Bur n. 30 del 27/03/2007

(Codice interno: 195754)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 452 del 27 febbraio 2007

D. L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2007.

[Sanità e igiene pubblica]

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

Ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, e del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001 n. 405, la Giunta Regionale è chiamata a programmare l'erogazione, da parte dei soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati, delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza") e a definire l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

Il sistema introdotto con la D.G.R. n. 4776 del 30.12.97 ed applicato, con i necessari adattamenti, negli anni successivi, verte sostanzialmente sulla predeterminazione del limite massimo di spesa sostenibile nell'anno di riferimento, e sulla correlata conseguente fissazione del numero e tipologia delle prestazioni specialistiche erogabili da ciascun soggetto pubblico e privato preaccreditato.

Il quadro finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'Amministrazione regionale per l'anno 2007 è caratterizzato:

- dalle regole contenute nel Nuovo Patto Nazionale sulla Salute siglato tra il Governo e le Regioni e Province Autonome in data 5.10.2006 rep. 2648, nel quale le Regioni, a fronte della disponibilità programmatoria dello Stato circa lo stanziamento e riparto del F.S.N., si sono impegnate ad assumere specifici adempimenti e al rispetto di determinati vincoli, primo tra tutti quello di garantire, in sede di programmazione regionale, l'equilibrio economico finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso;
- dalle regole contenute nell'Intesa Stato Regioni rep. 2271 del 23.3.2005, confermata e prorogata per il triennio 2007/2009 dal succitato Patto;
- dall'attuale criticità della situazione economico finanziaria complessiva della Regione Veneto, evidenziata dai dati di spesa rilevati nel corso dell'anno 2006.

Il rispetto delle suddette regole comporta che la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale sia gestita, in coerenza con quanto definito per l'assistenza ospedaliera, e tenuto conto di quanto disposto dalla Legge n. 296 del 27.12.2006 - Finanziaria 2007, attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati preaccreditati che, assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti, dia certezza del suo contenimento entro l'inderogabile vincolo di bilancio.

Con riferimento a quest'ultimo, la ripartizione dei fondi del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2007 tra le Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere venete, e conseguentemente l'individuazione, anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale, del livello di finanziamento da assegnare a ciascuna azienda sanitaria, costituirà il limite massimo di spesa regionale, all'interno del quale rientreranno sia lo stanziamento per gli erogatori privati preaccreditati (determinato in conformità alle disposizioni del presente provvedimento, ed il cui ammontare è ripartito, all'interno dello stanziamento regionale complessivo, con preciso vincolo di destinazione), sia il budget degli erogatori pubblici.

La necessità di contemperare l'esigenza di un rigoroso controllo delle spesa con quella di fornire comunque all'utenza risposte assistenziali adeguate, implica il governo dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale attraverso un sistema basato su risposte produttive conformi e integrate tra tutti gli erogatori - Aziende U.L.S.S. e Ospedaliere e soggetti privati preaccreditati - con la condivisione del primario obiettivo del rispetto del principio di appropriatezza e della garanzia dell'erogazione in tempi adeguati alle condizioni cliniche del paziente.

A tale riguardo si richiamano gli impegni cui è chiamata l'amministrazione regionale nel dare attuazione al Piano Nazionale di Contenimento delle Liste di Attesa di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006, già oggetto di primo recepimento con D.G.R. n. 2066 del 27.6.2006.

Alla luce del sopra descritto quadro finanziario e normativo, si rende necessario introdurre, già per l'anno 2007, alcuni primi elementi di novità nei criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori privati preaccreditati per l'assistenza specialistica, rispetto a quelli adottati negli anni precedenti.

Ciò come primo passo verso un graduale sostanziale mutamento del sistema di programmazione dell'offerta e, conseguentemente, dell'impostazione complessiva del sistema di budget, il più rispondente possibile ai diversi effettivi fabbisogni locali, in rapporto all'organizzazione dell'Azienda U.L.S.S. di riferimento e all'esigenza di contenere i tempi di attesa.

Tale nuovo sistema entrerà pienamente a regime negli anni prossimi, a seguito della conclusione dell'attività di studio che condurrà l'amministrazione regionale alla definizione del numero appropriato di prestazioni ambulatoriali per abitante.

Il coinvolgimento degli erogatori preaccreditati nel complessivo sistema di governo dell'offerta non può prescindere dall'applicazione, anche da parte loro, del sistema di prioritarizzazione delle agende di prenotazione.

Nello specifico, quindi, gli erogatori privati preaccreditati per le macroaree di "branche a visita", "medicina fisica e riabilitazione" e "radiologia/diagnostica per immagini", così come le Aziende U.L.S.S. e Ospedaliere, sono tenuti, a decorrere dalla data del 1° luglio 2007, al rispetto, all'atto dell'effettuazione della prenotazione nelle proprie agende, del sistema di prioritarizzazione introdotto dalle D.G.R. 3535/2004 e dalla D.G.R. 2066/06.

Il rispetto di tale sistema è accertato, per gli erogatori preaccreditati, dall'Azienda U.L.S.S. competente tramite periodici controlli a campione, i risultati dei quali dovranno essere trasmessi, a consuntivo e per l'intero anno, alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale. In caso di mancata prioritarizzazione delle agende non si darà luogo a remunerazione in supero al budget.

Nel caso si dovessero presentare utenti con ricette prive della classificazione di prioritarizzazione, gli erogatori, pubblici e privati preaccreditati, dovranno comunque prenotare la prestazione in fascia C e informare la Segreteria Regionale Sanità e Sociale. Sono fatte salve le prenotazioni già effettuate relativamente a prestazioni prescritte su ricettario del S.S.R. in data anteriore al 1° luglio 2007.

Per quanto concerne la determinazione dei budget degli erogatori privati preaccreditati, l'esigenza di utilizzare le risorse disponibili secondo criteri di efficacia ed efficienza, e nelle more dell'applicazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 796, lettera "o" della Legge 296/2006 - che impone alle Regioni di riorganizzare la rete delle strutture pubbliche e private accreditate, con particolare riferimento a quelle che fanno ricorso a metodiche automatizzate - rende necessario differenziare il sistema complessivo tra le diverse macroaree sulla base delle differenti criticità assistenziali rilevate.

Il "budget" per l'anno 2007 di ciascun erogatore privato preaccreditato, distinto per macroarea di branca specialistica, è rappresentato dall'importo corrispondente al fatturato realizzato nell'anno 2006 (al lordo, cioè, della regressione tariffaria).

Tale importo (fatturato realizzato anno 2006) deve intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili, nonché le prestazioni rese agli assistiti di altre regioni, oggetto queste ultime di compensazione interregionale e da remunerarsi a tariffa piena, salvo quanto verrà definito in materia da eventuali futuri accordi interregionali, esclusa, inoltre, la quota corrispondente all'incremento finanziario previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 70 del 17.1.2006.

A ciascun erogatore privato preaccreditato viene inoltre riconosciuto un incremento finanziario del 2% da calcolarsi sul budget 2007. Tale incremento, da liquidarsi in dodici rate mensili salvo conguaglio, trova motivazione nell'adeguamento dell'attività erogata agli indici di inflazione reale e in quanto definito in sede di riparto delle risorse da destinare alle Regioni ad opera del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

L'esigenza di quantificare a priori l'ammontare della spesa sanitaria ai fini del raggiungimento dell'equilibrio finanziario, determina la necessità di rimodulare, per l'anno 2007, il meccanismo della regressione tariffaria adottato negli anni passati, prevedendone una diversa incidenza a seconda della macroarea interessata.

In riferimento alle macroaree di "radiologia/diagnostica per immagini", "medicina fisica e riabilitazione" e "branche a visita" è prevista la remunerazione delle prestazioni erogate in supero al budget fino al raggiungimento dell'importo corrispondente al 10% dello stesso. La remunerazione di tale ulteriore attività avviene con abbattimento tariffario pari al:

- 10% per le prestazioni classificate in fascia A di prioritarizzazione;
- 25% per le prestazioni classificate in fascia B di prioritarizzazione;
- 65% per le prestazioni classificate in fascia C di prioritarizzazione.

La remunerazione dell'eventuale attività resa in supero all'importo corrispondente al budget 2007 - maggiorato della percentuale del 10% - sarà assoggettata ad un abbattimento tariffario pari al 90%, indipendentemente dalle classi di priorità indicate in ricetta.

Per gli erogatori privati preacceditati per la macroarea "medicina di laboratorio" le prestazioni erogate in supero al budget assegnato saranno remunerate, per le motivazioni sopra evidenziate, esclusivamente con l'abbattimento tariffario del 90%.

La remunerazione in regressione non concorrerà a costituire il budget relativo all'anno 2008.

In riferimento alle "visite specialistiche" erogate dai singoli professionisti, nei loro studi privati all'interno della macroarea "branche a visita", trova applicazione il meccanismo di regressione tariffaria come sopra descritto.

In applicazione di quanto disposto dalla legge finanziaria 2007 (art. 1 comma 796 lettera "o"), le Aziende U.L.S.S. competenti devono provvedere a liquidare, nei tempi previsti dalle precedenti deliberazioni, a ciascun erogatore privato preaccreditato l'importo da questo fatturato al netto di uno sconto del 2% o del 20% per le prestazioni, rispettivamente, di attività specialistica e di diagnostica di laboratorio erogate dalla data di entrata in vigore della legge finanziaria stessa; tale sconto dovrà essere calcolato secondo le indicazioni che verranno riportate nella nota regionale applicativa del presente provvedimento.

Al fine del raggiungimento del budget assegnato a ciascun erogatore e dell'eventuale remunerazione aggiuntiva in caso di supero dello stesso dovrà essere preso in considerazione l'importo fatturato al lordo dello sconto.

Le prestazioni remunerate con l'abbattimento tariffario del 90% non sono assoggettate a detto sconto.

La necessità di attuare un sistema di programmazione dell'offerta di prestazioni il più rispondente possibile all'effettivo fabbisogno locale, anche in rapporto all'organizzazione dell' Azienda U.L.S.S. di riferimento e all'esigenza di contenere i tempi di attesa, comporta l'introduzione del meccanismo del "budget contrattato".

Ciò anche nella previsione di dare attuazione alle indicazioni contenute nell'art. 8 quinquies del D.Lvo. 502/1992 e nell'art. 17 della L.R. n. 22/2002.

Tale meccanismo, che si applica alle macroaree di "radiologia/diagnostica per immagini", "medicina fisica e riabilitazione" e "branche a visita", per le quali è possibile effettuare una programmazione per singola prestazione e/o per percorso diagnostico/terapeutico, prevede che l'amministrazione regionale definisca, con riferimento a ciascun erogatore privato preaccreditato, la tipologia e quantità di prestazioni da erogare, ed eventualmente la relativa tempistica, corrispondenti ad almeno il 30% del budget ad esso assegnato.

Detto meccanismo ha il fine di ottimizzare l'offerta del bacino di utenza di ciascuna Azienda U.L.S.S., anche in riferimento all'accessibilità dell'utente, tenuto conto dell'organizzazione della stessa e delle potenzialità dell'erogatore.

A tale fine i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. sono tenuti ad assegnare, in applicazione dei criteri sopra descritti, il budget a ciascun erogatore privato preaccreditato del proprio territorio entro il 15 aprile 2007.

Nei successivi trenta giorni i Direttori Generali e gli erogatori privati preaccereditati interessati, entrambi anche di Aziende U.L.S.S. limitrofe a quella sede di attività dell'erogatore privato preaccreditato e comunque preferibilmente di Aziende U.L.S.S. della provincia, comunicano alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale la propria proposta relativa alla tipologia e la quantità di prestazioni che ritengono opportuno acquisire/fornire specificamente.

La Segreteria Regionale provvederà quindi ad istituire appositi tavoli di contrattazione tra le parti interessate per la definizione degli accordi, che verranno dalla stessa formalizzati. Essi potranno avere, eventualmente, carattere pluriennale al fine di facilitare l'erogatore preacceditato nella propria organizzazione, sempre nel rispetto della programmazione regionale.

