

# L'offerta di prestazione sanitarie

Ragionando sui diversi modelli di offerta

- la valutazione dell'attività medica e ospedaliera seppure abbia sempre più connotati simili alla produzione industriale ben difficilmente si adatta agli schemi della letteratura classica economica
- due considerazioni
- 1) *la natura labour intensive dell'attività ospedaliera*. l'attività si caratterizza per un'elevata quantità di capitale umano, con elevate e diverse professionalità. molte delle professioni presentano barriere all'entrata e sono professionalità non facilmente spendibili in altri settori
- 2) la *struttura dei costi* degli ospedali è molto rigida e presenta investimenti specifici di difficile riconversione industriale e inoltre l'ampia variabilità della domanda

# L'ospedale

- **L'ospedale** è una struttura molto rigida, nel senso che richiede grossi investimenti specifici di difficile riconversione industriale.
- Proprio per l'entità degli investimenti, è importante programmare la capienza degli ospedali per non dover poi variare la struttura un domani.
- Problemi a effettuare una corretta e stabile programmazione → La domanda è difficilmente prevedibile anche per la rapida evoluzione della tecnologia. Esempio dei calcoli renali: fino a pochi anni fa richiedevano un intervento chirurgico mentre oggi si interviene per la maggior parte dei casi in day hospital.
- Quindi, in conclusione, l'attività medica e ospedaliera si discosta dalla produzione industriale tradizionale.
- • Passeremo ora a definire:
  - – Gli obiettivi dei medici e degli ospedali.
  - – I problemi della misurazione della produttività di tali agenti.

## L'ospedale come impresa

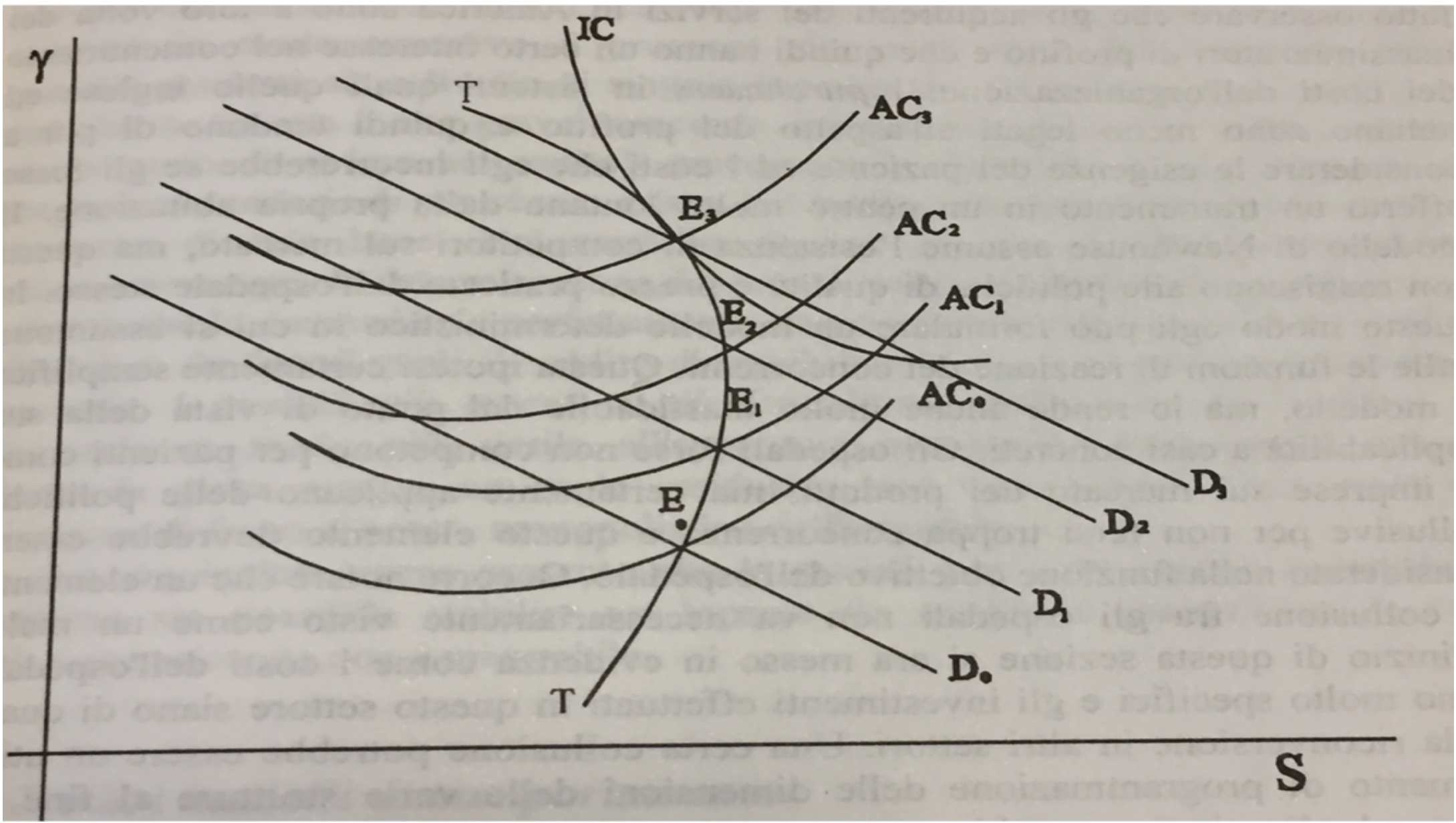
- Le strutture ospedaliere si differenziano moltissimo per:
  - – Tecnologia utilizzata.
  - – Tipo e qualità dei prodotti offerti
  - – Forma di proprietà che incide sul tipo di prestazioni offerte (ad esempio, negli ospedali privati non c'è la terapia intensiva).
- Commistione ASL e ospedale – Integrazione verticale dei due per cui è risultato impossibile per lungo tempo distinguere il costo di fornitura vero e proprio delle prestazioni dai costi amministrativi.
- Strutture pubbliche
- Ospedali-azienda
- Privati convenzionati con lo stato
- Privati tout-court

# Come conciliare i diversi obiettivi all'interno dell'ospedale

- All'interno di ogni struttura ospedaliera, opera una gran quantità di agenti economici che hanno interessi e obiettivi diversi.
- Pensiamo, ad esempio, al problema di conciliare gli obiettivi del management, il quale tenderà alla massimizzazione della quantità delle prestazioni o del margine operativo, con le esigenze dei medici, i quali, anche per una questione di prestigio personale, vorranno curare i casi più difficili e meno profittevoli.
- Come la teoria economica dell'impresa può aiutare a studiare il comportamento degli ospedali.

# Modello di Newhouse

- Il decisore dell'ospedale è il management.
  - Esso massimizza la qualità e la quantità delle prestazioni offerte sotto i vincoli di bilancio delle risorse e della tecnologia.
  - I medici e lo staff paramedico rafforzano le preferenze del management in favore di un elevato livello della qualità dei servizi offerti.
  - Si genera un trade-off tra quantità e qualità.
  - La qualità dipende dalla reputazione dell'ospedale: più l'ospedale è famoso, più elevata è la qualità del bene fornito. Il paziente percepisce la migliore qualità ed è disposto a pagare di più o a acquistarne una quantità maggiore.



## Limiti del modello di Newhouse

Non vengono considerate le interdipendenze fra i produttori delle prestazioni sanitarie. Un ospedale potrebbe reagire alle decisioni di un altro ospedale riguardanti le tariffe o i servizi offerti modificando le sue decisioni → necessità di inserire la funzione di reazione nel modello di analisi del comportamento degli ospedali.

Questa critica potrebbe essere in parte superata assumendo che ogni ospedale gode di un monopolio territoriale. Di fatto, comunque, gli ospedali applicano molto spesso politiche collusive il che non è necessariamente un male perché gli ospedali possono accordarsi per evitare duplicazioni e sprechi negli investimenti.



# Misurare la produttività

- La valutazione economica dell'operato delle strutture ospedaliere o dei medici di base presenta notevoli difficoltà a causa soprattutto dell'incertezza.
- Affrontiamo, comunque, l'argomento definendo innanzitutto i concetti di
  - Efficienza tecnica
  - Efficienza allocativa

# Efficienza tecnica

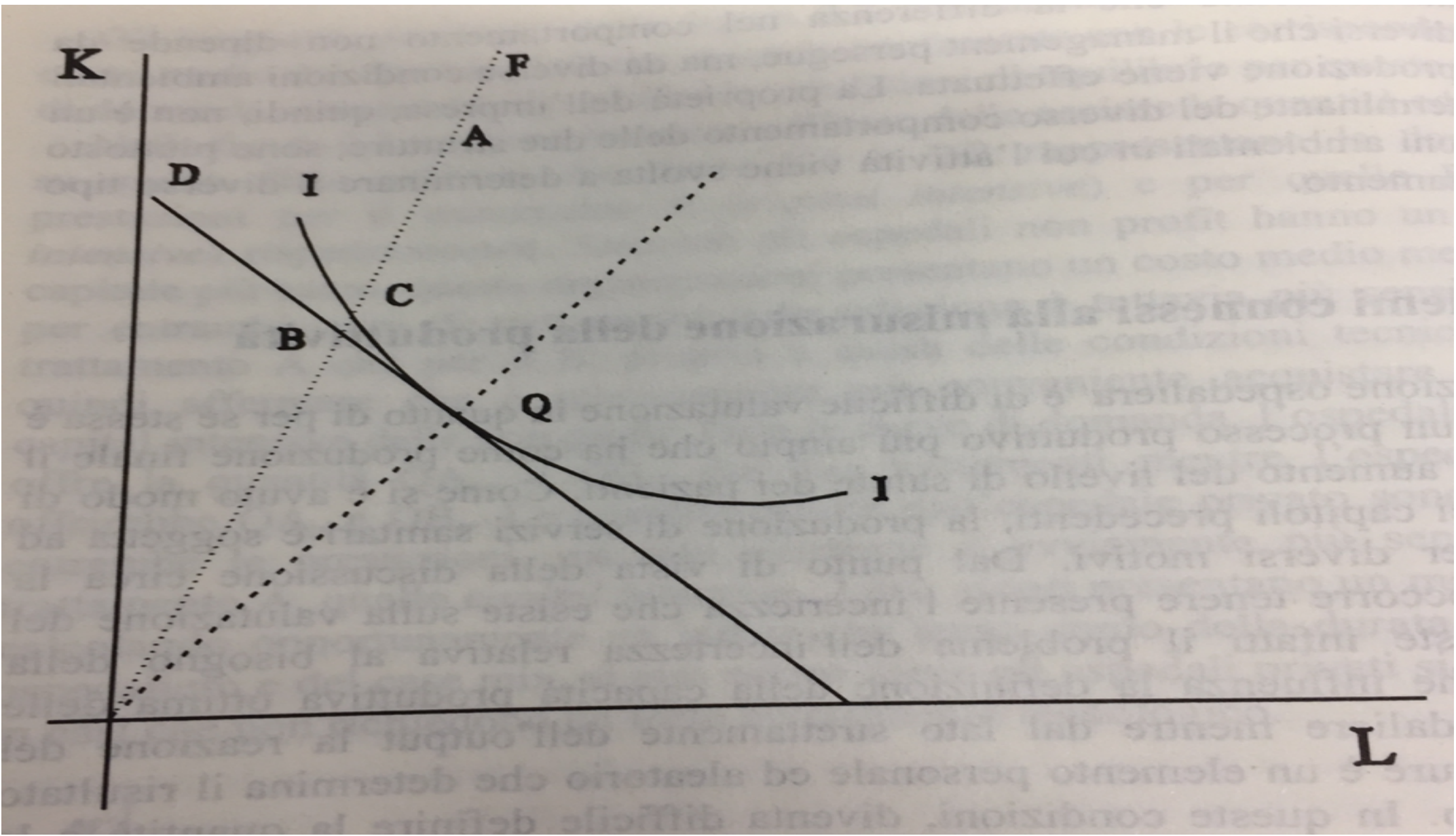
- Un'impresa è tecnicamente efficiente se opera sulla frontiera delle possibilità produttive, quindi se riesce a minimizzare gli inputs di produzione necessari ad ottenere un determinato prodotto  
minimizzazione dei costi.
- Il concetto di efficienza tecnica può essere diviso a sua volta in due tipi di efficienza:
  - Efficienza tecnica in senso stretto
  - Efficienza economica

# Efficienza allocativa

- L'efficienza allocativa si riferisce alle modalità attraverso le quali il sistema economico nel suo insieme distribuisce le risorse tra gli impieghi alternativi.

Un'allocazione è definita efficiente in senso allocativo quando qualunque spostamento delle risorse da un impiego ad un altro non è in grado di produrre un aumento del livello di benessere della collettività.

In un mercato neoclassico la produzione che assicura l'efficienza tecnica è efficiente pure in senso allocativo. In generale, però, non è sempre così.



# la definizione del prodotto

- Il prodotto dell'ospedale è definibile in termini di:
  - **Aspettative del paziente sul tipo di cure ricevute.**
- definizione del prodotto a livello microeconomico perché riguarda il ripristino della salute individuale
- – **Aspettative del cittadino contribuente come corrispettivo delle imposte pagate per il funzionamento del servizio sanitario.**
- - definizione che riguarda la sanità in senso più astratto e le aspettative sono sulla celerità e la qualità del servizio per cui si pagano le imposte.

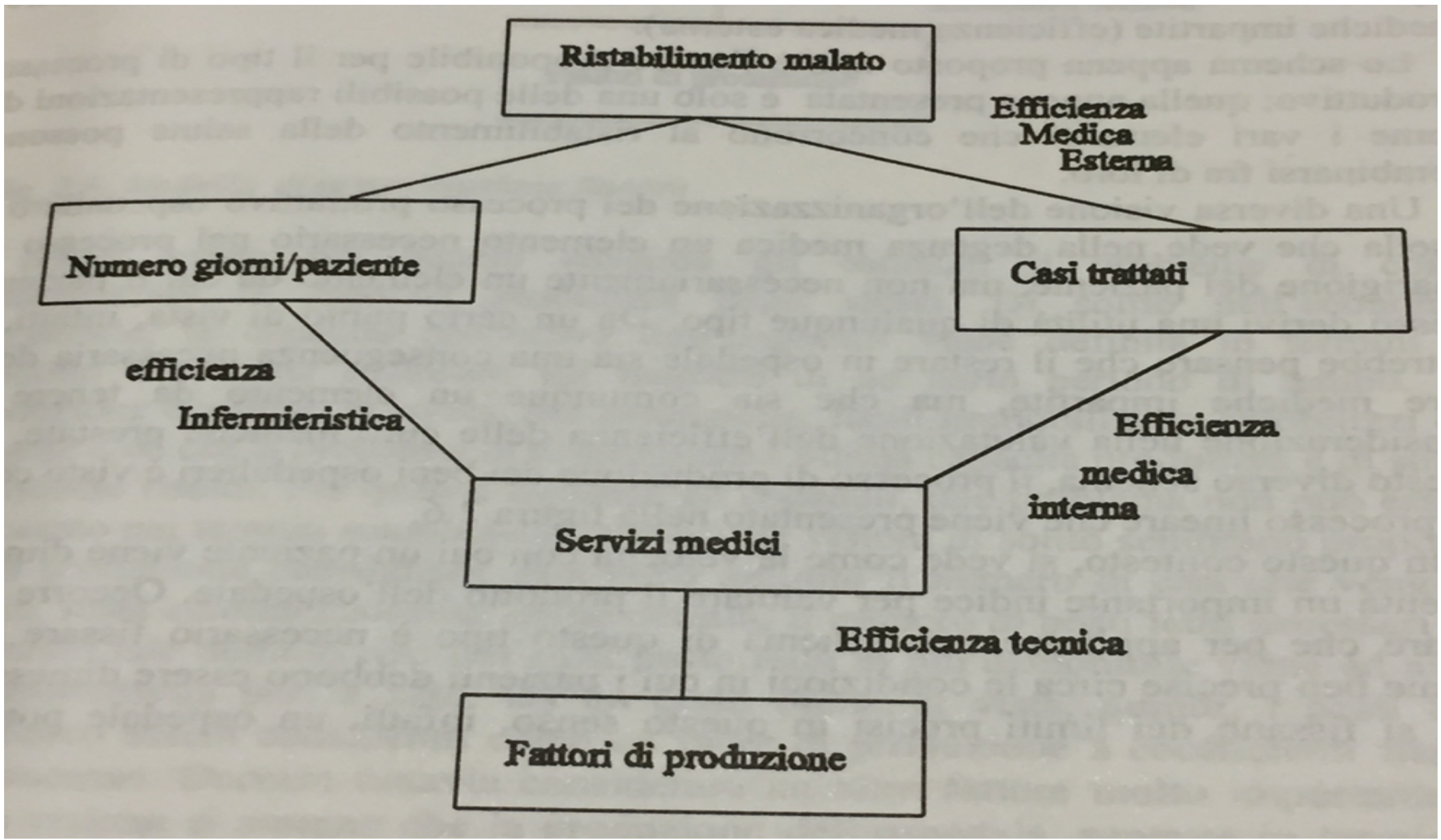
- Problemi legati alle due definizioni appena date:
  - È difficile valutare lo stato di salute prima e dopo il trattamento e di conseguenza l'incremento che si è verificato per effetto delle cure mediche.
  - È difficile valutare il reintegro dello stato di salute dovuto alle cure mediche e quello dovuto alla capacità dell'organismo di riprendersi.
  - È difficilmente proponibile un sistema in cui gli ospedali vengono retribuiti solo sulla base dell'incremento di salute prodotto (es. i malati terminali).

- I principali indicatori delle attività ospedaliere possono essere così riassunti:
- **1. La quantità di fattori di produzione utilizzati nel processo produttivo, ad esempio:**
  - Numero di ore di lavoro del personale medico e paramedico.
  - Spese per i farmaci.
  - Altri costi variabili (consumo di acqua, di energia elettrica, ecc.)
- **2. La quantità dei vari servizi di medicina e infermieristici, ad esempio:**
  - Numero di operazioni chirurgiche.
  - Numero di ricoveri in pronto soccorso.
  - Numero di visite ambulatoriali.
- **3. Numero di giorni per paziente dedicati alla cura, differenziati possibilmente a seconda del tipo di trattamento offerto.**
- **4. Numero di pazienti o di casi che sono stati trattati.**

# Schema di Zweifel e Breyer

- illustrano graficamente il processo produttivo
- si parte dai fattori di produzione primari. essi servono a produrre servizi medici che nel processo appaiono come beni intermedi
- la minimizzazione dei fattori produttivi per un dato livello di servizi da produrre consente di definire l'efficienza tecnica
- il ristabilimento del paziente dipende da condizioni di efficienza medica interna ed esterna all'ospedale





**Ristabilimento malato**

**Efficienza  
Medica  
Esterna**

**Numero giorni/paziente**

**Casi trattati**

**efficienza  
Infermieristica**

**Efficienza**

**medica  
interna**

**Servizi medici**

**Efficienza tecnica**

**Fattori di produzione**

## Cosa sono i DRG?

DRG acronimo di “Diagnosis-Related Group” equivalente in italiano “Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi”(ROD)

Si indica il sistema di retribuzione degli ospedali per l'attività di cura, introdotto in Italia nel 1995 Il sistema stato creato dal prof. Fetter univ. Yale nel 1983

## • Il modello Fetter

Nel modello Fetter, l'ospedale è delineato come un'azienda multiprodotto che: A partire da input che sono le risorse a disposizione dell'azienda, sviluppa gli output o prodotti intermedi, indirizzati al paziente per ottenere un prodotto finale che è la valutazione e la eventuale variazione dello stato di salute del paziente (outcome)<sup>1</sup>

Ciascun paziente riceve un certo n. di output specifici della sua condizione, gli output sono tanti quanto il n. di pazienti trattati Tutto ciò rende arduo qualunque sistema di valutazione economica e tariffazione

Fetter ha avuto l'intuizione di sviluppare un sistema di classificazione di pazienti dimessi che individua sottogruppi di pazienti che usano un pacchetto di output sufficientemente simili tra di loro che si deducono non dagli output ricevuti, ma dalle loro caratteristiche cliniche<sup>2</sup>

- **Il sistema DRG**

È un sistema isorisorse: descrive l'assistenza al paziente partendo dal principio che malattie simili, in reparti ospedalieri simili, comportano orientativamente lo stesso consumo di risorse materiali e umane (stessi input)

- DRG = STRUMENTO di POLITICA SANITARIA A cosa servono i DRG Classificare i ricoveri ospedalieri Calcolare le tariffe

- Fino al 1995 Attività ospedali descritta: numeri ricoveri, giornate degenza. Dopo il 1995 (DRG) Il prezzo dei ricoveri ospedalieri viene dichiarato (fissato) in anticipo. Si raggruppano tutti i ricoveri che assorbono le stesse risorse (stessi input)

- **Stesse risorse vuol dire “stesso costo di produzione”**

Stesso costo di produzione da diritto allo stesso rimborso = STESSA TARIFFA Cosa significa STESSA TARIFFA: La tariffa è il costo rimborsabile -> Costo rimborsabile = costo medio necessario per curare i ricoveri di un certo tipo

- **Tariffa = costo rimborsabile**

Il costo rimborsabile è quello standard di riferimento, ma il costo effettivo è di solito diverso dal

- **SDO (scheda dimissione ospedaliera)**

È uno strumento nel quale si raccolgono tutte le informazioni relative alla dimissione ospedaliera di ogni paziente. Il medico che dimette il paziente compila la scheda di dimissione. Le informazioni così raccolte vengono codificate e trasmesse alle Regioni, quindi al Ministero della Salute.

- **Cosa è il Grouper (raggruppamento)**

Ad ogni dimissione corrisponde uno specifico DRG definito in base ad uno specifico algoritmo predefinito che viene gestito da un software DRG-Grouper.

- **Come funziona il Grouper**

Il software individua la diagnosi principale dalla scheda nosologica e la assegna al grouper (raggruppamento) in maniera automatica. Dall'assegnazione al "grouper" sceglie la MCD appropriata (categorie diagnostiche principali).

- Successivamente i pazienti sono assegnati ad un sottogruppo medico o chirurgico. Poi si considerano: I tipi di intervento (DRG Chirurgici); l'età del paziente; patologie secondarie e complicanze; lo stato alla dimissione.

- **Dalla cartella clinica al DRG**

Dalla cartella clinica si derivano le diagnosi e procedure rilevanti. Le diagnosi e le procedure codificate secondo la ICD9CM, sono riportate sullo SDO. La SDO viene sottoposta all'algoritmo del software "Grouper". Il software attribuisce il DRG. Un paziente/ un ricovero/ un DRG<sup>3</sup>