

V Conferenza Nazionale sui Dispositivi Medici
Garantire efficienza, sicurezza e innovazione per una crescita sostenibile

ROMA 5 / 6 Dicembre 2012 Auditorium Antonianum - Viale Manzoni 1

CONFERENZA NAZIONALE **SN
DM** SUI DISPOSITIVI MEDICI

Innovazione tecnologica: valutazione e riconoscimento tariffario:

IMPLICAZIONI DERIVANTI DAI SISTEMI DI CODIFICA E CLASSIFICAZIONE IN AMBITO "INPATIENTS" (ICD-9-CM e DRGs)

Marino Nonis

Ospedale Cristo Re, Roma
marinononis@gmail.com



Direzione Scientifica

Direzione Generale dei Dispositivi Medici del Servizio Farmaceutico
e della Sicurezza delle Cure del Ministero della Salute

1.

***LA VIA ITALIANA PER LA
REMUNERAZIONE DELLE
ATTIVITA' DEL SSN***



V Conferenza Nazionale sui Dispositivi Medici

Garantire efficienza, sicurezza e innovazione per una crescita sostenibile

ROMA 5 / 6 Dicembre 2012 Auditorium Antonianum - Viale Manzoni 1

CONFERENZA NAZIONALE **SN
DM** SUI DISPOSITIVI MEDICI

Art. 8 D.Lvo 502/92

5. L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, ad integrazione delle strutture pubbliche, e dei professionisti **con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa**, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (...)



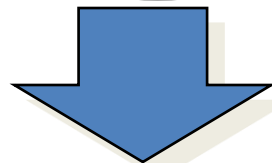
FINANZIAMENTO ATTIVITÀ SSN (ex art. 8-sex. 502/92 rivisto dal 229/99)

Degenze ospedaliere
ordinarie e DH

Specialistica
ambulatoriale

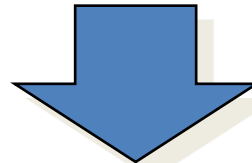
PAGAMENTO
PER TARIFFE

ATTIVITA' ex
COMMA 4



Pagamento a
prestazione

FUNZIONI
ex COMMA 2



Finanziamento
per COSTI

ASSISTENZA:

- a forte integr. H-territorio;
- elevato grado personalizzaz.;
- sperimentali
- ...

PAGAMENTO A
FUNZIONE

***SOGGETTI ACCREDITATI CHE EROGANO ASSISTENZA
(Ospedali in primis)***

UN SSN ...O VENTUNO SSR?



Con la LC 3/2001 e la modifica del titolo V, cambia l'assetto istituzionale e la sanità diventa materia prevalentemente regionale.

Proprio sulle tariffe è intervenuto ora la Spending Review (L. 135/2012, art. 15, comma 15)

PIÙ SISTEMI DI REMUNERAZIONE

Il modello italiano è oggi caratterizzato da più sistemi di remunerazione in quanto:

- Coesistono almeno due modalità di finanziamento (a funzione e a prestazione), con incentivi diversi;**
- Diversa è l'applicazione tra soggetti pubblici e privati;**
- Di fatto i modelli di remunerazione sono tanti quanti le Regioni, che hanno potestà in materia sanitaria.**



INCENTIVI PER TIPO DI REMUNERAZIONE

Mechanisms	Retrospective/ Prospective	Fixed/ Variable	Incentives for Provider Behavior		
			Prevention	Delivery	Cost Containment
Line item budget	Prospective	Fixed	+/-		+++
Global budget	Prospective	Fixed	++	--	+++
Capitation (with competition)	Retrospective	Variable	+++	--	+++
Per case (diagnostic related payment)	Either	Variable	+/-	++	++
Fee-for-service	Retrospective	Variable	+/-	+++	---

Source: Adapted from WHO (2000) and Jegers, et al (2002).



2.

***L'APPLICAZIONE AL CASO DEGLI
INPATIENTS PROSPECTIVE
PAYMENT SYSTEM (IPPS)***



V Conferenza Nazionale sui Dispositivi Medici
Garantire efficienza, sicurezza e innovazione per una crescita sostenibile

ROMA 5 / 6 Dicembre 2012 Auditorium Antonianum - Viale Manzoni 1

CONFERENZA NAZIONALE **SN
DM** SUI DISPOSITIVI MEDICI

EVOLUZIONE DEL SISTEMA DRG: USA vs ITALIA

ICD-9
1993

HCFA
10.0

ICD-9-CM
1997

HCFA
10.0

*ALCUNE
REGIONI*

HCFA 14.0
CMS 19.0

ICD-9-CM
2002

CMS
19.0

ICD-9-CM
2007

CMS
24.0



HCFA
1.0

HCFA
10.0

HCFA
12.0

HCFA
14.0

CMS
19.0

CMS
20.0

CMS
21.0

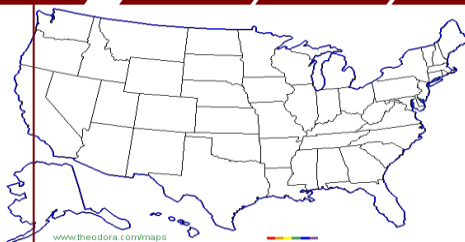
CMS
22.0

CMS
23.0

CMS
24.0

MS
25.0

MS
26.0



1983... 1993...

1995... 1997...

2001...

2003 2004

2005

2006

2007

2008

2009

EVIDENTI PROBLEMI DI AGGIORNAMENTO

Mentre negli USA il sistema prevede un ciclo annuale (o addirittura semestrale) di aggiornamento di:

- *Codici di diagnosi e procedure* (ICD-9-CM)
- *Gruppi finali* (DRGs)
- *Tariffe e/o sistemi di "PESI RELATIVI"* (RW)

In Italia la situazione è drammatica per intervalli temporali e disomogeneità di applicazione, con evidenti problemi di **EQUITÀ** e **GOVERNO DELL'INNOVAZIONE**.



CARATTERISTICHE IPPS (DRG)

1. Le informazioni necessarie debbono essere derivabili esclusivamente dalle informazioni cliniche e sociodemografiche disponibili nella SDO (scheda dimissione ospedaliera), tra cui: *età, sesso, stato alla dimissione, diagnosi di dimissione ed eventuali interventi chirurgici o procedure;*
2. Devono essere gruppi clinicamente significativi , in quanto raggruppano ricoveri di pazienti con problemi clinici simili ;
3. Gruppi mediamente omogenei rispetto alla quantità di risorse assorbite, in quanto caratterizzate da ricoveri di pazienti con profili di cura simili ;
4. Mutualmente esclusive ed esaustive di tutti i ricoveri in ospedale;
5. Contenute in un numero sufficientemente ridotto perché sia gestibile.



ICD-9-CM E DRG

- ✓ La **DIAGNOSI PRINCIPALE** è solo una! Per il DRG *complicato* è parimenti una sola l'altra diagnosi utilizzata, ovvero un particolare codice di DP. **I DRG vs 24 sono 538 e i codici di diagnosi valida nell'ICD-9-CM, 14.232**
- ✓ Per i DRG chirurgici, analogamente, è uno solo il codice di intervento o procedura (o, al più, una *doppietta*) a determinare il DRG finale. **I DRG chirurgici sono il 60% dei gruppi e i codici significativi dell'ICD-9-CM 2.498 + 100 doppiette.**



OMOGENEITÀ E SPECIFICITÀ

La tariffa associata a ciascun DRG si riferisce al costo medio dell'assistenza per tutti i pazienti attribuiti al gruppo, con *l'assunzione implicita che la variabilità interna a ciascun DRG si neutralizzi a livello di singolo DRG o comunque nell'ambito del case-mix dell'intero ospedale che costituisce l'effettiva unità di finanziamento.*



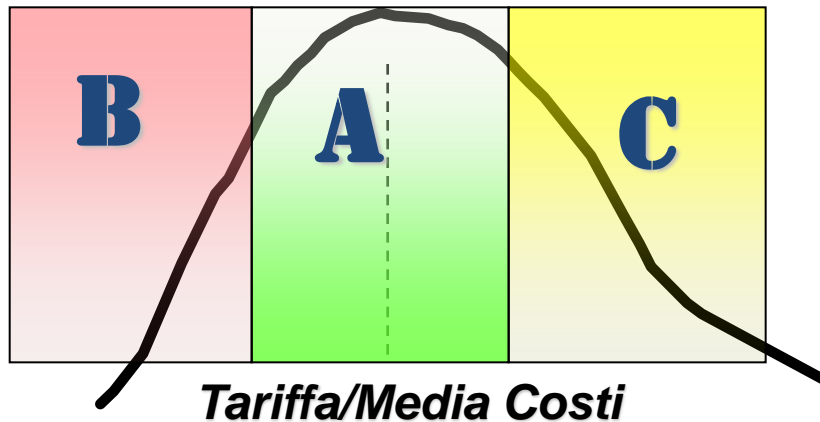
Possibile
posizionamento del
singolo caso nel
gruppo:

-Coincidente con la
media → "A"

-Con costi inferiori
alla media e ampio
margine → "B"

-Con costi superiori
alla media e
margine negativo
→ "C"

ANALISI INTRA-DRG: CASI "A", "B" e "C"



Costi



3.

IL CASO DEI MEDICAL DEVICE



V Conferenza Nazionale sui Dispositivi Medici
Garantire efficienza, sicurezza e innovazione per una crescita sostenibile

ROMA 5 / 6 Dicembre 2012 Auditorium Antonianum - Viale Manzoni 1

CONFERENZA NAZIONALE **SN**
DM SUI DISPOSITIVI MEDICI

I MEDICAL DEVICES (MDs)

- I dispositivi medici rappresentano una componente significativa e dinamica della spesa sanitaria;
- In alcuni casi essi costituiscono una quota importante del costo del percorso di cura ospedaliero (ma sono i pochi dati disponibili a riguardo – p.e. gli studi ad hoc della Lombardia)
- Tale quota varia sensibilmente, all'interno di un determinato DRG, in ragione della specifica procedura considerata



LO SCOSTAMENTO TRA TARIFFE E COSTI DI SINGOLE STRUTTURE

La tariffa onnicomprensiva dei DRG è determinata sulla base di una ipotesi di costo medio, ma il costo effettivo sostenuto dallo specifico ospedale nella sua erogazione può discostarsi anche sensibilmente in ragione di fattori quali un diverso mix di procedure o di impiego di MD.

Per esempio, il DRG 004 “interventi sul midollo spinale” (eliminato nella v. 24) può comprendere un mix differente in proporzioni di interventi nella struttura dei costi come:

- ***Decompressione del canale cervicale***
- ***Artrodesi cervicale***
- ***Collocazione di neurostimolatori***



SOLUZIONI ADOTTATE

Dal punto di vista tariffario, le possibili discrasie hanno avuto, essenzialmente due soluzioni:

- a. Tutti i costi erano comunque considerati dalla tariffa del DRG, per cui nessuna remunerazione aggiuntiva;
- b. Remunerazione aggiuntiva per il medical device impiegato.

Evidenti gli effetti sul “*governo dell’innovazione*” di politiche tariffarie di tipo **a.** rispetto a **b.**

TARIFFE E RICONOSCIMENTO DELLE TECNOLOGIE

Singole tecnologie e DRG assegnati non sono sinonimi. All'interno di un determinato gruppo è necessario considerare i singoli codici ICD-9-CM e quindi utilizzare correttamente gli *items* contenuti nella SDO. Sarebbe quindi indispensabile conoscere la distribuzione dei codici nella popolazione che è stata presa a riferimento per definire quella media dei costi.

P.e. I **DRG 110-111**, sono determinati da 53 specifici interventi su cuore e vasi, con o senza utilizzo di *Medical Devices*.



DRG 518 PERCUTANEOUS CARDIOVASC PROC W/O CORONARY STENT OR AMI (CMS RW 1.6367)

ICD9CM	OR	RBRVS (*)
00.66	<i>PTCA OR CORONARY ATHER</i>	22
35.52	<i>PROS REPAIR ATRIA DEF-CL</i>	27
35.96	<i>PERC HEART VALVULOPLASTY</i>	38
36.09	<i>REM OF COR ART OBSTR NEC</i>	6
37.34	<i>EXC/DEST HRT LES OTHER</i>	37
	NOR	
37.26	<i>CATH BASE INVASV EP TEST</i>	10
37.27	<i>CARDIAC MAPPING</i>	15
37.90	<i>INS LEFT ATR APPEND DEV</i>	n.v.

(*)Mia elaborazione su pesi *Resource Based Relative Value Scale CMS-CPT 2007 (Ingenix)*

AUSPICIO (O PROVOCAZIONE?) FINALE

Utile e necessario un “ripensamento” di carattere generale, magari utilizzando al meglio le informazioni della banca dati SDO e l’esperienza nel frattempo maturata da tutti i soggetti interessati nel SSN o sulla scena internazionale.

Vol. 13, N. 3, Luglio-Settembre 2012

Argomenti in campo

Politiche sanitarie

**Sulla necessità di gestire un sistema di remunerazione a prestazione:
nuovi soggetti e ruoli in Australia e Inghilterra**

Laura Arcangeli¹ e Luca Lorenzoni²

¹DG Programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma; ²Health Division, Organisation for Economic Co-operation and Development, Parigi