Nell'eventualità che non si raggiunga l'accordo, l'erogatore privato preaccreditato manterrà comunque l'intero budget assegnato per l'anno 2007 dal Direttore Generale.

Al fine di soddisfare particolari necessità assistenziali sussistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della propria rete erogativa, che danno luogo a tempi di attesa elevati o a problematiche nell'assicurare la continuità assistenziale, e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici, i Direttori Generali hanno la possibilità, con l'utilizzo di risorse proprie, di sviluppare accordi aziendali con gli erogatori privati preaccreditati, preferibilmente insistenti nel territorio di competenza.

Essi potranno consistere sia nell'acquisto "extra budget" di pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali, con una riduzione tariffaria, già comprensiva del succitato sconto da applicare in base alla legge finanziaria 2007, inferiore di almeno il 20% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale, sia nel riconoscimento di un annuale aumento di budget nelle

rispettive macroaree per persistente necessità di integrare l'attività istituzionale delle Aziende U.L.S.S. stesse.

Gli accordi in questione, che dovranno essere preventivamente comunicati alla Segretaria Regionale Sanità e Sociale e dalla stessa autorizzati, possono essere stipulati solamente qualora per le macroaree di "radiologia/diagnostica per immagini", "medicina fisica e riabilitazione" e "branche a visita" sia intervenuto l'accordo sull'erogazione di almeno il 30% del budget.

Si ribadisce che la stipula degli accordi succitati presuppone l'esistenza di un rapporto di preaccreditamento dell'erogatore privato interessato, nella stessa branca specialistica in cui sono comprese le prestazioni che si intendono acquistare o riconoscere come aumento di budget. Non è pertanto ammesso alcun acquisto di prestazioni da erogatori non preaccreditati con il S.S.R..

Il raggiungimento dell'accordo sul "budget contrattato" consente, inoltre, agli erogatori privati preaccreditati, che ne manifestino la volontà, di essere considerati, dalla propria Azienda di afferenza o dalle Aziende limitrofe, preferibilmente della provincia, nell'individuazione dei punti di erogazione in cui vengono garantite le prestazioni di attività specialistica ambulatoriale nei tempi individuati dal Piano Regionale per il contenimento delle Liste di Attesa di cui alla D.G.R. n. 2066 del 27.6.2006 e successive.

Gli erogatori privati preaccreditati per più di una macroarea (con codice di preaccreditamento unico) possono ricorrere al meccanismo di assestamento dei budget assegnati per ciascuna macroarea. Tale meccanismo consente di ricalibrare i budget in rapporto all'effettivo trend di domanda assistenziale, tramite la riduzione di quelli sovrastimati a favore di quelli sottostimati, vale a dire spostando, per ciascuna macroarea, una parte del budget, non oltre il 25%, ad una o più delle altre macroaree, considerate dallo stesso erogatore in sofferenza.

Per la macroarea "medicina di laboratorio", per le motivazioni sopra riportate, l'assestamento del budget può essere effettuato esclusivamente in diminuzione, e fino alla percentuale del 50%, a favore delle altre macroaree.

Lo spostamento di budget non può determinare, per la singola macroarea, un budget inferiore alla soglia minima di 15.000,00 euro prevista dal presente provvedimento, a meno che l'erogatore stesso non intenda rinunciare al rapporto di preaccreditamento per la macroarea al di sotto della soglia.

Detto assestamento di budget potrà attuarsi solamente se è stato raggiunto l'accordo su almeno il 30% del budget e un sola volta nel corso dell'anno, entro e non oltre la fine del primo semestre, e dovrà essere preventivamente autorizzati dalla Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

Non viene invece previsto il meccanismo di assestamento dei budget nei confronti degli erogatori privati titolari di più rapporti di accreditamento provvisorio (i quali generano quindi budget distinti), in quanto l'esperienza maturata ha evidenziato difficoltà di applicazione e ha dato luogo a interpretazioni che hanno generato alcune distorsioni rispetto al fine per il quale era stato originariamente previsto.

Allo scopo di non generare situazioni di budget sottostimati, qualora ad un erogatore privato preaccreditato risulti un budget per il 2007 (in applicazione di quanto previsto dal presente provvedimento) inferiore a quello assegnato per il 2006, a detto erogatore deve essere ripristinata la precedente potenzialità erogativa riconoscendo quale budget per l'anno 2007 il budget dell'anno precedente.

Nel caso in cui un erogatore realizzi, a decorrere dall'anno 2007, per due anni consecutivi, un fatturato inferiore al proprio budget annuale, l'anno successivo il suo budget dovrà essere ridimensionato, sulla base dei fatturati realizzati nei due anni precedenti, in quanto la reale potenzialità dell'erogatore in questione risulta essere effettivamente inferiore al budget assegnato. Inoltre, qualora un erogatore privato preaccreditato non eroghi, a decorrere dall'anno 2007, alcuna prestazione per due anni consecutivi, l'Amministrazione regionale pronuncerà la decadenza del soggetto dal preaccreditamento, non consentendo quindi più all'erogatore in questione di svolgere attività a carico del servizio sanitario.

Viene fatto salvo quanto previsto dalla D.G.R. n. 4302 del 29 dicembre 2004 in riferimento agli erogatori che, in entrambi gli anni 2005 e 2006, abbiano realizzato un fatturato inferiore al proprio budget annuale o non abbiano erogato alcuna prestazione.

La D.G.R. n. 3292 del 22 ottobre 2004 ha introdotto la soglia di budget minimo di 5.000,00 euro per tutti gli erogatori privati preaccreditati.

Le motivazioni alla base di tale disposizione, relative alla non utilità di avere erogatori con un budget annuale troppo basso all'interno del servizio di assistenza sanitaria regionale, fanno ritenere opportuna la riproposizione, anche per l'anno 2007, di una soglia minima, che viene fissata in 15.000,00 euro.

Pertanto, fermo restando quanto previsto dalla D.G.R. n. 4302 del 29 dicembre 2004 per chi è rimasto al di sotto della soglia minima dei 5.000,00 euro negli anni 2005 e 2006, nei confronti degli erogatori privati preaccreditati che, a decorrere dall'anno 2007, per due anni consecutivi restino al di sotto della nuova soglia minima, l'Amministrazione regionale provvederà a dichiarare la decadenza degli stessi dal rapporto di preaccreditamento.

Per gli erogatori che operano in territori con carenze assistenziali oggettivamente dimostrate, il Direttore Generale valuterà l'opportunità di mantenere comunque il rapporto di preaccreditamento e ne darà comunicazione, esplicitandone i motivi, alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

L'applicazione della D.G.R. n. 2468 del 01.08.2006, che dispone l'erogazione, anche in regime ambulatoriale, delle prestazioni di cui ai codici identificativi HIA 13.71, HIA 04.43 e HIA 38.59 del Nomenclatore Tariffario ambulatoriale, secondo i valori soglia ivi definiti, comporta la necessità di introdurre modificazioni nella determinazione dei corrispondenti budget di attività e tetti di spesa ospedalieri e ambulatoriali delle strutture di ricovero private preaccreditate.

Per l'anno 2007 dette prestazioni vengono remunerate, nell'ambito di ciascuna branca specialistica ambulatoriale interessata, con "fondo aggiuntivo", che rimane separato dal budget dell'attività ambulatoriale già assegnato.

Tale fondo è costituito dall'importo relativo al numero dei ricoveri effettuati nell'anno 2005 oltre la soglia prevista dalla D.G.R. n. 2468/2006, per i DRG 6, 39 e 119 (contenenti, in uno qualsiasi dei campi prestazioni, rispettivamente le prestazioni codice HIA 04.43, HIA 13.71, HIA 38.59) valorizzati alle tariffe di cui alla D.G.R. n. 2468 del 01.08.2006, confermate dalla D.G.R. n. 2850 del 05.12.2006.

Le prestazioni erogate in supero al suddetto fondo saranno oggetto di regressione in relazione al tasso di ospedalizzazione registrato nelle singole Aziende U.L.S.S. di residenza dell'assistito, secondo lo schema previsto per il supero del "budget annuale" dalla D.G.R. n. 4449 del 28.12.2006.

Dall'anno successivo, invece, il fondo così creato verrà assorbito dal budget dell'attività specialistica seguendone integralmente le regole.

Tale meccanismo verrà attuato anche per le ulteriori prestazioni di ricovero che si provvederà a ricondurre anche al regime ambulatoriale, ma sempre con erogazione in ambito ospedaliero.

Le strutture che già erogano le sopra citate prestazioni in regime ospedaliero in virtù del preaccreditamento delle funzioni di oculistica, chirurgia generale, ortopedia, chirurgia vascolare, angiologia, neurochirurgia, ma che non sono ad oggi preaccreditate per le corrispondenti branche specialistiche ambulatoriali ai sensi della D.G.R. n. 5007/1996, potranno comunque erogare le prestazioni di cui trattasi in regime ambulatoriale con oneri a carico del S.S.R. A tale fine verrà loro assegnato uno specifico budget ambulatoriale calcolato secondo il meccanismo sopra descritto, finalizzato esclusivamente all'erogazione delle prestazioni codice HIA 04.43, HIA 13.71, HIA 38.59 e non potrà, pertanto, essere utilizzato per l'erogazione delle altre prestazioni della relativa branca specialistica. Tale regime ha natura temporanea, essendo connesso alla completa definizione e attivazione dei percorsi di accreditamento istituzionale ai sensi della L.R. n. 22 del 16.8.2002.

L'individuazione di dette strutture avverrà con nota della Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

In base alla D.G.R. n. 4449 del 28.12.2006 qualora un erogatore privato preaccreditato, in conseguenza della riduzione dei ricoveri, non raggiunga il budget finanziario previsto per la propria attività ospedaliera, la quota finanziaria mancante sarà comunque garantita allo stesso, in aggiunta al budget delle prestazioni ambulatoriali previsto per l'anno successivo.

Tale riconoscimento aggiuntivo, non comporta un incremento del budget ambulatoriale dell'anno successivo, a meno di una corrispondente diminuzione del budget ospedaliero.

Ciascun erogatore privato preaccreditato, in accordo con il proprio Direttore Generale, può beneficiare della quota finanziaria di budget dell'attività ospedaliera, che non prevede di utilizzare in conseguenza della riduzione dei ricoveri, in aggiunta al budget assegnato per l'attività specialistica o ad incremento del "fondo aggiuntivo" relativo alle prestazioni trasferite anche in regime ambulatoriale, già nel corso dell'anno, e non solamente in quello successivo, previa comunicazione alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

Il riordino del sistema di programmazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'ottica di addivenire all'integrazione effettiva tra erogatori pubblici e privati preaccreditati, impone di introdurre, a decorrere dall'anno 2007, un rigoroso sistema di budget anche per le Aziende Ospedaliere.

Tale budget, suddiviso per ciascuna macroarea, è costituito dall'importo alle stesse liquidato complessivamente nell'anno 2006 dalle diverse Aziende U.L.S.S. venete. Il 40% del budget deve essere contrattato, nella tipologia e quantità di prestazioni, ed

eventualmente nella relativa tempistica di erogazione, con le Aziende U.L.S.S. limitrofe, in primis con l'Azienda U.L.S.S. territoriale.

Per il primo anno di attuazione (2007), il superamento del budget assegnato darà luogo alla remunerazione aggiuntiva solamente fino al raggiungimento dell'importo corrispondente al 10% dello stesso, con applicazione delle medesime percentuali di abbattimento tariffario, basate sulle diverse fasce di priorità, previste per gli erogatori privati preaccreditati.

Anche per le Aziende Ospedaliere vale quanto previsto dal presente accordo, con le medesime modalità applicative, in riferimento alla possibilità di sviluppare accordi extra budget ed al meccanismo di assestamento di budget tra le diverse macroaree.

Al fine di assicurare agli erogatori pubblici e privati preaccreditati la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità nell'arco dell'intero anno a venire, si ritiene opportuno riproporre anche per l'anno 2008, con le stesse modalità previste dalla D.G.R. n. 4302 del 29 dicembre 2004, il meccanismo del "budget provvisorio" qualora la Giunta Regionale non approvasse, entro il 31.12.2007, la delibera per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il 2008.

Allo scopo di garantire, inoltre, la continuità assistenziale è necessario che ciascun erogatore effettui un'adeguata programmazione della propria offerta di servizi da erogare con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, distribuendola, senza soluzione di continuità, nell'arco dell'intero anno. A tale fine i Direttori Generali sono chiamati a notificare agli erogatori del proprio territorio, non appena ne avranno disposizione, il testo del presente provvedimento.

I Direttori Generali devono altresì verificare che gli erogatori del proprio territorio non realizzino né dilazioni nei tempi di attesa programmati né interruzioni nell'erogazione dei servizi o di alcune tipologie di prestazioni ambulatoriali.

Eventuali anomalie riscontrate dovranno essere comunicate alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale ai fini della verifica dell'attività svolta da ciascun erogatore preaccreditato, in vista della conferma o meno dell'accreditamento ai sensi della L.R. n. 22 del 16.8.2002.

Il sistema di remunerazione definito con la presente deliberazione non è da ritenersi acquisito per gli anni successivi, e potrà quindi essere ridefinito sulla base di quanto verrà stabilito dalla futura programmazione, compatibilmente con le risorse che saranno disponibili.

Sul contenuto del presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido, per l'anno 2007, nei confronti degli erogatori pubblici e privati preaccreditati, sono state sentite, previa consultazione avvenuta in successivi incontri, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati preaccreditati e le rappresentanze delle Aziende U.L.S.S..

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

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il Relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;
VISTO il D.Lvo del 30.12.92 n. 502 così come, da ultimo, modificato dal Decreto Legislativo n. 229 del 19.6.99;
VISTO il Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla Legge 16 novembre 2001 n. 405;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni;
VISTO il Nuovo Patto Nazionale sulla Salute siglato tra il Governo e le Regioni e Province Autonome in data 5.10.2006, rep. 2648;
VISTA l'Intesa Stato Regioni rep. 2271 del 23.3.2005;
VISTA la Legge n. 296 del 27.12.2006 - Finanziaria 2007;
VISTA la Legge regionale n. 22 del 16.8.2002;
VISTA la D.G.R. n. 5007/1996;
VISTA la D.G.R. n. 4776 del 30.12.97;
VISTA la D.G.R. n. 270 del 6.2.2004;
VISTA la D.G.R. n. 3292 del 22.10.2004;
VISTA la D.G.R. n. 3535 del 11.12.2004;
VISTA la D.G.R. n. 2066 del 27.06.2006;
VISTA la D.G.R. n. 4302 del 29.12.2004;
VISTA la D.G.R. n. 70 del 17.1.2006;
VISTA la D.G.R n. 2468 del 01.08.2006;

VISTA la D.G.R. n. 4449 del 28.12.2006;
VISTA l'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006 - Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa;
VISTA la D.G.R. n. 2066 del 27.6.2006.

delibera

1. di approvare, sulla base delle motivazioni in premessa esplicitate, i criteri per la determinazione dei budget di attività e del complessivo stanziamento di spesa a valere per l'anno 2007 per quanto attiene l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dai soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati;
2. di dare atto che, a decorrere dalla data dell'1 luglio 2007, gli erogatori privati preaccreditati per le macroaree di "branche a visita", "medicina fisica e riabilitazione" e "radiologia/diagnostica per immagini", così come le Aziende U.L.S.S. e Ospedaliere, sono tenuti al rispetto, all'atto dell'effettuazione della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali nelle proprie agende, del sistema di prioritarizzazione introdotto dalle D.G.R. n. 3535 dell'11.12.2004 e dalla D.G.R. n. 2066 del 27.6.2006;
3. di dare mandato ai Direttori Generali di notificare a ciascun erogatore privato del proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento, secondo le indicazioni di cui alla nota regionale applicativa dello stesso;
4. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere ad adottare i relativi provvedimenti applicativi entro il 15 aprile 2007, e conseguentemente a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
5. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
6. di disporre che il sistema di remunerazione definito dal presente provvedimento non è da ritenersi acquisito per gli anni successivi, e potrà quindi essere ridefinito sulla base di quanto verrà stabilito dalla futura programmazione, compatibilmente con le risorse che saranno disponibili.