



**1° CORSO NAZIONALE DI AGGIORNAMENTO**



Associazione Medici Endocrinologi

**I PER[CORSI] AME**

**ROMA**  
**9\_11**  
**NOVEMBRE**  
**2012**



Simposi gestionali: Livelli di appropriatezza e tariffazione delle prestazioni (con FIEDAMO)

## **Tariffazione delle prestazioni in Endocrinologia: l'equità è garantita?**

F. Cesario

Endocrinologia e Malattie del Ricambio

A.S.O S.Croce e Carle, Cuneo

# LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA



INTESA STATO-REGIONI  
3 DIC 2009



% FINANZIAMENTO  
SPESA SANITARIA



ASSISTENZA SANITARIA  
COLLETTIVA  
IN AMBIENTE  
DI VITA E DI LAVORO  
(PREVENZIONE)

**5%**

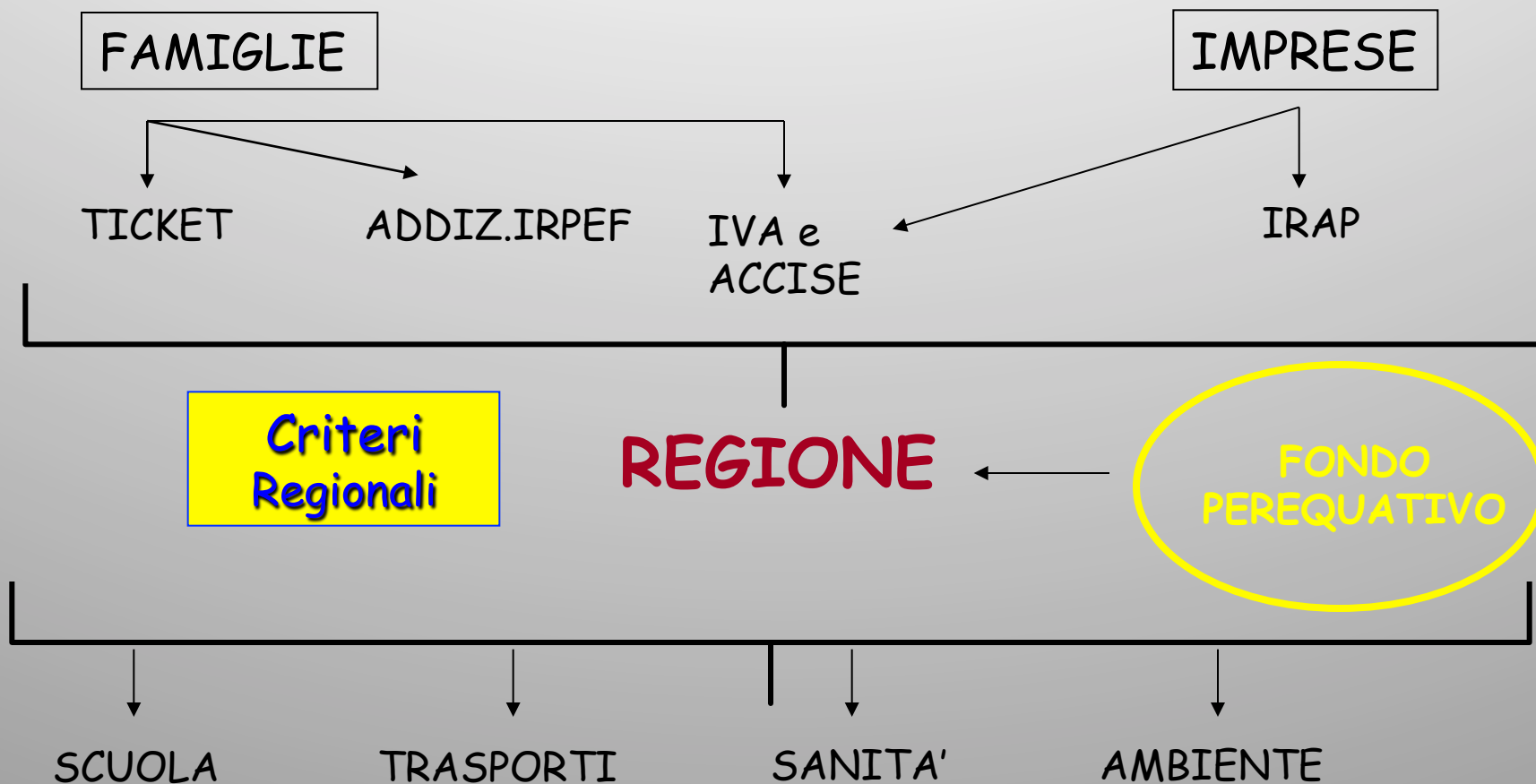
ASSISTENZA  
DISTRETTUALE

**51%**

ASSISTENZA  
OSPEDALIERA

**44%**

# DECENTRAMENTO FINANZIARIO



# PIANO SANITARIO NAZIONALE QUOTA CAPITARIA



Valore pro capite medio nazionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei livelli essenziali di assistenza sanitaria

# Sistema di finanziamento Regione-Aziende sanitarie del territorio



Sistema articolato su due livelli di trasferimento delle risorse:

- Assegnazione su base capitaria corretta, che tiene conto delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e sanitarie delle popolazioni assistite da ciascuna ASL
- Applicazione di un sistema di remunerazione tariffario regionale per episodio clinico, determinato attraverso il cosiddetto **sistema dei DRG**, il quale consente la distribuzione delle risorse assegnate a ciascuna ASL attraverso la quota capitaria, fra le organizzazioni sanitarie operanti o la fuoriuscita di queste dal territorio regionale, in funzione della scelta effettuata dal paziente (**mobilità attiva –passiva**)

