

CRITICITA' DELLE TARIFFE NEL SSN

Morandi I.* , Pieroni E.* , Giuliani F.* , Cislaghi C.*[♥]

♣Agenas, Roma; ♠♥Università di Milano

Il contesto "storico" e normativo

Il sistema di finanziamento e remunerazione nel SSN

Il Dlgs 502/92 e succ. mod. e integr. nel prevedere la riorganizzazione del SSN, indica che "Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza ... avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati", ed ha stabilito che "Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito ... determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte Le funzioni assistenziali sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le altre attività sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione" e "Il Ministero della sanità determina le tariffe massime tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, ... dei costi standard delle prestazioni, .. dei tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni".

Il DM 12.09.2006, emanato ai sensi della L. 30 dicembre 2004 n. 311 (finanziaria 2005), ha fissato le tariffe massime per ricoveri ospedalieri e per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, stabilendo che "gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali e superiori alle tariffe massime ... restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe".

I soggetti che erogano prestazioni nell'ambito del SSN

Il Dlgs 502 stabilisce (art 3) che "le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali" ed all'art 4 prevede che "possono essere costituiti o confermati in aziende, ..., gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, ...; le aziende di cui all'art. 6 della legge 30.11.1998, n. 419 [Policlinici Universitari], ..., le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano ... le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali."

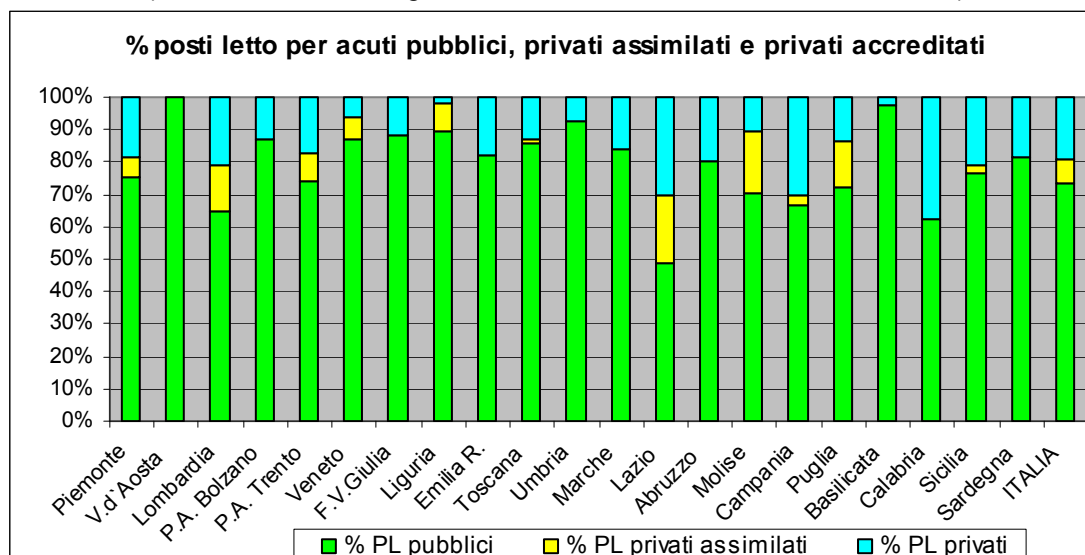
Inoltre, prevede che le "unità sanitarie locali, ... assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate".

Gli erogatori, quindi, possono essere suddivisi in tre gruppi:

- Pubblici: ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, IRCCS pubblici,
- Assimilati al pubblico: Policlinici Universitari privati, IRCCS privati, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati presidio ASL, enti di ricerca (art. 40, legge 833/78)
- Privati accreditati Case di Cura private accreditate, Ambulatori e Laboratori privati accreditati, ecc.

La distribuzione dell'offerta tra tali tipologie di erogatori è molto diversa tra le regioni (si veda, a titolo di esempio, la figura 1 relativa alla distribuzione regionale dei posti letto per acuti tra le tipologie di erogatori).

Figura 1: distribuzione dei posti letto per acuti per tipologia di erogatori
(fonte: elaborazione Agenas di dati Ministero della salute, anno 2005)



Sanità: quale forma di mercato ?

La normativa nazionale ha previsto uno scenario che nel tempo si è evoluto. Nella fase iniziale nella sanità pubblica si era ipotizzata una situazione di “quasi mercato”, in cui gli erogatori pubblici e privati, in una situazione di sostanziale parità, producevano le prestazioni sanitarie richieste dai cittadini, che venivano poi pagate dal SSN.

Tuttavia, nel tempo è variato il contesto: lo Stato centrale, oltre a definire i LEA, quantifica annualmente le risorse economiche necessarie per assicurarne l'erogazione (quantificate, tra l'altro, anche tenendo conto degli obblighi comunitari in materia di disavanzo); le regioni, nei limiti delle prestazioni previste dai LEA e delle risorse economiche assegnate dallo Stato, fissano le tariffe (e, talvolta, i complessivi volumi regionali ed i tetti per singoli erogatori), delle prestazioni sanitarie che producono direttamente attraverso le ASL o acquistano da erogatori pubblici e da erogatori non pubblici.

La forma di mercato derivante da tale situazione è detta monopsonio: in essa le regioni (i SSR) sono l'acquirente unico che definisce sia la tipologia ed i volumi di prestazioni da acquistare, sia le tariffe delle prestazioni sanitarie, talvolta negoziandole con gli erogatori (o con le associazioni di categoria), prevedendo in alcuni casi un sistema di finanziamento misto, in parte basato su tariffe, in parte fondato su differenti forme di pagamento.

Il sistema di finanziamento delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Le tariffe sono, insieme ai finanziamenti per le funzioni assistenziali, una delle componenti del complessivo sistema di finanziamento delle strutture che erogano prestazioni nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

Tuttavia il legislatore nazionale nel definire le funzioni assistenziali¹ ha indicato ampi ambiti di attività, consentendo di fatto alle regioni di individuare discrezionalmente, secondo i propri obiettivi, pur con i limiti fissati, i settori per i quali prevedere un finanziamento forfetario, non basato su tariffe. Le norme nazionali, inoltre, mentre precisano i criteri per la determinazione delle tariffe, in relazione alle funzioni assistenziali si limitano a prevederne il finanziamento sulla base del costo standard.

Le regioni quindi, sulla base dei propri obiettivi di programmazione, avendo nozione dei destinatari (pubblici e privati) dei fondi, possono definire l'articolazione della complessiva spesa tra finanziamento delle funzioni e remunerazione tariffaria sfruttando i margini di discrezionalità concessi dalla norma nazionale al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Quindi, tra le regioni si osservano notevoli differenze sia a proposito della definizione di funzioni assistenziali da finanziare in modo forfetario, sia ai soggetti (pubblici, assimilati al pubblico o privati), destinatari dei finanziamenti.

Generalmente il finanziamento delle funzioni è destinato agli erogatori pubblici, ma vi sono regioni in cui anche alcuni erogatori privati ne sono destinatari.

Il finanziamento delle funzioni assistenziali, inoltre, nella maggior parte dei casi non riguarda l'attività specialistica ambulatoriale ma altre forme di assistenza, ed in special modo l'attività ospedaliera ed i ricoveri, o specifici programmi. Vi sono importanti differenze tra le regioni, ad esempio, con riferimento alla sola attività di ricovero ospedaliero, il finanziamento delle funzioni in Lombardia (emergenza-urgenza, trapianto di organi, centro grandi ustioni, attività di ricerca e didattica, complessità di erogazione, progetti specifici, ecc.), è superiore al 20% della spesa, nel Lazio al 10% (DGR 143/2006), in Umbria (trapianti, AIDS) non è sostanzialmente previsto (è inferiore all'1%).

Il confronto tra i costi di produzione di una "Unità di Assistenza Ospedaliera"² (UAO) desunti dai dati dei modelli LA (ancorché la qualità dei dati di questa rilevazione sia scarsa) ed il valore dei ricoveri derivante dall'applicazione delle tariffe, come rappresentato nella figura 2 (cfr "Bisogni, Consumi, Costi: determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale" – C. Cislighi, E. Di Virgilio, I. Morandi, G. Tavini, Agenas, 2008 http://www.agenas.it/agenas_pdf/Bisogni_Consumi_Costi.pdf), evidenzia la variabilità degli scostamenti tra le singole regioni, confermando, quindi, le differenti modalità con cui esse articolano il complessivo finanziamento tra funzioni assistenziali e valori delle prestazioni tariffate.

¹ Il Dlgs 502/92 stabilisce che "le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

- a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ... ;
- b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
- c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;
- e) attività con rilevanti costi di attesa, ... ;
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ... "

² "per poter comparare l'attività ospedaliera delle regioni si sono innanzi tutto valorizzati tutti i ricoveri, sia acuti che di riabilitazione e di lungodegenza, sia ordinari che di day hospital, con unico sistema tariffario articolato per tipologia di ricovero. Si è poi calcolato il valore medio dei soli ricoveri ordinari acuti e quindi si sono divisi tutti i valori per questo dato di riferimento, ottenendo una unità di misura che abbiamo chiamato convenzionalmente unità di attività ospedaliera (UAO)"

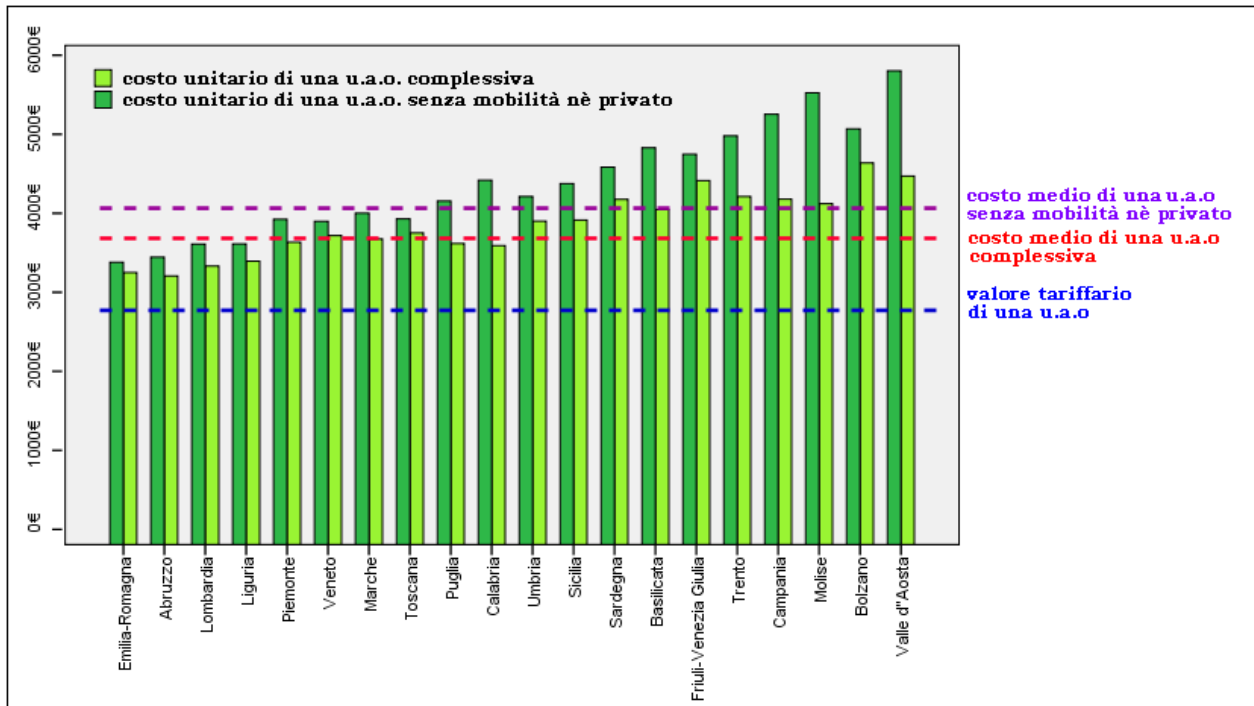


Figura 2 – costi regionali di produzione di una UAO (Unità di Assistenza Ospedaliera)

Ruolo delle tariffe

Le tariffe, quindi, dovrebbero essere fissate con l'obiettivo di consentire, per gli erogatori efficienti, la copertura dei costi non coperti con il finanziamento delle funzioni assistenziali. Ne consegue che non necessariamente le tariffe delle singole prestazioni (DRG specifiche) debbano essere adeguatamente remunerative in relazione a ogni prestazione erogata: non è importante che le singole tariffe rappresentino quote differenti dei costi sostenuti rispetto a ciascun erogatore o rispetto alle prestazioni erogate a singoli pazienti. Ciò che deve essere valutato è il complessivo ricavo derivante dal sistema di finanziamento, cioè della somma della quota relativa alle funzioni assistenziali e del valore derivante dall'applicazione delle tariffe.

Ovviamente, per assicurare equità di accesso e adeguata ripartizione delle risorse dovrebbero essere previsti adeguati sistemi di controllo anche per monitorare l'eventuale selezione della casistica da parte degli erogatori.

Tuttavia le tariffe svolgono diversi ruoli, sia nei confronti dei diversi livelli (centrale e regionale) e dei diversi momenti (programmazione economica e programmazione dell'offerta) della programmazione sanitaria, sia nei confronti degli erogatori.

Le tariffe rappresentano il "prezzo reale" che la regione paga agli erogatori privati (ospedali, poliambulatori e simili) per le prestazioni erogate (entro i limiti degli eventuali tetti alla spesa). Per gli erogatori privati il rimborso tariffario è sostanzialmente l'unica forma di pagamento a fronte delle prestazioni rese a carico del SSN (a meno delle rare situazioni in cui in singole regioni sono previsti finanziamenti per le funzioni assistenziali). Gli erogatori privati sono quindi, inevitabilmente, molto "sensibili" agli importi delle tariffe, intese sia con riferimento alle singole prestazioni, sia in relazione al complessivo volume dei ricavi.

Ove il complessivo volume di ricavi generato dall'applicazione delle tariffe non copra i costi di produzione, singoli erogatori potrebbero uscire dal mercato.

Il valore delle tariffe di singole prestazioni può, invece, orientare l'offerta: in presenza di tariffe "alte" (che oltre a coprire i costi di produzione assicurino significative quote di guadagno) per specifiche prestazioni, è probabile che gli erogatori siano indotti a incrementarne la produzione, verosimilmente contraendo l'offerta di prestazioni a cui corrispondano minori guadagni.

Nei confronti degli erogatori pubblici il ruolo delle tariffe è invece diverso tra aziende e presidi di ASL. Rappresentano infatti una quota del finanziamento nei confronti dei primi (aziende ospedaliere, policlinici universitari pubblici e IRCCS pubblici), mentre nei confronti dei presidi che fanno parte delle ASL le tariffe hanno lo solo scopo di consentire la contabilizzazione delle attività e di permettere un migliore controllo di gestione, ma non svolgono alcuna funzione finanziaria essendo di fatto i presidi finanziati sulla base dei consumi dei fattori di produzione (personale, beni, servizi intermedi, ecc.).

Si ritiene improbabile che variazioni tariffarie per singole prestazioni possano determinare sensibili modifiche dell'offerta degli erogatori pubblici, comunque tenuti ad assicurare tutte le prestazioni indipendentemente dalla remuneratività.

Per i soggetti pubblici aziendalizzati il volume di ricavi determinato dall'applicazione delle tariffe rappresenta una quota – variabile nei singoli contesti - del complessivo finanziamento e concorre a determinare il saldo annuale del bilancio (risultato di gestione). Ma, oltre a eventuali conseguenze sulla valutazione della dirigenza, per tali erogatori non si determinano ulteriori effetti, in quanto il saldo annuale del bilancio confluisce nel consolidato regionale e l'eventuale perdita viene comunque coperta dalla regione di appartenenza.

I presidi che fanno parte delle ASL non hanno un proprio bilancio e non hanno un finanziamento predeterminato (la asl copre si assume direttamente i costi dei fattori di produzione). Pertanto, il calcolo dei volumi teorici di ricavi determinati applicando le tariffe viene utilizzato per la definizione della compensazione intraregionale e può avere il solo scopo di consentire valutazioni interne (sia di tipo economico - controllo di gestione, sia relativi alla tipologia di attività erogata) e confronti con altre strutture.

Tariffe regionali

A livello regionale, stante il volume predefinito delle risorse disponibili, il sistema delle tariffe dovrebbe avere il ruolo di remunerare gli erogatori, perseguendo obiettivi di ottimizzazione ed equità nell'allocazione delle risorse e di garanzia dell'erogazione dei LEA.

E' evidente che la funzione delle tariffe è differente nei confronti delle diverse tipologie di erogatori e può comunque assumere ruoli / forme differenti in relazioni alla definizione delle "funzioni assistenziali" ed alle quote di finanziamento ad esse destinate.

I destinatari dei fondi sanitari: erogatori pubblici e privati

Sicuramente le regioni nel definire le proprie tariffe non dovrebbero prescindere dal considerare l'articolazione dell'offerta tra erogatori pubblici e privati. Come già evidenziato, le tariffe comportano una spesa reale in relazione agli erogatori privati, diversamente da quanto avviene per gli erogatori pubblici, rispetto ai quali le tariffe vengono utilizzate quale riconoscimento di quote di finanziamento ovvero come strumento di controllo di gestione.

Le regioni stabiliscono tariffe che svolgono la propria efficacia sia nei confronti degli erogatori pubblici, sia nei confronti degli erogatori privati. La normativa nazionale, infatti, non prevede differenziazioni tariffarie tra erogatori pubblici e privati, ma prevede che

possano essere previste eventuali articolazioni individuate sulla base della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa.

Nel determinare le tariffe le regioni devono tener conto sia dei costi di produzione degli erogatori pubblici, sia degli erogatori non pubblici.

Ma se i costi di produzione delle strutture pubbliche sono noti (anche se non sempre con sufficiente livello di dettaglio), la conoscenza dei costi di produzione degli erogatori non pubblici presenta ovvii limiti.

E' evidente che nelle tariffe destinate a remunerare l'universo degli erogatori (pubblici e privati) non possono essere incluse quote di costo correlate ad attività svolte solo da alcuni soggetti, né devono essere comprese le eventuali quote di inefficienza di alcuni erogatori. Ad esempio possibili differenze di costo possono essere correlate alla possibilità di accettare in prevalenza ricoveri in elezione (opportunità sicuramente impossibile laddove sia presente un pronto soccorso / DEA) ed alla possibilità di selezionare la casistica (accettando tutti i pazienti ovvero solo quelli ritenuti meno complessi e, quindi, meno "costosi" in relazione ai trattamenti sanitari).

Di tali fattori si dovrà tener conto ai fini della definizione di eventuali classi tariffarie.

Determinazione delle tariffe

Nel momento in cui definiscono la tariffa-prezzo, le regioni agiscono secondo i propri obiettivi di programmazione sanitaria, assicurando l'erogazione dei LEA, talora incrementando o riducendo singole tariffe rispetto ai costi di produzione, con l'obiettivo di indurre gli erogatori a favorire o ridurre l'offerta in relazione a singole prestazioni o migliorare l'appropriatezza organizzativa.

Nel determinare le tariffe le regioni devono contemperare sia i complessivi fondi destinati alla remunerazione tariffaria, sia il rispetto dei principi ex Dlgs 502/92, così da determinare un volume di spesa in linea con la programmazione, sia l'equa remunerazione delle prestazioni (evitando eventuali ricorsi alla magistratura, come è accaduto in alcune regioni – Lazio e Campania – il TAR, a seguito del ricorso di singoli erogatori, ha annullato i provvedimenti con cui venivano fissate tariffe inferiori a quelle applicate in precedenza), sia la produzione dei volumi di prestazioni attese. Tali vincoli, tuttavia, sono meno rigorosi nei casi in cui vi sia prevalenza di erogatori pubblici (che molto difficilmente ricorrerebbero alla magistratura per ottenere diversi riconoscimenti tariffari), ma divengono imperativi laddove la presenza di erogatori privati sia consistente, proprio per il diverso ruolo delle tariffe nei loro confronti.

