

Il Sistema Sanitario Lucano  
verso un sistema di finanziamento per  
“funzioni”

*Montagano G., Giordano R., Lorusso S., Gallo M.*

*Dipartimento Salute Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla  
Persona e alla Comunità*

**Regione Basilicata**

# Indice

---

- ❑ 1. Il quadro di riferimento
- ❑ 2. Il SSR Lucano: un modello a prevalente centralità regionale
- ❑ 3. Il finanziamento del SSR: obiettivi e criteri
- ❑ 4. Il nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera: obiettivi, criteri, processo
- ❑ Conclusioni

# 1. Quadro di Riferimento

---

- 5 ASL, 1 A.O. ed 1 Sperimentazione Gestionale
- Fabbisogno Sanitario anno 2007: € 966.500.000
- Fabbisogno Sanitario anno 2006: € 895.018.000  
+ 20.299.000 (Integrazione finanziaria)
- Popolazione: è passata da 596.546 (al 1.1.2005)  
a 594.086 (al 1.1.2006)
- Saldo di mobilità: in costante diminuzione (trend  
7 mln annui)

## 2. Modello quasi integrato a prevalente centralità della Regione

---

- l'Asl dispongono di strutture ospedaliere sul proprio territorio
- Le aziende ospedaliere sono concepite come produttori di servizi e finanziate principalmente con la logica «tariffa per prestazione»; tutte le aziende osp. hanno, quindi, convenienza ad aumentare i volumi di attività.
- L'ASL paga per competenza la mobilità sanitaria in uscita, quindi l'Asl ha tutta la convenienza ad offrire servizi in grado di esercitare una buona attrattiva, capaci di contrapporsi al richiamo da parte di strutture esterne.
- La Regione agisce come stanza di compensazione e regola tutti i flussi finanziari costituisce l'unico grande acquirente del sistema.
- La Regione bilancia le spinte all'iperconsumo imponendo un tetto massimo all'attività dei CEA legato alla tipologia e alla quantità di prestazioni.
- modello quasi integrato.
- considerazione della Regione quale Holding e da relazioni di comunicazione e ascolto

## Alcune Criticità: La situazione di Partenza

---

- Equilibrio di spesa: disavanzo tendenziale di circa il 6% (2005)
- Riequilibrio dei livelli di assistenza ospedaliera : obiettivo è passare dal 49% (dati modello LA 2005) al 44% (PSN)
- Riduzione del tasso di ospedalizzazione: 210/ab/000
- Contrasto della migrazione sanitaria (11,70% dell'assistenza ospedaliera; 5,1% delle assegnazioni totali)
- Riduzione delle liste di attesa
- Miglioramento dell'appropriatezza dei servizi

# Alcune leve a Disposizione

---

Attività di Prevenzione

Attività di programmazione

- Obiettivi vincolanti (DGR 1713/06)
- Tetti massimi (DGR 1907/06)
- Concertazione

Politiche di Investimento

Leve Economiche e Finanziarie

- Rivisitazione dei criteri di finanziamento
- Revisione e Certificazione Aziendale

# Obiettivi del Sistema di finanziamento

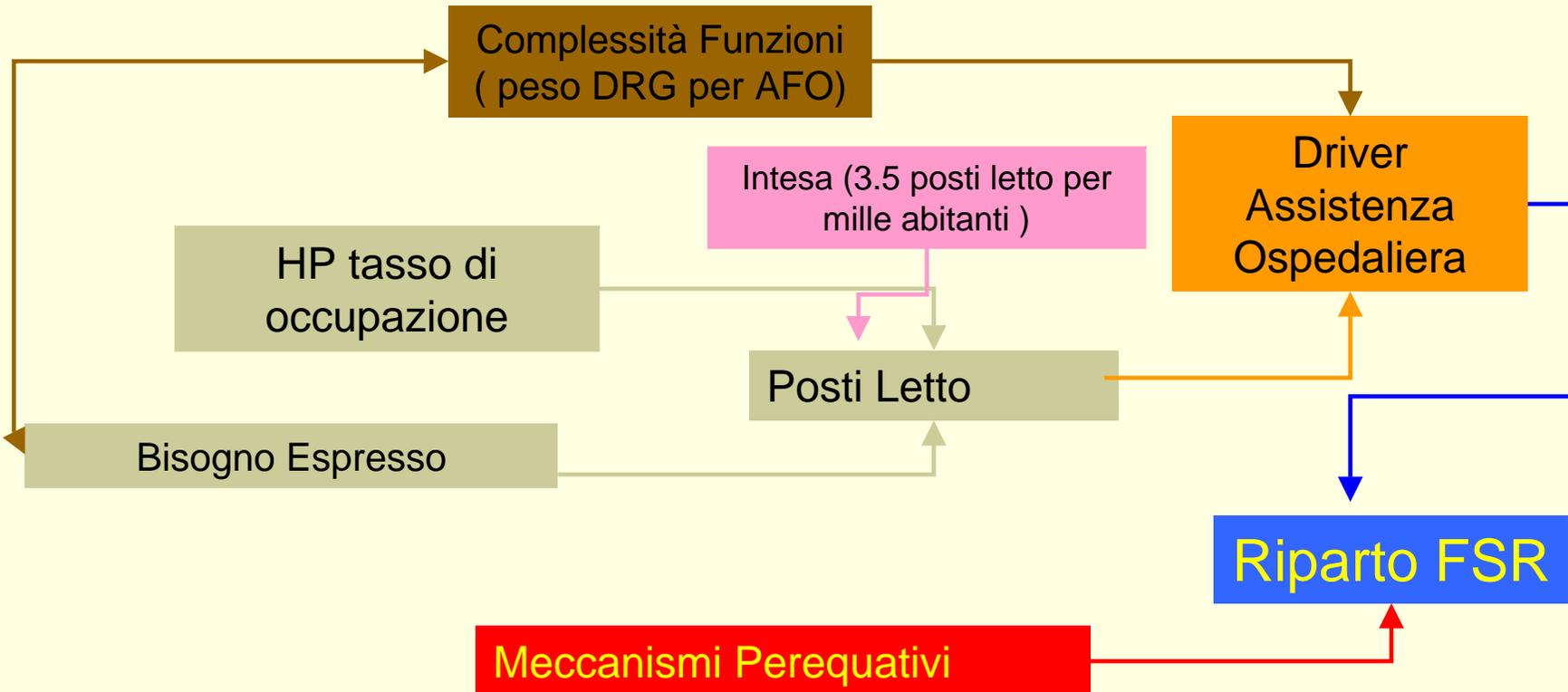
---

- Obiettivo “convergenza dinamica”
- Recupero di adeguati livelli di efficienza
- Salvaguardia delle **funzioni cliniche di interesse regionale**
- **Azioni strategiche** e di elevazione di sistema
- Innesco di **politiche di risanamento (riparto ex ante)**
- Adozione di una **logica di processo** per la definizione del riparto (spingere sulla via della concertazione)

### 3. I criteri di finanziamento

| Livelli di assistenza |                    | Quote obiettivo | Modalità di ripartizione                       |
|-----------------------|--------------------|-----------------|--|
| Prevenzione           |                    | 5,00 %          | Quota capitaria secca                          |
| Distrettuale          | Medicina di base   | 6,00 %          | Quota capitaria secca                          |
|                       | Farmaceutica       | 13,00 %         |  |
|                       | Specialistica      | 13,00 %         | <b>Tetto di fabbisogno complessivo</b>         |
|                       | Altra territoriale | 19,00 %         | Quota capitaria ponderata su età e sui consumi |
| Ospedaliera           |                    | 44,00 %         | <b>Quota posti letto ponderata</b>             |

## 4. Il nuovo sistema di finanziamento per l'assistenza ospedaliera



*Rilevanza specifica alla programmazione delle **funzioni strutturate**, prendendo a base la dotazione standard di posti letto per specialità e dislocazione e per utilizzo ottimale standardizzato coerente con la programmazione regionale*

# Determinazione Posti Letto

---

$$GD_{\text{Basilicata std J}} = NR_{\text{Basilicata J}} \times DM_{\text{italia J}}$$

$$TU = GD_{\text{Basilicata std J}} / (365 \times NPL)$$

$$NPL = GD_{\text{Basilicata std J}} / (365 \times Tu)$$

Per ogni singolo codice disciplina e aggregato per AFO

$NR_{\text{Basilicata J}}$  comprensivo delle quote di ricovero in mobilità da recuperare

# Risultati: Dopo un Anno

|   | <b>Anno 2005</b> | <b>Anno 2006</b> |
|---|------------------|------------------|
| <b>Risultato economico Consolidato</b>    | - <b>48.653</b>  | - <b>30.885</b>  |
| <b>Perdita % sul FSR</b>                  | <b>-6%</b>       | <b>-4%</b>       |
| <b>% LA Assistenza ambiente di lavoro</b> | <b>5,0%</b>      | <b>5,0%</b>      |
| <b>% LA Assistenza Distrettuale</b>       | <b>46,0%</b>     | <b>47,0%</b>     |
| <b>% LA Assistenza Ospedaliera</b>        | <b>49,0%</b>     | <b>48,0%</b>     |
| <b>Tasso di Ospedalizzazione</b>          | <b>210,52</b>    | <b>208,2</b>     |

# Fondo Accantonamento e misure perequative: inversione di tendenza

---

**Anno 2005**

Spesa Diretta Regionale

Perequazione vs funzioni complesse

**Anno 2006**

Spesa Diretta Regionale

Perequazione vs funzioni meno complesse (adeguamento nuovo sistema)

**Anno ....**

Spesa Diretta Regionale

Perequazione (indice di area svantaggiata)

**Fondo  
Accantonamento  
Art.9 LR 34/95**

# Le altre principali innovazioni

---

1. Computo della **totalità delle risorse** assegnate: elevazione delle risorse programmabili e interiorizzazione degli obiettivi strategici della programmazione nazionale;
2. **Allineamento** progressivo ai parametri finanziari nazionali coerenti con la pianificazione sanitaria;
3. **Misure di perequazione** tra le Aziende, per modulare ed accompagnare la transizione verso nuovi assetti, attenuare i disagi della stretta finanziaria in corso ed evitare contraccolpi negativi sulla base occupazionale;

# 5. Conclusioni

---

- ***Il nuovo sistema di finanziamento consente di rafforzare in una logica integrata il sistema dell'offerta come variabile dipendente del bisogno di salute.***
- ***Inversione di tendenza dell'utilizzo del Fondo accantonamento (da rimborso a piè lista a perequazione e premialità)***
- ***Finanzia la complessità***
- ***Finanzia il bisogno espresso***
- ***Consente la ricollocazione dei livelli di spesa dei LEA***
- ***Si rafforza un sistema che anche attraverso meccanismi di premialità mira a finanziare le singole aziende in ragione della complessità delle funzioni svolte.***

# Alcuni limiti

---

- *Il sistema richiede una continua manutenzione*
- *Ponderazione dei Posti letto li std su base regionale (evoluzione: calco per struttura)*
- *Il modello infine, non considera la domanda inespressa o latente poiché la stessa è rinvenibile in modo indiretto (es: indicatori di deprivazione) e attraverso indicatori che richiedono una maggior condivisione da parte del mondo scientifico, adeguati sistemi informativi ed una continua e costosa manutenzione (EVOLUZIONE)*