

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 22 febbraio 2017, n. U00054

**Rettifica DCA n. 248/2016 "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti con onere a carico del SSR"**

**Decreto del Commissario ad *acta***  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**Oggetto:** Rettifica DCA n. 248/2016 “*Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti con onere a carico del SSR*”

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTI per quanto riguarda i poteri:**

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 “*Nuovo Statuto della Regione Lazio*” e successive modifiche ed integrazioni;
- la legge regionale 18 febbraio n. 6 e s. m. i.;
- Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i., con particolare riferimento all’art. 98;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con cui l’Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato *sub* commissario nell’attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la determinazione regionale G03680 del 13 aprile 2016;
- la determinazione regionale G04602 del 05 maggio 2016;

**VISTI per quanto riguarda il Piano di Rientro:**

- l’articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: “*Approvazione del "Piano di Rientro..”*” e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio....Approvazione del "Piano di Rientro”*”;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;

**VISTI per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”, ed in particolare:**

- l’art. 8 *quater* comma 2 che prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 *quinquies*;
- l’articolo 8 *quater*, comma 8 del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale;
- l’art. 8 *quinquies*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l’altro:
  - il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell’accordo,

da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera d);

- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ....*omissis*....(art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e- bis);

**CONSIDERATO**, che la giurisprudenza amministrativa (*ex pluribus*, Cons. di Stato, sez. III, n. 1582/2014; Cons. di Stato, sez. V, n. 5847/2008; TAR Lazio, Roma, sez. III, n. 1911/07, che richiama, tra l'altro, Cons. di Stato, sez. V, n. 499/2003) ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso e ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica e che il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati non viola il legittimo affidamento dei titolari delle strutture accreditate;

**RILEVATO** che la giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha precisato che: “...*omissis*... *Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni*”;

**RILEVATO** altresì come la stessa sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 abbia rilevato come “...*omissis*... *ovvi principi di buona amministrazione rendono opportuna l'esplicazione sia pure provvisoria di scelte programmatiche all'inizio dell'anno. Si deve, al riguardo, convenire con l'indirizzo giurisprudenziale (Cons. di Stato, sez. V n. 1252/2011; sez. III n. 4551 e n. 6811 del 2011) che valuta favorevolmente l'adozione di determinazioni che, nell'esplicazione di una discrezionalità piena in quanto orientata verso le prestazioni future, stabiliscano, all'esordio dell'esercizio, almeno tetti provvisori sulla base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore ed alla composizione del tetto di spesa, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva*”;

**RILEVATO** che la recente giurisprudenza amministrativa ha precisato che “...*omissis*... *chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto alla salute ....omissis... in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato*” (Ordinanza Consiglio di Stato n. 906/2015; sentenza TAR Abruzzo n. 585/2015);

**VISTO** il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 70 del 02.04.2015 avente ad oggetto "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";

**VISTO** il decreto del Commissario *ad acta* n. 40 del 26.03.2012 avente ad oggetto "*DCA n. 58/2009: "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica – L. 133/08, art. 79, comma 1 septies" Modifiche ed integrazione.*" il quale stabilisce che "...*Gli esiti dei controlli analitici su cartella clinica, sulla compilazione della documentazione clinica e sull'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri costituiranno elementi di valutazione nell'ambito degli accordi contrattuali...*";

**VISTO** il decreto del Commissario *ad acta* n. 248 del 05.08.2016 avente ad oggetto "*Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti con onere a carico del SSR*";

**VISTA** la nota prot. n. 615878 del 12.12.2016 con cui – ai sensi dell'art. 7 L. 241/90 s.m.i. – è stato comunicato l'avvio del procedimento per la rettifica del suddetto DCA n. 248/2016 limitatamente al punto 7 del decreto;

**RILEVATO** che nell'avvio del procedimento sopra citato è stato comunicato che esclusivamente per l'anno 2016 la Regione Lazio intende derogare a quanto previsto al suddetto punto 7 del DCA n. 248/2016 "... *per le prestazioni ospedaliere per acuti il livello massimo di finanziamento assegnato per le prestazioni a cittadini residenti non potrà essere utilizzato per le prestazioni ai non residenti e viceversa*";

**PRECISATO** che, ad eccezione della deroga di cui al presente provvedimento, il Decreto del Commissario *ad acta* n. 248/2016 rimane in vigore in ogni sua parte;

**PRECISATO** che la suddetta deroga non si applica al "budget per incremento mobilità alta complessità" di cui al DCA n. 248/2016;

**RIBADITO** pertanto che la singola struttura potrà accedere al "budget per incremento mobilità alta complessità" di cui al DCA n. 248/2016 esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stessa erogate a favore di cittadini non residenti nell'anno 2016 siano incrementate rispetto all'anno 2015;

**RIBADITO** che le strutture che nell'anno 2016 non registreranno il suddetto incremento delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti non potranno far valere alcun diritto sul budget aggiuntivo di cui sopra;

**RIBADITO** che il "budget per incremento mobilità alta complessità" sopra richiamato remunera esclusivamente la quota parte incrementale, rispetto all'anno 2015, di prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dalla struttura;

**RIBADITO** pertanto che, ad esclusione della quota parte incrementale di cui sopra, le prestazioni di alta complessità erogate a favore di cittadini non residenti dovranno essere ricomprese nell'ambito del budget 2016 "non residenti" di cui all'allegato A del DCA n. 248/2016, fino a concorrenza di quanto erogato nell'anno 2015 per la stessa tipologia;

**RIBADITO** inoltre che il suddetto budget aggiuntivo viene assegnato in via sperimentale esclusivamente per le prestazioni erogate nell'anno 2016, pertanto tale assegnazione non potrà far sorgere in capo ai singoli soggetti erogatori alcun diritto acquisito o legittimo affidamento a vedersi riconosciuto lo stesso anche negli anni successivi;

**PRECISATO** che, ai sensi della normativa vigente (L. 208/2015), sono definite prestazioni ospedaliere di alta complessità, i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

**CONSIDERATO** che nell'ambito della configurazione di accreditamento e del budget assegnato, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa;

**RIBADITO** che la definizione e l'attribuzione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;

**CONFERMATO** che qualsiasi provvedimento in essere di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento, con la conseguenza che, a far data dalla notifica del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;

**CONFERMATO** che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il livello massimo di finanziamento non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;

**CONFERMATO** che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

**RITENUTO** che le competenti Aziende sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;

**STABILITO**, ai sensi di quanto previsto nelle determinazioni n. G03680/2016 e n. G04602/2016, di rinviare all'Area competente la valutazione dell'efficacia e efficienza produttiva dell'assistenza erogata dai singoli soggetti nonché la disciplina concernente il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione;

**RITENUTO**, per quanto non specificatamente menzionato nel presente provvedimento, di confermare quanto previsto nel Decreto del Commissario ad acta n. 248/2016;

**RIBADITO** quanto previsto dall'art. 8-quater, comma 2, D.Lgs. 502/92;

## DECRETA

Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

1. di derogare, esclusivamente per l'anno 2016, alla disciplina di cui al punto 7 del DCA n. 248/2016 il quale stabilisce che *“il livello massimo di finanziamento assegnato per le prestazioni a cittadini residenti non potrà essere utilizzato per le prestazioni ai non residenti e viceversa”*;
2. che, ad eccezione della deroga di cui al presente provvedimento, il Decreto del Commissario *ad acta* n. 248/2016 rimane in vigore in ogni sua parte;
3. di precisare che la suddetta deroga non si applica al “budget per incremento mobilità alta complessità”;
4. di confermare i livelli massimi di finanziamento di cui al DCA n. 248/2016;
5. di ribadire la disciplina di cui al DCA n. 248/2016 per l'accesso al “budget per incremento mobilità alta complessità”:
  - a. la singola struttura potrà accedere al “budget per incremento mobilità alta complessità” di cui al DCA n. 248/2016 esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stessa erogate a favore di cittadini non residenti nell'anno 2016 siano incrementate rispetto all'anno 2015;
  - b. le strutture che nell'anno 2016 non registreranno il suddetto incremento delle prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti non potranno far valere alcun diritto sul budget aggiuntivo di cui sopra;
  - c. il “budget per incremento mobilità alta complessità” sopra richiamato remunera esclusivamente la quota parte incrementale, rispetto all'anno 2015, di prestazioni di alta complessità a favore di cittadini non residenti erogate dalla struttura;
  - d. ad esclusione della quota parte incrementale di cui alla lettera c), le prestazioni di alta complessità erogate a favore di cittadini non residenti dovranno essere ricomprese nell'ambito del budget 2016 “non residenti” di cui all'allegato A del DCA n. 248/2016, fino a concorrenza di quanto erogato nell'anno 2015 per la stessa tipologia;
  - e. il suddetto budget aggiuntivo viene assegnato in via sperimentale esclusivamente per le prestazioni erogate nell'anno 2016, pertanto tale assegnazione non potrà far sorgere in capo ai singoli soggetti erogatori alcun diritto acquisito o legittimo affidamento a vedersi riconosciuto lo stesso anche negli anni successivi;
  - f. ai sensi della normativa vigente (L. 208/2015) sono definite prestazioni ospedaliere di alta complessità, i ricoveri individuati come “ad alta complessità” nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;
6. che nell'ambito della configurazione di accreditamento e del budget assegnato, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con

finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa;

7. di demandare all'Area regionale Sistemi Informativi la verifica della coerenza tra produzione erogata (in termini di presenze) e posti letto accreditati;
8. che la definizione e l'attribuzione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;
9. che qualsiasi provvedimento in essere di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamenti, con la conseguenza che, a far data dalla notificazione del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, fatte salve le diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate a garantire la continuità assistenziale;
10. che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il livello massimo di finanziamento non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;
11. che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
12. che le competenti Aziende sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;
13. di rinviare, ai sensi di quanto previsto nelle determinazioni n. G03680/2016 e n. G04602/2016, di rinviare all'Area competente la valutazione dell'efficacia e efficienza produttiva dell'assistenza erogata dai singoli soggetti nonché la disciplina concernente il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione;
14. per quanto non specificatamente menzionato nel presente provvedimento, di confermare quanto previsto nel Decreto del Commissario ad acta n. 248/2016;
15. di ribadire quanto previsto dall'art. 8-quater, comma 2, D.Lgs. 502/92.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

**NICOLA ZINGARETTI**