



## Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 88 del 23/06/2015

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 maggio 2015, n. 1172

Remunerazione aggiuntiva dispositivi ad alto costo D.M. 18 OTTOBRE 2012 - Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera. Approvazione del tariffario regionale. Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 951 e n. 561 del 2/04/20.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n.3, confermata dal Responsabile A.P., dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, riferisce quanto segue.

Con Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 23 del 28-1-2013 - Suppl. Ordinario n. 8, è stata definita la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

Con Deliberazioni di Giunta Regionale n. 951 del 13/05/2013, n. 561 del 2/04/2014 e n. 1304 del 9/07/2013, in attuazione del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012:

a) è stato approvato il nuovo tariffario relativo alla remunerazione delle prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR, con decorrenza dal 10 giorno del mese successivo a quello di adozione del suddetto provvedimento;

b) è stato stabilito, tra l'altro, che con separato provvedimento, saranno individuate le strutture che utilizzano dispositivi ad alto costo, nei casi specifici e circoscritti, così come di seguito riportate e nel rispetto delle procedure previste:

- Protesi cocleare (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98);
- Stimolatore cerebrale (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata);
- Neurostimolatore vagale (codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associati al DRG 7 e 8;
- Pompe di infusione totalmente impiantabile (codice intervento 86.06);
- 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.

Il decreto legge n. 192/2014 ("Milleproroghe"), coordinato con la legge di conversione 27.2.2015 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 49 del 28.2.2015, ha stabilito che "Le tariffe massime di cui al comma 15, valide do/la data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2015, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica".

Pertanto, preso atto che:

a) all'art. 2 comma 4 del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 è stato stabilito che "Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero. Le regioni possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifiche dispositivi ad alto costo esclusivamente nei cast specifici e circoscritti, individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati";

b) la deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 rimandava ad un separato provvedimento l'individuazione delle strutture che utilizzano dispositivi ad alto costo, nei casi specifici e circoscritti;

c) nell'ambito dell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, per il riconoscimento economico di alcune protesi e alcune procedure di alto costo, è prevista una quota tariffaria aggiuntiva alla tariffa base del DRG.

In particolare, nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i codici di seguito esplicitati: per "codice intervento" o "codice diagnosi", qualora non venga espressamente indicato, si intende sia intervento chirurgico principale che secondari e diagnosi principale che secondarie (in qualsiasi posizione venga utilizzato l'uso del codice).

I DRG per i quali è prevista un'aggiunta tariffaria sono:

1. Protesi cocleare (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) tariffa aggiuntiva € 22.366,28;
2. Stimolatore cerebrale (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) tariffa aggiuntiva € 13.500;
3. Ombrello atriale settale (codice intervento 35.52) associato al DRG 518; tariffa aggiuntiva € 5.800;
4. Neurostimolatore vagale pan i a € 15.377,04;
5. Pompe di infusione totalmente impiantabile (codice intervento 86.06); tariffa aggiuntiva € 3.500;
6. 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 € 2.544,31 alla quale deve essere sommato l'importo di Euro 12.290,15 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (tariffa aggiuntiva di € 12.290,15)
7. Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico (codice intervento 20.95) associato al DRG 55; tariffa aggiuntiva € 8.568
8. Protesi dell'aorta addominale (codice intervento 39.71); tariffa aggiuntiva € 3.528
9. Protesi dell'aorta toracica (codice intervento 39.73); tariffa aggiuntiva € 5.544.

d) la conferenza delle Regioni ha deciso per il 2013 di prorogare la TUC (tariffa unica convenzionale) e le regole di applicazione contenute nell'accordo interregionale per la compensazione dell'attività 2012 sia per l'ospedaliera che per gli altri flussi.

Si rende necessario, al fine di ridurre la mobilità sanitaria passiva ed incrementare la mobilità sanitaria attiva, uniformare il regime tariffario regionale a quanto disciplinato nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria, secondo quanto espressamente previsto all'art. 2 comma 4 del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012.

Alla luce di quanto sopra esposto è stata elaborata la tabella, di cui all'Allegato A, parte integrante del presente schema di provvedimento, sulla base dell'analisi dei dati relativi a:

1. mobilità sanitaria passiva, nonché delle strutture sanitarie e delle Unità Operative di dimissione dei pazienti;
2. attività delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate della Regione Puglia.

