



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 77 del 18/05/2011

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 aprile 2011, n. 787

Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 “Art. 20 legge regionale n. 34/2009. Metodologia e criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo del valore dei ricoveri”. Integrazione e modifica.

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 fronte di tanto con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 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 del Nord (Lombardia D.G.R. n. 8/IO804 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.

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.

A seguito di alcune richieste di chiarimento pervenute da parte delle aziende sanitarie e dall'AIOP si ritiene di dover integrare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 con le seguenti precisazioni:

a) i DRG, in elenco nell'Allegato C, nell'anno 2010 mantengono le condizioni tariffarie vigenti (Deliberazione di Giunta Regionale n. 1464/2006) con le relative valorizzazioni stabilite dalla Legge

Regionale n. 26/2006.

b) Per l'anno 2010 ai DRG, di cui all'allegato B della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 "tariffe comprensive di protesi", non si applicano gli incrementi pro die.

c) Ai sensi dell'art.20 commi 3 e 4 della L.R. n. 34/09 la remunerazione delle endoprotesi e dei dispositivi medici e del relativo impianto deve essere ricompresa nelle tariffe DRG regionali.

Di conseguenza, a modifica di quanto previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1003 del 15/07/1999, il costo relativo ai DRG con le protesi rientra nel tetto di spesa assegnato alle aziende sanitarie pubbliche, agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS pubblici e privati ed alle case di cura private accreditate.

d) L'ottavo punto della deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 "Aggiunte tariffarie" si applica a partire dall'anno 2010.

e) Per l'anno 2010 le tariffe della lungodegenza e della riabilitazione si intendono invariate e quindi permangono quelle previste ai commi 3, 4, 5 e 6 dell'art. 19 della Legge regionale 31 dicembre 2009, n. 34.

Nella parte narrativa e dispositiva della suddetta deliberazione si è fatto riferimento alla Tariffa Unica Convenzionale (TUC) per i DRG 110 -515 -555 - 556 - 557 - 558, 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 redigende nuove tariffe per l'anno 2011.

Per mero errore materiale nell'Allegato A per i DRG 555 - 556 - 557 - 558 non essendo state riportate le tariffe TUC occorre modificare le relative tariffe come di seguito indicato:

Valutato, invece, che le tariffe relative ai DRG 110 e 515, riportate nell'allegato C e nell'allegato B in presenza del codice indicato, risultano congrue, si ritiene di confermarle.

E' necessario, inoltre, integrare l'Allegato B per i DRG 257 e 258 riportando per ciascuno il codice di procedura e la relativa la tariffa, lasciando la tariffa individuata nell'Allegato C per gli altri interventi.

Si propone, altresì, di integrare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 definendo i DRG per i quali è prevista una tariffa particolare per singolo episodio di ricovero, il cui valore di riferimento è quello della Tariffa Unica Convenzionale (TUC) anno 2009:

1. Neurostimolatore spinale: (codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98) tariffa per caso trattato € 9.172,00;
2. Termoablazione epatica per via percutanea: (intervento 50.24), associato al DRG 191 o 192, tariffa per caso trattato pari a € 5.000,00.
3. Interventi per obesità: (codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91) associati al DRG 288 tariffa per caso trattato pari a € 4.060,89

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 confermare le tariffe per i DRG 110 e 515 riportate nell'Allegato B della D.G.R. n. 2858/10;
- di integrare l'Allegato B della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 per i DRG 257 e 258 riportando per ciascuno il codice di procedura e la relativa tariffa individuata per gli altri interventi:

- di modificare le tariffe dell'allegato A come di seguito indicato:
- di integrare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 definendo i DRG per i quali è prevista una tariffa per singolo episodio di ricovero, il cui valore di riferimento è quello della Tariffa Unica Convenzionale (TUC) anno 2009:
 1. Neurostimolatore spinale: (codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98) tariffa per caso trattato € 9.172,00;
 2. Termoablazione epatica per via percutanea: (intervento 50.24), associato al DRG 191 o 192, tariffa per caso trattato pari a € 5.000,00.
 3. Interventi per obesità: (codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91) associati al DRG 288 tariffa per caso trattato pari a € 4.060,89.
- di precisare che 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.
- di stabilire che per i DRG di cui all'allegato B della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20/12/2010 "tariffe comprensive di protesi" non si applicano gli incrementi pro die;
- di stabilire, ai sensi dell'art.20 commi 3 e 4 della L.R. n. 34/09, che la remunerazione delle endoprotesi e dei dispositivi medici e del relativo impianto sia ricompresa nelle tariffe DRG regionali e che a modifica di quanto previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1003 del 15/07/1999, il costo relativo ai DRG con le protesi rientri nel tetto di spesa assegnato alle aziende sanitarie pubbliche, agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS pubblici e privati ed alle case di cura private accreditate.
- di disporre che quanto disposto dall'ottavo punto della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2858/10 "Aggiunte tariffarie" si applichi a partire dall'anno 2010.
- di stabilire che per le tariffe della lungodegenza e della riabilitazione si applicano quelle previste dai commi 3, 4, 5 e 6 dell'art. 19 della Legge regionale 31 dicembre 2009, n. 34.
- di dare mandato al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Ospedaliere Universitarie, Aziende Sanitarie Locali, IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici e alla Svim service.
- di disporre che le Aziende Sanitarie Locali trasmettano il presente provvedimento alle case di cura private accreditate e con le quali abbiano stipulato accordo contrattuale.
- 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

