

UN PAGAMENTO PROSPETTICO PIÙ EVOLUTO E "VIRTUOSO" PER GLI EROGATORI, ALTERNATIVO AL PAGAMENTO A PRESTAZIONE

di Alberto Donzelli, membro del Consiglio Superiore di Sanità

Negli articoli "Il pagamento a prestazione ha fallito la maggior parte degli obiettivi dichiarati", comparsi sui n. 17 e 18/'99 di ASI, concludevo auspicando il sollecito sviluppo di un dibattito su possibili modalità alternative di finanziamento **prospettico**, cui a mio avviso il DL.vo per la razionalizzazione del SSN dovrebbe conferire legittimità e sufficiente dignità perché possano essere adottate in un numero sufficiente di AUSL. Solo così sarebbe possibile confrontarne i risultati con quelli delle Aziende che preferissero, nella propria autonomia, mantenere le modalità attuali di pagamento a DRG/tariffa degli erogatori, includendovi anche i propri presidi e ambulatori.

Il rationale di tale proposta e la sua ampia descrizione e declinazione per diverse tipologie di erogatori (AUSL, A.O. e strutture ospedaliere private accreditate di sufficienti dimensioni, specialisti ambulatoriali, medici di famiglia) è stato già affrontato in precedenti pubblicazioni (Donzelli et al., 1995-'98). Se ne ripropone una sintesi.

Come è stato dimostrato in maniera convincente, i comportamenti degli operatori sanitari, come quelli degli altri esseri umani, non sono determinati dalle finalità espresse nei primi articoli delle Leggi o dagli obiettivi enunciati dalla normativa, ma - in larga misura - dal **sistema premiante** (in senso lato) connesso ai comportamenti stessi. **Solo se il sistema premiante è coerente con gli obiettivi questi verranno perseguiti.**

Dato che il sistema di finanziamento di un professionista e della organizzazione che gli dà lavoro sono fra i costituenti maggiori di un sistema premiante, ne deriva che la coerenza del sistema di finanziamento con gli obiettivi desiderati è fondamentale.

1. Quali sono le caratteristiche di un sistema di finanziamento ideale?

Un sistema di finanziamento ideale per un'azienda sanitaria come per un singolo medico dovrebbe **essere in grado di incentivare:**

- la **promozione e la tutela della salute**, stili di vita e comportamenti salutarie e - dovunque possibile e utile - l'**autogestione** di problemi di salute da parte dell'assistito e dei suoi familiari

- la **revisione di efficacia** delle prestazioni erogate, favorendo l'**eliminazione delle prestazioni non necessarie e di provata/molto probabile inefficacia/inappropriatezza** (che rappresentano un problema potenzialmente enorme in sanità!), anche per consentire di reperire - all'interno di un budget spesso bloccato o addirittura in contrazione - le risorse necessarie **per mantenere e implementare le prestazioni di provata efficacia**

- una **corretta individuazione delle prestazioni da garantire** a tutti gli assistiti potenziali, in funzione di **ottimizzare il rapporto costi-utilità ai fini della salute** (e non ai fini della convenienza tariffaria delle prestazioni, che può non coincidere affatto con la utilità ai fini della salute), in una cornice di equità di accesso e di rispetto della persona

- l'**aumento di efficienza** operativa per interventi/prestazioni di provata o probabile efficacia ai fini della tutela della salute

- l'**aumento di accessibilità, equità, solidarietà, qualità "soft" del servizio** e in genere della **soddisfazione dei cittadini**, sempre per interventi/prestazioni di provata o probabile efficacia

ai fini della tutela della salute

- la **soddisfazione e motivazione degli operatori** che devono risultare pienamente coerenti con la promozione e la tutela della salute

- la **tensione a un miglioramento continuo della qualità** in tutti i campi prima descritti

- la **produzione e diffusione di informazioni sui risultati in termini di salute**, di efficienza, equità e soddisfazione in relazione ai servizi offerti, da mettere attivamente a disposizione di tutti gli attori del sistema

- la **fiducia del paziente nel proprio medico e dei cittadini nell'azienda sanitaria di riferimento**, senza timori che questi possano avere interessi in conflitto con quelli di coloro che devono assistere.

