

Materia: Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1180 del 25 giugno 2012

Mobilità sanitaria interregionale – Accordo quadro tra la Regione Emilia Romagna e la Regione del Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale e somministrazione diretta di farmaci. Anno 2012

Note per la trasparenza:

La presente deliberazione definisce aspetti applicativi derivanti dall'accordo quadro tra la Regione Emilia Romagna e la Regione del Veneto per gli scambi di prestazioni sanitarie rivolte ai rispettivi cittadini residenti, per l'anno 2012

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

L'art. 8 sexies, comma 8, del D. Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.s. m.m. i.i. prevede, per quanto concerne la mobilità sanitaria interregionale, che 'le Regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale'.

Gli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome hanno più volte affermato la necessità che i contermini stipulino accordi bilaterali specifici in tema di mobilità sanitaria. Infatti, già nella seduta del 4 dicembre 2003 della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, è stato approvato il 'Protocollo per gli accordi interregionali per la gestione della mobilità sanitaria nelle aree di confine', al fine di individuare i principi ed i criteri generali sulla base dei quali le regioni confinanti possono formalizzare accordi per disciplinare la mobilità sanitaria e pervenire ad un più razionale utilizzo delle strutture, nonché ad un più efficiente impiego delle risorse.

Il Patto per la Salute 2010–2012 – Intesa Stato–Regione e province Autonome del 03/12/2009 rep. atti n° 243 – all'articolo 19 sulla Mobilità Interregionale prevede che: per il conseguimento del livello di appropriatezza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano, entro tre mesi dall'approvazione della presente Intesa, adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra contermini per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
- d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema, attraverso la definizione di tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda.

Sulla base di tali premesse le Regioni del Veneto e dell'Emilia Romagna, tenuto conto dei criteri generali per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale sull'assistenza erogata ai cittadini in regioni diverse da quelle di residenza – previsti dalle circolari del Ministero della Salute n. 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, n. 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997 e successive modifiche – e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, hanno stipulato un accordo, deliberato dalla Regione Veneto con DGR n. 2908 del 18 settembre 2007, per il triennio 2007–2009 e rinnovato con DGR n. 3582 del 24 novembre 2009, per il triennio 2010–2012.

Oggetto dell'accordo, di cui alla precitata DGR n. 2908/2007, erano le prestazioni sanitarie erogate, in regime di mobilità sanitaria interregionale, dai soggetti pubblici e privati accreditati limitatamente al ricovero ospedaliero (ricoveri ordinari e day hospital) ed alla specialistica ambulatoriale. Il tetto economico stabilito per la reciproca mobilità passiva, nel periodo di validità dell'Accordo, consiste nel dato economico consolidato nell'anno di competenza 2006, per le rispettive due tipologie di prestazioni.

Al fine di mantenere costante il monitoraggio dell'andamento dell'attività sanitaria erogata, le parti hanno attivato uno scambio trimestrale di dati, secondo il tracciato definito dal Testo unico sulla mobilità interregionale, comprensivo dell'importo, con alcune integrazioni per la specialistica ambulatoriale relative alla data di prenotazione, alla modalità d'accesso (urgente/non urgente) ed all'identificazione del medico prescrittore.

Si ricorda che, come definito nell'accordo, 'I tetti (finanziari) sono specifici per livello assistenziale e possono essere ammessi trasferimenti di importi economici da un livello all'altro solo in relazione a spostamenti di attività, da ricovero ospedaliero ad attività ambulatoriale, a partire da indicazioni regionali'

Con DGR n. 3582 del 24 novembre 2009 l'accordo è stato rinnovato per gli anni 2010–2012, prendendo in considerazione le prestazioni sanitarie erogate, in regime di mobilità sanitaria interregionale, dai soggetti pubblici e privati accreditati e specificatamente le prestazioni di ricovero ospedaliero (ricoveri ordinari e day hospital) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonché l'erogazione di farmaci in regime di somministrazione diretta. Con riferimento a quest'ultima attività, le parti hanno concordato che l'inserimento della stessa ha valore di garanzia e vigilanza.

Con DGR n. 2362 del 29 dicembre 2011 sono stati definiti gli aspetti applicativi per il triennio 2007–2009 ed il biennio 2010–2011.

Con DGR n. 2213 del 20 dicembre 2011 sono state determinate le modalità di remunerazione dei ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti nel Veneto a far data dal 01/01/2012; tale delibera prevede, tra l'altro, che in caso di accordi tra la Regione Veneto e le Regioni confinanti, di cui all'art. 8 sexies comma 8 del D. Lgs. n. 502/1992 ed all'articolo 19 del 'Nuovo patto della salute per gli anni 2010–2012' approvato dalla Conferenza permanente Stato–Regioni con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, si applichino le disposizioni dettate dagli accordi medesimi.

Infine per l'anno 2012, con DGR n. 3582/2009 è stato stabilito di applicare, per singolo anno, quale tetto economico del flusso A dei ricoveri e del flusso C della specialistica, quello rappresentato dal dato dell'accordo consolidato nell'anno 2008 che, secondo la succitata DGR n. 2908/2007, si basa sull'attività erogata consolidata nell'anno 2006.

Considerati, altresì, i diversi fattori che possono influire sulla programmazione sanitaria regionale quali, ad esempio, l'entità del Fondo Sanitario Nazionale e/o il tasso di inflazione annuale, oltre ad eventuali modifiche dei tariffari nazionali e regionali di riferimento intervenuti, si propone di fissare il tetto finanziario dell'attività di ricovero come indicato nell'**Allegato A** al presente provvedimento e nell'**Allegato B** (al lordo del ticket) per l'attività di specialistica ambulatoriale.

