

# Modelli di finanziamento degli ospedali

## ***COMPATIBILITA' FRA QUOTA CAPITARIA PONDERATA E TARIFFE DRG***

1. Quota capitaria tende a:
  - a. Garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari a parità di bisogno;
  - b. Tenere sotto controllo la dinamica della spesa sanitaria.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

2. La remunerazione delle prestazioni di ricovero sulla base di tariffe fissate da ciascuna regione, si ispira all'esperienza delle tariffe per Drg (Diagnosis Related Groups), introdotte negli Stati Uniti nell'ambito del programma pubblico Medicare di assistenza agli anziani e ai disabili al fine di:
  - a. Raggiungere una maggior efficienza operativa;
  - b. Incentivare una concorrenza sulla qualità nell'erogazione dei servizi ospedalieri.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

## *Rapporti fra acquirenti e fornitori di prestazioni ospedaliere nel Servizio Sanitario Regionale: i ruoli delle A.S.L.*

Il servizio di assistenza ospedaliera dovrebbero essere organizzati su due livelli:

1. Ad un primo livello la regione assegna ad una generica ASL(j) una quota

# Modelli di finanziamento degli ospedali

capitaria ponderata per l'assistenza ospedaliera in base alle caratteristiche demografiche , epidemiologiche e ai bisogni sanitari della popolazione residente nel territorio (j) – nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza previsti dal piano sanitario nazionale -;

# Modelli di finanziamento degli ospedali

2. Ad un secondo livello, l'Asl (j) finanzia le prestazioni di ricovero (Drg) erogate ai propri residenti da due grandi categorie di fornitori accreditati:

*a. Fornitori interni:* ospedali con responsabilità economico-finanziaria gestiti direttamente dalle ASL;

# Modelli di finanziamento degli ospedali

***b. Fornitori esterni***, a loro volta suddivisi tra:

- i. Ospedali con responsabilità economico-finanziaria facenti capo ad altre ASL della regione;
- ii. Aziende ospedaliere e altri ospedali pubblici autonomi della regione (AO);
- iii. Ospedali privati ubicati nella regione e fuori regione.

# Rapporti di finanziamento dei servizi ospedalieri nel sistema sanitario regionale





# Modelli di finanziamento degli ospedali

L'A.s.l. è un'istituzione che dispone di un budget assegnato dalla regione su base capitaria da utilizzare per produrre in proprio o acquistare dall'esterno le prestazioni necessarie a garantire l'assistenza ospedaliera ai propri residenti.

Il **finanziamento su base capitaria** in base alle caratteristiche della popolazione residente:

1. Non porta le A.S.L. a competere con le altre A.S.L. per l'acquisizione delle risorse finanziarie regionali;
2. Non porta a perseguire l'obiettivo del profitto;



# Modelli di finanziamento degli ospedali

3. Incentiva ad utilizzare nel modo più costo-*efficace* possibile la quota di fondi regionali assegnati ricorrendo alla contrattazione selettiva con i propri fornitori esterni e puntando a contenere il consumo di prestazioni ospedaliere ritenute non necessarie o inappropriate nel rispetto, tuttavia, dei livelli uniformi di assistenza previsti dalla programmazione nazionale.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

Le tariffe DRG utilizzate come veri e propri costi standard sono lo strumento di costruzione dei budget degli ospedali direttamente controllati. Tale dato determinato in misura precisa al fine di arginare un eccessivo aumento dei ricoveri della popolazione (j) è tuttavia flessibile sia verso l'alto che verso l'alto che verso il basso:

# Modelli di finanziamento degli ospedali

- a. Verso l'alto mercé le ulteriori entrate derivanti dall'erogazione di prestazioni a pazienti non residenti in (j);
- b. Verso il basso nel caso di elevata mobilità passiva al di fuori dell'A.S.L.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

Gli ospedali a gestione diretta, essendo in competizione fra loro rispetto al budget globale interno fissato dall'A.S.L. (j) sono incentivati ad aumentare l'efficienza ma preservando un livello di qualità

# Modelli di finanziamento degli ospedali

idoneo a limitare o evitare la mobilità passiva e la conseguente perdita di risorse finanziarie a beneficio di altri fornitori della ASL.

