



Riferimenti minimi

1. Il Servizio Sanitario Nazionale;
2. La crescita della spesa;
3. I provvedimenti di riforma;
4. Aziendalizzazione.



II SSN

Il servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. *(art.1 L 23.12.78 n. 833)*



La crescita della spesa sanitaria:

- Variabili “fisiologiche”;
- Variabili “socioculturali”;
- Variabili “gestionali”.



La crescita della spesa sanitaria:

- Variabili “Patologiche”:

Cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2009

Relazione scritta del procuratore generale

Furio Pasqualucci

Adunanza delle SS.RR. dell'11 febbraio 2009

Presidente Tullio Lazzaro



La relazione della Corte dei conti 2009

Giurisdizione in materia di responsabilità amministrativo-contabile

Alcuni settori di intervento:

- 1) Opere incompiute
- 2) La spesa sanitaria
- 3) Frodi comunitarie
- 4) Società partecipate
- 5) Strumenti finanziari derivati



La relazione della Corte dei conti 2009

Giurisdizione in materia di responsabilità amministrativo-contabile

Opere incompiute:

Pagg. 37/38

- Carenza di programmazione
- Eccessiva frammentazione dei centri decisionali
- Complessità delle procedure amministrative
- Inadeguatezza della progettazione
- Dilatazione dei tempi di esecuzione imputabile sia alle amministrazioni committenti che alle imprese esecutrici
- Carenze e inadeguatezze dei controlli tecnici e amministrativi



La relazione della Corte dei conti 2009

Giurisdizione in materia di responsabilità amministrativo-contabile

La spesa sanitaria

Pagg.40/42

L'attività illecita in questo settore si manifesta attraverso molteplici tipologie di condotte antigiuridiche, quali esemplificativamente:

- 1) Gli incarichi illegittimi conferiti a personale estraneo alle aziende sanitarie
- 2) Gli acquisti non autorizzati di apparecchiature medicali



La relazione della Corte dei conti 2009

Giurisdizione in materia di responsabilità amministrativo-contabile

... la spesa sanitaria

- 3) La mancata utilizzazione, i mancati completamenti oppure le mancate o inadeguate ristrutturazioni di strutture ospedaliere già realizzate
- 4) Le irregolarità nella spesa causate dalla iperprescrizione di farmaci
- 5) Le irregolarità nella spesa causate da doppia e/o fraudolenta fatturazione



La relazione della Corte dei conti 2009

Giurisdizione in materia di responsabilità amministrativo-contabile

... la spesa sanitaria

- 6) Le indebite e fraudolente acquisizioni di risorse pubbliche per corsi di formazione mai espletati, espletati solo in parte ovvero sforniti in tutto o in parte di rendiconto o documentazione giustificativa
- 7) Gli indebiti compensi percepiti dai medici di base
- 8) Le irregolari gestioni di case di cura convenzionate



La relazione della Corte dei conti 2009

Giurisdizione in materia di responsabilità amministrativo-contabile

... la spesa sanitaria

- 9) Le irregolarità sulle esenzioni dei ticket
- 10) Le illegittime nomine fiduciarie di dirigenti apicali
- 11) Le corrisposizioni di indennità non dovute



La relazione della Corte dei conti 2010

Giurisdizione in materia di responsabilità amministrativo-contabile

... la spesa sanitaria

Nella sanità, poi, non ci sono solo "spese inutili" ma anche "fenomeni particolari di mala gestione", come gli "inefficienti e costosi programmi di screening anti-tumorale" o le "eccessive prescrizioni di farmaci" fino agli "sconcertanti interventi chirurgici non necessari".



Le riforme degli anni '90 (d. lgs. 502/92, 517/93 e 229/99)

Tre profili:

1. Nuovo sistema di finanziamento delle aziende sanitarie;
2. Decentramento e regionalizzazione;
3. "Aziendalizzazione" delle strutture sanitarie.



Il SSN: una nuova prospettiva

“Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del servizio sanitario nazionale nonché i livelli uniformi di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale sono stabiliti con il Piano Sanitario Nazionale, (...) in coerenza con l’entità del finanziamento assicurato al Servizio Sanitario Nazionale”. *(art. 1, comma 1 d. lgs. n. 502/92):*



Il SSN: una nuova prospettiva

Il principio del decentramento regionale viene perseguito dal legislatore del 1992 delegando maggiori responsabilità alle regioni in merito alle modalità di gestione delle risorse assegnate ed attribuendo l'onere/opportunità di far fronte “(...) con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'art. 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo art. 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle Unità Sanitarie Locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato”