I tetti sopraindicati devono ritenersi provvisori e modificabili con riferimento alle decisioni assunte dalle strutture regionali competenti in relazione al completamento dell'iter di approvazione, da parte della Conferenza dei Presidenti, della tariffa unica convenzionale (TUC) per gli addebiti dell'anno 2012 della mobilità Sanitaria Interregionale.

Di applicare una franchigia di euro 25.000,00, entro la quale non sono irrogate penalizzazioni, a tutte quelle strutture caratterizzate da un'erogazione di prestazioni non significativa verso la Regione Emilia Romagna che si trovino ad affrontare il verificarsi, all'interno delle stesse, di situazioni non programmate o programmabili che possano comportare l'immediato superamento del tetto di spesa predeterminato, la cui sussistenza deve essere valutata dall'Azienda ULSS competente per territorio. Si specifica ulteriormente che eventuali risparmi rispetto al tetto di spesa per ciascun livello assistenziale non concorrono al calcolo ai fini dell'applicazione della franchigia, e che la stessa non concorre all'innalzamento dei tetti predeterminati.

Tale franchigia risulta, pertanto, applicabile quando la somma dell'importo del tetto delle prestazioni di ricovero ospedaliero e del tetto di specialistica ambulatoriale è inferiore a euro 55.000,00.

Tale franchigia è da applicarsi anche a quelle strutture private accreditate che non hanno eseguito finora attività a favore di residenti in Emilia Romagna e, per i quali, pertanto, non è possibile, con il presente atto, determinare il tetto di riferimento.

Spetta all'Azienda ULSS competente per territorio la verifica della sussistenza di tali situazioni e conseguentemente, procedere o meno all'applicazione di detta franchigia; si specifica ulteriormente che eventuali risparmi rispetto al tetto di spesa per ciascun livello assistenziale non concorrono al calcolo ai fini dell'applicazione della franchigia, e che la stessa non concorre all'innalzamento dei tetti predeterminati.

Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività tra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si fa riferimento alle modalità adottate nella DGR n. 832 del 15 maggio 2012.

Al fine del calcolo degli indicatori previsti dall'accordo e delle eventuali correlate penalità derivanti dal superamento degli stessi da parte di ogni singolo erogatore, si conferma quanto riportato nella circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007 della Direzione Servizi Sanitari ora Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

Il relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

La Giunta regionale

- UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° 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 vigente legislazione regionale e statale;
- Visto l'art. 19 del Patto per la Salute 2010–2012 – Intesa Stato–Regione e province Autonome del 03/12/2009 rep. atti n° 243;
- Visto il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8 sexies comma 8;
- Visto il Patto per la Salute 2010–2012 – Intesa S.R. e pr. AA. del 03/12/2009 reparto atti n° 243;
- Vista la DGR 18 settembre 2007, n. 2908;
- Vista la DGR 24 novembre 2009, n. 3582;
- Vista la DGR 15 marzo 2011, n. 312;
- Vista la DGR 20 dicembre 2011, n. 2213;
- Vista la DGR 29 dicembre 2011, n.2362;
- Vista la Circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007 della Direzione Servizi Sanitari ora Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

delibera

1. di applicare per l'anno 2012 il tetto previsto nell'**Allegato A** per i ricoveri e nell'**Allegato B** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per le strutture caratterizzate da una erogazione di prestazioni significativa per i residenti della Regione Emilia Romagna.
2. di applicare una franchigia di euro 25.000,00, entro la quale non sono irrogate penalizzazioni, a tutte quelle strutture caratterizzate da un'erogazione di prestazioni non significativa verso la Regione Emilia Romagna che si trovino ad affrontare il verificarsi, all'interno delle stesse, di situazioni non programmate o programmabili che possano comportare l'immediato superamento del tetto di spesa predeterminato, la cui sussistenza deve essere valutata dall'Azienda ULSS competente per territorio. Si specifica ulteriormente che eventuali risparmi rispetto al tetto di spesa per ciascun livello assistenziale non concorrono al calcolo ai fini dell'applicazione della franchigia, e che la stessa non concorre all'innalzamento dei tetti predeterminati.
3. di ritenere tale franchigia applicabile quando la somma dell'importo del tetto delle prestazioni di ricovero ospedaliero e del tetto di specialistica ambulatoriale sia inferiore a euro 55.000,00 e di stabilire che, per l'anno 2012, per tutte le altre strutture il tetto è quello risultante dal valore economico dell'attività erogata consolidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN) e alle stesse è applicabile una franchigia di euro 25.000 euro entro la quale è possibile non irrogare penalizzazioni, in quanto, all'interno delle stesse, possono verificarsi situazioni, non programmate o programmabili, comportanti l'immediato superamento del tetto di spesa predeterminato.
4. di ritenere tali tetti provvisori e modificabili con riferimento alle decisioni assunte dalle strutture regionali competenti in relazione al completamento dell'iter di approvazione, da parte della Conferenza dei Presidenti, della tariffa unica convenzionale (TUC) per gli addebiti dell'anno 2012 della mobilità Sanitaria Interregionale.
5. di stabilire che, per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività tra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, per tutte le strutture, si fa riferimento alle modalità adottate nella DGR n. 832 del 15/05/2012 della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

6. di confermare quanto riportato nella circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007 della Direzione Servizi Sanitari ora Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria al fine del calcolo degli indicatori previsti dall'accordo e delle eventuali correlate penalità derivanti dal superamento degli stessi da parte di ogni singolo erogatore.
7. di incaricare le Aziende ULSS competenti per territorio della verifica della sussistenza delle situazioni di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6 e conseguentemente di procedere o meno all'applicazione di detta franchigia;
8. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
9. di incaricare la Direzione Controlli e Governo dell'esecuzione del presente atto;
10. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
11. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione;