



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 50 del 16/03/2010

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 febbraio 2010, n. 523

Definizione della tabella di corrispondenza fra DRG della versione CMS 24 e DRG della versione CMS 19 ai sensi dell'art. 19 della Legge Regionale 34/2009.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Dr. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata, di concerto con l'ARES, dal responsabile del procedimento, dal Dirigente dell'Uff. 3 e confermata dal dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

Con Decreto del 18/12/2008 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ha stabilito che i ricoveri aventi data di dimissione pari o successiva al 1/1/2009 devono essere classificati utilizzando i DRG previsti dalla versione CMS 24 della classificazione dei DRG, in luogo della versione CMS 19 in uso negli anni 2006-2008.

Detta classificazione prevede l'introduzione di nuovi codici DRG, mentre per altri è stata modificata la definizione, in termini di denominazione o in termini di casistica clinica ivi rientrante.

La Regione Puglia con Delibera di Giunta n. 1464 del 3/10/2006 ha approvato il tariffario da applicarsi per la classificazione CMS 19, successivamente superata dalla CMS 24, come innanzi esposto.

La Legge Regionale n. 34 del 31/12/2009 all'art. 19 (Tariffe DRG per l'anno 2009) al comma 1 recita: "Per l'anno 2009 restano in vigore le tariffe e le modalità di calcolo del valore dei ricoveri in essere per l'anno 2008, fatto salvo quanto previsto dal comma 7".

Lo stesso articolo della predetta legge regionale, al comma 7, recita: "Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui ai commi 1 e 2, la Giunta regionale approva, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del competente Servizio assistenza ospedaliera e specialistica di concerto con l'Agenzia regionale sanitaria (ARES), una tabella di corrispondenza fra i Diagnosis related groups (DRG) previsti dalla classificazione CMS 19 e quelli nuovi a seguito dell'introduzione della versione 24 della classificazione DRG. Tale tabella è utilizzata sia per la definizione delle tariffe, sia per l'individuazione dei DRG di alta complessità. Nel caso in cui uno dei DRG di cui all'articolo 22 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) della legge regionale 7 gennaio 2004, n. 1 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2004 e bilancio pluriennale 2004-2006 della Regione Puglia), corrisponda, nella classificazione CMS 24, a due o più DRG, la tabella da approvarsi a cura della Giunta regionale deve contenere anche gli aggiornamenti delle corrispondenti percentuali".

L'ARES ha effettuato un confronto fra i DRG della versione CMS 19 e della versione CMS 24, riferito ai DRG di nuova introduzione. Lo studio, condotto sui ricoveri erogati negli anni 2007 e 2008 in Regione

Puglia, ha evidenziato per gran parte dei nuovi DRG, previsti dalla versione CMS 24, l'elenco dei DRG previsti dalla versione CMS 19 da cui deriva la relativa casistica, nonché il relativo numero di ricoveri.

Con nota prot. n. 307 del 4/2/2010, l'ARES ha fornito ulteriori indicazioni in ordine alla corrispondenza fra vecchi e nuovi DRG, ai DRG da considerare ad alto rischio di inappropriatazza, ai valori soglia, ai DRG di alta specialità ed ha asserito, rispetto all'impianto della proposta che segue, che "il modello soddisfa l'obiettivo prioritario di produrre un minimo impatto economico sulla produzione degli erogatori ed è, quindi, adottabile dalla Regione Puglia". Nella stessa nota, inoltre, si fa rilevare, in linea con quanto stabilito dall'art. 20 della L.R. 34/2009, che "le tariffe CMS 24 per l'anno 2009 vanno considerate come una soluzione transitoria e propedeutica alla piena applicazione della nuova versione del sistema DRG CMS 24".

Lo studio dell'ARES, ancora, ha evidenziato che dei 54 nuovi DRG introdotti dalla versione CMS 24, ve ne sono 28 che derivano da un solo DRG previsto dalla versione CMS 19.