Il SSN: una nuova prospettiva

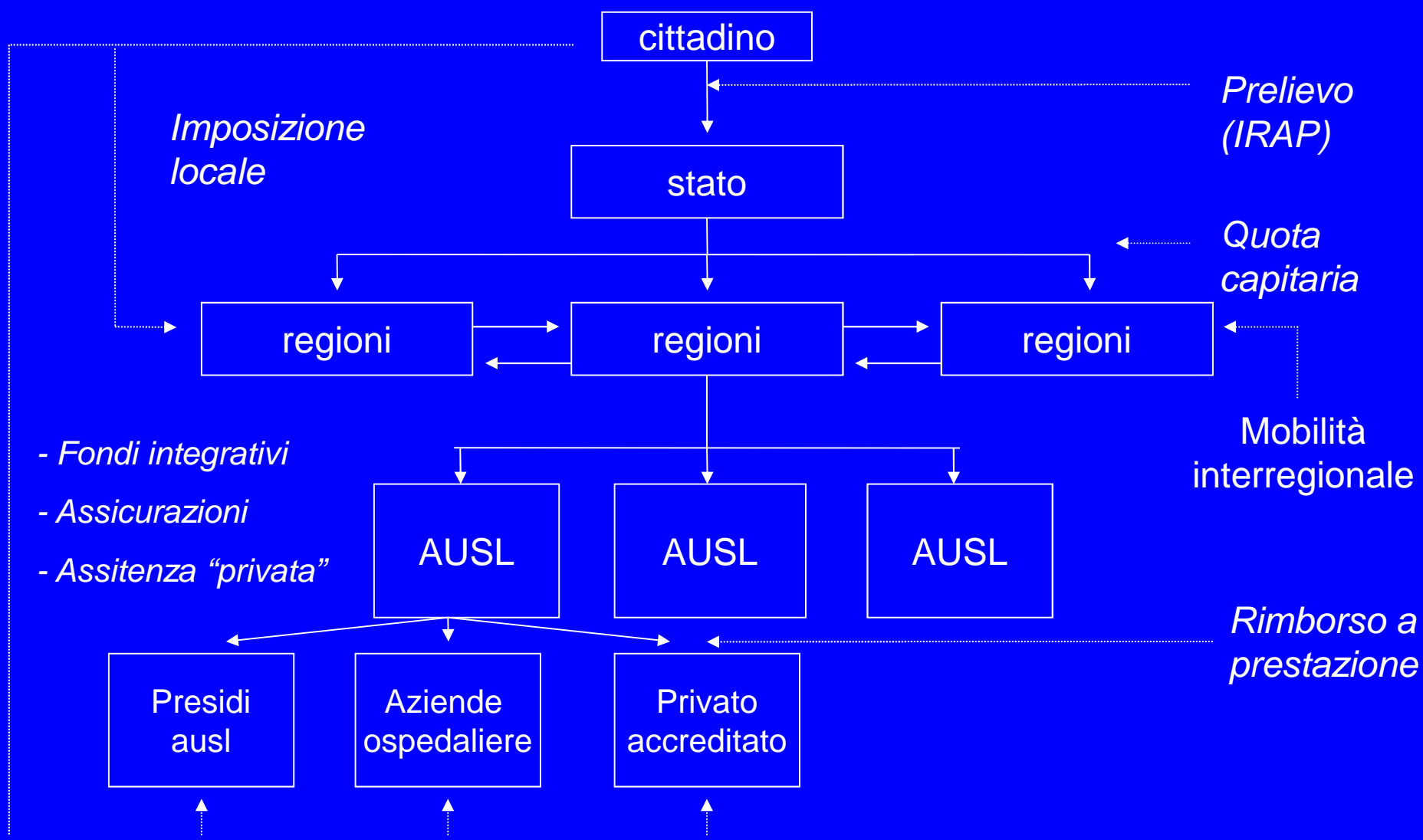
Lo Stato risulta sollevato da qualunque responsabilità d'intervento a fronte di eventuali disavanzi nella spesa sanitaria da parte delle regioni, sia che gli stessi siano determinati dall'adozione di modelli organizzativi difformi rispetto a quelli di riferimento (o dalla erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli individuati dal Piano Sanitario Nazionale), sia che essi siano causati dai disavanzi eventualmente realizzati dalle singole Aziende Sanitarie



In sintesi:

- L'ammontare del FSN non viene più determinato sulla base dei bisogni sanitari indicati dalla programmazione. Al contrario, gli obiettivi, (o in altri termini i livelli di assistenza) vengono programmati in ossequio alle risorse finanziarie assegnate al SSN, tenendo in considerazione la situazione del Bilancio Statale;
- lo Stato, abbandonata la funzione di garante del diritto alla salute dei propri cittadini e divenuto responsabile esclusivamente di livelli essenziali di assistenza, sposta a carico delle Regioni l'impegno di assicurare un determinato livello quali-quantitativo dei servizi da erogare, in un sistema che prevede la loro responsabilità per il ripiano di eventuali disavanzi.

Il Finanziamento dell'attività ospedaliera nell'ambito del SSN





L'attuale sistema prevede la coesistenza di due diverse formule di finanziamento:

- da un lato, il sistema basato sulla individuazione della quota capitaria, da cui vengono a dipendere la disponibilità finanziaria delle regioni e delle singole USL;
- dall'altro, il sistema di remunerazione a prestazione per effetto del quale gli ospedali vengono prevalentemente finanziati sulla base del numero e della tipologia e delle prestazioni effettivamente rese ai singoli utenti.



Le logiche sottostanti e gli obiettivi ad essi assegnati sono sensibilmente diversi:

- nel primo caso l'obiettivo immediato, oltre naturalmente a quello generale del contenimento della spesa sanitaria, è quello di garantire l'equità del sistema, quanto meno in termini di risorse finanziarie e di opportunità di accesso;
- nel secondo caso l'obiettivo specifico è, invece, quello di garantire l'equità nella ripartizione delle risorse tra i soggetti erogatori, creando nel contempo un meccanismo che incentivi un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse da parte degli operatori.



Gli "scenari" decisionali nel Sistema Sanitario

