

# **Il Sistema di Finanziamento**

Emidia Vagnoni



*Università di Ferrara*

# Modello di finanziamento (D.Lgs 502/92)

Una prima evidente tendenza della riforma attuata dal D. Lgs. 502/517, confermata dalle Leggi finanziarie a partire dal 1995, è quella di separare, almeno in via di principio, la responsabilità di chi deve commissionare/comprare i servizi sanitari (le aziende USL), da quella di chi li deve erogare/vendere (le aziende ospedaliere).

# La competizione controllata

- Al fine di migliorare i risultati delle aziende sanitarie si definisce un sistema di competizione controllata
- “controllata” anche attraverso i meccanismi di accreditamento

# Il Quasi-Mercato: Attori

## *ACQUIRENTI di prestazioni*

- Aziende sanitarie locali

## *PRODUTTORI di prestazioni*

- Aziende ospedaliere
- Aziende ospedaliero-universitarie
- Ospedali appartenenti alle ASL
- Aziende sanitarie private
- Ospedali privati

• .....

# In realtà...

- Separazione committenti/produttori incompleta (ASL svolgono entrambi i ruoli, inibendo concorrenza)
- Diverse interpretazioni normativa hanno portato a due modelli:
  1. ASL pagatrice (es. Lombardia: si limita a fissare prezzi prestazioni e condizioni fornitura); grande libertà per utenti
  2. ASL programmatrice: acquirente collettivo di prestazioni da fornitori preferiti, cui utenti debbono rivolgersi

# Il meccanismo di finanziamento ha un ruolo nel regolare i rapporti tra aziende/attori:

- *Sistema a quota capitaria pesata* tra Stato-Regioni-AUSL
- Possibilità di adozione del *sistema tariffario* tra AUSL e altri produttori

# Il sistema di tariffe per prestazione

Individua i prezzi da utilizzare per remunerare le prestazioni sanitarie ai produttori, sia pubblici che privati

Regola il sistema di competizione innescata fra erogatori pubblici e privati, e induce ad una ottimizzazione del rapporto tra costo e qualità

# STATO → REGIONI

Lo Stato finanzia le Regioni ripartendo fra queste l'ex-Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e sue integrazioni

[il peso del FSN oggi è andato decrementando a favore del Fondo Sanitario Regionale]

Il CRITERIO utilizzato è quello della “quota capitaria” che commisura il finanziamento applicando una quota fissa (Es. 2300 Euro) per ciascun residente sul territorio regionale e prevedendo un conguaglio legato alla compensazione della ‘mobilità sanitaria’.

# REGIONI → AZIENDE USL E LE A.O.

- a. Il finanziamento delle aziende USL viene realizzato sulla base del criterio della **quota capitaria** ed aggiustato secondo indici che esprimono le caratteristiche della popolazione residente;
- b. Il finanziamento delle aziende ospedaliere è realizzato secondo un “sistema di prezzi” pre-determinato (o sistema tariffario).

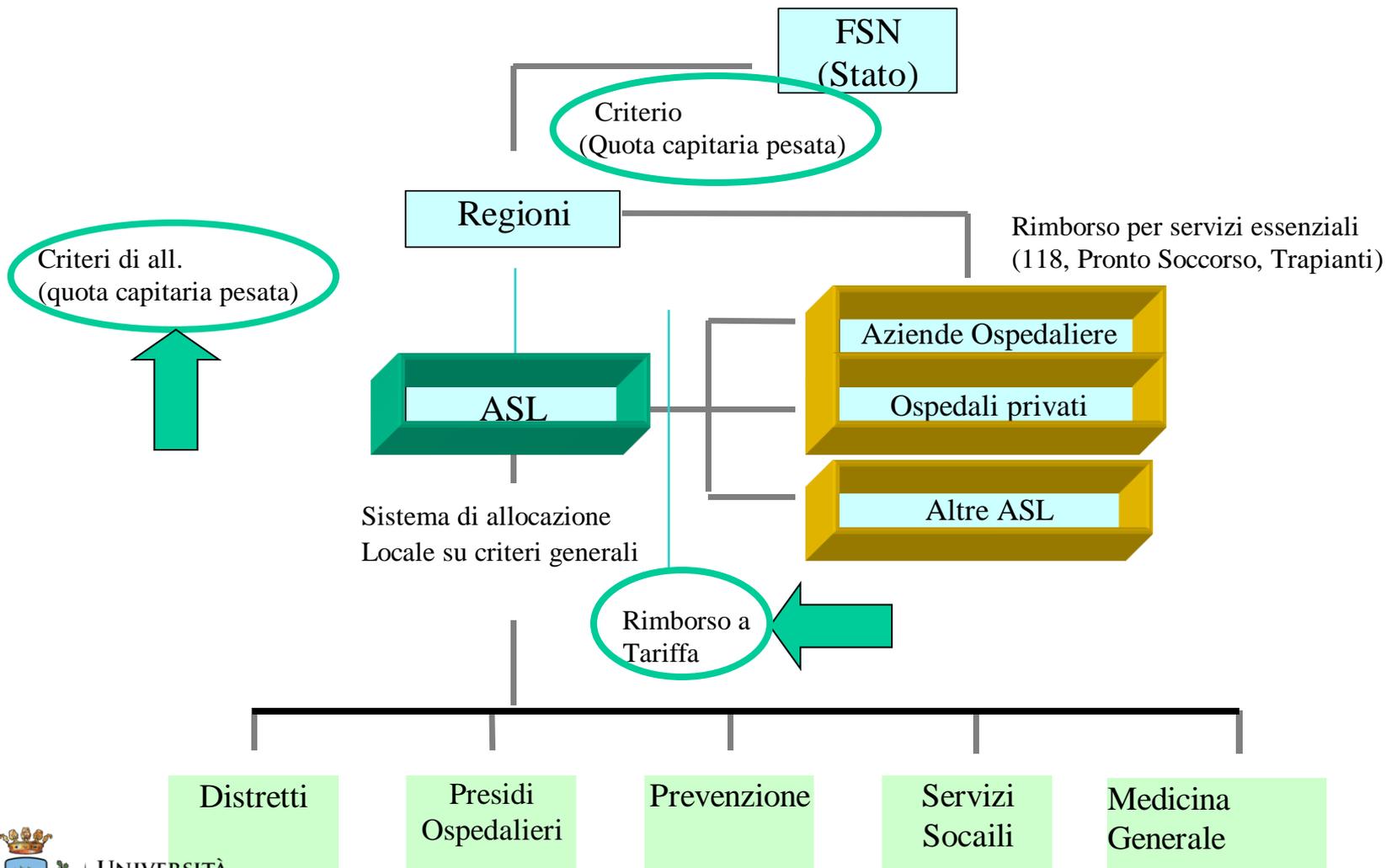
# Perché le aziende ospedaliere possano accedere al sistema di finanziamento...

- Devono contrattare con la Regione un piano annuale di previsione delle prestazioni dovute, suddivise per tipologia e determinate per quantità, e che, nell'ambito del proprio conto economico, possa prevedere ricavi aggiuntivi a fronte di servizi integrativi svolti a favore di altre aziende o direttamente a cittadini paganti in proprio.

## L'Azienda USL alloca le risorse finanziarie secondo due diverse modalità

- Sulla base delle tariffe individuate dalla Regione, l'Azienda USL rimborsa le prestazioni erogate ai suoi cittadini dalle A. O., dagli ospedali privati e dalle altre ASL
- Rialloca le risorse finanziarie residue tra i servizi e i presidi di propria gestione (distretti, presidi ospedalieri, servizi di prevenzione, servizi sociali).

# Il contesto attuale



# La quota capitaria pesata

# Quota capitaria pesata

Il meccanismo di determinazione della quota pro-capite su base nazionale prevede, a parità di livelli di assistenza da assicurare, che siano necessarie risorse differenziate in rapporto a:

Situazione epidemiologica,

Situazione demografica,

Situazione economica.

# Sistema a quota capitaria pesata

- La normativa (L. 229/1999) stabilisce che le ASL vengano finanziate dalla Regione sulla base della quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente (es. numero, età, ...), secondo criteri coerenti con quelli della L. 662/1996 che disciplinava il trasferimento di risorse dal FSN (Fondo Sanitario Nazionale alle Regioni)
- Con l'abolizione del FSN (D.lgs 56/2000) alcuni criteri sono stati riproposti nel calcolo della quota del fondo di perequazione (L. 133/1999)
- Il legislatore ha quindi esplicitamente indicato la necessità di mantenere omogeneità di criteri nel trasferimento delle risorse tra i diversi livelli del SSN, pur non vincolando le Regioni ad applicare fattori di correzione

# Sistema a quota capitaria pesata

- L'evoluzione del progetto federale, con l'approvazione della L. Cost 3/2001 e i contenuti dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, assegnano alle Regioni completa responsabilità per la definizione delle regole di riparto
- Ogni Regione oggi *definisce la formula allocativa* sulla base dei parametri prescelti per la pesatura della popolazione residente nelle sue diverse ASL, che possano essere rappresentativi del potenziale utilizzo delle risorse nelle diverse popolazioni

# Il sistema tariffario: i DRGs

# Il sistema tariffario: principi

Non si propone di istituire un sistema ottimale di prezzi, simili a quelli che si determinerebbero in condizioni di concorrenza perfetta.

Si propone di definire un sistema di valori secondo cui finanziare l'attività produttiva, piuttosto che i fattori produttivi impegnati.

# Il sistema tariffario: principi

Individua i prezzi da utilizzare per remunerare le prestazioni sanitarie ai produttori, sia pubblici che privati

Regola il sistema di competizione innescata fra erogatori pubblici e privati, e induce ad una ottimizzazione del rapporto tra costo e qualità

# Sistema tariffario: obiettivi

- Efficienza (tecnica e allocativa)
- Equità
- Appropriatelyzza
- Misurazione e contabilizzazione delle attività e regolazione dei rapporti finanziari tra produttori e acquirenti

# Sistema tariffario: efficienza

La definizione di un sistema di pagamento delle prestazioni che paga non sui costi effettivamente sostenuti, ma con delle tariffe predefinite, costringe gli Ospedali a concentrare i loro sforzi per migliorare l'efficienza tecnica nella produzione della assistenza e quindi ad agire sui costi, che diventano perciò l'unica variabile sulla quale possono agire.

L'obiettivo non è quello di operare tagli inutili o peggio ancora ridurre la qualità del servizio erogato.

L'obiettivo vero del sistema è quello di stimolare gli Ospedali ad attuare interventi mirati ad ottenere la migliore efficienza tecnica possibile: *produrre lo stesso servizio assistenziale con la medesima qualità al costo più basso possibile.*

# Sistema tariffario: equità

*“Un sistema di finanziamento può dirsi equo nel momento in cui assegna a ciascun Ospedale un ammontare di risorse proporzionali ai servizi erogati, in termini sia di numero che di complessità, considerando la complessità come un valido indicatore delle risorse necessarie per erogare le prestazioni”.*

Il sistema di finanziamento adottato dal legislatore può dirsi equo, perché l'idea è quella di far dipendere la differenza tra i costi di realizzazione delle prestazioni e la tariffa di rimborso associata, esclusivamente dall'efficienza tecnica del singolo Ospedale (o del reparto) e non dalle caratteristiche dei ricoverati non adeguatamente considerate nel sistema di classificazione che si è scelto.

# Sistema tariffario: appropriatezza

Questo obiettivo pensato dal legislatore nasce dalle seguenti considerazioni:

- Il servizio che l'Ospedale deve erogare non è la degenza del paziente, ma la diagnosi e cura dello stesso.
- Una struttura ospedaliera per poter raggiungere l'equilibrio tra costi e ricavi deve poter realizzare un certo volume di prestazioni.
- La presenza del malato nel reparto oltre i tempi strettamente necessari alla sua cura, comporta solamente costi aggiuntivi e non ricavi.
- La necessità di soddisfare la crescente domanda di salute della popolazione impone un uso ottimale dei posti letto disponibili.

## Il sistema tariffario richiede:

La predisposizione dell'elenco esaustivo delle prestazioni di cui si ritiene opportuno stabilire la tariffa;

Individuare le prestazioni che costituiscono strumenti alternativi per la soddisfazione della medesima domanda di salute, ma che comportano sostanziali differenze di costo;

Articolare il sistema delle tariffe secondo logiche di accorpamento diverse (elenco per singola tariffa, elenco per prestazioni con uguale tariffa...)

## Il sistema tariffario richiede:

Precisare i fattori produttivi fissi e variabili necessari per assicurare l'erogazione di ciascuna prestazione a fronte della tariffa stabilita e scomporre la tariffa di ciascuna prestazione nelle diverse componenti di costo;

Identificare le variazioni prevedibili di tariffa in funzione della tipologia della struttura che eroga la prestazioni cui essa si applica.

**Con riferimento a D. Lgs. 502, il DM 15 aprile 1994,  
ha fissato i seguenti criteri generali per la  
determinazione delle tariffe:**

1. Ogni regione determina i propri livelli tariffari e le tariffe regionali sono fissate con riferimento al costo standard di produzione, calcolato in via preventiva sulla base dei costi rilevati in un campione significativo di soggetti erogatori pubblici e privati secondo la specifica metodologia stabilita dal suddetto DM

**Con riferimento a D. Lgs. 502, il DM 15 aprile 1994,  
ha fissato i seguenti criteri generali per la  
determinazione delle tariffe:**

2. Le tariffe regionali sono valide per tutti i produttori, sia pubblici che privati, e sono fissate per le prestazioni ambulatoriali e di degenza previste nei nomenclatori nazionali;
3. Le tariffe regionali rappresentano la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti produttori e le Aziende possono negoziare prezzi di acquisto più bassi delle tariffe (flessibilità del sistema tariffario);

**Con riferimento a D. Lgs. 502, il DM 15 aprile 1994,  
ha fissato i seguenti criteri generali per la  
determinazione delle tariffe:**

4. I nomenclatori delle prestazioni ambulatoriali e di degenza (lista dei DRG dei ricoveri per acuti e relativi pesi in termini di complessità, liste degli esami diagnostici nelle diverse brache...prestazioni di elisoccorso...) sono fissati e aggiornati a livello nazionale.

# Rischi connessi all'introduzione del sistema tariffario

1. Se la tariffa è inferiore al costo di produzione, della prestazione, aumenta la probabilità che si riducano l'accessibilità ai servizi e la qualità delle prestazioni erogate, ovvero si producano una modificazione della casistica per la selezione dei casi 'più remunerativi' o un'alterazione del mix di prestazioni offerte per la perdita di importanza delle attività non remunerative;
2. Se la tariffa è superiore al costo di produzione si verifica un'espansione ingiustificata dell'offerta a cui si associa un aumento dell'erogazione di prestazioni inutili.

# Politiche tariffarie

Gli aspetti negativi del sistema tariffario (incentivo all'aumento dell'attività, potenziali cadute di tensione rispetto alla qualità delle cure) inducono a scegliere una strategia tesa a ritardare e a ridurre il campo di applicazione delle tariffe.

# Funzionamento di un sistema a tariffe predeterminate basate sulla prestazione

*Ricovero* quale unità di misura della prestazione (punto di partenza è la Scheda di Dimissione Ospedaliera (*SDO*) compilata per ogni ricovero ospedaliero).

Classificazione e attribuzione dei dimessi a gruppi uniformi di pazienti clinicamente significativi e predittivi delle risorse utilizzate (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi/Diagnosis Related Groups - *ROD/DRG*)

# Funzionamento di un sistema a tariffe predeterminate basate sulla prestazione

- Previsione di un *sistema tariffario per i DRG* (ad ogni DRG viene attribuita una tariffa predeterminata (calcolata osservando i costi sostenuti da un gruppo di ospedali giudicati efficaci ed efficienti) sulla base della quale l'ospedale viene finanziato.

# Il sistema di classificazione a DRG

Il nostro sistema di finanziamento prevede che dal 1 gennaio 1995 tutti gli Ospedali pubblici e privati convenzionati con il SSN sono finanziati per la loro attività di degenza in base al numero ed alla complessità dei ricoveri effettuati.

La definizione operativa di ricovero è la seguente: “*è rappresentato dal complesso dei servizi resi al paziente durante la degenza per affrontare (e augurabilmente risolvere) il problema clinico che ha determinato il ricovero*” (Taroni 1997).

# Un problema di coerenza

- Tra le possibili alternative presenti si è scelto di utilizzare dei sistemi di classificazione del tipo ***Isorisorse***.
- Tali sistemi di classificazione determinano categorie di ricoveri, in modo che all'interno di ciascuna di esse siano compresi quelli che risultano omogenei quanto a consumo di risorse.
- In altre parole, tutti i ricoveri compresi nella stessa categoria dovrebbero generare un consumo di risorse sostanzialmente simile.
- Tra i vari sistemi di classificazione del tipo Isorisorse, il legislatore ha deciso di scegliere il sistema dei:

***Diagnosis Related Groups (DRG)***

## Le principali categorie dei sistemi di classificazione dei ricoveri in ospedali per acuti

---

Sistemi iso – gravità

Gravità della malattia - Disease Staging (DS)

Gravità del paziente - Computerized Severity Index (CSI)

Sistemi iso – risorse

Complessità dell'assistenza - Diagnosis Related Group (DRG)  
prestata

Complessità dell'assistenza - Patient Management Categories (PCM)  
necessaria

# DRG

- **Diagnosis-related group o DRG** è l'equivalente di **Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi** oppure **ROD**.
- Sistema di classificazione dei pazienti ospedialieri finalizzato al contenimento della spesa sanitaria. Il principio è quello di erogare da parte dello stato un certo quantitativo di risorse definite alla fine di una determinata diagnosi.
- DRG è attribuito ad ogni paziente tramite un software *DRG-grouper* a seguito del rilascio della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

# DRG

- Si basa su un sistema di classi di malattie compreso tra 0 e 780, a loro volta incluse in macrocategorie simili per consumo di risorse, profilo clinico e durata della degenza.
- Il sistema è stato creato dal Prof. Fetter dell'Università di Yale ed introdotto dalla Medicare nel 1983

# Caratteristiche del DRG

- Il sistema di classificazione dei DRG nasce con l'obiettivo preciso di costruire un metodo di *misura del prodotto dell'attività ospedaliera*.
- Esso classifica i pazienti ricoverati in sottogruppi che utilizzano un pacchetto di servizi intermedi (output intermedi) sufficientemente simile fra di loro, deducibile dalle loro caratteristiche cliniche.
- L'obiettivo dei DRG è quello di descrivere la complessità assistenziale della casistica dei pazienti ricoverati in Ospedali per acuti, attraverso la definizione di categorie di ricoveri clinicamente significative ed omogenee quanto a risorse assorbite nel profilo di trattamento e quindi anche relativamente ai loro costi di produzione.



# Il numero dei DRGs

- Varia nel tempo: Nella versione 24.0, i DRGs vanno da 001 a 579 per un totale, di 538 DRG, visto che nell'aggiornamento alcuni sono stati eliminati.
- E' diviso tra area medica e chirurgica

# La classificazione

- I casi trattati si classificano:
  - Attraverso il DRG-Group per mediante l'utilizzo di poche variabili specifiche del paziente: età, sesso, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici, contenuti nella SDO (schede di dimissione ospedaliera)
  - In MDC (Major Diagnostic Category - categorie diagnostiche maggiori), individuate in 25 e suddivise con un criterio clinico-anatomico

# Le tariffe dei DRGs

Le tariffe dei singoli DRG sono fissate a livello regionale sulla base del costo standard di produzione.

Qualora le singole Regioni non abbiano emanato propri provvedimenti di definizione delle tariffe valgono in via transitoria quelle stabilite con il Decreto del Ministero della Sanità del 14 dicembre 1994 ed aggiornate nel 1997, nel quale sono determinati anche i criteri generali per la fissazione delle tariffe.

Le tariffe fissate per ogni DRG si riferiscono al costo medio dell'assistenza per tutti i pazienti attribuiti allo stesso DRG.

In ciascun DRG, vi sono alcuni ricoveri con costi inferiori alla media e alcuni con costi superiori. La fissazione delle tariffe a livello regionale consente di tenere conto della diversa composizione dell'insieme delle prestazioni erogate, che varia nelle singole realtà regionali e locali.