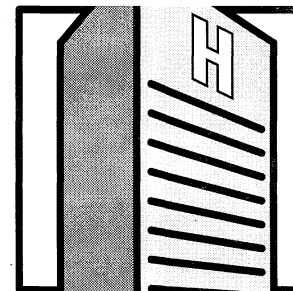


1-7 luglio 2008

RICOVERI/ Le indicazioni di 10 anni fa dell'Assr sui rischi del pagamento a prestazione

Drg, era tutto scritto dal 1997

Il meccanismo dei tetti - Nulla a che vedere col modello americano



Dimissioni troppo precoci; aumento del numero dei ricoveri per pazienti la cui tariffe sono superiori al costo marginale di produzione dell'assistenza; selezione dei ricoveri con costi di assistenza inferiori alla tariffa; frazionamento del profilo di cura dei pazienti in una serie di ricoveri diversi; manipolazione della Scheda di dimissione ospedaliera attribuendo un ricovero a un Drg più remunerativo. Sono i principali rischi dell'utilizzo del pagamento a prestazione. E l'unica arma contro questi rischi è il controllo. Più esattamente il controllo "esterno" rispetto all'ente erogatore. E proprio sulla necessità dei

Risorse finanziarie a quota capitaria

controlli si basa la strategia richiamata a gran voce dopo il caso della Santa Rita di Milano da Governo, Regioni e anche dalla componente professionale, medici in testa. Rischi e strategie di controllo nell'utilizzo dei Drg come «componente naturale e indispensabile di qualsiasi modalità di finanzia-

mento», anche definendo qualità, quantità e tipologia degli enti controllori erano già stati indicati, tre anni dopo l'entrata in vigore dei Drg, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali che nel 1997, direttore Elio Guzzanti appena cessato dall'incarico di ministro della Sanità, pubblicò un documento su «Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera».

Le caratteristiche del sistema italiano di pagamento a Drg indicate dall'Assr sono quelle di distribuire una quantità prefissata di risorse finanziarie tra forme e livelli alternativi di assistenza in funzione delle differenze del volume di attività e nella complessità della casistica trattata.

Con i Drg si modificano anche gli incentivi legati ai sistemi di finanziamento a prestazione e la determinazione delle disponibilità finanziarie del pagatore unico in base alla quota capitaria impone un tetto alla spesa complessiva. Tetto predefinito sulla quantità di risorse finanziarie di-

Le differenze Usa-Ssn	
Italia	Usa
Tariffe flessibili regionali	Tariffe rigide nazionali
Costi dei medici inclusi	Costi dei medici esclusi
Costi di investimento (prevalentemente) esclusi	Costi di investimento (prevalentemente) inclusi
Pagatore unico	Pagatori multipli
Produttori prevalentemente pubblici	Prodotti prevalentemente privati

sponibili, che attenua l'incentivo alla moltiplicazione dell'attività proprio di tutti i sistemi di pagamento a prestazione e dovrebbe rendere tecnicamente impossibile il più temuto dei loro effetti indesiderati: la difficoltà di esercitare un controllo sulla spesa totale.

Nulla a che vedere col sistema americano dei Drg, sottolinea l'Assr, contrariamente a quanto si è sempre sostenuto.

Il meccanismo Usa è determinato da un sistema di tariffe nazionali, valide per tutti gli ospedali, a parte alcune caratteristiche predefinite, relative al tipo di ospedale e alla sua casistica, utilizzate per calcolare il finanziamento dovuto a ciascuna struttura. Le tariffe adottate a livello

regionale dal Ssn invece, rappresentano valori massimi, teoricamente aperti a un processo negoziale.

Negli Usa, le tariffe non comprendono i costi dei medici, che sono remunerati separatamente, in base alle prestazioni direttamente rese ai pazienti ricoverati. La coesistenza di un sistema di finanziamento basato su tariffe forfetarie e onnicomprensive per l'ospedale e di un pagamento a prestazione per i suoi medici introduce nel sistema americano «un forte elemento di conflittualità tra gli incentivi finanziari dell'istituzione e quelli dei suoi operatori» assente nel Ssn, in cui le tariffe comprendono anche i costi dei medici.

Le tariffe del Ssn includono

esclusivamente i costi dell'ammortamento delle attrezzature e delle tecnologie impegnate nella produzione del processo di assistenza, mentre nel sistema americano era già stata avviata prima del 1997 la progressiva inclusione nelle tariffe della remunerazione dei costi in conto capitale, inclusi gli immobili.

Secondo l'Assr, qualsiasi sistema di finanziamento ha una combinazione di rischi e opportunità per la qualità e i costi dell'assistenza, derivata dal sistema di incentivi originato dalla sua configurazione tecnica, caratterizzata principalmente dalla unità di prestazione adottata e dalle categorie di costi remunerati dalle tariffe. «I rischi e le opportunità associati a ogni sistema di finanziamento - spiega il documento - sono tra loro inscindibili in quanto rappresentano i possibili e opposti effetti sui costi e sulla qualità dell'assistenza dei comportamenti indotti dal sistema di incentivi che caratterizza la forma di finanziamento utilizzata».

Quale impatto sul finanziamento

Prevenzione dei rischi e promozione delle opportunità sono quindi gli obiettivi del sistema di gestione, che comprende anche la funzione di controllo dei comportamenti adottati dai singoli produttori in risposta agli incentivi. La gestione del sistema di finanziamento però non si esaurisce secondo l'Assr nel suo sistema di controllo. Le componenti principali dell'amministrazione di un sistema di pagamento a prestazione comprendono la definizione dei suoi ambiti di applicazione; l'aggiornamento e la revisione del sistema di classificazione utilizzato per definire l'unità di prestazione remunerata e delle relative tariffe; l'organizzazione del sistema dei controlli esterni, inclusa la definizione delle relative sanzioni e del meccanismo di arbitrato sulle dispute; la valutazione dell'impatto del sistema di finanziamento sull'organizzazione dei servizi e sulla qualità e sui costi dell'assistenza.

Paolo Del Bufalo