

Materia: Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 4302 del 29 dicembre 2004

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 2005.

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') 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 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 preaccreditato.

Il quadro finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'amministrazione regionale per l'anno 2005, esaurite le previsioni di finanziamento di cui all'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, ma fermo restando il patto di stabilità, è caratterizzato dalle previsioni contenute nell'ambito del p.d.l. nazionale n. 3223/2004 relativo alla manovra finanziaria anno 2005.

Il rispetto delle suddette regole comporta pertanto che, anche per l'anno 2005, la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale sia gestita attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati preaccreditati che, pur assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti e pur garantendo la libertà di scelta e la mobilità dei cittadini, dia certezza del suo contenimento entro l'inderogabile vincolo di bilancio.

Con riferimento a quest'ultimo è in corso di approvazione, da parte della Giunta Regionale, la ripartizione dei fondi del servizio sanitario regionale per l'anno 2005 tra le Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere venete, e conseguentemente l'individuazione, anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale, del livello di finanziamento da assegnare a ciascuna azienda sanitaria.

Le risorse così definite costituiranno il limite massimo di spesa regionale, all'interno del quale rientreranno sia lo stanziamento per gli erogatori privati preaccreditati (determinato in conformità alle disposizioni del 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 e Aziende Ospedaliere.

Per quanto concerne gli erogatori privati preaccreditati si ritiene di non introdurre sostanziali variazioni ai criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2005, ma di applicare il meccanismo dell'anno 2004, con gli opportuni aggiustamenti percentuali sulla base delle attuali esigenze assistenziali, compatibilmente con l'obiettivo di spesa.

Alla luce di quanto suesposto, la determinazione del finanziamento, distinto per macroarea di branca specialistica, da allocare alla parte privata per l'anno 2005, trova riferimento nell'importo corrisposto, a ciascun erogatore privato preaccreditato, nell'anno 2004. Tale importo, c.d. 'liquidato 2004', è costituito da quanto liquidato per l'attività effettuata entro il budget assegnato, da quanto eventualmente riconosciuto come regressione tariffaria e dall'importo liquidato 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, esclusa la quota corrispondente agli incrementi finanziari previsti dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 270 del 6 febbraio 2004.

Si ritiene utile ribadire che il 'liquidato 2004' è da intendersi, come per gli anni precedenti, 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.

A ciascun erogatore privato preaccreditato viene inoltre riconosciuto quanto segue:

- a) un incremento finanziario del 3%, giustificato dall'adeguamento dell'attività erogata agli indici di inflazione reale, calcolato sul 'liquidato 2004' maggiorato dell'importo corrispondente alle prestazioni specialistiche erogate ai cittadini non residenti nella Regione Veneto;
- b) un incremento di attività del 2%, calcolato sul 'liquidato 2004', motivato dall'aumentato fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali conseguente alla riorganizzazione della rete ospedaliera veneta ai sensi della D.G.R. n. 3223/2002, dal progressivo passaggio al più appropriato regime ambulatoriale di alcune prestazioni ospedaliere e dal perdurare delle problematiche relative alle liste di attesa;
- c) un incremento del 4% e di un ulteriore 4% del budget di ciascun erogatore privato preaccreditato, calcolato sull'importo del 'liquidato 2004', maggiorato dell'incremento riconosciuto al punto b).

Quest'ultimo incremento di budget trova giustificazione sulla base delle seguenti considerazioni.

A livello nazionale è in fase di manutenzione il contenuto dei livelli essenziali di assistenza tramite l'aggiornamento delle prestazioni del D.M. 26 luglio 1996, sia a livello di nomenclatura sia di tariffe. Analogamente, a livello regionale, è in corso l'approvazione, contestualmente al presente provvedimento, di un'ulteriore atto che dispone sia l'avvio dei lavori di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, individuando le modalità operative, sia l'aumento delle tariffe delle prestazioni stesse. Tale aumento, pari al 4%, trova giustificazione nella non più adeguata valorizzazione, nella realtà veneta, dei costi di produzione delle prestazioni in rapporto alla qualità delle stesse.

Inoltre nella previsione di un sensibile incremento, nell'anno 2005, delle tariffe nazionali relative ai livelli essenziali di assistenza ambulatoriale, il suddetto provvedimento dispone provvisoriamente un ulteriore incremento tariffario del 4%, calcolato sulle tariffe già incrementate del primo 4%; tale percentuale verrà successivamente assorbita dalla percentuale di aumento definita a livello nazionale.

Il 'budget' per l'anno 2005 di ciascun erogatore privato preaccreditato è costituito, pertanto, dall'importo corrispondente al 'liquidato 2004', a cui vanno aggiunti gli incrementi riconosciuti dai suestesi punti b) e c).

Allo scopo di non generare nuove situazioni di budget sottostimati e di utilizzare immediatamente le eventuali economie di spesa realizzatesi rispetto alle risorse stanziare ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 270/2004, si ritiene equo, qualora ad un erogatore privato preaccreditato risulti un budget per il 2005 (in applicazione di quanto previsto dal presente provvedimento, ad esclusione dell'incremento del 4%+4% del budget a seguito dell'aggiornamento delle tariffe del Nomenclatore Tariffario) inferiore a quello assegnato per il 2004, ripristinare la precedente potenzialità erogativa riconoscendo a detto erogatore quale budget per l'anno 2005 il budget dell'anno precedente incrementato della percentuale del 4%+4%.

Tale meccanismo, salvo esplicita modifica, verrà ripetuto anche per gli anni a venire; solamente nel caso in cui un erogatore privato preaccreditato realizzi per tre anni consecutivi un fatturato inferiore al proprio budget annuale, l'anno successivo il suo budget precedente (se superiore a quello nuovo) non potrà essere confermato, e si dovrà procedere normalmente come per gli erogatori che hanno superato il loro tetto, in quanto la reale potenzialità dell'erogatore in questione risulta essere effettivamente inferiore al budget assegnato.

L'importo derivante dall'applicazione dell'incremento finanziario di cui alla lettera a) dovrà essere liquidato, dalle Aziende U.L.S.S. competenti, a ciascun erogatore, in dodici rate mensili fisse, distinte e indipendenti dall'importo relativo alla remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo di riferimento. Tale somma, infatti, avendo natura di ristoro esclusivamente finanziario, non contribuisce alla determinazione del budget per l'anno 2005.

L'installazione delle apparecchiature che erogano prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare Total Body, a decorrere dal 14 settembre 2004, non è più soggetta a programmazione, come stabilito dalla legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002 e dalla D.G.R. n. 2501 del 6 agosto 2004 di attuazione della stessa.

Conseguentemente, a partire dall'anno 2005, sono venute meno le ragioni per cui, fino all'anno 2004, le relative prestazioni erano oggetto di specifico budget numerico distintamente determinato all'interno della macroarea di Radiologia.

Il budget numerico già riconosciuto negli anni passati agli erogatori privati preaccreditati per la branca di Radiologia ed autorizzati all'installazione delle apparecchiature di cui trattasi (pari a 6.000/6.500 prestazioni annue, a seconda che le stesse fossero erogate da strutture ospedaliere o ambulatoriali), per l'anno 2005 viene pertanto assorbito dal budget della branca di Radiologia, sulla base della seguente metodologia:

. nel caso in cui l'erogatore, nel corso del 2004, abbia superato il budget numerico assegnatogli, erogando dunque un maggior numero di prestazioni rispetto a quelle previste, deve essere preso in considerazione l'importo corrispondente al relativo 'liquidato 2004';

. nel caso in cui l'erogatore, nel corso del 2004, non abbia superato il budget numerico assegnatogli, erogando dunque un minor numero di prestazioni rispetto a quelle previste, deve essere preso in considerazione l'equivalente finanziario del relativo budget numerico.

Il valore così determinato ('liquidato 2004' o equivalente finanziario) deve essere sommato al 'liquidato 2004' della branca di Radiologia dell'erogatore interessato, ai fini sia della quantificazione degli incrementi di cui alle lettere a), b) e c) (quest'ultimo in conseguenza agli aumenti delle tariffe, che riguardano anche tali prestazioni), sia della determinazione del budget dell'anno 2005.

Per quanto riguarda gli erogatori privati preaccreditati per la branca di Radiologia che non godevano di un precedente budget numerico di prestazioni di RMN Total Body, qualora venissero autorizzati all'installazione delle apparecchiature di cui trattasi e quindi all'erogazione delle relative prestazioni, dovranno utilizzare il budget loro assegnato per la branca di Radiologia, senza alcun incremento specifico.

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 mantenere il meccanismo della regressione tariffaria, rimodulato rispetto all'anno passato nelle percentuali di abbattimento tariffario delle tre fasce, ma con gli stessi intervalli di applicazione. Più precisamente si dispone per le prestazioni erogate in supero al budget ed entro il 110% dello stesso un abbattimento tariffario del 30%, oltre il 110% ed entro il 115% del budget un abbattimento del 55%, mentre per le prestazioni erogate oltre il 115% del budget un abbattimento del 75%.