L'elenco dei 28 DRG di nuova introduzione derivanti da un solo DRG della versione CMS 19 è il seguente:

DRG nuovo DRG vecchio
(introdotta dalla (prevista dalla
versione CMS 24) versione CMS 19)

528 1

533 5

559 14

560 20

561 20

562 24

563 25

565 475

566 475

535 514

547 107

549 109

550 109

552 116

553 478

556 517

567 154

568 154

569 148

570 148

537 231

538 231

544 209

539 400

540 400

575 416

578 415

579 415

L'adozione, per i nuovi DRG, della identica tariffa in uso per il corrispondente unico DRG della versione CMS 19 garantisce l'invarianza del valore complessivo dei relativi ricoveri.

Lo studio dell'ARES ha, altresì, evidenziato che, ulteriori 11 nuovi DRG discendono in prevalenza da un solo DRG vecchio, con una incidenza superiore al 90%. Di seguito l'elenco di tali casi (il numero di casi riferiti ai nuovi DRG è stato calcolato sottoponendo la totalità dei ricoveri degli anni 2007 e 2008 alla valutazione del Grouper versione CMS 24):

per il DRG nuovo 529 su 136 casi 132 derivano dal vecchio DRG 1 pari al 97%

per il DRG nuovo 530 su 182 casi 178 derivano dal vecchio DRG 1 pari al 98%

per il DRG nuovo 532 su 1801 casi 1740 derivano dal vecchio DRG 4 pari al 97%

per il DRG nuovo 534 su 1433 casi 1432 derivano dal, vecchio DRG 5 pari al 100%

per il DRG nuovo. 536 su 915 casi 913 derivano dal vecchio DRG 514 pari al 100%

per il DRG nuovo 548 su 1458 casi 1457 derivano dal vecchio DRG 107 pari al 100%

per il DRG nuovo 554 su 2377 casi 2376 derivano dal vecchio DRG 478 pari al 100%

per il DRG nuovo 545 su 1026 casi 956 derivano dal vecchio DRG 209 pari al 93%

per il DRG nuovo 576 su 2938 casi 2937 derivano dal vecchio DRG 416 pari al 100%

per il DRG nuovo 541 su 727 casi 720 derivano dal vecchio DRG 483 pari al 99%

per il DRG nuovo 542 su 1474 casi 1471 derivano dal vecchio DRG 483 pari al 100%

L'adozione per i nuovi DRG della tariffa già prevista dalla già citata Delibera di Giunta Regionale del 2006 per il vecchio DRG prevalente garantisce in questo caso la sostanziale invarianza del valore complessivo dei relativi ricoveri.

Lo studio dell'ARES ha altresì evidenziato che per ulteriori 5 nuovi DRG vi è una prevalenza di un

vecchio DRG di derivazione con percentuale inferiore al 90%. Il DRG vecchio prevalente è comunque quello a tariffa più elevata. Di seguito l'elenco di tali casi (il numero di casi riferiti ai nuovi DRG è stato calcolato sottoponendo la totalità dei ricoveri degli anni 2007 e 2008 alla valutazione dei Grouper versione CMS 24):

- per il DRG nuovo 543 su 277 casi 193 derivano dal vecchio DRG 1 pari al 77%
- per il DRG nuovo 525 su 8 casi 5 derivano dal vecchio DRG 104 pari al 63%
- per il DRG nuovo 551 su 1378 casi 751 derivano dal vecchio DRG 115 pari al 54%
- per il DRG nuovo 555 su 4761 casi 3711 derivano dal vecchio DRG 516 pari al 78%
- per il DRG nuovo 573 su 619 casi 530 derivano dal vecchio DRG 303 pari al 86%

Come può notarsi, si tratta, comunque, di una derivazione superiore al 50%, ossia più del 50% dei casi del nuovo DRG discende dal DRG indicato come prevalente.

L'adozione per i nuovi DRG della tariffa già prevista dalla già citata Delibera di Giunta Regionale del 2006 per il vecchio DRG prevalente comporta, come proiezione sul biennio 2007-2008, un aumento del valore dei ricoveri. Di tale incremento di valore si dirà oltre.

Per le tariffe del nuovo DRG 531 si è tenuto presente che lo stesso ha un tasso di derivazione pari al 84% del vecchio DRG. Ciò comporta, come proiezione sul biennio 2007-2008, un ulteriore aumento del valore dei ricoveri sull'intero biennio. Di tale incremento di valore si dirà oltre.

Per ulteriori 6 nuovi DRG si prospetta la situazione per cui il DRG vecchio di derivazione prevalente non è quello a tariffa più elevata. Di seguito l'elenco di tali casi (il numero di casi riferiti ai nuovi DRG è stato calcolato sottoponendo la totalità dei ricoveri degli anni 2007 e 2008 alla valutazione dei Grouper versione CMS 24):

per il DRG nuovo 524 su 11767 casi
6524 derivano dal vecchio DRG 15 pari al 56%
2433 derivano dal vecchio DRG 16 pari al 21%
2770 derivano da altri vecchi DRG pari al 24%

per il DRG nuovo 564 su 4052 casi
3547 derivano dal vecchio DRG 25 pari al 88%
505 derivano dal vecchio DRG 24 pari al 12%

per il DRG nuovo 571 su 461 casi
132 derivano dal vecchio DRG 188 pari al 29%
118 derivano dal vecchio DRG 174 pari al 26%
211 derivano da altri vecchi DRG pari al 46%

per il DRG nuovo 572 su 825 casi
248 derivano dal vecchio DRG 184 pari al 30%
199 derivano dal vecchio DRG 188 pari al 24%
378 derivano da altri vecchi DRG pari al 46%

PER IL DRG NUOVO 546 SU 107 CASI
55 derivano dal vecchio DRG 498 pari al 51%
52 derivano dal vecchio DRG 497 pari al 49%

per il DRG nuovo 57 su 2385 casi
1114 derivano dal vecchio DRG 395 pari al 47%
717 derivano dal vecchio DRG 398 pari al 30%

Nella tabella, per ciascun nuovo DRG, è riportato dapprima il DRG vecchio di maggior derivazione e, come secondo, il DRG vecchio a tariffa più elevata. Si pone la questione di dover determinare quale sia il DRG vecchio da assumere per derivare la tariffa del nuovo DRG.

Per ragione di omogeneità di trattamento tariffario appare opportuno utilizzare la tariffa del vecchio DRG di derivazione prevalente. Questa scelta comporta, come proiezione sul biennio 2007-2008, una diminuzione del valore dei ricoveri sull'intero biennio. Di tale variazione di valore si dice qui di seguito.

In effetti in questa esposizione si è utilizzato il termine "valore dei ricoveri" e non già "spesa".

E' bene ricordare, infatti, che i ricoveri erogati presso i Presidi Ospedalieri delle ASL non sono oggetto di una "liquidazione", in quanto il valore attribuito alla corrispondente SDO serve solamente ad ottenere una valorizzazione economica della produzione, ma non comporta, per la Regione e per la ASL, un costo collegato, in quanto il riparto del FSR a favore delle ASL avviene secondo criteri differenti, che non prevedono un "pagamento" dei ricoveri effettuati.

Parimenti per i ricoveri erogati presso le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici della Regione, la variazione tariffaria non comporta alcun ulteriore onere a carico della Regione, in quanto i ricoveri vengono compensati al momento del riparto del FSR all'interno del DIEF sottraendo le corrispondenti risorse al riparto delle ASL, ottenendo quindi un saldo nullo a livello regionale.

Per gli IRCCS privati, gli Enti Ecclesiastici e le Case di Cura Private è bene ricordare che, da anni, è operante il meccanismo dei tetti di remunerazione, stabiliti con l'annuale DIEF, per IRCCS privati ed Enti Ecclesiastici, e, con Accordi Contrattuali, per le Case di Cura Private. Quindi un eventuale incremento del valore dei ricoveri non comporta un incremento di spesa, in quanto resta comunque operante il meccanismo dei tetti che è stato già concordata per il 2009.

In effetti il disposto della legge regionale prescrive esclusivamente l'adeguamento tariffario e non già la modifica dei tetti di remunerazione. Ed, infatti, il provvedimento in questione non prevede in alcun modo alcuna modifica dei tetti già contrattualizzati per il 2009, né ha impatto sui criteri per gli accordi contrattuali di cui alla DGR n.1494/2009.

Infine, per i nuovi DRG 557, 558 e 577, l'analisi della casistica dei ricoveri 2007-2008 dimostra che essi derivano, rispettivamente, dai DRG 516, 517 e 5.

Per quanto attiene ai limiti di ammissibilità di cui alla L.R. 1/04, art. 22 e s.m.i., si deve rilevare che sia la bozza di TUC del 2009 che l'Allegato B del Patto per la salute considerano, fra i "nuovi DRG" ad alto rischio di inappropriatazza, esclusivamente i DRG 563 e 564, entrambi derivanti dal DRG 25, il primo in via esclusiva, il secondo in via prevalente.

Lo studio dell'ARES ha evidenziato che:

1. la totalità della casistica rientrante nel nuovo DRG 563 deriva dal vecchio DRG 25; in particolare dei 6.410 casi riferiti per il 2007 ed il 2008 al DRG 25, il 45% confluisce nel DRG 563; pertanto il limite di ammissibilità da assegnare a ciascun Istituto di Ricovero per i ricoveri attribuibili al DRG 563 è pari al 45% del corrispondente limite riferito al DRG 25 per gli anni -2008 e precedenti; ad esempio qualora per un Istituto di Ricovero il numero di ricoveri considerato "ammissibile" (ossia per i quali non si applicano gli abbattimenti previsti per i Ricoveri ad Alto Rischio di Inappropriatazza) per il DRG 25 per gli anni precedenti al 2008, fosse 100, per il 2009 ed anni successivi per il DRG 563 deve calcolarsi un numero di ricoveri considerati "ammissibili" (nell'accezione prima detta) pari a 45;
2. per il nuovo DRG 564, il 12% dei casi deriva dal vecchio DRG 24, mentre il restante 88% deriva dal DRG 25; in particolare dei 6.410 casi riferiti per il 2007 ed il 2008 al DRG 25, il 55% confluisce nel DRG 564; nel DRG 564 confluisce altresì il 30% dei casi riferiti per il 2007 ed il 2008 al DRG 24 (505 casi su 1.673); poiché la L.R. 1.2004 definisce la modalità di calcolo del limite di ammissibilità come

applicazione delle percentuali ivi definite al numero assoluto di ricoveri effettuati nel 2001, il limite di ammissibilità per il DRG 564 da assegnare a ciascun Istituto di Ricovero è pari al 30% dei casi riferiti nel 2001 al DRG 24 maggiorato del 55% del corrispondente limite riferito al DRG 25 per gli anni 2008 e precedenti.

Il già citato Decreto Ministeriale del dicembre 2008 non ha riportato per tutti i nuovi DRG il corrispondente valore soglia, che viene utilizzato ai fini della remunerazione in quanto rappresenta il numero di giornate di degenza superato il quale, per i soli ricoveri ordinari per acuti, deve corrispondersi il corrispondente incremento pro die. Si tratta dei DRG 557, 558, 559, 577 per i quali si applica il valore soglia dei corrispondenti DRG di derivazione tariffaria. Per il solo anno 2009, al fine di non produrre incrementi del volume tariffario regionale, sono confermati i valori soglia, per i DRG imm modificati e per i DRG nuovi si applicano i valori soglia dei DRG CMS 19 di origine.

Si rileva che l'atto che si propone è di ordinaria amministrazione, in quanto obbligato in forza del citato comma 7 dell'art. 19 della Legge Regionale n. 34 del 31/12/2009, e la sua applicazione. riguarda esclusivamente l'anno 2009, come stabilito, peraltro, dall'art. 20 della Legge Regionale 34/2009.

Per tutto quanto qui esposto si propone alla Giunta regionale quanto segue:

1. di adottare la seguente tabella di corrispondenza fra DRG nuovi e DRG vecchi ai fini della trasposizione tariffaria:

DRG nuovo DRG vecchio
(introdotto dalla (previsto dalla
versione CMS 24) versione CMS 19)

528 1

533 5

559 14

560 20

561 20

562 24

563 25

565 475

566 475

535 514

547 107

549 109

550 109

552 116

553 478

556 517

567 154

568 154

569 148

570 148

537 231

538 231

544 209

539 400

540 400

575 416

578 415

579 415

529 1

530 1

532 4

534 5

536 514

548 107

554 478

545 209

576 416

541 483

542 483

543 1

525 104

551 115

555 516

573 303

531 4

524 15

564 25

571 188

572 184

546 498

574 395

557 516

558 517

577 5

2. di dare atto che il numero di ricoveri riferiti al DRG 563 per i quali non si dà luogo ad alcun abbattimento tariffario è, per ciascun Istituto di Ricovero, pari al 45% del corrispondente limite riferito al DRG 25 per l'anno 2008;

