

# **Sistema di pagamento prospettico per raggruppamenti omogenei di diagnosi: il rapporto intercorrente tra tariffe e costi di produzione**

di Francesca Vanara

## 1. Introduzione

Nei paesi industrializzati, al rallentamento della crescita economica seguito alla crisi degli anni '70, si è accompagnata una riduzione nel tasso di incremento delle risorse destinate al settore della tutela della salute. Sono state pertanto sviluppate politiche di controllo e di contenimento della spesa sanitaria ed il perseguimento di comportamenti allocativi improntati a criteri di efficienza tecnica e gestionale è diventato uno dei principali obiettivi delle innovazioni introdotte negli ultimi vent'anni nell'organizzazione e nel finanziamento del settore sanitario.

Le politiche mirate a controllare l'andamento dei costi si sono concentrate in particolare sull'assistenza ospedaliera, che rappresenta la componente di gran lunga più rilevante e dinamica della spesa sanitaria<sup>1</sup>.

Si è così ampiamente riconosciuto che le numerose manifestazioni di inefficienza presenti nel settore potevano in buona parte ricondursi agli incentivi perversi impliciti nel sistema di pagamento retrospettivo, fino ad alcuni anni fa il metodo predominante di pagamento delle prestazioni ospedaliere. Tale modello di rimborso non contiene strutturalmente alcun tipo di meccanismo di regolazione dei costi e induce, anzi, negli operatori comportamenti tendenti a espandere la quantità di risorse impiegate.

La diffusa consapevolezza dei limiti del sistema di rimborso retrospettivo ne ha comportato la sostituzione generalizzata con meccanismi di pagamento prospettico, contenenti incentivi potenziali a com-

<sup>1</sup> In Italia, negli anni '80 e nella prima parte degli anni novanta, la spesa ospedaliera costituisce una quota pari a circa il 50% della spesa sanitaria pubblica e nel 1992 ha assorbito 48.375 miliardi su una spesa sanitaria (corrente) pubblica di 94.911 miliardi di lire; con riferimento al PIL, dal 1980 al 1992, l'incidenza della spesa ospedaliera è passata dal 2,70% al 3,21%, con una crescita costante nel quindicennio successivo alla riforma del 1978 [Petretto e Pisauro 1994].

portamenti più efficienti. In particolare, è stato sperimentato in almeno venti nazioni ed è da alcuni anni utilizzato per il finanziamento, parziale o totale, delle strutture produttive in vari paesi (fra cui Svezia, Portogallo, Francia, Irlanda, Norvegia e Australia) un sistema di pagamento basato su tariffe<sup>2</sup> predeterminate per raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD - traduzione italiana del sistema noto a livello internazionale con la sigla DRG, *Diagnosis Related Groups*), che ha maturato la prima importante esperienza negli Stati Uniti<sup>3</sup> ed è stato ora adottato anche in Italia.

Nel presente contributo, si delineano i tratti essenziali del nuovo sistema di pagamento introdotto nel servizio sanitario nazionale (SSN) e si discutono incentivi e rischi insiti nei meccanismi di rimborso retrospettivo e prospettico (par. 2).

La parte successiva dell'intervento contiene riflessioni critiche relative ad importanti problematiche legate alla determinazione delle tariffe, con particolare riferimento alla distribuzione delle risorse assorbite all'interno di un DRG ed alla fissazione del «giusto prezzo» (par. 3). Viene, quindi, discusso il problema della variabilità dei costi fra unità d'offerta e degli aggiustamenti di natura regolatoria da introdurre nel sistema (par. 4).

Nella parte conclusiva si sostiene, infine, la necessità di approfondire le questioni relative alla combinazione ottima dei diversi meccanismi di pagamento (par. 5).

<sup>2</sup> Con specifico riferimento al presente contesto di sistemi di pagamento prospettico in sanità, la nozione di tariffa da considerare è quella che si richiama al concetto di «nomenclatore tariffario»: in presenza di un Servizio sanitario nazionale, lo Stato, in quanto principale, se non unico, cliente delle strutture produttive, può individuare le prestazioni che è interessato ad acquistare e fissare il prezzo (massimo) che è disposto a pagare. Si tratta, quindi, di tariffe profondamente diverse sia da quelle pubbliche, cui settori principali di applicazione sono i trasporti, l'energia elettrica, l'acqua, ecc., sia dagli onorari professionali e dalle tariffe doganali.

<sup>3</sup> La fissazione prospettica delle tariffe ospedaliere (*rate-setting prospectively*) da parte di un'agenzia pubblica o indipendente aveva suscitato un vasto interesse negli Stati Uniti già all'inizio degli anni settanta, nell'ambito degli sforzi effettuati per lo sviluppo di sistemi di controllo dei costi ospedalieri [Goddeeris e Wolfe 1987]. Molti Stati all'interno del Paese avevano sperimentato qualche forma di fissazione prospettica delle tariffe, finché nell'ottobre del 1983 il programma *Medicare* introdusse un sistema di pagamento prospettico basato sui DRG (*Prospective Payment System*, PPS), che rappresenta il modello di riferimento più ovvio ed immediato per il nuovo sistema di pagamento previsto per le strutture italiane [Averill e Kalison 1991; *Us Department Health and Human Service* 1995].

## 2. Il nuovo sistema di pagamento nel Ssn: meccanismi di rimborso retrospettivo e prospettico

Le difficoltà in cui opera la sanità italiana, comuni a molti paesi con sistemi sanitari di tipo universalistico, hanno favorito l'adozione di una serie di interventi di riordino del Ssn (l.d. 421/1992, d.lgs. 502/1992 e d.lgs. 517/1993) volti a modificare in modo sostanziale la struttura del sistema e le relazioni fra i diversi soggetti istituzionali.

All'interno di tale processo di riordino, merita particolare attenzione l'introduzione del sistema di pagamento tariffario<sup>4</sup>, ritenuta da molti l'innovazione più rilevante dall'istituzione del Ssn (l. 833/1978) a oggi.

Il decreto-legge 28 agosto 1995, n. 362, confermando quanto previsto da precedenti decreti-legge (a partire dal decreto-legge 29 ottobre 1994, n. 603), ha stabilito che a partire dal 1° gennaio 1995 le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nell'ambito del Ssn siano remunerate sulla base di tariffe predeterminate per prestazione, in osservanza dei criteri precisati nel decreto ministeriale 15 aprile 1994. Tale decreto ministeriale definisce l'ambito di applicazione delle tariffe in senso ampio, comprendendo tutti i produttori (pubblici e privati, interni ed esterni all'Azienda UsL) e stabilisce che le tariffe, determinate dalle Regioni e province autonome sulla base del costo *standard* di produzione, rappresentano la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori.

Il decreto-legge ha anche previsto che, entro il 15 dicembre 1994, il Ministro della Sanità determinasse con proprio decreto (che è stato emanato il 14 dicembre 1994) le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera e che tali tariffe fossero adottate dalle regioni che non avessero provveduto a definire propri tariffari e fino alla data di definizione di questi ultimi<sup>5</sup>.

Il sistema di pagamento delle attività ospedaliere è stato profondamente modificato: si è passati da un sistema orientato al pagamen-

<sup>4</sup> L'art. 8, c. 5, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, prevede che l'Azienda UsL assicuri l'erogazione delle prestazioni ai cittadini attraverso appositi rapporti con i produttori fondati sulla «corrisponsione di un corrispettivo predeterminato» (sono escluse le prestazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta).

<sup>5</sup> Per approfondimenti sul nuovo sistema di pagamento introdotto nel Ssn si rimanda a Vanara [1995a].

to dei fattori produttivi nel settore pubblico ed incentrato sul numero di giornate di degenza prodotte nel settore privato convenzionato<sup>6</sup> uno basato su tariffe predeterminate per prestazioni, classificate per DRG.

In generale, vi sono due modelli polari di sistemi di pagamento, seconda del grado con cui al margine gli incrementi di costo sono sopportati dal produttore del servizio o dall'ente finanziatore: ad un estremo, vi è un sistema di pagamento retrospettivo, in cui il costo del trattamento è sopportato interamente dal finanziatore, che si assume l'onere di coprire tutti i costi sostenuti dalle strutture d'offerta; all'estremo opposto, un sistema di pagamento prospettico, il quale prevede che i costi siano sopportati al margine interamente dai produttori, pagati sulla base di tariffe determinate a priori.

Gli incentivi all'efficienza tecnica e gestionale impliciti in un sistema di quest'ultimo tipo sono superiori in quanto, al fine di minimizzare il rischio finanziario, gli erogatori sono stimolati a ottimizzare processi produttivi e, quindi, a minimizzare i costi unitari di produzione (anche riducendo gli sprechi).

Fra i più importanti effetti attesi positivi, legati agli incentivi innescati da un meccanismo di pagamento prospettico, si ricordano [Guterman e Dobson 1986]:

- contrazione delle durate di degenza, al fine di evitare le giornate di ricovero trascorse inutilmente in ospedale (in attesa, ad esempio, dell'esecuzione degli esami), anche attraverso un maggior ricorso a forme di assistenza post-ospedaliera (meno costose);

- contenimento delle procedure diagnostiche, grazie all'attenzione rivolta verso la prescrizione di quelle ritenute effettivamente necessarie;

- tendenza alla specializzazione delle unità di offerta, per sfruttare potenziali economie di scala e migliorare la professionalità degli operatori;

- adozione di tecnologie che consentono risparmi di risorse comunque, impiego più selettivo delle tecnologie stesse;

- miglioramenti nelle tecniche di gestione e nei sistemi informativi amministrativi;

- riduzione generale della capacità in eccesso nel settore;

<sup>6</sup> Gli ospedali pubblici erano finanziati con trasferimenti a copertura integrale dei costi (a piè di lista) e per le case di cura private convenzionate era in vigore la convenzione-tipo (d.p.c.m. 20 ottobre 1988) tra Usl. e istituzioni sanitarie private, che prevedeva la corresponsione da parte del Ssn di una diaria (per giornata di degenza) la cui

— maggior integrazione verticale fra i diversi servizi di assistenza sanitaria, attraverso il ricorso alle forme di assistenza di volta in volta più idonee per una più ampia e completa continuità nel trattamento dei singoli casi.

Se gli effetti attesi positivi derivanti dall'introduzione di un sistema di pagamento per caso trattato (classificato per DRG) sono rilevanti, non devono, tuttavia, essere assolutamente sottovalutati i rischi ad esso connessi. Vengono, infatti, a determinarsi, in particolare, forti incentivi per i produttori a:

— ridurre il numero di servizi (atti eseguiti) per ogni caso (tariffabile), che può significare, in primo luogo, la contrazione della durata di degenza per singolo ricovero con rischio di dimissione precoce del paziente, anche a scapito della qualità dell'assistenza;

— trattare il maggior numero possibile di casi tariffabili (non necessariamente il maggior numero di soggetti), che può comportare lo «spezzettamento» del profilo di cura dei pazienti in una serie di ricoveri separati, ciascuno dei quali pagato a tariffa piena, effettuando dimissioni anticipate e ri-ricoveri successivi.

È anche ragionevole aspettarsi che i produttori selezionino i pazienti che possono essere assistiti con costi relativamente contenuti e quelli afferenti alle categorie diagnostiche più remunerative (la tariffa è superiore al costo marginale di produzione).

Numerosi sono gli studi condotti, in particolare nell'esperienza statunitense a partire dalla seconda metà degli anni '70, per valutare l'impatto del meccanismo di pagamento prospettico per DRG non solo sugli aspetti di efficienza tecnica e gestionale delle unità d'offerta, ma anche su aspetti quali la qualità delle cure erogate, l'accessibilità ai servizi, i profitti conseguiti, la spesa complessivamente sostenuta (ospedaliera ed extraospedaliera) e la concorrenza all'interno del settore ospedaliero.

I diversi lavori hanno prodotto risultati talora in parte contrastanti su alcune conseguenze dell'adozione del sistema di rimborso e in questa sede si ritiene opportuno rimandare alla ricca letteratura disponibile sull'argomento (si veda, tra gli altri, l'ampia rassegna critica di Coulam e Gaumer [1991]).

Nel seguito vengono analizzati alcuni aspetti relativi alla determi-

misura era stabilita ogni anno mediante trattativa fra Regione e associazioni dell'ospedalità privata.

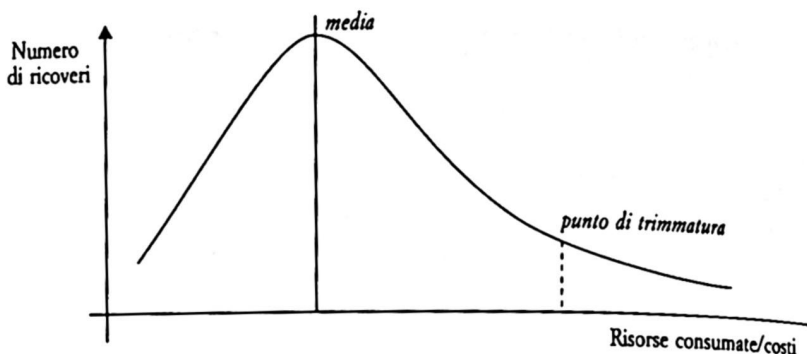


FIG. 1. Distribuzione ipotetica, all'interno di un DRG, delle risorse assorbite e dei costi generati.

nazione delle tariffe, di particolare interesse nella fase di avvio del nuovo sistema di pagamento adottato nel nostro paese.

### 3. La determinazione delle tariffe sulla base dei costi di produzione<sup>7</sup>

#### 3.1. Distribuzione delle risorse assorbite all'interno di un DRG: variabilità residua e casi anomali

Il sistema di pagamento prospettico introdotto in Italia prevede come unità di pagamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario i singoli episodi di ricovero, specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG).

Il sistema definisce circa 490 categorie finali di ricovero, clinicamente significative e omogenee al loro interno quanto a consumo di risorse assistenziali e quindi anche, verosimilmente, rispetto ai costi di produzione dell'assistenza (sistema isorisorse) [Fetter 1991, parte I].

I DRG individuano gruppi di pazienti omogenei ma *non identici* per consumo di risorse. Pertanto, le tariffe definite per ogni DRG si riferiscono al costo medio dell'assistenza per tutti i pazienti attribuiti allo stesso DRG, che non corrisponde necessariamente al costo di ciascun singolo paziente incluso nel raggruppamento. In ciascun DRG sarà sempre possibile riscontrare un certo numero di ricoveri con costi inferiori alla media accanto a ricoveri con costi superiori (fig. 1).

<sup>7</sup> Per approfondire gli aspetti relativi alle procedure contabili di determinazione dei costi (criteri di ribaltamento dei costi comuni e generali, ecc.) si rimanda, per l'esperienza americana, in particolare, a Chandler *et al.* [1991], e per quella italiana a:

La variabilità residua intra-gruppo<sup>8</sup> è attribuita principalmente ai differenti livelli di severità dei pazienti classificati nello stesso gruppo diagnostico, che la logica del sistema DRG non considera esplicitamente e risulta implicitamente descritta solo per la parte associata alla complessità delle procedure utilizzate nell'assistenza.

Se non sembra, peraltro, necessariamente corretto correlare in maniera diretta severità della malattia e complessità del trattamento, in quanto un'ulteriore importante causa di variabilità intra-gruppo è l'ampia eterogeneità dei profili di trattamento adottati da medici diversi per patologie analoghe, la mancata considerazione della differenza di severità dei casi è una delle maggiori critiche mosse al sistema [Smits *et al.* 1984].

Mentre vengono studiate possibili soluzioni al problema, in particolare la possibilità di integrare una misura di severità della malattia nei DRG, si dovrebbe tener conto di questi aspetti nella determinazione del rimborso effettuato ai soggetti erogatori: i profitti delle unità di offerta risultano, infatti, inversamente correlati al livello di severità delle malattie [Rosko e Carpenter 1994].

L'assunzione implicita nel sistema di pagamento è che la variabilità interna si neutralizzi a livello di singolo DRG. Quando una struttura ricovera principalmente pazienti i cui costi cadono selettivamente ad uno dei due estremi della curva di distribuzione dei costi intra-DRG, a sinistra o a destra del valore medio, si pongono, infatti, problemi di «equità» del rimborso e occorre inserire «aggiustamenti» nel sistema (par. 4).

Oltre al fenomeno della variabilità intra-gruppo, all'interno dei singoli DRG si registra la presenza di ricoveri «anomali» (*outlier*) per risorse assorbite: i costi da sostenere per il loro trattamento non sono pari a quelli della maggior parte dei casi classificati nel medesimo raggruppamento. In particolare, si considerano anomali i ricoveri con durata di degenza abnormemente lunga (le risorse necessarie per il

Falcitelli *et al.* [1995], Regione del Veneto [1995a], Regione Emilia-Romagna [1995], Repetto e Rossi [1995].

<sup>8</sup> Per la misurazione della variabilità residua intra-gruppo si utilizza generalmente il coefficiente di variazione, espresso dal rapporto fra la deviazione *standard* e la media della durata di degenza relativa ai pazienti appartenenti allo stesso DRG.

<sup>9</sup> La possibilità di integrare una misura di severità della malattia nei DRG ha portato alla definizione di un nuovo sistema di DRG (*All-Patient Refined DRGs, APR-DRG*), che prevede la suddivisione dei casi all'interno di un gruppo sulla base di specifiche diagnosi secondarie, in modo tale da definire per quasi tutti i DRG, una gerarchia di quattro livelli di patologie e/o complicanze: catastrofiche, maggiori, moderate, assenti [Vertrees 1995].

trattamento dei casi anomali sono misurate, per semplicità, in termini di durata di degenza) rispetto alla media del gruppo cui appartengono, definita secondo una durata superiore al punto di trimmatura (o valore soglia)<sup>10</sup> (fig. 1) [Steinwald e Murdock 1988].

Per il trattamento degli *outlier* viene riconosciuto alle strutture produttive un incremento giornaliero alla tariffa ordinaria. Nella determinazione di tale incremento *pro die* occorre prestare particolare attenzione: se il pagamento addizionale (per giornata di degenza) superiore al costo marginale di produzione, il sistema incoraggia un sovrautilizzo di giornate di degenza e viceversa [Keeler *et al.* 1988].

Il meccanismo di pagamento degli *outlier* può essere considerato, per la struttura produttiva, una sorta di assicurazione contro il rischio di dover sopportare, per alcune attività, entrate inferiori ai costi. Ricerche svolte per conto dell'*Office of Technology Assessment* hanno dimostrato che quando i pagamenti dei casi *outlier* sono calibrati correttamente (la remunerazione aggiuntiva è uguale ai costi marginali oltre il valore soglia), il rischio trasferito ai produttori viene notevolmente ridotto e si contiene anche la pressione a ridurre la qualità dell'assistenza ed a selezionare i casi da trattare [Vertrees 1995].

### 3.2. Costi *standard* di produzione medi e marginali e determinazione del «giusto prezzo»

La determinazione delle tariffe, basata sui costi *standard* di produzione, pone una serie di questioni, su cui ci si sofferma brevemente.

Un primo problema riguarda la possibile scelta fra l'impiego del *costo medio* o del *costo marginale*. Determinare la tariffa dei diversi DRG sulla base del costo medio (come previsto dal citato decreto ministeriale di aprile) garantisce la copertura di tutti i costi di produzione, ma, in presenza di rilevanti costi fissi, spinge le strutture di offerta ad ampliare l'attività produttiva (il costo marginale è inferiore alla tariffa commisurata al costo medio) [Balma e Dirindin 1994]. Il criterio del costo medio si presta, quindi, ad essere impiegato per tutte le prestazioni a domanda rigida o per quelle che si vuole promuovere (in grado di produrre rilevanti effetti positivi e/o più efficaci a parità di costo).

Una tariffa uguale al costo marginale non garantisce, invece,

<sup>10</sup>  $T$  (valore soglia) =  $[\sqrt[3]{Q_3} + (\sqrt[3]{Q_3} - \sqrt[3]{Q_1})]^3$ , con  $Q_1$  = primo quartile,  $Q_3$  = terzo quartile [Blaco 1993].

presenza di rilevanti costi fissi, la copertura di tutti i costi di produzione e induce l'impresa a ridurre l'attività produttiva. Una tariffa fissata al livello del costo marginale si presta, quindi, ad essere impiegata per le prestazioni più frequentemente oggetto di domanda impropria. Si può anche prevedere l'adozione di un meccanismo integrato di rimborso, che affianchi alla tariffa una remunerazione fissa, indipendente dal livello di attività.

In secondo luogo, un sistema di pagamento a prestazione basato sui DRG implica, comunque, la decisione di attribuire tariffe diverse a differenti raggruppamenti e, quindi, il presupposto implicito – ma forse non corretto – di possedere buone conoscenze in merito ai relativi *costi standard* (o ideali).

Se si utilizzano, come prevede anche il decreto di aprile, i dati concernenti i costi storici, cioè i costi sostenuti in passato per la cura delle singole patologie, i dati possono tuttavia – pur all'interno di un campione di soggetti erogatori «individuato secondo criteri di efficienza e di efficacia» – riflettere situazioni di inefficienza, ossia inglobare livelli passati di carenze gestionali, e non rappresentare quindi livelli di costo ideali.

Qualsiasi sistema dia per scontato che i costi storici rappresentano una base di calcolo adeguata per le tariffe *limita* automaticamente le proprie possibilità di eliminare le inefficienze esistenti (si tratta dell'errore metodologico di chi confonde la media dell'esistente con lo *standard* ideale).

D'altra parte, l'indicazione ministeriale del costo associato alle condizioni di produzione quanto più prossime a quelle ottimali sembra di fatto riconoscere l'esistenza di differenze fra *condizioni ottimali* e condizioni normali di produzione.

Nella realtà, anche le strutture più impegnate contro gli sprechi e le inefficienze possono dover fronteggiare costi di produzione superiori a quelli ottimali (o minimi) per effetto di vincoli (normativi, contrattuali, politici, ecc.) difficilmente superabili. Una tariffa (massima) fissata in corrispondenza del costo sostenuto in condizioni ottimali (difficilmente praticabili nella realtà) rischia di costringere le strutture a rivedere la qualità delle prestazioni erogate.

In generale, il livello cui vengono fissate le tariffe rispetto ai costi di produzione comporta conseguenze rilevanti<sup>11</sup>.

L'individuazione del «giusto prezzo», già molto complessa in ge-

<sup>11</sup> Si noti che il d.m. 15 aprile 1994 stabilisce che le tariffe fissate siano *massime*, lasciando aperta la strada ai meccanismi di contrattazione, argomento che esula dalla discussione del presente intervento.

nerale, diventa, nel settore delle prestazioni di assistenza ospedaliera, ancora più complicata (e costosa), dati l'elevata eterogeneità del prodotto e il costante e rapido processo di innovazione tecnologica.

Le prestazioni sottovalutate (la tariffa fissata è minore del costo) diventano di difficile accesso, in quanto il produttore si trova nella condizione di non poter remunerare i fattori produttivi impiegati e tende a ridurre la qualità dell'assistenza e/o ad operare selezioni nella casistica trattata, oppure decide di non attivare più il processo produttivo, con conseguente scomparsa dell'attività. Viceversa, le prestazioni sopravvalutate tendono ad essere offerte in quantità crescente.

In conclusione, si osservi anche che nel momento in cui si determinano le tariffe, si può, abbandonando il legame stretto al costo di produzione (che deve comunque essere noto), impiegare il rapporto tra tariffe e costi per introdurre incentivi atti al raggiungimento di più elevati livelli di equità (le tariffe possono essere orientate a produrre specifici effetti redistributivi a favore di particolari gruppi sociali) ed al perseguimento di obiettivi di efficienza allocativa.

Così, le tariffe possono essere articolate in modo da «premiare» l'erogazione delle prestazioni ritenute più efficaci (specie in presenza di condizioni di elevata sostituibilità) per favorire l'abbandono delle prestazioni obsolete o più facilmente soggette ad uso improprio.

#### 4. Fattori significativi di variabilità dei costi fra strutture produttive e aggiustamenti di natura regolatoria

Nel sistema di pagamento prospettico occorre introdurre aggiustamenti di natura regolatoria per prendere adeguatamente in considerazione una serie di fattori «legittimi» di variabilità dei costi di produzione dell'assistenza fra le diverse unità di offerta.

Se fosse, infatti, l'inefficienza la causa principale della differenza osservata nei costi di trattamento fra le strutture produttive, l'impatto di un sistema «non aggiustato» tenderebbe ad essere distribuito casualmente tra le strutture stesse. Di fatto, invece, la variabilità è sistematica: anche dopo aver tenuto in considerazione le differenze nella casistica trattata, gli ospedali di insegnamento e gli ospedali pediatrici, per esempio, risultano sistematicamente più costosi [Vertrees 1995].

Il sistema di pagamento prospettico adottato nell'ambito di *Medicare* effettua aggiustamenti alle tariffe per tener conto del livello dei salari nelle differenti aree geografiche, della localizzazione della struttura in un'area urbana o rurale, del trattamento di un gran numero

di pazienti a basso reddito e dei costi indiretti di insegnamento [Us *Department of Health and Human Service* 1995].

Per le strutture universitarie, per esempio, *Medicare* prevede che i costi indiretti di insegnamento (i costi aggiuntivi dell'assistenza associati all'insegnamento) vengano riconosciuti attraverso un incremento percentuale delle tariffe<sup>12</sup> [Rogowski e Newhouse 1992]; i costi diretti di insegnamento sono, invece, generalmente esclusi dal calcolo delle tariffe e finanziati a parte.

Aggiustamenti possono anche essere introdotti nel sistema per contrastare i potenziali effetti perversi insiti nel sistema stesso.

Per far fronte, ad esempio, all'incentivo alla moltiplicazione del numero di prestazioni, i sistemi di pagamento possono essere strutturati in modo tale che gli eventuali cambiamenti nel volume delle prestazioni rispetto ad un anno base prescelto si riflettano sulle entrate a bilancio in misura meno che proporzionale.

A questo proposito, la Regione del Veneto [1995b] ha introdotto un criterio di «scalarità» delle tariffe, ossia un coefficiente di riduzione del valore dei corrispettivi da riconoscere oltre certe soglie di produzione<sup>13</sup>. Si tratta di un contingentamento delle prestazioni attuato in modo indiretto, con un intervento a livello aziendale, cioè dal lato dell'offerta, sulla convenienza economica della produzione delle unità marginali, il quale concorre anche ad attenuare il contestuale e collegato rischio di dequalificazione dell'assistenza erogata.

Per tener conto della variabilità dei costi fra strutture produttive, il livello centrale di governo invita le Regioni e province autonome ad operare una classificazione dei soggetti erogatori rispetto alla quale articolare il sistema di pagamento [Ministero della Sanità 1995].

A tal fine individua come fattori significativi di variabilità dei costi di produzione, la complessità della casistica trattata, la complessità funzionale (presenza e importanza di reparti e servizi di alta specializzazione, disponibilità e utilizzo di «grandi apparecchiature» e/o dimensione dell'istituto di cura) e la dotazione di personale (allo stato

<sup>12</sup> I costi più elevati associati all'attività di insegnamento non sono necessariamente o unicamente dovuti alla sola presenza di attività didattica, ma sono probabilmente dovuti anche al fatto che una struttura universitaria risulta spesso particolarmente specializzata.

<sup>13</sup> Si riconosce l'intero importo della tariffa per un primo incremento dei ricoveri pari al 2% di quelli preventivati, oltre i quali la scalarità opera nei termini seguenti: per il successivo 15% di sovrapproduzione il coefficiente di riduzione della tariffa scende a quota 75%, per l'ulteriore 15% di incremento la tariffa si riduce al 50% e, infine, per tutti gli altri è riconosciuto solo il 20% del suo valore.

attuale estremamente variabile da struttura a struttura, in termini di quantità e tipologia<sup>14</sup>).

La Regione Molise [1995] e la Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia [1994] hanno articolato le tariffe suddividendo le strutture regionali in tre classi. Il Friuli-Venezia Giulia, per esempio, individua: a) le strutture ad alta complessità (Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, Policlinici Universitari, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), cui applicare la tariffa del d.m. 14 dicembre 1994; b) le strutture che svolgono attività di emergenza (dotate di pronto soccorso e di guardia attiva e che sono inserite nei dipartimenti di emergenza), cui applicare la tariffa del decreto abbattuta del 10%; c) le strutture che non svolgono attività di emergenza nell'ambito del dipartimento di emergenza, alle quali applicare la tariffa del decreto abbattuta del 20%.

In generale, la variabilità dei costi ospedalieri è un tema sul quale si è concentrata l'attenzione di molti studiosi: i costi medi degli ospedali, calcolati per giornata di degenza, per caso trattato o per posto letto, risultano dalle analisi empiriche notevolmente variabili fra ospedali omogenei (oltre che all'interno di uno stesso ospedale).

Non si è peraltro ancora pervenuti ad alcuna soluzione definitiva ed incontrastata su quali ne siano le ragioni ed anzi i tentativi fatti da diversi studiosi hanno portato a risultati spesso ampiamente discordi fra loro. I fattori che sembrano giocare un ruolo importante nella spiegazione dei differenziali di costo che si registrano a livello di diverse istituzioni sono il tasso di occupazione dei posti-letto, la durata media della degenza, il *mix* di casi trattati, i livelli di specializzazione e la dimensione degli ospedali, la presenza di reparti universitari e di ricerca.

Numerose analisi empiriche hanno, in particolare, tentato di verificare se esiste una dimensione ottima degli ospedali (in termini di posti letto), tale da rendere minimi i costi medi di produzione, ma al quesito non è stata ancora data alcuna risposta definitiva<sup>15</sup>.

Da ultimo, si noti, come ulteriore fenomeno di aggiustamento del sistema, che viene ampiamente riconosciuto che il pagamento tariffa-

<sup>14</sup> Una volta che il sistema tariffario e l'istituto della mobilità del personale siano a regime, la dotazione di personale non dovrebbe più costituire un criterio di differenziazione in quanto la determinazione della quantità e delle tipologie di operatori impiegati in ciascun istituto di ricovero dovrebbero rappresentare il risultato di specifiche scelte gestionali.

<sup>15</sup> Si vedano il lavoro pionieristico di Feldstein [1967], il testo italiano di Goisis [1976] e, per un'analisi recente, Vitaliano [1987] e Vita [1990].

rio non costituisce il sistema di remunerazione opportuno per la totalità delle prestazioni e attività erogabili nell'ambito del SSN.

Vi sono alcune funzioni per le quali, per motivi di equità, ovvero per garantire la disponibilità del servizio e il controllo dell'autorità pubblica, è opportuno che il finanziamento non dipenda da attività di negoziazione, quanto piuttosto da attività di programmazione.

Si ricordano, in particolare, le attività che presentano un carattere di forte specializzazione e che sono associate a costi rilevanti e ad esternalità (centri per il trapianto di organi, emergenza, ecc.) e le attività che hanno una rilevanza di natura strategica (ricerca, formazione, aggiornamento del personale, investimento in tecnologie innovative, ecc.) [Falcitelli 1994].

## 5. Considerazioni conclusive

Se la diffusa consapevolezza dei limiti di un sistema di rimborso retrospettivo ne ha comportato la sostituzione generalizzata e diversi paesi (fra cui, quest'anno, l'Italia) hanno adottato un sistema di pagamento prospettico basato sui raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG), con l'obiettivo principale di perseguire più elevati livelli di efficienza produttiva, va riconosciuto che, come ampiamente dimostrato dall'esperienza internazionale, non esiste un sistema di pagamento perfetto: ogni meccanismo presenta pregi e difetti [World Bank 1993].

La scelta stessa dell'unità di pagamento in un sistema prospettico (la singola prestazione, il caso trattato, ecc.) rappresenta un fattore cruciale: poiché gli *output* finali prodotti dagli ospedali sono tali da eludere precise misurazioni quantitative (ciascun paziente rappresenta in qualche modo un caso unico), l'unità di pagamento prescelta è, inevitabilmente, un'approssimazione imperfetta della misurazione ideale dell'*output* e crea incentivi distorti all'attività sanitaria spingendo alla «manipolazione» del costo e della quantità del prodotto «retribuito» [Goddeeris e Wolfe 1987].

Nessun meccanismo di pagamento può essere applicato automaticamente in modo «puro» e sono sempre necessari correttivi ed aggiustamenti atti a garantire il «successo» del sistema.

Adottato un sistema prospettico basato sui DRG, occorre, per esempio, riconoscere l'esistenza di prestazioni che, inevitabilmente, non possono soggiacere alla sua logica, quali le attività associate a co-

sti rilevanti ed esternalità e le attività che hanno rilevanza di natura strategica.

Come illustrato nel presente contributo, occorre, inoltre, introdurre una serie di aggiustamenti per tener conto sia della distribuzione delle risorse all'interno dei singoli DRG (variabilità residua e *outlier*) sia di fattori significativi di variabilità dei costi fra unità di offerta (costo dei fattori produttivi, attività di insegnamento, ecc.), la sopravvivenza di alcune delle quali può essere anche legata a scelte di natura programatoria.

Nonostante i diversi aggiustamenti che possono essere apportati al sistema di pagamento prospettico, permane, comunque, la presenza di differenze, anche notevoli, nei costi di produzione dell'assistenza ospedaliera (al di là dell'efficienza delle strutture produttive) [Keeler 1990].

Il problema è oggetto di dibattito fra gli studiosi. Secondo alcuni, la tariffa per DRG deve essere comunque uguale (fatti salvi gli aggiustamenti prima ricordati) per tutte le unità di offerta, proprio nella logica di spingere il sistema verso un miglioramento generalizzato del livello di efficienza.

Altri, invece, riconoscono l'esistenza di differenze reali «legittime» fra i costi dei trattamenti in strutture diverse e ritengono opportuno tenerne conto nella determinazione delle tariffe, anche per contenere i possibili effetti negativi (come problemi di accessibilità) legati agli incentivi perversi insiti nel sistema [Ellis e McGuire 1986; Goodall 1990; Pope 1990; Siegel *et al.* 1992].

Nell'esperienza del New Jersey, per esempio, per far fronte al problema della variabilità residua all'interno dei singoli DRG, la tariffa è calcolata tenendo conto, per ogni DRG, del coefficiente di variazione della struttura [Averill e Kalison 1991].

In generale, si propende per una scomposizione della tariffa in due parti: una basata sul costo medio nazionale/regionale (elemento prefissato, prospettico) ed un'altra commisurata ai costi effettivi del produttore (elemento retrospettivo). Una strategia di questo tipo è stata adottata da *Medicare* nella fase transitoria di applicazione del sistema per limitarne l'impatto finanziario sulle singole strutture d'offerta [Guterman e Dobson 1986].

In conclusione, lo studio della combinazione ottima dei diversi meccanismi di pagamento è un importante settore di ricerca: l'obiettivo è quello di individuare un sistema misto che impieghi simultaneamente più meccanismi «puri» di remunerazione, nel tentativo di controbilanciare i difetti degli uni con i pregi degli altri.

## Riferimenti bibliografici

- Averill, R. F. e Kalison, M. J. (1991), *Structure of a DRG-Based Prospective Payment System*, in *DRGs. Their Design and Development*, a cura di R. B. Fetter, Ann Arbor, Michigan, Health Administration.
- Balma, R. e Dirindin, N. (1994), *Le tariffe in sanità: aspetti metodologici e problemi operativi*, in «Organizzazione Sanitaria», 5, pp. 17-42.
- Blaco, R. (1993), *Un metodo per l'identificazione del valore soglia (trim point) per le durate di degenza anomale*, in «DRG-Press», 6, pp. 4-5.
- Chandler, I. R., Fetter, R. B. e Newbold, R. C. (1991), *Cost accounting and budgeting*, in *DRG. Their Design and Development*, a cura di R. B. Fetter, Ann Arbor, Michigan, Health Administration.
- Coulam, R. F. e Gaumer, G. L. (1991), *Medicare's prospective payment system: A critical appraisal*, in «Health Care Financing Review, Annual Suppl.», pp. 45-77.
- Ellis, R. P. e McGuire, T. G. (1986), *Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and Supply*, in «Journal of Health Economics», 5, pp. 129-151.
- Falcitelli, N. (1994), *Alcune considerazioni su tariffe e livelli uniformi di assistenza*, in *Dossier sui criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera*, a cura del Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Documentazione inserita agli Atti dei Lavori della Prima Sezione, Roma.
- Falcitelli, N., Langiano, T. e Arcangeli, L. (1995), *Il Decreto Ministeriale 14 dicembre 1994: tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*, in «DRG», 0, pp. 8-13.
- Feldstein, M. S. (1967), *Economic Analysis for Health Service Efficiency. Econometric studies of the British National Health Service*, Amsterdam, North-Holland.
- Fetter, R. B. (a cura di) (1991), *DRGs. Their Design and Development*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration.
- Goddeeris, J. e Wolfe, B. (1987), *Il rate-setting ospedaliero negli Stati Uniti: una valutazione dei risultati*, in *Governare la spesa sanitaria. Un confronto internazionale*, a cura di C. Hanau e G. Muraro, Milano, Angeli.
- Goisis, G. (1976), *Rendimenti di scala ed efficienza economica nella produzione di servizi ospedalieri*, Milano, Giuffrè.
- Goodall, C. (1990), *A simple objective method for determining a percent standard in mixed reimbursement systems*, in «Journal of Health Economics», 9, pp. 253-271.
- Guterman, S. e Dobson, A. (1986), *Impact of the Medicare prospective payment for hospitals*, in «Health Care Financing Review», 7, 3, pp. 97-114.
- Hanau, C. e Vanara, F. (a cura di) (1996), *Un apporto critico alla introduzione del nuovo sistema tariffario. I DRG. Gli aspetti bioetici ed i problemi di gestione: l'esempio degli Stati Uniti. Il quadro delle scelte effettuate dalle varie Regioni*, in «Salute e Territorio», 94/95, pp. 25-74.

- Keeler, E. B. (1990), *What proportion of hospital cost differences is justifiable?*, in «Journal of Health Economics», 9, pp. 359-365.
- Keeler, E., Carter, G. M. e Trude, S. (1988), *Insurance aspects of DRG outlier payments*, in «Journal of Health Economics», 7, pp. 193-214.
- Ministero della Sanità (1995), *Linee di guida n. 1/1995. Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle «Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera», con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri*, in «Gazzetta Ufficiale», 29 giugno 1995, n. 150.
- Petretto, A. e Pisauro, G. (a cura di) (1994), *La sanità*, in *Il controllo della spesa pubblica. Interpretazioni e proposte*, a cura del Ministero del Tesoro, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, Roma.
- Pope, G. C. (1990), *Using hospital-specific costs to improve the fairness of prospective reimbursement*, in «Journal of Health Economics», 9, pp. 237-251.
- Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia (1994), *Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni ospedaliere - Fase sperimentale del 01.01.1995*, DGR 29 dicembre 1994, n. 6472.
- Regione del Veneto (1995a), *DGR n. 6685 del 28 dicembre 1994. Determinazione, in via transitoria, delle tariffe delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere, contemplate dai livelli uniformi di assistenza. Chiarimenti*, DGR 28 febbraio 1995, n. 919.
- (1995b), *Sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni sanitarie. Modalità attuative e compensazione della mobilità*, Circolare della Giunta Regionale 11 aprile 1995, n. 1018/20500.
- Regione Emilia-Romagna (1995), *Lo sviluppo di un sistema di tariffe per le prestazioni ospedaliere: la determinazione del costo per punto equivalente*, in «Organizzazione Sanitaria», 3, pp. 51-61.
- Regione Molise (1995), *Determinazione transitoria delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni ospedaliere*, DGR 14 marzo 1995, n. 826.
- Repetto, F. e Rossi, F. (1995), *Le tariffe delle prestazioni ospedaliere in Lombardia: metodi e risultati*, in «DRG», 0, pp. 14-20.
- Rogowski, J. A. e Newhouse, J. P. (1992), *Estimating the indirect costs of teaching*, in «Journal of Health Economics», 11, pp. 153-171.
- Rosko, M. D. e Carpenter, C. E. (1994), *The Impact of intra-DRG Severity of Illness on Hospital Profitability: Implications for Payment Reform*, in «Journal of Health Politics, Policy and Law», 19, 4, pp. 729-751.
- Rossi, F. (1994), *Regime tariffario e regolazione degli scambi nel nuovo sistema sanitario italiano, in Concorrenza e servizi sanitari*, a cura di G. France, Roma, Istituto di Studi sulle Regioni-CNR.
- Siegel, C., Jones, K., Laska, E., Meisner, M. e Lin, S. (1992), *A risk-based prospective payment system that integrates patient, hospital and national costs*, in «Journal of Health Economics», 11, pp. 1-41.
- Smits, H. L., Fetter, R. B. e McMahon, L. F. (1984), *Variation in Resources Use within Diagnosis-Related Groups: The Severity of Issue*, in «Health Care Financing Review», 5 (suppl.), pp. 71-78.

- Steinwald, B. e Murdock, D. (1988), *Payments for outliers under Medicare's Prospective Payment System*, in «Journal of Health Economics», 7, pp. 291-296.
- U.S. Department of Health and Human Services (1995), *Medicare and Medicaid*, in «Health Care Financing Review, Statistical Supplement».
- Vanara, F. (1995a), *Il nuovo sistema di finanziamento nel Servizio sanitario nazionale. Tariffe e raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD/DRG)*, Roma, Aracne editrice.
- (1995b), *Pagamento tariffario e raggruppamenti omogenei di diagnosi: rassegna della normativa e delle esperienze*, in «Organizzazione Sanitaria», 6, pp. 69-76.
- Vertrees, J. C. (1995), *L'utilizzo dei Diagnosis Related Groups (DRG) per l'allocazione del budget agli ospedali*, in «DRG», 0, pp. 21-32.
- Vita, M. G. (1990), *Exploring Hospital Production Relationships with Flexible Functional Forms*, in «Journal of Health Economics», 9, pp. 1-21.
- Vitaliano, D. F. (1987), *On the Estimation of Hospital Cost Functions*, in «Journal of Health Economics», 6, pp. 305-318.
- Who (1993), *Evaluation of recent changes in the financing of health services*, Ginevra, Technical Report Series, n. 829.
- World Bank (1993), *World Development Report 1993. Investing in Health*, New York, Oxford University Press.