

Collana **CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermare quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale.

Il Rapporto 2007:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano; propone inoltre due approfondimenti su spesa sanitaria privata e confronti internazionali;
- a livello regionale, analizza i sistemi di accreditamento e quelli di finanziamento, gli accordi integrativi con la medicina generale e le iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica;
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sulle iniziative di riassetto istituzionale, dedicandosi in particolare alle sperimentazioni gestionali e alla centralizzazione degli acquisti; propone una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto e un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP; approfondisce le caratteristiche degli "ospedali di insegnamento"; propone un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private; presenta un caso aziendale in tema di strategia; si chiude con un'analisi critica delle esperienze di project finance.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è lecturer presso l'Università Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

4 Italia ed Europa, sistemi sanitari a confronto: The EU HealthBasket Project

di Simona Bartoli e Giovanni Fattore*

4.1 Introduzione: obiettivi e metodologia di «The EU HealthBasket Project»

Il processo di integrazione europea è arrivato a un punto tale della sua evoluzione che non si può più considerare la sanità come una prerogativa completamente domestica¹. Per questo motivo, e perché sempre più i confronti internazionali informano le politiche nazionali, cresce l'interesse per l'analisi comparata delle politiche pubbliche in sanità.

Da questa intuizione nasce, nell'ambito del VI Programma Quadro dell'Unione Europea, il Progetto EU HealthBasket (2004-2007)² che, coinvolgendo nove paesi dell'UE, si sviluppa in tre fasi consecutive:

1. analisi delle liste dei servizi garantiti alla popolazione nei nove paesi considerati e dei processi decisionali sottostanti;
2. analisi dei meccanismi di rimborso dei servizi offerti e delle modalità di definizione dei sistemi tariffari;
3. ricostruzione e confronto del costo pieno di 10 casi clinici, attraverso l'approccio del *microcosting*, e confronto con le relative tariffe.

* Per quanto il capitolo sia il frutto di un lavoro di ricerca comune, i parr. 4.1 e 4.4 sono da attribuirsi a Giovanni Fattore, i parr. 4.2 e 4.3 a Simona Bartoli.

¹ Sentenze Kohl/Decker (1998) e più recentemente Peerbooms/Geraets-Smits (2001) della Corte di giustizia europea sui casi riguardanti l'assistenza sanitaria oltre i confini nazionali (Belcher e Berman 2001).

² Il progetto è coordinato dall'European Health Management Association (EHMA) e sono coinvolti come partner Berlin University of Technology (Germany), Bocconi University (Italy), Centre for Health Economics York University (United Kingdom), Danish Institute for Health Services (Denmark), École Nationale de Santé Publique (France), Erasmus University (The Netherlands), Jagellonian University of Cracow (Poland), Semmelweis University of Medical Sciences (Hungary), Universitat Pompeu i Fabra (Spain).

In questo capitolo si presentano obiettivi, metodologia di ricerca e risultati della prima e della seconda fase, enfatizzando il posizionamento dell'Italia rispetto agli altri paesi coinvolti nel progetto.

L'obiettivo della prima fase del progetto è analizzare il contenuto delle garanzie offerte dai sistemi sanitari in modo da evidenziare somiglianze e differenze che li caratterizzano.

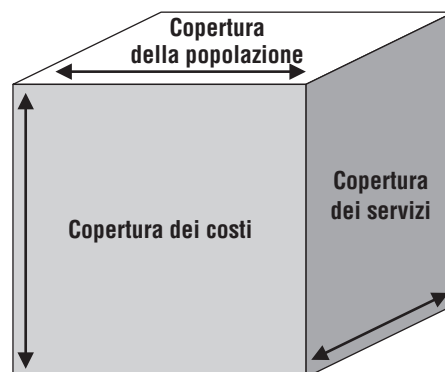
Secondo Busse (Busse *et al.* 2005), la copertura sanitaria di una popolazione può essere concepita attraverso l'analisi di tre dimensioni (Fig. 4.1):

- ▶ la larghezza, ossia, l'ampiezza della popolazione a cui è garantita la copertura sanitaria;
- ▶ la profondità, ossia il numero e le caratteristiche dei servizi inclusi nella copertura;
- ▶ l'altezza, ossia l'ammontare di costi direttamente sostenuti dal sistema sanitario (e quindi non direttamente pagati dai pazienti).

Secondo questa interpretazione la copertura sanitaria può assumere un'estensione diversa in base al numero dei soggetti che ne beneficiano, basti pensare ai sistemi che garantiscono una copertura universale. Non solo, anche la tipologia e la quantità dei servizi garantiti influenzano la dimensione della copertura che può essere focalizzata su determinati servizi oppure allargata. Infine, la copertura sanitaria è più elevata quanto maggiore risulta il livello dei costi sostenuti dal sistema sanitario rispetto a quelli sostenuti dal singolo individuo.

La seconda dimensione rappresenta l'obiettivo specifico della ricerca, con un'indispensabile precisazione: sono esclusi dal concetto di copertura sanitaria tutti quei servizi per i quali è previsto che il beneficiario si accoli il 100 per cento dei costi, mentre sono inclusi tutti quelli per cui il livello di comparteci-

Figura 4.1 **Le tre dimensioni di copertura**



Fonte: adattata da Busse *et al.* (2005)

pazione è inferiore al 100 per cento dei costi. In questo modo si considerano parte dell'insieme di garanzie anche quei servizi i cui costi sono parzialmente a carico del singolo individuo.

Per l'analisi della copertura dei servizi sanitari sono stati approfonditi due ambiti di indagine:

- ▶ il processo decisionale che porta all'individuazione dei servizi sanitari inclusi nella copertura;
- ▶ la struttura e i contenuti dell'elenco dei servizi stessi, in termini di tipologia e grado di dettaglio, di criteri di inclusione ed esclusione dalla copertura.

Ognuno dei due ambiti è esaminato cercando di dare risposta agli interrogativi di ricerca rispettivamente identificati:

- ▶ Qual è il livello di governo che stabilisce il livello di copertura sanitaria? La regolamentazione è stabilita a livello centrale o regionale? Quali sono gli attori coinvolti nella definizione dei servizi sanitari?
- ▶ Quali sono i servizi sanitari esclusi dalla copertura? Esiste una lista positiva o negativa di servizi? Come sono classificati i servizi?

I principali strumenti di ricerca utilizzati sono: l'analisi documentale e le interviste con esperti sul campo, per descrivere nel dettaglio il processo decisionale che porta alla definizione dei servizi. Per rendere omogenee le analisi tra i paesi, in aggiunta all'identificazione di strumenti di ricerca idonei, è stata prevista una griglia di analisi standard, su cui si basa un questionario aperto, che riprende la classificazione dei beni e servizi sanitari del System of Health Accounts dell'OECD (OECD 2000), che si articola secondo tre dimensioni:

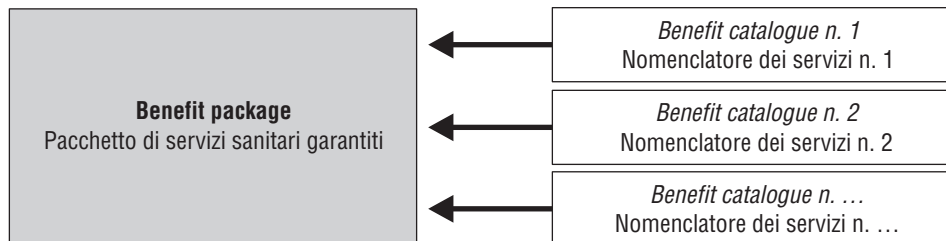
- ▶ per funzione: servizi erogati e beni acquistati (ICHA³-Functional Classification);
- ▶ per struttura erogatrice di beni e servizi (ICHA-Health Care Provider);
- ▶ per fonti di finanziamento (ICHA-Health Care Financing).

Lo schema utilizzato in questa ricerca è quello per funzione⁴. In particolare, i servizi sanitari oggetto di indagine in questa fase sono, secondo la classificazione OECD, quelli di assistenza curativa (HC1), quelli di riabilitazione (HC2), quelli

³ International Classification for Health Accounts (ICHA).

