



Dipartimento di Economia - DIEC Università degli Studi di Genova

CONVEGNO NAZIONALE **N.I.SAN.**

Udine **24|25** ottobre 2016

**Principi e logiche dell'utilizzo
dei costi standard**

Marcello Montefiori

montefiori@unige.it

Federalismo – Sanità – Costi Standard

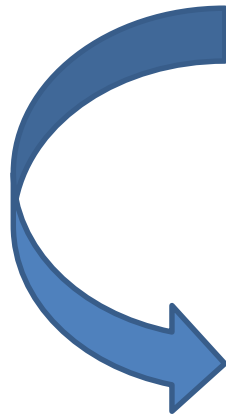
Spesa Storica

(pagamento retrospettivo)

vs

Rimborso Prospettico

(pagamento prospettico)



Costi Standard

Costo Std *Strumento Allocazione Risorse*

Dall'art 119 della **Costituzione** emergono 2 principi per la perequazione:

– **principio del fabbisogno**

Il trasferimento perequativo deve essere tale da «consentire di finanziare integralmente le funzioni pubbliche attribuite»

– **principio della capacità fiscale**

La perequazione deve essere destinata a integrare le risorse «per i territori con minore capacità fiscale per abitante»

Principio del fabbisogno

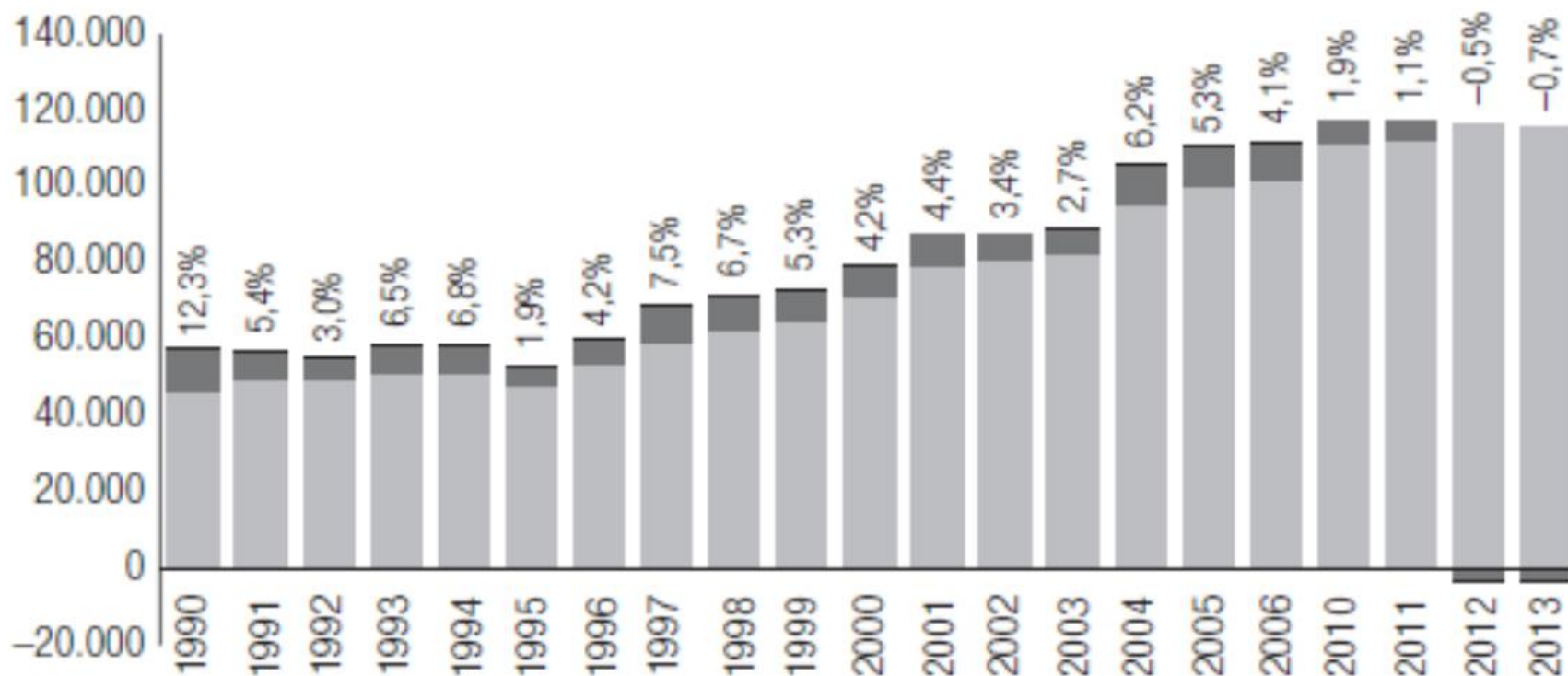
- finanziamento al 100% delle spese relative alle **funzioni fondamentali** (diritto di cittadinanza) e per le quali è previsto un livello essenziale (LEA-LEP)
- Il finanziamento al 100% non è però riferito alla spesa storica ma ad una **spesa «efficiente»** ovvero basata sul criterio del **fabbisogno standard**

Principio della capacità fiscale

- per le funzioni **non fondamentali** (ovvero quelle per le quali non vengono fissati i LEA - LEP) è previsto un finanziamento (perequazione) «parziale» basata sulle **differenze di capacità fiscale** pro capite dei tributi

COSTI STANDARD per l'EQUILIBRIO ECONOMICO

Figura 1. Spesa sanitaria in Italia: finanziamento e disavanzo, in milioni di €, 1990-2013



LEGENDA: il finanziamento è indicato in grigio chiaro, il disavanzo in grigio scuro. L'intera barra indica il totale della spesa sanitaria corrente. La percentuale riporta l'incidenza del disavanzo sulla spesa sanitaria corrente.

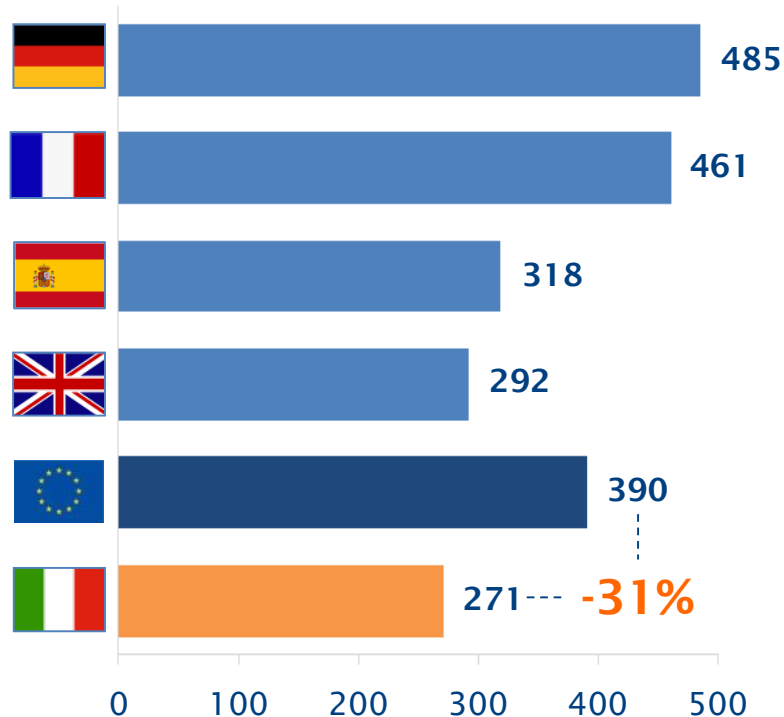
Fonte Cergas Bocconi

COSTI STANDARD per l'EQUILIBRIO ECONOMICO

Spesa sanitaria pubblica pro capite
(dollari USA)



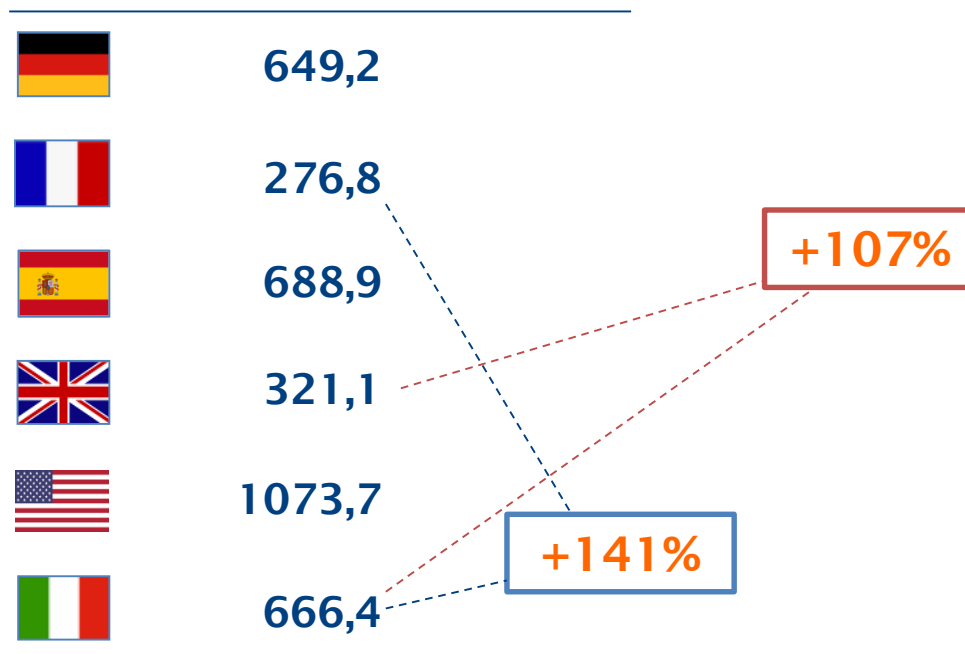
Spesa pubblica farmaceutica pro capite
(territoriale e ospedaliera, euro)



Fonte: Aifa, Cergas-Bocconi, IMS, Eurostat, OECD

CONFRONTO INTERNAZIONALE

Spesa out of pocket pro capite - 2013 - (\$ ppp)



Fonte: OECD

Costo Standard - PROBLEMI

- la mancata armonizzazione dei bilanci regionali, così come rileva la stessa *COPAFF* non consente l'individuazione corretta del costo standard con la procedura “**bottom-up**” ma impone la meno auspicabile “**top-down**”
- il **concetto di efficienza** è molto complesso (concetto di **efficienza tecnica** e **efficienza allocativa**)

Concetti di Efficienza

- **Efficienza tecnica** impone che, data una tecnologia disponibile e un obiettivo in termini di output, sia minimizzato l'impiego degli input
- **Efficienza allocativa** si riferisce invece alla scelta nell'utilizzo dei fattori produttivi che, dati i prezzi, la tecnologia e un obiettivo di output, deve essere tale da **minimizzare la spesa**

Federalismo e Efficienza

- È evidente come gli obiettivi di efficienza implicino importanti **differenze sul territorio** nazionale in funzione delle diverse situazioni, non potendosi individuare una «ricetta» per l'efficienza avulsa dal contesto locale di riferimento

Federalismo SI...Efficienza NO

- La soluzione che nei fatti si è adottata consiste nel fare riferimento alla spesa storica delle regioni italiane e sfruttare questa informazione per ottenere un costo standard basato principalmente su un valor medio pesato pro-capite delle Regioni “virtuose”
- Il risultato che ne viene fuori è un valore di riferimento non efficiente e «distorsivo»

Perché «distorsivo»?...torniamo al federalismo

Distorsioni

- **A livello Regionale** ⇒ Perequazione e «principio del fabbisogno» *standard*
- **A livello di singola Struttura** ⇒ Allocazione non efficiente delle risorse tra reparti e centri di costo
- **A livello di Erogatori di Prestazioni Sanitarie**
⇒ Concorrenza pubblico-privato a livello nazionale e Europeo (Dir. UE 24/2011)

- Drg x: rimborso pari a € 180
- N. Tot. pz Drg x = 200
- Variabilità intragruppo:
 - pz H (più costosi)
 - pz L (meno costosi)
- Distribuzione probabilistica dei pazienti:
 - 60% L [costo effettivo pari a € 150]
 - 40% H [costo effettivo pari a € 275]
- Costo medio effettivo pari a € 200

- Con una distribuzione «non alterata» degli stati del mondo, i 2 ospedali curano 100 pazienti subendo una perdita di € 2000
- L'ospedale privato non può essere in perdita (hard budget constraint). La distribuzione degli stati del mondo deve essere «alterata» (cream skimming)

Se **ospedale privato** vuole essere in pareggio di bilancio, allora:

- n. Pz L = 76 (invece di 60)
- n. Pz H = 24 (invece di 40)



Ospedale pubblico si rapporta conseguentemente a :

- n. Pz L = 44 (invece di 60)
- n. Pz H = 56 (invece di 40)



Ospedale pubblico: perdita di € 4000

*(...inevitabile **Soft Budget Constraint** per l'ospedale pubblico)*

Allocazione risorse – singolo reparto

Drg x – Reparto A

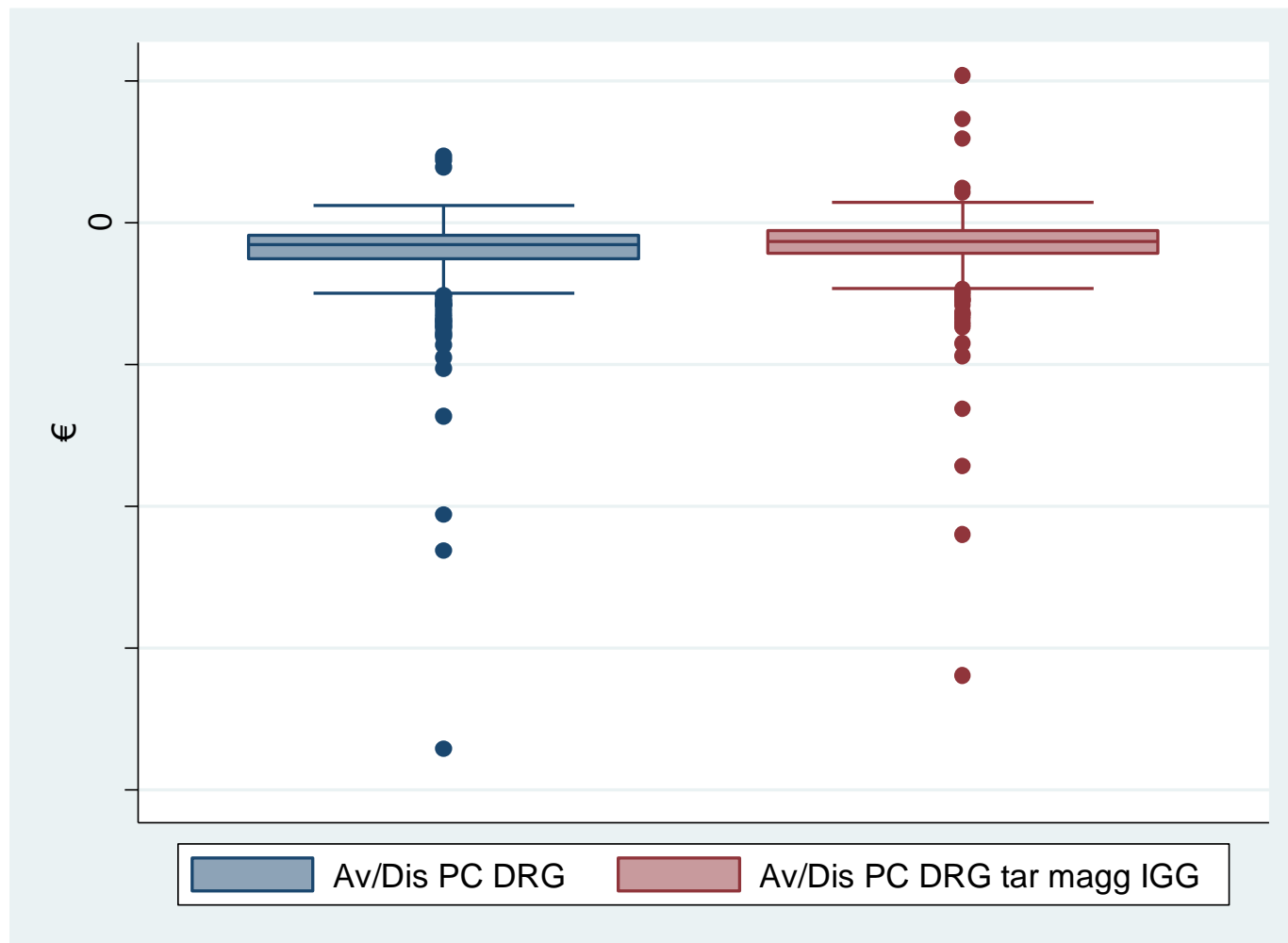
- Rimborso pari a € 100
- N. Pz = 100
- Costo effic. per pz 80
- Avanzo per pz = **+20**
- Avanzo complessivo di gestione = **+200**

Drg y – Reparto B

- Rimborso pari a € 100
- N. Pz = 100
- Costo effic. per pz 120
- Disavanzo per pz = **-20**
- Disavanzo complessivo di gestione = **-200**

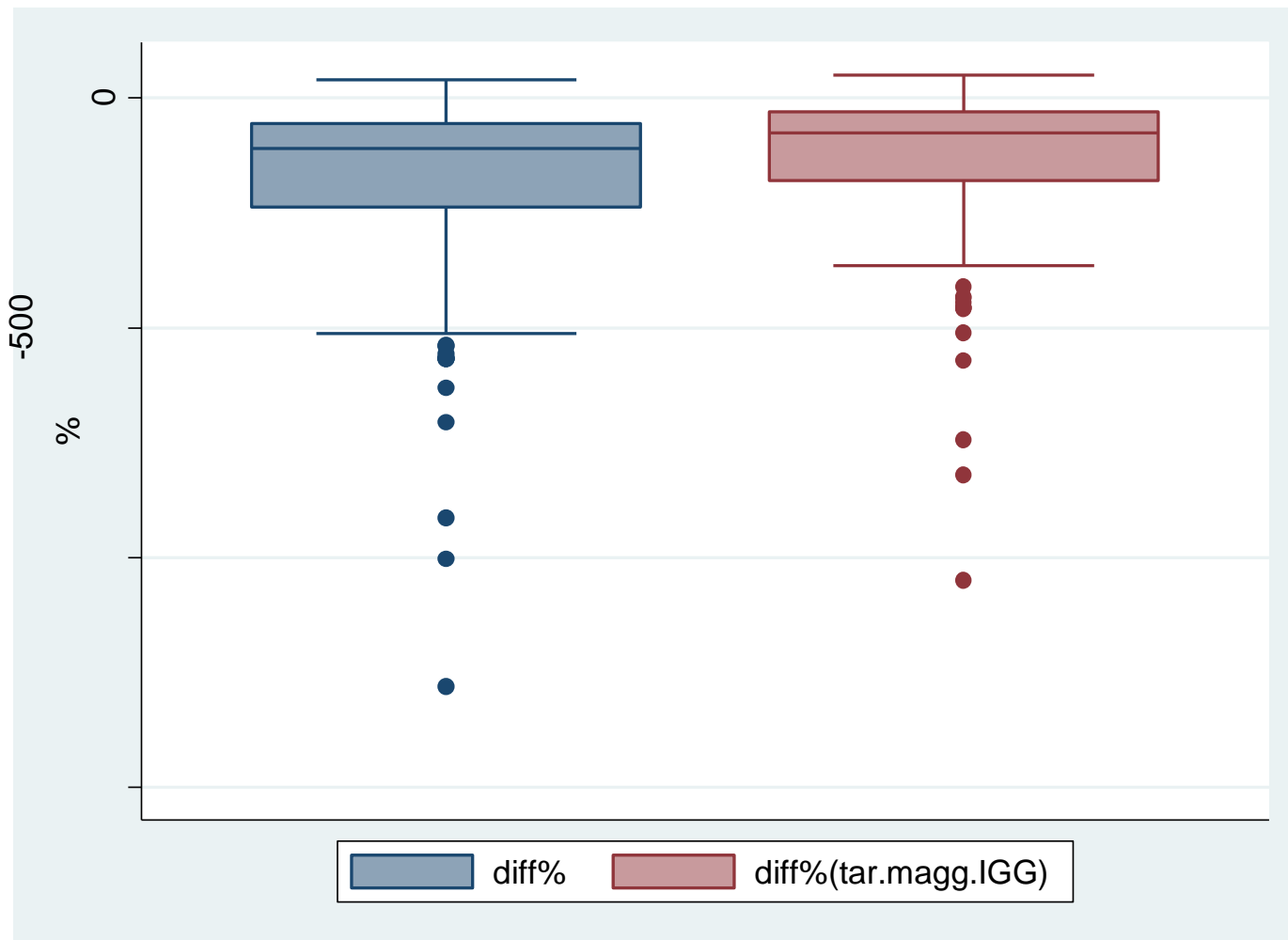
Differenza costi effettivi e remunerazione

Il caso dell'IGG di Genova

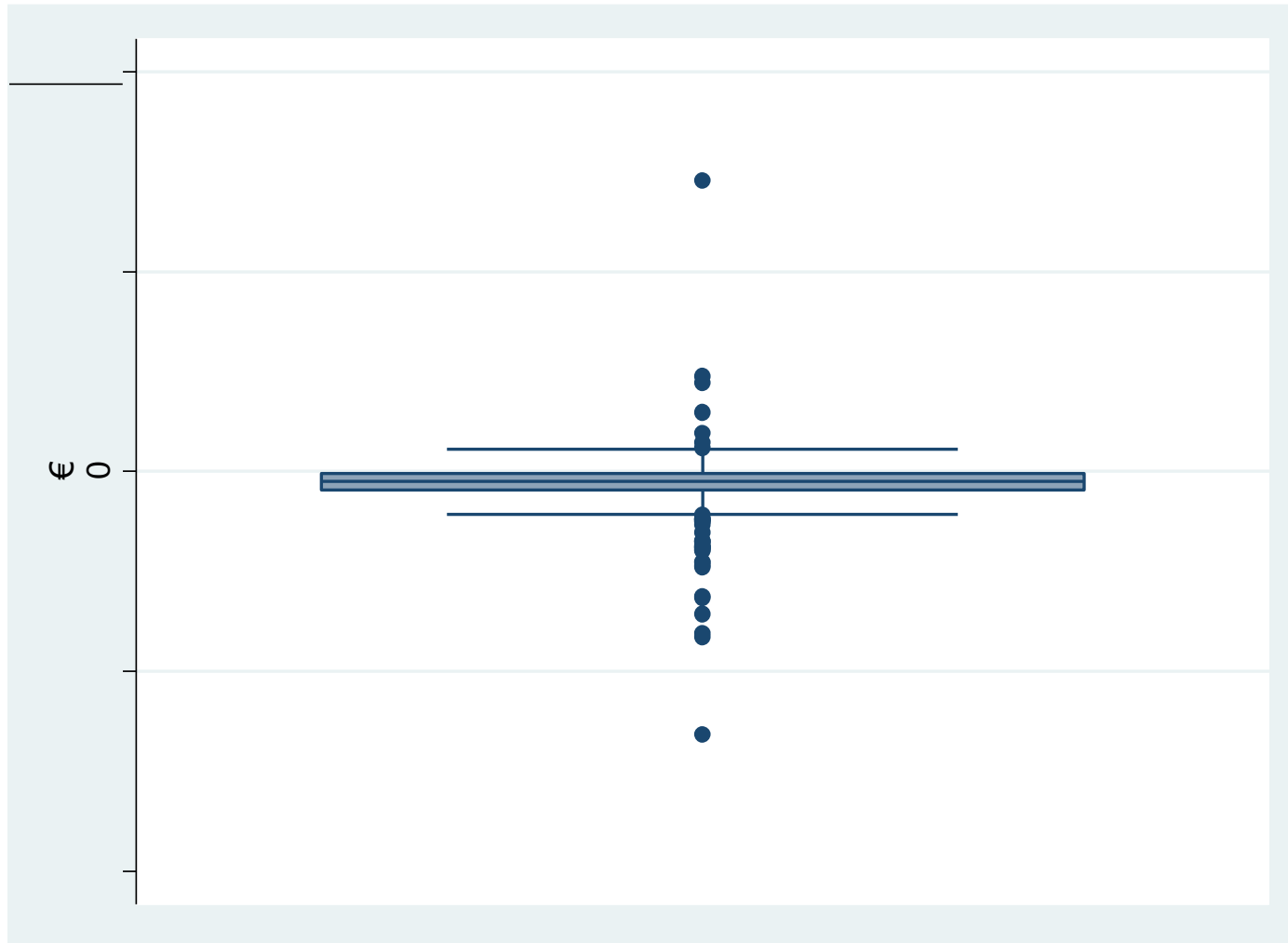


Differenza % costi effettivi e remunerazione

Il caso dell'IGG di Genova



Differenza costi effettivi (Benchmark) e remunerazione



Differenza costi effettivi e remunerazione **OUTLIERS**. Il caso dell'IGG di Genova

- In presenza di **OUTLIERS** la differenza registrata tra remunerazione DRG e costo effettivo è stata:

Valore massimo per paziente outliers:

-1.829.500 €

Valore medio per paziente outliers:

- 44.349 €

Allocazione risorse – Costo std non corretto

Rischi insiti nel costo standard se la **Tariffa** non corrisponde ai **costi reali**:

1. Allocazione inefficiente delle risorse con ricadute sui servizi offerti e sulla loro qualità
2. Rischio di «specializzazione» non sulla base dell'**efficienza** ma come conseguenza di errori nella definizione delle tariffe
3. Non presenza di «valori» per prestazioni rare, recenti o particolarmente avanzate....rapporto **tariffato/costi**

GRAZIE