

Scenari internazionali sulla determinazione e l'impiego delle funzioni

Dr. Michele Castelli

Lecturer in Health Policy and Systems
Newcastle University

8° Convegno Nazionale N.I.San
Bari, 22-23 Ottobre 2018

Osservazioni preliminari

- La determinazione e l'impiego delle tariffe presentano diversi modelli e approcci a livello internazionale
- All'estero la maggior parte delle attività senza tariffa riguarda:
 - Alcune tipologie di pazienti (esempio grandi ustioni)
 - Alcuni servizi o prodotti (es. medicine ad alto costo)
 - Alcuni ospedali o dipartimenti ad alta specializzazione
 - Pazienti molto più complessi di altri pazienti con lo stesso DRG

Australia

- Presenza di numerose **linee guida** per l'attività dei medici (ma discussioni sulla loro validità, evidenza e impatto)
- I medici possono chiedere un rimborso più alto della tariffa stabilita
- Comportamenti opportunistici con DRGs – esistenza di incentivi per scegliere interventi più costosi e complessi
- Esempi di sistemi di finanziamento per ospedali 'pay for performance' in Queensland and Western Australia per tenere in conto qualità delle cure erogate
- Possibile introduzione di 'bundled pricing' per alcuni servizi come cura prenatale non complicata, infarto, protesi d'anca

Australia – Sistema ABF

- Dal 20102, national 'activity - based - funding (ABF), principale meccanismo di finanziamento degli ospedali da parte del governo – prezzi stabiliti annualmente dalla Independent Hospital Pricing Authority (IHPA)
- Il governo federale e gli stati finanziano gli ospedali (43%/57% in media ma varia da stato a stato) ma gli stati sono responsabili della loro gestione e funzionamento – il sistema ABF serve anche per favorire una corretta distribuzione dei fondi

Attività finanziate tramite ABF

- Ricoveri acuti – DRGs
- Ricoveri sub-acuti o non acuti - Australian National Subacute and Non-Acute Patient (AN-SNAP) classification system
- Ricoveri emergenza/urgenza - Urgency Related Groups (URG) classification system
- Ambulatoriale - Tier 2 non-admitted services classification
- Questi servizi hanno una tariffa fissa che però può essere aggiustata (esempio per giornata singola di ricovero, specialistica pediatrica, aree remote, radioterapia, dialisi, psichiatria)

Australia – Funzioni non tariffate (1/2)

- Esistono alcuni ospedali e attività che non rientrano nel sistema ABF e sono finanziati tramite block grant arrangements
 - Servizi offerti da ospedali piccoli e/o in zone remote (esistono specifici criteri per rientrare in questa categoria e l'elegibilità può cambiare di anno in anno) – il sistema di prezzi SBF è tenuto in considerazione per stabilire l'ammontare di questi block grants
 - Ospedali psichiatrici e altri ospedali ad alta specialità (terapia intensive neonatale, odontoiatria specialistica)

Australia – Funzioni non tariffate (2/2)

- Specifiche attività:
 - Attualmente attività di insegnamento, ricerca e formazione sono pagate tramite block grants ma é in fase di discussion un nuovo sistema di classificazione per incorporare tali attività nel Sistema ABF
 - Servizi per mental health ambulatoriale
 - Supporto respiratorio a domicilio
 - Una serie di altri servizi specifici e attività di sanità pubblica

Olanda – DTCs (1/2)

- Introduzione **meccanismi di mercato** nel settore ospedaliero dal 2006 – competizione basata su costi e volume piuttosto che sulla qualità
- DTCs introdotti nel 2005 includono i costi delle cure ambulatoriali (outpatient) e il costo degli specialisti (evitare ospedalizzazioni non necessarie). **Comprende l'intero percorso di cura del paziente (servizi e attività)**
- L'obiettivo dei DTCs è quello di permettere negoziazioni di mercato tra chi acquista e chi eroga prestazioni ma anche di promuovere l'efficienza complessiva del Sistema. **Il DTC è calcolato o come costo medio o dipende dalla negoziazione tra ospedale e assicurazione** – ci sono attualmente pressioni per modificare DTCs per pazienti più complessi.

Olanda – DTCs (2/2)

- Diverse misure introdotte dal 2010 per contenere la spesa:
 - ‘policy agreements’ tra ministero della salute, assicurazioni, medici e ospedali per ridurre la crescita annuale marginale di spesa sanitaria
 - Attualmente esistono macro negoziazioni sui volumi e rimborsi massimi tra ospedali e assicurazioni per contenere la spesa (possibile aumento delle liste di attesa).
- **La scelta del DTC é fatta dal primo specialista che visita il paziente sulla base di line guida (il DRG invece é assegnato ex post)**

Olanda – funzioni non tariffate (1/2)

- Alcuni servizi (circa 1.000 attività) non sono rimborsati tramite DTCs – ad esempio alcuni farmaci ad alto costo e alcuni trattamenti specialistici complessi (terapia intensive neonatale). Per la maggior parte di queste “altre attività” i prezzi sono regolati (prezzi massimi stabiliti dalla Dutch Healthcare Authority, DHA)
- Certi servizi che non possono essere facilmente assegnati a un singolo paziente (esempio ricerca accademica e medical training) sono finanziati direttamente dal governo, così come alcune attività complesse (esempio ustioni, trauma care) e i prezzi sono regolati dalla DHA

Olanda – funzioni non tariffate (2/2)

- Circa il 70% delle attività ospedaliere é rimborsato tramite 4.400 DTCs – per la maggior parte di questi il prezzo é negoziabile tra ospedale e assicurazioni.
- Attività di Emergenza Urgenza sono rimborsate tramite DTCs ma ci sono finanziamenti addizionali per ospedali nelle parte più isolate del paese

Inghilterra - Payment by results

- **PBR – Healthcare Resource Groups (HRGs)** sono la versione inglese dei DRGs. Coprono il periodo dal ricovero fino alla dimissione e sono basati sulla tipologia di paziente e trattamenti con costi simili (definiti con costi medi nazionali)
- Esistenza di **‘Best practice tariffs’** per specifici interventi – obiettivo di rimborsare in modo adeguato trattamenti di elevata qualità efficacy clinicamente ed efficienti economicamente. Favorire best practices e ridurre variabilità

Inghilterra – sviluppo nuovi modelli

- Per favorire lo sviluppo dei ‘multispecialty community providers’ (MCPs) e dei ‘primary and acute care systems’ (PACS) models, NHS England sta sviluppando un sistema di pagamento nuovo basato su quota capitaria
- C'è anche l'obiettivo di **concentrare cure complesse in alcuni specifici ospedali** in modo di migliorare i risultati ma il sistema di pagamento deve riflettere questa complessità altrimenti queste strutture rischiano di essere finanziariamente penalizzate.

Inghilterra - Carter review

- **Lord Carter's review** – analisi efficienza e produttività del NHS (variazione intorno ai £5bn (produttività, medicine e supplies) – spesa ospedaliera conta quasi per metà del budget sanitario totale
- Utilizzata una serie di misure (staff, efficienza clinica, procurement, imaging, medicine, estates)
- Variazioni tra ospedali (costi, infezioni, procurement, assenze, etc.) – esempi:
- 20% variation costo medio ricovero
 - 9.1 ore per infermiere per paziente ma variabilità da 6 a 15
 - Infezioni per protesi anca e ginocchio da 0.5 a 4 % - fosse 1% risparmio di £300m per anno
 - Protesi anca costo da £750 a £1500
- Ottimizzazione risorse umane

Inghilterra – Funzioni non tariffate (1/2)

- La maggior parte delle attività sono rimborsate tramite tariffa (elezione, specialistica e diagnostica).
- La tariffa é nazionale e basata sul reference cost (costi medi per unità).
- Le tariffe sono identiche sul territorio a parte per il 'market forces' factor – considerare differenze nel prezzo di mercato e popolazione servita in aree diverse del paese. Non c'è nessuna variazione per esempio se un ospedale ha uno o più siti. Al momento le tariffe sono riviste ogni anno.

Inghilterra – Funzioni non tariffate (2/2)

- Per i servizi pagati con block payments la negoziazione é locale quindi lo stesso servizio può avere caratteristiche diverse e costi diversi nelle diverse aree del paese – esistono budget annuali ma non sempre vengono rispettati.
- I ccg (acquirenti di prestazioni) possono fare scelte diverse
- Alcuni hospital trust stanno sviluppando modelli per limitare l’impatto delle tariffe che ha vari effetti distorsivi sul comportamento degli ospedali (blended arrangements) sia tariffe sia block payments

Inghilterra – esempio funzioni non tariffate

- Alcuni servizi senza tariffa sono:
 - Audiology
 - Community services
 - Research and teaching (parte del pagamento viene da altri dipartimenti, come educazione)
 - Servizi in aree remote o super specialistici
 - Devices o farmaci di alta specialità
 - Grandi ustioni
 - Emodialisi
 - Mental Health
 - IT services
- Pronto soccorso e terapia intensive hanno tariffe che sono di solito di tre tipi, da meno a più complesso – pagate per singolo paziente
- La tariffa per terapia intensiva é basata sui giorni
- L’NHS eroga pagamenti aggiuntivi alla tariffa DRG per pazienti complessi
- La maggior parte del dibattito attualmente é sulle tariffe piuttosto che sulle funzioni non tariffate

Osservazioni conclusive

Principali sfide e differenze riguardano:

- La modalità di pagamento di tali attività
- Il grado di centralismo o decentralismo della negoziazione
- L'utilizzo di 'bundled' DRGs (pagamenti che riflettono l'intero percorso di cura del paziente come in Olanda)
- Pagamenti che riflettono l'outcome piuttosto che l'attività

Grazie per l'attenzione

michele.castelli@newcastle.ac.uk