

MANAGEMENT SANITARIO

Prof.ssa Elisa Palermo

Università di Bologna e Padova

Le riforme del Sistema Sanitario Nazionale

L. 833/1978



Legge istitutiva del SSN
(**implementazione**)

D.lgs. 502/1992



Decreti della I° RIFORMA
DI RIORDINO
(**aziendalizzazione**)

D.lgs. 517/1993



Decreto della II° RIFORMA
DI RAZIONALIZZAZIONE
(**qualità delle prestazioni**)

D.lgs. 229/1999

D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992

L. n.833/1978

PROMOZIONE

MANTENIMENTO

RECUPERO



Dlgs. n.502/1992

PREVENZIONE

CURA

RIABILITAZIONE

D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992

Con la **L. n.142/1990** “Revisione dell’ordinamento locale” si assiste ad un decentramento di poteri e funzioni a Regioni, Province e Comuni (cd. Sussidiarietà verticale).

Con la **L. n.421/1992** “**Privatizzazione-contrattualizzazione del rapporto di lavoro con la PA**”. Nuovi modelli aziendalistici per l’accentuazione del merito ed una maggiore attività premiante per i dipendenti pubblici.

D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992

Le **Riforme Bassanini** – Leggi n. **56/1997** e n. **137/1997** pongono le basi per il Federalismo Fiscale.

Dovremmo aspettare ancora altri 4 anni per la Riforma del Titolo V della Costituzione (L. n.3/2001).

L'Organigramma organizzativo dopo le riforme

MACRO ORGANIZZAZIONE

- *Stato*

Ha competenze normative limitate alla definizione dei PRINCIPI, dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza – **ART. 117, comma 2, lett. M Cost.**) e competenze sostitutive in caso di inerzia delle Regioni inadempienti o inefficienti.

- *Regioni*

Assicurano l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie che garantiscano il raggiungimento ed il rispetto dei LEA fissati dal Potere Centrale. Ha competenza legislativa in materia sanitaria (**ART. 117, comma 3 COST**). Istituisce, regola e vigila con normazione regionale i propri organi sanitari (AUSL, Azienda Ospedaliera, AO Universitarie, IRCCS) e regola i rapporti con i privati autorizzati.

Ha competenze finanziarie (QUOTA CAPITARIA E DRG), programmatiche, di controllo (OIV), di nomina di organi e contrattuali.

- *Enti Locali*

Non sono più titolari dell'erogazione del Servizio Sanitario. La loro partecipazione viene però garantita tramite la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (CTSS), che svolge compiti di Programmazione e Indirizzo (Piano Programmatico).

Da parere sui Bilanci delle Azienda Sanitarie.

D.lgs. n.502/92 1° Riforma di Riordino

A fronte delle criticità della prima L. del 1978 venne emanato il D.lgs. 502/1992, con l'obiettivo di:

- Ridimensionare la spesa sanitaria e garantirne il controllo
- Inserire un sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini (ticket)
- Aumento dei contributi fiscali per la sanità
- Limitare le prestazioni erogate a carico del SSN
- Tagli alle spese (riduzione posti letto, personale ecc.)

D.lgs. n.502/92 I° Riforma di Riordino

La Sanità diviene regionale

I Comuni vengono estromessi dalla gestione

Le AUSL diventano Enti Strumentali della Regione e subiscono un primo processo di *aziendalizzazione* e *depoliticizzazione*, che raggiungerà il massimo livello con il successivo intervento legislativo del 1999.

Questa è una fase in cui l'attenzione è focalizzata sul contenimento della spesa.

D.lgs. n.502/92 1° Riforma di Riordino

Il decreto inserisce lo strumento del **Fondo Sanitario Nazionale**.

Il sistema è cambiato prima si danno alla sanità le risorse, sulla base delle disponibilità economico-finanziarie di competenza del MEF, poi il Ministro della Salute programma la produzione ed erogazione dei servizi sanitari.

D.lgs. n.502/92 I° Riforma di Riordino

Il **Fondo Sanitario Nazionale** viene determinato di intesa fra lo Stato e le Regioni.

Le **Regioni** subiscono un processo di **responsabilizzazione finanziaria**.

- Aboliti gli interventi finanziari statali
- Accollo della spesa per erogazione di LEA superiori

Se con le risorse rese disponibili dalla Stato con il PSN non riescono a far fronte alla erogazione dei servizi minimi essenziali, dovranno ripianare le loro finanze di loro tasca (Piani di Rientro). Non è più lo Stato ad intervenire per sanare le lacune finanziarie delle Regioni, meccanismo che, come abbiamo visto, ha portato all'indebitamento nel sistema del '78.

D.lgs. n.502/92 1° Riforma di Riordino

Il FSN viene poi suddiviso fra le Regioni, ognuna delle quali avrà un proprio **Fondo Sanitario Regionale**, con cui assicurare il SSN sul proprio territorio.

Il riparto del FSN in FSR veniva dapprima calcolato su **quota capitaria** (*pro capite*, in base al n. di persone), passa poi ad un calcolo su **quota pesata** (si guarda al tipo di popolazione, ad esempio **+ anziani = + costi**).



**Il D.lgs. n. 229 del 19 giugno
1999**

LA LEGGE 419/1998

Con la legge delega n. 419/1998 vengono conferite al governo 4 deleghe su:

- (a) Riforma del D.lgs. 502/92 (D.lgs. 229/1999);
- (b) Riordino della medicina penitenziaria (D.lgs. 230/1999);
- (c) Adozione di un testo unico sull'organizzazione dei rapporti tra SSN e Università (D.lgs. 517/1999);
- (d) Disposizioni sull'organizzazione ed il funzionamento del SSN (NON ATTUATA).

IL D.LGS. 229/1999

- Conferma dei **principi** sanciti dalla L. 833/1978
- Rilancio della programmazione: **PSN, PSR e PAL**
- Il rapporto con il privato viene ricondotto alla programmazione, con l'istituzione del **sistema delle 3 A: Autorizzazione – Accreditamento – Accordi**.
- Sviluppo della **integrazione socio-sanitaria**
- Reintroduzione di un ruolo nella programmazione regionale ai **Comuni**, chiamati a valutare i servizi erogati, il D.G. delle Aziende Sanitarie, come espressione della domanda sociale dei propri cittadini.

IL D.LGS. 229/1999

La Regione ha una funzione di regolazione di:

- Articolazione delle Aziende Sanitarie sul territorio (istituzione e nomina D.G.)
- Finanziamento delle stesse (pianificazione regionale)
- Organizzazione e funzionamento dell'Accreditamento (gestione rapporti coi privati)

IL D.LGS. 229/1999

Con l'approvazione del D.lgs. 229/99 si apre una nuova stagione per il servizio sanitario che vede messi in gioco diversi livelli di responsabilità in riferimento ai vari soggetti coinvolti:

- le Regioni
- gli Enti Locali
- le nuove Aziende Sanitarie
- i Privati
- il Volontariato

In questa fase l'attenzione è focalizzata sulla qualità delle prestazioni.

IL D.LGS. 229/1999

Il **D.lgs 502/92** nella sua originaria formulazione definiva le AUSL come dotate di:

(1) Personalità giuridica pubblica

(2) Autonomia organizzativa

(3) Autonomia amministrativa

(4) Autonomia patrimoniale

(5) Autonomia contabile

(6) Autonomia gestionale

(7) Autonomia tecnica

Con il successivo **D.lgs 229/99** scompare la analitica disamina delle singole forme di autonomia, che lascia spazio alla nuova definizione di **autonomia imprenditoriale.**

IL D.LGS. 229/1999

L'AUTONOMIA STATUTARIA

AZIENDALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO: Le AUSL sono dotate di **personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale**, la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con **atto aziendale di diritto privato**. Sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio e agiscono con atti di diritto privato.

IL D.lgs. 229/1999

Assistiamo ad una **dicotomia** fra titolarità del servizio (in capo alle Regioni) ed erogazione dello stesso tramite le Aziende Sanitarie Regionali, dotate di autonomia imprenditoriale e conseguentemente di responsabilità, sia in relazione alla rendicontazione finanziaria (pareggio di bilancio) che riguardo alla quantità e qualità dei servizi erogati (vincolo LEA).

IL D.lgs. 229/1999

Quando la cd. Riforma Bindi ha inserito il Piano Sanitario Regionale (PSR) la Riforma del titolo V° della Cost. non era ancora partita ed i LEA non erano ancora definiti.

In realtà però già nel 1999 non è più visto unicamente come uno strumento attuativo del PSN, ma come un vero e proprio Piano Strategico.

La programmazione e la gestione della sanità sono già di competenza regionale.

D.lgs. 229/1999

Il Principio del pluralismo erogatorio

I soggetti erogatori di servizi sanitari possono essere sia pubblici che privati.

PUBBLICI (ssn):

- AUSL** erogano e acquistano servizi sanitari
- AO** erogano solo prestazioni specialistiche ed ospedaliere
- AOU** oltre all'assistenza garantiscono la didattica
- IRCCS** sia pubblici che privati, fanno ricerca connessa all'assistenza.

PRIVATI:

Case di Cura, Ambulatori, Laboratori, Organizzazioni Volontariato, Coop. Sociali, Farmacie, Medici Convenzionati ecc

D.lgs. 229/1999

Il Principio del pluralismo erogatorio

I rapporti fra i soggetti pubblici del sistema chiuso del SSN e i soggetti pubblici e privati ulteriori vengono regolati per mezzo di:

CONVENZIONI (es. farmacie, medici di MMG)

ACCREDITAMENTO (es. Case di Cura)

Tramite questi moduli i soggetti accreditati o convenzionati possono svolgere attività per conto del SSN.

IL D.LGS. 229/1999

L'ACCREDITAMENTO (LA REGOLA DELLE 3 A)

Ed è stata proprio la riforma Bindi ad inserire il sistema per la gestione della erogazione delle prestazioni sanitarie sia da parte di soggetti erogatori pubblici che privati.

L'iter stabilito dal decreto richiede:

- **Autorizzazione**

Il rilascio da parte del **Comune** dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria per (1) costruzione di nuove strutture (2) adattamento di strutture preesistenti (3) loro diversa utilizzazione (4) ampliamento e trasformazione (5) trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate.

L'ACCREDITAMENTO (LA REGOLA DELLE 3 A)

- **Accreditamento istituzionale**

E' un provvedimento di natura concessoria adottato dalla Regione alle strutture che rispondono a **requisiti ulteriori di qualificazione** rispetto a quelli dell'autorizzazione (elevati livelli di organizzazione ed assistenza, adeguate dotazioni strumentali e tecnologiche, qualificazione professionale del personale) che siano funzionali rispetto agli indirizzi dei PSR e subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Oltre alla verifica dei requisiti di qualità si fa riferimento anche alle **logiche di programmazione** (la struttura deve essere necessaria, utile e funzionale).

Le strutture pubbliche e private accreditate che abbiano ottenuto l'accREDITAMENTO possono erogare per conto del SSN servizi e prestazioni assistenziali

L'ACCREDITAMENTO (LA REGOLA DELLE 3 A)

- **Accordi Contrattuali**

Vengono stipulati con la Regione e con le AUSL ed hanno ad oggetto l'individuazione del tipo, dell'entità e della remunerazione delle prestazioni erogate per conto del SSN.

IL D.LGS. 229/1999



IL D.LGS. 229/1999

SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

Altro modello di erogazione delle prestazioni sanitarie del SSN è quello delle **SPERIMENTAZIONI GESTIONALI**, anche questo introdotto dalla Riforma Bindi.

Le Regioni interessate propongono programmi di sperimentazione di nuovi modelli di gestione che prevedono **forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati**, anche mediante la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato al fine di un miglioramento della qualità dell'assistenza.

(Es. Ospedale di Sassuolo).

IL D.LGS. 229/1999

SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

La partecipazione societaria dei privati non può superare la soglia del 49% e sono esclusi subappalti a terzi estranei alla sperimentazione per la fornitura di servizi connessi all'assistenza alla persona. Sono forme alternative sostitutive ed integrative di pagamento e remunerazione di servizi sanitari erogati da soggetti singoli o associati, consorzi e società di servizi.

Spetta alla Regione interessata autorizzare e proporre il programma di sperimentazione motivando le ragioni di convenienza economica.

Spetta alla Conferenza Permanente Stato Regioni Province Autonome la verifica della congruità dei risultati a sperimentazione avviata al fine di relazionare al Governo ed alle Regioni, affinché assumano i provvedimenti conseguenti al termine del primo triennio di sperimentazione.

IL D.LGS. 229/1999

PREDETERMINAZIONE DELLE TARIFFE NEL RAPPORTO FRA PUBBLICO E PRIVATO

INDIVIDUAZIONE DELLE TARIFFE PER LE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE ACCREDITATE

I nuovi criteri di remunerazione previsti dal decreto sono due:

A) un finanziamento calcolato in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, attribuito per l'erogazione di alcuni precisi servizi non quantificabili in relazione alla singola prestazione quali: (c1) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale con riferimento particolare alle patologie croniche e recidivanti (c2) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione (c3) attività svolte in programmi di prevenzione (c4) assistenza a malattie rare (c5) attività con rilevanti costi di attesa (c6) programmi sperimentali di assistenza (c7) programmi di trapianti;

IL D.LGS. 229/1999

B) la remunerazione in base a tariffe predefinite, a livello centrale dal Ministero e a livello locale dalle Regioni, per attività diverse da quelle di cui sopra e limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di Day Hospital (DH) ed alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Stiamo quindi parlando in questo secondo caso di **DRG – Diagnosis Related Group**, nomenclatore tariffario.

IL D.LGS. 229/1999

Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi (ROD)

- Con **raggruppamento omogeneo di diagnosi (ROD)**, conosciuto anche con il nome inglese *diagnosis-related group (DRG)*, si fa riferimento a un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o DH) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (ISORISORSE). Tale aspetto permette di quantificare economicamente tale assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria.
- Il ROD viene attribuito a ogni paziente dimesso da una struttura ospedaliera tramite un software chiamato *DRG-grouper* mediante l'utilizzo di poche variabili specifiche del paziente: età, sexo, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici. Tali variabili sono utilizzate dal software "DRG-grouper" a seguito della compilazione, da parte del medico responsabile della dimissione, della **SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)** presente in tutte le cartelle cliniche dei dimessi dalla struttura ospedaliera e inserita in un tracciato informatizzato che viene sistematicamente inviato alla Regione di appartenenza e conseguentemente al Ministero della Salute.

IL D.LGS. 229/1999

La concorrenza e il mercato

I consumi sanitari sono garantiti e presi in carico dal SSN.

La sanità costa mediamente 115 mld di euro annui e conta 117.000 dipendenti.

Il sistema nazionale ha una sorta di “monopolio” sulla offerta delle prestazioni.

Questa coincidenza fra consumi sanitari, offerta sanitaria e regime pubblico è però sempre più in discussione.

IL D.LGS. 229/1999

La concorrenza e il mercato

Infatti gli impieghi finanziari in regime privatistico per accedere alle prestazioni sanitarie e i consumi privati in sanità sono in costante aumento.

La cifra *out of pocket* (fuori dai 115 mld annui) di spesa per accedere privatamente a servizi sanitari o per l'acquisto di polizze sanitarie assicurative è di circa 40 mld di euro annui.

A questo si aggiungono spese collaterali ed accessorie, quali quelle per le classi anziani (badanti – strutture) e per spese farmaceutiche non mutuabili (es integratori).

IL D.LGS. 229/1999

VALORIZZAZIONE DELLE REGIONI

Il ruolo delle **REGIONI** è sempre più potenziato e:

- **elaborano proposte per la predisposizione del PSN,**
- **adottano il PSR** per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione locale,
- **definiscono l'articolazione del territorio regionale in AUSL,**
- stabiliscono i criteri per la suddivisione delle AUSL locali in **distretti,**
- disciplinano il **finanziamento** delle AUSL,
- statuiscono le modalità di **vigilanza e controllo delle AUSL**
- **Valutano i risultati** delle attività delle Aziende Sanitarie,
- provvedono all'accreditamento delle strutture pubbliche o private autorizzate a fornire prestazioni per conto del SSR;
- propongono **forme di sperimentazione gestionale tra le strutture del SSR e i soggetti privati**

IL D.LGS. 229/1999

VALORIZZAZIONE DEI COMUNI

RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEI COMUNI NELLA FASE DI PROGRAMMAZIONE

I comuni svolgono anche un ruolo nell'ambito dell'attività di controllo esprimendo pareri sulla conferma o **revoca del DG** della AUSL (o Az.Osp.) in relazione ai risultati raggiunti, sullo stato di attuazione del PAL da parte delle aziende e del PAT.

IL D.LGS. 229/1999

La concertazione con gli enti locali si sviluppa a vari livelli:

- ✓ il **PSN** è adottato d'intesa con la Conferenza unificata Stato - Regioni;
- ✓ il **PSR** è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale (della quale fa parte il sindaco o il presidente della Conferenza dei sindaci) ed è approvato previo esame delle osservazioni da essa formulate;
- ✓ i **Piani Attuativi Locali (PAL)** sono predisposti con la partecipazione della Conferenza dei Sindaci (degli enti locali interessati);
- ✓ il **Programma delle attività Territoriali (PAT)** è proposto dal direttore di distretto previo parere del Comitato dei Sindaci di distretto.
- ✓ Inoltre esercitano un'importante funzione nell'ambito dell'attività diretta alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, provvedendo al rilascio delle necessarie autorizzazioni.

IL D.LGS. 229/1999

POTERE SOSTITUTIVO STATALE

PREVISIONE DI PROGRAMMI E POTERI SOSTITUTIVI: il **Governo interviene** in luogo delle Regioni inadempienti in alcuni casi specifici come quello della **mancata adozione del PSR** in relazione al quale il Consiglio dei Ministri può provvedere a dare attuazione al PSN anche mediante la nomina di *commissari ad acta*.

La regione che rimane inadempiente entro un anno dall'entrata in vigore del PSN deve provvedere entro un termine stabilito dal Ministro della Salute non inferiore a tre mesi. Decorso il quale il Consiglio dei Ministri, su proposta dello stesso Ministro della Salute sentita l'Agencia per i Servizi Sanitari Regionali d'intesa con la Conferenza Permanente Stato-Regioni, adotta i provvedimenti necessari a dare attuazione al PSN nella regione, mediante anche la nomina di *commissari ad acta*.

IL D.LGS. 229/1999

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Rientrano in tale ambito le prestazioni sanitarie che devono essere erogate parallelamente alle attività di assistenza sociale tese a supportare le persone in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione che condizionano lo stato di salute.

Vi possono poi essere prestazioni nelle quali sia prevalente la rilevanza sanitaria rispetto a quella sociale e sono definite prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per le quali la L 328/2000 predispone dettagliato elenco.

Il sistema integrato è ispirato al principio dell'universalità nel senso che possono usufruire sia i cee che i non cee con carta/permesso di soggiorno di durata **non inferiore ad un anno**

IL D.LGS. 229/1999

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Lo Stato elabora ogni 3 anni il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali dove vengono fissati principi, obiettivi e requisiti delle prestazioni sociali; alle regioni spetta l'adozione del Piano Regionale Interventi Socio Sanitari mentre i Comuni, associati in ambi territoriali e d'intesa con le AUSL, definiscono il **Piano di Zona degli Interventi Socio Sanitari** con cui sono individuati obiettivi strategici, priorità, modalità organizzative e risorse finanziarie strutturali e professionali. (L. 328/2000)

IL D.LGS. 229/1999

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: è definito con questo termine il momento grazie al quale i bisogni della salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, possono essere soddisfatti mediante percorsi assistenziali integrati tra dimensione sociale e dimensione sanitaria.

IL D.LGS. 229/1999

Assistenza Sanitaria :

finalizzata a restituire o conservare lo stato di salute della persona

- Prevenzione**
- Diagnosi e terapia**
- Riabilitazione (rimozione e/o contenimento di esiti degenerativi)**

IL D.LGS. 229/1999

Emarginazione
Reddito
Autonomia

Assistenza Sociale finalizzata a garantire la qualità della vita, pari opportunità, limitare il disagio individuale o familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociale e condizioni di mancata autonomia

IL D.LGS. 229/1999

Assistenza Sanitaria

ATTIVITA' SOCIALI a RILEVANZA SANITARIA

attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Assistenza Sociale

A decorative blue graphic element consisting of a thin curved line at the top left and a larger, solid blue curved shape on the right side of the slide.

IL D.LGS. 229/1999 LE PRESTAZIONI SOCIO- SANITARIE

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

IL D.LGS. 229/1999

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

IL D.LGS. 229/1999

b) **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

IL D.LGS. 229/1999

c) **Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria** sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilita' o disabilita' conseguenti a patologie cronicodegenerative.

IL D.LGS. 229/1999

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalita' individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonche' dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento.

La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

IL D.LGS. 229/1999

ARTICOLAZIONE DISTRETTUALE

**ARTICOLAZIONE IN DISTRETTI DELLE AUSL:
L'articolazione in distretti delle singole AUSL viene determinata con legge Regionale.**

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie tenendo conto della realtà territoriale e tutelando le comunità con non più di 60.000 abitanti, salvo le regioni dispongano diversamente. Il distretto garantisce la continuità assistenziale coordinando medici di medicina generale, pediatri e servizi di guardia medica, in ambulatorio e a domicilio, ed opera il necessario coordinamento di tali soggetti con le strutture operative e con i servizi specialistici.

IL D.LGS. 229/1999

FONDI INTEGRATIVI REGIONALI

ISTITUZIONI DEI FONDI INTEGRATIVI: tali fondi sono destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive, superiori ai LEA garantiti dal SSN, purchè fornite da strutture e da professionisti accreditati con il SSN. Serviranno a rimborsare le spese sostenute dai pazienti per i ticket di esami e visite specialistiche, per le prestazioni erogate in regime di *libera professione intramuraria*, per cure odontoiatriche e termali, per l'assistenza domiciliare, per le prestazioni di medicina non convenzionale e per quelle sociosanitarie erogate in strutture residenziali e semiresidenziali.

IL D.LGS. 229/1999

Le prestazioni esorbitanti i LEA definiti dal PSN in concreto erogabili tramite fondi integrativi sono:

- (a1) prestazioni di medicina non convenzionale ancorchè erogate da strutture non accreditate
- (a2) cure termali limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN
- (a3) assistenza odontoiatrica limitatamente a quelle non a carico del SSN
- (a4) prestazioni erogate dal SSN comprese nei lea per la sola quota a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per le prestazioni erogate in regime di LP intramuraria e per la fruizione di servizi alberghieri su richiesta dell'assistito
- (a5) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali o semiresidenziali o domiciliari per la sola quota a carico dell'assistito
- (a6) prestazioni sociali erogate nell'ambito di programmi assistenziali intensivi o prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili, nel limite delle spese sostenute ex art. 26 L. 328/00.

IL D.LGS. 229/1999

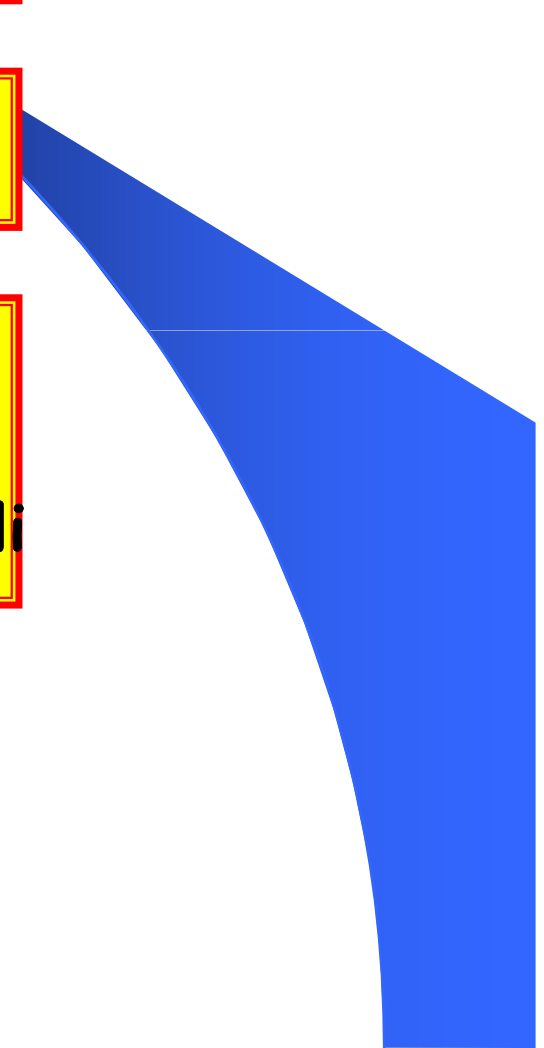
- E' quindi possibile istituire fondi integrativi sanitari autogestiti o affidati in gestione mediante convenzione con istituzioni che operano nel settore sanitario o socio sanitario da almeno 5 anni.
- Le fonti da cui tali fondi possono scaturire sono: contratti e accordi collettivi anche aziendali, regolamenti di regioni ed enti territoriali, deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nel settore dell'assistenza ecc.

IL FINANZIAMENTO

FSN+TASSE

FSR+TASSE

**Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali**



IL FINANZIAMENTO il D.LGS. 50/2000

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale standard, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato.

Il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, tramite intesa, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

Il finanziamento del SSN è stato disegnato dal **D.Lgs. 56/2000** che ha previsto un sistema di finanziamento del SSN basato sulla capacità fiscale regionale, stabilendo che al finanziamento del SSN concorrano **l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e la compartecipazione all'IVA.**

IL FINANZIAMENTO

Il fabbisogno sanitario nazionale standard è pertanto finanziato dalle **seguenti fonti**:

- fiscalità generale delle regioni: **IRAP** (nella componente di gettito destinata alla sanità) e **addizionale regionale all'IRPEF**.
- entrate proprie degli enti del SSN (*ticket* e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti);

La fiscalità generale, nelle sue componenti distinte IRAP ed addizionale IRPEF, transita nei conti di Tesoreria. Poiché i valori di gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF considerati per l'anno di riferimento costituiscono valori stimati, qualora i gettiti effettivi risultino inferiori, il differenziale è assicurato dal Fondo di Garanzia di cui all'articolo 13 del D.lgs. 56/2000. Le risorse relative alle due imposte sono erogate alle Regioni ogni mese integralmente.

Fondo Sanitario Nazionale (FSN)+TASSE

Il FSN di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente del 90% del gettito presunto dell'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) e dell'addizionale regionale sull'IRPEF.

Una quota pari al'1% del FSN complessivo viene prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero dell'Economia e delle Finanze ed utilizzata per il finanziamento di attività di ricerca o sperimentazione nonchè per i rimborsi alle Aziende Sanitarie per le spese per le prestazioni erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia.

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

0,9%
irpef

90%
irap



Fondo
sanitario
nazionale
(FSN)



IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL



Fondo
sanitario
nazionale
(FSN)



1%
Ricerca+
stranieri



Fondo Sanitario Nazionale (FSN)+TASSE

Il FSN (al netto della quota dell'1% per le attività di ricerca o sperimentazione e per i rimborsi alle Aziende Sanitarie per le spese per le prestazioni erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia) è ripartito annualmente dal CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica) su proposta del Ministero della Salute d'intesa con la CPSRPA (Conferenza Permanente Stato-Regioni, Province Autonome).

La quota capitaria di finanziamento da assicurare alle Regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici in relazione ai LEA in tutto il territorio nazionale determinati con riferimento a specifici elementi.

Fondo Sanitario Nazionale (FSN)+TASSE

Gli elementi che formano la **QUOTA CAPITARIA PESATA** sono:

(a) popolazione residente

(a1) frequenza dei consumi sanitari per sesso ed età

(a2) tassi di mortalità della popolazione

(a3) indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti idonei al fine di definire i bisogni sanitari delle regione

(a4) indicatori epidemiologici territoriali

(b) Mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni

(c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

IL FINANZIAMENTO

FSN+TASSE

FSR+TASSE

**Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali**

Fondo Sanitario Regionale (FSR)+TASSE

Il D.Lgs. 56/00 ha cessato tutti i trasferimenti erariali dallo Stato Centrale in favore delle Regioni a statuto ordinario, ad eccezione di quelli relativi a:

- (1) prevenzione e lotta AIDS
- (2) assistenza sanitaria immigrati
- (3) fibrosi cistica
- (4) malattie infettive degli animali
- (5) formazione dei medici specialisti
- (6) investimenti in materia ospedaliera
- (7) finanziamenti per specifici obiettivi del PSN (es tutela salute materno infantile, salute mentale anziani).

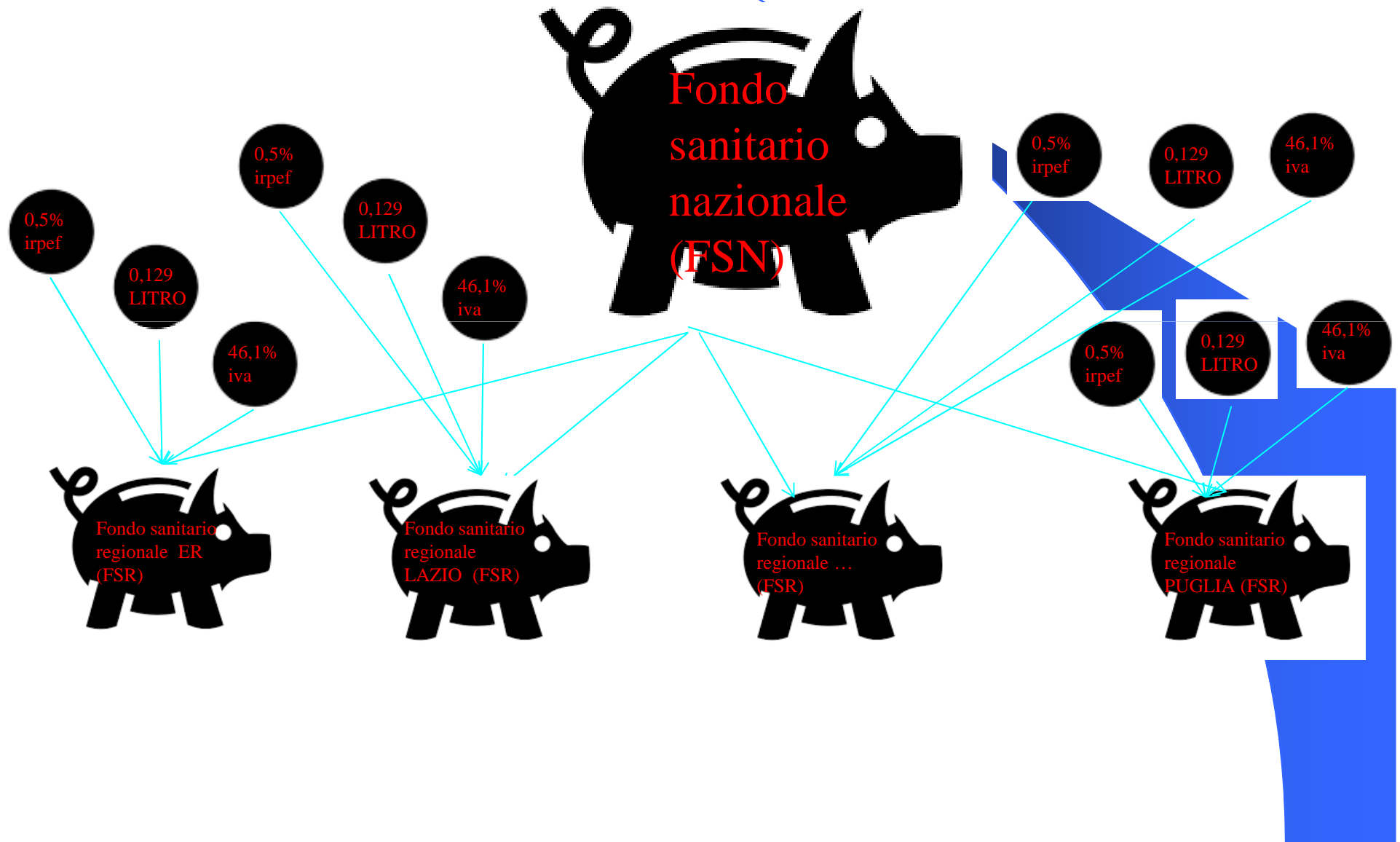
Fondo Sanitario Regionale (FSR)+TASSE

A compensazione di quanto tolto, oltre alla già neonata IRAP, l'incremento delle entrate tributarie regionali si è verificato con:

- (1) compartecipazione regionale all'Iva (46,1% del gettito complessivo)
- (2) aumento (facoltativo) aliquota addizionale IRPEF (da 0,9 a 1,4%)
- (3) aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine (0,129 per litro).

Per assicurare il rispetto di standard essenziali ed uniformi di assistenza il D.lgs. 56/00 ha previsto procedure di monitoraggio e verifica dell'assistenza erogata alle regioni.

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL



Fondo Sanitario Regionale (FSR)+TASSE

Lo stesso D.lgs. 56/00 ha previsto che le Regioni facciano fronte con risorse proprie a:

- (1) erogazione di LEA superiori a quelli previsti dal PSN
- (2) ripercussioni finanziarie conseguenti all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli del PSN
- (3) eventuali disavanzi aziendali.

Fondo Sanitario Regionale (FSR)+TASSE

Le Regioni possono far fronte a tali oneri aumentando le risorse nei seguenti modi:

- (1) prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai LEA
- (2) aumentare la quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie (con eccezione per i farmaci salvavita)
- (3) prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini (con esclusione degli esenti).

Fondo Sanitario Regionale (FSR)+TASSE

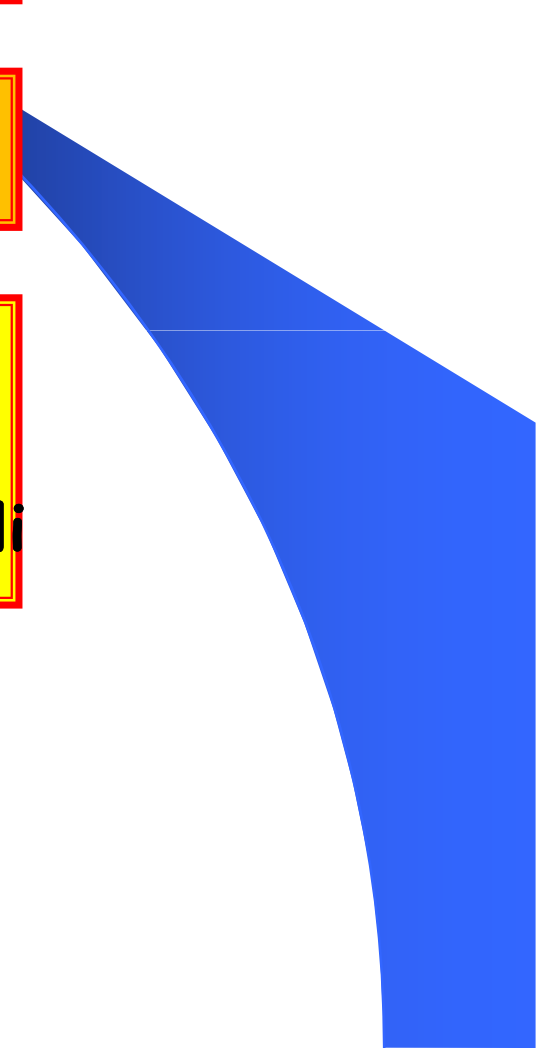
Si è poi cercato anche di diminuire le spese favorendo il passaggio graduale dal ricovero ordinario al Dh e da questo alla prestazione ambulatoriale.

IL FINANZIAMENTO

FSN+TASSE

FSR+TASSE

**Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali**



IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

Secondo il D.lgs. 229/99 (II° Riforma Sanitaria) spetta alle singole Regioni disciplinare il finanziamento delle AUSL presenti nel proprio territorio, sulla base di una quota capitaria considerati i caratteri di popolazione residente e territorio.

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

Le singole fonti di finanziamento sono:

- (1) una quota del FSR ripartito annualmente dalla Regione alla singola AUSL
- (2) rendite, lasciti, donazioni e quant'altro sia acquisito al patrimonio aziendale per effetto di contratti e convenzioni
- (3) ricorso a mutui o ad altre forme di credito di durata non superiore a dieci anni per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale fino ad un ammontare complessivo delle relative rate (per capitale ed interessi) non superiore al 15% delle entrate proprie correnti ad esclusione della quota di FSN di parte corrente attribuita alla Regione, anche se la Regione può autorizzare anche oltre tali limiti previa motivata ed analitica valutazione dell'idoneità dell'azienda stessa a sostenerne i conseguenti oneri
- (4) anticipazioni da parte del tesoriere che non superi un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, ivi compresi i trasferimenti iscritti nel bilancio preventivo annuale.

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

Reinvestimenti Patrimoniali: allo scopo di abbreviare i tempi per la realizzazione di progetti di investimento utilizzando i finanziamenti derivanti da alienazioni patrimoniali, è istituito un apposito fondo, con legge di approvazione del bilancio regionale, per provvedere ad anticipazioni finanziarie a favore delle Aziende, con vincolo di reintegro ad avvenuta acquisizione dei proventi conseguenti alle alienazioni medesime.

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

Le entrate proprie di cui le AUSL possono pienamente disporre sono:

- (1) ticket pagati dagli assistiti per le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio
- (2) entrate derivanti da lasciti e donazioni
- (3) erogazione di prestazioni tariffabili e servizi a pagamento
- (4) introiti dell'attività libero-professionale degli operatori
- (5) eventuali avanzi di gestione.

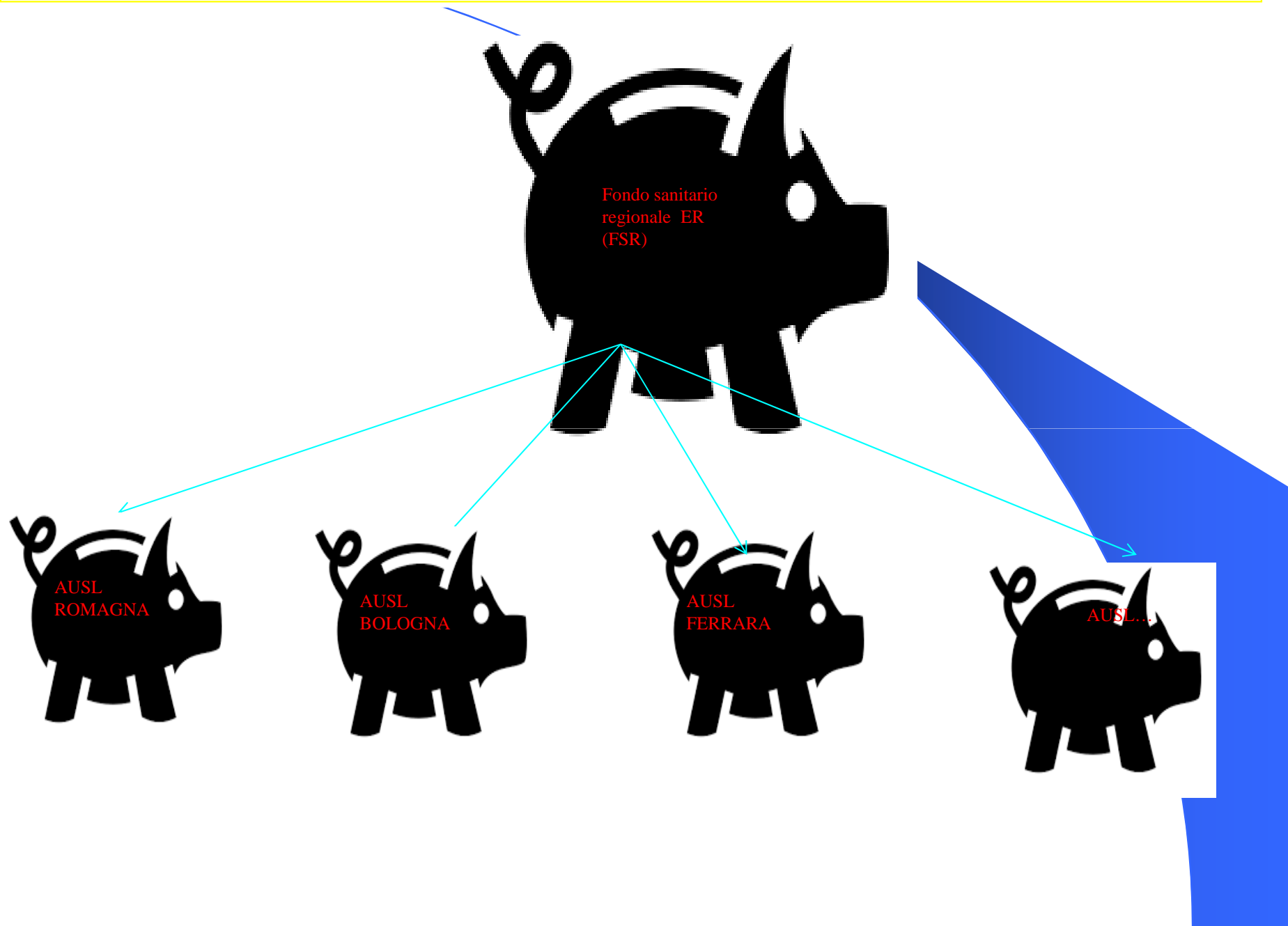
IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

Per quanto riguarda le AZ.OSP ed i P.O. delle Ausl, il loro finanziamento è basato essenzialmente sulla remunerazione a tariffa della prestazione sanitaria erogata attraverso i **DRG (Diagnosis Related Group)** individuati dalla Regione sulla base di criteri uniformi stabiliti a livello nazionale.

Ciascun DRG raggruppa categorie di pazienti ospedalieri definite in modo che presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere; l'assegnazione di ciascun paziente ad uno specifico DRG avviene sulla base della **scheda di dimissione ospedaliera SDO** (diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, interventi chirurgici ecc).

A ciascun DRG è stata associata una tariffa (che fa riferimento sia ai costi di natura strettamente clinica che ai costi gestionali) che rappresenta la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti.

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL



IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

