

Deliberazione della Giunta Regionale 9 settembre 2013, n. 22-6346

**Integrazione e parziale modifica della DGR n. 13-6038 del 02/07/2013 "Definizione criteri e modalita' per la determinazione dei volumi di attivita' e dei tetti di spesa per l'anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici".**

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 in corso di definizione 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 equiparati a quelli pubblici con la definizione degli interventi necessari per dare attuazione a quanto previsto dal D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito in legge n. 135 del 07/08/2012.

Preso atto che con 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 Giunta regionale ha stabilito che le Aziende sanitarie Locali stipulino, entro il 10 agosto 2013, con le singole strutture private i contratti per l'anno 2013 per gli importi determinati dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte entro il 15 luglio 2013.

Constatato che, in data 15 luglio 2013, sono stati trasmessi a tutte le Associazioni di categoria i calcoli per la determinazione del budget 2013 secondo i criteri della suddetta Deliberazione di Giunta.

Che, nell'incontro con dette Associazioni del 17 luglio 2013, si è concordato di concedere alle singole strutture di presentare eventuali osservazioni ai calcoli suddetti entro il 24 luglio 2013.

Rilevato che, nel Verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 23 luglio 2013, sono state effettuate alcune osservazioni e richieste di chiarimenti sui criteri suddetti per cui occorre integrare il provvedimento succitato con quanto richiesto.

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 pertanto i soggetti istituzionali deputati ad intercettare le istanze del territorio ed a tradurle in un'offerta sanitaria adeguata; che, 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; 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 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.

Rilevato che, come previsto dagli accordi contrattuali allegati alla D.G.R. n. 13-6038 del 02/07/2013, e tenuto conto che le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilite negli allegati 1, 2, e 3 del Decreto Ministeriale suddetto, hanno effetto dal 12 febbraio 2013 (quindicesimo giorno dalla pubblicazione sulla G.U. del decreto), le tariffe applicate per determinare i costi contrattuali e per remunerare le prestazioni oggetto dei singoli contratti debbano essere quelle previste dal tariffario vigente alla data in cui viene erogata la prestazione (per i ricoveri la data è quella della dimissione) per l'attività

di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale, al netto degli sconti, se previsti al momento della erogazione della prestazione, dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

Constatato che la D.G.R. n.13-6038 del 02/07/2013, per dare certezza all'applicazione dell'ultimo capoverso dell'art. 15 comma 14 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito in legge 7 agosto 2012 n. 135, ha previsto di calcolare la riduzione sull'importo a consuntivo 2012, mentre, dal Verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 23 luglio 2013, è emersa la necessità di calcolare detta riduzione facendo riferimento all'importo a consuntivo 2011 come previsto dal primo capoverso del comma suddetto.

Ritenuto pertanto di rettificare il provvedimento del 2 luglio 2013, precisando che la riduzione del 3% prevista dal Programma Operativo 2013-2015 deve essere calcolata sull'importo a consuntivo 2011, con l'avvertenza che, 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.

Rilevato che, con il provvedimento in oggetto è stato previsto di definire i budget 2013 degli Istituti Classificati applicando le stesse regole e termini previsti per le strutture private, tenendo conto anche delle disposizioni sui finanziamenti extratariffari assunti con D.G.R. n. 12-6037 del 02/07/2013.

Preso atto che, con DGR n. 21-6345 del 9 settembre 2013, sono stati adottati i criteri per definire gli importi a consuntivo degli anni 2011 e 2012 delle strutture in oggetto, rendendo superflua l'applicazione del limite del 91,69% sul budget 2010.

Rilevato inoltre necessario precisare che la riduzione di budget degli Istituti Classificati non può essere applicata alla quota di costo relativa ai corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) che deve essere adeguata ai fabbisogni derivanti dalle disposizioni regionali tendenti a dare sempre maggior applicazione a quelle disposizioni del Patto per la Salute 2010 –2012 che richiedono il passaggio delle modalità di erogazione delle prestazioni dalla forma di ricovero a quella ambulatoriale, ed in particolare le terapie oncologiche che prevedono la somministrazione di farmaci molto onerosi.

Constatato che la D.G.R. n.13-6038 del 02/07/2013 prevede una ulteriore riduzione dei budget in misura pari al 50 % delle presunte economie annue calcolate applicando il nuovo tariffario alla produzione 2012.

Ritenuto necessario precisare che l'utilizzo parziale delle economie tariffarie in sede di definizione del budget permette alle Aziende di definire un mix di prestazioni da acquistare più consone al reale fabbisogno, svincolando le stesse dai valori quantitativi storici.

Ritenuto infine opportuno rinviare alla definizione dei budget 2014 e 2015, che, come previsto dalla DGR suddetta, devono essere conclusi entro il 31 dicembre 2013, l'attivazione di un sistema di regressione tariffaria che permetta, nell'ambito del tetto massimo di spesa una maggior flessibilità di produzione con una riduzione del costo di quella eccedente il budget.

Preso atto che in data 5 settembre 2013 è stato stipulato un accordo con le Associazioni AIOP – ARIS- ANISAP- CONFAPI – GRISP FEDERLAB- META, che, per la definizione dei budget 2013, tenuto conto delle disposizioni di legge vigenti e delle conclusioni della riunione congiunta del 23 luglio u.s. del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, prevede di prendere come riferimento il consuntivo 2011, 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%.

Nell'importo del budget 2013 determinato con le suddette modalità è compresa tutta la produzione 2013 e quindi anche quella effettuata precedentemente alla stipula del contratto.

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".

Constatato che nella stessa data è stato stipulato, per gli Istituti Classificati, un accordo con l'Associazione di categoria ARIS per la definizione dei budget 2013 che, tenuto conto delle disposizioni di legge vigenti e delle conclusioni della riunione congiunta del 23 luglio u.s. del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza prevede di prendere come riferimento il consuntivo 2011, applicando, ai sensi dell'art. 15 comma 14 del D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito in legge 07/08/2012 n. 135, a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012 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 2012 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%. L'importo del budget dei farmaci rendicontati con il file F viene aumentato del 50% per allinearli parzialmente ai dati del consuntivo 2012.

Nell'importo del budget 2013 determinato con le suddette modalità è compresa tutta la produzione 2013 e quindi anche quella effettuata precedentemente alla stipula del contratto.

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".

Rilevato che detti criteri, coerenti con il provvedimento di Giunta del 2 luglio 2013, rispettano pienamente le disposizioni di legge vigenti, per cui è necessario integrare la DGR n.13-6038 del 02/07/2013 con le precisazioni suindicate e adottare, per la definizione dei budget 2013 delle strutture private e degli Istituti Classificati, i criteri concordati con le Associazioni di categoria suindicate, delegando alla Direzione Sanità la definizione degli importi di budget, ripartiti per aree

produttive, delle singole strutture nei tempi necessari per permettere la sottoscrizione dei contratti entro il 30 settembre 2013.

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 Giunta regionale, condividendo le argomentazioni del relatore, a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

*delibera*

per le motivazioni espresse in premessa di:

A) di integrare la D.G.R. n. 13-6038 del 02/07/2013 con le precisazioni indicate in premessa;

B) di modificare parzialmente i criteri di definizione dei budget 2013 previsti dalla D.G.R. n. 13-6038 del 02/07/2013 stabilendo che:

1) per la definizione dei budget 2013 delle strutture private vengano applicati i criteri indicati in premessa, concordati con le Associazioni di Categoria AIOP – ARIS- ANISAP- CONFAPI – GRISP FEDERLAB- META;

2) per gli Istituti Classificati vengano applicati i criteri indicati in premessa, concordati con l’Associazione di Categoria ARIS;

C) di delegare alla Direzione Sanità la definizione dei budget delle singole strutture nei tempi necessari per permettere la stipula dei contratti entro il 30 settembre ;

D) di confermare tutte le disposizioni della D.G.R. n. 13-6038 del 02/07/2013 non in contrasto con quanto previsto dal presente provvedimento;

E) di trasmettere il presente provvedimento a tutte le Aziende Sanitarie locali, a tutte le strutture private accreditate ed agli Istituti Classificati.

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. n. 22/2010.

(omissis)