Nella nuova logica di quanto introdotto dal presente provvedimento per il budget 2005 delle prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare Total Body, queste ultime saranno soggette alla regressione tariffaria con le stesse modalità e percentuali della macroarea di Radiologia.

Il meccanismo di regressione tariffaria non trova applicazione, in analogia a quanto disposto per gli anni precedenti, 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.

La D.G.R. n. 3292 del 22 ottobre 2004 ha introdotto la soglia di budget minimo di 5.000 euro per tutti gli erogatori privati preaccreditati.

Le motivazioni alla base di tale disposizione, relative alla non utilità di avere erogatori con un budget annuale troppo basso all'interno del servizio di assistenza sanitaria regionale, fanno ritenere opportuna la riproposizione anche per il 2005 di tale soglia minima.

Pertanto agli erogatori privati preaccreditati che, sulla base di quanto previsto dal presente provvedimento, avrebbero un budget per il 2005 inferiore alla soglia minima, deve essere assegnato un budget pari a 5.000 euro.

Al fine di evitare il persistere di rapporti di accreditamento provvisorio non concretamente e sufficientemente operativi nell'erogazione dell'assistenza con oneri a carico del servizio sanitario regionale, si ritiene opportuno prevedere che, a partire dall'anno 2005, nei confronti degli erogatori che per tre anni consecutivi non fattureranno alcuna prestazione o il cui fatturato resterà al di sotto della suddetta soglia minima, si valuterà l'opportunità di dichiarare la decadenza degli stessi dal rapporto di preaccreditamento.

Analogamente all'anno passato, si è evidenziato, per effetto della costante evoluzione dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché della mutevole tipologia delle prestazioni richieste o della modificazione delle loro modalità di erogazione in rapporto all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, il prodursi di variazioni negli equilibri dei budget tra le diverse macroaree, che si ritiene opportuno riassestare in prossimità del loro manifestarsi, fermo restando il limite di spesa prefissato dal presente provvedimento.

Pertanto, con riferimento agli erogatori privati preaccreditati per più di una macroarea, nei confronti dei quali principalmente si rileva quanto sopra riportato, si ripropone, anche per l'anno 2005, il meccanismo di assestamento dei budget assegnati per ciascuna macroarea. Tale meccanismo consente agli erogatori di cui sopra di ricalibrare i propri budget in rapporto all'effettivo trend di domanda assistenziale, tramite la riduzione di quelli sovrastimati a favore di quelli sottostimati, vale a dire spostando, per ciascuna macroarea, una parte del proprio budget, non oltre il 25%, ad una o più delle altre macroaree, considerate dallo stesso erogatore in sofferenza.

Inoltre, al fine di corrispondere adeguatamente alla mutevole distribuzione della domanda assistenziale di un determinato bacino di utenza anche in relazione ai possibili diversi tempi di attesa presso le strutture in esso esistenti, si estende la possibilità di usufruire del meccanismo sopra descritto anche agli erogatori privati titolari di più rapporti di accreditamento provvisorio nella stessa branca specialistica (i quali generano quindi budget distinti), purché operanti all'interno della stessa Azienda U.L.S.S.; essi hanno quindi la possibilità, entro i limiti e i tempi di cui sopra, di spostare parte dei budget della stessa branca tra le proprie strutture preaccreditate.

Gli assestamenti di budget così realizzati, che potranno attuarsi una sola volta nel corso dell'anno, alla fine del primo semestre e non oltre, verranno presi in considerazione nel procedimento per la determinazione del budget dell'anno successivo.

I Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. sono tenuti ad adottare i provvedimenti applicativi degli assestamenti dei budget inizialmente assegnati per l'anno 2005, comunicandoli all'amministrazione regionale, la quale si riserva comunque di effettuare un controllo dell'intero procedimento, al fine di verificarne a consuntivo la regolarità e la compatibilità con il sistema di finanziamento.

In considerazione degli incrementi finanziari e di attività, delle diminuzioni delle percentuali di regressione tariffaria e degli assestamenti di budget riconosciuti dal presente provvedimento, si ribadisce l'inderogabilità del principio secondo cui il mantenimento della spesa va perseguito anche mediante una adeguata programmazione dell'offerta di servizi da parte degli erogatori privati preaccreditati, distribuita omogeneamente nell'intero arco temporale annuo di attività, nel rispetto del principio della continuità della risposta assistenziale e della libertà di scelta del cittadino.

I Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. dovranno, conseguentemente, vigilare affinché non si verifichino, da parte degli erogatori, dilatazioni dei tempi di attesa programmati nell'intero anno, interruzioni nell'erogazione dei servizi o di alcune tipologie di prestazioni.

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 e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico – terapeutici, i Direttori Generali sono chiamati a sviluppare accordi aziendali con gli erogatori privati preaccreditati, preferibilmente insistenti nel territorio di propria competenza. Tali accordi, che dovranno essere comunicati alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, potranno consistere sia

nell'acquisto 'extra budget' di pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali, ad una tariffa inferiore di almeno il 20% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale, sia nel riconoscimento di un aumento di budget nelle rispettive macroaree per persistente necessità di integrare l'attività istituzionale delle Aziende U.L.S.S. stesse.

In entrambi i casi la stipula dei suddetti accordi presuppone l'esistenza di un rapporto di preaccreditamento, dell'erogatore privato interessato, nella stessa branca specialistica in cui rientrano le prestazioni che si intendono acquistare o riconoscere come aumento di budget; tali accordi, inoltre, non possono avere ad oggetto prestazioni da erogare solamente ai cittadini residenti nel territorio dell'U.L.S.S. di riferimento, ma devono riguardare indistintamente tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

Rispetto a quanto previsto negli anni precedenti, nonché dalla D.G.R. 3535 del 11 dicembre 2004 in materia di liste di attesa, lo

sviluppo di accordi aziendali di cui sopra non è più riservato 'preferibilmente alle Aziende U.L.S.S. ove non viene superata la media regionale del numero di prestazioni erogate in rapporto al numero di abitanti'; ciò in quanto, tenuto conto della costante ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza e dei relativi regimi erogativi, dovrà essere ridefinito il parametro ottimale dell'offerta/domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali in rapporto alla popolazione di riferimento.

Coerentemente con quanto previsto dalla D.G.R. n. 3535 del 12.11.2004 in materia di 'liste di attesa', si rinvia ad un successivo provvedimento, a seguito delle valutazioni che verranno effettuate dal c.d. 'Tavolo di Monitoraggio', la definizione dei principi e dei criteri secondo i quali i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S., nell'applicazione dell'istituto dell'acquisto di prestazioni ambulatoriali mirato alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche, dovranno necessariamente riservare una parte dell'acquisto di tali prestazioni agli erogatori privati preaccreditati.

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 programmare in modo da provvedere con cadenza almeno trimestrale, al versamento, a titolo di acconto, con conguaglio di fine anno, della somma corrispondente alla fatturazione prodotta nel periodo di riferimento, fino ad un massimo del 25% del tetto di spesa assegnato per l'intero anno.

In riferimento agli erogatori pubblici, il tetto assegnato per l'anno 2005, determinato secondo quanto previsto dal presente provvedimento (differenza tra risorse complessivamente stanziare per l'assistenza specialistica ambulatoriale e lo stanziamento previsto per gli erogatori privati preaccreditati), deve essere ripartito, a cura delle Aziende U.L.S.S. stesse, tra le macroaree di branca specialistica con la stessa proporzione esistente tra il fatturato 'realizzato 2004' per le prestazioni erogate per ciascuna macro area e il totale del fatturato 'realizzato 2004' per le prestazioni erogate nello stesso anno per tutte le macro aree.

Il fatturato 'realizzato 2004', in analogia al 'liquidato 2004', anche per gli erogatori pubblici, 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.

La comunicazione alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari del budget 2005 per gli erogatori pubblici dovrà avvenire contestualmente alla comunicazione, alla stessa Direzione, del budget per l'anno 2005 dei privati preaccreditati.

Il tetto di spesa per l'anno 2005 relativo alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona deve essere predisposto dalle Aziende con le medesime modalità della procedura per la determinazione del budget degli erogatori pubblici. Pertanto, una volta quantificato l'importo del fatturato 'liquidato 2004' per le Aziende Ospedaliere relativo all'attività di assistenza specialistica ambulatoriale (calcolato al netto degli stessi fattori non inclusi nel 'liquidato 2004' dei privati preaccreditati), tale importo deve essere suddiviso tra le macroaree di branca specialistica con gli stessi criteri suesposti per gli erogatori pubblici, rispettando inoltre le stesse modalità e termini di trasmissione all'Amministrazione regionale.

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 stabilito dalla futura programmazione, contestualmente a quelle che saranno le risorse disponibili.

