

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 597 del 28 aprile 2017

**Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per il triennio 2017-2019 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed aggiornamento dello schema tipo di accordo contrattuale. D.Lgs n. 502/1992, artt. 8 quinquies e sexies, L.R. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:

Vengono determinati i tetti di spesa ed il volume di attività degli erogatori ospedalieri privati accreditati per gli anni 2017, 2018 e 2019 e viene aggiornato lo schema tipo di accordo contrattuale che dovrà essere sottoscritto dall'erogatore e dall'Azienda Ulss di ubicazione territoriale.

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 (di seguito denominate erogatori privati), prima di entrare nel merito della individuazione dei criteri per la determinazione ed assegnazione delle risorse (tetto di spesa) e dei volumi di attività, corre l'obbligo di evidenziare la cornice entro la quale l'Amministrazione regionale si trova ad operare.

Il quadro normativo nazionale di riferimento è caratterizzato, oltre che dalle varie disposizioni succedutesi negli ultimi anni in merito alla stabilizzazione della finanza pubblica (ad es. 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; il Decreto Legge 13 agosto 2011, n. 138 convertito dalla Legge del 14 settembre 2011, n. 148; la Legge 28 dicembre 2015, n. 208) dal Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, dal "Nuovo patto della salute per gli anni 2014-2016" (atto rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario (atto rep n. 113/CSR del 2 luglio 2015), dal Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Come peraltro già evidenziato con i precedenti atti giuntali in materia di determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività degli erogatori privati accreditati (DGR n. 832 del 15 maggio 2012, DGR n. 2621 del 18 dicembre 2012 e DGR n. 2170 del 8 novembre 2014), nel dare applicazione alle disposizioni normative succitate, l'Amministrazione regionale non può prescindere dal contemperare le proprie scelte in materia di apprestamento dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie. A tale riguardo, dunque, al fine di garantire il tendenziale obbligatorio mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario in sede di programmazione sanitaria, appare necessario intervenire al fine di garantire da una parte l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e dall'altra l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche.

E' ragionevole operare il necessario raccordo tra l'imprescindibile tutela del diritto alla salute e l'esigenza di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, posto che la Corte costituzionale ricorda che il diritto alla salute è un diritto finanziariamente condizionato. 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 coerente con le contingenze esterne 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 anche consentire, come evidenziato 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.

Il quadro di riferimento regionale entro cui il presente provvedimento si colloca è costituito da:

- il Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2016, approvato con L.R. n. 23/2012 e prorogato con L.R. n. 19/2016;
- la programmazione in materia di dotazione ospedaliera e territoriale di cui alla DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i. che è mirata a rendere il sistema più coerente ai cambiamenti socio-epidemiologici, ad innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate negli anni, a garantire una più equa distribuzione delle risorse e ad adottare più efficienti modelli gestionali;
- la determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento di servizi assegnati alle Aziende sanitarie pubbliche annualmente con appositi atti giuntali (per ultimo la DGR n. 246 del 7 marzo 2017) che trovano la loro coerenza nella necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse impiegate quale fattore determinante per la sostenibilità del sistema sanitario;
- il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie 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 e s.m.i.);
- il sistema di tariffazione e di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero (DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i.);
- il sistema di tariffazione e di remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui al Decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale (ora Direttore Generale Area Sanità e Sociale) n. 47 del 22 maggio 2013;
- il rilevante cambiamento organizzativo che, a partire dal 1° gennaio 2017, è stato introdotto a seguito dell'approvazione della Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19 con l'istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero" e la definizione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss con la costituzione di n. 9 Aziende Ulss al posto delle precedenti 21.
- La Giunta Regionale, quindi, all'interno della cornice normativa sopra delineata e coerentemente con l'obiettivo di perseguire gli standard di efficienza, efficacia e qualità dei servizi e di sostenibilità del sistema, intende perseguire nelle azioni mirate a:
  - ottimizzare la spesa sanitaria;
  - aumentare la capacità produttiva attraverso l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche;
  - realizzare appieno il modello di rete ospedaliera denominato "*hub and spoke*" definito dalla programmazione regionale;
  - sviluppare ulteriormente il modello delle reti cliniche assistenziali;
  - garantire il rispetto del parametro, stabilito dal PSSR 2012-2016, di 3,0 posti letto per acuti per mille abitanti e di 0,5 posti letto per riabilitazione e lungodegenza per mille abitanti;
  - contenere il tasso di ospedalizzazione a valori inferiori al 140%;
  - 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 del paziente e degli operatori;
  - garantire il rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, di cui al DM 70/2015, ivi compresi i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti del Piano Nazionale Esiti;
  - ottimizzare il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali per abitante per raggiungere/mantenere lo standard regionale pari a 4 prestazioni per abitante;
  - monitorare il mantenimento del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale.

Per quanto sopra esposto, il sistema di determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività degli erogatori ospedalieri privati accreditati, di cui alla DGR n. 2122/2013, oggetto del presente provvedimento, in coerenza con le politiche regionali orientate al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa, deve, pertanto, continuare a fondarsi sui seguenti criteri, già esplicitati con i precedenti atti giuntali in materia:

- 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 altre Aziende Ulss, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e locale e agli effettivi bisogni dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le diverse classi di priorità delle prestazioni, in applicazione del principio solidaristico di cui all'art. 2 Cost.;
- la determinazione dei budget entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa programmato e sostenibile per l'assistenza sanitaria;
- il rispetto degli obblighi assunti, da ultimo, con il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014/2016;

- 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 e al principio solidaristico, l'offerta complessiva delle prestazioni offerte dai soggetti privati.

Inoltre, la determinazione dei tetti di spesa risulta coerente con quanto disposto dalla Legge di Stabilità (Legge n. 208/2015) che, modificando il comma 14 dell'art 15 del Decreto Legge n. 95/2012, ha introdotto degli elementi di flessibilità per la definizione degli stessi nei confronti dei soggetti privati accreditati per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza ambulatoriale in quanto si garantisce che all'interno dell'intero sistema dell'acquisto di prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati, ospedalieri e non, sia mantenuto l'equilibrio economico-finanziario complessivo, come peraltro indicato anche nella nota del Ministro della Salute prot. n. 6090 del 6 giugno 2016 (agli atti della Direzione Programmazione Sanitaria).

D'altro canto nella determinazione dei tetti di spesa la Regione conserva il potere di stabilire quali sono le prestazioni sanitarie, sia di assistenza specialistica ambulatoriale che di assistenza ospedaliera, sulle quali incidere riducendole nel rispetto delle misure previste per il contenimento della spesa (sentenza n. 203 del 15 giugno 2016 della Corte Costituzionale).

Si evidenzia, infine, che nella determinazione dei tetti di spesa dell'intero sistema di acquisto di prestazioni dei soggetti privati accreditati, già a decorrere dal 2014 si è proceduto nell'adempimento del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario rispetto alla riduzione della spesa del 2% del consuntivato dell'anno 2011, dato quest'ultimo oggetto della comunicazione del Direttore della Direzione Programmazione Economico-Finanziaria SSR, prot. n. 483288 del 12 dicembre 2016. Tale adempimento è stato sottoposto alla verifica della Sezione Regionale di controllo della Corte dei Conti; inoltre il bilancio consolidato anno 2014, così come i bilanci precedenti, sono stati regolarmente approvati dal Ministero dell'Economia e Finanze in seguito alla verifica del tavolo degli adempimenti (articolo 1, comma 174, della Legge n. 311/2004 e s.m.i).

Infine, con tale sistema, si intende continuare a dare, nella massima trasparenza, certezza preventiva di tutte le risorse massime assegnate agli erogatori privati e conseguentemente certezza di spesa massima 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 contrattuali di cui all'art. 17, comma 3, della L.R. 16 agosto 2002, n. 22.

Come già previsto a partire dalla DGR n. 832/2012 e nel rispetto del contenuto delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla DGR n. 2122/2013, con il presente atto si intende disciplinare congiuntamente sia l'assistenza ospedaliera che quella specialistica ambulatoriale erogata dagli erogatori ospedalieri privati accreditati nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto. La motivazione di tale scelta risiedeva e 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. Oltre a ciò si deve aggiungere che le scelte di politica sanitaria regionale rivolte a migliorare l'appropriatezza e l'efficienza delle prestazioni hanno dato e danno la possibilità agli erogatori di differenziare, nel rispetto della sicurezza del paziente e degli operatori, 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.

Considerato che, in attuazione della DGR n. 2122/2013 (programmazione in materia di dotazione ospedaliera e territoriale), il "nuovo sistema ospedaliero e territoriale" ha cominciato ad esprimere le proprie potenzialità solo dall'anno 2016 e che, a partire dal 1° gennaio 2017, è stato introdotto l'importante cambiamento organizzativo di cui alla citata recente Legge Regionale n. 19/2016; considerato, inoltre, che la vigente programmazione regionale in materia sanitaria è prorogata sino al 31 dicembre 2018, ovvero non oltre all'approvazione del nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale (art. 24 della citata Legge Regionale), si ritiene che la conferma dei tetti di spesa, così come individuati dalla deliberazione n. 2170 del 8 novembre 2014, con le eccezioni sotto riportate, sia coerente con i principi ed i criteri stabiliti dal PSSR 2012-2016 e garantisca il mantenimento del raggiungimento degli obiettivi posti dallo stesso.

Si ritiene, inoltre, che per garantire la certezza preventiva di spesa come sopra accennato, quanto disposto dal presente atto in materia di tetti di spesa e di volumi di attività abbia una validità triennale (2017-2019).

Per quanto riguarda gli erogatori privati Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" di Abano Terme, Casa di Cura "Ospedale P. Pederzoli" di Peschiera del Garda ed Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria" di Negrar, ai quali la DGR n. 2122/2013 ha riconosciuto la funzione di "presidio ospedaliero", si prevede un adeguamento dei tetti di spesa, sia per l'assistenza ospedaliera che per l'assistenza ambulatoriale. Questo in coerenza con la funzione riconosciuta dalla programmazione regionale e con il ruolo che le strutture devono svolgere all'interno della rete ospedaliera secondo l'articolazione del modello "*hub and spoke*" ed all'interno delle reti cliniche assistenziali istituite, con singoli provvedimenti,

dalla Giunta Regionale. Giova a tale proposito sottolineare quanto si evince dalla sentenza del TAR Lazio (4772/2016): se è vero che le strutture di natura privata erette a presidio ospedaliero restano fisiologicamente assoggettate ai poteri autoritativi di programmazione sanitaria è anche vero che per esse rileva il piano funzionale, cioè in relazione alle funzioni svolte, impresso dalla programmazione socio-sanitaria, tale da renderle, sotto il profilo funzionale, equiparate alle strutture pubbliche.

Oltre a quanto finora espresso si ritiene di individuare, nei confronti dei sopra menzionati erogatori, un ulteriore budget dedicato all'attività di alta complessità, all'attività di chirurgia oncologica (neoplasia maligna primaria, secondaria, in situ), all'attività di radioterapia, all'attività sia di medicina nucleare che di altra specialistica ambulatoriale purché correlate alla citata chirurgia oncologica. Questo in quanto lo svolgimento delle attività in parola necessitano sia di un'appropriata erogazione delle prestazioni che di una adeguata tempestività nell'esecuzione delle stesse allo scopo di garantire la corretta presa in carico di questa particolare tipologia di pazienti. Si evidenzia, nel merito, che la recente L.R. 30 dicembre 2016, n. 30, all'art. 38, comma 18, disciplina l'inserimento nella classe di priorità A degli interventi di chirurgia correlati al trattamento di una neoplasia maligna (primaria, secondaria, in situ). Si precisa, inoltre, che l'ulteriore budget viene individuato prendendo in considerazione l'attività svolta negli anni 2014, 2015 e 2016 (ultimo dato provvisorio disponibile).

Pertanto si ritiene di individuare i seguenti budget, sia per l'assistenza ospedaliera che per l'assistenza ambulatoriale, così come di seguito indicato:

- Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" di Abano Terme: euro 5.000.000,00
- Casa di Cura "Ospedale P. Pederzoli" di Peschiera del Garda: euro 5.000.000,00
- Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria" di Negrar: euro 20.000.000,00

Tali budget rappresentano i tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili.

Per quanto sopra riportato, si intendono abrogate le disposizioni giuntali precedenti al presente atto che disponevano, già dal 2014, che le prestazioni di chirurgia oncologica, di radioterapia e di medicina nucleare non concorressero alla determinazione dei tetti massimi di spesa per la remunerazione delle prestazioni rese in favore di cittadini residenti nella Regione Veneto.

Per quanto riguarda l'erogatore privato accreditato "Villa Margherita" di Arcugnano, il direttore generale dell'Azienda Ulss 8 Berica, con nota prot. 27898 del 21 marzo 2017, ha rappresentato la necessità di proseguire nel rapporto di collaborazione nell'area della riabilitazione cardio-respiratoria, ortopedica e neurologica con il citato erogatore. Il rapporto di collaborazione, di cui alla DGR n. 745 del 14 maggio 2015, - in attesa del completamento dei lavori di adeguamento strutturale dell'ospedale di Lonigo, cui la DGR n. 2122/2013 assegna la funzione di Polo riabilitativo per la provincia di Vicenza - aveva consentito di rispondere, in loco, al fabbisogno di prestazioni di riabilitazione riducendo quindi il fenomeno della mobilità passiva verso strutture ubicate fuori del territorio regionale. Considerato che i lavori di adeguamento della struttura di Lonigo sono tutt'ora in corso si intende, con il presente atto, autorizzare il direttore generale dell'Azienda Ulss 8 a proseguire nel rapporto di collaborazione con la Casa di Cura "Villa Margherita" finalizzato all'area della riabilitazione sopra indicata, prevedendo l'assegnazione di un ulteriore budget dedicato pari a 200.000,00. L'erogatore privato accreditato, come negli anni precedenti, applicherà alla tariffa di remunerazione delle prestazioni uno sconto pari al 20%. Il citato rapporto di collaborazione ed il conseguente riconoscimento dell'ulteriore budget cesseranno nel momento in cui l'Azienda procederà all'attivazione, a completo regime, della struttura di Lonigo. In tal senso si incarica il direttore generale dell'Azienda Ulss 8 di provvedere a dare comunicazione all'Area Sanità e Sociale.

Per quanto riguarda l'erogatore privato accreditato "Villa Garda" di Garda, cui la DGR n. 2122/2013 assegna la funzione di riabilitazione, con attività di riabilitazione nutrizionale e cardiovascolare, in particolare per i disturbi del comportamento alimentare (DCA), si prevede, per quanto di seguito esposto, un adeguamento del tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera. I DCA sono patologie gravi, in alcuni casi potenzialmente letali, per cui l'integrazione dei diversi aspetti psichiatrico-psicologici ed internistici, finalizzati ad un corretto percorso di riabilitazione nutrizionale, è fondamentale e ciò può avvenire nelle strutture ad elevata specificità. I DCA sono molto diffusi tra la popolazione, spesso in comorbidità, e rappresentano una problematica che si presenta trasversalmente tra l'età adulta ed adolescenziale-infantile. Le strutture di degenza devono essere quindi adeguate e promuovere un approccio multiprofessionale ed "*evidence-based*" ben strutturato.

Per quanto riguarda l'erogatore privato "Casa di Cura Trieste - Centro Medico di Foniatria" di Padova, si ritiene di prevedere un adeguamento del tetto di spesa al fine di consentire il pieno svolgimento delle attività, verso la popolazione in età pediatrica, di otorinolaringoiatria, audiologia e foniatria, considerata l'importanza di una presa in carico tempestiva ed adeguata di tali pazienti, evidenziata da ultimo nel Piano nazionale della prevenzione e nel Piano regionale della prevenzione, il primo recepito con Delibera della Giunta Regionale n. 2705 del 29 dicembre 2014 e il secondo approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 749 del 14 maggio 2015.

Pertanto, i budget individuati per ciascun erogatore privato con il presente provvedimento - con esclusione di quelli dedicati a: attività di alta complessità, attività di chirurgia oncologica (neoplasia maligna primaria, secondaria, in situ), attività di radioterapia, ed attività sia di medicina nucleare che di altra specialistica ambulatoriale purché correlate alla citata chirurgia

oncologica per gli erogatori Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" di Abano Terme, Casa di Cura "Ospedale P. Pederzoli" di Peschiera del Garda ed Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria" di Negrar; riabilitazione cardio-respiratoria, ortopedica e neurologica, per l'erogatore Casa di Cura "Villa Margherita" di Arcugnano - sono costituiti 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 "laboratorio", "FKT" (medicina fisica e riabilitazione), "radiologia" ed "altro". 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 relativamente alle prestazioni ambulatoriali in regime di urgenza ed emergenza. Si demanda ad un decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale eventuali correzioni degli **Allegati A e B** dovuti ad errori materiali.

Si conferma il 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. Saranno oggetto di remunerazione, oltre al budget assegnato ed a seguito di apposita fattura, solo le prestazioni effettuate nei confronti di pazienti con codice alla dimissione "giallo" o "rosso"; conseguentemente non saranno oggetto di remunerazione, oltre al budget, le prestazioni effettuate nei confronti di pazienti con codice alla dimissione "verde" o "bianco" e l'erogatore potrà detenere la quota di compartecipazione alla spesa introitata.

I budget di cui all'**Allegato B**, come previsto fin dall'anno 2012 (DGR n. 832/2012 e s.m.i.), sono comprensivi della quota di partecipazione alla spesa (ticket) incassati nel triennio 2017-2019. Quindi le quote di compartecipazione alla spesa introitate devono intendersi come mero acconto di pagamento che va recuperato sulla prima fatturazione utile.

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 25% dello stesso, finalizzata, attraverso l'individuazione di specifiche prestazioni, alla riduzione dei tempi di attesa. 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) - rispettivamente dall'Azienda Ulss di riferimento territoriale e dall'Azienda Zero - con una fluttuazione massima del 15%, salvo conguaglio. La fluttuazione in oggetto viene applicata in analogia con quanto già previsto per gli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali dalla DGR n. 1765 del 28 agosto 2012.

La possibilità di beneficiare, per gli anni 2017, 2018 e 2019, della quota finanziaria del budget per l'assistenza ospedaliera non utilizzata, in aggiunta al budget per l'assistenza ambulatoriale dell'anno in corso, deve essere preventivamente autorizzata con proprio atto dalla Giunta Regionale, sentita l'Azienda Ulss di riferimento territoriale e previo parere della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE). 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. L'erogatore privato deve presentare formale istanza quanto prima e comunque entro il 30 settembre di ciascun anno. I nuovi budget risultanti da tali trasferimenti costituiranno i nuovi budget di riferimento dell'erogatore.

La possibilità di beneficiare, per gli anni 2017, 2018 e 2019, della quota finanziaria del budget per l'assistenza ambulatoriale non utilizzata, in aggiunta al budget per l'assistenza ospedaliera dell'anno in corso, deve essere preventivamente autorizzata con proprio atto dalla Giunta Regionale, sentita l'Azienda Ulss di riferimento territoriale e previo parere della CRITE. Il trasferimento di budget, che comporterà una diminuzione definitiva del budget ambulatoriale a fronte di un corrispondente aumento definitivo del budget ospedaliero, dovrà essere finalizzato prioritariamente alla riduzione dei tempi di attesa presenti nell'Azienda Ulss di riferimento territoriale. L'erogatore privato deve presentare formale istanza quanto prima e comunque entro il 30 settembre di ciascun anno. I nuovi budget risultanti da tali trasferimenti costituiranno i nuovi budget di riferimento dell'erogatore.

La possibilità di beneficiare, per gli anni 2017, 2018 e 2019, all'interno del budget per l'assistenza ambulatoriale, della quota finanziaria di una macroarea non utilizzata, in aggiunta alla quota finanziaria di un'altra macroarea dell'anno in corso, deve essere preventivamente autorizzata con proprio atto dalla Giunta Regionale, sentita l'Azienda Ulss di riferimento territoriale e previo parere della CRITE. Il trasferimento della quota finanziaria da una macroarea ad un'altra, che comporterà una diminuzione definitiva della quota finanziaria della macroarea a fronte di un corrispondente aumento definitivo dell'altra macroarea, dovrà essere finalizzato prioritariamente alla riduzione dei tempi di attesa presenti nell'Azienda Ulss di riferimento territoriale. L'erogatore privato deve presentare formale istanza quanto prima e comunque entro il 30 settembre di ciascun

anno. Le nuove quote finanziarie risultanti da tali trasferimenti costituiranno le nuove quote finanziarie di riferimento dell'erogatore all'interno del budget per l'assistenza ambulatoriale.

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

Si conferma l'obiettivo di attività previsto dal PSSR 2012-2016 e dalla DGR n. 2122/2013 di contenimento del tasso di ospedalizzazione a valori inferiori al 140%. A tale proposito corre l'obbligo di evidenziare che le proiezioni finora elaborate per gli anni 2014, 2015 e 2016 confermano la tendenza verso valori inferiori attestandosi ai tassi rispettivamente pari a 132,95%, 130,57% e 128,91%. Questo è dovuto alle azioni regionali poste in essere da tempo per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie nel regime più appropriato (tra ricovero ordinario, anche nella modalità organizzativa della Week surgery, ricovero diurno, day service ed ambulatoriale), fermo restando la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale l'Azienda Ulss di riferimento territoriale e l'erogatore privato devono concordare la tipologia e il numero di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, nella misura non inferiore al 60% 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.

Nel caso in cui l'erogatore si sottragga alla contrattazione del budget, l'originario budget assegnato ed indicato nell'**Allegato B** verrà decurtato del 30%.

Della contrattazione di budget possono avvalersi anche i Direttori Generali delle altre Aziende Ulss a favore dei propri assistiti, fatto salvo il raccordo tra le Aziende interessate nella definizione e ripartizione delle prestazioni oggetto della contrattazione.

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 avvenuta la sopra riportata contrattazione del budget, ulteriori pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali, con una riduzione tariffaria, di almeno il 10% 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 s.m.i. e dalla DGR n. 320 del 12 marzo 2013 e dalla recente l.r. 30 dicembre 2016, n. 30, art. 38, 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, previa verifica che tali necessità sussistano anche a seguito della riorganizzazione aziendale di cui alla legge regionale n. 19/2016. In ogni caso eventuali acquisti di pacchetti extra budget dovranno preventivamente essere autorizzati con proprio atto dalla Giunta Regionale, previo parere della CRITE.

Si conferma, che la completa integrazione, tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale, delle agende relativamente alle prestazioni ambulatoriali e la completa integrazione con la medesima Azienda Ulss delle agende relativamente alle prestazioni di ricovero - 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 previsto è di 60 giorni dal ricevimento della fattura.

Si conferma, infine, 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.

Si conferma, inoltre, che gli erogatori privati hanno l'obbligo di partecipare al progetto regionale di creazione del "fascicolo sanitario" e pertanto devono procedere all'adeguamento dei sistemi informatici al fine di garantire la necessaria integrazione con i sistemi aziendali e regionali secondo lo standard del progetto FSEr.

Quanto disposto finora dal presente atto in merito alla determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività decorre dal 1 gennaio 2017 e fino al 31 dicembre 2019. La decorrenza dal 1 gennaio 2017 trova giustificazione, oltre che nell'ampio periodo di riferimento (triennio 2017-2019), nel fatto che il presente atto, come precedentemente riportato, conferma i tetti di spesa già individuati dalla deliberazione n. 2170 del 8 novembre 2014, con alcune limitate eccezioni.

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 2019, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività 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 con il presente atto.

Oltre a quanto finora disciplinato, si deve evidenziare che con la DGR n. 2170/2014 è stato approvato lo schema tipo di accordo contrattuale, di cui all'art. 17, comma 3, della l.r. 16 agosto 2002, n. 22. Spetta poi al Direttore Generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale provvedere alla stipula dei relativi accordi contrattuali con ciascun erogatore ospedaliero privato accreditato.

Con il presente atto, alla luce delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 5, lett b) del DM 70/2015 e delle recenti determinazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, si ritiene di aggiornare lo schema di accordo contrattuale.

Si propone, quindi, di approvare il nuovo schema tipo di accordo contrattuale così come riportato nell'**Allegato C** parte integrante del presente atto, che si intende sostitutivo di quello approvato con DGR n. 2170/2014.

Si rappresenta che sul sistema di regolazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività e sull'aggiornamento dello schema tipo di accordo contrattuale, oggetto del presente provvedimento, sono state sentite, per ultimo in data 22 novembre 2016, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori privati (AIOP ed ARIS).

Si dà atto che gli oneri di cui al presente atto delle trovano copertura finanziaria nell'ambito delle quote provenienti dalla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale che saranno assegnate alle corrispondenti Aziende sanitarie a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei LEA in ciascuno degli esercizi 2017, 2018 e 2019, con appositi provvedimenti della Giunta Regionale. Tali finanziamenti saranno erogati attraverso l'Azienda Zero di cui alla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.

Quindi, ferma restando la titolarità contrattuale in capo alle Aziende Ulss, al pagamento del debito potrà provvedere Azienda Zero, ai sensi dell'art. 1180 del Codice Civile, secondo modalità definite con decreto del Direttore della Direzione Programmazione economico-finanziaria SSR. La remunerazione delle prestazioni avviene utilizzando la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione stessa e secondo le disposizioni di cui al presente atto.

Spetta all'Azienda Ulss di ubicazione territoriale il compito di effettuare il controllo sull'appropriatezza dell'attività secondo quanto disposto in materia dalla DGR n. 3444 del 30 dicembre 2010 e dalla DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016.

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 richiama, infine, quanto disposto dalla DGR n. 610 del 29 aprile 2014 ad oggetto "Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. Articolo 8, comma 1, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23. Deliberazione n. 179/CR del 30 dicembre 2013", il cui rispetto è requisito di mantenimento dell'accreditamento, pena la decadenza di quest'ultimo.

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

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, 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, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

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

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 2014-2016, approvata dalla Conferenza permanente Stato-Regioni con atto rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

VISTO il decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;

VISTO il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito dalla legge del 15 luglio 2011, n. 111;

VISTO il decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 convertito dalla legge del 14 settembre 2011, n. 148;

VISTO il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

VISTA la legge 28 dicembre 2015, n. 208;

VISTO il "Nuovo patto della salute per gli anni 2014-2016" (atto rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano);

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario (atto rep n. 113/CSR del 2 luglio 2015);

VISTO il Piano Socio Sanitario 2012-2016 approvato con l.r. n. 23 del 29 giugno 2012;

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

VISTA la legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19;

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30, art. 38;

VISTA la deliberazione n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.;

VISTA la deliberazione n. 1805 del 8 novembre 2011 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale (ora Direttore Generale Area Sanità e Sociale) n. 47 del 22 maggio 2013;

VISTA la deliberazione n. 2170 del 8 novembre 2014;

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
2. di approvare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, i criteri e la determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata, nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, dagli erogatori ospedalieri privati accreditati per gli anni 2017-2018-2019;
3. di approvare i budget per gli anni 2017-2018-2019 di ciascun erogatore privato accreditato, che rappresentano i tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili, costituiti dagli importi indicati negli **Allegati A e B**, parti integranti del presente provvedimento, fatto salvo l'eccezione riportata in premessa relativamente alle prestazioni ambulatoriali in regime di urgenza ed emergenza;
4. di approvare, per quanto esposto in premessa e secondo le modalità nella stessa indicate, i budget dedicati all'attività di alta complessità, all'attività di chirurgia oncologica (neoplasia maligna primaria, secondaria, in situ), all'attività di radioterapia, all'attività sia di medicina nucleare che di altra specialistica ambulatoriale purchè correlate alla citata chirurgia oncologica, in aggiunta ai budget di cui al punto 3., così come di seguito indicato:

euro 5.000.000,00: Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" di Abano Terme

euro 5.000.000,00: Casa di Cura "Ospedale P. Pederzoli" di Peschiera del Garda

euro 20.000.000,00: Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria" di Negrar;

5. stabilire che le disposizioni di cui ai punti 1., 2., 3. e 4. decorrono dal 1 gennaio 2017 e fino al 31 dicembre 2019;
6. di autorizzare, per quanto espresso in premessa e secondo le modalità nella stessa indicate, il direttore generale dell'Azienda Ulss 8 a proseguire nel rapporto di collaborazione con la Casa di Cura "Villa Margherita" finalizzato all'area della riabilitazione cardio-respiratoria, ortopedica e neurologica, prevedendo l'assegnazione di un budget dedicato pari ad euro 200.000,00, in aggiunta ai budget di cui al punto 3., a far data dal 1 gennaio 2017 e fino all'attivazione, a completo regime, del Polo riabilitativo di Lonigo e comunque non oltre il 31 dicembre 2019;
7. di approvare lo schema tipo di accordo contrattuale, di cui all'**Allegato C**, che costituisce parte integrante dello stesso e che si intende sostitutivo di quello approvato con DGR n. 2170/2014, che dovrà essere sottoscritto dal legale rappresentante dell'erogatore ospedaliero privato accreditato e dal direttore generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale;
8. di dare atto che gli oneri di cui al presente atto trovano copertura finanziaria nell'ambito delle quote provenienti dalla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale che saranno assegnate alle corrispondenti Aziende sanitarie, a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei LEA, in ciascuno degli esercizi 2017, 2018 e 2019, con appositi provvedimenti della Giunta Regionale. Tali finanziamenti saranno erogati attraverso l'Azienda Zero di cui alla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19;
9. di stabilire che, ferma restando la titolarità contrattuale in capo alle Aziende Ulss, al pagamento del debito potrà provvedere Azienda Zero, ai sensi dell'art. 1180 del Codice Civile, secondo modalità definite con decreto del Direttore della Direzione Programmazione economico-finanziaria SSR;
10. di confermare che spetta all'Azienda Ulss di ubicazione territoriale il compito di effettuare il controllo sull'appropriatezza dell'attività di ciascun erogatore ospedaliero privato accreditato secondo quanto disposto in materia dalla DGR n. 3444 del 30 dicembre 2010 e dalla DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016;
11. 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;
12. la Direzione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
13. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

