

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

oooooooooooooooooooooooooooo

19 DIC. 2000

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL _____

=====

19 DIC. 2000

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

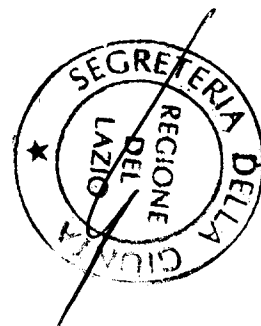
STORACE	Francesco	Presidente	GARGANO	Giulio	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	IANMARILLI	Antonello	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anna Teresa	"			

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

ASSENTI: T.P.

DELIBERAZIONE N° 2594

OGGETTO: _____, Finanziamento del livello assistenziale
ospedaliero per gli anni 2001/2002. Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni
ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati.



OGGETTO: FINANZIAMENTO DEL LIVELLO ASSISTENZIALE OSPEDALIERO
PER GLI ANNI 2001/2002 DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE DEI
SOGGETTI EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore per le politiche della Sanità;

VISTO D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento di quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di 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;

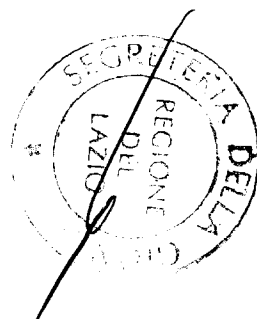
VISTA la Legge 662/96 che al comma 34 dell'art. 1 definisce i criteri e gli indicatori che devono essere considerati al fine della determinazione della quota capitaria per il finanziamento dei livelli di assistenza;

VISTO il D.M. 14.12.94 che fissa le tariffe massime da corrispondere per le prestazioni di assistenza ospedaliera, a decorrere dal 1.1.95;

VISTO il D.M. 30.06.97 che prevede l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera;

VISTA la DGR 713/2000 che ha previsto a partire dall'anno 2000 l'incremento delle tariffe di cui al D.M. 30.06.97 nella misura del 3% per le prestazioni di ricovero ordinario e di day hospital medico per acuti e del 25% per le prestazioni di day hospital chirurgico;

PRESO ATTO del D.lvo 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte della Amministrazione Centrale e di quelle Regionali, ribadisce comunque l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;



VISTA la legge Regionale 45/96;

PRESO ATTO che:

1. a partire dall'anno 1998 il Fondo Sanitario assegnato dallo Stato alla Regione è stato ripartito tra le ASL con il sistema della quota capitaria;
2. tale finanziamento riferito ai livelli assistenziali previsti dai piani sanitari 1994/96 e 1998/2000, è stato effettuato sulla base dei seguenti parametri:
 - popolazione residente pesata sulla base della frequenza dei consumi per fasce di età;
 - compensazione a livello regionale della mobilità sanitaria;
 - finanziamento dei soggetti erogatori accreditati in via provvisoria con onere a carico dell'azienda sanitaria locale in base al criterio della sede del soggetto stesso;
 - finanziamento delle aziende ospedaliere, dei policlinici universitari e degli IRCCS pubblici sulla base delle prestazioni erogate;
3. il predetto sistema di finanziamento è stato introdotto in maniera graduale attraverso un riequilibrio triennale al fine di consentire alle aziende sanitarie di superare le inevitabili ripercussioni sull'equilibrio economico finanziario connesse al superamento del finanziamento a spesa storica;
4. in particolare nell'ambito del F.S.R. il finanziamento relativo al livello dell'assistenza ospedaliera è stato definito in misura superiore al parametro nazionale, valutata l'esigenza che il rientro della spesa ospedaliera regionale nell'ambito dell'obiettivo programmatico nazionale avvenisse in maniera graduale in relazione anche ai tempi di attuazione dei programmi regionali di investimento e alla conseguente riorganizzazione delle strutture ospedaliere pubbliche;
5. dal Fondo così costituito è stata determinata la quota capitaria uniforme per cittadino residente ;
6. per l'anno 2000 le risorse destinate al livello dell'assistenza ospedaliera sono state pari al 49% del F.S.R. complessivo;
7. il sistema di remunerazione degli erogatori di prestazioni in regime di ricovero è stato definito:.

- Per gli anni 95-98 con riferimento a tetti per soggetto erogatore privato, sia per volume di prestazioni che per remunerazione massima conseguibile;
- Negli anni 99-2000 con riferimento ad un piano regionale di prestazioni attese per singolo DRGs e per classi di soggetto erogatore e ai consumi dell'intera popolazione residente nella Regione Lazio non distinta per aree di residenza.

INDIVIDUATO quale obiettivo fondamentale della politica sanitaria regionale garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere contenendo la spesa all'interno delle risorse disponibili attraverso la corresponsabilizzazione di tutti gli operatori del sistema al fine:

- del raggiungimento dell'equilibrio tra risorse disponibili e prestazioni erogate;
- dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni di ricovero rispetto alle esigenze specifiche sanitarie e ai comportamenti dei cittadini residenti nel Lazio;

CHE all' interno di tale contesto la Regione intende garantire :

- a) la possibilità per l'utente di richiedere la prestazione a qualsiasi struttura pubblica e privata accreditata;
- b) la parità di remunerazione tra struttura privata e struttura pubblica al fine di sviluppare una competizione efficace e la ricerca di un miglioramento continuo della performance di tutti gli erogatori;
- c) la condivisione con tutti i soggetti erogatori di regole che assicurino l'equilibrio tra disponibilità finanziarie e risorse assorbite dall'attività ospedaliera.

A tal fine si individua un sistema di remunerazione degli erogatori di prestazioni in regime di ricovero con le seguenti caratteristiche fondamentali:

1. tariffario unico per tutte le strutture erogatrici basato sul tariffario nazionale incrementato del 3%;
2. abbattimenti tariffari sufficienti ad assicurare l' equilibrio tra risorse disponibili e risorse impiegate, unici per tutti gli erogatori (pubblici e privati) , i cui criteri sono definiti ex ante;
3. sviluppo di un sistema di controlli atti a prevenire comportamenti non appropriati rispetto alle linee guida regionali che saranno predisposte dall'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio.

PREMESSO quanto sopra si definiscono per il biennio 2001-2002 i criteri e i principi per:

- la individuazione del Fondo complessivo da destinare al finanziamento del livello dell'assistenza ospedaliera per i residenti nel Lazio;
- la ripartizione dello stesso Fondo tra le Aziende Sanitarie Locali, in modo da rendere il management aziendale maggiormente consapevole delle risorse destinate all'acquisizione di prestazioni in regime di ricovero e in modo da ricondurre i consumi dei propri residenti nell'ambito della disponibilità complessiva e nel rispetto dei vincoli stabiliti a livello regionale;

STABILITO di individuare quale obiettivo per il triennio 2001-2003 il progressivo avvicinamento al parametro nazionale (46% del Fondo complessivo) delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera ;

STABILITO altresì che la quota di tale Fondo da assegnare a ciascuna A.S.L. rispetto alla popolazione residente venga definita considerando il tasso di ospedalizzazione atteso a livello regionale valutato in relazione alle classi di età della popolazione residente in ciascuna A.S.L..

RITENUTO

- a. Di confermare per l'anno 2001 le risorse destinate all'assistenza ospedaliera nella misura del 49% del F.S.R. relativo allo stesso anno per un importo pari a 5.527 mld;
- b. di destinare nell'ambito di tali risorse:
 - 400 miliardi alle funzioni ospedaliere (emergenza, pronto-soccorso, sistema di trasporto in emergenza-118, elisoccorso, centri trasfusionali, centri di riferimento regionali etc.) e per la maggiorazione tariffaria delle strutture universitarie;
 - 500 miliardi alla costituzione di un fondo di riequilibrio per la riqualificazione e riorganizzazione delle strutture pubbliche ed equiparate;
 - 650 miliardi per le prestazioni di riabilitazione in regime di ricovero ordinario e in Day Hospital e lungodegenza medica;

CHE

quindi la residua quota di 3.977 miliardi è destinata a remunerare le prestazioni ospedaliere per acuti in regime ordinario e di Day Hospital in presidi pubblici e privati del Lazio nonché la mobilità passiva verso altre regioni;

la quota per ciascuna ASL, riferita al livello di assistenza ospedaliera, è calcolata in proporzione alla popolazione residente pesata e incrementato da una somma che considera i maggiori consumi registrati da ciascuna azienda rispetto all'atteso;

la mobilità passiva è valorizzata a tariffa piena. L'eventuale recupero di mobilità incrementa il fondo disponibile per l'ASL.

STABILITO CHE:

Nell'eventualità che i consumi dei residenti siano superiori alla quota di fondo della A.S.L. si applica una riduzione tariffaria definita secondo il seguente schema:

- a) *escludendo dai meccanismi di abbattimento i DRG's di alta specialità (trapianti, bypass, interventi su valvole, craniotomie e precisamenti i DRG's codificati come: 1, 2, 75, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 302, 458, 472, 480, 481) ed i dimessi dai reparti di medicina nucleare, radioterapia, oncologia, pediatria, malattie infettive e psichiatria;*
- b) *applicando fattori di abbattimento così identificati: nessun abbattimento per i casi chirurgici medio alti ed abbattimento dei medici in misura doppia rispetto ai chirurgici medio bassi e ai medici medio alti*
- c) *riconoscendo alle strutture di riabilitazione l'80% della tariffa ed attribuendo il rimanente, proporzionalmente al fatturato, alle strutture che a consuntivo dimostreranno di possedere i requisiti di qualità identificati dall'assessorato alla Sanità.*

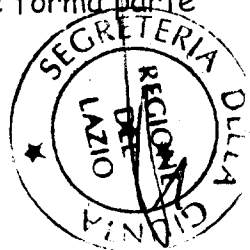
TENUTO CONTO

Che è in atto un processo di riconversione di strutture di lungodegenza in strutture di riabilitazione post-acuzie e quindi sarà necessario al termine del processo valutare l'effettivo ammontare delle risorse da destinare al settore, sempre nell'ambito delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera.

La descrizione dettagliata dei criteri di finanziamento e abbattimento delle prestazioni ospedaliere è contenuta nell'allegato documento (All. 1) che forma parte integrante del presente provvedimento.

RILEVATO CHE

Il nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera, definendo il budget complessivo destinato alle strutture erogatrici presenti sul territorio regionale,



individua anche i presidi pubblici di ASL quali soggetti produttori di prestazioni di ricovero, remunerati sulla base dell'attività prodotta al pari dei soggetti accreditati, in un regime di libera concorrenza tra pubblico e privato;

CHE

quindi obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle ASL è migliorare la produttività e l'efficienza delle loro strutture erogatrici al fine della ricerca dell'equilibrio economico e che il "fondo di riequilibrio" sarà correlato al grado di raggiungimento di tale obiettivo.

STABILITO

Di confermare per l'anno 2001 le norme contenute nella DGR 713/2000 e 1914/2000 per quanto attiene:

- le tariffe regionali (D.M. 30.06.97 più il 3% per le prestazioni di ricovero ordinario e di day hospital medico per acuti e più il 25% per le prestazioni di day hospital chirurgico;
- la remunerazione delle prestazioni di pronto soccorso e della funzione di emergenza
- i criteri di remunerazione aggiuntiva per le prestazioni di elevato impegno assistenziale e per i programmi speciali;
- le procedure di individuazione del Day Hospital.

VISTA la Legge 127/1997,

All'unanimità



Per Capo Segretario
Funzione Responsabile
Paolo Bellini

29 DIC. 2000

DELIBERA

1. Di approvare il nuovo sistema di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per gli anni 2001/2002 e il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati così come sopra descritti;
2. Di rinviare a provvedimenti assessorili l'applicazione operativa del sistema e le linee guida ai Direttori Generali delle ASL.

Il presente atto non è soggetto al controllo ai sensi della Legge 127/1997 e sarà pubblicato sul BUR entro l'anno 2000.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE

IL SEGRETARIO: F.to Dott. Saverio GUCCIONE

2594
DEL 19 DIC. 2001

Cur

Allegato 1 Criteri di finanziamento assistenza ospedaliera il 2001

Il fondo per l'assistenza ospedaliera per il 2001 costituisce il 49% del fondo sanitario che si è incrementato dell'3% rispetto all'anno precedente .

Onde assicurare un consumo omogeneo il fondo è ripartito tra le ASL nel rispetto dei seguenti criteri:

- la quota è assegnata in misura proporzionale alla popolazione residente
- il fondo è assegnato prendendo in considerazione il tasso di ospedalizzazione atteso a livello regionale ponderato in base alle classi di età della popolazione residente in ciascuna ASL
- la quota comprende il consumo complessivo di prestazioni incluse quelle erogate in strutture accreditate di altre regioni
- per sostenere l'introduzione del nuovo meccanismo di finanziamento è istituito un fondo, denominato "maggiori consumi" dell'ammontare di 300 MLD, che è ripartito in misura proporzionale all'eventuale superamento del consumo di prestazioni dei residenti per ASL rispetto al fondo disponibile.

La remunerazione dei soggetti erogatori e delle aziende accreditate fornitrici si calcola a consuntivo.

La fatturazione delle prestazioni avverrà in acconto nella misura pari all'80% della produzione presentata e a consuntivo, calcolata l'esatta remunerazione, verrà definito il conguaglio.

La remunerazione delle prestazioni erogate per i residenti di una ASL ha come tetto massimo il fondo assegnato integrato della quota maggiori consumi. Al superamento di tale quota verrà applicata, per tutte le tipologie di ricovero previste, una decurtazione proporzionale al superamento che interesserà tutte le aziende fornitrici dovunque siano esse ubicate.

Nel conto di tali consumi sono ovviamente compresi i ricoveri dei residenti presso i presidi di proprietà delle ASL in cui i pazienti sono residenti.

Criteri di abbattimento del finanziamento a tariffa per il 2001

Il fondo per il pagamento delle prestazioni a tariffa del livello di assistenza ospedaliera, deliberato nell'importo complessivo di £. 3977 miliardi, potrebbe non essere sufficiente al pagamento delle prestazioni di ricovero erogate nel 2001 secondo il tariffario ministeriale del 1997 incrementato del 3%. Per evitare un abbattimento generalizzato delle tariffe verrà applicato, per ogni ASL, un meccanismo di abbattimento differenziato, che preservi determinati livelli di assistenza ospedaliera.

Il valore di alcune classi di ricovero è ritenuto "incomprimibile" e non è quindi previsto abbattimento per le seguenti tipologie di ricovero:

- ricoveri di residenti in strutture fuori regione



h

- ricoveri di alta specialità (trapianti, interventi di cardiocirurgia, ustioni.. e precisamene i DRG's: 1, 2, 75, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 302, 458, 472, 480, 481))
- ricoveri in day hospital chirurgici
- ricoveri in reparti di malattie infettive (cod.24)
- ricoveri in reparti di medicina nucleare, radioterapia ed oncologia (codici 61, 64, 66, 70)
- ricoveri in reparti di pediatria (cod. 39), chirurgia pediatrica (cod. 11), nido (cod. 31), patologia neonatale (cod. 62), oncoematologia pediatrica (cod. 65), nefrologia pediatrica (cod. 77), terapia intensiva neonatale (cod. 73), cardiocirurgia pediatrica (cod. 06), neurochirurgia pediatrica (cod. 76)
- ricoveri in reparti psichiatrici e neuropsichiatrici (codici 22, 33, 40)
- ricoveri in reparti di riabilitazione (codici 56, 28, 75, 60)

I rimanenti ricoveri (che costituiscono circa l'80% della produzione delle strutture del Lazio per residenti del Lazio) sono suddivisi in quattro tipologie: ricoveri di tipo chirurgico di peso medio alto, ricoveri di tipo chirurgico di peso medio basso, ricoveri di tipo medico di peso elevato e ricoveri di tipo medico di peso medio basso.

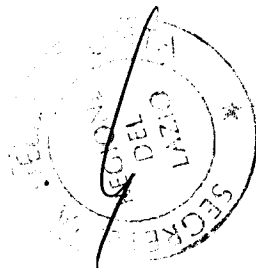
La distinzione tra le classi di peso medio alti e di peso medio bassi è stabilita utilizzando come spartiacque la mediana della produzione.

Nel 1999 il valore mediano dei casi chirurgici è risultato essere il DRG 479 (altri interventi vascolari senza cc) di peso 1,2718.

Nel 1999 il valore mediano dei casi medici è risultato essere il DRG 17 (malattie cerebrovascolari aspecifiche senza cc) di peso 0,6424.

I criteri con cui il modello si applica sono i seguenti.

1. Il modello si applica solo nel caso in cui la produzione 2001 per i ricoveri dei soli residenti di una o più ASL sia eccedente rispetto al fondo disponibile per i residenti della ASL.
2. Al tetto di ASL vengono sottratti gli importi necessari per il finanziamento dei DRG's "incomprimibili" come sopra definiti, ai quali non si applica nessun abbattimento .
3. La quota restante viene abbattuta in misura proporzionale al superamento del nuovo tetto di sistema calcolato al punto precedente;
4. L'applicazione degli abbattimenti è progressiva nel senso che alcune classi vengono abbattute in misura maggiore di altre. La finalità della logica dell'abbattimento progressivo sta nell'intenzione di favorire i processi di de-ospedalizzazione della casistica meno complessa rientrando quindi negli standard di ospedalizzazione previsti a livello nazionale. La progressione




Cur *L* *h*

prevista, che prevede per ciascuna classe multipli di abbattimento della classe meno abbattuta (medici pesanti e chirurgici leggeri), è la seguente:

L'abbattimento delle classi dei DRG's di tipo medico medio basso è doppia dell'abbattimento della classe dei DRG's di tipo chirurgico medio basso e di tipo medico medio alto mentre per la classe di tipo chirurgico medio alto non è previsto alcun abbattimento.

Per la riabilitazione è previsto un valore iniziale pari all'80% della tariffa cui farà seguito una integrazione per tutte le strutture che potranno dimostrare essere in possesso dei requisiti oggetto di un prossimo provvedimento.

Tutta la riabilitazione è tolta dalla quota capitaria e costituisce un fondo unico a livello regionale

 *buw* *h* *u*