

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2691 del 07 agosto 2006

Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati pre-accreditati per gli anni 2006 e 2007.

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Flavio Tosi, riferisce quanto segue:

Ai sensi del Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e sue successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale è chiamata a determinare i principi sull'attività sanitaria ed i criteri di finanziamento al fine di programmare l'erogazione da parte dei soggetti pubblici e privati preaccreditati delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale. E' altresì chiamata a definire l'insieme di regole e criteri che determinano il meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni sanitarie, al fine di governare l'offerta delle prestazioni ospedaliere.

Tra gli obiettivi della programmazione regionale, in linea con quella nazionale, vi è l'obiettivo di procedere alla riduzione del Tasso di Ospedalizzazione al fine di raggiungere il valore annuo dei 160 ricoveri per mille abitanti e comunque non superare il valore annuo di 180 ricoveri per mille abitanti, quale valore massimo, come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 finalizzato al contenimento della spesa sanitaria.

Al fine di garantire una coerenza tra la programmazione ospedaliera che definisce l'assetto di offerta dell'assistenza secondo criteri di uniformità e di accessibilità su tutto il territorio regionale e la domanda di servizi, l'assetto vigente presenta una omogenea distribuzione a rete dei servizi ospedalieri su tutto il territorio regionale avendo per altro concentrato le Unità Operative di alta specializzazione secondo criteri di bacino di utenza adeguato.

Il sistema di determinazione dei volumi di attività di prestazioni di ricovero prevede già per ciascuna Azienda pubblica la definizione di un tetto finanziario finalizzato alla remunerazione di alcune prestazioni di ricovero, oggetto di mobilità passiva e attiva. Questo tetto è già stato oggetto di assegnazione negli anni precedenti alle Aziende sanitarie venete quale quota per l'assistenza ospedaliera in sede di riparto delle risorse finanziarie del Servizio Sanitario Regionale.

Il tetto finanziario, identificato per ciascuna azienda sanitaria, trova la sua motivazione da un lato nella libertà di scelta del cittadino, che può preferire di farsi curare in un ospedale non appartenente alla propria U.L.S.S. di residenza, vuoi per la vicinanza alla propria abitazione o per l'offerta di specialità non presenti nella propria U.L.S.S. o, più semplicemente, per l'autonoma scelta del professionista a cui affidarsi e, dall'altro, da una maggiore offerta di prestazioni che le aziende sanitarie vicine possono sviluppare con il fine di aumentare i ricavi derivanti dalla remunerazione delle prestazioni erogate.

Poiché la normativa di principio, la programmazione sanitaria regionale e le scelte dell'utenza considerano in modo paritetico anche le strutture private pre-accreditate che nella programmazione a tutti gli effetti sono considerate soggetti concorrenti con le strutture pubbliche al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria nazionale e regionale, con il presente provvedimento si ritiene di estendere la determinazione dei tetti di spesa per gli anni 2006 e 2007 anche ai privati pre-accreditati oltre che agli erogatori pubblici per i quali tale meccanismo programmatico opera già dal 2003.

L'esigenza di estendere anche alle strutture private pre-accreditate il predetto meccanismo programmatico si fonda su esigenze di eguaglianza nel trattamento tra aziende pubbliche e strutture private nel comune obiettivo di rispetto del patto di stabilità di cui all'accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005.

EROGATORI PUBBLICI

Nella determinazione dei tetti per gli anni 2006 e 2007, si deve far riferimento esclusivamente al valore dei ricoveri effettuati a favore di cittadini residenti in Veneto dagli erogatori pubblici della Regione Veneto ed oggetto di mobilità intraregionale; pertanto non sono inclusi i ricoveri resi agli assistiti di altre regioni, oggetto di compensazione interregionale.

Ai fini della determinazione dei tetti valevoli per gli anni 2006 e 2007 vanno presi a parametro i criteri contenuti nella DGR n. 1371 del 7 maggio 2004 ed i riscontri dell'attività così effettuata nell'anno 2005.

In particolare, il riconoscimento degli importi della mobilità nei confronti delle Aziende U.L.S.S. deve essere fatto integralmente per la domanda proveniente dalla stessa provincia e per quella diretta presso le due Aziende Ospedaliere e all'Istituto Oncologico Veneto e con decurtazione degli importi nei confronti delle aziende U.L.S.S. di una provincia diversa pari al 25%, se domanda proveniente da U.L.S.S. confinante, e del 50% se proveniente da U.L.S.S. non confinanti.

Il tetto di mobilità attiva dell'Istituto Oncologico Veneto deve essere determinato sulla base della attività effettuata nell'anno 2005 dalle Unità Operative conferite a tale struttura dalla Azienda U.L.S.S. n.16 e dalla Azienda Ospedaliera di Padova, i cui tetti vanno rideterminati contestualmente.

L'erogazione di prestazioni collegate ai sottoelencati DRG si attua prevalentemente in alcuni ospedali capoluogo di provincia e/o particolarmente specializzati, per cui pare necessario escludere per gli anni 2006 e 2007 dalla formazione del tetto di spesa e di produzione i ricoveri dei pazienti afferenti ai DRG sottoriportati al punto a) solo se dimessi dalle Unità Operative sottoriportate al punto b):

a) DRG 001, 002, 003, 004, 049, 075, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 115, 124, 125, 146, 147, 148, 149, 156, 191, 192, 209, 217, 286, 287, 303, 353, 357, 386, 387, 392, 400, 405, 406, 407, 409, 471, 483, 484, 485, 486, 488, 491, 496, 497, 498, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 514, 515;

b) Cardiologia (codice 08) (limitatamente ai DRG 104, 105, 110, 124 e 125, 514, 515), Chirurgia Generale (codice 09) (limitatamente ai DRG 146, 147, 148, 149, 156, 191, 192, 392), Cardiochirurgia Pediatrica (codice 06), Cardiochirurgia (codice 07), Chirurgia Maxillo Facciale (codice 10), Chirurgia Pediatrica (codice 11), Chirurgia Plastica (codice 12), Chirurgia Toracica (codice 13), Chirurgia Vascolare (codice 14), Ematologia (codice 18), Malattie Infettive (codice 24), Unità Spinale (codice 28), Neurochirurgia (codice 30), Ortopedia (codice 36) (limitatamente ai DRG 209, 471, 485, 491), Ostetricia e Ginecologia (codice 37) (limitatamente ai DRG 353 e 357), Pediatria (codice 38) (limitatamente ai DRG 386 e 387), Urologia (codice 43) (limitatamente ai DRG 286 e 303), Grandi Ustioni (codice 47), Nefrologia (Trapianti) (codice 48), Terapia intensiva (codice 49), Unità Coronarica (codice 50), Oncoematologia Pediatrica (codice 65), Oncoematologia (codice 66), Radioterapia (codice 70), Terapia Intensiva neonatale (codice 73), Neuroriabilitazione (codice 75).

Dal 1 gennaio 2006 è stata adottata la 19^a versione del sistema di classificazione DRG, cui si fa riferimento.

Sono inoltre esclusi dal tetto di spesa tutti i casi di ricovero attribuiti ai trapianti d'organo e di midollo (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513 e DRG 42 con intervento principale 11.60), indipendentemente dalla Unità Operativa di dimissione.

Si ritiene opportuno ai fini di incentivare il perseguimento della appropriatezza del trattamento sanitario e, parallelamente, di ridurre il numero dei ricoveri qualificati a rischio di inapproprietezza ai sensi della DGR n. 2227 del 9 agosto 2002, che recepisce le indicazioni dell'Allegato 2C del

DPCM del 29.11.2001, applicare l'abbattimento della tariffa del 30 per cento per tutti in ricoveri effettuati per pazienti non residenti nell'Azienda U.L.S.S. di erogazione, indipendentemente dalla Unità Operativa di dimissione eccezion fatta per tutti i casi di DRG 42 con intervento principale 11.60 (Trapianto di cornea). Il presente criterio si applica anche per l'Istituto Oncologico Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera di Verona, per i ricoveri di pazienti non residenti rispettivamente nell'Azienda U.L.S.S. n. 16 e n. 20.

Per quanto riguarda i 52 DRG a rischio di inappropriatazza si sottolinea che con l'adozione della 19^a versione del sistema di classificazione DRG è cessato il DRG 222, sostituito dal DRG 503.

I tetti finanziari di mobilità passiva ed attiva per ciascuna Azienda U.L.S.S. per gli anni 2006 e 2007, con successivo provvedimento, saranno puntualmente determinati in specifici quadri sinottici sulla base dei criteri e principi definiti dal presente provvedimento. I tetti di attività saranno riportati in modo dettagliato in relazione alla mobilità intercorrente tra le Aziende U.L.S.S. della provincia, e in via cumulativa per la mobilità afferente ad altre province. Il tetto di mobilità attiva per le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e per l'Istituto Oncologico Veneto saranno riportati in una specifica tabella.

La competente Direzione Regionale al fine di perseguire una spesa coerente ai tetti fissati per la mobilità per gli esercizi 2006 e 2007 potrà effettuare i necessari eventuali ed eccezionali assestamenti contabili a consolidamento e a coerente quadratura delle partite di credito e di debito.

Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e l'Istituto Oncologico Veneto, qualora, per effetto di una diversa distribuzione dei flussi di mobilità dei cittadini residenti nelle varie Aziende U.L.S.S., si venisse a determinare una situazione in cui, contemporaneamente, non venga svolto il volume di attività previsto dal tetto finanziario di mobilità passiva per alcune Aziende U.L.S.S., e, per altre Aziende U.L.S.S., venga invece erogato un volume di attività superiore a quanto previsto dai tetti di mobilità passiva, a fronte di verifiche di appropriatezza, si provvederà al proporzionale recupero degli importi dovuti, fino al limite del finanziamento totale assegnato alle Aziende Ospedaliere e allo Istituto Oncologico Veneto.

Tale recupero avverrà con prelevamento dal finanziamento a carico delle sole Aziende U.L.S.S. che hanno registrato una mobilità passiva superiore a quanto previsto, nei confronti delle Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto.

EROGATORI PRIVATI PREACCREDITATI

Per quanto attiene agli erogatori privati pre-accreditati, con la DGR n. 69 del 17 gennaio 2006, sono stati determinati i tetti di attività per l'anno 2006 prendendo a riferimento i volumi di attività sviluppati nell'anno 2004. Il tetto di attività previsto per l'anno 2006 viene applicato anche per l'anno 2007.

Pertanto, per ciascun soggetto privato pre-accreditato viene fissato, quale budget per l'anno 2007, un volume complessivo di ricoveri per acuti, ordinari e diurni, pari al 104 per cento di quelli effettuati nel 2004 nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Veneto. Dalla determinazione di tale tetto devono considerarsi esclusi i ricoveri effettuati nei reparti di riabilitazione/lungodegenza (codici 56 e 60), psichiatria (codice 40), unità spinale (codice 28) e neuroriabilitazione (codice 75), nonché quelli effettuati nei confronti dei pazienti residenti al di fuori della Regione Veneto.

Non si dà luogo nell'anno 2007 al meccanismo della regressione tariffaria già inserito nella DGR n. 69 del 17 gennaio 2006 in quanto lo stesso è incompatibile con il rispetto dell'equilibrio di bilancio ed il raggiungimento del tasso di ospedalizzazione di cui all'Accordo del 23 marzo 2005, essendo emersi indicatori incongrui con detto obiettivo.

Al fine di equiparare gli erogatori privati pre-accreditati alle Aziende U.L.S.S. nei criteri di raggiungimento degli obiettivi indicati in esordio, per gli anni 2006 e 2007, analogamente alle strutture pubbliche, il riconoscimento degli importi provenienti dalla mobilità si attua, con l'esclusione dei DRG dimessi dalle Unità Operative di cui ai punti a) e b) definiti per gli erogatori pubblici, integralmente per la domanda proveniente dalla stessa provincia e con decurtazione degli importi nei confronti delle aziende U.L.S.S. di una provincia diversa pari al 25%, se domanda proveniente da U.L.S.S. confinante, e del 50% se proveniente da U.L.S.S. non confinanti.

Analogamente alle strutture pubbliche, per gli erogatori privati pre-accreditati, i ricoveri attribuiti ai 52 DRG a rischio di inappropriatazza, sono remunerati con una tariffa abbattuta del 30 % se erogati a favore di cittadini non residenti nell'Azienda U.L.S.S. sede di ubicazione della struttura privata pre-accreditata.

Per l'anno 2006, gli abbattimenti finanziari sopraindicati vengono calcolati con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento.

Il provvedimento in questione rappresenta il sistema di governo delle prestazioni di ricovero ospedaliero valido per gli anni 2006 e 2007, nei confronti degli erogatori pubblici e privati pre-accreditati.

La Giunta Regionale, al fine di rendere il sistema di governo della mobilità sanitaria sempre più coerente con l'equilibrio tra domanda e offerta, si riserva di apportare modifiche al presente provvedimento specificamente in relazione al trattamento delle patologie oncologiche, al trattamento delle patologie in regime di urgenza/emergenza e alla migliore definizione dei flussi di mobilità nelle aree di confine.

Sul contenuto del presente provvedimento, che rappresenta i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati pre-accreditati per gli anni 2006 e 2007, sono state sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati pre-accreditati.

Il Relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il Relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 2227 del 9 agosto 2002

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 1371 del 7 maggio 2004.

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 69 del 17 gennaio 2006.

delibera

1. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento, i criteri e le modalità di determinazione, per ciascuna Azienda Sanitaria, del tetto finanziario per la remunerazione di alcune prestazioni di ricovero ospedaliero oggetto di mobilità attiva e passiva e le modalità di remunerazione dei ricoveri attribuiti ai 52 DRG a rischio di inappropriatazza se erogati a favore di cittadini non residenti nell' Azienda U.L.S.S. di erogazione;

2. di provvedere, con successivo provvedimento, alla puntuale definizione di specifici quadri sinottici riportanti i tetti, secondo i criteri e le modalità di cui al punto 1, per ciascuna Azienda Sanitaria, valevoli per gli anni 2006 e 2007;
3. di incaricare la competente Direzione Regionale a provvedere all'eventuale compensazione finanziaria delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e dell'Istituto Oncologico Veneto, fino al tetto massimo determinato e secondo le modalità indicate in premessa;
4. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento, i criteri, le modalità e i tempi di determinazione dei tetti di attività per gli erogatori privati pre-accreditati valevoli per gli anni 2006 e 2007 e le modalità di remunerazione dei ricoveri attribuiti ai 52 DRG a rischio di inappropriata se erogati a favore di cittadini non residenti nell'Azienda U.L.S.S. sede di ubicazione della struttura privata pre-accreditata.
5. di stabilire che, per l'anno 2006, gli abbattimenti finanziari della mobilità per gli erogatori privati pre-accreditati, riportati in premessa, vengono calcolati sui ricoveri dei pazienti dimessi con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento.
6. di rinviare a successivo provvedimento eventuali modifiche al presente provvedimento, specificamente in relazione al trattamento delle patologie oncologiche, al trattamento delle patologie in regime di urgenza/emergenza e alla migliore definizione dei flussi di mobilità nelle aree di confine.