



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

**COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO**

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO

N. 32

IN DATA 18/7/2012

OGGETTO :

Decreto Commissario *ad acta* n.48 del 2 luglio 2010 – Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.). Sentenza TAR Molise n.152/2012 Reg.Prov.Coll.. Annullamento D.C.A. n.48/2010. Determinazioni conseguenti. Disciplina intertemporale.

Il Responsabile del Servizio Ispettivo

Dott. Michele Antonelli

Michele Antonelli

Visto, Il Direttore Generale per la Salute

Dott. Antonio Francioni

Antonio Francioni



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO N. 32

DEL 18/7/2012

OGGETTO :

Decreto Commissario *ad acta* n.48 del 2 luglio 2010 - “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.)”. Sentenza TAR Molise n.152/2012 Reg.Prov.Coll.. Determinazioni conseguenti. Disciplina intertemporale. Ridefinizione delle Tariffe dei D.R.G..

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che :

- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009 il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario *ad acta* per la attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, avvalendosi delle strutture tecniche ed amministrative della Regione;
- con tale deliberazione il Commissario *ad acta* è stato incaricato di dare attuazione e realizzazione ad una serie di interventi tra i quali il contenimento della spesa sanitaria per il rientro dal debito sanitario al fine di perseguire il riequilibrio economico-finanziario;
- con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20 Gennaio 2012 è stata confermata la nomina, ex art.4, commi 1 e 2, del D.L.159/2007, convertito, con modificazioni, dalla Legge 222/2007, del Presidente *p.t.* della Regione Molise in funzione di Commissario “ad acta” per l’attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della

Regione Molise e successivi Programmi Operativi, nonché attuazione delle prescrizioni e di cui alla L.191/2009 e al Patto per la Salute (2010-2012);

- con la suddetta deliberazione, il Consiglio dei Ministri ha disposto – altresì – la cessazione, con effetti decorrenti dal 1° Marzo 2012, dell’assetto della gestione commissariale (in relazione ai soli sub Commissari nominati con Deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 09/10/2009 e 31/05/2011);
- con ulteriore deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20 Gennaio 2012 sono stati nominati, a far data dal 01/03/2012, due sub Commissari per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Molise e dei successivi programmi operativi 2011-2012, con il compito di affiancare il Commissario “ad acta” nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale disposto con la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri.

Premesso altresì che :

-in forza dei suddetti poteri, il Presidente della Regione Molise, nella qualità di Commissario *ad acta*, ha adottato il Decreto n.48 del 2 luglio 2010 – “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.)”, pubblicato nel S.O. al Bollettino Ufficiale della Regione Molise n.27 del 16.09.2010;

-il D.C.A. n.48/2010 è stato impugnato e contestato con ricorso al TAR Molise proposto dall’Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed, I.R.C.C.S. S.r.l., in persona del legale rappresentante *pro tempore* e rubricato al n.427 del 2010 R.G. Ricorsi;

RISCONTRATO che in seguito alla proposizione e successiva trattazione del suddetto ricorso, il TAR Molise, con sentenza n.152/2012 Reg. Provv. Coll., del giorno 9 febbraio 2012, depositata in segreteria il giorno 10 aprile 2012, ha annullato il Decreto n.48 del 2.7.2010 del Presidente della Regione Molise nella qualità di Commissario *ad acta*;

CONSIDERATO che in esecuzione della sentenza n.152/2012 Reg. Provv. Coll. del TAR Molise e, fatti salvi gli effetti della eventuale decisione di merito del Consiglio di Stato, in attesa della definizione giurisdizionale della insorta questione, la Regione Molise – nelle more – intende disciplinare i criteri del sistema tariffario applicabile per la remunerazione delle prestazioni dei pazienti dimessi dalle Strutture Ospedaliere, dalle Case di Cura private accreditate e I.R.C.C.S. privato **a far data dal giorno 01 Gennaio 2012** si applica il Decreto del Ministero della Salute 12 settembre

2006, pubblicato nel S.O. alla Gazzetta Ufficiale s.g. n.289 del 13-12-2006, ultimo Decreto ministeriale sulle tariffe ospedaliere che, quindi, non contempla le tariffe dei nuovi D.R.G. introdotti con il D.M. del 18/12/2008 che tuttavia non riporta le tariffe, così come in entrambi i D.M. non sono riportate le tariffe dei D.R.G. precedentemente introdotti con il D.M. 21/11/2005, motivi per il quale era stato adottato un Tariffario regionale come da disposizioni ministeriali;

VISTO il D.Lgs.502/1992, art.8-*sexies* Remunerazione;

VISTO il D.M. del 14 dicembre 1994 “Remunerazione dei Ricoveri ospedalieri a D.R.G. (*Diagnosis Related Group*)”;

VISTO il Decreto Ministeriale 30 Giugno 1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al D.M. 14 dicembre 1994”;

VISTO il D.M. del 21 /11/2005 “Aggiornamento della Classificazioni dei D.R.G.”;

VISTO il D.M. n.234 del 12 Settembre 2006, concernente *Ricognizione primo aggiornamento delle tariffe per la remunerazione dei ricoveri*;

VISTO il D.M. 18/12/2008 – Versione 24 del D.R.G. *Group* ed introduzione della classificazione ICD-9-CM-2007 ;

CONSIDERATO che il DM 12 dicembre 2008 “Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere” stabilisce che, dal 1° Gennaio 2009 le informazioni cliniche contenute nella SDO - scheda di dimissione ospedaliera - siano codificate secondo la versione italiana della classificazione ICD-9-CM 2007 e sia adottata la versione 24 del sistema di classificazione DRG, mentre ai fini della remunerazione dei nuovi D.R.G. introdotti con il D.M. erano deputate le regioni con proprio provvedimento;

VISTO il D.L.95 del 06/07/2012, Titolo III, art.15, comma 13, lett.g) e commi 15,16 e 17;

- per le motivazioni espresse in premessa, che si richiamano e costituiscono parte essenziale, integrante e fondamentale del presente provvedimento, da intendersi nella parte dispositiva integralmente ripetute e ritrascritte

DECRETA

di dare esecuzione alla sentenza n.152/2012 Reg. Provv. Coll. del TAR Molise e, fatti salvi gli effetti della eventuale decisione di merito del Consiglio di Stato, in attesa della definizione giurisdizionale della insorta questione, la Regione Molise – nelle more e comunque fino all’approvazione dell’emanando Decreto Ministeriale relativo alle nuove tariffe ministeriali su cui poter successivamente redigere il nomenclatore tariffario dei D.R.G. della Regione Molise in base ai dettami del D.M. e secondo i criteri e le determinazioni del relativo provvedimento di recepimento da parte della Regione Molise, delle Strutture Ospedaliere, delle Case di Cura private accreditate e dell’I.R.C.C.S. privato – con il presente provvedimento disciplina, per i pazienti dimessi dalle Strutture ospedaliere **a far data dal giorno 1° Gennaio 2012 opera la regolamentazione e disciplina tariffaria del presente Decreto Commissariale** che si basa sul Decreto del Ministero della Salute 12 settembre 2006 e successive modificazioni ed integrazioni ministeriali e regionali;

- e, per l’effetto, in conseguenza della sentenza TAR Molise n.152/2012 Reg. Provv. Coll., di abrogare espressamente il Decreto del Presidente della Regione Molise Commissario *ad acta* n.48 del 2 luglio 2010 – Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.) e di ogni altra precedente disposizione regionale in contrasto con quanto previsto nel presente decreto;
- di disporre di attenersi con cogenza ai seguenti criteri normativi classificatori e tariffatori :

RICOVERI PER ACUTI

Si adottano le tariffe così come segue:

A) per i D.R.G. dallo 001 al 492, tariffe come da Allegato 1 del DM 2006
Riferimento Colonna A che riporta la tariffa per singolo D.R.G. dei ricoveri in regime ordinario.

