

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1672 del 09 giugno 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 privati provvisoriamente accreditati.

[Sanità e igiene pubblica]

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.

Conformemente alla scelta operata nell'anno 2008, con la D.G.R. n. 3097 del 21.10.2008, la presente deliberazione ha riguardo solo agli erogatori privati provvisoriamente accreditati c.d. puri, vale a dire a quelli non equiparati ai pubblici; diversa deliberazione è già stata adottata (D.G.R. n. 1584 del 26.5.2009) relativamente 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 U.L.S.S. ex D.G.R. n. 860 del 27.2.1987).

L'esistenza di alcuni elementi di incertezza - la nuova prossima determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nonché l'imminente approvazione del nuovo Nomenclatore Nazionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale - unitamente alle annunciate azioni di politica economica nazionale, volte a diminuire la spesa sanitaria, hanno motivato, anche su espressa richiesta delle Associazioni degli erogatori privati, 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 D.G.R. n. 3097 del 21.10.2008 e dalla circolare regionale della Direzione per i Servizi Sanitari prot. n. 37147/50.08.00 del 22.1.2009.

Considerato che i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2009 non sono sostanzialmente diversi rispetto a quelli relativi all'anno 2008, salvo alcune modifiche ed innovazioni che anche nell'ottica dell'erogatore non possono che essere valutate positivamente, il presente provvedimento è adottato nel pieno rispetto dell'affidamento degli erogatori privati provvisoriamente accreditati.

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 D.G.R. 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 privati siano gestite tramite il Centro Unico di Prenotazione - CUP - dell'Azienda U.L.S.S. di ubicazione territoriale.

L'obiettivo dell'Amministrazione Regionale è di inserire nel CUP aziendale entro il 2010 il 100% delle prestazioni fornite per conto del Servizio Sanitario Regionale dagli erogatori privati provvisoriamente accreditati, applicando i criteri e le modalità operative in corso di definizione da parte del tavolo tecnico istituito in base alla D.G.R. n. 3097/2008.

Per il 2009, gli obiettivi sono la piena attuazione e il consolidamento di quanto previsto dal provvedimento appena citato.

Gli erogatori privati 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 D.G.R. n. 600/2007; il rispetto dei tempi massimi di attesa potrà essere ottenuto anche attraverso l'acquisto di pacchetti di prestazioni aggiuntive.

Il budget per l'anno 2009, per ciascuna macroarea/branca specialistica dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, è costituito dal budget assegnato nel 2008, inteso quale budget 2007 comprensivo dei cosiddetti "fondi aggiuntivi", dell'incremento definitivo del budget ambulatoriale a fronte di una corrispondente definitiva diminuzione del budget ospedaliero non utilizzato a seguito della riduzione dei ricoveri, nonché tenuto conto dell'eventuale assestamento del budget assegnato.

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.

Il budget deve intendersi anche al netto della quota ("mancato introito") derivante dal non adeguamento del ticket alle nuove tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale, di cui il cittadino non è stato gravato, a seguito dei due aumenti tariffari (ciascuno del 4%) previsti rispettivamente dalla D.G.R. n. 4304 del 29.12.2004 (modificata dalla D.G.R. n. 61/2005) e dalla D.G.R. n. 917 del 28.3.2006, in quanto tale quota, sulla base di indicazioni regionali, ha natura analoga a quella del ticket ed è pertanto da ritenersi esclusa dal budget; tale quota conseguentemente non è soggetta al meccanismo della regressione tariffaria e perciò deve essere remunerata a pieno.

A ciascun erogatore privato viene riconosciuto per l'anno 2009, con riferimento alle suindicate macroaree/branche specialistiche, un incremento finanziario pari al 5% 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.

Alle strutture provvisoriamente accreditate che erogano anche prestazioni di ricovero ospedaliero viene confermata, per l'anno 2009, la possibilità prevista dalle D.G.R. 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 agosto.

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 30%;
- prestazioni erogate in supero all'importo corrispondente al budget maggiorato della percentuale del 10% e fino al raggiungimento dell'importo del budget maggiorato della percentuale del 15%: abbattimento tariffario 60%;
- prestazioni erogate in supero all'importo corrispondente al budget maggiorato della percentuale del 15%: abbattimento tariffario pari al 85%.

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

Gli erogatori privati provvisoriamente accreditati 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. 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 di budget, da concordarsi con il Direttore Generale, deve essere finalizzato a soddisfare i reali bisogni di salute dei cittadini del territorio di riferimento.

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

Si precisa, ad ogni buon conto, che il budget risultante dall'assestamento costituirà il nuovo budget di riferimento assegnato per l'anno 2009.

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..

Per quanto riguarda il meccanismo del budget contrattato l'Azienda U.L.S.S. e l'erogatore possono concordare la tipologia e il numero di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, nella misura non inferiore al 30% del budget assegnato, tenendo conto della tipologia e del numero di prestazioni normalmente erogate dalla struttura interessata e della potenzialità erogativa della stessa.

L'accordo sulla contrattazione del budget deve essere comunicato dall'U.L.S.S. competente alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

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 privato è sempre quella di ubicazione territoriale dell'erogatore stesso, 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 D.G.R. n. 452/2007.

Il budget per il 2009 di ogni erogatore privato provvisoriamente accreditato per la macroarea di diagnostica di laboratorio, è costituito dal budget assegnato all'erogatore nell'anno 2008, inteso quale budget 2007 ridotto dell'eventuale assestamento del budget assegnato e di eventuali cessioni/riconversioni dello stesso.

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 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.

Il budget deve intendersi anche al netto della quota ("mancato introito") derivante dal non adeguamento del ticket alle nuove tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale, di cui il cittadino non è stato gravato, a seguito dei due aumenti tariffari (ciascuno del 4%) previsti rispettivamente dalla D.G.R. n. 4304 del 29.12.2004 (modificata dalla D.G.R. n. 61/2005) e dalla D.G.R. n. 917 del 28.3.2006, in quanto tale quota, sulla base di indicazioni regionali, ha natura analoga a quella del ticket ed è pertanto da ritenersi esclusa dal budget; tale quota conseguentemente non è soggetta al meccanismo della regressione tariffaria e perciò deve essere remunerata a pieno.

A ciascun erogatore privato viene riconosciuto per l'anno 2009, con riferimento alla macroarea di diagnostica di laboratorio, un incremento finanziario pari al 5% 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.

Le prestazioni erogate in supero al budget assegnato per l'anno 2009 sono soggette al meccanismo della regressione tariffaria con un abbattimento pari all'85%.

Gli erogatori, anche per la branca di laboratorio, sono tenuti prioritariamente ad effettuare 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.

Tuttavia, in considerazione della particolarità della macroarea di laboratorio, qualora l'erogatore, nonostante la programmazione effettuata, superi il budget assegnato, non trova applicazione il meccanismo della regressione tariffaria per le prestazioni erogate in supero al budget a favore delle seguenti categorie di soggetti:

- pazienti oncologici (cod. es. 048);
- pazienti diabetici (cod. es. 013);
- pazienti sottoposti a terapia anticoagulante (cod. es. A02-B02-C02);
- donne in stato di gravidanza (cod. es. 401-441);
- donne in stato di gravidanza a rischio (cod. es. 450).

Tali prestazioni continuano pertanto ad essere remunerate a tariffa piena, anche una volta raggiunto il budget assegnato.

Anche per il 2009 la Regione promuove la riorganizzazione dell'attività secondo i modelli di rete definiti dalla D.G.R. n. 4052/2007, e consente la riconversione/cessione dell'attività verso altre branche/macroaree già provvisoriamente accreditate, in accordo con il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. di riferimento ed entro i limiti del tetto di spesa assegnato, come previsto dalla D.G.R. n. 3097/2008.

La diversa destinazione del budget deve essere concordata, nella tipologia di prestazioni, con il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. di riferimento, entro e non oltre 30 giorni dall'assegnazione del budget annuale.

Si precisa, ad ogni buon conto, che il budget risultante dalle riconversioni/cessioni costituirà il nuovo budget di riferimento assegnato per l'anno 2009.

Per la macroarea di diagnostica di laboratorio, il meccanismo di "assestamento del budget" può essere effettuato esclusivamente in diminuzione del budget stesso.

Alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09 verrà applicato lo sconto per le prestazioni di attività specialistica e di diagnostica di laboratorio, in attuazione dell'art. 1 comma 796, lett. O, della legge finanziaria 2007, nella misura prevista dalla norma.

Le prestazioni per la macroarea di Diagnostica di Laboratorio remunerate con l'abbattimento tariffario dell'85% non sono soggette a detto sconto.

A conferma di quanto già introdotto dalla D.G.R. n. 3097/2008, nel caso in cui l'erogatore privato provvisoriamente accreditato 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 regionale della Direzione per i Servizi Sanitari prot. n. 37147/50.08.00 del 22.1.2009.

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 decreta 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 D.G.R. n. 452/2007.

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

Al fine di assicurare agli erogatori privati provvisoriamente accreditati 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 privato provvisoriamente accreditato del proprio territorio entro il 10 luglio 2009.

Nei rapporti tra Azienda U.L.S.S. territorialmente competente ed ogni erogatore privato provvisoriamente/definitivamente accreditato per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale trova applicazione lo schema tipo di accordo contrattuale che verrà approvato, con separato provvedimento, all'esito dei lavori di modifica degli schemi di accordo contrattuale di cui alla D.G.R. n. 4546 del 28.12.2007.

In ordine al presente provvedimento sono state sentite, con consultazioni avvenute in più incontri e, da ultimo, il 20.5.2009, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati che ne hanno condiviso il contenuto.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone l'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, secondo 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; n. 3097 del 21.10.2008; n. 1584 del 26.05.2009;

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 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 privati provvisoriamente accreditati c.d. puri;
2. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. di notificare a ciascun erogatore privato provvisoriamente accreditato 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 10 luglio 2009 e a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
4. di rinviare a separato provvedimento l'approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale, che regola i rapporti tra Azienda U.L.S.S. territorialmente competente e ciascun erogatore privato provvisoriamente/definitivamente accreditato per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale.
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.