Bur n. 49 del 16/06/2009

(Codice interno: 215835)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1584 del 26 maggio 2009

D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2009 degli erogatori pubblici ed equiparati (ospedali classificati, istituto sanitario privato qualificato presidio U.L.S.S., istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) provvisoriamente accreditati.

[Sanità e igiene pubblica]

(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, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, prevede che le Regioni programmino l'erogazione, da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati, delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e definiscano l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

La Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22, all'articolo 17, attribuisce alla Giunta Regionale il compito di determinare, sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti accreditati pubblici o equiparati e privati di cui all'art. 4, comma 12 del D.L.vo 502/1992, i piani annuali preventivi di attività, indicanti la quantità e tipologia di prestazioni da erogare, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

In continuità rispetto a quanto previsto dalle delibere relative alla determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2008 si conferma l'adozione di due provvedimenti distinti: la presente deliberazione ha riguardo agli erogatori pubblici ed equiparati (aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia pubblici che privati, ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS ex DGR n. 860 del 27.2.1987); diversa deliberazione farà riferimento agli erogatori privati *tout court*, vale a dire a quelli non equiparati.

L'esistenza di alcuni elementi di incertezza assieme alle annunciate ed imminenti azioni di politica economica nazionale, che inducono ad una ulteriore riduzione della spesa sanitaria a livello regionale, come l'emanazione ormai prossima dei nuovi Livelli di Assistenza (LEA), nonché l'imminente approvazione del nuovo Nomenclatore Nazionale, ha motivato - anche su espressa richiesta delle Associazioni degli erogatori equiparati - l'adozione del presente provvedimento con valenza per il solo anno 2009.

Il sistema di determinazione dei tetti di spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto del presente provvedimento, riprende alcuni principigià introdotti dalle precedenti deliberazioni di pari oggetto, ed in particolare:

- l'esigenza che tutti gli erogatori concorrano all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda U.L.S.S. nella quale insistono e delle Aziende U.L.S.S. limitrofe, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dell'utente;

- l'esigenza del rispetto del patto di stabilità e, conseguentemente, l'abbandono della logica del tetto dinamico e la determinazione dei budget entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa sostenibile per l'assistenza specialistica.

Come suindicato, il presente sistema di determinazione dei tetti di spesa ha valenza annuale, dall'1.1.2009 al 31.12.2009.

La deliberazione in oggetto viene approvata in data successiva al 31.12.2008. Ciò ha determinato per l'anno in corso, fino a questo momento, per tutte le macroaree/branche specialistiche, l'applicazione del "meccanismo del budget provvisorio", secondo quanto disposto dalla DGR n. 2604 del 16.9.2008 e dalla circolare regionale prot. n. 62488/50.08.00 del 5.2.2009.

Considerato che i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2009 sono uguali rispetto a quelli relativi all'anno 2008, il presente provvedimento viene adottato comunque nel pieno rispetto dell'affidamento degli erogatori pubblici ed equiparati.

I Direttori Generali provvederanno a rideterminare per ogni erogatore il budget per l'intero anno 2009 secondo quanto di seguito stabilito.

E' funzionale al sistema, come già previsto sia dal Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006, che dalla DGR n. 600 del 13.3.2007, di adozione del relativo piano regionale, che le prestazioni erogate con oneri a carico del S.S.N. da tutti gli erogatori pubblici ed equiparati siano gestite tramite il Centro Unico di Prenotazione - CUP - dell'Azienda ULSS di ubicazione territoriale.

Pertanto per il 2009, gli obiettivi sono la piena attuazione e il consolidamento di quanto previsto dalla DGR n. 2604/2008, applicando i criteri e le modalità operative in corso di definizione da parte del tavolo tecnico istituito con la medesima DGR.

Gli erogatori pubblici ed equiparati possono essere inoltre riconosciuti dall'Azienda U.L.S.S. di appartenenza, per ciascuna branca specialistica, punto di erogazione nel quale l'Azienda stessa si impegna a garantire il rispetto dei tempi di attesa, ai sensi della DGR n. 600/2007; il rispetto dei tempi massimi di attesa potrà essere ottenuto anche attraverso l'acquisto di pacchetti di prestazioni aggiuntive.

Il budget di ciascun erogatore pubblico ed equiparato provvisoriamente accreditato per le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita è confermato in quello assegnato nell'anno 2008.

Il budget 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; queste ultime, oggetto di compensazione interregionale, sono da remunerarsi a tariffa regionale piena salvo quanto definito in materia da accordi interregionali, in ordine ai quali la Regione per il futuro si confronterà preliminarmente con le associazioni di categoria.

