

Management nell'Azienda Sanitaria

Dr. Paolo Menichetti

Perugia, ottobre 2012

- 1. Finanziamento del S.S.N.**
- 2. Management nell'azienda sanitaria:
budget**
- 3. Management nell'azienda sanitaria:
controllo direzionale**
- 4. Management nell'azienda sanitaria:
misurazione**
- 5. Management nell'azienda sanitaria:
valutazione**
- 6. Ruolo dei professionisti e governo clinico**

1. IL FINANZIAMENTO DEL S.S.N.

Alcuni dati macroeconomici

LA SPESA SANITARIA

ITALIA	8,2 % del PIL di cui 6,0 % spesa pubblica
FRANCIA	9,8% del PIL
GERMANIA	10 % del PIL
SVIZZERA	11 % del PIL

Tassi di crescita costi servizi sanitari europei **5% anno** > della crescita dei PIL (-1/2)

In Italia 7% di crescita, finanziato per =2/3% dal FSN


Incremento fiscalità locale e disavanzi regionali

INAPPROPRIATEZZA

ECESSO ED ASIMMETRIA DI OFFERTA

PL ‰ =4+1

(Ancora squilibrato il bilancio fra acuti e post-acuti)

**Tassi di ospedalizzazione >160‰
(180/200 ‰)**

Spesa sanitaria

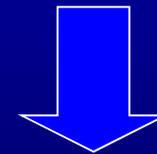
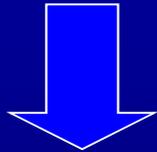


Pubblica

Privata (out of pocket)

- FSN

- compartecipazione alla spesa (ticket)
- pagante "puro"



72-74% in Italia
> 67% in Europa

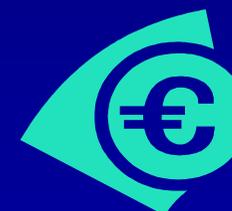
26-28% in Italia
< 33% in Europa

Ministero della Salute

Fondo Sanitario Nazionale (quota capitaria)



Regioni



Quota capitaria pesata

Rimborso servizi essenziali

Anticipo finanziario

ASL 1

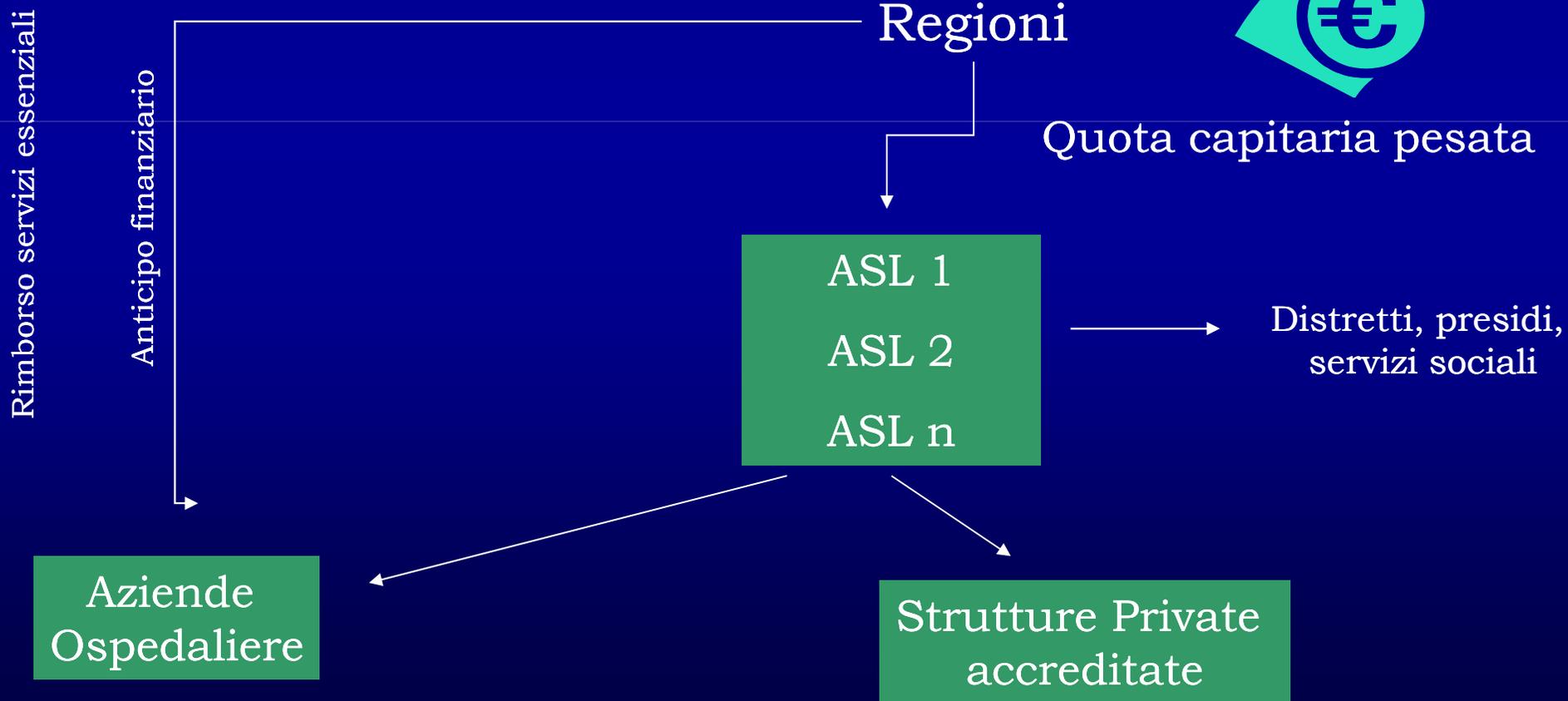
ASL 2

ASL n

Distretti, presidi,
servizi sociali

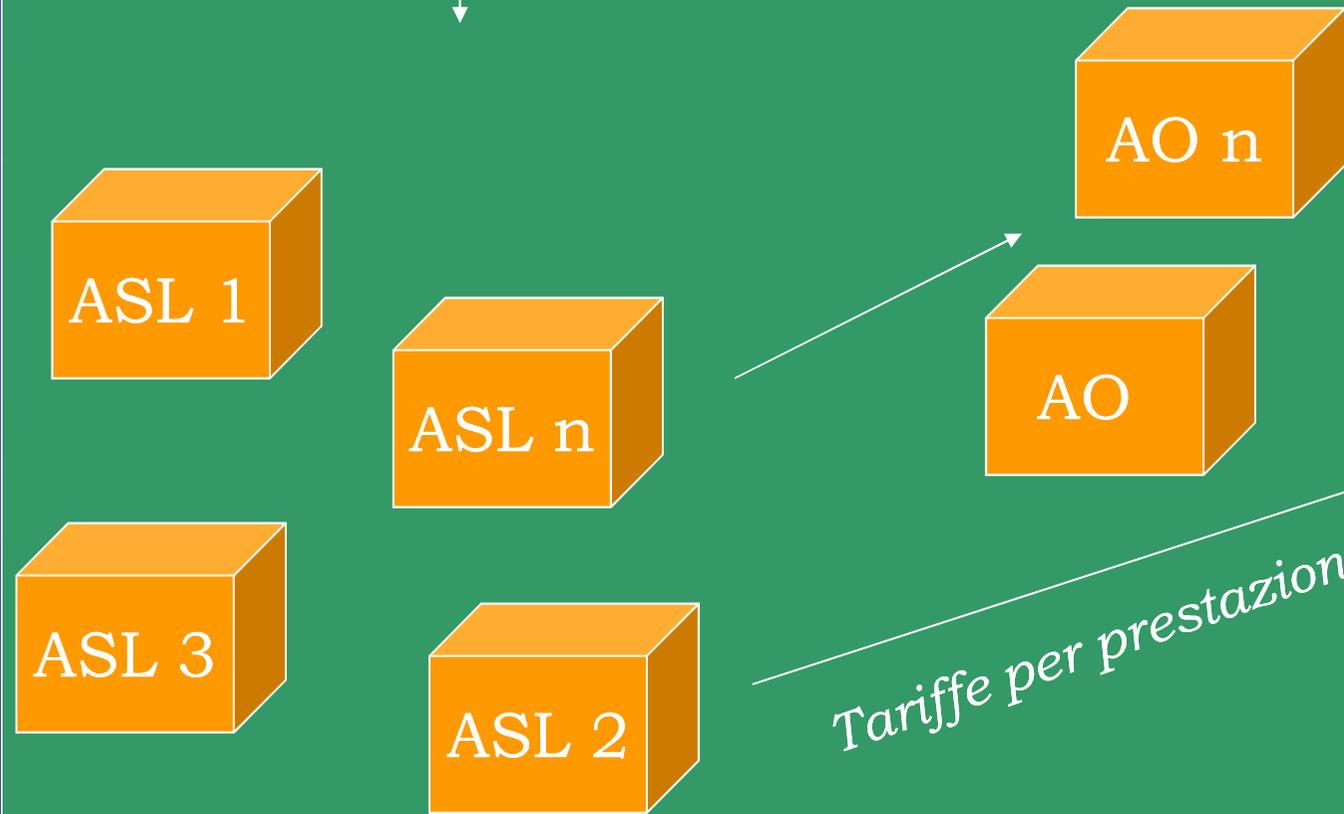
Aziende
Ospedaliere

Strutture Private
accreditate

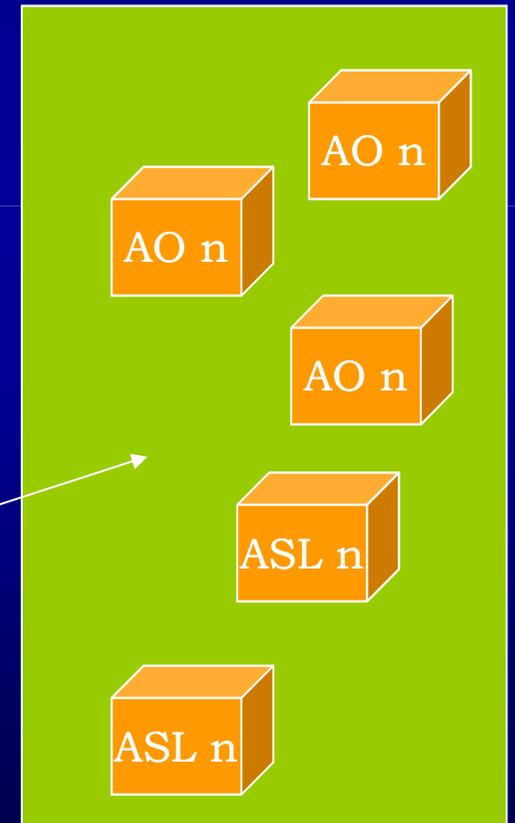


Fondo Sanitario Regionale

(quota capitaria)



Altre regioni



Tariffe per prestazioni

I due principali modelli organizzativi affermatasi nei SSR

**Modello a centralità dell'ASL
(Finanziamento a quota capitaria)**

- ✱ Autosufficienza produttiva per ridurre la mobilità passiva;
- ✱ Autolimitazione della produzione per i residenti;
- ✱ Governo dell'offerta per governare la domanda

Modello basato sulla separazione tra acquirenti e fornitori

- ✱ Scorporo dell'ospedale dal territorio;
- ✱ Rischio di inflazione produttiva degli Osp.;
- ✱ Istituzione di tetti ospedalieri;
- ✱ Negoziazione dell'attività tra ASL e Osp.;
- ✱ Competizione forte sull'efficienza e volumi

Talvolta le soluzioni rappresentano un mix dei due modelli

Modello di mercato delle attività sanitarie

Acquirenti



Produttori



OBIETTIVI DEL SISTEMA TARIFFARIO

- **efficienza** delle strutture sanitarie

In sanità essa è definita come *la capacità di produrre, a parità di risorse utilizzate, il risultato migliore in termini di salute aggiunta alla popolazione*

- **controllo** della spesa sanitaria
- **equità** nella distribuzione delle risorse finanziarie a disposizione della sanità

Remunerazione

Per funzione assistenziale

A prestazione

Costo standard di produzione

Tariffe predefinite per prestazione

Autonomia e **diversificazione** regionale

SISTEMA DI FINANZIAMENTO A TARIFFA PREDETERMINATA
PER OGNI SINGOLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA

PREDETERMINATA

Tariffa determinata in via **prospettica**, ossia a preventivo rispetto al momento in cui la prestazione viene erogata. Tale tariffa risulta, in tal modo **indipendente** dal costo specifico di produzione della prestazione singola

PRESTAZIONE

Insieme di servizi diagnostico-terapeutici offerti per la risoluzione di una patologia

In particolare, la prestazione ospedaliera si identifica con
l'episodio di ricovero

Viene classificato tramite il sistema di classificazione
delle patologie (DRG)

Diagnosis	Raggruppamento
Related	Omogeneo
Group	Diagnosi

Principio alla base di tale sistema di classificazione è quello del

Consumo omogeneo di risorse (isorisorse) per **interventi clinici diversi**

DRG ~~≠~~ TARIFFA

FINALITÀ DEL SISTEMA TARIFFARIO



- Introdurre meccanismi di concorrenza controllata che stimolino l'offerta di un servizio migliore in termini di qualità
- efficienza tecnica (miglioramento nell'allocazione delle risorse;
ottimizzazione dei processi produttivi
minimizzazione dei costi di ricovero
riduzione della durata della degenza)
- stimolare la compilazione corretta della SDO
- differenziare le strutture di offerta
- regolare il fenomeno della migrazione sanitaria

GLI INCENTIVI NEGATIVI DEL SISTEMA TARIFFARIO

Manipolazione della SDO:

codifica della diagnosi per attribuire il ricovero ad un DRG più remunerativo

Modifica dei profili di cura:

riduzione dei servizi medici ed infermieristici resi durante il ricovero;

Dimissioni precoci

Dimissioni e riammissioni ripetute

Selezione delle patologie da trattare

Modifica dei livelli di assistenza



RISCHIO FINANZIARIO



Aumento della spesa sanitaria
dovuto ad una aumento della prestazioni



Costi superiori alla tariffa rimborsata

Sistema dei controllo interni ed esterni

La normativa vigente consente alle Regioni di recepire
in modo differenziato quanto definito a livello ministeriale relativamente a:

- **Valorizzazione** delle prestazioni di assistenza sanitaria;
- **Modalità di erogazione** delle prestazioni di assistenza sanitaria;
- **Elenco** delle prestazioni di assistenza sanitaria.



Normativa regionale sui DRG (esempi)

- **Modifica dell'elenco dei DRG**
- Provincia autonoma di Bolzano
 - Introduzione 3 nuovi DRG (da 493 a 495).
- Lombardia
 - Differenziazione dei DRG 008, 323 e 481;
 - Introduzione 30 nuovi DRG (da 493 a 523).
- Sicilia
 - Introduzione 3 nuovi DRG (da 493 a 495).
- Veneto
 - Introduzione 3 nuovi DRG (da 493 a 495).



2. Management nell'Azienda Sanitaria: budget

I METODI DI LAVORO

I PROGRAMMI

- per obiettivi di risposta assistenziale
- nei vari aspetti
 - investimenti per apparecchiature
 - assunzioni di personale
 - miglioramento di qualità
- equità nelle scelte

LE PROCEDURE

- regole prefissate per prospettare le esigenze –
- rispetto delle indicazioni normative e dei diversi ruoli professionali

IL BUDGET

- fissazione contrattata di obiettivi e risorse tra Direzione e responsabili delle linee operative
- contratto tra pari, con impegni reciproci

Gli strumenti della programmazione e del controllo

Pianificazione: processi decisionali di contenuto rilevante e di ampiezza temporale estesa

Programmazione: processi decisionali di breve periodo, tipicamente annuale, che servono per dare attuazione ai piani

Controllo: processo di verifica dei risultati raggiunti e del rispetto del programma

I documenti della programmazione e del controllo

Pianificazione: Piano Sanitario Nazionale,
Regionale, Strategico Aziendale

Programmazione: Budget

Controllo: Report

Piano Strategico aziendale

Risorse finanziarie complessive

Sistema informatico

PROCESSO DI BUDGETING

Contabilità analitica

Mappa dei CdR

Sistema di indicatori

Il budget

**Programma di gestione aziendale,
tradotto in termini di attività e costi,
che guida e responsabilizza i manager
verso obiettivi di breve periodo,
definiti nell'ambito di un piano strategico**



BUDGET AZIENDALE



CdR



CdR



CdR



CdR



CdR

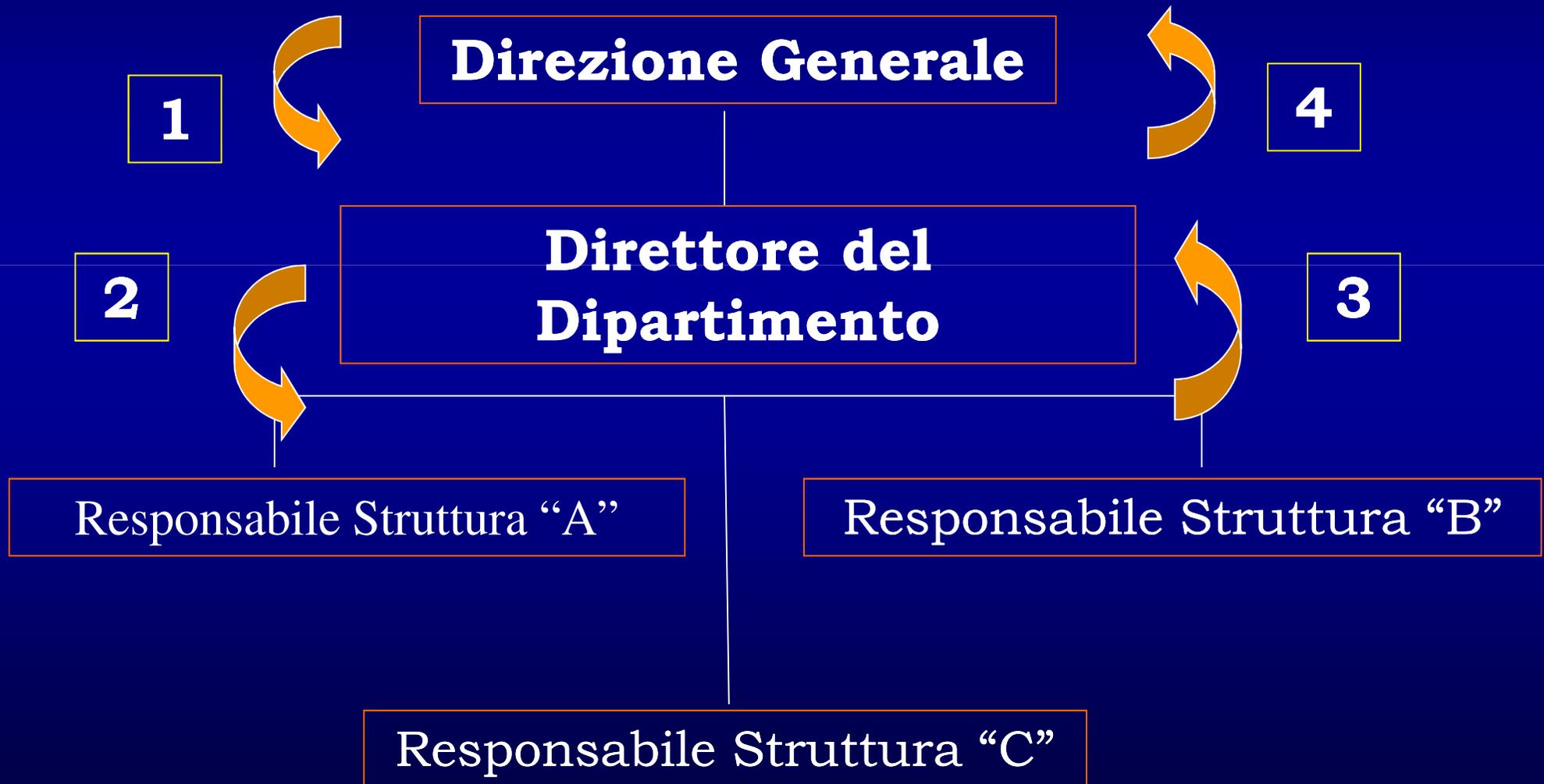


CdR

Il Budget ed il Processo di Budgeting implicano, per ogni Unità Operativa:



La logica della negoziazione nell'atto aziendale



3. Management nell'Azienda Sanitaria: controllo direzionale

Controllo di gestione

**Insieme di attività interne all'organizzazione
con le quali la Direzione Aziendale si accerta che,
ai vari livelli dell'organizzazione,
la conduzione dell'attività si sta svolgendo
secondo gli obiettivi, le strategie, i piani prestabiliti,
in modo efficace ed efficiente.**

**Il controllo direzionale fornisce
alla direzione di un'azienda sanitaria
le informazioni indispensabili**



l'andamento della gestione aziendale

“Un dato diventa un'informazione quando è capace di modificare
la probabilità delle decisioni”

Gli strumenti del controllo direzionale

Gli strumenti del controllo direzionale in sanità
si distinguono in

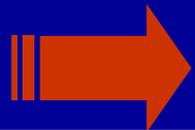
**Strumenti
organizzativi**



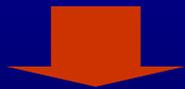
**Strumenti
contabili**

Gli strumenti del controllo direzionale

Strumenti organizzativi



Individuazione delle Unità Organizzative, o dei Processi Gestionali a cui assegnare responsabilità in merito all'attività svolta ed alle risorse assorbite



Centri di Responsabilità

Strumenti contabili

Contabilità analitica e controllo di gestione

La contabilità analitica, attraverso il calcolo dei costi, supporta l'intero processo di programmazione e controllo



La contabilità analitica fornisce dati per:

1) supportare le decisioni

(elaborazione di piani e di programmi);

2) il controllo dei costi

(verifica del raggiungimento degli obiettivi di impiego delle risorse).

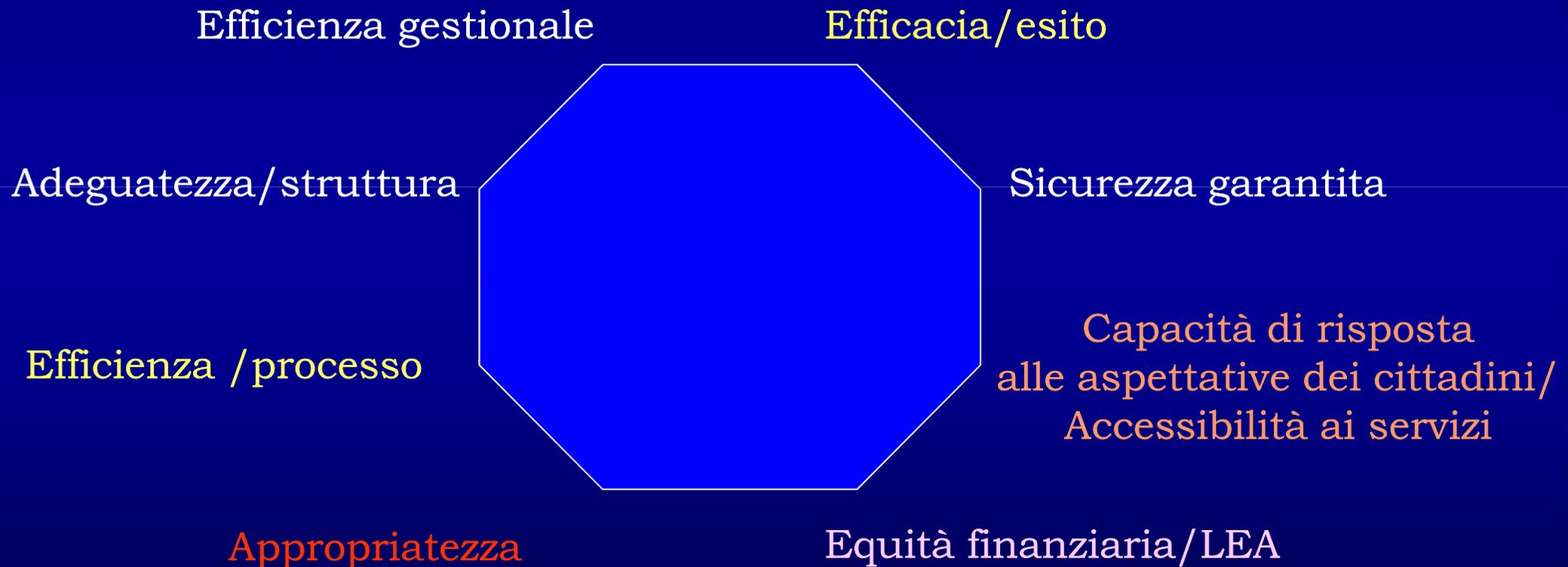
4. Management nell'Azienda Sanitaria: misurazione

Definizione di indicatore....

*Strumento che descrive fenomeni complessi,
fornendo informazioni sintetiche
per agevolare l'assunzione di decisioni
e per affrontare meglio il cambiamento*

L'indicatore è lo strumento che unisce
le decisioni ai fenomeni da gestire

Tipologie di indicatori



M isurabile

I mportante

S emplice

U tilizzabile

Acronimo delle caratteristiche
di un buon indicatore

R isolvibile

A cceettabile

D iscriminante

O ttenibile

C ompleto

5. Management nell'Azienda Sanitaria: valutazione

VALUTARE

**Implica una componente di giudizio,
collegato ad una procedura di analisi,
che si vale anche di misure,
ma non si riduce a queste**



MISURARE

**Concetto che presuppone la disponibilità di riferimenti oggettivi
attraverso la corretta applicazione di metodologie sofisticate**

**È preferibile operare in termini di valutazione
e non di semplice misurazione
di fronte a fenomeni caratterizzati da grande
complessità,
ed esposti ad incertezza come quelli sanitari**

**La valutazione richiede
lo sviluppo di professionalità specifiche
e l'utilizzo di tecniche e metodologie molteplici
e, quindi, la multidisciplinarietà**

**La valutazione esamina la validità ed il merito
in chiave retrospettiva,
ma la sua valenza fondamentale
è quella di risorsa per le decisioni future.**

Essa è strumento di cambiamento

Ruolo determinante del sistema di valutazione

E' quello di saldare la "frattura" tra l'organizzazione aziendale e gli operatori , per superare lo stato di demotivazione derivante dalla percezione dei singoli di una scarsa rilevanza del proprio contributo rispetto al funzionamento dell'azienda.

6. Management nell'Azienda Sanitaria: ruolo dei professionisti e governo clinico



Ruolo dei professionisti

- **nuove professionalità**
- **garanti della qualità della risposta**
- **disponibili al confronto tecnico-scientifico**
- **pronti ad accettare la sfida dell'innovazione**
 - **percorsi condivisi**
 - **pool itineranti**

• per un pieno apporto dei professionisti, le motivazioni sono fondamentali

- responsabilità**
- autonomia**
- formazione ed aggiornamento**
- ricerca scientifica**
- visibilità**
- valutazione e sviluppo unicamente per competenza e professionalità**
- garanzia di adeguate condizioni organizzative**

Introduzione sistematica e formalizzata del “governo clinico”

processo assunto pienamente dai diversi attori decisionali del sistema assistenziale, fondato sull'applicazione di tutti quegli strumenti che utilizzano i dati della ricerca scientifica e delle evidenze, per un migliore utilizzo delle risorse e delle tecnologie disponibili, ai fini di un'assistenza più efficace e più rispettosa dei vincoli economici

Le tre "A" del SSN

AUTORIZZAZIONE

ACCREDITAMENTO

ACCORDI CONTRATTUALI



Strutture sanitarie

Strutture socio- sanitarie

Autorizzazione

Atto attraverso cui la Regione,
sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento
dello Stato,

verifica il possesso dei

requisiti minimi intesi come

“soglia rigorosa di garanzia al di sotto della quale
non è possibile esercitare alcuna attività sanitaria”

Accreditamento istituzionale

Processo per valutare
i fornitori di prestazioni sanitarie,
In merito alla loro “affidabilità clinico-gestionale”
prima di poter accedere al finanziamento
da parte del SSN.

Accordi contrattuali

Atti di programmazione regionale che determina le tipologie e le quantità di prestazioni erogabili da strutture pubbliche e private accreditate in relazione alla spesa sanitaria annuale

**Sul piano clinico,
un altro strumento per assicurare la qualità**

**ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE
(O D' ECCELLENZA)**

~~=~~ ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

**Verifica dei requisiti di professionalità del Medico,
con conseguente riduzione della autoreferenzialità**