



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
8^a legislatura

Presidente	Giancarlo	Galan
V. Presidente	Franco	Manzato
Assessori	Renato	Chisso
	Giancarlo	Conta
	Marialuisa	Coppola
	Oscar	De Bona
	Elena	Donazzan
	Massimo	Giorgetti
	Renzo	Marangon
	Sandro	Sandri
	Vendemiano	Sartor
	Flavio	Silvestrin
	Stefano	Valdegamberi
Segretario	Antonio	Menetto

Deliberazione della Giunta

n. 1178 del 23 MAR 2010

OGGETTO: Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori privati provvisoriamente accreditati equiparati al pubblico per l'anno 2010.

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, 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 sull'attività sanitaria ed i criteri di finanziamento al fine di programmare l'erogazione, da parte dei soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati, delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero 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 governarne l'offerta.

Tra gli obiettivi della programmazione regionale, in linea con quella nazionale, vi è l'obiettivo di proseguire nelle azioni mirate a:

- razionalizzare la rete ospedaliera al fine di raggiungere l'obiettivo, determinato nel "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, pari a 4 posti letto per mille abitanti
- ridurre ulteriormente il tasso di ospedalizzazione
- 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, con adeguata garanzia di sicurezza per il paziente e per gli operatori.

Il quadro finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'Amministrazione regionale per l'anno 2010 è caratterizzato anch'esso dal "Nuovo patto per la salute, per gli anni 2010-2012".

Il rispetto delle suddette regole comporta che la spesa per l'assistenza ospedaliera sia gestita attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati che, assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti, dia certezza del suo contenimento entro l'inderogabile vincolo di bilancio.

Poiché la normativa di principio, la programmazione sanitaria regionale e le scelte dell'utenza considerano in modo paritetico anche le strutture private provvisoriamente accreditate, che nella programmazione a tutti gli effetti sono considerate soggetti sinergici con le strutture pubbliche al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria nazionale e regionale, già dall'anno 2006 la Giunta regionale ha esteso la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa anche agli erogatori privati provvisoriamente accreditati.

Per ultima, infatti, la DGR n. 4449 del 28 dicembre 2006 ha approvato, per l'assistenza ospedaliera, i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati per gli anni 2007-2008-2009.

Poiché i criteri e le modalità di cui sopra avevano validità per il triennio 2007 – 2009, si propone ora di approvare il nuovo modello di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa dei soggetti erogatori provvisoriamente accreditati equiparati al pubblico, rinviando ad altro atto l'approvazione del nuovo modello di regolazione per gli erogatori provvisoriamente accreditati non equiparati al pubblico. Ciò trova la sua motivazione in quanto espresso dalla delibera n. 2604 del 16 settembre 2009, cui si fa rinvio.

Si deve però tener presente che lo scenario politico-istituzionale entro il quale si colloca il nuovo modello di regolazione è particolare. Infatti, la VIII legislatura della Regione Veneto è da poco terminata e conseguentemente devono ancora insediarsi i nuovi organi istituzionali ai quali spetterà la definizione della nuova programmazione in materia sanitaria per il prossimo quinquennio, alla luce anche degli impegni assunti dalle regioni in sede di Conferenza Stato-Regioni. Inoltre, gli obiettivi definiti dal “Nuovo patto per la salute 2010-2012” necessitano, per essere realmente efficaci, dell’emanazione, da parte dei ministeri competenti, di alcuni decreti attuativi.

In considerazione di questo scenario si ritiene opportuno che il modello di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa, oggetto del presente provvedimento, abbia una validità annuale (1 gennaio 2010 – 31 dicembre 2010). Ciò consente comunque il rispetto dei principi di razionalizzazione e riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere determinati con la DGR n. 4449/2006 e, contemporaneamente, contribuisce a garantire la transizione verso la realizzazione dei nuovi obiettivi, così come saranno definiti da parte delle istituzioni nazionali e regionali.

Alla luce di quanto finora esposto si prevede che per gli erogatori privati provvisoriamente accreditati equiparati al pubblico (di seguito denominati erogatori) il budget per l'anno 2010 sia costituito dal budget previsto per l'anno 2009 dalla deliberazione 4449/2006 al netto della quota relativa alle prestazioni “Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17, no CC” (Drg 162), “Radioterapia” (Drg 409), “Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta” (Drg 410) e “Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta” (Drg 492) erogate, nell'anno 2009, in regime ambulatoriale. Tale quota, che va ad incrementare, in via definitiva, il budget annuale ambulatoriale 2010, viene calcolata secondo i criteri riportati nella deliberazione n. 849 del 15 marzo 2010.

A ciascun erogatore, per l'anno 2010, viene riconosciuto un incremento finanziario pari al 1,5%, corrispondente al tasso inflattivo, da calcolarsi sulla somma del budget previsto per l'anno 2009 dalla DGR n. 4449/2006 e dell'incremento finanziario riconosciuto nell'anno 2009 dalla medesima deliberazione. L'incremento viene erogato in dodici rate mensili, salvo conguaglio.

Tale incremento, che non costituisce budget, viene corrisposto esclusivamente nel caso in cui ciascun erogatore abbia raggiunto l'obiettivo della riduzione dei ricoveri sotto riportata.

A ciascun erogatore viene, inoltre, riconosciuto anche il mantenimento dell'incremento finanziario previsto per l'anno 2009 dalla DGR n. 4449/2006.

La remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero la cui erogazione, nel corso dell'anno 2010, verrà ricondotta anche al regime ambulatoriale dovrà avvenire, sempre per l'anno 2010, nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera. La Giunta Regionale, previa informazione delle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, con proprio provvedimento determinerà le prestazioni, le eventuali tariffe, le soglie di appropriatezza ed i criteri di calcolo per la quantificazione del budget da trasferire, in via definitiva, dall'anno 2011, dal budget per l'assistenza ospedaliera al budget annuale ambulatoriale.

Agli erogatori viene confermata, anche per l'anno 2010, la possibilità di beneficiare della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera 2010 non utilizzata, in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno in corso. Tale trasferimento di budget, che comporterà un aumento definitivo del budget ambulatoriale a fronte di una corrispondente diminuzione definitiva del budget ospedaliero, dovrà essere comunicato al Direttore Generale territorialmente competente e dovrà essere finalizzato prioritariamente alla riduzione dei tempi di attesa presenti nell'Azienda ULSS di riferimento. Una volta definita la quota finanziaria, dovrà esserne data comunicazione alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari. Tale meccanismo andrà comunque attuato entro il mese di settembre 2010.

In linea con quanto previsto dalle deliberazioni n. 4449/2006 e n. 1584 del 26 maggio 2009, si conferma che, esclusivamente per l'anno 2010, gli erogatori hanno la possibilità di beneficiare della quota finanziaria di budget di attività ospedaliera non utilizzata nel corso del 2009, in aggiunta al budget delle prestazioni ambulatoriali dell'anno 2010, senza che ciò comporti una diminuzione definitiva del budget ospedaliero e un conseguente aumento definitivo del budget ambulatoriale.

Nel proseguire con la politica di riduzione del tasso di ospedalizzazione, già intrapresa con la deliberazione n. 4449/2006, ed in attesa dei decreti attuativi di quanto programmato nel documento "Nuovo patto per la salute 2010-2012", si prevede, per il 2010, un decremento, per ciascun erogatore, del numero dei ricoveri pari al 1%. Nella tabella 1 dell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, sono riportati i criteri per la quantificazione del decremento, il conseguente numero dei ricoveri da ridurre, il numero complessivo dei ricoveri previsti per i cittadini residenti nella provincia cui l'erogatore afferisce e per i cittadini veneti residenti in province diverse da quella di afferenza dell'erogatore. In linea con quanto sancito dalla DGR 4449/2006, la riduzione dei ricoveri pari al 1% viene effettuata nei confronti dei ricoveri dei pazienti residenti nella provincia cui l'erogatore afferisce.

Per gli erogatori Casa di Cura "Madonna della Salute" di Porto Viro (Azienda Ulss n. 19), Casa di Cura "Pederzoli" di Peschiera del Garda ed Ospedale Classificato "Sacro Cuore" di Negrar (Azienda Ulss n. 22), per i quali la DGR n. 4449/2006 stabilisce un differimento del termine del termine per il raggiungimento del tasso di ospedalizzazione del 160%, si prevede, per il 2010, un decremento, per ciascun erogatore, del numero dei ricoveri pari al 1%. Nella tabella 2 dell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, sono riportati i criteri per la quantificazione del decremento, il conseguente numero dei ricoveri da ridurre, il numero complessivo dei ricoveri previsti per i cittadini residenti nella provincia cui l'erogatore afferisce e per i cittadini veneti residenti in province diverse da quella di afferenza dell'erogatore. In linea con quanto sancito dalla DGR 4449/2006, la riduzione dei ricoveri pari al 1% viene effettuata nei confronti dei ricoveri dei pazienti residenti nella provincia cui l'erogatore afferisce. Pertanto nei confronti di tali erogatori non si applicano per il 2010 le disposizioni di cui alla DGR n. 4449/2006.

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

Per i ricoveri di pazienti residenti nelle Aziende Ulss di altra provincia, in linea con quanto previsto dalla DGR n. 4449/2006, il tetto di attività è rappresentato dal numero di ricoveri effettuati nel 2005 e viene esplicitato nelle tabelle 1 e 2 dell'**allegato A**. Il tetto dei ricoveri dei cittadini veneti residenti in province diverse da quella di afferenza dell'erogatore può essere superato a fronte di un accordo con i Direttori Generali delle singole Aziende Ulss delle altre province a condizione che preveda comunque la realizzazione di un volume complessivo di ricoveri corrispondente al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione standardizzato pari a 160 per mille nel caso in cui tale tasso non sia ancora stato conseguito oppure pari al tasso di ospedalizzazione standardizzato già conseguito nel caso in cui tale tasso sia inferiore al 160 per mille. Tali accordi dovranno essere notificati all'Azienda ULSS sede dell'erogatore privato.

Si prevede che, nel caso in cui un erogatore superi il budget dell'anno 2010, venga applicata la regressione del 65%, in analogia con quanto previsto dalla DGR 4449/2006, sull'importo finanziario totale eccedente.

Si prevede, inoltre, che la mancata riduzione dei ricoveri pari al 1% comporti anch'essa la regressione del 65% da applicarsi al valore economico complessivo relativo ai ricoveri eccedenti.

Nel caso in cui si verificano contestualmente il superamento del budget e la mancata riduzione dei ricoveri, si applica la regressione del 65%, tra le due fattispecie previste, economicamente più favorevole all'Azienda Ulss cui afferisce l'erogatore.

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

Si propone, inoltre, che qualora il provvedimento giuntale relativo alla determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2011 non venga adottato dalla Giunta Regionale entro il 31 dicembre 2010, si intenda provvisoriamente prorogata la presente delibera, fino all'adozione del nuovo provvedimento. Ciò a garanzia della possibilità che ciascun erogatore programmi la propria attività senza soluzione di continuità.

Si rappresenta che sul nuovo modello di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa, oggetto del presente provvedimento, sono state sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori provvisoriamente accreditati equiparati al pubblico (AIOP ed ARIS) che ne hanno condiviso il contenuto sottoscrivendo la proposta di accordo (documento agli atti della Direzione regionale per i Servizi Sanitari).

I Direttori Generali delle Aziende Ulss sono tenuti ad assegnare, in applicazione dei criteri sopra descritti, il budget ad ogni erogatore del proprio territorio entro il 15 maggio 2010.

Si propone, infine, che, al fine di procedere all'aggiornamento dell'elenco delle procedure erogabili in regime diurno, aggiornamento che modifica ed integra quanto previsto dalla deliberazione n. 4450/06, venga costituito, a cura della Direzione per i Servizi Sanitari, un gruppo tecnico di lavoro composto da rappresentanti delle Aziende sanitarie pubbliche e da rappresentanti delle Associazioni di categoria AIOP ed ARIS.

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. 33, comma 2 dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato la regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

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

VISTA la deliberazione n. 4449 del 28 dicembre 2006

VISTA la deliberazione n. 3913 del 4 dicembre 2007

VISTA la deliberazione n. 1584 del 26 maggio 2009

VISTA la deliberazione n. 2604 del 16 settembre 2009

VISTA la deliberazione n. 4277 del 29 dicembre 2009

VISTA la deliberazione n. 849 del 15 marzo 2010

DELIBERA

- 1) di adottare il modello di regolazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa dei soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati equiparati al pubblico, per il periodo 1 gennaio 2010 – 31 dicembre 2010, così come descritto e secondo le modalità riportate in premessa;
- 2) di stabilire che il budget per l'anno 2010 sia costituito dal budget previsto per l'anno 2009 dalla deliberazione 4449/2006 al netto della quota relativa alle prestazioni “Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17, no CC” (Drg 162), “Radioterapia” (Drg 409), “Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta” (Drg 410) e “Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta” (Drg 492) erogate, nell'anno 2009, in regime ambulatoriale;
- 3) di riconoscere a ciascun erogatore un incremento finanziario pari al 1,5%, da calcolarsi sulla somma del budget previsto per l'anno 2009 dalla DGR n. 4449/2006 e dell'incremento finanziario riconosciuto nell'anno 2009 dalla medesima deliberazione;
- 4) di riconoscere nei confronti di ciascun erogatore anche il mantenimento dell'incremento finanziario previsto per l'anno 2009 dalla DGR n. 4449/2006;
- 5) di stabilire che ciascun erogatore ha la possibilità di beneficiare della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno in corso, così come descritto in premessa;
- 6) di stabilire, per ciascun erogatore, un decremento del numero dei ricoveri pari al 1%, secondo le modalità indicate in premessa; così come riportato nell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento
- 7) di non applicare la disposizione di cui al punto 6) nei confronti degli erogatori che in prevalenza (più del 51% del fatturato) erogano attività di terapia psichiatrica, recupero e riabilitazione funzionale, unità spinale e neuroriabilitazione;
- 8) di applicare, nel caso in cui un erogatore superi il budget previsto per l'anno 2010, la regressione del 65% sull'importo finanziario totale eccedente;
- 9) di applicare, in caso di mancata riduzione dei ricoveri, la regressione del 65% sul valore economico complessivo relativo ai ricoveri eccedenti;
- 10) di stabilire che nel caso in cui si verificano contestualmente il superamento del budget e la mancata riduzione dei ricoveri, si applichi la regressione del 65%, tra le due fattispecie previste, economicamente più favorevole all'Azienda Ulss cui afferisce l'erogatore;

- 11) di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende ULSS di notificare a ciascun erogatore ubicato nel proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento;
- 12) di impegnare i Direttori Generali delle Aziende ULSS ad adottare i provvedimenti applicativi entro la data del 15 maggio 2010 ed a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
- 13) di stabilire che qualora il provvedimento giuntale relativo alla determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2011 non venga adottato dalla Giunta Regionale entro il 31 dicembre 2010, si intenda provvisoriamente prorogata la presente delibera, fino all'adozione del nuovo provvedimento;
- 14) di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. dott. Giancarlo Galan



REGIONE DEL VENETO

Erogatori privati provvisoriamente accreditati equiparati al pubblico
TABELLA 1 (*)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
ULSS	Struttura	Produzione 2005 come da DGR 4449/2006	Nr ricoveri provinciali 2005 come da DGR 4449/2006	Nr ricoveri provinciali da ridurre nel triennio come da DGR 4449/2006	Nr ricoveri provinciali previsti alla fine del 2009 dalla DGR 4449/2006 (D-E)	Nr ricoveri extra provincia 2005 (ricavati da DGR 4449/2006) (C-D)	Nr ricoveri totali previsti a fine 2009 (F+G)	Riduzione 1% applicata ai ricoveri totali previsti a fine 2009	Nr ricoveri provinciali per il 2010 (F-I)	Nr ricoveri extra provincia per il 2010 come da DGR 4449/2006 (G)
109	Ospedale Classificato S. CAMILLO	5.687	5.135	491	4.644	552	5.196	52	4.592	552
112	Ospedale Classificato VILLA SALUS	8.170	6.413	790	5.623	1.757	7.380	74	5.549	1.757
112	Casa di Cura SAN MARCO	6.035	5.472	684	4.788	563	5.351	54	4.734	563
116	Casa di Cura ABANO TERME	10.722	8.052	1.077	6.975	2.670	9.645	96	6.879	2.670

(*) In linea con quanto previsto dalla DGR n. 4449/2006, integrata con la DGR n. 2772/2009, nei ricoveri non vengono ricompresi i ricoveri extra-regione e i ricoveri con DRG 391 - Neonato Normale.

TABELLA 2 (*) (**)

A	B	C	D	E	F	G
ULSS	Struttura	Nr ricoveri effettivi 2009 (ricoveri per pazienti della provincia + ricoveri per pazienti extra provincia)	Riduzione 1% applicata ai ricoveri totali effettivi 2009 (C)	Nr ricoveri provinciali effettivi 2009	Nr ricoveri provinciali per il 2010 (E-D)	Nr ricoveri extra provinciali per il 2010 come da DGR 4449/2006
119	Casa di Cura MADONNA DELLA SALUTE	5.440	54	4.114	4.060	1.294
122	Casa di Cura PEDERZOLI	13.439	134	12.411	12.277	695
122	Ospedale Classificato SACRO CUORE	24.244	242	22.398	22.156	1.372

(*) In linea con quanto previsto dalla DGR n. 4449/2006, integrata con la DGR n. 2772/2009, nei ricoveri non vengono ricompresi i ricoveri extra-regione e i ricoveri con DRG 391 - Neonato Normale.

(**) I dati relativi ai ricoveri effettivi sono stati forniti dalla Aziende ULSS cui gli erogatori afferiscono.