avere un effetto significativo sull'offerta privata delle prestazioni da esse remunerate, posto che le relazioni tecniche accluse allo Schema indicano, sulla base di simulazioni svolte dalla stessa Commissione che ha elaborato le tariffe, che queste ultime si tradurranno in **perdite in media pari al 29% per gli operatori privati**, che attualmente soddisfano, in media, il 40% della domanda complessiva di tali prestazioni. Se l'impatto sarà effettivamente quello previsto, l'adozione delle nuove tariffe comporterà inevitabilmente (i) una riduzione dell'offerta privata e un conseguente rischio di sovraccarico delle strutture pubbliche e, comunque, (ii) un effetto di aggregazione del mercato privato in strutture di grandi dimensioni, le sole in grado di sviluppare economie di scopo e di scala in grado di limitare/evitare le perdite.

Ad esito dell'adozione e pubblicazione del predetto Decreto del Ministro della Salute è quindi possibile che vengano proposti numerosi ricorsi al TAR avverso tale Decreto e i relativi atti presupposti. Si ha altresì notizia della proposizione di ricorsi già avverso il provvedimento della Conferenza Stato - Regioni recante l'intesa sullo Schema dell'adottando Decreto del Ministro della Salute.

I Il contesto di riferimento

La disciplina delle prestazioni assistenziali e protesiche in Italia è data dal D.lgs. 502, che ha introdotto la remunerazione delle prestazioni rientranti nei LEA sulla base di tariffe predeterminate dalle Regioni. La normativa prevede in pratica che il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, determini le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenendo conto anche dei costi standard di dette prestazioni e del fatto che tali tariffe devono essere periodicamente aggiornate sulla base dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi. Le Regioni sono libere di adottare tariffe superiori a quelle determinate solo ove non hanno adottato un piano di rientro del disavanzo della spesa pubblica e, in ogni caso, sono comunque tenute a remunerare il sovrapprezzo esclusivamente attraverso i bilanci regionali.

L'ultima adozione delle tariffe qui in questione risale alla seconda metà degli anni Novanta. Successivamente, a causa della grave crisi della sanità, che aveva portato ad una spesa pubblica molto significativa e sostanzialmente fuori controllo, il Governo ed il legislatore hanno attuato, in tempi eccezionalmente ristretti e tramite la decretazione d'urgenza, una decisa politica di contenimento del disavanzo e di revisione della spesa attraverso il d.l. n. 158/2012 ("**Decreto Balduzzi**"). Per quanto d'interesse, il Decreto Balduzzi (ed il connesso DM Salute 18.10.2012 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28.01.2013) ha introdotto una procedura dichiaratamente derogatoria a quella prevista dal D.lgs. 502, per effetto della quale le tariffe delle prestazioni *de quibus* sono state aggiornate esclusivamente sulla base dei pochi dati in possesso del Ministero della salute ed implementando tagli drastici rispetto alle precedenti. Tale politica, che sacrificava dichiaratamente sull'altare del contenimento della spesa pubblica la certezza che le tariffe aggiornate fossero sufficienti a remunerare i costi, ha portato ad un diffuso contenzioso, all'esito del quale le corti amministrative hanno tuttavia ritenuto l'operato di legislatore e Governo esente da

CHIOMENTI

censure, spesso sottolineando le gravi condizioni della spesa pubblica sanitaria e la responsabilità concorrente dei privati all'incremento eccessivo ed ingiustificato della stessa (cfr., *ex multis*, Cons. Stato Sez. III, 2 dicembre 2014, n. 5965).

II La relazione allegata allo Schema

Come si evince dalla relazione illustrativa e metodologica allegata allo Schema, applicando le nuove tariffe le strutture pubbliche realizzerebbero sempre margini positivi (+2%) od estremamente positivi (+26%), mentre le strutture private avrebbero al contrario unicamente risultati fortemente negativi (-29%). Il dato, per come esposto, suscita forti perplessità in ordine alla sua effettiva attendibilità.

Ugualmente criticabile la metodologia complessiva sulla base della quale sono state determinate le nuove tariffe.

In particolare, dalla predetta relazione emerge che le nuove tariffe sono state elaborate sulla base di:

- a) un'impostazione di subordinazione dell'offerta privata rispetto a quella pubblica, in forza della quale *"nell'esercizio dei poteri di programmazione economica in sanità, cui afferisce anche la determinazione delle presenti tariffe, il valore della tutela dei margini di profitto degli erogatori privati accreditati deve considerarsi recessivo di fronte all'esigenza di assicurare piena effettività alle condizioni di qualità e sicurezza delle cure e alle relative condizioni di sostenibilità della spesa pubblica"*;
- b) un parametro di efficienza su cui fondare l'individuazione dei costi base per l'elaborazione delle tariffe diverso da quello previsto dalla normativa (basato sui costi di laboratorio di strutture efficienti che eseguono almeno 200.000 prestazioni all'anno) e che, in pratica, ha portato all'individuazione di un campione di riferimento di strutture pubbliche e private con un numero di prestazioni annue compreso tra 295.000 e 10 milioni;
- c) *"simulazioni tese a rilevare l'impatto delle nuove tariffe sulle singole strutture facenti parte del campione, valorizzando con la tariffa nazionale proposta i volumi di prestazioni su cui sono stati rilevati i costi nelle medesime strutture"*, da cui è emerso, come anticipato, che, mentre *"per le strutture pubbliche è stata osservata una marginalità variabile dal +2% al +26%"*, diversamente, *"per i privati è stato osservato uno scostamento negativo pari al 29%, nel caso di piccoli medi laboratori"*.

III Considerazioni finali

Sulla base del D.lgs. 502, le strutture pubbliche e le strutture private concorrono su un piano paritario per assicurare ai cittadini italiani un'offerta in grado di attuare i LEA

CHIOMENTI

sul territorio nazionale. Inoltre, spesso le strutture private suppliscono a carenze notevoli dell'offerta pubblica, soprattutto in termini di velocità di esecuzione della prestazione (molto superiore a quella garantita dalle liste d'attesa pubbliche) e di consegna dei risultati. Infine, va anche considerato che, al di là del dato della media nazionale di prestazioni svolte dalle strutture private rispetto al totale delle stesse (come detto, pari al 40%), in alcune Regioni l'offerta privata soddisfa quasi la totalità della domanda di prestazioni, raggiungendo quote pari al 70-80%.

Ciononostante, l'impostazione delle nuove tariffe sembra ancora figlia di quella del Decreto Balduzzi, la quale, però, diversamente dall'attuale, traeva una fondamentale giustificazione data dall'emergenza e dalla necessità di adottare le tariffe in modo tempestivo, tramite un'eccezionale deroga alla procedura ordinaria. Infatti, anche con la nuova impostazione, che pure ha seguito – almeno formalmente – la procedura ordinaria, in luogo di un aggiornamento in aumento delle tariffe precedenti – risalenti, di fatto, a valori rilevati negli anni 90 su cui si è operato in diminuzione nel 2012 – sulla base dei costi attuali e di tariffe che assicurino sempre non solo la remunerazione dei costi, ma anche un margine di utile ragionevole, le tariffe adottate prevedono per le strutture private, secondo la valutazione della stessa Commissione che le ha individuate, una media di notevoli perdite.

Rimane tuttavia da verificare, anzitutto e in concreto, se le elaborazioni della Commissione siano effettivamente corrette, perché, come detto, è quantomeno sospetto che, sulla base delle stesse tariffe, le strutture pubbliche realizzerebbero sempre margini positivi (+2%) od estremamente positivi (+26%), mentre le strutture private avrebbero al contrario unicamente risultati fortemente negativi (-29%). Tale dato infatti tradurrebbe in pratica un divario molto significativo di efficienza generale delle strutture pubbliche rispetto a quelle private, che sembra essere difficile da riconciliare con le rispettive realtà dell'offerta pubblica e di quella privata.

Inoltre, l'impatto delle tariffe in questione dipenderà molto probabilmente in maniera decisiva dalle specifiche caratteristiche della singola struttura privata, che potrebbe quindi rivelarsi diverso dalla media calcolata dalla Commissione. Se effettivamente dovesse risultare per i privati unicamente la possibilità di operare in perdita, le conseguenze sarebbero inevitabilmente la riduzione dell'offerta privata o la concentrazione della stessa in strutture di dimensioni rilevanti formate dall'aggregazione di quelle meno efficienti.

Si ritiene, in ogni caso, che il Decreto del Ministro della Salute, in corso di adozione e che darà il crisma della definitività alle nuove tariffe di cui trattasi, sarà oggetto di numerose impugnazioni giurisdizionali ed occorrerà quindi seguire l'evolversi della vicenda giudiziaria che di certo lo riguarderà.

Contatti

Luca Liistro
Partner
Healthcare & Life Sciences
T. +39 02 72157 322
luca.liistro@chiomenti.net

Filippo Brunetti
Partner
Public Law, Regulatory and Authorities
T. +39 02 72157 625
filippo.brunetti@chiomenti.net

Patrick Actis Perinetti
Counsel
Antitrust & EU Law
T. +39 06 4662 2285
patrick.actisperinetti@chiomenti.net
