

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1397 del 11 novembre 2022

Erogatori ospedalieri privati accreditati e erogatori privati esclusivamente ambulatoriali: criteri per la determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto, per il biennio 2022-2023. Deliberazione n. 95/CR del 20 settembre 2022.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Vengono approvati i criteri per la determinazione dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati e erogatori privati esclusivamente ambulatoriali per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto per il biennio 2022-2023.

L'Assessore Manuela Lanzarin 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.

A tal riguardo, si riportano le vigenti deliberazioni, cui si fa rinvio:

- n. 925 del 5 luglio 2021 "Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per il triennio 2021-2023 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini sia residenti nel Veneto che non residenti nel Veneto";
- n. 101 del 7 febbraio 2022 "Erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali: determinazione e assegnazione dei tetti di spesa per il triennio 2022-2024 per l'assistenza specialistica erogata a favore dei cittadini residenti nella regione del Veneto. Ulteriori disposizioni relative ai tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati, di cui alla dgr n. 925/2021 e dei Centri e Presidi privati accreditati, ex art. 26 della l. n. 833/78, di cui alla dgr n. 317/2021".

Per quanto riguarda la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale erogate dagli erogatori ospedalieri privati accreditati e dagli erogatori privati esclusivamente ambulatoriali nei confronti di pazienti non residenti in Veneto si ricorda - come già riportato nella dgr. n. 925/2021 e nella dgr n. 101/2022 - che anch'essa soggiace al limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 che - ai sensi dell'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge n. 124/2019, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 19 dicembre 2019, n. 157 - a decorrere dall'anno 2020, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Per quanto riguarda gli erogatori ospedalieri privati accreditati merita anche evidenziare - come sempre riportato anche nella dgr n. 925/2021 - che l'art. 15, comma 14, del d.l. n. 95/2012, così come successivamente modificato dall'art. 1, comma 574, lett. a) e b), l. 28 dicembre 2015, n. 208, dispone che non siano soggette ai limiti di spesa previsti dal medesimo art. 15, comma 14, le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in altre regioni.

Quindi, la dgr n. 925/2021 ha previsto, a parziale modifica di quanto disposto con la dgr n. 1816/2016, che le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini non residenti nel Veneto non concorrano alla determinazione del tetto di spesa. La citata deliberazione ha incaricato, l'Azienda Ulss di ubicazione territoriale di assegnare a ciascun erogatore, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge n. 124/2019, il tetto di spesa per l'attività da erogare nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto.

Successivamente, la dgr n. 101/2022 ha precisato che il tetto di spesa per l'attività da erogare nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto, per ciascun erogatore ospedaliero privato accreditato, per l'anno 2021, sia determinato in un unico importo derivante dalla somma della spesa consuntivata per l'assistenza ospedaliera con la spesa consuntivata per l'assistenza specialistica, fermo restando quanto previsto dalla norma sopra richiamata relativa alle prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché le prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in altre regioni.

La dgr n. 101/2022 ha rinviato ad un successivo provvedimento, nel rispetto di quanto previsto dai citati artt. 45, comma 1-ter, del decreto legge n. 124/2019 e 15, comma 14, del d.l. n. 95/2012, così come successivamente modificato dall'art. 1, comma 574, lett. a) e b), l. 28 dicembre 2015, n. 208, l'assegnazione dei tetti di spesa a partire dall'anno 2022 agli erogatori privati accreditati ospedalieri e agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali per l'erogazione di prestazioni a favore dei cittadini non residenti nel Veneto.

Si deve ora rappresentare che l'art. 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 prevede la stipula di accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale e che l'art. 1, comma 492, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, prevede che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisca adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale. In aggiornamento a quanto rappresentato con deliberazione n. 95/CR del 20 settembre 2022, si informa che la Commissione Salute ha esaminato lo schema tipo di accordo sulla base dei lavori svolti dal gruppo tecnico del Coordinamento della Mobilità sanitaria interregionale, valutando che trattasi comunque di uno schema tipo e quindi non vincolante nella stesura degli accordi tra le Regioni.

Si rappresenta che gli accordi, di cui all'art. 1, comma 576 della l. n. 208/2015, consentono alle Regioni sottoscrittrici di determinare le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale non soggette ai limiti di spesa previsti dall'art. 15, comma 14, del d.l. n. 95/2021, oltre a quelle già riportate nell'art. 15, comma 14, del medesimo decreto legge.

Nelle more dell'approvazione degli accordi bilaterali tra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, con il presente atto, pertanto, si intende procedere nella definizione dei criteri e nella determinazione dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati e degli erogatori privati esclusivamente ambulatoriali per l'erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti di pazienti non residenti in Veneto.

Si deve innanzitutto considerare che a partire dall'anno 2012 sono stati rilasciati, con vari provvedimenti giuntali, sia accreditamenti istituzionali nei confronti di nuovi erogatori che accreditamenti istituzionali per nuove discipline nei confronti di erogatori privati già accreditati per altre discipline, così come alcuni erogatori privati accreditati hanno cessato la loro attività determinandosi quindi la cessazione dell'accredimento.

La situazione sopra esposta ha evidenziato quindi la oggettiva difficoltà ad utilizzare, quale tetto di spesa, il consuntivato dell'anno 2011 soprattutto nei confronti di quegli erogatori che, all'epoca, non erogavano alcuna prestazione in quanto soggetti non ancora accreditati.

Considerato che gli anni 2020 e 2021 sono stati caratterizzati dall'emergenza pandemica causata dal COVID-19, le strutture regionali competenti con il supporto di Azienda Zero, effettuando un'analisi dei dati di attività ed economici, hanno messo in luce che sul bilancio consolidato del Servizio Socio Sanitario regionale per l'anno 2019, approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1002 del 12 luglio 2019, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'art. 12 dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, ha verificato la sussistenza dell'equilibrio economico-finanziario (articolo 1, comma 174 della Legge n. 311/2004 e s.m.i.). Inoltre il citato Tavolo - nella riunione del 22.09.2020 -, sulla base della documentazione prodotta dall'Amministrazione regionale, ha ritenuto rispettata l'applicazione del Decreto Legge n. 95/2012 per l'anno 2019 relativamente all'acquisto di prestazioni sanitarie (sia assistenza ospedaliera che specialistica ambulatoriale erogate nei confronti di pazienti residenti e non residenti in Veneto) dagli erogatori privati accreditati (sia ospedalieri che esclusivamente ambulatoriali).

Tale analisi ha condotto quindi a considerare di poter utilizzare, quale criterio per l'assegnazione dei tetti di spesa in parola, il valore del fatturato consuntivo del 2019 che, al netto del ticket per la parte ambulatoriale, ha trovato rappresentazione contabile nei bilanci consuntivi dell'anno 2019 delle aziende sanitarie, non solo per le positive risultanze istruttorie del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'art. 12 dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, ma anche perché negli anni 2020 e 2021 non sono stati rilasciati dalla Giunta Regionale accreditamenti istituzionali nei confronti di nuovi erogatori privati, fatta eccezione per un unico erogatore privato.

Pertanto, per quanto finora esposto, si propone di approvare il criterio per l'assegnazione dei tetti di spesa in parola come sopra riportato.

La Giunta Regionale, quindi, con la deliberazione n. 95/CR del 20 settembre 2022, ha approvato i criteri per la determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto, per il biennio 2022-2023, dagli erogatori ospedalieri privati accreditati e erogatori privati esclusivamente ambulatoriali.

La dgr n. 95/CR/2022, come previsto dall'art. 17, comma 4, della legge regionale 13 agosto 2002, n. 22, è stata inviata alla Quinta Commissione consiliare per il previsto parere.

La Quinta Commissione consiliare, nella seduta n. 63 del 13 ottobre 2022, ha esaminato la deliberazione n. 95/CR/2022 ed ha espresso parere favorevole, con l'invito a modificare il testo del provvedimento finale come di seguito indicato (Pagr n. 205 trasmesso con nota acquisita agli atti con prot. n. 478950 del 14 ottobre 2022):

sostituire il secondo capoverso di pag. 5 di 7 con:

"Per quanto riguarda le prestazioni erogate in regime ambulatoriale, i tetti di spesa in parola sono da considerarsi al netto della quota di compartecipazione alla spesa (c.d. ticket) incassata nel periodo di riferimento del presente atto."

Si recepisce il citato parere della Quinta Commissione consiliare e, pertanto, per quanto riguarda le prestazioni erogate in regime ambulatoriale, i tetti di spesa in parola sono da considerarsi al netto della quota di compartecipazione alla spesa (c.d. ticket) incassata nel periodo di riferimento del presente atto.

Si propone di incaricare i Direttori Generali delle Aziende Ulss di ubicazione territoriale di assegnare, nel rispetto dei criteri di cui al presente atto, a ciascun erogatore ospedaliero privato accreditato il tetto di spesa, in un unico importo, per l'erogazione sia delle prestazioni di ricovero ospedaliero che di specialistica ambulatoriale e a ciascun erogatore esclusivamente ambulatoriale il tetto di spesa per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Si incaricano i Direttori Generali delle Aziende Ulss di ubicazione territoriale di comunicare alla Direzione Programmazione Sanitaria e a Azienda Zero i tetti di spesa assegnati.

Si ritiene, inoltre, al fine di garantire la certezza preventiva di spesa, sia verso le Aziende Ulss di ubicazione territoriale che verso gli erogatori privati accreditati in parola, in analogia con quanto disposto dalle deliberazioni n. 925/2021 e n. 101/2022, che quanto disposto dal presente atto in materia di tetti di spesa decorra dal 1 gennaio 2022 e fino al 31 dicembre 2023.

I tetti di spesa assegnati dai Direttori Generali delle Aziende Ulss di ubicazione territoriali rappresentano i tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili. Pertanto le prestazioni erogate in supero ai tetti di spesa non saranno remunerate per cui a fronte della loro fatturazione andrà emessa nota di accredito a storno totale. Le medesime prestazioni erogate in supero ai tetti di spesa verranno riconosciute, con successivo provvedimento, nei limiti delle quote effettivamente riconosciute e assegnate alla Regione del Veneto in sede di approvazione delle matrici di mobilità interregionale dell'anno di riferimento.

Si incaricano, inoltre, i Direttori generali delle Aziende Ulss di ubicazione territoriale di provvedere all'integrazione degli accordi contrattuali vigenti di ciascun erogatore privato accreditato, nel rispetto di quanto disposto con il presente atto.

Si rappresenta, inoltre, che quanto disposto con il presente atto dovrà essere oggetto di revisione nel caso di approvazione degli accordi di mobilità tra Regioni di cui all'art. 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e all'art. 1, comma 492, L. 30 dicembre 2020, n. 178.

Si rappresenta, infine, che sulla determinazione dei tetti di spesa di cui al presente atto sono state sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati accreditati in data 7 luglio 2022.

Si incarica Azienda Zero della verifica del trend di spesa finalizzata al rispetto del limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95.

La verifica di Azienda Zero consentirà all'Amministrazione regionale di porre in essere eventuali azioni correttive finalizzate al rispetto del limite di spesa sopra riportato.

Si dà atto che gli oneri di cui al presente provvedimento trovano copertura finanziaria nell'ambito delle Risorse statali annualmente assegnate alla Regione del Veneto per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Si rinvia a quanto disposto dalla dgr n. 925/2021 relativamente alla:

- remunerazione delle prestazioni di radioterapia, erogate dalla Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" e dall'IRCCS Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria"

- remunerazione dei parti eccedenti al numero di parti effettuati nell'anno 2019 dalla Casa di Cura "Ospedale dott. Pederzoli".

Si rinvia a quanto previsto dalla dgr n. 925/2021 e dalla dgr n. 101/2022 relativamente al controllo sull'appropriatezza dell'attività secondo quanto disposto in materia dalla DGR n. 2022 del 28 dicembre 2018.

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, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, 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;

VISTO il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 7 agosto 2012, n. 135 ed in particolare l'art 15, comma 14, così come modificato, per la rideterminazione del limite di spesa di cui al primo periodo del citato comma, a decorrere dall'anno 2020, dall'art. 45, comma 1-ter, del d.l. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla l. 19 dicembre 2019, n. 157;

VISTA la legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016);

VISTA la legge 30 dicembre 2020, n. 178 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023";

VISTO il Piano Socio Sanitario 2019-2023 approvato con legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48;

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

VISTA la deliberazione n. 925 del 5 luglio 2021;

VISTA la deliberazione n. 101 del 7 febbraio 2022;

VISTA la deliberazione n. 95/CR del 20 settembre 2022;

VISTO l'articolo 17, comma 4, della legge regionale 16 agosto 2002, n.22;

VISTO il parere della Quinta Commissione consiliare, espresso nella seduta n. 63 del 13 ottobre 2022 (Pagr n. 205 trasmesso con nota acquisita agli atti con prot. n. 478950 del 14 ottobre 2022);

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

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il criterio per la determinazione dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati e degli erogatori privati esclusivamente ambulatoriali per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto, consistente nel valore del fatturato consuntivo del 2019, al netto del ticket per la parte ambulatoriale, risultante nei bilanci consuntivi dell'anno 2019 delle aziende sanitarie;
3. di incaricare i Direttori Generali delle Aziende Ulss di ubicazione territoriale di assegnare, nel rispetto di quanto previsto al punto 2., a ciascun erogatore ospedaliero privato accreditato il tetto di spesa, in un unico importo, per l'erogazione sia delle prestazioni di ricovero ospedaliero che di specialistica ambulatoriale e a ciascun erogatore esclusivamente ambulatoriale il tetto di spesa per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

4. di stabilire che le prestazioni erogate in supero ai tetti di spesa non saranno remunerate per cui a fronte della loro fatturazione andrà emessa nota di accredito a storno totale;
5. di stabilire che le prestazioni erogate in supero ai tetti di spesa verranno riconosciute, con successivo provvedimento, nei limiti delle quote effettivamente riconosciute e assegnate alla Regione del Veneto in sede di approvazione delle matrici di mobilità interregionale dell'anno di riferimento;
6. di stabilire che le disposizioni di cui al presente atto decorrono dal 1 gennaio 2022 e fino al 31 dicembre 2023;
7. di dare atto che gli oneri di cui al presente provvedimento trovano copertura finanziaria nell'ambito delle Risorse statali annualmente assegnate alla Regione del Veneto per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
8. la Direzione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
9. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.