

Deliberazione della Giunta Regionale 21 maggio 2014, n. 83-7673

Approvazione schemi dei contratti da stipulare per l'anno 2014 e l'anno 2015 con gli erogatori privati e con le strutture equiparate a quelle pubbliche.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Premesso che con D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013 –2015 che per quanto concerne i rapporti con gli erogatori privati e gli Istituti equiparati a quelli pubblici prevedono l'intervento descritto al punto 7.6 (Rapporti con gli erogatori privati);

rilevato che i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015 sono stati definitivamente approvati, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 - convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 - in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano di Rientro 2010-2012, approvato con DD.G.R. n. 1-415 del 2.08.2010, n. 44-1615 del 28.02.2011 e n. 49-1985 del 29.04.2011, e la loro attuazione costituisce condizione necessaria per non compromettere l'attribuzione, in via definitiva, delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione dello stesso PRR.

Nel caso di specie è prevista, entro il 31/12/2013, la definizione dei tetti di spesa per gli anni 2014 e 2015 degli erogatori privati e degli Istituti equiparati a quelli pubblici da cui discende l'indifferibilità e l'urgenza del presente provvedimento come emerge anche dal verbale del 17/04/2013 della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza;

rilevato che, in applicazione a quanto previsto da detti Programmi operativi, con la D.G.R. n. 23-6990 del 30/12/2013 la Giunta regionale ha deciso 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. (di cui 469.917.908,00 con le strutture private);

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);

rilevato che per errore materiale di trascrizione al punto 7 del dispositivo della succitata D.G.R. è stato omesso "e al punto 3)" per cui l'ultima frase di detto punto 7 suddetto deve essere sostituito dal seguente. 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) e al punto 3);

constatato che il verbale della riunione del 17/04/2014, pervenuto il 7 maggio u.s., del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza in merito alla suddetta deliberazione ha evidenziato che " non risulta condivisibile il punto 4 delle premesse della Delibera (suddetta) laddove la Direzione Sanità è autorizzata a rivedere semestralmente la tipologia di prestazioni sanitarie richieste" per cui non è condivisa da detto Tavolo anche la possibilità di acquisti temporanei previsti dal punto 3) del dispositivo della D.G.R. suddetta il che comporta la necessità di definire a priori il budget complessivo annuo delle singole strutture senza possibilità di rivedere quanto contrattato;

preso atto che per dare concreta attuazione ai suddetti Programmi Operativi e a detta Delibera la Direzione Sanità, tenendo conto, anche in assenza del verbale, di quanto era emerso nella riunione del 17/04/2014 del suddetto Tavolo tecnico ha sottoscritto diversi accordi con le Associazioni di Categoria e con l' IRCCS Maugeri e quello di Candiolo;

constatato che:

- con D.G.R. n. 54-7468 del 15/04/2014 è stato approvato il "Protocollo d'intesa tra l'Assessorato alla Sanità e l'Associazione ARIS per la definizione dei criteri di definizione dei budget 2014 e 2015 e consuntivazione della produzione di prestazioni sanitarie anno 2013 degli Istituti Classificati";

- con D.G.R. n. 12-7573 del 12/05/2014 avente per oggetto "Approvazione accordi stipulati dalla Direzione Sanità con l'IRCCS Maugeri e l'IRCCS Istituto di Candiolo per la definizione dei

budget 2014 e 2015 e la consuntivazione della produzione di prestazioni sanitarie anno 2013. Attuazione punto 7.6 Programmi Operativi (Rapporti con gli erogatori privati) approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013” sono stati approvati gli accordi con detti Istituti;

- con D.G.R. n. 11-7572 del 12/05/2014 avente per oggetto “Approvazione accordi stipulati tra l’Assessorato alla Sanità e le Associazioni AIOP, ARIS, ANISAP, COFAPI,GRISP/FEDERLAB e META per la definizione dei processi non consolidati, dei budget 2014 e 2015 e la consuntivazione della produzione di prestazioni sanitarie anno 2013 delle Case di Cura e Strutture Ambulatoriali private. Attuazione punto 7.6 Programmi Operativi (Rapporti con gli erogatori privati) approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013” la Giunta Regionale ha preso atto e approvato detti accordi;

preso atto che con D.G.R. n. 28-7588 del 12/05/2014 avente per oggetto “Azione 14.1.1 “Ridefinizione della rete ospedaliera per acuti e per post-acuti” di cui ai programmi operativi 2013-2015 approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30 dicembre 2013: modificazioni e integrazioni alla D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013” è stato tra l’altro definito il numero massimo di posti letto degli istituti equiparati e delle case di cura private che possono essere oggetto di contratto con onere a carico del servizio sanitario regionale;

rilevato che per permettere la stipula dei contratti con le strutture private e gli accordi contrattuali con i Presidi e gli IRCCS occorre definire uno schema di contratto che tenga conto di quanto concordato con le Associazioni di categoria e di quanto evidenziato dal Tavolo tecnico nella riunione del 17/04/2014;

ritenuto che il testo dello schema di accordo contrattuale da stipularsi con le strutture equiparate a quelle pubbliche contenuto nell’Allegato A) e lo schema di contratto da stipularsi con le strutture private contenuto nell’Allegato B) siano conformi a quanto previsto dalle disposizioni di legge vigenti, agli accordi stipulati con le Associazioni di categoria e a quanto evidenziato dal Tavolo tecnico suddetto nella riunione del 17/04/2014;

ritenuto pertanto di approvare detti schemi di contratti e disporre che i medesimi sia utilizzati dalla Direzione Sanità e dalle ASL per la stipula rispettivamente degli accordi contrattuali con le strutture equiparate a quelle pubbliche e per i contratti con le strutture private;

visto:

- 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 modificazione in 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. 23-6990 del 30/12/2013 avente per oggetto “definizione criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2014 e 2015 degli erogatori privati e degli Istituti Classificati;

- la D.G.R. n. 11-7572 del 12/05/2014 avente per oggetto “Approvazione accordi stipulati tra l'Assessorato alla Sanità e le Associazioni AIOP, ARIS, ANISAP, COFAPI,GRISP/FEDERLAB e META per la definizione dei processi non consolidati, dei budget 2014 e 2015 e la consuntivazione della produzione di prestazioni sanitarie anno 2013 delle Case di Cura e Strutture Ambulatoriali private. Attuazione punto 7.6 Programmi Operativi (Rapporti con gli erogatori privati) approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013”;

- la D.G.R. n. 28-7588 del 12/05/2014 avente per oggetto “ Azione 14.1.1 “Ridefinizione della rete ospedaliera per acuti e per post-acuti” di cui ai programmi operativi 2013-2015 approvati con D.G.R. 25-6992 del 30 dicembre 2013: modificazioni e integrazioni alla D.G.R. 6-5519 del 14 marzo 2013”;

- la D.G.R. n. 54-7468 del 15/04/2014 avente per oggetto “Approvazione del Protocollo d'Intesa tra l'Assessorato alla Sanità e l'Associazione ARIS per la definizione dei budget 2014 e 2015 e consuntivazione della produzione di prestazioni sanitarie anno 2013 degli Istituti Equiparati a quelli pubblici. Attuazione punto 7.6 Programmi Operativi (Rapporti con gli erogatori privati) approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013;

- la D.G.R. n. 12-7573 del 12/05/2014 avente per oggetto “Approvazione accordi stipulati dalla Direzione Sanità con l'IRCCS Maugeri e l'IRCCS Istituto di Candiolo per la definizione dei budget 2014 e 2015 e la consuntivazione della produzione di prestazioni sanitarie anno 2013. Attuazione punto 7.6 Programmi Operativi (Rapporti con gli erogatori privati) approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013;

la Giunta regionale, unanime,

delibera

per le motivazioni espresse in premessa di:

- correggere come indicato in premessa il punto 7) del dispositivo della D.G.R. n. 23-6990 del 30/12/2013;

- approvare lo schema di accordo contrattuale da stipularsi con le strutture equiparate a quelle pubbliche contenuto nell'Allegato A) e lo schema di contratto da stipularsi con le strutture private contenuto nell'Allegato B) e disporre che i medesimi siano utilizzati dalla Direzione Sanità e dalle

ASL per la stipula rispettivamente degli accordi contrattuali con le strutture equiparate a quelle pubbliche e per i contratti con le strutture private

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro di 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

La presente determinazione 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)

Allegato

(ALLEGATO A)

ACCORDO CONTRATTUALE

Tra

- La Regione Piemonte, con sede in Torino., piazza Castello, C.F. 8008760016, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore della Direzione Sanità Dr....., nato ail....., in forza della deliberazione della Giunta Regionale n. del
e
- Il Presidio ex art. 43, secondo comma, L. 23.12.1978 n. 833 *oppure IRCCS*, sito in, C.F., rappresentato dal nella sua qualità di, con titolo di legale rappresentanza (ovvero con mandato speciale di rappresentanza), successivamente individuato con il nome di Presidio *oppure IRCCS*

Premesso

- a) che il d. lgs 502/1992 e s.m.i., agli art.li 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) dei soggetti ex art. 41 e 43 nei seguenti termini:
 - le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del Ssn – Regioni e Asl - a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
- b) che con D.G.R. n° 34-9619 in data 15.09.2008 e s.m.i. la Regione Piemonte ha provveduto alla assunzione dell'atto di regolazione delle responsabilità riservate all'istituzione regionale nonché alle ASR, in attuazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 8 quinquies;
- c) che il medesimo provvedimento, anche sulla base di quanto già previsto dalla citata norma di riferimento dell'art. 8 quinquies comma 2 lett. a, b, c, d, e, e bis , ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi (ristrutturazioni/riconversioni di attività, trasferimenti di sedi con o senza ristrutturazioni/riconversioni, fusioni, concentrazioni etc.), programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie, fortemente ribadito all'art 79 della decretazione sopra citata;
- d) che con DGR n. 59-3080 del 5 dicembre 2011 e s.m.i. è stato approvato lo schema di accordo tipo per i Presidi ex artt. 41 e 43 della legge 23/12/1978 n. 833/ IRCCS e che con la deliberazione n. 23- 6990 del 30 dicembre 2013 e con successivi provvedimenti sono

stati determinati i budget di produzione dei singoli Presidi /IRCSS per l'anno 2014 e l'anno 2015 ;

- e) che il Presidio /IRCCS di cui sopra è nella situazione giuridica di accreditamento per l'attività di ricovero e per l'attività ambulatoriale nei termini indicati nell'allegato A (nota) ed è titolare di rapporto convenzionale in essere con la Regione Piemonte quale equiparato a presidio pubblico;
- f) che il Presidio/IRCCS è inserito nella rete sanitaria regionale come previsto dal Piano Socio Sanitario della Regione Piemonte 2012 – 2015 (D.C.R 167 – 14087 del 03/04/2012).

Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

(Elementi essenziali oggetto dell'accordo)

1. Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

a) Disciplina il rapporto tra la Regione Piemonte e il Presidio/ IRCSS indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate contro corrispettivo preventivato per le:

- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria;
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna;
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- altre eventuali prestazioni attribuite con specifico provvedimento di Giunta al Presidio/IRCCS.

