

*Un sistema economico concorrenziale
e dinamico: la contabilità per prestazione dei Drg*

Per una sanità a misura dell'uomo

di F. Abbate (*) e E. Galbiati (**)

Uno snodo fondamentale nel sistema sanitario è certamente quello della cosiddetta Gestione Manageriale.

C'è da osservare però che se è pur vero che molti ne parlano, pochi la realizzano trasferendola nella pratica.

Ed è ancora una volta la debolezza del supporto economico all'origine della debolezza del sistema sanitario: è questo il vero momento di crisi del sistema di aziende.

Anzi, potremmo dire, che l'azienda non riesce a decollare e implode in se stessa, proprio perché mai si riesce a mettere in moto un efficiente sistema economico, che faccia da generatore dell'efficienza e da motore dei servizi. Possiamo tranquillamente affermare, che la nostra scelta consistente nel mettere al centro del sistema sanitario l'uomo inteso come utente (non quindi come "paziente") ha come base proprio un sistema economico che garantisca agilità e prontezza nell'adattarsi alle scelte dell'utente e capacità di eliminare gli sprechi, tramite la concorrenza.

In modo dinamico, cioè "continuativo" e non "statico".

Purtroppo, l'ostacolo che impedisce il decollo di un sistema sanitario efficiente e moderno è proprio un

certo approccio culturale, che pretende di "servire i lavoratori" ignorando o sottovalutando i fattori economici.

Vi sono dei teorici dell'atto medico svincolato dal substrato economico; sarebbe più puro, più "sociale", più "popolare", proprio in quanto non tiene in alcun conto i fattori economici dello sviluppo.

Si tratta di una tesi vecchia, più che velleitaria, che si riempie la bocca di impegni verbali tipo "diritto assoluto alla salute" e "la salute non ha prezzo" e così via, ma non mantiene alcuno dei suoi impegni, ragione per cui la pretesa assolutezza nasconde bassi interessi corporativi di conservare una situazione di potere che è contro i cittadini in generale e in particolare danneggia gli utenti.

Coloro infatti, che sostengono un sistema sanitario svincolato dall'aspetto economico, non sostengono affatto un servizio più libero e più umano, quale vorrebbero far credere, bensì attuano un sistema burocratico che riesce nell'impresa incredibile di creare sprechi abnormi senza però dare qualità ai servizi.

La centralità del malato si rivela una pura figura retorica in cui tutt'al più il

malato è al centro di divieti, proclami, vincoli, code estenuanti, ecc. ecc. che sono da sempre i "meccanismi contrasto" con cui la burocrazia controlla la spesa sanitaria, senza però riuscire assolutamente nell'intento, offrendo in cambio inefficienza, corruzione e sprechi.

Dunque, il confronto è tra chi vuol realizzare un meccanismo di sviluppo dei servizi sanitari, basato sulla concorrenza aziendale e la burocrazia storica che vuole assolutamente tutto accentrare, sulla base del falso assioma che la "periferia" spreca mentre il "centro" fa le scelte oculate.

In questo confronto sul sistema sanitario, che è confronto epocale, la scelta di disporre di un meccanismo autocontrollante è scelta di libertà e di efficienza, mentre l'ipotesi dirigitista e burocratica "di tutto regolare" dall'altra, è ipotesi sterile e senza futuro.

Un meccanismo economico cioè deve porre in equilibrio le componenti interagenti del sistema sanitario per consentire programmazione dinamica, scelte flessibili, mentre un sistema sanitario burocratico di vecchio stampo si basa su divieti e pianificazioni rigide, che hanno portato al-



Maximiliano Carnerel

l'attuale situazione.

In questo quadro, appare quanto mai indispensabile dare l'avvio ad un'insieme di meccanismi di monitoraggio economico, basato non su scelte aprioristiche, ma su verifiche di scenari e proiezioni, che consentano una programmazione articolata e dinamica.

Vogliamo tentare, in questa sede, di offrire alcuni spunti per un sistema di controllo di gestione e di analisi dei dati, che parta da una visione manageriale, ossia gestionale "dei fatti", invece che burocratica dei "soli atti". Siamo convinti che, solo se la Regione, utilizzando i poteri che le derivano dalla riforma del decentramento, darà spazio ad un meccanismo di monitoraggio basato su analisi economiche corrette, il sistema sanitario potrà operare in modo veramente aziendale.

Solo su queste basi potrà avvenire che, se l'azienda rispetterà i canoni economici, l'utente (il cittadino nella sua veste di utilizzatore del servizio) occuperà veramente la posizione centrale.

Non un'astratta concezione ideologi-

ca infatti garantisce l'utente, bensì la forza di meccanismi economici ed operativi chiari, capaci di incentivare le scelte, garantendone la qualità. Passiamo quindi ad illustrare una proposta concernente la metodologia di rilevazione e analisi, a scopo di razionalizzazione, dei processi di ricovero per acuti mediante l'impiego della tecnica di determinazione del "costo per prestazione" da raffrontare ai ricavi previsti dai "Drg".

Impostazione

Nell'ambito del progetto "Costo per prestazione" una parte significativa è rappresentata dai processi di consuntivazione economica delle prestazioni sanitarie medesime.

Infatti, i processi di consuntivazione assumono la loro configurazione con la definizione e i relativi accertamenti, più avanti esplicitati:

- della tipologia dei risultati da ottenere (aspetti metodologici)
- dal complesso di procedure informatiche di cui disporre (specifiche di elaborazione)
- dalle basi dati già disponibili (con-

tenuti informativi).

Per altro, per garantire per via informatica, la continuità dei processi di consuntivazione, la pertinenza e congruenza dei risultati, nelle forme e con le scadenze utili e in essere (vedasi per esempio i report trimestrali della CO.AN.), la "Contabilità dei costi per prestazione" (CO.IND.) che sostanzia e sistematizza tali processi, deve trovare la sua logica collocazione (come sistema e come struttura) nell'ambito degli altri sistemi/sottosistemi informativi-contabili, dedicati al trattamento delle informazioni delle prestazioni sanitarie, dei connessi costi, ricavi ed indicatori, vale a dire che la CO.IND. deve considerarsi come sottosistema della Contabilità Analitica (CO.AN.).

"Ciclo di ricovero"

La scelta strategica di dar inizio al

(*) Consulente giuridico dell'A.S.P. Regione Lazio

(**) Controllo di Gestione Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

Progetto con i "cicli di ricovero ordinario", nel cui ambito sono stati identificati, per la sperimentazione, due raggruppamenti di diagnosi (Drg) trattati da due Unità di Degenza (l'una chirurgica e l'altra clinico-medica) indirizza lo studio del processo di consuntivazione, considerando per l'appunto, queste tipologie di "prestazioni sanitarie complesse", in quanto costituite ciascuna da insiemi di prestazioni elementari (non ulteriormente divisibili nell'ambito dell'Unità di Degenza), delle quali alcune con frequenze ricorrenti⁽¹⁾ ed altre non.

Composizione del ciclo

In detti insiemi confluiscono infatti interventi diagnostico - strumentali (come per es. esami di laboratorio, Rx, ecc.) e terapeutico - strumentali (radioterapia, interventi chirurgici, ecc.) forniti all'Unità di Degenza e quindi al ciclo di ricovero da altre Unità sanitarie dell'Ospedale, interventi che, presi singolarmente, possono risultare di notevole rilevanza economica, tanto da essere oggetto della "contabilità per prestazione", ma nel loro ambito organizzato di espletamento, e non già nell'Unità di Degenza considerata.

Cessione di prestazioni al ciclo

Pertanto, poiché in sede consuntiva, la tipologia di risultato oggi ottenibile è funzione "dell'oggetto prestazione", ossia del Ciclo di Ricovero Ordinario e del metodo automatico di rilevazione impiegato, è da identificare e valorizzare, primariamente ogni singolo atto, o intervento, attestabile direttamente al Paziente e quindi intercettabile in Coin perché "ceduto dietro corrispettivo di valore" (tariffa di trasferimento) da altri Servizi dell'Ospedale.

Le "tariffe di trasferimento" nominate sono, ovviamente, passibili di modificazione perché sono calcolate anche in funzione della misura di accollo del disavanzo o avanzo di gestione del Servizio sanitario "fornitore di prestazioni" alla Degenza utente.

Nel senso esplicitato, il risultato consuntivato del "Ciclo di Ricovero", per la parte di prestazioni "importate", è

anche funzione delle opzioni citate di determinazione delle tariffe interne.

Attualmente, la tipologia di dati da ottenere (Punto a di pag.45) con le procedure generalmente in uso (punto b di pag.45) e le basi dati disponibili, mediante la predisposizione di programmi di estrazione e stampa, sono quelle delle prestazioni consuntivate e attestate al Paziente Ricoverato. Ripetesi le prestazioni importate nella Degenza da altre Unità sanitarie.

Prestazioni del ciclo di ricovero prodotte all'interno della degenza

Il personale medico e infermieristico della Degenza, come è noto, compie atti e interventi sul paziente, anche propedeutici alle prestazioni acquisite da altri Servizi (prelievi di campioni, ipotesi diagnostiche, ecc.) e pratica le terapie farmacologiche ed altre, dedicando la propria competenza, impegno di tempo e impiegando risorse, quali i farmaci, presidi di medicazione ed altre.

Premesso ciò e ricordando che, per i cicli di ricovero comportanti l'intervento chirurgico, il valore economico dei trattamenti importati e direttamente attribuiti al Paziente è mediamente del 60% del costo medio del ricovero, la precisa correlazione tra prestazioni interne alla Degenza e il Paziente assistito non si può ottenere che con apposite rilevazioni con cui intercettare gli interventi per paziente (per es. farmaci somministrati) e applicare la rispettiva valorizzazione degli stessi.

Dette rilevazioni possono essere campionarie e con le estensioni dei campioni adeguate per ottenere risultati misurati della prestazione (non solo, c'è, non c'è, ma quanto è) come per es. i dosaggi di somministrazione di farmaci e tali da provocare "scarti" con range accettabili.

Quanto sopra, fermo restando il criterio indubitabile, che la consuntivazione deve essere operata automaticamente e i dati - per Paziente - devono essere continuamente aggiornati al modificarsi dei materiali e delle attività connesse, usati nella

Degenza di cui trattasi.

Analoghe considerazioni valgono per quantificare per "paziente" le attività e le prestazioni compiute dai Medici, Infermieri e altri tecnici sanitari, non comportanti impieghi significativi, dei costi dei materiali connessi. A seguito della scelta metodologica, brevemente richiamata⁽²⁾, che è da compiersi, anche tenendo presenti vantaggi/svantaggi/tempi e oneri, se emerge la soluzione della "rilevazione diretta", o comunque sul campo, i discorsi conseguenti si omettono per ovvietà.⁽³⁾

Se si accetta che si applichino criteri statistici, con contenuti concordati con i Medici e il personale sanitario preposto, poi da testare, si propongono separatamente formule di algoritmi, come accennato per attribuire comunque i costi degli interventi svolti all'interno dell'Unità di degenza ai singoli cicli di ricovero.

Stadi identificativi del "ciclo di ricovero"

Sempre al fine della messa in atto di corretti metodi e sistemi di consuntivazione dei cicli di ricovero, precedentemente trattati in relazione alle "condizioni" attualmente disponibili, si ritiene necessario chiarire, anche alla luce dei contenuti della bibliografia in materia, i diversi "stadi di identificazione" del ciclo di ricovero ordinario. Termine di uso corrente con il quale si intende un "episodio di ricovero ordinario in ospedale" che inizia con la data di accettazione del paziente e termina con quella di dimissione e include tutti gli interventi medici e sanitari in genere somministrati al malato, nonché quelli di assistenza alberghiera. In relazione all'argomento in questione, ci si può riferire ai seguenti "stadi" di identificazione:⁽⁴⁾

1. *Profilo di cura, o protocolli di cura* ⇨ **Profilo orientativo non dettagliato.**
2. *Protocolli di trattamento o piani di cura* ⇨ **Protocolli standard di trattamento**

tenendo contestualmente presente la classificazione codificata seguente:

A. Drg. = Raggruppamento di diagnosi omogenee (identificativo di ricoveri isorisorse)

B. Icd9/Cm - singola diagnosi del



Raggruppamento (identificativa di ricoveri accomunati dalla stessa).
C. Ciclo di ricovero reale del singolo paziente, la cui diagnosi è quella Icd9/Cm, che identifica i trattamenti effettivi del singolo ricovero.

2. I protocolli di trattamento¹⁴ o piani di cura, sono percorsi diagnostico-terapeutici espressi con contenuti molto dettagliati, si riferiscono a gruppi "assai piccoli" di pazienti e sono utilizzati come base per specificare il trattamento individuale dei pazienti e la formulazione dei loro piani di cura.

Ancora, quando il suddetto protocollo di trattamento viene assunto come "standard", viene poi adattato per ottenere il piano di cura per singolo paziente, in confronto al quale, il percorso reale del ricovero del paziente stesso può essere monitorato. Assimilando il protocollo di trattamento con l'identificazione Drg/Icd9/ciclo ricovero, si può correlare il protocollo di trattamento con la voce C) ossia il ciclo di "ricovero del singolo", magari razionalizzato poi nella sua esecuzione.

Infatti, volendo correlare il protocollo di trattamento con la "Diagnosi" Icd9/Cm non verrebbero soddisfatte le condizioni poste nella definizione

di partenza.

1. Il profilo di cura o protocollo di cura viene descritto con minori dettagli rispetto ad un protocollo di trattamento e pertanto dal profilo di cura non possono essere ricavati o derivati i protocolli di trattamento, perché nel primo non sono presenti i dettagli occorrenti.¹⁵

È invece possibile ricavare "per sommatoria" dei protocolli di trattamento i profili di cura, a ragione dell'elevato grado di dettaglio dei primi rispetto ai secondi.¹⁶

La costruzione dei cicli di ricovero/protocolli attesi

Viene spesso asserito che la definizione dei protocolli è un processo molto lungo e in talune circostanze ciò può accadere, ma vi è l'opportunità di ridurre questo tempo.¹⁶ Infatti se si inizia l'impresa con un modulo da riempire e i tentativi vengono esperiti per stabilire il ciclo o percorso atteso per un paziente, ricompreso in un gruppo omogeneo per diagnosi, si può raccogliere una tale gamma di risposte difficilmente relazionabili con i contenuti reali dei

corrispondenti ricoveri consuntivi.¹⁷

Il metodo più agevole e veloce con cui determinare i cicli o protocolli è di utilizzare i dati attuali all'interno del sistema di gestione dei ricoveri, campionandoli per 3/6 mesi e da questi pervenire a "modelli di riferimento" lavorando sui piani di trattamento, ovvero sulle loro differenze nell'ambito di incontri di discussione con i clinici, al fine di razionalizzazione.

Tipologie di differenze e variazioni tra cicli consuntivi raffrontabili

Mantenendo l'ipotesi di prendere in esame i dati consuntivi dei cicli di ricovero al "livello di trattamenti" (quale sottinsieme dei casi di pazienti con la stessa diagnosi Icd9) mediante l'estrazione delle informazioni degli stessi dagli archivi informatici disponibili, ci possiamo trovare di fronte ai seguenti tipi di:

- A. *Differenze*
- B. *Variazioni*

A.) Per *differenze* si intendono: per esempio:

- distinzione tra tipo dimissione (vivo/defunto),

- le prestazioni diagnostiche "pesanti" rinvenibili in più o in meno nei casi campionati, (selezionando la circosanza di prestazioni fatte fuori dal ricovero),

- durata della degenza significativamente inferiore o superiore rispetto a quella definita dalle tabelle di tariffazione,

- prestazioni terapeutiche (radioterapia/chemioterapia/interventi chir.) che sono presenti o non lo sono nei casi raffrontati.

B) Mentre le variazioni possono rinvenirsi, una volta suddivisi e riaggregati i sottoinsiemi dei casi, per eliminare il più possibile le differenze elencate prima, o contenerle entro range accettabili.

Ossia le variazioni possono scaturire da:

- costo di addebito di esami chiesti con procedura d'urgenza, anziché ordinaria (per es. Rx),

- costi di addebito, che all'origine i loro importi "per natura" hanno subito sensibili rettifiche, come per esempio cambio di tariffe di valorizzazione (Ssn e interne),

- per es. routine di Chimica Clinica più estesa o meno estesa, benché tale range comporti valori di variazioni modeste,

- idem come sopra, per routine di Immunologia e in parte Ematologia,
- costi di addebito per es. del personale, indipendenti dalla dotazione dell'equipe medica e infermieristica, rimasta immutata, ma scaturenti da modifiche retributive.

Esigenze di convalida dati consuntivi

È indubitabile che qualsivoglia sistema di consuntivazione analitica sia stato adottato, per convalidare i risultati economici a cui è pervenuto, necessita, tra l'altro, di dimostrare che le totalizzazioni dei costi e dei ricavi del centro di costo, in un dato periodo, quadrino con la sommatoria, rispettivamente, dei costi e dei ricavi di tutti i cicli di ricovero prodotti nel periodo (considerati nella Co.Ind.), includendo in ciò anche i cicli "parzialmente" compiuti.

Qualora si operasse, anche con i valori previsionali, va da sé che gli

standard elementari dovrebbero essere inseriti nella routine per tutti i tipi di cicli di ricovero prodotti e non solo per motivi di quadratura totale, ma anche per rilevare le variazioni del case-mix e gli altri scostamenti esposti nel precedente Paragrafo sulla Costruzione dei cicli di ricovero/Protocolli attesi).

Formati dati dei cicli di ricovero da selezionare

Sempre con riferimento all'ambito della consuntivazione, il formato dei dati, riferiti agli "stadi di identificazione" dei cicli di ricovero possono essere definiti una volta esaminati i consuntivi della "scheda paziente" allegata.

Conclusioni

Tradotto in termini operativi, il metodo più corretto e coerente ai contenuti dei processi di ricovero, che offre quindi l'impiego migliore, per giungere alla costruzione dei costi da raffrontare ai ricavi previsti dai Drg dei ricoveri ordinari, risulta avere i seguenti requisiti:

- Applicando il verso bottom-up, si tratta di estrapolare dalle basi dati di consuntivazione elementare degli interventi assistenziali direttamente attestati al singolo paziente le informazioni descrittive e i relativi costi, quali elementi tipici e di routine della Contabilità Analitica per centro di costo.

- Tutti gli interventi non direttamente indirizzati al singolo ciclo di ricovero sono ad esso attribuiti, con regole statistiche "pesate", che consentono di completare la "distinta base" e i costi di tutti i cicli esperiti da una unità di degenza, ottenendo la quadratura tra la sommatoria dei costi dei cicli stessi con il costo complessivo dell'Unità di degenza.

- La formazione dei sottogruppi, o Set di cicli di degenza, da considerare accumulabili per omogeneità di contenuti degli interventi sanitari, non può che avvenire se non selezionando le "differenze" elencate a pagina 47 punto A). Così facendo si otterranno Set di cicli, o aggregati compo-

sti mediamente da 4 a 10 pazienti, i cui "protocolli di trattamento" o percorsi della loro degenza, sono da considerare "con un grado di omogeneità tale" da essere considerati come un unico sottoinsieme, i cui costi sono raffrontabili ai corrispondenti ricavi (Drg ordinari, Drg fuori limite Dmd, ecc.). Poiché la composizione dei richiamati Set avverrà desumendo i dati dallo stesso periodo di rendicontazione (trimestre o semestre) il confronto costi/ricavi non sarà "alterato" dagli scostamenti derivanti dalle variazioni della valorizzazione delle risorse, come annunciato al punto B) di pagina 47. A questo punto i Set devono essere identificati anche con apposito codice, nell'ambito di una codifica "ad albero".

- L'aggregazione successiva dei Set di cicli di degenza inerisce l'insieme sovraordinato, identificato dalla "Diagnosi Icd 9/Cm" senza avere la presunzione, non riscontrabile nella realtà, di confrontare Set appartenenti a differenti protocolli di trattamento. Dal punto di vista gestionale il presente studio, testato in sede sperimentale, costituisce un modello di analisi che consente la comparazione dei contenuti e dei valori economici in termini di costi e di ricavi e, non ultimo, delle durate preventive e consuntive, dei cicli di ricovero ordinario delle Unità di Degenza ospedaliere.

Inoltre, rappresenta uno stimolo di razionalizzazione della cronologia dei trattamenti e, quindi, della loro ottimale composizione sotto il profilo della riduzione possibile dei tempi e dei costi, garantendo il rispetto dei contenuti degli atti e interventi che devono comunque qualificare i percorsi diagnostico-terapeutici.

Sotto il profilo metodologico, vale la pena rilevare che, nei processi sanitari assistenziali, non risultano applicabili le metodologie tipiche di formazione degli standards operativi dell'industria per produzione di serie, proprio a motivo della diversificazione personalizzata dei trattamenti in ricovero dei pazienti, aderente e rispondente sia al moderno criterio della "evidence base medicine" e sia ai bisogni e realtà specifiche dei singoli pazienti.

L'eventuale ipotesi superficiale di forzare l'impiego della metodologia richiamata degli "standards elementari industriali" ai processi ospedalieri corre il rischio di deludere gli specialisti aziendali che l'applicano e i clinici, che partecipano a tali iniziative per l'inutilità dei risultati ottenuti.

Pertanto, volendo connotare comunque la metodologia impiegata nello studio, la medesima si può definire di carattere "misto", in quanto, per una parte si rifà alle tecniche di gestione delle "commesse specifiche di produzione" e dall'altra alle distribuzioni, su basi statistiche, dei costi delle risorse e attività non direttamente attestabili ai singoli cicli di degenza dei pazienti.

Ciò attesa l'esigenza irrinunciabile di ottenere i "costi pieni" dei cicli di

ricovero da raffrontare ai ricavi tariffari dei DRG.

NOTE

⁽¹⁾ A proposito di "fasi con accadimenti standard" e fasi "programmabili di volta in volta", vedasi Appunti di Economia aziendale, di E. Cavallieri e F. Ranalli, Ed. Kappa, 1994, pp.38 e 39.

⁽²⁾ Per eventuali approfondimenti si considerano tecniche Work sampling/multiminute unit/ e simili.

⁽³⁾ Al riguardo vedasi "Controllo di gestione per aziende non profit", Mc Graw-Hill, 1998, pg.134, nota 10.

⁽⁴⁾ vedasi SHEILA BULLAS "Managing Hospital, quality and cost", 1994, pagg. 74-75.

⁽⁵⁾ vedasi idem pag. 75.

⁽⁶⁾ Vedasi testo citato alla nota (4) pag. 78.

⁽⁷⁾ Al riguardo vedasi "Controllo di gestione per aziende non profit", Mc Graw-Hill, 1998, pag.139, 3° capoverso. "Alcune orga-

nizzazioni.....".

⁽⁸⁾ Il rispettivo valore di costo dei singoli cicli di ricovero appartenenti al SET, può avere uno scostamento ammesso rispetto al valore medio dei cicli del SET dell'ordine dell'1% - 2%.

BIBLIOGRAFIA

E. CAVALLIERI e F. RANALLI, Appunti di Economia aziendale, Ed. Kappa, 1994.

AA.VV. "Controllo di gestione per aziende non profit", Mc Graw-Hill, 1998.

Sheila BULLAS "Managing Hospital, quality and cost", 1994.

Stefano BARALDI, "Quel che conta è la catena", in Sanità Management, Dicembre 2000, Ed. Il Sole-24 Ore Sanità".

F. DI CARLO - G. NASSI, Tempi e metodi e retribuzione nel lavoro industriale, Edizioni del Cristallo.

L. RONCHI, Il controllo economico e finanziario per l'alta direzione, Ed. Franco Angeli, Milano.

SCHEDA CONTABILITÀ CICLO "RICOVERO ORDINARIO"
(Costi e ricavi consuntivi)

LIVELLO "PAZIENTE"	
Cod.nosografico.....	ICD9.....
DRG.....	Val. Fatturato.....
Cod.dimissione (vivo o defunto).....	

Unità di Degenza..... Centro di Costo..... Mese/Anno.....

Data Ammis.ne..... Data dimisa.ne..... GG.Deg.za.....

Data Trasf.to in entrata..... Data Trasf.to in uscita..... GG.Deg.za.....

A) DIAGNOSTICA TERAPEUTICA - STRUMENTALE

C.d.c. (1)	Servizio erogante (1)	Data (1)	Prestazioni		Tariffe SSN (£.)	Coefficienti mod.Tar. (2)	Costo addebito (£.)	
			Codice	Denominazione				
301	Chimica clinica							
302	Microbiologia							
311	Radiologia							
313	Radioterapia							
312	Medicina nucleare							
304	Ematologia							
308	Analisi Immun.che							
Somma							_____	
50	DIAGNOSTICA NON DESTINATA (vedi specifiche a pag.2).....						Importo	_____
413	S.O. (Esame)							
413	S.O. (Interv.chirurgico)							

(1) Date e C.d.c. in ordine crescente. I C.d.c. possono risultare replicati, poiché ogni riga contiene una prestazione con la relativa data.

(2) Il coefficiente di "modulazione" serve per determinare la tariffa interna dalle tariffe SSN.

IN ALTERNATIVA alle RILEVAZIONI SPECIFICHE.

B) FARMACIA : Quota/giorno del C.d.c. x gg.degenza del caso pesate con il DRG (da C.d.c.).....Importo (B) _____

C) ECONOMATO : Quota/giorno del C.d.c. x gg.degenza, ma senza pesature DRG.....Importo (C) _____

D) ALTRI COSTI (Ammt.o, Beni e Servizi Appaltati, Spese Generali): Idem come C).....Importo (D) _____

E) PERSONALE MEDICO (vedi specifiche di calcolo).....Importo (E) _____

F) PERSONALE NON MEDICO (vedi specifiche di calcolo).....Importo (F) _____

SOMMA (B - C - D - E - F) _____

TOTALE GENERALE _____

SPECIFICHE DI CALCOLO LIVELLO "PAZIENTE"

DRG.....	Val. Fatturato.....	Fatturato/gg.deg.za= €/g.....
ICD9.....	Cod. nosografico.....	Cod. dimesso.....

DIAGNOSTICA NON DESTINATA (C.d.C. 50)

1 - Costo diagnostica indirizzata C.d.C./costo totale = quota x diagnostica indirizzata al caso.

Importo _____

E) ADEBITO COSTO PERSONALE MEDICO (da Report C.d.C. periodo)

2 - Costo equipe medica del periodo, da C.d.C.

3 - Se C.d.C. Degenza Chirurgica: incidenza costo equipe sul costo di addebito della S.O. di branca della Degenza (per es. se 30%, si decurta il 30% del costo equipe) e si imputa al caso chirurgico come incremento del costo intervento chirurgico già attribuito al paziente.

4 - Quota residuo costo equipe medica (o costo totale per DEGENZA MEDICINA) viene suddivisa in due parti uguali.

5 - Una prima parte si distribuisce nel C.d.C. sul numero totale degli esami e prestazioni strumentali ricevute dal C.d.C. stesso. La quota medico/prestazione (STR) si applica al numero esami attribuiti al paziente.

6 - Una seconda parte si suddivide sul numero totale delle giornate del dimesso del C.d.C. più trasferiti in uscita del C.d.C. nel periodo. La quota medico/giornata si applica alle giornate di degenza del paziente (PAZ.).

Importo (E) _____

F) ADEBITO COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO (da Report C.d.C. periodo)

7 - Costo equipe infermieristica si ripartisce in tre blocchi: 50% (I), 30% (II), 20% (III).

8 - 50% (I) si ripartisce sul costo FARMACIA del C.d.C.. La quota si applica al ciclo PAZ in ragione del costo della FARMACIA (B) già addebitato.

9 - 30% (II) si ripartisce sul numero totale esami (C.d.C.) e la quota si addebita al paziente (PAZ.) in base al n. esami (ricevuti).

Importo (F) _____

SCHEDA CONTABILITÀ "RICOVERI ORDINARI CON DIAGNOSI COMUNE"

(Costi e ricavi consuntivi ottenuti per somma livello PAZIENTE)

LIVELLO "DIAGNOSI ICD9/ICD10"	
Soluzione Sottosistema.....	
ICD9.....	N. PAZIENTI.....
DRG.....	Val. Fatturato.....
Cod. dimissione (vivo o decesso).....	

Unità di Degenza.....	Centro di Costo.....
Unità di Degenza.....	Centro di Costo.....
Unità di Degenza.....	Centro di Costo.....

(Bocce esemplificative)

Mese/Anno.....

COMPOSIZIONE SOTTOINSIEME

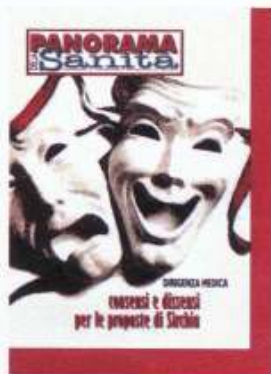
N. SET	<input type="checkbox"/> (2)	Data Ammissione.....	Data Transf.to in entrata.....	<input type="checkbox"/> (2)	Data dimessa.....	Data Transf.to in uscita.....	GG.Deg.za.....	N. Paz.....
	<input type="checkbox"/> (2)	Data Ammissione.....	Data Transf.to in entrata.....	<input type="checkbox"/> (2)	Data dimessa.....	Data Transf.to in uscita.....	GG.Deg.za.....	N. Paz.....
	<input type="checkbox"/> (2)	Data Ammissione.....	Data Transf.to in entrata.....	<input type="checkbox"/> (2)	Data dimessa.....	Data Transf.to in uscita.....	GG.Deg.za.....	N. Paz.....
	<input type="checkbox"/> (2)	Data Ammissione.....	Data Transf.to in entrata.....	<input type="checkbox"/> (2)	Data dimessa.....	Data Transf.to in uscita.....	GG.Deg.za.....	N. Paz.....
	<input type="checkbox"/> (2)	Data Ammissione.....	Data Transf.to in entrata.....	<input type="checkbox"/> (2)	Data dimessa.....	Data Transf.to in uscita.....	GG.Deg.za.....	N. Paz.....
	<input type="checkbox"/> (2)	Data Ammissione.....	Data Transf.to in entrata.....	<input type="checkbox"/> (2)	Data dimessa.....	Data Transf.to in uscita.....	GG.Deg.za.....	N. Paz.....

A) DIAGNOSTICA TERAPeutICA - STRUMENTALE

C.d.C. (1)	Servizio erogante (2)	N. (3)	Prestazioni		Costo SSN (4)	Coefficienti mod.Tec. (5)	Totale costo addebito (E.)	Costo Addebito al Paziente (E)	
			Codici	Denominazioni					
301	Chimica clinica								
302	Micrrobiologia								
311	Radiologia								
313	Radioterapia								
312	Medicina nucleare								
304	Ematologia								
306	Allergologia								
Somma								_____	
50 DIAGNOSTICA NON DESTINATA								Importo	_____
413	S.O. (Esame)								
413	S.O. (Interv. chirurgico)								
306	Centro Trasfusionale								
Somma								_____	
TOTALE GENERALE								_____	

(1) (2) Le date sono i "balli" dei pazienti per "SET". (3) N. prestazioni erogate dal Servizio per tutti i pazienti del Sottosistema.

S o m m a r i o



Settimanale di informazione
e documentazione sanitaria

CON IL PATROCINIO DI
**Istituto Superiore
di Studi Sanitari
Centro di
collaborazione dell'Oms**

Editore

ESSE Editrice S.r.l.
Viale Umberto Tupini, 103
00144 Roma
Tel 065911662 - Fax 065917809
E-mail: esseditrice@katamail.com

Direttore responsabile

Corrado de Rossi Re

Redazione:

Tel. 065919462 - Fax 065919540
E-mail: panorama.san@tin.it

Ufficio abbonamenti

Tel/Fax 065919547

Stampa

Industria Grafica Romana
Cecchina - Roma

Finito di stampare il 09.02.2002
Copie arretrate € 5,00
(comprese spese di spedizione)

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto della L. 675/96 sulla tutela dei dati personali. Coloro i quali non intendessero ricevere la rivista a titolo promozionale possono comunicarlo a mezzo fax al numero 065919547.

Registrazione del Tribunale
di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Spedizione in abbonamento postale - art. 1, comma 2001 legge 662/96 - Filiale di Roma

DIARIO

- pagina 5 Consensi e dissensi per le proposte di Sirchia
pagina 6 Salvo Calì: più ombre che luci
pagina 8 Clinical Evidence: per il medico qualcosa in più
pagina 9 Pastorale sanitaria: la "tenerezza" come modello di cura

NOTIZIARIO

DOSSIER

- pagina 12 Lea e fondi integrativi, scenario italiano ed esperienze europee
pagina 15 Fondi integrativi e livelli di assistenza: quale futuro?
pagina 17 L'impatto dei meccanismi di mercato sui sistemi sanitari in Europa
pagina 20 "In Europa la parola chiave è solidarietà"
pagina 22 «Fiaso-Federsanità: una sinergia per migliorare il servizio e ridurre gli sprechi»
pagina 23 «I sindaci devono collaborare con i dirigenti!»

LAVORO

- pagina 25 Intervista a Pasquale Trecca, segretario generale del Simet
pagina 26 Ruolo e responsabilità di un manager in sanità
pagina 29 Profilo professionale degli ottici: in attesa dell'approvazione definitiva

AZIENDE

- pagina 32 Sinergie vincenti tra pubblico e privato
pagina 33 Management in sanità

PREMIO DEDALO 2001

- pagina 34 I sistemi di classificazione dei pazienti ricoverati in ospedali per acuti. Confronto tra sistemi isorisorse ed isogravità: valutazione del case-mix e dei costi assistenziali

REGIONI

- pagina 40 La Giunta Veneta vara la riorganizzazione ospedaliera
pagina 42 Lombardia: ecco il piano socio-sanitario

STUDI

- pagina 44 Per una sanità a misura dell'uomo