

Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 23-6990

**Definizione criteri e modalita' per la determinazione dei volumi di attivita' e dei tetti di spesa per l'anno 2014 e 2015 degli erogatori privati e degli Istituti Classificati.**

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Premesso che, come previsto dall'articolo 15, comma 20, del d.l. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, è necessaria la prosecuzione dell'azione di controllo della spesa sanitaria, intrapresa con il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro) 2010-2012, sottoscritto il 29/07/2010 (D.G.R. n. 1-415 del 02/08/2010) e integrato da un successivo Addendum (D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e n. 49-1985 del 29/04/2011), al fine di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro stesso.

Rilevato che, a tal fine, è stato definito con il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza il Programma Operativo 2013-2015 che intende proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza.

Constatato che tra le azioni previste da detto Programma operativo alcune riguardano il rapporto con gli erogatori privati accreditati e gli Istituti Classificati con la definizione degli interventi necessari per dare attuazione a quanto previsto dal D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito con modifiche in legge n. 135 del 07/08/2012.

Preso atto che la DGR n. 58-3079 del 5 dicembre 2011 attribuisce, tra l'altro, alla responsabilità delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti la stipulazione dei contratti con i singoli soggetti erogatori privati, nel rispetto delle indicazioni e dei limiti stabiliti dalla Regione e nel rispetto del tetto di costo (corrispettivo) massimo complessivo annuo delle prestazioni di specialistica ed ospedaliera da acquistare da terzi soggetti erogatori quale definito dalla Regione stessa. La stessa DGR stabilisce che "i contratti dovranno prevedere per ogni struttura privata il costo massimo complessivo per i residenti nella Regione Piemonte, il costo presunto per i residenti fuori Regione, il volume annuo di attività, articolato per tipologia e modalità di assistenza, con indicazione dei volumi massimi e delle soglie minime per raggruppamento omogeneo di attività, e del relativo costo acquistabile, da parte delle Aziende sanitarie locali, dalle singole strutture private accreditate. I contratti con le singole strutture devono prevedere che per i volumi di attività dei singoli raggruppamenti eccedenti quelli massimi non sia riconosciuta alcuna remunerazione e, qualora non venga rispettata la soglia minima il valore della minor produzione venga decurtato dall'importo complessivo (budget) della singola struttura. La capacità produttiva dovrà essere determinata separatamente per i residenti nella regione e per gli extra regione. Le Aziende sanitarie locali non potranno sottoscrivere contratti che abbiano a riferimento nuove attività di specialistica ambulatoriale o di ricovero rispetto a quelle previste dai contratti per l'anno 2010. Eventuali deroghe sono soggette a provvedimento autorizzativo regionale espresso. La violazione delle disposizioni determina la responsabilità, anche patrimoniale, del direttore generale/commissario dell'azienda".

Constatato che le Aziende Sanitarie Locali nell'ambito delle scelte programmatiche effettuate dalla Regione, sono i soggetti istituzionali deputati ad intercettare le istanze del territorio ed a tradurle in un'offerta sanitaria adeguata. In tale ottica, come precisato nello schema di contratto di cui all'Allegato A) e B) della D.G.R. n.13-6038 del 02/07/2013, le prestazioni sanitarie da acquisire

dagli erogatori privati in oggetto devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi (parte integrante del contratto medesimo), in grado di garantire, insieme a quelle erogate dalle strutture pubbliche e dagli Istituti Classificati, il soddisfacimento del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni, non soltanto dell'ASL competente per territorio, ma anche del territorio sovra zonale di riferimento, comprensivo delle aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie, tenendo altresì conto della mobilità interregionale e che, comunque, la spesa per dette prestazioni deve rispondere alla necessità di garantire l'equilibrio tra le effettive disponibilità finanziarie ed il livello quali-quantitativo delle prestazioni sanitarie, strettamente connesso alle fondamentali esigenze di tutela del diritto alla salute.

Rilevato che l'art. 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito dalla legge 7 agosto 2012 n. 135 prevede che "a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell' 1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014." L'ultimo capoverso di detto comma precisa che comunque il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento su indicata costituisce il livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati su cui le regioni adottano a decorrere dall'anno 2013 tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera a) del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

Rilevato inoltre che con il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18 ottobre 2012, in applicazione dell'articolo 15, commi 15,16,17, e 18 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012 n. 135, sono state determinate le tariffe massime (decorrenti dal quindicesimo giorno dalla pubblicazione sulla G.U. del decreto e cioè dal 12 febbraio 2013) di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di specialistica ambulatoriale, valide dalla data di entrata in vigore del decreto e fino al 31 dicembre 2014. Il comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge succitato prevede che, per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, le tariffe massime di detto decreto costituiscano un limite invalicabile.

Preso atto che, a seguito dell'accordo stipulato con le Associazioni AIOP – ARIS- ANISAP- CONFAPI – GRISP FEDERLAB- META, con DGR n. 22-6346 del 09/09/2013 sono stati approvati i criteri per definire i budget 2013 applicando, ai sensi dell'art. 15 comma 14 del D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito dalla legge 07/08/2012 n. 135, a tutti i singoli contratti ed a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012 (comprese le strutture che sono state autorizzate formalmente dalla Regione Piemonte a sospendere l'attività per l'intero 2012 o per periodi inferiori all'anno) una riduzione del 3% (tre per cento) dell'importo complessivo relativo al consuntivo 2011, con pari riduzione percentuale dell'importo delle singole aree produttive (ospedaliera per residenti nella Regione Piemonte e stranieri, ospedaliera per residenti in altre Regioni d'Italia, specialistica ambulatoriale per i residenti nella Regione Piemonte e stranieri, specialistica ambulatoriale per i residenti in altre Regioni d'Italia). Per quanto riguarda l'attività verso i residenti della Regione Piemonte, se l'importo del singolo contratto 2011 è di valore superiore a quello del consuntivo 2011 viene preso come riferimento il dato di contratto. Al

risultato conseguente a detta riduzione viene applicata una ulteriore riduzione in misura pari al 50% della incidenza percentuale delle economie derivanti dalla applicazione delle tariffe, adottate dalla Regione in applicazione del comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, alla produzione 2012 delle singole strutture. In ogni caso l'applicazione delle nuove tariffe non potrà comportare per le singole strutture un budget superiore a quello determinato con l'applicazione della riduzione del 3%.

Rilevato che con detta Deliberazione la Giunta ha delegato la Direzione Sanità a definire gli importi contrattuali 2013 di ogni struttura suddivisi per area produttiva.

Constatato che la Direzione Sanità con Determinazione n. 698 del 09/09/2013 ha definito per ogni struttura privata e ogni Istituto Classificato gli importi contrattuali suddetti che complessivamente comportano per l'anno 2013 una previsione, al lordo delle prestazioni rese ai residenti extra-regionali, di spesa complessiva:

A) delle strutture private di € 469.917.907,00 di cui:

- 1) per l'attività specialistica ambulatoriale € 142.800.280,00 di cui 137.600.429,00 per i residenti nella Regione Piemonte e € 5.199.851,00 per i residenti in altre Regioni;
- 2) per l'attività di ricovero € 327.117.628,00 di cui € 280.301.733,00 per i residenti nella Regione Piemonte e € 46.815.895,00 per i residenti in altre Regioni ;

B) degli Istituti Classificati di € 198.892.473,00 di cui:

- 1) per l'attività specialistica ambulatoriale € 35.455.940,00 di cui € 34.014.268,00 per i residenti nella Regione Piemonte e € 1.441.672,00 per i residenti in altre Regioni;
- 2) per l'attività di ricovero € 154.335.533,00 di cui € 127.095.639,00 per i residenti nella Regione Piemonte e € 27.239.874,00 per i residenti in altre Regioni ;
- 3) € 9.101.000,00 per i farmaci a rendicontazione con il file F.

Rilevato che il budget 2013 stabilito con Determina n. 698 del 09/09/2013 sommato al finanziamento per funzione di € 8,326 mln. definito con DGR 12-6038 del 02/07/2013 ammonta complessivamente a 668,034 mln. (specialistica € 178,255 mln. + ospedaliera € 481,453 mln.+ finanziamento funzioni € 8,326 mln.) e quindi presenta una riduzione, come risulta dalla DGR n. del avente per oggetto "Valutazione del grado di raggiungimento dei risultati attesi dalla corretta applicazione dell'art.15, comma 14, del D.L. 95/2012 in termini di impatto economico sia per il 2012 che per i successivi anni, a partire dai dati di consuntivo 2011 risultanti dal CE consolidato regionale", dei costi rispetto al dato del CE consolidato 2011, che ammonta ad € 718,021 mln., di € 49,987 mln. pari al 6,96% di cui il 3% imputabile alle azioni di riduzione del budget e il 3,96% imputabile all'applicazione delle tariffe di cui al DM suddetto.

Constato che la manovra 2013 che comporta la riduzione del 6,96% sull'importo a consuntivo 2011 ha anticipato e ampliato la manovra prevista dall'art. 15 comma 14 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito in legge 7 agosto 2012 n. 135 che prevede una riduzione del 2% con decorrenza dal 2014 e permette di rispettare le disposizioni dell'ultimo capoverso di detto comma.

