

***Health*BASKET:**

Sommario esecutivo e Raccomandazioni operative

*Health*BASKET – Health Benefits and Service Costs in Europe (Assicurazione sanitaria e costi di assistenza in Europa) – è un progetto finanziato dalla Commissione europea nell'ambito del Sesto programma quadro di ricerca (sovvenzione: SP21-CT-2004-501588). Il progetto, avviato nell'aprile 2004, è stato completato nel marzo 2007 sotto il patrocinio dell'European Health Management Association (EHMA – Associazione europea di gestione della salute). La coordinazione scientifica di *Health*BASKET è stata condotta dal prof. Reinhard Busse del Dipartimento di Amministrazione Sanitaria presso la Technische Universität di Berlino.

Partner del progetto

- ***Coordinazione del progetto:*** European Health Management Association, Dublino, Irlanda (EHMA)
- ***Direzione scientifica:*** Dipartimento di Amministrazione sanitaria (Centro di assistenza dell'Associazione mondiale della sanità per la ricerca e l'amministrazione del sistema sanitario), University of Technology di Berlino, Germania (TUB)
- CERGAS, Università Bocconi, Milano, Italia (BOC)
- Centre for Health Economics (Centro di economia sanitaria), Università di York, Regno Unito (CHE)
- Istituto danese per la ricerca di servizi medico-sanitari, Copenaghen, Danimarca (DSI)
- École Nationale de la Santé, Rennes, Francia (ENSP)
- Istituto di politica e amministrazione sanitaria, Università Erasmus, Rotterdam, Paesi Bassi (iBMG)
- Università di Jagiellonian, Cracovia, Polonia (JUMC)
- Università di Semmelweis, Budapest, Ungheria (SEM)
- Centro di ricerca economia e salute, Università di Pompeu i Fabra, Barcellona, Spagna (CRES)

Scopo e background

Dalle decisioni di Kohll/Decker della Corte di Giustizia Europea è diventato sempre più evidente che i servizi medico-sanitari non possono più essere considerati come a sé stanti nell'ambito di altri paesi UE. Si verificano sempre più spesso flussi di pazienti da un paese membro a un altro, a volte come aspetto di una scelta specifica, altre come frutto di una precisa scelta dei Ministeri della Sanità o Fondi Malattia.

È, tuttavia, opinione diffusa fra gli Stati membri che "l'equilibrio finanziario" dei sistemi sanitari nazionali all'interno dell'Unione europea non deve essere insidiato dallo spostamento dei pazienti.

Un requisito di base per proteggere questa capacità finanziaria è la disponibilità di informazioni precise sul paniere dei servizi offerti nei vari Stati membri, su come questi

sono definiti, sull'intervallo di tempo di utilizzo su pazienti particolari, sui costi e sui relativi prezzi. La conoscenza di queste informazioni permetterà sia agli Stati membri che alla Commissione europea di formulare politiche coerenti per organizzare gli spostamenti dei pazienti in modo da non minacciare le capacità finanziarie dei sistemi sanitari attuali e i sacrosanti principi di universalità, equità e accessibilità. Inoltre, se è vero che i pazienti devono trarre beneficio dall'opportunità offerta dal mercato interno dell'Unione europea, allo stesso modo dovranno essere a conoscenza dei servizi disponibili altrove e dei relativi costi.

Precedentemente, i paralleli fra costi sanitari sono stati fatti solitamente a un livello aggregato e a variazioni identificate nel livello macro, per esempio parità di potere d'acquisto pro capite, come percentuale del PIL, o distribuzione delle spese per settore. La ragione è da ritrovarsi nel fatto che le analisi dei costi di singoli servizi (il livello micro) sono difficili a causa delle limitazioni della comparabilità dei dati. Quando i diversi dati relativi ai costi sono stati disponibili, questi erano solitamente poco chiari in ragione di

1. differenze nei servizi forniti
2. mutevoli definizioni di quali categorie di costo devono essere incluse nei calcoli di prezzo (o di costo) o
3. differenze reali nei costi per servizio.

Il primo aspetto interessa la definizione di fondo di “servizio” che può variare fra (e all'interno di) Stati. In questo senso le variazioni di costo potrebbero o riflettere differenze di servizi forniti (per esempio, l'uso di tecnologie costose) o semplicemente rappresentare una diversa definizione dei servizi (per esempio, se l'anestesia è inclusa nel servizio “procedura chirurgica” o è contata separatamente). Tuttavia, perfino per un servizio passibile di paragone, il secondo problema interessa fattori diversi che potrebbero essere inclusi nel calcolo dei costi (per esempio, l'eventuale inclusione dei costi di investimento). Di nuovo, le variazioni osservate nei costi sarebbero spiegate in base al modo in cui i costi sono calcolati. Il terzo e importante aspetto si riferisce alle differenze nei prezzi di produzione e principalmente ai costi di mano d'opera (per esempio, tempi medici e infermieristici).

Obiettivi del progetto

Gli obiettivi del progetto *HealthBASKET* sono duplici: analizzare contemporaneamente la politica e le sfide metodologiche. Il progetto ha risposto a entrambi in un modo chiaro e inequivocabile, concentrandosi specificamente sul paniere dei servizi, rivedendo e sviluppando le metodologie per valutare i costi e i prezzi di servizi specifici negli Stati membri dell'UE. Inoltre, il progetto sostiene una visione più coerente della politica mettendo a punto e sperimentando un metodo innovatore per l'analisi dei costi al livello più basso (livello micro), che sarà utilizzabile per ogni paragone a livello internazionale e valutando le variazioni di costo fra Stati membri usando un campione di servizi offerti a pazienti ricoverati e a pazienti esterni.

Il progetto è stato condotto nell'ambito di una ricerca che ha tenuto in considerazione la politica all'interno del Sesto programma quadro di ricerca dell'UE con l'intenzione *“di sostenere la formulazione e l'esecuzione delle politiche della Comunità, fornendo contributi scientifici alle politiche che mirano direttamente ai bisogni coerenti in tutte le varie zone di politica della Comunità e sensibili ai costanti cambiamenti della politica”*. Più specificamente, la priorità 2 di quell'area di ricerca (*“garanzia di salute, sicurezza e opportunità alle popolazioni europee”*) mirava, tra l'altro, *“alla formulazione di una visione generale e più coerente di politica che si fondasse su chiare basi [...] per rispondere alle nuove sfide dovute all'allargamento e trovare risposte efficaci ai relativi problemi [...] all'aumentato spostamento dei pazienti [...] e servizi”*. La ricerca era necessaria *“per capire più approfonditamente e migliorare la base scientifica della politica su [...] sviluppi nei servizi europei di sanità e salute”*. Specificamente, il progetto è stato sviluppato per avviare l'operazione 3 *“Confronto tra i costi sanitari degli Stati membri al livello di servizio specifico”* definita come *“identificazione delle metodologie possibili per confrontare i costi dei servizi e per individuare la possibilità e fattibilità economica dello sviluppo futuro di sistemi sanitari su misura per spingersi verso frontiere più redditizie”*.

Il progetto si è avvicinato a questi problemi in un modo descrittivo e analitico analizzando un campione di nove Stati membri che rappresentino i vari tipi di sistemi sanitari (Danimarca, Francia, Germania, Ungheria, Italia, Polonia, Spagna, Regno Unito e Paesi Bassi). Inoltre, un secondo livello di ricerca ha messo a fuoco i problemi transnazionali di comparabilità.

Analisi per nazione e infranazionali

I partner del progetto in ciascuno di questi nove paesi hanno:

- raccolto ed esposto le definizioni dei servizi forniti all'interno del sistema e analizzato la struttura e il contenuto dei “panieri” dei benefici (e, se esistenti, i “cataloghi” nei quali i panieri sono resi operanti) così come il processo di definizione dei benefici inclusi in panieri e cataloghi;
- esplorato le possibilità di sviluppo della tassonomia europea dei benefici, basata sull'analisi di cui sopra e su altre classificazioni rilevanti, per permettere un linguaggio comune per la comparazione dei costi (fase I);
- rivisto le metodologie usate per valutare i costi e i prezzi dei servizi inclusi nei panieri nei diversi paesi e tentato di identificare la “miglior prassi” nell'analisi dei costi al livello micro allo scopo di accertare la comparabilità internazionale (fase II);
- valutato la diversificazione nel consumo delle risorse (risorse umane, prodotti, capitale, ecc.) e costi reali di queste risorse per i diversi servizi medico-sanitari fra e all'interno dei paesi, usando una selezione di dieci “situazioni”

rappresentanti necessità nella cura sia nella gestione del paziente esterno che del ricoverato (fase III).

Uno scopo chiave dello studio è stato identificare quali dati sono richiesti per paralleli internazionali significativi.

La ricerca ha fatto partecipare i responsabili delle politiche tramite seminari e periodiche comunicazioni dei risultati sino ad allora raggiunti. Inoltre, sono stati creati un Consiglio consultivo in rappresentanza dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'osservatorio europeo sulle politiche e i sistemi sanitari, l'OCSE e organizzazioni di operatori per assicurarsi che un potenziale impatto su sviluppo di standard e sistemi sanitari nell'UE avesse conseguenze concrete.

Le tre fasi del progetto

È oltre la portata di questo sommario esecutivo rivedere dettagliatamente la metodologia, i risultati e le conclusioni delle tre fasi del progetto. Le relazioni e le pubblicazioni complete sono state rese disponibili come segue:

- Metodologia, relazioni nazionali e un articolo comparativo sulla **Fase I** (descrizione e analisi dei panieri dei benefici, criteri usati per determinarli, ecc.) sono disponibili sul sito Web del progetto www.healthbasket.org. Le relazioni dei paesi che si concentrano sulla cura del paziente ricoverato sono state pubblicate nel dicembre 2005 come supplemento 1 dell'*European Journal of Health Economics*, volume 6, liberamente disponibile su Internet (<http://www.springerlink.com/content/t2466855k020/?p=a9dbff4fee024bda8b82350033786e4e&pi=11>). Una versione emendata dell'articolo comparativo è acclusa come allegato 1.
- Metodologia e relazioni dei paesi della **Fase II** (analisi dei metodi usati per valutare i costi e i prezzi, come pure la letteratura “sulla miglior prassi” di valutazioni dei costi internazionali, sono disponibili sul sito Web del progetto www.healthbasket.org. Le relazioni nazionali emendate che si concentrano sulla cura del paziente ricoverato sono state pubblicate nell'agosto 2006 in un numero speciale (volume 9, n. 3) di *Health Care Management Science* (<http://www.springerlink.com/content/v162x3264175/?p=e9b20c7cfc724abab9d866a0d76f5596&pi=2>).
- Metodologia, relazioni nazionali e un'analisi comparativa della **Fase III** (confronto sulla allocazione delle risorse e costi per i dieci episodi sanitari selezionati tra e all'interno dei paesi) sono disponibili sul sito Web del progetto www.healthbasket.org. Articoli sulla metodologia specifica così come articoli comparativi sui risultati delle situazioni tra paesi saranno pubblicati in un supplemento di *Health Economics* alla fine del 2007.

Nelle seguenti sezioni sono brevemente ricapitolati i punti chiave di ogni progetto. Nella sezione finale di questo sommario esecutivo è possibile trovare le raccomandazioni principali da tutte e tre le fasi.

Fase I: panieri dei benefici e criteri decisionali

Metodologia

Definizioni: il progetto definito “Paniere dei benefici” (anche: “pacchetto dei benefici”) è il totale di espliciti o impliciti cataloghi/elenchi/gruppi di servizio dei servizi medico-sanitari e dei prodotti elencati sotto gli schemi obbligatori/pubblici. I termini “*catalogo dei benefici*” o “elenchi” sono riservati ai sottocomponenti dei panieri se differiscono da fattori determinanti, tassonomia, ecc. Rispetto ai termini di servizi e prodotti “sanitari” (in opposizione, per esempio, a servizi “sociali” o attività pubbliche generali di carattere sanitario), il progetto segue i tracciati usati per gli account sanitari dell'OCSE (per esempio, categorie funzionali da HC.1 a HC.6 con le rispettive sottocategorie, cfr. tabella).

HC	Classificazione funzionale
	<i>Servizi sanitari personali e prodotti</i>
1	Servizi terapeutici
2	Servizi di riabilitazione
3	Servizi di cure infermieristiche di lunga durata
4	Servizi ausiliari
5	Prodotti medicali offerti a pazienti esterni
	<i>Servizi sanitari pubblici</i>
6	Prevenzione e servizi sanitari pubblici

Gli **studi di casi nazionali** sono stati sviluppati intorno ai seguenti gruppi di argomenti, ciascuno con riferimento a un insieme di quesiti di ricerca:

- **Descrizione del paniere dei benefici nazionale:** che tipo di diritti esistono per gruppi di servizi medico-sanitari/prodotti? Per quanti tipi di settori sanitari (e/o quante regioni e/o quanti schemi obbligatori) sono presenti normative differenti? Qual è il ruolo dell'amministrazione centrale nei casi di devoluzione/delega a enti locali e/o autoregolamentati (per esempio, pura supervisione dei procedimenti, approvazione formale dei risultati o necessità di trasformazione in decreto governativo o simile)? Che tipi di categorie di benefici sono esclusi (specialmente con riferimento a servizi “secondari”, per esempio fisioterapia, psicoterapia, igiene orale, riabilitazione)?
- **Definizioni dei diritti e dei benefici per settore:** chi sono le parti responsabili della definizione dei benefici per ogni settore e qual è il loro ruolo? I benefici sono definiti in forma esplicita (vale a dire, per iscritto), implicita (vale a dire, sulla base della tradizione) o come un insieme di entrambe? La definizione dei benefici è specifica o piuttosto vaga? Sono definiti in senso positivo o negativo (vale a dire, elencando i servizi inclusi o esclusi)? I servizi inclusi sono semplici enumerazioni di procedure o prodotti oppure sono collegati a condizioni/indicazioni cliniche? Come sono classificati i benefici, vale a dire, sono elencati per servizio effettuato

(come è spesso il caso nella cura ambulatoriale in un sistema sanitario pubblico, ma anche nel caso di prodotti farmaceutici) o prodotto specifico (per esempio, per prodotti farmaceutici), situazioni classificate da un punto di vista temporale (“tutti i servizi necessari”, per esempio, nell’assistenza di base), situazioni classificate per diagnosi, ecc., per operatore, per periodo di tempo? Le definizioni sono uniformi per tutti gli utenti? In caso contrario, esiste un determinato nucleo di base che è uguale per tutti? Da come e da chi è definito? Se i cataloghi dei benefici variano, per quale ente (per esempio, regioni, fondi malattia) e quanti ce ne sono?

- **Descrizione dei cataloghi dei benefici, delle parti in causa e dei criteri di decisione:** come sono classificati i benefici, vale a dire, sono elencati per servizio effettuato (come è spesso il caso nella cura ambulatoriale nell’assistenza sanitaria pubblica) o prodotti individuali (per esempio, per prodotti farmaceutici), situazioni classificate da un punto di vista temporale (“tutti i servizi necessari”, per esempio, nell’assistenza di base), situazioni classificate per diagnosi, ecc., per operatore, per periodo di tempo? “Tassonomia” del catalogo dei benefici con riferimento a: 1. quanti livelli, vale a dire, capitoli, sottocapitoli, articoli individuali, 2. logica usata per definire ciascun livello, uso di una nomenclatura esistente, limitazioni dei servizi per tipo o qualificazione specifica dell’operatore, età o malattia del paziente. Chi ha deciso la struttura generale del catalogo? Chi decide i benefici elencati nel catalogo? Chi è responsabile della eventuale priorità di potenziali benefici? Come decidono questi comitati? Coloro che prendono le decisioni devono/possono contare su competenze esterne (per esempio, da parte di istituzioni di HTA – Health Technology Assessment)? Quanto si basa su prove? Che opzioni decisionali esistono (vale a dire, soltanto “sì”/“no” o limiti a determinate entità o fornitori geografici, pazienti, periodi di tempo, livelli di contributo alla spesa sanitaria)? Che criteri vengono usati per decidere l’esclusione/inclusione di benefici (per esempio, necessità, efficacia, costi, redditività, budget generale)? Qual è il peso dato ai criteri? I criteri vengono resi pubblici? Come vengono rese pubbliche le decisioni? Ci si può appellare a tali decisioni? Le decisioni sono rivalutate regolarmente?
- **Discussione:** il pacchetto dei benefici significa qualcosa o esiste soltanto per iscritto e gli operatori sono più liberi nelle decisioni (vale a dire, fornendo i benefici che non sono coperti) o più limitati? Quali sono i costi di transazione dei cataloghi dei benefici? Ci sono consapevolezza e discussione nazionali sui cataloghi/paniere dei benefici? Recentemente, si sono avute riforme e quali sono i possibili sviluppi futuri?

Risultati e conclusioni

Per quanto ne sappiamo, il progetto *HealthBASKET* ha fornito una prima analisi approfondita dei panieri dei benefici e dei cataloghi dei benefici in nove paesi europei,

rappresentando un mix eterogeneo di sistemi sanitari. Gli studi nazionali hanno indicato che è spesso difficile accedere alle informazioni relative a questo problema, poiché sono molto spezzettate e non sistematiche. L'uso di una struttura e di una terminologia comuni per analizzare i diversi sistemi sanitari nella ricerca dei cataloghi dei benefici ha permesso che si raccogliessero informazioni eterogenee in modo estremamente comparativo. La metodologia seguita nel nostro studio potrebbe essere applicata per esplorare e descrivere i panieri e i cataloghi sanitari in altri paesi europei (e non).

L'analisi comparativa dei benefici sanitari nei paesi in studio rivela che, malgrado le differenze nelle misure organizzative e finanziarie, c'è una chiara tendenza verso una definizione più esplicita dei panieri dei benefici e dei cataloghi dei benefici nei sistemi sanitari europei. Quei paesi che recentemente hanno introdotto una nuova legislazione sanitaria hanno definito più esplicitamente i cataloghi dei benefici. Altri paesi con una legislazione sanitaria più antiquata hanno, almeno a livello legale, panieri dei benefici definiti più implicitamente. Tuttavia, adesso, nessun paese ha un catalogo uniforme: i panieri dei benefici sono un mix di liste definite in modo diverso (diritti, pagamenti, linee guida...).

Anche se i metodi nazionali di approccio alla definizione di beneficio variano notevolmente, esistono differenze minime fra i paesi se i diritti ai benefici vengono analizzati per categoria: la maggior parte dei paesi esclude benefici simili: chirurgia estetica, vaccinazione per scopi turistici) e determinati trattamenti non convenzionali (per esempio, agopuntura). Dal momento che la *tassonomia* applicata per ordinare e descrivere i servizi sanitari (e a un livello inferiore, i prodotti) differisce ampiamente da paese a paese (anche se la maggior parte tende a selezionare le cure ambulatoriali soprattutto per specializzazione medica e i trattamenti dei pazienti ricoverati soprattutto per diagnosi e procedura), rimane in qualche modo poco chiaro se i servizi autorizzati siano realmente "gli stessi". Contrariamente a questa mancanza di chiarezza, i medici sembrano avere una comprensione relativamente uniforme di che cosa costituisce "la medicina" nei vari paesi.

Contrariamente all'opinione diffusa, la motivazione per stabilire un chiaro paniere di benefici dei servizi non è sempre il contenimento dei costi o il razionamento. Nei due paesi con un sistema sanitario nazionale regionalizzato, lo scopo della definizione di paniere sanitario è assicurare l'equità fra le regioni. La devoluzione dei servizi medico-sanitari ai governi autonomi (regionali) ha reso evidente la necessità di definire un paniere minimo dei servizi medico-sanitari comune a tutti per evitare differenze inaccettabili nell'elargizione di tali servizi. Le autorità sanitarie regionali tuttavia possono aggiungere ulteriori benefici, a condizione che garantiscano adeguatamente il minimo necessario.

Nella maggior parte dei paesi, gli aspetti considerati nel processo decisionale e i motivi conclusivi delle decisioni alla base del paniere sanitario non sono documentati in maniera trasparente e sistematica. I cataloghi dei benefici esplicitamente definiti, tuttavia, richiedono criteri decisionali chiari e trasparenti per l'inclusione o l'esclusione

dei benefici. Quanto sopra è stato riconosciuto da tutte le parti in causa come indicato dal fatto che sono stati accennati gli insiemi dei criteri alla base delle decisioni. La maggior parte dei paesi dichiarano ufficialmente che l'efficacia (dei costi) è un criterio di decisione importante. Tuttavia, ulteriori analisi dimostrano spesso che una vera formalizzazione del processo difetta ancora di molte categorie sanitarie e spesso si limita a uno o pochi settori del sistema sanitario, per esempio, prodotti farmaceutici o dispositivi medici e non può essere esteso a tutti i prodotti o servizi. Ancora non vi è trasparenza nell'interpretazione, nell'operabilità e nell'applicazione dei criteri nel corso del processo decisionale.

Fase II: calcolo dei costi

Metodologia

La fase II consiste di due parti. In primo luogo è stata condotta una **rassegna sistematica** della letteratura scientifica sulle metodologie di calcolo dei costi allo scopo di identificare "la miglior prassi".

In secondo luogo, sono stati condotti **studi nazionali** sui seguenti gruppi di argomenti e quesiti di ricerca:

- ***Ci sono prezzi o tariffe ufficiali?*** Quali sono le caratteristiche principali della regolazione dei costi sanitari, strutturati per settori sanitari? Qual è l'unità di pagamento (vale a dire, il livello di aggregazione)? A quale livello vengono fissati o discussi i prezzi? È possibile che un operatore stabilisca prezzi/pagamenti diversi per acquirenti diversi (autorità sanitarie/fondi malattia/governi)? È possibile che un acquirente paghi prezzi diversi in base a diversi operatori? Quali parti sono coinvolte nel fissare i prezzi? I prezzi variano secondo fattori non economici come, per esempio, sanzioni per eccedenza di servizi consentiti, ecc.? In caso di risposta affermativa, quanto sono rilevanti tali fattori?
- ***Come sono aggiornati i prezzi?*** Esistono periodi d'aggiornamento prefissati (annuali, due volte all'anno, ecc.)? I produttori o gli acquirenti hanno la possibilità di chiedere un aggiornamento dei prezzi? Quanto sono accurati gli aggiornamenti? Qual è la spinta principale dietro gli aggiornamenti dei prezzi?
- ***Come sono stabiliti i costi dei servizi nei paesi partecipanti?*** Quali unità sono usate per quantificare il consumo di risorse? Che fonti sono usate per valutare il consumo delle risorse? Che fonti sono usate per stabilire il valore monetario dell'unità? Quanto sono accurate le valutazioni dei costi? Quali parti effettuano e/o usano la valutazione dei costi?

Risultati e conclusioni

I sistemi tariffari stanno guadagnando importanza; sebbene siano comuni in paesi a sistema sanitario nazionale già da molto tempo, stanno diventando sempre più usati anche in sistemi basati su tassazione. Ormai, la maggior parte dei paesi ha già instaurato schemi di retribuzione basati su prestazione per i servizi forniti a pazienti esterni e ricoverati, mentre spesso difettano di cura a lunga durata, riabilitazione e altri tipi di servizi. Sebbene la tassonomia di fondo per classificare i servizi differisca notevolmente fra paesi (cfr. fase I), non si possono confrontare i prezzi in modo significativo.

C'è una chiara tendenza verso l'uso di dati con costi minimi (particolarmente per servizi forniti a ricoverati) per determinare i tassi di retribuzione, rispecchiando i costi reali degli operatori. Il problema incontrato da molti, se non da tutti i paesi, è la qualità limitata dei dati forniti dagli operatori. Questo problema ha rappresentato una sfida anche per il nostro studio. C'è una tendenza generale nei paesi UE a sviluppare sistemi DRG (basati "su gruppi di diagnosi") a scopo di risarcimento. Sebbene quasi tutti questi sistemi abbiano la loro origine nel sistema sviluppato 30 anni fa a Yale, l'adattamento attuale differisce notevolmente fra i vari paesi europei. L'introduzione dei sistemi DRG in Europa non era coordinata e quindi le occasioni di apprendimento (per lo meno all'interno dell'Unione) andarono perse nel momento in cui i paesi europei cominciarono a interessarsi ai paesi non europei (come per esempio la Germania all'Australia) anziché ai propri vicini.

La verifica ha rivelato che non esistono metodologie di costo universalmente accettate. Ci sono parecchi metodi adatti a valutare i costi (d'unità) di un servizio particolare. Generalmente, i contabili definiscono i costi in termini di valore storico delle risorse economiche, mentre gli economisti usano un concetto differente dei costi, descritto frequentemente come costo opportunità. Sia i contabili che la letteratura economica sono d'accordo sui principi di base di costo. La valutazione dei costi comincia con (a) la formazione di un problema decisionale ben definito, compresi gli obiettivi di costo, la prospettiva di costo e l'orizzonte di tempo, come pure (b) la descrizione di un servizio particolare (oggetto del costo). Una volta che un servizio è stato definito dettagliatamente, le metodologie per il relativo costo seguono tre fasi caratteristiche: (c) l'identificazione delle risorse usate per fornire il servizio, (d) la misura di utilizzazione delle risorse nelle unità naturali ed (e) il collegamento del valore monetario all'uso delle risorse. In aggiunta, esiste un consenso generale sulla necessità di richiamare la validità dei risultati per mezzo di analisi di sensibilità e prove statistiche.

C'è inoltre un consenso generale sui principi fondamentali della ripartizione dei costi. Nel migliore dei casi, i costi devono essere seguiti direttamente (vale a dire, allocati al paziente o al caso particolare), se è possibile in un modo economicamente fattibile. I costi indiretti (comuni) devono essere allocati alle aree di servizio basate su un utilizzo effettivo o causa-effetto. Tuttavia, questo potrebbe richiedere un sistema d'informazione

complesso e risorse supplementari. In pratica, gli studi di costo usano cinque modi generali per valutare le risorse: (a) misurazione diretta dei costi, (b) metodi di contabilità dei costi, (c) costi standard dell'unità, (d) imposte, spese e/o prezzi di mercato ed (e) valutazioni/estrapolazioni. Tutti presentano i loro vantaggi e svantaggi.

C'è una relazione fra esattezza delle informazioni di costo e i costi di ottenimento di tali informazioni. Di conseguenza, gli analisti, coloro che prendono le decisioni e i responsabili delle politiche finanziarie devono considerare se i benefici di informazioni di costo più esatte e dettagliate giustificano spese supplementari contratte per ottenere tali informazioni.

Le raccomandazioni date nelle attuali linee guida metodologiche variano (parzialmente a causa della mancata osservanza dei concetti fondamentali economici e di contabilità). Per esempio, le linee guida non concordano (a) sul modo migliore di collegare il valore monetario all'uso delle risorse, compreso il capitale fisso, (b) sulla prospettiva di studio suggerita (vale a dire, se societaria – prendendo in considerazione i costi di tutti i contribuenti – o focalizzata su terzi contribuenti), (c) sul metodo adatto di valutazione e di misurazione del tempo dell'assistente non professionale, (d) sulla misurazione e sulla valutazione di perdita di rendimento e/o (e) sui costi sostenuti durante gli anni di vita aggiunti. Inoltre, non c'è consenso generale nella letteratura sulla tecnica migliore da usare nella modalità di allocazione dei costi di tutti i centri di sostegno ai centri-missione (per esempio, quelli dove i pazienti sono curati ottenendo solitamente un risarcimento). Allo stesso modo, la letteratura non è d'accordo sul modo più adatto di gestire le situazioni d'incertezza.

Le attuali linee guida non forniscono abbastanza particolari sul modo migliore di selezionare i fornitori (luoghi) per il confronto dei costi e come affrontare il problema della mancanza dei dati. L'esperienza corrente indica che un metodo dall'alto verso il basso potrebbe essere utile e ragionevolmente accurato in quei casi dove le tecnologie sanitarie sul mercato (prodotti farmaceutici, dispositivi medici e altri prodotti di consumo) sono responsabili della maggior parte dell'uso delle risorse. In questi casi, un metodo dal basso verso l'alto (microcosto) può dare risultati molto simili, anche se questi saranno più costosi e con maggior dispendio di tempo. D'altro canto, un metodo dal basso verso l'alto potrebbe essere più esatto in quei casi dove la prestazione dei servizi è basata su misure organizzative complesse (il mix di input potrebbe variare significativamente) e dove i costi di risorse umane e comuni sono alla base dei costi totali.

Fase III: analisi empirica dei costi e confronto internazionale

Metodologia

Gli obiettivi di questa fase erano:

- identificare e sviluppare una metodologia per il confronto dei costi

- determinare se i prezzi rappresentano una buona valutazione dei costi di servizi individuali
- analizzare i motivi alla base delle variazioni dei costi di servizi individuali

Conformemente al progetto, sono state selezionate dieci “esigenze di assistenza”/“ragioni di contatto” che spingono i pazienti a cercare assistenza sanitaria. Le situazioni hanno descritto “pazienti tipici” indicando sesso, età e patologie comuni attinenti. Le situazioni sono state sviluppate sia per pazienti ricoverati che per pazienti esterni, per situazioni primarie, secondarie, elettive e di emergenza. È stato creato un questionario per permettere una documentazione accurata dei servizi che un paziente simile a quello descritto nelle situazioni avrebbe/ha ricevuto come pure i costi connessi ai servizi forniti.

Riquadro: descrizione delle dieci situazioni

Situazione 1	appendicectomia; maschio di 14-25 anni; ricoverato; emergenza
Situazione 2	parto normale; femmina di 25-34 anni; ricoverata; elettiva
Situazione 3	sostituzione dell'anca; femmina di 65-75 anni; ricoverata; elettiva
Situazione 4	cataratta; maschio di 70-75 anni; paziente esterno; elettivo
Situazione 5	ictus; femmina di 60-70 anni; ricoverata; emergenza
Situazione 6	infarto miocardico acuto; maschio di 50-60 anni; ricoverato; emergenza
Situazione 7	tosse; maschio di circa 2 anni; paziente esterno; emergenza
Situazione 8	colonoscopia; maschio di 55-70 anni; paziente esterno; elettivo
Situazione 9	otturazione; bambino di circa 12 anni; paziente esterno; emergenza
Situazione 10	fisioterapia; maschio di 25-35 anni; paziente esterno; elettivo

Per ogni paese, i dati sono stati raccolti per un campione di almeno cinque operatori sanitari rappresentativi di ciascuna situazione (vale a dire, almeno cinque ospedali, cinque medici generici, ecc.). Rispetto alle situazioni per contesti con pazienti ricoverati, operatori atipici, con strutture di costo che si pensa differiscano da quelle che normalmente forniscono il servizio (per esempio, ospedali per cure terziarie se il servizio è principalmente fornito da policlinici) dovevano essere esclusi dal campione. Si è consigliato ai partner di usare “policlinici per il trattamento di patologie acute” con circa 200-400 letti, a meno che questo fosse stato non indicativo dell'organizzazione reale dei servizi.

Risultati e conclusioni

La metodologia sviluppata (vale a dire, usando “le situazioni”) è risultata essere fattibile e bene accettata, conducendo a risultati realistici e validi. Poiché il metodo non è costruito su pazienti reali, ma “standardizzati” virtuali, è passibile di differenze nei modelli di trattamento e può essere usato per paragoni tra operatori o paesi. I ricercatori hanno percepito una comprensione notevole e un vero desiderio di partecipazione da parte

degli operatori sanitari così come dei responsabili amministrativi che in generale sono stati in grado di fornire valutazioni per la maggior parte delle attività. Il metodo scelto rappresenta una buona triangolazione fra metodi qualitativi e quantitativi e costituisce un approccio efficace per entrambi i progetti di collaborazione europei così come i paragoni nazionali.

Il metodo presenta tuttavia alcune limitazioni metodologiche. In primo luogo, è un dato di fatto che semplici situazioni non riflettono esattamente la realtà clinica. I campioni relativamente piccoli di entrambi operatori e pazienti reclutati conducono conseguentemente a grandi intervalli di esattezza per le valutazioni in alcuni paesi. Paesi e operatori all'interno dei paesi differivano per la loro capacità di fornire dati secondo la metodologia richiesta. Sono state identificate due differenze strutturali principali fra i paesi: in alcuni paesi gli operatori sanitari ospedalieri non hanno il controllo dei loro beni o non sono stati completamente implementati gli standard internazionali di contabilità per quanto riguarda il costo di capitale. Differenze amministrative fra i paesi includono: barriere legali all'accesso ai dati dei pazienti (particolarmente nel Regno Unito); variazioni nel livello di disponibilità a rivelare i dati; variazioni nella qualità dei sistemi d'informazione fra paesi e operatori; variazioni nel numero di operatori che contribuiscono ai dati per ciascuna situazione in ogni paese e nei numeri di pazienti esaminati da ogni operatore; le differenze nelle regole di contabilità usate per assegnare costi comuni e indiretti ai servizi.

L'analisi esplorativa (l'analisi finale sarà disponibile con gli articoli pubblicati) della correlazione fra prezzi (risarcimento) e costi ha mostrato che per *parto normale*, *ictus* e *colonoscopia*, i prezzi e i costi corrispondono generalmente alla media, benché ci siano valori erratici. Per *appendicectomia*, *sostituzione dell'anca*, *cataratta* e *infarto miocardico acuto*, i prezzi sono mediamente superiori ai costi effettivi, il che può essere dovuto al fatto che le situazioni riguardano pazienti senza complicanze. Per *otturazione* i prezzi sembrano essere, in media, inferiori ai costi. Non c'erano dati sufficienti per permettere un confronto tra costi e prezzi per *tosse* e *fisioterapia*.

Secondo il confronto dei componenti di costo per situazione, per la maggior parte di esse i costi sanitari complessivi in Ungheria, Polonia e Spagna sono stati inferiori alla media dei nove paesi. Le differenze nei costi del personale sono sembrate spiegare le variazioni internazionali per le situazioni relative a *tosse* e a *otturazione*, con differenze nel tipo di trattamento apparentemente importanti per *colonoscopia* e, forse, per *ictus*. Le spese comuni in proporzione al costo complessivo sono state ampiamente diverse sia fra i paesi che fra le situazioni. Solamente nel caso dell'*ictus* la lunghezza del ricovero dei pazienti è stata un fattore significativo connesso con le differenze nei costi fra gli ospedali.

In generale, mentre le differenze nei costi medi sono state significative fra i paesi, anche la variazione nazionale è stata inaspettatamente grande, in alcuni casi, maggiore della variazione fra paesi. Queste differenze sono parzialmente dovute a diversi standard contabili, ma anche ai prezzi d'entrata e, cosa ancora più importante, a differenze grandi

e apparentemente reali in pratica (e quindi differenze nella copertura reale dei servizi). Altri fattori esplicativi includono la registrazione dei dati, lo slittamento dei costi verso i pazienti, i tassi di cambio, la delimitazione dei servizi ad altri settori, ecc.

Risultati e raccomandazioni principali

1. Il confronto internazionale è un mezzo importante per l'apprendimento reciproco e lo sviluppo della prassi migliore. Tuttavia, il servizio, il costo e i dati di qualità non sono ordinariamente disponibili per tali confronti.
2. In passato, i panieri dei benefici degli stati dell'UE non hanno ricevuto la dovuta attenzione. Tutti i paesi devono essere chiari sui servizi forniti e devono rendere tali informazioni disponibili al pubblico.
3. Un'analisi completa di quali prodotti e servizi siano disponibili (e sotto quali termini, comprese barriere d'accesso e a quale costo) è essenziale per la Commissione, per i governi nazionali e regionali, per gli utenti sanitari e per i pazienti. È quindi suggerito che i pacchetti (di base) e i criteri usati per definirli siano analizzati, confrontati e discussi sistematicamente. Tale controllo dei pacchetti dei benefici permetterà un flusso continuo d'informazioni, per esempio, sulla disponibilità di nuove tecnologie nei vari paesi.
4. Ciò richiede che i documenti pubblici siano redatti regolarmente da ogni stato membro dando una descrizione trasparente dei panieri sanitari e dei criteri di risoluzione. Si ha tuttavia bisogno urgentemente di un "linguaggio" comune (o tassonomia: "Classificazione europea dei servizi medico-sanitari") per esplorare e descrivere le differenze (se giustificate da preferenze, valori, costumi, differenze negli operatori o altro) sia per scopi pratici che scientifici. Il suo sviluppo deve essere all'ordine del giorno europeo nell'immediato futuro. La tassonomia potrebbe essere sviluppata come espansione della classificazione dell'OCSE; bisognerebbe investigare l'utilità di EN 1828 sui sistemi di codificazione sanitari e di EN 1068 sui sistemi di codificazione delle procedure chirurgiche.
5. A medio e lungo termine, l'adozione di standard comuni per determinare l'inclusione di benefici in panieri dei paesi dell'UE e possibilmente la costruzione di un unico paniere europeo di benefici (probabilmente limitato all'inizio a certe indicazioni con un chiaro valore aggiunto europeo, quali le malattie rare) devono essere all'ordine del giorno europeo. Si raccomanda a chi fa le scelte programmatiche di prevedere tali discussioni.
6. Dal momento che i paesi sono sempre più interessati a considerazioni di rendimento della spesa/convenienza, hanno bisogno di dati solidi, sia sul costo che sull'efficacia. Il costo, in particolare, è stato trascurato in passato (paragonato ai risultati di misurazione) e una metodologia comparabile non è attualmente disponibile.

7. Il nostro metodo di uso standardizzato di situazioni per esplorare l'uso delle risorse e dei costi ha dimostrato di essere fattibile. Supera infatti molte delle difficoltà metodologiche incontrate da altri metodi. Nell'immediato futuro, il sistema delle situazioni deve essere ulteriormente analizzato. Una tale analisi deve includere un'estensione a episodi transettoriali di cura (per esempio, terapia intensiva e riabilitazione), episodi di terapia cronica (quali nei programmi di gestione della malattia), malattie mentali, così come problemi metodologici come l'allocazione dei costi comuni più paragonabili o che hanno pari potere d'acquisto.
8. Il prerequisito per il confronto internazionale dei costi è una guida metodologica reciprocamente accettata (metodo contabile standard) e ragionevolmente conforme. Tuttavia, il consenso generale sui principi scientifici di base non sarà sufficiente ad assicurare una comparabilità significativa. È importante standardizzare i metodi e le tecniche più importanti e frequentemente usati quale la misurazione dell'uso delle risorse, i metodi di allocazione dei costi, comprese la base e le tecniche di allocazione e i metodi di valutazione, così come l'utilizzazione delle capacità. Inoltre, le linee guida comuni devono fornire istruzioni dettagliate su come utilizzare in forma pratica questi strumenti.
9. L'armonizzazione delle metodologie di costo è essenziale ma non sufficiente per assicurare una comparabilità significativa. Piuttosto, bisognerebbe coordinare e standardizzare i sistemi di contabilità sia a livello dell'operatore che a livello nazionale. Ciò, tuttavia, solleva un serio dilemma: una metodologia sanitaria contabile "europea" standardizzata al livello dell'operatore potrebbe essere giustificata e "necessaria" ma il rispetto di una singola metodologia sarebbe in conflitto con il principio di sussidiarietà (come accade sempre con gli standard). Ciò è, forse paradossalmente, causato dal fatto che un maggior numero di governi decentrati e di sistemi amministrativi operativi richiede un maggior numero di dati uniformi.
10. I partner del progetto *HealthBASKET* suggeriscono che bisognerebbe ulteriormente provare l'opzione seguente per superare tale dilemma: stabilire "un club di dati di riferimento" volontario per gli ospedali che si troveranno d'accordo sugli standard comuni di contabilità. Mentre questa opzione presenta molti vantaggi (per esempio, pressione sugli ospedali non partecipanti affinché si uniscano al club), bisogna anche comprendere le relative limitazioni metodologiche; per esempio, tali ospedali probabilmente non rappresenteranno tutti gli ospedali della regione.
11. Una volta che tali dati comparativi sono disponibili, i paesi europei devono rivisitare il presupposto comune che i loro sistemi sanitari funzionano così diversamente da giustificare tutti i diversi sistemi di finanziamento e regolamentazione. Il progetto *HealthBASKET* suggerisce che, per molti aspetti, la variazione nazionale può essere maggiore e più significativa della variazione

fra paesi. Ciò a sua volta solleva il problema della garanzia della qualità paneuropea e dei sistemi di classificazione dei pazienti paneuropei (per esempio, si dovrebbe analizzare più dettagliatamente un sistema Euro-DRG).

Lavori futuri

Sebbene i partner di progetto abbiano realizzato gli obiettivi dichiarati d'accordo con l'UE, è chiaro che c'è ancora molto da fare. E più in particolare sono necessari:

- lo sviluppo di una "Classificazione europea dei servizi medico-sanitari";
- un'estensione (della descrizione e dell'analisi dei panieri dei benefici così come dei costi e prezzi usati) agli altri paesi dell'UE;
- gli aggiornamenti continui dei risultati (entrambi potrebbero essere perseguiti sotto gli auspici della Commissione) e
- un'analisi più completa dei sistemi europei DRG così come dei cataloghi usati nella cura dei pazienti esterni, ecc. allo scopo di analizzare ulteriormente occasioni di apprendimento e collaborazione reciproci.

www.healthbasket.org