

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 832 del 15 maggio 2012

Assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto: criteri e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico, per l'anno 2012, per la definizione degli accordi di cui all'art. 8 quinquies D. Lgs n. 502/1992. Individuazione delle funzioni a valenza provinciale e sovra provinciale ed assegnazione delle risorse economiche per lo svolgimento delle stesse.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Vengono definiti, per l'anno 2012, il numero massimo dei ricoveri ed i tetti massimi di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale delle strutture ospedaliere private accreditate per le prestazioni da erogare a favore dei cittadini veneti.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Ai sensi del Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e sue successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale determina i principi ed i criteri di finanziamento al fine di programmare l'erogazione da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati delle prestazioni sanitarie, comprese nei livelli essenziali di assistenza, sia in regime di ricovero ospedaliero che ambulatoriale, con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale. E' altresì chiamata a definire l'insieme di regole e criteri che determinano il meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni sanitarie, al fine di governare l'offerta delle prestazioni medesime.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture ospedaliere private accreditate equiparate e non equiparate al pubblico (di seguito denominate erogatori privati), prima di entrare nel merito della individuazione dei criteri per la determinazione dei volumi di attività e per l'assegnazione delle risorse (tetto di spesa) e nel merito della loro quantificazione, deve essere evidenziata la cornice entro la quale l'Amministrazione regionale, per l'anno 2012, si trova ad operare.

Il quadro nazionale di riferimento, sia normativo che finanziario, è caratterizzato dal decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, dal decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito dalla legge del 15 luglio 2011, n. 111 e dal decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 convertito dalla legge del 14 settembre 2011, n. 148 (disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo); dal "Nuovo patto della salute per gli anni 2010-2012" approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009.

In particolare, l'intervenuto art. 17 comma 6 della L. 15 luglio 2011 n. 111 di conversione del D.L. 6 luglio 2011, n. 98 recante "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", secondo il quale si applicano le disposizioni di cui all'art. 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della L. 27 dicembre 2006, n. 296 e cessano di avere effetto le disposizioni di cui all'art. 61, comma 19, del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella L. 6 agosto 2008, n. 133, rende necessaria una rivisitazione completa del sistema di finanziamento dei soggetti privati accreditati del sistema sanitario regionale.

Nel dare applicazione alle disposizioni normative succitate, l'Amministrazione regionale non può prescindere dal temperare le proprie scelte in materia di apprestamento dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano oggettivamente la quantità e il livello delle prestazioni sanitarie, in osservanza del canone giurisprudenziale e sostenuto dalla principale dottrina economico-giuridica moderna secondo cui 'i diritti costano'. A tale riguardo, dunque, al fine di garantire il tendenziale obbligatorio mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario in sede di programmazione sanitaria, appare necessario intervenire sul requisito, fondamentale ai presenti fini, dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Dovendo, quindi, dare applicazione alle disposizioni nazionali di contenimento della spesa pubblica, anche nell'area sanitaria, è ragionevole operare il necessario raccordo tra l'imprescindibile tutela del diritto alla salute e l'esigenza di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria. Tutto ciò in considerazione della circostanza che il bilanciamento tra interessi pubblici e interessi privati - nel caso *de quo*, dei privati accreditati -, non solo deve essere elastico e ragionevolmente adattabile nel corso del tempo, in relazione a contingenze esterne indipendenti quali l'andamento dei cicli economici, il reperimento di risorse

tributarie e finanziarie provenienti dai contribuenti e dai mercati, le dinamiche inflattive conseguenti a variazioni dei costi delle materie prime ed incidenti sulle spese per beni e servizi, ma deve consentire, come sostenuto dalla giurisprudenza, di non penalizzare il perseguimento dei supremi interessi collettivi e pubblici subordinandoli e condizionandoli *tout court* a senz'altro meritevoli ma assiologicamente cedevoli interessi di parte privata, valutati a seguito di una congrua istruttoria e di una adeguata esplicitazione degli esiti della stessa.

A livello regionale vanno richiamati:

- il nuovo modello che si intende attuare con la proposta del nuovo Piano Regionale Socio sanitario, approvato dalla Giunta Regionale (DGR n. 15/DDL del 26 luglio 2011);
- gli obiettivi assegnati alle Aziende sanitarie pubbliche (DGR n. 3140 del 14 dicembre 2010 e DGR 2396 del 29 dicembre 2011) che trovano la loro coerenza nella necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse impiegate quale fattore determinante per la sostenibilità del sistema sanitario;
- la revisione del sistema di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ivi compresa la riduzione dei ricoveri consentita dalla possibilità di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini attraverso forme assistenziali alternative più appropriate (DGR n. 859 del 21 giugno 2011 e DGR n. 1665 del 18 ottobre 2011);
- la revisione del sistema di tariffazione e di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, di cui alla DGR n. 1805 del 8 novembre 2011.

L'Amministrazione regionale, quindi, coerentemente con l'obiettivo di aumentare gli standard di efficienza, efficacia e qualità dei servizi e di sostenibilità del sistema, intende proseguire nelle azioni mirate a:

- ottimizzare la spesa sanitaria;
- razionalizzare la rete ospedaliera nel rispetto del nuovo parametro stabilito con il "Nuovo patto della salute per gli anni 2010-2012" corrispondente a 4 posti letto per mille abitanti di cui 3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungodegenza;
- raggiungere il tasso di ospedalizzazione del 140 per mille abitanti;
- ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato, nel rispetto della sicurezza per il paziente e degli operatori;
- ottimizzare il numero di prestazioni specialistiche per abitante per raggiungere lo standard regionale pari a 4 prestazioni per abitante;
- monitorare il processo di accreditamento.

Il sistema di determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa, oggetto del presente provvedimento, partendo dalla cornice sopra delineata ed in coerenza con le politiche regionali orientate al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa, deve, pertanto, fondarsi sui seguenti criteri:

- l'obbligatorietà da parte dei presidi ospedalieri pubblici di garantire i servizi sanitari necessari alla cittadinanza prescindendo dalla remuneratività del servizio svolto;
- la necessità, sussidiaria al principio sopra esposto, che tutti gli erogatori concorrano all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda Ulss nella quale insistono e delle Aziende Ulss limitrofe, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e locale e agli effettivi bisogni dei cittadini;
- la determinazione dei budget entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa sostenibile per l'assistenza sanitaria;
- il rispetto degli obblighi assunti, da ultimo, con il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2010/2012 sopra riportato, circa l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, intesa sia qualitativamente che quantitativamente ed in relazione all'uso economico ed efficiente di tutte le risorse;
- il rispetto dell'equilibrio di bilancio e del contenimento della spesa pubblica, anche alla luce della rideterminazione delle risorse economiche disponibili che richiede di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, per garantire massimo rendimento ed efficienza a fronte di investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi, rivedendo pertanto,

in ossequio alle precitate ragioni di finanza pubblica, l'offerta complessiva delle prestazioni offerte dai soggetti privati.

Con tale sistema, inoltre, si intende dare certezza preventiva di tutte le risorse assegnate agli erogatori privati e conseguentemente certezza di spesa da parte delle Aziende Ulss e da parte dell'Amministrazione regionale e si intende fornire la cornice entro la quale procedere per la definizione degli accordi di cui all'art. 8 quinquies del D. Lgs n. 502/1992 e sue successive modifiche ed integrazioni.

Per meglio raggiungere tale scopo, diversamente dall'attuale sistema, con il presente atto si intende disciplinare congiuntamente sia l'assistenza ospedaliera che quella specialistica ambulatoriale. La motivazione di tale scelta risiede non solo in una esigenza di semplificazione e di controllo della spesa sanitaria ma anche nel fatto che entrambe le forme assistenziali vengono effettuate dai medesimi soggetti - strutture ospedaliere private accreditate.

A ciò si deve aggiungere che le scelte di politica sanitaria regionale rivolte a migliorare l'appropriatezza e l'efficienza delle prestazioni danno la possibilità agli erogatori di differenziare, nel rispetto della sicurezza del paziente, le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie. I nuovi schemi organizzativi, unitamente al progresso scientifico e tecnologico, conducono, infatti, allo sviluppo ed all'incremento dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito ambulatoriale ed a un decremento dell'attività svolta in regime di ricovero da riservare, quest'ultima, ai pazienti c.d. "acuti", cioè con particolari complessità.

Pertanto, il budget per l'anno 2012 di ogni erogatore privato, che rappresenta il tetto finanziario massimo attribuito e non superabile, è costituito dagli importi indicati negli **allegati A e B**, parti integranti del presente provvedimento. Per ciascun erogatore privato nell'**allegato A** viene individuato il tetto finanziario per l'assistenza ospedaliera nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto; nell'**allegato B** viene individuato il tetto finanziario per l'assistenza ambulatoriale, nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, per le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione, branche a visita e diagnostica di laboratorio. I budget di cui agli **allegati A e B** rappresentano i tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili, fatta eccezione per quanto disposto in seguito dal presente atto.

Alla luce dei criteri sopra riportati, i budget, di cui agli **allegati A e B**, sono stati determinati analizzando il volume di attività complessivo assegnato ad ogni erogatore nel 2010 e nel 2011, la spesa effettivamente sostenuta dalla Regione, il decremento dei ricoveri necessario per garantire il raggiungimento/mantenimento del tasso di ospedalizzazione pari a 140 per mille abitanti, la possibilità offerta agli erogatori di erogare molte prestazioni anche in regime ambulatoriale ed i vincoli imposti dalle precitate disposizioni nazionali per i quali risulta di primaria importanza l'ulteriore contenimento della spesa pubblica, al fine di garantire il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, assicurando, naturalmente, al contempo, il requisito fondamentale dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

Si è tenuto, altresì, conto dei nuovi indirizzi di programmazione regionale in tema di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale, in particolare le politiche di appropriatezza ed efficienza. Rispetto a quest'ultimo è stato evidenziato che l'estensione delle azioni mirate al miglioramento dell'appropriatezza clinica e dell'efficienza e la differenziazione dei percorsi assistenziali che ne consegue (tra regime di ricovero ordinario, diurno e regime ambulatoriale) consentono sia di garantire e migliorare le risposte al fabbisogno di salute dei cittadini veneti, anche in relazione all'attuale differenziazione dell'offerta presente nelle diverse provincie, sia di contenere e di razionalizzare la spesa sanitaria.

Oltre a quanto finora esposto si è tenuto conto della revisione delle tariffe e del sistema di remunerazione dei ricoveri ospedalieri di cui alla DGR n.1805 dell' 8 novembre 2011 che ha comportato un aumento degli importi delle tariffe medesime e delle deliberazioni n. 859 del 21 giugno 2011 e n. 1665 del 18 ottobre 2011 relative al Nomenclatore Tariffario Regionale.

Sono state, altresì, tenute in considerazione le analisi e valutazioni emerse in seno al tavolo di monitoraggio, con il confronto diretto tra Amministrazione regionale e Direzioni generali delle Aziende sanitarie, circa il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Aziende medesime con la DGR n. 3140/2010, e con la DGR n. 2369/2011.

Inoltre l'applicazione dei criteri sopra menzionati e di quelli già evidenziati nei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2011, ai quali si rinvia, hanno imposto anche di tenere conto degli eventuali elementi di differenziazione e di peculiarità che caratterizzano le singole realtà sanitarie locali.

In particolare poi per gli erogatori che effettuano prestazioni di ricovero ospedaliero per terapia psichiatrica si è tenuto conto per la determinazione del budget di cui all'**allegato A**, oltre alla presenza di liste d'attesa per l'accesso da parte dei cittadini residenti nel Veneto, che i requisiti e gli standard per le unità di offerta, di cui alla DGR n. 1616 del 17 giugno 2008, hanno richiesto e richiedono importanti investimenti nel settore, ai fini di un miglioramento complessivo dei livelli qualitativi delle prestazioni erogate.

Un particolare richiamo va fatto per le attività riabilitative, anche alla luce del "Piano di indirizzo per la riabilitazione" approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. atti

50/CSR del 10 febbraio 2011). La medicina riabilitativa, infatti, è una pratica medica che più di qualsiasi altra deve garantire la continuità del trattamento, da prevedere in strutture con caratteristiche operative diverse in base alle necessità dei pazienti, con livelli differenziati di tecnologie e competenze, oltre che con percorsi formativi specifici a seconda della complessità delle patologie trattate. L'organizzazione e gli indirizzi impartiti dalla Regione Veneto in materia, sono finalizzati alla logica di rete attraverso percorsi integrati e complementari che vedono nella centralità del paziente e nella sua presa in carico l'elemento fondante. Vista l'importanza delle attività offerte dal settore riabilitativo si è proceduto all'individuazione del budget così come riportato nell'**allegato A**.

Per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale, le analisi effettuate sul numero delle prestazioni erogate per 1000 residenti (tasso di prestazioni/residenti) e sulle relative percentuali di soddisfazione dei tempi di attesa hanno evidenziato una disomogenea tendenza, tra le varie realtà locali, al conseguimento dell'obiettivo del raggiungimento del numero standard di prestazioni per abitante, di cui alla DGR n. 3140/2010, che garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai cittadini veneti. Infatti, in alcune Aziende Ulss il numero medio di prestazioni utilizzate è sensibilmente o significativamente superiore a tale standard. In assenza di situazioni di elevata morbidità e/o di elementi oggettivi che motivino uno straordinario bisogno di salute, ciò fa ritenere che vi sia anche una situazione di inappropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

In sintesi le valutazioni effettuate in termini sia di fabbisogno, sia di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria hanno condotto alla determinazione dei budget come individuati nel presente provvedimento.

Si dà mandato al Direttore Generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale di assegnare, suddiviso per macroaree e nell'ambito del tetto di spesa di cui all'**allegato B** del presente provvedimento, nei confronti degli erogatori dotati di Pronto Soccorso o di Punto di Primo Intervento, un budget per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali in regime di urgenza ed emergenza. Nel caso di esaurimento di quest'ultimo budget, tali prestazioni devono continuare ad essere erogate: quelle effettuate nei confronti di pazienti con codici verdi, gialli e rossi saranno oggetto di remunerazione oltre al budget assegnato a seguito di apposita fattura; quelle effettuate nei confronti di pazienti con codice alla dimissione "bianco", a seguito di apposita fattura, potranno essere oggetto di remunerazione, previa verifica della loro appropriatezza da parte dell'Azienda Ulss di riferimento territoriale.

Al budget di cui all'**allegato B** devono aggiungersi per ogni singolo erogatore quota parte dell'importo derivante dalle quote di partecipazione alla spesa incassati nell'anno 2011. Tale importo aggiuntivo sarà oggetto di ricognizione, individuazione da parte di un'apposita commissione nominata dal Segretario regionale per la Sanità e sarà oggetto di approvazione, da parte della Giunta Regionale, con successivo provvedimento. In tal modo si intende superare il precedente sistema che considerando il budget al netto delle quote di compartecipazione alla spesa, ha mantenuto di fatto una dinamicità dei fatturati.

Il budget risultante da tale aggiunta costituirà il nuovo budget di riferimento per l'erogatore. Pertanto le quote di compartecipazione alla spesa introitate devono intendersi come mero acconto di pagamento che va recuperato sulla prima fatturazione utile.

Le prestazioni erogate in supero ai budget assegnati di cui agli allegati A e B (quest'ultimo come risulterà individuato nel provvedimento sopra menzionato) non saranno remunerate, fatta eccezione per le prestazioni ambulatoriali in regime di urgenza ed emergenza di cui sopra.

Per garantire l'ottimale organizzazione dell'offerta sanitaria locale, si dà mandato al Direttore generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale di assegnare una quota del budget di cui all'**allegato A**, pari al 5% dello stesso, finalizzata, attraverso l'individuazione di specifiche prestazioni, alla riduzione dei tempi di attesa ed al recupero della mobilità passiva. Il rifiuto da parte dell'erogatore all'effettuazione delle specifiche prestazioni comporterà la impossibilità dello stesso di poter utilizzare tale quota. Conseguentemente il budget risultante da tale detrazione costituirà il nuovo budget di riferimento per l'erogatore.

Allo scopo di garantire la continuità assistenziale è necessario che ciascun erogatore effettui un'adeguata programmazione della propria offerta sanitaria distribuendo la stessa, senza soluzione di continuità, nell'arco dell'intero anno; conseguentemente entrambi i budget devono essere assegnati e liquidati mensilmente (in dodicesimi) da parte dell'Azienda Ulss di riferimento territoriale, salvo conguaglio. L'Azienda Ulss e l'erogatore privato possono concordare, in sede di sottoscrizione dell'accordo di cui all'art. 8 quinquies del d. lgs. 502/92, una diversa cadenza, fermo restando in ogni caso la salvaguardia della continuità assistenziale.

Nel caso in cui l'erogatore abbia effettuato, nell'anno 2011, quelle prestazioni la cui erogazione è stata consentita, ai sensi della DGR n. 859/2011, anche in regime ambulatoriale, il valore economico di tali prestazioni dovrà essere sottratto al budget ospedaliero di cui all'allegato A e trasferito definitivamente nel budget ambulatoriale di cui all'allegato B. Spetta al Direttore generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale provvedere in merito dandone comunicazione alla Segreteria regionale per la Sanità. I nuovi budget risultanti da tali trasferimenti costituiranno i nuovi budget di riferimento dell'erogatore.

La possibilità di beneficiare, anche per l'anno 2012, della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata, in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno in corso, deve essere preventivamente autorizzata con proprio atto dalla Giunta Regionale, previa verifica della Segreteria regionale per la Sanità sentite le Aziende Ulss di riferimento territoriale. Il trasferimento di budget, che comporterà una diminuzione definitiva del budget ospedaliero a fronte di un corrispondente aumento definitivo del budget ambulatoriale, dovrà essere finalizzato prioritariamente alla riduzione dei tempi di attesa presenti nell'Azienda Ulss di riferimento territoriale. Tale meccanismo andrà comunque attuato entro il mese di settembre 2012. I nuovi budget risultanti da tali trasferimenti costituiranno i nuovi budget di riferimento dell'erogatore.

Le prestazioni erogate in supero ai budget così come determinati dal presente atto non saranno remunerate, fatta eccezione per le prestazioni ambulatoriali in regime di urgenza ed emergenza di cui sopra.

A fronte della sopravvenuta necessità di contenimento della spesa, imposta dalle precitate vincolanti disposizioni nazionali ed in attuazione delle attribuzioni riconosciute nell'ambito del riparto delle competenze previsto dall'articolo 117, comma 3, Cost., coerentemente con quanto previsto dalle deliberazioni n. 310/2011, n. 311/2011 e n. 312/2011, l'Amministrazione regionale, tenuto conto della approvazione delle deliberazioni n. 859/2011 e n. 1805/2011 relative rispettivamente alla revisione delle tariffe di remunerazione delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri, ritiene che, a far data dal 1 gennaio 2012, cessi l'erogazione degli incrementi finanziari previsti nelle delibere citate.

Si conferma l'obiettivo di attività già indicato nella DGR n. 312/2011 e nella DGR n. 3140/2010 - tasso di ospedalizzazione pari a 140 per mille abitanti nell'anno 2012 - per il raggiungimento del quale viene previsto un decremento, per ciascun erogatore privato, del numero dei ricoveri tale da consentire il raggiungimento del tasso in parola oppure il mantenimento del tasso già conseguito nel caso in cui quest'ultimo sia inferiore al 140 per mille.

Il numero dei ricoveri da ridurre è stato determinato dalla differenza tra il numero dei ricoveri effettuati nell'anno 2010 (ultimo dato consolidato) ed il numero dei ricoveri necessari al raggiungimento del tasso sopra indicato, con esclusione dei ricoveri per i neonati sani (Drg 391).

Si riporta nell'**allegato C** il volume massimo di attività previsto per l'anno 2012 (tetto massimo dei ricoveri) e, indicativamente, l'articolazione del numero massimo di ricoveri per singola Azienda Ulss. Il rispetto del tetto previsto per singola Azienda Ulss sarà oggetto di verifica semestrale e, nel caso in cui venissero riscontrate delle anomalie strutturali, verranno effettuate apposite valutazioni anche al fine di garantire un equo accesso alle prestazioni da parte dei cittadini prioritariamente nel territorio di riferimento.

Si sottolinea che il decremento dei ricoveri tiene conto di quanto riportato dalla deliberazione n. 4277 del 29 dicembre 2009 relativa ai Diagnosis Related Groups - drg da considerare "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria e da considerare "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza diurna.

La riduzione, pertanto, deve essere attuata prioritariamente nell'ambito dei "Drg a rischio di inappropriatelyzza" di cui alla deliberazione suindicata ed in particolare nell'ambito dei "Drg medici", in quanto per questi è maggiormente possibile dare luogo a diversi modelli assistenziali.

Il superamento del tetto massimo dei ricoveri comporta l'applicazione del meccanismo della regressione del 65% da applicarsi al valore economico complessivo relativo ai ricoveri eccedenti, entro comunque il limite massimo dell'importo del budget 2012 che si ricorda essere insuperabile. La remunerazione in regressione non concorrerà a costituire il budget relativo agli anni successivi.

La disposizione relativa al decremento del numero dei ricoveri non trova applicazione nei confronti degli erogatori privati che in prevalenza (più del 51% del fatturato) erogano attività di terapia psichiatrica, recupero e riabilitazione funzionale, unità spinale e neuro riabilitazione.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale l'Azienda Ulss e l'erogatore privato devono concordare la tipologia e il numero di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, nella misura non inferiore al 50% del budget assegnato ed indicato nell'**allegato B**, 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'Azienda Ulss competente alla Direzione Regionale Attuazione Programmazione Sanitaria.

