

Modulo di Economia Aziendale

Introduzione al Corso

Il Sistema Sanitario Nazionale: problematiche attuali e linee di evoluzione



*Prof.ssa Emidia Vagnoni,
Economia delle Aziende Sanitarie*

20 settembre 2012

(da Il Messaggero)

Medici di base 7 giorni su 7. Conferma anche per la «costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere». Insomma, sparisce il medico di base e arriva l'assistenza h24 affidata a un pool di professionisti che lavoreranno in equipe.



“Nelle 8 regioni con il maggior deficit sanitario, si pagheranno 560 euro di addizionali”

ROMA – Dalle tasche di 12,6 milioni di italiani usciranno quasi 2 miliardi che andranno nelle casse delle 8 regioni in disavanzo sui conti della Sanità. Per effetto dell'aumento dallo 0,5% all'1,1% dell'addizionale irpef anticipato dal 2014 al 2013 come emendamento alla spending review, i cittadini di Campania, Calabria, Sicilia, Puglia, Molise, Abruzzo, Lazio e Piemonte saranno infatti costretti a pagare di più degli altri.

La norma, già approvata al Senato, sarà approvata definitivamente alla Camera a inizio settimana. Secondo uno studio di Confesercenti, ogni famiglia nel 2013 potrebbe spendere, spiega il Corriere della Sera, 560 euro in più. Il decreto sulla revisione della spesa pubblica serve ad evitare l'aumento dell'Iva: a Palazzo Madama si è deciso di mitigare con l'aumento dell'irpef i tagli ai trasferimenti a livello locale per le Regioni più in difficoltà.



22 settembre 2011 - ore 17,33

La conferenza Unificata approva il Piano sanitario nazionale 2011-2013

La conferenza Unificata, che si è riunita oggi pomeriggio in via della stamperia, ha approvato il Piano sanitario nazionale 2011-2013. A riferirlo è lo stesso ministro della Salute, Ferruccio Fazio. Ora il Psn dovrà solo effettuare l'ultima tappa prima del varo: il via libera definitivo del consiglio dei ministri.

Il documento di programmazione di 120 pagine scommette sull'health technology assessment, sulla ristrutturazione e il dimagrimento della rete ospedaliera, a cominciare dalla cancellazione dei piccoli ospedali, e sul rilancio dell'assistenza sul territorio con un ruolo sempre più forte e partecipativo della medicina generale sia come "ponte" verso l'ospedale, sia per la gestione di ambulatori aperti 24 ore al giorno.

Nel nuovo Piano ci sono dodici azioni «strategiche» e dieci patologie «rilevanti» come obiettivi di salute da tenere ben fermi come azioni da risolvere e da tenere sotto strettissima osservazione.



LE SFIDE DELLA SANITÀ

Domanda di salute crescente,
invecchiamento della popolazione,
aumento dei malati cronici,
risorse scarse

SOSTENIBILITÀ

«attraverso un sistema di governance multilivello (nazionale, regionale e aziendale) capace di assicurare un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti» e di recuperare efficienza, soprattutto nelle Regioni in rosso.



CRITICITÀ DEL SISTEMA:

- L'«inappropriatezza» di alcune prestazioni ospedaliere, legate all'«organizzazione ancora insufficiente della medicina generale» e del livello territoriale;
- Le lunghe liste d'attesa;
- L'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni;
- Un livello qualitativo dei servizi molto differenziato.



COME SIAMO ORGANIZZATI? IL SSN

Nell'ordinamento italiano il SSN è “il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte dai servizi sanitari regionali (...) volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana” art. 1, D. Lgs. 502/1992

Con la riforma n. 833/1978 assume le caratteristiche di servizio sanitario nazionale, ispirandosi al NHS britannico

AGENDA

- **Tutela della Salute**
- **Evoluzione Storica**
- **La nascita del SSN**
- **I percorsi di Riforma degli anni '90**
- **Il quasi-mercato in Sanità**



TUTELA DELLA SALUTE

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. Art. 32 Costituzione Italiana



PRINCIPI COSTITUZIONALI

- **La Salute è un diritto primario del cittadino**
- **La tutela della Salute è un obiettivo avente valenza *sociale***
- **Gratuità delle cure da garantirsi agli indigenti**



EVOLUZIONE STORICA

- Enti caritatevoli di assistenza di natura religiosa e laica (prevalentemente nel periodo 1200-1700)
- Gli ‘Spedali’ e gli ‘asili’ (con prevalente attività nel periodo 1500-1800)
- Agli ‘Spedali’ si affiancano i Comuni e le Province
- Coordinamento nazionale da parte del ‘Ministero degli Interni’ dopo la costituzione del Regno d’Italia (1861)
- Direzione Generale per la Sanità, istituita nel 1904 dal Governo Giolitti



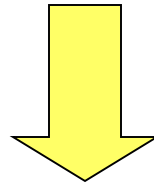
EVOLUZIONE STORICA (CONTINUA)

- Interventi settoriali da parte dello Stato: Opera Nazionale Maternità e Infanzia, Croce Rossa Italiana, etc.
- Alto Commissario con compiti in materia sanità, istituito nel 1945
- *Ministero della Sanità (istituito nel 1958)*
- Riforma generale della Sanità nel 1978, istitutrice del SSN
- Riforma del SSN, nel 1992, istitutrice delle ‘Aziende’ e dei ‘quasi-mercato’



EVOLUZIONE STORICA

L'interesse pubblico in materia sanitaria, di
origine locale



Interesse pubblico di tipo centrale

(Nel 1966-70 viene formato il primo Piano quinquennale
relativo alla programmazione nazionale)



LEGGE MARIOTTI

Precedente tentativo di riforma globale in Sanità:
Legge Mariotti, 1968:

Tale provvedimento, con riferimento agli enti ospedalieri, introduceva principi di programmazione sanitaria, di classificazione degli ospedali pubblici, di definizione degli organi, dello stato giuridico del personale, della gamma dei servizi...



FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA

- Principio del Terzo Pagante / Enti Mutualistici Pubblici (Es. INAM, etc.)
- Relazione Cittadino – Ospedale (priva di trasferimenti finanziari)
- L'ente mutualistico paga le prestazioni agli ospedali per conto del paziente/mutuato
- Il cittadino/mutuato versa contributi agli enti mutualistici (“mutue”)



CRITICITA'

- Mancanza di un meccanismo di responsabilizzazione
- Tutela solo per i lavoratori
- Disomogeneità prestazioni rimborsate
- Dissesto finanziario



LA RIFORMA DEL 1978 (L. 833)

- Definizione del Sistema Sanitario Nazionale
- Principi:
 - Universalità dei destinatari
 - Eguaglianza di trattamento
 - Globalità delle prestazioni
 - Partecipazione dei cittadini
 - Rispetto della dignità
 - Libertà della persona umana



I PRINCIPI ISPIRATORI DEL SSN

- Tutela della salute (salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività)
- Universalismo e “libero” accesso ai servizi
- Superamento degli squilibri territoriali
- Integrazione di tutti i servizi sanitari (ricondotti alle USL)
- Capillarizzazione dei servizi sul territorio (659 USL)
- Controllo democratico (attraverso gli organi elettivi)
- Primato della gestione pubblica diretta



LA RIFORMA DEL 1978 (L. 833)

Struttura del Modello Organizzativo (su tre livelli):

- Stato (con compiti di programmazione sanitaria nazionale, coordinamento generale, finanziamento del sistema...)
- Regioni (con compiti di programmazione regionale e di coordinamento delle strutture erogatrici dei servizi sanitari: Unità Sanitarie Locali (USL) e attuazione SSN)
- Enti Locali (con compiti amministrativi)



LA RIFORMA DEL 1978 (L. 833)

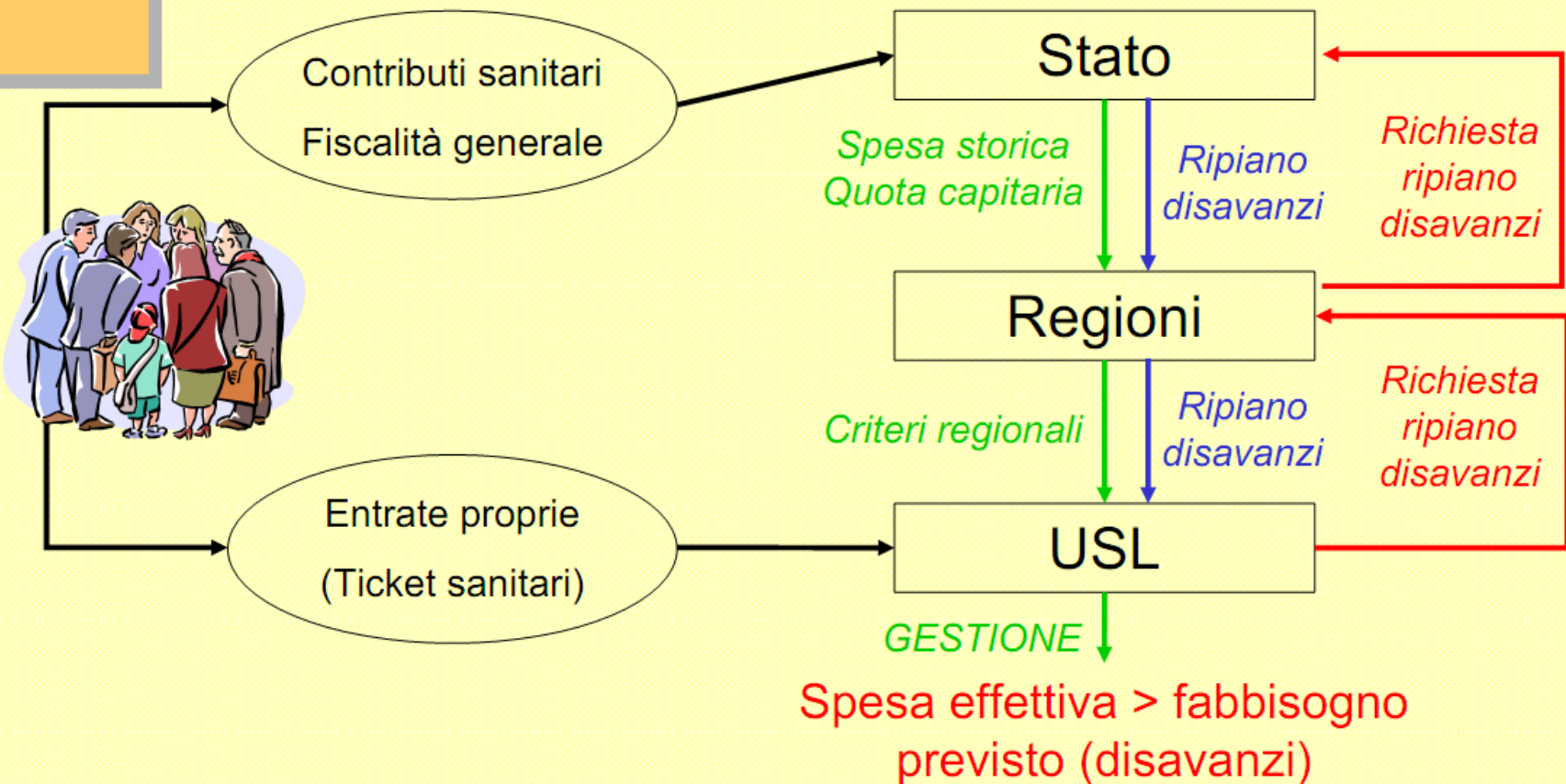
Competenze del SSN:

- Diffusione della cultura sanitaria
- Prevenzione malattie e infortuni
- Diagnosi e cura
- Riabilitazione
- Promozione e salvaguardia dell'ambiente
- Prevenzione igiene alimentare
- Disciplina sperimentazione e commercializzazione farmaci
- Formazione professionale



Sistema di finanziamento accentrato

Fabbisogno previsto per SSN



LA RIFORMA DEL 1978 (L. 833)

CRITICITÀ

- Le USL non avevano personalità giuridica pubblica ed erano confinate al ruolo di ‘braccio operativo degli Enti Locali’
- Elevata eterogeneità delle realtà operative (USL sub comunali, USL di associazioni di comuni...)
- Difficoltà nei rapporti politico-amministrativi tra USL e Enti Locali, con conseguenti difficoltà di carattere decisionale
- Struttura interna dell’USL: organo decisionale era infatti il Consiglio Comunale o l’Assemblea generale delle Associazioni di comuni; ambiguità anche nell’organo di governo (il Comitato di Gestione); scarso ruolo del Collegio dei Revisori.



I problemi del SSN negli anni '80

- “Burocratizzazione” delle USL
 - Rigidità procedure, separazione tra le aree sanitarie e quelle amministrative, autoreferenzialità
 - Intervento della politica nella gestione
- Ingerenza della politica nella gestione
- Mancanza di autonomia e direzione “manageriale” (il tema del livello manageriale sostanzialmente trascurato)
- Remunerazione del personale non correlata ai risultati
- De-responsabilizzazione finanziaria USL e Regioni
 - Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN
 - Separazione tra responsabilità di spesa (USL) e finanziamento (Stato)
 - Ripiano dei disavanzi
 - Interventi diretti da parte dello stato sui processi produttivi delle aziende

4



IL CLIMA DELLE RIFORME DELL'INIZIO ANNI '90

- Crisi politico-istituzionale (tangentopoli, cambiamenti di modello pol-istituz)
- Parametri di Maastricht (e politiche per il contenimento del notevole debito pubblico accumulato negli anni '80)
- Chiara convergenza politica su alcuni temi (ridefinizione assetto istituzionale, riduzione del peso del potere politico nella gestione, “aziendalizzazione”)



LA RIFORMA DEL 1992 (D. LGS. 502/92)

- Alle USL e agli Ospedali viene assegnata *personalità giuridica pubblica* e forte *autonomia*
- Principi:
 - Equità
 - Personalizzazione
 - Umanizzazione
 - Qualità
 - Libera scelta da parte del cittadino



LA RIFORMA DEL 1992

- Introduzione di criteri economici (efficienza, economicità...)
- Rinnovamento dell'assetto organizzativo interno
- Definizione chiara degli Organi aziendali: Direttore Generale, Collegio dei Revisori
- Rinnovamento del sistema di finanziamento (finanziamento a prestazione e non più basato sullo storico)
- Creazione della situazione di quasi-mercato



QUASI-MERCATO: ATTORI

ACQUIRENTE

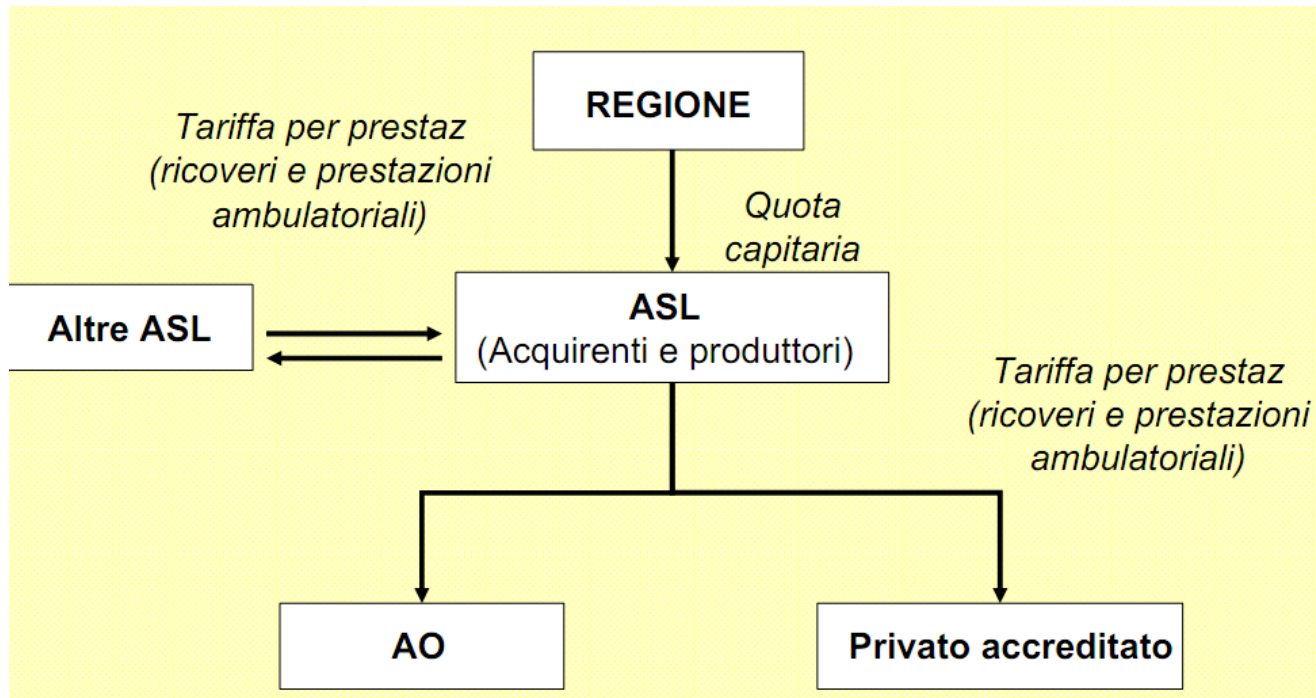
AZIENDE SANITARIE LOCALI

PRODUTTORI

- AZIENDE OSPEDALIERE
- AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE
- AZIENDE SANITARIE PRIVATE
- OSPEDALI PRIVATI
- OSPEDALI LOCALI APPARTENENTI ALLE
ASL



QUASI-MERCATO



Quasi-mercato

- ASL, pagata a quota capitaria, “acquista” in parte prestazioni per i propri pazienti dalle AO, dal privato accreditato e da altre ASL
- I produttori puri (AO e privato) competono per avere più pazienti



L'aziendalizzazione

- Autonomia delle nuove Aziende Sanitarie (organizzativa, contabile, patrimoniale, gestionale e tecnica)
- De-burocratizzazione (eteroreferenzialità) e gestione secondo i principi di efficacia, efficienza ed economicità
- Introduzione del General Management (contratti privati, a tempo determinato, con valutazione della performance dei DG; contratti privati anche per DA e DS)
- Nuovi strumenti di gestione: nuovi sistemi contabili, di P&C, di gestione del personale, “marketing” pubblico

Complessità e difficoltà di attuare un modello basato sul binomio autonomia/responsabilizzazione



MODELLO MANAGERIALE

- Direzione “monocratica” (direttore generale, scelto dalla Regione, che nomina direttore sanitario ed amministrativo)
 - General management
 - Rapporto “fiduciario” con la capogruppo (Regione)
- Rafforzamento organi di staff (controllo di gestione, marketing, ecc.) caratterizzati da elevata professionalità, flessibilità e rapporto fiduciario con la Direzione Generale



LOGICA MANAGERIALE

Gestione del Personale

- Maggiore autonomia delle aziende nell'attribuzione incarichi dirigenziali
- Introduzione della retribuzione di risultato
- Diffusione dei sistemi di valutazione, che comportano un esplicito giudizio sulle performance dei dirigenti

Sistemi di P&C basati sugli output

- Articolazione dell'azienda in CdR
- Utilizzo budget complessi (ob.vi su attività e qualità)
- Collegamento della retribuzione di risultato al raggiungimento degli ob.vi



LA RIFORMA DEL 1999 (D.LGS. 229)

D.Lgs. 229/1999 “Riorganizzazione del SSN”

- Introduce l’atto aziendale per la definizione degli assetti organizzativi e gestionali
- Individua negli accordi e dei contratti lo strumento di governo della spesa
- Individua i **dipartimenti** come modello ordinario di organizzazione e gestione dei servizi sanitari



LA RIFORMA DEL 1999...

... prevede un “più articolato” sistema di controllo dell’attività su diversi livelli:

- Controllo amministrativo-contabile;
- Controllo gestionale;
- Valutazione della dirigenza;
- Controllo strategico.

Viene rafforzato il percorso di aziendalizzazione della sanità



LA REGIONALIZZAZIONE

- La funzione di indirizzo e controllo dei Comuni viene meno (USL autonome e cambiano referente politico)
- Regionalizzazione del SSN
 - Maggiore autonomia nel governo e coordinamento dei SSR (dimensione territoriale delle ASL; identificazione ospedali aziende “quasi-mercato”; nomina DG; assetti delle aziende sanitarie, accreditamento)
 - Maggiore responsabilizzazione finanziaria: finanziamento (in parte) e copertura dei disavanzi (in parte)
- Riduzione dei poteri nazionali (soprattutto sugli aspetti organizzativo-gestionali)



LE AZIENDE

	A S L			A O	
	n. A S L ante 502/92	n. A S L 31/12/1995	n. A S L 01/05/2004*	n. A O 31/12/1995	n. A O 01/05/04*
Piemonte	63	22	22	7	7
Val d'Aosta	1	1	1	-	-
Lombardia	84	44	15	16	29
Bolzano	4	4	4	-	-
Trento	11	1	1	-	-
Veneto	36	22	21	2	2
Friuli V. G.	12	6	6	3	3
Liguria	20	5	5	3	3
Emilia R.	41	13	11	5	5
Toscana	40	12	12	4	4
Umbria	12	5	4	2	2
Marche	24	13	1	3	2
Lazio	51	12	12	3	4
Abruzzo	15	6	6	-	-
Molise	7	4	4	-	-
Campania	61	13	13	7	8
Puglia	55	12	12	4	2
Basilicata	7	5	5	1	1
Calabria	31	11	11	4	4
Sicilia	62	9	9	16	17
Sardegna	22	8	8	1	1
ITALIA	659	228	183	81	94



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

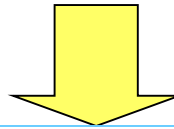
- Strumento dell'assistenza sanitaria
- La dimensione “nazionale” persegue l'uniformità dell'assistenza
- L'articolazione dello Stato si sviluppa a livello nazionale, regionale e locale:
 - Attività politica;
 - Attività normativa;
 - Attività programmatica;
 - Attività economico-finanziaria.



STATO

Piano Sanitario Nazionale

Ministero della Salute



REGIONE

Piano Sanitario Regionale

AGENZIA REGIONALE



**AZIENDE UNITA'
SANITARIE LOCALI**

**AZIENDE SANITARIE
OSPEDALIERE**



LA PIANIFICAZIONE SANITARIA NAZIONALE DELINEA:

- Le aree prioritarie di intervento
- I livelli essenziali di assistenza sanitaria
- La quota capitaria di finanziamento
- I progetti-obiettivo
- Esigenze e indirizzi per la formazione del personale
- Linee guida per i percorsi diagnostici-terapeutici
- I criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivi rispetto a quanto previsto



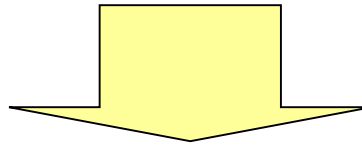
L'ITER DEL PSN

- Il Piano sanitario nazionale (oggi Patto per la Salute) viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della salute tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni;
- Viene adottato con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata.
- Ha durata triennale.
- Entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni adottano o adeguano i propri Piani sanitari regionali, trasmettono al Ministro della salute gli schemi o i progetti allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale.



DAL PSN AL PSR

Piano Sanitario Regionale



Piano strategico degli interventi finalizzati a garantire gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi sulle specifiche esigenze della popolazione e nel rispetto degli indirizzi del PSN (soggetto a parere del Ministro della Sanità)



OBIETTIVI DEL PSR

- Obiettivo salute: Tutelare la salute e il miglioramento della qualità della vita dei cittadini mediante lo sviluppo di una rete di servizi sul territorio regionale per incrementare il numero e la qualità delle prestazioni
- Obiettivo funzionale: Razionalizzare e distribuire in modo equilibrato i servizi sul territorio tali da essere fruibili alla generalità dei residenti ed **incrementare l'efficienza e l'efficacia dei servizi** stessi



EFFICIENZA ED EFFICACIA: CONCETTI DISTINTI

Efficienza: il rapporto tra risorse consumate (input) e risultati ottenuti (output). Si è tanto più efficienti quando a parità di risultati, quel risultato lo si raggiunge spendendo meno.

Efficacia: la capacità di raggiungimento di un obiettivo. La probabilità che la prestazione sanitaria abbia generato un miglioramento effettivo nella qualità di vita del paziente.

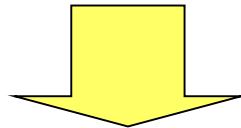


RUOLO DELLE REGIONI

Garantire ai residenti i livelli di assistenza

Perseguire il giusto **equilibrio tra il finanziamento percepito e la spesa prodotta**

- Opportuna **ripartizione delle risorse tra le strutture;**
- **Controllo dell'efficienza delle strutture medesime**



Servizio Sanitario Regionale (SSR)



L'AUTONOMIA REGIONALE

- Sono **responsabili del riequilibrio finanziario** e tal fine dispongono di entrate derivanti dal Fsn/Fondo di riequilibrio e di entrate proprie
- possono **coprire con proprie entrate le spese in eccesso** conseguenti all'erogazione di livelli assistenziali superiori a quelli uniformi stabiliti dal Psn
- possono adottare modelli organizzativi differenti da quelli assunti come base per determinare il parametro di finanziamento capitarario
- possono **eventualmente coprire i disavanzi di gestione delle Usl e delle aziende ospedaliere**



I VANTAGGI DEL DECENTRAMENTO

- Valutazione più precisa sui bisogni di salute del territorio
- Agevolazione dei processi di scelta in merito alle priorità tra diversi bisogni
- Accelerazione del processo di osservazione-analisi-valutazione-decisione



POSSIBILI SVANTAGGI DEL DECENTRAMENTO

- Lo stato fissa i livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono garantire ma i finanziamenti dipendono dalla capacità di raccolta fondi attraverso l'imposizione fiscale
- Il decentramento alle Regioni può comportare il rafforzamento delle disparità in ambito sanitario tra le diverse aree geografiche



GESTIONE DEI RAPPORTI NEL SSR

- Relazione tra Regione e Aziende Sanitarie simile a quella tra la società holding (ASSR) e le controllate (ASL e AO)
- Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali (società holding):
 - Strategie globali e obiettivi generali;
 - Vigila sull'operato delle controllate
 - Sui risultati, sulla pertinenza e funzionalità delle attività svolte in funzioni degli obiettivi
 - Si riservano la possibilità di avvicendare gli organi amministrativi se l'operato non è in linea con gli obiettivi



GRAZIE PER L'ATTENZIONE