

# Modalità di implementazione del modello formale

L'effettiva ripartizione delle risorse disponibili per il SSR può discostarsi da quanto previsto nel nuovo modello di finanziamento definito a livello formale.

Alcuni probabili indicatori circa lo scostamento del reale processo di assegnazione delle risorse sono:

# Modalità di implementazione del modello formale

- a) L'incidenza percentuale dei diversi criteri di finanziamento (quota capitaria, tariffe per prestazione, finanziamenti per funzione e altri finanziamenti "straordinari"). Si basano su parametri più o meno oggettivi per esempio:

# Modalità di implementazione del modello formale

- i. la popolazione residente;
- ii. Il numero e tipologia di prestazioni;
- iii. intervento discrezionale nei processi di assegnazione con i finanziamenti straordinari.

Maggiore è il peso degli ultimi due criteri, maggiore è la possibilità che il modello reale si discosti da quello formale dichiarato, soprattutto se l'uso degli stessi è finalizzato a garantire i livelli di spesa storica;

# Modalità di implementazione del modello formale

b) L'esplicitazione e la tipologia dei criteri utilizzati per l'assegnazione delle risorse straordinarie. Quando i criteri non vengono esplicitati o sono esclusivamente legati a risultati economici negativi o alla spesa storica, si evidenzia implicitamente uno scostamento fra modello reale e modello formale (finanziamento in base ai bisogni e all'attività).

# Modalità di implementazione del modello formale

Se l'assegnazione delle risorse straordinarie viene, invece, correlata al processo di programmazione e di controllo attraverso la definizione da parte delle aziende di piani di rientro finanziario, oppure a parametri oggettivi di miglioramento della funzionalità per esempio:

1. riduzione dei tassi di ospedalizzazione e delle liste d'attesa,
2. incremento dei livelli di attrazione dei pazienti provenienti da altre Regioni;

**diventa allora strumento per supportare il processo di avvicinamento al nuovo modello di finanziamento;**

# Modalità di implementazione del modello formale

- c) Rispetto alla tempistica ed all'articolazione del processo di assegnazione delle risorse, qualora la delibera di finanziamento a preventivo venga approvata nella seconda metà dell'anno e non vi sia stato antecedentemente un processo formalizzato di programmazione e controllo, la possibilità di utilizzare il finanziamento come strumento di indirizzo strategico delle Aziende Sanitarie risulta molto limitata.

# Modalità di implementazione del modello formale

Le aziende percepiscono la presenza di un regime di incertezza e indeterminatezza rispetto alle risorse disponibili o rispetto ai comportamenti incentivati o disincentivati dalla Regione o, addirittura, l'assenza di regole definite ex-ante con l'incapacità o la non volontà di superare il modello di finanziamento a spesa storica.

# Il grado di discrezionalità dei criteri utilizzati

Il grado di discrezionalità adottato dalla Regione nell'assegnazione delle risorse può essere sinteticamente letto attraverso l'incidenza percentuale delle assegnazioni su base straordinaria.



# Il grado di discrezionalità dei criteri utilizzati

Ma il calcolo di tale indicatore presenta due difficoltà:

1. Esistono problemi nell'individuazione del totale delle risorse assegnate dalla Regione, a meno di non possedere i bilanci di tutte le aziende sanitarie o di tutti i documenti regionali di assegnazione.
2. L'attribuzione delle assegnazioni alle diverse categoria individuate (sistema capitaro, tariffe per prestazioni, finanziamenti per funzioni, spese dirette regionali, assegnazioni straordinarie) non è sempre immediata:
  - a) Le delibere prestano un diverso grado di trasparenza, ovvero di esplicitazione dei criteri di ripartizione;

# Il grado di discrezionalità dei criteri utilizzati

- b) Alcuni finanziamenti potrebbero nascondere assegnazioni su base straordinaria, benché formalmente attribuiti in base ad altri criteri (ne rappresentano un esempio i finanziamenti di funzioni, soprattutto quando legati ad ambiti specifici ma a una generica remunerazione della complessità organizzativa, oppure le assegnazioni su base capitaria “corrette” in modo da assicurare alle aziende almeno le risorse dell’anno precedente).

Il cronico sottofinanziamento del SSN e i frequenti provvedimenti del CIPE “in itinere” di integrazione delle risorse si sono tradotti in una sostanziale incertezza a livello regionale delle risorse a disposizione.

# Il grado di discrezionalità dei criteri utilizzati

Tale incertezza ha spesso comportato:

- Un atteggiamento di grande prudenza nelle assegnazione del FSR a preventivo (che presentano normalmente un elevato grado di trasparenza e di coerenza rispetto ai nuovi modelli di finanziamento);
- Una scarsa trasparenza o l'utilizzo di criteri caratterizzati da un alto livello di discrezionalità per la ripartizione delle risorse assegnate "in itinere" dal livello centrale (e che rappresentano la quota più rilevante della componente residua) ***vedere tab. pag. successiva***

# Il peso dei diversi meccanismi di ripartizione delle risorse

	Totale assegnazioni CIPE (1)	Quota capitaria	Fondi per prestazioni tariffate (2)	Funzioni (3)	Dirette regionali (4)	Straordinaria	Residuo (5)
Lombardia	18.870	83,6%	0,0%	4,0%	0,7%	4,3%	7,4%
Veneto	9.294	77,9%	0,0%	3,7%	8,9%	1,2%	8,3%
Toscana	7.827	90,7%	0,0%	4,4%	1,4%	1,9%	1,6%
Marche	3.085	84,9%	0,0%	5,4%	1,6%	6,2%	2,0%
Sicilia	9.883	62,8%	18,7%	10,6%	0,5%	1,1%	6,2%

- 1) Totale delle assegnazioni CIPE al netto della mobilità interregionale attiva definita nella Delibera CIPE n. 53/2000;
- 2) Ammontare delle risorse trattenute dalla regione e assegnate direttamente alle AO o alle ASL per mobilità interaziendale;
- 3) Nel caso della Toscana sono inclusi i finanziamenti per funzione, quelli assegnati in base alle unità di personale e finalizzati al controllo dell'appropriatezza della qualità delle prestazioni ed allo sviluppo della libera professione intramoenia;
- 4) Le spese dirette regionali spesso includono spese per funzioni assistenziali (è il caso del Veneto, dove fino al 2000 molte funzioni erano a gestione diretta regionale).
- 5) Per la Toscana e la Sicilia sono incluse in questa voce le assegnazioni per adeguamenti contrattuali, non classificabili nelle categorie proposte.

# Il grado di discrezionalità dei criteri utilizzati

Dall'analisi condotta negli ambiti regionali riportati in tabella emerge che:

- Con l'abolizione formale in molte Regioni dei fondi di riequilibrio non ha significato la scomparsa di assegnazioni straordinarie;
- Esiste una quota rilevante di risorse ("residuo") che la documentazione regionale raccolta non ha consentito di attribuire alle categorie indicate in tabella:

# Il grado di discrezionalità dei criteri utilizzati

***è possibile che una quota consistente di  
tale “residuo” sia stata assegnata  
come fondo straordinario;***

# Il grado di discrezionalità dei criteri utilizzati

- Nell'ambito delle risorse straordinarie, se si analizzano i criteri di ripartizione delle Regioni campione emerge:

	Esplicitati	Spesa storica o perdita	Miglioramento di parametri di funzionalità	Legati a criteri di programmazione e controllo regionali
Lombardia	X	X	X	
Veneto	X			X
Toscana	X	X		
Marche	X	X		
Sicilia	X	X		

# Tempistica del processo di assegnazione delle risorse

La tempistica del processo di assegnazione delle risorse è sostanzialmente riconducibile ai sottoelencati modelli:



# Tempistica del processo di assegnazione delle risorse

- A. *Anticipatorio*** dei provvedimenti centrali di assegnazione: in questo caso la delibera di assegnazione a preventivo normalmente approvata a novembre-dicembre dell'anno precedente (o al più tardi a gennaio dell'anno in corso) tende a fornire alle aziende sanitarie un quadro finanziario in cui si articolerà l'azione strategica regionale e delle aziende stesse. Tale modello è presente in Veneto e in Toscana ed è generalmente correlato ad un processo strutturato di programmazione e controllo e di un legame tra tale processo e i sistemi di finanziamento;

# Tempistica del processo di assegnazione delle risorse

- B. Ad *assegnazioni correlate* a quelle (o solo di poco anticipatorie di quelle) nazionali, in cui le delibere a preventivo vengono approvate appena prima o appena dopo la delibera CIPE. Tale modello è presente in Lombardia, nelle Marche e in Sicilia

# Conclusioni

Fra i sistemi di finanziamento prevale quello a centralità della A.S.L., anche se, per esempio nella Regione Sicilia rimane forte il ruolo della Regione nel governo della attività tariffate con finanziamenti diretti alle aziende ospedaliere (senza far transitare, di conseguenza alle ASL le assegnazioni per la mobilità in uscita verso le aziende ospedaliere stesse).

# Conclusioni

Mentre i sistemi regionali mostrano la tendenza a ponderare le assegnazioni su base capitaria, quelle che da tempo ponderano la quota capitaria sembrano voler semplificare i criteri utilizzati.

Il richiamo a differenziali di bisogno per caratteristiche della popolazione potrebbero incrementare le “aspettative finanziarie” delle A.S.L.

# Conclusioni

D'altro canto sistemi a quota capitaria non ponderata, infatti non tengono conto dei differenziali di bisogno per caratteristiche della popolazione ma risultano relativamente "neutrali" nelle assegnazioni di aziende.

# Conclusioni

Infine sistemi di ponderazione “parziali” (vuoi per mancanza di dati, vuoi per l'impossibilità di considerare tutti i fattori sostanzialmente esplicativi della variabilità dei bisogni di prestazioni sanitarie), non tengono anch'essi pienamente conto del diverso bisogno.

# Conclusioni

In più non vengono considerati neutrali: per esempio, se viene utilizzato il solo parametro delle età, le aziende sanitarie possono rivendicare l'utilizzo di altri parametri, quali, per esempio, la dispersione della popolazione, il livello di ricchezza della popolazione ecc..

# Conclusioni

L'importanza del meccanismo tariffario può risultare riconducibile al Maggiore o Minore scorporo di Aziende Ospedaliere e della rilevanza del privato accreditato.



# Conclusioni

Al riguardo due esempi opposti sono rappresentati da:

1. La Lombardia per la quale circa il 50% dei trasferimenti finanziari dipende dal meccanismo di tariffa a prestazione;
2. Il Veneto in cui il sistema tariffario ha un'importanza limitata in presenza di due sole Aziende Ospedaliere e una presenza limitata del privato accreditato.

# Conclusioni

La modulazione delle tariffe segue una struttura non omogenea a livello territoriale.

Ad esempio:

- ✓ La Toscana presenta tariffe differenziate per natura giuridica e complessità organizzativa;
- ✓ Il Veneto ed altre regioni che fino al 1999 avevano un sistema simile alla Toscana, riconoscono, invece, tariffe uguali per tutte le strutture;

# Conclusioni

- ✓ Altre regioni hanno iniziato un percorso di “approfondimento” sulle caratteristiche e gli effetti dei sistemi tariffari che consiste:
  - I. In una riflessione sistematica sulla copertura dei costi da parte delle tariffe e da una conseguente, continua revisione delle stesse sia in termini di costo per punto DRG, sia con riferimento alla modulazione dei pesi;

# Conclusioni

- II. Dall'adozione, con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, di nomenclatori regionali, che prevedono integrazioni al nomenclatore nazionale, e su alcune prestazioni, vere e proprie linee guida alla prescrizione, che ne limitano la rimborsabilità ad alcuni ambiti terapeutici (in sostanza, una sorta di Note CUF regionali per prestazioni ambulatoriali specialistiche).
- III. Dal legame creato tra sistema tariffario e aspetti di qualità e appropriatezza delle prestazioni, che si è tradotto in alcuni casi in un controllo sistematico della qualità delle prestazioni di ricovero, cui far seguire, in caso di esito negativo, l'eventuale mancato riconoscimento del finanziamento a tariffa per le relative prestazioni.

# Conclusioni

Per quanto concerne i “finanziamenti straordinari” la cui entità non collegata al sistema a quota capitaria o tariffa di assegnazione per funzioni dovrebbero essere finalizzati a gestire il graduale abbandono del modello di finanziamento a “spesa storica”

L'analisi dei cinque casi regionali ha evidenziato come:

# Conclusioni

- i. Da una parte le Regioni stanno riducendo la quota complessiva di risorse assegnate su base straordinaria;
  
- i. Dall'altra, nell'ambito di tali risorse, sembrano ancora avere un peso rilevante quelle ripartite in base a criteri non esplicitati o legati alle perdite o alla spesa storica, rispetto alle assegnazioni collegate a miglioramenti di parametri di funzionalità aziendale o processi di programmazione e controllo regionale (programmi di rientro finanziario)

# Conclusioni

Ultimo rilevante aspetto di differenziazione regionale è rappresentato dai ***sistemi di governo della spesa***:

- ❖ I sistemi “accentrati” consistenti in tetti o targhet di spesa o di volumi di attività regionali o da forme più o meno complesse, di abbattimento tariffario, sembrano ancora prevalere, nonostante le riforme succedutesi abbiano voluto affidare alla contrattazione (interaziendale o fra regione e aziende sanitarie) il compito di governare la spesa regionale;

# Conclusioni

- ❖ Tuttavia l'interesse per la formula contrattuale risulta in aumento sia nelle Regioni dove la stesa aveva già preso piede (Toscana), sia, seppur in forma sperimentale in Regioni nelle quali l'ipotesi di adottare tale formula era rimasta sulla carta (Lombardia).



# Conclusioni

Lo stesso modello accentrato risulta declinato in maniere molto diverse tra regione e regione; esistono sistemi che:

- i. Definendo tetti per il SSR, eventualmente ripartiti per ASL acquirente, hanno spinto per una maggiore competizione interaziendale e una parità “pubblico/privato” (Lombardia);
- ii. Articolando i tetti per azienda acquirente e struttura erogatrice (Marche), hanno imposto alle aziende un maggior ambito programmatico regionale.