



Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta
(7^a legislatura)

Presidente
V. Presidente
Assessori

Giancarlo	Galan
Fabio	Gava
Renato	Chisso
Giancarlo	Conta
Maria Luisa	Coppola
Antonio	De Poli
Merino	Finozzi
Massimo	Giorgetti
Raffaele	Grazia
Antonio	Padoin
Florianò	Pra
Ermanno	Serrajotto
Raffaele	Zanon

Segretario

Antonio Menetto

617

22 MAR. 2002

n. _____ del _____

Oggetto: D. L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2002.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie avv. Fabio Gava - riferisce quanto segue.

Ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, e del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001 n. 405, la Giunta Regionale è chiamata a programmare l'erogazione da parte dei soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati, con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale, delle prestazioni sanitarie in regime di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, e a definire l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

Il sistema, introdotto con la D.G.R. n. 4776 del 30.12.97 ed applicato, con i necessari adattamenti, anche negli anni successivi, verte sostanzialmente sulla predeterminazione del limite massimo di spesa sostenibile dal Fondo Sanitario Regionale nell'anno di riferimento, e sulla correlata conseguente fissazione di una ragionevole quantità e tipologia di prestazioni specialistiche erogabili da ciascun soggetto pubblico e privato pre-accreditato.

La succitata metodologia prevede, altresì, l'applicazione del meccanismo della regressione tariffaria, volto a temperare la duplice opposta esigenza di mantenere la spesa entro i limiti programmati, assicurando comunque agli erogatori la remunerazione delle prestazioni effettuate in eccedenza al tetto, tenuto conto del principio delle economie di scala.

Tale meccanismo, realizzando il principio del c.d. dinamismo dei tetti di spesa, ha però determinato una crescita costante della spesa regionale nel suo complesso, se pur contenuta, non più sostenibile alla luce delle nuove disposizioni legislative che rendono sempre più evidente la necessità di definire a monte per ogni azienda le limitate, vincolanti e inderogabili risorse finanziarie a disposizione.

L'esigenza di garantire condizioni di equilibrio finanziario, secondo quanto previsto dal patto di stabilità e crescita sancito dall'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, impone dunque il riassetto strutturale della programmazione socio-sanitaria veneta.

In particolare, per quanto attiene l'assistenza specialistica ambulatoriale, appare necessario definire una dettagliata programmazione dei livelli di assistenza da garantire e della spesa connessa, vincolando ad un tetto di sistema unico regionale gli erogatori sia pubblici che privati pre-accreditati, tra loro integrati al fine di assicurare una più efficiente distribuzione delle risorse.

Il tetto di sistema consiste sostanzialmente nella somma dei singoli budget, distinti per macro area di branca specialistica, individuati per ciascun soggetto pubblico e privato pre-accreditato sulla base della quantità e qualità, della tipologia e della modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali determinate in considerazione del livello di assistenza da garantire alla popolazione residente.

I budget così definiti non prevedono al loro supero alcuna ulteriore remunerazione, ad eccezione della eventuale compensazione, tra gli erogatori che hanno oltrepassato, nell'arco dell'anno, il tetto programmato e gli erogatori il cui volume di attività si è assestato al di sotto di tale soglia, per la quota di budget da quest'ultimi non utilizzata.

L'individuazione del tetto unico di sistema per l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, come sopra descritto, risulterebbe essere, per l'anno in corso, non appropriata e significativa in considerazione dei provvedimenti di seguito elencati:

- **deliberazione della Giunta Regionale n. 3/CR dell'1.2.2002** avente ad oggetto "Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. 39/1993, in attuazione del D.L. 18.9.01 n. 347, convertito nella L. 16.11.01 n. 405 (L.R. 3.2.1996, n. 5, art. 14)", attualmente all'esame della V^a Commissione Consiliare Regionale, che razionalizza nel suo complesso la rete ospedaliera veneta;
- **disegno di legge di iniziativa della Giunta Regionale dell'8.6.2001** avente ad oggetto "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", attualmente all'esame del Consiglio Regionale, che disciplina i criteri per l'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie nonché per l'accREDITAMENTO e la vigilanza delle stesse;
- **decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001** che ha definito i livelli essenziali di assistenza sanitaria prevedendo la necessità che la programmazione regionale proceda, nell'applicazione dei criteri per l'erogazione degli stessi, alle opportune specificazioni delle condizioni di erogabilità per assicurare il rispetto del principio di appropriatezza clinica e all'attivazione del sistema di monitoraggio.