2. Il progresso e l'attuale sistema di finanziamento in Italia rispondono a tali caratteristiche?

Esiste un sistema di finanziamento ideale come quello sopra descritto, o che cosa gli si avvicina maggiormente?

Il modello che ha caratterizzato il sistema sanitario italiano fino al 1994, basato sul finanziamento dei fattori produttivi e sul sostanziale ripiano a pie' di lista di quanto speso da USL e Ospedali pubblici, e sul pagamento di rette per giornata di degenza per Ospedali privati, non risultava coerente con nessuno dei criteri sopra espressi, anche se non era in conflitto quanto meno con alcuni di essi (es. equità, solidarietà) e lasciava un ampio spazio potenziale all'etica professionale, nel senso che non prefigurava situazioni di esplicito o ravvicinato conflitto con la stes-

sa, e non metteva in discussione, almeno apparentemente, il rapporto medico-paziente.

Nell'insieme si trattava di un sistema de-responsabilizzante nei confronti del miglioramento continuo dei fattori di qualità e del controllo dei costi (schema e principali conseguenze sono rappresentati in Tab 1), sui cui difetti strutturali vi è un accordo abbastanza generale.

Il nuovo sistema di finanziamento a prestazione degli erogatori, di cui il finanziamento per DRG/caso trattato rappresenta una forma abbastanza evoluta, ha certamente alcuni evidenti vantaggi rispetto al sistema precedente nell'**incentivazione dell'efficienza operativa** (ma solo se la si misura come rapporto prestazioni/costi, non necessariamente se la si esprime più correttamente come risultati in termini di salute/costi), nello **sviluppo dei sistemi informativi** e nella diffusione della consapevolezza dei costi di produzione, e in una maggiore trasparenza dei criteri di finanziamento dell'offerta. Ha anche potenzialità per determinare una maggiore soddisfazione dei cittadini, perché **incentiva la velocità di risposta** e in generale **l'attrazione del cliente-consumatore**.

Presenta tuttavia anche **rischi più forti di iniquità** e soprattutto di **distorsione delle finalità del sistema, o addirittura di aperto conflitto con l'etica professionale e con gli interessi di salute dei singoli e della comunità** rispetto al sistema precedente.

3. Il sistema di finanziamento che paga la malattia

Il **finanziamento a prestazione** pone in sanità un serio problema strutturale. Infatti un limite strutturale per il "mercato" in sanità è rappresentato dall'insufficiente informazione del consumatore, che non gli consente di adottare le scelte tendenzialmente più razionali nell'acquistare le prestazioni più utili alla sua salute. Ciò vale anche per un acquirente più esperto - AUSL + medico di famiglia - che in molti casi non sa quale sia la risposta ottimale per grandi tipologie di problemi sanitari, e a maggior ragione spesso non può sapere cosa realmente serve in una specifica situazione clinica (o come questa possa essere **esaustivamente** classificata).

Anche dove linee-guida/protocolli su risposte efficaci siano ben definite, vi è spesso l'impossibilità strutturale da parte di un controllore esterno, per quanto qualificato, di verificare l'**appropriatezza** (la cosa giusta alla persona giusta) della applicazione di un protocollo a un caso clinico. Infatti molti degli elementi che possono giustificare (o no) la decisione di un intervento sono basati su sintomi e segni verificabili solo "qui ed ora". Ciò postulerebbe in molti casi, come unica condizione per controlli efficaci, l'affiancamento (ovviamente impraticabile) di un controllore esperto e disinteressato ad ogni clinico decisore.

Quanto sopra spiega la "assoluta li-

bertà dei fornitori pagati a prestazione, se lo vogliono, di incoraggiare la domanda di servizi ... i medici sono in grado di attuire l'impatto di una riduzione tariffaria aumentando la quantità dei servizi forniti e modificandone la composizione, per mantenere il livello di reddito desiderato ... il potere discrezionale dei medici ... è probabile aumenti con l'aumentare dell'incertezza relativa all'efficacia clinica" (OMS, 1998; Rice, 1983-'84; Labelle, 1990; Rochax, 1991 e '93; Keeler, 1993; Donaldson & Gerard, 1989; Greenfield, 1992).

Un tale modello di finanziamento può essere descritto come un **"sistema che paga la malattia"** il cui schema e le cui conseguenze sono rappresentati a livello macro dalla Tab. 2.

Salvo il riconoscimento finanziario alle AUSL e alle A.O. di alcune specifiche "funzioni", in questo modello la maggior parte del finanziamento è erogato sia alle A.O. che ai presidi ospedalieri delle USL in relazione alle "prestazioni" documentate, e ciò vale anche per le attività ambulatoriali extraospedaliere delle AUSL.

In questo disfunzionale modello di finanziamento i responsabili della tutela della salute sono la Regione e le AUSL, però tendenzialmente assimilate a una assicurazione pagatrice, e messe in conflitto artificiale con tutti gli ospedali del proprio territorio sul percorso assistenziale di ciascun cittadino (Fig. 1).

Con il finanziamento degli Ospedali a prestazione, per chi vi lavora il disaccoppiamento tra gli obiettivi di salute

Tab. 1 Modello storico di finanziamento



IN QUESTO MODELLO DI FINANZIAMENTO:

- le strutture pubbliche **non hanno incentivi espliciti né per la salute né per la malattia**
- l'etica medica non è premiata, ma neppure è in conflitto con il sistema incentivante
- il **potere di politici, primari e dirigenti si esprime dilatando le strutture direttamente gestite** e acquistando alta tecnologia, senza entrare in competizione con altre strutture e con il privato
- efficacia, appropriatezza, efficienza ed eliminazione del loro contrario non sono sostanzialmente incentivate
- la qualità percepita è incentivata solo nel privato (che deve superare i filtri autorizzativi all'accesso)
- il sistema tende alla **de-responsabilizzazione e premia le convenienze politiche, professionali o personali di chi detiene il potere**

**Fig. 1 Separazione tra acquirenti e produttori
scorporo degli ospedali dalle ASL**



Le tensioni competitive si moltiplicano tra tutte le Aziende in campo, e in particolare si concentrano lungo il percorso assistenziale ordinario (Territorio - Ospedale - Territorio) di ogni singolo assistito. Tutti gli erogatori sono interessati alla malattia (che sia "conveniente") più che alla salute

attribuiti a parole e il sistema premiante operante nei fatti diventa sempre più grave, man mano che gli operatori avranno modo di verificare e di conseguenza comprenderanno cos'è che fa aumentare il finanziamento per la propria Azienda, o reparto, e in definitiva per ciascuno di loro.

Per frenare gli effetti distorti sul comportamento erogativo vi è la tendenza a mettere in piedi imponenti sistemi di controllo sanitario e amministrativo: negli USA (dove domina il modello che "paga la malattia" (con Stati e Assicurazioni al posto della Regione e delle AUSL), la spesa amministrativa e di controllo è stimata al 25-30% della spesa sanitaria, che è già la più alta nel mondo. Ciò nonostante essi possono vantare risultati disastrosi dal punto di vista dell'efficacia complessiva, nonché dell'efficienza (rapporto efficacia/costi), per non parlare della ben nota iniquità del loro sistema, nonché della insoddisfazione sia dei cittadini che dei medici. Ciascuno dei parametri sopra considerati si colloca al livello più basso tra tutti i Paesi occidentali industrializzati (Blendon et al. 1990 e 1993).

Una attenta riflessione sull'esperien-

za statunitense dovrebbe dunque scoraggiare i teorici dell' "aumento dei controlli" come strategia per risolvere i problemi di un sistema sanitario in generale e dell'appropriatezza in particolare, come già discusso in ASI n. 18, pag. 15.

Anche gli USA stanno cercando una via d'uscita a tale situazione e si vanno progressivamente orientando verso le HMO, che sposano il principio fondamentale di "pagare la salute" e che hanno alcune importanti caratteristiche che le accomunano alle nostre AUSL, pur con i gravi difetti di un sistema orientato al profitto privato anziché alla salute della comunità dei cittadini.

Un'altra contromisura escogitata per frenare i descritti effetti inflattivi e distortivi è l'accordo contrattuale che stabilisce tetti di spesa e volumi e tipologie di prestazioni per ogni erogatore. Ciò riduce indubbiamente gli effetti indesiderati del pagamento a prestazione, pur scontando un forte aumento dei costi amministrativi e di transazione e conferendo un eccesso di potere (e una buona dose di arbitrio) ai programmatori, ma tende a fallire ugualmente nel lungo periodo (come spiega-

to in PSS, 11, 1998), sia perché una prestazione di necessità discutibile può essere più conveniente di una necessaria, sia perché la libera professione e i fondi integrativi costituiscono comunque uno sbocco per l'eccesso di prestazioni extracontratto.