⁴ Le ragioni che spingono all'adozione di questo schema si rintracciano soprattutto in alcune caratteristiche dello schema stesso: la completezza e la comparabilità internazionale. La prima nasce dall'esigenza di costruire uno schema di riferimento in cui sono incluse tutte le attività nel campo dell'assistenza sanitaria, la seconda, invece, consente di paragonare i paesi attraverso dati che hanno un livello di dettaglio omogeneo e significativo.

Figura 4.2 Rapporto tra insieme di garanzie e insieme di servizi



Fonte: nostra elaborazione

di lungodegenza (HC3), quelli ancillari (HC4), i farmaci e altri dispositivi medici (HC5), i servizi di prevenzione e salute pubblica (HC6).

Per l'inquadramento concettuale delle garanzie offerte dai sistemi sanitari, è opportuno, inoltre, fare una distinzione tra due termini spesso utilizzati negli studi di politica sanitaria: *benefit basket/package* e *benefit catalogue*. Probabilmente l'espressione italiana che più si addice alla traduzione dall'inglese è, per il primo, insieme di garanzie dei servizi sanitari, e per il secondo, nomenclatore dei servizi. Il primo sta a indicare il contenuto generale della copertura sanitaria (più o meno dettagliata) garantita dal SSN o dalle assicurazioni sanitarie obbligatorie, il secondo invece rappresenta tutti quei documenti che indicano la tassonomia di servizi, attività e prodotti che rientrano nella copertura sanitaria.

L'insieme di garanzie può essere specificato da alcuni elenchi di servizi (Fig. 4.2). D'altra parte, l'insieme di garanzie può essere definito anche negativamente, esplicitando soltanto i servizi che sono esclusi dalla copertura.

La seconda fase del progetto prosegue il percorso di analisi e, partendo dalla definizione del contenuto dell'insieme dei servizi di assistenza sanitaria, esamina le metodologie di analisi dei costi e di definizione dei meccanismi di rimborso dei servizi sanitari nei nove paesi coinvolti.

Attraverso un approccio pragmatico, si è cercato di individuare i metodi di contabilità dei costi dei servizi utilizzati e di capire se, e in che misura, la definizione dei prezzi di rimborso dei servizi si basa sui costi. La ricerca è condotta attraverso l'analisi dei documenti disponibili e attraverso interviste a operatori ed esperti.

La metodologia di ricerca individuata per l'analisi della seconda fase sui costi e le tariffe necessita di chiarimenti sui termini da utilizzare e sul loro significato⁵:

- ▶ per *costi* si intendono quei valori monetari assegnati al consumo di risorse per la produzione di un servizio da parte del soggetto erogatore;

⁵ *Guidelines for the Completion of Workpackage 6 (Deliverable 13, Phase 2)*, May 2005.

- ▶ per *prezzi* si intendono quei valori monetari che gli acquirenti (assicurazione, Stato e anche il paziente nei casi di pagamento dei servizi a suo carico) devono pagare per ottenere il servizio, e che l'erogatore riceve. A questo proposito, è opportuno precisare che nelle amministrazioni pubbliche alcuni servizi sono ceduti senza un corrispettivo economico diretto (prezzo) ma attraverso il prelievo coattivo collegato alla cessione del servizio (Borgonovi 2002)⁶.

4.2 La definizione dei LEA e dei nomenclatori dei servizi sanitari

Nonostante le specificità di ogni paese coinvolto, dal confronto tra i nove paesi emergono alcune somiglianze per quanto riguarda sia il processo decisionale che porta all'individuazione dei servizi sanitari coperti, sia l'identificazione dei contenuti generali dei servizi. In primo luogo, generalmente, si riscontra la presenza di due livelli di governo coinvolti nella definizione dei LEA. La distribuzione di poteri regolatori tra i due livelli varia, ma si riscontra che il livello più centrale stabilisce quali sono i servizi suddividendoli in classi; il livello inferiore (regionale o statale) riempie di contenuto ciò che viene definito dal primo indicando le procedure e anche le tecnologie sanitarie incluse nel servizio o raccomandate, dando così spesso origine a nomenclatori dei servizi (*benefit catalogue*). Sebbene il coinvolgimento di questi livelli istituzionali si ritrovi in tutte le esperienze, permane una consistente varietà, sia tra paesi, che tra categorie (previste dalla classificazione OECD⁷) nello stesso paese, relativa a tre principali elementi:

- ▶ il livello di dettaglio nella definizione dei servizi;
- ▶ il livello di discrezionalità del secondo livello nel definire i servizi;
- ▶ la tipologia di strumento utilizzato per creare gli elenchi dei servizi (decreti regionali, direttive, altri documenti ecc.).

La natura del sistema sanitario dei paesi considerati influenza in modo sostanziale la logica sottostante la definizione dei livelli essenziali dei servizi. Nei paesi con un SSN (Danimarca, Italia, Regno Unito e Spagna) le autorità nazionali o quelle decentrate si assumono il dovere di garantire i servizi sanitari in modo diretto (erogando i servizi) oppure in modo indiretto (acquistando servizi da terzi). La definizione del pacchetto di servizi mira quindi a prevedere tutto

⁶ L'assenza di un prezzo definito all'interno delle «leggi del mercato» indebolisce l'autoselezione della domanda dei servizi e spiega come il miglioramento dell'efficienza nell'erogazione non implichi un miglioramento dell'equilibrio economico della gestione. Inoltre, un ulteriore elemento di complessità peculiare dei servizi erogati in assenza di un prezzo di mercato, è la distinzione tra coloro che sopportano l'onere del prelievo coattivo e coloro che usufruiscono dei servizi stessi.

⁷ Cfr. par. 4.1.

ciò che il SSN dovrà garantire ai cittadini. Il livello di governo centrale attraverso uno strumento normativo (fa eccezione la Danimarca in cui c'è una frammentazione di strumenti normativi) definisce le aree di assistenza sanitaria in modo da esplicitare le tipologie di servizi da erogare tramite SSN. In ognuno dei quattro paesi con SSN la normativa prevede la distinzione tra assistenza sanitaria ospedaliera e assistenza primaria, accanto ad altre aree di assistenza classificate in modo specifico in ogni paese. Inoltre, il livello di dettaglio nella definizione dei servizi all'interno delle singole aree di assistenza è molto eterogeneo e (a volte) sembra non rispondere a un quadro di riferimento unitario, ma piuttosto al susseguirsi di interventi frammentati. Il Regno Unito, si contraddistingue per un grado di dettaglio intermedio (Mason 2005), mentre la Danimarca prevede soltanto le macroaree di assistenza. Italia (Riquadro 4.1) e Spagna, invece, esplicitano in modo molto dettagliato i servizi, esigenza probabilmente collegata alla natura decentrata del sistema sanitario.

Riquadro 4.1 La definizione delle garanzie offerte dal SSN in Italia

In Italia, la definizione del pacchetto dei servizi sanitari è avvenuta attraverso due tappe: la nascita del SSN nel 1978 e la definizione dei LEA nel 2001, che sono stati menzionati per la prima volta dal D.lgs. 502/1992. La riforma del 1978 introduce i principi di universalità della copertura sanitaria e prevede che lo Stato garantisca alcune macroclassi di servizi. Successivamente, la riforma costituzionale del 2001 (legge 3/2001) stabilisce che lo Stato definisca i LEA, validi in tutto il territorio nazionale e inserisce la sanità tra le materie di competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni sempre nel rispetto degli standard stabiliti dai LEA. Il D.P.C.M. 29 maggio 2001, che definisce i LEA, prevede (come mostrato nell'elenco riportato di seguito) una lista positiva di aree di servizi di assistenza sanitaria che il SSN deve garantire, una lista (negativa) di servizi da escludere e infine una lista di servizi da garantire solo nel caso si verificano particolari situazioni. A queste tre liste se ne aggiunge una quarta che individua un gruppo di DRG a rischio di inappropriatazza che individua quelle prestazioni per cui è incentivato il day hospital oppure l'attività ambulatoriale.

