



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
9^a legislatura

Struttura amministrativa competente:
UP Programmazione Risorse Finanziarie
SSR

Presidente
Vicepresidente
Assessori

Luca	Zaia	P	A
Marino	Zorzato		
Renato	Chisso		
Roberto	Ciambetti		
Luca	Coletto		
Maurizio	Conte		
Maria Luisa	Coppola		
Elena	Donazzan		
Marino	Finozzi		
Massimo	Giorgetti		
Franco	Manzato		
Remo	Sernagiotto		
Daniele	Stival		

Segretario

Mario

Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2362 del 29 DIC. 2011

OGGETTO: Mobilità sanitaria interregionale - Accordo quadro fra la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale e somministrazione diretta di farmaci. Indicazioni e tetti accordi triennio anni 2007-2009 e anni 2010 e 2011.

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.

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:

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;

Mod. B - copia

- 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 con provvedimento 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 DRG 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 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"

Al fine del calcolo dei tetti, degli indicatori previsti dall'accordo e delle eventuali correlate penalità derivanti dal superamento degli stessi da parte di ogni singolo erogatore, per il triennio 2007-2009, si conferma quanto riportato nella circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007.

Con DGR n. 3582 del 24 novembre 2009 l'accordo è stato rinnovato per gli anni 2010-2011, 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.

Atteso che, con riferimento agli anni 2010 e 2011, la DGR n. 3582/2009 stabilisce, quindi, quale tetto economico del flusso A dei ricoveri e del flusso C della specialistica, per ogni singolo anno, quello rappresentato dal dato dell'accordo consolidato anno 2008 il quale, secondo la succitata DGR n. 2908/2007, si basa sull'attività erogata consolidata dell'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 definisce che il metodo per il calcolo dell'accordo e delle relative penalizzazioni, debba seguire le seguenti indicazioni:

- ANNO 2010 = Valore economico dell'attività erogata consolidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN). Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività fra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si procede facendo riferimento al punto n.4 della circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, integrando l'elenco dei drg in essa riportato (6, 39 e 116) con i drg per i quali è già stata data la possibilità di erogare le prestazioni anche in regime ambulatoriale (162, 410 e 492).

- ANNO 2011 = Valore economico dell'attività erogata consolidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN). Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività fra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si procede facendo riferimento al punto n.4 della circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, integrando l'elenco dei drg in essa riportato (6, 39 e 116) con i drg per i quali è già stata data la possibilità di erogare le prestazioni anche in regime ambulatoriale (162, 410 e 492).

Riguardo le strutture per le quali l'attivazione è avvenuta in corso d'anno, per il calcolo del tetto viene preso a riferimento il primo anno successivo all'anno di attivazione.

Si ritiene di applicare una franchigia di euro 25.000,00, entro la quale è possibile non irrogare penalizzazioni, a tutte quelle strutture caratterizzate da un'erogazione di prestazioni non significativa verso la Regione Emilia Romagna, in quanto, all'interno delle stesse, possono verificarsi situazioni, non programmate o programmabili, comportanti l'immediato superamento del tetto di spesa predeterminato.

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 (valore sopra il quale viene svolto il 97,5% dell'attività per la Regione Emilia Romagna). 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 concerne l'anno 2012, un apposito provvedimento definirà le nuove modalità di applicazione dell'accordo con la Regione Emilia Romagna, anche a seguito dell'adozione dei nuovi tariffari di riferimento per le prestazioni sanitarie della Regione del Veneto.

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'articolo 33, II comma dello Statuto, il quale da 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 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;

DELIBERA

1. di confermare quanto riportato nella circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, al fine del calcolo dei tetti e degli indicatori previsti dall'accordo per il triennio 2007-2009, per l'applicazione delle penalità per superamento del tetto da parte del singolo erogatore;

2. di stabilire, per il biennio 2010 e 2011, i tetti di attività di riferimento, al fine dell'applicazione delle penalità:
 - ANNO 2010 = Valore economico dell'attività erogata consolidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN); Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività fra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si procede facendo riferimento al punto n.4 della circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, integrando l'elenco dei drg in essa riportato (6, 39 e 116) con i drg per i quali è già stata data la possibilità di erogare le prestazioni anche in regime ambulatoriale (162, 410 e 492).
 - ANNO 2011 = Valore economico dell'attività erogata consolidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN); Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività fra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si procede facendo riferimento al punto n.4 della circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, integrando l'elenco dei drg in essa riportato (6, 39 e 116) con i drg per i quali è già stata data la possibilità di erogare le prestazioni anche in regime ambulatoriale (162, 410 e 492).
3. di applicare una franchigia di euro 25.000,00, entro la quale è possibile non irrogare penalizzazioni, a tutte quelle strutture caratterizzate da un'erogazione di prestazioni non significativa verso la Regione Emilia Romagna, 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 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 (valore sopra il quale viene svolto il 97,5% dell'attività per la Regione Emilia Romagna).
5. di incaricare le Aziende ULSS competenti per territorio della verifica della sussistenza delle situazioni di cui al precedente punto 3, e conseguentemente di procedere o meno all'applicazione di detta franchigia;
6. di incaricare l'U.P. Programmazione Risorse Finanziarie SSR dell'esecuzione del presente atto, sentito il parere della U.C. Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata;
7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
8. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione;

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi

IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia