

Bur n. 108 del 18/12/2007

Sanità e igiene pubblica

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 3734 del 20 novembre 2007

Disposizioni per l'erogazione degli interventi di ernia inguinale e femorale.

(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 On. Dott.ssa Francesca Martini riferisce quanto segue.

Il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", recepito con le deliberazioni n. 492 dell'8.3.2002, n. 2227 del 9.8.2002 e n. 3972 del 30.12.2002, riporta nell'allegato 2C le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione. Il DPCM, nel definire "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario e in day hospital che le strutture possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse, riporta un elenco di n. 43 DRG definiti "ad alto rischio di inappropriata" se erogati in regime di degenza ordinaria.

Alla luce del dettato del DPCM, la Regione del Veneto ha da tempo intrapreso numerose azioni mirate a ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato.

La determinazione del regime erogativo più appropriato avviene tenendo conto di una serie di fattori, tra loro correlati, quali le esigenze di assistenza e di cura della popolazione, variabili nel tempo, le innovazioni tecnologiche, lo sviluppo della conoscenza e della pratica clinica, l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e non ultimo la capacità di fornire a minor costo, attraverso forme gestionali innovative, servizi di analoga qualità ed efficacia.

In proposito, con deliberazione n. 2883 del 3 ottobre 2003, integrata e modificata con le deliberazioni n. 2468 del 1 agosto 2006, n. 3850 del 5 dicembre 2006 e n. 2612 del 7 agosto 2007, la Giunta Regionale ha disposto di ricondurre, alla luce di quanto previsto dall'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, anche al regime erogativo ambulatoriale le prestazioni di inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta, la legatura e lo stripping di vene varicose e la liberazione del tunnel carpale.

La DGR n. 4449 del 28 dicembre 2006 ha definito i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati pre/provisoriamente accreditati per il triennio 2007-2009 ponendo come obiettivo la riduzione dei ricoveri effettuati annualmente nella Regione Veneto fino al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per mille abitanti, come primo strumento per pervenire al corretto regime erogativo e alla appropriatezza dei ricoveri.

Con la DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 la Giunta Regionale ha inoltre ampliato l'elenco delle prestazioni erogabili in regime diurno, procedendo nel trasferimento di alcune attività dal regime ordinario al regime diurno e analizzando ulteriori prestazioni per le quali il progredire delle tecniche medico chirurgiche permette l'erogazione anche nel regime ambulatoriale con sufficiente garanzia di sicurezza per il paziente e per gli operatori.

La DGR n. 452 del 27 febbraio 2007 ha determinato i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2007 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, stabilendo l'ammontare del "budget" di ciascun erogatore privato pre/provvisoriamente accreditato, distinto per macroarea di branca specialistica.

Con la deliberazione n. 734 del 20 marzo 2007, integrata e modificata con la DGR n. 2140 del 10 luglio 2007, è stato favorito il trasferimento dell'erogazione delle prestazioni di chemioterapia e di radioterapia dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale, modificando, in tal senso, la nomenclatura e le tariffe delle prestazioni.

Con DGR n. 1079 del 17 aprile 2007, integrata con DGR n. 2812 dell'11 settembre 2007, al fine di garantire una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse ed una maggiore qualità dell'assistenza, la Giunta Regionale ha approvato il Day Service, innovativo modello organizzativo ed operativo che può essere attuato in via prioritaria in ambito ospedaliero e, previa autorizzazione, in strutture ambulatoriali extraospedaliere.

A quanto finora esposto si deve aggiungere che a livello nazionale il gruppo di lavoro ristretto del progetto "Mattone Prestazioni Ambulatoriali", composto da rappresentanti delle regioni e da medici specialisti ambulatoriali esperti nelle varie discipline, sta ultimando i lavori per l'aggiornamento del "Nomenclatore Tariffario Nazionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale". Il nuovo Nomenclatore prevede l'inserimento di nuove prestazioni, erogate finora solo in regime di ricovero ordinario e/o diurno, che possono essere erogate anche in regime ambulatoriale, tra le quali l'intervento per cataratta, la liberazione del tunnel carpale e l'intervento per ernia inguinale e femorale.

Inoltre, il Ministero della Salute, in attuazione a quanto previsto dal nuovo "Patto per la salute", sta predisponendo un progetto di revisione straordinaria dei Livelli essenziali di assistenza che probabilmente si tradurrà in un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri integralmente sostitutivo del DPCM 29 novembre 2001. Tra le innovazioni di tale documento si sottolinea l'ampliamento del numero delle prestazioni definite "a rischio di non appropriatezza" se erogate in regime di degenza ordinaria e la identificazione di n. 24 prestazioni da trasferire dal regime diurno al regime ambulatoriale, tra le quali compaiono gli interventi per ernia inguinale, femorale ed ombelicale.

In tale scenario, la Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, nel proseguire il lavoro per favorire l'erogazione di prestazioni di ricovero anche nel regime ambulatoriale, ha istituito un apposito gruppo tecnico, composto da esperti clinici delle strutture sanitarie pubbliche e private pre/provvisoriamente accreditate, al fine di analizzare il contesto e promuovere l'erogazione anche nel regime ambulatoriale degli interventi per ernia inguinale e femorale nei pazienti con età maggiore di 17 anni, prestazioni finora erogate nel solo regime di ricovero e riconducibili al DRG 162 ("Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17, no CC").

Dai dati disponibili nel sistema informativo sanitario regionale circa i ricoveri afferenti al DRG 162, è emerso che, nell'anno 2006, presso le strutture pubbliche e private pre/provvisoriamente accreditate, sono stati effettuati n. 2.264 ricoveri ordinari (pari al 22,8%) e n. 9.929 i ricoveri in regime diurno (pari al 77,2%). La percentuale dei ricoveri ordinari appare molto differenziata tra gli erogatori pubblici e gli erogatori privati pre/provvisoriamente accreditati (13,0% verso 37,3%).

Il gruppo di lavoro, nel valutare il numero e la tipologia di ricoveri, non ha rappresentato significative problematiche cliniche nella proposta di effettuare, anche nel regime ambulatoriale, gli interventi per ernia inguinale e femorale nei pazienti con età maggiore di 17 anni.

Inoltre, nell'ambito dei lavori del gruppo tecnico, è stata richiesta all'Azienda Ulss n. 9 (Treviso), all'Azienda Ospedaliera di Verona ed all'Ospedale Classificato Sacro Cuore di Negrar, struttura privata pre/provvisoriamente accreditata afferente all'Azienda Ulss n. 22, un'analisi dei costi di produzione del DRG 162, secondo la metodologia prevista dal Decreto Ministeriale 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera". E', inoltre, stata messa a disposizione del gruppo tecnico l'analisi dei costi effettuata, nell'anno 2003, dall'Azienda Ospedaliera di Padova. A tal proposito si sottolinea che non si è potuto prendere in considerazione l'analisi dei costi dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata in quanto non è stata resa disponibile da parte della medesima Associazione.

Dal confronto tra i costi riportati per la produzione del DRG 162 presso gli erogatori pubblici e privati pre/provisoriamente accreditati, anche se i dati hanno evidenziato una differenza nei costi medesimi, si evince che l'attuale tariffa prevista dalla DGR n. 916/2006 risulta essere appropriata e quindi può essere riconfermata.

Ciò premesso, coerentemente con il principio di appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie che coniuga l'esigenza di garantire un identico beneficio per il paziente con un minore impiego di risorse, ed in linea con quanto si sta delineando a livello nazionale, si propone di assumere le seguenti determinazioni al fine di favorire l'erogazione, anche nel regime ambulatoriale, degli interventi di ernia inguinale e femorale nei pazienti con età maggiore di anni 17.

Erogazione in regime di ricovero

Per quanto riguarda l'effettuazione degli interventi di ernia inguinale e femorale nei pazienti con età maggiore di anni 17 in regime di ricovero, DRG 162, si propone, a decorrere dal 1 gennaio 2008 ed in via provvisoria, di confermare la tariffa pari a euro 1.386,13 per la remunerazione della prestazione effettuata in regime di ricovero ordinario e di introdurre una tariffa pari a euro 1.040,00 per la remunerazione della prestazione effettuata in regime di ricovero diurno.

Le nuove tariffe del regime di ricovero sono da intendersi integrative e modificative di quanto previsto dagli allegati A e B della DGR n. 916 del 28 marzo 2006, fermo restando, per il regime di ricovero ordinario, la degenza media (2 giorni) ed il valore soglia (7 giorni).

La differenziazione della tariffa prevista per la remunerazione del DRG 162 nel regime di ricovero diurno trova la sua giustificazione in quanto alla corrispondente tariffa prevista per il ricovero ordinario è stata sottratta la percentuale del 25%, corrispondente alle spese alberghiere ed ai costi di degenza di due giornate di ricovero, degenza media indicata dalla DGR n. 916/2006.

Coerentemente con l'obiettivo di ridurre i ricoveri effettuati annualmente nella Regione Veneto raggiungendo un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per mille abitanti, come primo strumento per pervenire al corretto regime erogativo e alla appropriatezza dei ricoveri (DGR n. 4449/2006), si propone di riconoscere, quale "valore soglia" di ammissibilità per il DRG 162 in regime di ricovero ordinario, la percentuale del 13%, pari alla percentuale rilevata nell'anno 2006 presso gli erogatori pubblici.

La percentuale del 13% va calcolata sul totale delle prestazioni erogate sia in regime di ricovero che ambulatoriale nell'anno di riferimento dalle strutture pubbliche e private pre/provisoriamente accreditate, per gli assistiti veneti e residenti extraveneto. Gli eventuali ricoveri ordinari (DRG 162) effettuati in esubero rispetto al valore soglia saranno remunerati con la tariffa prevista per il ricovero diurno.

Erogazione in regime ambulatoriale

Si propone di inserire nel Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale Regionale, con decorrenza dal 1 gennaio 2008, le seguenti prestazioni con le relative tariffe:

v Branca specialistica: 9 – Chirurgia generale

codice N.T. – HIA 53.00.1

Descrizione: RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

Tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori: euro 1.140,00

Tariffa ai fini del ticket: euro 1.054,00

v Branca specialistica: 9 – Chirurgia generale

codice N.T. – HIA 53.00.2

Descrizione: RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

Tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori: euro 1.140,00

Tariffa ai fini del ticket: euro 1.054,00

v Branca specialistica: 9 – Chirurgia generale

codice N.T. – HIA 53.21.1

Descrizione: RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

Tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori: euro 1.140,00

Tariffa ai fini del ticket: euro 1.054,00

v Branca specialistica: 9 – Chirurgia generale

codice N.T. – HIA 53.29.1

Descrizione: RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

Tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori: euro 1.140,00

Tariffa ai fini del ticket: euro 1.054,00

L'inserimento di tali prestazioni è da intendersi integrativo e modificativo di quanto precedentemente sancito dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 4776 del 30 dicembre 1997 e sue successive modifiche ed integrazioni.

La determinazione delle tariffe sopra riportate trova giustificazione nel fatto che le prestazioni sopra riportate, se in regime di ricovero, generano il medesimo DRG e per definizione comportano il medesimo assorbimento di risorse.

Pertanto vengono inserite, provvisoriamente, con la medesima tariffa prevista per il corrispondente DRG 162 erogato in regime diurno (euro 1.040,00), aggiungendo a quest'ultima l'importo di euro 100,00 quale incentivazione per favorire il trasferimento dell'attività dal regime di ricovero al regime ambulatoriale.

Sotto l'aspetto autorizzativo, disciplinato dalla L.R. n. 22 del 16.8.2002, si ritiene necessario che le stesse siano erogate esclusivamente presso le strutture ospedaliere e presso le strutture extraospedaliere di chirurgia. A tale riguardo con il presente provvedimento si deve intendere ampliato l'elenco di prestazioni di cui alla DGR n. 549 del 12.2.2005. Similmente l'erogazione delle prestazioni in oggetto con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale deve avvenire esclusivamente presso gli erogatori ospedalieri pubblici e privati pre/provvisoriamente accreditati, attualmente abilitati (ex DGR 3223 dell'8.11.2002) all'erogazione delle medesime prestazioni in regime di day surgery e presso le strutture extraospedaliere di chirurgia.

Anche per le prestazioni ambulatoriali oggetto del presente provvedimento, deve essere prevista la redazione della cartella ambulatoriale quale documentazione valida a tutti gli effetti medico legali, compilata da parte dello specialista, che deve contenere la registrazione di tutti gli atti assistenziali erogati al paziente nel corso dei vari accessi alla struttura sanitaria relativi alla fruizione delle prestazioni stesse.

Resta inteso che permane la possibilità di erogare le suddette prestazioni anche in regime di ricovero ordinario e diurno, come meglio sopra specificato, in considerazione delle condizioni cliniche e delle problematiche sociali del paziente.

Per le Aziende Ospedaliere e per le strutture private pre/provvisoriamente accreditate, per l'anno 2008, la remunerazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni in parola, erogate in regime ambulatoriale, deve comunque avvenire nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera. Ciò in attesa della determinazione delle soglie di appropriatezza della erogazione delle prestazioni nel regime diurno ed ambulatoriale, che comporterà la definizione di uno specifico fondo ambulatoriale, come previsto dalla DGR n. 452 del 27 febbraio 2007, dalla successiva circolare applicativa nonché dalla DGR n. 1081 del 17 aprile 2007.

Come già evidenziato le tariffe degli interventi di ernia inguinale e femorale effettuati nel regime di ricovero, ordinario e diurno, e nel regime ambulatoriale, così come stabilite dal presente provvedimento, hanno carattere provvisorio in attesa dell'eventuale determinazione delle relative tariffe da parte del Ministero della Salute ed in attesa del completamento dell'analisi dei costi delle prestazioni svolta dalla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari.

Si rappresenta, infine, che sul contenuto del presente provvedimento sono state informate le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica e non medica, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni nonché del comparto.

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, comma 2 dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato la regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

VISTO l'allegato 2 del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

VISTO il decreto del Ministero della Salute 12 settembre 2006;

VISTA la DGR n. 4776 del 30 dicembre 1997 e sue successive modifiche ed integrazioni;

VISTE le DGR n. 492 dell'8.3.2002, n. 2227 del 9.8.2002 e n. 3972 del 30.12.2002;

VISTA la DGR n. 2883 del 3.10.2003, integrata e modificata con DGR n. 2468 dell'1 agosto 2006, DGR n. 3850 del 5 dicembre 2006 e DGR n. 2612 del 7 agosto 2007;

VISTA la DGR n. 916 del 28 marzo 2006, integrata e modificata con la DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006;

VISTA la DGR n. 4449 del 28 dicembre 2006;

VISTA la DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006;

VISTA la DGR n. 734 del 20 marzo 2007, integrata e modificata con la DGR n. 2140 del 10 luglio 2007

VISTA la DGR n. 1079 del 17 aprile 2007, integrata con DGR n. 2812 dell'11 settembre 2007]

delibera

1. di stabilire che, a decorrere dal 1 gennaio 2008 ed in via provvisoria, la tariffa del DRG 162 ("Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17, no CC") sia pari a euro 1.386,13 per la remunerazione del ricovero ordinario e pari a euro 1.040,00 per la remunerazione del ricovero diurno, integrando e modificando in tal senso quanto previsto dagli allegati A e B della DGR n. 916 del 28 marzo 2006.

2. di stabilire quale valore soglia di ammissibilità per il DRG 162 in regime di ricovero ordinario la percentuale del 13%, calcolata sul totale delle prestazioni erogate sia in regime di ricovero che ambulatoriale nell'anno di riferimento dalle strutture pubbliche e private preaccreditate, per gli assistiti veneti e residenti extraveneto.

3. di stabilire che gli eventuali ricoveri ordinari del DRG 162 effettuati in esubero rispetto al valore soglia di cui al punto 2. sono remunerati con la tariffa prevista per il ricovero diurno.

4. di inserire nel Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale Regionale, con decorrenza dal 1 gennaio 2008 ed in via provvisoria, le seguenti prestazioni con le relative tariffe:

v Branca specialistica: 9 – Chirurgia generale

codice N.T. – HIA 53.00.1

Descrizione: RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

Tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori: euro 1.140,00

Tariffa ai fini del ticket: euro 1.054,00

v Branca specialistica: 9 – Chirurgia generale

codice N.T. – HIA 53.00.2

Descrizione: RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

Tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori: euro 1.140,00

Tariffa ai fini del ticket: euro 1.054,00

v Branca specialistica: 9 – Chirurgia generale

codice N.T. – HIA 53.21.1

Descrizione: RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

Tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori: euro 1.140,00

Tariffa ai fini del ticket: euro 1.054,00

v Branca specialistica: 9 – Chirurgia generale

codice N.T. – HIA 53.29.1

Descrizione: RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

Tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori: euro 1.140,00

Tariffa ai fini del ticket: euro 1.054,00

5. di stabilire che per le Aziende Ospedaliere e per le strutture private preaccreditate, per l'anno 2008, la remunerazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni di cui al punto 4., erogate in regime ambulatoriale, deve avvenire nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera.