

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL

20 APR. 1999

ADDI' 20 APR. 1999

NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

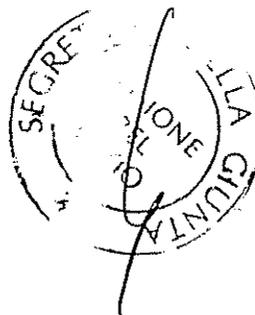
BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
ALEANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARRONI	Angiolo	"
BONADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Pasquale	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.
..... OMISSIS

ASSENTI: FEDERICO - MARRONI

DELIBERAZIONE N° 2069

OGGETTO: Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del
22/12/98 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza
ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale a seguito di interlocuzioni con
associazioni di categoria interessate.



OGGETTO: Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del 22/12/1998 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale a seguito di interlocuzione con associazioni di categoria interessate

LA GIUNTA REGIONALE

premesse

VISTA la DGR 7423 del 22/12/1998 che definiva il sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale;

CONSIDERATO che l'AIOP, Associazione esponenziale delle case di cura private, soggetti interessati dal provvedimento di regolamentazione delle tariffe ospedaliere di cui alla DGR 7423/98, l'ARIS, Associazione esponenziale degli istituti religiosi, rappresentanti degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e rappresentanti di altri soggettie erogatori, sono intervenuti con osservazioni su specifici aspetti del provvedimento e che la Regione Lazio ha ritenuto di accettare questa interlocuzione, pur fin dall'inizio negando disponibilità ad intervenire su punti chiave del provvedimento che rivestono rilevanza ai fini programmatori e finanziari;

RITENUTO che sia utile, alla realizzazione di un procedimento partecipativo e al perseguimento anche del pubblico interesse, l'accoglimento, dopo un'approfondita verifica tecnica, di alcune delle osservazioni avanzate da associazioni di categoria;

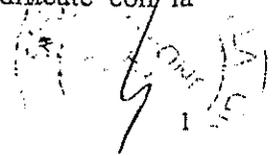
RITENUTO pertanto opportuno recepire le modifiche oggetto dell'accordo siglato con L'AIOP in data 3/2/1999 e quelle indicate nella nota del 9/3/1999 con la quale l'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute rispondeva alla lettera dell'ARIS che, in data 2/3/1999, aveva esposto le sue osservazioni sulla DGR 7423/98, anche in rappresentanza di IRCCS e di ospedali classificati;

STABILITO che, sulla base dell'interlocuzione con l'AIOP, con l'ARIS e con altri soggetti erogatori, sia in particolare opportuno prevedere, rispetto alla DGR 7423/98:

- una diversa articolazione della classificazione dei soggetti erogatori in 4 classi di complessità
- criteri aggiuntivi di attribuzione della classe di complessità,
- una diversa modulazione dell'attività di day hospital
- criteri specifici di calcolo dei tassi di occupazione dei posti letto accreditati
- procedure di riattribuzione a classi di complessità diverse di prestazioni non effettuate dalla classe di complessità di primitiva attribuzione
- criteri differenti di calcolo del portafoglio disponibile per le attività di riabilitazione lungodegenza e RSA
- criteri differenti di calcolo dei tetti individuali di remunerazione per le strutture che svolgono attività di lungodegenza, riabilitazione e RSA
- criteri differenti di calcolo per i tetti individuali di remunerazione delle strutture per acuti

RITENUTO che sia perciò necessario modificare la DGR 7423/98 come di seguito indicato ed adeguando conseguentemente, sul piano tecnico, l'Allegato 1 della medesima DGR 7423/98 secondo quanto previsto dall'Allegato 1 alla presente deliberazione;

RITENUTO utile ad una migliore comprensione dell'atto deliberativo indicare le parti invariate rispetto alla DGR 7423/98 con la definizione "rimane invariato" e quelle modificate con la definizione "si modifica"



Official stamp and handwritten signature of the Regional Council of Lazio. The stamp includes the text "REGIONE LAZIO" and "GIUNTA REGIONALE". The signature is written in blue ink over the stamp.

“rimane invariato”

VISTO il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria” che introduce il sistema della remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio della libera scelta da parte dell’assistito delle strutture eroganti;

VISTO il D.M. 14.12.1994 che fissa le tariffe massime da corrispondere per le prestazioni di assistenza ospedaliera, a decorrere dal 1.1.1995;

VISTO il D.M. 30.6.1997 che prevede l’aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera;

ATTESO che l’art. 32 – comma 8 della Legge 27/12/97, n. 449 prevede che le Regioni individuino preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata o per gruppi di istituzioni sanitarie i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo Sanitario Regionale (FSR) e i preventivi annuali delle prestazioni nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione, di cui all’art. 1 comma 32 della legge 23.12.1996 n. 662;

RILEVATA pertanto l’esigenza di elaborare – al fine di adempiere alla suindicata norma in correlazione alla facoltà di libera scelta - una nuova disciplina del sistema di remunerazione dell’attività ospedaliera pubblica e privata che determini, in anticipo sull’inizio del primo anno di applicazione e previa ampia consultazione con le Aziende sanitarie locali e con i soggetti erogatori pubblici e privati, regole di remunerazione con valenza pluriennale;

“si modifica”

RILEVATO che i dati utili alla definizione delle remunerazioni riconosciute a ciascun soggetto erogatore sono esclusivamente quelli accettati dal Sistema Informativo Ospedaliero, in base alla normativa ed alle specifiche costantemente aggiornate che ne regolano il funzionamento;

CONSIDERATO che non sono attività la cui remunerazione è disciplinata dal presente atto deliberativo quelle erogate a qualsiasi titolo dalle Case di Cura private provvisoriamente accreditate per la Neuropsichiatria e dalle strutture provvisoriamente accreditate che svolgessero ancora, eventualmente, attività residuale di tipo manicomiali;

CONSIDERATO che la remunerazione delle strutture attualmente convenzionate con il SSR in base all’art 26 della Legge 833 del 1978 verrà sostenuta con finanziamenti diversi da quelli previsti dalla presente deliberazione anche nel caso che parte dell’attività assistenziale fornita da queste strutture venisse accreditata in una delle categorie assistenziali alle quali fa riferimento la presente deliberazione;

“rimane invariato”

CONSIDERATO che le informazioni sempre più dettagliate sulle attività di ricovero ospedaliero di cui la Regione dispone documentano che la quantità complessiva delle prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate eccede gli standards definiti a livello nazionale ed è fortemente distorta dall’offerta strutturale e in particolare evidenziano:

- Eccesso di prestazioni di ricovero ospedaliero, con tendenza all’aumento, rispetto agli standard nazionali (oltre 200 ricoveri per 1000 abitanti rispetto ai previsti 160);
- Eccesso di prestazioni inappropriate per modalità di erogazione;
- Eccesso di ricoveri inappropriati sulla base della diagnosi di dimissione;



- Disomogeneità nella distribuzione del "case mix" con la concentrazione della maggioranza dei casi gravi e complessi in un numero relativamente piccolo di strutture;
- Disparità territoriale nell'accesso alle prestazioni e necessità di prevedere un aumento perequativo di alcune prestazioni;

RILEVATA pertanto la necessità che il nuovo sistema di remunerazione, consenta il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Migliore soddisfazione del bisogno assistenziale;
- Incentivazione di una maggiore appropriatezza delle prestazioni;
- Migliore corrispondenza tra la struttura di ricovero e la complessità delle patologie trattate;
- Più pertinente individuazione dei costi di produzione riferibili alla classe di complessità assistenziale;
- Introduzione di elementi di dinamicità dell'offerta che consentano il raggiungimento di una maggiore efficienza operativa;
- Orientamento della spesa a vantaggio delle prestazioni con migliore rapporto costo/benefici.

RILEVATO che il budget complessivo che la regione intende destinare alle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale remunerate prospetticamente non potrà superare per il 1999 la somma complessiva di Lit. 4.890 miliardi

RITENUTO che, in relazione alle suesposte motivazioni, il nuovo sistema di remunerazione dell'attività ospedaliera pubblica e privata debba essere costruito sulla base dei seguenti elementi che ne definiscono l'impianto strutturale:

1. Classificazione dei soggetti erogatori che tenga conto delle differenti complessità, con diverse capacità assistenziali e differenti costi di produzione,
2. Differenziazione delle tariffe per classe di complessità assistenziale dei soggetti erogatori;
3. Individuazione, per DRG nel ricovero ospedaliero in acuzie e per altra modalità di raggruppamento dei casi per le altre attività assistenziali, della quantità di prestazioni necessarie e sufficienti per ciascuna classe di soggetti erogatori, a garantire la tutela della salute della popolazione, nelle varie tipologie assistenziali (ricovero ordinario per acuti, day hospital per acuti, lungodegenza, riabilitazione, residenza sanitaria),
4. Revisione periodica, con cadenza non inferiore all'anno e sulla base delle conoscenze scientifiche e delle informazioni disponibili, della classificazione dei soggetti erogatori, delle quantità di prestazioni attese, della loro distribuzione territoriale e della loro distribuzione tra le classi dei soggetti erogatori, ed infine delle modalità di erogazione contrattate e conseguentemente delle tariffe;
5. Introduzione di meccanismi di economie di scala quale condizione per mantenere stabile, al superamento delle quantità attese di prestazioni, il budget definito per gruppo di prestazioni e classe di soggetto erogatore.

