

## **L'esperienza francese nella remunerazione delle prestazioni ospedaliere tramite tariffa predeterminata: il SSN italiano come esempio "europeo" per le riforme sanitarie d'oltralpe.**

**Sommario:** 1. La T2A 2. Prima della T2A: il budget global 3. L'attuale definizione del budget sanitario 4. La tarification à l'activité 5. I benefici attesi della riforma 6. Gli effetti concreti 7. Le principali caratteristiche tecniche della T2A 8. Gli effetti sulle strutture ospedaliere 9. L'impatto della sulla qualità delle cure 10. Le conseguenze sulle regole di fatturazione 11. Conclusioni 12. Riferimenti bibliografici

### 1. La T2A.

La *tarification à l'activité*<sup>1</sup>, introdotta dalla legge n. 2003-1199 del 18 dicembre 2003, costituisce il nuovo sistema di remunerazione delle cure dispensate dagli istituti di sanità pubblici e privati francesi. Essa ha per scopo principale quello di finanziare con i medesimi strumenti economici tutti gli istituti sanitari, pubblici e privati, oltreché di remunerare questi ultimi in funzione delle effettive attività di cura da essi prestate<sup>2</sup>.

La T2A si applica solo all'erogazione di servizi sanitari di "degenza breve"<sup>3</sup>, ma a tutte le prestazioni presenti in tali ambiti di attività<sup>4</sup>: ospedalizzazione con o senza prestazioni alberghiere; ospedalizzazione a domicilio; consulti e cure esterne. Gli altri servizi di cura<sup>5</sup>, pur nella prospettiva di completo trasferimento nell'ambito di applicazione della T2A, sono attualmente finanziati in parte attraverso una dotazione forfetaria definita "dotazione annuale di finanziamento".

Il principio della T2A è quello di standardizzare le spese riferibili ad un ricovero: la tariffa applicata non costituisce la remunerazione del costo realmente sostenuto per la cura di ogni paziente, bensì è determinata preliminarmente per ogni gruppo omogeneo di patologie, definiti *groupes homogenès de maladie*<sup>6</sup> (i DRGs statunitensi).

In pratica il sistema di finanziamento delle prestazioni sanitarie è un mix che si fonda<sup>7</sup>: da un lato, su una fatturazione per singola prestazione erogata, in base a tariffe di prestazione ospedaliera per ricovero; dall'altro, su una dotazione assegnata per gli incarichi di interesse generale e di aiuto

<sup>1</sup> D'ora in avanti "T2A".

<sup>2</sup> BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007.

<sup>3</sup> Medicina generale, ostetrica e chirurgia.

<sup>4</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>5</sup> Psichiatria, cure di riabilitazione.

<sup>6</sup> D'ora in avanti "GHM".

<sup>7</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in "Revue d'économie financière", n. 76, pagg. 209-222, 2004.

alla contrattualizzazione<sup>8</sup>, che si riferisce all'attività relativa alle missioni di servizio pubblico, alle priorità nazionali o locali di sanità pubblica e di innovazione medica.

Per l'individuazione dell'ammontare della T2A si considerano<sup>9</sup>: le tariffe per ricovero, ove il servizio sanitario è valutato attraverso la comprensione nei casi raggruppati nei GHS; le tariffe per prestazione, come ad esempio le urgenze, i trapianti d'organo o la dialisi; dei pagamenti supplementari, corrisposti per certi farmaci e dispositivi medici particolarmente costosi.

Le tariffe sono definite a livello nazionale, con l'applicazione, in certi casi, di un *coefficient géographique* riferito ai costi sovraccosti strutturali collegati alla localizzazione delle strutture sanitarie<sup>10</sup>.

A titolo provvisorio (seppur provvisoriamente perdurante), una parte delle risorse delle strutture sanitarie pubbliche viene a queste attribuito sottoforma di trasferimento forfetario, denominato *dotation annuelle complémentaire*<sup>11</sup>, che dovrà progressivamente essere ridotta fino alla scadenza prevista dalla legge istitutiva<sup>12</sup>: il 2012. La parte di prestazioni finanziata attraverso la T2A è stata, per medicina, chirurgica ed ostetricia, del 25% nel 2005, con un passaggio al 50% previsto per il 2007<sup>13</sup>, ma ancora considerevolmente lontano dal trovare reale applicazione. Gli onorari dei medici esercitanti in libera professione, in strutture private o pubbliche, sono tutt'ora fatturati in aggiunta<sup>14</sup>.

Nelle strutture sanitarie pubbliche, l'innovazione portata dalla prima "dose" di T2A ha determinato l'abbandono del precedente modello di budget e la sua sostituzione attraverso l'istituzione di uno *état prévisionnel des recettes et des dépenses*<sup>15</sup>, il quale ha permesso di programmare le spese preventivate in funzione delle entrate previste<sup>16</sup>.

La messa in opera di tale riforma è di evidente importanza, così come di estrema complessità, avendo innescato molteplici problematiche, tra cui le principali che possono essere ricordate sono<sup>17</sup>:

- la modalità di determinazione del montante delle tariffe, ad oggi parzialmente calcolato sui costi standard riferibili alla struttura sanitaria;
- l'eventuale convergenza futura delle tariffe tra il settore pubblico e l'ospedalità privata<sup>18</sup>, in aggiunta alla convergenza attuale tra strutture sanitarie del medesimo settore, rendendo necessari per l'equilibrio economico degli importanti guadagni di produttività in alcuni stabilimenti;

---

<sup>8</sup> D'ora in avanti "MIGAC".

<sup>9</sup> BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007.

<sup>10</sup> In particolare i DOM e l'Île-de-France. Vedi BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

<sup>11</sup> D'ora in avanti "DAC".

<sup>12</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in "Revue d'économie financière", n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>13</sup> Ibidem.

<sup>14</sup> BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007.

<sup>15</sup> D'ora in avanti "EPRD".

<sup>16</sup> BENAMOUGIG D., *Grandes manoeuvre autour de la santé*, in "Alternatives économiques", n. 270, pagg. 52-60, 2008.

<sup>17</sup> BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pag. 661.

<sup>18</sup> Una convergenza intersettoriale che porta a prospettare una possibile tariffa unica nel 2012, quale che sia la natura dell'erogatore.

- l'articolazione di tale riforma entro la logica degli SROS<sup>19</sup>, che mirano a rispondere in modo equilibrato su tutto il territorio nazionale ai bisogni di sanità, e di quella non sempre sintonica della nuova tarifficazione.

## 2. Prima della T2A: il budget global.

Già nel 1985 la necessità del contenimento della spesa e della razionalizzazione delle prestazioni sanitarie erano problematiche che portavano a focalizzare l'attenzione dei decisori pubblici sull'elaborazione di possibili riforme di sistema. Per questo, nella seconda metà degli anni Ottanta, si cercò di rispondere alle sfide presenti (le medesime di oggi) con l'introduzione del *budget global*<sup>20</sup>: esso sostituiva progressivamente il precedente rimborso a giornata, che era stabilito dall'autorità prefettizia di distretto, elaborato a priori sulla base delle necessità finanziarie delle strutture pubbliche e private. Secondo tale sistema gli ospedali francesi erano finanziati da un sistema di tariffe giornaliere, differenziate sensibilmente tra strutture pubbliche, ove nelle spese erano ricompresi gli stipendi del personale medico, e strutture private<sup>21</sup>. Un simile modello tariffario generava forti tendenze inflazionistiche<sup>22</sup>, producendo vantaggi per gli ospedali in termini di remunerazione, e risultando estremamente costoso per l'*assurance maladie*<sup>23</sup>.

Per tale ragione fu introdotto il *budget global*, strumento giuridico con conseguenze pratiche rilevanti<sup>24</sup>: Esso è costituito dalla teorica somma totale dei rimborsi che l'*assurance maladie* deve versare all'ospedale per l'esercizio delle sue prestazioni in un dato anno. Tale ammontare, per il finanziamento dell'anno d'esercizio, è determinato in base allo storico dei pazienti ricoverati nella struttura, corretto attraverso un tasso di compensazione, sino ad oggi sempre positivo. Si tratta, in sostanza, di una specie di credito aperto con la *Caisse primaire d'assurance maladie*<sup>25</sup>.

Un dodicesimo della dotazione così determinata è versato ogni mese agli ospedali attraverso la loro *caisse pivot d'assurance maladie*<sup>26</sup>. Una simile modalità di conferimento delle risorse distoglieva, di fatto, l'attenzione dalla valutazione della qualità e quantità delle prestazioni

---

<sup>19</sup> Lo ricordiamo: "Schemi di organizzazione sanitaria", *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*; d'ora in avanti "SROS". Essi sono il solo strumento di pianificazione sanitaria, avendo la funzione di previsione e di inquadramento quantitativo della domanda e dell'offerta delle prestazioni mediche per settore e regione sanitaria, nonché di pianificazione degli investimenti sull'intero territorio. Vedi BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004, pagg. 124-126.

<sup>20</sup> ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996.

<sup>21</sup> STINGRE D., *Le service public hospitalier*, PUF, Paris, 1998.

<sup>22</sup> Nel 1973 le spese ospedaliere crescevano del 28%, mentre l'inflazione si attestava al 14%; vedi IMBERT J., *Les hôpitaux en France*, PUF, Paris, 1996.

<sup>23</sup> Dal 1990 al 2006, ed ancora oggi, la *branche maladie* ha registrato un deficit perpetuo, toccando un picco massimo di -11,8 miliardi di euro nel 2004 (parzialmente ridotto nel 2007: -10 miliardi di euro). Vedi Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2006.

<sup>24</sup> ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996.

<sup>25</sup> Ibidem.

<sup>26</sup> Decreto n. 97-362 del 16 aprile 1997 .

erogate<sup>27</sup>, inducendo la spesa sanitaria a dipendere dalla congiuntura economica o da obiettivi di politica generale<sup>28</sup>: difatti la possibilità di revisione del budget in corso d'esercizio si presentava di notevole complessità, attivabile solo a seguito di eventuali variazioni macroeconomiche, come il rinnovo dei contratti di settore. Con l'introduzione di questi tetti finanziari, stabiliti esogenamente dall'autorità governativa, si cercava di far acquisire una logica di ottimizzazione delle risorse disponibili ai dirigenti sanitari, obbligando a rapportare (contenere) le spese alle entrate prestabilite attraverso una razionalizzazione economica dal processo decisionale.