Nei casi in cui gli erogatori siano in prevalenza pubblici, la necessità di determinare le quote di spesa da destinare al finanziamento delle funzioni ed alla remunerazione tariffaria appare meno evidente. Le regioni, in tal caso, potrebbero anche prevedere di destinare la totalità dei fondi disponibili alla remunerazione tariffaria, con l'evidente conseguenza di avere, per le singole prestazioni, tariffe "alte". In presenza di elevate quote di finanziamento per le funzioni assistenziali, le singole tariffe saranno "basse".

Confronto e valutazione delle tariffe regionali per alcuni DRG

Nell'analizzare e confrontare i tariffari regionali si deve tener conto sia dei volumi di finanziamento destinati alle funzioni sanitarie, sia della articolazione dell'offerta tra erogatori pubblici e privati, sia degli obiettivi di incentivo/disincentivo per singole prestazioni.

L'evidenza di tariffe elevate in presenza di ridotte quote di finanziamento per le funzioni sanitarie deve essere valutata in modo diverso dal caso in cui sia associata con elevati finanziamenti per funzioni.

E' evidente che entrambe le componenti concorrono a determinare la complessiva spesa sanitaria regionale. La spesa potrebbe non subire modifiche laddove si prevedano tariffe elevate ma ridotti valori dei finanziamenti per funzioni, ovvero si adottino tariffe ridotte ma elevate quote di finanziamento per le funzioni.

In alcune regioni, inoltre, la tariffa non comprende il costo delle endoprotesi, per le quali è previsto il rimborso separato, secondo volumi, importi e modalità differenti nelle diverse realtà (ad esempio, in Lombardia le tariffe non includono il costo delle endoprotesi, che vengono rimborsate al prezzo medio rilevato nell'anno, in Emilia Romagna e nel Lazio per alcune protesi sono previsti, limitatamente a specifici erogatori, rimborsi extratariffari di importo unitario predeterminato)

L'analisi ed il confronto delle tariffe³ per i quindici DRG che a livello nazionale presentano i maggiori volumi di prestazioni mostrano evidenti differenze tra le regioni (si veda la tabella di figura 3).

Figura 3: tariffe regionali per i DRG presentano i maggiori volumi di prestazioni

| DRG | rischio inappropriatazza | TARIFFE | | | | | |
|--|--------------------------|----------------|---------------|-------------|------------|----------------------------|-------|
| | | Lombardia 2007 | Emilia R 2007 | Umbria 2007 | Lazio 2006 | Lazio 2007 (DM 12.09.2006) | |
| 14 Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio | M | 2.544 | 3.752 | 4.944 | 4.355 | 3.927 | |
| 127 Insufficienza cardiaca e shock | M | 3.005 | 3.092 | 3.877 | 3.458 | 3.092 | |
| 209 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori | C | 7.768 | 10.079 | 11.390 | 8.198 | 8.778 | |
| 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | C | 2.620 | 2.406 | 5.239 | 2.542 | 2.550 | |
| 371 Parto cesareo senza CC | C | 1.900 | 1.806 | 3.280 | 2.137 | 2.360 | |
| 373 Parto vaginale senza diagnosi complicanti | M | 1.900 | 982 | 2.088 | 1.611 | 1.489 | |
| 391 Neonato normale | | 712 | 668 | 860 | 559 | 516 | |
| 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta | M | 2.051 | 1.808 | 3.648 | 1.866 | 1.838 | |
| 430 Psicosi | M | 3.431 | 2.682 | 2.746 | 3.927 | 2.935 | |
| 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione | C | X | 1.987 | 2.615 | 3.733 | 2.828 | 2.693 |
| 87 Edema polmonare e insufficienza respiratoria | M | | 3.356 | 4.035 | 5.027 | 4.101 | 3.163 |
| 183 Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC | M | X | 957 | 1.348 | 1.686 | 1.790 | 1.742 |
| 467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute | M | X | 834 | 925 | 1.142 | 1.337 | 1.514 |
| 494 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC | C | | 2.814 | 3.324 | 4.525 | 3.178 | 3.027 |
| 88 Malattia polmonare cronica ostruttiva | M | | 2.802 | 2.734 | 3.631 | 2.816 | 2.885 |

Si osserva, ad esempio, che le tariffe dell'Umbria sono generalmente superiori alle tariffe applicate nelle altre regioni ma, ricordando che non sono previsti finanziamenti per le funzioni e la presenza di erogatori privati è molto limitata, probabilmente la complessiva spesa per i ricoveri non è superiore a quella che deriverebbe dall'applicazione dei sistemi di remunerazione applicati in altre regioni.

Le tariffe riguardanti il parto (DRG 370-375) dovrebbero essere analizzate in associazione con la tariffa del neonato sano (DRG 391), concomitante nella quasi totalità dei parti, che presenta forte variabilità tra le regioni.

³ In presenza in singole regioni di classi tariffarie, il confronto è fatto utilizzando le tariffe più elevate

In Lombardia le tariffe del parto vaginale (DRG 373) e del parto con taglio cesareo (DRG 371) sono uguali: poiché l'assorbimento di risorse è evidentemente differente, probabilmente obiettivo regionale è l'incentivo del parto vaginale.

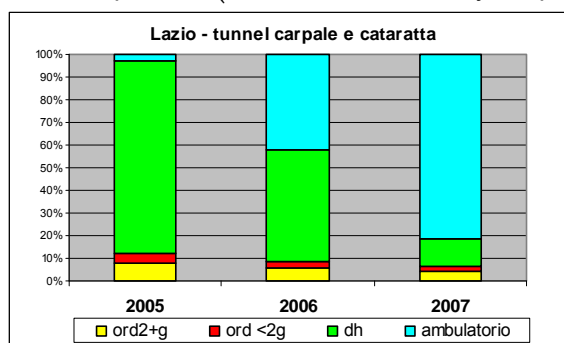
Il diverso valore delle tariffe delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata ai sensi del DPCM 29.11.2001 applicate nelle regioni deve essere analizzato anche sulla base delle modalità localmente adottate per la riduzione di tali ricoveri, probabilmente basate essenzialmente sulla diminuzione delle tariffe nelle regioni in cui si osservano gli importi più bassi, probabilmente basate su rimodulazioni tariffarie al superamento di soglie di ammissibilità regionali nelle altre regioni.

Analisi degli effetti derivanti dall'adozione di tariffe incentivanti

L'analisi degli effetti conseguenti all'adozione in alcune regioni di tariffe incentivanti per determinate prestazioni, in particolare con riferimento alle prestazioni di Decompressione del tunnel carpale e Interventi sul cristallino, sembra evidenziare, per l'anno 2007, il raggiungimento degli obiettivi di riduzione dell'inappropriata organizzativa nel raggiungimento dei volumi di prestazioni atteso (definito attraverso apposito budget). L'ottimizzazione dell'allocatione delle risorse non sembra essersi invece verificata nelle regioni ove non sono state adottate specifiche politiche tariffarie; in tali regioni, infatti, non si sono osservate sostanziali modifiche dei setting assistenziali.

Nella regione Lazio, dove a partire dal 2006 per gli interventi di liberazione di tunnel carpale (DRG 006) e Cataratta (DRG 039) le tariffe per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale sono state incrementate e fissate in misura superiore al day hospital, si è osservato la progressiva deospedalizzazione della casistica, che nel 2007 viene trattata in ambulatorio nella massima parte dei casi (70% tunnel carpale, 83% cataratta), e solo in una ridotta proporzione in ricovero ordinario (6% dei casi) ed in dh (12%).

Figura 4: Regione Lazio – anni 2005-2007 – prestazioni di Decompressione del tunnel carpale e Interventi sul cristallino - modalità di gestione dei pazienti (ricovero ordinario, day hospital e in ambulatorio)



Tariffe nazionali

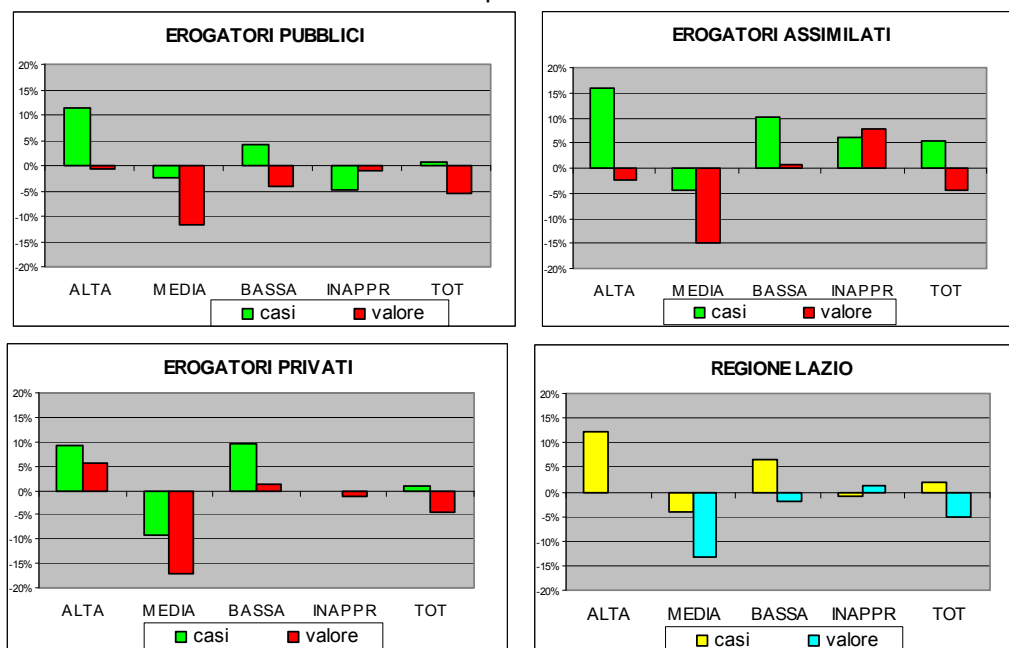
La normativa prevede che a livello nazionale siano definite tariffe per prestazione, ma non contempla la determinazione dei volumi dei finanziamenti per le funzioni assistenziali. E' legittimo, quindi, porsi il quesito sul significato e sugli obiettivi delle tariffe nazionali per prestazione. Se, infatti, al momento della introduzione del sistema di remunerazione prospettico, la previsione di tariffe nazionali era sicuramente utile in quanto non vi erano in tutte le regioni sufficienti conoscenze ed informazioni per la definizione di propri sistemi tariffari, ormai, con l'esperienza maturata nel corso degli anni, con lo sviluppo dei sistemi di contabilità analitica, le regioni, come evidenziato in precedenza, sono sicuramente in grado di utilizzare articolare i propri sistemi di finanziamento in coerenza con gli obiettivi di programmazione.

Si può ritenere che, a livello centrale la definizione di tariffe per singole prestazioni dovrebbe avere il solo scopo di determinare i volumi di finanziamento necessari per consentire l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza e non quello di definire tetti di remunerazione per singole prestazioni. In tal caso, infatti, si porrebbero come un vincolo alla potestà di programmazione delle regioni, impedendo, di fatto, il perseguimento di quegli obiettivi di corretta gestione dei servizi sanitari che dovrebbero, invece, essere favoriti e coadiuvati, che costituiscono il principale impegno delle regioni.

Le tariffe nazionali, infatti, non possono perseguire, ad esempio, quegli obiettivi specifici che ciascuna regione, tenendo conto della propria realtà, dell'articolazione e dell'efficienza del proprio SSR, può stabilire ed attuare attraverso adeguate politiche tariffarie.

A titolo di esempio si rappresenta il caso della regione Lazio che nel 2007 ha adottato per i ricoveri per acuti le tariffe ex DM 12.09.2006. Dall'analisi delle variazioni 2006-2007 per tipologia degli erogatori e per classi di complessità della casistica⁴ (cfr figura 5) si nota come le nuove tariffe, rispetto a quelle vigenti nel Lazio fino al 2006, siano penalizzanti per i ricoveri di maggiore complessità (all'incremento della casistica corrisponde una riduzione del valore) ma non lo siano per i ricoveri inappropriati. Si osserva inoltre come solo per gli erogatori privati, diversamente da quanto accade per gli erogatori pubblici ed assimilati, le nuove tariffe delle prestazioni di alta complessità comportino un incremento del valore: la motivazione deriva probabilmente dalla più limitata tipologia di prestazioni erogate, evidentemente meno penalizzate dalle variazioni degli importi tariffari.

Figura 5: Regione Lazio - ricoveri per acuti - numero casi e valore - variazioni 2006-2007 per tipo erogatore e classe di complessità del case-mix



Le tariffe massime nazionali, inoltre, dovrebbero riflettere costi di produzione rappresentativi dell'intero territorio nazionale, che, tuttavia, potrebbero essere diversi da quelli rilevati nelle singole regioni, con l'ovvia conseguenza di costringerle a pagare troppo o troppo poco le prestazioni. Le conseguenze in termini di variazione dell'offerta sono ovvie e saranno comunque più accentuate nelle regioni in cui è più elevata la quota di erogatori non pubblici.

⁴ definite sulla base del peso relativo DRG-specifico; inappropriati sono qui considerati tutti i casi relativi ai DRG ex all. 2C del DPCM LEA 2001

Ulteriore problema è rappresentato dalla definizione di un tariffario nazionale massimo non articolato per classi di erogatori, laddove lo stesso Dlgs 502/92 prevede che le regioni devono articolare le “tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse”.

Infatti la possibilità di ottenere il rimborso secondo le tariffe nazionali massime, se più elevate da quelle applicate localmente, costituisce un ovvio obiettivo dei singoli erogatori e, in special modo nelle regioni con alta presenza di erogatori privati, può generare conflitti e contenziosi che frequentemente si trasformano in battaglie legali dall’esito spesso sfavorevole alla pubblica amministrazione.

Il tariffario nazionale dovrebbe, pertanto, essere articolato secondo precise classi di erogatori ovvero dovrebbe essere accompagnato da esplicite e documentate informazioni circa i fattori che determinano differenze di costo, che le regioni potrebbero utilizzare per definire proprie categorie tariffarie.

La previsione di tariffe massime nazionali, inoltre, mal si concilia con la possibilità che le regioni hanno di finanziare gli erogatori per le funzioni assistenziali.

Il volume dei finanziamenti erogati attraverso le tariffe ed attraverso le funzioni assistenziali sono strettamente correlati. Ciascuna regione, sulla base degli obiettivi di programmazione, avendo nozione dei costi di produzione delle strutture pubbliche e private, stabilisce la spesa per l’acquisto di prestazioni sanitarie, definisce opportunamente quale quota dei costi riconoscere agli erogatori con i sistemi tariffari e quale quota assegnare per il finanziamento delle funzioni. La proporzione di finanziamento riconosciuta attraverso le tariffe è diversa tra le regioni, nelle tre analizzate (Lombardia, Umbria, Lazio) con riferimento ai ricoveri ospedalieri varia tra il 79% ed il 99% del complessivo finanziamento.

Le differenze tariffarie che si osservano tra le regioni devono essere lette, quindi, secondo punti di vista differenti. Ove si guardi al complessivo effetto economico, si dovrà tener conto delle quote di finanziamento a funzione. Ove si guardino le tariffe relative alle singole prestazioni, nei casi in cui si riscontrino le maggiori differenze si dovranno ricercare, oltre che le motivazioni già indicate, anche gli specifici obiettivi regionali volti a incentivare o disincentivare singole prestazioni.

A livello nazionale potrebbe essere utile la definizione, in luogo di tariffe massime, di un sistema di pesi relativi italiani, in grado di esprimere il diverso livello di costo di ciascuna prestazione (ricovero/DRG o prestazione specialistica ambulatoriale) rispetto agli altri. Il sistema di pesi relativi sintetici per prestazione potrebbe essere eventualmente articolato per alcune componenti di costo, e dovrebbe comunque essere accompagnato da indicatori in grado di spiegare la realtà in cui è stato determinato, evidenziando informazioni che costituiscono una proxy dei costi (o almeno di alcuni), ad esempio, per i ricoveri, la durata media della degenza, il valore soglia per la durata della degenza, la quota di casi di un giorno, ecc.

La disponibilità di pesi relativi italiani consentirebbe alle regioni di valutare il proprio sistema tariffario con i parametri di riferimento nazionale e, in special modo, di verificare i sistemi di incentivi/disincentivi eventualmente previsti.

Diverso è il ruolo della TUC (Tariffa Unica per la Compensazione), che le regioni, ai soli fini della compensazione della mobilità sanitaria interregionale, concordano tra loro

annualmente secondo il ruolo “convenzionale” che esse stesse stabiliscono, negli ultimi anni consistito nel sostanziale mantenimento del livello di esposizione economica delle singole regioni, nel disincentivo verso le prestazioni inappropriate, nella adeguata remunerazione delle prestazioni di alta complessità.

Evoluzione

I sistemi di remunerazione dovrebbero evolversi perseguendo obiettivi di appropriatezza e tenendo conto delle variazioni della pratica medica.

Quali prestazioni?

In particolare, tra i problemi da affrontare, oltre alla introduzione di prestazioni innovative, vi è anche l'individuazione delle prestazioni quale unità elementare oggetto di remunerazione. L'effetto congiunto dell'evoluzione della pratica medica e del perseguimento dell'appropriatezza, infatti, ha indotto significative modifiche nella modalità di erogazione di alcune prestazioni. Se sino ad oggi il riferimento sono state le singole prestazioni (di ricovero o di specialistica ambulatoriale), si comincia a spostare l'attenzione verso il “percorso terapeutico (o diagnostico)”, inteso come “sequenza” di prestazioni che concorrono al trattamento del paziente e che se non effettuate secondo il percorso individuato potrebbero rivelarsi inappropriate in quanto insufficienti (o eccessive) rispetto alle esigenze cliniche.

In questo senso già in alcune regioni sono stati individuati “pacchetti” di prestazioni ambulatoriali, ma non vi è omogeneità nel territorio nazionale, con probabili problemi di equità nei confronti dei cittadini e di efficienza dei servizi sanitari locali.

La definizione di adeguati sistemi di remunerazione è fondamentale per la rapida ed efficiente diffusione dei “percorsi diagnostici/terapeutici” o delle prestazioni innovative. I sistemi di remunerazione dovrebbero essere in grado di indurre (o costringere) gli erogatori a modificare l'offerta di prestazioni, in modo da favorire la sostituzione delle prestazioni erogate in precedenza, evitando che le nuove vadano ad aggiungersi alle altre. La definizione di linee guida vincolanti, associata a sistemi di verifica del loro rispetto, sarebbe sicuramente di supporto alla diffusione di comportamenti virtuosi.

Sulla previsione di sistemi di classificazione uniformi per le prestazioni innovative e per le “prestazioni complesse” e dei corrispondenti sistemi di remunerazione sinora non si è pronunciato il Ministero della salute, ancorché lo stesso Dlgs 502/92 stabilisca che il Ministero della salute “individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate” e effettua periodicamente “la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi”.

In conclusione, quali tariffe?

In considerazione del diverso ruolo assunto delle tariffe nei confronti delle singole tipologie di erogatori, sarebbe importante definire quali costi le tariffe debbano remunerare. Si tenga presente che, in qualsiasi accezione, il costo dovrebbe riferirsi a requisiti predefiniti di struttura, di qualità, di efficienza, di efficacia.

In particolare, quali fattori produttivi e quali servizi intermedi devono essere inclusi ? Le tariffe devono basarsi sui costi degli erogatori più efficienti o dei meno efficienti o su costi medi ?

In considerazione del diverso ruolo assunto nell'ambito della programmazione e degli effetti svolti per gli erogatori, le tariffe devono essere le stesse tra privato e pubblico ?

E, infine, l'utilizzo di sistemi di classificazione (DRG) integralmente mutuati da realtà non italiane è adeguato a rappresentare correttamente le prestazioni erogate, ovvero sarebbe necessario sviluppare sistemi italiani, maggiormente coerenti con la tipologia del sistema di assistenza e con le risorse assorbite ?