

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE n. 69 del 17 Gennaio 2006

Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione del budget degli erogatori privati preaccreditati per l'anno 2006.

Il Relatore, Flavio Tosi, Assessore alle Politiche Sanitarie, 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 ospedaliera e a definire l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

Il quadro finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'amministrazione regionale per l'anno 2006 è caratterizzato:

- dalle regole contenute nell'Intesa Stato Regioni rep. 2271 del 23.3.2005 che subordinano l'accesso delle Regioni ai maggiori finanziamenti a carico dello Stato a specifici adempimenti e al rispetto di determinati vincoli, primo tra tutti quello di garantire, in sede di programmazione regionale, l'equilibrio economico finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso;
- dalle previsioni contenute nella legge nazionale di accompagnamento alla manovra finanziaria per l'anno 2006, con la quale dispone che il trasferimento di risorse da parte dello Stato alle Regioni sia di importo pari a quello dell'anno 2005, maggiorato di un 1% circa;
- dall'insufficienza delle succitate risorse a coprire il fabbisogno di assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale nel territorio veneto.

Il rispetto delle suddette regole comporta che, anche per l'anno 2006, la spesa per l'assistenza ospedaliera 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, la ripartizione dei fondi del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006 tra le Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere venete, e conseguentemente l'individuazione, anche per l'assistenza ospedaliera, del livello di finanziamento da assegnare a ciascuna azienda sanitaria, costituirà 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 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 2006, ma di applicare il meccanismo dell'anno 2005, pur con alcuni significativi aggiustamenti percentuali giustificati dalla necessità di effettuare un rigoroso controllo delle dinamiche di spesa.

A tale fine si rende necessario prendere a riferimento, quale base per la determinazione del sistema di finanziamento, l'attività erogata da ciascun erogatore privato preaccreditato nell'anno 2004, della quale, attualmente, si conosce l'esatto ammontare.

Pertanto, per ciascun soggetto privato preaccreditato viene fissato, quale budget per l'anno 2006, un volume complessivo di ricoveri per acuti, ordinari e diurni, pari al 100 per cento di quelli effettuati nel 2004 nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Veneto. Dalla determinazione di tale tetto devono considerarsi esclusi i ricoveri effettuati nei reparti di riabilitazione/lungodegenza (codici 56 e 60), psichiatria (codice 40), unità spinale (codice 28) e neuroriabilitazione (codice 75), nonché quelli effettuati nei confronti dei pazienti residenti al di fuori della Regione Veneto.

Per quanto riguarda questi ultimi, tuttavia, i volumi di attività e i corrispondenti importi finanziari potranno essere rideterminati sulla base di quanto verrà definito in materia dai previsti futuri accordi interregionali, che si andranno a perfezionare nel corso dell'anno.

Il superamento della quantità di ricoveri per acuti, ordinari e diurni predefiniti, per i pazienti residenti nella Regione Veneto, comporta una regressione tariffaria come di seguito specificato:

- 1) fino al 4 per cento del tetto prefissato - nessuna regressione tariffaria;

2) dal 4 al 6 per cento del tetto prefissato – regressione tariffaria del 25 per cento, calcolata sull'importo ottenuto dalla moltiplicazione del valore medio annuo dei ricoveri per acuti per il numero di prestazioni eccedenti;

3) oltre il 6 per cento del tetto prefissato – regressione tariffaria pari all'80 per cento, calcolata sull'importo ottenuto dalla moltiplicazione del valore medio annuo dei ricoveri per acuti per il numero di prestazioni eccedenti.

A ciascun erogatore privato preaccreditato viene inoltre riconosciuto un incremento finanziario pari al 2 per cento calcolato sull'importo complessivo effettivamente liquidato a consuntivo per la competenza dell'anno 2004 per la remunerazione dei ricoveri effettuati a favore di cittadini residenti nella Regione Veneto e dei cittadini non residenti nella Regione Veneto, incrementati dell'aumento delle tariffe del 5% previsto dalla D.G.R. n. 62 del 21.1.2005, e sul finanziamento a funzione dell'anno 2005, con esclusione della quota corrispondente all'incremento finanziario del 3 per cento previsto dalla D.G.R. n. 4301 del 29.12.2004.

Tale incremento finanziario rappresenta un riconoscimento dell'aumento degli oneri di produzione, rapportato al tasso di inflazione programmata, e non è pertanto da ritenersi acquisito per gli anni successivi.

L'importo complessivo derivante dall'applicazione dell'incremento finanziario di cui sopra 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. Inoltre, in applicazione della DGRV n. 1918 del 19.7.2005, a far data dal 1 gennaio 2006, è prevista l'adozione e l'utilizzo, presso tutte le Aziende Sanitarie pubbliche e private preaccreditate del Veneto, della versione italiana 2002 della classificazione International Classification of Diseases 9th revision – Clinical Modification (ICD9CM) e della 19° versione del sistema di classificazione Diagnosis Related Group e pertanto si rende necessario determinare le tariffe per i nuovi DRG che si formano con la 19° versione.

Alla luce delle richieste di aumento tariffario avanzate dalle Associazioni di categoria, motivate dall'aumento del costo dei fattori produttivi, e anche sulla base dei risultati della analisi dei costi della realtà veneta effettuata in accordo alla D.G.R. n. 3537 del 12 novembre 2004, si ritiene di riconoscere fin d'ora un incremento medio del 3% delle tariffe DRG specifiche attualmente in vigore.

Quest'ultimo incremento, già introdotto dalla D.G.R. n. 4300 del 29.12.2004, poi congelato dalla D.G.R. n. 62 del 21.1.2005, trova giustificazione nella non più adeguata valorizzazione, nella realtà veneta, dei costi di produzione delle prestazioni in rapporto alla qualità delle stesse. Pertanto, con il presente provvedimento e con il separato provvedimento relativo all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, si ritengono assunte tutte le determinazioni in merito all'adeguamento tariffario relativo all'incremento dei costi di produzione pregressi, e in particolare quanto previsto dalla D.G.R. n. 4300 del 29.12.2004, dalla D.G.R. n. 62 del 21.1.2005 e come peraltro indicato al punto 6 del parere n. 46 della V° Commissione Consiliare alla Giunta di cui alla nota prot. gen 13974 del 6.10.2005.

Si rinvia pertanto ad un successivo provvedimento il riconoscimento dell'incremento delle tariffe DRG specifiche a tutt'oggi in vigore, nei limiti della Tariffa Unica Convenzionale prevista per l'anno 2006.

Allo scopo di garantire comunque la continuità assistenziale, è necessario che ciascun erogatore effettui una adeguata programmazione della propria offerta di servizi da erogare per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale. A tale fine i Direttori Generali sono chiamati a notificare a ciascun erogatore del proprio territorio, non appena ne avranno disposizione, il testo del presente provvedimento, secondo le indicazioni che verranno impartite con la nota regionale applicativa dello stesso;

I Direttori Generali dovranno inoltre verificare che gli erogatori del proprio territorio non realizzino né dilazioni nei tempi di attesa programmati né interruzioni nell'erogazione dei servizi o di alcune tipologie di ricovero.

Inoltre, fermo restando quanto previsto dalla DGRV n. 4090 del 30.12.2003 in tema di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dai soggetti privati preaccreditati, i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. sono tenuti ad un rigoroso controllo della attività di ricovero delle strutture private preaccreditate al fine di garantire il mantenimento del

“case mix” dei ricoveri ospedalieri ed evitare modifiche sostanziali dello stesso non supportate da valide ragioni cliniche ed epidemiologiche. Qualora si verificassero ingiustificate modificazioni, l'attività verrà remunerata coerentemente con il “case mix atteso”.

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 anche per l'anno 2007, con le stesse modalità previste dalla D.G.R. n. 4301 del 29 dicembre 2004, il meccanismo del “budget provvisorio” qualora la Giunta Regionale non approvasse, entro il 31.12.2006, la delibera per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2007.

Il sistema di remunerazione definito dal presente provvedimento non è da ritenersi acquisito per gli anni successivi, e potrà quindi essere ridefinito sulla base di quanto verrà stabilito dalla futura programmazione, compatibilmente con le risorse che saranno disponibili.

In considerazione comunque della complessa situazione finanziaria a carico del bilancio regionale per l'anno 2006, dovuta all'inadeguatezza delle risorse stanziata a livello nazionale a coprire il fabbisogno di assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale nel proprio territorio, l'Amministrazione regionale si riserva, anche nel corso dell'anno 2006, di riconsiderarne la determinazione, qualora ciò si rendesse assolutamente necessario per soddisfare alle prescrizioni contenute nell'Intesa Stato Regioni n. rep. 2271 del 23.3.2005.

Sul contenuto del presente provvedimento, che rappresenta dunque il budget degli erogatori privati preaccreditati per l'anno 2006, sono state sentite, previa consultazione avvenuta in successivi incontri, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati preaccreditati.

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

la Giunta regionale

Udito il Relatore, 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 e sue successive modificazioni ed integrazioni;
Visto il Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla Legge 16 novembre 2001 n. 405;

Visto l'Accordo Stato-Regioni del 23.3.2005;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 4090 del 30.12.2003;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 3537 del 12 novembre 2004

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 4301 del 29.12.2004;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 62 del 21.1.2005;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 1918 del 19.7.2005.

Visto il punto 6 del parere n. 46/2005 della V° Commissione Consiliare alla Giunta.

delibera

1. di approvare, sulla base delle motivazioni in premessa esplicitate, le modalità di determinazione del budget delle prestazioni di ricovero ospedaliero e dell'incremento finanziario, valevoli per l'anno 2006 per gli erogatori privati preaccreditati;
2. di approvare un incremento medio del 3% delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera a tutt'oggi in vigore, rinviando a successivo provvedimento l'adozione del nuovo tariffario, nei limiti della Tariffa Unica Convenzionale prevista per l'anno 2006;
3. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ad adottare i relativi provvedimenti applicativi entro il 15.3.2006, e conseguentemente a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
4. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. di notificare a ciascun erogatore privato del proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento, secondo le indicazioni di cui alla nota regionale applicativa dello stesso;
5. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ad esercitare un rigoroso controllo della attività di ricovero delle strutture private preaccreditate al fine di garantire il mantenimento del case

mix dei ricoveri ospedalieri ed evitare modifiche sostanziali dello stesso non supportate da valide ragioni cliniche ed epidemiologiche. Qualora si verificassero ingiustificate modificazioni, l'attività verrà remunerata coerentemente con il "case mix atteso".

6. di disporre che il sistema di remunerazione definito dal presente provvedimento non è da ritenersi acquisito per gli anni successivi, e potrà quindi essere ridefinito sulla base di quanto verrà stabilito dalla futura programmazione, compatibilmente con le risorse che saranno disponibili. In considerazione comunque della complessa situazione finanziaria a carico del bilancio regionale per l'anno 2006, dovuta all'inadeguatezza delle risorse stanziata a livello nazionale a coprire il fabbisogno di assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale nel proprio territorio, l'Amministrazione regionale si riserva, anche nel corso dell'anno 2006, di riconsiderarne la determinazione, qualora ciò si rendesse assolutamente necessario per soddisfare alle prescrizioni contenute nell'Intesa Stato Regioni n. rep. 2271 del 23.3.2005;

7. di richiamare le disposizioni di cui alla D.G.R. n. 4301 del 29 dicembre 2004, relative al meccanismo del "budget provvisorio" da applicarsi qualora la Giunta Regionale non approvasse, entro il 31.12.2006, la delibera per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il 2007;

8. di ritenere assunte, con il presente provvedimento e con il separato provvedimento relativo all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al punto 2, tutte le determinazioni in merito all'adeguamento tariffario relativo all'incremento dei costi di produzione pregressi, e in particolare quanto previsto dalla D.G.R. n. 4300 del 29.12.2004, dalla D.G.R. n. 62 del 21.1.2005 e come peraltro indicato al punto 6 del parere n. 46 della V° Commissione Consiliare alla Giunta di cui alla nota prot. gen 13974 del 6.10.2005;

9. di prendere atto delle disposizioni e dei principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nei punti precedenti del dispositivo.