
30° Congresso nazionale Aniarti

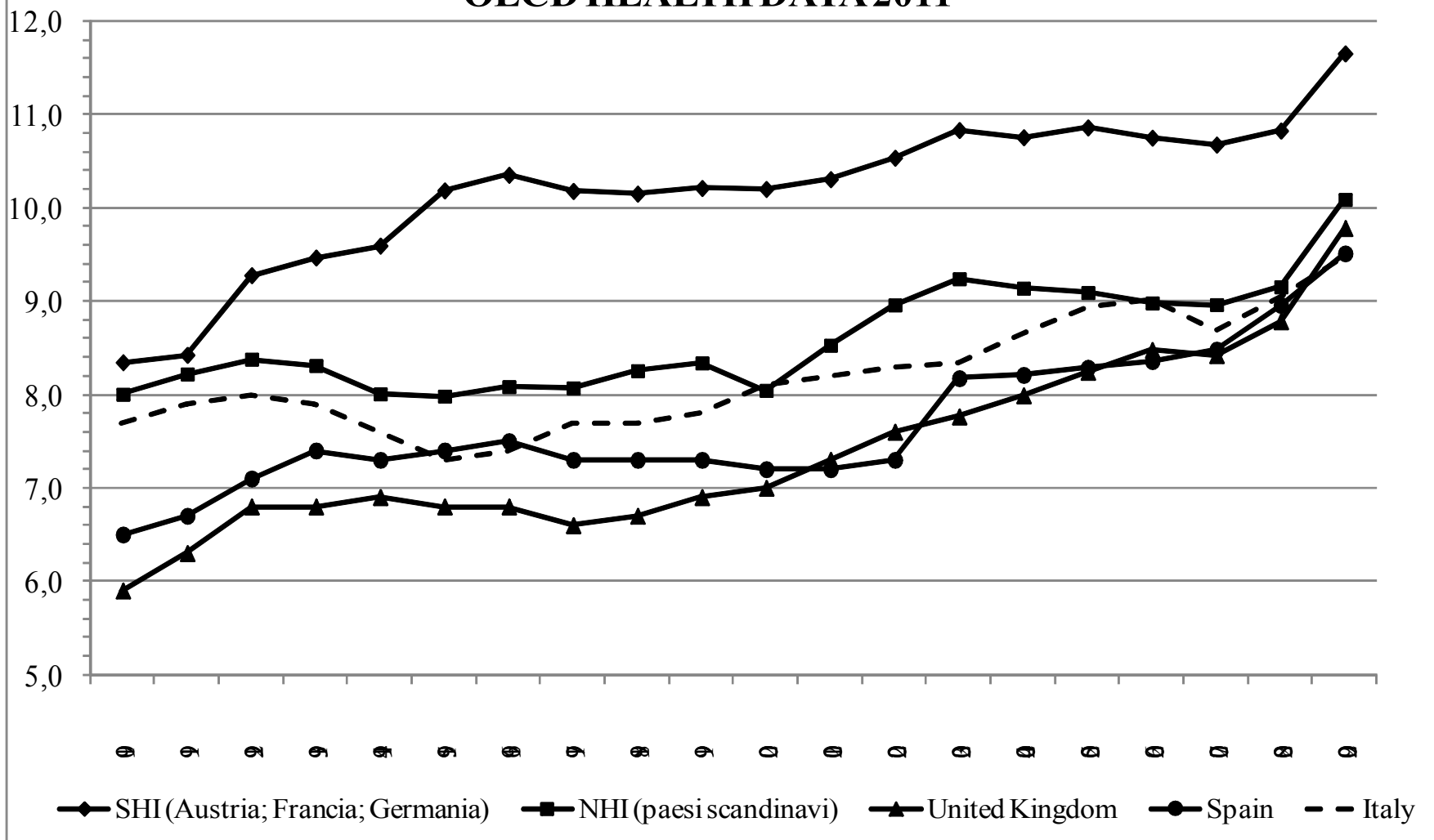
**Tra efficienza ed equità:
questioni di finanza sanitaria**

Enza Caruso

Roma, 16-17-18 novembre 2011

Nel vecchio continente ...

**Fig. 1 - Spesa sanitaria totale in % del Pil
OECD HEALTH DATA 2011**



La premessa

In tutti i sistemi sanitari le due priorità politiche sono:

- ✗ contenere la spesa entro le compatibilità delle finanze pubbliche;
- ✗ salvaguardare l'equità di accesso ai servizi;

A tal fine:

Il vincolo del budget e le relazioni tra equità di accesso e efficienza nella produzione dei servizi hanno contribuito al

riaccentramento della governance

La letteratura internazionale converge verso un'allocazione delle risorse fondata sui bisogni della popolazione:

riparto per quota capitaria ponderata

Le ragioni del riaccentramento della *governance* sanitaria (questioni di efficienza)

La conferma del carattere pubblico della sanità

Il **mainstream** dei primi anni '90: **decentramento, competizione e contrattualismo**. La sanità pubblica con il d.lgs. 502/92 inizia a parlare il linguaggio delle aziende:

- ✗ separazione delle funzioni di **tutela** della salute (Asl) e delle funzioni di **produzione** delle prestazioni (erogatori pubblici e privati);
- ✗ aziendalizzazione e sistema di remunerazione tariffaria;
- ✗ micro-**efficienza** produttiva nei servizi;

Il sistema a rimborso mette a rischio la qualità e l'efficacia dei servizi e con il d.lgs. 229/99 si introducono elementi di **responsabilizzazione** delle regioni:

- ✗ controllo del **volume** delle prestazioni e delle risorse sanitarie;
- ✗ riconferma del carattere **pubblico** del SSN con l'introduzione dei LEA da individuare contestualmente alle risorse finanziarie nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;

Il carattere nazionale della sanità a rischio

La sanità del XXI secolo nella **prospettiva federalista** tenta di accompagnare le responsabilità di spesa con quelle di finanziamento ... ma ... le difficoltà nell'affrontare

- ✗ la questione dei trasferimenti soppressi (FSN);
- ✗ la questione della sostenibilità finanziaria del sistema (spesa crescente e crescenti disavanzi);

... conducono al **Riaccentramento** della *governance* sanitaria:

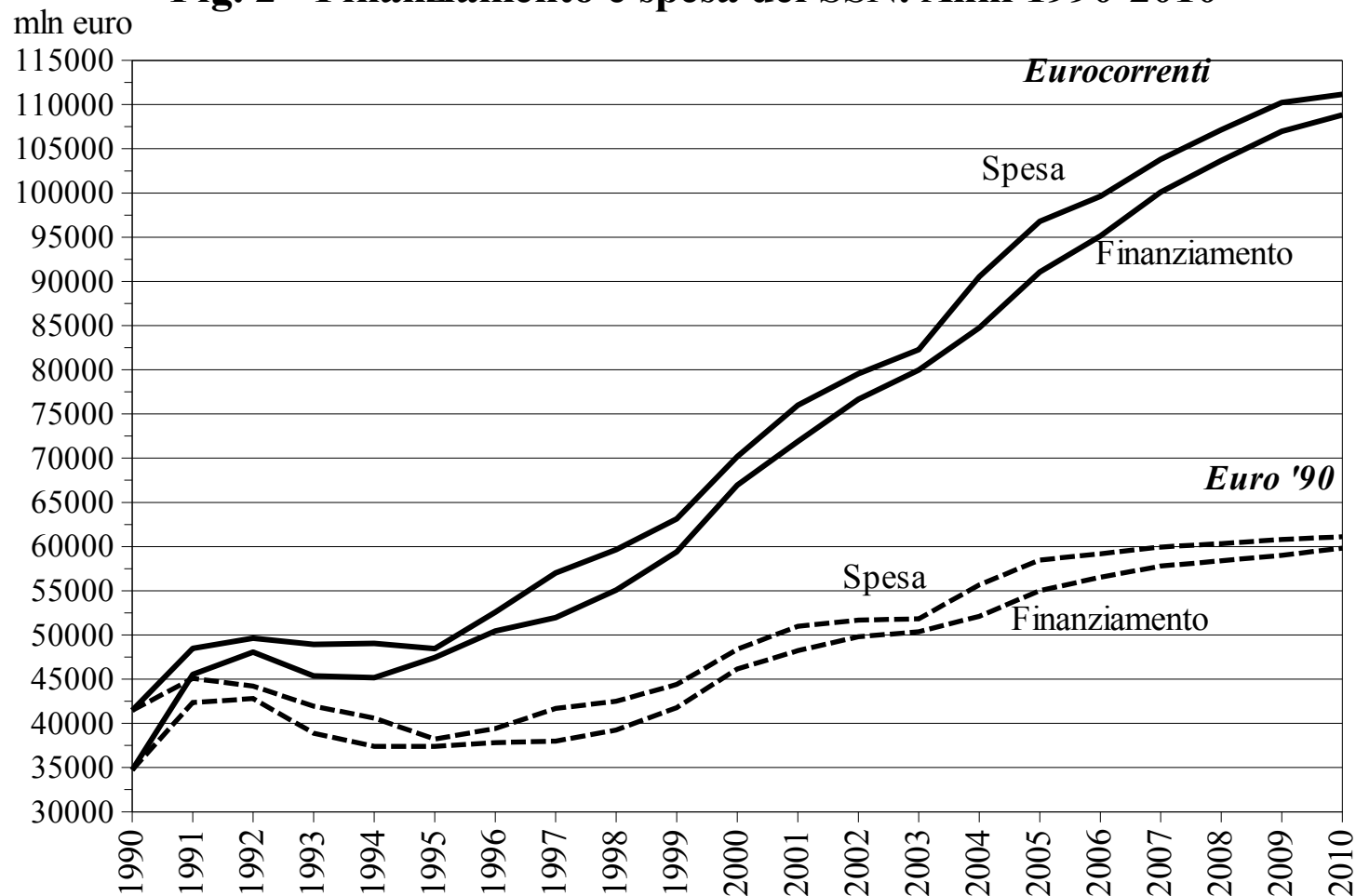
- ✗ forte **monitoraggio** centrale della spesa;
- ✗ **disciplina di bilancio** e sperimentazione di meccanismi di **premi e sanzioni**;

