



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
9^a legislatura

Struttura amministrativa competente:
Direzione Attuazione e Programmazione
Sanitaria

			P	A
Presidente	Luca	Zaia		X
Vicepresidente	Marino	Zorzato	X	
Assessori	Renato	Chisso	X	
	Roberto	Ciambetti	X	
	Luca	Coletto	X	
	Maurizio	Conte	X	
	Marialuisa	Coppola	X	
	Elena	Donazzan		X
	Marino	Finozzi	X	
	Massimo	Giorgetti	X	
	Franco	Manzato		X
	Remo	Sernagiotto		X
Daniele	Stival	X		

Segretario Mario Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 442 del 10 APR. 2013

OGGETTO: Recepimento del DM 18 ottobre 2012 di “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale” del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze e aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale dell’assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 859 del 21.6.2011.

NOTE PER LA TRASPARENZA: Si recepisce il DM 18 ottobre 2012 e si rinvia ad un successivo provvedimento l’approvazione degli Allegati A e B del Nomenclatore Tariffario Regionale dell’assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 859 del 21.6.2011 e successive modifiche ed integrazioni e si aggiorna il Nomenclatore Tariffario Regionale dell’assistenza specialistica ambulatoriale.

L’Assessore Luca Coletto con il concerto del Vice Presidente Marino Zorzato riferisce quanto segue:

Il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze con il DM 18 ottobre 2012, pubblicato nella G.U. 28 gennaio 2013 n. 23, in applicazione dell’art. 15, commi 15, 16, 17 e 18, del Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito, con modificazioni, in Legge 7 agosto 2012, n. 135, ha provveduto a determinare le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale valide dalla data di entrata in vigore dello stesso e fino alla data del 31 dicembre 2014.

Il Decreto succitato individua, anche, i criteri generali in base ai quali le Regioni, sono tenute ad adottare il proprio sistema tariffario, nel principio di appropriatezza e di efficienza.

Considerato inoltre che con il predetto decreto sono state determinate le tariffe massime che le regioni possono corrispondere alle strutture accreditate e che, ai sensi dell’art. 15, comma 16 del Decreto Legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, in Legge 7 agosto 2012 n. 135, le medesime, valide dalla data di entrata in vigore del decreto stesso fino alla data del 31 dicembre 2014, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica.

Preso atto che nell’applicazione del decreto, sempre, al fine di garantire l’invarianza di spesa, le regioni devono fare riferimento sia alla rimodulazione del proprio fabbisogno sanitario in funzione del percorso di efficientamento e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, nonché alla determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa.

A tale proposito la Regione Veneto con le deliberazioni n. 310, n. 311 del 15.03.2011 di determinazione dei tetti di spesa 2011, per gli erogatori pubblici e privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e n. 312 del 15.03.2011 per l'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture ospedaliere private accreditate nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, ha disposto la determinazione dei budget entro un ammontare economico predefinito al fine di non superare il limite massimo di spesa sostenibile, abbandonando la logica del tetto dinamico previgente.

Inoltre con le deliberazioni n. 859 del 21.06.2011 e successiva n. 1665 del 18.10.2011 di integrazione per l'inserimento di ulteriori tre prestazioni, ha disposto l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (NTR), fissando le tariffe delle prestazioni di nuova introduzione e apportando modifiche alle sole prestazioni oggetto di revisione.

Tale aggiornamento effettuato, nelle more di una generale revisione dello stesso, conseguente alla più volte annunciata ridefinizione a livello nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001 e dell'emanando nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale, ha consentito e consente un maggior controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate ed è funzionale al nuovo sistema di remunerazione tariffaria individuato con le deliberazioni sopra citate. Per di più, sempre con la DGR 859/2011, la Regione ha provveduto ad individuare con maggior precisione ciascuna prestazione, avvalendosi anche dei recenti sviluppi dei sistemi informativi, al fine di determinare quantitativamente e qualitativamente l'effettivo fabbisogno assistenziale.

Con la deliberazione n. 1805 del 8 novembre 2011, e successive modifiche ed integrazioni, si è proceduto all'aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate. Anche per tale aggiornamento, che ha trovato giustificazione nella modifica, intervenuta nel tempo, dei fattori produttivi ed organizzativi, dovuti anche ai diversi indici di inflazione programmata che si sono susseguiti negli anni, si è tenuto conto dell'esigenza di contemperare i principi di tutela della salute e di razionalizzazione della spesa.

Altresì dovendo rispettare gli impegni di stabilizzazione finanziaria di cui all'art. 17 comma 6 della Legge 15.07.2011 n. 111 di conversione del D.L. 06.07.2011 n. 98, la Regione, al fine di raccordare l'imprescindibile tutela del diritto alla salute con l'esigenza di razionalizzare e ridurre la spesa sanitaria, ha con DGR n. 832 del 15.05.2012 determinato, con riferimento alle prestazioni da erogare a favore dei cittadini veneti, i tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati per l'anno 2012.

Infine con deliberazione n. 2621 del 18.12.2012, avente ad oggetto "Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti", la Giunta Regionale ha approvato, tra l'altro, sia per quanto attiene l'assistenza ambulatoriale che ospedaliera, alcune disposizioni relative agli erogatori privati accreditati per gli anni 2013 e 2014. In particolare per gli erogatori ospedalieri privati accreditati ha disposto che i budget per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica, assegnati agli stessi erogatori nell'anno 2012 con la DGR n. 832/2012, siano confermati per gli anni 2013 e 2014 e per gli erogatori privati accreditati che erogano attività specialistica esclusivamente ambulatoriale, ha definito i tetti di spesa delle Aziende ULSS per l'attribuzione dei budget ai propri erogatori per il biennio 2013/2014.

Pertanto, con i provvedimenti sopraccitati posti in essere anche per rispettare gli obblighi assunti con il nuovo Patto della Salute per gli anni 2010/2012, la Regione Veneto risulta essere già in linea con il dettato del D.M. 18 ottobre 2012, fermo restando la necessità di procedere in sede di programmazione, alla classificazione degli erogatori, anche ai fini della remunerazione delle relative prestazioni, secondo le loro caratteristiche organizzative di attività verificate in sede di accreditamento (art. 8 *sexies*, comma 5, D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502).

Tutto ciò premesso, si propone di recepire il D.M. 18 ottobre 2012 di "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di

assistenza specialistica ambulatoriale” del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze.

Parimenti, alla luce dei provvedimenti sopra richiamati, oggetto anche da parte della Regione Veneto di accordi con gli erogatori privati accreditati nell’ambito della pianificazione finanziaria posta in essere, essendo la Regione tenuta nell’esercizio della propria potestà programmatica, a bilanciare interessi diversi, si propone di confermare, per l’anno 2013, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera effettuate dagli erogatori pubblici e privati accreditati a residenti veneti, le tariffe venete vigenti di cui alla DGR n. 1805/2012 e successive modifiche ed integrazioni.

Per quanto attiene l’assistenza specialistica ambulatoriale, l’aggiornamento tariffario delle prestazioni, di cui all’*allegato 3* del D.M. di cui trattasi, assorbe il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato (art.1, comma 796, lettera o) della Legge 27.12.2006 n. 296), garantendo, a livello complessivo nazionale, l’invarianza di impatto finanziario.

Preso atto altresì che sempre l’art. 15, del decreto-legge n. 95 del 2012, al comma 17 prevede che gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restino a carico dei bilanci regionali e che tale disposizione s’intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti abbia controllato il rispetto dell’equilibrio economico finanziario del settore sanitario.

Pertanto alla luce di quanto sopra esposto, si propone l’aggiornamento delle tariffe del vigente NTR di cui alla DGR 859/2011 e successive modifiche ed integrazioni, utilizzate per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate dagli erogatori pubblici e privati accreditati. Tale aggiornamento implica il ridimensionamento delle stesse da attuarsi sulla colonna denominata “*tariffa ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori*” mediante l’applicazione di una percentuale in riduzione pari al:

- 20% per le prestazioni della branca specialistica di laboratorio
- 2% per le prestazioni elencate in tutte le altre branche del NTR

Si specifica che tale aggiornamento non riguarda la tariffazione delle visite, la cui valorizzazione era già stata oggetto di revisione con la DGR n. 859/2011.

Si ritiene altresì opportuno, per omogeneità con il nuovo Tariffario Nazionale, utilizzare, per tutte le prestazioni elencate nel NTR, un’unica tariffa, al fine sia di semplificare le procedure che di uniformare il più possibile le modalità di applicazione del NTR a quelle previste nelle altre Regioni.

Tale intervento di rimodulazione della programmazione regionale trova ragionevole giustificazione nella necessità di contemperare la tutela del diritto alla salute con l’esigenza di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, oltre che di semplificazione delle procedure.

Fermo restando che, diversamente, nel 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’art. 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 applicano le disposizioni dettate dagli accordi medesimi.

