

I SISTEMI SANITARI

- I sistemi di cura
- I modelli alternativi di finanziamento e di erogazione delle prestazioni sanitarie
- Il finanziamento

Missioni

- Miglioramento dello stato di salute della popolazione
- Capacità e sensibilità di rispondere alle esigenze dei pazienti/clienti
- Equità nel finanziamento del sistema

Caratteristiche dei sistemi sanitari

- Modalità di finanziamento
- Copertura assicurativa
- Forme di amministrazione

Principali sistemi sanitari in Europa

- Assicurazioni sociali
- Pubblico - universalistico
- Il modello influenza le risposte al bisogno condizioni di salute e la maggior/minor equità di cura
- L'organizzazione condiziona anche l'attività dei medici e degli operatori sanitari

Le ragioni della crisi

- I cambiamenti epidemiologici - demografici (aumento della popolazione anziana, aumento delle malattie cronico degenerative)
- I progressi della tecnologia medica (nuovi farmaci, nuove tecnologie)
- I cambiamenti socio - antropologici (diversi bisogni e aspettative, restringimento delle dimensione della famiglia)
- La politica (pubblico/privato - atti politici per fini politici)

Modello assicurazioni sociali

- L'assistenza sanitaria viene finanziata attraverso i contributi obbligatori versati dai lavoratori e dal datore di lavoro
- Le assicurazioni sociali raccolgono i fondi dalle imprese e dai dipendenti e li utilizzano per remunerare le prestazioni (ambulatoriali, diagnostiche, ospedaliere, ecc.) erogate ai loro assicurati
- I fondi sono gestiti da agenzie no profit non governative istituite per legge a questo scopo
- La maggior parte dei medici è pagata a prestazione
- La copertura non è universale cambia a seconda dei paesi
- La maggior parte degli ospedali è privata e no profit

Caratteristiche

- Lo Stato non svolge un ruolo nella produzione dell'assistenza sanitaria ma è molto attivo nel regolamentare il sistema sanitario
- Lo stato assicura la copertura assicurativa per coloro che non hanno titolo ad essere iscritti nei fondi assicurativi occupazionali
- Lo stato può stabilire livelli di reddito oltre i quali non è obbligatoria (o esclusa) l'iscrizione ad un fondo (ricorso a forme di assicurazione private)

Modello assicurativo sociale

- Germania
- Francia
- Olanda
- Austria
- Lussemburgo
- Svizzera

Pubblico - universalistico

- Il finanziamento avviene attraverso la tassazione generale, lo stato stabilisce il livello di risorse da assegnare al settore sanitario
- I servizi vengono gestiti ed erogati principalmente da dipendenti pubblici/convenzioni nazionali, quindi governate dal settore pubblico. Il settore privato ha un ruolo integrativo
- I medici sono o dipendenti o quota capitaria e il medico di famiglia rappresenta il filtro obbligatorio per l'accesso alle prestazioni specialistiche e ospedaliere

Caratteristiche pubblico/universalistico

- La copertura assicurativa è universale, tutti hanno pari diritto e titolo all' accesso dei servizi indipendentemente dal reddito e dall' appartenenza ad una determinata categoria
- Gli ospedali sono di proprietà dello Stato
- Lo Stato determina e controlla le politiche operative
- Livelli uniformi di assistenza in tutto il territorio

Modello pubblico - universalistico

- Inghilterra
- Svezia
- Finlandia
- Norvegia
- Danimarca
- Irlanda
- Islanda
- Italia

Il bilancio delle aziende sanitarie pubbliche

- Il sistema di finanziamento
- I nuovi modelli di rilevazione dei conti del servizio sanitario nazionale
- Il nuovo modello CE
- Il nuovo modello SP

Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie

- Le Aziende Sanitarie pubbliche non hanno come finalità la produzione di reddito ma la produzione di servizi pubblici essenziali
- La riforma del SSN (d.lgs 502/92, 517/93) ha assegnato nuovi compiti alle aziende sanitarie e ospedaliere:
 1. Rispondere ai bisogni della collettività
 2. Competere/integrarsi con le strutture private
 3. Migliorare la qualità della risposta a quei bisogni
 4. Abbandonare la contabilità finanziaria
 5. Introdurre il bilancio e la contabilità economico patrimoniale

Atto Aziendale

- E' atto di diritto privato e di auto-organizzazione che disciplina il funzionamento dell' Azienda nei suoi aspetti:
 - strutturali (modello organizzativo)
 - dinamici (funzionamento)

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DA

**MEZZO ATTRAVERSO IL QUALE
LA REGIONE
ASSICURAVA LO
SVOLGIMENTO DEI COMPITI
ISTITUZIONALI
DELLE STRUTTURE SANITARIE**

**IN MASSIMA PARTE
PREDETERMINATA E
SOGGETTA A CONTROLLO
FORMALE DA PARTE
DELLA REGIONE**

A

**STRUMENTO DI
ORIENTAMENTO
DELL' AZIENDA ALLE
SCELTE STRATEGICHE
ADOTTATE**

**STRUMENTO FLESSIBILE
SULLA BASE DI LINEE DI
INDIRIZZO REGIONALI E
SOGGETTA A VALUTAZIONE DI
OPPORTUNITA' / MERITO**

Le funzioni dell' Atto Aziendale

D. Lgs. 229/99

- **Modello Organizzativo:**
 - individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale
 - disciplina dell' organizzazione dipartimentale di tutte le strutture
 - individuazione e disciplina delle funzioni del Distretto

Le funzioni dell' Atto Aziendale

D. Lgs. 229/99

- Funzionamento dell' Azienda
 - disciplina le attribuzioni ed i compiti della Direzione Strategica e della Dirigenza
 - individua criteri e modalità di affidamento della direzione delle strutture e degli uffici ai dirigenti
 - regola la disciplina per la gestione dei contratti di fornitura di beni e servizi

L' aziendalizzazione

Creazione di Aziende Sanitarie (ASL e ASO) dotate di autonomia organizzativa, gestionale e patrimoniale

Tale autonomia implica l'assunzione da parte delle AS di una serie di obblighi e responsabilità:

- a) Ruolo e responsabilità del Direttore Generale
- b) Obbligo di redigere un bilancio economico-patrimoniale preventivo e consuntivo
- c) Obbligo di tenuta di un sistema di contabilità analitica per centri di costo (centri di responsabilità)
- d) Obbligo di pareggio di bilancio

AZIENDA SANITARIA LOCALE

- È l' Azienda preposta a garantire l' erogazione delle prestazioni sanitarie alla popolazione residente nel suo territorio di competenza (la provincia);
- Può assumere al tempo stesso il ruolo di acquirente (unico) e di erogatore delle prestazioni;
- Deve operare in condizioni di equilibrio economico;
- È dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale;
- L' iscrizione del cittadino all' ASL segue il criterio della residenza;

IL RICONOSCIMENTO DELLA STRUTTURA SANITARIA
QUALE AZIENDA IMPLICA CHE L'ATTIVITA' DI
GESTIONE DEBBA ESSERE ORIENTATA A UN
PRINCIPIO IRRINUNCIABILE DELLA TEORIA
ECONOMICO – AZIENDALE:

IL PRINCIPIO DI ECONOMICITA' DELLA GESTIONE

Il rispetto del principio di economicità

Implica che

l'Azienda sia in grado di durare nel tempo in un ambiente mutevole senza il ricorso sistematico a interventi di sostegno e di copertura da parte di altre economie:

Autosufficienza realizzata attraverso il simultaneo perseguimento di:

- Equilibrio economico
- Equilibrio monetario

Equilibrio economico

Esprime l'attitudine dell'Azienda a generare nel **medio – lungo** termine un flusso di **ricavi** che copra sistematicamente i **costi** (equilibrio tra componenti positivi e negativi di reddito)

Equilibrio monetario

Esprime l'attitudine dell'Azienda a generare **entrate monetarie** sufficienti a far fronte alle **uscite monetarie**, evitando la cessazione dei pagamenti e consentendo l'impiego economico dei mezzi liquidi disponibili

Il bilancio prima della riforma: la CONTABILITA' FINANZIARIA

L'attività dell'Azienda è osservata facendo riferimento agli scambi monetari con l'ambiente esterno che danno origine a entrate e uscite monetarie.

Logica autorizzativa: l'approvazione (per legge) del bilancio preventivo assumeva il significato di autorizzazione a spendere

Effetto: scarsa responsabilizzazione degli attori, scarsa percezione del rischio finanziario

Il bilancio di esercizio: la CONTABILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA

Costituisce un sistema di rilevazione volto a determinare il REDDITO DI ESERCIZIO e il CAPITALE DI FUNZIONAMENTO

I documenti di sintesi sono:

- Il CE: misura il reddito d' esercizio che emerge dalla contrapposizione tra il valore della produzione venduta e il valore delle risorse consumate per ottenerla;
- Lo SP: rileva il capitale di funzionamento al netto (attività – passività)

Meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie

- L' art. 51 della 833/78 (istituzione del SSN) indicava che il fondo sanitario nazionale doveva essere ripartito tra le regioni sulla base di indici e standard che tendano a garantire i livelli di prestazioni sanitarie ... in modo uniforme su tutto il territorio nazionale eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni
- La legge 662/96 ha attribuito al CIPE la responsabilità di determinare i pesi dei macro livelli per poi effettuare il riparto

Meccanismi di finanziamento 1

La legge prevede di tener conto:

