

INTRODUZIONE

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 scheda di dimissione ospedaliera siano codificate secondo la versione italiana della classificazione ICD9CM relativa all'anno 2007 e sia adottata, ai fini della remunerazione, la versione 24 del sistema di classificazione DRG. Il decreto indica per ciascun DRG il peso relativo ed il valore soglia per l'identificazione dei casi outlier.

Rispetto alla precedente versione del sistema DRG vigente in Italia (19'), il numero complessivo dei gruppi finali passa da 505 (numerati da 1 a 523) a 538 (numerati da 1 a 579).

La versione 24' prevede l'introduzione di 54 nuovi DRG e la modifica della descrizione di 12 DRG. Va ricordato comunque che l'aggiornamento della versione del sistema di classificazione coinvolge tutti i DRG, nel senso che si modifica la logica con cui i pazienti sono raggruppati. Pertanto, anche se la descrizione del singolo DRG non è mutata, è possibile che nella nuova versione si sia modificato il case-mix ad esso afferente, con l'esclusione di casi in precedenza compresi e/o l'inclusione di pazienti in precedenza classificati in altri DRG.

Tutte le regioni hanno recepito l'indicazione ministeriale relativa all'adozione della nuova versione della ICD-9-CM e della versione 24 del sistema DRG, con l'eccezione di Lombardia¹, Lazio e Sicilia, che non hanno previsto per il 2009 l'adozione della versione 24 del sistema DRG ai fini della remunerazione.

Alcune regioni, pur avendo recepito l'adozione dei DRG versione 24, non hanno sinora determinato le relative tariffe (Puglia, Calabria).

Le regioni hanno determinato le tariffe relative alla versione 24 dei DRG secondo diverse modalità. Generalmente, nelle more dell'emanazione di tariffe ministeriali, le tariffe regionali per i DRG modificati o di nuova introduzione sono state fissate sulla base della corrispondenza con i DRG precedentemente vigenti, in alcune realtà senza prevedere l'aggiornamento delle altre tariffe degli altri DRG (Piemonte, PA Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Molise), prevedendolo invece in PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Campania. La Sardegna ha determinato le tariffe per i soli DRG di nuova introduzione tenendo conto dei provvedimenti adottati in altre regioni. Valle d'Aosta ed Abruzzo hanno determinato il proprio tariffario sulla base del DM 12.09.2006 e della TUC, la Basilicata sulla base della TUC. La Liguria ha determinato il proprio tariffario sulla base della corrispondenza con i DRG precedentemente vigenti e dei pesi relativi ex DM 18.12.2008. L'Umbria ha determinato le proprie tariffe applicando al sistema di pesi ex DM 18.12.2008 il costo medio dei ricoveri regionali.

¹ La regione Lombardia, con la DGR VII/1084 del 16 dicembre 2009 ha stabilito, con decorrenza 1 gennaio 2010, un proprio tariffario relativo alla versione DRG 24'

Molise

Ricoveri per acuti

La delibera 111 del 9 febbraio 2007 stabilisce che, nelle more dell'emanazione di un tariffario regionale, si recepiscono le tariffe ex DM 12.09.2006.

Un successivo provvedimento ha stabilito le tariffe per i DRG introdotti dalla versione 19'

Le prestazioni di day surgery sono remunerate con una tariffa pari all'85% della tariffa del ricovero ordinario.

La delibera 783 del 20-07-2009 "Recepimento DM del 18.12.2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella SDO e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" e definizione delle tariffe di riferimento provvisorie per i DRG di nuova introduzione, in base alla nuova classificazione della codifica ICD-9-CM - 2007 e della versione 24 del

DRG grouper. Presa d'atto relazione tecnica del servizio ispettivo regionale" stabilisce, con decorrenza 1 gennaio 2009, le tariffe per i DRG introdotti dalla versione 24 dei DRG. Le tariffe sono determinate attraverso una equiparazione dei DRG introdotti dalla nuova versione con quelli della versione 19'. La delibera precisa che tali tariffe sono determinate in via transitoria, salvo conguaglio determinazione di un aggiornamento dell'intero tariffario regionale o a seguito dell'adozione del recepimento del provvedimento ministeriale che stabilirà le tariffe nazionali.

Il Decreto del commissario ad acta del 1 settembre 2009 "Adempimenti L.E.A. - Riferimento Documento Ministero dell'Economia e Finanze e Intesa Stato-Regioni 2310312005. Recepimento Legge del 06 agosto 2008 n.133 art. 79, 1o comma, septies - estensione del controllo della totalità delle SDO e delle Cartelle Cliniche per i D.R.G. dell'All. 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 - 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" stabilisce l'estensione dei controlli logico-formali e di merito alla totalità delle cartelle cliniche relative a ricoveri ad alto rischio di inappropriata ai sensi dell'all. 2C del DPCM 29.01.2001 ed almeno al 20% delle altre cartelle cliniche.

Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La delibera 111 del 9 febbraio 2007 stabilisce che, nelle more dell'emanazione di un tariffario regionale, si recepiscono le tariffe ex DM 12.09.2006.

Per i ricoveri di lungodegenza la DRG 111/207 prevede la riduzione del 20% oltre il 60' giorno di degenza

La delibera 102/2006 stabilisce che per i ricoveri di riabilitazione la tariffa si riduce del 20% oltre una durata della degenza differenziata per MDC, e del 40% dopo il 60' giorno di degenza.

Regione Molise – tariffe riabilitazione e lungodegenza	Tariffa giornaliera	Riduzione 20%	Riduzione 40%
mdc 1	261,84	oltre il 45' giorno	oltre il 60' giorno
mdc 4	230,86	oltre il 35' giorno	oltre il 60' giorno
mdc 5	251,00	oltre il 25' giorno	oltre il 60' giorno
mdc 8	237,05	oltre il 40' giorno	oltre il 60' giorno
altre mdc	201,42	oltre il 25' giorno	oltre il 60' giorno
Lungodegenza	137,89	Riduzione 30% oltre il 60' giorno	

Il sistema di regolazione dei volumi di spesa

La delibera 181 del 6 marzo 2007 e la delibera 243 del 19 marzo 2007 stabiliscono per gli anni 2007-2009 i tetti di spesa per gli accreditati in relazione alle diverse tipologie di prestazioni, tra cui ricoveri ospedalieri, ricoveri di riabilitazione, prestazioni specialistiche ambulatoriali.



**TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA OSPEDALIERA
REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2009
secondo CMS-DRG Versione 24**

Premessa

Con il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 18 dicembre 2008 si è introdotto, a livello nazionale, l'aggiornamento del sistema di classificazione utilizzato per la codifica delle diagnosi e delle procedure inserite nella scheda di dimissione ospedaliera e del sistema utilizzato per la classificazione della casistica ospedaliera ai fini sia della descrizione e valutazione del case-mix trattato, che della remunerazione dei ricoveri. I due sistemi, in vigore dal primo gennaio 2009, sono la versione italiana 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) e la versione 24.0 del sistema Diagnosis Related Groups (DRG). Il decreto ha definito anche il sistema di pesi-DRG calcolato sulla base di un campione di ospedali italiani ed ha ridefinito i valori soglia DRG specifici.

Pertanto alla luce di tali aggiornamenti si è reso necessario effettuare una attività di aggiornamento della TUC; la 24° versione DRG infatti contiene 54 nuovi DRG, ne revisiona 15 e ne elimina 24. A tale scopo è stato istituito un gruppo di lavoro, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna a cui hanno partecipato le Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Toscana, Molise, Puglia, Campania, e che ha provveduto ad aggiornare, alla luce della 24.0 versione, la classificazione dei DRG di alta complessità e i potenzialmente inappropriati, il valore soglia DRG specifico, ed ad individuare le tariffe per i nuovi DRG ed i modificati.

La definizione delle nuove tariffe è avvenuta sulla base del vincolo di invarianza dei volumi finanziari complessivi, ossia le tariffe dei nuovi DRG non debbono produrre incrementi sul fatturato.

Le tariffe TUC 2008 (base di partenza per l'aggiornamento della TUC 2009) e le tariffe rimodulate per i DRG che a seguito dell'aggiornamento del nuovo sistema di classificazione è stato necessario ridefinire, sono state inoltre incrementate del + 0.8% (tasso di inflazione registrato nel 2009)

Per la propria mobilità attiva la Provincia Autonoma di Bolzano applica le tariffe provinciali. Ciascuna Regione potrà scegliere le tariffe da utilizzare per gli addebiti alla P.A. di Bolzano, la TUC o le proprie tariffe regionali.

La TUC non viene applicata all'attività delle strutture ACISMOM, per le quali verranno invece utilizzate le tariffe regionali.

In tutti i casi sopra indicati in cui non viene applicata la TUC, la Regione creditrice dovrà trasmettere alla Regione debitrice, all'atto dell'invio dei dati di attività, le tariffe utilizzate in formato elettronico e le modalità di calcolo adottate per la determinazione degli importi.

In merito all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 6 maggio 2010 ha deliberato di approvare le regole previste nel paragrafo successivo, salvo eventuale conguaglio sulla scorta delle determinazioni che verranno assunte in sede di Conferenza dei Servizi istituita in applicazione alla legge n. 187/1995.

La TUC 2009 si basa su 538 DRG raggruppati secondo 3 classi di DRG:

Alta complessità (91-DRG)

Potenzialmente inappropriati (45-DRG)

Restanti DRG (402-DRG)