Il *budget global*, quale strumento della Pubblica amministrazione, coinvolgeva tanto aspetti relativi alle spese correnti<sup>29</sup>, quanto gli investimenti in capitale fisso<sup>30</sup>, presupponendo la definizione di tariffe differenziate in base al tipo di prestazione su cui stabilire l'ammontare globale finanziabile<sup>31</sup>.

Il decreto n. 83-724 dell'11 agosto 1983 permetteva di modulare la dotazione attribuita in funzione delle prestazioni effettivamente erogate da ogni struttura ospedaliera. Tale modulazione in pratica era però limitata<sup>32</sup>: il problema, per la tutela dipartimentale e regionale, si presentava non solo nella misurazione delle prestazioni, ma anche nella decisione, politicamente complessa, circa il trasferimento di fondi. La legge disponeva di fare riferimento alle prestazioni realmente erogate da ogni struttura sanitaria nella determinazione del finanziamento da concedere, ma di fatto la modulazione di quest'ultimo era effettuata in base ai budget passati, che hanno continuato ad essere la determinante principale delle somme allocate<sup>33</sup>. Questo non solo favoriva gli ospedali maggiormente forniti di risorse (quindi con budget più consistenti in termini monetari) prima della messa in opera del *budget global*, a svantaggio delle altre strutture ospedaliere meno "dotate"<sup>34</sup>, ma innescava "corse alla spessa" generanti i meccanismi iper-inflattivi<sup>35</sup> noti anche al nostro SSN.

Altra questione spinosa è seguita all'introduzione delle 35 ore lavorative<sup>36</sup>, con gli ospedali che non hanno colto l'opportunità per ridurre le improprie sovra-dotazioni di personale, proprio per non vedere una riduzione delle risorse erogate dalla dotazione globale<sup>37</sup>. Tutto questo ha portato nuovamente alla necessità di ridisegnare nuovamente l'assetto istituzionale e di finanziamento del sistema sanitario francese.

---

<sup>27</sup> Che finivano per diventare dei prerequisiti per l'accesso ai finanziamenti. Vedi IMBERT J., *Les hôpitaux en France*, PUF, Paris, 1996.

<sup>28</sup> CASTIEL D., *Economie de la santé, quel avenir?*, EMS, Paris, 1998.

<sup>29</sup> Ad esempio per il personale, beni e servizi.

<sup>30</sup> Ad esempio le attrezzature.

<sup>31</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004 .

<sup>32</sup> PELJAK D., *Le droit budgétaire des établissements publics de santé*, Les études hospitalières, Paris, 2003 .

<sup>33</sup> Ibidem.

<sup>34</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>35</sup> Più una struttura ospedaliera dichiarava di spendere in corso d'esercizio, maggiore sarebbe stato l'ammontare del budget da essa ricevuto per l'anno successivo, essendo il nuovo stanziamento basato per l'appunto sulla spesa storica.

<sup>36</sup> Legge n. 98-461 del 13 giugno 1998 e legge n. 2000-37 19 gennaio 2000.

<sup>37</sup> MOISY M., *Etat de santé : quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'Enquête décennale Santé*, in "Revue française des affaires sociales", n. 1, pagg. 1-104, 2008.

### 3. L'attuale definizione del budget sanitario.

Gli ospedali pubblici e le strutture private a fine non lucrativo partecipanti al servizio pubblico ospedaliero, fino al 2004, sono stati finanziati unicamente attraverso il meccanismo della dotazione globale<sup>38</sup>. Le altre strutture ricevevano risorse attraverso un sistema di: tariffe giornaliere; di *forfaits* annuali<sup>39</sup>, volti a coprire una parte dei costi fissi (personale, attrezzatura medica) e valutati in funzione delle prestazioni erogate negli anni precedenti; *forfait* di base aggiuntivi rispetto a *tranches* supplementari erogate in base a necessità specifiche; una *tarif au passage*, corrispondente ad un prezzo nazionale di valore unico (ATU), quale che sia il ricovero, e non cumulabile alla fatturazione di un GHS; finanziamento non esclusivo delle consultazioni e delle prestazioni esterne; un finanziamento specifico per le *zones de surveillance de très courte durée* (ZSTCD): GHS con soggiorni di durata indeterminata, sempre che il soggiorno non si trasformi in un servizio di ricovero. Tutte queste risorse sono quantificate in termini di ammontare massimo, attraverso un *objectif quantifié national*<sup>40</sup>, votato ogni anno dal Parlamento<sup>41</sup>.

Tali meccanismi giocano ancora un ruolo importante, in attesa che la T2A arrivi ad essere pienamente posta a regime: per le strutture sanitarie finanziate attraverso la dotazione globale si dovrà (ottimisticamente) attendere sino al 2012, con un avvio progressivo del nuovo modello di remunerazione.

Il budget di ogni struttura ospedaliera deve<sup>42</sup>: essere annuale, unico, ed equilibrato; deve sempre contenere un sezione indicante lo sfruttamento effettivo delle risorse ed una dedicata agli investimenti, con anche la possibilità di uno o più conti (contabili) allegati; le entrate e le spese sono classificate in gruppi funzionali, differenziati a seconda della sezione cui afferiscono.

Negli ospedali pubblici l'ordinatore di spesa, il direttore generale, non corrisponde al soggetto pagante<sup>43</sup>: quest'ultimo è l'ufficio contabile del Ministero del Tesoro. Un tale sistema, datato ed amministrativamente complesso, risulta chiaramente oneroso, seppur volto a perseguire lo scopo di evitare possibili irregolarità, supponendo il controllo centralizzato come più affidabile.

Il calendario finanziario è molto dettagliato<sup>44</sup>: prima della fine del mese di giugno, la struttura sanitaria pubblica deve inviare all'*Agences regionales de l'hospitalisation*<sup>45</sup> le grandi linee del suo

---

<sup>38</sup> PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, Presses universitaires de France, Paris, 2008.

<sup>39</sup> FORFAIT ANNUEL URGENCES ; FORFAIT COORDINATIONS DES PRELEVEMENTS ORGANES, articolati in 5 livelli in funzione delle prestazioni specifiche della struttura sanitaria ; FORFAIT ANNUEL GREFFE articolati in 6 livelli secondo la natura delle attività supplementari erogate, sono forfait realizzati per coprire le spese eccezionali, ad esempio il dispiegamento di squadre di pronto intervento, o il coordinamento dei trapianti.

<sup>40</sup> D'ora in avanti "OQN".

<sup>41</sup> Ibidem.

<sup>42</sup> PELJAK D., *Le droit budgétaire des établissements publics de santé*, Les études hospitalières, Paris, 2003.

<sup>43</sup> TERRIER E., *Droit des entreprises de santé*, in "Semaine juridique. Entreprise et affaires", n. 2 , pagg. 2-41, 2003.

<sup>44</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>45</sup> D'ora in avanti "ARH". Create dall'ordinanza n. 96-346 del 1996, sono dei GIP costituiti tra lo Stato e le casse regionali d'assicurazione-malattia. Poste sotto la tutela del ministro incaricato della sanità e della sicurezza sociale, sostituiscono l'azione di DRASS e DDASS per quel che concerne gli stabilimenti sanitari, avendo per missione la

disegni di budget per l'anno d'esercizio. Questo deve essere fatto nel quadro del *projet d'établissement* e del *contrat d'objectifs et de moyens*<sup>46</sup> che l'ospedale ha firmato. Un budget dettagliato deve poi essere votato dal consiglio di amministrazione della struttura sanitaria prima del 15 ottobre di ogni anno. E' in aggiunta prevista una procedura di scambio documentale, invii e rinvii<sup>47</sup>, tra l'ARH e l'ospedale.

Nella prassi, la struttura ospedaliera non riceve l'approvazione del budget, corretto e ricorretto, che alla fine dell'anno. Effettivamente l'AHR attende la pubblicazione della legge di finanziamento della sicurezza sociale (annuale) e le ripartizioni regionali dei fondi nazionali, operate dal Ministero della Sanità<sup>48</sup>, prima di confermare ad ogni ospedale il relativo budget.

Le AHR esercitano un potere determinante sull'attribuzione/accettazione dei budget alle strutture ospedaliere, pur avendo formalmente un ristretto margine di manovra<sup>49</sup>.

#### 4. *La tarification à l'activité.*

Quest'importante riforma, quasi una rivoluzione per la Francia, andrà a mutare radicalmente, seppur con tempi molto progressivi<sup>50</sup>, il sistema di gestione ospedaliero, modificando profondamente anche le strategie delle istituzioni<sup>51</sup>.

Fino ad oggi, come già notato, il campo di applicazione della T2A non riguarda che le attività di degenza breve in medicina generale, chirurgia, ostetricia e odontoiatria, oltre alle strutture ospedaliere sottoposte a finanziamento tramite dotazione globale.

Il sistema degli erogatori sanitari privati a fine lucrativo è differente, e lo sarà anche in seguito, per ragioni riguardanti le missioni di servizio pubblico delle strutture ospedaliere coinvolte, oltreché gli onorari dei medici del settore privato a fine lucrativo, non inclusi nell'attuale meccanismo di calcolo del prezzo di degenza giornaliera o forfetaria, venendo fatturati a parte<sup>52</sup>.

Ad ogni modo, la filosofia della riforma è chiara: le entrate delle strutture ospedaliere andranno a dipendere completamente dai casi trattati, disincentivando così qualsiasi interesse economico a prolungare i giorni di degenza.

---

messa in opera della politica regionale di offerte sei servizi ospedalieri, di determinare le risorse di questi e di coordinarne l'attività nel rispetto degli orientamenti nazionali.

<sup>46</sup> Il *contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* è lo strumento privilegiato per la messa in opera dello SROS da parte delle strutture ospedaliere e dai titolari di autorizzazione (ad esempio cliniche private che partecipano al servizio sanitario pubblico).Eguale, tali contratti sono supporto delle attribuzioni di servizio pubblico.

<sup>47</sup> Quasi una *navette* parlamentare.

<sup>48</sup> Attraverso la *Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins*, d'ora in avanti "DHOS". Vvedi BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007.

<sup>49</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>50</sup> Si è già ricordato come il termine del programma di completa attuazione della T2A sia previsto per il 2012.

<sup>51</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in "Revue d'économie financière", n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>52</sup> BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007.

I principi basilari ispiranti la riforma introduttiva della T2A portano le principali fonti di finanziamento di un ospedale ad essere<sup>53</sup>: le tariffe delle prestazioni corrispondenti ai ricoveri e alle cure dei malati trattati nella struttura; una parte dei farmaci e dei dispositivi protesici classificati come “costosi” e prescritti ad ogni paziente durante il ricovero; i *forfait* annuali delle urgenze e il coordinamento dei trapianti d’organo; le missioni d’interesse generale per le attività di degenza breve; il *forfait* giornaliero (tariffa standard per un giorno di degenza).

A seguito della riforma, i pazienti ospedalieri sono classificati secondo il sistema GHM<sup>54</sup>, il quale permette l’attribuzione ad ogni paziente, alla fine del ricovero, di un GHM specifico<sup>55</sup>. E’ stata poi introdotta una novità, il *groupement homogène de séjour*<sup>56</sup>: quasi sempre, esso corrisponde al GHM, ma è possibile che quest’ultimo sia remunerato diversamente, a seconda della struttura in cui è preso a carico<sup>57</sup>. Questo è il caso, ad esempio, dei malati inquadrati in dati GHM ammessi in unità di cure palliative: la struttura ospedaliera riceverà un maggior ammontare di risorse/remunerazione rispetto ad un paziente non trattato con simili cure<sup>58</sup>.

Pertanto, la distinzione GHM-GHS, qualora esistente, determina un effetto sulla struttura erogatrice del servizio sanitario<sup>59</sup>: tale possibilità permette ai poteri pubblici, attraverso i meccanismi di prezzo, di dare un segnale agli operatori ospedalieri, stimolandoli a dati comportamenti, come, riprendendo l’esempio, istituire unità di cure palliative.

Ogni GHS ha una tariffa corrispondente, aggiornata e pubblicata annualmente dal Ministero, ed è la medesima per ogni struttura ospedaliera, eccettuati<sup>60</sup>: gli ospedali della Corsica, prevedenti una maggiorazione del 5%; Parigi e la sua *première couronne*, con una maggiorazione del 10%; i dipartimenti d’America, con maggiorazione del 25%; *La Réunion*, con maggiorazione del 30%.

Tale tariffa è calcolata in base ai dati di contabilità analitica ricavati da 50 strutture ospedaliere “campione”, con il prezzo applicabile annualmente ottenuto dall’analisi del costo medio riscontrato per ogni GHM negli anni precedenti (per ricoveri e ricoveri di lunga degenza)<sup>61</sup>. Questi valori vengono rivalutati secondo i tassi di crescita delle spese ospedaliere dell’anno precedente e di quello corrente<sup>62</sup>.

---

<sup>53</sup> PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, Presses universitaires de France, Paris, 2008.

<sup>54</sup> *Groupements Homogènes de Maladie*, d’ora in avanti “GHM”.

<sup>55</sup> CASH R., *La tarification à l’activité : première année de mise en oeuvre*, in “Revue d’économie financière”, n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>56</sup> D’ora in avanti “GHS”.

<sup>57</sup> JOURDAIN A. e BRÉCHAT P.H., *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, EHESP, Rennes, 2008.

<sup>58</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L’hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>59</sup> *Ibidem*.

<sup>60</sup> BUDET J.M. e BLONDEL F., *L’hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

<sup>61</sup> CASH R., *La tarification à l’activité : première année de mise en oeuvre*, in “Revue d’économie financière”, n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>62</sup> *Ibidem*.

Ad ogni tariffa GHS può essere aggiunta o sottratta una quota di prezzo giornaliero per i ricoveri d'urgenza<sup>63</sup>: possono essere sommate o sottratte delle tariffe giornaliere, parimenti specifiche per ogni GHS, se i ricoveri oltrepassano il termine massimo previsto o sono inferiori al termine minimo di riferimento per ogni GHS. Tali tetti, sia quello massimo che quello minimo, sono entrambi stabiliti e pubblicati annualmente dal Ministero.

Un simile metodo puramente statistico, utilizzato da alcuni decenni negli Stati Uniti, permette di identificare durate anomale di ricovero, eccessivamente prolungate o troppo brevi, quali che siano le ragioni cliniche o sociali ad esse sottostanti<sup>64</sup>.

La prassi di tale sistema di tarifficazione è costituita dal fatto che il ricovero di un paziente darà luogo al versamento di un forfait unico, legato alle ragioni cliniche del ricovero e comparabile da un ospedale all'altro<sup>65</sup> (rendendo possibile l'identificazione di comportamenti virtuosi ed economi nella gestione delle risorse e delle strutture).

I consulti medici, gli esami diagnostici, le sedute sanitarie esterne all'ospedale: sono tutte fatturate secondo le modalità previste dalla nomenclatura generale delle prestazioni professionali<sup>66</sup>, utilizzati dai *médecins de ville*, generici o specialisti, clinici radiologi, biologi o odontoiatri<sup>67</sup>. Un simile sistema purtroppo non rispecchia né la realtà attuale della professione medica, dato che la NGAP non è stata sostanzialmente aggiornata da più di trent'anni, né i costi verosimili di ogni prestazione sanitaria. Per tale ragione le cure effettuate all'esterno delle strutture ospedaliere sono necessariamente penalizzate.

I farmaci e i dispositivi protesici classificati "costosi", onde evitare che una struttura sanitaria non sia in grado di erogare tutti i trattamenti necessari ed adeguati a specifiche condizioni cliniche, trasferendo cioè i pazienti "onerosi" in termini di costo e poco "remunerativi" (in termini di rimborso ricevuto dall'ospedale in base alla tariffa remunerata) in altre strutture, sono fatturati dal sistema secondo particolari modalità, definite e pubblicate annualmente, al pari dei prezzi di fatturazione<sup>68</sup>.

I *forfait* annuali per le urgenze e per il coordinamento dei trapianti d'organo prevedono un sistema scalare: per i primi passaggi o prelievi l'ospedale riceve una somma onnicomprensiva annuale; questa somma aumenta successivamente per scaglioni, e non in modo continuo come per le tariffe dei GHS o delle consultazioni esterne<sup>69</sup>.

---

<sup>63</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>64</sup> CCECQA, *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions*, ANAES-service évaluation, 2004.

<sup>65</sup> BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

<sup>66</sup> *Nomenclature générale des actes professionnels*, d'ora in avanti "NGAP".

<sup>67</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>68</sup> JOURDAIN A. e BRÉCHAT P.H., *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, EHESP, Rennes, 2008.

<sup>69</sup> Vedi circolare DHOS-F2-0/DSS-1A-2004/N. 36 del 2 febbraio 2004.



Le missioni d'interesse generale per le attività di degenza breve prevedono un versamento in blocco, una dotazione globale remunerativa delle prestazioni di insegnamento e ricerca, e delle attività specifiche dei *centres hospitaliers régionaux*<sup>70</sup>. Questo determina un sovraccosto medio (13% circa) di tali stabilimenti sanitari rispetto agli altri ospedali<sup>71</sup>.

Il *forfait* giornaliero per degenza, da lungo tempo previsto nel sistema sanitario francese, prevede degli aggiustamenti tariffari annuali<sup>72</sup>.

##### 5. I benefici attesi della riforma.

Nel 2004 l'applicazione della T2A non riguardava che il 10% dei budget ospedalieri, limitando peraltro l'impatto negativo, sull'ospedale campione più possibilmente coinvolto, all'1,5%<sup>73</sup>. Il primo anno di riforma è quindi stato verosimilmente caratterizzato da aggiustamenti budgetari, con l'adeguamento dei sistemi informativi alle nuove esigenze. Il governo infatti richiede che i dati delle prestazioni sanitarie erogate in ogni trimestre d'attività siano comunicati alla regione entro la fine del mese successivo al trimestre di riferimento<sup>74</sup>. In conseguenza di questo, il *Programme de médicalisation des systèmes d'information*<sup>75</sup> si avvia a divenire un efficace strumento di gestione, ed il sistema informativo ospedaliero a ritornare affidabile.

Per quel che concerne la gestione degli ospedali, come prima conseguenza della riforma, i sistemi informativi sono migliorati, non solo a riguardo dei dati sulle prestazioni erogate, ma anche sulla contabilità analitica<sup>76</sup>: le strutture ospedaliere divengono così soggetti comparabili oggettivamente fra loro, *benchmarks* reciproci, al fine di comprendere come le loro prestazioni si collocano rispetto a quelle degli altri ospedali.

Un'emulazione virtuosa può instaurarsi tra le differenti unità (servizi, dipartimenti, poli). Ovviamente l'istituzione ospedaliera deve mantenere la sua unitarietà, considerando che il servizio prestato alla popolazione è globale, evitando confronti non riguardanti le entrate determinate dai

---

<sup>70</sup> JOURDAIN A. e BRÉCHAT P.H., *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, EHESP, Rennes, 2008.

<sup>71</sup> Ibidem.

<sup>72</sup> BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

<sup>73</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>74</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in "Revue d'économie financière", n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>75</sup> D'ora in avanti "PMSI": dispositivo facente parte della riforma del sistema sanitario francese, avente per scopo la riduzione della disuguaglianza nella distribuzione delle risorse tra le strutture sanitarie, attraverso informazioni che permettono di giudicare la dotazione di risorse di una struttura sanitaria in base ad un indice sintetico di erogazione delle prestazioni: *indice synthétique d'activité*, ISA. Il PMSI permette la classificazione delle degenze in gruppi, i GHM, partendo da un certo numero di informazioni di base: età; diagnosi; interventi chirurgici operati; modalità di ricovero. Partendo da un algoritmo considerante tutti questi elementi, ogni ricovero è ricondotto ad un GHM. L'algoritmo mira alla costituzione di gruppi il più possibile omogenei sul piano dei costi, nonché a massimizzare il tasso di varianza totale dei costi. Vedi ordinanza n. 96-346 del 24 aprile 1996.

<sup>76</sup> BENAMOUZIG D., *Grandes manoeuvres autour de la santé*, in "Alternatives économiques", n. 270, pagg. 52-60, 2008.

GHS, bensì dai ricavi di differenti prestazioni: notamente, infatti, i consulti esterni sono sottopagati<sup>77</sup>.

Tuttavia le riforma presentava e presenta tutt'ora (data la sua ancora lunga implementazione) dei rischi generalmente noti, anche alla nostra esperienza nazionale, così sintetizzabili<sup>78</sup>:

-non essere fonte di alcuna economia generalizzata, essendo le remunerazioni calcolate in rapporto ad una media standard;

-una fragile legittimità clinica del sistema, essendo appunto una media presa a norma, pur potendo essere corretta dalle indicazioni del personale clinico, cui può essere richiesto di indicare non degenze medie bensì degenze“obiettivo”;

-il rischio di generare dinamiche inflative dei prezzi delle prestazioni sanitarie, rendendo necessario instaurare sistemi di controllo delle pratiche cliniche onde evitare ospedalizzazioni abusive.

## 6. *Gli effetti concreti.*

Introducendo il principio del pagamento prospettico forfetario per le prestazioni sanitarie (pagate sulla base di un prezzo onnicomprensivo precedentemente determinato e conosciuto), differenziato a seconda della tipologia di trattamento erogato, si ha avuto sulle strutture ospedaliere l'effetto di un forte incentivo al miglioramento degli strumenti gestionali<sup>79</sup>. Ciò ha dato inizio al perseguimento di una maggior efficienza economica, dato che gli ospedali sono stati costretti ad affinare le analisi economiche dei propri costi, dovendo adattare il consumo di risorse alle entrate ottenute attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie<sup>80</sup>.

Essendo le tariffe di remunerazione stabilite a livello nazionale, ed essendo esse omogenee su tutto il territorio, eccettuate alcune zone geografiche per le quali è ammessa l'esistenza di un sovraccosto di incremento dei prezzi addebitabili, beneficiando di coefficienti maggiorati di determinazione delle tariffe, il nuovo sistema ha da subito indotto un'equità di trattamento tra le diverse strutture ospedaliere, con una miglior corrispondenza tra risorse disponibili e prestazioni erogate<sup>81</sup>.

A questo proposito, il particolare obiettivo rappresentato dall'armonizzazione delle modalità di finanziamento tra settore pubblico ospedaliero e settore privato è stato solo parzialmente

---

<sup>77</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>78</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in “Revue d'économie financière”, n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>79</sup> MINVIELLE E., *La conduite du changement : quelles leçons tirer de la reconstruction hospitalière ?*, in “Revue française de gestion”, n. 150, pagg. 29-53, 2004.

<sup>80</sup> Ibidem.

<sup>81</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in “Revue d'économie financière”, n. 76, pagg. 209-222, 2004.

raggiunto<sup>82</sup>: se in passato le rispettive regole di fatturazione erano totalmente differenti, falsando il gioco della concorrenza e orientando con forza la specializzazione degli ospedali in prestazioni più remunerate, oggi il riequilibrio atteso non è ancora stato raggiunto.

A livello microeconomico si sono registrati guadagni di efficienza sensibili, pur non osservando una tendenziale e consistente riduzione della spesa sanitaria complessiva<sup>83</sup>, anzi: rispetto al sistema del *budget global*, la T2A ha avuto l'effetto, nelle strutture ospedaliere pubbliche, di forte stimolo nell'erogazione delle prestazioni e nell'incremento del numero di casi trattati.

Ad ogni modo, sia il pagamento a prestazione che il pagamento a giornata di degenza, sono sistemi di remunerazione della prestazione sanitaria inflazionistici: l'uno, appunto, stimolando all'incremento dei casi trattati, con una riduzione delle giornate medie di degenza ed un'attenzione all'attrazione dei casi da trattare più remunerati; l'altro, attraverso una netta tendenza al prolungamento della durata di degenza, cercando di estenderla oltre il tempo necessario, in vista dei maggiori rimborsi in dotazione globale.

Il *budget global* aveva istituito l'ISA<sup>84</sup>: in base a tale indice sintetico, un ospedale le cui dotazioni di budget si trovavano molto al di sopra dei valori sintetici espressi, superando cioè l'ammontare previsto oltreché la media delle altre strutture, vedeva abbassato il tasso di incremento del suo budget per l'anno successivo<sup>85</sup>. Tale meccanismo era risultato insufficiente al contenimento delle spesa, sostanzialmente a causa<sup>86</sup>: della sua modulazione basata sull'osservazione delle prestazioni erogate in passato: uno storico inadatto a fornire indicazioni, se non genericamente percentuali, sull'evoluzione annuale del budget ospedaliero sostanziale; ovvero del suo sfasamento biennale tra l'anno di osservazione<sup>87</sup> e l'anno di applicazione alla pianificazione budgetaria.

La T2A ha proseguito nell'utilizzo e nello sviluppo del PMSI e dell'ISA, ma correggendone i due difetti principali<sup>88</sup>: la riforma si applica alla totalità o ad una parte significativa<sup>89</sup> del budget ospedaliero ed in tempi reali, seppur con ancora sensibili lentezze amministrative.

Il nuovo sistema, di fatto percettibilmente meno forfetario rispetto al *budget global*, si sta rivelando un motore sufficientemente potente per stimolare l'attività degli ospedali che beneficiano di una struttura demografica e di un contesto concorrenziale favorevoli, senza i freni del sistema precedente<sup>90</sup>.

---

<sup>82</sup> MOISY M., *Etat de santé : quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'Enquête décennale Santé*, in "Revue française des affaires sociales", n. 1, pagg. 1-104, 2008.

<sup>83</sup> PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, Presses universitaires de France, Paris, 2008.

<sup>84</sup> Si ricorda, indice sintetico delle prestazioni erogate utilizzato per giudicare l'appropriatezza comparate delle dotazioni finanziarie attribuite ad una struttura sanitaria.

<sup>85</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in "Revue d'économie financière", n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>86</sup> PELJAK D., *Le droit budgétaire des établissements publics de santé*, Les études hospitalières, Paris, 2003.

<sup>87</sup> Data, peraltro, una certa inerzia nella raccolta dei dati.

<sup>88</sup> PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, Presses universitaires de France, Paris, 2008.

<sup>89</sup> L'insieme delle parti di budget dedicate all'erogazione di prestazioni di ospedalizzazione descritte dal PMSI.

<sup>90</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in "Revue d'économie financière", n. 76, pagg. 209-222, 2004.

Può forse apparire sorprendente che una riforma miri ed abbia per conseguenza l'incitamento degli attori ospedalieri a sviluppare le loro attività di erogazione sanitaria, inducendo pertanto a spese supplementari<sup>91</sup>. Ma l'osservazione di fondo da cui ha tratto origine la T2A riguarda il fatto che gli ospedali pubblici subivano un certo numero di pesanti restrizioni alla loro attività<sup>92</sup>: l'introduzione della riduzione del tempo di lavoro<sup>93</sup>, da principio per il personale non medico, in seguito anche per quello medico; difficoltà di reclutamento in certe specialità mediche<sup>94</sup>, anche in conseguenza di una progressiva diminuzione della demografia medica, fenomeno aggravatosi soprattutto dopo il 2005<sup>95</sup>. Difatti, nel periodo 2001-2003 l'attività degli ospedali è stata pressoché stagnante, mentre le richieste sono cresciute stabilmente<sup>96</sup>. La T2A si è dunque posta come strumento eliminare tale perdita di produttività delle strutture sanitarie, costituendo un forte stimolo all'incremento delle prestazioni erogate<sup>97</sup>.

Il rischio di inflazione dei rimborsi a carico pubblico è inquadrato in un meccanismo di regolazione generale di tipo prezzo/volume<sup>98</sup>: se le spese di ospedalizzazione aumentano in misura maggiore rispetto alle previsioni realizzate in apertura dell'anno d'esercizio, l'ammontare delle remunerazioni erogate sarà ridotto (o minormente incrementato) nell'anno successivo. Tale meccanismo è applicabile anche nel corso dell'anno d'esercizio contabile, nel caso in cui il divario dalle previsioni preventivate risulti da subito troppo consistente e/o crescente, ed inoltre introduce una fungibilità pubblico-privato nel campo della degenza breve<sup>99</sup>. Di per sé, un simile sistema non rappresenta un indirizzo né positivo né negativo sulla condotta di una struttura ospedaliera, avendo questa, piuttosto, l'interesse costante a sviluppare prioritariamente le sue prestazioni in un contesto di tariffe contenute. Questo strumento è quindi una semplice salvaguardia di utilizzo eventuale, qualora gli incentivi virtuosi all'efficienza gestionale e finanziaria a livello microeconomico non si rivelassero (come di sovente) sufficienti.

---

<sup>91</sup> Quando la dirigenza politica cerca piuttosto di governare e ridurre la spesa sanitaria e dell'*assurance maladie*, pesantemente deficitaria.

<sup>92</sup> DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004.

<sup>93</sup> Le già richiamate 35 ore.

<sup>94</sup> Ad esempio, anestesia-rianimazione, gineceo-ostetricia, pediatria.

<sup>95</sup> Si è infatti passati da 24,7 mila medici praticanti nel 1995 a 16,1 mila medici praticanti nel 2007. Vedi OECD, *Health data*, Paris, 2009.

<sup>96</sup> BENAMOZIG D., *Grandes manoeuvre autour de la santé*, in "Alternatives économiques", n. 270, pagg. 52-60, 2008.

<sup>97</sup> MINVIELLE E., *La conduite du changement : quelles leçons tirer de la reconstruction hospitalière ?*, in "Revue française de gestion", n. 150, pagg. 29-53, 2004.

<sup>98</sup> FANTINO B., *Le système de santé en France : diagnostic et propositions*, Dunod, Paris, 2008.

<sup>99</sup> Ibidem.

## 7. Le principali caratteristiche tecniche della T2A.

I principi generali della riforma non hanno ovviamente prodotto effetti automatici, essendo il suo impatto dipeso dalle concrete modalità di attuazione, e dipendendo tutt'ora da queste, dato che il processo è ancora decisamente lontano dal concludersi o essere messo a regime.

L'architettura della T2A prevede cinque grandi categorie di entrate per le strutture ospedaliere di degenza breve<sup>100</sup>:

1) le entrate previste dai ricoveri ospedalieri direttamente riconnesse alla descrizione dei ricoveri operata in base al GHM, la cui versione di classificazione attuale conta all'incirca 800 gruppi: a ciascuno di essi è attribuita una tariffa, denominata, come visto, GHS. Quest'ultima è determinata a livello nazionale, in considerazione dei dati di costo medio osservati su un campione<sup>101</sup> costituito da una cinquantina di strutture ospedaliere pubbliche e partecipanti al servizio pubblico. Il principio è relativamente semplice e noto (i nostri DRG): quale che sia il reale consumo di risorse per ricoveri, questi sono remunerati in base alla tariffa media fissata da parte dell'amministrazione centrale all'inizio del periodo di esercizio finanziario. Per questo tale sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie e allocamento delle risorse è definito *de paiement prospectif*<sup>102</sup>. Lo stabilimento sanitario deve adattare i suoi costi/spese in base al rispetto delle tariffe/prezzi che il finanziatore<sup>103</sup> impone. In modo radicalmente diverso rispetto alla realtà del nostro SSN, non sono possibili negoziazioni sulla determinazione delle tariffe, né alcuna loro modulazione al di fuori delle regole che il finanziatore ha previsto, ossia: coefficiente geografico particolare ed eventuali supplementi giornalieri. Appare quindi evidente che la T2A non favorisca, almeno nell'intento dei suoi ideatori, l'instaurarsi di un contesto di concorrenza fra strutture di cura in base ai prezzi delle prestazioni sanitarie da queste erogate.

I comportamenti latamente concorrenziali si manifestano nella misura in cui si verifichi una condivisione dei volumi d'erogazione delle prestazioni tra le strutture sanitarie dislocate in una medesima zona. Esiste poi una concorrenza sui costi (quindi sull'efficienza ed economicità), ed un forte stimolo al confronto di *performances* di gestione tra diverse strutture ospedaliere.

Inoltre, sono previsti dei supplementi giornalieri maggiorativi delle tariffe in certi casi specifici: ricoveri di lungo degenza, cioè prolungatesi al di là di un certo tetto della durata di ricovero, in cui ogni giornata erogata oltre il tetto previsto è oggetto del supplemento; in caso di ricovero in unità di rianimazione, ogni giornata ivi trascorsa comporta la fatturazione di un supplemento. Questo sistema si è esteso alle unità di terapia intensiva e di *surveillance continue*.

---

<sup>100</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in "Revue d'économie financière", n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>101</sup> Definito *Étude nationale des coûts*.

<sup>102</sup> *Perspective Payment System*, dall'originario modello Statunitense importato in Europa sin dalla prima metà degli anni '90.

<sup>103</sup> Il Governo centrale.

Le tariffe andranno progressivamente a costituire la parte maggiore delle entrate budgetarie delle strutture di cura, pertanto, particolare attenzione è assunta dalla fissazione di tali remunerazioni nonché all'algoritmo di classificazione definente i GHM. Tale algoritmo è corretto ogni anno, e deve adattarsi alle evoluzioni delle pratiche e delle tecniche mediche, così da non causare eccessive distorsioni tra i costi reali e le tariffe di remunerazione.

2) Le entrate ottenute dalle attività esterne ricomprendenti i consulti esterni, i servizi radiologici e biologici esercitati da medici ed altre pratiche, con l'esclusione però delle cliniche private, per le quali tali prestazioni costituiscono parte integrante dell'onorario medico.

3) Alle precedenti si sommano le entrate derivanti dalla fatturazione di specifici farmaci e dispositivi protesici ricompresi in un'apposita lista. La regola generale dispone che le tariffe definite riferite al GHS includano l'insieme dei consumi: farmaci, materiali e simili<sup>104</sup>. E' stato sin'ora ritenuto impossibile procedere in modo analogo rispetto a certi prodotti medico-farmaceutici particolarmente dispendiosi ed inducenti una forte eterogeneità di costo per ricovero: è il caso dei farmaci antitumorali recenti, dei prodotti anti-emofiliaci o dei farmaci orfani<sup>105</sup>.

In tale ambito si è manifestata una convergenza od omogeneizzazione tra settore sanitario pubblico e privato, quasi completatasi nel 2005: le cliniche hanno la facoltà di fatturare al prezzo d'acquisto le protesi impiantate e i farmaci antitumorali<sup>106</sup>.

Un'innovazione è stata introdotta per governare la qualità (e la quantità) delle prescrizioni di tali farmaci e prodotti: il *contrat de bon usage des soins*<sup>107</sup>. L'ospedale deve stipulare con l'ARH un contratto pluriennale in cui ci impegna a migliorare il circuito della prescrizione del farmaco e la tracciabilità delle prescrizioni, nonché a rispettare le raccomandazioni di buona pratica riguardanti tali prodotti sanitari. In caso di mancato rispetto degli accordi così stipulati, la struttura ospedaliera può subire la riduzione fino al 70% del rimborso percepito per i prodotti in questione.

4) Alcune prestazioni sanitarie beneficiano di un *forfait* annuale destinato alla copertura degli oneri fissi: è in particolare il caso delle reparto urgenze. Il finanziamento di queste, infatti, è complesso: si associa un *forfait* annuale, attribuito a tutti gli erogatori autorizzati a prestazioni d'urgenza<sup>108</sup>, ad una tariffa assegnata ad ogni caso trattato, alla quale si aggiungono le eventuali terapie esterne. Un altro esempio può essere rappresentato dal coordinamento dei trapianti d'organo: le squadre incaricate del censimento dei donatori potenziali, nei siti autorizzati, vedono anche i loro oneri d'attività coperti dal *forfait*.

---

<sup>104</sup> Comprendendo anche il fattore "forze lavoro" o "risorse umane" impiegate.

<sup>105</sup> I farmaci "orfani" sono destinati alla cura delle malattie talmente rare che i promotori/produttori sono poco disposti a diffonderli nelle condizioni abituali di commercializzazione. Vedi Archivio Registro Nazionale Farmaci Orfani.

<sup>106</sup> Questi ultimi solo se prescritti in ospedale pubblico.

<sup>107</sup> Contratto di buon uso delle cure.

<sup>108</sup> Con dei valori elevatissimi per gradi in funzione delle prestazioni stimate e del numero casi.

5) Infine, sono fonti di entrate le missioni d'interesse generale e di aiuto alla contrattualizzazione<sup>109</sup> destinate alla copertura di tutte le missioni ed attività che non è possibile finanziare in base a ricovero, a prestazione o generalmente in unità facilmente misurabile. Tali missioni sono concentrate principalmente nelle strutture ospedaliere pubbliche, ma non esclusivamente, e talune nelle strutture universitarie. Questo gruppo comprende sinteticamente tre categorie:

-le missioni di insegnamento, di ricerca e d'innovazione, le quali sono rivolte prima di tutto alle università, ma non necessariamente a titolo esclusivo;

-tutte le altre missioni specifiche o trasversali come il SAMU<sup>110</sup>, i centri di referenza, le prestazioni di cura ai detenuti, certe azioni di prevenzione, sono tutte missioni particolari che non obbediscono alle stesse regole delle attività di cura ospedaliere o di consultazione ambulatoriale, giustificando pertanto il finanziamento attraverso la missione;

-infine, l'aiuto alla contrattualizzazione, la parte di budget finalizzata ad accompagnare la conclusione dei *contrats d'objectifs et de moyens* tra la ARH e le strutture sanitarie. Nel complesso, tali MIGAC, costituiscono una dotazione finanziaria allocata da parte dell'AHR nel quadro di un contratto, e non sono sottoposte alle fluttuazioni tipiche dell'attività ospedaliera.

## 8. *Gli effetti sulle strutture ospedaliere.*

La T2A tende a privilegiare le azioni che premettono, nell'ambito delle strategie delle strutture ospedaliere<sup>111</sup>:

-di sviluppare le prestazioni, nel rispetto della posizione occupata da ogni istituzione nel proprio settore, preferenzialmente nei reparti in cui si osservano *fuites* di pazienti. L'ospedale, nella sua analisi strategica, deve dunque applicarsi nell'individuare correttamente il suo "bacino d'utenza sanitaria" e nel determinare quali sono le sue "porzioni di mercato" in ciascuna delle specialità medico-chirurgiche, così da conoscere i margini di progresso esistenti e le aree di intervento prioritarie;

-di governare (inducendo alla riduzione) la durata dei ricoveri, così da sviluppare le "filiera a valle", come le cure di riabilitazione o l'ospedalizzazione a domicilio, utilizzando strutture di degenza breve unicamente nel periodo in cui esse sono strettamente necessarie, delegando alle strutture "a valle"<sup>112</sup> la parte di degenza immediatamente successiva alla fase acuta. Inoltre, ciò

---

<sup>109</sup> *Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation*, d'ora in avanti "MIGAC".

<sup>110</sup> *Service d'aide médicale urgente*, è in Francia, l'amministrazione incaricata della gestione del soccorso medico urgente, ossia l'assistenza pre-ospedaliera (in strada, a domicilio, sul posto di lavoro) alle vittime di incidenti o affezioni improvvise.

<sup>111</sup> GUILLAUME M., *Concurrence et santé*, Sève, Paris, 2007.

<sup>112</sup> Se ne esistono in numero sufficiente nella zona d'esercizio della struttura ospedaliera, cosa peraltro non frequente.

permette di procedere a tutte le misure di riorganizzazione interna<sup>113</sup> che evitando ai pazienti delle degenze prolungate ingiustificate;

-di sviluppare le prese a carico ambulatoriali delle prestazioni sanitarie;

-di identificare in modo chiaro, nella prospettiva della contrattualizzazione, le missioni d'interesse generale sviluppate dall'ospedale al fine di vederle giustamente valorizzate.

Tali azioni strategiche necessitano di numerosi strumenti applicativi, tra i quali, quello di cui ogni struttura ospedaliera deve prioritariamente dotarsi è l'analisi prospettica pluriennale delle prestazioni, al fine di poter preventivare verosimilmente le sue entrate future<sup>114</sup>. Un simile studio deve prendere in considerazione:

-le previsioni demografiche<sup>115</sup>;

-la dimensione dell'area d'attrazione d'utenza e la sua probabile evoluzione;

-la ripartizione delle attività tra le strutture sanitarie del settore, e il probabile sviluppo delle "parti di mercato" tra gli ospedali;

-l'evoluzione della morbilità ospedaliera;

-l'evoluzione delle pratiche di ammissione, condivise tra ospedalizzazione classica, ambulatoriale ed esterna;

-le possibilità e opportunità di reclutamento del personale medico.

Nella prospettiva tracciata dalla T2A, un altro strumento di base per la gestione, ma anche per la programmazione strategica, è la contabilità analitica<sup>116</sup>. Essa permette di condurre parallelamente all'analisi delle entrate, un'analisi dei costi, per determinare se una data *attività strategica/fonte di spesa* sarà o meno fonte di disequilibrio budgetario. Non si tratta di "dismettere" automaticamente l'erogazione di prestazioni sanitarie non "remunerative", bensì di dotarsi dei metodi necessari alla conoscenza tanto di quale sia l'apporto in termini di entrate, quanto il peso a livello di spesa riferibile ad ogni attività sanitaria<sup>117</sup>.

In assenza di una contabilità analitica completa, l'ospedale può procedere ad analisi sommarie quanto meno informative, studiando la durata dei ricoveri per tipo di patologia, comparandole con le medie registrate a livello nazionale.

I rischi potenziali di tali attività, manifestatisi negli altri paesi che hanno adottato meccanismi di remunerazione similari, come l'Italia, possono così essere riassunti<sup>118</sup>:

1) rischio di selezione del paziente: sia a priori, rifiutando di sviluppare l'offerta di prestazioni sanitarie presunte come generatrici di deficit, come la cura di persone estremamente anziane o i

---

<sup>113</sup> Ad esempio dei circuiti, delle modalità d'ammissione o delle procedure d'esame complementari.

<sup>114</sup> FANTINO B., *Le système de santé en France : diagnostic et propositions*, Dunod, Paris, 2008.

<sup>115</sup> Evoluzione del numero di abitanti del suo bacino d'utenza sanitario, invecchiamento della popolazione.

<sup>116</sup> PELJAK D., *Le droit budgétaire des établissements publics de santé*, Les études hospitalières, Paris, 2003.

<sup>117</sup> Un approccio economico scitico ed efficientistico. Vedi GUILLAUME M., *Concurrence et santé*, Sève, Paris, 2007.

<sup>118</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in "Revue d'économie financière", n. 76, pagg. 209-222, 2004.



reparti per il trattamento della terapia del dolore; sia a posteriori, procedendo ad un trasferimento del paziente in un'altra struttura ospedaliera una volta accertatane la gravosità assistenziale<sup>119</sup>. In generale, il problema riguarda i casi clinici più potenzialmente gravi, ed è per questo che il modello della T2A prevede un certo numero di disposizioni volte a rendere praticabile questi ricoveri "pesanti"<sup>120</sup>;

2) rischio di segmentazione dei ricoveri: dal momento che un GHS è fatturato ad ogni degenza, ogni volta che sarà possibile si frazionerà un ricovero in due ricoveri di minor durata, cosicché l'ospedale potrà fatturare due GHS anziché uno<sup>121</sup>;

3) rischio sulla qualità delle cure: questione estremamente delicata, non esistendo ad oggi un efficace strumento generalmente riconosciuto per la misurazione di tale fondamentale dimensione. La logica della remunerazione forfetaria induce l'erogatore delle cure sanitarie a cercare l'esternalizzazione di alcune prestazioni verso altri attori, o più semplicemente a evitare di erogare prestazioni non strettamente necessarie: si pensi all'esecuzione di certe analisi complementari. Sempre in questa logica, la durata dei ricoveri può ridursi in modo troppo consistente, con il considerevole rischio di dimissioni precoci;

4) freno alla diffusione delle innovazioni: ancora una volta la remunerazione forfetaria non permette di considerare l'emergere di nuove tecniche, nel caso esse risultino più costose di quelle obsolete<sup>122</sup>. Tale problematica è comune a tutti i sistemi di rimborso tariffari, rendendo necessaria l'adozione di uno strumento capace di identificare le innovazioni rilevanti applicabili, valutarle ed accelerare la loro presa in conto negli strumenti di tarifficazione<sup>123</sup>.

Dinnanzi a tutti questi rischi, esistono due strade da percorrere forzatamente<sup>124</sup>:

-osservare: il Ministro della sanità francese ha posto in essere un comitato di valutazione della T2A, incaricato di individuare tali fenomeni, di studiare in modo generale le conseguenze della riforma sul comportamento degli attori sanitari, così da avanzare proposte di miglioramento del modello e degli strumenti gestionali;

-mantenere: gli strumenti base della T2A sono esigui: classificazione in GHM; studio nazionale dei costi delle strutture sanitarie pubbliche; regole di gestione per attribuire i supplementi tariffari giornalieri; regole di determinazione dei *forfait* e di aggiornamento della lista dei prodotti fatturabili tramite GHS. E' nella logica del modello la revisione annuale di tutti questi strumenti, per poter rispondere alle difficoltà eventualmente fronteggiate dagli ospedali o rilevate dal comitato di

---

<sup>119</sup> Sempre in termini di impiego di risorse finanziarie, umane, spaziali, temporali.

<sup>120</sup> Ad esempio i già citati supplementi per ricoveri in rianimazione.

<sup>121</sup> Ricevendo conseguentemente un duplice rimborso da parte delle finanze statali.

<sup>122</sup> Sono numerosi i casi concreti in questo senso: si pensi alla possibilità di sostituire un esame diagnostico invasivo come la colono scopia con la semplice ingestione di un pillola-computer. Il fortissimo differenziale in termini di prezzo attualmente impedisce l'utilizzo di una simile nuova ed avanzata tecnologia esistente.

<sup>123</sup> Questa è la missione dell'*Health Technology Assessment*, che presenta però a sua volta notevoli costi in termini di *know how* da sviluppare (investimenti in formazione), nonostante le numerose asserzioni ed entusiastiche celebrazioni da parte dei legislatori nazionali.

<sup>124</sup> *Ibidem*.

valutazione. Questo è del resto il caso, considerando che la riforma ha ancora un lungo percorso di attuazione, e le iniezioni parziali di T2A nelle strutture ospedaliere francesi non possono che definirsi ancora “timide”, sia in termini quantitativi che qualitativi.

### 9. *L'impatto sulla qualità delle cure.*

Esistono numerose definizioni di qualità nel settore sanitario, sviluppate da diverse organizzazioni. Pur potendo differire su alcuni aspetti, tutte concordano nel concepire la qualità come un concetto pluridimensionale sorpassante la sola accezione della pratica medica. Per qualità si può dunque intendere non solo l'efficacia clinica e la sicurezza, ma anche<sup>125</sup>: l'accessibilità temporale, più in termini di avvio di trattamento che d'orari di disponibilità dei servizi; la continuità del trattamento entro l'ospedale così come nell'interrelarsi con gli altri operatori della sanità; il trattamento globale del paziente, dalla gestione del dolore, al riadattamento precoce, dalla prevenzione e l'educazione sanitarie, al sostegno psicologico e la mediazione culturale; la qualità delle relazioni umane con il personale sanitario, includendovi l'informazione e l'ambiente fisico circostante. Un'ulteriore precisazione si impone<sup>126</sup>: è necessario distinguere la qualità delle cure dal trattamento dei pazienti ammessi alle cure (i “clienti” della struttura ospedaliera), nonché la qualità del servizio reso alla collettività.

Come già osservato, la T2A non è che un metodo di remunerazione prospettico, consistente nel fissare il prezzo/tariffa di un servizio sanitario indipendentemente dal suo effettivo costo di produzione<sup>127</sup>. Tale sistema trasla il rischio finanziario sull'erogatore e non sul finanziatore del servizio<sup>128</sup>: se i costi risultano superiori alle tariffe vigenti, il primo sopporta interamente il differenziale, sperando così di alleviare la pressione sulle finanze pubbliche ed incentivando a comportamenti gestionali virtuosi. Il pagamento prospettico è inoltre, come già visto, di forte incentivo a sforzi di incremento della produttività da parte delle strutture ospedaliere. La questione che si pone è dunque quella di comprendere dove gli ospedali individueranno i possibili ambiti di incremento di produttività, oltretutto di come cercheranno di sfruttarli.

Un approccio funzionale distingue due tappe fondamentali nella “produzione di sanità” da parte degli ospedali, mettendo l'accento su come l'unità decisionale sia differente a seconda della tappa del processo produttivo in cui si situa<sup>129</sup>. I medici controllano la quantità dei servizi direttamente

---

<sup>125</sup> LOMBRAIL P. e NAIDITCH M., *Évaluer les performances cliniques pour les individus pris en charge*, in “*Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*”, Dossiers solidarité et santé, DREES, n. 2, pagg. 21-46, 2001.

<sup>126</sup> BAUBEAU D., *Évaluer la qualité du service rendu à une collectivité*, in “*Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*”, Dossiers solidarité et santé, DREES, n. 2, pagg. 47-53, 2001.

<sup>127</sup> Nella determinazione delle tariffe applicabili non si tengono in alcun conto i costi effettivamente sostenuti dalle strutture ospedaliere.

<sup>128</sup> GUILLAUME M., *Concurrence et santé*, Sève, Paris, 2007.

<sup>129</sup> DONABEDIAN A., *Evaluating the quality of medical care*, in “*Milbank quarterly*”, n. 44, pagg. 166-206, 1996.

legati alle cure, così come la prescrizione di queste ultime. Di contro, le risorse utilizzate per far fronte alla domanda di servizi intermedi sono essenzialmente sotto il controllo degli organi gestionali dell'ospedale<sup>130</sup>. Lo staff medico assume le decisioni legate ai pazienti, l'amministrazione fornisce i servizi di supporto<sup>131</sup> e i servizi ausiliari<sup>132</sup> disposti dai medici<sup>133</sup>.

La prima tappa<sup>134</sup> riguarda dunque gli effetti di una diminuzione o riallocazione delle risorse sulla capacità della struttura sanitaria di mantenere i mezzi, umani e tecnici, adeguati alla produzione di servizi di cura e prevenzione (sanitari). Degli effetti meno diretti possono essere previsti<sup>135</sup>: i vincoli finanziari incombenti sulle strutture sanitarie a rischio di fronteggiare costi superiori alle tariffe remunerative in vigore possono in effetti avere un impatto deciso sulle condizioni generali di lavoro, d'igiene e di sicurezza, con delle ripercussioni sulla qualità del trattamento dei pazienti o persino sull'esistenza o meno di dati reparti.

In senso inverso, è possibile anche ipotizzare che tali riduzioni di mezzi creino incentivi poderosi alla revisione dei processi di trattamento, in modo da adattarli alla natura reale delle patologie affrontate e alle caratteristiche socio-demografiche dei pazienti, favorendo lo sviluppo di pratiche di qualità finalizzate alla riduzione dei costi anziché di quest'ultima<sup>136</sup>.

La seconda tappa<sup>137</sup> traduce il legame esistente tra il processo di trattamento ed il risultato clinico, quest'ultimo inteso nel senso del miglioramento dello stato di salute, e indaga l'ampiezza di messa in opera dei servizi finalizzati di trattamento dei pazienti. Un'eventuale degrado della qualità si pone, in questo caso, in termini di rischio relativo alla diminuzione della quantità e/o dell'intensità delle cure: ad esempio, nel breve termine, la dimissione di un paziente in stato di salute instabile e a rischio di complicazioni (dimissione precoce) può essere conseguenza di una diminuzione abusiva dei livelli qualitativi su richiamati<sup>138</sup>. A lungo termine, possono ugualmente presentarsi delle perdite di qualità legate ad un trasferimento troppo rapido di informazioni (rischio iatrogeno<sup>139</sup>) o ad un processo di educazione terapeutica insufficiente.

E' in effetti a questo livello che gli effetti della T2A sulla qualità della sanità devono essere considerati: ad oggi essi appaiono decisamente più complessi rispetto ai soli rischi di sottodimensionamento della qualità del servizio<sup>140</sup>. In una logica strettamente economica, per

---

<sup>130</sup> Che possono comprendere anche dei medici, a seconda del loro livello di partecipazione alla gestione dell'ospedale.

<sup>131</sup> I servizi di cura.

<sup>132</sup> Come ad esempio i servizi tecnici o logistici o alberghieri.

<sup>133</sup> GUILLAUME M., *Concurrence et santé*, Sève, Paris, 2007.

<sup>134</sup> Dalle risorse ai servizi.

<sup>135</sup> CCECQA, *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions*, ANAES-service évaluation, 2004.

<sup>136</sup> CCECQA, *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions*, ANAES-service évaluation, 2004.

<sup>137</sup> Dai servizi alla sanità.

<sup>138</sup> BAUBEAU D., *Évaluer la qualité du service rendu à une collectivité*, in "Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers", Dossiers solidarité et santé, DREES, n. 2, pagg. 47-53, 2001.

<sup>139</sup> Rischio di effetti collaterali o complicazioni mediche dovute all'errore del medico o del trattamento di cura adottato.

<sup>140</sup> MOISY M., *Etat de santé : quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'Enquête décennale Santé*, in "Revue française des affaires sociales", n. 1, pagg. 1-104, 2008.

massimizzare le entrate rispetto alle spese entro un sistema di finanziamento prospettico, la struttura ospedaliera ha interesse a<sup>141</sup>:

-diminuire la quantità di risorse utilizzate, come ad esempio il personale per unità medica di cura (sotto il controllo degli amministratori ospedalieri);

-diminuire la quantità dei servizi prodotti/erogati, come la durata del ricovero, i farmaci utilizzati le prestazioni diagnostiche e terapeutiche o le attività di promozione della salute;

-massimizzare il numero di ricoveri attirando i pazienti con il profilo tariffario più “attraente”, ossia con un costo atteso per ricovero inferiore alla tariffa rimborsata, o ancora i casi più leggeri compresi nei GHS<sup>142</sup>.

Sinteticamente, le medesime distorsioni che oggi il nostro di gran lunga più sviluppato sistema di tariffazione tramite DRG si trova a fronteggiare.

#### 10. *Le conseguenze sulle regole di fatturazione.*

Le regole di fatturazione delle attività di cura erogate dalle strutture sanitarie hanno conosciuto delle modifiche sostanziali, conseguenti all'introduzione della T2A, soprattutto per quanto riguarda le prese a carico della *sécurité sociale*.

La *sécurité sociale*, come già visto, è costituita da differenti regimi legali, detti *régimes de base*, di natura professionale o di categoria. Ognuno di questi regimi è organizzato in *branches* separate ed autonome, gestite da una *caisse nationale*.

Le branca *assurance maladie et accidents du travail-maladie professionnelles* afferisce alla *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*<sup>143</sup>; l'*assurance vieillesse* è governata dalla *Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés*<sup>144</sup>; la branca *famille* è invece gestita dalla *Caisse Nationale d'Allocations Familiales*<sup>145</sup>.

Tutte queste strutture si fanno carico della copertura dei rischi individuali e sociali derivanti da : malattia, maternità, invalidità, morte.

Attraverso l'*affiliation*, un assicurato si ricollega all'organismo incaricato per l'erogazione eventuale delle prestazioni assicurative:

-prestazioni in natura, attribuite all'assicurato nel caso di necessità di cure per esso o la sua famiglia, erogate sottoforma di rimborsi, ad esempio per spese di medicina generale, per l'acquisto

---

<sup>141</sup> CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in “Revue d'économie financière”, n. 76, pagg. 209-222, 2004.

<sup>142</sup> Questa decisione è posta sotto il controllo relativo dei medici, ma tale competenza decisionale varia a seconda dello statuto della struttura sanitaria.

<sup>143</sup> D'ora in avanti “CNAMTS”.

<sup>144</sup> D'ora in avanti “CNAVTS”.

<sup>145</sup> D'ora in avanti “CNAF”.

di farmaci, per l'esecuzione di analisi cliniche o per il ricovero e trattamento presso strutture sanitarie;

- delle prestazioni *en éspèce*, versate in conseguenza di malattia, gravidanza o infortunio sul lavoro che obblighino l'assicurato ad interrompere la sua attività lavorativa, andando dunque a costituire una forma di reddito sostitutivo.

L'ammissione ai servizi di cura medica, di degenza breve o media, è subordinata all'accordo con l'organizzazione di assicurazione sanitaria cui è iscritto il paziente/assicurato, accordo espresso dopo parere di un controllo medico operato dalla Cassa di iscrizione<sup>146</sup>.

In caso di trasferimenti, il servizio di controllo medico della Cassa di iscrizione è informato entro 48 ore dall'ammissione del paziente del servizio di media-lunga degenza.

La domanda di presa a carico del paziente, dal momento del suo ricovero, deve essere indirizzata da parte della struttura sanitaria alla *caisse pivot*, la quale la ri-trasmette alla Cassa di iscrizione del paziente, detta "cassa gestionaria".

La *caisse gestionnaire*, dopo aver verificato la sussistenza del diritto a prestazione da parte dell'assicurato, comunica la sua decisione alla struttura ospedaliera, sempre attraverso l'intermediazione della *caisse pivot*. Quest'ultima dispone di 50 giorni per far pervenire le decisioni degli organi gestionali: al di là di tale termine, si suppone un accordo tacito della Cassa di iscrizione.

Dal momento che la presa a carico delle spese sanitarie che si sosterranno da parte dell'*assurance maladie* è certa, i dati relativi al ricovero e alle prestazioni seguono due vie distinte: una trasmissione di informazioni avviene attraverso la rete detta BG (*budget global*), riguardando le informazioni di ricovero e la raccolta delle prestazioni e consulti esterni erogati, che sono trasmesse alla *caisse pivot*<sup>147</sup>. Questi dati permettono di ripartire tra i diversi regimi assicurativi le somme versate dalla *caisse pivot* alla struttura sanitaria<sup>148</sup>. Una comunicazione mensile dell'insieme delle attività sanitarie è inviata, tramite PMSI, all'ARH, per permettere una sua valutazione.

Il percorso ospedaliero di cure coordinato<sup>149</sup> è stato introdotto dalla legge n. 04-810 del 13 agosto 2004 relativa all'*assurance maladie*: esso consiste nell'affidare ad un unico medico curante (*médecin traitant*) il trattamento dei diversi interventi/prestazioni medici operati su uno stesso paziente/assicurato, perseguendo l'obiettivo di razionalizzazione delle cure. Il suo rispetto condiziona la normale presa a carico delle spese sanitarie, comportando, nel caso di violazione, delle maggiorazioni finanziarie a carico del paziente.

---

<sup>146</sup> Art. R 166-3 del C.s.s. .

<sup>147</sup> Art. R 174-1-6 del C.s.s. .

<sup>148</sup> Art. R 174-1-2 del C.s.s. .

<sup>149</sup> Per un quadro normativo completo di quanto segue fare riferimento a: Artt. L 162-5-3, L 162-26, R 322-1-1, D 162-1-6, D 162-1-7 et D162-1-8 del C.s.s. ; ordinanza del 28 luglio 2005 determinante l'ammontare della maggiorazione prevista dall'art. L 162-26 del C.s.s.; ordinanza del 2 agosto 2005.

Le disposizioni relative al percorso di cure coordinato si applica, nelle strutture ospedaliere : ai ricoveri; alle consultazioni mediche e prestazioni sanitari esterne, di urgenza o meno.

Il dispositivo ricomprende tutte le assicurazioni sociali e i loro iscritti con più di 16 anni, ma non si applica: ai bambini di meno di 16 anni; ai migrati non residenti; ai beneficiari dell'AME<sup>150</sup>.

Il medico curante unico deve essere dichiarato tale dall'assicurato/paziente preso il proprio organismo di gestione dell'*assurance maladie*.

La scelta da parte degli assicurati è libera, con l'accordo del medico, che può essere : un medico generico o specialista; un medico esercitante in libera professione o presso una struttura sanitaria. Tale decisione è effettuabile in qualsiasi momento, ed in qualsiasi momento mutabile.

Spetta alla struttura ospedaliera assicurarsi che l'assicurato rispetti il percorso di cura stabilito, richiedendo le certificazioni necessarie, come ad esempio il *relevé* delle prestazioni sanitarie.

In ogni caso il paziente deve aver dichiarato il suo medico curante alla cassa di sicurezza sociale cui afferisce: nel caso non l'abbia fatto, verrà considerato come "fuoriuscito" dal percorso di cura, subendo delle maggiorazioni finanziarie.

Il paziente è invece considerato all'interno del suo percorso di cure stabilito se : consulta il suo medico curante; consulta un altro medico designato come *médecin correspondant* da parte del suo medico curante: il medico "equivalente" non può somministrare cure continuate, lasciando al medico curante l'applicazione delle cure e delle sue prescrizioni.

Per i trattamenti curativi che necessitano l'intervento di una pluralità di specialisti una classificazione di tali patologie individua i medici specialisti e le consultazioni in accesso diretto, ossia senza necessità di previo passaggio dal medico curante: ad esempio gli oftalmologi, i ginecologi e gli psichiatri.

In caso di urgenze, per evitare ritardi nella cura, il protocollo di cura può essere elaborato da un medico ospedaliero, a prescindere della designazione o meno di un medico curante da parte del paziente. Il paziente è esonerato dal *ticket modérateur* per una durata di 6 mesi, dovendo in tale periodo far stabilire un protocollo di cura da parte del suo medico curante, che abbia o meno già scelto. Allo scadere dei sei mesi, se il paziente non ha ancora effettuato la "regolarizzazione" del protocollo di cura tale periodo è rinnovato se:

- egli consulta un medico in caso d'urgenza medicalmente accertata;
- consulta uno degli specialisti di seguito elencati in una struttura sanitaria:  
ginecologia ed ostetricia ; oftalmologia ; psichiatria ; neuropsichiatria;
- consulta un medico nel quadro di una consultazione ospedaliera di tabaccologia, alcoologia o lotta contro la tossicodipendenza;
- è al di fuori della sua residenza abituale;

---

<sup>150</sup> L'*Aide Médicale d'État* è un aiuto pubblico destinato alla copertura delle spese mediche dei cittadini extra-comunitari irregolarmente presenti sul territorio francese oltrechè degli indigenti regolarmente residenti in Francia.

consulta un medico sostitutivo, essendo il suo medico curante indisponibile.

In ogni caso, il medico consultato deve procedere all'informazione del medico curante.

Il paziente è invece ritenuto al di fuori del percorso di cura se:

-non ha dichiarato un medico curante

-consulta un medico differente senza prescrizione del medico curante e al di fuori di circostanze eccezionali .

Sono applicabili, ad ogni modo, due tipi di disposizioni finanziarie, dato che nel quadro del percorso di cura, nuove *cotations* sono previste per le prestazioni mediche e farmacologiche: entro il percorso di cure, per le prestazioni erogate dal medico curante, le tariffe applicate sono quelle della consultazione o della prestazione tecnica praticata; per il medico *correspondant* le tariffe applicabili sono quelle rispettive normali per i medici specialisti, per gli psichiatri, per i professori universitari-medici ospedalieri<sup>151</sup>. Il medico sostituto non deve però ricevere il paziente più di una volta a semestre, e deve sottoporre al medico curante le sue proposte terapeutiche, lasciando a quest'ultimo il compito di vigilare sulle cure.

Il non rispetto del percorso di cura espone i pazienti a delle maggiorazioni tariffarie e del *ticket modérateur*<sup>152</sup>.

Le maggiorazioni non sono però applicabili: alle donne in stato di gravidanza coperte dall'*assurance maternité*<sup>153</sup>; agli assicurati del regime di incidenti sul lavoro per le cure relative all'incidente o alla malattia professionale

## 11. Conclusioni.

La *Sécurité sociale* è un ente di diritto privato gestito dai rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro<sup>154</sup>. Gli assistiti possono rivolgersi al medico o alla struttura ospedaliera pubblica o privata che preferiscono, seppur entro alcuni limiti, e la *Sécurité sociale* copre praticamente tutti i costi del sistema.

La spesa sanitaria, che rappresenta più dell'11% del Pil<sup>155</sup>, ponendo la Francia al terzo posto tra i paesi industrializzati come impiego di risorse nel settore<sup>156</sup>, è suddivisa in spese degli enti

---

<sup>151</sup> Rispettivamente C2, C2,5 e C3; vedi NGAP.

<sup>152</sup> Art. L 162-26 del C.s.s. e ordinanza del 28 luglio 2005.

<sup>153</sup> Ossia nel periodo compreso tra i quattro mesi precedenti alla presunta data del parto e i dodici giorni a questo successivi.

<sup>154</sup> ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 129.

<sup>155</sup> OECD, *Health data*, Paris, 2005.

<sup>156</sup> Dopo la Svizzera, 11,4% e gli Stati Uniti, 15,2%. Sempre nel 2005: Italia 8,9%; Gran Bretagna 8,2%; Germania 10,7%, Svezia 9,2%; vedi OECD, *Health data*, Paris, 2005.

ospedalieri pubblici e privati, circa la metà della spesa sanitaria complessiva<sup>157</sup>; spese per cure ambulatoriali (medici, personale paramedico; farmaci)<sup>158</sup>.

La *Sécurité sociale* è finanziata dalle contribuzioni che il lavoratori e le imprese sono tenuti per legge a versare in base al reddito, secondo tassi di contribuzione stabiliti a livello centrale dal Governo. Ogni anno, la legge per il finanziamento della *Sécurité Sociale* stima il fabbisogno per la copertura delle spese e stabilisce previsionalmente le entrate: da decenni il bilancio è pesantemente in rosso, essendo le contribuzioni richieste ai privati cittadini decisamente inferiori al reale fabbisogno finanziario/spesa sostenuta dei servizi di cura, implicando pertanto la cospicua partecipazione delle casse statali al finanziamento delle strutture ospedaliere (generando ed aggravando il circolo vizioso del deficit pubblico sanitario)<sup>159</sup>.

E' pertanto possibile affermare che, nonostante l'ottima architettura ed i brillanti correttivi delle sistemiche storture adottati a livello legislativo, la T2A francese risulta tutt'oggi una riforma incompiuta, un progetto non edificato, con gran parte delle strutture sanitarie ancora finanziate in modo forfettario dalle casse statali. La presente congiuntura economica e la situazione di gravissimo deficit in cui versa la *sécurité sociale* non hanno fatto che rendere ancor più urgente l'effettiva implementazione della riforma, come del resto il Governo si è impegnato a fare.

La legge 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, va chiaramente in questo senso, mirando alla semplificazione amministrativa e manageriali dei soggetti incaricati della progettazione e applicazione delle politiche sanitarie, ad ogni livello territoriale e funzionale. Tuttavia resta ancora molto da attuare sul piano della responsabilizzazione finanziaria delle strutture ospedaliere, intendendo per questo il pieno impiego della remunerazione delle cure erogate tramite tariffa predeterminate, così da vincolare strettamente il budget ospedaliero a servizi effettivamente resi in modo economico, efficace ed efficiente alla popolazione di riferimento. La stessa sfida che, seppur corroborata da una maggiore e più duratura esperienza, si trovano ad affrontare le nostre amministrazioni sanitarie (centrale e regionali). Di certo, la competenza e le informazioni accumulate dalla pratica e dagli operatori dal SSN italiano, possono essere un prezioso strumento di apprendimento comparato per i nostri cugini d'oltralpe, che già da qualche anno infatti, studiano i risultati raggiunti e l'evoluzione progressiva del "modello italiano".

---

<sup>157</sup> Ibidem.

<sup>158</sup> Ibidem.

<sup>159</sup> La Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, per ridurre il costo del lavoro, ha introdotto l'esonero completo dei datori di lavoro dalla contribuzione obbligatoria per il finanziamento della sicurezza sociale, compensato ora integralmente dallo Stato francese. Nominalmente, poco meno dei 2/3 del sistema della *sécurité sociale* dovrebbe essere alimentato attraverso le *cotisations* dei privati, ma praticamente il suo peso finanziario ricade sostanziosamente nelle "voci di spesa" pubbliche.



## 12. Riferimenti Bibliografici.

ALLAL P. e FRAISSEIX P., *Droit hospitalier. Établissements de santé, institutions sociales et medico-sociales*, PUF, Paris, 2003 ;

BAUBEAU D., *Évaluer la qualité du service rendu à une collectivité*, in “*Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*”, Dossiers solidarité et santé, DREES, n. 2, pagg. 47-53, 2001 ;

BENAMOZIG D., *Grandes manoeuvre autour de la santé*, in “*Alternatives économiques*”, n. 270, pagg. 52-60, 2008 ;

BENKIMOUN P., DELBERGHE M., *La rentabilité imposée à l'hôpital*, in “*Le Monde*”, 23 gennaio 2003, pag. 21 ;

CASTIEL D., *Economie de la santé, quel avenir?*, EMS, Paris, 1998;

CASH R., *La tarification à l'activité : première année de mise en oeuvre*, in “*Revue d'économie financière*”, n. 76, pagg. 209-222, 2004;

CCECQA, *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions*, ANAES-service évaluation, 2004 ;

CLAVERANNE J.P., *La santé ingérable ?*, in “*Revue française de gestion*”, vol. 29, n. 146, pagg. 115-218, 2003;

DONABEDIAN A., *Evaluating the quality of medical care*, in “*Milbank quarterly*”, n. 44, pagg. 166-206, 1996;

FANTINO B., *Le système de santé en France : diagnostic et propositions*, Dunod, Paris, 2008 ;

GUILLAUME M., *Concurrence et santé*, Sève, Paris, 2007 ;

IMBERT J., *Les hôpitaux en France*, PUF, Paris, 1996 ;

JOURDAIN A. e BRÉCHAT P.H., *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, EHESP, Rennes, 2008;

LOMBRAIL P. e NAIDITCH M., *Évaluer les performances cliniques pour les individus pris en charge*, in “*Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*”, Dossiers solidarité et santé, DREES, n. 2, pagg. 21-46, 2001 ;

MINVIELLE E., *La conduite du changement : quelles leçons tirer de la reconstruction hospitalière ?*, in “*Revue française de gestion*”, n. 150, pagg. 29-53, 2004 ;

MOISY M., *Etat de santé : quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'Enquête décennale Santé*, in “*Revue française des affaires sociales*”, n. 1, pagg. 1-104, 2008 ;

NEWHOUSE J.P., *Reimbursing for health care services*, in “*Economie Publique, études et recherches*”, n. 13, 2003 ;

PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, Presses universitaires de France, Paris, 2008;

PELJAK D., *Le droit budgétaire des établissements publics de santé*, Les études hospitalières, Paris, 2003 ;

PIERRU' F., *Economiser la santé*, in "Savoir-agir", n.5, pagg. 9-105, 2008 ;

ROCHAIX M., *Les questions hospitalières de l'Ancien Régime à nos jours*, Berger-Levrault, Paris, 1996 ;

STINGRE D., *Le service public hospitalier*, PUF, Paris, 1998 ;

TERRIER E., *Droit des entreprises de santé*, in "Semaine juridique.Entreprise et affaires" ,n. 2 , pagg. 2-41, 2003 ;