Riferimento Colonna B che riporta la tariffa dei ricoveri ordinari di un solo giorno di degenza e dei ricoveri diurni :
D.H. (day hospital); D.S. (day surgery);
O.D.S. (one day surgery)

Riferimento Colonna D che riporta la tariffa dell’incremento *pro die* oltre il V.S. (valore soglia) per i ricoveri ordinari

B) per la remunerazione dei D.R.G. dal 493 al 523 e per il D.R.G.109
si applica la DGR n.1205/2006, con l’allegata valutazione tecnica prot.12402 del 10/08/2006 nonché rettifica prot.13399 del 8/09/2006 delle tariffe dei D.R.G. 502 e 503 Delibera questa adottata in seguito al passaggio dalla versione del Grouper 14 alla versione HCFA 19, che ha eliminato alcuni DRG e ha introdotto nuovi DRG – a seguito del

recepimento del D.M. 21/11/2005, privo di tariffe. Nuovi D.R.G. e Tariffe di cui era anche carente il D.M. 12/09/2006.

- C) **Tariffazione dei DRG dal 524 al 579 come da DGR n.783 del 20/07/2009** e Relazione Tecnica che provvedeva a tariffare i nuovi DRG, introdotti con la Versione del Grouper 24; recepimento D.M. 18/12/2008 che ha classificato i nuovi DRG con la entrata in vigore della Classificazione ICD-9-CM-2007. D.M. questi che modificava pesi relativi e valore soglia di tutti i D.R.G. ma che non riportava le Tariffe dei nuovi D.R.G..

PRESO ATTO che il D.M. 18/12/2008 ha modificato anche il V.S. (valore soglia) dei singoli DRG - ne discende che per il V.S. non si farà riferimento a quello di colonna C) del DM 2006, bensì a quello del Decreto 48 che in colonna c) riporta i nuovi parametri del D.M. 18/12/2008;

CONSIDERATO che il D.M. 12 settembre 2006 risulta carente dell'allegato 3 del D.M. 30 giugno 1997 e precisamente della colonna E) P.R. (Peso Relativo dei DRG) anche per il peso relativo si dovrà fare riferimento alla colonna f) del D.C.A. n.48, che riporta i valori del D.M. 18/12/2008;

RICOVERI PER RIABILITAZIONE OSPEDALIERA.

Per la Riabilitazione si applicano le tariffe del D.M. 12/09/2006 con le successive modificazioni (abbattimenti) così come previsto dal Patto della Salute del 3/12/08.

Disciplina cod. 56 - RIABILITAZIONE -

Si applicano le Tariffe per MDC come da Allegato 2 del DM (Tariffa giornaliera in R.O.) così specificate : per le 4 grandi categorie diagnostiche della riabilitazione tariffa specifica :

- | | |
|--|----------|
| • MDC 1 - Mal. e Disturbi del Sistema Nervoso | € 261,84 |
| • “ “ 4 - Mal. dell'Apparato Respiratorio; | € 230,86 |
| • “ “ 5 - Malattie dell'App. Cardiocircolatorio | € 251,00 |
| • “ “ 8 - Malattie del Sistema Muscolo-Scheletrico | € 237,06 |
| • Per gli Altri MDC tariffa unica | € 201,42 |

Abbattimento :

dopo il 40°giorno del 20% delle tariffe *pro die*

dopo il 60°giorno del 40% delle tariffe *pro die*

dopo il 120°giorno del 100% delle tariffe *pro die* (nessuna remunerazione).

Disciplina cod.60 LUNGODEGENTI

Per tutti gli MDC - si applica la tariffa unica *pro die* di € 137,89

Abbattimento dopo il 60° giorno del 30% della tariffa *pro die*.

Discipline cod.75 NEURORABILITAZIONE e cod.28 Unità Spinale

Si applicano le tariffe della branca 56, senza nessun abbattimento neanche dopo il 120° giorno di ricovero, precisando che nella disciplina 75 -Neuroriabilitazione- specialità per cerebrolesi, traumatici od traumatici possono essere erogati solo i D.R.G. di tipologia medica (M) della MDC 1 - Mal. e Dist. del Sistema Nervoso.

Per i ricoveri di riabilitazione in regime D.H. (Day Hospital), consentiti solo nella disciplina 56 - Riabilitazione - si pratica un abbattimento del 20% rispetto alle corrispondenti tariffe giornaliere del Ricovero Ordinario.

Per la parte normativa, vigono i seguenti articoli :

Art.1

Le tariffe rappresentano la remunerazione omnicomprensiva del D.R.G. (compresi Farmaci, protesi, etc. erogati all'interno del singolo episodio di ricovero) come da art.1, comma 5, D.M. 30/06/1997. Dette tariffe remunerano, conseguentemente, tutte le attività e le prestazioni erogate a ciascun paziente nel corso dell'intero ricovero.

Art.2

Per i ricoveri per acuti, erogati in regime di ricovero ordinario di una sola giornata, in caso di modalità di dimissioni (1) - decesso - o mod.dimissioni (6) trasferimento presso altro istituto di ricovero, la remunerazione da corrispondere è pari a due volte la tariffa per i ricoveri di un solo giorno, specifica per D.R.G., riportata nella colonna B dell'allegato 1.

Art.3

Per le Tariffe di colonna B, ove trattasi di ricovero Diurno D.H. (Day Hospital) e D.S. Day Surgery) è sempre la tipologia del D.R.G. Medica (M) o Chirurgica (C) a definire la tariffa; se trattasi di D.R.G. Chirurgico, la remunerazione applicabile è quella corrispondente alla Tabella per ogni episodio di ricovero (SDO) indipendente dagli Accessi; se invece il ricovero è di tipologia Medica, la remunerazione della Tabella è da intendersi per singolo Accesso (la stessa sarà data dall'importo della colonna B) per il numero di Accessi.

Art.4

Ricovero Programmato (artt. 1 e 6 del D.M.) per gli interventi chirurgici erogati in D.S. anche se vi sono precedenti accessi per le indagini preliminari e successivi per medicazioni, trattandosi di tipologia chirurgica è valida la tariffa unica omnicomprensiva di tabella B ed il ricovero stesso è considerato di un giorno di degenza facendo riferimento alla data dell'intervento. Le indagini precedenti fanno parte dell'episodio di ricovero e la documentazione deve essere allegata alla cartella clinica. In caso di rifiuto dell'intervento da parte del paziente, la SDO (Scheda di

Dimissione Ospedaliera) deve essere annullata e il paziente deve pagare le prestazioni ricevute come specialistica ambulatoriale.

Art.5

Per la Chemioterapia (DRG 410), SDO che riporta in d.p. la codifica V58.11 e come procedura il carattere 99.25 – sussistono le tre forme di remunerazione :

- Ricovero Ordinario solo per il primo ciclo di trattamento chemioterapico per una soglia massima per Struttura di ricovero del 30% della casistica (Tariffa di all.1 Tab.A)
- Ricovero in D.H. tariffa di allegato 1 Tab.B per singolo accesso praticato e per un max per SDO di 14 accessi (valore doppio del V.S.).
- Prestazione Ambulatoriale solo per i farmaci oncologici ad alto costo delle Tabelle AIFA allegate, con obbligo di non redigere SDO, trattandosi di Medicina Specialistica Ambulatoriale, di riportare il codice MinSan del farmaco e con remunerazione del costo del farmaco *ex factory* oltre ad una remunerazione del 10% della tariffa di un accesso in D.H. del D.R.G., corrispondente ad € 41,40.

Art.6

I DRG 124 – 125 e 323, se erogati in regime diurno, pur essendo di tipologia medica sono considerati alla stregua dei Chirurgici, per cui si applica la tariffa specifica unica di Tab.B, senza considerare gli accessi.

Art.7

Il DRG 323, in caso di prestazione 98.51, Litotrissia diventa prestazione ambulatoriale complessa (riferimento a tale “Setting assistenziale” come da D.C.A. n.83/2011). La prestazione è remunerata alla tariffa di € 685,00.

Art.8

Per i DRG potenzialmente inappropriati in R.O. come da allegato B del Patto della Salute del 3/12/2009 (tabelle che si allegano) è previsto un abbattimento tariffario come da sottostante diversificazione :

- D.R.G. chirurgici potenzialmente inappropriati in R.O. per il D.P.C.M. 2001** (contrassegnati in grassetto nella Tabella) riduzione del 20% delle Tariffe del D.M. 2006 sia in R.O. che in D.S. e soglia massima di erogazione in R.O. del 10%, in D.S. del 30%. L'altro 60% dell'erogazione è da trasferire nel setting assistenziale alternativo ai ricoveri “Day Service”. Per lo stesso fare riferimento al D.C.A. n.83/2011 “Chirurgia Ambulatoriale Complessa”.
- D.R.G. Chirurgici potenzialmente inappropriati aggiunti dal Patto della Salute,** abbattimento del 10% delle tariffe del D.M. sia in R.O. che D.S. e soglia massima di erogazione per Struttura del 20% in R.O. e del 30% in D.S.. L'altro 50% dell'erogazione è da trasferire in Chirurgia Ambulatoriale (rif.D.C.A. n.83/2011).

-D.R.G. Medici potenzialmente inappropriati in R.O. per il D.P.C.M-2011(contrassegnati in grassetto nella Tabella), abbattimento del 20% delle Tariffe del D.M. in R.O. e remunerazione di un solo accesso se erogato in D.H.

Soglia massima di erogazione consentita per struttura in R.O. 30% globale della casistica dei 66 D.R.G. di tipologia Medica potenzialmente inappropriati. Il restante 70% può essere erogato in D.H. fino alla emanazione delle Linee Guida ed all'attivazione dei Pacchetti Ambulatoriali Medici Complessi del Day Service Medico.

-D.R.G. Medici potenzialmente inappropriati aggiunti dal Patto della Salute

abbattimento del 10% delle tariffe del D.M. in R.O. e soglia massima consentita in tale setting assistenziale del 40%. Il rimanente 60% può essere erogato in D.H. fino all'emanazione delle Linee Guida ed all'attivazione dei Pacchetti Ambulatoriali Medici Complessi del Day Service Medico.

Le prestazioni – invece – che il Patto della Salute riporta in **Tabella A** (che si allega) sono di esclusiva pertinenza **ambulatoriale**. Anche per esse fare riferimento al D.C.A. n.83/2011. E' ribadito – infine – che la SDO del D.H. va chiusa con la data dell'ultimo accesso praticato e che l'Archivio SDO del D.H. va mantenuto aperto tutto l'anno solare (non devono avvenire chiusure mensili o trimestrali o semestrali)

Art.9

In caso risulti aperta una SDO in D.H. ed il paziente debba praticare un ricovero ordinario anche presso Ospedali diversi, la SDO del ricovero in D.H. deve essere chiusa con la data dell'ultimo accesso. Pertanto la Struttura che effettua il ricovero in regime diverso deve fare comunicazione alla Struttura/ Divisione ove insiste la SDO in D.H.

Art.10

L'incremento *pro die* oltre il valore soglia del Ricovero ordinario può essere remunerato fino ad massimo del 150% del valore soglia relativo al D.R.G.. Oltre tale parametro la remunerazione è soggetta a verifica del Trim Point.

Art.11

Tale regola non sussiste se durante il Ricovero si è verificato il trasferimento interno in reparto di Terapia intensiva;

Art.12

Per i reparti di Terapia Intensiva vige il comma 3, lettera a) e b) dell'art.3 del D.M. 30 giugno 2007. La remunerazione è comunque per tariffa DRG specifica.

Art.13

Si applica l'incremento di una quota aggiuntiva per l'attività protesica solo per le seguenti prestazioni come da D.M. 12 Settembre 2006

-Protesi cocleari : (codice di intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) tariffa aggiuntiva a quella del D.R.G. di € 21.474,28;

-Neurostimolatore cerebrale: (codice di intervento 02.93 associato a diagnosi 332.0 in qualsiasi posizione della SDO) tariffa aggiuntiva di € 16.010,16.

E' remunerato solo l'impianto mentre rimozione e revisione degli elettrodi non comportano costi aggiuntivi.

Art.14

Il trasferimento dal regime di ricovero per acuti D.R.G. (R.O.-D.H/D.S.) alla riabilitazione (MDC) e viceversa comporta la chiusura della prima SDO e riapertura di nuova SDO.

Art.15

Codifica ICD-9-CM della Riabilitazione. Per descrivere i ricoveri per trattamento riabilitativo di pazienti con postumi di malattie neurologiche, devono essere utilizzati in diagnosi principali i codici che identificano la natura del postumo e non il codice di diagnosi acuta.

Art.16

Per le attività di ospedalizzazione a domicilio post dimissioni praticate con Mod.4) del Campo 23 della SDO, non prevedono altra SDO, poiché non trattasi di ricovero ospedaliero, ma unicamente una tariffa di € 60,00 per accesso, come da art.3 co. 1, lett. f) del D.M. del 30/06/97.

Art.17

Per tutte le altre fonti normative non menzionate nel presente Decreto si fa espresso richiamo al D.M. 12/09/2006 e s.m.i. e contemporaneamente s'intendono abrogate tutti i precedenti provvedimenti riguardanti le Tariffe e nelle specie le D.G.R. n.1376 del 10/11/2003 e D.G.R. n.192 del 17/03/2005 che individuano l'I.R.C.C.S. Neuromed quale Centro di Riferimento Interregionale di Neurochirurgia Funzionale per l'Epilessia nella parte in cui sussiste la remunerazione aggiuntiva per:

V.E.E.G. – Video Elettro Encefalografia cod.89.12 – Studio pre-chirurgico non invasivo dell'Epilessia;

S.E.E.G. – Studio pre-chirurgico invasivo dell'Epilessia ed impianto di grids
cod.01.24.

Art.18

La SDO deve essere conforme al D.M. 380/2012 nonché al D.M. del 08/07/2010 recepito con D.C.A. n.57/2010. La stessa rappresenta il titolo per la remunerazione, pertanto è fatto obbligo per le Strutture Private Accreditate che la fatturazione deve

essere corrispondente agli importi del D.R.G. Grouper – come da Tabulati Ufficiali Mod.SDO 604 e Mod.830.

Art.19

La SDO deve essere compilata in ogni suo campo e la codifica ICD-9-CM deve essere conforme alle Linee Guida per la corretta codifica.

Art.20

Le Case di Cura Private (Villa Maria, Villa Esther, Igea Medica,) considerate Strutture di fascia B, giusta D.G.R. n.15 del 8/01/2003 vengono remunerate all'85% delle Tariffe del Decreto (abbattimento del 15%).

- di pubblicare integralmente il presente provvedimento unitamente agli allegati tutti nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise;
- di pubblicare *on line* il presente Decreto nel sito ufficiale della Regione Molise;
- di notificare il presente Decreto:
 - ai Ministeri affiancanti (Salute - Economia e Finanze);
 - all'Agenas per la valutazione;
 - alle Strutture Ospedaliere a diretta gestione regionale (I.R.C.C.S. Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II);
 - all'ASReM, per la notifica, a sue cure, alle Strutture sanitarie di sua gestione e competenza e di ottemperare ad ogni atto consequenziale, connesso, collegato e conseguente ivi compresa la successiva vigilanza e controllo;
 - alla Soc. Molise Dati S.p.A. gestore del D.R.G. -Grouper per l'applicazione delle tariffe.

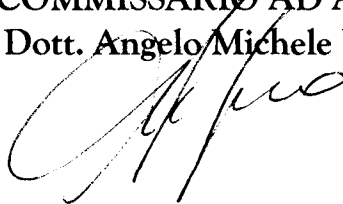
Il presente Decreto è provvedimento ufficiale della Regione Molise ed è fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare come disciplina cogente ed entra in vigore, per gli effetti della sentenza TAR Molise n.152/2012 depositata il 10 aprile 2012, con efficacia retroattiva, a far data dal giorno 01 Gennaio 2012, per l'equivalenza delle tariffe dei D.R.G. del Flusso annuale SDO.

ALLEGATI:

- 1.Tabella B del Patto della Salute- DRG Chirurgici potenzialmente inappropriati;
- 2.Tabella B del Patto della Salute-DRG Medici potenzialmente inappropriati;
- 3.Tabella A del Patto della Salute-Prestazioni erogabili solo ambulatorialmente;
- 4.n.2 Tabelle AIFA riportanti l'elenco dei farmaci oncologici ad alto costo.

Il presente Decreto si compone di n.11 pagine e di n.5 Tabelle allegate.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(On. Dott. Angelo Michele IORIO)



Visto: il SUB-COMMISSARIO AD ACTA
(Dott. Nicola ROSATO)

