Il sistema di finanziamento del SSN
le SDO, i DRG

Finanziamento: Livello nazionale

- Allo scopo di garantire uno degli obiettivi del PSN, ovvero livelli uniformi di assistenza sanitaria da erogare su tutto il territorio nazionale a carico dello Stato, viene definito un ***Fondo Sanitario Nazionale*** che serve per finanziare l'assistenza a tutti i cittadini sulla base di quanto enunciato come programmazione.
- IL FSN è determinato annualmente dalla legge finanziaria ed è a carico del Bilancio dello Stato.
- La quota assegnata del FSN alle Regioni può essere esclusivamente utilizzata per finanziare attività sanitarie.
- Il FSN viene ripartito alle Regioni dal CIPE (Comitato interministeriale per la programmazione economica) su proposta del Ministero della Salute e sentita la Conferenza Stato/Regioni, in base alla numerosità della popolazione residente e ponderando per i consumi specifici per età. Quindi in base ad una "quota capitaria " ovvero quota fissa per ciascun residente calcolata anche per i consumi sanitari specifici per età (" pesata") .

Finanziamento: Livello regionale

- Il Fondo Sanitario regionale (FSR) è la quota del FSN assegnato alle Regioni per garantire i LEA.
- Al FSR sono da aggiungere :
  - Gettito IRAP (imposta diretta sulle attività produttive)
  - Addizionale IRPEF (imposta sul reddito delle persone fisiche)
  - Compartecipazione all'accisa sulla benzina
  - Compartecipazione regionale all'IVA
- Qualora le Regione al loro interno vogliano garantire livelli assistenziali superiori a quelli previsti dal PSN devono farne fronte con risorse proprie (es. attraverso Imposte locali). Allo stesso modo le Regioni devono far fronte ad eventuali disavanzi.

Finanziamento: Livello locale delle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere

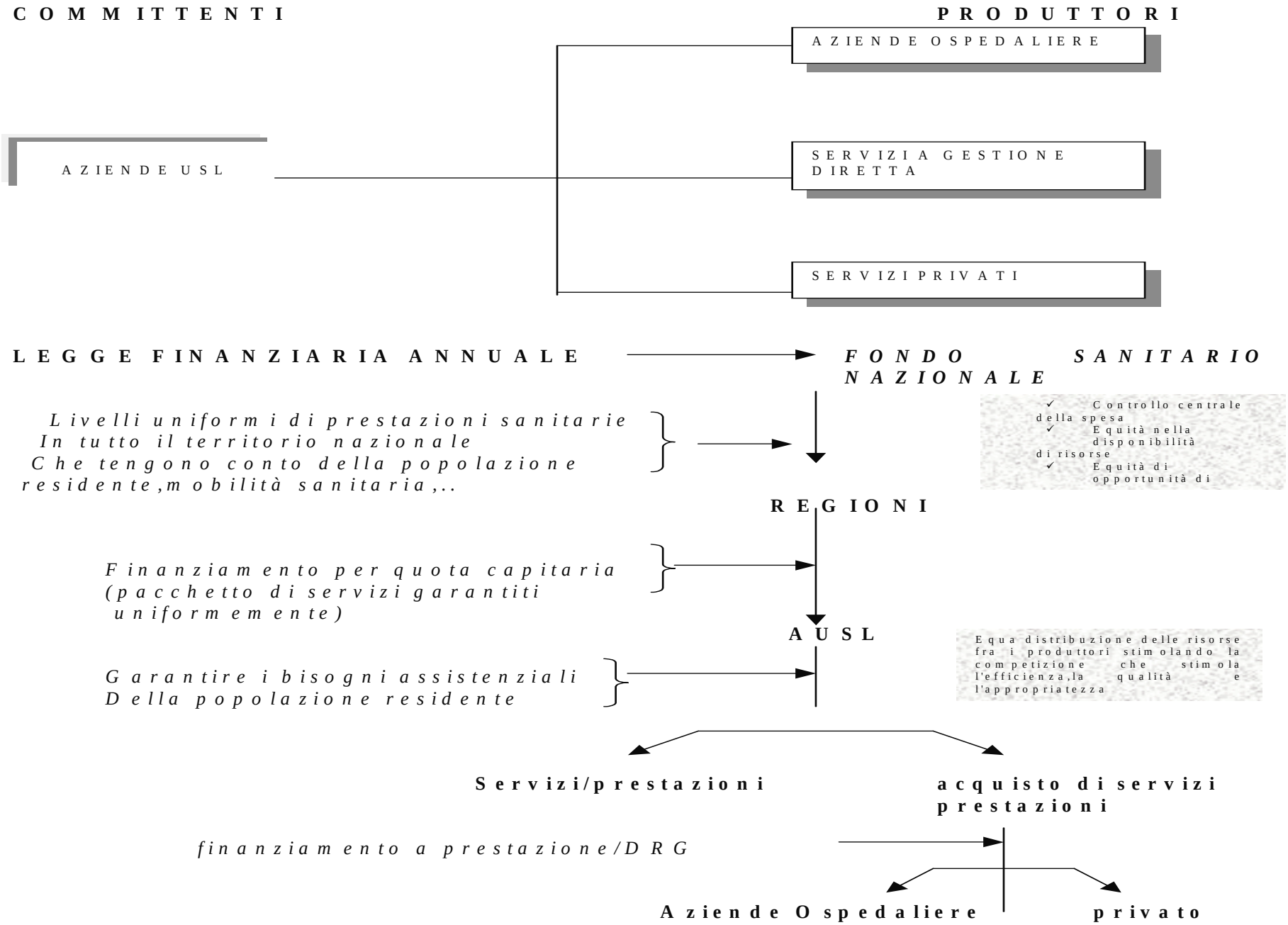
Il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali è assicurato dalla quota parte del FSR ripartito secondo criteri analoghi a quelli nazionali , destinato al finanziamento dei LEA, a progetti speciali e al raggiungimento di specifici obiettivi di salute. Il finanziamento regionale tiene conto di parametri demografici che possono indicare l'entità di domanda di salute della popolazione residente (*quota capitaria pesata*) ad es in alcune Regioni la quota capitaria attribuita alle AUSL viene standardizzata per età e sesso in base ai consumi sanitari attesi per fasce di popolazione e corrette utilizzando i tassi di ospedalizzazione specifici per DRG dei propri cittadini e per alcuni indicatori di mortalità..

Le Aziende hanno anche entrate proprie (ticket, prestazioni a pagamento, entrate dal patrimonio..) e il saldo attivo della mobilità sanitaria

SISTEMA DI FINANZIAMENTO AZIENDE OSPEDALIERE E AZIENDE PRIVATE

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie e le Aziende private (autorizzate e accreditate) vengono finanziate dalle AUSL committenti che sono competenti per territorio (residenza del paziente) in base alle prestazioni svolte nell'ambito di un contratto di fornitura.

Qualora non sia in essere un contratto di fornitura fra l'AUSL e le Aziende Ospedaliere e le Aziende private la remunerazione delle prestazioni avviene tramite un sistema di rimborso su base tariffaria.


COMMITTENTI
PRODUTTORI
AZIENDE OSPEDALIERE
AZIENDE USL
SERVIZI A GESTIONE DIRETTA
SERVIZI PRIVATI
LEGGE FINANZIARIA ANNUALE
FONDO SANITARIO NAZIONALE
Livelli uniformi di prestazioni sanitarie
In tutto il territorio nazionale
Che tengono conto della popolazione residente,mobilità sanitaria,..
✓ Controllo centrale della spesa
✓ Equità nella disponibilità di risorse
✓ Equità di opportunità di
REGIONI
Finanziamento per quota capitaria
(pacchetto di servizi garantiti uniformemente)
AUSL
Garantire i bisogni assistenziali
Della popolazione residente
Equa distribuzione delle risorse fra i produttori stimolando la competizione che stimola l'efficienza,la qualità e l'appropriatezza
Servizi/prestazioni
acquisto di servizi prestazioni
finanziamento a prestazione/DRG
Aziende Ospedaliere
privato

Con il D.Lgs 502/92 vi è il superamento delle convenzioni uniche stabilite dalla 833/78 e c'è l'introduzione di regole di mercato con soggetti detentori di fondi e soggetti produttori ("mercato in sanità") nel quale erogatori /venditori (ospedali accreditati sia pubblici sia privati) competono nel fornire servizi ai compratori/committenti (aziende unità sanitarie locali).
Le Aziende Ospedaliere hanno come unica missione aziendale la produzione di servizi da vendere a chi li richiede.
Le Aziende USL sono i primi responsabili dello stato di salute dei cittadini residenti nel territorio quindi sono dei produttori di prestazioni sanitarie attraverso i propri servizi e presidi ospedalieri.
Le Aziende Unita Sanitarie Locali là dove non sono autonome nel rispondere ai fabbisogni di assistenza dopo essersi avvalsi dei propri servizi e Presidi Ospedalieri, diventano compratori di prestazioni stabilendo accordi contrattuali con Aziende Ospedaliere o Istituti Privati (autorizzati, accreditati) a cui corrispondere tariffe di fronte a prestazioni rese.
Le tariffe sono definite in base a criteri fissati dal Ministero della Sanità.

La competizione fra produttori di prestazioni sanitarie da una parte ed i compratori dall'altra ha l'obiettivo di ottimizzare il rapporto costo qualità.

Le unità di pagamento del sistema di rimborso tariffario sono il *IL* ***RICOVERO*** e le ***PRESTAZIONI AMBULATORIALI*** previste dal nomenclatore tariffario.

1) Il Ricovero è differenziato per complessità assistenziale e costi relativi in 489 categorie descritte dai ***DRG*** (Diagnosis Related Group).

   La SDO (Scheda di dimissione ospedaliera) è il supporto informativo basilare del nuovo sistema di finanziamento. Da questa si ricavano i dati relativi al ricovero per la sua attribuzione ad uno specifico DRG

   LE ***TARIFFE*** associate alle diverse categorie di ricovero (DRG) sono determinate dalle risorse medie assorbite per l'assistenza valorizzate secondo i costi standard di produzione che sono calcolati su un gruppo di ospedali regionali con livelli ottimali di efficienza tecnica.

1) Le tariffe delle prestazioni ambulatoriali sono indicate nel ***Nomenclatore tariffario nazionale e regionale***.

Il **sistema di rimborso su base tariffaria** ha come obiettivi:

*la misurazione e la contabilizzazione delle attività
*regolazione dei rapporti finanziari tra produttori e acquirenti
*aumento dell'efficienza tecnica
*aumento dell'efficienza allocativa
*controllo della spesa sanitaria
*equa distribuzione delle risorse dentro il sistema ospedaliero

In merito alla determinazione delle tariffe il Ministero della Sanità ha stabilito (DM '94):

°ogni Regione determina i propri livelli tariffari che sono determinati con riferimento al costo standard di produzione rilevato
°le tariffe regionali sono valide per tutti i produttori pubblici e privati della Regione e sono sia per le prestazioni ambulatoriali sia di degenza previste nei nomenclatori nazionali
°le tariffe regionali rappresentano le tariffe massime da corrispondere ai soggetti produttori , ma le AUSL possono negoziare prezzi di acquisto (tariffe) di prestazioni più bassi
°i nomenclatori delle prestazioni ambulatoriali e di degenza sono fissati e aggiornati a livello nazionale
°ove la Regione non abbia fissato le proprie tariffe entrano in vigore automaticamente le corrispondenti tariffe definite dal Ministero della Sanità

Il sistema tariffario

La tariffa unica nazionale produce vantaggi e svantaggi

Vantaggi

- maggiore stabilità del sistema sanitario e maggiore facilità nella gestione dal punto di vista amministrativo-contabile
- Tariffa unica non contrattabile ha un minore impatto sull'etica dei produttori e committenti

Svantaggi

•Necessità di aggiornare le tariffe con l'andamento dei costi

•Impossibilità di sviluppare la competizione fra produttori

•Difficoltà di adattarsi a situazioni ospedaliere molto differenziate anche a livello regionale.

quindi

La scelta di un **sistema di “tariffe massime”** è stata una scelta che da un lato ha imposto un tetto di spesa dall’altro ha permesso una flessibilità verso il basso nella negoziazione fra committenti e produttori.

Il *rischio* di rigidità può verificarsi se

•Il produttore è in una posizione di monopolio

•Situazione di eccessiva competizione con sopravvento dei committenti sui produttori

E' UN SISTEMA di finanziamento PROSPETTICO

che stimola l'efficienza produttiva e scoraggia il recupero a posteriori dei maggiori costi sostenuti (tipico dei sistemi retrospettivi precedenti).

Caratteristiche e obiettivi del sistema:

* Remunerazione in base al numero ed alla complessità dei ricoveri (non secondo il n° delle gg di degenza o secondo i costi sostenuti)

* tariffe determinate in anticipo e indipendenti dai costi di produzione effettivamente sostenuti

* Parità del bilancio, facendo fronte ai margini negativi e trattenendo i margini positivi

Il nuovo sistema di finanziamento pone sotto controllo i costi complessivi di ogni singolo ricovero in quanto **predetermina** la tariffa che il SSN pagherà per unità di prodotto.

La necessità di allineare i costi di produzione dell'assistenza ai finanziamenti previsti da un sistema di tariffe predeterminate determina un profondo impatto sull'organizzazione interna e sulla gestione degli ospedali.

Gli ospedali sono sottoposti ad un rischio finanziario e a pressioni competitive degli altri produttori di servizi per cui devono dotarsi di un valido sistema informativo per monitorare le prestazioni effettuate, i costi di produzione e il loro rapporto sia con le tariffe corrisposte dai committenti sia con i costi dei potenziali competitori.

Di qui la promozione dell'efficienza e dell'appropropriatezza dell'utilizzo di risorse per l'assistenza.

Erogazione di prestazioni assistenziali

- La regolamentazione dell'accesso delle strutture pubbliche e private nel sistema di produzione dei servizi e delle prestazioni nell'ambito del SSN è articolata secondo tre livelli:
  - L*'autorizzazione* alla realizzazione e al funzionamento delle strutture sanitarie. E' la procedura di certificazione del possesso di requisiti minimi (strutturali, tecnologici, organizzativi) richiesti per l'inizio dell'attività sanitaria. Viene rilasciata dal Comune
  - L'*accreditamento* istituzionale è la verifica periodica da parte di un organo esterno del possesso di requisiti predeterminati relativi alla struttura, organizzazione e funzionamento che determinano la qualità dell'assistenza. L'accreditamento viene rilasciato dalla Regione tenendo conto anche della funzionalità della struttura rispetto alla programmazione regionale. E' uno strumento di regolazione del mercato sanitario teso ad evitare che nell'ambito delle logiche competitive di mercato scada la qualità dell'assistenza degli erogatori di prestazioni nell'ambito del SSN. Di per sé l'accreditamento non consente di erogare prestazioni nell'ambito del SSN perché l'erogazione deve avvenire nell'ambito di accordi contrattuali

- gli *accordi contrattuali* vengono stabiliti fra Regione, AUSL e soggetti autorizzati e accreditati. Questi accordi rappresentano la possibilità di selezionare e individuare i soggetti erogatori di servizi nell'ambito del SSN definendo i volumi, la tipologia delle prestazioni necessarie e determinando la relativa remunerazione.

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

L’introduzione del sistema di pagamento a prestazione per gli ospedali ha conferito alla SDO un ruolo critico in quanto è la base informativa del nuovo sistema di finanziamento.

La SDO ha inoltre nuove funzioni nell’ambito del sistema informativo sanitario

D.M.S. 28 /12/1991 istituisce la SDO definendola:

“strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale”

“è parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale”

“ha carattere di atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico”

I precedenti strumenti di rilevazione dell'attività ospedaliera erano:

1.Modelli HSP-erano gestiti dal Ministero della Sanità e rilevavano il n° di pazienti ricoverati e dimessi in un ospedale, la durata di degenza e l'eventuale intervento chirurgico (senza specificarlo)

2.Modello ISTAT/D/10 – si riferiva ai pazienti dimessi nei primi sette giorni del mese da un ospedale, ne rilevava esclusivamente la diagnosi principale di dimissione e la terapia prevalente (senza specificare).

La SDO deve essere compilata per tutti i ricoveri sia in istituti pubblici sia privati convenzionati, con l'eccezione dei ricoverati in strutture socio-sanitarie (es. RSA,..)

Le informazioni raccolte dalla SDO, in coerenza con il set minimo di dati che la Comunità Europea ha raccomandato per tutti i pazienti ricoverati in ospedale, sono finalizzate sia alla gestione degli ospedali sia alla ricerca epidemiologica e clinica.

Il contenuto informativo è ampio e standardizzato.

European Minimum Basic Data Set

1. Identificazione dell’ospedale
2. Identificazione del paziente
3. Sesso
4. Età al ricovero
5. Stato civile
6. Residenza
7. Data del ricovero
8. Durata della degenza
9. Stato alla dimissione
10. Diagnosi principale
11. Altre diagnosi
12. Procedure chirurgiche e ostetriche
13. Altre procedure significative

Il D.M.S. ’91 prevede, oltre alle notizie precedentemente elencate, l’inserimento anche dell’indicazione del reparto di ricovero e dimissione inclusi i trasferimenti interni, lo stato del paziente al momento della dimissione, la sua destinazione.

Dal 2003 in E-R è obbligatorio il dato relativo alla data di prenotazione del ricovero (solo per i ricoveri programmati).

Questo viene fatto in un’ottica di controllo delle liste di attesa (es. ricovero per intervento di anca, per Ca mammella,…)

D.M. ’91- informazioni che devono essere contenute nella SDO

1. Denominazione dell’ospedale di ricovero
2. Numero della scheda
3. Cognome e nome del paziente
4. Sesso
5. Data di nascita
6. Comune di nascita
7. Stato civile
8. Luogo di residenza
9. Cittadinanza
10. Codice sanitario individuale
11. Regione di appartenenza
12. Unità sanitaria locale di iscrizione
13. Regime di ricovero
14. Data di ricovero
15. Ora di ricovero
16. Reparto di ammissione
17. Onere della degenza
18. Provenienza del paziente

1. Tipo di ricovero
2. Motivo del ricovero
3. Traumatismi e intossicazioni
4. Trasferimenti interni
5. Reparto di dimissione
6. Area funzionale di dimissione
7. Data di dimissione o morte
8. Modalità di dimissione
9. Riscontro autoptico
10. Diagnosi principale di dimissione
11. Patologie concomitanti o complicanze della malattia principale
12. Intervento chirurgico principale o parto
13. Altri interventi o procedure
14. (in caso di ricovero in Day Hospital) motivo del ricovero
15. (in caso di ricovero in Day Hospital) numero di giornate di presenza
16. Necessità di assistenza domiciliare o ricovero in RSA

L’introduzione della SDO mette a disposizione ai vari livelli di governo del SSN un flusso informativo relativo alla tipologia di assistenza erogata in tutti gli ospedali del territorio nazionale quale supporto ai processi di valutazione, programmazione, gestione e controllo dell’attività ospedaliera nonché quale rilevazione sistematica di carattere epidemiologico .

Diagnosi principale di dimissione-condizione clinica che dopo gli opportuni accertamenti ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e assistenziali e ha comportato i più importanti problemi assistenziali.

Diagnosi secondaria-sono patologie presenti al momento del ricovero ma non correlate alla diagnosi principale, oppure condizioni insorte durante il ricovero come stati evolutivi della diagnosi principale, oppure complicanze del trattamento ricevuto.

Intervento chirurgico principale- rappresenta l'intervento o la procedura correlata alla diagnosi principale oppure quella che ha determinato il maggior peso assistenziale e che si sia svolta in ambiente attrezzato con personale e attrezzature specializzate..

Il Decreto istitutivo della SDO stabilisce che sia le diagnosi sia gli interventi/procedure debbano essere codificate secondo un **sistema di classificazione ICD-9-CM** ovvero la nona revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte del 1979 che ha dato maggiore specificità clinica nella codifica delle diagnosi rispetto alle precedenti versioni.

Dal 1 gennaio 2005 è utilizzata in RER la versione aggiornata del sistema di classificazione ICD-9-CM 2002, ultima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie e delle cause di morte. Questa versione è stata adottata sull'intero territorio nazionale dal 1 gennaio 2006.

La Classificazione Internazionale delle malattie è suddivisa in tre sezioni di cui viene usata solo quella riguardante le “malattie e natura dei traumatismi”.

La Classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi è suddivisa in 17 capitoli di cui 10 dedicati alle condizioni relative a specifici organi e sistemi mentre gli altri 7 descrivono condizioni sistemiche

*La **specificità, completezza e accuratezza** nella compilazione della SDO e nell'attribuzione dei codici pertinenti non sono solo gli attributi di una buona base informativa ma hanno un impatto finanziario sull'ospedale*.

Il **sistema di controllo della qualità della SDO** ha l'obiettivo di

• descrivere l'effettiva complessità della casistica ricoverata,

• soddisfare i requisiti minimi dei controlli esterni dell'ente finanziatore,

•contribuire alla produzione delle informazioni per la gestione interna dell'ospedale e per la successiva allocazione alle sue unità operative

I SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI

I determinanti delle risorse utilizzati nell'assistenza ospedaliera possono essere principalmente di tre tipi:

1.Gravità clinica e complessità assistenziale

2.Profili di cura

3.Capacità tecnologica ed efficienza operativa dell'ospedale

I sistemi di classificazione si differenziano in due categorie:

•Quelli che individuano gruppi omogenei di pazienti per gravità clinica (*isogravità*)

•Quelli che individuano gruppi omogenei di pazienti per quantità di risorse assorbite nella cura (*isorisorse)*

PRINCIPALI CATEGORIE DI SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI

Sistemi iso-gravità	gravità della malattia	Disease Staging
	gravità del paziente	Computerized Severity Index
Sistemi iso-risorse	complessità della assistenza prestata	**Diagnosis Related groups (DRG)**
	complessità della assistenza necessaria	Patient Management Categories

DISEASE STAGING

Sistema di classificazione per pazienti ricoverati che identifica gruppi di pazienti omogenei per gravità clinica che presentano quindi prognosi e bisogni di assistenza simili e di conseguenza profili di cura analoghi e risultati finali di trattamento sovrapponibili.

Sono identificate 596 condizioni cliniche di base (**Categorie diagnostiche)** definite in base alla localizzazione d'organo o sistema in cui è originata la malattia e all'eziologia della condizione di base.

Per ogni categoria diagnostica sono definiti **stadi e substadi** di gravità che sono indicatori di progressione della malattia. Sono identificati tre stadi di gravità in base alla prognosi e differenziati in base alle manifestazioni fisiopatologiche e al grado di diffusione locale e di interessamento sistemico.

Ciascun stadio è definito esclusivamente in base al grado di progressione della malattia di base indipendentemente dal profilo di trattamento adottato e dalla quantità di risorse utilizzate anche se un aumento della gravità clinica si associa in genere ad un aumento dell'intensità dell'assistenza prestata.

Es. Categoria diagnostica appendicite

Stadio	Descrizione
1.1 *	appendicite
2.1	Appendicite con peritonite localizzata o ascesso appendicolare
2.2	appendicite e ostruzione intestinale
2.3	Appendicite con perforazione e peritonite generalizzata
2.4	Appendicite e pieleflebite o ascesso epatico
3.1	Appendicite e setticemia
3.2	Appendicite e shock

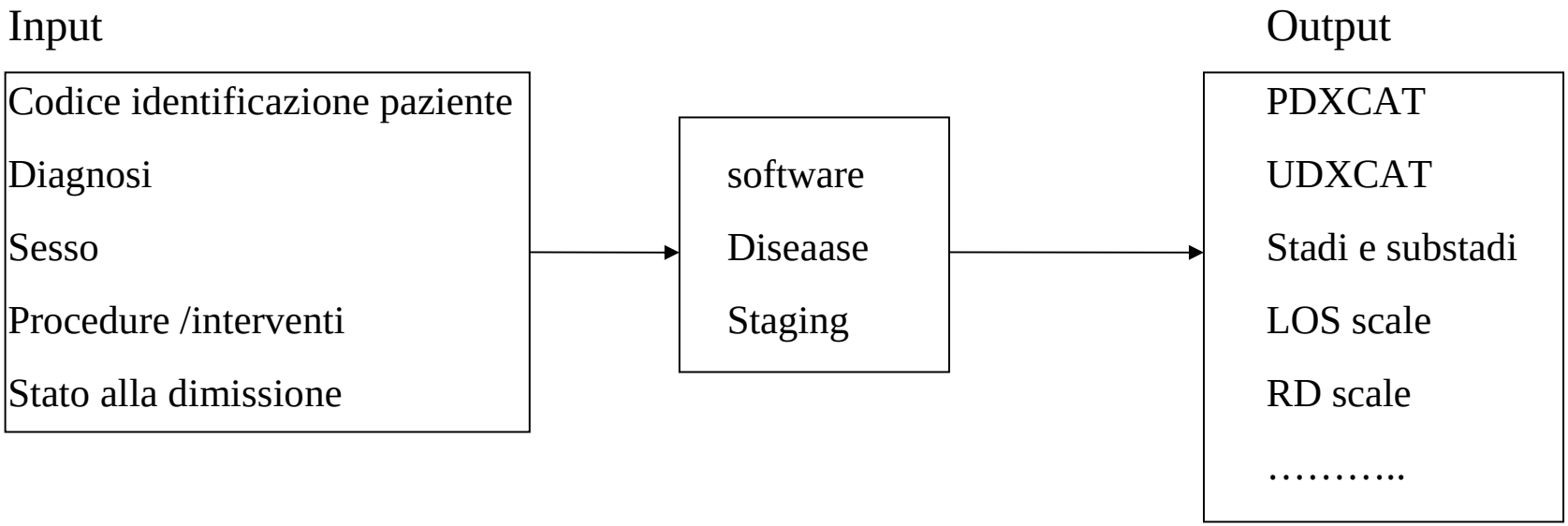
* Ricovero tempestivo

Il Disease Staging definisce la gravità clinica di ciascuna singola condizione presente durante il ricovero per cui viene definita il tipo e la gravità della categoria diagnostica che ha determinato il ricovero del paziente (**categoria diagnostica principale**) e il tipo e la gravità di tutte le altre patologie concomitanti eventualmente presenti al momento del ricovero ma che non sono clinicamente associate alla sua diagnosi principale (**categorie diagnostiche secondarie**).

Se le diverse diagnosi segnalate alla dimissione rappresentano stadi diversi della stessa condizione di base queste vengono rappresentate dal Disease Staging come lo stadio avanzato di un'unica categoria diagnostica.

Le informazioni per l’attribuzione del ricovero alle categorie diagnostiche provengono dalla SDO dove tutte le diagnosi principali e secondarie sono state codificate secondo il sistema ICDIX CM.

Informazioni richieste (input) e prodotte (output) dal software per il Disease Staging.



Logica del Disease Staging nella definizione degli stadi di gravità clinica a a partire dalle diagnosi presenti sulla SDO

SDO		**Codici ICDIX CM**	**Categoria diagnostica**	**stadio**
Diagnosi principale	Gangrena del piede	785.4	ND 12	2.4
Diagnosi secondaria	Diabete mellito con arteriopatia periferica	250.71		
Diagnosi secondaria	Ipertensione arteriosa	401.1	SY 19	1.1
Intervento	Amputazione gamba	84.15		

Il Disease Staging ignora l'informazione relativa all'intervento chirurgico che fa parte della risposta assistenziale fornita al paziente mentre utilizza tutte le informazioni presenti sulle caratteristiche cliniche del paziente.

I DIAGNOSIS RELATED GROUP

(gruppi omogenei di diagnosi)

Si sviluppano alla fine degli anni ’70 in USA ad opera di Fetter all’Università di Yale.

Il sistema di classificazione è stato introdotto in Italia dal 1 gennaio 1995.

I DRG descrivono la complessità assistenziale della casistica di pazienti di ospedali per acuti attraverso la definizione di categorie di ricoveri clinicamente significative ed omogenee per le risorse assorbite

e quindi

sono lo strumento per determinare l’ammontare del finanziamento da destinare a ciascun ospedale.

I DRG individuano **categorie di ricovero** che soddisfano contemporaneamente 5 criteri:

1.Clinicamente significative

2.Omogenee per le risorse assorbite

3.Derivabili dalla informazioni della SDO

4.Mutualmente esclusive (a ciascuna corrisponda una ed una sola tariffa) *ed esaustive di tutti i ricoveri in ospedale*

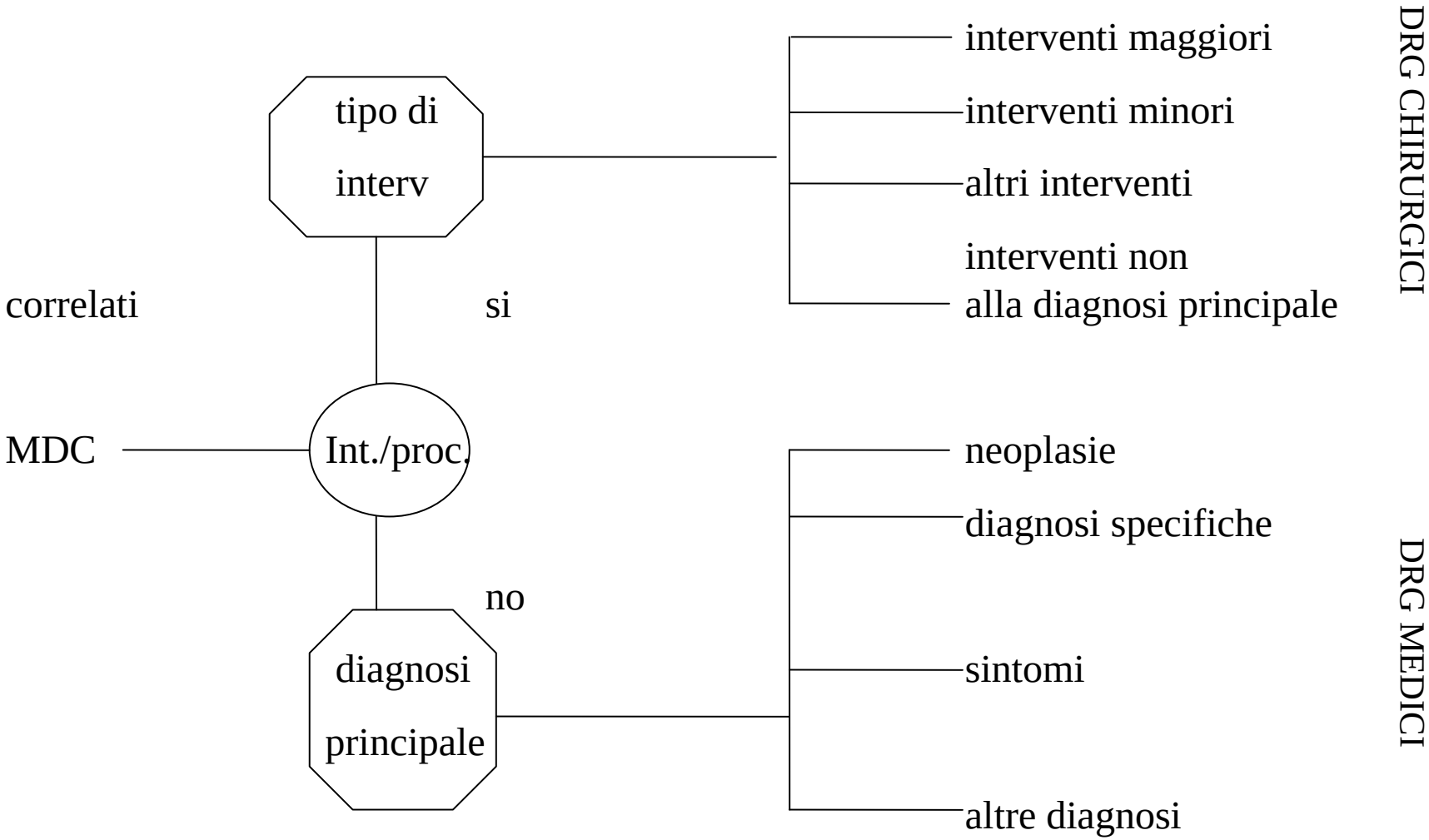
5.Contenute in un numero sufficientemente ridotto (in modo che il sistema di finanziamento sia effettivamente gestibile e che la numerosità degli eventi attribuiti a ciascuna categoria di prestazioni sia sufficientemente elevata)

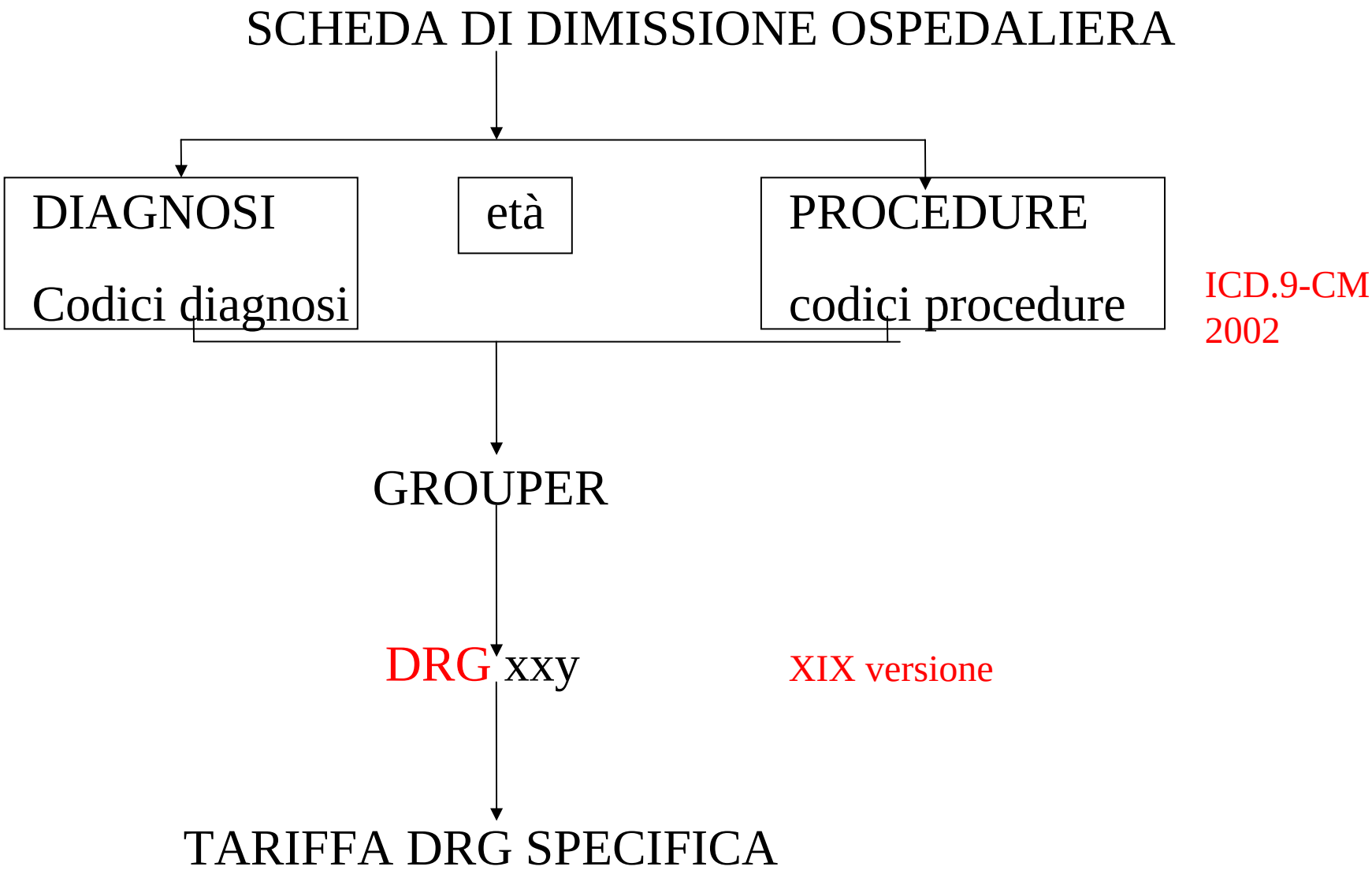
DRG –grouper- software per la determinazione del DRG al quale ogni ricovero è attribuito in base alla combinazione delle variabili relative alle caratteristiche cliniche e sociodemografiche del paziente presenti sulla SDO.

Ciascun ricovero viene prima attribuito in base alla diagnosi principale (codificata secondo il sistema di classificazione ICDIX CM) ad una delle 25 MDC che definiscono grandi gruppi di problemi clinici corrispondenti ai grossi settori della Classificazione Internazionale delle Malattie.

In seguito il Grouper distingue i ricoveri chirurgici dai medici in base alla presenza di un intervento chirurgico. In base alla procedura o intervento viene determinato il DRG all'interno dell'MDC

LOGICA DELL'ATTRIBUZIONE DEI DRG




SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA
DIAGNOSI
Codici diagnosi
età
PROCEDURE
codici procedure
ICD.9-CM
2002
GROUPER
DRG xxy
XIX versione
TARIFFA DRG SPECIFICA

Il sistema di classificazione individua **489 categorie di ricovero omogenei** per assorbimento di risorse che non è però uguale per tutti i ricoveri.

La distribuzione delle risorse associate ai ricoveri di ciascun DRG presenta una variabilità caratterizzata da una netta preponderanza dei ricoveri con assorbimento di risorse inferiore alla media, un numero ridotto di ricoveri caratterizzati da alti costi assistenziali.

La presenza di un certo numero di ricoveri anomali per consumo di risorse è del tutto inevitabile per qualsiasi sistema di classificazione.

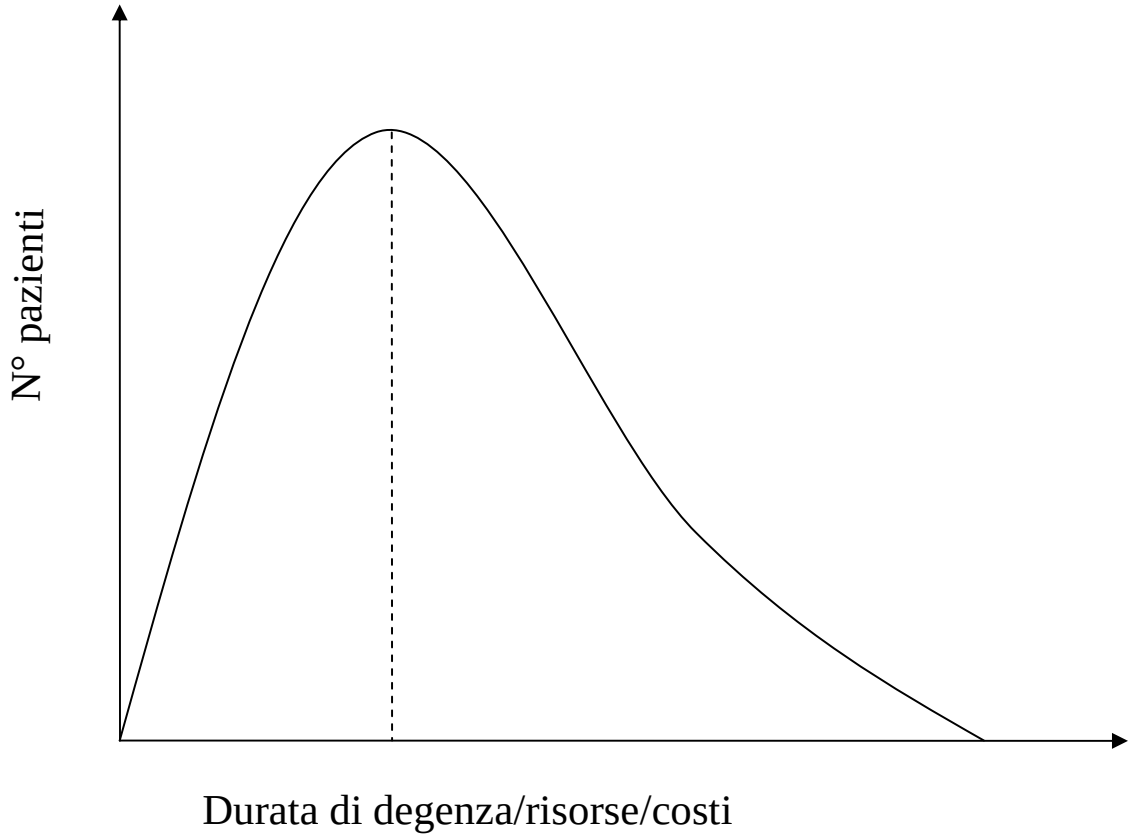
Variabilità intra-DRG sono dovute a:

•Caratteristiche cliniche e assistenziali non adeguatamente considerate dal sistema di Classificazione (limiti del sistema di classificazione)

•Qualità e completezza della SDO

•Caratteristiche dell'ospedale, sua efficienza operativa, variabilità della pratica clinica

Distribuzione delle risorse assorbite e dei costi entro i DRG



Limiti del sistema di classificazione DRG

scarsa o inadeguata differenziazione della gravità clinica fra pazienti con la stessa diagnosi principale di dimissione

Dentro lo stesso DRG possono essere compresi gruppi di pazienti con diversa gravità clinica quindi di complessità assistenziale e di costi di trattamento diversi.

Se i pazienti attribuiti allo stesso DRG si distribuiscono in modo casuale fra tutti gli ospedali ed il numero dei ricoveri è sufficientemente alto questa disomogeneità interna non produce effetti distorsivi nel processo di valutazione né induce iniquità nel sistema di finanziamento.

Se ospedali ricoverano selettivamente pazienti che, pur essendo attribuiti allo stesso DRG, presentano un alto grado di gravità e complessità assistenziale, vanno incontro ad un rischio finanziario e ad una valutazione distorta rispetto ad altri ospedali.

Possibile utilizzo complementare del DRG e Disease Staging

Il Disease Staging può essere utilizzato per spiegare la variabilità residua interna a ciascun DRG associata alla gravità clinica dei pazienti che non è considerata in modo adeguato dalla logica di classificazione dei DRG.

Combinando i due sistemi di classificazione è possibile individuare entro i DRG dei sottogruppi di ricoveri che presentano una maggiore omogeneità interna e forti differenze nella quantità di risorse utilizzate.

Il sistema di remunerazione prospettico dell'assistenza ospedaliera

Seconda metà anni '80-diffusione dei DRG in Europa per il finanziamento dell'assistenza ospedaliera, la gestione interna degli ospedali, programmazione, controllo e valutazione dell'utilizzo e della qualità dei servizi sanitari.

Il contesto comune ai diversi Stati Europei è l'aumento della spesa sanitaria (fattori demografici e tecnologici), il rallentamento della crescita economica e la riduzione delle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria.

Contesto italiano prima dell'introduzione del sistema di pagamento prospettico

- Rallentamento della crescita economica
- Disavanzo dello Stato e deficit pubblico

in sanità

- Esubero del volume di posti letto per acuti diffuso e distribuito in modo disomogeneo su tutto il territorio nazionale
- Durata di degenza eccessive
- Inefficienza nell'utilizzo delle risorse
- Livello di qualità dell'assistenza insoddisfacente

Tappe normative dell'implementazione del nuovo sistema di pagamento:

D.M. n. 13, 17 gennaio 1991-istituzione della SDO

D. M.15 aprile 1994-Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera.

D.M. 14 dicembre 1994- Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera

D.L.29 dicembre 1995 n. 553-disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità

Linee Guida n. 1/1995 in applicazione del D.M. 14 dicembre 1994

D.Lvo 229/99-

Circolare n. 7 del 25/03/2005- la RER ha adottato l'aggiornamento della versione XIX dei DRG

Accordi Stato Regioni del 16/12/2004 e 16/6/2005- dal 1 gennaio 2006 adozione su tutto il territorio nazionale della versione aggiornata dei DRG.

Il nuovo sistema DRG genera nuovi DRG , ne elimina altri e modifica l'attribuzione di alcune procedure determinando la necessità di ridefinire alcune tariffe DRG correlate.

Implementazione del nuovo sistema di pagamento:

L’introduzione del nuovo sistema è stato preparato con un processo graduale a livello locale e nazionale.

Tra la fine anni ’80 e inizio anni ’90 vengono avviati progetti locali di sperimentazione dei DRG (Emilia-Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria) e a livello nazionale viene attivato il Progetto ROD (campione di 8 ospedali italiani).

Effetti attesi

1. Ridimensionamento e razionalizzazione del sistema ospedaliero nazionale
2. Rallentamento della crescita della spesa del SSN per l’assistenza ospedaliera
3. Maggiore equità di distribuzione delle risorse destinate all’assistenza ospedaliera
4. Maggiore efficienza nell’utilizzo delle risorse
5. Riduzione dei ricoveri ordinari a favore di ricoveri in DH, prestazioni ambulatoriali, ricoveri in post-acuzie

I **sistemi di remunerazione di tipo retrospettivo**
(rimborso a piè di lista dei costi sostenuti x gli ospedali pubblici, e tariffe per giornata di degenza per le strutture private)

avevano prodotto assenza di incentivi a perseguire l'efficienza produttiva poiché il finanziamento era svicolato dal volume e tipologia di attività erogata e dal livello di efficienza raggiunto per produrla.

Il rischio finanziario connesso all'attività produttiva era assunto dal finanziatore

Il sistema di remunerazione prospettico ha l'obiettivo di incentivare l'ospedale a ridurre la spesa e ad aumentare l'efficienza produttiva.

Il rischio finanziario viene trasferito al produttore, l'ospedale, che a fronte di tariffe prederminate assorbe direttamente gli eventuali risparmi di costo nell'erogazione della prestazione e sostiene gli eventuali eccessi di costo.

L'ospedale si trova a ridurre i costi unitari entro i limiti tariffari e ad erogare volumi complessivi di attività che gli consentano di coprire i costi fissi.

Il *rischio finanziario* imposto all'ospedale riguarda sia il volume ed il tipo di risorse (quindi intensità di assistenza) utilizzate durante il ricovero sia il loro costo che è legato all'efficienza economica dell'ospedale.

Possibili rischi e opportunità del sistema di finanziamento prospettico

Dimensioni dell'assistenza	**Rischi**	**Opportunità**
Attività	Aumento ricoveri impropri	Riduzione liste di attesa x aumentata attività o o ampliamento della tipologia dell'offerta assist.
Accessibilità	Selezione dei pazienti e dei ricoveri	Specializzazione dell'attività con economie di scala
Durata di degenza	Dimissioni precoci, frazionamento del trattamento in più ricoveri	Dimissioni tempestive
Profili di cura	Riduzione servizi assistenziali necessari	Aumento appropriatezza nell'uso delle risorse
Livello di assistenza	Trasferimenti impropri; spostamento dell'attività verso livelli più remunerativi	Integrazione orizzontale e verticale dei servizi; sviluppo di livelli alternativi di assistenza
S.D.O.	Manipolazione della codifica	

Le tariffe corrispondenti alle categorie di ricovero hanno l’obiettivo di remunerare i costi complessivi sostenuti dall’ospedale per l’assistenza a tutti i pazienti attribuiti alle categorie.

Calcolo delle tariffe

problema

Trovare un metodo valido e scientificamente fondato ed informazioni sulle risorse assorbite e sui costi dell’assistenza di ogni singolo ricovero, o di DRG, per un numero sufficientemente rappresentativo di ospedali che permetta di stimare in modo valido le tariffe associate a ciascuna categorie di ricovero.

Sistema di classificazione

I criteri per valutare la validità di un sistema di finanziamento a prestazione sono la *sensibilità e la specificità del sistema di classificazione* utilizzato per differenziare la complessità delle categorie di ricovero-unità di finanziamento prescelta-*e la validità e la precisione delle tariffe* associate a ciascuna categoria rispetto ai costi “ottimali” di produzione dell’assistenza.

Il Ministero della Sanità ha determinato il sistema tariffario nazionale utilizzando le informazioni cliniche e finanziarie derivate dagli ospedali partecipanti al progetto Nazionale ROD.

Sono stati selezionati 8 ospedali di cui si avesse per il 1993 una rilevazione esaustiva dei ricoveri tramite SDO e dei dati sui costi rilevati con sistema di contabilità per centri di costo.

Ospedali scelti:

Bergamo, Cantù, Como, Ivrea, Modena, Montescano, Ravenna, S. Daniele del Friuli.

Determinanti dei costi dell'assistenza sono la gravità clinica,

l'appropriatezza, l'efficienza, il numero di ricoveri

ma

lo svolgimento di funzioni di ricerca o di insegnamento
assieme a quelle di assistenza costituiscono un determinante non controllabile dall'ospedale.

Di qui l'articolazione delle tariffe secondo la struttura dell'ospedale e il ruolo nella rete regionale attraverso fattori di aggiustamento e di correzione

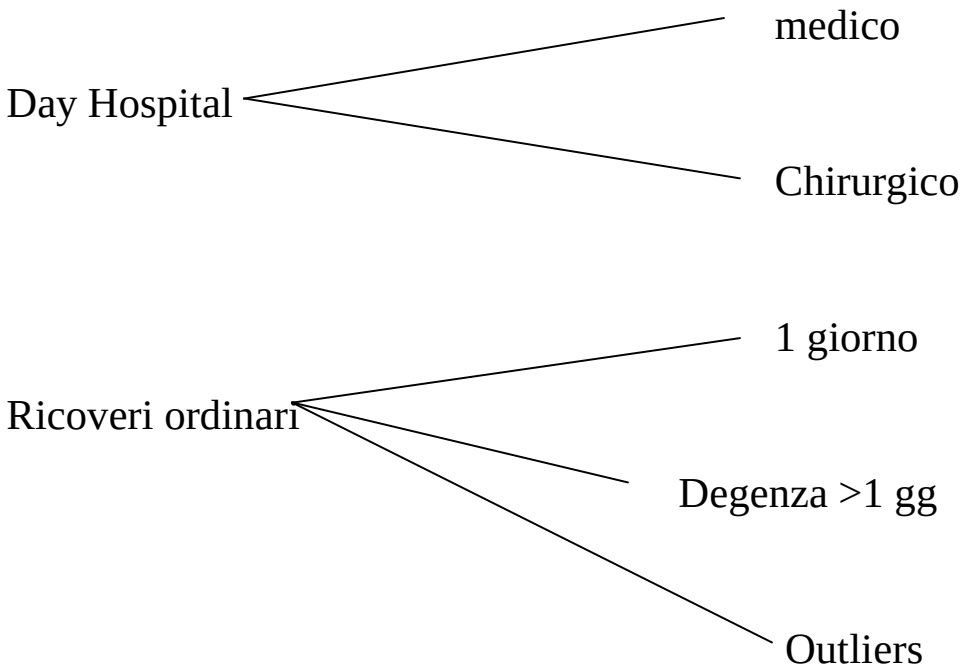
Fattori di aggiustamento

Possono essere applicati a tutte le tariffe associate a tutti i ricoveri oppure a categorie specifiche di ricovero.

Si applicano fattori di aggiustamento *sulle tariffe associate a tutti i ricoveri* quando la differenza fra costi e tariffa dipende dalle caratteristiche generali dell'ospedale e si manifestano su tutti i ricoveri indipendentemente dal numero.

Si applicano su *specifiche categorie di ricovero* quando la differenza di costo è legato a forme di assistenza tipiche per determinati gruppi di pazienti

Infatti le **tariffe** attribuite alle categorie di DRG sono articolate secondo il ***livello di assistenza erogato*:**



e secondo le ***caratteristiche dell'ospedale*** e il suo ruolo nella rete regionale

D.G.R. 2126/2005 “determinazione tariffe di assistenza…..RER dal 17172006”

In RER vengono individuati stabilimenti ospedalieri di fascia A e stabilimenti di fascia B

Fascia A

Piacenza

Baggiovara

Imola

Ospedale Maggiore Bologna

Ospedale Bellaria Bologna

Ravenna

Forlì

Cesena

Rimini

Azienda Ospedaliera Parma

Azienda Ospedaliera Reggio Emilia

Azienda Ospedaliera Modena

Azienda Ospedaliera Ferrara

Azienda Ospedaliera Bologna

Istituti Ortopedici Rizzoli

(equiparate) Strutture private accreditate sede alta specialità

Fascia B

Appartengono a questa fascia tutte le restanti strutture ospedaliere e i privati accreditati.

Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti

DRG	MDC	Tipo DRG	> 1 gg		0-1 GG		Incremento pro die	Deceduto 1 gg trasferito 1 gg	Valore soglia
			Fascia A	Fascia B	Fascia A	Fascia B			

Nel “tipo DRG” vengono individuati i DRG potenzialmente inappropriati e quelli ad alta complessità.

Valorizzazione DRG 0-1 gg (ad eccez. dei DRG ad alta complessità) = € 124,47

Area di Lungodegenza-

per le attività assistenziali classificate con il codice 60 è fissata la tariffa di € 149,00 a giornata o di € 153,00 rispettivamente se il paziente è stato ricoverato prima in reparto per acuti o soltanto in lungodegenza. Oltre al 60° gg si applicano degli abbattimenti tariffari fino a € 120 /die . Tale tariffa è da intendersi il limite dell'abbattimento tariffario per tutte le discipline valorizzate a giornata di degenza soggette ad abbattimento. (cod. 56 e cod. 40)

Ricoveri ordinari oltre soglia

sono remunerati complessivamente dalla somma fra la tariffa DRG specifica ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia e la tariffa "pro die" specifica.

Ricoveri ripetuti

Per i ricoveri ordinari successivi di uno stesso paziente dimesso da unità operative per acuti di durata superiore a 1 gg effettuato entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Presidio e classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC) le tariffe sono ridotte:

Intervallo temporale 2-7 gg- abbattimento 50%

Intervallo temporale 8-30 gg-abbattimento 20% ad eccez. DRG…

Intervallo temporale 0-1 gg- oggetto di controllo interno per evidenziare i casi in cui si è verificata una frammentazione dell'episodio di ricovero e l'importo di uno dei due episodi deve essere annullato.

Ricoveri di Day Hospital

DRG medici- con 1, 2, 3 accessi vengono pagati a tariffa forfettaria di € 124,47 ad eccez. DRG …

Controlli esterni ed interni

I controlli sono relativi ad aspetti di corretta certificazione delle prestazioni erogate e di rispetto delle regole di corretta erogazione e tariffazione delle prestazioni stesse.

Le attività di controllo sono parte integrante del sistema di tariffazione delle prestazioni: sono finalizzate sia a **prevenire i comportamenti opportunistici** sia ad evidenziare gli ambiti di incremento del livello di appropriatezza delle attività. La % minima di attività di ricovero da sottoporre ad attività di controllo da parte delle singole Aziende ciascuna per il proprio specifico ambito di responsabilità è il 2% . A livello locale possono comunque essere individuate sulla base di specifiche criticità anche ulteriori tipologie di casistica da sottoporre a controllo.

I controlli devono essere riferiti sia a pazienti del proprio ambito territoriale sia pazienti di altre province. I controlli devono essere registrati per dare evidenza anche a soggetti controllori esterni .

La registrazione dei controlli sia esterni sia interni delle singole Aziende devono pervenire al Servizio Presidi Ospedalieri della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali con cadenza annuale.

Contenuto dei controlli

Il contenuto è individuato in base a priorità indicate a livello regionale e locale. Il contenuto può essere adattato a peculiarità locali .

Le modalità e i contenuti dei controlli possono essere anche concordati fra i soggetti interessati preventivamente allo sviluppo degli accordi di fornitura.

Controlli di natura amministrativa-sono svolti su variabili anagrafiche per verificare lo stato dell'assistito, la corretta tariffazione

Controlli sanitari- casistica prioritariamente da sottoporre a controllo

DRG potenzialmente inappropriati

D.G.R. 2126/2005- in allegato sono elencati 61 **DRG** che in regime di **ricovero ordinario** sono oggetto di controlli di appropriatezza clinica e organizzativa su cartella clinica su base campionaria dei casi. L'obiettivo è di mantenere i livelli di inappropriatezza al di sotto del livello soglia specificato dalla ASR di anno in anno.

I **ricoveri in DH**- sono sottoposti a controllo i DH medici :

•DH medici associati a prestazioni che non richiedono osservazione o sorveglianza medica e/o infermieristica protratta per cui sono potenzialmente trasferibili in Day Service

•DH oncologico-verifica della congruità dell'accesso secondo le linee guida alla codifica del 2003.

•Controlli di congruità fra cartella clinica e variabili rilevanti

Casistica da sottoporre a controllo:

- Ricoveri ripetuti 0-1 gg
- Ricoveri ripetuti 2-7 gg
- Ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici brevi entro i 15 gg
- DRG “maldefiniti” (424, 468, 476, 477)
- Ricoveri attribuiti a DRG complicati

Caratteristiche del sistema tariffario introdotto

1. **REGIONALIZZAZIONE-** Se il *D.M. del '91* cita che ogni Regione e Provincia autonoma è chiamata a determinare i propri livelli tariffari da corrispondere ai soggetti erogatori, le successive legiferazioni vengono incontro alla necessità di contenere la variabilità interregionali. La *Legge finanziaria '96* definisce "massime" le tariffe fissate dal Ministero della Sanità e vincola le Regioni a non abbassarle di oltre il 20% al proprio interno. Il *D.Lvo 229/99* determina che sono "massime" le tariffe nazionali che possono essere adattate a livello regionale. La *Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle province autonome 2003* introduce la tariffa TUC (tariffa unica convenzionata) per le compensazioni della mobilità ospedaliera interregionali.

1. **FLESSIBILITA' DELLE TARIFFE**- Secondo il *D.M. '94* le tariffe fissate a livello regionale rappresentano la remunerazione massima per gli erogatori ma con possibilità di negoziare (tariffe inferiori) in appositi contratti fra erogatori e acquirenti in un'ottica di competizione. Secondo il *D.L.vo 229/99* le Regioni adottano il proprio tariffario articolando le tariffe nazionali per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività; abbattimenti tariffari sono previsti per prevenire e contenere fenomeni di espansione del volume dei ricoveri.

2. **COSTO STANDARD**-*D.M. '94* stabilisce che le Regioni devono fissare le proprie tariffe basandosi sui costi sostenuti da propri erogatori ottenuti rilevando i costi di un campione di soggetti pubblici e privati regionali con livelli di efficienza accettabili. Il calcolo del costo standard delle singole prestazioni comprende: costo del personale, costo dei materiali, costi di manutenzione ed ammortamento, costi generali). Il *D.L.vo 229/99* stabilisce che il sistema di remunerazione ha un carattere di tipo "programmatorio" : le tariffe servono per determinare il budget ospedaliero e valorizzare i volumi di attività previsti nei programmi di attività concordati negli accordi contrattuali.

1. **UNIFORMITA' NELLA DEFINIZIONE DELLE PRESTAZIONI-** Il *D.M. '94* individua 8 categorie di prestazioni (assistenza ospedaliera erogata in regime di degenza o di DH, riabilitazione ospedaliera erogata in regime di degenza, assistenza specialistica ambulatoriale e territoriale, assistenza residenziale e semiresidenziale,…) per le quali viene specificata l'unità di misura ed il sistema di classificazione di riferimento. Le unità di pagamento dell'assistenza nel sistema di finanziamento adottato dal SSN dal 1 gennaio 1995 sono:

   i. Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario o DH: singoli episodi di ricovero

   ii. Prestazioni di assistenza ambulatoriale e territoriale, prestazioni di assistenza domiciliare e prestazioni di pronto soccorso: singole prestazioni secondo la denominazione indicata nel nomenclatore

   iii. Prestazioni di assistenza residenziale: singole giornate di degenza

   iv. Prestazioni di assistenza semi-residenziale: singole giornate di degenza

   v. Prestazioni di riabilitazione ospedaliera in regime di ricovero: singoli episodi di ricovero

   vi. Prestazioni di elisoccorso e di trasporto assistito: singole prestazioni

   vii. Prestazioni di assistenza termale: singoli cicli di cure

1. **SISTEMA DI CONTROLLI ESTERNI**-al fine di fronteggiare i rischi connessi agli effetti distorsivi del sistema. Le *Linee Guida '95* indicano gli aspetti oggetto del controllo:

   i. Proporzione di DRG con diagnosi concomitanti e complicanti

   ii. Proporzione di casi, per ciascun DRG, con durata di degenza significativamente più bassa della media

   iii. Proporzione di casi, per ciascun DRG, con durata di degenza significativamente più alta del valore soglia

   iv. Proporzione di casi trasferiti ad altro istituto di cura

   v. Proporzione di ricoveri ripetuti

   vi. Appropriatezza del ricovero valutata su base campionaria nei singoli erogatori utilizzando specifici protocolli di valutazione

   vii. Qualità della compilazione della SDO, valutazione campionaria, in confronto alle relative cartelle cliniche

Da qui