Contenuti del D.P.C.M. 29 novembre 2001

1A. Classificazione dei LEA

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
 - A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
 - B. Tutela della collettività e dei rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
 - C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
 - D. Sanità pubblica veterinaria
 - E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
 - F. Attività di prevenzione rivolte alla persona
 - G. Servizio medico-legale
2. Assistenza distrettuale
 - A. Assistenza sanitaria di base
 - B. Attività di emergenza sanitaria territoriale
 - C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso farmacie territoriali

- D. Assistenza integrativa
 - E. Assistenza specialistica ambulatoriale
 - F. Assistenza protesica
 - G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
 - H. Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
 - I. Assistenza termale
 - 3. Assistenza ospedaliera
 - A. Pronto soccorso
 - B. Degenza ordinaria
 - C. Day hospital
 - D. Day surgery
 - E. Interventi ospedalieri a domicilio
 - F. Riabilitazione
 - G. Lungodegenza
 - H. Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
 - I. Attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti
 - 2A. Prestazioni totalmente escluse dai LEA
 - A. Chirurgia estetica non conseguente a incidenti, malattie o malformazioni congenite
 - B. Circoncisione rituale maschile
 - C. Medicine non convenzionali
 - D. Vaccinazioni non obbligatorie in occasioni di soggiorni all'estero
 - E. Certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva
 - F. Prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale (esplicitamente dettagliate)
 - 2B. Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche
 - A. Assistenza odontoiatrica
 - B. Densitometria ossea
 - C. Medicina fisica, riabilitativa, ambulatoriale (esplicitamente dettagliate)
 - D. Chirurgia refrattiva con laser
 - 2C. Elenco dei DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria
 - 006 Decompressione tunnel carpale
 - 019 Malattie dei nervi cranici periferici
 - ...
-

L'assistenza sanitaria nei paesi in cui la sanità si basa su un sistema di assicurazioni sociali sanitarie (Francia, Germania, Paesi Bassi, Polonia, Ungheria) è, invece, fondata sul concetto di acquisizione del diritto del cittadino che aderisce a uno specifico schema assicurativo. Se convivono schemi assicurativi nazionali e privati, la definizione del pacchetto di servizi determina il paniere di servizi a cui il cittadino, iscritto all'assicurazione, può accedere differenziando i suoi diritti rispetto a colui che non aderisce al medesimo schema. Inoltre, in questi paesi, l'esistenza di meccanismi di rimborso nei confronti di un soggetto esterno, rispetto all'autorità nazionale, ha fatto in modo che si sviluppasse in maniera più completa la definizione dei servizi. Rispetto ai paesi a SSN, nei paesi in cui domina il sistema assicurativo assumono rilevante importanza associazioni o istituzioni (dei medici e dei fondi di malattia) nella definizione degli elenchi di servizi. Anche in questo

caso il livello più alto definisce ampie categorie di servizi con un grado di dettaglio tendenzialmente elevato, ma specifico per ogni paese.

Anche se sono stati suddivisi i paesi in due classi, è necessario precisare che, indipendentemente dalla natura del sistema sanitario, nei nove paesi è condiviso un approccio per esclusione: il pacchetto garantito è generalmente quello disponibile una volta operate specifiche esclusioni (tranne il caso della Danimarca). Tra i servizi esclusi, sono presenti nei diversi paesi gli interventi di chirurgia plastica, le terapie di medicina alternativa, e i farmaci per cui non è richiesta la prescrizione medica. Inoltre, dal confronto tra i paesi, emerge che il pacchetto di copertura è riconducibile a quattro macrocategorie: assistenza ospedaliera, assistenza primaria, prodotti farmaceutici, altro (che rappresenta una categoria residuale).

Una volta chiarite le caratteristiche delle garanzie offerte, si entra maggiormente nel dettaglio considerando gli elenchi di servizi sanitari previsti nei nove paesi.

Per la definizione dei nomenclatori dei servizi sanitari, si propone un'analisi comparativa utilizzando la classificazione OECD per funzione, approfondendo l'analisi dei servizi di assistenza sanitaria per acuti (ospedaliera, Tab. 4.1, e ambulatoriale) e proponendo una sintetica interpretazione per quanto riguarda le altre tipologie di servizi (Tab. 4.2).

Francia, Polonia e Spagna hanno definito elenchi espliciti di servizi ospedalieri

Tabella 4.1 **Definizione dei servizi sanitari ospedalieri**

Paese	Classificazione	Area geografica di riferimento	Tassonomia	Criteri di inclusione/esclusione
Danimarca	Sistema DRG	Nazionale	25 MDC-589 DRG	Bisogno/Budget
Francia	<i>Classificazione comune delle procedure mediche (CCAM)</i>	<i>Nazionale</i>	<i>Lista positiva e negativa</i>	<i>Efficacia/Sicurezza</i>
Germania	Sistema G-DRG	Nazionale	25 MDC-876 DRG	Appropriatezza/Costo efficacia
Ungheria	Sistema DRG	Nazionale	26 MDC-786 DRG	Costi/Efficacia
Italia	Sistema DRG	Nazionale con differenziazioni regionali	23 MDC – 489/506 DRG	Efficacia/Costi
Paesi Bassi	DBC's	Nazionale	111.527 procedure combinate in 641 gruppi di prodotti	Costi/Efficacia
Polonia	<i>Decreti governativi e nomenclatori</i>	<i>Nazionale</i>	<i>Elenchi di servizi rientranti nello schema assicurativo</i>	—
Spagna	<i>R.D. 63/1995 e legge 16/2003 sulla coesione e qualità del SSN</i>	<i>Nazionale con differenziazioni regionali</i>	<i>Servizi esplicitati nel decreto</i>	<i>Sicurezza/Efficacia/Efficienza</i>
Regno Unito	Sistema HCR	Nazionale	48 HRG (aprile 2004)	Costi/Budget

Fonte: adattato da Busse *et al.* (2005)

basati sulle specialità mediche o su classificazioni anatomiche o funzionali. Nei primi due paesi è stata formulata una lista dettagliata di procedure o casi, mentre in Spagna sono state previste soltanto categorie più generali. Infine, in Francia e Spagna sono esplicitati i criteri di inclusione di un servizio nell'elenco (sicurezza, efficacia, efficienza) mentre una simile esplicitazione non si riscontra nel caso della Polonia.

Completamente diverso è il panorama in quei paesi che non hanno una lista esplicita di servizi ospedalieri a sé stante, ma che, in pratica, l'hanno implicitamente definita con la classificazione dei DRG utilizzata per il sistema di finanziamento a prestazione (Kimberley e De Pourvoirville 1993). Tali paesi sono Italia, Germania, Ungheria, Danimarca (il Regno Unito ha recentemente adottato un sistema simile a quello dei DRG denominato Health Care Resource Groups).

La classificazione per DRG si alimenta grazie alle informazioni disponibili nella scheda di dimissione ospedaliera. In particolare, si considerano la diagnosi principale, l'intervento chirurgico, le diagnosi secondarie e di ordine superiore, l'età e lo stato di salute del paziente alla dimissione, riconducendolo a un gruppo (DRG) tra quelli previsti⁸. I servizi di assistenza ospedaliera sono quindi in qualche modo rappresentati nelle classificazioni in DRG. In Italia e Germania esistono anche DRG per il day hospital, e in Danimarca è stato creato un sistema a parte per raggruppare i casi in regime di day hospital (Bilde *et al.* 2005). La creazione di nuovi DRG, a supporto di specifiche procedure o tecnologie di recente sviluppo, è un'ulteriore conferma della considerazione che la classificazione in DRG può essere interpretabile come una lista positiva dei servizi rientranti nelle garanzie di copertura sanitaria. Se si considera l'elenco dei DRG come nomenclatore indiretto dei servizi sanitari medici, emerge immediatamente che ogni paese individua un numero diverso di DRG che varia dai 500 DRG circa dell'Italia a più di 850 DRG della Germania. Questa ampia differenza nel numero di DRG dipende sia dall'origine del sistema (statunitense o australiana)⁹, sia dalla versione della classificazione a cui i paesi fanno riferimento, sia dal fatto che la loro creazione, essendo empirica, è influenzata dal livello di approssimazione richiesto dal sistema di classificazione¹⁰. I Paesi Bassi rappresentano un caso a parte; si sono dotati di un sistema di Diagnose Behandelings Combinaties (DBC's) che consiste nell'individuazione di procedure ammesse e procedure escluse in base alla combinazione di tre elementi: la domanda di assistenza del paziente, il tipo di visita richiesta e la specialità dell'erogatore. Questo sistema mette a disposizione un elenco positivo e negativo di servizi ospedalieri molto dettagliato. Si contano più di 100.000 procedure incluse (Stolk e Rutten 2005).

