Supplemento ordinario n. 5 al "Bollettino Ufficiale" n. 23 del 20 agosto 2005

Poste Italiane S.p.A. - Spediz. in abb. postale 70% - DCR Roma **Anno XXXVI**

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA **Roma, 20 agosto 2005** Si pubblica normalmente il 10, 20 e 30 di ogni mese
Registrazione: Tribunale di Roma n. 569/1986

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:
1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Servizio Promulgazione e Pubblicazione, Tel. 06-51685371 - 06-51685074-5076.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.Lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE E DEGLI ASSESSORI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2005, n. **731.**

Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale ..... *Pag.* 3

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE E DEGLI ASSESSORI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2005, n. **731.**

Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

VISTO il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio delle libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti;

VISTA la Legge 662/96 che al comma 34 dell'art. 1 definisce i criteri e gli indicatori che devono essere considerati al fine della determinazione della quota capitaria per il finanziamento dei livelli di assistenza;

PRESO ATTO del D.L.vo 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTO l'accordo Stato-Regioni 8.8.2001 con il quale è stato sancito l'impegno delle Regioni ad adottare le possibili iniziative per il contenimento della spesa sanitaria nell'ambito delle risorse disponibili e per la corretta ed efficace gestione del Servizi Sanitario;

VISTA la legge 30 dicembre 2004 n.311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato;

VISTA la DGR 971/2002 relativa all'adeguamento a valere dal 1.1.2002 delle tariffe dei DRG pediatrici e neonatali;

VISTA la DGR 1026/2002 recante "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria nella Regione Lazio" che ridetermina le tariffe delle prestazioni di Day hospital chirurgico nella misura prevista dal D.M. 30.06.97 incrementata del 3%;

VISTO il DPCM del 29.11.2001 " Definizione di Livelli Essenziali di Assistenza";

VISTA la DGR 864 del 28.6.2002 sulle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatezza;

VISTA LA D.G.R. n. 602 del 9 luglio 2004 avente ad oggetto: Ripartizione tra le A.S.L. del Lazio del fondo sanitario regionale 2004. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno 2004. Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati;
Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale erogate dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati;
PRESO ATTO che non è stato ancora approvato dal CIPE il riparto tra le Regioni delle risorse disponibili per il S.S.N. nell'anno 2005;

PRESO ATTO che il quadro economico-finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'amministrazione regionale per l'anno 2005 è caratterizzato dalle disposizioni contenute nella suindicata legge 30 dicembre 2004 n.311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", in particolare al comma 173 dell'art.1 ove è sancito l'obbligo delle Regioni di garantire in sede di programmazione, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie e degli altri Enti che partecipano al S.S.R.;

PRESO ATTO altresì dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e in particolare dell'art. 4 che impegna le Regioni ad una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, con la definizione degli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006;

RITENUTO, pertanto, opportuno procedere per ora alla distribuzione nei tre livelli di assistenza dell'importo corrispondente al Fondo Sanitario regionale 2004 complessivo pari a € 7.156.434.000,00 nella percentuale per livello stabilita con la DGR 602/2004, rinviando al provvedimento relativo alla chiusura dei conti la ripartizione tra le ASL delle risorse disponibili per il S.S.R. per l'anno 2005, considerando comunque la quota incrementale rispetto all'anno precedente quale accantonamento destinato al miglioramento dell'efficienza economica del sistema in relazione all'esigenza di conseguire il pareggio economico delle ASL e delle Aziende ospedaliere:

► **livello della prevenzione**	**€**	**353.924.000**
► **livello assistenza distrettuale**	**€**	**3.334.441.000**
(comprensivo delle entrate proprie)		
di cui:		
fondo assistenza specialistica	€	936.626.000
► **livello assistenza ospedaliera**	**€**	**3.468.069.000**
così suddiviso:		
fondo funzioni ospedaliere	€	363.226.000
rilevati a livello regionale		
fondo riabilitazione	€	422.000.000
fondo ricoveri per acuti	€	2.682.843.000
TOTALE LIVELLI 2005	**€**	**7.156.434.000**

RIBADITA in via preliminare l'esigenza di definire, nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale disponibile, i sistemi di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie individuando quale strategia prioritaria il perseguimento dell'appropriatezza nella loro erogazione, per garantire il corretto utilizzo delle risorse nei livelli di assistenza, al fine di migliorare l'efficienza economica del Servizio sanitario regionale e nel contempo assicurare un più alto grado di soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei cittadini;

CONSIDERATO che per l'anno 2005 appare indispensabile introdurre un sistema di finanziamento del livello dell'assistenza ospedaliera che persegua, come prioritari, i seguenti due obiettivi:

- riduzione del tasso di ospedalizzazione (che attualmente, comprendendo i ricoveri per acuti in regime ordinario e di day hospital - ad esclusione dei neonati sani ricoverati in occasione della nascita - i ricoveri di riabilitazione in regime ordinario e di day hospital, i ricoveri di lungodegenza medica e la mobilità passiva, risulta essere pari a 238 per 1000 abitanti) al fine di portarlo a 215 ricoveri per 1000 abitanti nel 2005 per raggiungere nel 2007 180 ricoveri per 1000 abitanti;

- programmazione della spesa attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati che assicuri la appropriata risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, garantisca la libera scelta e la mobilità dei cittadini, dando peraltro certezza del mantenimento della spesa entro l'inderogabile vincolo di bilancio;

PRESO ATTO che la legge 311/2004, comma 171, nel prevedere che le regioni possono procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione delle tariffe nella remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, vieta l'applicazione di tariffe diverse in relazione alla residenza del paziente sia nella mobilità infraregionale che in quella interregionale;

PRESO ATTO altresì che la recente giurisprudenza del TAR formatasi in materia di sistemi di remunerazione delle prestazioni sanitarie ha sanzionato il "metodo di una remunerazione definibile soltanto a consuntivo" ed in relazione al superamento del budget regionale o per ASL di residenza del paziente, "senza assicurare alle strutture sanitarie la certezza di un determinato corrispettivo garantito in rapporto ad una determinata quantità di prestazioni erogate";

RITENUTO pertanto di adottare un sistema di finanziamento e di remunerazione del livello dell'assistenza ospedaliera per acuti basato su:

1. la costituzione di un fondo unico pari a **€ 2.682.843.000** - riferito all'intero territorio regionale quale area di residenza dei pazienti per la rilevazione dei consumi in rapporto al finanziamento dedicato - destinato alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti erogate ai residenti nel Lazio, in regime ordinario e di day hospital nei presidi pubblici, equiparati ai pubblici e privati accreditati nonché per la remunerazione delle prestazioni in mobilità passiva;
2. la programmazione del fabbisogno regionale espresso in volume di prestazioni di diversa complessità assistenziale e relativo valore economico determinato sulla base delle vigenti tariffe regionali, che tenga conto degli obiettivi di rispetto dell'equilibrio economico e di riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti nelle strutture ospedaliere del Lazio dall'attuale 215 a 194 ricoveri per 1000 abitanti, agendo in particolare sui ricoveri in regime ordinario;
3. l'attribuzione di un budget per singolo soggetto erogatore, con l'indicazione del volume di prestazioni attese valorizzate a tariffa regionale e della percentuale di regressione tariffaria da applicare nel caso di superamento del budget individuale;

PRESO ATTO che la descrizione dei criteri per la determinazione del case mix regionale atteso per i ricoveri ospedalieri per acuti, dei criteri di definizione del budget per singolo erogatore, dei criteri per la modulazione delle tariffe sono descritti nel documento allegato **1** che forma parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO altresì del budget per singolo soggetto erogatore riportato nell'allegato **2** che forma parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO infine necessario chiarire che i budget per i singoli soggetti erogatori stabiliti con il presente provvedimento hanno valenza per l'intero anno 2005; i singoli soggetti erogatori

dovranno sottrarre dal budget assegnato il valore economico delle prestazioni già erogate nell'anno sino alla data di entrata in vigore del presente provvedimento;

RITENUTO necessario prevedere che nella fase di avvio del nuovo sistema di remunerazione debba essere valutata la situazione dei singoli soggetti erogatori pubblici ed equiparati al pubblico, nell'ambito del concordamento e del monitoraggio trimestrale dei dati di attività, per le ASL e le Aziende ospedaliere e attraverso la stipula di appositi accordi con tutti gli altri soggetti (Policlinici Universitari, IRCCS e ospedali classificati), adottando comunque quali criteri generali il rispetto del tasso di ospedalizzazione programmato, l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni e il miglioramento del livello di complessità assistenziale delle prestazioni;

RITENUTO in merito di dover sottolineare che gli ospedali dipendenti da istituzioni religiose sono a tutti gli effetti equiparati alle strutture pubbliche in quanto la normativa vigente prevede obbligatoriamente per detti soggetti lo stesso assetto organizzativo e il medesimo rapporto giuridico ed economico del personale con la conseguente analoga struttura dei costi di produzione;

RITENUTO altresì opportuno che l'Assessore alla Sanità, al fine di facilitare l'avvio del nuovo sistema di remunerazione, definisca più compiutamente con l'AIOP le modalità di applicazione del protocollo d'intesa approvato con DGR 1292/2004, in modo da utilizzare quota parte delle risorse finanziarie - che detto provvedimento ha già destinato alle case di cura private provvisoriamente accreditate per acuti - anche per l'anno 2005, valutando la produzione dei primi sei mesi;

RITENUTO necessario incentivare il ricorso al parto vaginale **(all. 3)** ed alcune prestazioni di elevato impegno assistenziale e di dimostrata efficacia terapeutica nonché le prestazioni per le quali gli attuali tempi di attesa sono ancora superiori ai tempi massimi individuati dalla DGR 1725/2002 **(all. 4)**, dando mandato alle Direzioni regionali Programmazione sanitaria e Tutela della Salute e S.S.R. di individuare anche nel corso dell'anno altre prestazioni da incentivare, considerando peraltro l'esigenza di garantirne l' efficacia e l' appropriatezza clinica;

RILEVATA altresì l'esigenza, per migliorare il livello di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, di:

- aggiornare le soglie di ammissibilità previste dalla DRG 602/2004, secondo quanto riportato in allegato **5**;
- prevedere il monitoraggio delle attività delle strutture erogatrici al fine di accertare comportamenti tesi ad aggirare le soglie di ammissibilità e stabilire in questi casi l'applicazione delle sanzioni previste dall'art.70 della legge regionale 2/2003 con le modalità individuate nell'allegato **5**;

RITENUTO di confermare il sistema di remunerazione dell'emergenza come specificato nell'allegato **6** che forma parte integrante del presente provvedimento;

RILEVATA l'esigenza di confermare, per i ricoveri ospedalieri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie, il riferimento all'intero territorio regionale quale area di residenza dei pazienti per la rilevazione dei consumi da rapportare al finanziamento dedicato pari a **€ 422.000.000**, nonché i criteri di appropriatezza delle prestazioni contenuti nell'allegato **7** che forma parte integrante della presente deliberazione; al superamento del finanziamento dedicato il valore della produzione viene abbattuto in misura proporzionale al superamento dello stesso;

RITENUTO in merito di confermare anche per l'anno 2005 l'opportunità di stipulare appositi accordi con gli IRCCS e gli ospedali classificati che svolgono assistenza ospedaliera di riabilitazione post acuzie;

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro tecnico, appositamente costituito e coordinato dall'ASP con l'obiettivo di definire i contenuti informativi di una scheda RAD specifica per la riabilitazione, ha

concluso i propri lavori ed ha elaborato, al termine di una fase di sperimentazione e di confronto con molti operatori del sistema, la scheda definitiva illustrata nell'allegato **8** che forma parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO pertanto di adottare la nuova scheda RAD – riabilitazione per i reparti di Recupero e rieducazione funzionale (cod. 56), Neuroriabilitazione (cod.75) e Unità spinale (cod.28) a far data dal mese di ottobre 2005;

RILEVATA comunque l'esigenza – in attesa che l'aggiornamento del sistema informativo produca maggiori e più specifiche informazioni - di avviare fin da ora, sulla base dei dati già disponibili e delle attuali evidenze scientifiche, il processo di approfondimento delle problematiche relative ai criteri di appropriatezza delle prestazioni e di accesso ai diversi regimi assistenziali nell'attività di riabilitazione post-acuzie (ricovero ospedaliero, ordinario e day hospital, specialistica ambulatoriale), propedeutici anche alla riorganizzazione del sistema riabilitativo regionale;

RITENUTO, pertanto, di dare mandato all'ASP, in collaborazione con le Direzioni Regionali, avvalendosi del contributo di esperti nelle diverse discipline coinvolte, scelti in particolare nell'ambito delle Università e degli IRCCS, anche attraverso le società scientifiche, di definire le linee guida dell'attività di riabilitazione post acuzie; la prima fase di studio dovrà concludersi entro il 30 novembre 2005 con la presentazione di un documento che contenga indicazioni sugli aspetti distorsivi più evidenti dell'attuale sistema, in termini assistenziali e tariffari, sui quali sia possibile intervenire a valere già dal 2006;

CONSIDERATO necessario, per il rispetto delle già citate norme di finanza pubblica, che per l'anno 2005 anche la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale sia gestita attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici, equiparati al pubblico e privati provvisoriamente accreditati che, pur assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti, dia certezza del suo contenimento entro l'inderogabile vincolo di bilancio;

RITENUTO pertanto di adottare un sistema di finanziamento e di remunerazione del livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale su:

1. la costituzione di un fondo unico pari a € **570.000.000** - riferito all'intero territorio regionale quale area di residenza dei pazienti per la rilevazione dei consumi in rapporto al finanziamento dedicato - destinato alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate ai residenti nel Lazio, nei presidi pubblici, equiparati al pubblico e privati accreditati nonché per la remunerazione delle prestazioni in mobilità passiva;

2. l'attribuzione di un budget per singolo soggetto erogatore, con l'indicazione della percentuale di regressione tariffaria da applicare nel caso di superamento del budget individuale;

PRESO ATTO che la descrizione dei criteri per la determinazione del budget complessivo regionale destinato all'assistenza specialistica ambulatoriale (finanziamento), dei criteri di definizione del budget per singolo erogatore e dei criteri per la modulazione delle tariffe nel caso di superamento del tetto individuale sono descritti nel documento allegato **9** che forma parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO del budget per singolo soggetto erogatore riportato nel predetto allegato **9**;

RITENUTO necessario chiarire che i budget per i singoli soggetti erogatori stabiliti con il presente provvedimento hanno valenza per l'intero anno 2005; i singoli soggetti erogatori dovranno sottrarre dal budget assegnato il valore economico delle prestazioni già erogate nell'anno sino alla data di entrata in vigore del presente provvedimento;

RITENUTO opportuno prevedere che nella fase di avvio del nuovo sistema di remunerazione debba essere valutata la situazione dei singoli soggetti erogatori pubblici ed equiparati al pubblico, nell'ambito del concordamento e del monitoraggio trimestrale dei dati di attività, per le ASL e le Aziende ospedaliere e attraverso la stipula di appositi accordi con tutti gli altri soggetti (Policlinici Universitari, IRCCS e ospedali classificati);

CONSIDERATO inoltre indispensabile – nel primo anno di vigenza del nuovo sistema di remunerazione - valutare, non appena sarà possibile prevedere dai dati della produzione l'andamento dell'anno, l'opportunità di operare un eventuale riequilibrio delle risorse tra i soggetti erogatori, al fine di evitare effetti negativi nei confronti dei pazienti, specie per quelle prestazioni le cui liste di attesa sono oggetto di monitoraggio;

RITENUTO altresì opportuno dare rapidamente attuazione a quanto stabilito dalla DGR 602/2004 in merito alla chiusura transattiva dei rapporti economico-finanziari afferenti gli anni 2001, 2002 e 2003 con i soggetti privati provvisoriamente accreditati erogatori di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, valutando la possibilità di trovare una conveniente soluzione anche per la remunerazione dell'anno2004, in merito alla quale si è già avviato un rilevante contenzioso;

RITENUTO di confermare anche per l'anno 2005 la centralizzazione nell'Azienda ospedaliera S.Giovanni - Addolorata delle procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture emesse dai soggetti privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza emodialitica, attivi sul territorio della regione;

RITENUTO altresì opportuno attribuire anche per l'anno 2005 al Dipartimento Sociale – Direzione regionale Tutela della Salute e S.S.R. la regolazione dei flussi finanziari mensili nei confronti degli Ospedali classificati e degli IRCCS privati, mediante trasferimento diretto delle risorse per conto delle ASL sul cui territorio insistono;

CONSIDERATO che nell'ambito del livello di assistenza distrettuale il sistema di rilevazione dell'attività riabilitativa territoriale estensiva e di mantenimento (SIAR) erogata dalle strutture di riabilitazione private provvisoriamente accreditate, nelle diverse tipologie assistenziali, sia in rapporto alle modalità di erogazione (residenziale, semiresidenziale e non residenziale) sia in relazione alla complessità dell'attività riabilitativa consentirà una più approfondita valutazione del livello di appropriatezza nei diversi regimi assistenziali quando saranno disponibili le informazioni complete relative all'anno 2004 da utilizzare per il sistema di remunerazione dell'anno 2006;