Alla luce di quanto sopra esposto Si propone:

1. di prendere atto di quanto stabilito dal decreto legge n. 192/2014 ("Milleproroghe"), coordinato con la legge di conversione 27.2.2015 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 49 del 28.2.2015, ed in

particolare che “Le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2015, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica”;

2. di rettificare le deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 e n. 561 del 2/04/2014 nella sola parte relativa alla individuazione e tariffazione dei dispositivi ad alto costo, sostituendoli, a far data dal giorno successivo alla pubblicazione del presente schema di provvedimento sul B.U.R.P., con i seguenti dispositivi ad alto costo per i quali è prevista un’aggiunta tariffaria

a) Protesi cocleare (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) tariffa aggiuntiva € 22.366,28;

b) Stimolatore cerebrale (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) tariffa aggiuntiva € 13.500;

c) Ombrello atriale settale (codice intervento 35.52) associato al DRG 518; tariffa aggiuntiva € 5.800;

d) Neurostimolatore vagale pan i a € 15.377,04;

e) Pompe di infusione totalmente impiantabile (codice intervento 86.06); tariffa aggiuntiva € 3.500;

f) Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico (codice intervento 20.95) associato al DRG 55; tariffa aggiuntiva € 8.568;

g) Protesi dell’aorta addominale (codice intervento 39.71); tariffa aggiuntiva € 3.528;

h) Protesi dell’aorta toracica (codice intervento 39.73); tariffa aggiuntiva € 5.544.

3. di riportare nell’Allegato A, composto da n. 4 (quattro) fogli parte integrante del presente schema di provvedimento i dispositivi ad alto costo, la relativa tariffa e gli erogatori espressamente individuati ed autorizzati all’utilizzo dei predetti dispositivi da applicarsi dal giorno successivo alla pubblicazione sul B.U.R.P. del presente schema di provvedimento;

4. di prevedere che le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, non incluse nell’Allegato A, di cui al presente schema di provvedimento, possano presentare al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento l’istanza per l’inserimento tra gli erogatori individuati ed autorizzati all’utilizzo dei dispositivi ad alto costo;

5. di confermare quant’altro stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 e ss.mm.ii.

“COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n. 28/2001 E S.M. e I.”

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.

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

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell’Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell’Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per quanto esplicitato in narrativa e quivi riportato per fame parte integrante e sostanziale:

1. di prendere atto di quanto stabilito dal decreto legge n. 192/2014 (“Milleproroghe”), coordinato con la legge di conversione 27.2.2015 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 49 del 28.2.2015, ed in particolare che “Le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2015, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica”;

2. di rettificare le deliberazioni di Giunta regionale n. 951/2013 e n. 561 del 2/04/2014 nella sola parte relativa alla individuazione e tariffazione dei dispositivi ad alto costo, sostituendoli, a far data dal giorno successivo alla pubblicazione del presente schema di provvedimento sul B.U.R.P., con i seguenti dispositivi ad alto costo per i quali è prevista un’aggiunta tariffaria:

- a) Protesi cocleare (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) tariffa aggiuntiva € 22.366,28;
- b) Stimolatore cerebrale (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) tariffa aggiuntiva € 13.500;
- c) Ombrello atriale settale (codice intervento 35.52) associato al DRG 518; tariffa aggiuntiva € 5.800;
- d) Neurostimolatore vagale pan i a € 15.377,04;
- e) Pompe di infusione totalmente impiantabile (codice intervento 86.06); tariffa aggiuntiva € 3.500;
- f) Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico (codice intervento 20.95) associato al DRG 55; tariffa aggiuntiva € 8.568;
- g) Protesi dell’aorta addominale (codice intervento 39.71); tariffa aggiuntiva € 3.528;
- h) Protesi dell’aorta toracica (codice intervento 39.73); tariffa aggiuntiva € 5.544.

3. di riportare nell’Allegato A, composto da n. 4 (quattro) foglio parte integrante del presente schema di provvedimento i dispositivi ad alto costo, la relativa tariffa e gli erogatori espressamente individuati ed autorizzati all’utilizzo dei predetti dispositivi da applicarsi dal giorno successivo alla pubblicazione sul B.U.R.P. del presente schema di provvedimento;

4. di prevedere che le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, non incluse nell’Allegato A, di cui al presente schema di provvedimento, possano presentare al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento l’istanza per l’inserimento tra gli erogatori individuati ed autorizzati all’utilizzo dei dispositivi ad alto costo;

5. di confermare quant’altro stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 e ss.mm.ii;

6. di autorizzare il Servizio PAOSA ad aggiornare con atto dirigenziale l’elenco di cui all’Allegato A, parte integrante del presente provvedimento, a seguito di preventiva valutazione di quanto stabilito al predetto punto 4 e anche qualora dovesse intervenire un nuovo Accordo interregionale in materia di mobilità sanitaria;

7. di demandare al Servizio Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità la modifica dei sistemi informativi regionali di aggiornamento del tariffario regionale relativo ai ricoveri per acuti;

8. di stabilire, infine, che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP ai sensi dell’art. 6, comma 1, della L.R. n. 13/94;

9. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, ai Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e degli IRCCS pubblici, agli Enti Ecclesiastici e agli IRCCS privati;

10. di notificare il presente provvedimento e alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, territorialmente competenti.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta  
Dott.ssa Antonella Bisceglia Dott. Nichi Vendola