

ALLEGATO 2

“Criteri di modulazione delle tariffe”

Livelli tariffari

Per l'attività di ricovero per acuti (tariffe DRG), la distinzione nei due attuali livelli tariffari, come anche previsto dal DM 18 ottobre 2012 art. 4 c.2, è conseguente alla classificazione dei presidi ospedalieri individuata dagli atti in materia di requisiti di esercizio ed accreditamento.

(Vedi classificazione dei presidi che operano in regime di ricovero ospedaliero di cui al Decreto del Presidente della Giunta Regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R “Regolamento di attuazione della Legge Regionale 5 agosto 2009 n. 51 – Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”)

Restano invece invariate le differenziazioni percentuali delle tariffe fra i due livelli tariffari esistenti (le percentuali in parentesi sono riferite agli importi tariffari del DM 18 ottobre 2012):

- differenziazione generale del 12% fra primo e secondo livello tariffario (100% e 88% delle tariffe massime del DM),
- tariffa non differenziata (100%) per i DRG già individuati come “protesici” - 39, 118, 159, 160, 161, 162, 163, 257, 258, 259, 260 e 491, 544 e 545 (ex 209);
- una differenziazione del 6% (100% e 94%) per i DRG caratterizzati da un'elevata quota di costi fissi per i DRG 494, 503, 515, 536 (ex 514), 556 e 558 (ex 517).

Si mantiene inoltre l'incremento per i presidi di riferimento di area vasta, che viene però diversamente quantificato ed applicato in base alla tipologia di struttura e di attività svolta:

- per i presidi di riferimento per l'attività pediatrica (AOU Meyer, Fondazione Stella Maris e Fondazione Toscana Gabriele Monasterio), per la casistica che alla dimissione non abbia compiuto il 18° anno, l'incremento è del 12% per tutti i DRG tranne quelli classificati a rischio di inappropriata specificatamente riguardanti la casistica pediatrica (DRG 41, 60, 62, 70, 74, 91, 163, 184, 252, 282, 295, 322, 327, 333, 340, 343, 396)
- per gli altri presidi di riferimento (Aziende Ospedaliere Universitarie di Pisa, Siena, Careggi) e per i > 18 anni dimessi dai presidi di cui sopra, 3% per tutti i DRG tranne quelli classificati a rischio di inappropriata (elenchi A e D di cui alla DGR 1140 del 9 dicembre 2014).

Variazione criteri di applicazione delle tariffe DH dei DRG 124, 125 e 323

Si recepisce la variazione inserita dal DM 18 ottobre 2012 circa la modalità di valorizzazione dei ricoveri diurni dei DRG di tipo medico n. 124, 125 e 323, per i quali, in analogia ai DRG chirurgici, la tariffa definita remunera l'intero episodio di ricovero indipendentemente dal numero degli accessi.

DRG per i quali si prevede un disallineamento delle tariffe dagli importi del DM

Per alcuni settori di intervento si riscontrano nel DM tariffe particolarmente premianti e tariffe particolarmente penalizzanti. Fra le prime, alcuni DRG afferenti la MDC 5 "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio", quali gli interventi sulle valvole e i bypass; fra quelle più penalizzate, alcuni tipi di trapianto e le attività riferite alla MDC 19 "Malattie e disturbi mentali". La penalizzazione sui DRG di sostituzione dell'anca viene anch'essa graduata.

Si adottano pertanto i seguenti correttivi:

- DRG 104, 105, 106, 547, 548, 549 – tariffa ricovero ordinario >1giorno del 1° livello tariffario uguale al 95% del DM, normali incrementi/abbattimenti per livello tariffario;
- DRG 302 trapianto di rene e 480 trapianto di fegato, tariffa DM incrementata del 15% più incremento presidi di riferimento di AV; DRG 512 trapianto di rene pancreas, tariffa DM incrementata del 5% più incremento presidi di riferimento di AV;
- MDC 19: DRG 425 e 428 – per il 1° livello tariffario - tariffa ricovero ordinario >1 giorno uguale al 130% del DM, DRG 426, 427, 429, 430, 431 e 432 - per il 1° livello tariffario - tariffa ricovero ordinario >1 giorno uguale al 160% del DM, tariffa DH uguale a 300,00 euro, incremento pro-die oltre giorni soglia 165,00 euro; normali incrementi/abbattimenti per livello tariffario;
- DRG 544 e 545 – tariffa ricovero ordinario > 1 giorno incrementata del 3%.

Tariffe specifiche con disallineamento dagli importi DRG del DM

In continuità ad alcune tariffe specifiche già inserite nel tariffario regionale e di quanto previsto negli accordi interregionali per la mobilità, nonché dal Patto per la salute 2014-2016 che li richiama (art. 9 comma 2), vengono definite tariffe che si differenziano dai valori del DM prevedendo incrementi tariffari, o riduzioni, riferiti a casistiche particolari:

A: Interventi/attività che comportano un incremento tariffario sul DRG

Le strutture cui si applica l'incremento sono quelle riportate di fianco alla casistica

Protesi cocleare, solo strutture 1° livello tariffario

- tariffa incrementale di € 22.366,00 sul DRG 49 in presenza di codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98
- per gli interventi bilaterali l'incremento è raddoppiato.

Protesi orecchio medio – Impianto apparecchio acustico elettromagnetico, solo strutture 1° livello tariffario

- tariffa incrementale di € 8.568,00 sul DRG 55 in presenza del codice intervento 20.95

Stimolatore cerebrale, solo strutture 1° livello tariffario

- tariffa incrementale di € 13.500,00 (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata)

Ombrello atriale settale, solo presidi di riferimento di AV

- tariffa incrementale di € 5.800,00 sul DRG 518 in presenza di codice intervento 35.52

Neurostimolatore vagale, (impianto o sostituzione) solo strutture 1° livello tariffario

- tariffa incrementale di € 15.377,00 sui DRG 7 o 8 in presenza di codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51

Pompe di infusione totalmente impiantabili, solo strutture 1° livello tariffario

- tariffa incrementale di € 3.500,00 in presenza di codice intervento 86.06

Protesi dell'aorta addominale, solo strutture 1° livello tariffario

- tariffa incrementale di € **1.768,00** sul DRG 110 in presenza di codice intervento 39.71
- tariffa incrementale di € **736,00** sul DRG 111 in presenza di codice intervento 39.71

Protesi dell'aorta toracica, solo strutture 1° livello tariffario

- tariffa incrementale di € **3.784,00** sul DRG 110 in presenza di codice intervento 39.73
- tariffa incrementale di € **2.752,00** sul DRG 111 in presenza di codice intervento 39.73

Cuore artificiale / VAD, solo presidi di riferimento di AV

- tariffa incrementale di € 90.000,00 sul DRG 103 in presenza di codice intervento 37.66
- tariffa incrementale di € 90.000,00 sul DRG 525 in presenza di codice intervento 37.52

Trapianto di pancreas isolato, solo presidi di riferimento di AV con abilitazione al trapianto di pancreas

- DRG 191 / 192 / 292 / 293 in presenza dei codici di intervento 52.80, 52.81 o 52.83, stesse tariffe del DRG 513

B: Attività per le quali è prevista una tariffa specifica a caso trattato, indipendentemente dal DRG prodotto

Gamma knife, solo presidi di riferimento di AV

(codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco) tariffa per caso trattato pari a € 7.750,00

Neurostimolatore spinale o urologico, solo presidi di riferimento di AV

- Trattasi di due tariffe distinte che remunerano singolarmente l'impianto/sostituzione di elettrodo o di generatore che possono essere impiantati in tempi differenti.
Impianto o sostituzione di elettrodo (codice intervento 03.93)
Tariffa per caso trattato pari a € 3.698,00
Impianto o sostituzione di generatore di impulsi (canale singolo, doppio, ricaricabile) (codice intervento 86.96)
Tariffa per caso trattato pari a € 5.547,00

Nel caso in cui nello stesso episodio di ricovero si effettuino entrambi gli impianti (codici intervento 03.93 e 86.96), la tariffa del caso trattato è pari a € 9.245,00

Brachiterapia, tutte le strutture

- Codice intervento 92.27- impianto o inserzione di elemento radioattivi, associato alla diagnosi V58.0 in qualsiasi posizione essa sia codificata, tariffa per caso trattato pari a € 8.568,00

Termoablazione epatica per via percutanea, tutte le strutture

- Codice intervento 50.24 associato al DRG 191 o 192, tariffa per caso trattato pari a € 5.040,00

Discolisi con tecnica laser o radiofrequenza od ozono, tutte le strutture

- Codice intervento 80.59, tariffa per caso trattato pari a € 500,00

Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare, tutte le strutture

- Codice diagnosi principale afferente alla categoria 454, associata al DRG 479, tariffa per caso trattato come DRG 119

Remunerazione aggiuntiva per gli interventi eseguiti in modalità robotica

Chirurgia robotica, tutte le strutture

- nei casi e per le procedure per cui ad oggi è ritenuto appropriato l'intervento robotico, di cui l'elenco sottostante è una prima selezione, viene attribuita una tariffa incrementale di 3.500,00 euro a copertura del differenziale di costo rispetto a un intervento tradizionale.

Tipologia degli interventi	DRG	<u>In presenza della procedura 00.34 o 00.39 e una delle procedure sotto elencate (in qualunque posizione)</u>
Prostatectomia per Ca	334	605
	0 335	6069
Enucleoresezione di tumori maligni renali (codice diagnosi 189.0)	303	554
Interventi demolitivi del retto	146 0 147	485
		4862
		4863
		4869
		4849
		688
Pancreasectomie	191 0 192	5022
		503
		5209
		5251
		5252
		5253
		5259
		526
		527

Elenco degli interventi e tariffa incrementale saranno aggiornati con specifici atti successivi.

CHEMIOTERAPIA DH e ambulatoriale

In considerazione della grande differenza di costo dei farmaci utilizzati, per i trattamenti chemioterapici effettuati in regime di ricovero diurno o in regime ambulatoriale, si remunerano separatamente il costo del trattamento da quello del farmaco.

Per la prestazione ambulatoriale 99.25 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore", la tariffa è di 70,00 euro e comprende la preparazione del farmaco e la sua somministrazione, gli eventuali esami ematochimici effettuati in sede di prestazione e la visita oncologica specialistica correlata. La prestazione non comprende il costo del farmaco che viene registrato separatamente nel flusso FED.

Per il ricovero diurno, DRG 410 e 492, la tariffa del singolo accesso è stabilita in 70,00 euro ed è comprensiva del costo della somministrazione e delle prestazioni correlate.

La tariffa è la medesima per tutti i presidi. Anche in questo caso la tariffa non comprende il costo del farmaco che viene registrato separatamente nel flusso FED.

Classificazione DRG

A livello interregionale, per la definizione della Tariffa Unica Convenzionale, è stata definita una classificazione dei DRG che evidenzia i cosiddetti DRG di "Alta complessità", e riporta l'elenco dei DRG a rischio di inappropriata elencati in allegato al Patto della Salute 2010-2012.

Poiché sempre di più, sia a livello di regolazione della mobilità interregionale (Accordo interregionale per la mobilità sanitaria), sia negli accordi fra regioni di confine, viene fatto riferimento a tale classificazione dei DRG, si ritiene utile riprenderla specificando le particolarità previste a livello regionale (Elenchi DRG a rischio di inappropriata di cui agli allegati A e D alla DGR 1140/2014).

Valori soglia

Per l'aggiornamento delle soglie si riprendono i valori del DM 18 dicembre 2008 relativo all'adozione del Grouper 24^a versione, fatto salvo quanto di seguito specificato per la MDC 19 "Malattie e disturbi mentali".

Per questa MDC la Regione Toscana ha in precedenza adottato valori ridotti rispetto a quelli definiti a livello nazionale così da consentire una remunerazione più omogenea per casistiche caratterizzate da una durata di degenza ben differenziata per tipologie di risposta erogata.

Ritenendo ormai opportuno superare tale anomalia e adeguarsi ai valori nazionali riconosciuti anche ai fini della mobilità interregionale, si è valutato che questo comporta una ricaduta economica troppo brusca nei confronti di erogatori che difficilmente possono attuare immediate misure alternative.

Per questo motivo si definiscono valori soglia mediani fra quelli stabiliti dal DM 2008 e quelli precedentemente determinati dalla Regione Toscana, in vista di un completo riallineamento nel medio periodo.

Valori soglia

MDC	DRG	DM 18/12/2008	DGR 1184/2008	Nuovo Valore soglia
19	424	39	49	39
19	425	21	13	17
19	426	31	14	20
19	427	27	15	20
19	428	41	16	24
19	429	27	15	21
19	430	44	20	24
19	431	21	10	15
19	432	21	17	19

Peso DRG

Il DM 18 dicembre 2008 riportava i valori aggiornati delle soglie e dei pesi.

Tale sistema di pesi è utilizzato a livello nazionale per la valutazione dell'attività di ricovero.

Non avendo riscontrato rispondenza fra le tariffe del DM 18 ottobre 2012 e i pesi precedentemente definiti col DM del dicembre 2008, si è ritenuto di calcolare anche il peso relativo dei DRG corrispondente alle nuove tariffe, secondo il seguente procedimento.

Per l'aggiornamento dei pesi relativi dei DRG si è preso, come valore di riferimento del costo medio del ricovero, il risultato di tutta la produzione 2013 (strutture Toscane pubbliche e private) dei ricoveri ordinari per acuti con degenza superiore ad un giorno valorizzata a tariffa DM diviso il totale dei medesimi ricoveri.

Il "piede tariffario" così calcolato è di 4.117,00 euro. Su questa base sono riparametrati i pesi dei DRG a partire dalla tariffa del DM 18/10/2012 con le variazioni introdotte dalla Regione Toscana.

La differenza fra la sommatoria dei pesi relativi a tutta l'attività 2013 di ricovero ordinario >1g, svolta dall'insieme delle strutture toscane, calcolata sui due sistemi di peso (DM 2008 e DM 2012) è piuttosto ridotta.

Si riscontra invece una differenza sensibile fra questi due sistemi di peso e il sistema attualmente in uso in Toscana (DGR 1184/2008) come derivato dal DM 1997 e dagli aggiornamenti tariffari successivi praticati dalla Regione Toscana.

Per questo, con l'aggiornamento del sistema dei pesi relativi dei DRG sarà indispensabile adeguare a questi nuovi pesi i riferimenti presenti negli atti regionali ed aziendali, che concernono attività, remunerazione, classificazione di DRG, condizionate dal superamento di un certo valore del peso DRG (es: per i cosiddetti DRG di "alta specialità" che ad oggi corrispondevano ad un peso maggiore di 2,5, si potrà fare riferimento, anziché al peso, alla classificazione condivisa a livello interregionale come riportata nell'Accordo per la mobilità sanitaria).