Tuttavia, al fine di assicurare agli erogatori pubblici e privati preaccreditati la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità nell'arco dell'intero anno a venire, si ritiene opportuno riproporre che, ove la Giunta Regionale non dovesse approvare entro il 31.12.2005 il meccanismo di budget per il 2006, in via provvisoria e fino alla determinazione dello stesso, rimane confermato il budget assegnato a ciascun erogatore nell'anno 2005.

Il budget provvisorio così individuato resterà in vigore con scadenza mensile, fino al primo giorno del mese successivo a quello nel quale verrà data comunicazione alle Aziende U.L.S.S. dell'avvenuta adozione del provvedimento regionale relativo all'anno 2006.

Gli importi provvisori sono riconosciuti per dodicesimi per ogni mese di vacanza dei nuovi budget, salvo successivo conguaglio.

Ciò non esime comunque l'amministrazione regionale dal determinare annualmente, in adempimento delle disposizioni legislative, i volumi di attività e dei tetti di spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Sul contenuto del presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido, per l'anno 2005, 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 Fabio Gava _ conclude la propria relazione e sottopone 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, 2° comma, 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 legislazione regionale e statale;
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 D.M. 26 luglio 1996, Nomenclatore Tariffario Nazionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni;
VISTO l'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001;
VISTO il p.d.l. n. 3223/2004 relativo alla manovra finanziaria anno 2005;
VISTA la Legge regionale n. 22 del 16.8.2002;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 2501 del 6 agosto 2004;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3051 del 16.11.2001;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3223 dell'8.11.2002;
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. 4776 del 30.12.97;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 5270 del 29.12.1998;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 5122 del 1999;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 120 del 19.1.2001;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 2204 del 3.8.2001;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 617 del 22.3.2002;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 2218 del 9.8.2002;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3947 del 30.12.2002;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3357 del 7.11.2003;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 270 del 6.2.2004;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3292 del 22.10.2004;
VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3535 del 11.12.2004.

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 2005 per quanto attiene l'assistenza specialistica ambulatoriale degli erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati;
2. di disporre che l'incremento del 4% e di un ulteriore 4% del budget di ciascun erogatore privato preaccreditato di cui al punto c) della premessa, indipendentemente dalla data di entrata in vigore dell'incremento tariffario previsto, avrà comunque decorrenza a partire dal 1° gennaio 2005;
3. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ad adottare i relativi provvedimenti applicativi entro il 15 marzo 2005, e conseguentemente a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
4. di stabilire che il budget numerico, riconosciuto negli anni passati agli erogatori privati preaccreditati per la branca di Radiologia ed autorizzati all'installazione delle apparecchiature di Risonanza Magnetica Nucleare Total Body, venga assorbito, a partire dall'anno 2005, dal budget della branca di Radiologia, secondo le modalità riportate in premessa;
5. di mantenere il meccanismo della regressione tariffaria, rimodulato rispetto all'anno passato nelle percentuali di abbattimento tariffario delle tre fasce, ma con gli stessi intervalli di applicazione, come in premessa esplicitato;
6. di approvare i meccanismi di assestamento dei budget, descritti in premessa, impegnando i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. a comunicare entro il 31 luglio 2005 i provvedimenti applicativi all'amministrazione regionale, dando atto che la stessa si riserva di effettuare un controllo complessivo del procedimento, al fine di verificarne la regolarità e la compatibilità con il sistema di finanziamento;
7. di impegnare i Direttori Generali a vigilare affinché venga rispettata, da parte degli erogatori privati preaccreditati, la continuità dell'erogazione di prestazioni nell'arco dell'intero anno, evitando interruzioni nell'erogazione dei servizi o di alcune tipologie di prestazioni;
8. di impegnare altresì i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. a sviluppare, secondo quanto in premessa esplicitato, 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 e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico _ terapeutici. I provvedimenti delle Aziende U.L.S.S. con i quali si definiscono tali accordi dovranno essere comunicati alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari;
9. 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 stabilito dalla futura programmazione, contestualmente a quelle che saranno le risorse disponibili;
10. di disporre che ove la Giunta Regionale non dovesse approvare entro il 31.12.2005 il meccanismo di budget per il 2006, in via provvisoria e fino alla determinazione dello stesso rimane confermato il budget assegnato a ciascun erogatore nell'anno 2005 secondo le modalità descritte in premessa;
11. di prendere atto delle disposizioni e dei principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nei punti precedenti

del dispositivo, e di fare salvi i principi e le disposizioni di cui alle precedenti deliberazioni di pari contenuto, che non risultano in contrasto con il presente provvedimento.