4. Il sistema di finanziamento che paga la salute

Al contrario il "modello che paga la salute" (Tab. 3) si basa sul principio della quota capitaria ponderata per i residenti, attribuita ad AUSL dotate - come prevedono le Leggi nazionali di riordino - di quasi tutti gli Ospedali, con compensazione della mobilità in entrata e in uscita tramite flussi finanziari (tariffe/DRG) che seguano gli assistiti in ragione delle prestazioni effettuate in strutture di cura da loro liberamente scelte che non appartenessero all'AUSL di residenza.

Anche questo è un modello competitivo, ma a differenza di quello descritto in Fig. 1, che scarica le tensioni competitive

all'interno della "catena del valore", con il cittadino/assistito che ne fa le spese, in questo caso la competizione si esercita nel verso giusto, tra sistemi aziendali integrati (Fig. 2), con territorio e ospedale realmente cointeressati al massimo della cooperazione per la salute e la soddisfazione del cliente/assistito in tutti i passaggi del percorso assistenziale.

Solo se un ospedale beneficia di un budget ricavato da appropriate e predefinite frazioni delle quote capitarie relative ai residenti di un bacino virtuale (il che è teoricamente possibile anche per gli Ospedali scorporati) **gli interessi di chi vi opera possono essere completamente allineati alla salute dei singoli e della comunità**, in piena coerenza con l'etica e la deontologia professionale. La spiegazione è semplice: solo in questo contesto "+ salute", "+ efficacia", "+ eliminazione dell'inefficienza" e "+ informazione corretta dei cittadini", pur traducendosi in tendenziale minore domanda di prestazioni e **minore produzione di DRG, possono comportare maggiori avanzzi di gestione** per l'Azienda, da reinvestire per lo sviluppo/qualificazione delle proprie strutture anche

ospedaliere, e per incentivare chi vi lavora (N.B. : tale concetto si va fortunatamente affermando: v. Bianchi A. in ASI n. 19, pag. 20 e segg.).

In questo modello **i DRG concorrono a pagare la salute**, sia per remunerare la mobilità in uscita verso altre Organizzazioni, come salutare incentivo alla risoluzione dei problemi locali che hanno determinato tale "fuga" di assistiti, sia perché il loro calcolo può costituire un interessante argomento di **verifica interna** tra unità che comunque sono co-interessate al massimo della cooperazione per i meccanismi premianti descritti nella Tab. 3, e non diventano un "meccanismo di finanziamento" per strutture i cui interessi vengano artificialmente contrapposti con creazione di conflitti aziendali all'interno del percorso assistenziale (territorio-ospedale-territorio) di ciascun singolo cittadino!

In questo modello, a differenza dei precedenti, si può dare concreta attuazione alla libertà di scelta del cittadino senza il pericolo di portare il sistema alla bancarotta. Infatti, se quasi tutti gli ospedali restano all'interno dell'AUSL, quest'ultima può intervenire sulle prestazioni ero-

gate **non solo** tramite una **verifica e valutazione di qualità esterna, che comunque sarà interessata ad attivare, ma anche tramite tutti gli strumenti amministrativi, premianti e di controllo interni all'organizzazione.**

Ma soprattutto, la migliore garanzia che le finalità di tutela della salute proprie dell'AUSL siano condivise anche dall'Ospedale è rappresentata dall'**allineamento effettivo degli interessi di chi lavora in un Ospedale remunerato in questo modo con quelli della salute della comunità dei cittadini.**

4.1 Come evitare i rischi di sottrazione di cure necessarie in aziende prepagate con quote capitarie

Nel sistema di finanziamento che "paga la salute" le AUSL disporrebbero all'inizio di ogni anno di risorse attribuite con un meccanismo trasparente ed esplicito e sarebbero incentivate coerentemente a:

A) puntare sulla prevenzione e sulle cure primarie e a **fare solo cose utili**

Fig. 2 **Competizione pubblica tra sistemi aziendali integrati**



Tab. 2 Modello che "paga la malattia" (2° tipo)