In veste di fornitori di altre ASL gli ospedali dell'ASL (j) sono incentivati ad attirare la domanda dei non residenti – ad esempio aumentando la qualità percepita delle prestazioni erogate – allo scopo di incrementare gli introiti tariffari.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

Le tre tipologie di finanziamento che possono intercorrere fra ASL e fornitori esterni sono le seguenti:

# Modelli di finanziamento degli ospedali

- a. *Nessuna negoziazione fra ASL e finanziatore esterno*: in assenza di accordi specifici la ASL si limita a remunerare su base tariffaria decisa dalle regioni in cui insistono le strutture di offerta. Libera scelta dei pazienti, autonomia professionale dei medici, concorrenza fra le strutture d'offerta orientata dalle scelte dei pazienti, difficoltà nel rispetto dei vincoli di bilancio delle ASL per gli incentivi insiti nel meccanismo "a tariffa" sulle strutture di offerta.



# Modelli di finanziamento degli ospedali

Di fatto riduce l'utilità della ripartizione del FSR su base capitaria ponderata tra le diverse ASL. Tale circostanza induce le ASL ad individuare meccanismi di abbattimento delle tariffe (tariffe scalari) o dei tetti finanziari contrattati con le aziende sanitarie all'aumentare dell'attività degli Ospedali Pubblici e Privati.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

Tuttavia, la fissazione di tetti o tariffe non consentono di distinguere fra aumenti di attività dovuti ai ricoveri appropriati o a comportamenti opportunistici.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

*b. Protocolli di intesa fra ASL e fornitori esterni: I fornitori interni ed esterni competono tra loro sulla base di DRG prefissate. In relazione ad accordi sui volumi delle prestazioni e durate dei rapporti nonché di sconti tariffari si definiscono quantità, qualità e programmazione temporale delle prestazioni. I piani di attività comprendono sia dati quantitativi che qualitativi (liste di attesa, protocolli assistenziali, valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri).*

# Modelli di finanziamento degli ospedali

Tale ipotesi richiede attenzione programmatica da parte della ASL nonché coinvolgimento dei medici di medicina generale nell'attività di indirizzo della domanda dei residenti verso residenti che abbiano stipulato accordi con la ASL.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

*c. Contratti formali fra ASL e fornitori preselezionati:* vengono fissati il numero massimo dei casi e il prezzo da pagare (inferiore o pari alla tariffa DRG regionale). La ASL realizza in tale modo un controllo sulla spesa complessiva favorendo lo sviluppo di una competizione fra fornitori sulla qualità e sul prezzo delle prestazioni.

# Modelli di finanziamento degli ospedali

Rispetto ai casi precedenti si realizza una concorrenza di tipo “negoziale” dal lato dell'*offerta* anziché della domanda ed un'attenuazione del principio di libera scelta della struttura di ricovero da parte dei pazienti.

Rispetto alle ipotesi precedenti:

1. Aumenta il potere allocativo da parte delle ASL;
2. Aumenta la controllabilità della spesa e la mobilità passiva intra ed extraregionale da parte delle ASL;

# Modelli di finanziamento degli ospedali

3. Obbliga ad aumentare i vincoli sulla libertà di scelta da parte dei cittadini tra le diverse strutture di ricovero;
4. Aumentano i costi di transazione e di informazione che devono essere sostenuti dall'ASL e dalla Regione;
5. Si passa da un modello di concorrenza su prezzi fissi guidata dalla domanda ad un modello negoziale guidato dall'offerta (cioè dall'ASL)



# Modelli di finanziamento degli ospedali

- d. L'ASL svolge soltanto funzioni di acquisto: scorporando tutte le strutture di ricovero consentendo lo sviluppo di una più equa competizione sulla qualità e/o prezzo fra tutti i fornitori di una generica ASL:*

# Modelli di finanziamento degli ospedali

## *i. PROTOCOLLI D'INTESA FRA ASL E FORNITORI*

L'ASL (J) remunera, sulla base delle tariffe regionali, i fornitori che erogano prestazioni a favore dei propri residenti. Al fine di controllare la tendenza all'espansione della spesa ospedaliera originata dal finanziamento a tariffa e libertà di scelta, programma tipologia e quantità delle prestazioni previste sottoscrivendo protocolli d'intesa con i fornitori verso cui si prevede si registri un significativo afflusso dei propri residenti. In tal modo lievitano i costi di contrattazione con tutti i fornitori;

# Modelli di finanziamento degli ospedali

## ii. CONTRATTI FORMALI FRA ASL E FORNITORI PRESELEZIONATI

L'ASL (j) svolge una funzione di acquirente, stipulando contratti di fornitura che specificano quantità, qualità e prezzo delle prestazioni ***solo con alcuni ospedali preselezionati.***

# Modelli di finanziamento degli ospedali

In tal modo aumenta il grado di libertà della ASL nell'allocazione delle risorse per l'assistenza ospedaliera consentendo un controllo più efficace della spesa ma aumentano i vincoli alla libertà dei pazienti.

# Quota capitaria: finalità

Raggiungimento di livelli uniformi di assistenza quale criterio di finanziamento dei sistemi sanitari sia nazionali che regionali, aventi impronta solidaristica.

# Quota capitaria: strumenti

Tale obiettivo può essere perseguito mediante un'equa distribuzione delle risorse destinate al finanziamento dei servizi sanitari su base territoriale, in funzione dei livelli di *bisogno assistenziale* delle popolazioni locali.

# Bisogno di assistenza sanitaria: definizione ed indicatori per la sua misurazione

La definizione di *bisogno* solitamente adottata è quella di quella *epidemiologica* che si basa sulla considerazione del carico di patologie presenti in una popolazione.



# Bisogno di assistenza sanitaria: definizione ed indicatori per la sua misurazione

Fra gli indicatori più  
frequentemente utilizzati va  
ricompreso il livello di utilizzo  
delle diverse tipologie di servizi  
sanitari da parte delle  
popolazioni appartenenti alle  
diverse classi di età o di sesso.

La variabilità nell'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle diverse popolazioni può dipendere da diversi fattori fra cui:

- 1) Le caratteristiche sociali, demografiche ed epidemiologiche delle singole popolazioni;
- 2) Le caratteristiche qualitative e quantitative nell'offerta di servizi sanitari.

# Caratteristiche sociali, demografiche ed epidemiologiche delle singole popolazioni:

Possono essere considerati fattori legittimi e sostanzialmente oggettivi di variabilità sulla cui base ripartire le risorse finanziarie di competenza dei servizi sanitari locali.

# Caratteristiche qualitative e quantitative nell'offerta di servizi sanitari

Tale parametro potrebbe condurre ad una ripartizione non equa delle risorse qualora i diversi livelli di utilizzo manifestati dalle popolazioni locali non fossero giustificati da reali differenze nel livello di bisogno, ma dipendessero essenzialmente dalle caratteristiche dell'offerta esistente.

## Criterio dell'*effettivo bisogno assistenziale*

E' necessario porre in essere ogni sforzo affinché si svincolino i criteri allocativi delle risorse dalle *spese sostenute storicamente* e di fondare tali criteri ***sull'effettivo bisogno assistenziale*** di ciascuna popolazione

# Quota capitaria: differenziazione.

- Semplice: risponde all'intento di garantire uguali risorse a ciascun individuo, indipendentemente dal suo bisogno di assistenza. La ripartizione del fondo per l'assistenza sanitaria viene effettuata, in questo caso, tenendo conto della numerosità delle popolazioni considerate.

# Quota capitaria: differenziazione.

- Ponderata: Ponderando la popolazione in relazione ad indicatori del relativo livello di bisogno sanitario e, quindi del potenziale domanda di assistenza, in relazione alle caratteristiche epidemiologiche, demografiche e sociali sua composizione.



