REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 255 LEGISLATURA N. VIII

seduta del	pag.
18/01/2010	1
delibera	
55	

DE/ME/S04 0 NC

Oggetto: Accordo per l'anno 2009 con le case di cura private multispecialistiche della Regione Marche.

Prot. Segr. 2417

L'anno duemiladieci addì 18 del mese di gennaio in Ancona presso la sede della Regione Marche si è riunita la Giunta Regionale regolarmente convocata:

- Spacca Gian Mario	Presidente
- Petrini Paolo	Vice Presidente
- Amagliani Marco	Assessore
- Benatti Stefania	Assessore
- Carrabs Gianluca	Assessore
- Donati Sandro	Assessore
- Marcolini Pietro	Assessore
- Mezzolani Almerino	Assessore
- Rocchi Lidio	Assessore
- Solazzi Vittoriano	Assessore

Sono assenti:

- Badiali Fabio	Assessore

Essendosi in numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Spacca Gian Mario che dichiara aperta la seduta alla quale assiste il Segretario della Giunta regionale Moroni Elisa.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

Riferisce in qualità di relatore: L' Assessore Mezzolani Almerino.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO

OGGETTO: ACCORDO PER L'ANNO 2009 CON LE CASE DI CURA PRIVATE MULTISPECIALISTICHE DELLA REGIONE MARCHE.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera a) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello statuto della regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

D E L I B E R A

1) di recepire ed approvare l'Accordo per l'anno 2009 con le Case di Cura Private Multispecialistiche della Regione Marche così come concordato con le organizzazioni rappresentative di categoria nel testo di cui all'Allegato A che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2) di approvare conseguentemente i Budget 2009 delle Case di Cura Private Multispecialistiche della Regione Marche così come risultanti nell'Allegato B che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
3) di precisare che le tariffe che le Case di Cura Multispecialistiche dovranno applicare dal 1° gennaio 2009 sono quelle specificate nell'allegato A di cui al punto 1);
4) di precisare inoltre che la tariffa per l'iniezione intravitreale - da applicare con decorrenza 1° gennaio 2010 - indipendentemente dal livello di erogazione, è di € 290,00 a rettifica di quanto per mero errore materiale è riportato nel testo dell'Accordo;
5) di stabilire che le Zone Territoriali facciano fronte alla spesa per le prestazioni erogate entro i limiti dei budget indicati nell'Accordo con la quota del Fondo Sanitario loro assegnato sulla base della deliberazione amministrativa n. 277/1999;
6) di costituire una Commissione paritetica REGIONE/AIOP per la valutazione dell'impatto economico del costo del lavoro relativo al rinnovo del CCNL 2008/2009.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
~~(Dott. Bruno BRANDONI)~~
Elisa Moroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Dott.Gian Mario SPACCA)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

LA NORMATIVA CHE REGOLAMENTA IL RAPPORTO CON GLI EROGATORI PRIVATI

Si conferma per intero il quadro di riferimento contenuto nel documento istruttorio dell'Accordo 2007 (DGR 1331/2008).

GLI ATTI DELLA REGIONE MARCHE NEL SETTORE DELLE CASE DI CURA MULTISPECIALISTICHE NEL PERIODO 2002-2008

Dal 2002 al 2008 la Regione Marche ha regolamentato i rapporti con le Case di Cura Multispecialistiche con una serie di Accordi ratificati da successive deliberazioni di Giunta regionale:

a) la DGR 1294/2003 relativa agli anni 2002-2003;
b) la DGR 1551/2004 relativa all'anno 2004;
c) la DGR 1592/2005 relativa all'anno 2005;
d) la DGR 930/2007 relativa all'anno 2006;
e) la DGR 1331/2008 relativa all'anno 2007;
f) la DGR 800/2009 relativa all'anno 2008.

Nel periodo indicato gli obiettivi principali degli accordi hanno riguardato:

1. il riconoscimento dell'impatto degli accordi sindacali relativi ai vari bienni contrattuali e, in alcuni anni, dell'incremento del costo della vita, attraverso un incremento percentuale del budget per i residenti nella Regione Marche;
2. la definizione di un sistema tariffario coerente con il punto 1.;
3. la definizione di un sistema per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e di un conseguente sistema di abbattimento della produzione a rischio di inappropriatezza.

Questi Accordi hanno consentito il mantenimento dei costi nei limiti di spesa programmati ed il riconoscimento dell'impatto dei contratti fino al biennio contrattuale 2006-2007.

IMPOSTAZIONE GENERALE DELL'ACCORDO PER L'ANNO 2009

L'Accordo per l'anno 2009 opera in sostanziale continuità con gli Accordi degli anni precedenti, ricalcandone l'impostazione. Esso è stato sottoscritto in data 14.12.2009 dall'AIOP che, con nota del 17.12.2009 (prot. n. 103), ha chiesto l'immediata costituzione di una Commissione paritetica REGIONE/AIOP per la valutazione dell'impatto economico del costo del lavoro relativo al rinnovo del CCNL 2008/2009. Si segnala inoltre che, per mero errore materiale, la tariffa per l'attività di iniezione intravitreale dal 1° gennaio 2010 è stata riportata nel testo dell'Accordo pari a € 250,00 invece di € 290,00 che costituirà l'effettiva tariffa da applicare dal 1° gennaio 2010 indipendentemente dal livello di erogazione.

Alcuni DRG da sottoporre a monitoraggio riportati nella Tabella 2 e nella Tabella 3 sono stati modificati nel 2009 a seguito dell'introduzione della 24^ versione del sistema di classificazione dei DRG. Le relative modifiche verranno comunicate nella circolare esplicativa sui contenuti dell'Accordo che verrà inviata alle Zone Territoriali dell'ASUR ed alle Case di Cura.

Per i motivi esposti si propone:

1) di recepire ed approvare l'Accordo con le Case di Cura Private Multispecialistiche della Regione Marche per l'anno 2009 così come concordato con le organizzazioni rappresentative di categoria nel testo di cui all'Allegato A che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2) di approvare conseguentemente i Budget 2009 delle Case di Cura Private Multispecialistiche della Regione Marche così come risultanti nell'Allegato B che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione
3) di precisare che le tariffe che le Case di Cura Multispecialistiche dovranno applicare dal 1° gennaio 2009 sono quelle specificate nell'allegato A di cui al punto 1);
4) di precisare inoltre che la tariffa per l'iniezione intravitreale - da applicare con decorrenza 1° gennaio 2010 - indipendentemente dal livello di erogazione, è di € 290,00 a rettifica di quanto per mero errore materiale è riportato nel testo dell'Accordo
5) di stabilire che le Zone Territoriali facciano fronte alla spesa per le prestazioni ospedaliere effettivamente erogate e nei limiti dei budget indicati nell'accordo con la quota del fondo sanitario assegnato nei limiti stabiliti dalla deliberazione amministrativa n. 277/99.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Claudio M. MAFFEI)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Carmine RUTA)

La presente deliberazione si compone di n. 13 pagine, di cui n. 14 pagina di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
~~(Dott. Bruno BRANDONI)~~
Elisa Moroni

ALLEGATO A

ACCORDO PER L'ANNO 2009 CON LE CASE DI CURA PRIVATE MULTISPECIALISTICHE ACCREDITATE DELLA REGIONE MARCHE.

ASPETTI GENERALI

Il presente Accordo disciplina in termini generali per l'anno 2009 il rapporto con le Case di Cura private Multispecialistiche della Regione Marche e dovrà essere recepito con deliberazione di Giunta Regionale.