⁸ Per approfondimenti si vedano Taroni (1996) e Fetter (1991).

⁹ Cfr. par. 4.3.

¹⁰ Cfr. par. 4.3.

Tra i servizi di assistenza sanitaria per acuti, rientrano anche i servizi ambulatoriali ossia i servizi specialistici e quelli di assistenza primaria, che fanno parte dell'assistenza sanitaria di ogni paese. Le modalità con cui tali servizi sono organizzati variano da paese a paese, tuttavia si ritrovano alcune linee comuni riguardanti l'origine delle liste positive in cui questi servizi sono definiti e classificati. Il processo che ha portato alla definizione dei servizi ambulatoriali è, infatti, subordinato al funzionamento del meccanismo di remunerazione di coloro che erogano tali servizi. Confrontando i diversi paesi, si possono individuare due meccanismi principali: il rimborso a quota capitaria, indipendente dall'effettiva erogazione del servizio, e il rimborso per prestazione, collegato all'attività effettivamente svolta.

Nel Regno Unito e nei Paesi Bassi, vige il primo meccanismo: il medico ha l'obbligo di garantire alcuni servizi previsti dalla normativa nazionale o regionale, esiste quindi un elenco implicito di prestazioni, ma la quantità di servizi erogata è limitata indirettamente dalla remunerazione fissa che viene corrisposta al medico.

Diverso è il caso di quei paesi che adottano il sistema di rimborso per prestazione. Tale meccanismo di remunerazione esige una chiara e dettagliata identificazione dei servizi per poter stabilire i prezzi e i relativi volumi di attività. Questi nomenclatori, necessari per il rimborso, rappresentano un vero e proprio sostituto degli elenchi dei servizi.

L'Italia è un esempio emblematico di come non si possa classificare un paese nettamente nel primo o nel secondo gruppo individuato: i medici di medicina generale sottostanno a regole proprie, l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, distinte da quelle degli altri medici, sono retribuiti con quota capitaria e hanno l'obbligo di erogare le prestazioni previste dal contratto.

L'assistenza specialistica ambulatoriale erogabile nell'ambito del SSN è regolata da una normativa *ad hoc* (D.M. 22 luglio 1996), mentre l'assistenza dentistica e fisioterapica¹¹, sono escluse a livello nazionale dai servizi garantiti con alcune eccezioni (Torbica e Fattore 2005).

Nonostante la presenza di numerose differenze, emerge un'omogeneità nella tassonomia dei servizi ambulatoriali che sono generalmente classificati per specialità medica, in tutti i casi a livello nazionale (Busse *et al.* 2005).

Considerando i servizi sanitari ospedalieri e non ospedalieri (Tab. 4.2) si può constatare che, rispetto agli altri paesi europei coinvolti nello studio, l'Italia si posiziona tra i paesi con più dettagliata esplicitazione dei servizi rientranti nella copertura pubblica. Ciò è spiegabile dalla natura del sistema universalistico e dalla volontà del legislatore di garantire equità nell'accesso e nella disponibilità dei servizi su tutto il territorio nazionale.

¹¹ *Linee guida del ministro della Sanità per le attività di riabilitazione*, 7 maggio 2007.

Tabella 4.2 La definizione dei nomenclatori dei servizi sanitari diversi da quelli curativi (ospedalieri e ambulatoriali)

Tipologia di servizi sanitari	Previsione esplicita (norme, documenti, linee guida)	Elevato livello di dettaglio
Riabilitazione (HC-2)	Tutti i paesi	Danimarca, Ungheria, Italia , Polonia
Assistenza sanitaria di lungodegenza (HC-3)	Tutti i paesi	Francia, Italia , Germania
Ancillari (HC-4)	Francia, Polonia; (Italia, Ungheria e Paesi Bassi solo servizi di trasporto)	Francia
Farmaci e altri dispositivi medici (HC-5)	Tutti i paesi	Germania, Ungheria, Italia *, Regno Unito
Prevenzione e salute pubblica (HC-6)	Tutti i paesi ma con contenuti molto differenziati	Spagna, Italia , Ungheria, Polonia

* Formulario Nazionale Farmaceutico.

Fonte: nostra elaborazione

4.3 La definizione delle tariffe per l'assistenza ospedaliera

L'introduzione di meccanismi di rimborso prospettici degli ospedali rappresenta un'innovazione molto rilevante degli anni Novanta. L'esigenza di contenere la spesa sanitaria, da un lato, e di aumentare l'efficienza gestionale dall'altro, ha favorito il passaggio a forme prospettiche di pagamento. In Europa gli ospedali sono finanziati attraverso diverse tipologie di finanziamento (Mossialos e Le Grand 1999)¹² e ogni paese prevede un utilizzo diffuso o limitato dei sistemi di rimborso dell'assistenza sanitaria a tariffa. A titolo di esempio, in Francia il 35 per cento dell'attività di ricovero per acuti è finanziata tramite il Prospective Payment System (PPS) che utilizza le tariffe nazionali per DRG (Bellanger e Tardif 2006) e in Danimarca il 20 per cento del budget delle strutture ospedaliere si basa sull'attività effettivamente svolta (Ankjaer *et al.* 2006). Il Regno Unito, invece, sta vivendo un periodo di transizione avviata dall'introduzione nel 2004 del nuovo sistema di rimborso a tariffa «Payment by Results» (Epstein e Mason 2006). Il passaggio dal sistema di contratti, tra acquirenti ed erogatori che stabilivano l'ammontare di risorse negoziato ogni anno, al sistema a tariffa è gestito gradualmente in 4 anni (tra il 2004 e il 2008). In Germania¹³ l'assisten-

¹² Secondo Mossialos e Le Grand (1999, p. 16): «There are four main types of hospital financing in the EU Member States. They are: prospective budgets mainly based on historical spending; prospective budgets based on hospital activities or functions; prospective budgets combined with activity-related payments (in this case part of the hospital expenditure is fixed and another part is not budgeted); activity related payments, which may be case-mix-based payment or purchasing packages of hospital services».

¹³ Hospital Financing Act, 2000.

za ospedaliera dovrebbe essere totalmente finanziata attraverso tariffe per ogni caso individuato dalla classificazione per DRG. In realtà, invece, gli ospedali finanziano la propria attività non solo con le tariffe, ma anche con altre forme di introiti, come addizionali e deduzioni, connessi a specifici servizi e negoziati direttamente dagli ospedali (Schreyogg *et al.* 2006). In Italia i canali di finanziamento degli ospedali che si affiancano alle tariffe sono: il finanziamento a quota capitaria, il contributo per funzione, il finanziamento straordinario (Cantù e Jommi 2002).

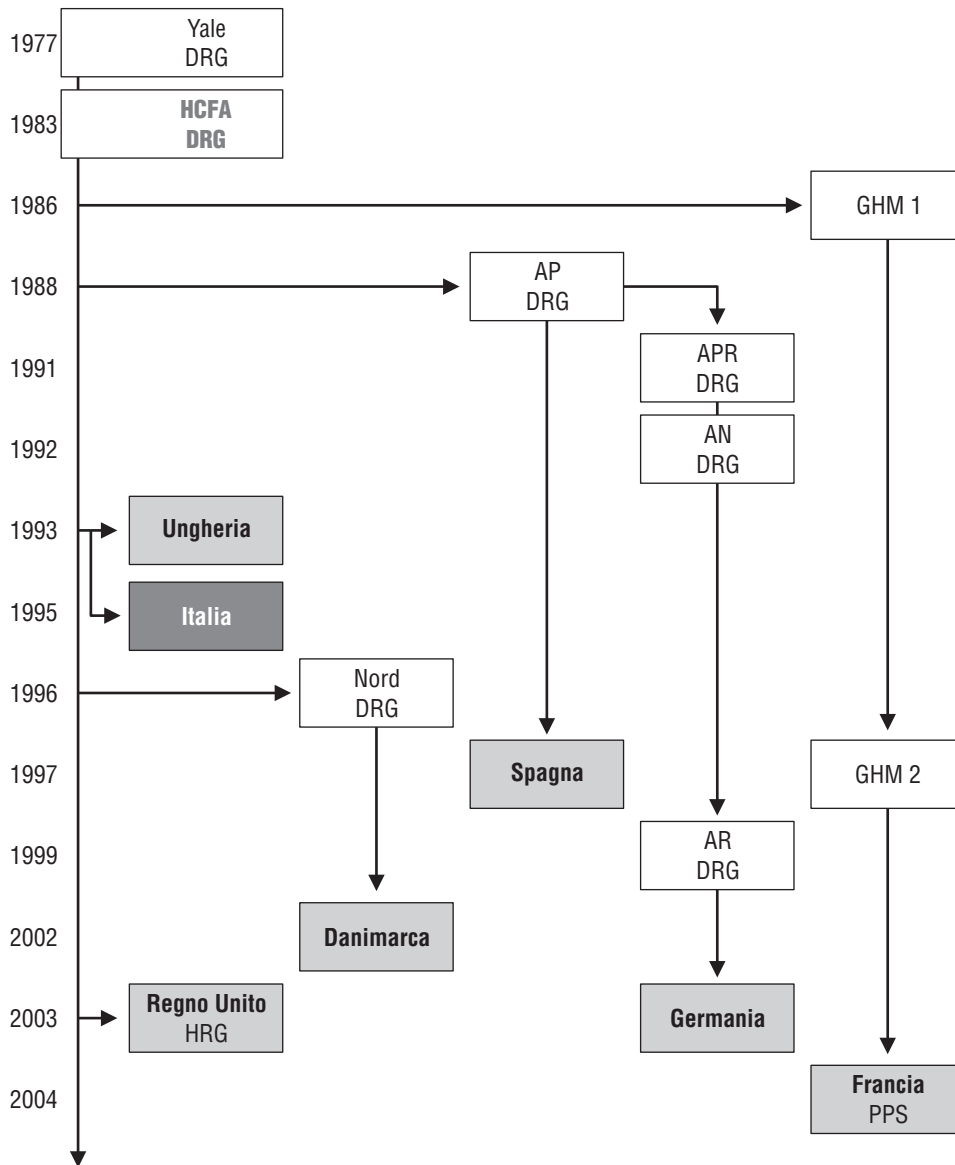
In Polonia il National Health Fund, creato dalla fusione dei fondi regionali di malattia, finanzia gli ospedali tramite un sistema tariffario anche se sono ancora forti i retaggi di un sistema prevalentemente basato sui dati di spesa storica (Kozierkiewics *et al.* 2006). In Ungheria gli ospedali sono finanziati sia attraverso il sistema di rimborso a tariffa dei DRG sia con i contributi *ad hoc* per determinate attività (Gaal *et al.* 2006). Per quanto riguarda la Spagna, bisogna distinguere tra l'esperienza della Catalogna e il resto del paese. In Catalogna esiste la separazione netta tra acquirente ed erogatore del servizio; nelle altre zone del paese, invece, il rapporto tra erogatore, ospedale, e autorità responsabile del finanziamento è regolato da un contratto programma che rappresenta lo strumento di assegnazione del budget annuale (Sanchez-Martinez *et al.* 2006). A eccezione del sistema catalano, nel resto della Spagna le tariffe per DRG rappresentano meno del 10 per cento del rimborso dell'attività ospedaliera e si riferiscono a specifiche tecniche di assistenza e cura. Infine, nei Paesi Bassi dal 2005, è in vigore un sistema di rimborso dell'attività di assistenza ospedaliera basata sui DBC's¹⁴ (Oostenbrink e Rutten 2006).

È quindi utile chiarire che, in questa sezione, si fa riferimento soltanto a quella quota di attività rimborsata a tariffa. Dagli anni Novanta a oggi si è diffusa, sebbene con tempi e modalità diverse, in Europa, la classificazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera tramite il sistema dei DRG realizzando quella che Kimberley e De Pourvoirville (1993) hanno definito come una «migrazione dell'innovazione manageriale». Qualche anno dopo lo sviluppo presso l'Università di Yale (Fetter 1991), la classificazione è diventata la base del sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria ospedaliera nell'ambito di Medicare (Health Care Financing Administration, HFCA) e da quel momento in poi si è diffusa come strumento per il rimborso delle prestazioni degli ospedali.

Sebbene la maggior parte dei sistemi di rimborso a tariffa che utilizzano i DRG derivino da quello statunitense (Fig. 4.3), si sono susseguite nel tempo nuove versioni del sistema che hanno modificato quello originale, per esempio la versione All Patient (AP) e All Patient Refined (APR) entrambe sviluppate da 3M (Taroni 1996). Per quanto riguarda l'Europa, la Spagna ha adottato come base di partenza il sistema AP; la Danimarca si è ispirata al sistema di Nord-DRG che si è svilup-

¹⁴ Cfr. par. 4.2.

Figura 4.3 Evoluzione dei sistemi DRG



Fonte: adattata da Schreyogg et al. (2006)

pato in Scandinavia; la Francia, invece, ha creato un sistema di gruppi omogenei di pazienti (Groupes Homogènes de Malades, GHM) che ha subito un'evoluzione dal 1986 al 2004, anno dell'implementazione del PPS. La Germania ha affrontato un percorso che ha all'origine i sistemi AP e APR ma che, in realtà, passa attraverso

so la condivisione del sistema australiano. L'Australia, infatti, prendendo spunto dai sistemi statunitensi si è differenziata dando origine prima all'Australian National DRG System (AN) e poi all'Australian Refined DRG System (AR). Il sistema tedesco si basa proprio su quest'ultima versione. Il Regno Unito ha dato vita agli Health Care Resource Groups (HRG), che delineano una classificazione, simile a quella per DRG.

Italia (Riquadro 4.2) e Ungheria, che si ispirano direttamente al sistema statunitense HCFA, rappresentano i due paesi pionieri nell'adozione della classificazione per DRG (per entrambi i paesi l'introduzione è avvenuta nel 1993); Regno Unito, Francia e Germania hanno introdotto tale sistema circa dieci anni dopo. Il sistema a DRG, come anticipato, è strettamente connesso con il meccanismo di rimborso dell'assistenza sanitaria ospedaliera per prestazione¹⁵ ma, essendo un metodo di classificazione dei prodotti dell'attività ospedaliera, assume altre importanti funzioni nei sistemi di programmazione e controllo a livello aziendale e di sistema.

Riquadro 4.2 L'introduzione dei DRG in Italia

Rispetto agli altri paesi europei, l'introduzione del sistema DRG in Italia non è stata graduale ma molto rapida anche perché inserita nella riforma del SSN italiano avviata nel 1992. Sebbene sia stato adottato il sistema di classificazione dei pazienti in DRG dal sistema americano, è stato necessario provvedere a una definizione delle tariffe coerente con i costi sostenuti in Italia. Nella determinazione delle tariffe, l'approccio utilizzato per definire l'ammontare dei costi è stato quello del *full costing* secondo una logica *top-down* (Fattore e Torbica 2006) escludendo dal calcolo i costi per attività di ricerca e didattica, per il funzionamento dei dipartimenti di emergenza e d'urgenza, per i trapianti d'organo e i costi del capitale, in quanto tutte queste tipologie sono finanziate generalmente da meccanismi di rimborso diversi dalle tariffe (Cantù e Jommi 2002).

Polonia e Paesi Bassi si differenziano rispetto agli altri paesi considerati, in quanto, nella prima non si utilizza ancora il sistema a DRG, nella seconda, invece, è stato sviluppata autonomamente la classificazione in DBC's¹⁶.

Nei sistemi tariffari è necessario individuare l'unità di misura per il rimborso e, quindi, definirne il valore monetario.

Come visto in precedenza, e considerando l'insieme dei paesi coinvolti, l'unità di pagamento più frequentemente utilizzata è il ricovero a cui viene attribui-

¹⁵ Tale meccanismo si basa sul fatto che pazienti appartenenti allo stesso gruppo (DRG) si contraddistinguono per un consumo medio di risorse, per l'assistenza, simile indipendentemente da quello specifico di ogni caso concreto. Ciò implica che il costo dei pazienti che consumano mediamente le stesse risorse (isorisorse) sia simile e venga rimborsato con un valore economico definito, la tariffa per DRG.

¹⁶ Cfr. par. 4.2.

ito un livello atteso dei costi secondo la classificazione DRG. I Paesi Bassi sono l'unico paese che considera l'episodio clinico come unità di pagamento. L'episodio è registrato dal suo inizio (primo contatto con l'ospedale) e può durare al massimo per un anno; nel caso si verificano episodi diversi durante lo stesso periodo, lo stesso paziente può essere collegato a distinti DBC's cosa che non può accadere in un sistema a DRG o simile. La Polonia rappresenta un caso ulteriormente diverso in quanto sono oggetto del rimborso i «prodotti» esplicitamente previsti dallo schema assicurativo del fondo sanitario nazionale (Kozierkiewicz *et al.* 2006).

In Europa, si rintracciano due metodi di calcolo delle tariffe (Busse *et al.* 2006): il costo medio per DRG, o alternativamente, i pesi relativi dei DRG. Francia e Regno Unito definiscono le tariffe sulla base dei costi medi per DRG ottenuti in seguito alla raccolta dei dati sui costi degli ospedali. Il secondo metodo, adottato da Danimarca, Germania e Italia (cfr. Riquadro 4.3), attribuisce a ogni DRG un peso che rappresenta l'entità del consumo delle risorse necessario per il caso considerato. La definizione delle tariffe viene in questo modo semplificata in quanto è sufficiente negoziare una sola tariffa corrispondente al peso relativo «1» per poi calcolare successivamente tutte le altre.

Riquadro 4.3 La definizione delle tariffe in Italia

L'Italia rientra nell'insieme di quei paesi che hanno definito propri pesi relativi nazionali dei DRG basandosi sull'attività degli ospedali selezionati per il campione. In tal modo, si è perseguita la finalità di definire tariffe che rispecchiassero le caratteristiche del sistema sanitario italiano e che si differenziassero da quello statunitense. Il ministero della Salute ha adottato un tariffario nazionale suscettibile di modifiche da parte del livello regionale che, in sostanza, ha la possibilità di differenziare le tariffe a seconda delle proprie necessità¹⁷.

A tal riguardo è opportuno ricordare che possono essere identificati quattro modelli regionali di finanziamento delle aziende sanitarie (Jommi 2002) e che il sistema sanitario italiano è così differenziato da portare Anessi Pessina e Cantù (2006) a ritenere che l'Italia sia dotata di 21 SSR piuttosto che di un unico SSN.

Una volta definite attraverso uno dei due metodi, le tariffe possono necessitare di aggiustamenti dovuti alle caratteristiche dell'ospedale (dimensione, funzione di ricerca) e alle differenze regionali all'interno di ogni paese (Tab. 4.3)

La determinazione delle tariffe può avvenire a livello di governo centrale, tramite un organo collegato al ministero della Salute, oppure a livello decentrato. Le due modalità non sono mutualmente esclusive; al contrario in alcuni paesi convivono con diverse sfumature.

¹⁷ Per approfondimenti sull'analisi dei tariffari regionali si veda il Capitolo 6.

Tabella 4.3 Criteri di aggiustamento delle tariffe per ogni paese

Paese	Criteri di aggiustamento delle tariffe
Danimarca	Differenze regionali: • unità amministrative • regioni o contee
Germania	
Italia	
Spagna	Struttura degli ospedali
Regno Unito	Differenza dei prezzi degli input
Francia	Tipologia di ospedale

Fonte: nostra elaborazione

In Francia, Ungheria e Regno Unito le tariffe sono stabilite centralmente da organi nazionali. In Danimarca la bozza delle tariffe viene approvata dal DRG-Steering Group composto dai rappresentanti delle contee, dal ministro dell'Interno e da quello della Salute, ma in realtà, la percentuale della tariffa nazionale che viene rimborsata in base alla classificazione DRG varia a seconda dell'erogatore e dell'acquirente dell'assistenza ed è, quindi, stabilita a livello decentrato. In Spagna, la comunità della Catalogna ha formulato pesi relativi diversi e il sistema di rimborso degli ospedali si basa su un algoritmo regionale specifico. Ancora diverso, rispetto ai casi precedentemente analizzati, è quello dell'Italia, paese in cui la forte spinta alla regionalizzazione avviata dalle riforme degli anni Novanta ha stimolato la creazione (Riquadro 4.3) di diversi sistemi tariffari.

Si distinguono per le peculiarità dei loro sistemi il caso della Polonia e dei Paesi Bassi. In Polonia sono stabiliti in modo uniforme in tutto il territorio la classificazione con i relativi pesi, mentre è lasciata all'autonomia e al potere contrattuale di ogni erogatore la definizione dei prezzi effettivi attraverso una negoziazione con il National Health Fund, il fondo sanitario unico derivante dalla fusione dei 17 fondi regionali di malattia. Nei Paesi Bassi, invece, le tariffe della maggior parte delle DBC's sono definite a livello centrale, mentre una minima parte è lasciata all'autonoma negoziazione tra ospedale e assicurazione¹⁸.

Soprattutto nei paesi che hanno introdotto già da qualche anno il sistema di rimborso per DRG, assume maggior importanza la questione dell'aggiornamento delle tariffe. In ogni paese viene individuato un organo di riferimento per l'ag-

¹⁸ Le DBC sono classificate nella lista A o nella lista B a seconda della tipologia di tariffa fissa o variabile a cui sono connesse. Si hanno tariffe fisse (lista A) definite a livello centrale dal Tariff Board che l'assicurazione sanitaria deve trasferire all'ospedale e agli specialisti, tariffe non fisse (lista B) che l'ospedale deve negoziare con l'assicurazione. Le attività classificate nella lista B coprono in media l'8 per cento del budget dell'ospedale ed è quindi evidente che soltanto una parte marginale del sistema di rimborso è lasciato all'autonomia dei singoli erogatori (Rutten *et al.* 2006).

Tabella 4.4 **Aggiornamento delle tariffe per paese**

Paese	Sistematico	Non sistematico	Criterio per l'aggiornamento
Danimarca	Annuale		Costi medi degli ospedali
Francia	Annuale		Costo medio per DRG e tetto di spesa
Germania	Annuale		Pesi relativi per i DRG
Italia		✓	Criterio specifico per regione
Paesi Bassi	Annuale		Indice dei prezzi e salari
Polonia		✓	Non esiste una procedura esplicita
Regno Unito	Annuale		Costi medi degli ospedali
Spagna	Annuale		Indice dei prezzi al consumo/negoziazioni
Ungheria	Annuale		Aggiornamento regolare e aggiornamento non programmato

Fonte: nostra elaborazione

giornamento delle tariffe che può avvenire secondo tempistiche diverse ed essere motivata da varie ragioni (Tab. 4.4).

Regno Unito, Germania, Danimarca, Paesi Bassi, Francia e Spagna procedono annualmente alla revisione delle tariffe. In Ungheria sono previste due procedure di aggiornamento delle tariffe e della classificazione in HRG (Hungarian DRG), regolare e non programmata. In Polonia non è stabilita nessuna procedura per la revisione delle tariffe, in quanto gli organi del Fondo sanitario nazionale e i singoli erogatori possono fare proposte di aggiornamento ma, in ogni caso, la decisione è affidata alla discrezionalità dell'organo centrale del fondo. In Italia, fino a ora, le tariffe nazionali sono state aggiornate una sola volta dalla loro introduzione. Tuttavia, le singole regioni godono di un grado di autonomia e decentramento tale da rendere possibili ulteriori aggiornamenti indipendentemente dalle tariffe nazionali.

È necessario considerare che il processo di definizione delle tariffe è generalmente preceduto dalle seguenti fasi:

1. selezione del campione per la raccolta dei dati sui costi;
2. definizione dei valori soglia e adozione di uno o più metodi di trimmatura.

La prima fase può rispondere a due esigenze spesso contrapposte: la qualità dei dati e la rappresentatività del campione. Il *trade off* è risolto nei nove paesi considerati attraverso quattro diversi approcci che privilegiano l'una o l'altra esigenza. I Paesi Bassi hanno selezionato il campione di ospedali con il criterio

della rappresentatività; Italia (Riquadro 4.4) e Germania hanno definito alcuni requisiti necessari del sistema di contabilità analitica e hanno composto il campione con quelle strutture che rispondevano ai requisiti. La Spagna si è spinta maggiormente nel dettaglio e ha selezionato soltanto gli ospedali che hanno adottato uno specifico sistema di contabilità dei costi. Il quarto approccio, quello del Regno Unito, ha previsto la raccolta di dati di costo da tutte le strutture del servizio pubblico. Gli altri paesi hanno utilizzato una diversa combinazione di questi approcci.

Riquadro 4.4 La definizione del campione di ospedali e dei valori soglia in Italia

Il campione italiano di strutture coinvolte nella raccolta dati sui costi è quello meno rappresentativo in termini numerici (8 ospedali per un totale di 147.017 ricoveri) se confrontato con i campioni selezionati dagli altri paesi europei. Tuttavia nel 1993 il campione era rappresentativo della casistica presente negli ospedali selezionati rispetto al 40 per cento dell'attività ospedaliera annua nazionale (Taroni 1996).

Per quanto riguarda la definizione dei valori soglia e l'utilizzo dei metodi di trimmatura, il D.M. 14 dicembre 1994 stabilisce che attraverso una formula non parametrica vengono calcolati, in base ai flussi informativi delle schede di dimissione ospedaliera, i valori che esprimono il numero di giornate di degenza oltre le quali si applicano remunerazioni aggiuntive rispetto alla tariffa. È stato definito un valore soglia per ogni DRG e contestualmente il costo marginale di ogni giornata di degenza (per ogni DRG) che eccede tale valore (Taroni 1996).

Per quanto riguarda invece la seconda fase, per limitare l'iniquità del sistema a tariffa basata sul costo medio del caso, si ricorre alla definizione di valori soglia di degenza minima o massima che permettono di identificare quei casi *outlier* che sono rimborsati separatamente. Ogni paese definisce i valori di soglia massima attraverso modelli statistici basati sulle serie storiche. Due sono i metodi usati nei nove paesi: quello parametrico, che attribuisce un'influenza maggiore della varianza nel calcolo del valore soglia di un DRG, utilizzato da Germania e Spagna, e quello non parametrico, basato sul *range* interquartile, condiviso da Regno Unito, Danimarca e Italia (Schreyogg *et al.* 2006).

Il sistema di rimborso a tariffa si caratterizza per un'elevata dinamicità dovuta, da un lato, al progressivo aggiornamento delle tariffe (Tab. 4.4), dall'altro, alla reazione dei sistemi di rimborso all'introduzione di nuove tecnologie nella pratica clinica. Infatti, l'introduzione di nuove tecnologie, intese in senso lato, rappresenta un fattore determinante per le modifiche o gli adattamenti del sistema a DRG che funge spesso da nomenclatore. Nel caso in cui nuove tecnologie sanitarie siano disponibili nel mercato ma le stesse, proprio per il fatto di essere nuove, non siano previste nel sistema dei DRG, si può presentare una situazione dominata dalla rigidità del sistema dei DRG, che implica maggiore difficoltà nella diffusione della nuova tecnologia. Alternativamente, se inserite in un con-

testo più reattivo, il sistema si può adattare con maggiore flessibilità all'introduzione della tecnologia. In questa seconda ipotesi si possono perseguire diverse strategie: aggiungere nuovi DRG, modificare i pesi relativi alla classificazione esistente, oppure prevedere componenti di rimborso aggiuntivo.

Le componenti di rimborso aggiuntivo non sono circoscritte al finanziamento di nuove tecnologie, ma rappresentano una quota consistente del rimborso dell'assistenza ospedaliera nei Paesi Bassi e in alcune regioni dell'Italia.

In termini generali, quando il sistema a DRG viene introdotto sono necessarie misure di accompagnamento, come per esempio contributi addizionali, per favorirne l'implementazione e ridurne l'impatto redistributivo delle risorse. Nel caso di servizi a lungodegenza o di assistenza psichiatrica o riabilitativa, che non sono rimborsati a tariffa, Francia e Germania prevedono componenti aggiuntive. Le stesse sono utilizzate per rimborsare quelle procedure rare e molto costose che, se inserite nella classificazione per DRG implicherebbero una distorsione delle tariffe. Infine, non si può trascurare il fatto che i contributi aggiuntivi mirano anche a colmare il *gap* tra strutture ospedaliere di diverse regioni nei casi in cui il sistema DRG non preveda aggiustamenti territoriali.

4.4 Conclusioni

Dallo studio condotto e dall'approfondimento sul caso italiano, si evince che in tutti i paesi considerati sta crescendo la consapevolezza dell'importanza di una più chiara definizione di ciò che è garantito dalla copertura sanitaria e dei servizi sanitari che rientrano nelle garanzie assistenziali.

L'individuazione di tali servizi è strettamente connessa all'impianto normativo di riferimento di ogni paese. Italia, Polonia e Spagna, che si sono dotate recentemente di nuove norme che disciplinano la sanità, hanno previsto elenchi espliciti di servizi. Diverso è il caso di Germania e Regno Unito che, facendo riferimento a una normativa più datata, hanno fatto maggior utilizzo delle liste negative di servizi, invece che di quelle positive (Busse *et al.* 2005). Originariamente, le liste positive di servizi sanitari nascono non tanto per avere a disposizione un elenco dettagliato che costituisca un sistema di garanzie, quanto piuttosto per rispondere a esigenze di natura finanziaria. Una delle conferme emerse dai risultati del progetto, infatti, è che l'assenza di un esplicito elenco di servizi sanitari è compensata dall'esistenza di un sistema di rimborso che indirettamente prevede i servizi stessi attraverso l'esplicitazione delle loro tariffe.

La definizione di nomenclatori espliciti è subordinata all'identificazione di criteri che guidano il processo decisionale in modo trasparente. Si è riscontrato che, nonostante la maggior parte dei paesi preveda formalmente l'utilizzo dei criteri di efficacia o costo-efficacia, le decisioni sono spesso orientate da altri fattori, per esempio dalle pressioni di gruppi d'interesse (Busse *et al.* 2005). È evidente che l'esigenza di un elevato grado di trasparenza decisionale sia indispensabile so-

prattutto nella definizione di elenchi di servizi esclusi dalla copertura (elenchi negativi) come avviene nel Regno Unito e in Germania.

I risultati emersi in risposta alle domande di ricerca che hanno orientato l'indagine della prima fase del Progetto EU HealthBasket consentono di sviluppare alcune riflessioni. Rispetto ai concetti di insieme delle garanzie e nomenclatori non esiste ancora un linguaggio comune tra i nove paesi, sebbene tutti i paesi tendano a escludere dalla copertura praticamente gli stessi servizi sanitari (per esempio chirurgia plastica, vaccinazioni per i viaggi). Le classificazioni dei servizi sono specifiche in ogni paese e il grado di dettaglio nell'individuazione dei servizi varia, non solo tra paese e paese, ma anche tra regioni dello stesso paese. Infatti nessun paese possiede una lista omogenea dei servizi all'interno dei diversi settori OECD considerati. Ciò che contraddistingue le classificazioni in ogni paese è sia la frammentazione normativa (difficilmente si riesce a trovare un paese che ha sistematizzato la disciplina in un unico documento normativo) sia la tipologia del sistema sanitario (Assicurazione sanitaria obbligatoria oppure SSN).

Nel corso degli ultimi anni si è assistito a una progressiva espansione dei servizi sanitari garantiti mettendo in discussione la sostenibilità economica e finanziaria dei sistemi (Mossialos *et al.* 2002; OECD 2006). I paesi non vedono con favore l'opportunità di un pacchetto europeo garantito di servizi minimi, sebbene il fenomeno della mobilità transnazionale dei pazienti possa, di fatto, spingere verso l'armonizzazione a livello comunitario di una copertura minima garantita. Un passo in questa direzione semplificherebbe, dal punto di vista amministrativo, la gestione della mobilità dei pazienti *intra* UE, ma attualmente può essere considerata come una meta ancora lontana.