# Modalità di costruzione della *quota capitaria*

- La legge 23 dicembre 1996 n. 662 (collegato alla finanziaria del 1997) indica i criteri di riparto su base capitaria ponderata del fondo sanitario nazionale e delle parti connesse.
- Il Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità ha precisato i criteri nei seguenti fattori di ponderazione:

# Fattori di ponderazione

- a) Consumi sanitari per età e sesso (per la definizione dei relativi pesi la popolazione residente viene suddivisa in otto classi);
- b) Tassi di mortalità relativi alle classi di età tra 1 e 75 anni (applicati al 20% del fondo sanitario nazionale);

# Fattori di ponderazione

- c) Alcuni indicatori epidemiologici territoriali (applicati al 3% del fondo sanitario nazionale);
- d) I dati relativi alla distribuzione a livello regionale dei casi di Aids, dei soggetti in trattamento di dialisi, dei trapianti e degli infortuni sul lavoro (applicati in percentuali molto ridotte del fondo sanitario nazionale variabili dallo 0,5 all'1%);

# Fattori di ponderazione

- e) Alcuni indicatori relativi a situazioni territoriali aventi effetti sul bisogno di assistenza sanitaria (applicati all'1% del fondo sanitario nazionale), quali ad esempio la densità della popolazione

# Il meccanismo tariffario

- Ha quale obiettivo quello del riconoscimento tariffario dell'attività svolta basato su un meccanismo “a tariffa per prestazione”;
- Persegue la finalità di favorire una lettura più analitica dell'attività svolta;

# Il meccanismo tariffario

- **Attiva un meccanismo competitivo in grado di indurre una maggiore qualità delle prestazioni:**
  1. **i soldi seguono i pazienti e questi sono attratti dalle strutture che offrono la maggiore qualità;**
  2. **è sostanzialmente finalizzato ad attivare un “mercato interno” basato su un meccanismo tariffario “per prestazione”;**

# Il meccanismo tariffario

- **Rappresenta un indicatore (insieme al numero di aziende ospedaliere) dell'approccio delle varie Regioni alle logiche del "quasi mercato"**



# Il meccanismo tariffario

- **Due tipologie estreme sono rappresentate dalla:**
  - Lombardia che ha prediletto proprio questa direzione “quasi mercato” e “scorporo” dell’assistenza sanitaria ospedaliera dalle ASL.
  - Veneto che con due sole A.O. ed un ruolo relativamente marginale del privato accreditato e sistemi tariffari applicati soltanto ai ricoveri ed all’assistenza ambulatoriale presenta una quota non rilevante di assegnazione basata su tariffe per prestazione.

# **Il meccanismo tariffario**

- **Si è, finora, caratterizzato per il seguente ambito di applicazione:**
  - **ricoveri;**
  - **prestazioni ambulatoriali;**
  - **prestazioni residenziali e semiresidenziali.**

# Il meccanismo tariffario

- **E' spesso agganciato ad aspetti di qualità e di appropriatezza dell'assistenza:**
  - **in alcune regioni rilevata l'inappropriatezza delle prestazioni porta al mancato riconoscimento del finanziamento a tariffa (box pag. 109);**
  - **In alcune regioni si utilizzano meccanismi tariffari "regressivi" che, di fatto rappresentano una forma indiretta di controllo della qualità delle prestazioni (box pag. 110).**

# Il meccanismo tariffario

■ Le tariffe  
possono risultare  
differenziate in  
termini di:

# Il meccanismo tariffario

- assetto proprietario (pubblico o privato) del soggetto erogatore delle prestazioni sanitarie, con riconoscimento implicito della differente complessità organizzativa e della maggiore garanzia di copertura di funzioni generali da parte delle aziende pubbliche (per differente disponibilità di pronto soccorso, centri di rianimazione di dialisi e trasfusionali):

# Il meccanismo tariffario

- caratteristiche organizzative  
e/o tipologie di attività svolte  
(ad esempio, presenza di un Pronto Soccorso  
“specialistico”, di particolari  
attività quali centro tumori,  
reparti grandi ustioni; oppure di  
un case-mix complesso);

# **Il meccanismo tariffario**

**Tale differenziazione rappresenta uno strumento di governo degli effetti del sistema tariffario alternativo o complementare a quelle del finanziamento per funzioni.**



