



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. 48

IN DATA 02-07-2010

OGGETTO

**Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale
delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.)**

Il Responsabile dell'istruttoria

Il Responsabile dell'Ufficio

Il Responsabile del Servizio
Ispettivo Regionale

Il Direttore Generale

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



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. 48

DEL 02-07-2010

**OGGETTO: Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale
delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (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;

Che con delibera del Consiglio dei Ministri datata 9 ottobre 2009 è stato nominato, per l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previste dal vigente Piano di Rientro della Regione Molise, con compito di affiancare il Commissario *ad Acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del 28.7.2009, un Sub Commissario con comprovate professionalità ed esperienza nel settore sanitario;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, avente ad oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria", che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria;

TENUTO PRESENTE CHE ai sensi dell'art. 8 sexies del suddetto D.Lgs:

- a) la remunerazione delle attività assistenziali, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day-hospital, è determinata in base a tariffe predefinite (comma 4);
- b) i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa con la Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, dell'appropriato, del volume dell'attività svolta (comma 3);

- c) il Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa con la Conferenza permanente, con apposito Decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare, determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza, e stabilisce i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio *sistema tariffario*, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di accreditamento delle strutture stesse (comma 5);
- d) con la stessa procedura di cui alla lettera precedente sono effettuati periodicamente le revisioni del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi (comma 6);
- e) il Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentita l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in regioni diverse da quelle di residenza (comma 8);

VISTO l'art. 120, comma 1, lettera g) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che mantiene in capo allo Stato la competenza relativa alla definizione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui all'art. 8, comma 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni;

CONSIDERATO CHE il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" (G.U. n.165 del 16/07/1999), ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

RITENUTO necessario di dover procedere sulla base della ricognizione delle vigenti tariffe della Regione e dei relativi provvedimenti deliberativi, si è provveduto alla ricognizione dei provvedimenti regionali in materia di remunerazione delle prestazioni assistenziali. Considerato che da tale ricognizione emerge la necessità di un aggiornamento dei tetti massimi di alcune tariffe (sovrastimati o sottostimati) per consentire alla Regione di poter attraverso un sistema tariffario adeguato, promuovere la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate;

PRESO ATTO

- del Decreto del Ministero della Sanità 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" che all'art. 2, individua come modalità di classificazione delle attività di ricovero il sistema basato sui raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) versione 10 HCFA;
- del D.M. del 14/12/94 "Classificazione e tariffazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera" (Versione 10 della Classificazione D.R.G.) che fissa le tariffe massime da corrispondere per le prestazioni di assistenza ospedaliera, a decorrere dal 1.1.95;

- delle Linee Guida 1/1995 emanate dal Ministero della Sanità, per l'applicazione del D.M. 14.12.1994, relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, nelle quali vengono indicate, per la codifica delle diagnosi delle SDO, la classificazione internazionale delle malattie nona revisione e per la codifica delle procedure, la classificazione ICD-9-CM 1993;
- del D.M. del 30/06/97 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994" (Versione 14 della Classificazione D.R.G.) ;
- la definizione dei massimi tariffari di cui all'art. 2, comma 9 della legge 28 dicembre 1995, n. 549;
- il disciplinare tecnico del Decreto Ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380 ha aggiornato i contenuti ed il flusso informativo della SDO, fissando regole generali per la codifica delle informazioni di natura clinica ed in particolare, ha previsto l'applicazione della versione italiana 1997 della International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) e dei suoi successivi aggiornamenti per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera;
- la Nota Regionale n. 2838 del 28/02/2001 recepisce il suddetto Decreto;
- con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2004 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sono stati dettati indirizzi per l'adozione, a partire dal 1° gennaio 2006, della versione italiana 2002 della International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) ai fini della compilazione della SDO;
- del D.M. 21/11/05 "Aggiornamento classificazione" che in seguito all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 giugno 2005 tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha previsto, l'adozione a partire dal 1° gennaio 2006, sull'intero territorio nazionale, dell'aggiornamento del sistema di classificazione (ICD-9-CM) per la codifica delle diagnosi e interventi/procedure utilizzati nella SDO e dell'aggiornamento della versione 19 della Classificazione D.R.G., ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;
- che, in seguito, con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni il 16 giugno 2005 tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è stata prevista, con il D.M. del 21.11.2005, l'adozione a partire dal 1° gennaio 2006, sull'intero territorio nazionale, dell'aggiornamento del sistema di classificazione (ICD-9-CM) per la codifica delle diagnosi e interventi/procedure utilizzati nella SDO e dell'aggiornamento della versione 19 della Classificazione D.R.G., ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute emanato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, con cui si procede, ai sensi dell'art. 1 comma 170 della legge 30 dicembre 2004 n. 311 sopracitata, al primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO l'art. 1, comma 170 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che, alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali, assunte come riferimento per la valutazione delle congruità delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale, provvede con proprio decreto il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, prevedendo altresì che gli importi

tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali;

VISTO il D.M. del 18.12.2008 che aggiorna 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., passaggio dalla versione 19 alla versione 24 del Grouper;

CONSIDERATO CHE il recepimento del suddetto D.M. è avvenuto con la D.G.R. n.783 del 20/07/09, pubblicata sul B.U.R.M. n. 20 del 01/09/09, i cui allegati riportano anche la definizione delle tariffe di riferimento provvisorie per i D.R.G. di nuova introduzione;

CONSIDERATA la D.G.R. n.15 del 08/01/2003 che remunera le Strutture di Fascia B all'85% delle Tariffe del D.M.;

RICHIAMATA la Valutazione Tecnica allegata alla D.G.R. n.1205 del 10 agosto 2006 che ha previsto le variazioni relative ad alcuni D.R.G., assieme alla descrizione, alla MDC di appartenenza e al tipo;

VISTO il Decreto Commissariale n. 6 del 09/12/2009 che emana le Linee Guida dei Day Service: Accorpamenti di prestazioni Ambulatoriali Chirurgiche (APAc) ed i Pacchetti Ambulatoriali Complessi Diagnostici (PACd), che verrà integrato con successivo Decreto riportante elenco, classificazione codifica e tariffe delle prestazioni erogabili in tale setting assistenziale, prevedendo anche la compartecipazione alla spesa sanitaria con il pagamento di un ticket corrispondente ad € 80,00. Considerato anche che successivamente avverrà la stesura del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per le prestazioni di medicina specialistica, essendo considerato obsoleto il D.M. del 22/07/1996;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, recante: «Definizione dei livelli di assistenza» che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art.1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il DPCM 05.03.2007 “Modifica del D.P.C.M. 29.11.2001, recante <<Definizione dei Livelli essenziali di assistenza>>”;

VISTO la D.G.R. n. 874 del 04 luglio 2005 “*Approvazione A.P.P.R.O. Regione Molise*” elaborata per definire i criteri di appropriatezza distinti in maggiori e minori (almeno 3 per singolo accesso) dei ricoveri in regime di Day Hospital, ribadendo che i ricoveri in D.H. devono avere approccio multidisciplinare ed includere solo patologie che richiedono prestazioni complesse non eseguibili a livello ambulatoriale;

CONSIDERATI i Decreti Commissariali:

- n. 01 del 16/10/2009 “*Adempimenti L.E.A. – Riferimento Documento Ministero dell’Economia e Finanze e Intesa Stato-Regioni 23/03/2005. Recepimento Legge del 06 agosto 2008 n. 133 art. 79, 1° 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*”;

- n. 02 del 01/02/2010 “Recepimento dell'accordo di confine tra Regione Campania e Regione Molise”;
- n. 03 del 01/02/2010 “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 ambulatoriale (A.P.G.)”;
- n.10 del 19/03/2010 “Piano delle prestazioni 2010 ex art. 2 dell'Accordo di Confine Campania – Molise, recepito con Decreto Commissariale n° 02 del 01/02/2010 già pubblicato sul B.U.R.M. n° 04 del 16/02/2010”;

RICHIAMATI:

- il 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” pubblicato in G.U. n. 147 del 25 giugno 2008;
- la 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”;

VISTA la Legge Finanziaria 2007 che prevede per la Regione la possibilità di adottare e attivare misure in materia di regressione tariffaria (abbattimenti);

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, rimangono nella disponibilità delle regioni stesse;

VISTO, in particolare, il Nuovo Patto per la Salute 2010-2012 che, al fine dell'efficientamento del sistema sanitario e al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5%, qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, fermo restando l'obbligo di copertura previsto dalla vigente normativa, si impegnano ad attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20 per cento dello squilibrio stimato:

- a) ulteriori misure in materia di regressione tariffaria (abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate per la soglia di degenza da 60 giorni in poi riduzione tariffaria del 40 % e l'introduzione di una ulteriore regressione tariffaria del 20% per la soglia dal 41° giorno al 60° per le attività di riabilitazione e lungodegenza, nonché la corresponsione di nessuna remunerazione oltre il 120° giorno);
- b) misure per garantire l'equilibrio economico-finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni rese;
- c) misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie;

VISTO CHE la Commissione Salute nella seduta del 24/02/2010 e la Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 6 maggio 2010, hanno approvato la Tariffa Unica Convenzionale (T.U.C.) per

l'anno 2009 da utilizzare nella compensazione interregionale della mobilità sanitaria relativamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera;

RICHIAMATO l'Accordo sottoscritto il 27 marzo 2007 tra il Ministero della Salute, il 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;

VISTA l'esigenza che ha la Regione Molise di adempiere agli obiettivi del Piano di rientro 10/12;

CONSIDERATO il Decreto Commissariale n. 17 del 10/05/2010 "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, n. 191. Approvazione del Programma Operativo per l'anno 2010" pubblicato sul B.U.R.M. n.16 del 1° giugno 2010;

ATTESO che l'approvazione del Nuovo Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera si rende necessario per la riscontrata opportunità di procedere alla creazione di un sistema tariffario adeguato alle esigenze attuali della Regione Molise, promuovendo sempre la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate e perseguendo anche l'obiettivo del risparmio economico nella remunerazione delle prestazioni stesse;

STABILITO che le tariffe, risultanti dagli allegati al presente provvedimento, si applicano ai ricoveri erogati ad utenti sia regionali che extraregionali;

CONSIDERATO che per l'anno 2010 anche i piani di attività delle prestazioni di ricovero assegnati ad ogni singola Struttura Privata accreditata sono allineati al nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale fatto salvo i contratti già sottoscritti per l'anno in corso;

Sulla base delle suesposte premesse, visionando anche il Manuale Agenas (Sistemi Tariffari Regionali) per una comparazione, è stato redatto un Nomenclatore Tariffario Regionale che tiene conto **classificatoriamente** delle quattro Classi di D.R.G., dei pesi relativi e dei valori soglia come da T.U.C., nonché del Patto della Salute - Allegato B - (allargamento a n.108 dei D.R.G. ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario) e **tariffariamente** dell'impronta dell'economicità. La definizione delle nuove tariffe per tutti i D.R.G. per acuti e le M.D.C. per la riabilitazione è avvenuta sulla base del vincolo di invarianza dei volumi finanziari, ossia le tariffe delle prestazioni non devono produrre incrementi sul fatturato, bensì la varianza tra i singoli D.R.G. comporta riequilibrio tariffario in base al peso degli stessi, per cui la loro relativa tariffazione è avvenuta con decurtazione della tariffa T.U.C.(circa 10%). Ciò oltre alla congruità tariffaria, apporta anche notevole risparmio economico alla Regione, così come si evince da schema allegato. Essendo la remunerazione delle prestazioni non solo omnicomprensiva ma anche identica per pazienti regionali ed extraregionali, l'applicazione del Tariffario oltre al risparmio conseguente al riequilibrio delle tariffe nei vari setting assistenziali (Ricovero Ordinario, Ricovero Ordinario di un gg, Day Hospital, Day Surgery, One Day Surgery, Incremento pro die) consente anche alla Regione di trattenere negli scambi di mobilità il differenziale T.U.C. che consente alla stessa ulteriori azioni atte al potenziamento dell'attività territoriale.

Il presente Decreto si approva fatto salve modifiche di integrazione da parte dei Competenti Dicasteri.

Il presente Decreto è immediatamente esecutivo e comporta applicazione pratica per tutti i dimessi dalla data del 01/07/2010 (causa sdoppiamento semestrale Archivio SDO).

In virtù dei poteri conferiti con la delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETA

- di approvare, per i motivi esposti in narrativa, il Nuovo Nomenclatore Tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, per la riabilitazione e lungodegenza come risulta dall'*Allegato 1*, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di annullare tutte le precedenti disposizioni regionali in materia di tariffazione come da Allegato;
- di dare applicazione al sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero di cui al presente decreto a decorrere dal secondo semestre 2010, causa lo sdoppiamento semestrale degli Archivi SDO;
- di stabilire che il Nuovo Nomenclatore Tariffario si applica ai ricoveri erogati ad utenti regionali ed extraregionali;
- di notificare il presente Decreto ai Dicasteri competenti: Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e Finanze;
- di notificare il presente Decreto alle Strutture Pubbliche e Private Accreditate, alla ASREM per l'opportuna conoscenza ed alla Società Molise Dati per gli adempimenti applicativi ed i necessari tempi di adeguamento dei sistemi informativi regionali;
- di pubblicare il presente atto, corredato del "Manuale introduttivo del Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale" e dei relativi *Allegati*, sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise al fine di consentire un'adeguata diffusione dei suoi contenuti.

Il presente decreto, composto da n. 7 pagine e da n. 9 allegati rispettivamente di pagine _____, sarà pubblicato sul B.U.R.M. e sarà anche notificato all'Agenas.


Il Sub Commissario
(Dott.ssa Isabella MASTROBUONO)

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

