

# Roundtable I-Com

## ***LOOKING AT THE BIG PICTURE: I PILASTRI FONDAMENTALI PER ATTUARE UNA RIFORMA CORAGGIOSA DEL SSN***

Roma, Piazza Santi Apostoli, 66  
Martedì 14 Aprile 2015



## **COME DOTARSI DI NUOVI STRUMENTI PER IL GOVERNO DELLA SPESA SANITARIA**

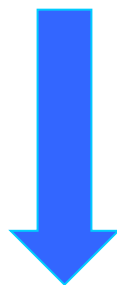
**Vincenzo Atella**

**Health Econometrics, Economics and Policy (HEEP)**

- ◆ **NUOVA *LEADERSHIP* POLITICA E RIFORMA P.A.**
- ◆ ***DUAL GOVERNANCE* STATO-REGIONI**
- ◆ ***PATIENT JOURNEY***
- ◆ **VERIFICA E CONTROLLO DELLA SPESA**

- ◆ A livello nazionale il controllo della spesa è stato attuato soprattutto mediante l'imposizione di tetti (prevalentemente per i farmaci), e il contenimento delle risorse per l'assistenza ospedaliera (riduzione dei posti letto e dei tassi di ospedalizzazione).
- ◆ Alcuni governi locali si sono dotati di strumenti di monitoraggio della spesa che, pur con risultati positivi, contribuiscono tuttavia alla persistenza di un sistema non uniforme a livello nazionale, specialmente per le cronicità.
- ◆ Perché, ad oggi, il Governo centrale non ha ancora avviato un reale processo di integrazione e uniformazione dei sistemi di controllo della spesa e di certificazione univoca del dato?

*A livello nazionale il controllo della spesa è stato attuato soprattutto mediante l'imposizione di tetti (prevalentemente per i farmaci), e il contenimento delle risorse per l'assistenza ospedaliera (riduzione dei posti letto e dei tassi di ospedalizzazione).*



**Sono gli unici settori in cui esiste un flusso di dati raccolto a livello centrale (AIFA-OSMED e Ministero Salute) che ha permesso negli anni di effettuare un monitoraggio attento di cosa stava succedendo.**

*Alcuni governi locali si sono dotati di strumenti di monitoraggio della spesa che, pur con risultati positivi, contribuiscono tuttavia alla persistenza di un sistema non uniforme a livello nazionale, specialmente per le cronicità.*



◆ **Questo dimostra che dove si è in grado di fare monitoraggio i risultati si ottengono. Tuttavia, ogni regione fa la sua raccolta dati e si organizza in base alle proprie necessità. Manca la regia nazionale. Fin tanto che non si riuscirà a centralizzare il flusso dei dati questi problemi permarranno.**

# ALCUNE RISPOSTE VELOCI ALLE QUESTIONI CHIAVE

*Perché, ad oggi, il Governo centrale non ha ancora avviato un reale processo di integrazione e uniformazione dei sistemi di controllo della spesa e di certificazione univoca del dato?*



# PERCHE' MANCANO I SISTEMI DI CONTROLLO?

- ◆ Quali potrebbero essere le cause di queste carenze?
  - Motivi tecnici (informatici e organizzativi)?
  - Motivi giuridici?
  - Motivi di opportunità politica?

- ◆ Non esistono strumenti **efficaci** per il governo della spesa sanitaria e per il monitoraggio delle risorse se non si hanno chiari alcuni punti fondamentali:
  - Quali sono i bisogni della popolazione oggi e nei prossimi anni
  - Un'idea di lista delle priorità negli interventi basata su criteri di costo/efficacia
  - Consapevolezza che la spesa in sanità è un investimento per il futuro



◆ Secondo il WHO:

**“It is generally agreed that countries cannot manage what they cannot measure”**

◆ e

**“Policy makers in Member States and stakeholders are progressively more aware of the value of tracking resources for health.”**

◆ ....e secondo l'OCSE (Astolfi et al., 2012):

**In futuro c'è un potenziale enorme per lo sviluppo di strumenti di supporto decisionale per aiutare i decisori politici nella gestione dei sistemi sanitari, delle risorse e della spesa.**

◆ e

**I progressi nella tecnologia informatica e nella raccolta di dati clinici ed economici dettagliati consentono lo sviluppo di modelli in grado di capire con maggiore precisione i driver di crescita della spesa sanitaria e di aiutare a testare il potenziale impatto futuro degli interventi di politica sanitaria prima di attuarli nel "mondo reale".**

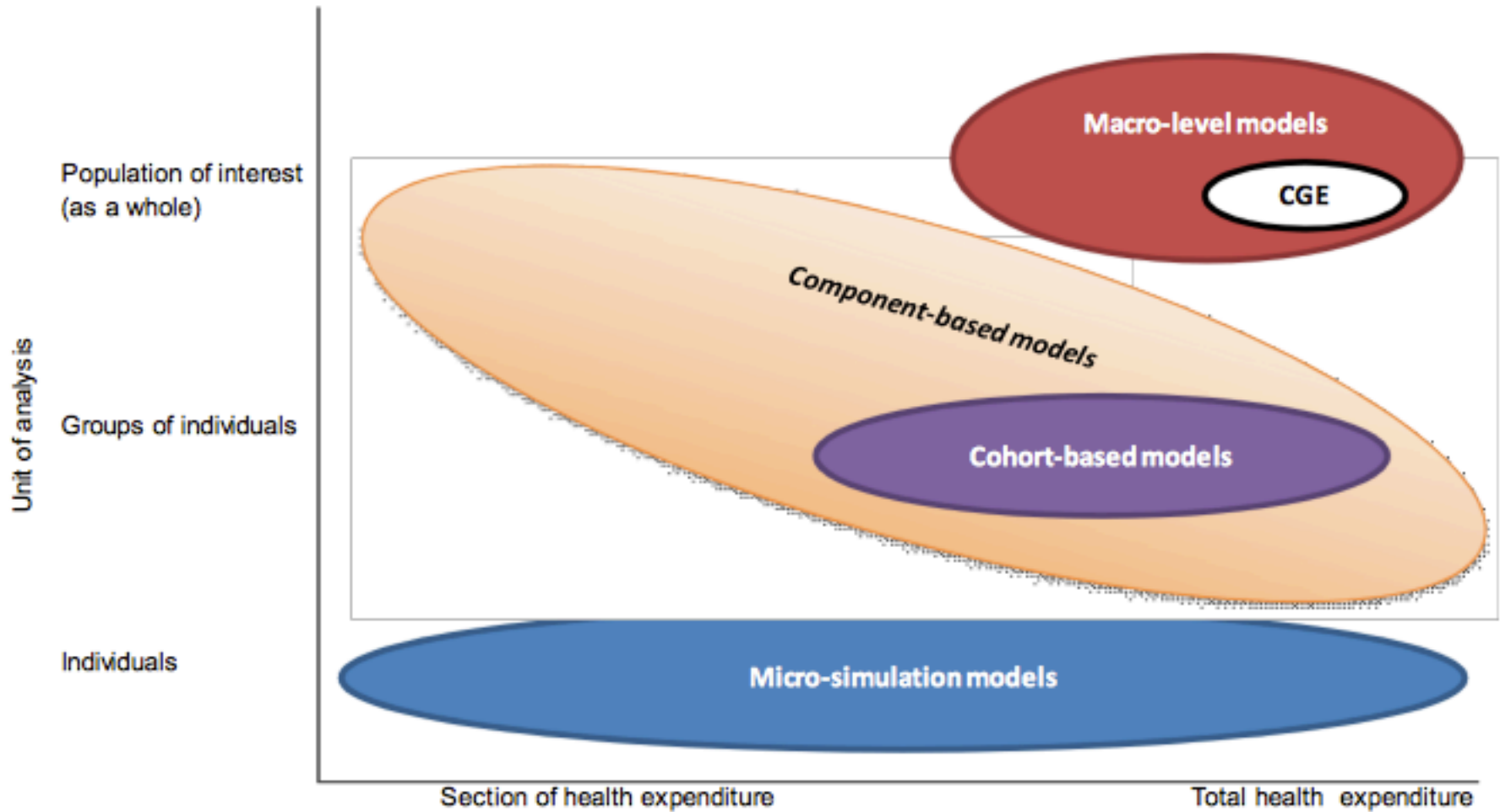
**Questi modelli possono aiutare ad indirizzare gli sforzi e le risorse verso iniziative più efficaci.**

- ◆ **“Emerging onto the scene are approaches that enable detailed “what if” questions about the introduction of policies related to prevention, treatment, organisation and financing of care, technological innovation and health-sector productivity. Further, there are new approaches that enable health expenditures to be situated in a broader context: they can take account of factors such as the health, longevity, and productivity of the population; and investment, consumption and economic growth which can help policy makers evaluate “value for money”.**

Astolfi et Al. (2012)

- ◆ Following **OECD guidelines**, potential questions that policy makers should be able to answer **through adequate decision making tools** are the following (see Astolfi et Al., 2012):
  - What may be future health expenditures if no action is taken?
  - What are the drivers of rising costs?
  - In which sector of the health care system are costs rising the most?
  - What will be the potential impact on health care expenditures if different medical technologies or innovations experts view are actually introduced?
  - What will be in the short, medium and long-run term the effects on expenditure and health outcomes of health care policies aimed at improving primary and secondary prevention.

# TIPOLOGIA DI MODELLI PREVISIONALI



Source: Roberto Astolfi, Luca Lorenzoni and Jillian Oderkirk for the OECD.

- ◆ Un modello di Microsimulazione è uno strumento per **modellare *real life events* simulando le azioni degli individui** che compongono il sistema dove gli eventi si verificano:
  - Sono modelli quantitativi su ampia scala e ad alta complessità
  - Sono focalizzati su singoli individui e/o su famiglie
  - Si basano su dataset con micro-dati
  - Cercano di riprodurre l'eterogeneità che è presente nella vita reale

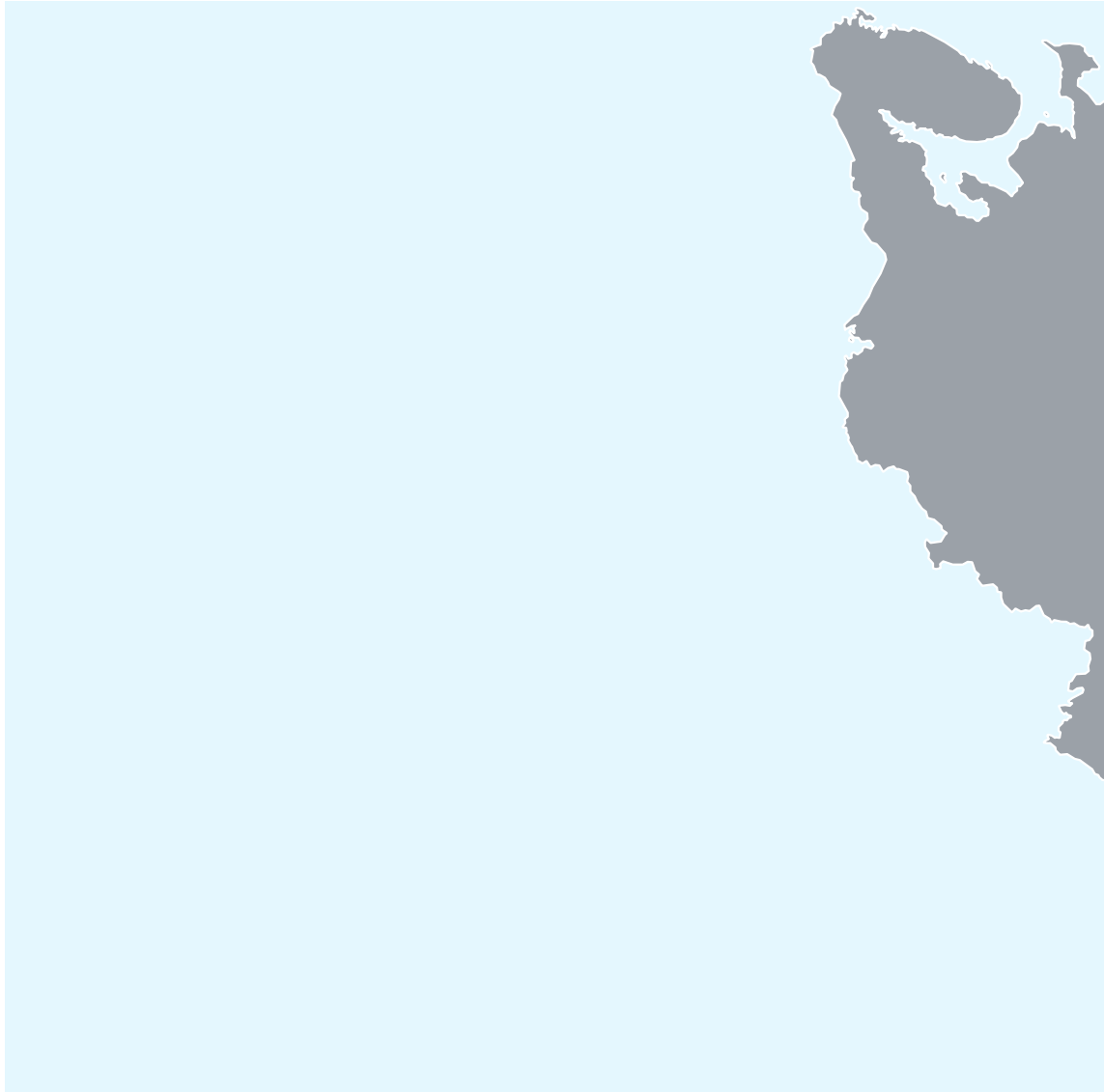
# **IL MODELLO E-FEM**




## **EU – FUTURE ELDERLY MODEL**

- ◆ The project will gain from the collaboration of several well know international research institutions.
- ◆ CEIS Tor Vergata will lead the project and receives support from the following organizations:
  - Health Division, Dir. for Employment, Labour and Social Affairs OECD
  - Division of Health Statistics – ISTAT
  - Center for Health Policy (CHP) at Stanford University
  - Schaeffer Center at University of Southern California
- ◆ Received unconditional grant from Abbvie



# PAESI CHE PARTECIPANO IN E-FEM



-  Included in the SHARE survey
-  Included in the SHARE survey and the microsimulation model
-  Similar survey being conducted, to be included in the model

- ◆ Evaluation of the introduction of a new “magic” drug for weight loss.
- ◆ Assumption 1 → Effect on BMI:
  1. -7,5% for  $25 < \text{BMI} < 30$ ;
  2. -15% for  $30 < \text{BMI} < 35$ ;
  3. -22,5% for  $35 < \text{BMI} < 40$ ;
  4. -30% for  $\text{BMI} > 40$ ;
- ◆ Assumption II → the pill is taken (at random) by 80% of the eligible population ( $\text{BMI} > 25$ , stock + new cohorts).

# RISPARMI DA USO FARMACI (mIn Euro)

Year	Diabetes	Hypertension	Stroke	Hearth	Total
2007	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2009	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2011	-1,046.5	-828.2	-168.7	-507.5	-2,690.6
2013	-1,897.7	-1,181.7	-305.8	-672.6	-4,279.8
2015	-2,672.4	-1,717.6	-456.2	-945.6	-6,096.5
2017	-3,430.9	-1,683.1	-589.8	-1,216.8	-7,323.6
2019	-3,782.4	-1,932.2	-724.0	-1,348.0	-8,349.0
2021	-4,717.5	-1,931.6	-928.9	-1,387.3	-9,562.2
2023	-5,269.3	-1,881.4	-978.3	-1,518.6	-10,362.4
2025	-6,538.0	-1,822.4	-1,238.3	-1,550.0	-11,898.3
2027	-6,086.3	-1,656.6	-1,153.6	-1,341.1	-10,820.4
2029	-6,291.2	-1,584.8	-1,084.7	-1,487.1	-11,296.0
2031	-6,316.1	-1,386.5	-1,109.4	-1,445.3	-10,922.5
2033	-6,819.9	-1,295.4	-1,174.4	-1,508.5	-11,491.3
2035	-7,075.2	-1,429.1	-1,364.5	-1,544.4	-12,097.6
2037	-7,144.1	-1,471.9	-1,343.5	-1,510.7	-12,123.4
2039	-6,874.2	-1,262.3	-1,084.0	-1,472.1	-11,401.0
2041	-6,004.5	-1,209.7	-1,000.0	-1,286.6	-10,170.7
2043	-6,348.4	-1,349.5	-914.3	-1,164.8	-10,436.5
2045	-6,210.9	-1,195.4	-851.2	-1,133.0	-10,160.4
2047	-6,551.8	-856.0	-821.3	-952.3	-9,844.0
2049	-5,394.5	-866.7	-817.8	-959.2	-8,641.2
2051	-6,196.5	-1,018.3	-890.2	-1,061.2	-9,783.7
<b>Total</b>	<b>-112,668.2</b>	<b>-29,560.3</b>	<b>-189,980.7</b>	<b>-26,012.6</b>	<b>-199,751.1</b>

- ◆ Evaluation of changes in trends of risk factors (BMI classes) for chronic conditions.
- ◆ This is implemented by altering the trend of incoming cohorts (50-51 year-olds) BMI classes.
- ◆ Target: 44% reduction in obese 1 ( $30 < \text{BMI} < 35$ ), 54% reduction in  $35 < \text{BMI} < 40$ , and 58% reduction in obese 3 ( $\text{BMI} > 40$ ).

# RISPARMI PER MIGLIORI STILI DI VITA (mln Euro)

Year	Diabetes	Hypertension	Total
2007	0.00	0.00	0.00
2009	-221.73	-127.66	-349.39
2011	-523.09	-611.89	-1,134.97
2013	-640.14	-929.40	-1,569.54
2015	-736.27	-1,409.34	-2,145.62
2017	-1,163.01	-1,771.54	-2,934.55
2019	-1,415.47	-2,381.27	-3,796.73
2021	-1,839.15	-2,807.78	-4,646.93
2023	-2,181.36	-3,179.36	-5,360.72
2025	-2,840.15	-3,313.65	-6,153.80
2027	-2,734.84	-3,272.29	-6,007.14
2029	-3,002.03	-3,525.10	-6,527.13
2031	-3,296.18	-3,383.05	-6,679.23
2033	-3,415.82	-3,446.16	-6,861.98
2035	-3,512.11	-3,694.51	-7,206.62
2037	-3,430.92	-3,549.04	-6,979.96
2039	-3,254.39	-3,018.44	-6,272.84
2041	-2,776.98	-2,856.21	-5,633.19
2043	-2,807.01	-2,867.59	-5,674.60
2045	-2,521.87	-2,241.53	-4,763.40
2047	-2,368.92	-1,437.30	-3,806.22
2049	-1,822.53	-1,127.42	-2,949.95
2051	-2,127.27	-1,174.81	-3,302.09
<b>Total</b>	<b>-48,631.26</b>	<b>-52,125.34</b>	<b>-100,756.60</b>

**GRAZIE!**