Della contrattazione di budget possono avvalersi anche i Direttori Generali delle Aziende Ulss limitrofe, preferibilmente della Provincia, a favore dei propri assistiti. In tale caso l'Azienda Ulss 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 l'erogatore si sottragga all'accordo sulla contrattazione del budget, l'originario budget assegnato ed indicato nell'Allegato B verrà decurtato del 20%.

Sempre nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, i Direttori Generali delle Aziende Ulss, oltre il budget assegnato, hanno la possibilità di acquistare dagli erogatori privati, nell'ipotesi in cui sia stato raggiunto l'accordo per la contrattazione del budget, ulteriori pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali, con una riduzione tariffaria, già comprensiva dello "sconto" da applicare in base alla legge finanziaria 2007, di almeno il 25% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale; l'acquisto di pacchetti extra budget potrà effettuarsi solo qualora questo risulti necessario per rispettare quanto previsto dalla DGR n. 600 del 13 marzo 2007 e in osservanza del nuovo Piano Nazionale sulle liste d'attesa 2010/2012, recepito con DGR n. 863 del 21 giugno 2011, per soddisfare necessità assistenziali esistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della rete erogativa, che danno luogo a tempi di attesa oltre gli standard regionali stabiliti, e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici. In ogni caso eventuali acquisti di pacchetti extra budget dovranno essere comunicati per conoscenza alla Direzione Regionale Attuazione Programmazione Sanitaria per il monitoraggio della spesa.

Al fine di rendere maggiormente fruibili ai cittadini veneti le prestazioni specialistiche nell'ambito della chirurgia oncologica - per le quali si registra un sensibile aumento e per le quali è di fondamentale importanza ridurre al minimo i tempi di attesa - e di contenere e contrastare il fenomeno della mobilità passiva extraregionale si dà mandato alla Segreteria Regionale per la Sanità di definire "pacchetti di prestazioni" e di proporre alla Giunta Regionale l'acquisto degli stessi dai singoli erogatori privati, oltre al budget assegnato, per un importo complessivo massimo pari a 4.000.000,00. I "pacchetti di prestazioni" potranno essere acquistati soltanto dagli erogatori privati che hanno rispettato le disposizioni regionali in materia di contenimento dei tempi di attesa.

Si conferma che, per quanto riguarda la macroarea di diagnostica di laboratorio, anche per l'anno 2012, la Regione promuove la riorganizzazione dell'attività di laboratorio secondo i modelli di rete definiti dalla DGR n. 4052/2007.

Alla remunerazione delle prestazioni di attività specialistica per tutte le macroaree continua ad essere applicato (salvo nuove disposizioni normative) 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 della sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09.

Confermando che per le prestazioni ambulatoriali l'integrazione dell'offerta sanitaria privata con quella pubblica è già prevista dal Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006, dalla DGR n. 600/2007 e, da ultimo, dal nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, Rep. 189/CSR del 28.10.2010, recepito con DGR n. 863/2011, si ritiene fondamentale, proprio per migliorare ulteriormente la funzionalità del sistema sanitario regionale, che anche per le prestazioni di assistenza ospedaliera effettuate dagli erogatori privati avvenga la completa integrazione tramite il CUP dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale. Si rammenta a tale proposito che già la DGR n. 312/2011 prevedeva che gli erogatori privati si impegnassero ad informatizzare, secondo quanto previsto dalle norme vigenti, le liste di attesa per i ricoveri ospedalieri, realizzando così un sistema integrato pubblico-privato cui i cittadini possano accedere per fruire delle prestazioni.

La completa integrazione, tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale, sia per le prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale - con esclusione degli erogatori che effettuano prestazioni di terapia psichiatrica - è vincolante al fine dell'utilizzo, da parte di ciascun singolo erogatore privato, dei budget di cui agli **allegati A e B**.

Il tempo di pagamento delle prestazioni erogate è di 60 giorni dal ricevimento della fattura. In sede di sottoscrizione dell'accordo di cui all'art. 8 quinquies del d. lgs. 502/92, potranno essere concordati anche tempi di pagamento più dilazionati.

Allo scopo di garantire 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.

Si conferma, infine, come previsto dalla DGR n. 321/2011, che gli erogatori privati debbano concorrere obbligatoriamente alla distribuzione diretta di farmaci, secondo le modalità tecniche da concordare con le Aziende Ulss di riferimento territoriale.

Inoltre, gli erogatori privati, hanno l'obbligo di partecipare al progetto regionale di creazione del "fascicolo sanitario" e pertanto dovranno procedere all'adeguamento dei sistemi informatici al fine di garantire la necessaria integrazione con i sistemi aziendali e regionali secondo la modalità e gli standard che varranno successivamente definiti e comunicati.

Quanto disposto dal presente atto in merito alla determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa decorre dalla data di pubblicazione nel BURV e fino al 31 dicembre 2012.

Si deve però considerare ora che dal 1 gennaio 2012 e fino alla data di decorrenza del presente atto vigono, in regime di proroga, le disposizioni di cui alle deliberazioni n. 310, 311 e 312 del 15 marzo 2011. Pertanto, per quanto riguarda la determinazione dei budget, dell'incremento finanziario e del decremento dei ricoveri, si deve procedere attraverso il necessario frazionamento temporale, in funzione del periodo di vigenza dei provvedimenti. Conseguentemente non sono consentiti l'estrapolazione e l'utilizzo di singoli parametri in periodi differenti da quello ai quali riferiscono.

Inoltre, al fine di assicurare agli erogatori privati la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31 dicembre 2012, 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. I budget per ogni mese di "vacatio" saranno pari ad un dodicesimo dei budget assegnati all'erogatore privato nell'anno 2012.

Si rappresenta che sul modello di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa, oggetto del presente provvedimento, sono state informate e sentite, in data 14 novembre 2011, 19 gennaio e 13 marzo 2012, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori privati (AIOP ed ARIS).

Si dà atto che la copertura degli oneri di cui agli **allegati A e B** è assicurata nell'ambito dei fondi che saranno assegnati, ad ogni singola Azienda sanitaria, con il provvedimento della Giunta Regionale di determinazione delle risorse finanziarie per l'esercizio 2012 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Con il medesimo provvedimento viene demandato a singoli decreti del competente dirigente regionale l'impegno e la liquidazione, secondo la vigente procedura, delle quote mensili spettanti a ciascuna Azienda sanitaria, come risultanti dal provvedimento medesimo.

Si dà atto che gli oneri derivanti dalla attuazione del presente provvedimento trovano copertura nel capitolo 101177 ad oggetto "Quota del fabbisogno di parte corrente per l'erogazione dei LEA da parte delle Aziende sanitarie del Veneto (art. 51, L. 23.12.1978, n. 833 - art. 12, comma 5, d. lgs. 30.12.1992, n. 502 - art. 52, L.R. 16.02.2010, n. 11)" del bilancio di previsione annuale che presenta sufficiente disponibilità e si demanda a singoli decreti del Dirigente dell'UP Programmazione Risorse Finanziarie SSR l'impegno e la liquidazione, secondo la vigente procedura.

Si dà atto, altresì, che gli oneri di cui ai punti precedenti non rientrano nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. 1/2011.

Si propone, infine, di dettare alcune disposizioni per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni di terapia psichiatrica effettuate dagli erogatori privati accreditati "Park Villa Napoleon", "Parco dei Tigli", "Villa Margherita", "Villa Santa Giuliana" e "Villa Santa Chiara" nei confronti dei cittadini non residenti nella Regione Veneto.

La deliberazione n. 2213 del 20 dicembre 2011 stabilisce che, a far data dal 1 gennaio 2012, gli erogatori privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico possano scegliere tra le due modalità, alternative tra loro, di seguito indicate:

- 1^ modalità - tutte le prestazioni di ricovero ospedaliero vengono remunerate utilizzando le tariffe previste dalla TUC vigente nell'anno di riferimento
- 2^ modalità - le prestazioni di ricovero ospedaliero vengono remunerate utilizzando le tariffe regionali venete vigenti nell'anno di riferimento fino ad un tetto finanziario massimo attribuito e non superabile. Tale tetto si intende costituito dal valore economico dell'attività erogata consolidata dell'anno 2009, decurtato del 30%. Le prestazioni erogate in eccesso al tetto finanziario non saranno oggetto di remunerazione nei confronti dell'erogatore.

Si propone che, nelle more della ridefinizione della programmazione regionale, a far data del 1 gennaio 2012, gli erogatori sopra individuati ("Park Villa Napoleon", "Parco dei Tigli", "Villa Margherita", "Villa Santa Giuliana" e "Villa Santa Chiara") che scelgono la 1^ modalità - remunerazione con l'utilizzo delle tariffe previste dalla TUC - possano utilizzare il codice 56 nell'ambito dell'MDC 19 (malattie e disturbi mentali). Vengono remunerate le sole prestazioni non oggetto di contestazioni da parte delle altre regioni o che sono state riconosciute, dopo la fase delle controdeduzioni, nel tavolo della mobilità interregionale. Si ribadisce che le prestazioni comunque devono essere erogate nel rispetto dei criteri di appropriatezza previsti dalla deliberazione n. 3913 del 4 dicembre 2007.

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

La Giunta regionale

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° 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 regionale e statale;

VISTO l'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 2002, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO l'articolo 1, comma 796 lettera "O" della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute, per gli anni 2010-2012, approvata dalla Conferenza permanente Stato-Regioni con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009;

VISTI il decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito dalla legge del 15 luglio 2011, n. 111 ed il decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 convertito dalla legge del 14 settembre 2011, n. 148 (disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo);

VISTO l'articolo 17 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22;

VISTA la deliberazione n. 3223 del 8 novembre 2002 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la deliberazione n. 600 del 13 marzo 2007;

VISTA la deliberazione n. 2604 del 16 settembre 2008;

VISTA la deliberazione n. 3140 del 14 dicembre 2010 e la DGR 2396 del 29 dicembre 2011;

VISTA la deliberazione n. 310 del 15 marzo 2011;

VISTA la deliberazione n. 311 del 15 marzo 2011;

VISTA la deliberazione n. 312 del 15 marzo 2011;

VISTE le deliberazioni n. 859 del 21 giugno 2011 e n. 1665 del 18 ottobre 2011;

VISTA la deliberazione n. 863 del 21 giugno 2011;

VISTA la deliberazione n. 1805 del 8 novembre 2011;

delibera

1. di approvare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, i criteri e la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata, nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, dagli erogatori privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico per l'anno 2012;
2. di approvare i budget per l'anno 2012 di ogni erogatore privato accreditato equiparato e non equiparato al pubblico, che rappresentano i tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili, costituiti dagli importi indicati negli **allegati A e B**, parti integranti del presente provvedimento;
3. di dare atto che, secondo quanto previsto dalle deliberazioni n. 310, n. 311 e n. 312 del 15 marzo 2011, l'approvazione delle deliberazioni n. 859 del 21 giugno 2011 e n. 1805 del 8 novembre 2011 relative all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di ricovero, comporta la cessazione dell'erogazione degli incrementi finanziari, a far data dal 1 gennaio 2012;
4. di stabilire, per ciascun erogatore privato accreditato equiparato e non equiparato al pubblico, il volume massimo di attività, così come riportato nell'**allegato C**, parte integrante del presente provvedimento;
5. di stabilire che quanto disposto dal presente atto fornisce la cornice entro la quale procedere per la definizione degli accordi di cui all'art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
6. che le disposizioni relative alla determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa decorrono dalla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione e fino al 31 dicembre 2012, secondo le modalità in premessa indicate;
7. di stabilire che qualora il provvedimento relativo alla determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2013 non venga adottato dalla Giunta Regionale entro il 31 dicembre 2012, si intenda provvisoriamente prorogata la presente delibera, secondo le modalità esplicitate in premessa, fino all'adozione del nuovo provvedimento;

8. di dare atto che la copertura degli oneri di cui al punto 2. del presente dispositivo è assicurata nell'ambito dei fondi che saranno assegnati, ad ogni singola Azienda sanitaria, con il provvedimento della Giunta Regionale di determinazione delle risorse finanziarie per l'esercizio 2012 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
9. di dare atto che gli oneri derivanti dalla attuazione del presente provvedimento trovano copertura nel capitolo 101177 ad oggetto "Quota del fabbisogno di parte corrente per l'erogazione dei LEA da parte delle Aziende sanitarie del Veneto (art. 51, L. 23.12.1978, n. 833 - art. 12, comma 5, d. lgs. 30.12.1992, n. 502 - art. 52, L.R. 16.02.2010, n. 11)" del bilancio di previsione annuale che presenta sufficiente disponibilità;
10. di dare atto che gli oneri di cui al presente atto non rientrano nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. 1/2011;
11. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
12. di rinviare a successivo provvedimento l'individuazione delle funzioni a valenza provinciale e sovra provinciale e l'assegnazione delle risorse economiche per lo svolgimento delle stesse;
13. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione, nei termini di rito.