

DELIBERAZIONE N° VII / 941 DEL 03/08/00

OGGETTO: Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il d.lgs. 19 giugno 1999, n.229 ed in particolare l'art. 8 sexies, commi 1 – 4 – 5;

VISTO il D.M. Sanità 15 aprile 1994 “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera” che all'art. 3, commi 5 – 6, statuisce i criteri di determinazione delle tariffe;

RICHIAMATO il D.M. Sanità del 30.6.1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al D.M. 14 dicembre 1994”, in particolare gli articoli 2,3,4;

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”, in particolare l'art. 1, comma 32;

VISTA la legge 27 dicembre 1997, n. 449 “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”, in particolare l'art. 32;

VISTA la legge 18 dicembre 1999 n. 488, in particolare l'art 28 “Riqualificazione dell'assistenza sanitaria e attività libero professionale”;

RICHIAMATE le proprie deliberazioni:

- n. V/62664 del 30.12.1994 “Determinazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere”;
- n. VI/15084 del 27 giugno 1996 “Prima attuazione della d.g.r. n. 62664 del 30.12.1994 - Aggiornamento di alcune tariffe per le prestazioni ospedaliere”;
- n. VI/25608 del 28 febbraio 1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero” e successive integrazioni;
- n. VI/ 37597 del 24 luglio 1998 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero e attuazione del punto 3) del dispositivo della d.g.r. n. VI/34437 del 4 febbraio 1998”;
- n. VI/ 45079 del 13 settembre 1999 “Modifica alla d.g.r. VI/37597 del 24 luglio 1998 : “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero” e attuazione del punto 3) del dispositivo della d.g.r. VI/34437 del 4 febbraio 1998;

CONSIDERATO che:

- con decreto del D.G. Sanità n. 50094 del 30.11.99 è stato istituito il gruppo di lavoro volto alla rilevazione dei costi sostenuti dalle strutture di ricovero e cura per l'erogazione delle prestazioni di ricovero nelle specialità di oncologia, ortopedia, cardiocirurgia sulla base dei dati di costo rilevati dalla contabilità analitica;

- con decreto del D.G. Sanità n. 34202 del 6.7.1999 è stato istituito il gruppo di lavoro volto, fra l'altro, alla rilevazione dei costi sostenuti dalle strutture di ricovero e cura per l'erogazione delle prestazioni di ricovero nell'area pediatrica;
- con decreto del D.G. Sanità n. 50596 del 3.12.99 è stato istituito il gruppo di lavoro per l'individuazione di criteri ed indicatori nell'area riabilitativa al fine di adeguare le modalità di remunerazione delle prestazioni di ricovero;
- con decreti del D.G. Sanità n. 69793 del 1° ottobre 1998 è stato istituito il gruppo di lavoro volto, fra l'altro, alla messa a punto di proposte in relazione all'aggiornamento tariffario delle prestazioni di ricovero attinenti alla disciplina di ostetricia e ginecologia;

CONSIDERATO altresì che, per quanto riguarda le prestazioni di ricovero rese in regime ordinario per acuti, è stata effettuata su tutte le strutture sanitarie lombarde la rilevazione dei costi sostenuti per l'erogazione delle attività di ricovero mediante la riclassificazione dei Conti Economici relativi all'anno 1998 al fine di calcolare il costo per punto DRG, i cui risultati sono riportati nella relazione dei dirigenti delle Unità Organizzative Remunerazione delle Prestazioni Sanitarie e Flussi Informativi e Finanziamento e Controllo della Spesa Sanitaria, conservate agli atti delle citate Unità;

PRESO ATTO delle valutazioni e delle considerazioni che emergono dalle rilevazioni effettuate, in particolare:

- che la distribuzione del costo per punto DRG ha mostrato un'elevata variabilità dei valori ottenuti;
- che il valore proposto del costo per punto DRG corrisponde a Lit. 5.070.000= e rappresenta il 33° percentile della distribuzione, comprensivo del 6% corrispondente al maggiore onere che le strutture sanitarie dovranno sostenere in seguito al rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro dei dirigenti del comparto sanità;

TENUTO CONTO altresì delle valutazioni e delle considerazioni che emergono dalle analisi statistiche – epidemiologiche sui ricoveri in regione Lombardia;

STABILITO pertanto di:

A) adottare il costo per punto DRG pari a Lit. 5.070.000=;

B) rivedere la tariffa del ricovero ordinario per acuti di 0-1 giorno e del ricovero in day hospital per i casi non chirurgici, rendendo le tariffe uguali nelle due tipologie di ricovero così come già stabilito per i ricoveri chirurgici, e di definirne il relativo valore;

C) adeguare in incremento le tariffe di 13 DRG chirurgici (075, 076, 146, 147, 148, 154, 191, 192, 257, 258, 259, 260, 303) il cui contenuto è rappresentato per più del 50% da casistica oncologica;

D) di adeguare in incremento le tariffe del DRG 302 (trapianto renale) e dei DRG medici (489, 490) appartenenti alla categoria MDC 25 (infezioni da HIV) avvicinandoli alla tariffa ministeriale in vigore;

E) di adeguare in decremento del 9% le tariffe di 5 DRG cardiocirurgici (104, 105, 106, 107, 108);

come dettagliato nell'allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO inoltre di rimborsare al 100% del prezzo medio rilevato le endoprotesi impianti cocleari, modificando quanto al punto 3) del dispositivo della d.g.r. 37597 del 24 luglio 1998, nonché di rimborsare al 100% del prezzo medio rilevato le endoprotesi neurostimolatori cerebrali profondi per la terapia del Parkinsonismo;

VALUTATO di recepire la proposta formulata dalle commissioni per l'Ematologia Clinica e per l'impiego delle Cellule Staminali, volta a riclassificare le prestazioni che afferiscono al DRG 481 (trapianto di midollo osseo) e ad articolare la tariffazione secondo l'elenco che segue, demandando alla D.G. Sanità il compito di definire la corretta modalità di codifica e di rappresentazione nella scheda di dimissione ospedaliera delle prestazioni che afferiscono al suddetto DRG:

- A Chemioterapia intensificata con supporto di cellule staminali periferiche autologhe (£. 58.000.000)
- B Trapianto con cellule staminali autologhe dopo condizionamento mieloablativo (£. 65.000.000)
- C Trapianto di Midollo Osseo allogenico HLA compatibile da consanguineo (£. 130.000.000)
- D Trapianto di Midollo Osseo allogenico da consanguineo non compatibile e trapianto di midollo osseo allogenico da non consanguineo, compreso il trapianto da cordone ombelicale (£. 150.000.000);

DETERMINATO di definire le tariffe da attribuire alle attività di riabilitazione svolte in regime di degenza ordinaria nonché di day hospital, secondo la tabella contenuta nell'allegato 2 parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di introdurre, ai fini della valutazione della qualità dell'assistenza offerta in regime di ricovero ordinario dalle strutture di riabilitazione, un insieme di 11 indicatori - definiti dal gruppo di lavoro istituito col citato decreto del D.G. Sanità n. 505996 del 3.12.99,- stabilendo altresì che per l'applicazione dell'effetto sulle tariffe di tali indicatori verranno destinati £. 40 miliardi su base annua, secondo i vincoli e le condizioni individuate nell'allegato 3 parte integrante del presente provvedimento;

STABILITO che, alla luce delle motivazioni espresse, il sistema tariffario prospettato dal presente atto possa risultare suscettibile di verifiche, ed eventualmente rettifiche, e che il monitoraggio sul sistema tariffario così indicato sarà compiuto con il supporto del Comitato Interdisciplinare, istituito con Decreto del D.G. Sanità n. 69794 del 1.10.1998;

CONFERMATO che i ricoveri in regime ordinario, nonché quelli di day hospital, effettuati in unità operative di lungodegenza (codice 60) vengono rimborsati in base al prodotto fra la tariffa giornaliera indifferenziata di lit. 267.000 e il numero di giornate di degenza di ciascun episodio di ricovero. Oltre i 60 giorni di degenza in regime ordinario la tariffa viene abbattuta del 40%;

RIBADITO che tutte le prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono, di norma, erogate in regime ambulatoriale, che la loro effettuazione in regime di ricovero dovrà trovare una esplicita giustificazione in cartella clinica e che tali prestazioni saranno oggetto di attente verifiche da parte degli organi competenti;

RIBADITO inoltre, che le attività di controllo sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate della regione Lombardia sono regolate dalle d.g.r. VI/31684 del 10.10.1997, VI/34809 del 27.2.1998, VI/45934 del 28 10.1999 oltre che dai singoli contratti stipulati - secondo lo schema contrattuale di cui alla d.g.r. VI/47508 del 29.12.1999 - fra le ASL e le strutture erogatrici, ai sensi dell'art. 8 quinquies del d. lgs. 229/99;

EVIDENZIATO che le modalità di applicazione del regime tariffario individuate con d.g.r. n. VI/25608 del 28.2.1997, n. VI/37597 del 24.7.1998, n. VI/45079 del 13.7.1999 e non direttamente modificate con il presente atto, restano in vigore;

CONSIDERATO che i contenuti del presente provvedimento sono stati illustrati e confrontati con gli operatori del settore, sia pubblici sia privati accreditati;

RITENUTO di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale, ai fini della notifica a tutti i soggetti interessati e sul sito web della D.G. Sanità ai fini della diffusione del provvedimento;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette considerazioni;

A voti unanimi ed espressi nelle forme di legge

DELIBERA

1. **di riconoscere**, per le motivazioni indicate nelle premesse del presente provvedimento che qui s'intendono integralmente riportate nonché secondo le indicazioni ivi descritte, con **decorrenza dalle dimissioni ospedaliere del 1 settembre 2000**, il pagamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera, rese da soggetti pubblici o privati accreditati, individuate quali episodi di ricovero - documentati dalla scheda di dimissione ospedaliera di cui al D.M. 28 dicembre 1991 e al D.P.G.R. n. 47640 del 24 novembre 1999 e specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG/ROD) di cui al D.M. 15 aprile 1994 - secondo le tariffe riportate negli allegati 1 e 2 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **di rimborsare** al 100% del prezzo medio rilevato le endoprotesi impianti cocleari, modificando quanto al punto 3) del dispositivo della citata d.g.r. 37597 del 24 luglio 1998, nonché di rimborsare al 100% del prezzo medio rilevato le endoprotesi neurostimolatori cerebrali profondi per la terapia del Parkinsonismo;
3. **di recepire** la proposta formulata dalle commissioni per l'Ematologia Clinica e per l'impiego delle Cellule Staminali volta a riclassificare le prestazioni che afferiscono al DRG 481 (trapianto di midollo osseo) e ad articolarne la tariffazione secondo l'elenco che segue, demandando alla D.G. Sanità il compito di definire la corretta modalità di codifica e di rappresentazione nella scheda di dimissione ospedaliera delle prestazioni che afferiscono al suddetto DRG:
 - A Chemioterapia intensificata con supporto di cellule staminali periferiche autologhe (£. 58.000.000)
 - B Trapianto con cellule staminali autologhe dopo condizionamento mieloablativo (£. 65.000.000)
 - C Trapianto di Midollo Osseo allogenico HLA compatibile da consanguineo (£. 130.000.000)
 - D Trapianto di Midollo Osseo allogenico da consanguineo non compatibile e trapianto di midollo osseo allogenico da non consanguineo, compreso il trapianto da cordone ombelicale (£. 150.000.000);
4. **di definire** le tariffe da attribuire alle attività di riabilitazione svolte in regime di degenza ordinaria nonché di day hospital, secondo la tabella contenuta nell'allegato 2 parte integrante del presente provvedimento

5. **di stabilire** che, ai fini della valutazione della qualità dell'assistenza offerta in regime di ricovero ordinario dalle strutture di riabilitazione, si utilizzi un insieme di 11 indicatori, definiti dal gruppo di lavoro istituito col citato decreto del D.G. Sanità n. 505996 del 3.12.99, ed individuati nell'allegato 3 parte integrante del presente provvedimento, stabilendo altresì che per l'applicazione dell'effetto sulle tariffe di tali indicatori verranno destinati £. 40 miliardi su base annua secondo i vincoli e le condizioni individuate nel suddetto allegato 3;
6. **di stabilire** che il sistema tariffario oggetto del presente atto è suscettibile di verifiche e rettifiche, in seguito all'analisi dell'impatto complessivo sui volumi, sui costi di produzione e sulla qualità delle prestazioni erogate, e che il monitoraggio sul sistema tariffario così indicato sarà compiuto con il supporto del Comitato Interdisciplinare di cui al d.d.g Sanità n. 69794 del. 1.10.1998;
7. **di stabilire** inoltre che le modalità di applicazione del regime tariffario individuate con d.g.r. n. VI/25608 del 28.2.1997, n. VI/37597 del 24.7.1998, n. VI/45079 del 13.7.1999 e non direttamente modificate con il presente atto, restano in vigore.
8. **di disporre** la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale, ai fini della notifica a tutti i soggetti interessati e sul sito web della D.G. Sanità ai fini della diffusione del provvedimento

IL SEGRETARIO