CHIARITO che il sistema sopradelineato ha lo scopo di garantire il diritto di libera scelta e la competizione regolata, all'interno di ciascuna classe di complessità assistenziale, tra i soggetti erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati e che lo stesso sistema definisce i vincoli per la Regione e per i soggetti erogatori all'interno dei quali questa competizione si può realizzare individuando in modo esplicito il portafoglio delle risorse finanziarie disponibili nel complesso e per ciascuna classe di soggetti erogatori come descritto analiticamente nell'All. 1;

~~CONSIDERATO che nel sistema di competizione e libera scelta sopradescritto non è predefinibile autoritativamente il budget annuo riconosciuto ad ogni singolo soggetto erogatore nell'ambito della spesa complessiva definita per ogni classe di complessità assistenziale,~~

RILEVATO, peraltro, che la programmazione delle quantità di prestazioni attese, per gruppo di prestazioni e per classe, disincentivando sul piano economico, prestazioni inappropriate ed inefficaci, diviene strumento di regolazione dell'offerta e fornisce a ciascun soggetto erogatore le informazioni necessarie ad orientare la sua attività;

CONSIDERATO che è possibile definire a priori, per il ricovero ordinario in acuzie, il peso economico di ciascun soggetto erogatore applicando il sistema tariffario scalare introdotto con la presente deliberazione alle prestazioni erogate nel 1997 e documentate dal Sistema Informativo ospedaliero (SIO);

STABILITO che il peso economico di cui al precedente CONSIDERATO costituisce il termine di riferimento per la remunerazione ottenibile nel 1999 e sarà da ora in poi chiamato "remunerazione complessiva di riferimento" e che la remunerazione complessiva di riferimento di ciascun soggetto erogatore, calcolata secondo il precedente CONSIDERATO, è indicata nell'All. 2., che forma parte integrante della presente deliberazione;

CONSIDERATO che il sistema di remunerazione di cui all'All. 1. consente a ciascuno degli stessi soggetti erogatori di conservare, a parità di prestazioni erogate, per il ricovero ordinario in acuzie, una remunerazione non inferiore al 75% della remunerazione complessiva di riferimento, e di raggiungere con l'aumento delle prestazioni una remunerazione massima pari al 125% della remunerazione complessiva di riferimento;

RILEVATO che ciascun soggetto erogatore di assistenza ospedaliera ordinaria per acuti sarà informato sulla sua remunerazione complessiva di riferimento e dovrà formalizzare con apposita sottoscrizione l'accettazione integrale del sistema di remunerazione di cui alla presente deliberazione;

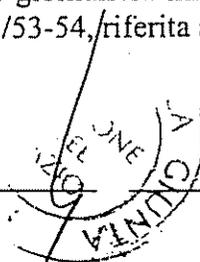
CONSIDERATO che, per le attività assistenziali di day hospital, riabilitazione, lungodegenza e residenza sanitaria assistenziale, il fabbisogno stimato prevede un aumento del budget disponibile fino ad un massimo di Lit. 1.230 miliardi così suddivisi: day hospital Lit. 490 miliardi, Riabilitazione Lit. 420 miliardi, Lungodegenza Lit. 190 miliardi, RSA Lit. 130 miliardi;

CONSIDERATO che per le aree assistenziali di cui sopra sono intervenute, nell'ultimo anno, variazioni rilevanti nel numero dei soggetti erogatori e/o nel numero dei posti letto e non è perciò possibile definire per ciascun soggetto erogatore una remunerazione complessiva di riferimento basata sul 1997 come calcolata per il ricovero ordinario in acuzie;

"si modifica"

CONSIDERATO che per le strutture già convenzionate per la lungodegenza ed in via di riconversione la remunerazione giornaliera riconosciuta per ciascun degente, in attesa di un nuovo atto di accreditamento per i nuovi profili assistenziali, deve tenere conto degli accordi già intervenuti e sarà pari:

- per i posti letto non destinati a RSA, alla diaria definita in sede di accordo regionale e cioè la diaria convenzionale precedente
- per i posti letto destinati a RSA, alla remunerazione giornaliera minima tra quelle indicate nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97



[Handwritten signature] 4

~~e che l'attività svolta verrà valutata secondo le modalità di remunerazione previste nell'All.1 solo per i posti letto che verranno accreditati per le nuove tipologie assistenziali, secondo le tariffe previste per le nuove tipologie assistenziali e per i giorni dell'anno di effettivo accreditamento per le nuove tipologie assistenziali;~~

CONSIDERATA l'opportunità di espandere la erogazione dell'assistenza in forme alternative al ricovero ordinario e quindi la necessità di riconoscere a tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati la possibilità di riconvertire in day-hospital un numero di posti letto non superiore al 10% del numero complessivo di posti letto accreditati;

CONSIDERATA la necessità di rendere rapidamente disponibile ai cittadini la possibilità di ricorso al day hospital e ritenendo perciò condizioni sufficienti per l'avvio dell'attività di ricovero in day hospital:

- la comunicazione alla Regione e alle Aziende sanitarie locali di ubicazione del numero di posti letto da destinare a questa attività
- l'impegno a mantenere questa destinazione, in modo permanente, almeno fino al termine dell'anno, intendendosi questa destinazione automaticamente confermata all'inizio di ogni anno a meno che non intervenga ulteriore comunicazione di variazione da parte della struttura interessata;

e ritenendo allo stesso fine opportuno riconoscere a tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati la possibilità di avviare immediatamente l'attività di ricovero in day-hospital, per un numero di accessi medi giornalieri non superiore al numero dei posti letto destinati al day-hospital, nella comunicazione trasmessa alla Regione e alle ASL, moltiplicato per 1,7;