Tuttavia, il crescente scambio di informazioni, tra un paese e l'altro, insieme con una maggiore mobilità dei pazienti oltre i confini nazionali, renderebbe utile una tassonomia comune. Essa faciliterebbe i confronti internazionali, e quindi gli esercizi di *benchmarking* delle politiche pubbliche, e favorirebbe la creazione di una base conoscitiva comune per la costruzione di politiche sanitarie europee.

Esaminando i risultati della seconda fase del progetto, i nove paesi si posizionano ognuno in modo diverso rispetto all'introduzione e alle caratteristiche del sistema di rimborso per DRG. Tali differenze sono riconducibili essenzialmente alla classificazione DRG adottata e alla disponibilità e qualità dei dati sui costi. Con riferimento al primo elemento, si possono individuare i percorsi che ogni paese ha affrontato dall'introduzione dei DRG a oggi. Osservando le situazioni dei nove paesi, si possono identificare due strategie nell'introduzione dei DRG: lo sviluppo di un nuovo sistema (per esempio, i Paesi Bassi), oppure, l'adozione o la modifica di sistemi già in uso. In questo secondo caso, si distinguono diversi livelli di adattamento o modifica del sistema a cui un paese si ispira: la Spagna ha fatto proprio il modello di HCFA; l'Italia ha considerato il sistema HCFA come base di partenza ma si è dotata di pesi relativi nazionali; la Germania ha modificato il sistema di classificazione dei pazienti e di conseguenza anche i pesi relativi;

l'Ungheria si è dotata di un sistema con modifiche ancora più rilevanti soprattutto riguardo ai criteri di raggruppamento dei casi.

Questi esempi dimostrano l'ampio spettro di possibilità a disposizione di ogni paese nell'adozione del sistema a DRG ed evocano anche la dinamicità dei sistemi di classificazione e rimborso che si possono considerare in continua evoluzione. Ne rappresenta un esempio ancor più significativo il caso della Francia che pur introducendo il sistema HCFA con qualche modifica ha poi proceduto con lo sviluppo nel 1997 di un nuovo sistema.

Una criticità rilevante emersa dalla ricerca è testimoniata dalla variabilità dei dati di costo in base ai quali vengono definite le tariffe. La raccolta dei dati sui costi, infatti, presuppone la disponibilità di sistemi di contabilità analitica affidabili nei paesi. In Polonia, per esempio, non sono disponibili dati sui costi a livello centrale e per questa carenza, le tariffe vengono definite in modo quasi totalmente indipendente dai costi. Il problema informativo e il diverso approccio con cui ogni paese calcola i costi del consumo di risorse (per esempio *step-down* o *microcosting*) spiegano la difficoltà nel paragone tra i costi nei diversi paesi. Inoltre, all'interno dello stesso paese, si osserva una rilevante variabilità dei costi dovuta alla quantità, al mix, alla qualità e al prezzo delle risorse consumate; alle caratteristiche dei pazienti; alla definizione stessa dei DRG; alla struttura dei costi. Il campionamento delle strutture, come precedentemente evidenziato, costituisce un limite e nel contempo un'opportunità che influenza la determinazione delle tariffe. Probabilmente, con l'affinarsi dei sistemi di contabilità analitica e l'automazione dei sistemi informativi si riuscirà a ovviare al problema del *trade off* tra qualità dei dati e rappresentatività del campione.

In sintesi, data l'eterogeneità dei sistemi di rimborso presenti nei nove paesi sembra ancora prematuro e irrealistico ipotizzare un sistema europeo di finanziamento dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, è probabile che nel lungo termine l'agenda dell'UE si arricchisca di iniziative per intraprendere un percorso verso la creazione di un sistema di DRG europeo, che renderebbe più semplice dal punto di vista amministrativo la mobilità dei pazienti in Europa e che potrebbe anche avere un valore simbolico per la sanità europea. Intanto, il confronto tra i sistemi dei diversi paesi è d'aiuto per aumentare la conoscenza reciproca di costi e tariffe e, soprattutto, delle logiche decisionali sottostanti.

Bibliografia

- Anessi Pessina E., Cantù E. (2006), «Whither Managerialism in the Italian National Health Service?», *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(4), pp. 327-355.
- Ankjaer-Jensen A., Rosling P., Bilde L. (2006), «Variable Prospective Financing in the Danish Hospital Sector and the Development of a Danish Case-Mix System», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 259-268.

- Belcher P.J., Barman P.C. (2001), «Health in Other EU Policies or an EU Health Policy?», *EuroHealth*, 7(4), p. 1.
- Bellanger M.M., Tardif L. (2006), «Accounting and Reimbursement Schemes for Inpatient Care in France», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 295-305.
- Bilde L., Ankjaer-Jensen A., Danneskiold-Samsøe B. (2005), «The Health Benefit Basket in Denmark: A Description of Entitlements, Actors, and Decision-Making Processes in the Curative Health Sector», *European Journal of Health Economics*, Suppl., pp. 11-17.
- Borgonovi E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Busse R., Schreyogg J., Smith P.C. (2006), «Hospital Case Payment Systems in Europe» *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 211-213.
- Busse R., Schreyogg J., Stargardt T., Velasco-Garrido M. (2005), «Defining the 'Health Benefit Basket' in Nine European Countries. Evidence From the European Union Health Basket Project», *European Journal of Health Economics*, Suppl., pp. 2-10.
- Busse R., Stargardt T., Schreyogg J. (2005), «Determining the 'Health Benefit Basket' of the Statutory Health Insurance Scheme in Germany: Methodologies and Criteria», *European Journal of Health Economics*, Suppl., pp. 30-36.
- Cantù E., Jommi C. (2002), «I sistemi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie: un aggiornamento al 2000 per cinque realtà regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Epstein D., Mason A. (2006), «Costs and Prices for Inpatient Care in England: Mirror Twins or Distant Cousins?», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 233-342.
- Fattore G., Torbica A. (2006), «Inpatient Reimbursement System in Italy: How do Tariffs Relate to Costs?», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 251-258.
- Fetter R. (1991), «Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance», *Interfaces*, 21(1), pp. 6-26.
- Gaal P., Stefka N., Nagy J. (2006), «Cost Accounting Methodologies in Price Setting of Acute Inpatient Services in Hungary», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 243-250.
- Jommi C. (2002), «I meccanismi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Kimberley J.R., De Pourvoirville G. (1993), *The Migration of Managerial Innovation: Diagnosis-Related-Groups and Health Care Administration in Western Europe*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Kozierkiewics A., Maciej S., Waldemar S., Wojciech T. (2006), «The Definition

- of Prices for Inpatient Care in Poland in the Absence of Cost Data», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 281-86.
- Mason A. (2005), «Does the English NHS have a ‘Health Benefit Basket’?», *European Journal of Health Economics*, Suppl., pp. 18-23.
- Mossialos E., Le Grand J. (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot.
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (2002), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham, Open University Press.
- OECD (2000), *System of Health accounts OECD, 2000*.
- OECD (2006), *OECD Health Data 2006*.
- Oostenbrink, J.B., Rutten F.F. (2006), «Cost Assessment and Price Setting of Inpatient Care in The Netherlands. The DBC Case-Mix System», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 287-294.
- Sanchez-Martinez F., Abellan-Perpignan J.M., Martinez-Perez J.E., Puig-Junoy J. (2006), «Cost Accounting and Public Reimbursement Schemes in Spanish Hospitals», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 225-232.
- Schreyogg, J., Stargardt T., Tiemann O., Busse R. (2006), «Methods to Determine Reimbursement Rates for Diagnosis Related Groups (DRG): A Comparison of Nine European Countries», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 215-223.
- Schreyogg J., Tiemann O., Busse R. (2006), «Cost Accounting to Determine Prices: How Well do Prices Reflect Costs in the German DRG-System?», *Health Care Management Science*, 9(3), pp. 269-279.
- Stolk E.A., Rutten F.F. (2005), «The ‘Health Benefit Basket’ in The Netherlands», *European Journal of Health Economics*, Suppl., pp. 53-57.
- Taroni F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Torbica A., Fattore G. (2005), «The ‘Essential Levels of Care’ in Italy: When Being Explicit Serves the Devolution of Powers», *European Journal of Health Economics*, Suppl., pp. 46-52.