L'impatto dei provvedimenti succitati, sulle strategie delle aziende sanitarie nelle tre direzioni del governo economico, del governo clinico e della riorganizzazione della rete di offerta territoriale, potrà essere valutato solamente a decorrere dal 2003, rendendo di conseguenza necessaria, per l'esercizio in corso, l'adozione di un modello di finanziamento provvisorio che comunque assicuri il raggiungimento dell'inderogabile equilibrio finanziario.

Sulla base delle considerazioni di cui sopra, la Giunta Regionale, con propria deliberazione dell'1.3.2002 n.11/CR di approvazione del riparto dei fondi del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2002 tra le Aziende UU.LL.SS.SS. ed Ospedaliere venete, ha individuato, relativamente alla attività di assistenza specialistica ambulatoriale, i livelli di finanziamento "specialistica diagnostica" e "specialistica esclusa la diagnostica preventiva" da assegnare a ciascuna azienda sanitaria, come riportato nelle tavole allegate alla stessa delibera di riparto.

Le risorse così definite costituiscono nel loro complesso il tetto unico finanziario regionale, all'interno del quale rientrano sia il budget degli erogatori privati pre-accreditati, determinato in conformità alle disposizioni del presente provvedimento ed il cui ammontare è ripartito dal Fondo Sanitario Regionale con preciso vincolo di destinazione, sia, per differenza, il budget delle strutture erogatrici pubbliche.

Si precisa che, come già disposto con DGR n. 120 del 19 gennaio 2001, anche per l'anno 2002, il tetto di attività relativo alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona sarà predisposto dalla Direzione Regionale per le Risorse Socio Sanitarie sulla base dei dati forniti dalle Aziende stesse.

Per la determinazione del tetto di attività anno 2002 di ciascun soggetto privato provvisoriamente accreditato, i Direttori Generali delle Aziende U.U.L.L.S.S.S.S. sono chiamati a riconoscere l'importo complessivo, distinto per macro area, effettivamente liquidato a consuntivo di competenza per l'anno 2001, in applicazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 120 del 19.1.2001, incrementato dell'ammontare corrispondente alla percentuale del 7% dello stesso. Una percentuale pari all'1% calcolata sempre sulla somma liquidata di competenza per l'anno 2001 verrà detratta dal totale così ottenuto, ai fini della costituzione del "fondo di riserva regionale".

Tale percentuale di aumento è motivata dalla non adeguata valorizzazione della produzione in rapporto ai diversi indici di inflazione programmata ed alla applicazione degli accordi contrattuali relativamente al costo del personale succedutisi negli ultimi anni.

I budget di spesa così determinati non prevedono alcuna remunerazione aggiuntiva al proprio supero, ad eccezione, al fine di assicurare la continuità della risposta assistenziale appropriata, nel rispetto della libera scelta, della possibilità di un parziale riconoscimento del volume di attività prodotto oltre il tetto assegnato, proporzionale all'entità del supero di ciascun soggetto privato provvisoriamente accreditato, mediante l'utilizzo del fondo di riserva regionale, all'uopo costituito, fino al raggiungimento della capienza economica dello stesso.

L'ammontare finanziario del fondo in questione è costituito da un contributo versato dagli erogatori privati pre-accreditati, pari all'1% dell'importo agli stessi liquidato in applicazione della D.G.R. n. 120 del 19.1.2001, da un contributo a carico del F.S.R. di pari entità, nonché dalla quota di budget non utilizzata dagli erogatori il cui volume di attività, nell'arco dell'anno, si è assestato al di sotto della soglia del tetto assegnato.

Limitatamente agli erogatori privati pre-accreditati che nell'anno 2002 sono incorsi in una sospensione totale o parziale dell'attività o in una riduzione della stessa dovute a cause di forza maggiore debitamente documentate, il fondo di riserva viene alimentato da un importo pari solamente al 50% della quota di budget non utilizzata rispetto al tetto inizialmente assegnato.

Al fine di sanare posizioni di particolare criticità, dovute alla situazione storica di alcuni erogatori privati pre-accreditati, la Giunta Regionale ritiene, in via del tutto eccezionale, per l'anno 2002, di utilizzare parte del suddetto fondo di riserva per riconoscere agli stessi un ulteriore incremento sul budget loro assegnato. In considerazione delle analoghe motivazioni e finalità, tale incremento ricomprende il correttivo di cui alla D.G.R. n. 120 del 19.1.2001, che prevedeva un onere complessivo a carico del Fondo Sanitario Regionale non superiore a Lire 1.000.000.000 (un miliardo), pari a 516.456,90 euro. La somma in questione si cumula pertanto al contributo dell'1% stanziato dalla Amministrazione regionale per il fondo di riserva.

Inoltre, allo scopo di non generare nuove situazioni di budget sottostimati, si ritiene equo disporre che anche gli specifici casi di erogatori privati pre-accreditati, incorsi nell'anno 2001 in una sospensione totale o parziale dell'attività o in una riduzione della stessa dovute a cause di forza

maggiore debitamente documentate, debbano trovare ristoro all'interno del fondo di riserva regionale.

L'Amministrazione regionale, competente alla gestione del fondo di riserva, si impegna a dare comunicazione ai Direttori Generali, per i successivi provvedimenti di merito, degli eventuali aumenti dei tetti finanziari per l'anno 2002 riconosciuti agli erogatori interessati alla ripartizione del fondo stesso in relazione alle situazioni di criticità e dei budget sottostimati succitati, nonché dell'importo spettante a ciascun erogatore quale quota parte del fondo, in rapporto al supero del tetto allo stesso assegnato.

In considerazione della revisione delle prestazioni e servizi socio-sanitari da garantire attraverso i livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M 29 novembre 2001), appare opportuno precisare, comunque, che per le "visite specialistiche", parte integrante del tetto finanziario attribuito a ciascun erogatore privato provvisoriamente accreditato per l'anno 2002, è possibile prevedere la remunerazione a tariffa piena dell'eventuale supero dello stesso, quale spesa sostenibile dal Fondo Sanitario Regionale nell'anno 2003, limitatamente, nella macro area di "branche a visita", ai singoli professionisti per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie nei loro studi privati, con l'esclusione degli specialisti di odontostomatologia.

Pertanto, per i succitati erogatori, dal fatturato realizzato in corso d'anno in eccedenza al budget inizialmente assegnato dovrà essere scorporata la quota delle visite specialistiche in supero, a carico dell'esercizio successivo, da quella relativa ai piccoli interventi e/o altre prestazioni che troverà parziale ristoro nel fondo di riserva regionale.

Nella logica della razionalizzazione delle risorse per il raggiungimento dell'equilibrio finanziario e del conseguente tetto unico regionale, le prestazioni di RMN effettuate, da ciascun erogatore sia pubblico che privato pre-accreditato, con attrezzature Total Body, (D.G.R. n. 3882 del 3.11.1999) sono oggetto, all'interno della macro area di radiologia, di un budget distinto, ottenuto applicando gli stessi criteri del presente provvedimento.

Le prestazioni erogate in supero a tale specifico tetto finanziario non prevedono alcuna remunerazione aggiuntiva attraverso l'utilizzo del fondo di riserva regionale, fermo restando, allo scopo di ottimizzare l'utilizzazione degli impianti, la garanzia del riconoscimento della prefissata programmazione regionale:

- in strutture ambulatoriali: numero 6.500 prestazioni/anno;
- in strutture ospedaliere: numero 6.000 prestazioni/anno.

