

Servizio Studi e Valutazione Politiche regionali
Ufficio Analisi Leggi e Politiche regionali

Il finanziamento delle funzioni sanitarie non coperte da tariffe predefinite

Presentazione della Missione Valutativa n. 1/2013
al Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione
13 giugno 2013



1. L'ambito della ricerca

2. I casi di studio

- Emilia Romagna
- Veneto
- Lombardia

Focus RL

4. Lombardia: aggiornamento 2011

5. Lombardia: che cosa sta cambiando?

6. Per ricapitolare e approfondire

le FnT: che cosa sono, a cosa servono

Le **funzioni non tariffate** sono una componente della spesa sanitaria regionale che

- ▶ interessa, in via principale, l'assistenza ospedaliera
- ▶ è prevista dalla normativa statale (d. Lgs. 502/92 s.m.i.)
- ▶ per remunerare attività non idonee alla tariffazione

Finanziano di solito attività di

emergenza-urgenza, terapia intensiva, trapianto d'organi, assistenza ai grandi ustionati, ricerca e didattica universitaria ...

La loro applicazione è decisa dalle Regioni che scelgono in autonomia

che cosa (quali attività)

quanto (con quali risorse)

chi (quali strutture sanitarie)

finanziare a funzione

Questo ha prodotto esperienze molto diverse e poco studiate

le richieste del CPCV

In Lombardia la spesa per FnT è rilevante: circa 1 miliardo di euro l'anno

Il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione della IX legislatura ha chiesto una **ricerca descrittiva** in **chiave comparata** con altre due Regioni per osservare

andamento e variazioni nel periodo 2008-2010 di

- numero e tipo di FnT attivate
- criteri ed entità dei finanziamenti attribuiti per ciascuna funzione
- riparto delle risorse assegnate tra strutture pubbliche e private
- riparto delle risorse assegnate per tipologia di struttura sanitaria

Per la comparazione il Comitato ha indicato **Veneto** ed **Emilia-Romagna** in base a:
risorse destinate al servizio sanitario e offerta posti letto
performance (disavanzo sanitario pro capite, indicatore sintetico di qualità)
presenza di erogatori privati

la differenza delle fonti

La ricerca si è fondata sull'**analisi documentale** delle deliberazioni con cui le Giunte regionali hanno individuato risorse e destinatari di FnT

I provvedimenti sono risultati molto diversi



delibera ad hoc

- risorse per ogni funzione
- risorse per ogni soggetto
- criteri generali del sistema
- criteri plurimi per ogni FnT
- 8 mesi ca. da fine esercizio
- preceduta da 'DGR Regole'



delibera riparto annuale SSR

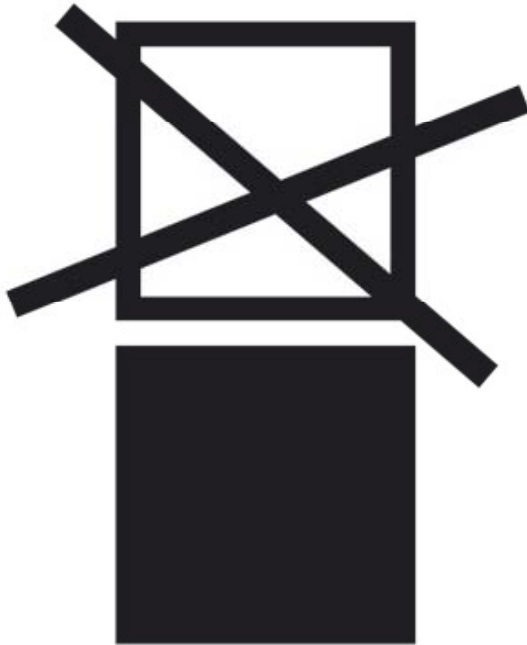
- risorse per ogni funzione
- risorse per ogni soggetto
- no criteri
- no dettagli attività
- 2° semestre esercizio



delibera riparto annuale SSR

- risorse per progetti sovraziendali
- no destinatari (atti successivi)
- no criteri
- no dettagli attività
- 1° semestre esercizio

i dilemmi della ricerca



- ✘ necessità di sintesi vs assenza informazioni
- ✘ attività simili ma in FnT diverse
- ✘ finanziamenti ad hoc invece di FnT
- ✘ esaustività del censimento: i progetti in Emilia Romagna coprono tutte le FnT attivate?

Le differenze non permettono di sovrapporre le tre esperienze

Le informazioni sono presentate come studio di casi

gli elementi di contesto

- entità della spesa SSN 2010 (dati MEF 2011)

Lombardia	Veneto	Emilia Romagna
17,8 Mld€	8,8 Mld€	8,4 Mld€

- strutture ospedaliere

	Presidi ASL	Aziende Ospedaliere	Irccs PUBBLICI	Irccs PRIVATI	Altre strutture private accr.
Lombardia	2	29	5	21	79
Veneto	21	2	1	2	27
Emilia R.	21	5	3	1	45
Italia	380	90	28	38	571

- modelli organizzativi

Lombardia

- separazione ruoli acquirente (Asl) e fornitore (erogatori pubblici e privati in parità)
- scorporo presidi ospedalieri da Asl, costituiti in Aziende Ospedaliere autonome

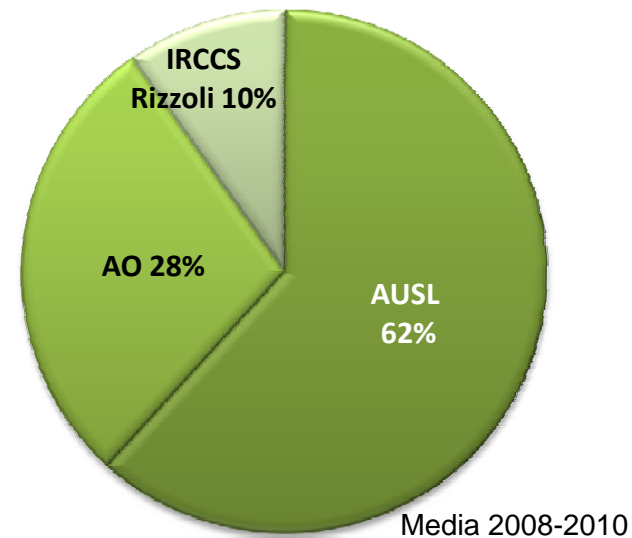
Veneto ed Emilia Romagna

- modello integrato, strutture pubbliche e private collegate e complementari
- presidi ospedalieri integrati alle Asl, numero limitato di AO autonome

Il caso Emilia Romagna: i dati di sintesi

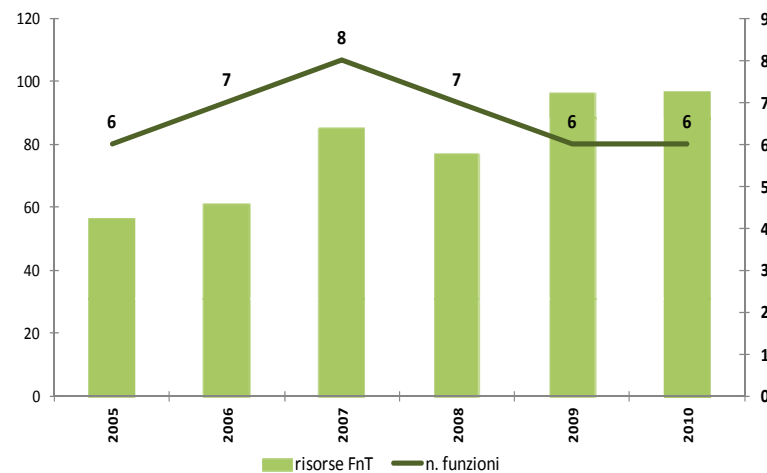
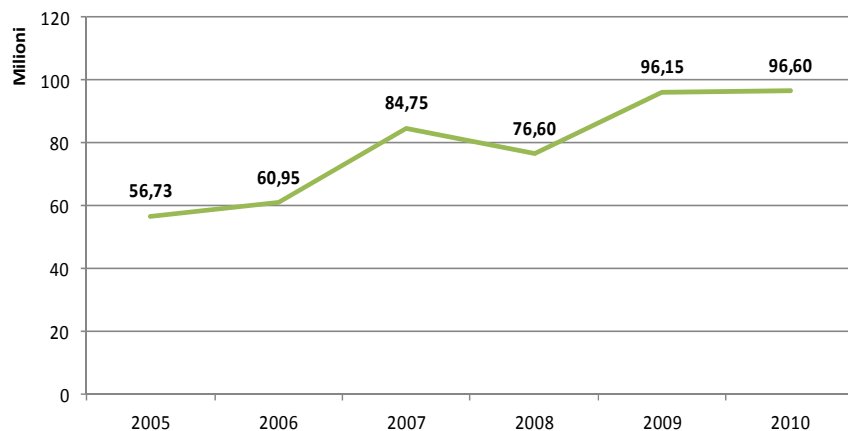
Emilia Romagna – situazione al 2010	
Come si chiamano?	Progetti e funzioni sovra-aziendali – specificità aziendali
Quante sono?	6
Quante risorse?	97 M€ 1% della spesa sanitaria complessiva (su dati MEF)
A quanti soggetti?	17 11 AUSL, 5 AO, 1 Irccs pubblico (Istituto Ortopedico Rizzoli)
Quale quota al privato?	0

Come sono distribuite
le risorse FnT
per tipologia di struttura?



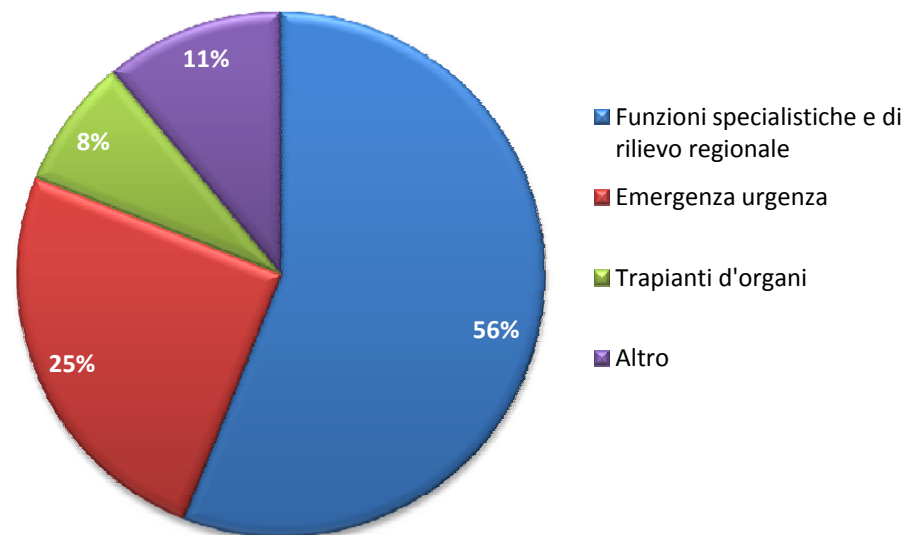
Il caso Emilia Romagna: trend di spesa e attività

andamento della spesa (2005-2010)



attività finanziate (2010)

- ▶ Alte specialità, progetto sangue e attività di rilievo regionale: cardiologia pediatrica e neonatale, trauma center, grandi ustioni, chirurgia della mano, casistica ortopedica di elevata complessità ...
- ▶ 118
- ▶ Trapianti e medicina rigenerativa
- ▶ Specificità aziendali: la presenza di talassemici; la presenza di strutture di recupero dipendenze

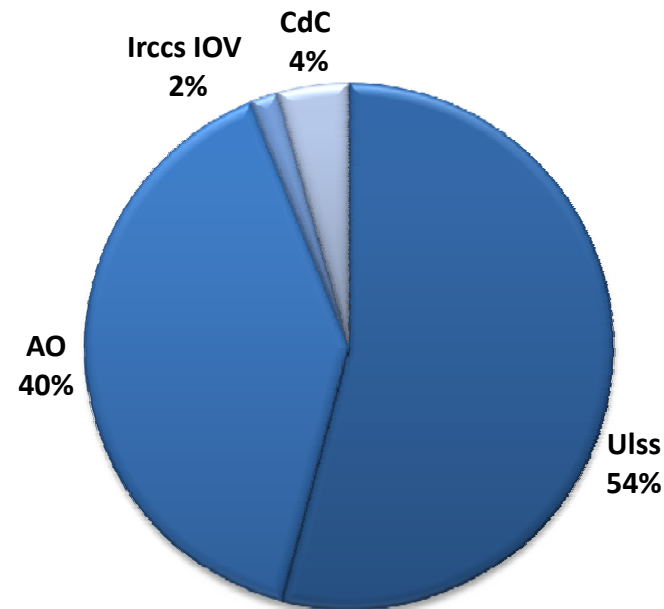


Il caso Veneto: i dati di sintesi

Veneto – situazione al 2010

Come si chiamano?	Finanziamento a funzione	
Quante sono?	4	
Quante risorse?	354 M€	4% della spesa sanitaria complessiva (su dati MEF)
A quanti soggetti?	30: 21 Ulss, 2 AO, 1 Irccs pubblico (IOV), 12 Case di Cura private	
Quale quota al privato?	4% (in diminuzione)	

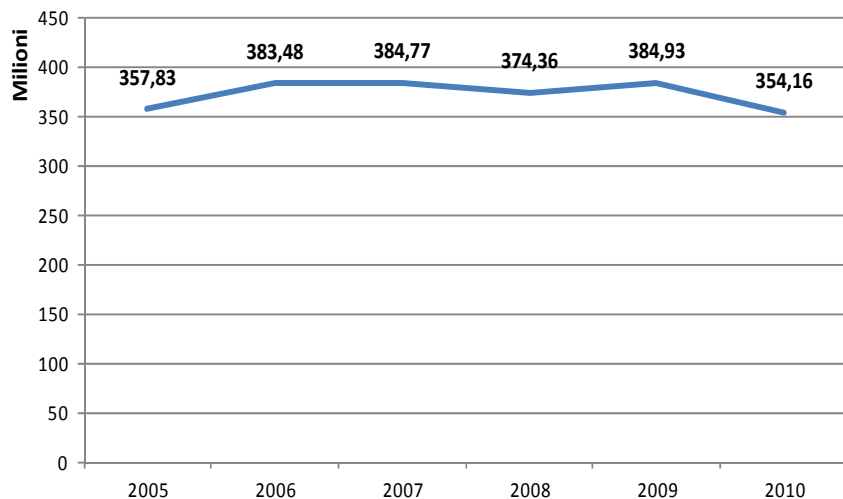
Come sono distribuite
le risorse FnT
per tipologia di struttura?



Media 2008-2010

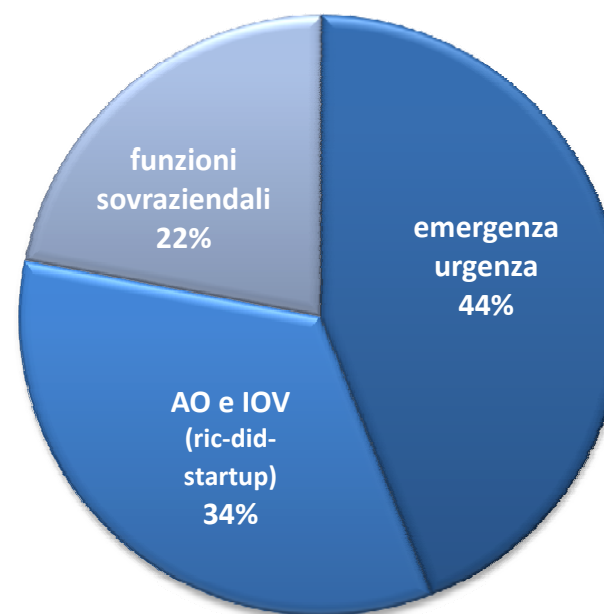
Il caso Veneto: trend di spesa e attività

andamento della spesa (2005-2010)



attività finanziate (2010)

- ▶ Emergenza Urgenza: 118, Pronto soccorso, terapia intensiva
- ▶ AO-IOV: ricerca didattica, start up Istituto IOV
- ▶ Sovraziendali: fondo integrativo per strutture ospedaliere di riferimento provinciale

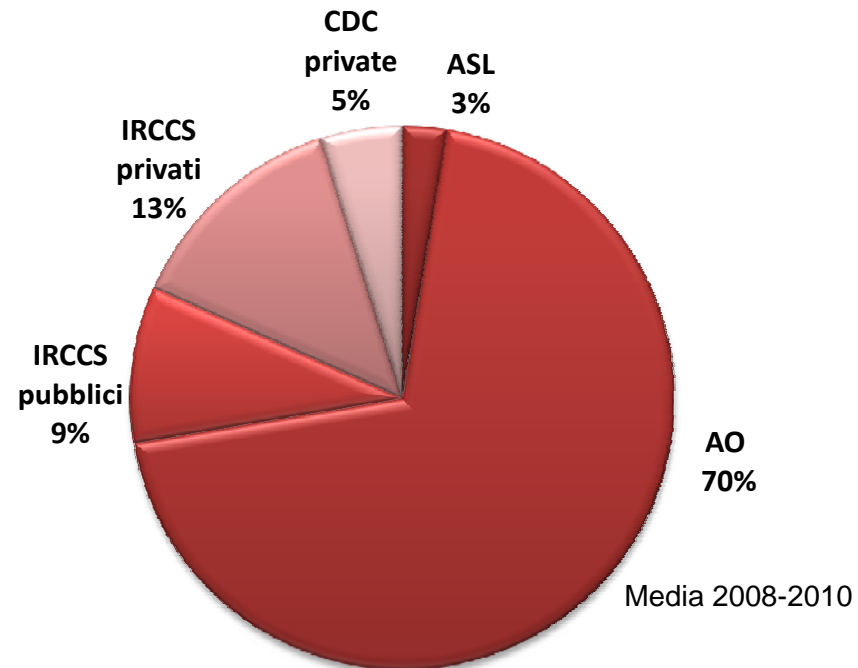


Il caso Lombardia: i dati di sintesi

Lombardia – situazione al 2010

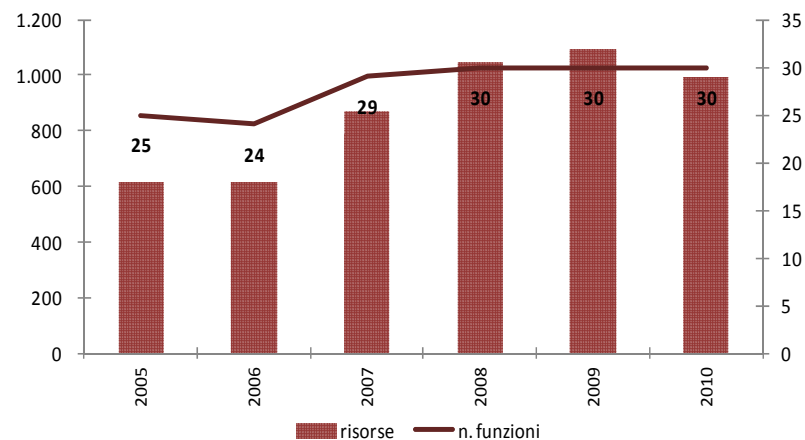
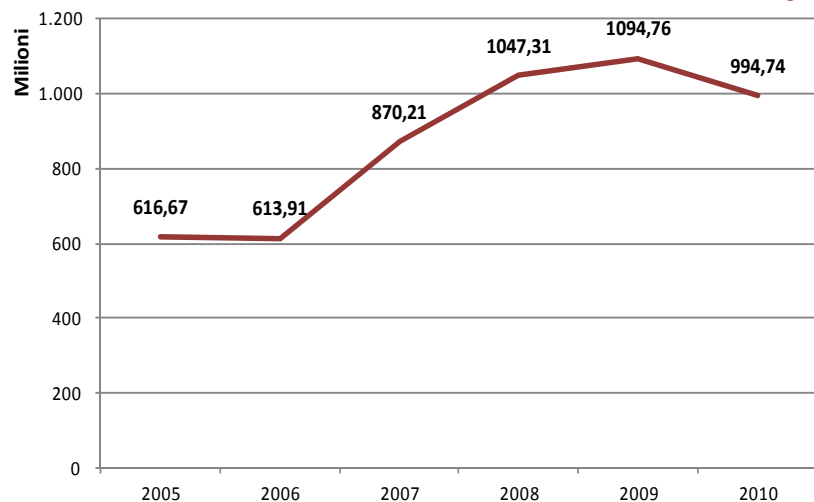
Come si chiamano?	Funzioni non coperte da tariffe predefinite
Quante sono?	30
Quante risorse?	995 M€ 6% della spesa sanitaria complessiva (su dati MEF)
A quanti soggetti?	101: 15 ASL, 29 AO, 5 Irccs pub., 13 Irccs pri., 38 Case di Cura (e osp. class.)
Quale quota al privato?	19%

Come sono distribuite
le risorse FnT
per tipologia di struttura?



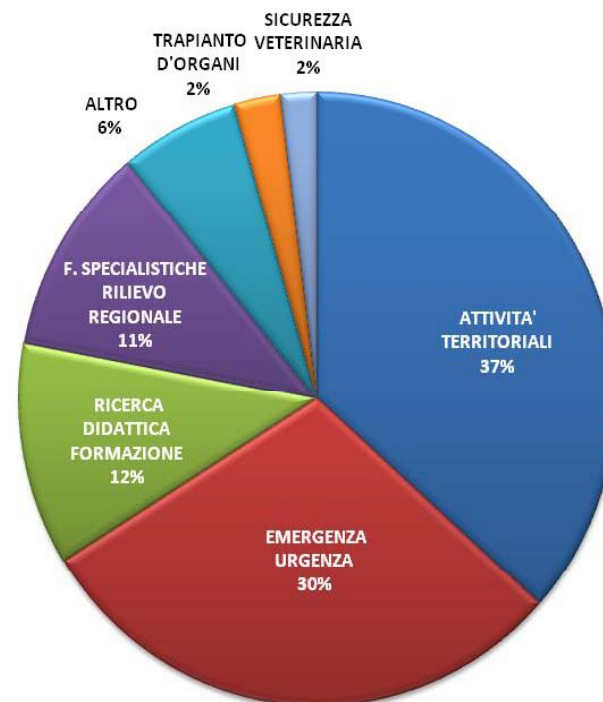
il caso Lombardia: trend di spesa e attività

andamento della spesa (2005-2010)



attività finanziate (2010)

- ▶ molteplicità presidi di erogazione, vincoli arch., anziani
- ▶ PS, trasporto e terapia intensiva neonatale, H montani
- ▶ ricerca didattica e formazione infermieri
- ▶ complessità riabilitazione, neuropsichiatria infantile, aids, sicurezza trasfusionale, altre attività rilievo regionale
- ▶ altro: case mix, pazienti extra regione, gestione File F, guardia turistica, parti in analgesia
- ▶ prelievi d'organo, trapianti e altre attività connesse
- ▶ bonifica sanitaria allevamenti, eradicazione BSE, centro antiparassitari



focus Lombardia: le FnT più rilevanti

270 M€ - 27%	<ul style="list-style-type: none">• Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri urgenti di 1 giorno
150 M€ - 15%	<ul style="list-style-type: none">• Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici
97 M€ - 10%	<ul style="list-style-type: none">• Funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa
81 M€ - 8%	<ul style="list-style-type: none">• Attività di ricerca degli IRCCS
58 M€ - 6%	<ul style="list-style-type: none">• Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale

- ▶ **5** FnT assorbono 2/3 delle risorse (657 M€)
- ▶ **tre** di queste compensano complessità organizzative
- ▶ **13** FnT hanno un'incidenza tra 1,3 e 3,3% (da 13 a 33 M€)
- ▶ altre **12** FnT inferiori all'1%

focus Lombardia: cosa cambia nel triennio

2008 viene istituita AREU, ha competenza per trasporto d'urgenza

2009 il 118 non è più tra FnT (-160M€)
si istituisce FnT per gestione File F (+24M€)
si cambiano parametri per FnT Pronto Soccorso (+132M€)
si potenziano FnT Ricerca Irccs e Didattica (+34M€)
nel 2009 la spesa FnT aumenta di circa 47,5M€ (+4,5%)

2010 si dà attuazione art. 25bis TU sanità: una maggiorazione tariffaria può sostituire 3 FnT (didattica, case mix, pazienti extra regione)
nel 2010 la spesa FnT diminuisce di circa 100M€ (-9,1%)

focus Lombardia: i cambiamenti nell'assetto FnT

- In generale l'ordine di rilevanza delle funzioni non cambia
- Il rapporto di risorse pubblico/privato passa da 83/17% a 81/19%
- Le risorse erogate:
 - crescono per gli IRCCS e per le CdC private accreditate
 - diminuiscono per le AO e ASL

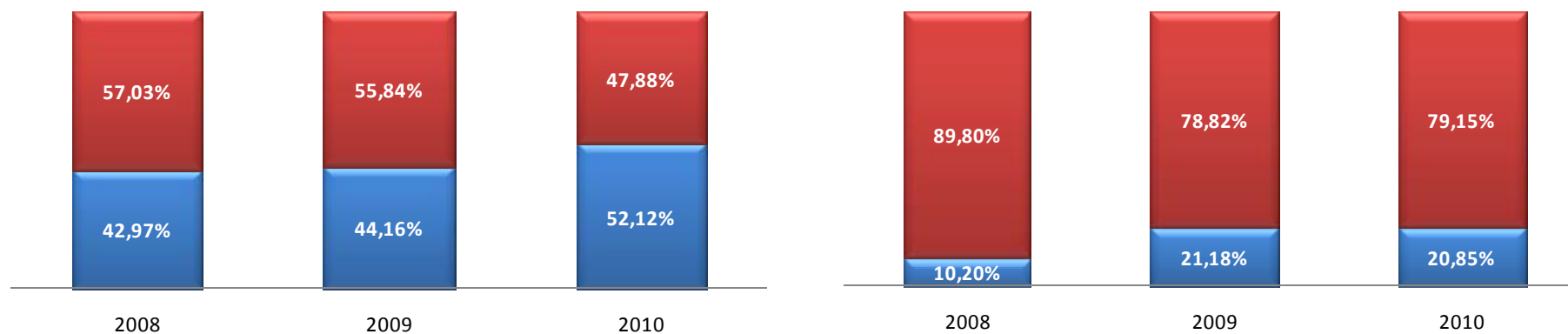
Le variazioni sono più evidenti nelle aree

ricerca – didattica – formazione

emergenza-urgenza

■ privato ■ pubblico

■ privato ■ pubblico



qualche osservazione

tendenze generali

Dalle 3 esperienze regionali
osserviamo che le FnT

1. possono *sostituire* oppure *integrare* le tariffe
2. possono remunerare *attività sanitarie* oppure *complessità* di diverso genere
3. l'andamento della spesa *non sempre dipende dal loro numero*

distinzioni regionali

Lombardia

maggior rilevanza FnT
sistema di gestione complesso
frammentarietà (di funzioni, di risorse)

Veneto

sistema di gestione semplificato
linearità d'utilizzo risorse FnT
in direzione AO (nuovo PSSR)

Emilia Romagna

quadro meno definito
presente una maggiore *selettività*:
determinati progetti finanziati a
determinate strutture

aggiornamento Lombardia: FnT 2011

Il 25 e il 26 ottobre 2012 la Giunta assume 3 deliberazioni con cui

- conclude la gestione 2011
- stabilisce nuovi criteri per il 2012
- determina le regole per il 2013

Le decisioni tengono conto del d.l. 95/2012: riduzione e separazione della spesa tra pubblico e privato

	FnT 2010	FnT 2011
<i>Atto di rif.: DGR</i>	<i>2132/2011</i>	<i>4231/2012</i>
Totale risorse	994.735.036 €	994.516.581
Variazione anno prec.	-9,1%	0%
N. FnT	30	30
N. strutture	101	110
Spesa SSN (RGE 2011)	17,8 Mld	18,5 Mld
Incidenza FnT	5,6%	5,4%

Per la prima volta le risorse erogate coincidono con quelle dell'annualità precedente

La Dgr 4231:

- fissa e separa il budget del comparto pubblico (836M) da quello privato (188M)
- introduce abbattimenti per contenere la spesa: 0,51% per il pubblico; 2,54% per il privato

FnT 2011 - conferme e variazioni

la Dgr 4231/2012

conferma

- numero e tipo FnT
- criteri per valorizzare le FnT
- totale della spesa
- risorse dei comparti pubblico/privato
- rilevanza delle 5 FnT principali

varia

- spesa per tipologia di struttura
nel *pubblico* cresce per Asl e Irccs
diminuisce per AO (-5M)
nel *privato* non determinabile
(cambia classificazione delle strutture)
- spesa per le singole funzioni

FnT 2011 – variazioni nelle funzioni

Le funzioni che crescono (var. >1M€)

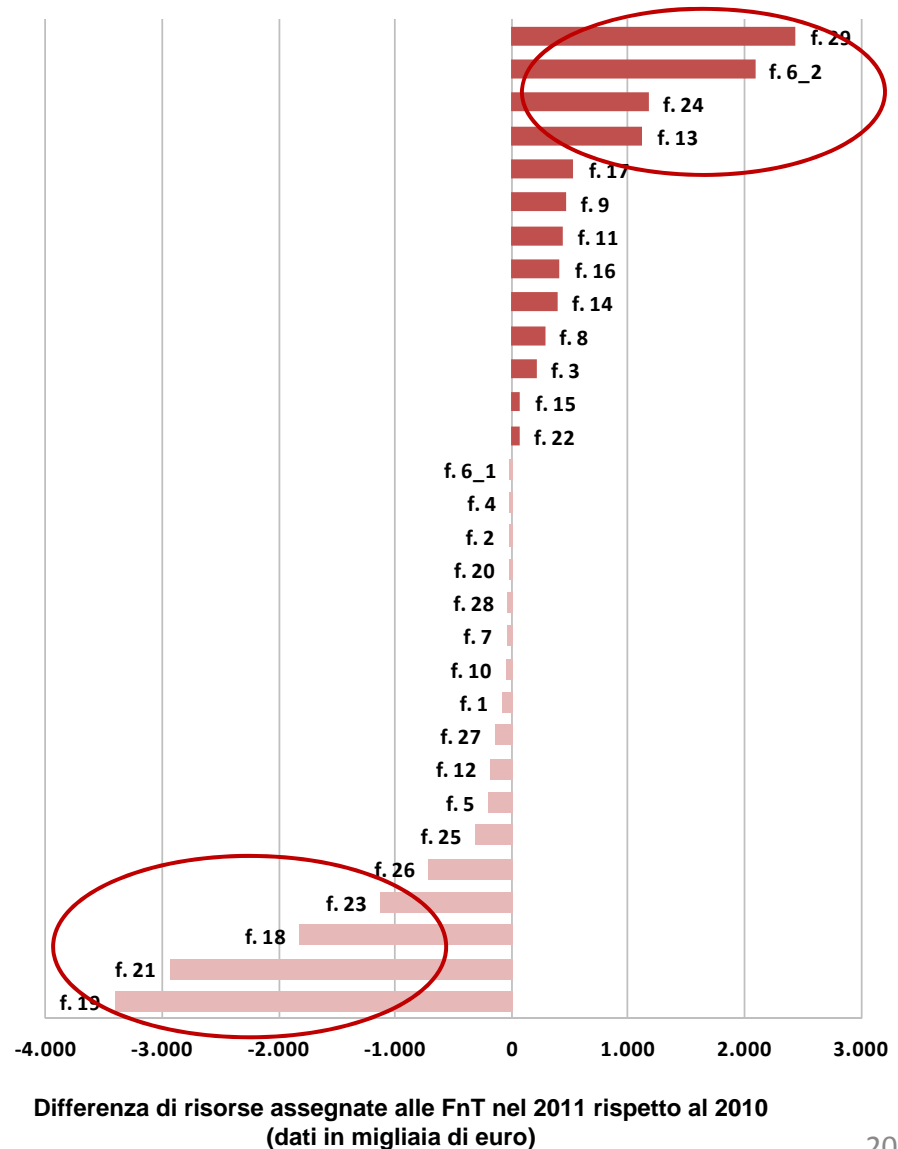
- Anziani in area metropolitana (f 29)
- Pronto Soccorso (f 6_2)
- Presidi multipli spec. ambulatoriale (f 24)
- Ricerca Irccs (f 13)

Le funzioni che diminuiscono (var. >1M€)

- Altre attività di rilievo regionale (f 19)
- Neuropsichiatria infanzia e ad. (f 21)
- Case mix (f 18)
- Complessità gestori unici (f 23)

E' un assetto definitivo? No.

**Nel 2012 , le FnT con risorse
in diminuzione → tornano ai livelli 2010;
in crescita → restano confermate
(tranne per ricerca Irccs)**



le novità per il 2012

1. Si modificano le risorse FnT che

- diminuiscono in totale (985 M€)
- decrescono per alcune FnT
 - ricerca Irccs (-21M);
 - vincoli architettonici (-15M);
 - complessità riabilitazione (-4M)
- aumentano per altre FnT
 - molteplicità ambulatori (+7,5M)
 - presidi neuropsich. infantile (+7,5M)
 - servizi neuropsich. infantile (+5M),
 - formazione infermieri (+4M),
 - trapianti (+3M)

2. Si introducono tetti di spesa

- Per funzioni (stabilite quote massime)
- Per soggetti (totale max per privati)

3. Si riducono le FnT

- Area veterinaria (accorpamento)
- Fnt per pazienti extra regione

4. Si riduce l'applicazione per FnT territoriali

- Si remunerano solo per più presidi nel territorio della stessa Asl, alla data 30/06/2010

anticipazioni 2013

il trend è confermato

Con la Delibera delle Regole per l'esercizio 2013

- Si riducono ancora le FnT (ora 27, eliminata FnT vincoli architettonici)
- Si riducono le risorse complessive (960M€)
- Variano ancora le risorse assegnate per alcune funzioni
con riduzioni per riabilitazione, l'area veterinaria, case-mix, file F e ricerca Irccs
ed incrementi per molteplicità ambulatori e servizi uonpia

un'inversione di rotta?

Per il triennio 2011-2013 sembra possibile parlare dell'avvio di un processo di

- **riduzione della spesa per funzioni**

2011 → congelamento della spesa (ai livelli dell'anno precedente)

2012 → controllo della spesa (definizione tetti ...)

2013 → riduzione della spesa: 960M€ sono pari a -8,3% rispetto al 2008

- **semplificazione nella gestione**

si accorpano e diminuiscono le FnT, la Delibera delle Regole delinea un quadro più chiaro (unica voce di spesa, predeterminazione degli importi massimi erogabili)

la Relazione 51 del Comitato dei Controlli

Dell'argomento FnT si è interessato anche il Comitato dei Controlli regionale, che nella Relazione trasmessa a **marzo 2013** alla Giunta e al Consiglio conferma la necessità di una revisione del sistema delle funzioni

Il Comitato

- Osserva l'introduzione nel tempo di **remunerazioni legate alla natura** delle strutture (Irccs) e a peculiari **modalità erogative** dei servizi (complessità)
- Ritiene che questo modus operandi possa
 - **contrastare** un'ottimale **programmazione** sanitaria nel medio-lungo periodo
 - **generare** una sfera di **discrezionalità** non adeguatamente governabile
- Propone una riflessione su **modalità alternative** per remunerare alcuni aspetti ora riconosciuti a funzione
- Raccomanda una **verifica sui maggiori costi** che motivano l'attribuzione dei finanziamenti

ricapitolando

- I **3 casi di studio** osservati hanno presentato livelli **poco paragonabili** per tutte le dimensioni considerate: numero e qualità delle attività finanziate a funzione, risorse dedicate, soggetti remunerati, esplicitazione dei criteri di assegnazione
- In **Lombardia** la complessità delle FnT è maggiore e
 - aumenta nel tempo
 - ha un alto livello di frammentazione, sia di funzioni sia di risorse
 - comporta ricorrenti variazioni nei finanziamenti delle singole FnT
 - impiega moltissimi criteri, compositi e variabili nel tempo
 - assegna rilevanza ad aspetti organizzativi
- L'insieme di questi elementi rende difficile orientarsi nel sistema FnT, prevederne i costi effettivi e, probabilmente, effettuarne il controllo
- Anche la **Relazione del Comitato dei Controlli** regionale (2013) suggerisce una revisione del sistema
- Dal 2012 è **avviato un percorso di graduale semplificazione**, che prevede l'accorpamento e l'eliminazione di alcune funzioni, la riduzione delle risorse dedicate e dell'incertezza di spesa

spunti di approfondimento

A conclusione della ricerca, un approfondimento con l'Assessorato alla Salute potrebbe chiarire:

- se le ricorrenti variazioni di risorse tra singole funzioni hanno avuto conseguenze indesiderate nell'organizzazione delle attività delle strutture sanitarie
- quali controlli sono stati effettuati su questa rilevante spesa regionale
- quali sono i passi in programma per il futuro verso il processo di semplificazione intrapreso
- se si prevede di introdurre modalità differenti per remunerare alcuni aspetti finora riconosciuti a funzione, come avanzato dal Comitato dei Controlli, o, in caso contrario, quali ragioni non lo rendono opportuno

GRAZIE