La fragilità delle politiche sanitarie ha indebolito il carattere nazionale del SSN:

- ✗ **consolidamento** delle posizioni raggiunte delle aree più sviluppate;
- ✗ **arretramento** delle aree più deboli;

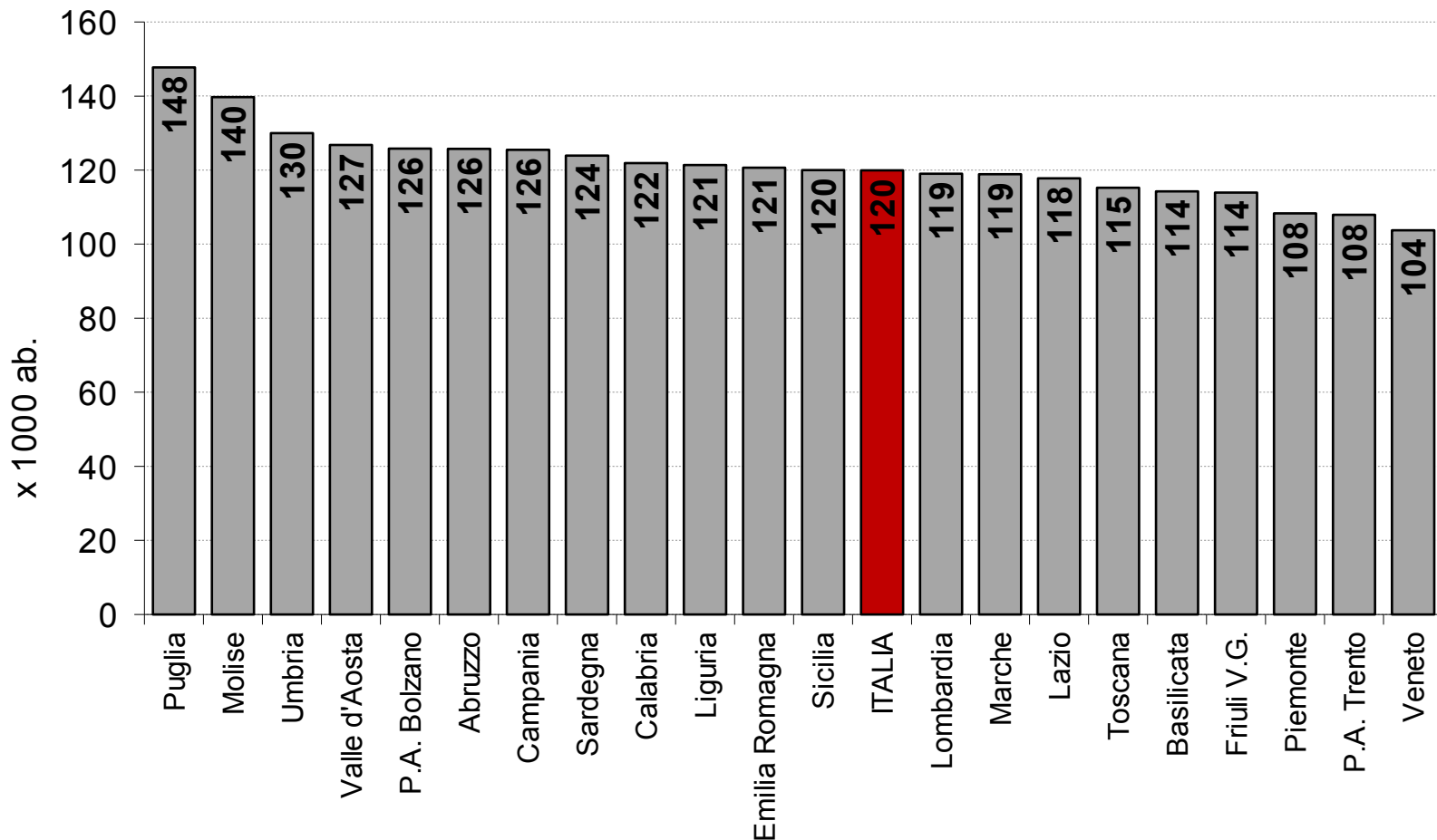
La dinamica delle risorse del SSN

Fig. 2 - Finanziamento e spesa del SSN. Anni 1990-2010



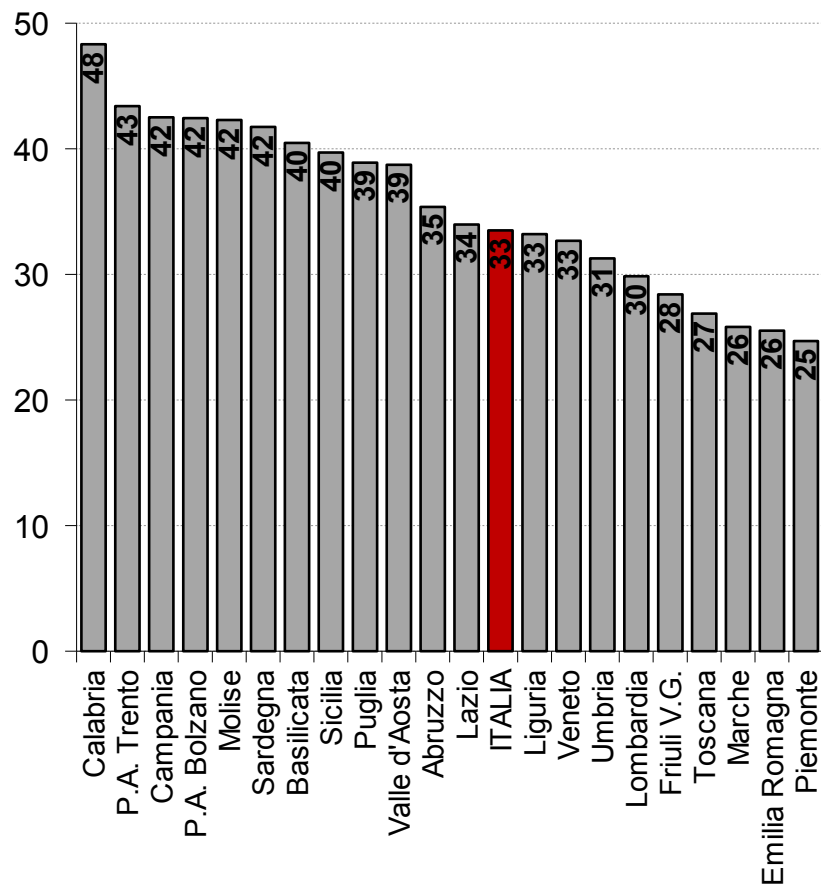
I divari interregionali e le cattive pratiche

**Fig. 3 - Tasso di ospedalizzazione per acuti
in regime ordinario - 2010**

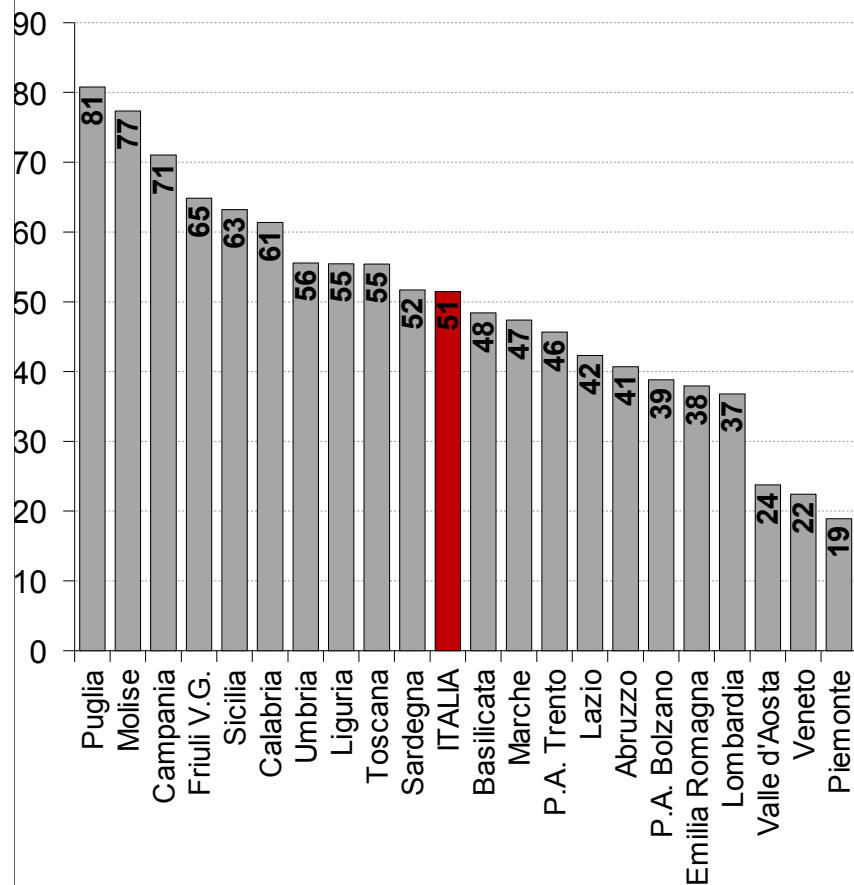


I divari interregionali e le cattive pratiche

Fig. 4 - % Dimessi da reparti chirurgici con DRG m

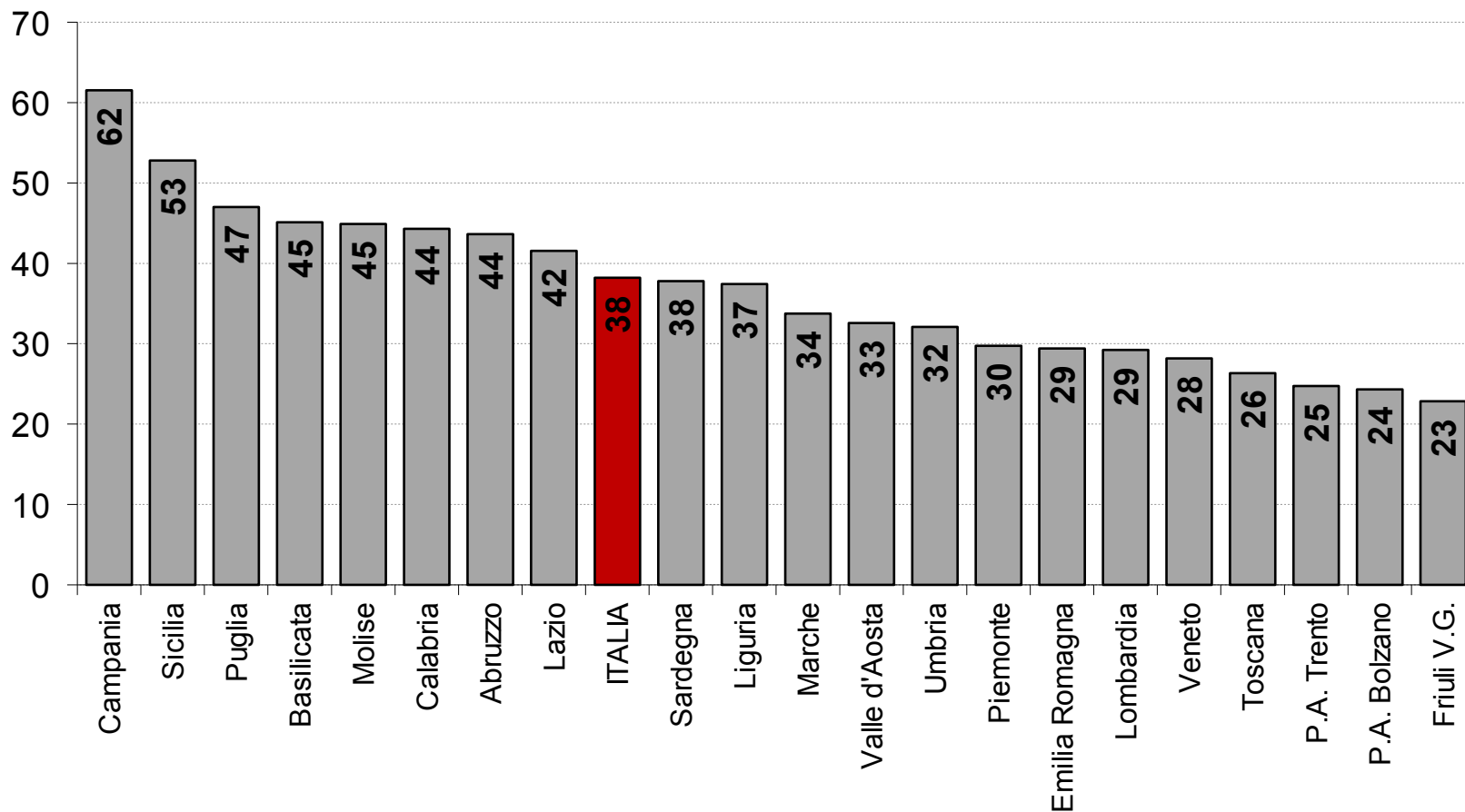


ri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni c
2010



Cattive pratiche

Fig. 6 - % Parti cesarei sul totale dei parti - 2010



I divari interregionali

Fig. 7 - Infermieri/medici - 2010

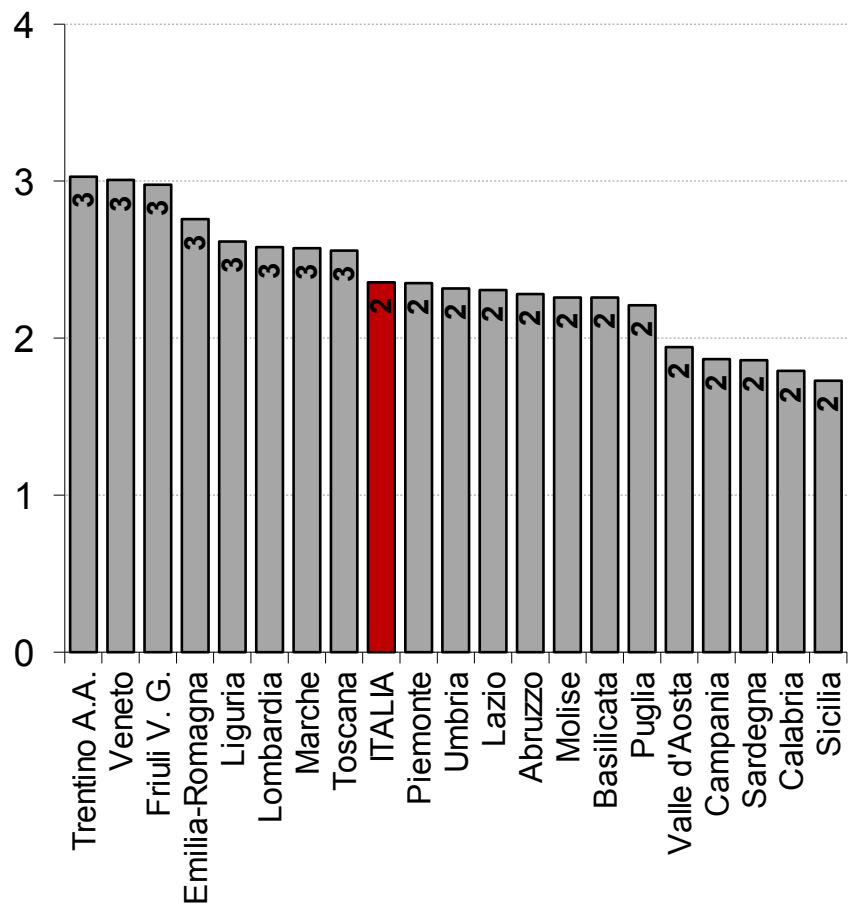
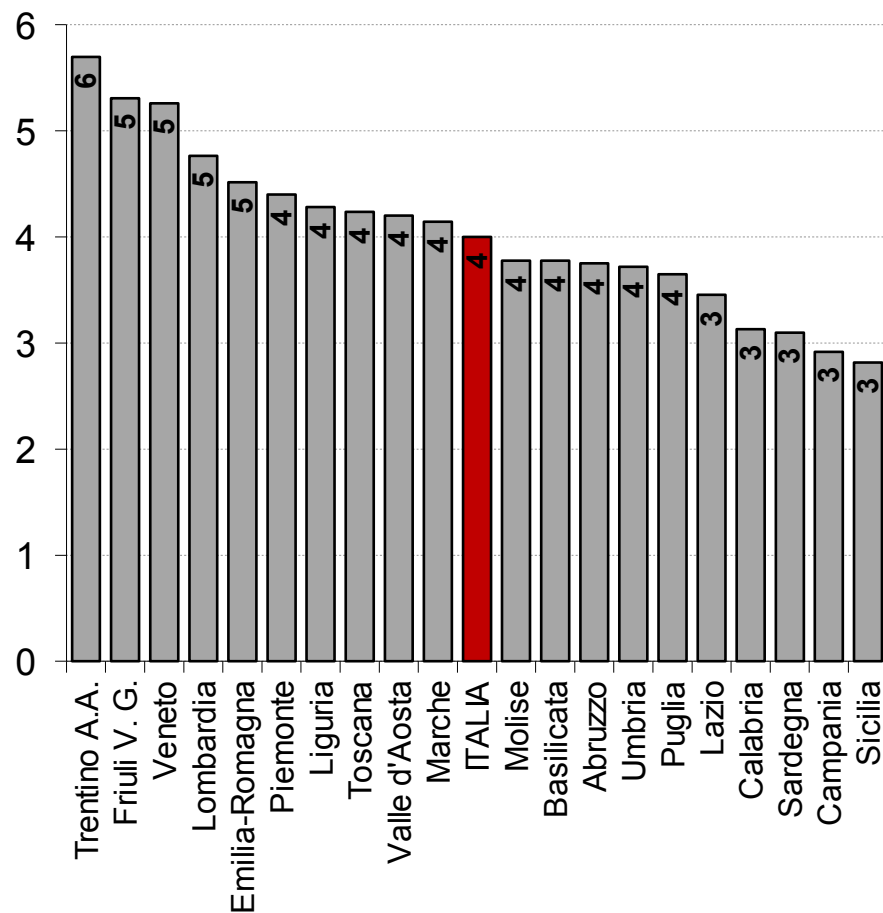
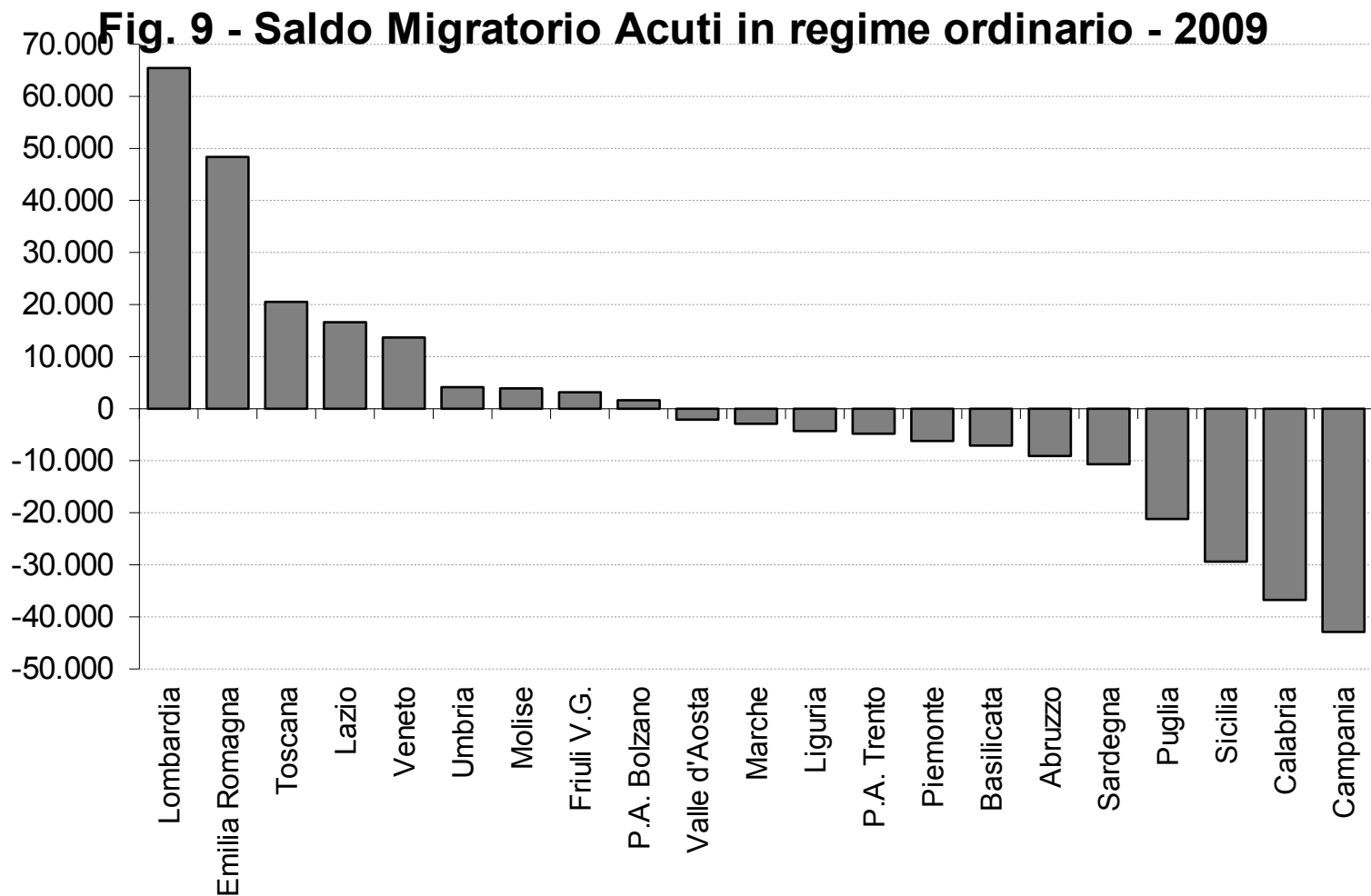


Fig. 8 - Comparto/dirigenza - 2010



I divari interregionali e le cattive pratiche



I divari interregionali e le cattive pratiche

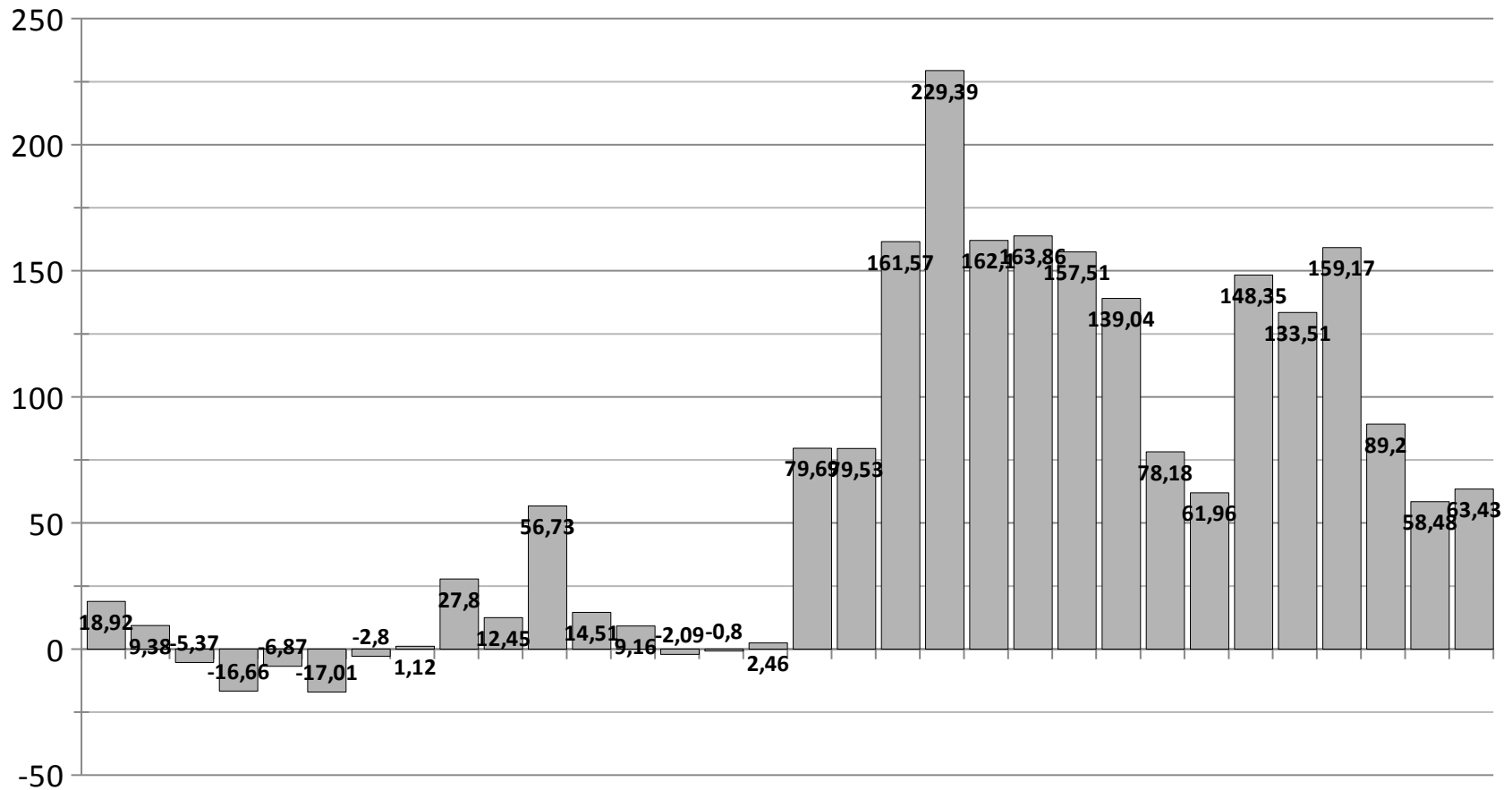
Tab.1 - Alcuni Indicatori di salute, prevenzione e assistenza di base (ultimo anno disponibile)

	Nord	Centro	Sud
<i>Indicatori di salute</i>			
Speranza di vita alla nascita (uomini) - 2010	79,3	79,5	78,8
Speranza di vita alla nascita (donne) - 2010	84,6	84,6	84,0
Tasso mortalità infantile x 1000 nati vivi - 2008	2,9	3,1	4,0
Tasso di disabilità std 6+ -2005	4,1	4,5	5,5
Tasso di disabilità 65+ - 2005	16,2	18,2	21,7
<i>Indicatori di prevenzione</i>			
% mammografia in assenza sintomi 40+ - 2005	65,7	61,7	39,4
% pap-test in assenza sintomi 25+ - 2005	74,8	71,5	46,7
% vaccinazioni influenza 65+ -2005	61,8	62,1	66,6
<i>Indicatori di assistenza di base</i>			
Tasso ambulatori e laboratori x100.000 ab. - 2008	9,9	17,5	20,7
% ambulatori e laboratori pubblici sul totale - 2008	56,3	49,0	30,1
Tasso strutture sanitarie diagnostica strumentale x100.000 ab. - 2008	4,2	5,5	5,4
%strutture sanitarie pubbl. diagnostica strumentale - 2008	55,1	50,3	48,9
Tasso strutture sanitarie attività di laboratorio x100.000 ab. - 2008	3,7	6,3	10,9
%strutture sanitarie pubbl. attività di laboratorio - 2008	57,9	32,7	20,6

Fonte: Istat, Health for All

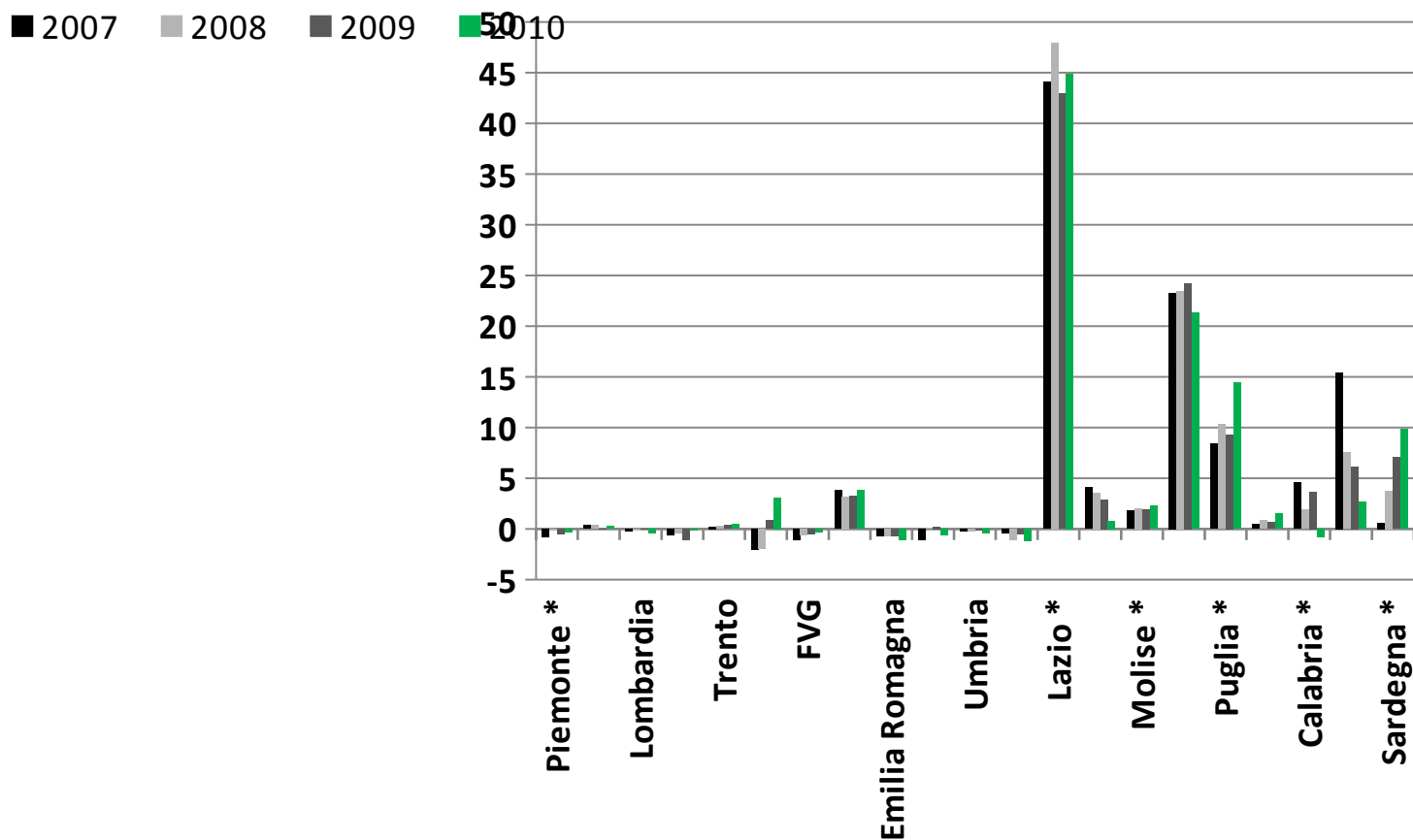
Le cattive pratiche costano

Fig.10 - Disavanzi pro-capite per aree geografiche



La concentrazione dei disavanzi

Fig. 11 - Contributo al disavanzo contabile CE



Il Patto di stabilità sanitario

Quali le ragioni della **concentrazione** dei disavanzi?

- ✗ **1999**: disavanzo pari al 6% della spesa, il contributo al disavanzo è nell'ordine 19% Lazio, 14% Campania, 11% Lombardia;
- ✗ **2010**: disavanzo pari al 2,1% della spesa, ma è imputabile per il 66% a Lazio e Campania (i disavanzi delle regioni sotto Piano di rientro sommano il 99% dell'intero squilibrio finanziario).

Cosa è successo?

- ✗ Fino al 2005 nessuno ha interesse a rispettare i vincoli di bilancio in vista di ripiani futuri (***soft budget constraint***);
- ✗ **2005**: si sigla l'intesa del 23 marzo che costituisce il Patto di stabilità sanitario (fine del ***bail out*** governativo a pioggia);
- ✗ Dopo il 2005: si isolano le aree responsabili del cattivo funzionamento del sistema obbligate a sottoscrivere i **Piani di rientro** ;

Il Patto di stabilità sanitario

Le nuove regole del gioco: meccanismi di **premi** e **sanzioni**:

Bilancio in equilibrio: anticipazione premiante (95% -98%);

Rosso di bilancio (non coperto entro i termini della diffida):

- ✘ **automatismi su leva fiscale**, blocco del turn-over, divieto di iscrivere in bilancio spese discrezionali fino al 2° anno successivo al rosso di bilancio;
- ✘ obbligo di predisporre il **Piano di Rientro** se il rosso di bilancio supera il 5% del finanziamento ordinario o gli automatismi non coprono lo squilibrio;
- ✘ **commissariamento ad acta** per mancato raggiungimento degli obiettivi con blocco dei trasferimenti erariali per spese non obbligatorie e forte perdita dell'autonomia (potere sostitutivo);

Ad oggi 10 regioni hanno sottoscritto PdR e 5 sono commissariate.

In questa logica di forte **monitoraggio** e **disciplina finanziaria** è stato ricomposto il **Patto Nord-Sud!!!**

Le ragioni del finanziamento per quota capitaria (questioni di equità)

La quota capitaria in Italia

In occasione del processo di risanamento delle finanze pubbliche la l. 662/96 indica gli **elementi** da considerare in sede di riparto (art. 1, c. 34):

- ✕ popolazione residente;
- ✕ frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso;
- ✕ tassi di mortalità della popolazione;
- ✕ indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni;
- ✕ indicatori epidemiologici territoriali.

Il «**Bisogno sanitario**» guida l'allocazione delle risorse.

Riparto del fabbisogno per il SSN

Tab. 2 - Criteri di ponderazione 2001-2011
(% di risorse su cui è applicata la ponderazione)

Anni	pop res. *	struttura età	mortalità °	densità pop	totale
2001-2004	16,7	77,9	5	0,4	100
2005	29,4	67,9	2,5	0,2	100
2006-2009	65	35	-	-	100
2010-2012	64,7	35,3	-	-	100

* popolazione Istat (non pesata)

° mortalità infantile e perinatale (opportunamente elaborati)

Fonte: ns elaborazione delibere Cipe, vari anni

La vecchia formula del riparto

Fissato il livello delle **risorse programmate** coerente con i vincoli di finanza pubblica Il fabbisogno sanitario :

- ✗viene ripartito per quote:

 - ✗ **macro-livelli** (prevenzione; distrettuale e ospedaliera);

 - ✗ **sub-livelli** (e.g. medicina generale);

- ✗viene assegnato alle regioni per ciascuno livello o sub-livello pro quota sulla base della popolazione pesata per classi di età (specialistica e 50% dell'ospedaliera) o secca per tutti gli altri sub-livelli;

- ✗alla fine si aggiunge un tetto di spesa farmaceutica;

- ✗la somma delle componenti definisce il fabbisogno regionale;

- ✗la **quota di accesso** al finanziamento è data dal fabbisogno regionale rapportato al fabbisogno nazionale che dipende dalle quote di popolazione pesata;

Tab. 3 - Riparto del finanziamento indistinto 2011 (*) (mln di euro)

Regioni	Ass. Collettiva (qz)	Medicina Generale (qz)	Ass. Farmac. (qf)	Ass. Special. (qz)	Altra Ass. (qz)	Ass. Distret.	Ass. Osped. Pesata (qz)	Ass. Osped. non pesata(qz)	Ass. Osped.	Finanz. indistinto (G11)	γi 11
	5,00%	7,00%	13,62%	13,30%	17,08%	51,00%	22,00%	22,00%	44,00%	100,00%	
Piemonte	382	535	1.064	1.069	1.306	3.974	1.681	1.780	3.461	7.817	7,54%
Lombardia	844	1.182	2.299	2.250	2.886	8.617	3.716	3.708	7.423	16.884	16,28%
Veneto	422	591	1.148	1.121	1.443	4.302	1.858	1.847	3.705	8.429	8,13%
Liguria	139	194	399	413	475	1.481	611	699	1.310	2.931	2,83%
Emilia-Romagna	378	529	1.049	1.046	1.291	3.914	1.662	1.752	3.414	7.706	7,43%
Toscana	321	449	896	901	1.095	3.342	1.410	1.509	2.919	6.581	6,35%
Umbria	77	108	216	216	265	805	341	363	704	1.586	1,53%
Marche	134	188	372	369	458	1.386	590	620	1.209	2.730	2,63%
Lazio	488	684	1.325	1.293	1.669	4.971	2.148	2.129	4.277	9.736	9,39%
Abruzzo	115	161	316	311	393	1.182	506	519	1.025	2.322	2,24%
Molise	28	39	76	75	94	284	121	126	247	558	0,54%
Campania	501	701	1.310	1.215	1.711	4.936	2.202	1.981	4.184	9.621	9,28%
Puglia	351	491	938	896	1.199	3.524	1.544	1.469	3.013	6.888	6,64%
Basilicata	51	71	138	134	173	515	223	222	444	1.010	0,97%
Calabria	173	242	463	444	590	1.739	760	732	1.492	3.404	3,28%
RSO	4.403	6.164	12.008	11.753	15.046	44.972	19.373	19.454	38.828	88.202	85,05%
Valle d'Aosta	11	15	30	30	38	113	48	49	98	221	0,21%
Bolzano	43	61	115	109	148	432	190	179	369	844	0,81%
Trento	45	63	122	118	154	457	198	195	393	896	0,86%
Friuli-VG	106	148	297	300	362	1.108	467	500	966	2.180	2,10%
Sicilia	433	607	1.158	1.102	1.481	4.349	1.907	1.820	3.727	8.509	8,20%
Sardegna	144	201	389	381	491	1.463	632	620	1.252	2.859	2,76%
RSS	783	1.096	2.111	2.040	2.674	7.921	3.443	3.362	6.806	15.509	14,95%
ITALIA	5.186	7.260	14.119	13.794	17.720	52.893	22.817	22.817	45.633	103.712	100,00%

Fonte: Ns. elaborazioni su dati di riparto del fabbisogno indistinto

(*) Popolazione di riferimento 1.1.2010; indicatori e pesature vigenti nel 2011;

Pesi 2011	< 1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75
Ospedaliera	3,122	0,366	0,226	0,363	0,528	0,930	2,079	2,906
Ambulatoriale	0,389	0,221	0,279	0,390	0,650	1,156	2,177	2,074

L'idea dei costi standard

Per il finanziamento dei LEP la l. 42/09 dispone:

✗il «superamento graduale (...) del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard» (art. 2, c. 2, lett. *m*)

✗il «rispetto dei **costi standard**» nella «determinazione delle spese» (art. 8, c. 1, lett. *b*)

*La norma intende modificare il sistema di finanziamento della sanità in modo da evitare che le **inefficienze** di alcune regioni ricadano sui contribuenti di tutte le altre (quelle virtuose).*

La vicenda dei costi standard è fonte di confusione e illusorie aspettative ...

L'idea dei costi standard

Le ragioni dei costi standard:

- ✗ la **cattiva amministrazione si concentra in alcune regioni** dove si spende troppo (a parità di prodotto) e si producono prestazioni poco efficaci (a parità di spesa);
- ✗ la **quota capitaria media** (grezza o ponderata) **penalizza i più efficienti**;

... ma ... se le regioni differiscono quanto a **capacity to benefit** delle risorse come fare in modo che le **inefficienze** ricadano su chi le produce? ... si tratta di un falso problema perché:

- ✗ la collettività dovrebbe essere interessata alla riduzione delle inefficienze ovunque esse si producono;
- ✗ un ricovero ospedaliero anche se prodotto a costo medio minimo produce il massimo dell'inefficienza se inappropriato;
- ✗ le questioni dell'efficienza devono essere distinte da quelle di equità;

La cornice del d.lgs. 68/11

Nel quadro del decreto è bene tener distinti 2 concetti:

- ✕ **finanziamento** per l'anno di riferimento;
- ✕ **spesa** (di 2 anni prima) **per la definizione ex-post di costi standard e fabbisogni standard**;

Il finanziamento integrale della spesa sanitaria (art. 26, c.1):

- ✕ è un **dato esogeno** fissato a monte del processo di bilancio nel rispetto dei **vincoli di finanza pubblica** e degli obblighi assunti in UE, nonché dei **Lea**;
- ✕ è ripartito entro le **macroaree dei Lea** (collettiva 5%; distrettuale 51%; ospedaliera 44%), primo indicatore cui le regioni devono adeguarsi (art.27, c.13);

Le regioni *benchmark* nel d.lgs. 68/11

*Per la determinazione dei **costi standard** si seleziona un set di 3 regioni tra le 5 per cui :*

- ✗ la **spesa** nel «secondo esercizio precedente a quello di riferimento» è stata **equivalente** alle «**risorse ordinarie**» attribuite al finanziamento dei Lea; le risorse ordinarie:
 - ✗ comprendono le entrate proprie effettive delle Asl e Ao;
 - ✗ sono depurate da tutte le risorse aggiuntive disposte nei bilanci regionali a copertura dei disavanzi;
 - ✗ non tengono conto dell'extra-gettito delle addizionali né delle quote di spesa che finanziano Lea aggiuntivi a quelli essenziali;
- ✗ agli indicatori finanziari si affiancano gli **indicatori** di valutazione dell' **appropriatezza** , dell' **efficienza** e della **qualità** dei servizi (da definire con dpcm);
- ✗ le tre regioni devono essere **rappresentative** delle **aree geografiche** con almeno una di piccole dimensioni;

Costi e fabbisogni standard nel d.lgs. 68/11

A decorrere dal 2013 annualmente:

- ✗ *Il **costo standard** per ciascuno macrolivello è dato dalla media della spesa procapite pesata registrata a livello aggregato nelle 3 regioni benchmark;*
- ✗ *«le pesature sono effettuate con pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento» (art. 27, c.7);*
- ✗ *il **fabbisogno standard regionale** si ottiene moltiplicando i costi standard calcolati sulle 3 regioni benchmark per la popolazione pesata di tutte le regioni;*
- ✗ *Il **fabbisogno standard nazionale** si ottiene come somma dei fabbisogni standard regionali;*
- ✗ *La **quota d'accesso** della singola regione al **finanziamento** (esogeneamente determinato) è definita dal rapporto tra fabbisogno standard regionale e il fabbisogno standard nazionale;*

La nuova formula di riparto

La nostra **simulazione, che** seguendo il dettato delle norme ha fatto ricadere la scelta su Lombardia, Toscana e Basilicata, permette di argomentare due osservazioni sulla terna prescelta delle regioni:

A) è **rilevante** per la **ricostruzione *bottom up* del livello del fabbisogno regionale standard** e di conseguenza di quello nazionale, costruito per somma;

B) è **irrilevante** per la determinazione della **quota di accesso al finanziamento** da parte delle singole regioni, determinata *top-down* : poiché il costo standard è una costante moltiplicativa, lo stesso risultato si otterrebbe con una terna qualsiasi;

Tab. 4 - Costi e fabbisogni standard per il finanziamento indistinto 2011 (*) (mln di euro)

Regioni	Assistenza Collettiva	Assistenza Farmaceutica	Assistenza Specialistica pesata	Assistenza Distrettuale non pesata	Assistenza Ospedaliera pesata	Assistenza Ospedaliera non pesata	Fabbisogno indistinto e vincolato F09 (a)	γi 09 (b)
	5,00%	13,60%	13,00%	24,40%	22,00%	22,00%	100,00%	
Piemonte	380	1.051	1.018	1.858	1.745	1.678	7.730	7,54%
Lombardia	835	2.262	2.151	4.084	3.615	3.688	16.636	16,22%
Veneto	419	1.132	1.073	2.048	1.805	1.850	8.327	8,12%
Liguria	138	395	390	677	689	611	2.901	2,83%
Emilia-Romagna	372	1.028	989	1.818	1.706	1.642	7.556	7,37%
Toscana	318	884	856	1.554	1.482	1.404	6.497	6,34%
Umbria	77	213	205	375	356	339	1.563	1,52%
Marche	134	371	356	658	615	594	2.728	2,66%
Lazio	482	1.304	1.235	2.359	2.076	2.130	9.586	9,35%
Abruzzo	114	313	298	559	510	505	2.299	2,24%
Molise	27	75	72	134	124	121	555	0,54%
Campania	498	1.301	1.183	2.437	1.945	2.201	9.564	9,33%
Puglia	350	930	864	1.710	1.440	1.545	6.839	6,67%
Basilicata	51	137	129	248	219	224	1.007	0,98%
Calabria	172	460	428	842	720	760	3.383	3,30%
RSO	4.366	11.855	11.247	21.361	19.048	19.293	87.171	85,01%
Valle d'Aosta	11	30	28	53	48	48	219	0,21%
Bolzano	43	113	104	209	173	189	832	0,81%
Trento	45	120	113	218	190	197	882	0,86%
Friuli-VG	105	293	285	516	490	466	2.156	2,10%
Sicilia	432	1.150	1.066	2.112	1.789	1.907	8.455	8,24%
Sardegna	143	385	366	700	606	633	2.834	2,76%
RSS	778	2.091	1.962	3.808	3.297	3.440	15.376	14,99%
ITALIA	5.145	13.946	13.209	25.170	22.344	22.732	102.547	100,00%
Procap. pesato Italia	86		448	418	366	377	1695	
Costo standard (gz)	86		442	419	361	379	1687	
su 3 regioni (**)								

Fonte: *Ns. elaborazioni su dati Copaff*

(*) Popolazione di riferimento 1.1.2009; indicatori e pesature vigenti nel 2009;

(**) Regioni benchmark: Lombardia, Toscana, Basilicata;

Pesi 2009	< 1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75
Ospedaliera	2,539	0,376	0,254	0,392	0,567	0,945	2,105	3,025
Ambulatoriale	0,242	0,204	0,169	0,228	0,363	0,573	1	0,897

Tab. 5 - Costi e fabbisogni standard per il finanziamento indistinto 2011 (*) (mln di euro)

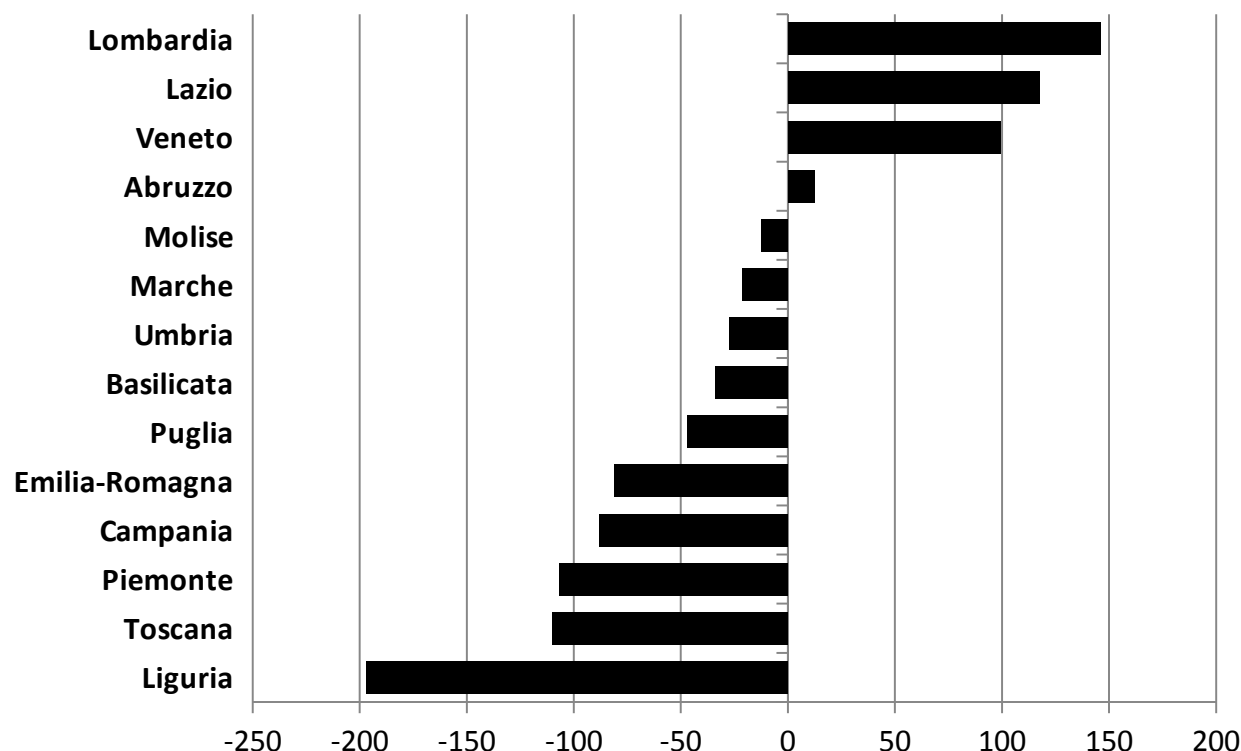
Regioni	F09 Fabbisogno indistinto e vincolato (a)	γi 09 (b)	G09 Spesa effettiva (c)	F09-G09 (d=a-c)	G11* γi 09 (e=b*G11)	γi 11 (f)	G11*γi11 (g=f*G11)	G11*γi (09-11) (h=e-g)
Piemonte	7.730	7,54%	7.837	-107	7.818	7,54%	7.817	1
Lombardia	16.636	16,22%	16.490	146	16.825	16,28%	16.884	-59
Veneto	8.327	8,12%	8.227	99	8.421	8,13%	8.429	-8
Liguria	2.901	2,83%	3.098	-197	2.934	2,83%	2.931	3
Emilia-Romagna	7.556	7,37%	7.637	-81	7.642	7,43%	7.706	-64
Toscana	6.497	6,34%	6.607	-110	6.571	6,35%	6.581	-11
Umbria	1.563	1,52%	1.591	-27	1.581	1,53%	1.586	-5
Marche	2.728	2,66%	2.749	-21	2.759	2,63%	2.730	29
Lazio	9.586	9,35%	9.468	117	9.695	9,39%	9.736	-42
Abruzzo	2.299	2,24%	2.287	12	2.326	2,24%	2.322	3
Molise	555	0,54%	567	-12	561	0,54%	558	3
Campania	9.564	9,33%	9.652	-88	9.673	9,28%	9.621	52
Puglia	6.839	6,67%	6.886	-47	6.916	6,64%	6.888	28
Basilicata	1.007	0,98%	1.041	-34	1.018	0,97%	1.010	8
Calabria	3.383	3,30%	3.470	-86	3.422	3,28%	3.404	18
RSO	87.171	85,01%	87.606	-435	88.161	85,05%	88.202	-42
Valle d'Aosta	219	0,21%	218	1	221	0,21%	221	0
Bolzano	832	0,81%	838	-6	841	0,81%	844	-3
Trento	882	0,86%	862	20	892	0,86%	896	-4
Friuli-VG	2.156	2,10%	2.159	-3	2.180	2,10%	2.180	0
Sicilia	8.455	8,24%	8.329	125	8.551	8,20%	8.509	42
Sardegna	2.834	2,76%	2.871	-37	2.866	2,76%	2.859	7
RSS	15.376	14,99%	15.276	101	15.551	14,95%	15.509	42
ITALIA	102.547	100,00%	102.882	-335	103.712	100,00%	103.712	0
Procap. pesato Italia	1695							
Costo standard (gz)	1687							
su 3 regioni (**)								

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Copaff

(**) Regioni benchmark: Lombardia, Toscana, Basilicata;

Simulazione del d.lgs. 68/11 sul riparto 2011

Fig. 12 - Effetto costi standard su fabbisogno 2009
(simulazione su dati copaff 2009)

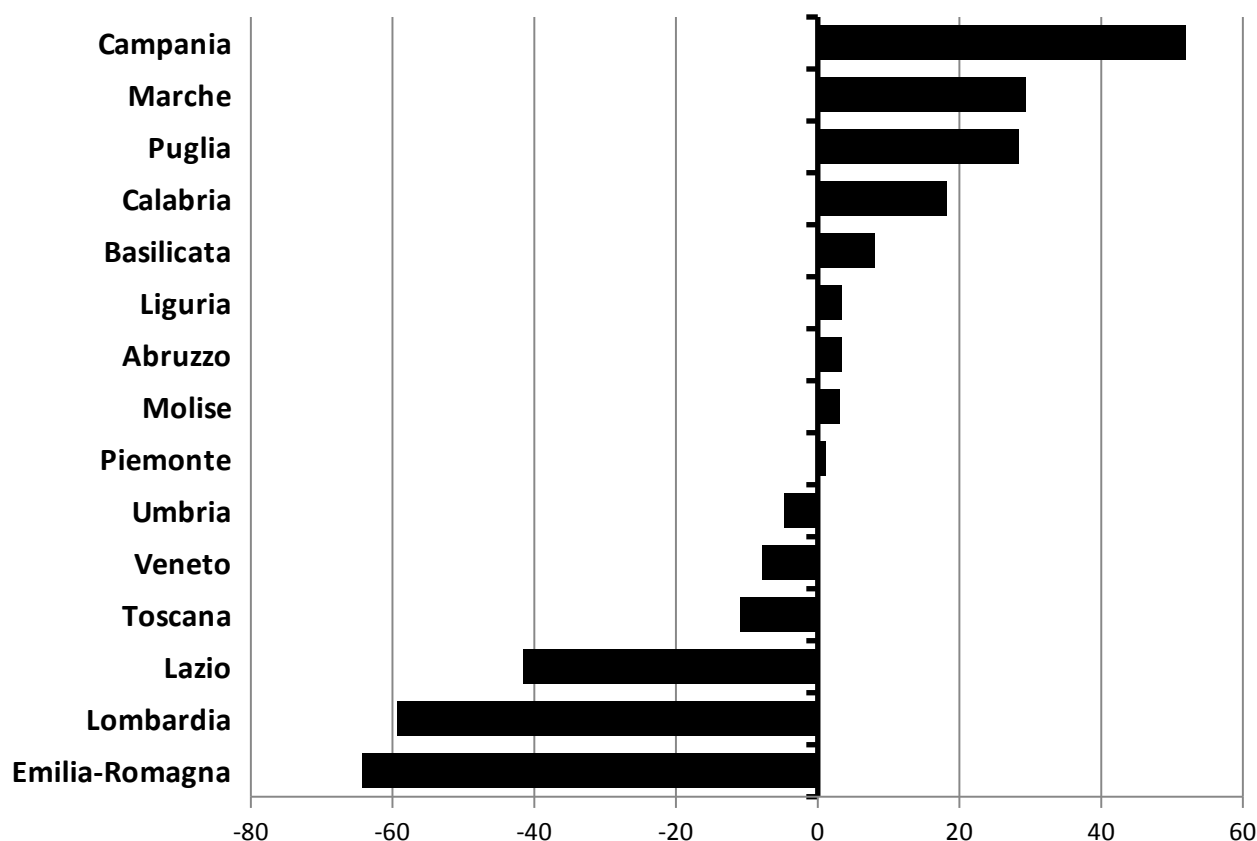


La terna prescelta influenza il fabbisogno standard 2009 (Fi09) calcolato *ex-post* rispetto alla distribuzione iniziale *ex-ante* delle risorse (Gi09):

se $Fi09 < Gi09$ si evidenzia un vantaggio per tutte le regioni che presentano una spesa procapite pesata inferiore alla media delle regioni *benchmark*;

Simulazione del d.lgs. 68/11 sul riparto 2011

Fig. 13 - Effetto pesi (fabb. indistinto 2011 vs dati copaff 2009)



La differenza è determinata:

- a) dalla variazione dei pesi per classi di età nel 2011 rispetto al 2009;
- b) dall'incremento della quota del sub-livello della specialistica soggetta a ponderazione nel 2011;

Conclusioni

Il d.lgs. 68/11 conferma l'assegnazione *top-down* delle risorse alle regioni per formula capitaria e ... la procedura fondata sui costi standard delle regioni *benchmark* è:

- ✗ ininfluente ai fini della quota di accesso al finanziamento esogeneamente determinato;
- ✗ ma evidenzia conseguenze distorsive – nell'ipotesi di stanziamenti considerati superiori al fabbisogno stimato – benefici a favore delle regioni con spesa procapite pesata inferiore alla media del *benchmark* a prescindere dall'efficienza;

Il dibattito sui costi standard ha contribuito a risvegliare l'interesse per i **sistemi di ponderazione** della formula capitaria, unico elemento capace di influenzare le assegnazioni alle regioni.

Il d.lgs. 68/11 è incapace di collegare le questioni di efficienza con quelle di equità!

Raccomandazioni

Correttivi tecnici del d.lgs.68/11:

- ✘ i «pesi per classi di età della popolazione ... relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento», di fatto utilizzano i consumi rilevati attraverso la tessera sanitaria e le Sdo di ben 4 anni prima;
- ✘ la questione dell'indice di deprivazione andrebbe riconsiderata;
- ✘ l'applicazione della normativa vigente in tema di vincoli e adempimenti (monitoraggio) dovrebbe essere confermata e incorporata nel decreto, onde evitare di finanziare le inefficienze;
- ✘ maggiore attenzione alla **programmazione nazionale** dovrebbe essere prestata alle **condizioni di convergenza** (equità);
- ✘ rischioso l'art. 25, c.3: i costi e i fabbisogni standard «costituiscono il riferimento cui rapportare (...) a regime il finanziamento integrale della spesa sanitaria», che lega la determinazione del finanziamento per il SSN (e dei tagli) a metodologie approssimative che nulla hanno a che fare né con l'efficienza;

Grazie per la vostra attenzione.