L'ACCORDO 2009

Si concorda che:

1. il budget di partenza per i residenti è quello 2008 stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 800 del 18.05.2009;

2. tale valore viene incrementato del 2,5 % (vedi Tabella 1);

3. per l'attività residenziale relativa ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) di Villa Igea viene confermato il budget specifico attribuito nel 2008 pari a 270.000 € ricompreso nel budget risultante nella Tabella 1;

4. per l'attività di Cardiologia riabilitativa di Villa Serena viene riconosciuto per intero il valore della produzione corrispondente alla casistica inviata dal Presidio di Alta Specializzazione Lancisi;

5. fermo restando il budget complessivo di struttura - costituito dalla sommatoria dei budget specifici per l'attività di ricovero, residenziale e ambulatoriale - a livello locale sono possibili accordi, su richiesta della Casa di Cura, tra la stessa e la Zona Territoriale (ZT) tali da rendere "comunicanti" i budget delle diverse tipologie di prestazioni (ricovero, residenziale, ambulatoriale). Tale procedura, fermo restando il budget di struttura, è applicabile anche alle Case di Cura con punti di erogazione situati in ZT diverse ed il relativo Accordo va stipulato dalla Casa di Cura con tutte le ZT interessate. Tali trasferimenti di budget saranno ritenuti validi purché concordati in corso d'anno e non a consuntivo;

6. in sede di Accordo tra ZT e Casa di Cura, quest'ultima deve autocertificare il possesso dei requisiti minimi di personale previsti dalla DGR 2200/2000 e successive modifiche ed integrazioni;

7. nell'ambito degli accordi previsti tra le Case di Cura private e le Zone Territoriali, il superamento programmato e concordato con la Zona Territoriale del limite del budget assegnato è possibile per attività di particolare rilevanza per le quali sussistono lunghe liste di attesa ed importante mobilità passiva extraregionale. La copertura economica di tale superamento deve rimanere tuttavia all'interno dei limiti del budget complessivo assegnato alla Zona Territoriale interessata. Alcune integrazioni programmate del budget per specifiche attività sono già previste nella deliberazione di Giunta regionale n. 1306/2009 relativa al budget 2009 dell'ASUR/Zone Territoriali. Al di fuori di queste situazioni non è prevista la possibilità di riconoscere alcuna attività extra-budget;

8. le Case di Cura che non avessero guadagnato con la produzione liquidabile relativa all'anno 2009 la quota di incremento del 2,5 % del budget rispetto al 2008 potranno portare tale quota nel budget 2010 ed averla riconosciuta per lo svolgimento di attività concordate con la Zona di competenza;

9. si conferma anche per il 2009 il Progetto Regionale Ortopedia della Casa di Cura Villa dei Pini di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1306/2009;

10. si prende atto del Progetto di sviluppo protesi (sia di anca che di ginocchio) della Casa di Cura Villa Anna di cui alla DGR n. 1306/2009.

ATTIVITÀ CHIRURGICA

Si concorda di definire un Regolamento condiviso con l'AIOP per la gestione a livello ambulatoriale delle procedure chirurgiche di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 858/2009 e 1075/2009 e di effettuare tale trasferimento dopo la sua approvazione.

Fermo restando il regime di autorizzazione e accreditamento provvisorio, le Case di Cura Multispecialistiche della Regione Marche autorizzate all'attività di chirurgia generale possono, in via transitoria, effettuare anche in assenza di una autorizzazione specifica una produzione specialistica in tali settori, purché tale produzione non risulti prevalente rispetto alla produzione chirurgica complessiva e sia effettuata nel rispetto dei requisiti specifici stabiliti dal Manuale di Autorizzazione per le attività in questione.

In particolare, nel caso che le prestazioni incluse in tale produzione rientrino tra quelle effettuabili in regime di day surgery (per l'elenco di tali interventi occorre fare riferimento alla DGR 609/2002, allegato 2, ed alle "Linee guida per l'organizzazione della attività di day surgery" approvate dalla Conferenza Stato – Regioni del 1° agosto 2002), la struttura dovrà possedere i requisiti previsti al paragrafo DS del Manuale di Autorizzazione integrati con i requisiti previsti dalla ~~DGR~~ 100 del 12.02.2007.

RICOVERI PER DRG MEDICI

A meno di diversi specifici accordi locali i ricoveri per i DRG medici verranno considerati appropriati se:

- disposti dal Pronto Soccorso di un ospedale pubblico (ricoveri ordinari acuti);
- concordati come protocollo con la zona di competenza (day hospital);
- disposti dai reparti per acuti di strutture pubbliche (lungodegenza);
- disposti su richiesta del medico di medicina generale in aderenza ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR 1212/2004.

Per i ricoveri da Pronto Soccorso, che dovranno essere contraddistinti all'interno del File A "Ricoveri ospedalieri ordinario/diurno" compilando il campo "autorizzazione" (posizione 118) con il valore "3" (ricovero richiesto da Pronto Soccorso pubblico), non verrà richiesto dalla struttura pubblica il rimborso per le prestazioni erogate dal Pronto Soccorso stesso.

Inoltre:

a) i ricoveri ripetuti per il medesimo DRG medico dello stesso paziente con rientro entro 4 giorni verranno cumulati con il precedente ricovero ai fini della sua valorizzazione. I ricoveri ripetuti per lo stesso DRG medico dello stesso paziente con rientro entro un intervallo temporale tra 5 e 10 giorni subiranno un abbattimento del 10%, a meno che tali ricoveri non siano disposti dal Pronto Soccorso della struttura pubblica;
b) i ricoveri diurni di tipo medico verranno riconosciuti appropriati se coerenti con i protocolli approvati dalla (e concordati con la) Zona Territoriale competente sulla base delle indicazioni regionali.

CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza dell'attività di ricovero è sottoposta a verifica secondo le indicazioni della DGR 1212/2004 e successivi aggiornamenti. I controlli verranno effettuati almeno sul 10% dei ricoveri. Le attività di controllo sull'appropriatezza dei ricoveri riguarderanno inoltre:

a. tutti i fenomeni critici evidenziati nella produzione 2008 (vedi Tabella 2 e Tabella 3);
b. le casistiche ad alto rischio di inappropriatezza identificate in base agli indicatori utilizzati dal Servizio Salute per il monitoraggio dell'attività di ricovero e dalle altre Regioni nell'ambito della verifica degli addebiti per le prestazioni erogate ai loro residenti.

I controlli verranno coordinati dal Servizio Salute in collaborazione con il CVPS dell'ASUR. L'impatto degli esiti dei controlli verranno definiti a livello locale con il coinvolgimento eventuale del Servizio Salute e dell'AIOP.

TARIFFE

In attesa di una revisione complessiva del sistema tariffario, si confermano le tariffe stabilite nella DGR 800/2009. Dal momento che vi sono attività che risultano in modo documentato valorizzate in eccesso dal corrispondente DRG rispetto agli effettivi costi di produzione ed altre che richiedono invece un incremento della tariffa, si utilizzerà per il solo 2009 un sistema di regressioni tariffarie o sconti da una parte e di premi di produzione dall'altra per le prestazioni sui residenti nella Regione Marche:

a) i trattamenti che prevedono la iniezione intravitreale di farmaci rimborsabili sulla base delle determinazioni AIFA che li regolamentano verranno valorizzati con la tariffa di un giorno del DRG 42 codificando la procedura con il codice 1479. Verrà applicato per i trattamenti con Avastin uno sconto del 30 %, mentre per i trattamenti con Macugen verrà applicato uno sconto del 20 %, per i trattamenti con Lucentis non sono previsti sconti;

b) per l'attività di discolisi con tecnica laser verrà riconosciuta la tariffa per il ricovero di due o più giorni fino al massimo del 30% dei casi trattati, mentre per i restanti casi verrà riconosciuta la tariffa del ricovero di 1 giorno;

c) per l'attività di discolisi con ozono si riconoscerà un valore pari a quello che si ottiene applicando la tariffa per i ricoveri di un giorno del DRG 500 abbattuta del 40% (tale attività andava sospesa nelle strutture interessate a seguito della nota della P.F. Rapporti con le strutture ospedaliere private e mobilità passiva del 06/07/09, prot. 383170/SO4/RSO/CMM);

d) per il DRG 479, quando corrispondente in base alla diagnosi principale ad un intervento sulle varici con la tecnica laser (codice intervento 39.59 *altra riparazione di vasi*), verrà riconosciuta – in attesa di rideterminare i criteri di codifica – una tariffa pari a quella del ricovero di 1 giorno fino a concorrenza del numero di ricoveri effettuati per residenti nel 2008, mentre per gli ulteriori ricoveri vi sarà un abbattimento del 40%. Nel caso che l'attività sia iniziata nel corso del 2009 non vi saranno abbattimenti;

e) quando la percentuale dei tagli cesarei sul totale dei parti supera il 38% tutti i DRG per taglio cesareo oltre a questa percentuale verranno valorizzati con la tariffa del parto normale (il calcolo della percentuale e dei relativi abbattimenti verrà effettuato separatamente per l'attività per i residenti e per quella in mobilità attiva);

f) viene previsto un premio di produzione per la sola attività di chirurgia ortopedica sui residenti (con l'esclusione dei DRG ortopedici ad alto rischio di inappropriatezza quanto eseguiti in regime di ricovero ordinario riportati nell'allegato B del Patto per la Salute 2010 – 2012) pari al 5% del valore complessivo;

g) per l'attività di lungodegenza (codice 60) la tariffa giornaliera viene incrementata del 10% con valore anche per il 2010.

Per quanto riguarda le prestazioni di cui alle lettere a), b), c) e d) erogate a utenti residenti fuori regione, verranno effettuati gli eventuali abbattimenti previsti dal Testo Unico per la gestione della mobilità sanitaria 2009.

Per quanto riguarda le tariffe dei nuovi DRG generati dall'aggiornamento e dall'utilizzo dei sistemi di classificazione ICD-9-CM versione 2007 e della corrispondente versione 24^ della classificazione dei DRG, esse verranno comunicate non appena determinate. Nel frattempo valgono provvisoriamente le tariffe attualmente in uso per i "vecchi" DGR corrispondenti come indicato nella nota del Servizio Salute del 19.01.2009 (prot. 35318/S04/OBB/CMM).

Si concorda che dall'1/01/2010 le iniezioni intravitreali di farmaci verranno erogate in regime ambulatoriale con una tariffa di 250 euro comprensiva di una visita oculistica pre-trattamento e di una nei giorni immediatamente successivi al trattamento. La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco che verrà addebitato con il file F. Qualora il relativo provvedimento dovesse far partire il trasferimento di tali procedure a livello ambulatoriale in una data successiva al 01.01.2010, si concorda che da tale data fino all'entrata in vigore del provvedimento le corrispondenti attività di ricovero verranno valorizzate per un importo corrispondente a quanto previsto a livello ambulatoriale secondo modalità che verranno successivamente comunicate.

Si concorda che dall'1/01/2010 l'intervento con tecnica laser sulle varici degli arti inferiori verrà codificato con il codice della legatura e stripping di vene e che in ogni caso tale intervento verrà da tale data valorizzato con riferimento alla tariffa del DRG 119 per il ricovero di un giorno.

MODALITÀ DI ACCESSO ALL'ATTIVITÀ DI RICOVERO

Il ricovero può essere proposto da qualunque medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale. Esso può essere inoltre disposto da un Pronto Soccorso di struttura pubblica o richiesto per trasferimento da un reparto di una struttura pubblica.

Nel caso di paziente che senza essere transitato da Pronto Soccorso o dal medico di medicina generale o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale si presenti ad una Casa di Cura, questa potrà disporne autonomamente il ricovero laddove la condizione clinica non consenta il rinvio al Pronto Soccorso o comunque nei casi in cui si possa configurare l'omissione di soccorso.

Il modulo di invio da Pronto Soccorso o di trasferimento da un reparto di struttura pubblica è un documento probante ai fini del riconoscimento della appropriatezza del ricovero.

PRESTAZIONI INCLUSE NELL'ATTIVITÀ DI RICOVERO

Sono da erogarsi obbligatoriamente all'interno dell'episodio di ricovero senza ulteriori oneri per il Servizio Sanitario Regionale e senza costi o disagi per il cittadino:

a) gli esami preliminari al ricovero per la valutazione del rischio anestesiologico;
b) i controlli e le medicazioni post-dimissione di cui alla DGR n.926 del 19.04.1999.

Il rispetto di queste regole va verificato con appositi controlli dalla Zona Territoriale competente per territorio.

PRESTAZIONI PER I RESIDENTI DI ALTRE REGIONI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

I requisiti di appropriatezza di cui alla deliberazione di Giunta regionale 1212/2004 e dei relativi decreti applicativi valgono sia per la produzione in favore di utenti residenti che per quella in favore di utenti non residenti nella Regione. Lo stesso vale per gli ulteriori controlli di appropriatezza previsti nel paragrafo dedicato.

Il Servizio Salute in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria e le Zone Territoriali/ASUR comunicherà le contestazioni effettuate dalle altre Regioni sia relativamente ai dati anagrafici che ha i controlli di appropriatezza previsti dal Testo Unico della Mobilità Sanitaria 2009. Le Case di Cura dovranno fornire la documentazione necessaria nei tempi previsti per il rispetto delle scadenze per l'invio delle controdeduzioni secondo le indicazioni del Testo Unico.

Per quanto riguarda le contestazioni sia di tipo anagrafico che relative alla appropriatezza delle prestazioni in mobilità attiva avanzate dalle altre Regioni, erogate sia nel 2009 che negli anni precedenti, l'eventuale impatto economico sarà a carico della struttura erogante indipendentemente dalla data di chiusura dell'accordo bilaterale o dell'eventuale Collegio Arbitrale. Le corrispondenti note di credito verranno emesse immediatamente a seguito di tali chiusure.

Il Servizio Salute provvede a trasmettere all'AIOP e all'ARIS i documenti di intesa relativi agli Accordi di confine con le altre Regioni su cui andrà programmata e regolamentata l'attività in mobilità attiva.

Per quanto attiene la remunerazione delle prestazioni erogate in regime di mobilità attiva, fino a che le procedure relative alla mobilità interregionale 2009 non verranno concluse, verranno liquidati gli addebiti fino al 90% del valore della produzione in mobilità attiva extraregionale delle Casa di Cura per l'anno 2008. Il saldo fino al 100% del valore della produzione in mobilità attiva 2008 sarà erogato – anche sulla base dell'esito delle contestazioni – entro il 31/12/2010. Il rimanente importo sarà erogato entro il 30/06/2011.

Nell'eventualità che le contestazioni sugli addebiti 2009 da parte delle diverse Regioni dovessero superare per la singola struttura il 10% del valore della produzione in mobilità attiva per il 2008, si effettuerà nei mesi successivi una ulteriore trattenuta sulla liquidazione della produzione in mobilità attiva 2009 secondo modalità che verranno concordate tra Servizio Salute ed AIOP.

Nei limiti di quanto sopra riportato la liquidazione delle fatture dovrà avvenire, a cura della Zona Territoriale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

DEBITI INFORMATIVI

Il debito informativo sulla **specialistica ambulatoriale** prevede, in attuazione dell'art. 50 della Legge n. 326 del 24.11.2003, la trasmissione al Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) dei dati di attività entro il decimo giorno del mese successivo a quello di erogazione della prestazione. Pertanto le strutture private accreditate dovranno trasmettere almeno mensilmente alla Regione Marche il flusso relativo al File C "Specialistica ambulatoriale" secondo le modalità specificamente stabilite.
I dati, solo dopo aver superato i controlli previsti, vengono acquisiti nel database regionale e poi trasmessi al MEF entro le scadenze temporali previste, scadenze che dovranno essere rispettate da tutte le strutture.

Il debito informativo sui **ricoveri** verrà valutato invece con i seguenti parametri:

- tempestività della trasmissione e completezza dei tracciati infrannuali delle SDO;
- presenza nella SDO della data di prenotazione in tutti i ricoveri programmati ordinari e day hospital;
- presenza del codice fiscale del paziente in tutte le SDO.

Solo i dati correttamente acquisiti nel database regionale verranno considerati validi ai fini della fatturazione.

ATTIVITÀ DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

L'Accordo Stato-Regioni del 23.03.2005 "Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" individua, in attesa che le Regioni stabiliscano un valore soglia per le giornate di ricovero in lungodegenza post-acuzie oltre il quale applicare degli abbattimenti tariffari, tale valore soglia in 60 giorni. Pertanto le giornate eccedenti i 60 giorni verranno valorizzate con una riduzione del 30% della tariffa prevista. I ricoveri che supereranno tale limite andranno comunque dettagliatamente motivati nella cartella clinica.

Limitatamente alle Zone Territoriali in cui non siano stati attivati Hospice, i ricoveri dei pazienti "la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici", certificati da apposita richiesta formulata da parte del medico della struttura pubblica (oncologo, medico del Pronto Soccorso), verranno valorizzati con la tariffa della lungodegenza. Nell'ambito degli accordi locali tra le Zone Territoriali e le Case di Cura, potrà prevedersi che i presidi e farmaci ad alto costo necessari per il trattamento di tali pazienti o altri pazienti ad alta intensità assistenziale possano essere forniti direttamente a carico della Zona Territoriale o rimborsati dalla stessa e/o che vengano definite tariffe ad hoc in caso di documentato aumento dei carichi assistenziali e dei relativi standard di personale.

BUDGET 2010 E ANNI SUCCESSIVI

Entro 15 giorni dalla approvazione con deliberazione di Giunta regionale del presente Accordo andrà attivato un tavolo di lavoro Servizio Salute / AIOP per la definizione del sistema tariffario 2010 e per l'impostazione dell'Accordo 2010 e anni successivi.

TABELLA 1

BUDGET 2009 CASE DI CURA PRIVATE MULTISPECIALISTICHE			
ZT	CASE DI CURA	A Budget 2008	B Budget 2009
5	**Villa Serena (1)**	5.928.528	
7	**Villa Igea (2)**	8.572.573	
8	**Sanatrix**	10.453.260	
9	**Dr. Marchetti**	3.246.233	
11	**Villa Verde**	4.818.036	
12	**Villa Anna**	4.634.587	
12	**Stella Maris**	3.830.316	
13	**San Marco**	2.292.697	
	TOTALI	**43.776.230**	

(1) Il budget di Villa Serena comprende il valore storico dell'attività di cardiologia riabilitativa, che va comunque riconosciuta per intero quando disposta dal Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione "Lancisi".

(2) L'attività residenziale per i disturbi del comportamento alimentare di Villa Igea è compresa.

Tabella 2

Criticità nella produzione delle Case di Cura della Regione Marche in area chirurgica da sottoporre a verifica e monitoraggio in base all'analisi della produzione 2008

CODICE	FENOMENO
1	La natura della attività relativa ad DRG 500 con potenziali problemi di contenuto clinico (discolisi con ozono e/o con tecnica laser)
2	La natura delle altre attività sulla colonna e sul sistema nervoso (DRG 4, 8, 497, 498 e 520) con potenziali problemi di codifica e di contenuto clinico (alta specialità neurochirurgica e/o ortopedica)
3	La natura del DRG ortopedico 227
4	La natura della attività del DRG ortopedico 231
5	La natura della attività relativa ai DRG 268 (chirurgia plastica della pelle e della mammella) e 288 (interventi per obesità) potenzialmente di chirurgia estetica
6	La natura della attività relativa ai DRG 342 e 343 (circoncisione) potenzialmente extra-LEA
7	La natura della attività relativa ai DRG 146, 147, 148 e 149 con forti rischi potenziali di sovracodifica per interventi di tipo proctologico
8	La natura della attività (specie in strutture non autorizzate alla attività di ORL) relativa ai DRG 55, 56, 234 e 443 che corrispondono con tariffe molto diverse a interventi di rinoplastica potenzialmente di tipo estetico (i DRG 234 e 443 non sempre corrispondono ad interventi sul naso)
9	La natura delle altre attività di ORL (DRG 53, 59 e 60) in strutture non autorizzate per tale disciplina

CODICE	FENOMENO
10	La natura della attività dei DRG 359 e 364 di chirurgia ginecologica che comprende interventi potenzialmente erogabili a livello ambulatoriale
11	La natura della attività chirurgica corrispondente ai DRG 400 e 402 nei pazienti onco-ematologici
12	La frequenza di DRG complicati al di sopra della media regionale (ad esempio per i DRG 146, 148, 154, 159, 161, 170, 191, 193, 197, 233, 304, 308, 310, 336, 401 e 493)
13	La natura della attività del DRG 217 di chirurgia dermatologica o plastica complessa
14	La attività di chirurgia vascolare (DRG 479) per interventi sulle varici
15	La natura della attività corrispondente ai DRG 120 e 264 di chirurgia vascolare e chirurgia plastica o dermatologica per problemi vascolari agli arti inferiori
16	La natura della altra attività di chirurgia vascolare (DRG 5, 110, 111 e 478)
17	La natura della altra attività dermatologica (DRG 266 e 270)
18	La natura della attività relativa ai DRG 406, 407 e 408 in pazienti con disturbi mieloproliferativi che contiene una attività di terapia – loco regionale dei tumori e include casi generati da una particolare e discutibile codifica delle diagnosi oncologiche
19	La natura della attività urologica (DRG 306 - 313 e 336 – 343) in strutture non autorizzate per tale disciplina
20	La natura della attività relativa al DRG 63 di chirurgia orale o maxillo-facciale

CODICE	FENOMENO
21	La natura della altra attività di chirurgia orale (DRG 169)
22	La produzione di alcuni DRG sentinella (394, 415, 439, 440, 441, 442, 443, 461, 468, 477, 483)
23	La elevata frequenza di esecuzione nel regime di ricovero ordinario di due o più giorni di procedure eseguibili in regime di day surgery
24	Elevata proporzione di ricoveri ordinari per DRG medici nel reparto di chirurgia vascolare (specie per i DRG 131)
25	Elevata proporzione di ricoveri ordinari per DRG medici nel reparto di chirurgia generale

Tabella 3

Criticità nella produzione di area medica e di post-acuzie delle Case di Cura della Regione Marche da sottoporre a verifica e monitoraggio

CODICE	FENOMENO
1	Bassa percentuale di ricoveri ordinari urgenti
2	Effettuazione di day hospital non oncologico (anche se a volte con numeri bassi)
3	Effettuazione di day hospital oncologico
4	Attività di chemioterapia oncologica in regime di ricovero ordinario
5	Effettuazione di ricoveri specialistici in disciplina non autorizzata
6	Effettuazione di ricoveri per DRG ad alto rischio di codifica inappropriata
7	Elevata percentuale di ricoveri brevi e/o per i DRG dei LEA nel reparto di medicina generale
8	Elevato numero di ricoveri ordinari per specifici DRG ad alto rischio di inappropriatezza
9	Degenza media troppo bassa nel reparto di riabilitazione
10	Degenza media troppo elevata in lungodegenza
11	Elevato numero di ricoveri per DRG medici nel reparto di ginecologia-ostetricia
12	Effettuazione di ricoveri per DRG di alta complessità di natura onco-ematologica (DRG 403 e 473)

ALLEGATO B

BUDGET 2009 CASE DI CURA PRIVATE MULTISPECIALISTICHE			
ZT	**CASE DI CURA**	**A Budget 2008**	**B Budget 2009**
5	**Villa Serena (1)**	5.928.528	6.076.741
7	**Villa Igea (2)**	8.572.573	8.786.887
8	**Sanatrix**	10.453.260	10.714.592
9	**Dr. Marchetti**	3.246.233	3.327.389
11	**Villa Verde**	4.818.036	4.938.487
12	**Villa Anna**	4.634.587	4.750.452
12	**Stella Maris**	3.830.316	3.926.074
13	**San Marco**	2.292.697	2.350.014
	TOTALI	**43.776.230**	**44.870.636**

(1) Il budget di Villa Serena comprende il valore storico dell'attività di cardiologia riabilitativa, che va comunque riconosciuta per intero quando disposta dal Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione "Lancisi".

(2) L'attività residenziale per i disturbi del comportamento alimentare di Villa Igea è compresa.