

Il sottogruppo tariffe, durante il workshop del 2-3 luglio a Roma, ha valutato le possibili opzioni tariffarie, indicando per ciascuna i punti di forza e di debolezza. Si precisa che si fa riferimento alle sole **prestazioni sanitarie erogate da strutture del SSN (pubbliche e private accreditate)**.

- a. *Adozione delle tariffe già stabilite e vigenti a livello regionale*
- b. *Adozione delle tariffe già stabilite a livello nazionale*
- c. *Adozione delle tariffe già stabilite a livello inter-regionale (TUC)*
- d. *Adozione di tariffe nazionali stabilite ad hoc (“TUC internazionale”)*

A. Tariffe

Gli elementi di valutazione per l'individuazione dei punti di forza e di debolezza sono:

- ✓ *equità e aderenza ai diritti riconosciuti dei cittadini (Lea)*
- ✓ *fattibilità, gestibilità amministrativa (sistemi informativi)*
- ✓ *efficienza allocativa, opportunità economica*

- a. **Tariffe già stabilite e vigenti a livello regionale**
(soluzione indicata come preferita dai referenti regionali; cfr. verbale incontro 9 maggio u.s.)

PRO

L'utilizzo delle tariffe regionali vigenti garantisce:

1. la *copertura* di tutte le prestazioni alle quali i cittadini iscritti al SSN in ciascuna regione hanno diritto (Lea regionali), prendendo atto dei *disallineamenti* esistenti, nei vari ambiti assistenziali, rispetto ai Lea fissati a livello nazionale (i.e. differenze tra nomenclatori nazionali e regionali);
2. la *parità di trattamento* dei cittadini iscritti al SSN in regione e dei cittadini comunitari: stessa tariffa, a parità di prestazione, rimborsata ai primi che si rechino all'estero e richiesta ai cittadini comunitari che accedano ad erogatori pubblici e privati accreditati con il SSR operanti sul territorio regionale;
3. la *parità di rimborso*, a parità di prestazione, *degli erogatori* del SSR (pubblici e privati accreditati) operanti sul territorio regionale locali per prestazione erogata ai cittadini regionali e comunitari;
4. una più facile e meno onerosa *gestione amministrativa* degli scambi cross-border, da parte delle aziende sanitarie locali, per la sovrapposibilità della definizione delle prestazioni erogabili a carico del SSR (Lea regionali) con le tariffe correntemente utilizzate dagli erogatori pubblici e privati accreditati nella regione di appartenenza e dalle aziende sanitarie locali della regione : non serve una doppia contabilità;

5. a livello comunitario consente la parità di tariffazione tra regolamenti e direttiva.

CONTRO

L'utilizzo delle tariffe regionali vigenti non consente di:

1. garantire *omogeneità* degli elenchi di prestazioni erogabili e dei relativi valori tariffari nei confronti dei cittadini comunitari che richiedano assistenza in Italia; ciò equivale a dire che a livello comunitario verrebbe percepito che in Italia i Lea non sono uniformi prevedendo la possibile integrazione da parte delle Regioni/Province autonome;
2. modulare i livelli tariffari, esercitando una "politica tariffaria comunitaria", in relazione ad obiettivi specifici della regolamentazione degli scambi internazionali. Peraltro tale criticità potrebbe essere superata solo con l'istituzione di una tariffa convenzionale internazionale;
3. Da un lato produce uno snellimento delle procedure amministrative per l'applicazione della direttiva, mentre dall'altro impone soltanto di acquisire periodicamente tutti i nomenclatori regionali con le relative tariffe da parte del "contact point nazionale" e di operare una transcodifica delle prestazioni aventi codici diversi a livello regionale.

b. Tariffe già stabilite a livello nazionale (decreti ministeriali)

PRO

L'utilizzo delle tariffe nazionali vigenti garantisce:

1. La copertura delle prestazioni incluse nei *Lea nazionali* (nomenclatori tariffari nazionali);
2. L'omogeneità delle tariffe richieste, a parità di prestazione, ai cittadini comunitari da tutti gli erogatori italiani pubblici e privati accreditati con il SSN e conseguentemente un'uniformità di trattamento dei cittadini comunitari ovunque essi si rechino per le cure;
3. La compatibilità economico-finanziaria con gli obiettivi delle politiche tariffarie nazionali (sostenibilità rispetto al quadro economico-finanziario complessivo del SSN) dei rimborsi riconosciuti per prestazioni ottenute all'estero dai cittadini italiani;
4. Maggiore facilità a livello nazionale di verificare le prestazioni erogate;
5. La relativa attrattività degli erogatori del SSN nei confronti dei paesi comunitari con livelli tariffari generalmente più elevati di quelli stabiliti a livello nazionale.

CONTRO

L'utilizzo delle tariffe nazionali vigenti non consente:

1. la copertura delle prestazioni extra Lea stabilite a livello regionale, con la conseguente minore attrattività;
2. di garantire una *parità di rimborso/remunerazione* agli erogatori di ciascuna regione, a fronte delle prestazioni erogate a cittadini comunitari e a cittadini iscritti al SSN nelle regioni di appartenenza, laddove non siano state adottate le tariffe nazionali. La differenza tariffaria per gli erogatori pubblici o privati accreditati che ricevono una remunerazione valorizzata “*a tariffa regionale*” per i cittadini italiani iscritti al SSN e non, e “*a tariffa nazionale*” per i cittadini comunitari, potrebbe implicare il rischio che gli erogatori attuino una sorta di “selezione” dei pazienti maggiormente remunerativi, ciò che è contrario al principio sancito sulla base della normativa nazionale ex art.1, comma 171 della legge 311/2004;
3. erogare ai cittadini comunitari prestazioni escluse dai nomenclatori tariffari nazionali (ovvero di disporre di valori tariffari per le *prestazioni non incluse nei nomenclatori nazionali*), ancorché queste siano erogate dalle strutture regionali del SSN, pubbliche e private accreditate ai propri iscritti al SSN;
4. di disporre di *valori tariffari aggiornati* per il complesso delle prestazioni incluse nei Lea (difficoltà di aggiornamento periodico dei nomenclatori tariffari nazionali). Ciò implicherebbe il rischio che le tariffe applicate per le cure transfrontaliere non garantiscano nel tempo la remunerazione dei costi effettivi di produzione delle prestazioni erogate;
5. di *Modulare le tariffe* al fine di perseguire obiettivi specifici di politica tariffaria internazionale che non siano allineati agli obiettivi di quella nazionale (es. una tariffa bassa potrebbe attrarre anche casistica ospedaliera a bassa complessità, tendenzialmente disincentivata dalle tariffe nazionali). Tale criticità potrebbe essere superata solo con l’istituzione di una tariffa convenzionale internazionale;
6. di semplificare l’impatto della apertura della mobilità cross-border in termini *gestionali-amministrativi*, per l’esigenza di attivare una *doppia contabilità*, da parte sia degli erogatori che fatturano sia delle aziende sanitarie locali del SSN che rimborsano;
7. una facile *programmazione/previsione e monitoraggio/controllo* delle spese associate alla mobilità internazionale, a livello regionale.

c. Adozione delle tariffe già stabilite a livello inter-regionale (TUC)

PRO

L’utilizzo della TUC vigente garantisce:

1. *L’omogeneità delle tariffe* richieste, a parità di prestazione ospedaliera erogata, ai cittadini comunitari da tutti gli erogatori italiani pubblici e privati accreditati con il SSN;
2. La relativa *attrattività* degli erogatori del SSN nei confronti dei paesi comunitari con livelli tariffari generalmente più elevati di quelli stabiliti a livello inter-regionale;
3. La sostenibilità rispetto al quadro economico-finanziario complessivo del SSN dei rimborsi riconosciuti per prestazioni ottenute all’estero dai cittadini italiani;

4. Una migliore *programmazione/previsione* e *monitoraggio/controllo* delle spese associate alla mobilità internazionale, a livello nazionale e regionale.

CONTRO

L'utilizzo della TUC non consente:

1. Di coprire le *prestazioni extra-ospedaliere*, obbligando a adottare soluzioni diverse (a o b) per tali prestazioni;
2. di garantire una *parità di rimborso/remunerazione* agli erogatori di ciascuna regione, a fronte delle prestazioni erogate a cittadini comunitari e a cittadini iscritti al SSN nelle regioni di appartenenza, in considerazione dell'obbligo normativo nazionale di riconoscere la stessa remunerazione, a parità di prestazione, per cittadini italiani iscritti al SSN nella regione e fuori regione. La differenza tariffaria per gli erogatori pubblici o privati accreditati che ricevono una remunerazione valorizzata "*a tariffa regionale*" per i cittadini italiani iscritti al SSN e non, e "*a tariffa nazionale*" per i cittadini comunitari, potrebbe implicare il rischio che gli erogatori attuino una sorta di "selezione" dei pazienti maggiormente remunerativi, ciò che è contrario al principio sancito sulla base della normativa nazionale ex art.1, comma 171 della legge 311/2004;
3. di *modulare le tariffe* al fine di perseguire obiettivi specifici di politica tariffaria internazionale che non siano allineati agli obiettivi di quella nazionale (es. attrarre anche casistica ospedaliera a bassa complessità, fortemente disincentivata dalla TUC);
4. di semplificare l'impatto della apertura della mobilità *cross-border* in termini *gestionali-amministrativi*, per l'esigenza di attivare una *doppia contabilità*, da parte sia degli erogatori che fatturano sia delle aziende sanitarie locali del SSN che rimborsano.

d. tariffe nazionali stabilite ad hoc ("TUC internazionale")

PRO

L'utilizzo di una "TUC internazionale" garantirebbe:

1. *L'omogeneità delle tariffe* richieste, a parità di prestazione erogata, ai cittadini comunitari da tutti gli erogatori italiani pubblici e privati accreditati con il SSN;
2. La *valorizzazione di tutte le prestazioni* erogabili dalle strutture del SSN, anche di quelle eventualmente escluse dai *Lea, e dai nomenclatori, nazionali e regionali*;
3. La possibilità di *modulare le tariffe* al fine di perseguire obiettivi specifici di politica tariffaria internazionale;
4. Una migliore *programmazione/previsione* e *monitoraggio/controllo* delle spese associate alla mobilità internazionale, a livello nazionale e regionale;

5. La sostenibilità rispetto al quadro economico-finanziario complessivo del SSN dei rimborsi riconosciuti per prestazioni ottenute all'estero dai cittadini italiani;
6. la relativa attrattività degli erogatori del SSN nei confronti dei paesi comunitari con livelli tariffari generalmente più elevati di quelli stabiliti per la mobilità internazionale.

CONTRO

L'utilizzo di una "TUC internazionale":

1. implica l'attivazione di un complesso e lungo processo *ad hoc* di determinazione delle tariffe, condiviso tra le varie regioni, chiamate a sostenerne anche i costi di gestione, inclusa la verifica della sostenibilità economico-finanziaria dei valori fissati;
2. implica una disparità di trattamento dei cittadini italiani iscritti al SSN in alcune regioni sul cui territorio non vengono erogate prestazioni extraLea (es. regioni in PdR), i quali se si recano a curarsi in Italia in altre regioni non hanno diritto a ricevere la prestazione extraLea, mentre se fruiscono di prestazioni sanitarie transfrontaliere autorizzate hanno diritto a ricevere un rimborso anche per le prestazioni extraLea. Inoltre, anche nei confronti dei cittadini comunitari si creerebbe una disparità di trattamento, dal momento che questi ultimi avrebbero titolo a ricevere prestazioni extraLea, diversamente dai cittadini italiani sul proprio territorio, qualora iscritti al SSN in determinate regioni (es quelle in PdR) con la conseguenza di un possibile contenzioso davanti alla Corte di giustizia europea;
3. non garantisce una *parità di rimborso/remunerazione* agli erogatori di ciascuna regione, a fronte delle prestazioni erogate a cittadini comunitari e a cittadini iscritti al SSN nelle regioni di appartenenza. La differenza tariffaria per gli erogatori pubblici o privati accreditati che ricevono una remunerazione valorizzata "*a tariffa regionale*" per i cittadini italiani iscritti al SSN e non, e "*a tariffa internazionale*" per i cittadini comunitari, potrebbe implicare il rischio che gli erogatori attuino una sorta di "selezione" dei pazienti maggiormente remunerativi, ciò che è contrario al principio sancito sulla base della normativa nazionale ex art.1, comma 171 della legge 311/2004;
4. aggrava l'impatto della apertura della mobilità cross-border in termini *gestionali-amministrativi*, per l'esigenza di attivare una *doppia contabilità*, da parte sia degli erogatori che fatturano sia delle aziende sanitarie locali del SSN che rimborsano.

B. Tariffe del settore privato:

Come sopra precisato, le opzioni fin qui descritte riguardano solo il settore pubblico e privato accreditato. In sede di applicazione della direttiva dei transfrontalieri resterebbe da risolvere i seguenti altri punti:

- quali tariffe per ciascun professionista privato abilitato;
- quali tariffe per le case di cura/strutture residenziali/ambulatoriali private.

Sicuramente per esse si imporrebbe l'obbligo di pubblicare sul proprio portale le tariffe applicate.

Si chiede alla Commissione Ministeriale di esprimersi su:

- il caso di prestazioni sanitarie rese dagli operatori privati accreditati che possono operare anche in regime privatistico vero e proprio (differenza di tariffe applicate in un caso o nell'altro). Rispetto ad un cittadino italiano la ricetta rossa dirime la questione. Nel caso di un cittadino straniero quale si intende come equivalente dell'impegnativa?

MOBILITA' ATTIVA:

- per quanto riguarda la tariffazione la proposta che ad oggi sembra più plausibile alle regioni è quella di fatturare al paziente estero con le tariffe in vigore nelle Regioni/Province Autonome in quanto risultano essere quelle più rispondenti alla direttiva dal punto di vista dell'accesso e quelle più rispondenti ai costi sostenuti dalle aziende sanitarie.
- Si pone l'attenzione sul fatto che risulta di difficile attuazione per tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale implementare informaticamente una nuova procedura di tariffazione come il DM o la TUC internazionale. Attualmente infatti le aziende sanitarie hanno implementato i tariffari regionali di competenza.
- E' stato predisposto un report che per ogni tipologia di prestazioni riporta l'eventuale tariffa da applicare.
- Il Ministero rileva l'obbligatorietà, nel caso si decida di utilizzare i tariffari regionali, della pubblicazione da parte di ogni regione dei propri tariffari in un portale dedicato.
- Anche i privati autorizzati (non accreditati) devono pubblicare le proprie tariffe come previsto dalla direttiva.

MOBILITA' PASSIVA:

- non risultano problemi per gli Stati che utilizzano il sistema di DRG per la classificazione dei ricoveri. Qualche problema potrebbe nascere per gli stati che adottano una versione diversa del sistema ICD-9-CM (in Italia dal 2009 è adottata l'ICD-9-CM anno 2007 e la versione 24

dei medicare DRG; si crede, tuttavia, di poter trascodificare abbastanza agevolmente le diversità di classificazione; il problema è molto più importante ove sono utilizzati altri tipi di classificazione.

Sul punto della rimborsabilità dei ricoveri, nel caso che si decida di applicare una sorta di “autorizzazione” (consentita dalla direttiva per questo tipo di attività), si potrebbe risolvere in quella occasione la questione della riconducibilità ai nostri DRG e alle rispettive tariffe (più semplice per i DRG chirurgici ma non impossibile, avendo la patologia trattata, anche per i medici) sull’esempio delle tariffe della libera professione. Inoltre il sistema autorizzativo permette di conoscere a priori/programmare il flusso finanziario in uscita.

Nel caso in cui in una Regione/Province autonoma sia presente un sistema tariffario differenziato per fasce rispetto alla complessità della struttura risulta che:

nel caso della mobilità attiva l’unico sistema in grado di mantenere tale omogeneità nella remunerazione è il tariffario regionale,

nel caso della mobilità passiva va individuato per il rimborso al cittadino italiano se riconoscere la tariffa più alta, più bassa o una media.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	TARIFFAZIONE VIGENTE	NOTE
RICOVERI OSPEDALIERI	Tariffa Regionale	In questo momento esiste anche la TUC 2012 per la compensazione tra Regioni della Mobilità Sanitaria e il tariffario nazionale del DM 18/10/2012
MEDICINA DI BASE	Tariffa Aziendale	Non dovrebbe essere materia di direttiva. Ogni aziende ulss ha contratti con i propri medici di base
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Tariffa Regionale	Esiste anche il tariffario nazionale DM 18/10/2012. è un tariffario aggiornato su prestazione 2001
FARMACEUTICA TERRITORIALE	Tariffa effettivamente utilizzata	Per tutti i farmaci esiste una tariffa massima di vendita concordata con AIFA
TERME	Tariffario nazionale	È in accordo con Federterme
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	Tariffa effettivamente utilizzata	Per tutti i farmaci non compresi nei DRG e nelle prestazioni di specialistica. Per tutti i farmaci esiste una tariffa massima di vendita concordata con AIFA
TRASPORTI	Tariffa Regionale	
RESIDENZIALITA' (anziani, disabili, ecc)	Tariffa Regionale	Solo per la parte sanitaria – giornaliera
SEMIRESIDENZIALITA' - RSA	Tariffa Regionale	Solo per la parte sanitaria - giornaliera

SALUTE MENTALE	Tariffa Regionale	giornaliere
PREVENZIONE –VACCINAZIONI E SCREENING	Tariffa Regionale	Non dovrebbe essere materia di direttiva.
ADI		Non dovrebbe essere materia di direttiva.
HOSPICE	Tariffa Regionale	
AIR	Tariffa Regionale	Per la celichia esiste un tetto massimo di spesa, per le malattie metaboliche accordo su tariffe regionali con Federfarma