Si ritiene utile ribadire che il fatturato di ogni singolo erogatore, preso alla base sia per i calcoli relativi alla determinazione del tetto finanziario sia per il raggiungimento e l'eventuale supero dello stesso, è da intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili, nonché le prestazioni rese agli assistiti di altre regioni, oggetto queste ultime di compensazione interregionale e da remunerarsi a tariffa piena.

I budget definiti in conformità al presente provvedimento non sono da ritenersi acquisiti quale tetto finanziario a valere per gli anni successivi, l'Amministrazione regionale si riserva, infatti, di riconsiderare la loro determinazione, in occasione della programmazione annuale dei volumi di attività e dei tetti di spesa, sulla base degli effettivi bisogni sanitari e socio-sanitari da garantire a seguito dell'applicazione dei criteri per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M 29 novembre 2001) e delle risorse finanziarie disponibili, tenendo nella dovuta considerazione i flussi di afferenza alle singole strutture.

A tal proposito appare necessario il ricorso ad una più frequente periodicità e maggiore analiticità del sistema informativo in atto, al fine di un continuo e puntuale monitoraggio del

volume di attività e della spesa sanitaria connessa relativamente a ciascun soggetto pubblico e privato provvisoriamente accreditato.

Si ritiene opportuno richiamare ai Direttori Generali i principi ribaditi dal D.L.vo n. 229 del 19.6.1999 (ultima modifica al D.L.vo 502/92), dal D.L. 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla L. 16 novembre 2001 n. 405 e dal D.P.C.M 29.11.2001 che invitano a realizzare coerenti programmi per il grado di appropriatezza, nonché di qualificazione tecnologica e di sviluppo della rete dei servizi territoriali al fine di ottimizzare l'offerta dell'assistenza specialistica in regime ambulatoriale.

Fermo restando il vincolo di destinazione per le somme stanziare dal F.S.R. a favore degli erogatori privati pre-accreditati, per quanto concerne le modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dagli stessi in corso d'anno da parte delle Aziende UU.LL.SS.SS. competenti, si ribadisce che, immutato quanto stabilito al punto 12 del dispositivo della D.G.R. n. 301 dell'1.2.96 (pagamento a 60 giorni dal ricevimento degli addebiti mensili), i Direttori Generali, al fine di realizzare un'equa condivisione di eventuali esposizioni finanziarie, debbano comunque programmare in modo da provvedere con cadenza almeno trimestrale, al versamento, a titolo di acconto, di una somma corrispondente al 25% del tetto di spesa assegnato per l'anno di riferimento, purché l'importo della fatturazione prodotta sia superiore, o quanto meno pari, all'acconto stesso, salvo conguaglio di fine anno.

Non viene dato corso, anche per l'anno 2002, all'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale, strumento atto sia all'individuazione delle prestazioni erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale che al finanziamento dei soggetti pubblici e privati pre-accreditati, né con l'inserimento di nuove prestazioni proposte e/o di definiti percorsi diagnostico terapeutici, né con la revisione delle tariffe richieste per alcune tipologie di prestazioni già esistenti.

Le ragioni di tale sospensione risiedono nella natura stessa del Nomenclatore Tariffario Regionale, la cui revisione non può prescindere dall'applicazione delle nuove disposizioni normative che impegnano le regioni a realizzare l'equilibrio tra le risorse disponibili (D.L. 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla L. 16 novembre 2001 n. 405) e l'articolazione delle prestazioni e servizi socio-sanitari da garantire attraverso i livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M 29 novembre 2001).

Alla luce degli adempimenti richiesti dalle norme succitate, l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale, già all'esame della Commissione per la verifica, l'aggiornamento e il controllo del sistema di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale viene pertanto rimandato all'anno 2003.

Del contenuto del presente provvedimento ha preso atto, previa consultazione avvenuta in successivi incontri tenutisi presso la sede regionale, la Commissione per la verifica, l'aggiornamento e il controllo del sistema di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale, rappresentativa delle maggiori Associazioni di categoria degli erogatori privati pre-accreditati, costituita con D.G.R. N. 2204 del 3 agosto 2001 al fine di elaborare delle proposte in merito al sistema di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione di assistenza ospedaliera e ambulatoriale erogata dai soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati ed al governo della relativa spesa che la Giunta Regionale è chiamata annualmente a definire.

Il provvedimento in questione rappresenta dunque il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido, per l'anno 2002, nei confronti degli erogatori pubblici e privati pre-accreditati.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie avv. Fabio Gava - conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore Vice Presidente Assessore alle Politiche Sanitarie, avv. Fabio Gava, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2° dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTO il Decreto Legislativo del 30.12.92 n. 502 così come, da ultimo, modificato dal Decreto Legislativo n. 229 del 19.6.99;

VISTO il Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla Legge 16 novembre 2001 n. 405;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001;

VISTO l'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001;

VISTO il disegno di Legge di iniziativa della Giunta Regionale dell'8.6.2001;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 4776 del 30.12.97;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3/CR dell'1.2.2002;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale dell'1.3.2002 n. 11/CR di approvazione del riparto dei fondi del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2002 tra le Aziende UU.LL.SS.SS. ed Ospedaliere venete;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 120 del 19.1.2001;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3882 del 3.11.1999;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 301 dell'1.2.96;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 2204 del 3.8.2001.

DELIBERA

1. di approvare, sulla base delle motivazioni in premessa esplicitate, le modalità di determinazione dei volumi di attività e dei tetti individuali di spesa da valere per l'anno 2002, distinti per macro area di branca specialistica, degli erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati per quanto attiene l'assistenza specialistica ambulatoriale;
2. di approvare, l'istituzione del "fondo di riserva regionale" per gli erogatori privati pre-accreditati, quale strumento utilizzabile sia per garantire la possibilità, al fine di assicurare la continuità della risposta assistenziale appropriata, di un parziale riconoscimento del volume di attività prodotto oltre il tetto finanziario assegnato, sia per sanare storiche posizioni di particolare criticità e non generare nuove situazioni di budget sottostimati;
3. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende UU.LL.SS.SS. ad adottare i relativi provvedimenti applicativi per la determinazione dei budget dei singoli erogatori pubblici e privati pre-accreditati (risorse quest'ultime stanziare dal F.S.R. con preciso vincolo di destinazione) entro il 15.5.2002, e conseguentemente a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Ospedalieri ed Ambulatoriali evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
4. di rinviare, a successivi distinti provvedimenti, l'individuazione degli eventuali aumenti, da applicarsi ai tetti finanziari degli erogatori privati pre-accreditati interessati alla ripartizione del fondo di riserva regionale, a fronte di situazioni di particolare criticità e/o di budget sottostimati,

nonché la determinazione dell'importo spettante a ciascun erogatore quale quota parte del fondo, in considerazione al supero del tetto allo stesso assegnato;

5. di disporre che i budget definiti in conformità al presente provvedimento non sono da ritenersi vincolanti ai fini delle determinazioni annuali dei volumi di attività e dei tetti di spesa, in quanto le successive programmazioni saranno adeguate all'evoluzione del sistema sanitario veneto in merito all'assistenza specialistica ambulatoriale e alle risorse finanziarie disponibili, tenendo nella dovuta considerazione i flussi di afferenza alle singole strutture;
6. di rinviare, per le motivazioni di cui in premessa, a successivo provvedimento, l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario sia per l'individuazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale sia per la rimodulazione complessiva delle tariffe;
7. di prendere atto dei principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nei punti precedenti del dispositivo;
8. di pubblicare il presente provvedimento nel B.U.R. nei modi e termini di rito.

Sottoposto a votazione, il presente provvedimento risulta approvato con voti ~~unanimi e palesi~~.

favorevoli n. 8 e n. 1 astenuto Assessore Serrajotto.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan