

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate la propria deliberazione n. 1863/2008, con la quale si è provveduto alla determinazione delle tariffe di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna per l'anno 2008;

Tenuto presente che ai sensi dell'art. 8 sexies del Decreto legislativo n. 502 del 30-12-1992 e successive modificazioni:

- a) la remunerazione delle attività assistenziali, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day-hospital, è determinata in base a tariffe predefinite (comma 4°);
- b) il Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa con la Conferenza permanente, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare, determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di:
  - a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;
  - b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;
  - c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. *Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come*

riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, recante «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994.(comma 5° come modificato dalla conversione in legge del DL 112/2008, L. 133/2008);

- c) con la stessa procedura di cui alla lettera precedente sono effettuati periodicamente le revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi (comma 6°);
- d) il Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, con apposito Decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale (comma 8°);

Considerato:

- che a seguito della revisione del sistema di classificazione di cui al precedente punto C, a partire dall'1/01/2009 per quanto riguarda l'attività ospedaliera è stata adottato il sistema

di classificazione ICD-9-CM 2007 con passaggio alla versione 24° del sistema DRG;

- che tale modifica ha comportato profondi cambiamenti, rispetto alla precedente versione utilizzata (ICD-9-CM 2002 versione 19° DRG), nella classificazione della casistica che si sostanziano nell'introduzione di 56 nuovi DRG, nella revisione di 15 DRG e nella soppressione di 24 DRG;
- che, pertanto, a seguito di tali modifiche si rende necessario definire le tariffe dei nuovi DRG i quali, avendone valutato in modo analitico il contenuto in termini di tipologia di intervento o di patologia, non possono essere assimilati in modo automatico a DRG preesistenti;
- che, inoltre, si reputa necessario rimodulare, in coerenza con la redistribuzione della casistica secondo la nuova classificazione, le tariffe dei DRG che, ancorché già esistenti come codice nella precedente versione, hanno subito una profonda revisione;

dato atto che l'operazione di revisione ed integrazione determinata dall'introduzione di una nuova classificazione comporta, applicando ai nuovi DRG e a quelli revisionati tariffe coerenti con i relativi pesi di cui al DM 18 dicembre 2008, una valorizzazione economica complessiva dell'attività, rispetto a quella che si sarebbe avuta con la classificazione precedente, (comparto pubblico + comparto privato) in decremento del valore complessivo dello 0,15%, liberando pertanto una piccola quota di risorse che può permettere di intervenire su alcune tariffe senza creare per il sistema variazioni economiche significative e senza determinare un incremento del livello assistenziale ospedaliero;

dato atto che al momento non è in vigore il decreto di cui al citato articolo 8-sexies che determina le tariffe massime;

valutato inoltre che un certo numero di DRG risultano, in particolare per gli ospedali di fascia B, con tariffe molto più basse di quanto previsto dalla prima versione, non adottata ed attualmente in fase di revisione, della proposta di decreto per la definizione delle tariffe;

valutato che il differenziale di cui sopra è così rilevante da lasciare presupporre che un lieve incremento tariffario, comunque limitato agli ospedali di fascia B, non

possa portare a tariffe più elevate anche rispetto alla revisione attualmente in atto del suddetto tariffario nazionale;

valutato inoltre opportuno intervenire sulla tariffa per gli ospedali di fascia B del DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto di arti inferiori", e del DRG 545 "Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio" in quanto attività particolarmente critica in termini sia di lista d'attesa sia di mobilità passiva, collegando nel contempo la tariffa ad una presenza minima in ricovero acuto, al fine di disincentivare comportamenti opportunistici nell'utilizzo dei reparti di riabilitazione (trasferimento precoce);

considerato altresì che tali tariffe risultano invariate dal 2005;

considerato inoltre opportuno equiparare, in coerenza con gli effettivi percorsi e con la corretta attribuzione del carico assistenziale, per i soli DRG chirurgici le tariffe riferite alla colonna "Deceduti 1 giorno e trasferiti 1 giorno" di cui all'allegato 3.1, alle tariffe 0-1 giorno del medesimo allegato;

considerato che, per quanto riguarda l'andamento dei ricoveri medici di 1 giorno in regime ordinario, vi è stata nel tempo una considerevole contrazione (pari al 15% in quattro anni);

valutato pertanto che tale dato non sia facilmente ulteriormente comprimibile;

considerato altresì che la tariffa forfettaria riguardante tale attività risulta invariata dal 1999 e pari a € 124,47, si ritiene opportuno assimilare, dal punto di vista economico, il ricovero medico di 1 giorno in ordinario alla tariffa dell'OBI pari a € 220,00;

considerato inoltre opportuno, al fine di favorire l'efficienza gestionale dei PL dedicati alla lungodegenza e alla riabilitazione intensiva (cod. di disciplina 60 e 56), ridurre il valore soglia definito in n. di giornate di degenza oltre il quale viene praticato un abbattimento tariffario del 40%, fermo restando il limite minimo di € 120,00 a giornata per la lungodegenza, incrementando nel contempo il valore giornaliero per le giornate di degenza ante soglia, che sono quelle che presentano un maggiore carico assistenziale;

considerato comunque che i tempi di applicazione della presente deliberazione avvengono ad attività già erogata, pertanto si ritiene opportuno applicare le nuove soglie di abbattimento a decorrere dall'1/01/2010 al fine di permettere una migliore organizzazione delle dimissioni dai reparti di lungodegenza e di riabilitazione;

valutato che tali interventi non hanno impatti rilevanti sulle previsioni di bilancio della Aziende sanitarie, sia per quanto sopra detto in merito all'introduzione della versione 24° dei DRG, sia perché centrati sugli ospedali di fascia B che non sono particolarmente soggetti a fenomeni di mobilità sanitaria per l'area pubblica, e che sono governati da budget predefiniti per i produttori privati;

considerato comunque opportuno valutare la possibilità di un intervento, da definirsi con specifico e successivo atto, attraverso risorse regionali, verificati gli effettivi esiti del presente provvedimento, al fine di limitare sui bilanci aziendali gli impatti negativi;

valutato inoltre opportuno fare proprie le conclusioni a cui è giunta la Commissione Oncologica Regionale in materia di gestione degli outpatient in ambiente oncologico in Emilia-Romagna, applicando tali modifiche a decorrere dall'1/01/2010;

dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

Delibera

1. che per l'anno 2009, per le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate a favore di cittadini residenti in Emilia-Romagna, le tariffe previste sono quelle di cui agli allegati 1, 2, 3.1, 3.2, 4 e 5, fatto salvo quanto previsto per i DRG 410 e 492 in regime di DH e il nuovo valore soglia per l'abbattimento tariffario relativo ai ricoveri in riabilitazione e lungodegenza per i quali le nuove modalità di valorizzazione decorrono dall'1/01/2010;

2. di stabilire che le prestazioni erogate a cittadini provenienti da altre regioni siano remunerate, in via di anticipazione, pari a quanto riconosciuto alla Regione Emilia-Romagna nell'ultimo scambio di mobilità;

3. che l'ammontare di cui al punto precedente sia soggetto a saldo definitivo solo a seguito del consolidamento del consuntivo interregionale relativo alla compensazione delle prestazioni rese in mobilità, fino ad un massimo pari al nuovo valore riconosciuto;

4. che per quanto riguarda il valore da applicarsi ai singoli ricoveri per cittadini provenienti da altre regioni venga applicato il tariffario in uso anno per anno per la mobilità sanitaria, la cosiddetta tariffa unica concordata (TUC), come già previsto dalle proprie deliberazioni n. 1863/2008 e 912/2009;

5. che per i cittadini provenienti dal Veneto e dalle Marche valgono gli accordi specificatamente sottoscritti in termini di tetti di budget;

6. che l'elenco dei DRG potenzialmente inappropriati, a parziale revisione di quanto previsto nella deliberazione n. 1171/2009, è quello risultante dalla classificazione dei DRG di cui all'all. 3.1;

7. di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo degli allegati parte integrante e sostanziale dell'atto, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.