## **Il finanziamento diretto di particolari funzioni**

**Rappresenta un fattore di parziale “compensazione” dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, a tariffa per prestazione (tab. pag. 109).**

# **Il finanziamento di particolari funzioni**

**Si giustifica in relazione:**

- alla rilevanza della funzione svolta, in alcuni casi sovrazonale o regionale o nazionale (per esempio, banca dati dei tessuti);**
- alla necessità di remunerare una data funzione indipendentemente dal volume di attività svolta (per esempio, Pronto Soccorso);**

# **Il finanziamento di particolari funzioni**

- **alla presenza di tariffe non sufficientemente remunerative, o commisurate al costo di produzione ma non alle esternalità positive sia di tipo sanitario sia di tipo sociale che la funzione produce (per esempio: centro trapianti);**

# **Il finanziamento di particolari funzioni**

- **alle scelte strategiche regionali di favorire l'innovazione, lo sviluppo o il consolidamento di specifici progetti, servizi, forme di assistenza;**

# **Il finanziamento di particolari funzioni**

- **alle alte specialità o complessità organizzativa (per esempio, complessità organizzativa delle AO superiore a quella dei presidi di ASL e del privato accreditato) (vedere tab. 4.3 pag. 111 e seguenti).**

# I finanziamenti straordinari

- Non si basano né sul meccanismo capitaro, né su quello tariffario, né sul finanziamento di funzioni.
- Si collocano in una posizione strategica rispetto al superamento del modello tradizionale di finanziamento.

# I finanziamenti straordinari

- Hanno la delicata funzione di rendere meno traumatica la transizione dal vecchio al nuovo modello di finanziamento e, nello stesso tempo, possono rendere l'ago della bilancia tra finanziamento su base storica e finanziamento su base capitaria/tariffaria;



# I finanziamenti straordinari

- I criteri di assegnazione delle risorse straordinarie sono meno definiti nei modelli formali e le aziende sanitarie attribuiscono a tali finanziamenti grande attenzione in quanto dalle assegnazioni straordinarie spesso dipende la possibilità di chiudere in pareggio l'esercizio o comunque di contenere significativamente la perdita;

# I finanziamenti straordinari

I sistemi formali di finanziamento non sono misurabili osservandone la dimensione relativa (tab. 4.4 pag. 114) in quanto si rende necessario analizzare i criteri di assegnazione degli stessi (tab. 4.8 pag. 115) sovente riconducibili a programmi di rientro finanziario o all'instaurazione di un apposito sistema di programmazione e controllo a livello regionale.

# I finanziamenti straordinari

Al riguardo si può osservare che:

- a) La tendenziale scomparsa del fondo di riequilibrio è ancora coeva ad assegnazioni (più o meno consistenti) legate alla necessità di:

# I finanziamenti straordinari

1. Attenuare l'impatto dei nuovi sistemi di finanziamento sulle aziende sanitarie e/o
2. Supportare le aziende con elevati squilibri di risorse assegnate e risorse spese;

# I finanziamenti straordinari

- b) Solo alcune Regioni subordinano tali assegnazioni a programmi o specifiche azioni specifiche di rientro dello squilibrio finanziario (vedere tab. 4.4 pag. 114)

# I finanziamenti vincolati

Con la sola eccezione delle risorse assegnate in relazione a obiettivi di piano (nazionale o regionale), le Regioni hanno gradualmente abbandonato l'utilizzo di assegnazioni vincolate.

# I finanziamenti vincolati

Tale evoluzione è coerente con il processo di aziendalizzazione, essendo rispettoso dei principi di unitarietà ed autonomia dell'azienda sanitaria.

Esistono tuttavia in alcune regioni forme di vincolo all'utilizzo delle risorse, che riguardano prevalentemente l'attività di prevenzione (indicare su lucido i contenuti delle note 7 e 8 di pag. 116) e le prestazioni socio-sanitarie



# Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

L'introduzione di meccanismi tariffari può rappresentare un incentivo a comportamenti virtuosi, ma implica anche alcuni rischi:

(rischi ed opportunità del sistema DGR)

<i>Dimensioni assistenza</i>	<i>Rischi</i>	<i>Opportunità</i>
Volumi	Aumento ricoveri impropri	Riduzione lista d'attesa
Accessibilità	Selezione pazienti	Specializzazione attività, aumento appropriatezza uso risorse ed efficienza operativa
Durata della degenza	Dimissioni precoci	Efficienza operativa
Profili di cura	Riduzione servizi necessari e dimissioni precoci	Aumento appropriatezza uso risorse
Livello di assistenza	Trasferimenti impropri – spostamento dell'attività verso i livelli più remunerativi	Sviluppo di livelli alternativi di assistenza

## Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

- Le Regioni pongono grande attenzione verso l'incremento della spesa complessiva (anche in presenza di una riduzione dei costi unitari delle prestazioni);

## Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

- Tuttavia, tale incremento è positivo se permette di aumentare l'economicità dell'azienda (cioè se l'azienda raggiunge livelli più elevati di soddisfacimento dei bisogni a fronte di un aumento meno che proporzionale delle risorse).

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

Ma in assenza di risorse per finanziare tale incremento, è comunque, necessario individuare gli strumenti che permettono di individuare la dinamica della spesa.

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

Tale circostanza ha indotto alcuni mutamenti delle strategie regionali del governo della spesa con connotazione centralizzata o decentrata:

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

1. Tetti vincolati sulla spesa o sui volumi con meccanismi di abbattimento delle tariffe in caso di avvicinamento al tetto o riduzione proporzionale delle tariffe, fino a rispettare il tetto;
2. Target sulla spesa o sui volumi, cioè semplici riferimenti per le aziende sanitarie, con abbattimenti tariffari una volta superato tale target.

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo  
dell'appropriatezza  
(a connotazione centralizzata)

I tetti o target di spesa possono  
essere:



Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo  
dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

- a) Complessivi a livello regionale  
(eventualmente declinati per  
azienda acquirente), con effetti  
maggiormente competitivi tra  
aziende produttrici pure ed un  
minor intervento programmatico  
della Regione;



Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo  
dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

b) Specifici per azienda produttrice  
pura, con effetti di minore  
competizione essendo  
specificato ex ante il “tetto” (o  
target) per singola azienda, e un  
maggior intervento  
programmatorio da parte della  
Regione;

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo  
dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

- c) Specifici per ogni combinazione di ASL e azienda produttrice, con una competizione minima tra le aziende e il massimo grado di intervento programmatico da parte della Regione;

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo  
dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

Infine, i tetti/target possono  
riguardare:

- I. tutte le aziende produttrici pure;

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

II. specifici ambiti (per esempio il privato accreditato). In tale caso si mira ad attenuare il principio di parità pubblico-privato (soprattutto se i target/tetti per il privato accreditato sono accompagnati dal riconoscimento di maggiori tariffe e/o finanziamenti ad hoc di funzioni a favore delle strutture pubbliche).

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo  
dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

Le formule accentrate sono le più  
utilizzate con prevalenza di  
target di spesa con tariffe  
regressive (tab. seguente)

	Tetti massimi o target di finanziamento	Tetti/target complessivi o specifici	Tetti per singola azienda
Lombardia	Tetti di finanziamento con distinzione fra <u>alte specialità</u> (7%); altri ricoveri (93%). Riduzione delle tariffe (in caso di sfondamento), con abbattimenti maggiori per casistica a bassa complessità e DRG con casi superiori alla media regionale.	Complessivi	Tetti complessivi con ripartizione sulle ASL acquirenti in base alla popolazione ponderata ed al tasso di ospedalizzazione pregresso
Veneto	Target di volume per le prestazioni di ricovero; target di spesa per le prestazioni ambulatoriali. Riduzione delle tariffe in caso di sfondamento	Complessivi	Target specifici per struttura sia per i ricoveri che per le prestazioni ambulatoriali
Toscana	Nessuno strumento di controllo della spesa accentrato		
Marche	Target di finanziamento (piano delle prestazioni di ricovero e piano delle prestazioni specialistiche ambulatoriali) con abbattimenti progressivi in caso di superamento, differenziati per regime di ricovero	Complessivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Piano delle prestazioni per singola azienda pubblica (target);</li> <li>■ Budget per singola casa di cura privata (tetto)</li> </ul>
Sicilia	Target di finanziamento con abbattimenti progressivi in caso di superamento	Specifici per case di cura private e specialisti convenzionati	Tetti per ogni singola casa di cura

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo  
dell'appropriatezza  
(a connotazione centralizzata)

Si è avuto un graduale affinamento delle tipologie di indirizzo e controllo, collegando in alcuni casi i tetti/target di spesa ai principi di appropriatezza e qualità e a strategie di indirizzo regionale delle attività (tab. precedente).



Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

La scelta di adottare tetti complessivi di sistema (per esempio, tetto sulla spesa o sull'attività di ricovero tariffata, tetto sulle prestazioni specialistiche a livello regionale), tetti specifici per determinati ambiti del SSR (tetto sulla spesa o sull'attività di ricovero del privato accreditato) o tetti per singola azienda produttrice o acquirente dipende dal grado in cui la Regione:



Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo  
dell'appropriatezza

(a connotazione centralizzata)

- a. Considera non prioritaria per il SSR la parità fra pubblico e privato fissando tetti specifici solo sul privato o tetti specifici per azienda produttrice determinati sulla base dell'attività storica che tendono a proteggere le strutture pubbliche;

## Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

- b. Intende favorire la competizione fra strutture in un contesto di “quasi mercato” perché i tetti complessivi di sistema aumentano il livello di competizione e possono produrre modifiche sostanziali nelle quote di mercato, favorendo le strutture più flessibili e attrattive)

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

In tale contesto si collocano in posizione opposta, ad esempio:

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione *centralizzata*)

- la *Lombardia* che, pur avendo adottato fino al 1998 tetti di finanziamento specifici per struttura, è passata a tetti di sistema declinati per A.S.L. acquirente tuttavia accompagnati da un monitoraggio sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione *centralizzata*)

- le *Marche* con target specifici di volume sia per le aziende acquirenti che produttrici, nell'ambito del cosiddetto "Piano delle prestazioni" per le aziende pubbliche e tetti di spesa per il privato accreditato.

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione *decentrata*)

Le strategie di controllo della spesa a livello decentrato sono principalmente rappresentate dagli accordi/contratti interaziendali.

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione *decentrata*)

Questi strumenti permettono:

- A. La ricerca dell'efficienza, valorizzata attraverso il meccanismo tariffario e la competizione fra strutture;
- B. Favoriscono il controllo dei volumi attraverso il governo della domanda.



Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione *decentrata*)

La loro efficacia sarebbe più percepibile laddove fosse possibile “limitare” anche solo parzialmente la libertà di scelta come avviene nel sistema sanitario americano ed inglese, circostanza non possibile nel SSN italiano.



Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione *decentrata*)

Rispetto agli accordi/interaziendali, le Regioni possono dare dei riferimenti di massima alle aziende (schema-tipo di contratti), lasciando poi alla negoziazione (con eventuali forme di incentivo alla stessa) tra aziende acquirenti (ASL) e aziende produttrici il compito di controllare la spesa.

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione *decentrata*)

Le Regioni nel governo della spesa per attività tariffate si sono prevalentemente affidate ai target o tetti di spesa (o di volumi).

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza

(a connotazione *decentrata*)

Dal 2000 sono stati aboliti i tetti sui volumi per le aziende pubbliche e private accreditate e il controllo della spesa è stato integralmente affidato alla *concertazione* (con prevalente funzione di programmazione all'interno di aree più estese delle ASL – le cosiddette “*aree vaste*”) e alla *contrattazione*, con cui vengono regolate le relazioni bilaterali tra aziende acquirenti e aziende pure di produzione (box 4.5 pag. 120).

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza  
(a connotazione decentrata)

Nel 1999, per esempio, è stato approvato per la Regione Lombardia uno schema-tipo di contratto tra l'ASL e le strutture erogatrici che, differenziando le strutture che producono solo prestazioni ambulatoriali o anche di ricovero e regola volumi, tipologie e tariffe.

# 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.