



Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta
(7^a legislatura)

Presidente
V. Presidente
Assessori

Giancarlo
Fabio
Renato
Giancarlo
Marialuisa
Antonio
~~Marino~~
Massimo
Raffaele
Antonio
Floriano
Ermanno
Raffaele

Galan
Gava
Chisso
Conta
Coppola
De Poli
~~Finozzi~~
Giorgetti
Grazia
Padoin
Pra
Serrajotto
Zanon

Segretario

Antonio

Menetto

3947

30 DIC. 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 2003.

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, delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza") ed 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 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.

Il quadro di riferimento in cui si trova ad operare l'Amministrazione regionale per l'anno 2003 è caratterizzato, come per l'anno 2002, dalle regole contenute nell'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001 il quale prevede, tra l'altro, che le Regioni si impegnino a mantenere la stabilità della gestione, e quindi l'equilibrio finanziario, applicando direttamente misure di contenimento della spesa, attraverso le manovre previste dalla vigente normativa.

Il rispetto delle suddette regole non può prescindere quindi, come già evidenziato lo scorso anno, da una dettagliata programmazione della spesa per ciascun settore dell'assistenza sanitaria, la quale, per quanto attiene la specialistica ambulatoriale, si deve tradurre nell'introduzione di un

sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati che, assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti e garantendo la libertà di scelta e la mobilità dei cittadini, dia certezza del mantenimento della spesa entro l'inderogabile vincolo di bilancio.

Ciò presuppone una radicale rivalutazione del sistema di remunerazione degli erogatori pubblici e privati, che, nel rispetto della vigente normativa, si inserisca organicamente nel complesso degli strumenti, già esistenti e di prossima individuazione, relativi alla programmazione sanitaria veneta, e che tenga quindi conto, tra l'altro, degli effetti della razionalizzazione della rete ospedaliera, dell'asestamento della domanda assistenziale in relazione ai livelli essenziali di assistenza specialistica, della conseguente revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche, nonché, anzi in particolare modo, dell'attuazione della Legge Regionale n. 22 del 16.8.2002 in materia di autorizzazione ed accreditamento.

In relazione a quanto sopra il nuovo sistema di governo della spesa relativa all'assistenza di cui trattasi troverà regolamentazione tramite lo strumento legislativo del Piano Socio Sanitario veneto (che vedrà la luce nel 2003), in esso si prevede l'inserimento di un nucleo di regole generali, costantemente valide per gli anni a venire, e strettamente cogenti sia per l'amministrazione regionale che per gli erogatori cui la stessa si rivolge per garantire l'assistenza ai propri cittadini.

In tale contesto assumerà in primo luogo rilievo il concetto di fabbisogno, inteso nella duplice accezione: "finanziaria" (risorse disponibili), e "fisica" (volumi di prestazioni attese, secondo criteri di appropriatezza - governo clinico). Nell'ambito di una rigida individuazione del fabbisogno regionale, dovrebbe poi inserirsi il meccanismo di remunerazione basato sul c.d. "tetto di sistema regionale", che vedrà vincolati, in uguale modo, gli erogatori sia pubblici che privati accreditati, tra loro integrati al fine di assicurare una più efficiente ed efficace distribuzione delle risorse.

Ciò premesso, l'anno 2003 deve quindi ancora considerarsi un anno di transizione, in attesa della definizione e/o attuazione dei provvedimenti succitati, ferma restando, comunque, l'esigenza di garantire le imposte condizioni di equilibrio finanziario e quindi il mantenimento della spesa entro il limite dello stanziamento di bilancio.

Per quanto attiene la dimensione finanziaria, anche per l'anno 2003 sussiste il vincolo predefinito a livello nazionale in ordine ai nuovi livelli essenziali di assistenza. Relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale l'obiettivo della spesa, ai fini del rientro, e quindi dell'allineamento del Servizio Sanitario Regionale Veneto, è stato commisurato in circa 12 punti percentuali delle disponibilità finanziarie totali.

In conformità a tale obiettivo, pertanto, è in corso l'approvazione, da parte della Giunta Regionale, del riparto dei fondi del servizio sanitario regionale per l'anno 2003 tra le Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere venete, e conseguentemente l'individuazione, anche relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale, del livello di finanziamento da assegnare a ciascuna azienda sanitaria. Le risorse così definite costituiranno nel loro complesso il limite massimo di spesa regionale, all'interno del quale rientreranno sia il budget degli erogatori privati preaccreditati (determinato in conformità alle disposizioni di presente provvedimento, ed il cui ammontare è ripartito, all'interno dello stanziamento regionale complessivo, con preciso vincolo di destinazione), sia, per differenza, il budget degli erogatori pubblici.

Come già disposto con D.G.R. n. 617 del 22 marzo 2002, anche per l'anno 2003, 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.

Ciò premesso, per l'anno 2003, si ritiene opportuno rimodulare il meccanismo di remunerazione degli erogatori privati preaccreditati intermediandolo tra quello basato sul principio del dinamismo dei tetti di spesa, non più attuabile in quanto non consente, nel corso degli anni, un controllo appropriato della spesa, e quello basato sul tetto unico finanziario inderogabile applicato nell'anno 2002, il quale ha visto penalizzata l'utenza a seguito di una dilatazione dei tempi di attesa dovuta alla programmazione dell'attività impostata dagli erogatori privati volta, per quanto possibile, al rispetto del tetto fisso loro assegnato.

Sulla base delle considerazioni di cui sopra, ed al fine di contenere la spesa entro il limite programmato, la determinazione del finanziamento, distinto per macroarea di branca specialistica, da allocare alla parte privata per l'anno 2003 trova riferimento nel valore economico corrisposto, a ciascun erogatore privato preaccreditato, nell'anno 2001 (c.d. liquidato), valore significativo sotto l'aspetto della potenzialità di ciascun erogatore privato preaccreditato.

Essendo tuttavia tale valore risultato non più pienamente corrispondente all'attuale effettivo bisogno assistenziale, anche in considerazione della riorganizzazione della rete ospedaliera veneta e quindi della previsione di un maggior ricorso all'assistenza specialistica, si ritiene opportuno, ai fini della determinazione del budget di ciascun erogatore per l'anno 2003, integrare il volume di attività liquidato nell'anno 2001 come segue:

- a) con il 50 % del fatturato non riconosciuto a ciascun erogatore nell'anno 2001 per effetto dell'applicazione del meccanismo della regressione tariffaria;
- b) con il 4 % dell'importo liquidato nell'anno 2001, quale ulteriore aumento di attività dovuto al nuovo fabbisogno prestazionale derivante dall'insieme dei provvedimenti programmatori regionali sopraccitati.

Nell'ambito di tale incremento sono da ritenersi sanati i pregressi budget sottostimati in partenza o altre storiche situazioni di criticità, e quindi deve ritenersi riconosciuta definitivamente la potenzialità erogativa di ciascun soggetto privato preaccreditato.

Inoltre, al fine della determinazione del complessivo stanziamento finanziario da assegnare a ciascun erogatore privato preaccreditato per l'anno 2003, si dovranno applicare i seguenti incrementi percentuali, calcolati sulla suddetta base di partenza (importo liquidato 2001):

- c) 4% quale aumento forfetario in vacanza del nuovo tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- d) 4% quale riconoscimento pregressi maggiori oneri di produzione.

Queste ultime percentuali (lettere c e d) dovranno essere applicate anche sull'importo liquidato nel 2001 per le prestazioni di RMN Total Body.

L'importo complessivo derivante dall'applicazione degli incrementi finanziari di cui alle lettere c) e d) verrà liquidato, dalle Aziende U.L.S.S. competenti, a ciascun erogatore, in dodici rate mensili fisse, distinte dall'importo relativo alla remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo di riferimento. Tali somme, infatti, avendo la natura di ristoro finanziario, non contribuiscono alla determinazione del budget delle strutture per l'anno 2003.

Si specifica inoltre che la base di calcolo (liquidato 2001) per il riconoscimento degli incrementi succitati (lettere a, b, c, d) dovrà essere rivalutata in considerazione degli importi liquidati agli erogatori interessati ai sensi della D.G.R. 2218/02 (c.d. "correttivo del miliardo").

3 9 4 7 3 0 DIC. 2002

Al fine di garantire la continuità assistenziale e di riconoscere eventuali maggiori flussi di afferenza che potrebbero interessare alcuni erogatori privati preaccreditati a seguito della preferenza manifestata dall'utente all'interno del diritto alla libera scelta, si conviene di reintrodurre il meccanismo della regressione tariffaria, opportunamente rimodulato rispetto agli anni passati nelle percentuali di abbattimento tariffario, proprio per cercare di mantenere la spesa nell'ambito dello stanziamento previsto per l'anno 2003. La tabella allegata, parte integrante del presente provvedimento, riporta il relativo meccanismo.

Analogamente agli anni trascorsi, non concorrono al raggiungimento del budget della macroarea della branca specialistica di radiologia di ciascun erogatore, le prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare effettuate con attrezzature Total Body, la cui installazione è attualmente ancora soggetta a programmazione regionale; tali prestazioni sono oggetto di specifico budget distintamente determinato all'interno della macroarea di radiologia. Pertanto, salvo eventuali successive nuove disposizioni programmatiche, anche per l'anno 2003 è opportuno mantenere inalterato il numero di tali prestazioni effettuabili a carico del Servizio Sanitario Regionale, entro il quale vengono corrisposte le tariffe intere:

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

Eventuali maggiori flussi di afferenza dovuti alle scelte operate dall'utenza troveranno comunque ristoro nell'ambito della reintroduzione del meccanismo di regressione tariffaria che assicura alle strutture interessate la remunerazione del 50% della tariffa per le prestazioni di RMN Total Body erogate in supero alle quantità sopra definite.

Il meccanismo di regressione tariffaria non trova applicazione, in analogia a quanto disposto per l'anno 2002, per le "visite specialistiche" erogate dai singoli professionisti nei loro studi privati all'interno della macroarea "branche a visita" in superamento del budget loro assegnato.

Nell'ambito del finanziamento assegnato per l'anno 2003 a ciascuna Azienda U.L.S.S. per l'assistenza specialistica ambulatoriale, i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. sono invitati a sviluppare accordi aziendali con gli erogatori privati preaccreditati, preferibilmente insistenti nel territorio di propria competenza, al fine di soddisfare particolari necessità assistenziali sussistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della propria rete erogativa, evidenziabili, anche, ma non solo, in tempi di attesa non conformi agli standard regionali. Tali accordi potranno consistere sia nell'acquisto "extra budget" di pacchetti di prestazioni di diverse tipologie per determinati archi temporali, sia nel riconoscimento di un aumento di budget nelle rispettive macroaree per persistente necessità di integrare, da parte delle Aziende U.L.S.S., la propria attività istituzionale.

Si ritiene utile ribadire che il liquidato 2001 di ogni singolo erogatore, preso alla base sia per i calcoli relativi alla determinazione dello stanziamento finanziario sia per il raggiungimento e l'eventuale supero del budget, 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.

Fermo restando il vincolo di destinazione per le somme stanziare a carico del bilancio regionale 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 U.L.S.S. 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 programrarsi 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.

I budget definiti in conformità al presente provvedimento non sono da ritenersi acquisiti per gli anni successivi; l'Amministrazione regionale si riserva, infatti, di riconsiderare la loro determinazione sulla base di quanto verrà prossimamente stabilito all'interno del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, o comunque dalla futura programmazione, contestualmente a quelle che saranno le risorse disponibili.

Sul contenuto del presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido, per l'anno 2003, nei confronti degli erogatori pubblici e privati preaccreditati, sono state sentite, previa consultazione avvenuta in successivi incontri tenutisi presso la sede regionale, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati preaccreditati.

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. 3223 dell'8.11.2002;

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, i criteri per la determinazione dei budget di attività e del complessivo stanziamento di spesa a valere per l'anno 2003 per quanto attiene l'assistenza specialistica ambulatoriale degli erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati;

- 2) di approvare le allegate tabelle 1 e 2 che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
- 3) di dare atto che il sistema di finanziamento disposto dal presente provvedimento sana definitivamente situazioni di storiche criticità e budget sottostimati.
- 4) di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ad adottare i relativi provvedimenti applicativi entro il giorno 15 del mese di marzo 2003, e conseguentemente a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
- 5) di invitare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. a sviluppare, secondo quanto in premessa esplicitato, nell'ambito del finanziamento assegnato a ciascuna Azienda U.L.S.S. per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2003, accordi aziendali con gli erogatori privati preaccreditati, preferibilmente insistenti nel territorio di propria competenza, al fine di soddisfare particolari necessità assistenziali sussistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della propria rete erogativa, evidenziabili, anche, ma non solo, in tempi di attesa non conformi agli standard regionali.
- 6) di disporre che i budget definiti in conformità al presente provvedimento non sono da ritenersi acquisiti per gli anni successivi; l'Amministrazione regionale si riserva, infatti, di riconsiderare la loro determinazione sulla base di quanto verrà prossimamente stabilito all'interno del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, o comunque dalla futura programmazione, contestualmente a quelle che saranno le risorse disponibili.
- 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.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan

SISTEMA DI FINANZIAMENTO ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE Prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare

ALLEGATO 2

Prestazioni per macro area	Liquidato 2001	Incremento finanziario 8% sul liquidato 2001 (4% per vacanza nuovo tariffario + 4% pregressi magiori oneri di prod.)	Stanziamiento finanziario anno 2003	BUDGET 2003 (tetto prestazionale)
	A	B	$C = A + B$	
RMN - Total Body	A1	B1	$C1 = A1 + B1$	Strutture Ospedaliere: 6.000 prestazioni anno Strutture Ambulatoriali: 6.500 prestazioni anno

DETERMINAZIONE DEL SISTEMA DI REGRESSIONE TARIFFARIA Prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare

Prestazioni per macro area	Percentuali di abbattimento tariffario	
	Fino al 100% del budget 2003	Oltre il 100% del budget 2003
RMN - Total Body	0%	50%

Direzione Regionale Servizi Ospedalieri ed Ambulatoriali



Allegato alla
n. del
3947 del 30 DIC. 2002

SISTEMA DI FINANZIAMENTO ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ALLEGATO I

Prestazioni per macro area	Liquidato 2001	Incremento pari al 50% del fatturato non riconosciuto da regressione nel 2001	Incremento del 4% sul liquidato 2001	BUDGET 2003 (tetto prestazionale)	Incremento finanziario 8% sul liquidato 2001 (4% per vacanza nuovo tariffario + 4% pregressi maggiori oneri di prod.)	Stanziamiento finanziario anno 2003
	A	B	C	$D = A + B + C$	E	$F = D + E$
LABORATORIO	A1	B1	C1	D1	E1	$F1 = D1 + E1$
RIABILITAZIONE	A2	B2	C2	D2	E2	$F2 = D2 + E2$
RADIOLOGIA	A3	B3	C3	D3	E3	$F3 = D3 + E3$
ALTRE	A4	B4	C4	D4	E4	$F4 = D4 + E4$
Totale	TA	TB	TC	TD	TE	$TF = TD + TE$

DETERMINAZIONE DEL SISTEMA DI REGRESSIONE TARIFFARIA

Prestazioni per macro area	Percentuali di abbattimento tariffario			
	Fino al 100% del budget 2003	Oltre il 100% e fino al 105% del budget 2003	Oltre il 105% e fino al 110% del budget 2003	Oltre il 110% del budget 2003
LABORATORIO	0%	60%	70%	90%
RIABILITAZIONE	0%	60%	70%	90%
RADIOLOGIA	0%	60%	70%	90%
ALTRE	0%	60%	70%	90%



Allegato alla

Direzione Regionale Servizi Ospedalieri ed Ambulatoriali

3947

30 DIC. 2002