Le prestazioni oggetto dell'accordo devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi come parte integrante dell' accordo medesimo per la parte riguardante il Presidio/IRCCS, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte del Presidio/IRCCS nel territorio regionale di riferimento tenendo altresì conto della mobilità interregionale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

b) Determina il volume massimo annuo delle prestazioni, con il relativo valore che il Presidio/IRCCS si impegna ad assicurare distinto per tipologia e per modalità di assistenza, e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni che fossero state individuate dalla Regione come soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1 quinquies dell'art. 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Definisce i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia nonché con il programma di

integrazione dei servizi sopra richiamato definito in sede di coordinamento sovrazonale.

Quanto sopra in corrispondenza alla lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies cit..

- d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni degenziali e ambulatoriali derivanti dalla tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste) e la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche incluse, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett.d) del comma 2 art.8 quinquies.
- e) Definisce il debito informativo del Presidi/IRCSS o per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett.e) del comma 2 art.8 quinquies.
- f) Precisa le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi e tipologie concordati delle prestazioni, 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 delle prestazioni remunerate, di cui alla lett.b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d).Quanto sopra in corrispondenza della lett.e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.
- g) Definisce gli ulteriori profili ravvisati necessari alla garanzia della coerenza agli obiettivi prioritari di sistema dell'assistenza sanitaria regionale e territoriale.

Art.2

(Il programma di integrazione dei servizi)

Il programma di integrazione dei servizi riguardante :

1. i cittadini residenti nel territorio regionale (compresi stranieri, STP, ENI);
2. i cittadini di residenza extraregionale

è quello definito dalla programmazione regionale per singola area interaziendale di coordinamento e riportato, per la parte afferente le prestazioni che devono essere erogate dal Presidio/IRCCS, nell'allegato B) .

Esso rappresenta il fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni che la Regione intende acquistare dal Presidio/IRCCS ,che con la sottoscrizione del presente accordo contrattuale si impegna ad assicurare verso il corrispettivo delle tariffe previste dai tariffari indicati nell'articolo 5)

Le parti concordano di inserire, nei tempi e con le modalità che saranno definite dalla Regione, le prestazioni del Presidio/IRCCS nel sistema integrato del Sovracup regionale o nel Centro Unico di prenotazioni dell'ASL.

Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intero arco temporale dell'annualità e, all'interno di essa, nei singoli mesi con distribuzione coerente all'ordinato andamento fisiologico della domanda.

Art. 3

(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che il Presidio/IRCCS si impegna ad assicurare e la Regione a remunerare, distinto per tipologia e modalità di erogazione, ivi comprese le prestazioni individuate dalla Regione soggette alla preventiva autorizzazione ASL per la fruizione (art. 8 quinquies comma 2 lett b) e s.m.i., è quello previsto nell'allegato B del presente accordo, cui è connesso, nell'allegato A, il quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura (nota allegata).

NON possono essere effettuate compensazioni tra i budget delle singole aree produttive (ricoveri ospedalieri per i residenti nella Regione Piemonte e gli stranieri, attività ambulatoriale per i residenti nella Regione Piemonte e gli stranieri, ricoveri ospedalieri per i residenti in altre regioni, attività ambulatoriale per i residenti in altre regioni).

Art. 4

(Requisiti dei servizi)

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art.5

(Corrispettivo)

Il corrispettivo delle prestazioni erogate non può mai superare quello preventivato, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni degenziali a tariffa o diaria regionale, delle prestazioni ambulatoriali a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni remunerate in via extratariffaria regionale. I valori dei corrispettivi sono determinati **nell'allegato B)** a fronte di prestazioni e funzioni precisati come di seguito:

A) RICOVERI

A1) Prestazioni di ricovero per acuti: N. erogabile suddiviso per disciplina e a sua volta per DRG (oppure, se sufficiente, per MDC) e per regime di ricovero (RO oppure DH): = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo prestazioni di ricovero per acuti.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH) = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo per post acuzie.

B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI: N. prestazioni suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006) = Costo per tipologia di prestazione e costo complessivo prestazioni ambulatoriali. In dette prestazioni ambulatoriali sono comprese quelle rilevate con il flusso C2.

Detto costo delle prestazioni ambulatoriali è al lordo della quota fissa e al netto dei ticket che saranno incassati. L'importo massimo annuo dei ticket incassabile annualmente è pari a quello dell'anno 2012 e cioè €. L'eccedenza dei ticket incassati rispetto a detto budget comporta una riduzione del costo complessivo delle prestazioni ambulatoriali addebitabile all'ASL. In ogni caso l'importo annuo complessivo, al lordo della quota fissa e al netto dei ticket, delle prestazioni ambulatoriali liquidabile annualmente non può essere superiore al suddetto costo complessivo delle prestazioni ambulatoriali .

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale 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.

Il **COSTO Annuo MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO** è determinato dalla sommatoria dei costi annui delle singole tipologie di prestazioni ed è suddiviso tra costo annuo massimo per residenti nella regione e per residenti fuori regione.

Detto COSTO è il seguente :

- COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO €..
.....

di cui:

- a) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione =€.di cui

- a)1 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali (comprese quelle rilevate con il flusso C2) per residenti nella Regione e stranieri =€..(in cifre e lettere).....
- a)2 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni di ricovero per residenti nella Regione e stranieri =€..(in cifre e lettere).....
- b) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione =€... .. di cui:
- b)1 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali (comprese quelle rilevate con il flusso C2) per residenti fuori Regione =€..(in cifre e lettere).....
- b)2 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni di ricovero per residenti fuori Regione =€..(in cifre e lettere).....

e costituisce il budget annuo delle prestazioni prodotte del Presidio /IRCCS per l'anno 2014 e per l'anno 2015 , a valere per tutte le prestazioni convenute per quantità e priorità e con le condizioni di flessibilità previste dagli artt. 3 e 7 del presente accordo contrattuale .

Il Presidio/IRCCS può somministrare direttamente con oneri a carico del SSR farmaci a rendicontazione con il tracciato File F per un importo annuo massimo di €..... Nessuna compensazione può essere effettuata tra i budget delle aree produttive delle prestazioni e il suddetto budget dei farmaci soggetti a rendicontazione con il File F.

Al Presidio/IRCCS compete inoltre il finanziamento per specifiche funzioni attribuito con deliberazione della Giunta Regionale n. del e ammontante ad euro per l'anno 2014 ed europer l'anno 2015 fatte salve ulteriori modifiche disposte con provvedimenti di Giunta Regionale.

Le prestazioni erogate nell'anno 2014 .nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente accordo contrattuale sono comprese nei costi massimi annui sudeterminati delle singole aree produttive. Nessuna compensazione può essere effettuata tra i budget dell'anno 2014 con quello dell'anno 2015.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Qualora non venga prodotto per i singoli codici di disciplina di ricovero almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle

prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Qualora, per le prestazioni ambulatoriali, non venga prodotto per i singoli gruppi di accordo almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Gli scostamenti dei valori della produzione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero rispetto al budget non possono essere oggetto di compensazione per cui le differenze non possono essere riconosciute. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti nella Regione Piemonte non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti di altre Regioni non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte.

Il corrispettivo relativo alla produzione di prestazioni viene liquidato dall'ASL competente per territorio in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione del periodo di riferimento nella misura del 90% del valore complessivo a preventivo; il pagamento delle quote mensili avverrà, secondo la normativa di cui al d. lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. Qualora la produzione sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato l'ASL ridurrà le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione.

I maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 (c.d. quota fissa) incassati dal Presidio/IRCCS sono mensilmente versati all'ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Dal 01/01/2014 tutti i ticket (escluso quota fissa) incassati vengono versati all'ASL, in sede di conguaglio annuale, mediante detrazione dall'importo fatturato a saldo per le prestazioni effettuate e valorizzate alle tariffe vigenti. In ogni caso l'importo annuo complessivo, al lordo della quota fissa e al netto dei ticket, delle prestazioni ambulatoriali liquidabile alle singole strutture non può essere superiore al costo annuo massimo per le prestazioni ambulatoriali previsto dal presente contratto o da successive modifiche ed integrazioni .

Entro il mese di settembre e entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispettivamente nel primo semestre e nell'anno rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito, sempre entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione, comprese quelle previste dall'art. 6 ultimo comma del presente contratto, si procede alla

sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione con accordo tra le parti, da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati, ferma restando la piena facoltà delle parti stesse di adire la via giurisdizionale ordinaria.

In sede di verifica annuale della produzione viene effettuato il controllo di compatibilità dell'importo dei ticket (escluso quota fissa) complessivamente incassati con il budget attribuito (ticket incassati nel 2012) . In tale sede il Presidio/IRCCS fattura le prestazioni erogate nell'anno valorizzate alle tariffe vigenti e da tale importo detrae gli acconti fatturati mensilmente e i ticket complessivamente incassati nell'anno. Nel caso di riscontro in tale sede di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti comportanti costi superiori al budget attribuito al lordo della quota fissa e al netto dei ticket incassati , il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo;

In presenza di variazioni, complessivamente in aumento, dei tariffari regionali successivamente alla stipulazione dei contratti, si procede in attuazione della procedura di cui alla lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies, così come modificato dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 di conversione del D. L. n. 112/2008, mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento del limite originario di corrispettivo. Nel caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti delle singole aree produttive, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo ad eccezione delle eventuali eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che potranno essere retribuite, in assenza di accordi di confine con le altre Regioni, al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Al Presidio/IRCCS verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regioni.

Art.6

(Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza)

Il debito informativo del Presidio/ IRCSS e l'attività di controllo esterno di appropriatezza sono regolati dall'art. 8 octies del D.Lgs 229/1999, nonché dagli atti e documenti cui la normativa stessa fa rinvio in materia, derivanti dai livelli nazionali (Ministero della Salute, flussi informativi; Min. Ec Fin.), regionali (Atti della Regione Piemonte) infraregionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

Il Presidio/ IRCSS conferma la accettazione di consenso all'attività di vigilanza dell'apposita Commissione prevista dalla normativa vigente, nonché alle ulteriori

attività di controllo esercitate nell'ambito della funzione ispettiva regionale, e si impegna ad agevolare l'attuazione mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

Il Presidio/IRCSS si impegna a verificare al momento della presa in carico l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della persona assistita tramite la rilevazione del Codice Fiscale unicamente dalla Tessera Sanitaria (o TS-CNS) rilasciata dalla Agenzia delle Entrate (è opportuno che la Casa di Cura conservi copia della Tessera), come previsto dall'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269,convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i..

Il Presidio/IRCSS si impegna a rispettare puntualmente le disposizioni della DGR 19-5226 del 16/01/2013 e s.m.i. avente per oggetto “ Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2013 e 2014”. Non saranno riconosciute prestazioni non rilevate nel pieno rispetto degli obblighi suddetti o di quelli successivamente emanati dalla Regione Piemonte.

In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e successiva alla procedura contestativa ex art 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile di determinare il recupero dei valori relativi, salva la responsabilità ex art. 1218 cod. civ., entro il quinquennio successivo all'esecuzione delle prestazioni.