3. di dare, altresì, atto che il numero di ricoveri riferiti al DRG 564 per i quali non si dà luogo ad alcun abbattimento tariffario è, per ciascun Istituto di Ricovero, pari al 30% dei casi riferiti nel 2001 (o successivi per gli Istituti per i quali già nel 2008 si sia fatto riferimento al monte ricoveri effettuato in anni successivi al 2001) al DRG 24, maggiorato del 55% del corrispondente limite riferito al DRG 25 per l'anno 2008;

4. di stabilire che, superati i limiti percentuali di cui ai punti precedenti, si applicano gli abbattimenti previsti per i 43 DRG di cui all'art. 22 della Legge Regionale 1/2004;

5. di stabilire che per i DRG 557, 558, 559, 577 deve adottarsi il valore soglia di cui al corrispondente vecchio DRG di cui alla tabella precedente; per tutti gli altri DRG deve adottarsi il valore soglia indicato nel DM 18/12/200; per il solo anno 2009, al fine di non produrre incrementi del volume tariffario regionale, sono confermati i valori soglia per i DRG immutati mentre per i DRG nuovi si applicano i valori soglia dei DRG CMS 19 di origine;

6. di stabilire che sono da considerare di alta specialità tutti i DRG così classificati già nell'anno 2008, nonché i nuovi DRG che derivano da vecchi DRG di alta specialità come da tabella precedente;
7. di stabilire che, per la termoablazione epatica percutanea (nuovo codice di procedure 5024 "ablazione percutanea di tessuto o lesione epatica") per la quale per uno shift del sistema si producono due DRG, 191e 192 ("interventi sul pancreas, fegato e di shunt con cc / senza cc", con tariffa elevata rispetto ai reali contenuti assistenziali), la tariffa di euro 4.500,00.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Dirigente di Ufficio
Vito Parisi

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art. 4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio 3 e dal Dirigente del Servizio PAOS;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di adottare la tabella di corrispondenza fra DRG nuovi e DRG vecchi ai fini della trasposizione tariffaria riportata nella parte narrativa che qui si intende integralmente trascritta;
2. di stabilire che il numero di ricoveri riferiti al DRG 563 per i quali non si dà luogo ad alcun abbattimento tariffario è, per ciascun Istituto di Ricovero, pari al 45% del corrispondente limite riferito al DRG 25 per l'anno 2008 e che, pertanto, superato detto limite si applicano gli abbattimenti previsti per i 43 DRG di cui all'art. 22 della Legge Regionale 1/2004;
3. di stabilire che il numero di ricoveri riferiti al DRG 564 per i quali non si dà luogo ad alcun abbattimento tariffario è, per ciascun Istituto di Ricovero, pari al 30% dei casi riferiti nel 2001 (o successivi per gli Istituti per i quali già nel 2008 si sia fatto riferimento al monte ricoveri effettuato in anni successivi al 2001) al DRG 24, maggiorato del 55% del corrispondente limite riferito al DRG 25 per l'anno 2008 e che, pertanto, superato detto limite si applicano gli abbattimenti previsti per i 43 DRG di cui all'art. 22 della Legge Regionale 1/2004;
4. di stabilire che per i DRG 557, 558, 559, 577 deve adottarsi il valore soglia di cui al corrispondente vecchio DRG di cui alla tabella indicata al precedente punto 1. e che, per il solo anno 2009, al fine di non produrre incrementi del volume tariffario regionale, sono confermati i valori soglia per i DRG immutati mentre per i DRG nuovi si applicano i valori soglia dei DRG CMS 19 di origine;
5. di stabilire che sono da considerare di alta specialità tutti i DRG così classificati nell'anno 2008, nonché i nuovi DRG che derivano da vecchi DRG di alta specialità come da tabella indicata nel precedente punto 1.;
6. di stabilire che, per la termoablazione epatica percutanea (nuovo codice di procedure 5024 "ablazione

percutanea di tessuto o lesione epatica”), la tariffa è di euro 4.500,00;

7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.P. ai sensi dell’art. 6, comma 1, lett. a) della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta

Dott. Romano Donno Dott. Nichi Vendola