Le disposizioni di cui sopra, in conformità alla vigente normativa, devono comunque ritenersi vincolate al rispetto dell’equilibrio economico finanziario, pertanto qualora si prospetti, in futuro, una situazione di squilibrio la regione è tenuta ad adottare i provvedimenti necessari.

Conseguentemente, al fine di provvedere a quanto sopra descritto, si rende necessario aggiornare gli allegati A e B del NTR di cui alla DGR n. 859/2011 e successive modifiche ed integrazioni. Tale operazione comporta una serie di valutazioni tra cui l’opportunità di integrare e/o precisare la descrizione di prestazioni già esistenti, anche al fine di garantire omogeneità con le prestazioni elencate nell’allegato 3 del D.M. 18 ottobre 2012 e, contestualmente, appare altresì opportuno rettificare i “meri errori materiali” presenti, tra cui

anche quelli richiamati con nota regionale prot. n. 452183 del 30.9.2011 di disposizioni applicative della medesima deliberazione.

Stante la tempistica necessaria per effettuare l'intervento di revisione sopra descritto si propone di dare mandato al Direttore per la Sanità e il Sociale di provvedere con proprio decreto all'emanazione degli Allegati A e B del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, di cui alla DGR n. 859 del 21.6.2011 e successive modifiche ed integrazioni, aggiornati in conformità a quanto disposto dal presente provvedimento.

Si propone altresì, che il Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della Regione Veneto e le relative tariffe di cui agli Allegati A e B, aggiornati con successivo decreto del Direttore Generale per la Sanità e il Sociale, trovino applicazione a decorrere dal 1 giugno 2013, salvo l'impossibilità tecnica di adeguare entro tale data i sistemi informativi tra cui anche l'adeguamento dei sistemi di riscossione automatica.

Si propone, inoltre, di incaricare il Dirigente del Servizio Assistenza Ambulatoriale e il Dirigente dell' U.C. Assistenza ospedaliera pubblica e privata di emanare per le parti di rispettiva competenza, in caso di necessità, nell'ambito dei principi stabiliti dal presente provvedimento, le disposizioni operative di dettaglio.

Il relatore conclude la propria relazione e propone 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 il D.M. 18 ottobre 2012;
Visto il D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni in Legge 7 agosto 2012 n. 135;
Visto il D.L. 6 luglio 2011 n. 98 convertito dalla Legge 15 luglio 2011 n. 111;
Visto il D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni;
Vista la DGR n. 2621 del 18.12.2012;
Vista la DGR n. 832 del 15.05.2012;
Vista la DGR n. 1805 del 8.11.2011;
Vista la DGR n. 1665 del 18.10.2011;
Vista la DGR n. 859 del 21.06.2011;
Vista la DGR n. 310 del 15.03.2011;
Vista la DGR n. 311 del 15.03.2011;
Vista la DGR n. 312 del 15.03.2011;
Vista la DGR n. 311 del 15.03.2011;

DELIBERA

1. di dare atto che le premesse al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante;
2. di recepire il D.M. 18 ottobre 2012 di "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze;
3. di confermare, per l'anno 2013, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli erogatori pubblici e privati accreditati a residenti/assistiti veneti, le tariffe venete vigenti di cui alla DGR n. 1805/2012 e successive modifiche ed integrazioni;

4. di approvare, come in premessa esposto, l'aggiornamento delle tariffe del vigente Nomenclatore Tariffario Regionale di cui alla DGR n. 859/2011, e successive modifiche ed integrazioni, utilizzate per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate dagli erogatori pubblici e privati accreditati;
5. di dare mandato al Direttore Generale per la Sanità e il Sociale di provvedere con proprio decreto all'emanazione degli Allegati A e B del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 859/2011 e successive modifiche e integrazioni, aggiornati in conformità a quanto disposto dal presente provvedimento, con applicazione a decorrere dal 1° giugno 2013, salvo l'impossibilità tecnica di adeguare entro tale data i sistemi informativi tra cui anche l'adeguamento dei sistemi di riscossione automatica;
6. di incaricare il Dirigente del Servizio Assistenza Ambulatoriale e il Dirigente dell' U.C. Assistenza ospedaliera pubblica e privata di emanare per le parti di rispettiva competenza, in caso di necessità, nell'ambito dei principi stabiliti dal presente provvedimento, le disposizioni operative di dettaglio;
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 Veneto.

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

IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

p. IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia

IL VICE PRESIDENTE
F.to On. Marino Zorzato