A ciascun erogatore pubblico ed equiparato viene riconosciuto per l'anno 2009, con riferimento alle suindicate macroaree/branche specialistiche, un incremento finanziario pari al 4% da calcolarsi sul budget 2008. Tale incremento finanziario, che non costituisce budget, trova principale motivazione nell'adeguamento dell'attività erogata agli indici di inflazione reale e nell'incremento del riparto delle risorse da destinare alle Regioni ad opera del Ministero dell'Economia e delle Finanze avvenuti negli ultimi anni.

Agli erogatori pubblici ed equiparati viene confermata, per l'anno 2009, la possibilità prevista dalle DGR n. 4449/2006 e n. 452/2007 di beneficiare della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata, a seguito del piano di rientro del numero dei ricoveri, in aggiunta al budget ambulatoriale rispettivamente dell'anno successivo o di quello dell'anno in corso.

L'erogatore che intende utilizzare tale quota già nell'anno in corso dovrà comunicare la propria richiesta al Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. entro il mese di luglio.

Le prestazioni erogate in supero al budget assegnato per l'anno 2009 sono soggette al meccanismo della regressione tariffaria secondo le seguenti modalità applicative:

- prestazioni erogate in supero al budget fino al raggiungimento dell'importo corrispondente al 10% dello stesso: abbattimento tariffario pari al 15%;
- prestazioni erogate in supero all'importo corrispondente al budget maggiorato della percentuale del 10%: abbattimento tariffario pari al 60%.

La remunerazione in regressione non concorrerà a costituire il budget relativo agli anni successivi.

Gli erogatori pubblici ed equiparati hanno facoltà di ricorrere al meccanismo di "assestamento dei budget" assegnati per ciascuna macroarea/branca specialistica (radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita), al fine di ricalibrarli in rapporto all'effettivo andamento della domanda assistenziale, previa comunicazione al Direttore Generale dell'U.L.S.S. di riferimento. Tale meccanismo consiste nel trasferimento di una parte del budget, non oltre il 25% per ciascuna macroarea, ad una o più delle altre macroaree, considerate dallo stesso erogatore in sofferenza.

L'assestamento del budget può attuarsi una sola volta nell'arco dell'anno, entro il mese di luglio, e deve essere comunicato dall'U.L.S.S. competente alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

Possono usufruire di tale meccanismo sia gli erogatori provvisoriamente accreditati per più di una macroarea (aventi cioè codice unico di accreditamento provvisorio) sia gli erogatori titolari di più rapporti di provvisorio accreditamento (aventi cioè codici diversi di accreditamento provvisorio) per la stessa o per diverse macroaree/branche specialistiche, purché le rispettive sedi di erogazione siano ubicate nel territorio della stessa Azienda U.L.S.S..

Nel riprendere il principio introdotto dalla DGR n. 452/2007, è auspicabile la definizione di accordi tra Direttore Generale ed erogatori pubblici ed equiparati, anche insistenti nel territorio di altre Aziende U.L.S.S., secondo ilmeccanismo del "budget contrattato" di cui alla DGR stessa, che risponde all'esigenza di ottimizzare l'offerta complessiva del bacino di utenza dell'Azienda U.L.S.S., anche in riferimento all'accessibilità dell'utente.

Pertanto il Direttore Generale, non appena assegnato il budget secondo i criteri definiti dalla Regione Veneto, può concordare per ciascuna branca specialistica, con l'erogatore pubblico ed equiparato, la tipologia e quantità di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, che questi si impegna comunque ad erogare nell'ambito del budget ad esso assegnato, tenuto conto della capacità di offerta e dell'organizzazione dell'Azienda pubblica, degli obiettivi di contenimento delle liste di attesa definiti dalla DGR n. 600/2007, nonché della potenzialità dell'erogatore.

Della contrattazione di budget possono avvalersi anche i Direttori Generali di altra Azienda U.L.S.S. limitrofa, preferibilmente della Provincia, a favore dei propri assistiti. In tale caso l'Azienda U.L.S.S. deputata a intrattenere i rapporti economici con l'erogatore pubblico ed equiparato è sempre quella di ubicazione territoriale dell'erogatore, fatto salvo il raccordo tra le Aziende interessate nella definizione e ripartizione delle prestazioni oggetto della contrattazione.

Nel caso in cui almeno il 30% del budget complessivo dell'erogatore sia stato oggetto di contrattazione con l'Azienda/e U.L.S.S., i Direttori Generali hanno la possibilità di ricorrere all'acquisto "extra budget" di pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali e/o al riconoscimento di un annuale aumento di budget, per le finalità, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla DGR n. 452/2007.

A conferma di quanto già introdotto dalla DGR n. 452/2007, nel caso in cui l'erogatore pubblico ed equiparato realizzi, per due anni consecutivi un fatturato inferiore al proprio budget annuale, si prevede che l'anno successivo il budget sia ridimensionato sulla base delle indicazioni fornite con la circolare prot. n. 62488/50.08.00 del 5.2.2009.

Inoltre, qualora l'erogatore non esegua alcuna prestazione o rimanga al di sotto della soglia minima di budget per branca specialistica (15.000,00 euro) per due anni consecutivi l'Amministrazione regionale pronuncia la decadenza del soggetto dal rapporto di accreditamento provvisorio per tale branca, il quale quindi non avrà più titolo per svolgere attività a carico del servizio sanitario, sulla base delle motivazioni espresse dalla DGR n. 452/2007.

Per gli erogatori che operano in territori con carenze assistenziali oggettivamente dimostrate, il Direttore Generale può proporre, esplicitandone le motivazioni alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale, di mantenere comunque il rapporto di accreditamento provvisorio.

Per quanto riguarda la macroarea di diagnostica di laboratorio, per gli erogatori pubblici ed equiparati non è definito un budget e, conseguentemente, non si applica alcun meccanismo di regressione tariffaria. Per tale macroarea non si riconosce, per converso, alcun incremento finanziario.

In attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 796 lettera "O" della Legge Finanziaria n. 296 del 27.12.2006, obiettivo della Regione è quello comunque di rivedere la programmazione relativa alla rete di offerta pubblica e privata, congiuntamente alla ridefinizione e riequilibrio delle tariffe regionali delle prestazioni di cui trattasi.

Conseguentemente la Regione promuove la riorganizzazione dell'attività secondo i modelli di rete definiti dalla DGR n. 4052 dell'11.12.2007 i quali, tramite la centralizzazione della fase analitica, consentono la razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse e una significativa riduzione dei costi di produzione.

Va precisato che alla remunerazione delle prestazioni di attività specialistica e di diagnostica di laboratorio continua ad essere applicato quanto disposto dalla legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 796 lettera "o", L. 27.12.2006 n. 296) relativamente al c.d. "sconto", secondo le indicazioni delle note regionali applicative e, da ultimo, della sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09.

Al fine di assicurare agli erogatori pubblici ed equiparati la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità nell'arco dell'intero anno a venire, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31.12.2009, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione. Il budget per ogni mese di "vacatio" sarà pari ad un dodicesimo del budget assegnato all'erogatore nel 2009.

I Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. sono tenuti ad assegnare, in applicazione dei criteri sopra descritti, per ciascuna macroarea/branca specialistica, il budget ad ogni erogatore pubblico ed equiparato del proprio territorio entro il 20 giugno 2009.

Al pari di quanto stabilito dalla DGR n. 2604/2008, non trova per ora applicazione lo schema tipo di accordo contrattuale stabilito dalla DGR n. 4546 del 28.12.2007, essendo in corso la sua revisione connessa alla sopravvenienza di alcune norme e alla necessità di alcuni correttivi legati ai nuovi orientamenti giurisprudenziali e ai contenuti del presente accordo.

In ordine al presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema dei tetti di spesa e di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido per l'anno 2009, nei confronti degli erogatori pubblici ed equiparati, sono state

sentite, con consultazioni avvenute in più incontri e, da ultimo, il 20.5.2009, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori equiparati.

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 vigente legislazione statale e regionale;

VISTO il D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Legge n. 296 del 27.12.2006 - Finanziaria 2007;

VISTA Legge n. 31 del 20.2.2008, di conversione del D.L. 248/2007;

VISTA la Legge regionale n. 22 del 16.8.2002;

RICHIAMATE le deliberazioni di determinazione dei tetti di spesa: n. 4776 del 30.12.97; n. 270 del 6.2.2004; n. 3292 del 22.10.2004; n. 4302 del 29.12.2004; n. 70 del 17.1.2006; n. 4449 del 28.12.2006; n. 452 del 27.2.2007;

VISTA l'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006 - Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa;

VISTA la DGR n. 600 del 13.3.2007;

VISTA la DGR n. 4052 dell'11.12.2007;

VISTA la DGR n. 4546 del 28.12.2007;

VISTA la DGR n. 4547 del 28.12.2007;

VISTA la DGR n. 2604 del 16.9.2008:

VISTA la nota del Segretario Regionale alla Sanità e Sociale prot. n. 166760/50.08.00 del 28.3.2008;

VISTA la circolare regionale prot. n. 62488/50.08.00 del 5.2.2009;

VISTA la sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09.]

delibera

1. di approvare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, i criteri per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2009 per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dai soggetti pubblici ed equiparati;

2. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. di notificare a ciascun erogatore pubblico ed equiparato del proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento;

3. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ad adottare i provvedimenti applicativi entro la data del 20 giugno 2009 e a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari evidenziando le procedure di calcolo effettuate;

4. di sospendere, per le motivazioni sopra esposte, l'applicazione dello schema tipo di accordo contrattuale di cui alla DGR n. 4546 del 28.12.2007;

5. di stabilire che, qualora entro il 31.12.2009 non venga approvata la delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione;

6. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo.