

Circ. Prot. 597688 del 25 ottobre 2007

Tetti di spesa anno 2007 per l'attività di assistenza specialistica ambulatoriale.

D.G.R. n. 452/2007.

Ulteriori indicazioni applicative.

Ai Direttori Generali
Aziende U.L.S.S. e Aziende Ospedaliere
del Veneto
Loro Sedi

Al Commissario Straordinario
dell'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto"
Via Gattamelata, 64
35100 PADOVA

Al Segretario Regionale A.I.O.P.
Via Olivi, 30
30170 Mestre – Venezia

Al Segretario Regionale A.R.I.S.
c/o Ospedale Sacro Cuore
Via Semprebondi, 5
37024 Negrar (VR)

Al Segretario Regionale A.N.I.S.A.P.
Viale Codalunga, 4
35138 Padova

Al Segretario Regionale C.U.S.P.E.
Dr. Paolo Lion
Via S.Massimo, 19
35129 Padova

Al Presidente del Comparto sanitario
della Federazione degli Industriali del Veneto
Via Torino, 151/c
30172 Mestre – Venezia

All'Associazione Nazionale Studi
Odontoiatrici Convenzionati
Dr. Walter Di Fulvio
Piazza Matteotti, 9
31100 Treviso

e p.c. Ai Responsabili degli
Uffici controllo di Gestione e
Uffici Convenzioni
delle Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere
Loro Sedi

Si fa seguito alla nota prot. n. 197648/50.08.00 del 5.04.2007 con la quale è stata trasmessa la D.G.R. n. 452 del 27.02.2007 in materia di tetti di spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2007.

Come anticipato si forniscono, con la presente, le indicazioni circa l'applicazione della disposizione contenuta nella legge n. 296 del 27.12.2006 - Finanziaria 2007 - (art. 1 comma 796 lettera "o") la quale prevede che, a partire dal 1° gennaio 2007, gli erogatori privati preaccreditati, ai fini della remunerazione dell'attività resa per conto del Servizio Sanitario Nazionale, sono tenuti ad applicare uno "sconto" del 20% per le prestazioni di diagnostica di laboratorio e del 2% per le restanti prestazioni specialistiche ambulatoriali, entrambi calcolati sulle tariffe del Nomenclatore Tariffario Nazionale di cui al D.M. del 22.7.1996.

L'allegata tabella, denominata "Finanziaria 2007 – Sconto prestazioni", riporta le prestazioni contenute nel vigente nomenclatore tariffario regionale (LEA regionali) e, a fianco di ciascuna, indica:

- la vigente tariffa regionale di remunerazione (2° colonna del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale);
- la tariffa del D.M. 22.7.1996 (ove presente);
- l'importo dello sconto da applicare;
- la tariffa scontata.

La compilazione di detta tabella è avvenuta sulla base della considerazione che la ratio della finanziaria è quella di remunerare, all'erogatore privato preaccreditato, le prestazioni praticando uno sconto sulla tariffa. Il tariffario di riferimento è quello approvato dal D.M. 22.7.1996, in quanto parametro omogeneo comune a livello nazionale.

Pertanto, nel caso dei LEA regionali, dotati di propria tariffa, l'applicazione della norma presuppone che lo sconto venga praticato come segue:

- prestazioni inserite ex novo dalla Regione Veneto (e quindi non presenti nel D.M. 22.7.1996): lo sconto va calcolato sulla tariffa del vigente nomenclatore regionale;
- prestazioni presenti nel D.M. 22.7.1996 e sostituite, a livello regionale, con altra prestazione più aggiornata: lo sconto deve essere calcolato sulla tariffa della prestazione nazionale (esempio: prestazione con codice 88.90.4 "Ricostruzione tridimensionale TC – sostituisce prestazione 88.90.2");

- prestazioni presenti nel D.M. 22.7.1996 e accorpate, a livello regionale, in un'unica prestazione con relativo nuovo codice: lo sconto va calcolato sulla tariffa regionale (esempio: prestazione con codice 93.12.2 "Rieducazione funzionale attiva e/o passiva per patologia complessa – sostituisce prestazioni 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3 e 93.11.4");
- prestazioni di ricovero ospedaliero ricondotte anche al regime ambulatoriale con la costituzione dei "fondi aggiuntivi" previsti dalla D.G.R. n. 452/2007: per l'anno 2007 lo sconto non deve essere applicato. Nel caso la norma di cui trattasi venga riconfermata anche per l'anno successivo, tali prestazioni saranno assoggettate al calcolo dello sconto sulla base delle tariffe regionali. Lo stesso procedimento, salvo diverse indicazioni, dovrà essere applicato per le ulteriori prestazioni di ricovero che si provvederà a ricondurre o già ricondotte anche al regime ambulatoriale.

Lo sconto va calcolato sulle prestazioni erogate a partire dal 1° gennaio 2007, moltiplicando la tariffa scontata (vedi ultima colonna della tabella "Finanziaria 07 – Sconto prestazioni") per il numero delle stesse.

Lo sconto va detratto dalla remunerazione degli erogatori preaccreditati.

Si ricorda che le prestazioni remunerate, in regressione, con l'abbattimento tariffario del 90% non sono assoggettate a detto sconto, come previsto dalla D.G.R. n. 452/2007.

Si evidenzia, ad ogni buon conto, che l'Azienda U.L.S.S. di riferimento per l'applicazione dello sconto è quella nel cui territorio è ubicato l'erogatore privato preaccreditato interessato.

Come già precisato dalla D.G.R. n. 452 del 27.2.2007, si ricorda che, ai fini del raggiungimento del budget assegnato a ciascun erogatore privato preaccreditato e dell'eventuale remunerazione aggiuntiva in caso di supero dello stesso, dovrà essere preso in considerazione l'importo delle prestazioni erogate al lordo dello sconto (vedi l'allegata Legenda per la compilazione del flusso di quantificazione della spesa regionale, "supero budget – fatturato in regressione").

Gli importi relativi allo sconto devono essere evidenziati nel flusso dell'ultimo trimestre dell'anno 2007 di quantificazione della spesa specialistica ambulatoriale per gli erogatori privati preaccreditati, istituito con nota regionale prot. n. 10202/20453/50.04 del 10 maggio 2001 e modificato, da ultimo, con nota prot. n. 408535/50.08.00 del 3 giugno 2005.

Con l'occasione si trasmette, in allegato alla presente, il nuovo e semplificato modello del succitato flusso informativo, completo della relativa legenda, che ciascuna Azienda U.L.S.S. è tenuta a compilare e a trasmettere, a decorrere dall'ultimo trimestre dell'anno in corso, alla scrivente Direzione, in sostituzione del precedente, rispettando le medesime modalità e le rigorose tempistiche già previste per l'anno 2006.

Si raccomanda, pertanto, di inviare i dati in questione via mail all'indirizzo federico.costalonga@regione.veneto.it alle scadenze del 31 luglio, per l'invio del primo semestre di riferimento, del 31 ottobre, per i nove mesi dell'anno, e del 31 gennaio dell'anno successivo, per i dati dell'intero anno di riferimento.

Per quanto attiene alle Aziende Ospedaliere e all'Istituto Oncologico Veneto, si ribadisce che tali enti sono ugualmente tenuti, come precisato nella nota prot. n. 408535/50.08.00 del 3 giugno 2005, all'invio trimestrale e alla compilazione del suddetto flusso di quantificazione della spesa, con le medesime modalità delle Aziende U.L.S.S., con l'esclusione della colonna "codice erogatore privato preaccreditato" e "sconto - legge finanziaria 2007", in quanto lo sconto per essi non trova applicazione.

Al fine di rendere i documenti allegati alla presente nota immediatamente disponibili in formato elettronico, i relativi file sono stati depositati nella INTRANET regionale: Cartella Comune/Sevizi Sanitari/Delibere/Tetti di Spesa.

Per quanto concerne i flussi SPS, SOGEI e mobilità sanitaria, si precisa che la valorizzazione dei campi relativi agli importi dell'attività erogata dai privati preaccreditati non dovrà tener conto dello sconto di cui trattasi. Pertanto i flussi in questione dovranno rimanere inalterati.

Si coglie l'occasione, infine, di precisare che per quanto riguarda la costituzione dei "fondi aggiuntivi" previsti dalla D.G.R. n. 452/2007 per le prestazioni di ricovero ospedaliero la cui erogazione è stata ricondotta anche al regime ambulatoriale, sono stati segnalati casi di strutture private preaccreditate che erogavano già nel 2005 (e quindi anche nel 2006) una parte di tali prestazioni in regime ambulatoriale e casi di strutture che prima del 2006 non erogavano affatto tali prestazioni.

Al fine di consentire una corretta ed equilibrata distribuzione dell'attività erogata si prevede l'opportunità per le strutture private preaccreditate, che ne manifestino la volontà all'Azienda U.L.S.S. di competenza, e per le Aziende Ospedaliere e per lo IOV, di incrementare i corrispondenti "fondi aggiuntivi" degli importi relativi alle prestazioni erogate sia nel 2005 che nel 2006 in regime ambulatoriale; contestualmente il budget per l'attività ospedaliera assegnato alla struttura interessata deve essere diminuito dei medesimi importi. I nuovi budget così determinati devono essere comunicati alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari.

Lo stesso procedimento, salvo diverse indicazioni, dovrà essere attuato, qualora si dovesse verificare la medesima situazione, per le ulteriori prestazioni di ricovero che si provvederà a ricondurre anche al regime ambulatoriale.

A disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, si porgono i più distinti saluti.

Il Dirigente Regionale
Dr. Domenico Mantoan