Art.7

(assistenza ospedaliera)

L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i criteri e condizioni di flessibilità previste dal presente accordo.

Fermo restando il limite complessivo del corrispettivo preventivato ed il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito esclusivamente nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee (A.F.O. come definite dalla regolamentazione vigente) con il limite di un tasso massimo di occupazione dei posti letto contrattati nella misura dello 80% per l'acuzie, del 95% per la riabilitazione, del 98% per la lungodegenza.

Le prestazioni previste in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno possono essere erogate, qualora siano già previsti dalla Regione gli importi tariffari oppure siano state fornite indicazioni in tal senso, rispettivamente in regime diurno ovvero in regime ambulatoriale. Il costo complessivo di dette prestazioni non può essere superiore a quello previsto dal presente accordo o dai futuri accordi integrativi.

Art.8

(risoluzione e inadempimento)

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento del Presidio/IRCCS di cui alla lett. e) della premessa determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente accordo.

Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente accordo.

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali dell'accordo, come indicati agli artt. da 1 a 7, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod.civ.

E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali dell'accordo ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, l'accordo è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali dell'accordo, purché contestati formalmente, l'accordo può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente accordo, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente accordo per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti della Regione.

Art. 9

(durata e aggiornamento)

Il presente accordo ha validità per tutto l'anno 2014 e 2015 e più esattamente per il periodo intercorrente tra il primo gennaio 2014 e il 31 dicembre 2015.

Il Presidio/ IRCCS con la sottoscrizione del presente accordo dà atto di essere perfettamente a conoscenza delle disposizioni e della normativa nazionale e regionale vigente in merito all'erogazione dei servizi e alla rilevazione dei dati per assolvere il debito informativo sanitario. Il Presidio / IRCCS con la sottoscrizione del presente accordo si impegna a dare puntuale applicazione a detta normativa e disposizioni comprese quelle emanate nel corso della validità succitata.

Art.10

(foro competente e rinvio normativo)

In caso di controversia relativa al presente accordo di competenza dell'autorità giudiziaria ordinaria si conviene che l'esclusivo foro competente è quello di Torino ove ha sede la Regione Piemonte. Per quanto non previsto dal presente accordo si rinvia alle disposizioni di cui agli artt. 1325 e segg. Cod. civ. nonché alla vigente normativa generale relativa all'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale.

Letto, approvato, sottoscritto.

Torino

Per la Regione

Per il Presidio/ IRCSS

.....

Si approva espressamente la clausola dell'art. 10 dell'esclusivo foro competente di Torino.

Per la Regione

Per il Presidio /IRCCS

.....

NOTE

1 – Capacità produttiva accreditata (allegato A dell'accordo)

Per l'assistenza ospedaliera deve essere composta una tabella (allegato A) con le seguenti colonne:

area funzionale omogenea;

disciplina (codice e descrizione);

posti letto accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto contrattualizzabili con onere a carico del SSR (ordinari, diurni e totale);

Nelle righe occorre prevedere:

una riga per ogni disciplina;

per il codice 56, 2 righe (1° e 2° livello);

per il codice 40, 3 righe (acuzie, post acuzie riabilitativa, post acuzie lungodegenza))

totali per AFO;

totali per acuzie;

totali per postacuzie;

totali generali.

Per l'assistenza specialistica una riga per branca, con tutte le specificazioni opportune al caso.

2 – Tabella comparativa (allegato A dell'accordo)

Si procede alla elaborazione della tabella comparativa dei p.l. "accreditati" e dei p.l. contrattualizzabili ,secondo la nota 1, con la aggiunta dei p.l.. accreditati e non contrattati, disponibili per attività non a carico del S.S.N. in regime privato: quanto sopra allo scopo di determinare la composizione della tabella secondo il mod. HSP 13, sez, E ed F.

3 – Determinazione dei valori corrispettivi per l'attività di ricovero/ambulatoriale (allegato B dell'accordo)

La stima viene determinata con il seguente processo:

A) RICOVERI

A1) Determinazione numero di ricovero per acuti suddiviso per codice disciplina (MDC) e a sua volta per DRG e per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario ai singoli DRG e definizione del costo per disciplina e del costo complessivo

(sommatoria costi delle diverse discipline). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : determinazione N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario e definizione del costo per disciplina e di quello complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

A3)) Prestazioni di ricovero per continuità assistenziale : determinazione N. giornate di degenza Applicazione del valore tariffario e definizione del costo complessivo .

B)PRESTAZIONI AMBULATORIALI: definizione N. prestazioni ambulatoriali suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006). Applicazione tariffe medie nomenclatore tariffario regionale vigente e determinazione costo complessivo per ogni gruppo accordo e costo totale (sommatoria costi gruppi accordo).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti previsti 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.

C) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B)

D) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B).

E)) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo delle prestazioni sanitarie oggetto del contratto = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto C) e D).

Il processo suddetto viene riepilogato nell'allegato B) in cui sono elencate le prestazioni indicando gli elementi previsti dall'articolo 5 e dalla presente nota

Allegato B/1

Quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura

(allegato B)

SCHEMA DI CONTRATTO

Tra

- l'Azienda Sanitaria Locale ..., con sede in, via, C.F., rappresentata da....., successivamente ASL

e

- la struttura privata di ricovero/ambulatoriale/professionista accreditato....., sita in, via, C.F., rappresentata dal nella sua qualità di, con titolo di legale rappresentanza (ovvero con mandato speciale di rappresentanza), successivamente Casa di cura/Struttura ambulatoriale/ Studio professionale...../.....,

Premesso che

- a) il d.lgs 502/1992 e s.m.i., agli art.li 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) dei soggetti erogatori privati nei seguenti termini:
 - le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del Ssn – Regioni e Asl - a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - le Asl definiscono contratti con le strutture private nel rispetto dello schema contrattuale approvato con D.G.R. n. del.....;
- b) con D.G.R. n° 34-9619 in data 15.09.2008 e s.m.i. la Regione Piemonte ha provveduto alla assunzione dell'atto di regolazione delle responsabilità riservate all'istituzione regionale nonché alle ASR, in attuazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 8 quinquies;
- c) il medesimo provvedimento, anche sulla base di quanto già previsto dalla citata norma di riferimento dell'art. 8 quinquies comma 2 lett. a, b, c, d, e, e bis , ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto del contratto, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi (ristrutturazioni/riconversioni di attività, trasferimenti di sedi con o senza ristrutturazioni/riconversioni, fusioni, concentrazioni etc.), programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie, fortemente ribadito all'art 79 della decretazione sopra citata;
- d) la Casa di cura/ Struttura ambulatoriale risulta accreditata definitivamente/provvisoriamente con D.G.R. per l'attività di ricovero e/o con D.G.R.per l'attività ambulatoriale nei termini indicati nell'allegato A (nota1);

Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

(Elementi essenziali oggetto del contratto)

1. Il presente contratto contiene gli elementi essenziali che seguono:

a) Disciplina il rapporto tra l'ASL e la Casa di cura/struttura, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate (n.d.r. con stralcio di quanto non previsto) contro corrispettivo preventivato:

- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria;
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna;
- prestazioni di continuità assistenziale erogata in posti letto di post acuzie convertiti in continuità assistenziale;
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni oggetto del contratto devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi per la parte di interesse della struttura privata, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da acquisire presso la Casa di cura/struttura da parte dell'ASL in quanto parte del territorio subregionale di riferimento definito in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO (ovvero AOU) interessate, in coerenza con gli obiettivi di salute della legge regionale di piano, tenendo altresì conto della mobilità interregionale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies cit.

b) Determina il volume massimo delle prestazioni che la Casa di cura/struttura si impegna ad assicurare distinto per tipologia e modalità di erogazione, e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni che fossero state individuate dalla Regione come soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1 quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Definisce i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia nonché con il programma di integrazione dei servizi sopra richiamato definito in sede di coordinamento sovrazonale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies cit.

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni degenziali e ambulatoriali derivanti dalla tariffazione regionale da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. d) del comma 2 art. 8 quinquies.

e) Definisce il debito informativo della Casa di cura per il monitoraggio del contratto pattuito e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza

prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art. 8 quinquies.

f) Precisa le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi e tipologie concordati delle prestazioni, 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 delle prestazioni remunerate, di cui alla lett. b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d). Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

g) Definisce gli ulteriori profili ravvisati necessari alla garanzia della coerenza agli obiettivi prioritari di sistema dell'assistenza sanitaria regionale e territoriale.

Art. 2

(Il programma di integrazione dei servizi)

Il programma di integrazione dei servizi riguardante :

1. i cittadini residenti nel territorio regionale (compresi stranieri, STP, ENI);
2. i cittadini di residenza extraregionale

è quello definito, sulla base delle indicazioni e della programmazione regionale, in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO/AOU del territorio subregionale AFS....., e riportato, per la parte afferente le prestazioni che devono essere erogate della casa di cura/struttura, nell'allegato B) .

Esso rappresenta il fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni che questa ASL..... intende acquistare dalla Casa di cura/struttura..... ,che con la sottoscrizione del presente contratto si impegna ad assicurare verso il corrispettivo delle tariffe previste dai tariffari indicati nell'articolo 5) .

Le parti concordano di inserire, nei tempi e con le modalità che saranno definite dalla Regione, le prestazioni della Casa di cura nel sistema integrato del Sovracup regionale o nel Centro Unico di prenotazioni dell'ASL.

Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intero arco temporale dell'annualità e, all'interno di essa, nei singoli mesi con distribuzione coerente all'ordinato andamento fisiologico della domanda.

Art. 3

(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che la Casa di cura si impegna ad assicurare e l'ASL a remunerare, distinto per tipologia e modalità di erogazione , ivi comprese le prestazioni

individuata dalla Regione soggette alla preventiva autorizzazione ASL per la fruizione (art. 8 quinquies comma 2 lett b) e s.m.i., è quello previsto nell'allegato B del presente contratto, cui è connesso, nell'allegato A), il quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura (nota allegata) .

La Casa di Cura si impegna ad attivare nei tempi e con le modalità previste dai provvedimenti di Giunta Regionale i posti letto di continuità assistenziale derivanti dalla conversione dei posti letto ospedalieri di post-acuzie.

NON possono essere effettuate compensazioni tra i budget delle singole aree produttive (ricoveri ospedalieri, compresi quelli di continuità assistenziale, per i residenti nella Regione Piemonte e gli stranieri, attività ambulatoriale per i residenti nella Regione Piemonte e gli stranieri, ricoveri ospedalieri per i residenti in altre regioni, attività ambulatoriale per i residenti in altre regioni) .

Art. 4

(Requisiti dei servizi)

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 5

(Corrispettivo)

Il corrispettivo delle prestazioni erogate non può mai superare quello preventivato, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni degenziali a tariffa o diaria regionale, delle prestazioni ambulatoriali a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni remunerate in via extratariffaria regionale. I valori dei corrispettivi sono determinati **nell'allegato B** (come illustrato nella nota allegata) a fronte di prestazioni e funzioni precisati come di seguito:

A) RICOVERI

A1) Prestazioni di ricovero per acuti: N. erogabile suddiviso per disciplina e a sua volta per DRG (oppure, se sufficiente, per MDC) e per regime di ricovero (RO oppure DH): = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo prestazioni di ricovero per acuti.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH) = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo per post acuzie.

A3) Prestazioni di ricovero di continuità assistenziale: N. giornate di degenza erogabile= Costo complessivo

B)PRESTAZIONI AMBULATORIALI: N. prestazioni suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006) = Costo per tipologia di prestazione e costo complessivo prestazioni ambulatoriali

Detto costo delle prestazioni ambulatoriali è al lordo della quota fissa e al netto dei ticket che saranno incassati. L'importo massimo annuo dei ticket incassabile annualmente è pari a quello dell'anno 2012 e cioè €. L'eccedenza dei ticket incassati rispetto a detto budget comporta una riduzione del costo complessivo delle prestazioni ambulatoriali addebitabile all'ASL. In ogni caso l'importo annuo complessivo, al lordo della quota fissa e al netto dei ticket, delle prestazioni ambulatoriali liquidabile annualmente non può essere superiore al suddetto costo complessivo delle prestazioni ambulatoriali

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale 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.

Il **COSTO Annuo MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO** è determinato dalla sommatoria dei costi annui delle singole tipologie di prestazioni ed è suddiviso tra costo massimo per residenti nella regione e per residenti fuori regione.

Detto COSTO è il seguente :

- COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO €.. .. .
.....

di cui:

- a) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione =€.....di cui
 - a)1 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali per residenti nella Regione e stranieri =€..(in cifre e lettere).....
 - a)2 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni di ricovero (compresi quelli relativi ai posti letto di post-acuzie convertiti in continuità assistenziale) per residenti

nella Regione e stranieri =€..(in cifre e lettere).....

b) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione =€... .. di cui:

b)1 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali per residenti fuori Regione =€..(in cifre e lettere).....

b)2 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni di ricovero per residenti fuori Regione =€..(in cifre e lettere).....

e costituisce il budget annuo della struttura/casa di cura per l'anno 2014 e per l'anno 2015 , a valere per tutte le prestazioni convenute per quantità e priorità e con le condizioni di flessibilità previste dagli artt. 3 e 7 del presente contratto.

Le prestazioni erogate nell'anno 2014 .nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto sono comprese nei costi massimi annui sudeterminati delle singole aree produttive. Nessuna compensazione può essere effettuata tra i budget dell'anno 2014 con quello dell'anno 2015.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Qualora non venga prodotto per i singoli codici di disciplina di ricovero almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Qualora, per le prestazioni ambulatoriali, non venga prodotto per i singoli gruppi di accordo almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Gli scostamenti dei valori della produzione delle prestazione ambulatoriali e di ricovero rispetto al budget non possono essere oggetto di compensazione per cui le differenze non possono essere riconosciute. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti nella Regione Piemonte non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti di altre Regioni non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte.

Il corrispettivo relativo alla produzione di prestazioni viene liquidato dall'ASL competente per territorio in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione del periodo di riferimento nella misura del 90% del valore complessivo a preventivo; il pagamento delle quote mensili avverrà, secondo la normativa di cui al d. lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del

destinatario. Qualora la produzione sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato l'ASL ridurrà le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione.

I maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 (c.d. quota fissa) incassati dalla struttura/casa di cura sono mensilmente versati alle ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Dal 01/01/2014 tutti i ticket incassati vengono versati all'ASL mediante detrazione dall'importo fatturato a saldo per le prestazioni effettuate e valorizzate alle tariffe vigenti. In ogni caso l'importo annuo complessivo, al lordo della quota fissa e al netto dei ticket, delle prestazioni ambulatoriali liquidabile alle singole strutture non può essere superiore al costo annuo massimo per le prestazioni ambulatoriali previsto dal presente contratto o da successive modifiche ed integrazioni.

Entro il mese di settembre e entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispettivamente nel primo semestre e nell'anno rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito, sempre entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione, comprese quelle previste dall'art. 6 ultimo comma del presente contratto, si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione con accordo tra le parti, da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati, ferma restando la piena facoltà delle parti stesse di adire la via giurisdizionale ordinaria.

In sede di verifica annuale della produzione viene effettuato il controllo di compatibilità dell'importo dei ticket (escluso quota fissa) complessivamente incassati con il budget attribuito (ticket incassati nel 2012). In tale sede la struttura fattura le prestazioni erogate nell'anno valorizzate alle tariffe vigenti e da tale importo detrae gli acconti fatturati mensilmente e i ticket complessivamente incassati nell'anno. Nel caso di riscontro in tale sede di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti comportanti costi superiori al budget attribuito al lordo della quota fissa e al netto dei ticket incassati, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo; In presenza di variazioni, complessivamente in aumento, dei tariffari regionali successivamente alla stipulazione dei contratti, si procede in attuazione della procedura di cui alla lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies, così come modificato dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 di conversione del D. L. n. 112/2008, mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento del limite originario di corrispettivo. Nel caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti delle singole aree produttive, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di

fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo ad eccezione delle eventuali eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che potranno essere retribuite, in assenza di accordi di confine con le altre Regioni, al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Alla struttura/Casa di Cura verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regioni.

Art. 6

(Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza)

Il debito informativo della Casa di cura e l'attività di controllo esterno di appropriatezza sono regolati dall'art. 8 octies del D.Lgs 229/1999, nonché dagli atti e documenti cui la normativa stessa fa rinvio in materia, derivanti dai livelli nazionali (Ministero della Salute, flussi informativi; Min. Ec Fin.), regionali (Atti della Regione Piemonte) infraregionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

La casa di Cura conferma l'accettazione di consenso all'attività di vigilanza dell'apposita Commissione prevista dalla normativa vigente, nonché alle ulteriori attività di controllo esercitate nell'ambito della funzione ispettiva regionale, e si impegna ad agevolare l'attuazione mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

La Casa di Cura si impegna a verificare al momento della presa in carico l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della persona assistita tramite la rilevazione del Codice Fiscale unicamente dalla Tessera Sanitaria (o TS-CNS) rilasciata dalla Agenzia delle Entrate (è opportuno che la Casa di Cura conservi copia della Tessera), come previsto dall'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i..

La Casa di Cura si impegna a rispettare puntualmente le disposizioni della DGR 19-5226 del 16/01/2013 e s.m.i. avente per oggetto “ Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2013 e 2014”. Non saranno riconosciute prestazioni non rilevate nel pieno rispetto degli obblighi suddetti o di quelli emanati successivamente dalla Regione .

In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e successiva alla procedura contestativa ex art 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile di determinare il recupero dei valori relativi, salva la responsabilità ex art. 1218 cod. civ., entro il quinquennio successivo all'esecuzione delle prestazioni.

Art.7

(assistenza ospedaliera)

L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i seguenti criteri e condizioni di flessibilità.

Fermo restando il limite complessivo del corrispettivo preventivato ed il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito esclusivamente nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee (A.F.O. come definite dalla regolamentazione vigente) con il limite di un tasso massimo di occupazione dei posti letto contrattati nella misura dello 80% per l'acuzie, del 95% per la riabilitazione, del 98% per la lungodegenza.

Le prestazioni previste in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno possono essere erogate, qualora siano già previsti dalla Regione gli importi tariffari oppure siano state fornite indicazioni in tal senso, rispettivamente in regime diurno ovvero in regime ambulatoriale. Il costo complessivo di dette prestazioni non può essere superiore a quello originariamente previsto dal presente accordo.

Art.8

(risoluzione e inadempimento)

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della struttura di cui alla lett. d) della premessa determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto.

Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto, come indicati agli artt. da 1 a 7, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art. 1454 cod.civ.

E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza

di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL.

Art. 9

(durata e aggiornamento)

Il presente contratto ha validità per tutto l'anno 2014 e per tutto l'anno 2015 e più esattamente per il periodo intercorrente tra il primo gennaio 2014 e il 31 dicembre 2015

La Casa di cura/struttura con la sottoscrizione del presente contratto dà atto di essere perfettamente a conoscenza della normativa nazionale e regionale vigente ed in particolare della D.G.R. n. 23-6990 del 30/12/2013 avente per oggetto: "Definizione criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2014 e 2015 degli erogatori privati e degli Istituti Classificati" e dei successivi provvedimenti di attuazione.

Art. 10

(foro competente e rinvio normativo)

In caso di controversia relativa ai contratti stipulati ex art. 8 quinquies D.lgs 502/1992 e s.m.i. si conviene che il foro competente è quello della giurisdizione civile della sede legale dell'ASL contraente.

Per quanto non previsto dal presente contratto si rinvia alle disposizioni di cui agli artt. 1325 e sgg. Cod. civ. nonché alla vigente normativa generale relativa all'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale.

NOTE

1 – Capacità produttiva accreditata (allegato A dell'accordo)

Per l'assistenza ospedaliera deve essere composta una tabella (allegato A) con le seguenti colonne:

area funzionale omogenea;

disciplina (codice e descrizione);

posti letto accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto contrattualizzabili con onere a carico SSR (ordinari, diurni e totale);

Nelle righe occorre prevedere:

una riga per ogni disciplina;

per il codice 56, 2 righe (1° e 2° livello);

per il codice 40, 3 righe (acuzie, post acuzie riabilitativa, post acuzie lungodegenza)

totali per AFO;

totali per acuzie;

totali per postacuzie;

totali generali.

Per l'assistenza specialistica una riga per branca, con tutte le specificazioni opportune al caso.

2 – Tabella comparativa (allegato A dell'accordo)

Si procede alla elaborazione della tabella comparativa dei p.l. "accreditati" e dei p.l. contrattualizzabili" secondo la nota 1, con la aggiunta dei p.l. accreditati e non contrattati, disponibili per attività non a carico del S.S.N. in regime privato: quanto sopra allo scopo di determinare la composizione della tabella secondo il mod. HSP 13, sez. E ed F.

3 – Determinazione dei valori corrispettivi per l'attività di ricovero/ambulatoriale (allegato B dell'accordo)

La stima viene determinata con il seguente processo:

A) RICOVERI

A1) Determinazione numero di ricovero per acuti suddiviso per codice disciplina (MDC) e a sua volta per DRG e per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario ai singoli DRG e definizione del costo per disciplina e del costo complessivo (sommatoria

costi delle diverse discipline). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : determinazione N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario e definizione del costo per disciplina e di quello complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

A3)) Prestazioni di ricovero per continuità assistenziale : determinazione N. giornate di degenza Applicazione del valore tariffario e definizione del costo complessivo .

B)PRESTAZIONI AMBULATORIALI: definizione N. prestazioni ambulatoriali suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006). Applicazione tariffe medie nomenclatore tariffario regionale vigente e determinazione costo complessivo per ogni gruppo accordo e costo totale (sommatoria costi gruppi accordo).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti previsti 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.

C) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B)

D) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B).

E)) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto C) e D).

Il processo suddetto viene riepilogato nell'allegato B) in cui sono elencate le prestazioni indicando gli elementi previsti dall'articolo 5 e dalla presente nota

Allegato B/1

Quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura