Modulo di Economia Aziendale

Attori nel SSN
Le Aziende
I Costi e il loro utilizzo

Emidia Vagnoni
Prof. di Economia delle Aziende Sanitarie
vgnmde@unife.it

Servizio Sanitario Nazionale

- Strumento dell'assistenza sanitaria
- La dimensione "nazionale" persegue l'uniformità dell'assistenza
- L'articolazione dello Stato si sviluppa a livello nazionale, regionale e locale:
  - Attività politica;
  - Attività normativa;
  - Attività programmatica;
  - Attività economico-finanziaria.

STATO
Piano Sanitario Nazionale

Ministero della Salute

REGIONE
Piano Sanitario Regionale

AGENZIA REGIONALE

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE

La Pianificazione Sanitaria nazionale delinea:

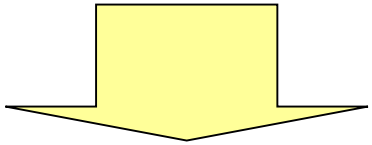
- Le aree prioritarie di intervento
- I livelli essenziali di assistenza sanitaria
- La quota capitaria di finanziamento disaggregato
- I progetti-obiettivo
- Esigenze e indirizzi per la formazione del personale
- Linee guida per i percorsi diagnostici-terapeutici
- I criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivi rispetto a quanto previsto

L’iter del PSN

- Regioni elaborano proposte
- Entro il 31 marzo di ogni anno le Regioni inviano al Ministero della Sanità una relazione sullo stato di attuazione del PSR
- Il governo su proposta del Ministero della Sanità predispone il PSN entro il 31 luglio dell’ultimo anno di vigenza del precedente
- Il nuovo PSN è adottato entro il 30 novembre dello stesso anno con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata.

Dal PSN al PSR

- Entro 150 giorni dall'entrata in vigore del PSN le Regioni adottano un *Piano Sanitario Regionale*



Piano strategico degli interventi finalizzati a garantire gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi sulle specifiche esigenze della popolazione e nel rispetto degli indirizzi del PSN (soggetto a parere del Ministro della Sanità)

Obiettivi del PSR

Obiettivo salute: Tutelare la salute e il miglioramento della qualità della vita dei cittadini mediante lo sviluppo di una rete di servizi sul territorio regionale per incrementare il numero e la qualità delle prestazioni

Obiettivo funzionale: Razionalizzare e distribuire in modo equilibrato i servizi sul territorio tali da essere fruibili alla generalità dei residenti ed **incrementare l'efficienza e l'efficacia dei servizi** stessi

Efficienza ed efficacia: concetti distinti

Efficienza: il rapporto tra risorse consumate (input) e risultati ottenuti (output). Si è tanto più efficienti quando a parità di risultati, quel risultato lo si raggiunge spendendo meno.

Efficacia: la capacità di raggiungimento di un obiettivo. La probabilità che la prestazione sanitaria abbia generato un miglioramento effettivo nella qualità di vita del paziente.

Ruolo delle Regioni

Garantire ai residenti i livelli di assistenza

Perseguire il giusto **equilibrio tra il finanziamento percepito e la spesa prodotta**

- Opportuna **ripartizione delle risorse tra le strutture**;
- **Controllo dell'efficienza delle strutture** medesime

Servizio Sanitario Regionale (SSR)

L’Autonomia regionale

- Sono **responsabili del riequilibrio finanziario** e tal fine dispongono di entrate derivanti dal Fsn/Fondo di riequilibrio e di entrate proprie
- possono **coprire con proprie entrate le spese in eccesso** conseguenti all’erogazione di livelli assistenziali superiori a quelli uniformi stabiliti dal Psn
- possono adottare modelli organizzativi differenti da quelli assunti come base per determinare il parametro di finanziamento capitario
- possono **eventualmente coprire i disavanzi di gestione delle Usl e delle aziende ospedaliere**

I vantaggi del decentramento intrapreso a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione

- Permettono una valutazione più precisa sui bisogni di salute del territorio
- Può agevolare i processi di scelta in merito alle priorità tra diversi bisogni
- Accelerano il processo di osservazione-analisi-valutazione-decisione

Possibili svantaggi del decentramento

- Lo stato fissa i livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono garantire ma i finanziamenti dipendono dalla capacità di raccolta fondi attraverso l'imposizione fiscale
- Il decentramento alle Regioni può comportare il rafforzamento delle disparità in ambito sanitario tra le diverse aree geografiche

Gestione dei rapporti nel SSR

- Relazione tra Regione e Aziende Sanitarie simile a quella tra la società holding (ASSR) e le controllate (ASL e AO)
- Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali (società holding):
  - Strategie globali e obiettivi generali;
  - Vigila sull'operato delle controllate
  - Sui risultati, sulla pertinenza e funzionalità delle attività svolte in funzioni degli obiettivi
  - Si riservano la possibilità di avvicendare gli organi amministrativi se l'operato non è in linea con gli obiettivi

Finanziamento del SSN

Nella storia del SSN si riconoscono 3 fasi:

Tra il 1980 e il 1991 il SSN era finanziato esclusivamente dal bilancio dello Stato;

- Tra il 1992 e il 2000 si attua un decentramento fiscale con aumento della responsabilità finanziaria delle regioni;
- Dal 2001 ad oggi si rafforza il federalismo fiscale che dovrebbe attuarsi in maniera definitiva dal 2013;

Nella fase 1) la copertura finanziaria del SSN era attuata attraverso il FSN che trasferiva alle regioni e queste alle USL le risorse finanziarie derivanti dalle seguenti fonti:

- contributi obbligatori di malattia;
- somme già destinate a Regioni, Province e Comuni;
- entrate proprie di USL e ospedali (ticket)

Il fabbisogno residuo veniva coperto da un'integrazione a carico del bilancio dello Stato

Finanziamento del SSN

- La fase 2) inizia con il D.Lgs 502/1992 che prevede la regionalizzazione dei contributi sanitari.
- La L. 662/1996 e il D.Lgs 446/1997 hanno previsto la sostituzione dei contributi sanitari con l'**IRAP** a partire dal 1998. Il FSN viene inoltre alimentato **dall'addizionale regionale IRPEF**.
- Con il D.Lgs 56/2000 si inizia la fase 3) del federalismo fiscale in quanto viene abolito (formalmente) il FSN sostituendolo con le seguenti entrate regionali:

  - **aumento dell'addizionale regionale IRPEF**;

  - **aumento della quota regionale dell'accisa sulla benzina**;

  - **compartecipazione delle regioni a statuto ordinario al gettito dell'IVA**

Fonte: Mapelli V. 2012 Il sistema Sanitario Italiano, Il Mulino

Finanziamento del SSN

- Attualmente il SSN è finanziato da un budget annuale che si denomina FSN (fondo sanitario nazionale) , nonostante la sua formale abolizione dal 2001.
- Tale budget è definito dalla *legge di stabilità* e viene alimentato da fonti di finanziamento regionali e statali. Il FSN rappresenta il fabbisogno nazionale di spesa per garantire i LEA e viene suddiviso all'inizio dell'anno tra 19 regioni e 2 Provincie Autonome, che a loro volta lo ripartiscono tra le ASL del proprio territorio (11 Regioni assegnano direttamente il budget alle AO);
- Dal 2000 il budget viene negoziato e definito per un triennio nell'ambito della conferenza Stato-Regioni **("Patto per la salute")**
- La responsabilità finanziaria è oggi condivisa tra Stato e Regioni ma le diverse Regioni contribuiscono al necessario prelievo in misura molto diversa a seconda della loro capacità fiscale.
- Nessuna regione è autosufficiente per il finanziamento del proprio SSR (eccetto le Regioni a Statuto Speciale). Lo stato provvede a coprire il fabbisogno di spesa residuo delle Regioni attraverso un Fondo Perequativo finanziato con circa il 40% di compartecipazione al gettito IVA.

Finanziamento del SSN

Annualmente, la legge finanziaria individua il fabbisogno sanitario nazionale, che tecnicamente viene determinato sulla base di una stima preventiva delle risorse disponibili necessarie per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza; fissato il fabbisogno nazionale, si procede alla determinazione del fabbisogno regionale con un Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, successivamente recepito dal CIPE. La determinazione delle risorse da erogare a ciascuna Regione a copertura della spesa sanitaria viene effettuata tenendo presenti più aspetti: il fabbisogno sanitario; la popolazione residente; la capacità fiscale; la dimensione geografica di ciascuna regione. Nella prassi, il riparto avviene sulla base del criterio della quota capitaria ponderata, per cui la quota capitaria (il valore medio pro capite nazionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei LEA) viene corretta sulla base di alcune variabili destinate a rappresentare il bisogno di assistenza di ogni singolo individuo (età; genere, limitatamente alla sola assistenza farmaceutica; tasso di mortalità perinatale e di mortalità infantile; densità abitativa) e poi moltiplicata per il numero di residenti in ciascuna Regione.

Finanziamento del SSN

Spetta allo Stato stabilire annualmente, entro il 30 settembre, per ogni Regione, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, quanto le singole Regioni alimenteranno il fondo perequativo, quanto compartecipperanno al gettito Iva e quanto verrà assegnato loro tramite il criterio della quota ponderata.

Il fondo perequativo

Fondo perequativo nazionale: è stato istituito dal d.lgs 56/2000, per evitare che alcune regioni si trovino nell'impossibilità di finanziare il fabbisogno sanitario. E' da alimentare con parte del gettito della compartecipazione all'IVA, utilizzata per realizzare gli obiettivi di solidarietà interregionale. Questo avrebbe dovuto progressivamente azzerarsi spingendo le Regioni all'efficienza.

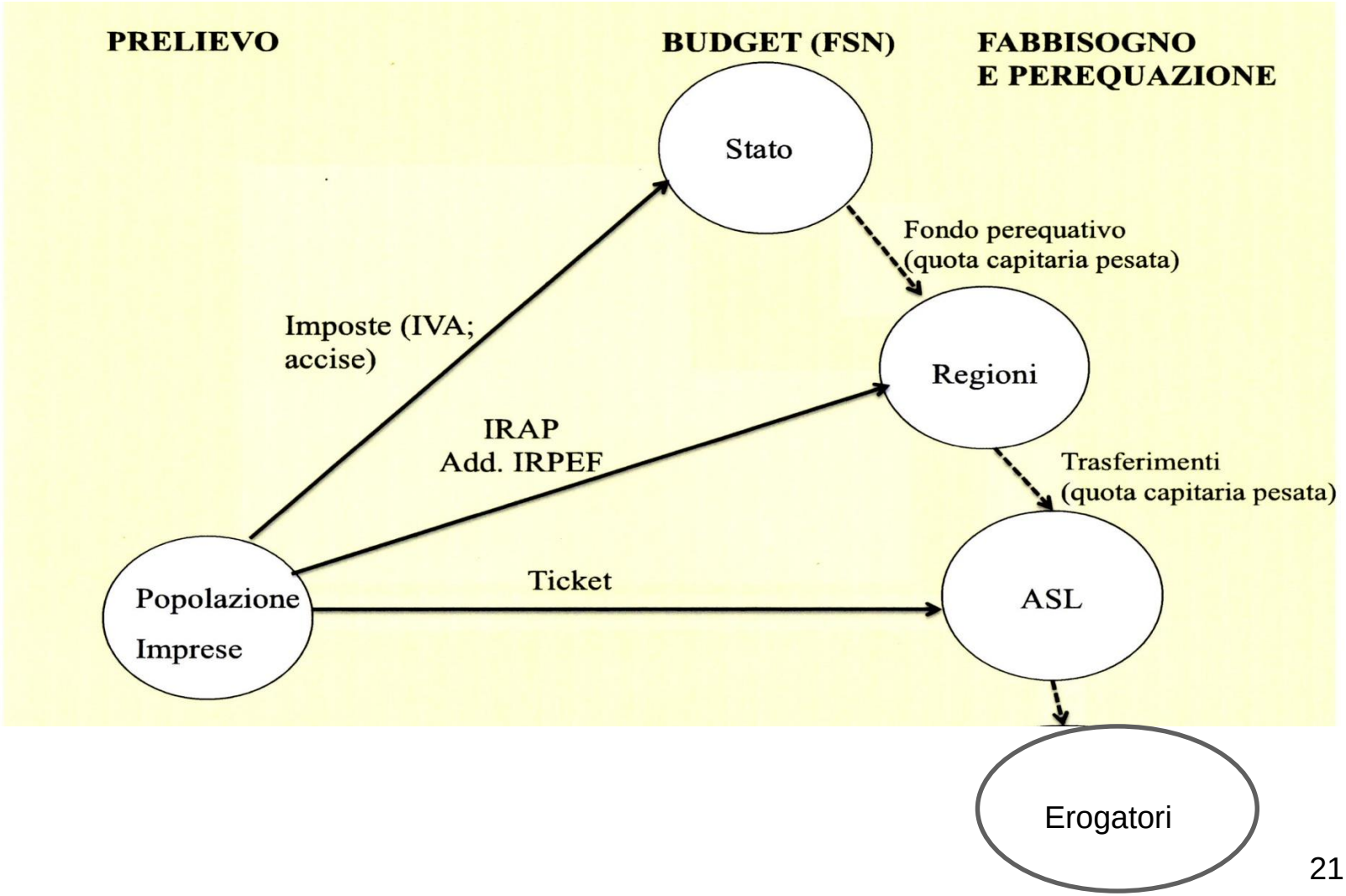
Tuttavia, criterio della spesa storica ancora prevalente con conseguente aumento della spesa sanitaria.

Finanziamento del SSN

	1990	2005	2010
Stato	81%	43%	48,5%
-IVA e accise	-	41%	48%
Contributi sociali	50%	-	-
Altri tributi	31%	-	-
Altre entrate		2%	0,5%
Regioni	1%	51%	46%
Irap e add. IRPEF	-	38%	33%
Compartecipazione tributi R.S.S		13%	13%
ASL,AO	2%	1%	3%
Ticket e altre entrate proprie	2%	1%	3%
Deficit	16%	5%	2,5%
Totale	100%	100%	100%

Fonte: Rebba, V. Lezioni di Economia Sanitaria

Finanziamento del SSN



Ripartizione tra le Regioni

- Il Fabbisogno finanziario di ogni Regione è calcolato moltiplicando la popolazione residente per un valore medio per abitante, corretto con indici di bisogno sanitario per tener conto dei diversi consumi per classi di età (**quota capitaria pesata**) , attraverso la seguente formula:

$$F_j = P_j \cdot K_n \cdot s_n$$

F j = Fabbisogno di spesa della Regione j

Pj = Popolazione regionale suddivisa per classi di età della regione j

Kn = Vettore degli indici di bisogno sanitario (pesi per classi di età)

Sn = Spesa procapite nazionale

Finanziamento del SSN : il sistema di riparto nel **2012**

Livello di assistenza	Sottolivello				Dati disponibili da NSIS	Criteri di riparto
Prevenzione	5%				No	Popolazione non pesata
Distrettuale	51 %	Medicina di base		7%	No	Popolazione non pesata
		Farmaceutica		13,57 % del fabbisogno indistinto	Si	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica		13,30 %	Si (tessera sanitaria 2009)	Popolazione pesata (vedi tab. dei pesi)
		Territoriale		17,13 %	No	Popolazione non pesata
Ospedaliera	44%				Si(anagrafica SDO 2008)	50% popolazione non pesata; 50% popolazione pesi

Tabella dei pesi

Livello di assistenza	Meno di 1 anno	Da 1 a 4 anni	Da 5 a 14 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Oltre 75 anni
Specialistica	0,391	0,288	0,341	0,382	0,627	1,123	2,155	2,136
Ospedaliera	3,184	0,364	0,234	0,371	0,544	0,923	2,047	2,844

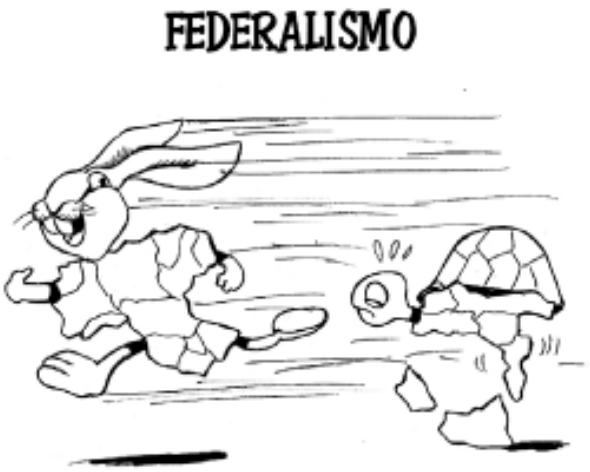
Il costo standard in sanità (1)

La legge 42/2009 (legge delega sul federalismo fiscale) prevede nuovi strumenti tributari per le Regioni e il calcolo dei costi standard per il finanziamento della sanità pubblica;
Le regioni sono tenute ad offrire i LEA;
Per i costi standard si determina il prezzo di ogni LEA a regime dal 2013 e nella fase transitoria fino al 2012.
Per ogni Regione si determina una quota capitaria corretta per età.
Il fabbisogno sanitario standard per ciascuna regione è determinato applicando a tutte le regioni i valori di costo standard rilevati in tre regioni benchmark

Il costo standard (2)

Autonomia di entrata delle regioni e costi standard in sanità

1. Fabbisogno nazionale sanitario = ∑ (fabbisogno regionale sanitario), **tenendo in conto la situazione macro-economica e i vincoli UE**
2. Fabbisogno regionale sanitario determinato sulla base dei costi standard
3. 3 delle prime 5 regioni per qualità dei servizi e in equilibrio di bilancio come benchmark per determinare i costi standard



5,7 – 5,8 bln € di possibili risparmi applicando i costi standard (simulazione CERM)

⟺

Rischio di taglio delle prestazioni

Sistema di finanziamento delle Aziende Ospedaliere

I DRG: si raggruppano i pazienti per gruppi omogenei di consumo delle risorse. Questi determinano il rimborso spettante all'azienda ospedaliera per il paziente trattato.

Ogni paziente trattato, viene assegnato tramite la SDO ad un gruppo DRG che determinerà il rimborso per la AO.

Le Aziende

Disciplina delle ASL, AO e AOU

Con il D.Lgs. 502/1992 e successivamente con il D.Lgs. 229/1999 viene data la possibilità

alle Usl,

agli ospedali universitari,

agli ospedali di interesse regionale,

ai policlinici

(…)

di costituirsi come ***aziende aventi personalità giuridica pubblica***

Possono diventare aziende ospedaliere

- i policlinici universitari definiti per legge di alto rilievo nazionale e ad alta specializzazione
- i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università o che sono rilevanti per il percorso formativo
- gli ospedali di rilievo nazionale ad alta specializzazione dove esista una organizzazione dipartimentale di tutti i servizi
- le strutture destinate a diventare centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza

L'Azienda sanitaria

Alle aziende sanitarie viene riconosciuta:

- **Personalità giuridica:** centro autonomo di diritti e interessi, distinti da quelli dei singoli partecipanti. L'autonomia della persona giuridica è patrimoniale e di volontà: con ciò si intende che il suo patrimonio è distinto da quello dei singoli partecipanti e risponde delle obbligazioni contratte dall'ente in modo esclusivo. L'autonomia della volontà si esplica invece con le scelte e l'attività posta in essere dall'ente in quanto vero e proprio soggetto di diritto.
- **Autonomia**:
  - Organizzativa
  - Gestionale
  - Amministrativa
  - Patrimoniale
  - Contabile

Limitazione dell'autonomia

L'autonomia in capo alle Aziende Sanitarie è subordinata al ruolo che la regione assegna loro in sede di programmazione regionale;

Le AS devono garantire i Livelli essenziali di assistenza (Lea) stabiliti dalla regione

L'autonomia gestionale è comunque secondaria al rispetto dell'**equilibrio economico**

EQUILIBRIO ECONOMICO ovvero COSTI=RICAVI

L’economicità nell’azienda sanitaria

Al concetto di Azienda sociosanitaria è sempre collegato anche il concetto di “economicità” (M. Bergamaschi, 2000). Con economicità si intende il grado di una organizzazione di soddisfare i propri fini; ed in particolare la capacità di fornire un servizio al minor costo con la maggior soddisfazione del cliente. Risulta chiaro che il concetto di economicità si fonda sulla presenza di due criteri contemporanei: il “valore aggiunto” e “l’utilità”. Con valore aggiunto si intende che durante l’utilizzo delle risorse per la produzione dell’intervento è stato aggiunto “valore”. Con utilità si deve intendere che un prodotto/ servizio è “utile” quando è in grado di soddisfare una domanda.

Serpelloni, G. and Simeoni, E. (1995)

L’economicità nell’azienda sanitaria

In sostanza, la capacità di soddisfare nel tempo tutti gli *stakeholders*: ovvero tutti i soggetti interessati dall’attività dell’azienda.
Es. dipendenti, utenti, direzione, comunità, ecc…

Principali innovazioni

- Configurazione giuridica
- Autonomia e responsabilità
- Dirigenti con contratti di natura privata
- Separazione responsabilità tecnica da quella politica
- Cultura orientata alla gestione
- Strumenti gestionali tradizionalmente di tipo privatistico (budget, contabilità economica, contabilità dei costi, etc.)

Le tipologie di Aziende

Aziende Usl

Aziende Osp

IRCCS

Azienda USL

Livello fondamentale di organizzazione e gestione della Sanità su una parte del territorio Regionale

l'Unita Sanitaria Locale è **Azienda** dotata di personalità giuridica pubblica,di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi (Comuni) di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali

Azienda Ospedaliera

Livello specialistico pubblico da cui si acquistano servizi anche da parte dell'Azienda USL.

Sono preposte ad attività specialistiche di Riferimento Nazionale e Regionale

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)

Sono presidi ospedalieri, sorti per ragioni ed in momenti storici diversi, con personalità giuridica pubblica o privata

- ✓ La loro caratteristica è di svolgere contemporaneamente ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, insieme con prestazioni di ricovero e cura

IRCCS: riconoscimento scientifico

- Il "riconoscimento del carattere scientifico" è la procedura attraverso cui queste realtà ospedaliere emergenti, che trattano particolari patologie di rilievo nazionale, vengono qualificate come IRCCS: ciò conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale (che va ad aggiungersi a quello regionale) finalizzato esclusivamente allo svolgimento della attività di ricerca relativa alle materie riconosciute. *Attualmente, gli Istituti che hanno ottenuto tale riconoscimento scientifico sono in totale 43 dei quali 19 di diritto pubblico e 24 di diritto privato* (l'IRCCS "Istituti Fisioterapici Ospitalieri" di Roma comprende l'istituto oncologico Regina Elena e l'Istituto dermatologico S.Gallicano)

Funzioni delle ASL

Tutela della salute dei cittadini:

- provvedono a garantire i livelli di assistenza all'interno del proprio territorio a prescindere dai soggetti che erogano i servizi

Produzione ed erogazione dei servizi:

- provvedono a gestire i propri Presidi Ospedalieri e Servizi Territoriali perseguendo l'equilibrio tra la remunerazione delle prestazioni e i costi di gestione

Le ASL, quindi:

- Rappresentano il livello fondamentale di tutela della salute di ogni cittadino ad essa afferente.
- Per garantire ciò ricevono la quota capitaria ed investono eventuali risorse proprie derivanti da utili di esercizio.
- Forniscono servizi in modo diretto con i propri Presidi (Ospedali, Poliambulatori), Dipartimenti, Strutture operative professionali con proprio personale.
- Possono acquistare servizi per garantire le prestazioni, principalmente dalle Az. Ospedaliere ma anche da strutture private accreditate mediante accordi contrattuali, se compatibile con il P.S.R.

Soggetti erogatori dei servizi sanitari

Le ASL possono acquisire i servizi sanitari da:

- Aziende ospedaliere
- Altri soggetti accreditati dalla regione
- Soggetti convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta)

Funzioni e caratteristiche delle AO

- Assicurano prestazioni di:
  - ricovero
  - ambulatoriali: specialistiche e diagnostiche
  - attività di Emergenza-Urgenza ospedaliera in forma dipartimentale

Requisiti Fondamentali:

- almeno tre strutture di alta specialità (D.M.S. 29-1-92)
- organizzazione di tipo dipartimentale per l'alta specialità

Per alta specialità si intende:

- attività di diagnosi-cura-riabilitazione che richiedono particolare impegno di qualificazione in termini di mezzi, attrezzature e personale specializzato
- Apparecchiature di alta tecnologia
- Ospedali multizonali e policlinici (Università) specializzati

Dal 229/99: Costituzione o conferma di Aziende Ospedaliere, oltre ai punti già detti, troviamo: degenza ordinaria per residenti fuori regione, superiore di almeno il 10% rispetto alla media regionale; complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, maggiore del 20% della media regionale; disponibilità di un patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente.

Contesto di Quasi Mercato

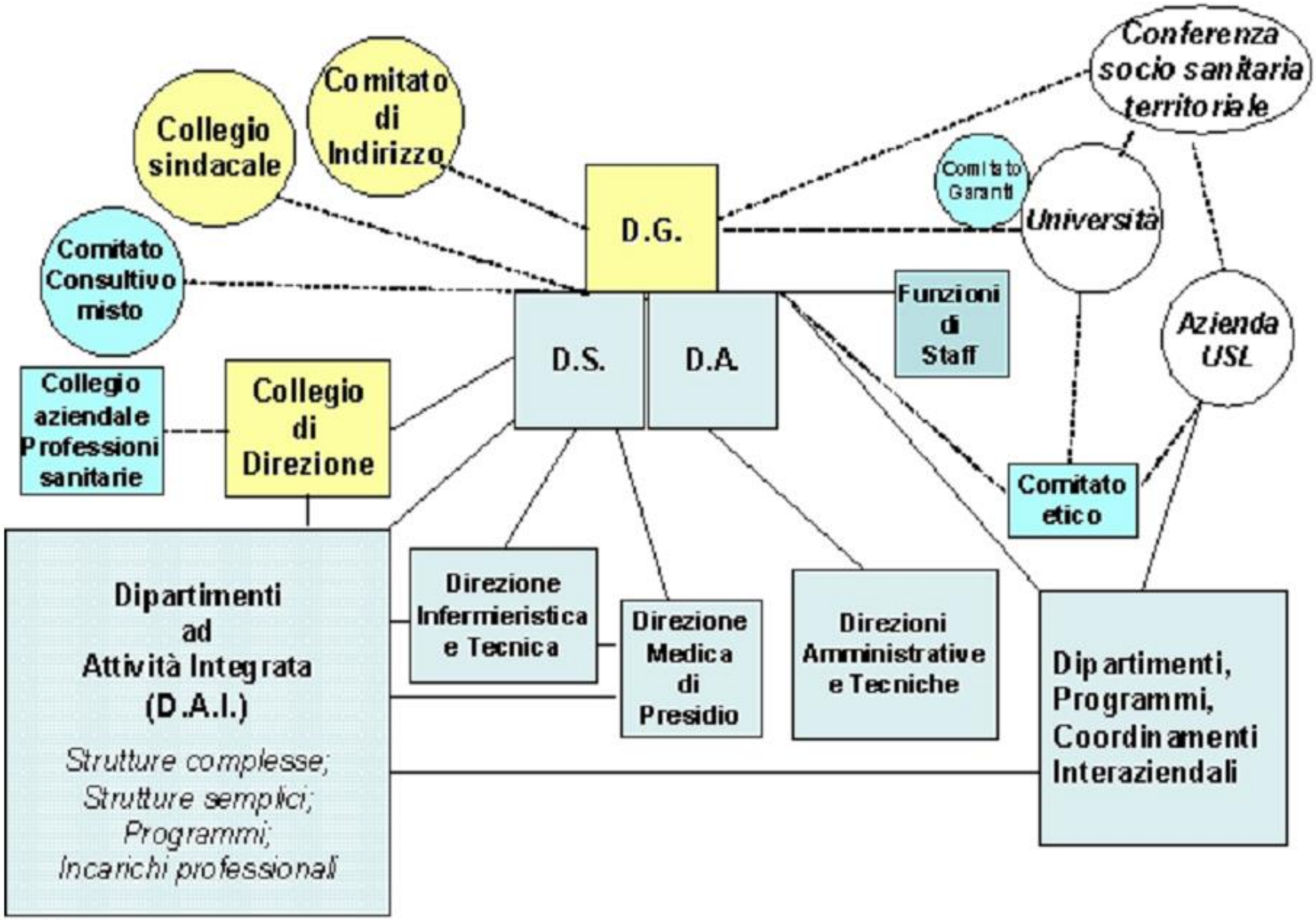
Distingue:

- Assicuratori di prestazioni (le Asl)
- Produttori di prestazioni (AO, AOU, IRCCS, strutture private accreditate, presidi ospedalieri)

Aumentare la concorrenza tra le strutture del settore pubblico e tra quelle pubbliche e quelle private convenzionate, concedendo più autonomia (nell'impiego dei fattori e nell'acquisto di beni intermedi), fare in modo che lo Stato sia sempre meno produttore di servizi sanitari.

Governance e Organizzazione interna delle Aziende Sanitarie

Organigramma



Fonte aziendale

Direttore Generale

Il D.G. è Responsabile della Gestione complessiva e della nomina delle strutture operative dell'Azienda. Il Direttore Generale risponde del proprio operato alla Regione che valuta il raggiungimento degli obiettivi definiti con riferimento all'efficacia, efficienza e funzionalità dei servizi Sanitari.

Laurea ed esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private in posizione dirigenziale con autonomia gestionale; + diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie svolta nei 10 ani precedenti la pubblicazione dell'avviso.

Direttore Generale: valutazione

Le Regioni determinano preventivamente i criteri generali per la valutazione dell'attività svolta dai Direttori Generali. La valutazione pone particolare attenzione

- al perseguimento degli obiettivi stabiliti nell'ambito della programmazione regionale
- al rispetto dell'efficienza, dell'efficacia e della funzionalità dei servizi sanitari

La prima verifica avviene 18 mesi dopo la nomina

Direttore Generale: rimozione

Qualora:

- ricorrano gravi motivi (es. non rispetto PSR);
- la gestione presenti una gestione di grave disavanzo
- siano violate leggi o il principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione

La regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del Direttore Generale e provvedendo alla sua sostituzione

Direttore Generale: collaboratori

DIRETTORE SANITARIO: dirige i servizi sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale

DIRETTORE AMMINISTRATIVO: dirige i servizi amministrativi dell'ASL

Sia direttore generale, amministrativo e sanitario hanno contratto di natura privatistica di 3-5 anni rinnovabile.

Collegio di Direzione

E’ composto da:

Direttore amministrativo,Direttore sanitario,Direttori di distretto,Direttori di dipartimento,Direttori di presidio

Supporta il Direttore Generale per:

- Governare le attività cliniche
- Programmare e valutare le attività tecnico-sanitarie
- Organizzare l’erogazione dei servizi sanitari
- Organizzare le risorse umane

Collegio Sindacale

Si compone di 5 o 3 membri indipendentemente dall'entità del bilancio:

- Verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- Vigila l'osservanza delle leggi;
- Accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio;
- Effettua periodiche verifiche di cassa;
- Riferisce trimestralmente alla Regione sui risultati del riscontro eseguito; con cadenza semestrale trasmette una relazione sull'andamento delle attività alla conferenza dei Sindaci o al Sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

Altri organi di rilevanza interna:

Il consiglio dei sanitari esprime parere preventivo e obbligatorio:

a) sulla formulazione del piano programmatico, comprendente il programma poliennale degli investimenti ed i relativi aggiornamenti, in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca;

b) sull'accordo di fornitura tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Azienda U.S.L. di riferimento;

C) etc..

Il comitato consultivo misto è un organismo dell'Azienda Sanitaria con funzioni propositive e consultive circa il pdv degli utenti.

Altri organi con potere consultivo e di controllo

Nella direttiva 2001/20/CE, **il Comitato Etico** viene definito come *un organismo indipendente, composto di personale sanitario e non, incaricato di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti della sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di questa tutela, emettendo, ad esempio, pareri sul protocollo di sperimentazione, sull'idoneità dello o degli sperimentatori, sulle strutture e sui metodi e documenti da impiegare per informare i soggetti della sperimentazione prima di ottenere il consenso informato*

Altri organi con potere consultivo e di controllo

Il comitato aziendale per le professioni sanitarie si adopera per la valorizzazione delle competenze del personale sanitario. Può svolgere le seguenti funzioni:

- contribuisce all'individuazione di criteri per la costruzione di strumenti di riconoscimento e valorizzazione del lavoro professionale e di sviluppo delle competenze professionali degli operatori;
- propone forme di organizzazione del lavoro innovative, volte a promuovere l'integrazione e la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale;
- collabora con il Collegio di Direzione alla elaborazione del programma per la formazione;
- collabora con il Comitato Etico per gli aspetti relativi all'etica delle professioni.

Presidi

Gli ospedali che non diventano aziende rimangono nel sistema sanitario come presidi ospedalieri.

A questi viene garantita una forma di autonomia sotto il profilo dirigenziale e sotto quello economico-finanziario

Con riferimento al secondo aspetto è prevista una contabilità separata da quella della Asl ed è prevista per quanto possibile l'applicazione delle stesse norme in vigore per le aziende autonome.

Il Distretto

Articolazione territoriale della ASL
Ha una popolazione minima di 60.000 abitanti, salvo eccezioni in relazione a particolari caratteristiche morfologiche del territorio

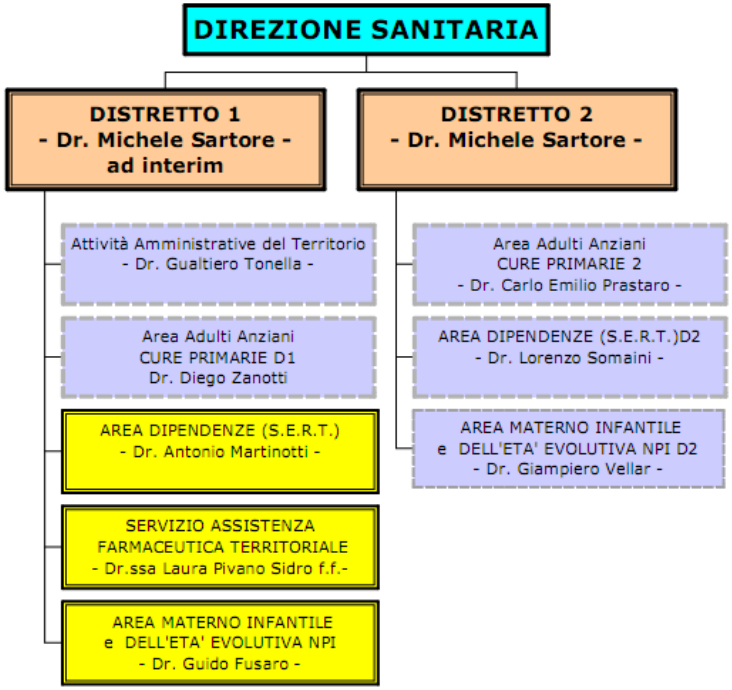
Assicura Servizi di Assistenza primaria per attività Sanitarie e Socio Sanitarie sulla base di un programma delle attività Territoriali

Ha autonomia Tecnico- Gestionale ed economico finanziaria con contabilità separata all'interno del Bilancio della USL

MACROSTRUTTURE DISTRETTO 1 e DISTRETTO 2

LEGENDA

- Direzione Gen./San./Amm.
- Macrostruttura
- Dipartimento Strutturale
- Dip. Transm/Funz/Interaz
- Struttura Complessa
- Struttura Semplice



All'interno del distretto, ex d.lgs. 229/99: attività per la tutela donna e famiglia, assistenza anziani, malattie terminali tossicodipendenti, domiciliare integrata… agisce come primo punto di congiunzione con l'utente

Strutture semplici e strutture complesse

Le strutture semplici sono generalmente riservate ad una specifica linea di produzione, spesso articolazioni di strutture complesse.

Mentre le strutture complesse, svolgono ruolo di supporto alla direzione (e quindi rilevante nella pianificazione), movimentano un ammontare rilevante di risorse e svolgono ruoli di amministrazione su attività determinate.

I Dipartimenti

I **Dipartimenti** sono un'articolazione organizzativa dell'Azienda avente quale compito specifico lo svolgimento, in maniera coordinata, di attività complesse al fine di razionalizzare (in termini di efficienza, efficacia ed economicità) i rapporti tra le strutture e le risorse assegnate.

Le funzioni che caratterizzano i Dipartimenti sono rappresentate da:

- mantenimento e sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali che operano all'interno del Dipartimento attraverso un sistema di formazione-aggiornamento-ricerca;
- partecipazione dei diversi professionisti al processo decisionale relativo alle scelte strategiche e organizzative, finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili;
- gestione integrata degli aspetti socio-sanitari attraverso l'applicazione di linee guida ed il coordinamento e l'integrazione tra le diverse fasi assistenziali ed i diversi professionisti.

I Dipartimenti: Criteri di individuazione (1)

- L’unificazione di attività o settori analoghi (es. divisioni dell’area di medicina: oncologia, neurologia)
- L’iter del paziente: la struttura unisce i servizi che assicurano la quasi totalità delle risposte assistenziali per patologia (es. dipartimento materno-infantile quale *struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse finalizzate alla tutela della salute della donna e del soggetto in età evolutiva dal periodo prenatale all'adolescenza nelle diverse fasi di vita»* (ASL ENNA)).

I Dipartimenti: Criteri di individuazione (2)

- L’efficienza gestionale: fondato sull’analogia organizzativa (es. il pronto soccorso e l’emergenza 118)

Le unità operative

- Rappresentano unità sub-dipartimentali destinate allo svolgimento di una funzione determinata:

Es. Nel dipartimento di farmacia troviamo:

UO Farmacia ospedaliera;

UO Continuità H-T,

Ecc..

I Costi

Sommario

Le tipologie di costo analizzate sono le seguenti:

- ✓**COSTI CONTROLLABILI**
- ✓**COSTI NON CONTROLLABILI**
- ✓**COSTI PARAMETRICI, DISCREZIONALI, SOMMERSI**
- ✓**COSTI FISSI**
- ✓**COSTI VARIABILI**
- ✓ **COSTO MEDIO**
- ✓ **COSTO MARGINALE**
- ✓ **COSTO DIRETTO**
- ✓ **COSTO INDIRETTO**
- ✓ **COSTO STANDARD**
- ✓ **COSTO EFFETTIVO**

Perché classificare per analizzare i costi

- Rilevanza della spesa sanitaria a livello nazionale, regionale e locale
- Finanziamento sanitario è pubblico
- Principio di *accountability* delle Aziende Sanitarie
- Responsabilizzazione sui costi (obiettivi di budget) dei dirigenti

Perché conoscere le diverse tipologie di costo

- Responsabilizzare gli utilizzatori dei fattori produttivi sulle risorse loro assegnate e consumate attraverso il loro processo di scelta e le loro azioni
- Avere informazioni sulle tipologie di costi che incidono maggiormente: a livello aziendale, a livello di dipartimento o di unità, a livello di attività o prestazione

Differenza tra costo e spesa

- ***Spesa***: esborso finanziario, può essere collegato o meno al sostenimento di un costo, obbedisce a criteri di contabilizzazione propri della Co.Ge

- ***Costo***: valore delle risorse consumate per offrire un determinato servizio/ prestazione, nel breve termine non è sempre immediatamente identificabile con la spesa (es. ammortamento), obbedisce a criteri di contabilizzazione propri della Co.An

- ***NB*** Attenzione alla terminologia anche sui Ricavi (valore attribuito ai servizi/ prestazioni offerte)

Concetto di Costo

Il costo è la **valorizzazione monetaria** delle risorse consumate (da consumarsi) per un qualche **scopo**

1. il costo **quantifica** un impiego di risorse
2. utilizzando un **comune denominatore**
3. ha sempre a riferimento uno scopo, un obiettivo: un "**oggetto**" del costo: una qualunque cosa per la quale sia desiderata una misurazione separata del costo

Possibili oggetti di costo

Servizio sanitario

Programma sanitario

Percorso terapeutico

Attività

Funzione (amministrazione, ad es.)

Unità organizzativa

Categoria di pazienti (pazienti diabetici, etc)

…

Costi Fissi e Costi Variabili

La teoria economico-manageriale afferma che, se operiamo nel breve periodo, possiamo distinguere i costi in due grandi categorie:

- **Costi FISSI**
- **Costi VARIABILI**

Per breve periodo si intende un intervallo di tempo, all'interno del quale l'operatore economico è vincolato nelle sue scelte dagli impegni presi nei periodi precedenti. Nel breve periodo dunque, l'azienda si trova a disporre (per effetto delle decisioni passate) di determinati impianti (strutture, tecnologie, ecc.) e si limita a scegliere esclusivamente la combinazione fra lavoro e materiali di consumo.

Costi Fissi

Sono quei costi che nel breve periodo non variano al variare del volume di produzione. Con il concetto “fissi” si intende che essi variano con il tempo piuttosto che con la quantità.

Questo significa che, se una struttura ospedaliera decidesse di variare la produzione (aumentarla; diminuirla; cessarla), essi rimarrebbero “vivi” e la loro entità non varierebbe.

Alcuni esempi di costi fissi in sanità:

- I contratti assicurativi stipulati dagli ospedali
- I contratti di fornitura per servizi esterni come lavanderia e cucina
- L’ammortamento annuo delle apparecchiature per l’unità operativa di diagnostica per immagini
- ……..

Costi Variabili

Sono quei costi che variano in maniera proporzionale al variare del volume di produzione. Essi nascono e si attivano, solamente quando si decide di avviare il processo produttivo per produrre una prestazione od un servizio sanitario.

Alcuni esempi di costi variabili sono:

- Materiali di consumo come: farmaci; presidi sanitari; reagenti di laboratorio (!?)
- Consulenze specialistiche esterne
- Per la U.O. di diagnostica per immagini, le pellicole ed il mezzo di contrasto
- ……

Analisi costi fissi-costi variabili: finalità

La classificazione dei costi in fissi e variabili permette di ottenere informazioni al fine di:

- Determinare l'incidenza di una tipologia di costi nella produzione di una prestazione o di un servizio erogato
- Effettuare valutazioni sulla convenienza economica nella produzione di determinati volumi di prestazioni (analisi del punto di pareggio)
- Determinare il margine di contribuzione (MdC)

Il Margine di Contribuzione

È un indicatore economico che permette di effettuare valutazioni sulle risorse monetarie a disposizione per la copertura dei costi fissi di produzione.

È dato dalla seguente relazione:

Margine di contribuzione = ricavi – costi variabili

Il margine di contribuzione **non rappresenta un guadagno**, ma indica il contributo di ogni singola prestazione erogata (o gruppi di prestazioni), alla copertura dei costi fissi.

Esso può essere calcolato sia a livello di singola prestazione o servizio erogato, che a livello di dipartimento o unità operativa

Il Margine di Contribuzione

Nota importante: **la presenza di margini di contribuzione unitari positivi è una condizione necessaria, ma non sufficiente a realizzare un risultato economico positivo. I volumi prodotti giocano un ruolo fondamentale alla copertura dei costi fissi totali.**

Esempio di margine di contribuzione unitario:

Supponiamo che il laboratorio di radiologia effettui solamente risonanze magnetiche muscoloscheletriche. La tariffa è di € 172; il totale dei costi variabili è pari a € 72 a prestazione; i costi fissi totali sono pari a € 100.000.

Margine di contribuzione unitario = 172€ - 72€ = 100€

Se 100 è il margine di ciascuna prestazione, per coprire i costi fissi rimanenti dovrò effettuare =100000/100=1000 prestazioni.

Per coprire tutti i costi totali e realizzare un risultato economico positivo serviranno almeno 1000 prestazioni.

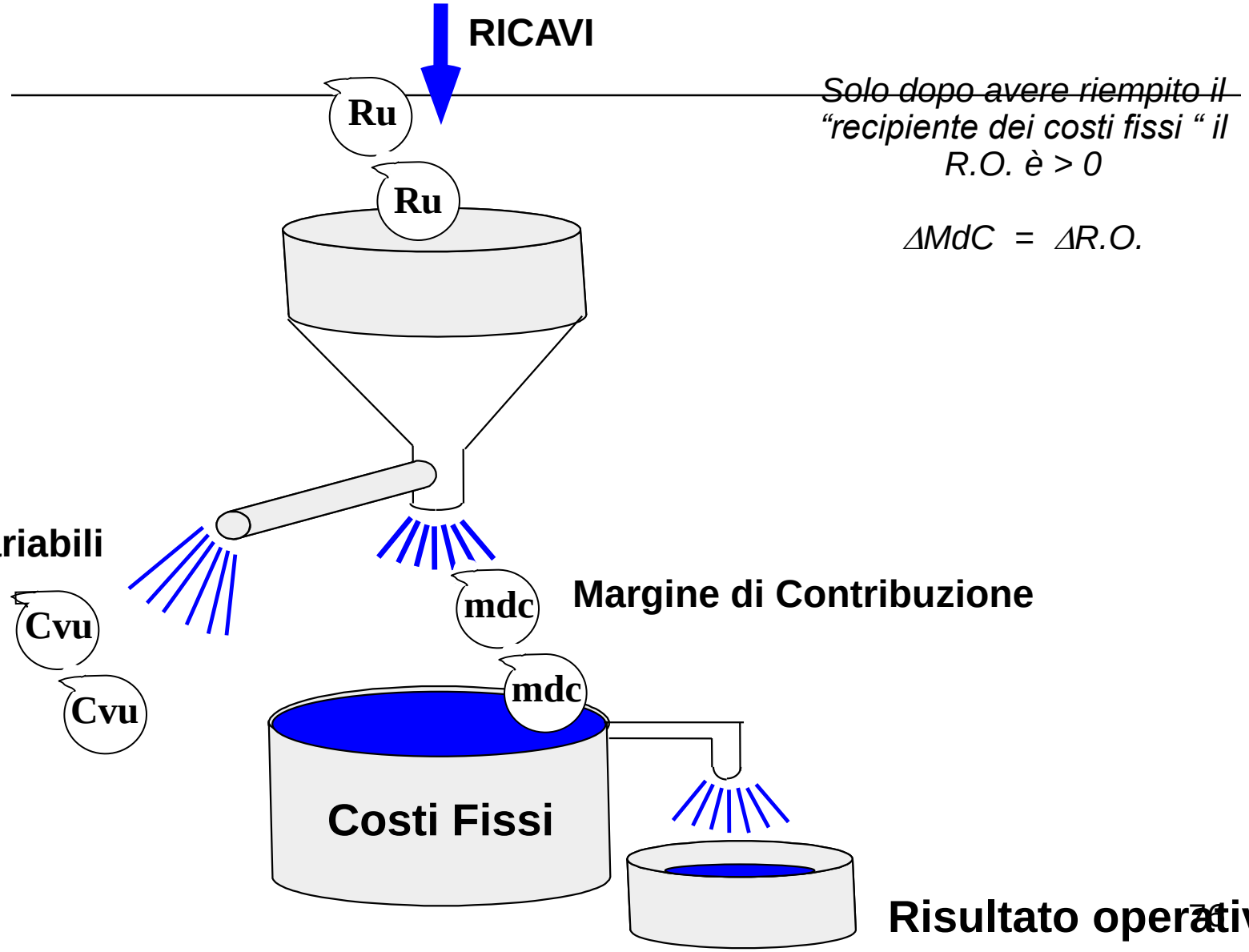
MARGINE DI CONTRIBUZIONE: potenziale applicazione

Il dipartimento di radiodiagnostica ha ricavi totali annui pari a 250.000 euro. Nell'anno 2015, ipotizzando che non vi sia modificazione dei carichi di lavoro all'interno del dipartimento, sono stati rilevati i seguenti costi:

1. Costi delle utenze: 15.000 euro;
2. Costi d'acquisto per reagenti da somministrare al paziente: 76.000 euro;
3. Costi affitto locali: 12.000 euro;
4. Costi del personale: 27.000 euro;

Si classifichino i costi in fissi e variabili in relazione alla quantità di prestazioni erogate (radiografie), e si proceda al calcolo del margine di contribuzione.

Il significato del Margine di Contribuzione



Solo dopo avere riempito il "recipiente dei costi fissi " il R.O. è > 0

$\Delta MdC = \Delta R.O.$

Vantaggi della classificazione costi fissi/costi variabili

- Consente di fare valutazioni corrette sulla dinamica dei costi nel breve periodo. Se si vogliono analizzare le cause della variazione dei costi associata ad una variazione dei volumi di produzione, per una linea di attività (come ad es. per il ricovero ordinario), queste sono spiegate dai costi variabili.
- In sanità, ed in particolare nelle strutture ospedaliere, il peso dei costi fissi è elevato e quindi è importante avere un'idea di quanto incidono sul costo di produzione per una unità operativa.
- La distinzione tra costi fissi e varabili permette di fare valutazioni sulla possibilità e sulla convenienza economica di esternalizzare alcune attività (ad es. lavanderia; cucina; ecc)
- Permette di capire su quali voci di costo è possibile agire nel breve periodo per cercare, se possibile, di ridurre i costi di produzione di una linea di attività o a livello di unità operativa.

Costo Totale, Costo Medio e Costo Marginale

Sono tre tipologie di costo che la letteratura economica ritiene fondamentali per fare una analisi precisa del costo di produzione di un qualsiasi bene, prodotto o servizio e per effettuare delle valutazioni sulla relazione tra costi e volumi di attività prodotta.

Costo Medio e Costo Marginale

- Questa classificazione è importante perché permette di valutare, in maniera corretta, l'effetto sui costi generato da piccole variazioni nel livello della produzione.
- Nel breve periodo e per piccole variazioni nel livello della produzione, i costi marginali possono differire sensibilmente dai costi medi.
- Questa differenza, se ignorata, può portare a valutazioni errate sul fronte dei costi e dei risparmi potenziali.

Costo Medio

- Il costo medio, o costo medio unitario, è il costo sostenuto per produrre una unità di output (prodotto; servizio; prestazione).
- Si ottiene dividendo il costo totale per la corrispondente quantità di output. La relazione matematica è la seguente:

$$\mathbf{COSTO\,MEDIO} = \frac{\mathbf{COSTO\,TOTALE}}{\mathbf{QUANTITA'\ \ PRODOTTA}}$$

Costo Medio

- Quando la produzione è bassa, il costo medio è elevato perché tutti i costi fissi ricadono sulle poche prestazioni prodotte.
- Più aumenta la capacità produttiva (per esempio il tasso di occupazione dei posti letto), più si riduce il costo medio unitario, perché il costo fisso unitario sulla singola prestazione è più basso.
- Oltre un certo livello di produzione, il costo medio aumenta perché i costi unitari non sono più costanti, ma cominciano a crescere per ogni unità di prodotto aggiuntiva (ad es., è richiesto l'acquisizione di nuove risorse).
- Il costo medio è un indicatore importante per effettuare valutazioni sullo scostamento costi – ricavi delle prestazioni che hanno una forma tariffaria di rimborso.

Costo Marginale

- Rappresenta la variazione del costo totale, quando il livello della produzione varia di una unità.
- In altri termini il costo marginale, è il costo aggiuntivo che una unità operativa od un centro di costo sopportano quando decidono di erogare una prestazione in più (l'ultima aggiunta!!).
- Per prestazione aggiuntiva si può intendere: un ricovero ordinario; una prestazione ambulatoriale; un trattamento aggiuntivo all'interno di una prestazione più complessa; ecc.
- La relazione matematica che definisce il costo marginale è la seguente:

$$\mathbf{COSTOMARGINALE} = \mathbf{COSTOTOTALE}_{(Q+1)} - \mathbf{COSTOTOTALE}_{(Q)}$$

Costo Marginale

Alcuni esempi di applicazione del concetto di costo marginale:

- Valutazione dei costi per l'erogazione di una prestazione aggiuntiva
- Determinazione del "risparmio" generato dalla riduzione di una giornata di degenza per un ricovero ordinario.

Le analisi sulla convenienza economica relative alla variazione unitaria nella produzione di beni e servizi, fatta attraverso il costo marginale è detta tecnicamente: **valutazione al margine**.

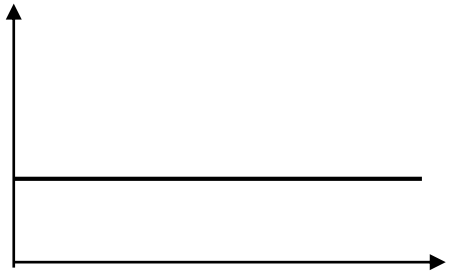
La valutazione al margine prevede il confronto fra il costo marginale sostenuto per produrre la prestazione aggiuntiva ed il ricavo marginale derivante dalla prestazione medesima.

I Costi Totali

Rappresentano la somma tra i costi fissi ed i costi variabili. La relazione matematica che li descrive è la seguente:

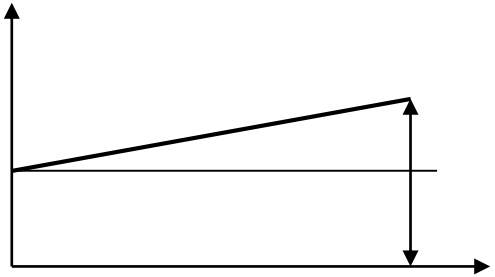
$$COSTO\ \ TOTALE = COSTO\ \ FISSO\ \ TOTALE + COSTO\ \ VARIABILE\ TOTALE$$

La rappresentazione grafica dei costi fissi, variabili e totali



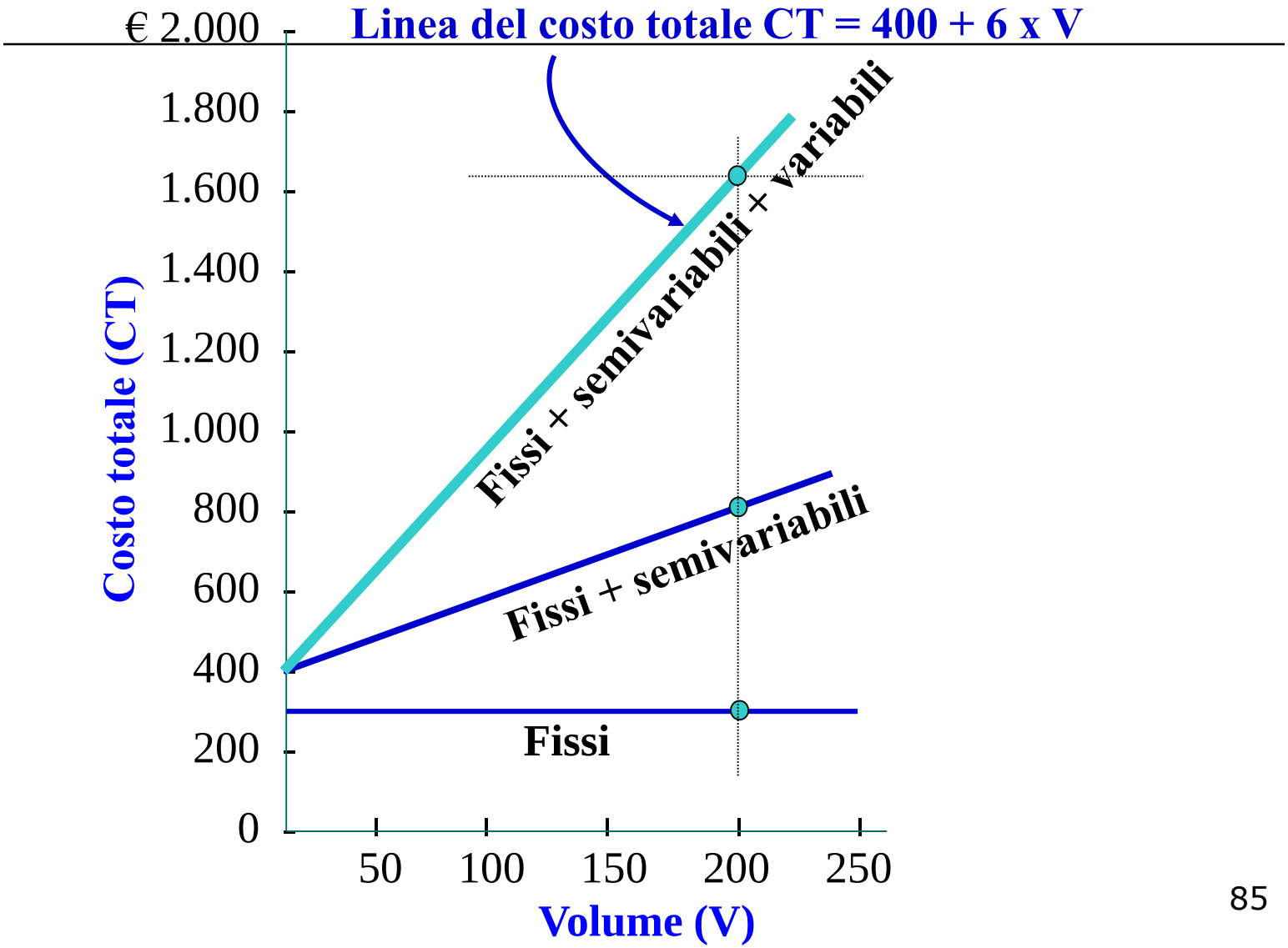
COSTI FISSI TOTALI

COSTI VARIABILI TOTALI



COSTI TOTALI

Relazione tra Costi Totali e Volumi



Alcune considerazioni…

- Nel breve periodo i costi fissi totali rimangono costanti al variare della produzione.
- Se una unità operativa producesse una sola prestazione, tutto il peso dei costi fissi totali ricadrebbe su di essa.

Questo significa che più cresce il numero delle prestazioni, più i costi fissi totali si vanno a spalmare su un numero maggiore di prestazioni, diminuendo in questo modo la quota (incidenza) su ogni singolo prodotto.

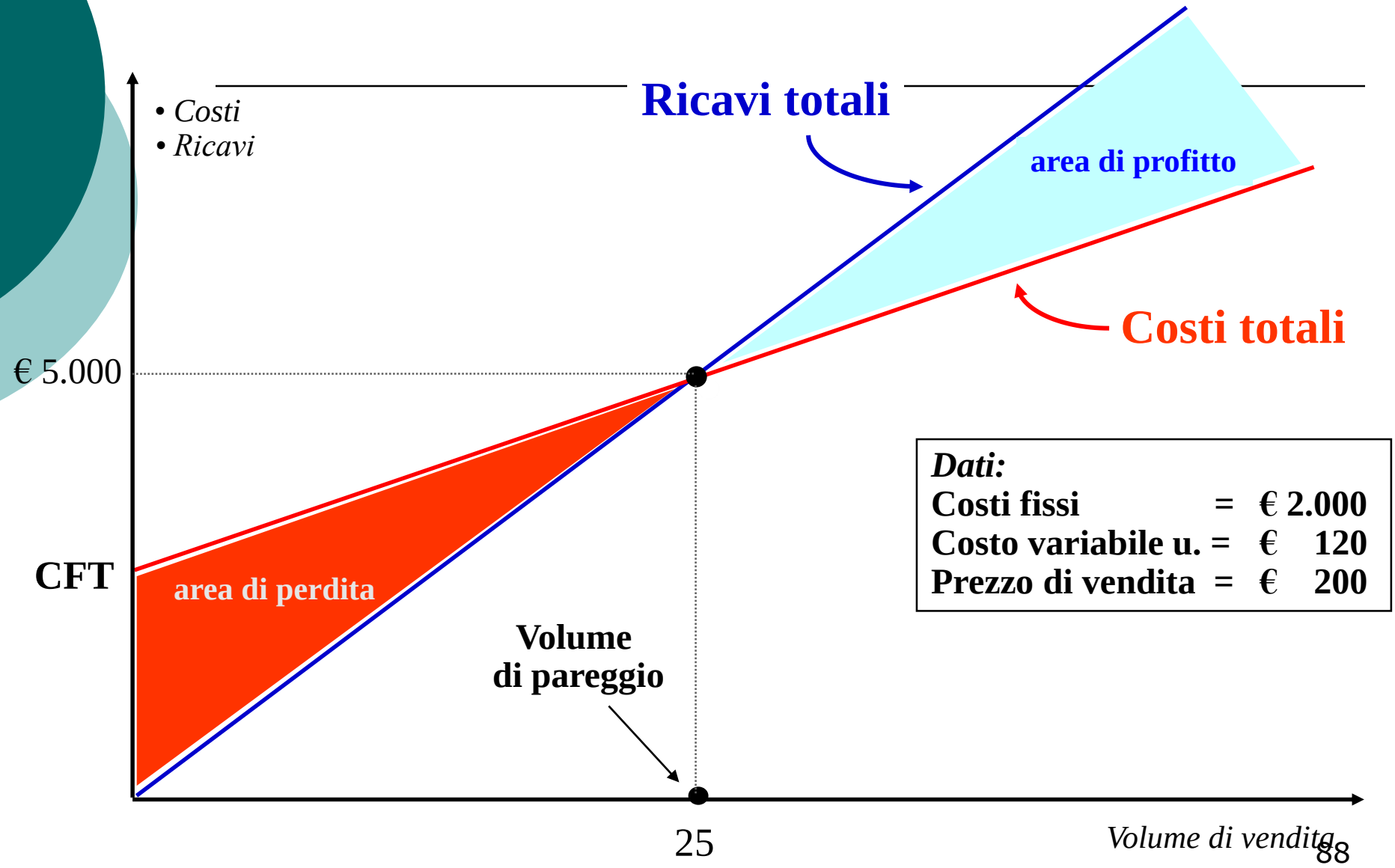
- Tale quota viene denominata: **Costo Fisso Unitario** ed il suo ammontare diminuisce fino a raggiungere il valore minimo in corrispondenza della capacità produttiva massima.

Alcune considerazioni…

- Se si assume che il costo variabile totale abbia un andamento lineare, allora significa che il costo variabile per produrre la prima unità di output e la centesima, è esattamente lo stesso.

- Il costo variabile complessivo, necessario a produrre una unità di output è detto: **Costo Variabile Unitario** e per le ipotesi fatte in precedenza sul costo variabile totale, è costante per qualsiasi livello di produzione.

Diagramma del punto di pareggio



Il Volume di pareggio

Ricavi totali = Costi Totali

$$Q_p \times Pr = Q_p \times CV_U + CFT$$

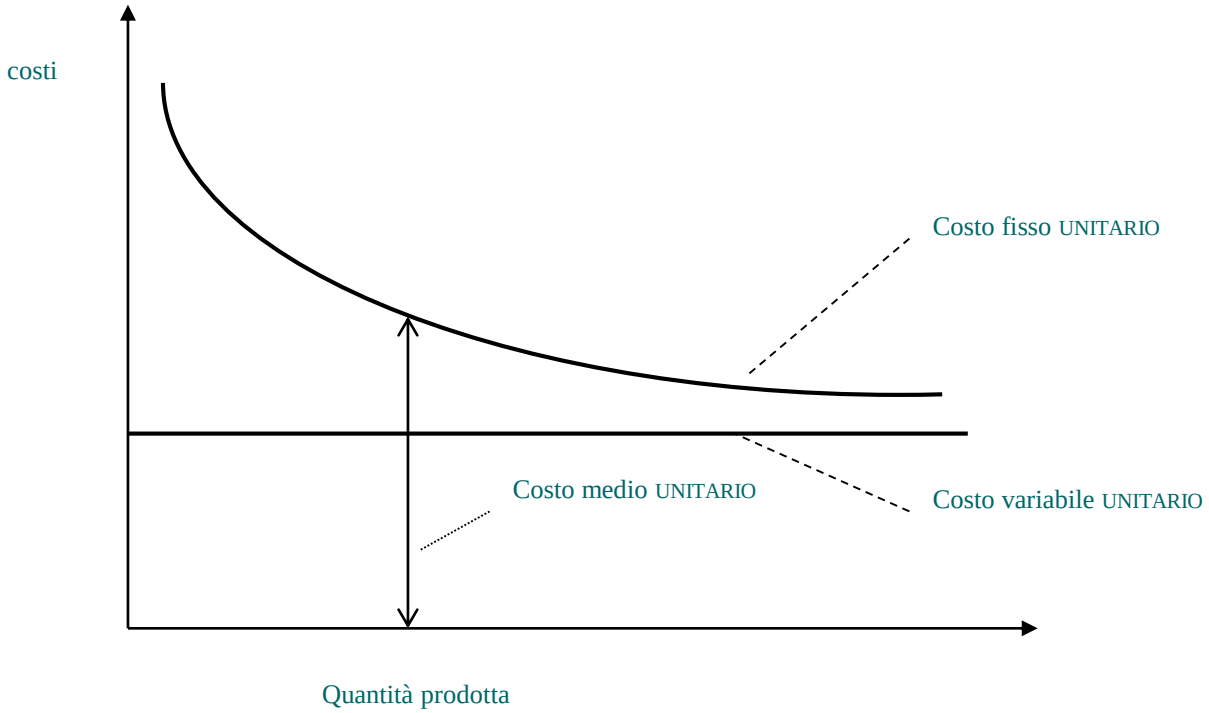
$$Q_p \times (Pr - CV_u) = CFT$$

$$Q_p = CFT / (Pr - CV_u)$$

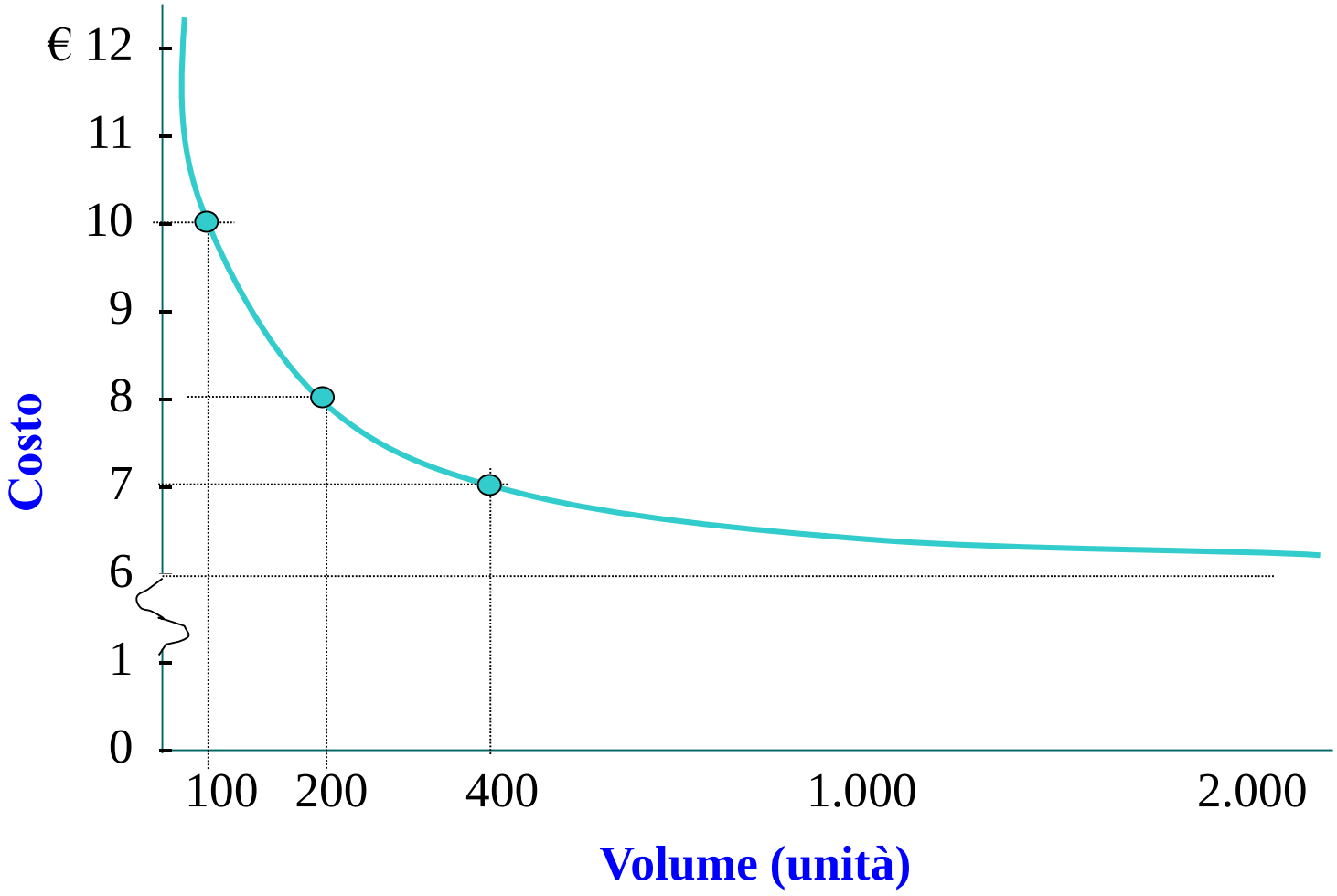
$$Q_p = CFT / mdc$$

Alcune considerazioni…

Di seguito si riporta il grafico che sintetizza gli andamenti del costo fisso unitario e del costo variabile unitario.



Relazione tra costo unitario e volume



Costi diretti e costi indiretti

- Questa classificazione ha lo scopo di suddividere i costi in base al grado di appartenenza ad un dato oggetto di calcolo; per oggetto di calcolo si può intendere: una unità operativa; un dipartimento; un presidio ospedaliero; ecc.
- **L'associazione di una voce di costo all'una o all'altra categoria è relativa, perché dipende da quale oggetto di calcolo si sta considerando. Una stessa voce di costo infatti, può essere un costo diretto o indiretto a seconda di quale sia l'unità aziendale o prodotto che si usa come riferimento.**
- Questa classificazione permette di ricavare informazioni sulla gestione delle risorse sulle quali è direttamente responsabile l'unità operativa o il dipartimento. Infatti, sottraendo dal valore dei ricavi totali il valore dei costi diretti, si ottiene il margine di contribuzione alla copertura dei costi indiretti.

Costi diretti e costi indiretti

COSTI DIRETTI:

Sono quei costi per i quali è possibile definire una relazione diretta ed oggettiva, tra voce di costo ed oggetto di calcolo.

La voce di costo “personale” rappresenta un costo diretto per l’oggetto di calcolo unità operativa.

- **COSTI INDIRETTI:**

Si hanno quando è possibile stabilire una relazione tra voce di costo ed oggetto di calcolo in maniera indiretta, solamente attraverso dei parametri o sistemi di imputazione di tipo convenzionale o soggettivi.

Il costo del riscaldamento per l’unità operativa è un costo indiretto; il parametro di imputazione utilizzato sono i metri cubi.

Le spese per la pulizia sono un altro esempio; per associarle all’unità operativa, il parametro di imputazione sono i m2.

Esempio di costi diretti e costi indiretti

Oggetto di calcolo	**Azienda ospedaliera**	**presidio**	**Unità Operativa**	**Attività: Degenza ordinaria**	**Prodotto: impianto di protesi d'anca**
Voci di costo	**COSTI DIRETTI**	**COSTI DIRETTI**	**COSTI DIRETTI**	**COSTI DIRETTI**	**COSTI DIRETTI**
Protesi	Protesi	Protesi	Protesi	Protesi	Protesi
Consulenze esterne	Consulenze esterne	Consulenze esterne	Consulenze esterne	Consulenze esterne	Consulenze esterne
Farmaci	Farmaci	Farmaci	Farmaci	Farmaci	Farmaci
Ammortamenti mobili ed arredi	Ammortamenti mobili ed arredi	Ammortamenti mobili ed arredi	Ammortamenti mobili ed arredi	Ammortamenti mobili ed arredi	Ammortamenti mobili ed arredi
Manutenzioni tecniche	Manutenzioni tecniche	Manutenzioni tecniche	Manutenzioni tecniche	Manutenzioni tecniche	Manutenzioni tecniche
Personale	Personale	Personale	Personale	Personale	Personale
Impresa di pulizia	Impresa di pulizia	Impresa di pulizia	Impresa di pulizia	Impresa di pulizia	Impresa di pulizia
Riscaldamento	Riscaldamento	Riscaldamento	Riscaldamento	Riscaldamento	Riscaldamento
Energia elettrica	Energia elettrica	Energia elettrica	Energia elettrica	Energia elettrica	Energia elettrica
Ammortamento fabbricato	Ammortamento fabbricato	Ammortamento fabbricato	Ammortamento fabbricato	Ammortamento fabbricato	Ammortamento fabbricato
Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
Direzione Generale	Direzione Generale	Direzione Generale	Direzione Generale	Direzione Generale	Direzione Generale
	COSTI INDIRETTI	**COSTI INDIRETTI**	**COSTI INDIRETTI**	**COSTI INDIRETTI**	**COSTI INDIRETTI**

Costi standard e costi effettivi

- **COSTI STANDARD**

Sono dei parametri monetari di riferimento, che vengono calcolati per determinare i costi presunti e normali di un determinato oggetto di calcolo.

Per determinare il costo standard di una prestazione o linea di attività, la prassi è la seguente:

- Individuazione di tutti i fattori produttivi e del loro grado di assorbimento tipico per unità di prodotto
- Determinazione del costo unitario per fattore utilizzato
- Si moltiplica il costo unitario per la quantità assorbita (costo standard del fattore) es. costo personale=costo della figura professionale* n. dipendenti
- Si sommano i costi standard di tutti i fattori produttivi utilizzati per ottenere il costo standard della prestazione es. costo personale+costo farmaci+costo attrezzature+ costo personale, ecc..

Costi standard e costi effettivi

- **COSTI EFFETTIVI**

Si determinano a consuntivo, cioè alla fine del periodo di tempo preso a riferimento, e permettono di quantificare il valore monetario delle risorse effettivamente utilizzate: per produrre una determinata prestazione, un gruppo di prestazioni, o consumate da una unità operativa/dipartimento.

- **L'utilizzo di misurazioni a costi standard e costi effettivi consente di evidenziare gli scostamenti tra quanto si era programmato di consumare (budget), in termini di risorse assorbite (costo standard), e quelle effettivamente consumate (costo effettivo).**

Costi Controllabili

- La controllabilità di un costo si riferisce alla possibilità che il manager del CdR possa influenzare significativamente l'ammontare del costo (es. costo materie prime)
- Non sono discrezionali: ovvero il manager non può stabilirne l'ammontare.
- Generalmente, tutti i costi controllabili sono costi diretti
- Non tutti i costi diretti sono però controllabili
- Sebbene molti costi variabili siano controllabili, non tutti i costi variabili sono controllabili
- La manodopera diretta è normalmente, ma non sempre, un costo controllabile

La controllabilità dipende dal livello gestionale che stiamo considerando..probabilmente, un direttore di u.o. avrà meno discrezionalità su determinati costi rispetto ad un D.G.

Costi in funzione della programmazione: parametrici, discrezionali e sommersi

- I **costi parametrici:** elementi di costo il cui ammontare corretto può essere calcolato con precisione a priori attraverso stime (es. quanto costa un'attività di dispensazione del farmaco al paziente).
- I **costi discrezionali**: elementi di costo il cui ammontare può essere variato a discrezione del manager del CdR (es.decisione di aprire o chiudere un reparto).
- I **costi sommersi (impegnati)**: l'inevitabile conseguenza di impegni assunti precedentemente. (es. costo relativo allo smantellamento di un presidio ospedaliero..)