



Utilizzo dei costi standard a livello nazionale: possibili modelli

Milena Vainieri

Laboratorio Management e Sanità – Istituto di Management

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

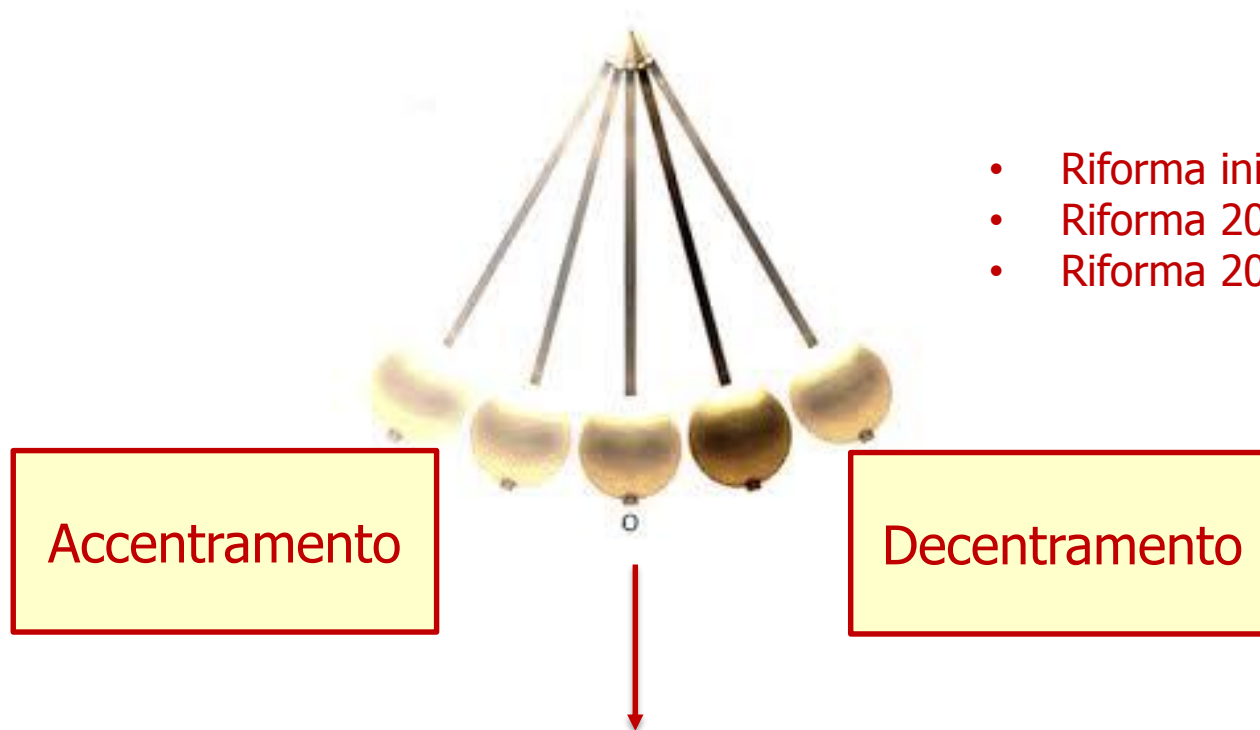


Network Italiano Sanitario
PER LA CONDIVISIONE DEI COSTI STANDARD,
DEGLI INDICATORI E DEI RISULTATI



Convegno nazionale Ni.San
Padova, 19-20 ottobre 2015

Il pendolo delle riforme...



- Riforma inizi anni 90
- Riforma 2000
- Riforma 2009

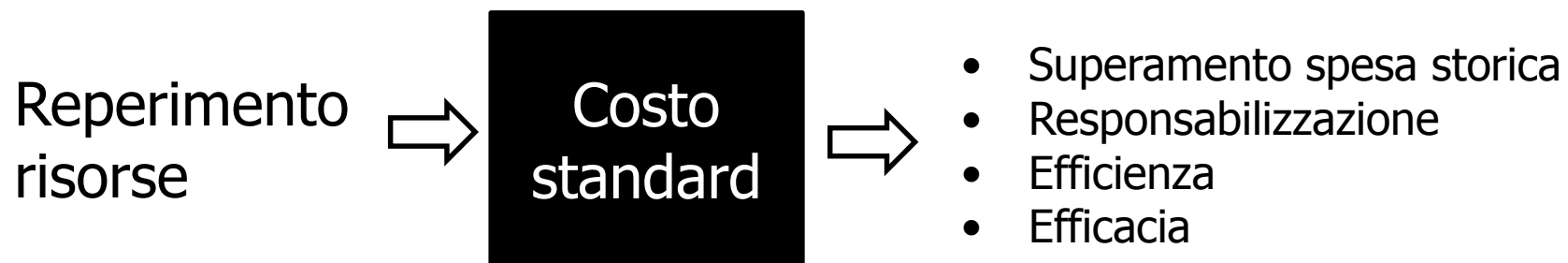
Allocazione delle risorse fra le Regioni

Costo standard

Costo standard nella legge delega di maggio 2009

art. 2 - l. 42/2009

- f) la determinazione del **costo** e del **fabbisogno standard** quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica [...].
- m) **Il superamento graduale**, per tutti i livelli istituzionali, **del criterio della spesa storica** a favore: 1) del fabbisogno standard per il finanziamento dei livelli essenziali [...].

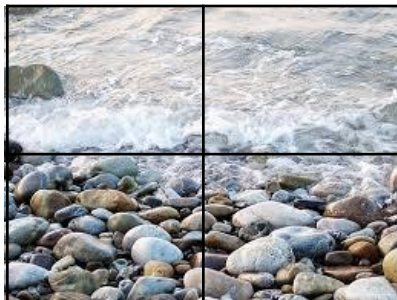


Numerose interpretazioni... Termine di economico-aziendale utilizzato in un contesto di economia pubblica!

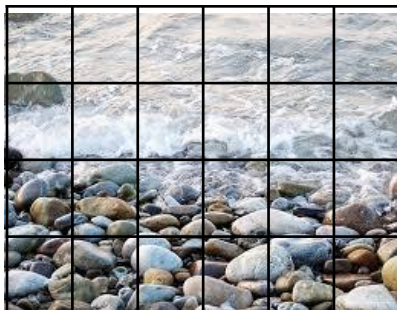
Quali metodi per calcolare il costo standard in sanità a livello nazionale?



Approccio conservativo → costo procapite



Approccio su dati **aggregati** di produzione



Approccio su dati **analitici** di produzione



Approccio "conservativo"

Regioni / mln Euro / anno	correzione di spesa per adeguarsi, sia nei costi che nella qualità, al <u>benchmark delle 5 Regioni più virtuose</u>	correzione di spesa per offrire, in modalità efficiente, prestazioni con il livello di qualità che attualmente contraddistingue le singole Regioni
Campania	1.593,96	3.090,84
Puglia	735,08	1.615,06
Trentino Alto Adige	574,86	359,81
Sicilia	535,35	2.061,21
Lazio	429,20	1.896,89
Prov. Aut. Bolzano	359,23	
Calabria	301,66	368,62
Sardegna	261,52	174,61
Prov. Aut. Trento	215,63	
Piemonte	142,34	40,34
Friuli Venezia Giulia	66,79	0,00
Basilicata	53,70	92,11
Valle d'Aosta	44,29	22,95
Abruzzo	8,20	303,91
Lombardia	0,00	150,10
Veneto	0,00	210,64
Umbria	0,00	0,00
Toscana	0,00	172,70
Emilia Romagna	0,00	150,81
Molise	-9,70	80,77
Marche	-94,90	39,55
Liguria	-303,74	Riqualificazione 448,24
ITALIA	4.338,61	11.279,16

Competitività
Regole
Mercati
CERM

SHORT NOTE N. 8 | 2010

Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno

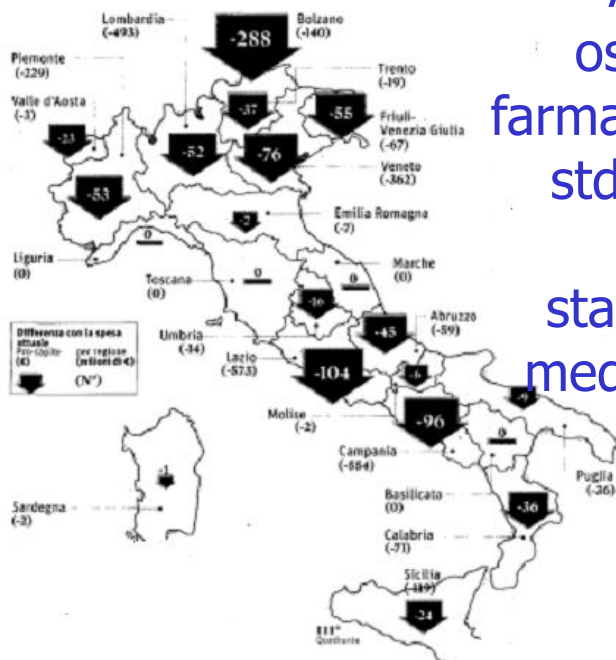
**BENCHMARKING TRA
SISTEMI SANITARI REGIONALI:
EVIDENZE PER DECIDERE**



Approccio su dati aggregati (1)

Risparmi fra 2,7 a 7,5 miliardi di euro

Assistenza ospedaliera e farmaceutica (anche std di quantità)
 Costo standard=costo medio (ricovero e ddd)



Università Commerciale Luigi Bocconi
Econpublica
 Centre for Research on the Public Sector

SHORT NOTES SERIES

Prime simulazioni del sistema di finanziamento e di perequazione di regioni e Comuni previsto dalla legge delega sul federalismo fiscale

Giampaolo Arachi, Vittorio Mapelli, Alberto Zanardi

Short note n. 4

July 2009

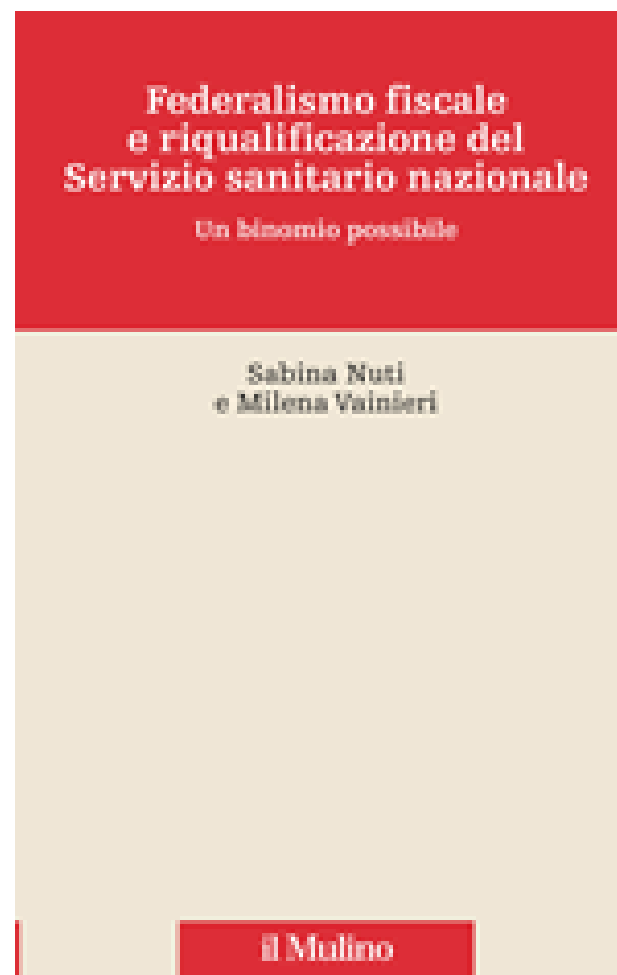
www.econpublica.unibocconi.it



Approccio su dati aggregati (2)

Livelli di assistenza	«Risparmi» usando i costi standard – anno 2008
Totale	572 milioni di euro
Assistenza ospedaliera	3.500 milioni di euro
Assistenza farmaceutica	1.435 milioni di euro
Assistenza specialistica	-1.597 milioni di euro
Assistenza distrettuale e prevenzione	-2.756 milioni di euro

Costo standard=costo medio regioni best practice (punto drg, ddd e procapite)





Approccio su dati analitici (1)

Per fattori produttivi....

DESCRIZIONE	SPECIFICHE TECNICHE	NUMERO OSSERVAZIONI	MINIMO	PREZZO RIFERIMENTO	MEDIANA	MASSIMO
Aghi ipodermici sterili monouso	G18 ÷ G 25	19	0,0092	0,01	0,0109	0,0247
Siringhe plastica sterile monouso per tubercolina con ago	ml 1	19	0,02	0,02	0,04	0,39
Siringhe plastica sterili monouso con luer eccentrico con ago	ml 20	16	0,05	0,06	0,09	0,12
Cateteri guida per angioplastica periferica varie forme e misure	da 6 a 9 Fr	18	8,02	43,00	80,00	598,00
Caricatori per suturatrici lineari per chirurgia aperta senza lama	lunghezza linea da 30 a 60 mm, altezza punto da mm 3,5 a 4,8	20	75,00	77,50	99,24	170,00
Protesi vascolari multiforcate in dacron maglia (arco aortico, anche collaterali multipli) e toraco addominali	con rivestimento in argento	9	395,00	544,76	900,00	1.330,00
Componenti femorali per impianto primario bicompartimentale	cementate	22	750,00	1.023,27	1.389,58	3.540,16
Piatti tibiali per protesi di ginocchio da revisione	mobili	8	650,00	787,60	1.275,00	1.890,00

Il monitoraggio della spesa sanitaria. Ragioneria Generale dello Stato 2014 p.28



Approccio su dati analitici (2)

Vol. 8, N. 1, Gennaio-Marzo 2007

Politiche sanitarie

Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni

Vittorio Mapelli

Università degli Studi, Milano

Riassunto. La formula di ripartizione del fondo sanitario (budget del Ssn) tra le regioni è basata per il 66% sulla quota capitaria pesata, secondo i consumi sanitari per età, e per il restante sulla popolazione semplice. La procedura di calcolo, tuttavia, contiene potenziali distorsioni allocative e può non garantire tra le regioni eguaglianza di trattamento dei cittadini. La formula proposta si ispira ai metodi più avanzati di *risk adjustment* presenti a livello internazionale (per esempio, Medicare in Usa, Paesi Bassi), che utilizzano basi dati individuali per il calcolo della quota capitaria, ed è centrata su tre semplici idee: (i) l'80-85% della spesa sanitaria a domanda individuale (85% del totale) è causata dal 30% circa della popolazione (malati cronici), la cui quota è rilevabile con semplici operazioni informatiche dalle basi dati regionali; (ii) per ogni tipo di malattia dev'essere garantito un ammontare di risorse necessario alla cura e tendenzialmente eguale in tutte le regioni; (iii) venuto a cessare il vincolo di destinazione delle risorse sanitarie, è opportuno introdurre nella formula correttivi (costi standard) e incentivi per indurre le regioni a comportamenti virtuosi ed equi. La proposta prevede il calcolo dei costi di trattamento per **15 classi epidemiologiche**, esaustive di tutta la popolazione assistita. La nuova formula è stata simulata sui dati di 13 Asl della Lombardia (7,6 milioni di abitanti e 6,3 miliardi di euro), mostrando il recupero di possibili inefficienze, la capacità di soddisfare bisogni inespressi e una maggiore aderenza alla spesa storica, rispetto alla formula nazionale.

Parole chiave. Equità, fondo sanitario, formula allocativa, quota capitaria, *risk adjustment*

Politiche sanitarie, 8, 1, 2007



Costo
standard

Decreto legislativo 68/2011

Il costo standard a livello nazionale è descritto nel capo IV del d.lgs 68/2011

Articolo 27 determinazione dei costi e fabbisogni standard regionali

Comma 6

Il valore di costo standard e' dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza dalla **media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento**. A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree delle regioni di riferimento:

Buona parte degli indicatori utilizzati per identificare le regioni di riferimento (che devono essere in equilibrio!) sono di efficienza e riguardano i costi per prestazioni e/o la destinazione dei costi fra i livelli di assistenza

Costi totali depurati da:

Mobilità attiva extraregionale

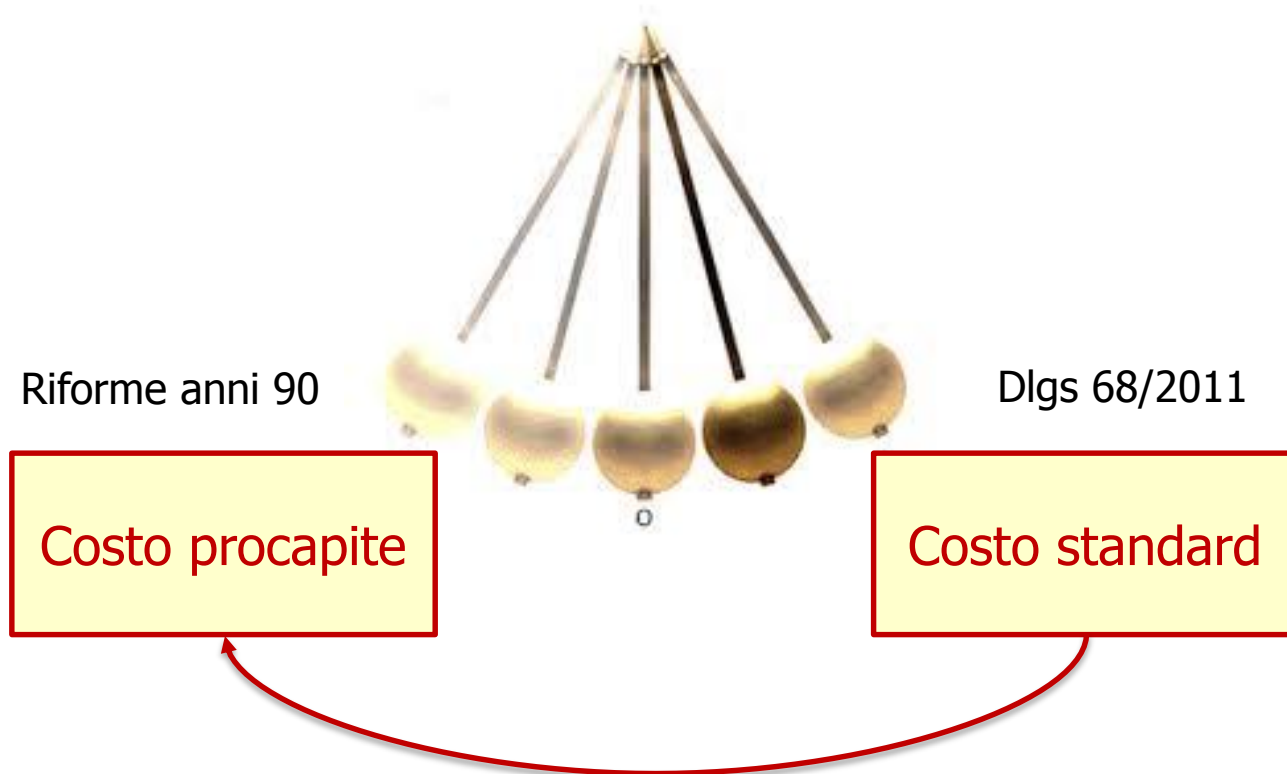
Maggiori entrate proprie
(prop. sulle 3 macroaree)

Costi per assistenza extra Lea

Quote ammortamento



I costi standard...il costo procapite!





Nessuna definizione degli standard «di produzione o meglio domanda» in modo diretto

Articolo 25 capo IV dlgs 68/2011

2. **Il fabbisogno sanitario standard**, determinato ai sensi dell'articolo 26, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, costituisce **l'ammontare di risorse** necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza.



Quali spunti per il livello nazionale?

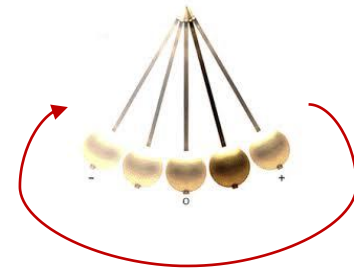


Come possono essere usati i costi standard dei diversi approcci?



Approccio conservativo
(costo procapite) →

Riparto complessivo



In the 21st century, clinicians have a responsibility to the population they serve, to the patients they never see, as well as to the patients who have consulted or been referred.

Individual clinicians, while still focused on the needs of the individual in front of them when in the consultation, also make decisions about the allocation and use of resources to maximise value for all the people in the population they serve. [...] Population medicine is not a new specialty, it is a new paradigm that I believe every clinician will sooner or later adopt, with a proportion of clinicians being allocated explicit time for working for the whole population. This is different from management of a service for the patients who present to the service. Medical management is still necessary but population medicine is not a new subdivision of medical management, it is one half of the personalised medicine.



Modalità di pagamento diverse per fini diversi

BEST CARE AT LOWER COST

The Path to Continuously Learning
Health Care in America

INSTITUTE OF MEDICINE
OF THE NATIONAL ACADEMIES

TABLE 8-2 Selected List of Payment Policies and Delivery System Reforms That Change the Method for Recognizing High-Value Care

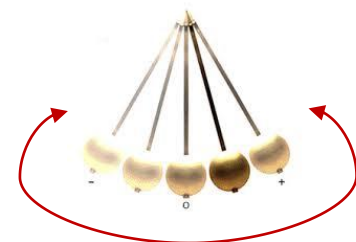
Payment Strategy	Program	Summary
Incentives for Process	Payment for shared decision making	Incentive payments are provided for clinicians that use validated patient decision aids and other shared decision-making tools, with the aim of encouraging the consideration of patient needs, values, goals, and preferences in clinical decisions.
	Incentives for disease management/incentives for coordination	A payer makes additional payments to a provider for care coordination activities.
	Penalties for health care-acquired conditions	A payer applies financial disincentives to clinicians or hospitals for conditions that are acquired in the course of care, such as infections or "never" events (e.g., preventable falls, medical errors).
Penalties for Unwanted Outcomes	Penalties for potential preventable hospital readmissions	A payer financially penalizes a hospital for potentially avoidable readmissions within a set time frame (such as 30 days).
	Value-based purchasing/pay for performance	Providers or hospitals are rewarded based on performance, which can be defined in multiple ways, including adhering to a specified process, avoiding overuse, or improving a given health outcome.
Payment Methods That Share Accountability	Gain sharing/performance-based risk sharing	Savings (and potentially excess costs) are shared between stakeholder groups, such as hospitals and physicians, hospitals and payers, physicians and payers, or other combinations.
	Bundled payment	For a given condition or clinical episode, the payment is bundled into a single, comprehensive payment that covers all services involved in the patient's care.
	Global payment	A single payment covers all services provided to a patient population during a defined time period. This model shares features of capitation, although it often includes adjustments for performance and patient risk.

Come possono essere usati i costi standard dei diversi approcci?



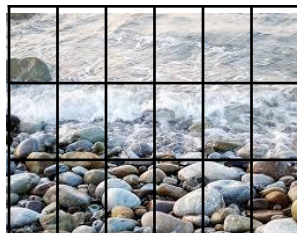
Approccio conservativo
(costo procapite) →

Riparto complessivo



Approccio su dati
aggregati →

Confrontare separatamente, ma sempre più, i livelli e sottolivelli di assistenza, individuando attività/servizi omogenei



Approccio su dati
analitici →

Supporto per la revisione delle tariffe...anche per superare la logica del costo per prestazione per migrare verso un costo per utente «omogeneo»