STABILITO che il tasso di occupazione giornaliero massimo per il ricovero ordinario deve essere calcolato, anche a fini di controllo, a partire dal 1999, non per singola specialità, ma per raggruppamenti di specialità (Medica, chirurgica compresa la chirurgia ginecologica, e ostetrica)

"rimane invariato"

RICONOSCIUTA la necessità di informare sistematicamente e periodicamente i soggetti erogatori sull'andamento delle prestazioni erogate nel corso dell'anno;

CONSIDERATO peraltro che appare necessario prevedere una possibile alternativa per i soggetti erogatori che non accettino il sistema sopradelineato, a remunerazione scalare, per la parte di remunerazione delle attività destinate a soggetti residenti della Regione Lazio;

"si modifica"

RITENUTO che, per i soggetti erogatori di attività ospedaliera per acuti, l'alternativa sopracitata consista nella opzione per un contratto che preveda, per il 1999, la remunerazione delle prestazioni in base alla tariffa della classe di appartenenza fino ad un tetto massimo di finanziamento pari al 90% della remunerazione complessiva di riferimento, Tetto Individuale di Remunerazione (TIR), e che le prestazioni remunerabili debbano comunque essere solo quelle identificate dai DRG previsti come effettuabili nella classe di appartenenza;

STABILITO che i Tetti Individuali di Remunerazione (TIR) per soggetti erogatori di attività di ricovero per acuti sono analiticamente descritti nell'All. 3.;

CONSIDERATO che, in base agli accordi intercorsi tra i soggetti erogatori già provvisoriamente accreditati per l'assistenza in lungodegenza e la Regione Lazio, è in corso un processo di riconversione delle strutture già provvisoriamente accreditate per la lungodegenza e che questo processo di riconversione ha già determinato alcuni atti di accreditamento provvisorio e condurrà in

~~forma progressiva nel corso del 1999 e del 2000 a nuovi atti formali di accreditamento per Lungodegenza medica, Riabilitazione e RSA, quest'ultima distinta per livelli assistenziali;~~

PRESO ATTO di quanto concordato rispetto alle modalità di remunerazione dei posti letto nel percorso di riconversione e in attesa del nuovo accreditamento provvisorio e che cioè ad una parte esplicitamente definita di questi posti letto viene comunque garantita la tariffa corrispondente alla classe di RSA con minore impegno assistenziale come definita, per l'anno 1999, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97, mentre ad un'altra parte definita di questi posti letto viene garantita la diaria riconosciuta nel precedente regime di convenzione/accreditamento provvisorio;

PRESO ATTO altresì che per alcuni soggetti erogatori sono già stati accreditati provvisoriamente per attività di riabilitazione, Lungodegenza medica o RSA, quest'ultima distinta per livelli assistenziali

RITENUTO che, in presenza di questa fase di transizione, per i soggetti erogatori di attività di riabilitazione, lungodegenza medica e RSA, come per i soggetti che temporaneamente ancora svolgono un'attività ad esaurimento di lungodegenza debba comunque essere prevista un'alternativa alla remunerazione scalare che sia coerente con il rispetto degli impegni assunti negli accordi contratti con la regione;

RITENUTO che per i soggetti sopraindicati l'alternativa sopracitata consista nella opzione per un contratto che preveda, per il 1999, un tetto individuale di remunerazione pari alla somma dei seguenti addendi:

- il prodotto del numero di posti letto accreditati per la riabilitazione per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità dell'accREDITamento di riabilitazione per 0,95, per Lit. 390.000
- il prodotto del numero di posti letto accreditati per ciascun livello di RSA per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità dell'accREDITamento di RSA in ciascuno dei livelli, per 0,95 per la remunerazione giornaliera prevista per ciascuno dei livelli di RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto accreditati per la lungodegenza medica per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità del nuovo accREDITamento di lungodegenza medica per 0,95, per Lit. 265.000
- il prodotto del numero di posti letto operativamente destinati a RSA in base agli accordi regionali, ma non ancora formalmente accreditati, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva operatività per 0,95, per il valore minimo della remunerazione giornaliera prevista per la RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto transitoriamente utilizzati in base agli accordi regionali per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva utilizzazione per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni per 0,95, per il valore della diaria giornaliera per ciascuna struttura prevista dai preesistenti accordi convenzionali;

RITENUTO che i budget attribuiti alle strutture per acuti che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dal tetto individuale massimo e che sono individuati, per ciascuna struttura, nell'All. 3., che rappresenta parte integrante della presente deliberazione, debbano essere sottratti dal finanziamento previsto nell'All. 1. per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, distribuendo la riduzione tra i raggruppamenti di prestazioni in proporzione al peso di ciascun raggruppamento;

RITENUTO che i budget attribuiti alle strutture di lungodegenza, riabilitazione e RSA che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dal tetto individuale massimo, dal finanziamento previsto nell'All. 1 per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, distribuendo la riduzione tra i raggruppamenti di prestazioni in proporzione al peso di ciascun raggruppamento esclusa la parte di budget determinata dalla somma dei seguenti addendi:

- il prodotto del numero di posti letto operativamente destinati a RSA in base agli accordi regionali, ma non ancora formalmente accreditati, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva operatività per 0,95, per il valore minimo della remunerazione giornaliera prevista per la RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto transitoriamente utilizzati in base agli accordi regionali per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva utilizzazione per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni per 0,95, per il valore della diaria giornaliera per ciascuna struttura prevista dai preesistenti accordi convenzionali

debbano essere sottratti dal finanziamento previsto nell'All. 1 per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, distribuendo la riduzione tra i raggruppamenti di prestazioni in proporzione al peso di ciascun raggruppamento;

RITENUTO che formale accettazione del sistema tariffario scalare o della opzione alternativa prevista debba essere espressa nei termini previsti dall'All. 4, che forma parte integrante della presente deliberazione, attraverso la sottoscrizione dell'opzione 1 (remunerazione scalare) o dell'opzione 2 (tetto individuale di remunerazione), a seconda della scelta effettuata;

Ritenuto di procedere, su richiesta dell'Assessore proponente, all'adozione del presente atto - visto l'art. 4 c.3 della L.R. 21/93 -

all'unanimità

DELIBERA

"si modifica"

Di approvare le modifiche e integrazioni alla DGR 7423/98 in accoglimento dell'interlocuzione con le associazioni esponenziali di categoria sopracitate e conseguentemente di apportare al testo della DGR 7423/98 le modifiche qui evidenziate nonché di adeguare l'Allegato 1 alla DGR 7423/98 con l'Allegato 1 alla presente deliberazione che integra e sostituisce quello precedente e che, della presente deliberazione, costituisce parte integrante;

"rimane invariato"

Di stabilire l'entrata in vigore del sistema di remunerazione scalare con effetto dal 1.1.1999

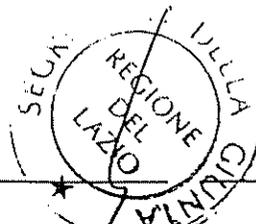
Di approvare il quadro riassuntivo delle remunerazioni complessive di riferimento di ciascun soggetto erogatore di assistenza ospedaliera per acuti di cui all'All. 2., che forma parte integrante della presente deliberazione

"si modifica"

Di consentire ai soggetti erogatori di assistenza ospedaliera per acuti che non intendano accedere al sistema a remunerazione scalare di cui sopra, l'opzione per un rapporto contrattuale basato sulla remunerazione a tariffa delle attività, secondo le tariffe per classe di soggetto erogatore e tipologia assistenziale definite dalla presente deliberazione e riportate in premessa, fino ad un tetto massimo di remunerazione calcolato secondo i criteri esposti in premessa ed analiticamente quantificato per ciascun soggetto erogatore di assistenza per acuti, come da All. 3., che forma parte integrante della presente deliberazione



L'ASSESSORE



IL PRESIDENTE



IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

REGIONE LAZIO

GIUNTA REGIONALE

segue: DELIBERAZIONE n. 2069 del 20 APR. 1999 Pag. n. 8

~~Di consentire ai soggetti erogatori di riabilitazione, lungodegenza medica e RSA, che non intendano accedere al sistema a remunerazione scalare, l'opzione per un rapporto contrattuale basato sulla remunerazione a tariffa delle attività, secondo le tariffe per classe di soggetto erogatore e tipologia assistenziale definite dalla presente deliberazione e riportate in premessa, fino ad un tetto massimo di remunerazione calcolato secondo i criteri esposti in premessa e cioè pari alla somma dei seguenti addendi:~~

- il prodotto del numero di posti letto accreditati per la riabilitazione per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità dell'accREDITAMENTO di riabilitazione per 0,95, per Lit. 390.000
- il prodotto del numero di posti letto accreditati per ciascun livello di RSA per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità dell'accREDITAMENTO di RSA in ciascuno dei livelli, per 0,95, per la remunerazione giornaliera prevista per ciascuno dei livelli di RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto accreditati per la lungodegenza medica per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità del nuovo accREDITAMENTO di lungodegenza medica per 0,95, per Lit. 265.000
- il prodotto del numero di posti letto operativamente destinati a RSA in base agli accordi regionali, ma non ancora formalmente accreditati, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva operatività per 0,95, per il valore minimo della remunerazione giornaliera prevista per la RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto transitoriamente utilizzati in base agli accordi regionali per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva utilizzazione per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni per 0,95, per il valore della diaria giornaliera per ciascuna struttura prevista dai preesistenti accordi convenzionali.

La decorrenza di questa opzione coinciderà con l'entrata in vigore del sistema di remunerazione scalare.

Di sottrarre i budget attribuiti alle strutture per acuti che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dal tetto individuale massimo e che sono individuati, per ciascuna struttura, nell'All. 3, che rappresenta parte integrante della presente deliberazione dal finanziamento previsto nell'All. 1. per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, distribuendo la riduzione tra i raggruppamenti di prestazioni in proporzione al peso di ciascun raggruppamento.

Di sottrarre i budget attribuiti alle strutture di lungodegenza, riabilitazione e RSA che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dal tetto individuale massimo, dal finanziamento previsto nell'All. 1. per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, esclusa la parte di budget determinata dalla somma dei seguenti addendi:

- il prodotto del numero di posti letto operativamente destinati a RSA in base agli accordi regionali, ma non ancora formalmente accreditati, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva operatività per 0,95, per il valore minimo della remunerazione giornaliera prevista per la RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97

il prodotto del numero di posti letto transitoriamente utilizzati in base agli accordi regionali per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva utilizzazione per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni per 0,95, per il valore della diaria giornaliera per ciascuna struttura prevista dai preesistenti accordi convenzionali.

Di ritenere condizioni sufficienti per l'avvio dell'attività di ricovero in day hospital:

REGIONE LAZIO

GIUNTA REGIONALE

segue: DELIBERAZIONE n. 2069 del 20 APR. 1999

~~la comunicazione alla Regione e alle Aziende sanitarie locali di ubicazione del numero di~~
post letto da destinare a questa attività, sottraendoli ai posti letto destinati al ricovero ordinario

- l'impegno a mantenere questa destinazione, in modo permanente, almeno fino al termine dell'anno, intendendosi questa destinazione automaticamente confermata all'inizio di ogni anno a meno che non intervenga ulteriore comunicazione di variazione da parte della struttura interessata.

Di riconoscere a tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati la possibilità di avviare immediatamente l'attività di ricovero in day-hospital, per le specialità accreditate e per un numero di accessi medi giornalieri non superiore al numero dei posti letto destinati al day-hospital, nella comunicazione trasmessa alla Regione e alle ASL, moltiplicato per 1,7;

Di stabilire che il tasso di occupazione giornaliero massimo per il ricovero ordinario deve essere calcolato, anche a fini di controllo, non per singola specialità, ma per raggruppamenti di specialità (Medica, chirurgica compresa la chirurgia ginecologica, e ostetrica)

Di dare mandato all'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute di pubblicare e di dare pubblicità al contenuto integrale del presente atto deliberativo, comprensivo degli Allegati n° 1., 2., 3. e 4., rendendola disponibile sul sito internet www.oer.org ed inviandola a tutti i soggetti interessati entro 15 giorni dalla sua approvazione;

Di stabilire un termine di 15 (quindici) giorni dal ricevimento della comunicazione, come termine ultimativo per la manifestazione scritta da parte di ciascun soggetto della accettazione del sistema tariffario di cui all'All. 1. o dell'opzione di tetto massimo specificato in modo puntuale per le strutture di ricovero per acuti nell'All. 3. E descritto in modo dettagliato nella presente deliberazione per le strutture di riabilitazione lungodegenza e RSA.

Di stabilire come unica dichiarazione riconosciuta dell'avvenuta accettazione e della opzione tra remunerazione scalare e tetto individuale di remunerazione, una dichiarazione redatta utilizzando uno dei due modelli di cui all'All. 4., che forma parte integrante della presente deliberazione;

"rimane invariato"

Di stabilire l'automatica decadenza del rapporto di accreditamento in essere per i soggetti che non abbiano comunicato entro il termine ultimativo e nelle forme precedentemente indicate l'accettazione del sistema di remunerazione a tariffa scalare o l'opzione per il sistema a tetto massimo di remunerazione di cui alla presente deliberazione;

Di stabilire in Lit. 4.890 miliardi il limite massimo di disponibilità del fondo regionale per la remunerazione tariffaria delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione, per lungodegenti e di RSA, comprensivo sia della parte di remunerazione regolata dal sistema a tariffe scalari che della parte regolata dalla definizione di tetti massimi di soggetto erogatore;

Di riconoscere ai soggetti erogatori, oltre a quelle definite al punto precedente, le remunerazioni aggiuntive extratariffarie previste dallo stesso All. 1. per attività diverse e dettagliatamente specificate nel medesimo allegato;

Di ammettere l'ingresso nel sistema di nuovi soggetti erogatori o il riconoscimento di ampliamenti e modificazioni dell'attività di soggetti già presenti, solo con cadenza annuale e comunque successivamente al primo anno di applicazione del sistema di remunerazione previsto dalla

presente deliberazione, con l'eccezione dei soggetti già accreditati per la lungodegenza che abbiano concordato la riconversione in riabilitazione e RSA

Di impegnare l'osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) a rendere pubblici, attraverso la loro disponibilità sul sito internet www.oer.org e attraverso la pubblicazione su supplementi al periodico Progetto Salute, (art.8 L.R.9/79 recepito nella L.R. 8/91), raggugli analitici sulle prestazioni erogate nel primo trimestre e primo semestre dell'anno per DRG e per classe e raffronti tra la quantità di queste prestazioni ed i volumi attesi, rispettivamente entro il 15/6/99 ed il 30/9/99

IL PRESIDENTE: F.to PIETRO BADALONI

IL SEGRETARIO: F.to Don Savaris SUCCIONE

22 APR. 1999

e	Casistica	proporzione (%) del totale delle dimissioni che sono spiegate dai 30 DRG più frequenti	< 40	3
			[40 - 50)	2
			[50 - 60)	1
			≥ 60	0
f	Gravi	proporzione (%) del totale delle dimissioni considerate gravi sulla base del DRG attribuito (cfr. tab.III)	>3	3
			(2 - 3]	2
			(1 - 2]	1
			≤ 1	0

Per i soggetti erogatori ad indirizzo pediatrico, definiti come quelli per cui le dimissioni di pazienti di età inferiore ai 14 anni rappresentano oltre il 70% del totale, i sopraindicati criteri "c" ed "e" sono sostituiti dai seguenti "c1" ed "e1"

c1	n° DRG	n° di DRG diversi con più di 50 dimissioni nell'anno	> 120	3
			81 - 120	2
			41 - 80	1
			< 41	0
e1	Casistica	proporzione (%) del totale delle dimissioni che sono spiegate dai 20 DRG più frequenti	< 55	3
			[55 - 65)	2
			[65 - 75)	1
			≥ 75	0

Per quanto riguarda il punto d, dopo avere definito i gruppi di DRG che identificano le diverse specialità, sono state considerate attive in ogni struttura quelle specialità i cui DRG di identificazione (nel loro complesso) sono stati attribuiti ad almeno 200 dimissioni nell'anno.

Tab II Definizione delle specialità attive (almeno 200 casi, nell'anno, per l'insieme dei DRG che definiscono la specialità)

codice	specialità	DRG attribuiti (e criteri)
6	Cardiochirurgia pediatrica	103 - 112 (età < 10 aa.)
7	Cardiochirurgia	103 - 112
8	Cardiologia	115 - 118, 121 - 145
9	Chirurgia generale	146 - 171, 191 - 201, 119, 257 - 262, 267, 303 - 315
11	Chirurgia pediatrica	(come Chirurgia generale, età < 5 aa)
12	Chirurgia plastica	263 - 270, 439 - 440

b

sc

13	Chirurgia toracica	75 - 77
14	Chirurgia vascolare	110 - 114, 478 - 479
18	Ematologia	392 - 408, 481
19	Endocrinologia	294 - 301
24	HIV	488 - 490
26	Medicina generale	78 -102, 115 -118, 121 -145, 172 -184, 188 -190, 202 -208
29	Nefrologia	316 - 333, 346 - 352
30	Neurochirurgia	1 - 5, 7 - 8, 484
32	Neurologia	9 - 35
34	Oculistica	36 - 48
35	Odontoiatria	185 - 187
36	Ortopedia	209 - 256, 441 - 446, 471, 486 - 487
37	Ostetricia e Ginecologia	353 - 384
38	ORL	49 - 74
39	Pediatria	(come Medicina generale, età < 5)
43	Urologia	303 - 315, 334 - 345
52	Dermatologia	271 - 284, 266, 268
58	Gastroenterologia	172 - 184, 188 - 190, 202 - 208
62	Neonatologia	385 - 390
64	Oncologia	274 - 275, 318 - 319, 346 - 347, 400 - 414, 473, 492
68	Pneumologia	78 - 102
76	Neurochirurgia ped. —	3 - 5, 7 - 8, 484 (età < 10 aa)
77	Nefrologia pediatrica	(come Nefrologia, età < 10 aa)
78	Urologia pediatrica	(come Urologia, età < 10 aa)
==	Trapianti	103, 302, 480

La frequenza relativa, nella casistica trattata, dei DRG riportati nella tabella III è stata assunta come indicatore, relativamente indipendente dalla qualità della codifica, della quota di pazienti assistiti la gravità delle cui condizioni ha richiesto un particolare impegno assistenziale. Ovviamente i DRG selezionati non esauriscono i casi definibili "gravi".

Tabella III DRG gravi

Eu *fe*

Remunerazione extra-tariffaria

a. Prestazioni incentivate

Al fine di incentivare prestazioni di elevato impegno assistenziale e di dimostrata efficacia terapeutica si individuano, nella tabella VII, i DRG corrispondenti ed i criteri di remunerazione aggiuntiva per la loro effettuazione.

Tabella VII . DRG e calcolo degli incentivi per caso

DRG	Descrizione	Criteri			Incentivo per caso (milioni di lire)
		Classe istituto	n° casi /anno	decessi /casi	
2	Craniotomia età>17 per trauma	1 o 2	>60	<0,2	3
3	Craniotomia età<18	1 o 2	>60	<0,2	3
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	1 o 2	>250	<0,2	15
103	Trapianto cardiaco	1o IRCCS	>10	<0,3	10
302	Trapianto renale	1o IRCCS	>10	<0,1	10
458	Ustioni non est. con trapianto di pelle	1 o 2	>50	<0,1	3
472	Ustioni estese con intervento chir.	1 o 2	>10	<0,3	10
480	Trapianto di fegato	1o IRCCS	>5	<0,3	10
481	Trapianto di midollo osseo	1 o 2	>75	<0,2	10
ICD-9-CM 89.92-89.94	Prelievo cuore, cuore polmone, polmone	1 o 2	>0	-	10
ICD-9-CM 89.95	Prelievo fegato	1 o 2	>0	-	10
ICD-9-CM 89.97	Prelievo rene	1 o 2	>5	-	10
ICD-9-CM 89.91	Prelievo cornea	1-3	>30	-	1
ICD-9-CM 89.96	Prelievo pancreas	1-2	>0	-	10
ICD-9-CM 89.99	Accertamento morte cerebrale (L.578/93) senza prelievo di organi	1 o 2	>10	-	5
ICD-9-CM 96.83	Ventilazione meccanica non invasiva per almeno 96 ore	1 o 2	>20	-	5

In caso di prelievo d'organo la remunerazione viene riconosciuta alla struttura di prelievo, che

bu *Al*

deve provvedere alla remunerazione della *equipe* che direttamente lo effettua secondo i criteri che verranno successivamente specificati con provvedimento regionale

In caso di accertamento di morte la remunerazione viene riconosciuta alla struttura dove si svolge l'accertamento, prevedendo però anche la remunerazione separata del collegio, qualora sia esterno alla struttura, secondo i criteri che verranno successivamente specificati con provvedimento regionale.

b. Programmi speciali

i. Parto vaginale

Fermi restando i criteri di remunerazione delle prestazioni identificate dai DRG relativi al parto (370-375) si ritiene opportuno promuovere una riduzione nel ricorso al taglio cesareo che si distribuisca in modo omogeneo nelle diverse aree geografiche della regione. A questo fine sono state avviate:

- la elaborazione di linee guida, basate sulle evidenze scientifiche disponibili, sulle indicazioni al taglio cesareo
- la definizione delle modalità di introduzione delle linee guida nella pratica clinica
- la ricerca sulle modalità più efficaci di comunicazione delle linee guida ai medici non specialisti e al pubblico

In aggiunta a questa serie di interventi si è ritenuto di predisporre forme speciali di incentivazione al ricorso al parto vaginale che tengano conto della residenza delle partorienti. In particolare viene attribuita per ciascun parto vaginale una remunerazione aggiuntiva, rispetto alla tariffa, di entità differente a seconda della proporzione di parti vaginali sul totale dei parti registrati nella popolazione residente in ciascuna ASL. L'entità della remunerazione aggiuntiva è indicata nello schema seguente:

Tabella VIII Parto vaginale

% parto vaginale su totale dei parti in residenti della ASL (per ASL di residenza esclusi ricoveri extra regione)	remunerazione aggiuntiva per ciascun parto vaginale (migliaia di Lit)
<72.0	0
72.0-73.9	250
74.0-77.9	300
78.0-81.9	350
82.0-86.0	400
>86.0	0

La remunerazione aggiuntiva così calcolata viene attribuita per il 50% alle strutture erogatrici regionali, in proporzione al numero di parti vaginali di pazienti residenti nella ASL per la quale si registra la proporzione indicata, e per il 50% direttamente alla ASL di residenza.

ii. Rivascolarizzazione coronarica

Fermi restando i criteri di remunerazione delle prestazioni identificate dai DRG relativi agli interventi di rivascolarizzazione coronarica (106, 107, 112) e considerata la considerevole variabilità osservata nella effettuazione di questa procedura a seconda della ASL di residenza,

bu *se*

si giudica necessario promuovere una distribuzione più omogenea di questa forma di trattamento tra le diverse aree geografiche della regione. A questo fine si è ritenuto di predisporre forme speciali di incentivazione al ricorso alla rivascolarizzazione coronarica che tengano conto della residenza dei pazienti.

In particolare, viene attribuita per ciascun intervento di rivascolarizzazione coronarica una remunerazione aggiuntiva, rispetto alla tariffa, di entità differente a seconda del rapporto tra interventi di rivascolarizzazione effettuati su residenti della ASL e infarti del miocardio in residenti della stessa ASL (dimissioni registrate dal S.I.O. rispettivamente per i DRG 106, 107 e 112 e per i DRG 121, 122, 123). L'entità della remunerazione aggiuntiva è indicata nello schema seguente:

Tabella IX. Rivascolarizzazione coronarica

% rivascolarizzazione/infarto acuto (106+107+112)/(121+122+123) (per ASL di residenza esclusi ricoveri extra regione)	remunerazione aggiuntiva per ciascun intervento di rivascolarizzazione (migliaia di Lit)
>40.0	0
35.0-39.9	1000
30.0-34.9	750
<30.0	0

La remunerazione aggiuntiva così calcolata viene attribuita per il 50% alle strutture erogatrici regionali, in proporzione al numero di interventi di rivascolarizzazione di pazienti residenti nella ASL per la quale si registra la proporzione indicata, e per il 50% direttamente alla ASL di residenza.

iii. Impianto di protesi cocleare

Fino all'introduzione di un DRG specifico per questa prestazione si riconosce una remunerazione aggiuntiva di 35 milioni di Lire per gli episodi di ricovero caratterizzati dal DRG 49 recanti l'indicazione di una delle procedure identificate dai seguenti codici:

- 20.96 impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare (impianto di ricevitore nel cranio ed inserzione di elettrodi nella coclea), NAS
- 20.97 come sopra, singolo canale
- 20.98 come sopra, canale multiplo

La remunerazione aggiuntiva è riconosciuta, per il 1999, unicamente ai Policlinici Universitari "Umberto I" e "A. Gemelli" per un massimo di 80 interventi tra le 2 strutture.

lu *se*