# Finanziamento a prestazione



## TARIFFE

### strumento per regolamentare gli scambi

Tariffa = costo rimborsabile (standard di riferimento o costo medio )

TARIFFE  
PRESTAZIONI  
AMBULATORIALI

TARIFFE  
PRESTAZIONI  
DI DEGENZA  
DRGs

# FINANZIAMENTO A PRESTAZIONE

## finalità



- Equità nella distribuzione delle risorse
- Controllo prospettico della spesa

# FINANZIAMENTO A.S. ricoveri: unità di pagamento



Tipologia	Applicazione	Unità di pagamento
Day hospital	Accesso/caso	DRG
Ricovero ordinario	Ricoveri 1gg ricoveri standard ricoveri outlier	DRG DRG gg di degenza per DRG
Lungodegenza	Ricoveri	Gg di degenza
Riabilitazione	ricoveri	Gg di degenza per MDC



# Sistema DRG



I D.R.G. (Diagnosis Related Groups) o R.O.D. (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) :

- classificazione dei ricoveri ospedalieri
- calcolo delle tariffe

E' un sistema isorisorse.

I pesi DRG specifici sono espressione della complessità relativa in termini di risorse consumate.

L'elaborazione dei pesi deriva pertanto dall'analisi dei costi DRG specifici

Peso del singolo DRG x valore economico di un "punto" = tariffa del DRG  
1 Punto = costo medio standard di ricovero

# Sistema tariffario nazionale



D.M. n°169 del 14-12-1994:  
versione 10'dei DRG

A partire dal 1° gennaio 2009 le prestazioni di assistenza ospedaliera vengono classificate secondo la revisione 24<sup>a</sup> del sistema dei DRG con le relative tariffe associate

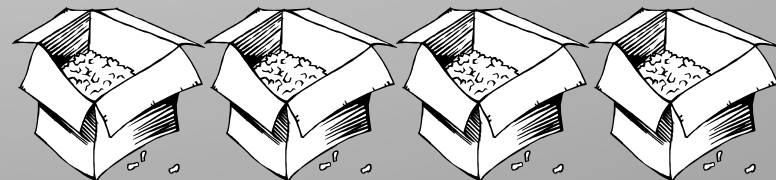
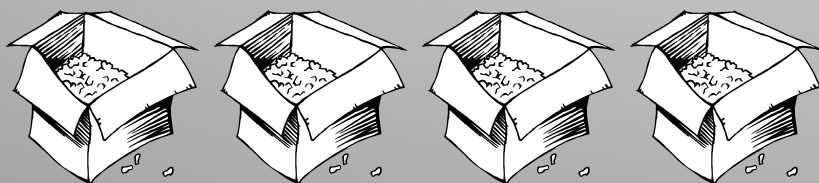
# D.R.G. Versione 24'



Ricoveri ordinari



Day hospital



.....

D.R.G. 1 D.R.G. 2 D.R.G. 3 .....

D.R.G. 579

54 nuovi DRG e modifica descrizione di 12 DRG

# Gruppo di lavoro misti Stato-Regioni



- Aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD9 e DRG con utilizzo della versione 24' dei DRGs
- Approfondimento delle tematiche relative all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza sanitaria. Elaborazione dei pesi relativi associati alla versione 24' dei DRGs

**Roma 2008**

# Metodologia di calcolo

CATEGORIA	SOTTOCATEGORIA
1. Personale infermieristico	Personale infermieristico
2. Assistenza giornaliera e alberghiera	Assistenza giornaliera e alberghiera
3. Amministrativi e generali	Manutenzioni e ammortamenti Utenze Altri costi
4. Personale medico	Personale medico
5. Cure intensive	Terapie intensive Unità coronarica
6. Sala operatoria	Sala operatoria
7. Farmaci	Farmaci
8. Radiologia	Radiologia diagnostica Radiologia terapeutica Medicina nucleare Diagnostica per immagini

# Metodologia di calcolo

CATEGORIA	SOTTOCATEGORIA
9. Laboratorio	Immunologia / Ematologia  Anatomia patologica  Microbiol. / Chimica clinica
10. Presidi	Protesi  Altri presidi
11. Terapie di recupero	Terapie di recupero
12. Servizi	Sala travaglio / sala parto  Pronto soccorso  ECG/EEG  Altri servizi clinici specialistici  Altri servizi

# La selezione del campione

## Regioni partecipanti allo studio

- |                  |              |                   |
|------------------|--------------|-------------------|
| 1. P.A. Trento   | 5. Campania  | 9. Emilia Romagna |
| 2. Umbria        | 6. Lombardia | 10. Puglia        |
| 3. Liguria       | 7. Veneto    | 11. Piemonte      |
| 4. Valle d'Aosta | 8. Toscana   |                   |

## Criteri di selezione delle strutture di ricovero

- >120 posti letto
- superamento della soglia stabilita di un elenco di indicatori di efficienza, qualità e appropriatezza (*degenza media standardizzata per case-mix, tasso di utilizzo dei ppll, tasso di ricoveri ripetuti a 30 gg con stessa MDC, tasso di mortalità per DRG a basso rischio, tasso di ricoveri a rischio di inappropriatezza*)
- disponibilità di dati di costo affidabili e compatibili con le regole per l'utilizzo del software adottato

# Metodologia di calcolo

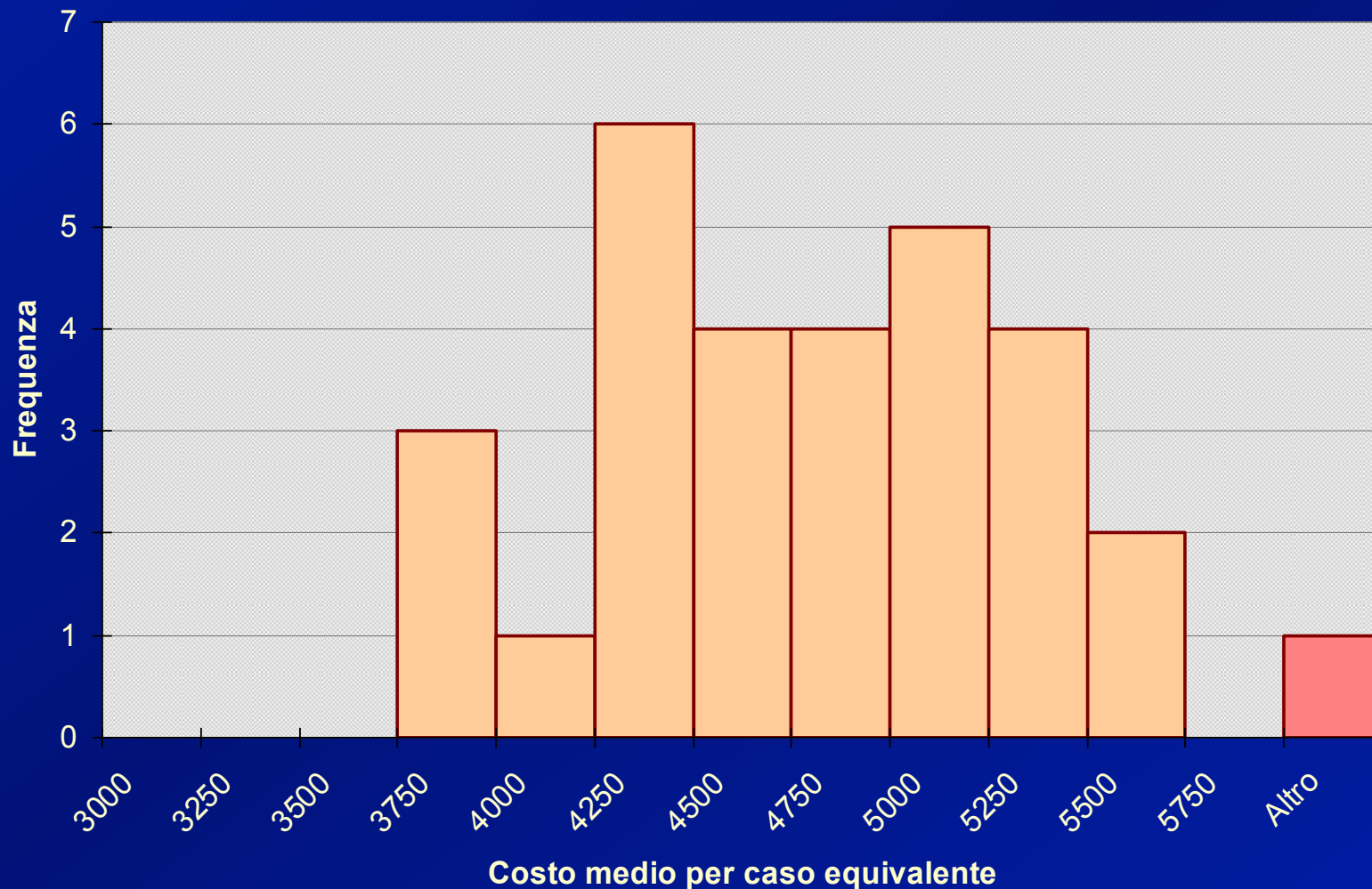
DRG	descrizione	costo
001	CRANIOTOMIA ETA' > 17 ANNI, ECCETTO PER TRAUMATISMO	11.111,11
002	CRANIOTOMIA ETA' > 17 ANNI, PER TRAUMATISMO	22.222,22
003	CRANIOTOMIA ETA' < 18 ANNI	33.333,33
004	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	44.444,44
005	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	55.555,55
006	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	66.666,66
..	....	..
..	....	..
caso medio		XX.XXX,XX

$$pesoDRG_i = \frac{costo\ medio\ DRG_i}{costo\ medio\ globale}$$



# Sintesi dei risultati

## Distribuzione delle strutture del campione per costo medio



# Tariffari Nazionali e Regionali



D.M. 14-12-1994: Tariffario Nazionale con riferimento alla versione 10' Dei DRG.

Le tariffe nazionali relative alle prestazioni rappresentavano la remunerazione massima che ogni singola Regione poteva corrispondere.

# Tariffari Nazionali e Regionali



L'adozione di tariffe massime di remunerazione costituirebbe un vincolo alla possibilità di programmazione delle regioni ostacolando il perseguimento di obiettivi di efficienza ed efficacia verso cui il SSR dovrebbe essere invece orientato.



Ogni Regione ha elaborato propri tariffari

# Tariffari Nazionali e Regionali



Allo stato attuale i prezzi definiti a livello nazionale avrebbero il solo scopo di favorire la determinazione dei volumi di finanziamento necessari per l'erogazione dei L.E.A.

# Tariffari regionali: differenze



## Autonomia delle Regioni: Studio CERGAS -2007

- Tariffe indicate dal Ministero della Salute con piccole variazioni percentuali in aumento o diminuzione in relazione ai specifici contesti regionali.
- Tariffe indicate dal Ministero della Salute modificate variando il valore per puntoDRG (metodo dei pesi)
- Tariffe proprie elaborate sulla base di analisi di costo svolte sulle strutture del proprio territorio di riferimento, attraverso la stima dei costi standard di produzione dei singoli DRG, in funzione dei quali sono definite poi le tariffe per la remunerazione degli stessi (metodo analitico)

# Metodo analitico



Le Regioni ( Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Veneto e Toscana) che adottano il metodo analitico per la definizione del proprio tariffario, si distinguono, inoltre, per l'approccio impiegato nella definizione del costo standard per DRG:

- Top-down
- Bottom-up

# Tariffe differenziate per tipologia di struttura o altro



- Tipologia di strutture sanitarie:
  - Fascia A** : produttori che presentano dei maggiori livelli di complessità organizzativo-gestionale ( tariffe più elevate)
  - Fascia B** : tutti gli altri ( tariffe meno elevate)
- Volumi di prestazioni erogate
- Differenziazioni di tariffe all'interno del medesimo DRG
- Rimborsi extra tariffe per determinate prestazioni sanitarie
- Per specifici DRG: incentivi all'impiego di forme alternative di ricovero rispetto a quello ordinario ,come DH e DS,oppure il ricorso alle prestazioni ambulatoriali.

DRG	Descrizione	Tipo	Nuovo peso	R.O>>1g		Umbria	Veneto	Piemonte	Liguria	T.N.M 2011
				Emilia -Romagna A	B					
285	Amput.arto inf m.e.	C	2,555742	11.418,02	7.615,96	10.618	10.075	4.7439	9.655	7.698
286	Int.surrene/ipofisi	C	1,9990168	8.300,05	6.626,39	8.268	8.577	3.0895	7.018,65	7.695
287	Trap.cutanei/sbrigl.	C	1,967818	7.556,07	6.017,54	8.175	8.787	3.2024	6.389,60	4.770
288	Interv.per obesità	C	1,859754	6.596,74	5.683,80	6.394	5.732	1.2678	3.572,85	5.681
289	Interv.paratiroidi	C	0,87322	3.163,57	2.950,76	3.628	3.482	1.5727	3.574,91	2.926
290	Interv. tiroide	C	0,997817	2.298,49	2.274,50	4.145	2.805	1.0443	2.495,52	3.340
291	Interv. D. Tireogl.	C	0,818133	1.452	1.354,88	2.760	1.531	0.5858	1.227,95	2.573
292	Altri interv m. end.	C	2,25874	8.435,42	7.867,50	9.384	10.096	3.8519	7.796,00	7.959
293	Altri interv.m.end.	C	1,4772	3.482,36	3.248,02	6.137	3.511	1.7186	5.042,00	5.308
294	Diabete età>35	M	0,984523	1.615,22	1.518,94	3.272	1.892	0.5556	1.800,00	1.391
295	Diabete età<36	M	0,60156	2.291,20	2.090,95	1.999	1.731	0.6213	2.189,78	1.162
296	Dist.nutriz. Con CC	M	0,859301	2.904,11	2.789,41	3.570	2.579	1.3154	3.313,07	2.800
297	Dist.nut..senza CC	M	0,56043	1.626,57	1.609,69	2.328	1.609	0.9353	2.361,52	1.758
298	Dist.nut./mis. <18	M	0,26512	1.417,44	1.322,29	1.101	1.512	0.5538	1.418,15	1.190
299	Dif.cong.met.	M	0,697878	2.589,95	2.415,65	2.319	1.571	1.0604	2.807,46	1.606
300	Mal.End.con CC	M	0,996457	2.788,70	2.601,25	4.139	3.001	1.1666	3.351,81	3.337
301	Mal.End.senza CC	M	0,504871	1.211,41	1.130,34	1.677	1.505	0.4167	1.334,00	901



# Tariffari Regionali:Conseguenze



D.Lgs 502/92 attribuisce al cittadino la piena libertà di scelta delle strutture sanitarie presso le quali soddisfare i propri bisogni assistenziali.

Ciò comporta l'esigenza di conciliare il meccanismo di remunerazione a tariffa relativo ai ricoveri e prestazioni ambulatoriali con il meccanismo di finanziamento delle ASL in base alla quota capitaria che si basa sulla popolazione residente.

# Conseguenze



- Mobilità attiva  
intra ed extra regionale
- Mobilità passiva  
Intra ed extra regionale

La mobilità implica un trasferimento di risorse finanziarie

Aspetti negativi:

- elevati costi privati e sociali
- Perdita di risorse economiche
- Incremento delle liste d'attesa
- Aleatorietà dei singoli piani di programmazione sanitaria

# Tariffa Unica convenzionata T.U.C



Viene concordata annualmente dalle Regioni ai soli fini della compensazione della mobilità sanitaria interregionale relativa ai ricoveri ospedalieri

**Obiettivo:** assicurare una distribuzione più equa delle risorse finanziarie fra le singole regioni garantendo un minor aggravio di spesa per quelle più svantaggiate

**TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI**  
**HCFA-DRG Versione 24° anno 2011**

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Ordinari di 0/1 giorno (Trasferiti ad altro ist. Per acuti o Deceduti)	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Incremento prodle	(g) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Potenzialmente Inappropriato	9	M	284	Malattie minori della pelle senza CC	888,63	195,37	195,37	390,74	13	218,92	0,4238
	10	C	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	10.056,76	8.045,40	8.045,40	8.045,40	59	135,55	2,5557
Alta complessità	10	C	286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.828,00	1.673,57	1.673,57	3.438,31	27	268,94	1,9902
	10	C	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6.588,47	1.431,91	1.431,91	2.863,83	34	175,90	1,9678
	10	C	288	Interventi per obesità	3.721,25	2.977,00	2.977,00	2.977,00	17	189,34	1,8598
	10	C	289	Interventi sulle paratiroidi	3.723,41	2.978,72	2.978,72	2.978,72	11	243,66	0,8732
	10	C	290	Interventi sulla tiroide	2.599,17	2.079,32	2.079,32	2.079,32	11	171,59	0,9978
	10	C	291	Interventi sul dotto tiroglossa	1.385,66	1.108,52	1.108,52	1.108,52	7	208,71	0,8181
	10	C	292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	8.119,74	6.495,79	6.495,79	6.495,79	27	352,86	2,2587
Potenzialmente Inappropriato	10	C	293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.251,60	4.201,27	4.201,27	4.201,27	14	133,93	1,4772
	10	M	294	Diabete, età > 35 anni	1.345,85	186,76	186,76	373,52	20	142,00	0,9845
	10	M	295	Diabete, età < 36 anni	1.277,21	253,46	253,46	506,92	17	269,49	0,6016
	10	M	296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.933,08	206,98	206,98	413,97	23	235,60	0,8593
	10	M	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.265,08	200,10	200,10	400,20	21	210,86	0,5604
	10	M	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.360,24	206,98	206,98	413,97	7	211,40	0,2651
Potenzialmente Inappropriato	10	M	299	Difetti congeniti del metabolismo	1.739,82	284,01	284,01	568,03	17	240,44	0,6979
Potenzialmente Inappropriato	10	M	300	Malattie endocrine con CC	2.792,82	232,37	232,37	464,75	20	240,44	0,9965
	10	M	301	Malattie endocrine senza CC	1.009,39	232,37	232,37	464,75	17	161,90	0,5049
Alta complessità	11	C	302	Trapianto renale	44.216,37	-	-	-	42	775,12	10,2927



- **Accordo interregionale per:**

Definizione meccanismi compensazione della mobilità sanitaria e contestazioni

Adeguamento tariffe T.U.C. (mettendo a confronto i tariffari regionali si è calcolato il coefficiente di variazione e fatti aggiustamenti )

# T.U.C. 2011



Il lavoro ha riguardato 82 DRG di alta specialità presenti nella TUC del 2010

33 DRG risultano invariati

22 DRG rimodulati al ribasso rispetto alla media dei tariffari

27 DRG rimodulati al rialzo rispetto alla media dei tariffari

La classificazione dei 538 DRG (versione 24') prevede:

-alta complessità (84 DRG)

-potenzialmente inappropriati (108 DRG)

-restanti DRG (364 DRG)

# Conclusioni



- Molteplicità di tariffari Regionali
- Disomogeneità dei tariffari regionali
- La T.U.C. assicura una più equa distribuzione delle risorse fra le singole regioni , garantendo un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità e prevedendo anche un incremento delle tariffe per i Centri di alta qualificazione (cioè strutture selezionate per la specificità delle patologie trattate o per l'impiego di tecnologie innovative).
- Necessità di approfondimenti sulla corrispondenza tra tariffe determinate sulla base di un'analisi dei costi e risultato economico perseguito a livello delle aziende sanitarie



## Ringraziamenti:

Luisa Varetto

Roberto Castello

Taramasso Germana

Assessorato Regione Liguria

Grazie per l'attenzione