

I VALORI DEL SSN E LE SFIDE DELLA POST PANDEMIA: Dal PNRR al DM 71

8 giugno 2022

LA DECLINAZIONE REGIONALE DEI COSTI STANDARD REGIONALI

Materiale a cura del dott. E. D'Aristotile

Dirigente Programmazione economica finanziaria SSR della
Regione Abruzzo - Phd

edaristotile@gmail.com



Canale Telegram

<https://t.me/contabilitaentilocali>



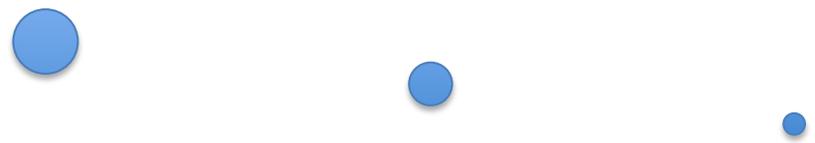
Alcuni dati
per iniziare

Quanto costa la Sanità abruzzese?

PRINCIPALI VOCI	IMPORTO
Finanziamento complessivo	2,5 miliardi
n. abitanti	1.281.000
Costo per abitante	1.952 annui per abitante



Quanto costa la spesa diretta?



PRINCIPALI VOCI	IMPORTO	
Spesa ospedaliera	1.358.813.331	62%
Spesa territoriale	833.324.088	38%
Spesa Totale	2.192.137.419	



I costi per l'attività ospedaliera

I costi della Regione Abruzzo per l'attività degli ospedali e per la struttura di supporto è pari a **1.358.813.331**, che rappresenta il 62% dei costi totali.

Aggregazione risorse	TOTALI	H+struttura (HS)	Territorio	% HS su totale
Personale medico	351.383.073	261.258.902	90.124.171	74%
Personale infermieristico	295.747.972	243.975.697	51.772.275	82%
Altre figure professionali	230.713.616	168.969.963	61.743.653	73%
Farmaci	307.075.063	83.521.999	223.553.064	27%
Farmaci File F Territorio	20.325.732	0	20.325.732	0%
Presidi san./chirurgici	203.750.694	175.826.055	27.924.639	86%
Altri costi	783.141.271	425.260.716	357.880.555	54%
TOTALI	2.192.137.419	1.358.813.331	833.324.088	62%



Cosa ci faccio con questi dati?



Sono dati e NON informazioni!

Situazione Iniziale



Ricognizione

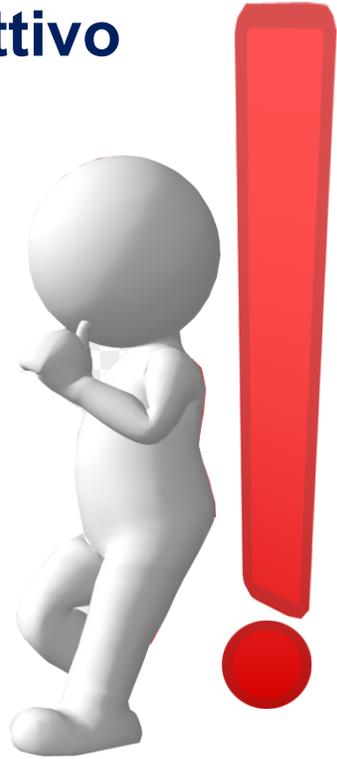


Flussi art. 79



Informatizzazione

Obiettivo



Flussi art. 79



Informatizzazione

L'analisi del procedure



- 1) Ricognizione delle procedure PAC approvate
- 2) Analisi delle procedure delle singole ASL
- 3) Individuazione delle best practice
- 4) Omogeneizzazione delle procedure a livello regionale



Principi contabili e procedure uniche regionali



Creazione di un tavolo di lavoro per l'omogeneizzazione delle procedure



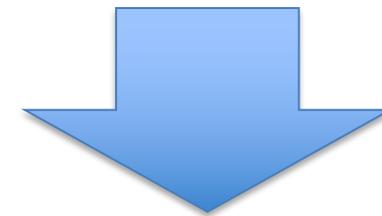
TAVOLO DEL CONTROLLO DI GESTIONE

L'analisi dei flussi

- 1) Ricognizione dello stato dell'arte
- 2) Analisi delle procedure delle singole ASL
- 3) Individuazione delle criticità
- 4) Individuazione dei flussi mancanti
- 5) Normalizzazione degli invii



Flussi art. 79



Definizione di un cruscotto regionale dei flussi

- Ministeriali
- Integrativi regionali

- 1) Ricognizione dello stato dell'arte
- 2) Analisi delle procedure delle singole ASL
- 3) Individuazione delle criticità
- 4) Individuazione dei flussi mancanti
- 5) Normalizzazione degli invii



Flussi art. 79



**TAVOLO DEL CONTROLLO DI GESTIONE di concerto
con il DPF019**

Omogeneizzazione dei sistemi informatizzati

- 1) Avvio del passaggio delle ASL ad un sistema informatico condiviso ed unico
- 2) Implementazione del sistema informatico di registrazione GSA
- 3) Implementazione di un cruscotto di informazioni



Strumenti di lettura ed importazione dati a livello regionale delle informazioni presenti nelle singole ASL



Informatizzazione

Avvio delle procedure di programmazione e controllo delle ASL



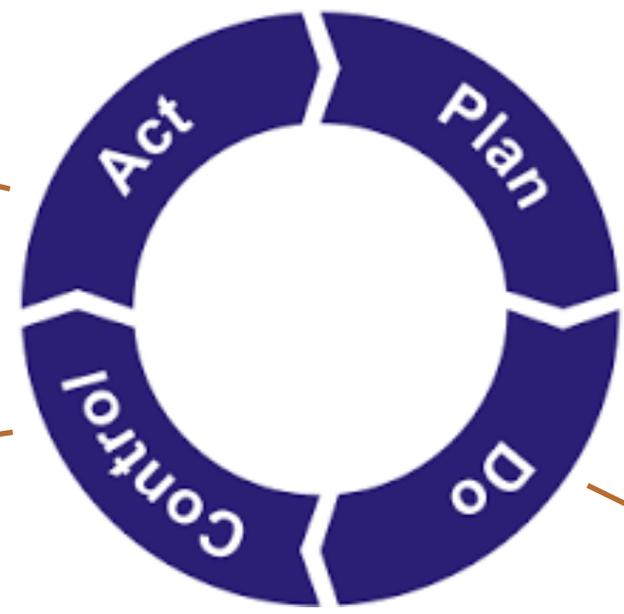
- 1) Definizione di un sistema di scambio in excel delle informazioni
 - 1) Conto economico
 - 2) Stato Patrimoniale
 - 3) Aspetti gestionali

Mancava nello schema
una **programmazione ed un controllo strategico**
d'ausilio alle decisioni



a) Piani di rientro in caso di scostamenti negativi

a) Linee di indirizzo
b) Tempi di approvazione definiti per eventuali interventi regionali
c) Definizione criteri di riparto del fondo



a) Tavoli di monitoraggio periodici
b) Analisi degli scostamenti
 a) Economici
 b) Patrimoniali
 c) Gestionali

a) Discrezionalità gestionale da parte dei manager ASL

Il confronto competitivo tra le ASL regionali

L'analisi gestionale delle singole AUSL

Analizzare le risultanze contabili ottenute dalla riclassificazione dei costi delle singole AUSL secondo il metodo del Clinical Costing.

A tal fine ciascun aggregato di spesa è confrontato con il relativo valore di benchmark.



L'analisi riguarda i costi degli ospedali ed i costi di struttura e non quelli riguardanti il territorio.

Gli indicatori di scostamento in valore assoluto ed in valore percentuale mettono in luce quattro tipi di valutazioni nel confronto tra le ASL:

Valutazione	Scostamento rispetto benchmark nazionale	Scostamento rispetto benchmark regionale	<u>Punteggio attribuito</u>
punto di forza	Positivo	Positivo	4
punti di forza relativa	Positivo	Negativo	3
punti di debolezza relativa	Negativo	Positivo	2
punti di debolezza	Negativo	Negativo	1

L'analisi gestionale delle singole AUSL

Il punteggio complessivo di ciascuna azienda è ottenuto come sommatoria dei punteggi come sopra riportati riferiti a

- ✔ **costi complessivi**
- ✔ **personale**
- ✔ **farmaci**
- ✔ **presidi**
- ✔ **altri costi**

Il punteggio complessivo potrà variare da un minimo di 5 punti ad un massimo di 20 punti



Il confronto competitivo le strutture

L'analisi gestionale delle singole unità produttive

- ❖ effettuare l'analisi gestionale, per ognuna delle 4 ASL della Regione Abruzzo, al fine di individuare, per ognuno dei **426 centri gestionali** (Chirurgie, Medicine, Servizi diagnostici, servizi territoriali e centri amministrativo-tecnici) aziendali, i costi per aggregazione di risorsa (Medici, infermieri, Altre figure professionali, farmaci, presidi, altri costi) e per attività (degenza, sala operatoria, specialistica ambulatoriale, PS, territorio, attività direzionali/di supporto).
- ❖ elaborare il costo per ognuno dei **156.808 episodi di ricovero** dimessi dai nosocomi pubblici.
- ❖ determinare i benchmark («quanto dovrebbe costare») personalizzati per ogni episodio di ricovero in termini di risorsa/attività sulla base dei costi standard del N.I.San. (Network Italiano Sanitario)

Prospettive

Il percorso intrapreso verrà potenziato nei prossimi anni attraverso varie linee di intervento:



INFORMATICA - 11/09/2023

Controllo analitico della qualità informativa delle SDO



INFORMATICA - 11/09/2023

Potenziamento dell'analisi dell'attività nelle sale operatorie



INFORMATICA - 11/09/2023

Dagli elementi di criticità ricavabili dall'analisi effettuata con il Clinical Costing avviare Focus di approfondimento attraverso l'analisi dei flussi art. 79 (progetto parallelo)



INFORMATICA - 11/09/2023

Introdurre nuovi criteri di riparto del FSR basati sulle prestazioni e non sulla spesa storica



INFORMATICA - 11/09/2023

Introdurre sistemi premianti :

- Per le ASL con una parte del FSR ripartito sulla base dei miglioramenti raggiunti
- Per i dirigenti attraverso un sistema premiante collegato ai miglioramenti di questa analisi

Mobilità

Attivazione di un tavolo regionale per la verifica

- Mobilità attiva
- Mobilità passiva



Prospettive

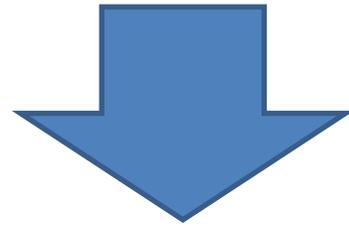
L'Art. 8-sexies, del Decreto Legislativo n°502 del 30/12/1992 e successive integrazioni contenute nella Legge n°133 del 6/8/2008, art. 79, comma 1-quinquies, così recita:

Comma 5: Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di:

- a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;
- b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;**
- c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome (testo sostituito: in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza).

Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, **in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività**, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, recante «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994 (testo sostituito: Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le regioni, adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse).

Comma 6. Con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.



TARIFFE REGIONALI



Grazie