



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 1 del 04/01/2011

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 dicembre 2010, n. 2858

Art. 20 legge regionale n. 34/2009. Metodologia e criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo del valore dei ricoveri.

L'Assessore alla Sanità, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n°3, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio P.A.O.S., riferisce quanto segue.

Con Deliberazione n. 1464 del 3 ottobre 2006 la Giunta Regionale ha stabilito, con decorrenza dal 10 gennaio 2006, le tariffe riportate a fianco di ogni DRG, versione CMS 19, riportate nell'elenco "Allegato A", parte integrante del suddetto provvedimento.

Il Decreto Ministeriale 18/12/2008, ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera ha adottato la versione 24 del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG) da cui è derivato che 22 DRG non sono più validi, 54 DRG sono stati introdotti ex novo ed infine 12 DRG sono stati modificati. L'intervallo di gruppi finali è 1- 579, per un numero complessivo di DRG 538.

Con deliberazione n. 523 del 23 febbraio 2010, la Giunta Regionale ha adottato la tabella di corrispondenza fra DRG "vecchi" previsti dalla versione CMS 19 ed i DRG "nuovi" ovvero quelli modificati introdotti dalla versione CMS 24, senza però indicare le relative tariffe.

L'art. 20 (Tariffe per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri a partire dall'anno 2009) della Legge regionale n. 34/2009 ha disposto che la Giunta regionale definisca la metodologia e criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo del "valore dei ricoveri", da applicare dal 1° gennaio 2010.

A tal fine si è proceduto ad attuare una comparazione delle tariffe già determinate in applicazione del Decreto Ministeriale 18/12/2008 ed in uso in tre Regioni una dei Nord (Lombardia D.G.R. n. 8/10804 del 16/12/2009), una del Centro (Emilia Romagna, D.G.R. n. GPG/2009/2353 del 14/12/2009, Fascia A) ed una del Sud (Basilicata, D.G.R. n. 1035 del 29/05/2009), che presentano pareggio di bilancio e quindi virtuose da un punto di vista della stabilità economico - finanziaria.

La Regione Puglia, a seguito del mancato rispetto del patto di stabilità, è stata sottoposta al Piano di Rientro 2010 - 2012, sottoscritto il 29 novembre c.a. dal Ministro della Salute - Ministro dell'Economia e Finanze e Presidente della Regione.

A fronte di tanto, in un'ottica di contenimento dei costi e di riduzione della spesa sanitaria si è ritenuto di individuare per ciascun DRG la tariffa più bassa tra quelle adottate dalle suddette tre Regioni.

Tale procedimento è stato applicato ai 54 nuovi DRG ed ai 12 DRG modificati ed ai DRG con protesi, avendo la legge regionale n. 34/2009, all'art. 20, comma 3 disposto che gli stessi DRG abbiano una tariffa comprensiva del costo delle protesi, fatta eccezione per n. 6 DRG (110 - 515 - 555 - 556 - 557 - 558) per i quali si è inteso applicare la Tariffa Unica Convenzionale (TUC) essendoci uno scostamento elevato fra l'importo minimo calcolato e la tariffa già in uso, tenuto conto che si tratta di DRG ad alta

complessità, nelle more dell'approvazione regionale delle redigenti nuove tariffe per l'anno 2011.

Il DRG 257 "Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC" è stato modificato secondo TUC, essendo la tariffa minima più bassa rispetto a quella attualmente in uso ed al fine anche di intervenire nella delicata fase di recupero delle pazienti con neoplasia della mammella, in quanto l'intervento ricostruttivo riveste ruolo indispensabile sul recupero psicologico della donna.

Pertanto a partire dal 1° gennaio 2010, devono intendersi applicate le tariffe di cui all'Allegato A per quanto attiene i 54 DRG, aggiunti dalla versione CMS 24 ed i 12 DRG modificati; all'Allegato B per le tariffe comprensive di protesi.

Le suddette tariffe sono applicate al 100% per le Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici, gli Enti Ecclesiastici e IRCCS di S. Giovanni Rotondo; per quanto attiene, invece, gli ospedali, gli IRCCS privati e le case di cura private si applica la tariffa al 98% per la classe A, al 92% per la classe B e all'85% per la classe C.

Si precisa che tutte le tariffe DRG oltre a quelle indicate separatamente nell'Allegato B, devono intendersi comprensive di protesi.

I valori soglia riportati per i DRG di cui all'Allegato A sono quelli previsti dall'Accordo per la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 27 gennaio 2010 (10/014/CR10a/C7) per la Tariffa Unica Convenzionale (TUC) per le prestazioni di assistenza ospedaliera valide per l'anno 2009.

Nelle more della ridefinizione di tutte le tariffe per l'anno 2011, i DRG in elenco nell'Allegato C mantengono nell'anno 2010 le condizioni tariffarie vigenti (Deliberazione di Giunta Regionale n. 1464/2006) con le relative valorizzazioni stabilite dalla Legge Regionale n. 26/2006.

Le tariffe riportate nell'Allegato D, relative ai 108 DRG ad alto rischio di non appropriatezza previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, dovranno essere applicate a partire dal 1° gennaio 2011 con la valorizzazione stabilita per le tariffe di cui agli Allegati A e B. I valori soglia sono stati forniti dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Puglia che ha elaborato, in collaborazione con le principali Società Scientifiche regionali, un modello di analisi di appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri e della loro possibile conversione in altre modalità di assistenza ospedaliera, definito "Modello di Analisi dell'Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di procedure" (M.A.A.P), di cui all'Allegato B della Deliberazione di Giunta Regionale n. 834 del 27/05/2008, successivamente integrata con atto n. 1979 del 28 ottobre 2008.

Ai dati riportati nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 834 del 27/05/2008 sono stati aggiunti n.37 dei 108 DRG ad alto rischio di non appropriatezza previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, per i quali l'A.Re.S. ha elaborato i valori soglia secondo il modello M.A.A.P. nella versione "SYNC" sui dati completi Puglia 2009 aggiornati ad ottobre 2010 (869.889 ricoveri).

Tanto premesso, si è ritenuto opportuno adottare, sul gruppo dei 108 DRG, di cui all'Allegato D, quale misura di riduzione, assumendo come riferimento i valori soglia determinati per ciascun DRG, chirurgico e medico, nell'elenco del suddetto allegato, il 50% della tariffa di fascia per tutte le prestazioni che eccedano il relativo limite soglia.

Per i 108 DRG l'evoluzione tecnologica e della pratica clinica, sostenuta dalle disincentivazioni previste dal sistema tariffario regionale (abbattimento del 50% della tariffa nel caso si ricorra al ricovero in degenza ordinaria), implica l'impiego di regimi assistenziali alternativi, quali la day surgery o la chirurgia ambulatoriale.

Dal 1° gennaio 2011, in ordine ai DRG relativi alle fratture di femore per pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati presso le unità operative di ortopedia, si propone quanto segue:

1. Aumento del 5% delle tariffe del DRG chirurgico qualora il paziente sia stato operato entro il terzo giorno;
2. Riduzione del 20% della tariffa del DRG chirurgico qualora il paziente sia stato operato dopo il quarto giorno.
3. Nel caso in cui l'unità operativa di ortopedia presenti un'incidenza del 50% di ricoverati per frattura del

femore che non siano stati operati, la tariffa relativa viene decurtata del 30%.

A partire dal 1° gennaio 2011, per tutte le attività chirurgiche, si deve trascrivere sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) in campo dedicato, la valutazione della condizione clinica del soggetto secondo la classificazione A.S.A. come informazione obbligatoria per tutte le attività chirurgiche.

Occorre inoltre prevedere aggiunte tariffarie per i DRG che presentino le seguenti protesi:

1. Protesi cocleare (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.989) tariffa aggiuntiva euro 22.188,77;
2. Stimolatore cerebrale (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) tariffa aggiuntiva euro 13.500;
3. Neurostimolatore vagale (codice intervento 04.92 associato alla diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associati ai DRG 7 e 8 tariffa aggiuntiva per lo stimolatore (sia impianto che sostituzione) pari a euro 15.255,00;
4. Pompe di infusione totalmente impiantabile: (codice intervento 86.06); tariffa aggiuntiva euro 3.500;
5. Trapianto di cellule staminali limbari: DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; la tariffa è euro 2.524,12 alla quale deve essere sommato l'importo di euro 12.192,61 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (tariffa aggiuntiva di euro 12.192,61).

Si stabilisce, inoltre, che dal 1° gennaio 2011 per tutti i DRG con l'impianto di protesi sia obbligatoria la verifica ed allorquando l'impianto di protesi risulti inappropriato nulla debba essere riconosciuto né valorizzato e pertanto la prestazione sarà oggetto di contestazione da parte dell'Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri (UVAR) dell'Azienda sanitaria di riferimento.

E' opportuno prevedere l'obbligo dal 1° gennaio 2011 di segnalare sulla SDO le protesi utilizzate nel ricovero con i codici della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (d.lgs. 24 febbraio 1997 n. 46) e successive integrazioni e con il Numero di Repertorio dei Dispositivi Medici (D.M. 21 dicembre 2009).

I codici ed il numero riportato rendono possibile l'identificazione delle protesi e la loro valorizzazione economica; in assenza di segnalazioni secondo i criteri sopra indicati, la prestazione non sarà riconosciuta e quindi rimborsata.

La Regione mediante il settore dell'A.Re.S. competente verificherà la frequenza di impianto, tipologia e costi dei dispositivi medici, in relazione ai dati rilevabili dalle SDO contenenti la descrizione della protesi impiantata.

Con successivo provvedimento di Giunta Regionale saranno rideterminate le tariffe di cui all'Allegato C e relative valorizzazioni, a valere dal 1° gennaio 2011.

COPERTURA FINANZIARIA - l.r. n. 28/2001

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.

Il Dirigente dell'Ufficio

Vito Parisi

Il presente schema di provvedimento rientra nella competenza della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4 lettera a) della L.R. 7/97.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie propone alla Giunta 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 schema di provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera Specialistica;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che quivi si intendono integralmente riportate:

- di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata che qui si intende integralmente trascritta;
- di approvare la metodologia per la definizione delle tariffe dei ricoveri ospedalieri, anno 2010 versione CMS 24, in ossequio all'art. 20 della l.r. n. 34/2009;
- di approvare i DRG versione 24 e relative tariffe di cui agli allegati A, B, C e D, composti rispettivamente da n. 10; n. 2, n. 18, n. 16, facciate parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
- di disporre che dal 1° gennaio 2010 le tariffe per i 54 nuovi DRG, i 12 DRG modificati e quelli comprensivi di protesi, siano quelle indicate nella tabella di cui agli Allegati A e B, valorizzate al 100% per le Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici, gli Enti Ecclesiastici e IRCCS di S. Giovanni Rotondo; per quanto riguarda, invece, gli ospedali, gli IRCCS privati e le case di cura private le tariffe siano valorizzate al 98% per la classe A, al 92% per la classe B e all'85% per la classe C;
- di stabilire che tutte le tariffe DRG, oltre a quelle separatamente indicate nell'allegato B, e presenti negli Allegati A, C e D si intendano comprensive di protesi;
- di stabilire, nelle more della ridefinizione di tutte le tariffe per l'anno 2011, che per i DRG in elenco nell'Allegato C, si mantengano per l'anno 2010 le condizioni tariffarie vigenti (Deliberazione di Giunta Regionale n. 1464/20069) con le relative valorizzazioni stabilite dalla Legge Regionale n. 26/2006;
- di disporre che dal 1° gennaio 2011 si applichino le tariffe di cui all'Allegato D per i 108 DRG, ad alto rischio di non appropriatezza previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, con la valorizzazione indicata per gli Allegati A e B con la riduzione per tutte le prestazioni per i DRG chirurgici e medici che eccedano il relativo limite soglia della tariffa di fascia del 50%. L'abbattimento tariffario implica l'impiego di regimi assistenziali alternativi, quali la day surgery o la chirurgia ambulatoriale;
- di stabilire le aggiunte tariffarie per i DRG che presentino le seguenti protesi:
 1. Protesi cocleare (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.989) tariffa aggiuntiva euro 22.188,77;
 2. Stimolatore celebrale (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) tariffa aggiuntiva euro 13.500;
 3. Neurostimolatore vagale (codice intervento 04.92 associato alla diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associati ai DRG 7 e 8 tariffa aggiuntiva per lo stimolatore (sia impianto che sostituzione) pari a euro 15.255,00;

4. Pompe di infusione totalmente impiantabile: (codice intervento 86.06); tariffa aggiuntiva euro 3.500;
5. Trapianto di cellule staminali limbari: DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; la tariffa è euro 2.524,12 alla quale deve essere sommato l'importo di euro 12.192,61 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (tariffa aggiuntiva di euro 12.192,61);

- di stabilire altresì che a partire dal 1° gennaio 2011 si trascriva sulla SDO in campo dedicato, la valutazione della condizione clinica del soggetto secondo la classificazione A.S.A. come informazione obbligatoria per tutta le attività chirurgiche;
- di stabilire dal 1° gennaio 2011, in ordine ai DRG relativi alle fratture di femore per pazienti ultrasettantacinquenni ricoverati presso le unità operative di ortopedia, quanto segue:
 1. Aumento del 5% delle tariffe del DRG chirurgico qualora il paziente sia stato operato entro il terzo giorno;
 2. Riduzione del 20% della tariffa del DRG chirurgico qualora il paziente sia stato operato dopo il quarto giorno.
 3. Nel caso in cui l'unità operativa di ortopedia presenti un'incidenza del 50% di ricoverati per frattura del femore che non siano stati operati, la tariffa relativa viene decurtata del 30%;
- di stabilire che dal 1° gennaio 2011 per tutti i DRG con l'impianto di protesi sia effettuata la verifica da parte dell'Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri (UVAR) dell'Azienda sanitaria di riferimento e che qualora l'impianto di protesi risulti inappropriato nulla debba essere riconosciuto nè valorizzato;
- di stabilire dal 1° gennaio 2011 l'obbligo di segnalazione sulla SDO delle protesi utilizzate nel ricovero con i codici della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (d.lgs. 24 febbraio 1997 n. 46) e successive integrazioni, e con il Numero di Repertorio dei Dispositivi Medici (D.M. 21 dicembre 2009) ai fini di rendere possibile l'identificazione delle protesi e la loro valorizzazione economica; in assenza di segnalazioni secondo i criteri sopra indicati, la prestazione non sarà riconosciuta e quindi rimborsata;
- di dare mandato all'A.Re.S. di verificare attraverso il settore competente per i DRG con protesi la frequenza di impianto, la tipologia e la relativa tariffa ai fini del controllo sia dell'appropriatezza clinica che dei costi, con l'obbligo di relazionare ai Servizi dell'Assessorato competenti in materia per i provvedimenti conseguenti;
- di dare mandato al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Ospedaliere Universitarie, Aziende Sanitarie Locali, IRCCS pubblici, Enti Ecclesiastici, IRCCS S. Giovanni Rotondo, IRCCS privati e alla Svim service;
- di disporre che le Aziende Sanitarie Locali trasmettano il presente provvedimento alle strutture private accreditate con gli accordi contrattuali insistenti nel proprio territorio;
- di stabilire che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP ai sensi dell'art. 6, comma 1, della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Dott. Romano Donno Dott. Nichi Vendola