IN QUESTO MODELLO DI FINANZIAMENTO:

- la maggiore ricchezza degli Ospedali scorporati (o di Presidi interni pagati/valutati con DRG e tariffe ambulatoriali) sono i malati
- la prevenzione non conviene, e se non ci sono abbastanza malati ... bisogna inventarli! (o addirittura fabbricarli)
- + salute e + efficacia = minori entrate
- + eliminazione dell'inefficacia = effetti contraddittori (dipende dalla convenienza o meno delle tariffe che remunerano le prestazioni inappropriate)
- + efficienza = maggiori entrate/avanzi di gestione
- + efficientismo (cioè efficienza senza efficacia) = pure!

per la salute dei propri assistiti, perché più migliora la loro salute, meno prestazioni essi saranno costretti a ricercare all'esterno dell'AUSL (presso A.O., Privato accreditato e altre AUSL)

B) individuare ed **eliminare al proprio interno le prestazioni e gli interventi inutili**, perché - essendo le AUSL pagate in anticipo - meno cose inutili (o dannose) esse fanno, più avrannoavanzi di gestione da poter reinvestire nell'interesse della comunità locale, dell'AUSL stessa e di chi vi opera

C) individuare, affrontare e **risolvere i problemi di insufficiente qualità interna** (relativa a interventi potenzialmente efficaci), che inducono i residenti a cercare altrove la risposta ai propri bisogni sanitari, costringendo l'AUSL a pagare tariffe ad altre organizzazioni

D) individuare le migliori **strategie informative e promozionali** (marketing sociale) **per far accedere la popolazione ai propri servizi interni che diano garanzie di produrre salute**, per evitare che, a parità di efficacia ed efficienza, i residenti si rivolgano ad altre Aziende o al Privato

E) individuare le migliori **strategie informative e promozionali per evitare** che i propri residenti siano indotti ad accedere a **servizi non necessari** (o con uno sfavorevole rapporto costi-utilità) offerti da altre Aziende o del Privato, in tutte quelle circostanze in cui l'AUSL sa-

rebbe chiamata a rimborsarli.

Una tipica domanda-obiezione a questo punto è: **quali garanzie si possono avere che un sistema di finanziamento "che paga la salute" come quello proposto non crei artificialmenteavanzi di gestione sottraendo cure necessarie ai residenti** (confidando nelle insufficienti conoscenze degli assistiti rispetto ai sanitari offerenti)?

Le garanzie possono essere tre, la prima delle quali è già fortemente operativa nel nostro sistema, mentre le altre due possono essere facilmente e immediatamente attivate:

1) Anzitutto, **la libera scelta degli assistiti**, che si possono orientare verso la struttura di erogazione che meglio risponde ai loro bisogni (percepiti). Si sottolinea a questo proposito che la libera scelta garantita dal nostro ordinamento è probabilmente superiore a quella prevista da qualsiasi altro Paese al mondo (e comunque ben maggiore di quella consentita negli ordinamenti di Paesi liberisti per eccellenza come la Gran Bretagna e gli USA) (Maciocco, 1996).

Ed è scontato che le diverse Aziende, nonché il Privato accreditato, metteranno in atto strategie informative e promozionali nei confronti degli assistiti, per far conoscere e valorizzare le proprie offerte.

2) In secondo luogo costituiranno una garanzia **le informazioni e le correlazioni sulla qualità delle cure**

nelle diverse Aziende/strutture che dovranno essere messe a **disposizione di tutte le Aziende, di tutti gli operatori e della popolazione da parte della Regione**.

La Regione pertanto - oltre al ruolo di garante degli standard qualitativi - potrebbe a buon diritto assumere il ruolo che in altri sistemi sanitari è stato affidato allo "Sponsor" degli assistiti (evitando con ciò la moltiplicazione degli attori e le inutili complicazioni che caratterizzano ad es. il sistema USA).

3) In terzo luogo **la Regione stessa, previo accertamento degli outcome in termini di salute** a livello macro, potrebbe attribuire un **"premio"** da convenirsi preventivamente **per incentivare le AUSL che documentino una migliore performance** (espressa di regola **non** come "rispetto di piani di attività", ma come **"raggiungimento di livelli di risultato"**).

