

## Art. 26 Determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard

1. A decorrere dall'anno 2014 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della citata legge n. 662 del 1996, e successive modificazioni, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni.
2. Per gli anni 2011, 2012 e 2013 il fabbisogno nazionale standard corrisponde al livello di finanziamento determinato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, così come rideterminato dall'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

## Art. 27 Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali In vigore dal 27 maggio 2011

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.

A partire dall'esercizio 2014, i livelli percentuali di finanziamento di cui al comma 1, sono rideterminati annualmente sulla base di quelli raggiunti dalle regioni di riferimento di cui al comma 5.

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 2014, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento. In sede di prima applicazione è stabilito il procedimento di cui ai commi dal 5 all'11.
5. 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 individuate e rappresentate in base ad 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, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 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 ovvero il mantenimento 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.
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 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 alle regioni di riferimento non può essere inferiore alla quota percentuale già assegnata alle stesse, 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. 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.
13. Eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nella disponibilità delle regioni stesse.