

Bur n. 3 del 09/01/2007

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 3850 del 05 dicembre 2006

D.G.R. n. 2468 dell' 1.8.2006 avente ad oggetto "Modifiche e conseguente aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale (DGR n. 4776/97 e successive modifiche ed integrazioni)": integrazione a seguito ordinanza TAR Veneto n. 849 dell'8.11.2006.

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)

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

Con D.G.R. n. 2468 del 1.8.2006 avente ad oggetto "Modifiche e conseguente aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale (DGR. n. 4776/97 e successive modifiche ed integrazioni)", la Giunta Regionale, a completamento del percorso intrapreso con la D.G.R. n. 2883 del 3.10.2003, ha inserito a tutti gli effetti nel Nomenclatore Tariffario Regionale ambulatoriale le seguenti prestazioni:

- H I A 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta eseguita in contemporanea
- H I A 04.43 Liberazione del tunnel carpale
- H I A 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore.
- H I A 38.59.2 Interventi endovascolari sulle varici eseguiti con tecnica laser

Con riferimento ad esse, la D.G.R. n. 2468/2006 ha individuato le branche specialistiche di pertinenza, ha definito le modalità e specificità di erogazione, determinando i c.d. valori soglia di ammissibilità per l'erogazione delle prestazioni stesse in regime di ricovero, e ha stabilito le relative tariffe per le prestazioni rese in regime ambulatoriale.

Per l'annullamento della suddetta deliberazione, nella parte in cui disciplina l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi, è stato inoltrato ricorso avanti al Tribunale Amministrativo Regionale del Veneto.

Il giudice amministrativo, con ordinanza n. 849 dell'8 novembre 2006, ha ritenuto in via interlocutoria che la Regione debba "rideterminarsi motivatamente" sulle suddette tre nuove tariffe (codici 13.71, 04.43, 38.5) relative alle prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale, "sospendendo *in parte qua* l'efficacia del provvedimento impugnato fino alla nuova decisione".

Il rilievo verte sulla differenza tra le nuove tariffe, stabilite per gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale e quelle previste per gli stessi interventi in regime ospedaliero: differenza assai maggiore, in tre dei quattro casi oggetto di impugnazione – interventi su varici, cataratta e tunnel carpale – della differenza del 15%, in precedenza ritenuta adeguata".

A giustificazione della riduzione delle tariffe per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale rispetto alle tariffe delle medesime prestazioni erogate in regime di ricovero in misura maggiore del 15%, si pone quindi la necessità dell'assunzione, da parte della Giunta Regionale, di un

nuovo provvedimento che dia conto dell'attività istruttoria prodromica alla determinazione delle tariffe, le ridetermini, esplicitando il percorso e le valutazioni effettuate relativamente a ciascuna prestazione, sulla base della documentazione acquisita dalla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari competente all'istruzione del provvedimento in materia.

La deliberazione impugnata va collocata nell'ambito delle misure di razionalizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza, misure individuate insieme ad altre per il perseguimento dell'appropriatezza dei regimi di erogazione delle prestazioni.

Le tariffe individuate trovano fondamento nella necessità che le Regioni, in presenza di una situazione di squilibrio economico-finanziario della spesa sanitaria, sono obbligate, ai sensi del comma 174 dell'articolo 1 della legge 30.12.2004 n. 311, ad adottare i provvedimenti necessari ad eliminare il disavanzo di gestione.

Conseguentemente, in questa fase in cui i costi del servizio sanitario nazionale debbono essere necessariamente ridotti per esigenze di politica economica nazionale, tutte le aziende e strutture che operano per il Servizio Sanitario Regionale sono chiamate ad agire sul contenimento di tutte le diseconomie presenti nel proprio sistema organizzativo e gestionale.

Infatti il provvedimento si associa ad una serie di altri (DGR n. 3223/02 e n.751/05) rivolti a realizzare una più efficiente distribuzione delle risorse a fronte di più efficaci modelli di gestione e ciò in considerazione dell'esigenza di ridurre, con economie strutturali la spesa pubblica sanitaria.

In tale contesto va inserita la deliberazione n. 2883 del 3.10.2003 con la quale la Giunta Regionale aveva disposto di ricondurre, alla luce di quanto previsto all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, anche al regime ambulatoriale, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni in argomento già effettuate in regime di ricovero.

Con tale deliberazione le prestazioni non erano state imputate, né come nomenclatura né come risorse economiche, al regime di assistenza specialistica ambulatoriale; questo per consentire alle aziende sanitarie di organizzare la propria attività secondo le nuove modalità erogative, di valutare l'efficacia operativa e i relativi oneri economici e organizzativi; il tutto nella consapevolezza che la riorganizzazione funzionale/strutturale che gli erogatori devono attuare relativamente alle nuove modalità erogative non può essere immediatamente ottimale.

A tale riguardo, per non impattare pesantemente sull'economia gestionale dell'azienda, si è ritenuto di individuare, quali tariffe provvisorie, l'importo ottenuto sottraendo dalle tariffe associate ai corrispondenti DRG di riferimento per l'erogazione delle prestazioni in regime di day surgery, la percentuale del 15%, corrispondente alle spese alberghiere e ai costi di degenza di una giornata di ricovero.

Tale provvisoria individuazione è stata effettuata in attesa di:

- a) identificare, in ottemperanza a quanto previsto dallo stesso allegato 2C sopra richiamato, sulla base dei dati complessivi rilevati dalle Schede Dimissione Ospedaliera (SDO) e cartelle ambulatoriali, le soglie di ammissibilità per l'erogazione delle medesime prestazioni in regime di ricovero;
- b) definire il corretto inquadramento delle suddette prestazioni nelle branche specialistiche di appartenenza del Nomenclatore Tariffario Regionale;
- c) riscontrare le tariffe provvisoriamente individuate commisurandole agli effettivi costi di produzione;
- d) determinare la tipologia delle strutture in regime di preaccredimento abilitate all'erogazione delle stesse ai sensi della L.R. n.22 del 16.8.2002.

A conclusione di questa attività di verifica, durata tre anni, l'amministrazione regionale, con la DGR n. 2468/06 ha provveduto ad effettuare il definitivo inserimento delle prestazioni di cui trattasi nel Nomenclatore Tariffario Regionale, sulla base dei dati relativi al numero di pazienti trattati annualmente in regime di ricovero e in regime ambulatoriale e ai costi rilevati presso le strutture che avevano attivato il nuovo regime.

La definitiva determinazione delle tariffe, così come individuate dalla DGR n. 2468 dell'1.8.2006, è stata quindi oggetto del percorso istruttorio e delle determinazioni di seguito descritte.

L'amministrazione regionale ha richiesto la collaborazione delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e di un campione di quattro Aziende U.L.S.S. (n. 18 Rovigo, n. 4 Alto Vicentino, n. 7 Pieve di Soligo, n. 15 Alta Padovana) di differenti caratteristiche organizzative e gestionali e numero di interventi effettuate, scelte tra quelle che avevano provveduto ad attivare il regime ambulatoriale in attuazione della D.G.R. 2883/2002.

A queste ha proposto una modalità omogenea di rilevazione dei costi orientata ad individuare le tariffe attribuibili a ciascuna prestazione.

A tale proposito l'Azienda Ospedaliera di Padova, individuata con DGR n. 926 del 19 aprile 2002 per la determinazione dei costi unitari di produzione delle prestazioni socio-sanitarie, ha prodotto lo studio dell'analisi dei costi effettuata nel periodo 2003/2004 relativamente alle principali patologie trattate presso la propria Piastra Multidisciplinare di Day Surgery, confrontati con i medesimi interventi svolti presso le sale operatorie utilizzate per l'attività chirurgica ordinaria. Le patologie trattate sono state studiate secondo la metodologia del percorso del paziente e valorizzate secondo l'Activity Based Costing (ABC).

La suddetta metodica, scientificamente provata è riconosciuta tra le più significative a livello nazionale e internazionale ed è in linea con quanto stabilito dal D.M. del 15.4.1994 che stabilisce i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera.

L'individuazione delle attività che compongono il percorso permette di passare alle successive fasi di attribuzione dei costi. Tale metodologia di calcolo dei costi suddivide i prodotti/servizi finali nelle varie attività che li compongono e, successivamente, associa a ciascuna attività le risorse che essa richiede per produrre l'output considerato.

I valori indicati nello studio hanno perciò riportato il costo medio del percorso assistenziale della patologia, ovvero il costo delle azioni e delle prestazioni, erogate anche da soggetti differenti, finalizzate ad affrontare uno specifico problema di salute riferito a un gruppo di pazienti con caratteristiche omogenee.

Le sopra citate Aziende ULSS e Ospedaliere hanno convenuto sull'opportunità di seguire la sopra descritta metodologia per l'analisi sulle prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale dalla D.G.R. n. 2883/2003, adottando protocolli diagnostici terapeutici omogenei per il trattamento della "sindrome del tunnel carpale", delle "varici degli arti inferiori" e della "cataratta". L'adozione di detti protocolli e la conseguente valorizzazione dei percorsi assistenziali, consente, utilizzando il dato di costo, l'individuazione di quello a minor assorbimento di risorse a parità di risultato clinico-assistenziale.

La suddetta metodologia è stata adattata, da ciascuna Azienda sanitaria che ha effettuato l'analisi dei costi, alla propria realtà locale utilizzando tra gli altri i determinanti di costo (cost driver) ossia le "modalità" con cui ogni prodotto/servizio/prestazione ha utilizzato le attività. In sostanza si analizza ciascuna attività ricercando i fattori che determinano l'entità delle risorse impiegate per svolgerla.

A fronte delle analisi dei costi pervenute, l'amministrazione regionale, al fine di incentivare l'appropriatezza nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nel definire le tariffe delle prestazioni di cui trattasi, ha dovuto altresì tenere conto sia della diversa capacità di "stare sul mercato" degli erogatori privati preaccreditati rispetto a quelli pubblici (diverso numero degli interventi, diverse modalità di acquisto farmaci, diverse

modalità di acquisto attrezzature impiegate nel processo, ecc) sia di realizzare l'equilibrio delle risorse disponibili in relazione alle necessarie modifiche organizzativo/gestionali necessarie per il nuovo regime assistenziale.

La Regione ha quindi ritenuto di comparare la media dei costi di produzione certificati dalle Aziende coinvolte con la tariffa del corrispondente vigente DRG nonché con le altre tariffe operanti a livello nazionale per pervenire all'individuazione di importi tariffari che tengano conto delle differenti potenzialità produttive esistenti nelle diverse tipologie di erogatori e della remunerazione dell'attività imprenditoriale.

La tariffa della prestazione ambulatoriale "Liberazione del tunnel carpale" è stata determinata tenendo conto dei fattori di seguito riportati:

- ◆ la media dei costi di produzione certificati dalle sei aziende sanitarie venete, secondo la metodologia ABC succitata, che evidenzia un costo medio di Euro 370,70.
- ◆ le tariffe delle Regioni che hanno già inserito nei propri Nomenclatori di assistenza ambulatoriale tale prestazione: 290 Euro per Umbria e Toscana, 650 Euro per Valle D'Aosta, 1.032,91 Euro per Lazio, 1.473 Euro per Friuli Venezia Giulia,
- ◆ la tariffa del vigente DRG 006 veneto che, per la prestazione erogata in regime di ricovero è pari a Euro 1.377,28
- ◆ la Tariffa di compensazione in mobilità tra Regioni (TUC) relativa al corrispondente DRG 006, pari a 1.145,00 Euro.

Ritenuti questi valori illustrativi di diverse modalità erogative, è stata determinata, quale media dei valori esposti, la tariffa di Euro 885,00 che è stata ritenuta sufficientemente remunerativa anche per soddisfare sia le utilità imprenditoriali sia l'onere connesso all'assunzione di processi organizzativi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza di erogazione della prestazione.

Parimenti la tariffa della prestazione ambulatoriale "Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta, eseguita in contemporanea" è stata determinata tenendo conto dei fattori di seguito riportati:

- o la media dei costi di produzione certificati dalle sei aziende sanitarie venete, secondo la metodologia ABC succitata, che evidenzia un costo medio di Euro 802,84;
- o le tariffe ambulatoriali delle Regioni che hanno già inserito nei propri Nomenclatori di assistenza ambulatoriale tale prestazione: 900 Euro per Umbria, Toscana e Emilia Romagna e Euro 1032,91 per il Lazio;
- o la tariffa TUC di remunerazione del corrispondente DRG 39, pari a Euro 1.430,12;
- o la tariffa del vigente DRG 39 veneto che, per la prestazione erogata in regime di ricovero, è pari a Euro 1.725,20.

Ritenuti questi valori illustrativi di diverse modalità erogative è stata determinata, quale media dei valori esposti, la tariffa Euro 1.000,00 che è stata ritenuta anche in questo caso sufficientemente remunerativa anche per soddisfare sia le utilità imprenditoriali sia l'onere connesso all'assunzione di processi organizzativi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza di erogazione della prestazione e pienamente in linea con le altre regioni.

Parzialmente diverso è il caso della prestazione "Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore: Stripping della femorale, poplitea, safena, tibiale" la cui tariffa è stata determinata tenendo conto dei fattori di seguito riportati:

- o la media dei costi di produzione certificati dalle sei aziende sanitarie venete, secondo la metodologia ABC succitata, che evidenzia, un costo medio di Euro 846,81;

o poiché nel caso di specie non vi è ancora alcuna Regione che abbia inserito anche nel regime ambulatoriale la prestazione di cui trattasi, si è ritenuto di prendere in considerazione comunque la valorizzazione del corrispondente DRG 119 così come applicato in altre regioni: (Emilia Romagna – media tra le diverse tipologie di ospedali della regione – Euro 1.250,00, e Lombardia – media tra le diverse tipologie di ospedali della regione – Euro 1.350,00);

o la tariffa del vigente DRG 119 veneto, che per la prestazione erogata in regime di ricovero, è pari a Euro 1.508,76

o la tariffa TUC di remunerazione del corrispondente DRG 119, pari a Euro 1.446,65

In tale caso, la tariffa è stata conseguentemente determinata considerando che i costi rilevati si riferiscono all' ambito generale delle prestazioni di stripping; pertanto avendo separato le prestazioni di stripping relative a patologie più semplici da trattare, individuandole quali "interventi endovascolari sulle varici", da quelle relative alle patologie più complesse, ove maggiore è l'impegno assistenziale richiesto, si è ritenuto congruo, in considerazione dei tempi necessari alla riorganizzazione aziendale, adottare, quale tariffa, quella della TUC, pari all'importo di Euro 1.446,00.

Per converso la prestazione "interventi endovascolari sulle varici eseguiti con tecnica laser", è un nuovo inserimento effettuato dalla Regione Veneto nel Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e non trova, per ora, possibilità di raffronto con altre tariffe nazionali.

Inoltre tale intervento, a parere delle società scientifiche, qualora eseguito con tecnica laser endoscopica, è appropriatamente erogabile esclusivamente in regime ambulatoriale con totale sicurezza del paziente e dell'operatore.

La tariffa conseguentemente è stata determinata sulla base dell'analisi dei costi comunicati dall'Azienda Ospedaliera di Padova rilevati attraverso l'esperienza operativa del proprio centro di day surgery, che ha accumulato una sufficiente casistica ambulatoriale e che ha evidenziato un dato di costo complessivo pari a Euro 403,01;

La tariffa del vigente DRG 119 veneto, per la prestazione erogata in regime di ricovero, è pari a Euro 1.508,76

Non esistendo per questa prestazione altri parametri cui fare riferimento, considerando che la valorizzazione del DRG include nell'importo la remunerazione dei costi dei giorni di degenza, non previsti nel regime ambulatoriale e quindi non riconoscibili, la tariffa pari a Euro 850,00, è stata definita, comunque in conformità e secondo il criterio di cui sopra, quale media dei valori esposti corretta con la riduzione delle giornate di degenza.

Tutto ciò esposto e ripresi gli indirizzi contenuti nella DGR n 2883/03, si ritiene di integrare le motivazioni di carattere generale contenute nella precedente DGR n. 2468 dell'1.8.2006 con le motivazioni sopra indicate e con ciò confermare gli importi tariffari dalla stessa assunti e sopra riportati.

Appare altresì congruo indicare alle aziende ULSS e Ospedaliera e agli erogatori privati preaccreditati che la presente deliberazione avrà efficacia a far data dall'1/1/2007 mentre l'applicazione delle tariffe di cui alla DGR n. 2468/06 rimane condizionata all'esito del contenzioso pendente davanti alla giustizia amministrativa.

Il relatore conclude la propria relazione e propone 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 legislazione regionale e statale;

VISTA la D.G.R. n. 2468 del 1.8.2006

VISTA la D.G.R. n. 2883 del 3.10.2003

VISTA l'Ordinanza n.200600849 dell'8 novembre 2006 del TAR

VISTA la Legge Regionale n.22 del 16.8.2002

VISTA la legge n.311 del 30.12.2004

VISTO il DPCM 29.11.2001]

delibera

- ◆ Di integrare con le motivazioni e secondo quanto in premessa riportato, la D.G.R. n. 2468 del 1.8.2006 nella parte che individua le tariffe per l'erogazione, in regime ambulatoriale, delle prestazioni di seguito elencate;
- ◆ Di confermare la DGR n. 2468 del 1.8.2006 e di applicare, a far data dall'1/1/2007, le tariffe di seguito riportate e con la stessa già determinate:

A) Branca specialistica : Oculistica

Codici N.T.	Descrizione	Tariffa
HIA 13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI CATARATTA Eseguita in contemporanea	Euro 1.000,00

B) Branca specialistica: – Ortopedia, Chirurgia Generale

Codici N.T.	Descrizione	Tariffa
HIA 04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	Euro 885,00

C) Branca specialistica: – Chirurgia Vascolare – Angiologia; – Chirurgia Generale

Codici N.T.	Descrizione	Tariffa
HIA 38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale, poplitea, safena, tibiale	Euro 1.440,00

D) Branca specialistica:– Chirurgia Vascolare – Angiologia – Chirurgia Generale

Codici N.T.	Descrizione	Tariffa
HIA 38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI Eseguiti con tecnica laser	Euro 850,00

- ◆ Di demandare alla Direzione Servizi Sanitari l'esecuzione del presente provvedimento con preventiva comunicazione alle Aziende ULSS e Ospedaliere e, tramite queste, agli erogatori privati preaccreditati insistenti nei rispettivi territori.