Tale premio non dovrebbe essere particolarmente elevato, per evitare di penalizzare troppo le AUSL che non hanno buone performance e che vanno spinte a migliorarsi, ma è facile prevedere che acquisterebbe, oltre al valore economico, anche un valore simbolico e morale altamente significativo.

Un modo particolarmente equo per attribuire un premio alla maggior produzione di salute e per compensare le AUSL dei costi necessari per generarla e mantenerla potrebbe essere una **forte articolazione e pondera-**

zione della quota capitaria per le fasce di età avanzate. E' chiaro infatti che a livello di popolazione la maggior salute prodotta per diverse vie e ai diversi livelli si trova tradotta nell'indicatore unificante di una maggiore durata della vita.

E' altrettanto chiaro che una maggior proporzione di anziani e grandi anziani può comportare per la AUSL costi sanitari superiori. Pertanto una buona compensazione per i costi sanitari degli anziani e un **efficace incentivo a "produrre" molti anziani in buona salute, ottenibile promuovendo e tutelando efficacemente la salute in tutte le precedenti età della vita, possono essere rappresentati da una significativa e frequente ponderazione per età delle quote capitarie**, che attribuisca ad es. un considerevole peso ai soggetti > 60 e, in progressione crescente, ad es di 3 in 3 anni, > 63, > 66, ... => 85 anni, che diverranno così una ricchezza ambita, anziché un carico oneroso per le AUSL.

Gli scatti frequenti e progressivi delle quote hanno inoltre il vantaggio di rendere evidente la convenienza degli interventi che risultano efficaci a breve-medio termine nel prolungare la vita di un gran numero di persone, come sono ad es. le iniziative di disassuefazione dal fumo o l'adozione di un modello alimentare mediterraneo da parte di ampi strati della popolazione.

I suddetti tre meccanismi di garanzia, e soprattutto l'ultimo, posso-

no costituire il valore aggiunto capace di far pendere decisamente la bilancia a favore di un pagamento prospettico a quota capitaria. Infatti gli esperti dell'Ufficio Regionale dell'Europa dell'OMS, pur compiendo una **"analisi dei meriti del sistema di pagamento prospettico (a quota capitaria) rispetto a quello retrospettivo (a prestazione)"** (OMS, 1998), gli attribuiscono pur sempre il rischio (verificato con la formula HMO) **"di indurre uno scadimento qualitativo delle prestazioni e un incentivo per l'esclusione dei pazienti più malati e quindi meno redditizi"**.

E' ragionevole pensare che i tre meccanismi descritti, e in particolare l'ultimo, il più "intrinseco" e strutturale, siano in grado di porre rimedio agli inconvenienti del pagamento a quota capitaria.

Se si compie l'esercizio di confrontare le caratteristiche di un modello di finanziamento ideale identificate al paragrafo 1 con il modello proposto, si potrà constatare che questo risponde praticamente a tutte meglio di qualsiasi altro sistema finora descritto.

Le AUSL - se il DL.vo lo consentisse - potrebbero puntare con appositi contratti a coinvolgere nel modello che paga la salute anche Ospedali scorporati e lo stesso privato. In ogni caso, tuttavia, nell'armonico contesto prima descritto le poche note stonate rappresentate dai messaggi del privato o delle poche A.O. che restassero pagate a

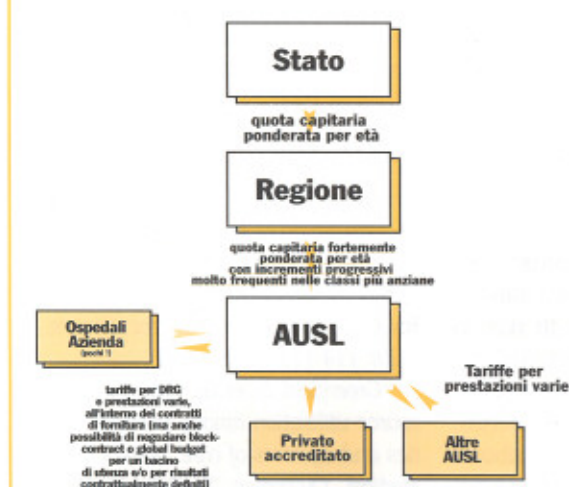
prestazione potranno essere circoscritte e correttamente inquadrate, e - entro certi limiti - potranno anch'esse rappresentare uno stimolo al sistema, anziché una valanga che travolge ogni argine degli acquirenti-valutatori.

4.2 Il modello che paga la salute è compatibile con il D.L.vo di razionalizzazione del SSN ?

La risposta è "forse". Al momento l'art. 8-sexies (Remunerazione) prevede per ogni singola struttura erogatrice un tetto di finanziamento composto, in un mix indefinito, da **"attività remunerate a tariffa predefinite per prestazione"** e da **"funzioni assistenziali"**, la cui definizione quanto mai estensiva si presta a ricomprendervi in maniera apparentemente discrezionale quasi tutto.

Ciò consente verosimilmente di disinnescare (gran parte del) potenziale inflattivo delle "convenienze tariffarie" anche nei confronti degli erogatori esterni, al prezzo però di una perdita di trasparenza e di un possibile eccesso di discrezionalità delle organizzazioni "acquirenti" sia rispetto al precedente sistema tariffario, sia rispetto al sistema prospettico di cui sono sostenitore basato su frazioni di quote capitarie utilizzate anche per comporre i budget degli erogatori (che abbiano sufficienti dimensioni).

Tab. 3 Modello che "paga la salute"



IN QUESTO MODELLO DI FINANZIAMENTO:

- le AUSL sono **pagate per produrre salute** e sono incentivate a tutelarla con la massima coerenza possibile
- **la salute è la maggiore ricchezza di un'Azienda sanitaria**
 - + salute = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
 - + efficacia = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
 - + appropriatezza = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
 - + eliminazione dell'inefficacia = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
 - + efficienza = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
- anche gli Ospedali Azienda e i presidi privati accreditati possono essere allineati a queste logiche, se pagati per fornire tutte le prestazioni necessarie per una popolazione definita, attraverso un **global budget** contrattualmente negoziato come **frazione delle quote capitarie della popolazione "di bacino"**. Al budget di tali erogatori verranno in questo caso imputate le tariffe/DRG della mobilità in uscita (o in entrata), avvenuta per libera scelta di cittadini non soddisfatti sul posto dal "proprio" erogatore

5 Modalità di "finanziamento" dei presidi ospedalieri interni alle AUSL

Personalmente, almeno nei confronti dei presidi interni, avrei preferito nel DL.vo una esplicita formulazione di questo tipo: "I presidi ospedalieri interni di AUSL sono parte di queste aziende integrate di acquisizione e di erogazione di prestazioni, che hanno il fine di promuovere e tutelare la salute della popolazione di riferimento".

I presidi interni, in particolare, hanno il fine di fare tutto il necessario (e nulla di inutile) per soddisfare pienamente sul posto - per il proprio livello (e le proprie specialità) di competenza - i bisogni sanitari di un bacino virtuale di utenza che viene loro attribuito dalla direzione della AUSL nell'ambito della propria programmazione. In considerazione della tendenza a costituire gli ospedali delle AUSL in unico presidio in rete, tale bacino può coincidere con quello dell'AUSL stessa.

Le modalità di finanziamento/allocazione di fattori produttivi di tali presidi devono essere il più possibile coerenti con la loro finalità istituzionale e favorire l'allineamento degli interessi di chi lavora nei presidi interni con quelli del resto dell'AUSL, e dunque con la ottimizzazione della salute della comunità dei cittadini assistiti. Il modello di finanziamento/allocazione di risorse deve anche favorire l'integrazione fra presidi interni e territorio, creando comuni convenienze alla collaborazione, alla razionalizzazione degli interventi e alla sussidiarietà nella definizione delle rispettive competenze e nella concertazione dei piani di attività.

Il budget (sistema di responsabilizzazione per obiettivi e correlati costi) **dei presidi ospedalieri interni delle AUSL, per quanto riguarda le prestazioni erogate alla popolazione residente, è definito di norma come frazione, appropriata per il livello di assistenza ospedaliera, delle quote capitarie assegnate all'AUSL, fortemente e frequentemente ponderate in base all'età** (e al conseguente dimostrato maggiore o minore assorbimento di risorse ospedaliere e specialistiche) **della popolazione residente che ne costituisce il bacino di riferimento, detratte le tariffe destinate alla remunerazione di soggetti erogatori esterni all'AUSL.**

Ciò configura un meccanismo di definizione prospettica del budget, in quanto tale **budget** - con la connessa allocazione di fattori produttivi da parte dell'AUSL - **può aumentare o diminuire nella misura in cui i presidi interni riescono a soddisfare sul posto la domanda di salute della popolazione residente.**

Qualora nella AUSL vi fossero più presidi, a ciascuno può essere attribuito dalla direzione aziendale, nell'ambito della propria programmazione, un bacino virtuale di utenza, con relativo budget. Tali bacini di norma vanno commisurati alla capacità produttiva di ciascun presidio, alla sua accessibilità, ad esigenze di razionalizzazione e ad altri parametri ritenuti rilevanti nella programmazione aziendale, nel rispetto delle condizioni previste per l'accreditamento degli altri soggetti che erogano prestazioni sanitarie.

Il modello descritto è rivolto a incentivare comportamenti virtuosi (ricerca dell'efficacia, dell'efficienza e della massima soddisfazione degli assistiti, eliminazione delle prestazioni non efficaci e disincentivo ad ogni intervento inappropriato, attivazione delle migliori strategie informative per far accedere la popolazione ai propri servizi che diano garanzie di produrre salute e per evitare l'accesso a servizi non necessari). Tuttavia **altri modelli di determinazione dei budget potranno essere adottati, ivi incluso il sistema di remunerazione adottato per le Aziende Ospedaliere, qualora l'AUSL ritenga, nella propria autonomia aziendale, di avere strumenti di remunerazione dei propri presidi più funzionali per conseguire i risultati che le sono richiesti.**

All'interno della contabilità generale economico-patrimoniale, unica per l'AUSL, la correlata contabilità analitica per centri di costo configura i presidi ospedalieri interni e loro articolazioni come centri di responsabilità dotati di autonomia nella gestione del budget assegnato".

Per illustrare **concretamente** come un'AUSL-tipo, con più stabilimenti ospedalieri interni collegati in rete in uno o più presidi, possa determinare prospetticamente il loro budget in base ai principi e criteri sopra descritti, farò pervenire un ulteriore contributo, sempre che il DL.vo consenta come auspicato di praticare questa possibilità.

Bibliografia

- Donzelli A. e Longo F. "Sistemi sanitari a confronto". Collana Politiche Sociali - Ed. Franco Angeli, 1997 - cap. 7-8 e Appendice II / Donzelli A. e Sghedoni S.: "Le linee guida cliniche tra conoscenze, etica e interessi". Collana Politiche Sociali Ed. Franco Angeli, 1998 Cap. 3 e Appendice II / e ancora: "Quali strategie di fondo per la sanità?". PSS, 17: 1-13, 1995 / Donzelli A. e Pontoni H. "Soluzioni per il riordino del SSN" ASI, 51-52: 59-60, 1995 / Donzelli A. e Longo F. "Un sistema che paga la salute per le aziende ospedaliere scorporate dalle USL". PSS, 11:13-17, 1997 / "Tetti di spesa per erogatore e pagamento delle prestazioni a tariffa: un "nuovo" cocktail fallimentare". PSS, 11:1-4, 1998.
- OMS - Ufficio Regionale per l'Europa "Europa: sanità in transizione". Quaderni di sanità pubblica, 21, ottobre/dicembre 1998
- Blendon e coll. "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations". Health Affairs, 185-92, Summer 1990.
- Blendon R.J. e coll. "Physicians perspectives on caring for patients in the United States, Canada, and West Germany" N. Eng. J. Med 328, 14: 1010-16, 1993
- Maciocco G. "Libertà e mercato della salute". Prospettive Sociali e Sanitarie, 3: 3-4, 1996
- Rice, T. "Physician initiated demand for medical care: new evidence from the Medicare program". Advances in health economics and health service research, 5:129-160, 1984
- Labelle R. et al. "Financial incentives and medical practice: evidence from Ontario on the effect of changes in physician fees on medical care utilization" Ontario, Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1990
- Rochax L. "Financial incentives for physicians: the Quebec experience" Health economics, 2: 163-176, 1993
- Donaldson C. & Gerard K. "Paying general practitioners: shedding light on the review of health services". Journal of the Royal College of General Practitioners, 39 (320): 114-117, 1989
- Greenfield S. et al. "Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study" JAMA 267: 1624-1630, 1992