

Il riconoscimento e la remunerazione delle tecnologie con i DRG: il "caso" dei *medical devices*.

Marino Nonis (Direttore Sanitario Ospedale "Cristo Re", Roma),
con la collaborazione di Enrico Rosati (Direttore Sanitario C.d.C. "Marco Polo", Roma)

1. Remunerazione dei ricoveri e dei *medical devices* in Italia

È ormai ampiamente riconosciuto che la distribuzione delle risorse e degli incentivi varia in ragione del modello di pagamento adottato per la gestione della spesa sanitaria (D. 3). In particolare, in Italia, il finanziamento dell'attività a carico del S.S.N. è stata definita dall'art. 8 - *sexies* del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., secondo cui la remunerazione delle prestazioni ospedaliere e della specialistica ambulatoriale "è determinata in base a tariffe predefinite" (pagamento "a prestazione"), mentre le altre attività assistenziali sanitarie quali, ad esempio, programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, la prevenzione, la rete di prelievi e di trapianti, etc., vengono attuate grazie a un sistema di finanziamento per costi ovvero una modalità di pagamento "a funzione" (D. 4). Il che comporta l'adozione di diversi e talora non coerenti incentivi in un quadro vieppiù complicato dalle applicazioni differenziate tra soggetti pubblici e privati nonché dai modelli di remunerazione e di governo che sono tanti quanti le regioni (D. 5).

Passando da una visione generale ad una più specifica, attraverso l'analisi del sistema dei Drg, si rileva come, mediamente, con un'unica tariffa vengono rimborsati 23,1 patologie e/o 10,7 atti medico-chirurgici diversi (D. 6). Nell'ambito del rimborso per Drg è poi aperta la "questione" dei *medical devices*: i dispositivi medici, in più di una circostanza, costituiscono una "quota" importante del costo del percorso di cura ospedaliero (ma sono pochi i dati disponibili e studi *ad hoc* in merito...), che varia più o meno sensibilmente, all'interno di un determinato Drg, in ragione della specifica procedura considerata (D. 7). In linea generale, il principio cardine è che la tariffa si riferisca esclusivamente al costo medio dell'assistenza per tutti i pazienti attribuiti allo stesso DRG, con l'assunzione implicita che la variabilità interna a ciascun DRG si "neutralizzi", in termini economici, a livello di singolo DRG o, comunque, nell'ambito del *case-mix dell'intero ospedale*, che costituisce comunque l'effettiva unità di finanziamento (D. 8). Empiricamente, pertanto, ragionando in termini iso-risorse in *sensu strictu*, nell'ambito di singole casistiche (di aziende o reparti), si potranno verificare essenzialmente tre situazioni:

1. i costi medi effettivamente coincidono con la tariffa del DRG e la tipologia dei codici non "produce" effetti economici (caso A, D. 10).
2. i costi medi sono decisamente inferiori alla tariffa del DRG, ovvero prevalgono i codici "leggeri" o meno complessi (caso B, D. 11);
3. i costi medi sono significativamente superiori rispetto alla tariffa del DRG, ovvero prevalgono i codici "pesanti" o più complessi (caso C, D. 12).

Il caso A rappresenta la *soluzione ideale* in quanto equa e omogenea, in termini di distribuzione delle risorse. Negli altri casi, invece, potrebbero manifestarsi gli effetti distorsivi del sistema. E' evidente che, per poter identificare e distinguere correttamente i casi "A", "B" oppure "C", sia necessario considerare i singoli codici ICD-9-CM, che costituiscono quel Drg e utilizzare, quindi, appieno gli *items* contenuti nella SDO. Sarebbe auspicabile, poi, conoscere la distribuzione dei codici presa a riferimento per definire la media dei costi. A questo punto (nota la composizione percentuale dei codici ICD-9-CM affini tra le diverse "*procedure e/o tecnologie*" contenute in Drg specifici), sarebbe possibile misurare lo scostamento della propria casistica (inerente quel Drg) rispetto al riferimento utilizzato per definire la tariffa media. Nota la composizione del DRG di riferimento, diviene possibile *stratificare* e *differenziare* la

remunerazione, disponendo di uno strumento per il governo della spesa estremamente flessibile ed efficace (D. 13). Ad oggi non sembra purtroppo esplorato questo percorso (D. 14 e D. 15).

2. Alcune caratteristiche dell'esperienza statunitense e possibili sviluppi in Italia.

Negli Usa, secondo il programma di finanziamento sanitario federale *Medicare*, la tariffa Drg è omnicomprensiva (con l'eccezione dei compensi dei medici); include anche il costo dei *medical devices* (anche se per alcuni casi possono essere richiesti rimborsi di tipo straordinario); infine, poiché l'impiego di *medical devices* è coperto dai Drg, i diversi produttori tentano di candidarsi per ottenere il rimborso extra-tariffa aggiuntivo, ma sono notevoli le restrizioni e raro il successo: attualmente solo 2-3 *medical devices* sono "eleggibili" per un rimborso *extra tariffa*. Importante è poi sottolineare che il sistema prevede frequenti aggiornamenti della Classificazione e delle tariffe che possono così "riconoscere" e valorizzare nuove tecnologie. Questo per quanto riguarda i Drg, ma occorre considerare, tuttavia, che una buona parte del mercato dei *medical devices* è prevalente appannaggio del settore *outpatients* ovvero "extra-Medicare" ed "extra-Drg" (D. 16-18).

Dall'introduzione del *prospective payment system* basato sui Drg nel 1983, è a disposizione degli operatori un campione dei ricoveri (dalle SDO degli ospedali per acuti) rappresentativo di tutta l'attività, generalmente disponibile 12-24 mesi dopo il riferimento (D. 18), esiste, inoltre, una procedura consolidata di aggiornamento dei pesi relativi (D. 19).

In Italia, con il DM 18 dicembre 2008 e con l'aggiornamento della classificazione alla versione 24.0, assume un ruolo di primo piano la definizione delle "nuove" regole di finanziamento delle tecnologie e dell'innovazione. La leva tariffaria ha infatti una particolare efficacia nell'orientare i comportamenti degli attori della rete ospedaliera ma, ad oggi, non è stato possibile promuovere indagini nazionali utili a verificare in quale misura le tariffe adottate possano creare incentivi-disincentivi non desiderati in presenza di un finanziamento a Drg (D. 20).

Non esiste, inoltre, un monitoraggio normativo mirato sulle soluzioni adottate dalle singole regioni per il finanziamento, controllo e "accesso al mercato" di specifiche tecnologie. Senza un monitoraggio sul piano normativo delle azioni regionali risulta difficile interpretare il dato e i fenomeni sanitari tracciati dai flussi informativi (attività e consumi, D. 21).

La tariffa omnicomprensiva dei Drg è determinata sulla base di una ipotesi di costo medio, ma il costo effettivo sostenuto dallo specifico ospedale nella sua erogazione può discostarsi anche sensibilmente in ragione di fattori quali un diverso *mix* di procedure o di impiego di *medical devices* (D. 22). È necessario, quindi, che anche in Italia sia noto il campione di casi e/o di ospedali, significativamente rappresentativi della nostra realtà su cui si "basano" le tariffe, ovvero da cui si ricostruiscono i costi delle singole prestazioni Drg correlate.

Il campione ideale oltre che "noto" dovrebbe essere di facile lettura e "ripartibile" tra le diverse voci di costo: ad esempio, si dovrebbe conoscere la media della voce costo del personale medico o non medico, etc. (D. 24). Una volta nota la casistica di riferimento, occorre conoscere, Drg per Drg, le principali voci di costo (ad esempio, le 5 "macroaree" rappresentate in D. 26), ottenendo, in tal modo, una possibile matrice di ripartizione, che permetterebbe, senz'altro, una maggiore equità e consentirebbe al programmatore di modulare anche singole e specifiche aree di costo (D. 27-29).

In conclusione, a distanza di 15 anni dall'introduzione dei Drg, si tratta di sfruttare a pieno le potenzialità dei sistemi di classificazione e, soprattutto della cartella clinica e della scheda di dimissione ospedaliera, basi di ogni evidenza dei processi di programmazione e miglioramento della qualità in Sanità (D. 30).