Preso atto che il Programma Operativo del Piano di rientro prevede testualmente:

"Per il biennio 2014 e 2015 verranno stipulati entro il 31 dicembre 2013 con le singole strutture private e con gli Istituti Classificati accordi contrattuali che prevedono per ogni struttura la riduzione del 3% suddetta. Le economie derivanti dalla applicazione del nuovo tariffario saranno utilizzate per il 50% per ridurre la spesa e il restante 50% per adeguare all'effettivo fabbisogno il volume e la tipologia di prestazioni acquistate e risolvere alcune problematiche inerenti i processi non consolidati. In applicazione di detto principio il budget di alcune strutture potrà essere ridotto per l'intero importo delle economie derivanti dall'applicazione del nuovo tariffario mentre il budget

di altre strutture potrà essere adeguato all'effettivo fabbisogno. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale il budget annuo verrà attribuito al netto di tutti i ticket.”.

Constatato che è in corso di attuazione il programma di revisione della rete ospedaliera regionale secondo quanto stabilito dal programma approvato con DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 e dai successivi “Interventi attuativi” definiti con determinazioni della Direzione Sanità.

Che il percorso di attuazione di detta programmazione impone la necessità che i contratti con gli Erogatori Privati e gli Istituti Classificati abbiano la possibilità, fermo restando l'importo massimo contrattuale, di rivedere semestralmente la tipologia di prestazioni sanitarie che la Regione ha necessità di acquisire direttamente (dagli Istituti Classificati) o tramite le Aziende Sanitarie (Strutture Private)

Ritenuto pertanto che per l'anno 2014 e 2015 debba prevedersi per i contratti stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, un costo annuo complessivo, compreso quello dei p.l. di continuità assistenziale derivanti dalla trasformazione di p.l. di post acuzie, pari a quello definito per il 2013 (€ 668,034 mln.) stabilendo che:

- A) per ogni struttura privata e ogni Istituto Classificato la Direzione Sanità definisca un budget uguale a quello fissato per il 2013 ridotto in misura pari al 50% ( il restante 50% è già stato applicato in sede di definizione dei budget 2013) della incidenza percentuale delle economie derivanti dalla applicazione delle tariffe, adottate dalla Regione in applicazione del comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, alla produzione 2012 delle singole strutture. In ogni caso l'applicazione di dette tariffe non potrà comportare per le singole strutture un budget superiore a quello determinato per l'anno 2013.

- B) le economie derivanti dall'applicazione dell'ulteriore riduzione suddetta siano impiegate per rendere più flessibile l'offerta concedendo la possibilità alla Direzione Sanità di acquistare, tramite le Aziende Sanitarie, dalle strutture private o direttamente dagli Istituti Classificati, anche solo per determinati periodi, le prestazioni sanitarie necessarie a migliorare la distribuzione territoriale e l'appropriatezza delle prestazioni e ridurre i tempi di attesa non consoni ad una sanità di qualità quale deve essere quella piemontese;

- C) la Direzione Sanità abbia la possibilità, fermo restando l'importo massimo contrattuale, di rivedere semestralmente la tipologia di prestazioni sanitarie che la Regione ha necessità di acquisire direttamente dagli Istituti Classificati o, tramite le Aziende Sanitarie, dalle Strutture Private.

- D) i posti letto contrattualizzati siano quelli derivanti dall'attuazione del programma di revisione della rete ospedaliera regionale. Temporaneamente la Direzione Sanità potrà autorizzare l'utilizzo dei p.l. contrattualizzati nel 2013. Le eventuali economie derivanti da trasformazione di p.l. di post-acuzie delle case di cura in posti letto di continuità assistenziali oppure dal fabbisogno di prestazioni sanitarie meno onerose daranno origine a pari riduzione del budget complessivo della struttura .

- E) I budget per l'attività ambulatoriale determinati con le modalità suddette siano, come sono sempre stati, al netto dei ticket. Dal 01/01/2014 viene attribuito ad ogni struttura un budget aggiuntivo pari ai tickets incassati nel 2012 . Da detta data tutti i tickets incassati saranno versati all'ASL di competenza mediante detrazione dall'importo mensilmente fatturato per le prestazioni effettuate e valorizzate alle tariffe vigenti. In ogni caso l'importo annuo delle prestazioni ambulatoriali al netto dei ticket erogato dalle singole strutture non può essere superiore al budget determinato con le modalità indicate al punto A).

Come previsto dalla DGR n. 13-6038 del 2 luglio 2013, “è fatto divieto di compensazione dei budget tra le singole aree produttive. Non potranno quindi essere remunerati i valori della produzione delle singole aree produttive eccedenti i budget attribuiti anche se le eccedenze sono compatibili con l’importo complessivo del contratto “.

Visti:

- il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i, recante ad oggetto “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- l’intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, rep. n. 243/CSR concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012;
- il D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 135;
- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 18 ottobre 2012, in applicazione dell’articolo 15, commi 15,16,17, e 18 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95,convertito,con modificazioni, in legge 7 agosto 2012 n. 135;
- la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010 recante “Approvazione dell’ Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell’economia e delle finanze e la Regione Piemonte per il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”;
- la D.G.R. n. 44-1615 del 22/02/2011 e s.m.i. relativa all’adozione dell’Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo;
- la D.G.R. n. 58-3079 del 05/12/2011 relativa all’adeguamento delle competenze riservate alla Regione e alle ASL ai sensi dell’art. 8 quinquies D.Lgs. 229/1999 e s.m.i. alle previsioni del Piano di Rientro;
- la D.G.R. n. 59-3080 del 05/12/2011 relativa alle decisioni in merito all’assistenza ospedaliera e all’assistenza specialistica erogata dalle strutture equiparate a quelle pubbliche e dalle strutture private;
- la D.G.R. n.13-6038 del 02/07/2013 avente per oggetto “Definizione criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l’anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici”;
- la D.G.R. n. 21-6345 del 09/09/2013, avente per oggetto “Definizione criteri consuntivazione produzione prestazioni sanitarie anno 2011 e 2012 degli erogatori privati e degli istituti classificati”;
- la D.G.R. n. 22-6346 del 09/09/2013 avente per oggetto “Integrazione e parziale modifica della DGR n. 13-6038 del 02/07/2013 < Definizione criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l’anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici>”;

condividendo le argomentazioni del relatore;

la Giunta Regionale;

a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

*delibera*

per le motivazioni espresse in premessa di:

1) stabilire che per l’anno 2014 e 2015 debba prevedersi per i contratti stipulati ai sensi dell’art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera,

un costo annuo complessivo, compreso quello dei p.l. di continuità assistenziale derivanti dalla trasformazione di p.l. di post acuzie, pari a quello definito per il 2013 e cioè € 668,034 mln.;

2) delegare la Direzione Sanità a definire con apposito provvedimento per ogni struttura privata e ogni Istituto Classificato un budget uguale a quello fissato per il 2013 ridotto in misura pari al 50% ( il restante 50% è già stato applicato in sede di definizione dei budget 2013) della incidenza percentuale delle economie derivanti dalla applicazione delle tariffe, adottate dalla Regione in applicazione del comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, alla produzione 2012 delle singole strutture. In ogni caso l'applicazione di dette tariffe non potrà comportare per le singole strutture un budget superiore a quello determinato per l'anno 2013;

3) autorizzare la Direzione Sanità ad utilizzare, per rendere più flessibile l'offerta, le economie derivanti dalla riduzione indicata al punto 2) per acquistare, tramite le Aziende Sanitarie, dalle strutture private o direttamente dagli Istituti Classificati, anche solo per determinati periodi, le prestazioni sanitarie necessarie a migliorare la distribuzione territoriale e l'appropriatezza delle prestazioni e a ridurre i tempi di attesa non consoni ad una sanità di qualità quale deve essere quella piemontese;

4) autorizzare la Direzione Sanità a rivedere, fermo restando l'importo massimo contrattuale, semestralmente la tipologia di prestazioni sanitarie che la Regione ha necessità di acquisire direttamente dagli Istituti Classificati o, tramite le Aziende Sanitarie, dalle Strutture Private;

5) stabilire che i posti letto contrattualizzati per l'anno 2014 e 2015 siano quelli derivanti dall'attuazione del programma di revisione della rete ospedaliera regionale. Temporaneamente la Direzione Sanità potrà autorizzare l'utilizzo dei p.l. contrattualizzati nel 2013;

6) precisare che le economie derivanti da trasformazione di p.l. di post-acuzie delle case di cura in posti letto di continuità assistenziali oppure dal fabbisogno di prestazioni sanitarie meno onerose daranno origine a pari riduzione del budget complessivo della struttura in cui si verifica la variazione ;

7) stabilire che i budget per l'attività ambulatoriale determinati con le modalità suddette siano, come sono sempre stati, al netto dei ticket. Dal 01/01/2014 deve essere attribuito ad ogni struttura un budget aggiuntivo pari ai tickets incassati nel 2012. Da detta data tutti i tickets incassati saranno versati all'ASL di competenza mediante detrazione dall'importo mensilmente fatturato per le prestazioni effettuate e valorizzate alle tariffe vigenti. In ogni caso l'importo annuo delle prestazioni ambulatoriali al netto dei ticket erogato dalle singole strutture non può essere superiore al budget determinato con le modalità indicate al punto 2).

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione sul BURP.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'articolo 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)