1. della popolazione residente
2. Della frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso
3. Dei tassi di mortalità della popolazione
4. Di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni
5. Di indicatori epidemiologici territoriali

Meccanismi di finanziamento 2

La procedura adottata si articola in tre fasi:

1. Definizione di una base paritaria pro capite di risorse che vale per tutte le regioni
2. Prima correzione tenendo conto di alcuni aspetti quali la struttura demografica, i vari tassi di mortalità, la densità abitativa della popolazione delle diverse regioni
3. Ulteriore correzione del risultato tenendo conto della mobilità interregionale dei pazienti

Meccanismi di finanziamento

critiche al sistema

- Gli anziani utilizzano di più le risorse del SSN per alcuni livelli di assistenza, ma un anziano povero lo fa con una percentuale decisamente maggiore di un anziano ricco
- La povertà rappresenta il più importante fattore di rischio per la salute e le differenze di salute legate al reddito evidenziano alcuni dei più importanti fattori di condizionamento della salute
- A bassi livelli di qualità della vita si associano esiti negativi sullo stato di salute più frequenti e gravi

Riparto del fabbisogno 2009

Regione	popolazione	quota
Piemonte	4.401.266	1.756,69 €
Lombardia	9.642.406	1.684,48 €
Veneto	4.832.340	1.679,30 €
Toscana	3.677.048	1.770,31 €
Lazio	5.561.017	1.661,74 €
Liguria	1.609.822	1.901,37 €
Campania	5.811.390	1.641,43 €
Puglia	4.076.546	1.664,92 €
Sicilia	5.029.683	1.650,86 €

Criteri di riparto dei fondi regionali alle singole aziende

- Per le Aziende Sanitarie Locali: quota capitaria (popolazione pesata, anziani, minori, indici socio/economici difficoltà orografiche, la dispersione sul territorio, la congestione urbana, dati epidemiologici) suddivisa per i tre macro- livelli (assistenza collettiva, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera)
- Per le aziende ospedaliere: valorizzazione dei ricoveri in base alle tariffe vigenti

Finanziamento Regione Piemonte ASL

- Riparto base (finanziamento lordo dei tre macro-livelli, calcolato con logiche parametriche “popolazione pesata, valori standard per i finanziamenti per funzioni”)
- Finanziamenti connessi a interventi e progetti non riconducibili ai macro-livelli e non distribuiti in modo omogeneo tra le ASL
- Quota di riequilibrio articolata in base a due componenti popolazione e situazione anno.....
- Definizione del “fabbisogno netto” detraendo le entrate dirette (ricavi per prestazioni, ticket)

Finanziamento Regione Piemonte ASO

- Finanziamento per le funzioni svolte analogo al 2008
- Il finanziamento per la produzione pari al valore consuntivo 2008
- Valore stimato relativo alla distribuzione diretta dei farmaci sulla base dei dati del 1° semestre 2009
- Finanziamenti connessi a interventi e progetti non riconducibili ai macro-livelli e non distribuiti in modo omogeneo tra le ASO
- Quota di riequilibrio articolata in base a due componenti popolazione e situazione 2008

Preventivo assestato

- Le ASR in base alla quota assegnata rivedono il CE preventivo tenendo conto dei **seguenti** fattori:
 1. Costo relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale e all'assistenza ospedaliera da soggetti erogatori privati (budget definiti con i privati)
 2. Costo relativo assistenza farmaceutica erogata dalle farmacie convenzionate detraendo in stima il minor costo relativo ai farmaci generici e allo sconto straordinario
 3. Della mobilità attiva e passiva in base alle stime disposte dall'assessorato sanità

Equilibrio di bilancio

- Le ASR che in base alla quota assegnata ed ai fattori sopra indicati per la revisione del CE preventivo raggiungono l'equilibrio del bilancio adottano la relativa certificazione e non hanno il blocco delle assunzioni
- Le ASR che prevedono di pervenire all'equilibrio economico in un arco temporale superiore al biennio 2009-2010 devono presentare una richiesta di autorizzazione alle maggiori spese da sostenere nel 2009 necessarie per garantire la continuità dei servizi, il superamento del blocco è vincolato all'autorizzazione della Giunta regionale

Equilibrio di bilancio – non raggiunto

- Le ASR che non raggiungono l'equilibrio di bilancio devono:
 1. Predisporre una relazione che motivi gli scostamenti rispetto alle previsioni economiche per l'anno 2009 contenute nel PRR 2008-2010 tenendo conto delle modifiche intervenute negli assetti istituzionali -organizzativi del SSR
 2. Integrare il PRR con un piano di rientro in cui si definiscano gli interventi necessari per pervenire all'equilibrio economico nel corso del biennio 2009-2010
- La condizione di non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio comporta il blocco delle assunzioni di personale in qualsiasi forma contrattuale e l'affiancamento della Direzione regionale per individuare le misure necessarie per il superamento della condizione di disequilibrio

Quota capitaria

- E' circa il 99% del finanziamento e viene ripartita con il criterio della quota capitaria “secca” / “pesata” / “mista” /
- Prevenzione 5% secca sulla popolazione
- Distrettuale 51%:
 1. Medicina di base 6,9% secca in base alla popolazione
 2. Farmaceutica 13% tetto imposto sul fabbisogno complessivo
 3. Specialistica 13% pesata sulla base dell' età della popolazione
 4. Altra territoriale 18,1% secca sulla base della popolazione
- Ospedaliera 44% pesata in base all' età della popolazione per metà importo

Tabella pesi

0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	Oltre 75
Osp. 2,539	0,3 76	0,25 4	0,392	0,567	0,945	2,105	3,025
Amb. 0,242	0,2 04	0,16 9	0,228	0,363	0,573	1,000	0,897

Il sistema del finanziamento

- I meccanismi di trasferimento delle risorse sono vincoli all'azione delle ASR e sono anche il limite
- Pochi sono gli spazi all'azione delle aziende per poter influenzare l'equilibrio economico
- L'equilibrio tra l'esigenza aziendale di contenere la spesa e il dovere costituzionale di assicurare il diritto alla salute è la posizione non facile in cui si trova il Direttore Generale

Comunicare

- Le prestazioni sanitarie hanno un valore che va oltre all'aspetto economico sono un valore aggiunto per le comunità che deve essere interpretato al di là del valore economico
- Il bilancio sociale è uno strumento di rendicontazione sui risultati raggiunti legandoli agli obiettivi di salute fissati dalla programmazione regionale e aziendale

Il bilancio sociale

- Chiarezza nella rendicontazione delle risorse economiche in quanto illustra in modo esauriente gli esiti dell'attività istituzionale e gli effetti delle politiche aziendali sul territorio
- Individuazione dei punti di forza, delle criticità, delle opportunità legate alle politiche aziendali confrontando gli obiettivi prefissati e i risultati raggiunti
- E' uno strumento volontario di rendicontazione sociale che da conto delle responsabilità dell'Azienda nei confronti della comunità di riferimento

Il nuovo sistema informativo sanitario

- E' uno strumento di governo e supporto dei flussi informativi del SSN
- E' la fonte di riferimento dei dati utilizzati per le misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo nonché per le misure relative all'erogazione dei LEA
- Rappresenta la base dati condivisa per sviluppare le misure necessarie al bilanciamento dei costi - qualità

Il progetto “mattoni”

- Si tratta di un vero e proprio programma nato dalla riconosciuta esigenza di individuare una uniformità di espressione in termini di dati rilevati e metodi di lettura/misura adottati
- I mattoni del SSN individuati sono 15 ed ogni progetto è affidato a due regioni
- “mattoni 14” - misura dei costi del SSN

mattoni 14-misura dei costi del SSN

- Ha l'obiettivo di omogeneizzare a livello nazionale i flussi informativi economici per natura e destinazione, permettendo il confronto tra le diverse strutture sanitarie
- Attiva i seguenti flussi:
 1. **Modello CE (Conto Economico)**
 2. **Modello SP (Stato Patrimoniale)**
 3. **Modello CP (Costi per Presidi a gestione diretta delle ASL)**
 4. **Modello LA (Costi per Livelli di Assistenza)**

Patto per la salute 2010 - 2012

- Anno 2010 – risorse pari a 104.614 milioni
- Anno 2011 – risorse pari a 106.934 milioni
- Risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni per il 2010 e 1.719 per l'anno 2011
- L'impegno dello Stato a garantire un incremento del finanziamento per l'anno 2012 pari al 2,8% sul 2011
- Il finanziamento di 400 milioni per l'anno 2010 per il fondo per la non autosufficienza e per le politiche sociali

Patto per la salute 2010 - 2012

- In caso di disavanzo sono confermati gli automatismi di Irap e Irpef, blocco del turnover e stop alle spese non obbligatorie
- Se supera il 5% (prima era il 7%) o gli automatismi non sono sufficienti scatta il piano di rientro in affiancamento con il controllo al Ministero dell'economia
- In caso di inadempienza il commissariamento ad acta

Addendum, piani di rientro, ecc

- DGR 30 dicembre 2013, n. 25-6992

Approvazione Programmi Operativi 2013-2015

- di approvazione dei Programmi Operativi 2013-2015, corredati dei modelli CE
- Pagine 329 (tutto e più di tutto)
- Medici, infermieri, oss al 50%

Cambio di rotta in sanità?

- Rimborsi a prestazione – a obiettivi – a procedure fissate in linee guida
- Crescenti costi del contenzioso legale tenuta bilancio, più costi assicurativi
- Istituzione centro unico di spesa in sede regionale
- Superamento separazione tra ASL e ASO