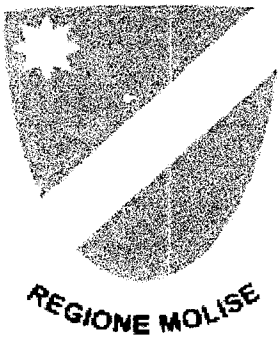

MANUALE INTRODUTTIVO

AL

"NUOVO NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE"

Il Presidente della Giunta Regionale - Commissario ad acta

INDICE

1. Premessa

2. Riferimenti normativi

3. Articolazione

Allegati:

- Allegato 1 e 2 "Tariffe per ricoveri per acuti e riabilitazione"
- Allegato 3 "Tariffe protesi"
- Allegato 4 "D.R.G. 410"
- Allegato 5 "Farmaci oncologici ad alto costo"
- Allegato 6 "Indicatori T.U.C."
- Allegato 7 "Note Agenas e stralcio T.U.C. versione 24 Grouper "
- Allegato 8 "Delibere Regionali in materia tariffaria abrogate"
- Allegato 9 "Impatto economico".

1. PREMESSA

I principi generali del sistema di finanziamento degli ospedali pubblici e privati convenzionati con il SSN, sono definiti da una serie di provvedimenti legislativi nazionali che definiscono ambito di applicazione e criteri di definizione delle tariffe; modalità di avvio e gradualità di applicazione; criteri di gestione del sistema tariffario e del relativo sistema dei controlli sul suo potenziale impatto su qualità e costi della assistenza ospedaliera; tariffe massime di riferimento nazionale; sistema dei controlli, esterni ed interni.
Brevemente, il sistema di rimborso tariffario si articola principalmente nelle seguenti normative nazionali, alle quali si aggiungono il complesso delle normative regionali di attuazione e di raccordo:

1) **D.M. 28 dicembre 1991** sulla scheda di dimissione ospedaliera, indispensabile per la precisa imputazione della tariffa;
2) **D.M. 15 aprile 1994** che ha attribuito alle regioni il compito di determinare ed aggiornare le tariffe;
3) **D.M. 14 dicembre 1994** che ha determinato le tariffe massime per i ricoveri ospedalieri, modificato con il **D.M. 30 giugno 1997**, che le ha aggiornate, specificando che le regioni possono articolare i propri tariffari in funzione delle diverse tipologie di erogatori, individuate sulla base della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate;
4) **D.M. 12 settembre 2006**, emanato ai sensi della L.30 dicembre 2004 n.311 (finanziaria 2005), che ha fissato le tariffe massime per ricoveri ospedalieri e per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, stabilendo che "gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali e superiori alle tariffe massime...restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe";
5) **D.M. del 18 dicembre 2008** che ha aggiornato sia la classificazione dei codici di diagnosi e procedure con la introduzione della ICD-9-CM 2007, sia il sistema di classificazione dei D.R.G., prevedendo il passaggio dalla versione 19 alla versione 24 del Grouper.

Il sistema di rimborso tariffario, così come era stato delineato dal riordino del S.S.N. del 1992, era impostato sul rispetto delle competenze regionali in materia, per cui dovevano essere le Regioni a dover attivare appositi processi diretti a stabilire le singole poste tariffarie; lo Stato, invece, le ha anticipate fissando un completo tariffario – da considerarsi come uno strumento transitorio in attesa dell'azione regionale – pur riconoscendo che esso costituiva un tetto invalicabile, all'interno del quale le Regioni potevano stabilire le tariffe da applicare nel loro ambito territoriale. In sostanza, quindi, il tariffario nazionale è venuto ad assumere una funzione vicariante nei confronti delle Regioni che ancora non avevano provveduto a determinare, nel rispetto di quel tetto definito insuperabile, le loro tariffe.
Con gli anni, nei limiti consentiti dalla norma nazionale, ogni regione ha provveduto a strutturare il proprio sistema di finanziamento sulla base di propri obiettivi di programmazione sanitaria.
Lo stesso art. 5 del Nuovo Patto della Salute 2010-2012 ai fini del mantenimento dell'equilibrio economico finanziario dei bilanci regionali, prevede che qualora si profili, sulla base dei dati relativi al II trimestre proiettati su base annua, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5% (il livello si abbassa in presenza di scarse entrate fiscali) le Regioni si impegnano ad attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20% dello squilibrio stimato, i seguenti interventi:

- ✓ Ulteriori misure in materia di regressione

- ✓ Misure per garantire l'equilibrio economico- finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni erogate;
- ✓ Ulteriori ticket.

Per quanto su esposto e partendo dall'assunto che ogni Regioni ha la responsabilità di definire il proprio sistema tariffario, anche la Regione Molise ha deciso di non seguire più le tariffe ministeriali ma di approntare un suo tariffario.

Gli esiti dei processi di monitoraggio condotti sull'attività di ricovero nel corso dell'ultimo anno, ai fini di valutare il livello di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di ricovero e il loro impatto sulla spesa sanitaria, hanno suggerito la necessità di apportare una riduzione alle tariffe precedentemente in vigore.

Il nuovo tariffario regionale molisano deve rispondere alla esigenza di garantire il rispetto delle compatibilità economiche del sistema sanitario regionale e delle indicazioni nazionali e regionali di contenimento della spesa ospedaliera e deve favorire, anche sotto il profilo della remunerazione delle prestazioni ed in maniera coerente con l'evoluzione delle tecnologie, il raggiungimento di livelli adeguati di appropriatezza delle prestazioni.

Considerato che questi criteri sono alla base del tariffario unico convenzionale (TUC) utilizzato a livello nazionale per le prestazioni fornite in situazioni di mobilità interregionale, si ritiene opportuno utilizzare tale strumento come base di riferimento generale per la determinazione del tariffario regionale, prevedendo alcune modifiche che tengano conto della peculiare situazione regionale, ancora caratterizzata da un diffuso utilizzo dell'assistenza ospedaliera per problemi di salute che dovrebbero trovare risposta più adeguata a livello di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

1) D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.10.1992, n.421" e sue successive modificazioni ed integrazioni;
2) D.M. 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera";
3) D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59";
4) Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale";
5) D.M. 14 dicembre 1994 "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera";
6) Linee Guida n.1/1995 "Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle <<Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera>>, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri;
7) D.M. del 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994";
8) Legge 28 dicembre 1995, n. 549, "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica";
9) D.M. 27 ottobre 2000, n.380 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati;
10) D.M. 21 novembre 2005 "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;
11) D.M. 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie";
12) D.M. del 18.12.2008 "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" e definizione delle tariffe di riferimento provvisorie per i Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG) di nuova introduzione";
13) D.P.C.M. 29 novembre "Definizione dei livelli di assistenza";
14) D.P.C.M. 05 marzo 2007 "Modifica del D.P.C.M. 29.11.2001, recante <<Definizione dei Livelli essenziali di assistenza>>;
15) Decreto–Legge 25 giugno 2008, n.112 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria";
16) Legge 06 Agosto 2008, n. 133 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008. n.112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria";
17) Legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)";
18) Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010- 2012;
19) Testo Unico Compensazione Interregionale della Mobilità Sanitaria, versione in vigore per le attività dell'anno 2009 – Conferenza Stato-Regione 6 maggio 2010;

20) Accordo del 27 marzo 2007 tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Molise per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n.311 (legge finanziaria 2005);
21) D.G.R. n. 783 del 20 luglio 2009 con oggetto: Recepimento D.M. del 18/12/2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella S.D.O. e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" e definizione delle tariffe di riferimento provviste per i D.R.G. di nuova introduzione, in base alla nuova Classificazione della Codifica ICD-9-CM – 2007 e della nuova versione 24 del D.R.G. Grouper. Presa d'atto Relazione tecnica del Servizio Ispettivo Regionale;
22) D.G.R. n. 874 del 04 luglio 2005 "Approvazione A.P.P.R.O. Regione Molise";
23) D.C.M. 28/07/2009 punto 10 - Tariffe.

3. ARTICOLAZIONE

(Aggiornamento delle tariffe di assistenza ospedaliera secondo versione Grouper 24)

PREMESSA

VISTA l'esigenza che ha la Regione Molise di adempiere agli obiettivi del Piano di rientro 2010-2012;

CONSIDERATO il Nuovo Patto per la Salute 2010-2012, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato/Regione in data 05 Ottobre 2006 (rep. n. 2648), in cui Stato e Regioni convengono che eventuali risparmi nella gestione del Servizio Sanitario nazionale, effettuati dalle regioni, rimangano nella disponibilità delle regioni stesse;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'art.3 comma 6 del D.M. 15 aprile 1994 "le regioni con periodicità almeno triennale provvedono all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere, tenendo conto delle innovazioni tecnologiche e delle variazioni classificatorie e tariffarie delle prestazioni stesse;

RITENUTO CHE le regioni sulla base dell'attività di monitoraggio delle prestazioni ospedaliere devono adeguare i costi delle stesse e considerato che da tale ricognizione emerge la necessità di un aggiornamento dei tetti massimi di alcune tariffe anche per consentire alle Regioni di poter attraverso un sistema tariffario adeguato promuovere la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate;

Art. 1

Ambito di applicazione

1.1. Il presente decreto determina i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere e riabilitative in ambito regionale.

1.2. Tali tariffe rappresentano la remunerazione regionale da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti.

1.3. Si considerano soggetti erogatori, purché in possesso dei requisiti di cui all'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (3), e successive modificazioni ed integrazioni: i presidi direttamente gestiti dalle unità sanitarie locali; le aziende ospedaliere autonome; le altre istituzioni sanitarie pubbliche e private, di cui agli articoli 25, 26, 36, 39, 40, 41, 42, 43 della legge 23 dicembre 1978, n.833 (4), ivi compresi gli ospedali militari; i professionisti, ad esclusione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di cui all'art. 8, comma 1, dello stesso decreto.

1.4. Le tariffe costituiscono la remunerazione omnicomprensiva, corrispondente a ciascun episodio di ricovero specifico secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi. Dette tariffe remunerano, conseguentemente, tutte le attività e le prestazioni erogate a ciascun paziente nel corso dell'intero ricovero.

1.5. Le prestazioni correlate al ricovero programmato preventivamente erogate al paziente dalla medesima Struttura, che esegue il ricovero, sono sempre remunerate dalla tariffa omnicomprensiva del D.R.G.. Il ricovero programmato si compone di tre momenti: indagini diagnostiche preliminari – fase dell'intervento chirurgico – controllo successivo. Le indagini diagnostiche pre-intervento non sono soggette a partecipazione alla spesa da parte del cittadino solo che i referti delle stesse devono essere allegati alla Cartella Clinica che costituisce il diario del ricovero.

1.6. Il paziente che esegue prestazioni diagnostiche pre-ricovero in D.S., in caso di rifiuto all'intervento, è tenuto al pagamento dell'intero costo degli esami ambulatoriali sostenuti e la SDO va annullata.
1.7. Per ciascuna unità operativa di ogni Istituto di Cura pubblico e privato per ogni episodio di ricovero vi è obbligo di compilazione della SDO (parte SAO: Scheda di Accettazione Ospedaliera contenente i dati anagrafici, parte intermedia: trasferimento di reparto, parte SDO: dati prestazioni sanitarie con relative codifiche).
Essa costituisce la rappresentazione fedele della Cartella Clinica, ha rilevanza medico-legale ed è l'unico titolo per l'accesso alla remunerazione della prestazione.
1.8. In caso di ricovero per paziente solvente la SDO va comunque redatta ma deve riportare nel campo "onere di degenza" l'importo di € 0,00.

Art.2
Prestazioni

Al fine di garantire la uniforme applicazione delle norme di cui al presente decreto, si individuano come:
a) prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza: i singoli episodi di ricovero, specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi, riportato nell'Allegato 1.
b) prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno: i singoli episodi di ricovero, specificati secondo la classificazione riportata all'allegato 1;
c) prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza: i singoli episodi di ricovero, specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi riportato in Allegato 2.

Art.3
Tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti

3.1. Le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero (R.O. - D.H./D.S.), a carico del Servizio sanitario nazionale, comprendono una remunerazione per D.R.G. specifico che rappresenta un sistema isorisorse omnicomprensivo.

Art.4
Tariffa del D.H./D.S.

a. I D.R.G. di tipo Chirurgico (Tabella c) hanno tariffa D.R.G. specifica per caso trattato.
b. La tariffa per il Day Hospital (Tabella c) D.R.G. di Tipologia Medica è da intendersi per singolo accesso.
c. Fanno eccezione a tale regola i D.R.G. Medici 124 - 125 - 323 che, pur essendo di Tipologia Medica, hanno tariffa D.R.G. specifica per caso trattato (sono considerati alla stregua dei D.R.G. Chirurgici).

Art.5
Capacità lavorativa massima

Le giornate totali dei dimessi nell'anno non devono superare il Tasso di Occupazione massimo. Esso corrisponde ai seguenti parametri:
i ricoveri non devono superare i valori del Tasso di Occupazione espresso in giornate di degenza secondo le seguenti formule:

–R.O. = numero P.L. x 365gg = T.O. 100%

–D.H./D.S. = numero P.L x 2 x 300gg = T.O.100%

Art.6

Regole di apertura e chiusura SDO

Le SDO devono avere una numerazione con sequenza nosologica rigorosamente cronologica.
Le SDO dei D.H. prevedono la chiusura con la data dell'ultimo accesso e comunque non oltre il 31/12 dell'anno stesso.
Le SDO dei ricoveri in R.O. a cavallo di due anni possono avere chiusura nell'anno successivo a quello dell'ammissione.
In caso di trasferimento dal ricovero per acuti al ricovero riabilitativo, va chiusa la prima SDO e riaperta una successiva per la Riabilitazione e viceversa.
Il Referente SDO di Reparto ha l'obbligo di chiedere se il paziente ha una Cartella di Ricovero in D.H. aperta presso stessa o altra Struttura. Nel qual caso si deve provvedere prima alla chiusura della SDO in D.H. (con data ultimo accesso) e dopo aprire altra SDO per ricovero ordinario. Idem non possono essere aperte contemporaneamente due SDO per Ricoveri in D.H. anche se trattasi di patologie diverse.

Art.7

Regole di codifica

Codici di **diagnosi**: obbligo di uso del carattere a 5 cifre (sottoclasse) ove esistente, altrimenti carattere a 4 cifre (sottocategoria) e solo ove assenti questi, il carattere a 3 cifre (categoria).
Codici di **procedure**: dare la precedenza al codice a 4 cifre, ove non esistente fare uso del carattere a 3 cifre.
Particolare attenzione richiede l'uso per la codifica di diagnosi dei codici "V".
La ICD-9-CM - 2007 (Grouper 24) prevede anche l'uso dei codici "E" in diagnosi e del capitolo "00" per le procedure.

Art.8

Regola fondamentale

Le patologie croniche e/o anamnestiche che non hanno attinenza con il ricovero non devono essere assolutamente codificate in SDO.

Art. 9

Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza

9.1. Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in regime di degenza sono quelle riportate nell'*Allegato 2*.
La riabilitazione prevede le Branche: 28 "Unità Spinale"- 75 "Neuroriabilitazione" - 56 "Riabilitazione" - 60 "Lungodegenza".
9.2. La Disciplina "Neuroriabilitazione" è rappresentata soltanto dalla M.D.C. 1 "Malattie e Disturbi del Sistema Nervoso" (D.R.G. Medici 8 → 35 ed i nuovi D.R.G. 524 e dal 559 al 564). E' prevista anche una R.A.I. (Riabilitazione in Assistenza Intensiva) da erogare in Branca 75/01 con tariffa giornaliera corrispondente ad €444,00 per un max di 15 gg di degenza. L'istituzione del Ricovero in R.A.I. si rende necessario al fine di evitare il trasferimento da reparto per acuti in riabilitazione prima dell'assestamento dei parametri vitali fisiologici del paziente, onde evitare continui passaggi di reparto e consentire agli operatori la stesura di un progetto riabilitativo individuale più appropriato a medio/breve/lungo termine imperniato su idonee scale di valutazione a punteggio all'*income* ed all'*outcome*.
9.3. Per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera si tiene conto delle quattro Grandi Categorie Diagnostiche della Riabilitazione (M.D.C.= Major Diagnostic Categories):
MDC1 Malattie e disturbi del sistema nervoso
MDC4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio
MDC5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio

MDC8 Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo
che hanno una tariffazione diversificata per D.R.G., mentre tutte le altre M.D.C. hanno una tariffazione univoca.

9.4. Le tariffe delle Discipline 28 e 75 non prevedono abbattimenti di soglia
(comunque la durata della degenza è regolata dalle Linee Guida dei Protocolli Riabilitativi).

9.5. Le tariffe della Disciplina 56 prevedono una decurtazione del 20% oltre il 40° giorno di degenza e del 40% oltre il 60° giorno di degenza, e fino al 120° giorno, oltre il quale non esiste remunerazione (comunque la degenza è regolata dai Protocolli Riabilitativi per M.D.C.).

9.6. La lungodegenza prevede una tariffa univoca per tutti gli M.D.C. e gli abbattimenti di soglia come da tabella.

9.7. Il D.H. riabilitativo prevede una tariffa univoca per singolo accesso per la Branca 56. Una tariffa unica per la M.D.C.1 della Neuroriabilitazione, una tariffa diversificata per gli accessi delle categorie 1-4-5-8- della Lungodegenza ed una tariffa fissa per tutte le altre M.D.C.
Sono anche in corso di emanazione le Linee-Guida sulla Riabilitazione.

Art. 10

Composizione tabellare del Tariffario

Le tariffe e i valori dei D.R.G. sono quelli individuati nelle colonne (Tabelle) dell'*Allegato 1 e dell'Allegato 2*.

L' *Allegato 1* presenta 8 colonne così suddivise:

Tabella (a) "Tariffa piena dei Ricoveri Ordinari da 2 gg di degenza fino al V.S."
Tabella (b) "Tariffa del Ricovero Ordinario di 1 gg di degenza"
Tabella (c) "Tariffa del Ricovero in D.H./D.S./O.D.S. secondo la tipologia "
Tabella (d) "Valore dell'incremento pro die oltre il Valore Soglia"
Tabella (e) "Valore Soglia secondo il D.M.18/12/2008"
Tabella (f) "Peso relativo per D.R.G. secondo il D.M. 18/12/2008".

L' *Allegato 2* comprende le tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera. Esso è articolato in un'unica Tabella riepilogativa con tariffe per M.D.C. per le discipline 28 - 75 - 56 - 60 in R.O. ed altra Tabella riportante le tariffe in D.H. per le discipline 28 - 56 - 75.

Art. 11

Oneri accessori

Vige sempre la regola che in caso di decesso del paziente o di suo trasferimento presso altra Struttura, in prima giornata, la valorizzazione corrisponde al doppio della tariffa diurna (tab. b).

Art.12

Ricoveri psichiatrici

I ricoveri psichiatrici (M.D.C.19) seguono le regole di tariffazione delle Discipline per acuti, in attesa del trasferimento degli stessi, qualora trattasi di patologie croniche in Branca 60.

Art.13

Protesi

a. Per alcune protesi (solo quelle riportate nell'Allegato 3), è riconosciuta una tariffa aggiuntiva a quella prevista del D.R.G. specifico, solo per alcune codifiche di diagnosi e procedure.

b. Mentre per alcuni D.R.G. è prevista una tariffa D.R.G. particolare per singolo episodio di ricovero secondo le variabili dei codici di intervento/procedure e diagnosi.

Art.14

Attività di prelievo e trapianti d'organi

L'attività di prelievo, trapianti d'organo, trasporto degli stessi, ricerca e reperimento di cellule staminali è regolata e tariffata nell'allegato delle protesi mentre le tariffe inerenti l'espianto di organo da cadavere e l'impianto di cuore artificiale sono riportate a margine dell'Allegato1.

Art.15

D.R.G. particolari

15.1. Il D.R.G. 481 prevede doppia tariffa (trapianto autologo - trapianto allogenico).

15.2. Il D.R.G. 410 (Chemioterapia) ugualmente prevede duplice tariffa:

- tariffa ambulatoriale corrispondente al 10% di quella del D.H. più rimborso costo Farmaci ex-factory per seduta solo per la Chemioterapia con l'uso di Farmaci innovativi e ad alto costo (come da elenco di Tabella AIFA)
- tariffa come da tabelle nomenclatore con l'uso di altri Farmaci

Ragion per cui è stata richiesta l'autorizzazione per poter applicare una tariffa univoca, equa, media per accesso, omnicomprensiva anche di Farmaco corrispondente ad € 1.235,00 (per la stessa si è in attesa di approvazione Ministeriale).

Per tale tariffazione si rimanda all'Allegato 4.

Art.16

Metodologia utilizzata per definire il Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale

1. Considerato che i criteri indicati dal suddetto art.1 comma 2 sono alla base del tariffario unico convenzionale (TUC), utilizzato a livello nazionale per le prestazioni fornite in situazioni di mobilità interregionale per l'anno 2009, si è ritenuto opportuno utilizzare tale strumento come base di riferimento generale per la determinazione del tariffario regionale, prevedendo alcune modifiche che tengano conto della peculiare situazione regionale (Piano di Rientro), ancora caratterizzata da un diffuso utilizzo dell'assistenza ospedaliera per problemi di salute che dovrebbero trovare risposta più adeguata a livello di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

2. Si definiscono le tariffe regionali con l'utilizzo di una metodologia che in conformità del Patto della Salute e della Classificazione T.U.C. suddivide i D.R.G nelle seguenti 4 Classi:

1. 92 DRG di Alta Specialità: Chirurgici e Medici
2. 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001
3. 65 DRG potenzialmente inappropriati aggiunti dal Patto della Salute
4. 338 restanti D.R.G. normali

Art. 17

Attività di Controllo

Il controllo logico-formale e di merito continuerà a seguire le direttive previste dal Decreto Commissariale della Regione Molise n. 01 del 16 ottobre 2009 "*Ridefinizione Linee Guida per l'attività generale di controllo e monitoraggio dei ricoveri ospedalieri ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza*" nonché successivo Decreto Commissariale n.03 del 01 febbraio 2010 "*Sistema Regionale di controllo e monitoraggio dell'Attività Ospedaliera. Linee Guida per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero (D.R.G., SDO e Cartelle Cliniche) e delle prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriali (A.P.G.)*".

La modifica che ha apportato la tariffazione unica (sia R.O., che R.O. 1 gg, che diurno – D.S.) per i D.R.G. chirurgici potenzialmente inappropriati per il Patto della Salute, elimina anche la soglia percentuale di erogazione R.O./D.S. degli stessi mentre con l'istituendo Day Service dovrà essere verificato il dato incrociato e l'erogazione percentuale tra Day Surgery (File A Ricoveri) e Day Service (File C Ambulatorio) degli stessi.

Art.18

Tariffazione Strutture di Fascia B

Per le Case di Cura private insistenti sul territorio regionale, elencate nella D.G.R. n.15 del 08/01/2003 è prevista la decurtazione del 10% delle tariffe prestabilite, pertanto tutte le prestazioni in regime di ricovero erogate dalle stesse saranno remunerate al 90% della corrispondente tariffa del nuovo nomenclatore tariffario regionale.

Art.19

Norma sostitutiva

Il seguente tariffario, dalla sua entrata in vigore, annulla tutte le precedenti deliberazioni regionali in materia di tariffazione (si veda l'apposito schema riepilogativo delle stesse Allegato 8).

Art.20

Decorrenza

1. Il Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera entra in vigore a decorrere dal II semestre 2010 per poter coincidere con i Flussi ministeriali semestrali dell'Archivio SDO. Pertanto esso è immediatamente esecutivo con applicazione pratica per tutti i dimessi dalla data dell'01/07/2010.
2. La Regione Molise articola il nuovo tariffario in funzione delle diverse tipologie di erogatori, individuate sulla base della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate.

Art.21

Ambito di applicazione del tariffario

Questo nuovo tariffario regionale riguarda unicamente i Ricoveri per Acuti (Ricoveri Ordinari e Ricoveri diurni medici e chirurgici) ed i ricoveri in riabilitazione e lungodegenza; ad esso seguirà apposito tariffario per l'attività ambulatoriale di
Day Service (APAc - Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali Chirurgiche e
PACd - Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Diagnostiche).
Nonché la stesura del Nuovo Tariffario delle prestazioni di Medicina Specialistica ambulatoriale (Tariffario Bindi) ormai obsoleto.

Art.22

Indicatori T.U.C.

Si riportano, come "Allegato 6", anche alcuni Indicatori T.U.C. di potenziale inappropriatezza suddivisi per settore: chirurgico, medico e generale, con relativa codifica, valore soglia, nominatore e denominatore.
Si allega altresì "Allegato 5" riguardante i Farmaci oncologici ad alto costo.

Art.23

Impatto economico

Si allega anche prospetto sinottico dell'impatto economico (risparmio derivante dall'applicazione del Nuovo Tariffario Regionale determinato sia su base semestrale che annua) (Allegato 9).

Art. 24

Disposizioni finali

1. Le disposizioni contenute nel presente documento e gli Allegati 1 e 2 sono parte integrante del Decreto Commissariale avente ad oggetto "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale" e sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.
2. Al Decreto Commissariale si allegano:
   - Allegato 1 e 2 "Tariffe per ricoveri per acuti e riabilitazione"
   - Allegato 3 "Tariffe protesi"
   - Allegato 4 "D.R.G. 410"
   - Allegato 5 "Farmaci oncologici ad alto costo"
   - Allegato 6 "Indicatori T.U.C."
   - Allegato 7 "Note Agenas e stralcio T.U.C. versione 24 Grouper "
   - Allegato 8 "Delibere Regionali in materia tariffaria abrogate"
   - Allegato 9 "Impatto economico".

3. Al Nomenclatore tariffario dei D.R.G. conformi alla versione 24 del Grouper seguiranno:
   - Linee Guida requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle attività in regime diurno (D.H., D.S. E ONE DAY SURGERY);
   - Linee Guida della Day Service (APAc) e (PACd) con relativa tariffazione;
   - stesura del Nomenclatore Regionale della Medicina Specialistica Ambulatoriale (A.P.G.) essendo obsoleto il D.M. 22.07.96 (nomenclatore Bindi).

DIREZIONE GENERALE V
SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
(Dott. Michele Antonelli)

Il Presidente della Giunta Regionale - Commissario ad acta