RITENUTO comunque di confermare per l'anno 2005 - solo per le "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e gli "esiti di traumatismi" - quale criterio per la definizione della remunerazione dei progetti di assistenza riabilitativa ambulatoriale riferita ai soggetti con età =>18, la durata degli stessi in rapporto all'indice di disabilità del paziente, così come illustrato nell'allegato **10** che forma parte integrante del presente provvedimento;

RILEVATO che l'apposita Commissione tecnica istituita ai sensi della DGR 602/2004 per definire i criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale e domiciliare ha presentato il primo documento riguardante i gruppi diagnostici "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e "esiti di traumatismi" e le problematiche specifiche legate all'età evolutiva, contenuto nell'allegato **10** che forma parte integrante del presente provvedimento;
RITENUTO indispensabile che la citata Commissione prosegua nell'approfondimento della problematica relativa all'appropriatezza dell'attività riabilitativa ambulatoriale e domiciliare estensiva e di mantenimento al fine di individuare entro dicembre 2005 i criteri clinici di accesso delle altre patologie;

PRESO ATTO del protocollo d'intesa sottoscritto in data 2 febbraio 2005 dalle Associazioni rappresentative dei centri di riabilitazione e dall'Assessore alla Sanità pro-tempore, contenuto nell'allegato **10** che forma parte integrante del presente provvedimento;

All'unanimità

DELIBERA

per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato ed approvato:

1. di approvare la ripartizione, a preventivo, del F.S.R per l'anno 2005 tra i tre livelli di assistenza: prevenzione, distrettuale, ospedaliera;

2. di approvare il sistema di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2005 e il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati, così come descritti in premessa, nonché i criteri contenuti negli **allegati 1, 2, 3, 4, 5 e 6,** che formano parte integrante del presente provvedimento;

3. di approvare il sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie erogate dai soggetti erogatori pubblici, equiparati e privati provvisoriamente accreditati, così come descritto nell'allegato **7**, che forma parte integrante del presente provvedimento;

4. di approvare l'allegato **8** che forma parte integrante del presente provvedimento, concernente la nuova scheda di dimissione rad-riabilitazione per i reparti di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56), neuroriabilitazione (cod. 75) e unità spinale (cod. 28)

5. di approvare il sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti erogatori pubblici, equiparati e privati provvisoriamente accreditati, così come descritto nell'allegato **9**, che forma parte integrante del presente provvedimento;

6. di approvare la regolamentazione dell'attività di assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento contenuta nell'allegato **10** che forma parte integrante del presente provvedimento.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e la pubblicazione ha valore a tutti gli effetti di notifica per tutti i soggetti erogatori.

Allegato 4 – Pag. 1_2

PRESTAZIONI INCENTIVATE

Al fine di incentivare prestazioni di elevato impegno assistenziale e di dimostrata efficacia terapeutica e prestazioni i cui tempi di attesa rimangono superiori ai tempi massimi individuati dalla DGR 1725/2002, è attribuita una remunerazione aggiuntiva ai seguenti DRG, nella misura e con i criteri a fianco di ciascuno indicati. Le Direzioni Regionali Programmazione sanitaria e Tutela della salute e S.S.R. provvederanno ad individuare anche nel corso dell'anno altre prestazioni da incentivare, previo approfondimento che consideri in particolare l'esigenza di garantirne l' efficacia e l' appropriatezza clinica. I relativi incentivi economici graveranno sul fondo funzioni ospedaliere.

Tabella: Prestazioni incentivate e criteri per l'incentivazione

Prestazioni - Ricoveri (DRG o codici ICD9CM)	**Descrizione**	Regime di ricovero	Mortalità intraospedaliera	Numero minimo di casi	Altri criteri	Incentivo per caso (Euro)
2	Craniotomia età>17 per trauma	solo ordinario	<0,2	60		1.549,00
3	Craniotomia età<18	solo ordinario	<0,2	60		1.549,00
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	solo ordinario	<0,2	250		7.747,00
103	Trapianto cardiaco	solo ordinario	<0,3	10		5.165,00
302	Trapianto renale	solo ordinario	<0,1	10		5.165,00
458	Ustioni non est. con trapianto di pelle	solo ordinario	<0,1	50		1.549,00
472	Ustioni estese con intervento chir.	solo ordinario	<0,3	10		5.165,00
480	Trapianto di fegato	solo ordinario	<0,3	5		5.165,00
481	Trapianto di midollo osseo	solo ordinario	<0,2	75		5.165,00

Allegato 4 – Pag. 2_2

Tabella: Prestazioni incentivate e criteri per l'incentivazione

Prestazioni - Ricoveri (DRG o codici ICD9CM)	**Descrizione**	Regime di ricovero	Mortalità intraospedaliera	Numero minimo di casi	Altri criteri	Incentivo per caso (Euro)
ICD-9-CM 89.92-89.94	Prelievo cuore, cuore polmone, polmone	solo ordinario	-	0		5.165,00
ICD-9-CM 89.95	Prelievo fegato	solo ordinario	-	0		5.165,00
ICD-9-CM 89.97	Prelievo rene	solo ordinario	-	5		5.165,00
ICD-9-CM 89.91	Prelievo cornea	solo ordinario	-	30		516,00
ICD-9-CM89.96	Prelievo pancreas	solo ordinario	-	0		5.165,00
ICD-9-CM 89.99	Accertamento morte cerebrale (L.578/93) senza prelievo di organi	solo ordinario	-	10		4.132,00
ICD-9-CM 96.83	Ventilazione meccanica non invasiva per almeno 96 ore	solo ordinario	-	20		4.132,00
ICD-9-CM 81.51-81.52	Intervento per protesi d'anca	solo ordinario	-	100	50 con incremento 10% anno 2004	411,00 ovvero 822,00 (1)
39	Intervento per cataratta	Solo dh	-		Solo casi incrementali rispetto al 2004	148,00
ICD-9-CM 20.96-20.98 + DRG 49	Impianto di protesi cocleare	solo ordinario	-			18.076,00

(1) L'incentivo viene erogato per ogni caso di intervento primario di sostituzione parziale o totale dell'anca, codificato sulla SDO con i codici 81.51 o 81.52 alle strutture:
- ✓ che effettuano più di 100 interventi nel 2005, ovvero
- ✓ che effettuano più di 50 interventi nel 2005, a condizione che il volume sia incrementato almeno del 10% rispetto al 2004

L'incentivo è pari ad € 822,00 per i casi incrementali rispetto al 2004 e ad € 411,00 per gli altri casi.

Allegato 9

SISTEMA DI FINANZIAMENTO E DI REMUNERAZIONE DELL'ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Premessa

L'attività Specialistica Ambulatoriale ha visto, negli ultimi tre anni, un sensibile e continuo aumento della spesa, con una particolare crescita nelle specialità di Laboratorio Analisi, Risonanza Magnetica e, anche se con una fase di stasi nel 2002, della branca di Medicina Fisica e Riabilitazione.

L'innalzamento della spesa registrato negli ultimi anni, in realtà, è imputabile in modo significativo alla crescita di alcune specifiche prestazioni tra cui, per la branca di Laboratorio Analisi, "FT3" (90.43.3), "FT4" (90.42.3), "TSH" (90.42.1); per la specialità di Risonanza Magnetica, "Risonanza Magnetica Muscoloscheletrica" (88.94.1) e "Risonanza Magnetica della Colonna" (88.93); per la Medicina Fisica e Riabilitazione, "Mobilizzazione della Colonna Vertebrale" (93.15) e "Rieducazione in Motuleso" (93.11.3 - 93.11.4).

La spesa ascrivibile a queste prestazioni è passata, infatti, da 79 milioni di euro nel 2001 a circa 107 milioni di euro nel 2003 (con un incremento percentuale del 37%) a più di 124 milioni di euro nell'anno 2004 (con un incremento percentuale dal 2001 del 59%).
Di seguito sono riportati i dati di spesa in dettaglio:

Prestazioni	Valore Netto (Euro) – Erogato nella regione Lazio			
	'2001'	'2002'	'2003'	'2004'
Lab.Analisi 90.43.3 90.42.3 90.42.1	24.725.343,40	28.768.592,00	31.731.911,94	35.698.818,93
FKT 93.15 93.11.3 93.11.4	35.942.857,67	41.550.094,00	44.760.303,31	52.209.051,74
RMN 88.94.1 88.93	18.834.606,62	26.139.494,00	30.933.452,29	36.783.980,26
Totale	**79.502.807,69**	**96.458.180,00**	**107.425.667,54**	**124.691.850,93**

In attesa, pertanto, siano definiti percorsi diagnostici e terapeutici che permettano di conoscere e intervenire sulla quota di inappropriatezza assistenziale, si ritiene necessario contenere la crescita delle prestazioni suindicate, destinando ad esse nell'anno 2005 le medesime risorse che hanno complessivamente assorbito nell'anno 2003.

Per quanto attiene le altre prestazioni, considerato che nei vari comparti di soggetti erogatori (Pubblico, Privato, Classificato ed Aziendalizzato) l'incremento rilevato nell'anno 2004 rispetto al 2003 appare notevolmente diversificato, si ritiene opportuno riconoscere, come base di calcolo per il 2005, l'incremento medio rilevato che risulta pari al 9%. Inoltre, vengono accantonate risorse da

destinare alle strutture aziendalizzate la cui produzione dell'anno 2004 non è ancora a regime e ai soggetti erogatori di recente accreditati con i quali la Regione dovrà stipulare appositi contratti il cui valore complessivo non potrà comunque superare il fondo appositamente costituito.

Il valore così ottenuto viene ulteriormente aumentato del 2%, limite massimo di incremento di spesa imposto dalla legge finanziaria. Si riconosce un ulteriore incremento del 2,5 % in considerazione dell'atteso trasferimento al livello assistenziale ambulatoriale di una quota di prestazioni erogate impropriamente in regime di ricovero diurno.

Come si è detto, sono escluse da questo meccanismo le specifiche prestazioni, indicate in premessa e riportate nella tabella sottostante, alle quali non viene applicato nessun aumento rispetto al valore economico registrato nell'anno 2003, per il loro rilevante trend di crescita.

Raggruppamento	codice branca	Branca
LAB1	90.43.3 - 90.42.3 - 90.42.1	Laboratorio Analisi
FKT1	93.15 - 93.11.3 - 93.11.4	Medicina Fisica e Riabilitazione
RMN1	88.94.1 - 88.93	Risonanza Magnetica Nucleare

Per dette prestazioni, nei casi in cui il valore della produzione 2003 dei singoli soggetti erogatori sia superiore al 2004 viene confermato quest'ultimo dato.
Per le strutture che hanno iniziato la loro attività nel corso del 2003, il budget 2005 viene definito rapportando all'anno il valore della produzione 2003.

Per le strutture che non hanno registrato attività ambulatoriale nel corso dell'anno 2003, viene preso in considerazione il valore dell'attività erogata nell'anno 2004, rapportata ad anno, aumentata del 2% + 2,5 %. Per le prestazioni individuate come LAB1, FKT1 e RMN1 il valore della produzione 2004 viene ridotto della percentuale di incremento medio 2004 / 2003, che per i oggetti erogatori già operanti non viene considerato.

In questo modo, sulla base dell'andamento storico del consumo di prestazioni della popolazione della regione e della spesa collegata all'attività specialistica ambulatoriale negli ultimi anni e in particolare nell'anno 2004 sul 2003, viene definito un modello di remunerazione che attraverso la quantificazione del fondo complessivo e del budget per soggetto erogatore tiene in debito conto e tende a riequilibrare sia il peso di alcune prestazioni sia il trend in aumento della spesa specialistica ambulatoriale regionale nei vari comparti, considerando anche i soggetti erogatori pubblici e privati operanti da tempi recenti.

Sistema di finanziamento

Il fondo destinato al livello della specialistica ambulatoriale per l'anno 2005 è di € 936.626.000,00 sul quale gravano:

- le prestazioni dialitiche ambulatoriali stimate in € 95.000.000,00;
- le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero stimate in € 230.000.000,00
- la mobilità passiva interregionale stimata in € 18.000.000,00

Il fondo residuo da destinare alle altre prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del S.S.R. deve essere decurtato delle Entrate proprie regionali afferenti la compartecipazione dei cittadini

(ticket) riscossa dalle ASL e dalle Aziende ospedaliere (stimate in € 23.626.000,00) ed è quindi pari a € 570.000.000,00
La compartecipazione dei cittadini (ticket) riscossa direttamente dai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, diversi dalle ASL e dalle Aziende ospedaliere, non viene sottratta dal fondo in quanto non contabilizzata nelle Entrate proprie regionali.

Sistema di remunerazione

Il budget complessivo di € 570.000.000,00 è destinato:

1. per € 546.000.000,00 alla remunerazione delle prestazioni erogate ai residenti nel Lazio a tariffa nominale, al netto del ticket, nell'ambito del budget assegnato ad ogni soggetto erogatore;
2. per € 11.000.000,00 alla remunerazione - al 50% della tariffa - delle prestazioni eccedenti il singolo budget per un massimo del 5% del budget medesimo;
3. per € 13.000.000,00 alle strutture aziendalizzate non ancora a pieno regime nella produzione e ai soggetti erogatori privati di recente accreditati per i quali la Direzione regionale competente definirà il budget sulla base dei dati di produzione del primi nove mesi, con i criteri descritti nel presente documento, il cui valore complessivo non potrà comunque superare l'apposito fondo come sopra costituito.

Il fondo di € 546.000.000,00 rappresenta:

1. valore economico delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale complessivamente erogate a carico del S.S.R. ai residenti Lazio nell'anno 2004 afferenti le quattro macro aree di branca (Medica, Diagnostica, Chirurgica e Riabilitativa) + 2%, + un ulteriore 2,5 %, pari complessivamente a € 441.300.000,00;
2. valore economico delle prestazioni specialistiche denominate Lab1, FKT1 e RMN1 erogate a carico del S.S.R. ai residenti Lazio nell'anno 2003, pari a € 104.700.000,00;

L'ulteriore incremento del 2,5 % si applica in considerazione dell'atteso trasferimento al livello assistenziale ambulatoriale di una quota di prestazioni erogate impropriamente in regime di ricovero diurno.

In linea con il criterio di indivuazione del fondo complessivo destinato all'assistenza specialistica ambulatoriale, il budget per singolo soggetto erogatore pubblico ed equiparato al pubblico e privato acccreditato è costruito come segue:

- il valore economico delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate a carico del S.S.R. ai residenti Lazio nell'anno 2003 afferenti le quattro macro aree di branca (Medica, Diagnostica, Chirurgica e Riabilitativa), con esclusione del valore delle prestazioni specialistiche Lab1, FKT1 e RMN1, + 9% + 2% + 2,5%. Per le strutture erogatrici che hanno iniziato l'attività nel corso del 2003 il valore della loro produzione verrà rapportato all'anno;
- in aggiunta alla quota di budget come sopra determinata, il valore economico delle prestazioni specialistiche Lab1, FKT1 e RMN1, prodotte nell'anno 2003.

In caso di soggetti erogatori che abbiano iniziato a svolgere l'attività nell'anno 2004, il budget 2005 è costruito come segue:

- valore economico delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate a carico del S.S.R. ai residenti Lazio nell'anno 2004 afferenti le quattro macro aree di branca (Medica, Diagnostica, Chirurgica e Riabilitativa), rapportato ad anno, con esclusione del valore delle prestazioni specialistiche Lab1, FKT1 e RMN1 + 2% + 2,5%;
- valore economico delle prestazioni specialistiche Lab1, FKT1 e RMN1 prodotte nell'anno 2004, al netto dell'incremento medio rilevato nello stesso anno rispetto al 2003 (Lab1 11% - FKT1 14% - RNM1 16%).

I due valori così determinati costituiscono – in questa fase di avvio di un sistema che si propone l'obiettivo della corretta collocazione delle risorse in rapporto all'effettivo bisogno di salute, attraverso la definizione di protocolli diagnostici e terapeutici - una indicazione tendenziale. L'importo risultante dalla somma dei due valori rappresenta, per ciascuna struttura, il Tetto di Spesa per l'anno 2005.

La remunerazione per l'anno 2005 per singolo soggetto erogatore viene così calcolata:

- per l'attività erogata entro il valore economico corrispondente al tetto di spesa stabilito, la remunerazione spettante corrisponde al valore rilevato dal SIAS;
- in caso di superamento del tetto di spesa, si remunerano, al 50% del rispettivo valore economico, esclusivamente le eccedenze fino al 5% del tetto;

Il budget per singolo soggetto erogatore ha valenza per l'intero anno 2005; al momento dell'entrata in vigore del presente provvedimento i soggetti erogatori dovranno rideterminarlo per il periodo rimanente sino al 31 dicembre, sottraendo dal budget complessivo il valore delle prestazioni già erogate.

Le procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture emesse dai soggetti privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza emodialitica, attivi sul territorio della regione restano accentrate presso l'Azienda ospedaliera S.Giovanni – Addolorata. Le fatture mensili saranno emesse in acconto nella misura pari al 90% della produzione.

Per i soggetti erogatori che hanno iniziato la loro attività nel corso degli anni 2003 e 2004, eventuali rettifiche che si rendessero necessarie saranno effettuate dalla Direzione regionale competente.