

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2017, n. 910

D.G.R. n.981 del 6/7/2016 - Modifica ed integrazione - Strutture istituzionalmente accreditate per attività in regime di ricovero (Case di Cura).

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P. e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

- Con deliberazione di Giunta regionale n. 981/2016 in ossequio alle risultanze emerse dal confronto con le Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura, consultate in data 14/3/2016, 30/3/2016 e 6/4/2016, si procedeva a modificare lo schema tipo dell'accordo contrattuale da utilizzarsi, in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009.
- Con la stessa deliberazione n. 981/2016, a modifica della DGR 1494/2009, si introduceva allegato 1) punto 3 – il concetto di valorizzazione del posto letto, che veniva così ritrascritto : *“all’attribuzione dei volumi di attività in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata provvisoriamente o istituzionalmente nel rispetto “dell’algoritmo” per la definizione del “peso medio ponderato” e della “degenza media indicizzata”, così come richiamato nell’allegato B) parte integrante del succitato provvedimento.*
- Al punto 5) del deliberato di cui sopra, si disponeva che la “determinazione dell’indice di valorizzazione del posto letto, nel rispetto dell’algoritmo”, avrebbe trovato la sua applicazione concreta a far tempo dall’esercizio 2017.
- In considerazione di una esplicita richiesta, formulata da una Organizzazione Rappresentativa(O.R.) datoriale, si è reso necessario istituire una commissione tecnica, rappresentativa anche delle altre componenti associative, che valutasse la necessità di introdurre elementi correttivi che consentissero una applicazione equa e corretta dell’algoritmo individuato, finalizzato a migliorare “le performance” delle Case di Cura accreditate, senza pregiudicare la qualità dell’assistenza.
- A conclusione dei lavori della suddetta commissione, come da verbale del 4/4/2017, pur in presenza di posizioni non univoche delle OO.RR. datoriali, è stato stabilito di sottoporre all’approvazione della Giunta regionale, quanto segue:
 - 1) In via preliminare, in quanto procedura propedeutica ai fini della ripartizione delle risorse, si propone una definizione univoca dei criteri di determinazione del fabbisogno a cui le Aziende Sanitarie Locali dovranno attenersi. Di conseguenza “il fabbisogno assistenziale “ deve riguardare tutti i DRG, e quindi i ricoveri, distinti per singola disciplina, erogati in favore dei residenti di ciascuna ASL:
 - a) dai propri Presidi Ospedalieri - in autoconsumo -;
 - b) dai Presidi Ospedalieri delle altre AA.SS.LL. regionali;
 - c) dalle Aziende Ospedaliere Universitarie e dagli IRCCS pubblici della Regione;
 - d) dagli E.E. e dagli IRCCS privati della regione;
 - e) dalle strutture private accreditate;
 - f) in mobilità passiva regionale.
 - 2) Si propone di dare applicazione all’algoritmo per la determinazione dell’indice di “valorizzazione del posto letto” nel rispetto del “peso medio ponderato” e della “degenza media indicizzata”, così come richiamato nell’allegato B) alla DGR 981/2016 dall’anno 2017, secondo le seguenti modalità e tempistiche:
 - a) **Anno 2017:** sottoponendo il 50% del fondo all’applicazione dell’algoritmo ed il restante 50% applicando il criterio del c.d. “posto letto grezzo”;
 - b) **Anno 2018:** sottoponendo il 70% del fondo all’applicazione dell’ algoritmo ed il restante 30%

applicando il criterio del c.d. “posto letto grezzo”;

- c) **Anno 2019** - a regime - il 100% del fondo va sottoposto all'applicazione dell'algoritmo.
- 3) Al fine di non vanificare la “mission regionale”, ossia di rendere, a parità di risorse, più efficienti le strutture erogatrice e quindi una maggiore qualità dell'assistenza, senza penalizzare quelle strutture che hanno introdotto ed adottato un modello organizzativo improntato ad eliminare sprechi in un contesto in cui scarseggiano le risorse, si propone di eliminare dal computo del “Peso medio ponderato dei DRG” (All. B alla DGR 981/2016) - prodotti in ogni singola disciplina:
- i DRG con un valore superiore al 30% del valore soglia della Degenza Media Nazionale DMN.
 - i DRG con un valore inferiore al 50% del valore soglia della Degenza Media Nazionale DMN)
- 4) si propone di introdurre un nuovo parametro riconducibile “all'indice di molteplicità” che tenga conto della diversificazione dell'offerta da parte dell'erogatore all'interno dello stesso comparto e/o disciplina, tanto da superare logiche di tipo opportunistiche finalizzate a privilegiare DRG con maggiore complessità e quindi maggior peso a scapito di prestazioni di media e bassa complessità e quindi di minor peso. Nel computo di tale indice vanno esclusi i ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, in quanto trattasi di peculiarità non comune a tutte le strutture erogatrici. L'indice di molteplicità proposto risponde alla formula di seguito si riportata:

$$\text{L'indice di molteplicità} = \frac{\text{(n. codici DRG disciplina/struttura)}}{\text{(n. codici DRG comparto)}}$$

di conseguenza il posto letto equivalente (PLE) già calcolato con la formula :

$$\text{PLE} = \text{numero posti letto/disciplina/ struttura} \times \text{coefficiente di equivalenza/ disciplina/ struttura}$$

dovrà essere moltiplicato per il coefficiente di molteplicità nel seguente modo :

$$\text{PLE corretto} = \text{numero posti letto/disciplina/struttura} \times \text{coefficiente di equivalenza/disciplina/struttura} \times \text{indice di molteplicità}$$

- 5) si propone che il posto letto UTIC venga calcolato su base regionale e sarà equivalente al costo medio dei costi provinciali così come sono stati stabiliti da ogni singola Azienda nel corso del 2016, Tale valore economico è rilevabile dai relativi provvedimenti con le quali le AA.SS.LL. hanno provveduto a distribuire le risorse nell'anno 2016.
- 6) Si propone di stabilire un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015. che ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € **36.156.337,00** di cui quanto a € **23.558.868,00** per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016) e quanto ad € **12.597.469,00** per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 viene abbattuto del 2% ed equivale a € **12.345.519,62**.
- 7) Stante la non univocità delle posizioni da parte delle OO.RR. datoriali, ed al fine di evitare attribuzioni che siano ancorate ai “cd. tetti storici”, ed in considerazione che è già decorso il primo quadrimestre, si propone di adottare i criteri di ripartizione di seguito riportati, con riferimento alle prestazioni extraregionali secondo i valori economici determinatasi in ogni singola Azienda nel corso dell'anno 2015 (come da schema allegato A) :
- Liquidazione ad ogni singolo erogatore di quanto già prodotto fino al 30/4/2017 e comunque nei

limiti del fondo di ASL, come in precedenza determinato.

- b) Liquidazione della quota parte residua del fondo di ASL a disposizione di tutti gli erogatori insistenti nella ASL di appartenenza, da liquidarsi solo a fine esercizio. A fine esercizio, se la produzione extraregionale dovesse risultare superiore alle disponibilità economiche residue, ogni Struttura subirà una decurtazione commisurata alla percentuale dell'esubero.
A titolo di esempio: disponibilità € 210 ; produzione struttura A = € 120) e produzione struttura B = € 160) ; sommatoria A+B = 280. Esubero = 25 % frazione complementare riveniente dalla proporzione : $(280 : 100 \% = 210 : x = 75 \%)$. Pertanto, la struttura A) riceverà un compenso pari a $120 - \text{il } 25\% = 90$, mentre la struttura B) riceverà un compenso pari a $160 - \text{il } 25\% = 120$. La sommatoria di $90 + 120 = 210$, rappresenta la disponibilità economica residua.
- c) A far tempo dall'anno 2018, il criterio descritto alla lettera b) rappresenterà l'unico criterio da adottarsi ai fini dell'attribuzione del fondo per gli extraregionali.
- d) le AA.SS.LL, con cadenza bimestrale, dovranno monitorare la spesa addebitata per prestazioni extraregionali, con l'obbligo di rendere edotti gli erogatori, a cui dev'essere comunicato la quota del fondo residuo ancora disponibile.

Preso atto che il presente provvedimento riveste carattere di estrema urgenza, al fine di consentire il normale svolgimento delle attività sinallagmatiche fra committenti ed erogatori.

COPERTURA FINANZIARIA L.r. 16/11/2011, n. 28/01 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria, sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. K) della L.R. n.7/1997 :

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dal responsabile A.P. e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

Per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, e preso atto delle risultanze emerse nel confronto con le Organizzazioni rappresentative datoriali delle Case di Cura, consultate in data 4/4/2017 :

- 1) di definire il concetto di "fabbisogno assistenziale" (a cui le AA.SS.LL. dovranno attenersi già dal 1° gennaio 2017) che dovrà riguardare tutti i DRG, e quindi i ricoveri, distinti per singola disciplina, erogati in favore dei residenti di ciascuna ASL:
 - a) dai propri Presidi Ospedalieri - in autoconsumo -;
 - b) dai Presidi Ospedalieri delle altre AA.SS.LL. regionali;
 - c) dalle Aziende Ospedaliere Universitarie e dagli IRCCS pubblici della Regione;
 - d) dagli E.E. e dagli IRCCS privati della regione;
 - e) dalle strutture private accreditate;
 - f) in mobilità passiva regionale.

- 2) di procedere a modificare la DGR 981/2016, con riferimento alla data di attivazione dell'algoritmo, che sarà applicato secondo le seguenti modalità e tempistiche :
- Anno 2017 : sottoponendo il 50% del fondo all'applicazione dell'algoritmo ed il restante 50% applicando il criterio del c.d. "posto letto grezzo";
 - Anno 2018 : sottoponendo il 70% del fondo all'applicazione dell'algoritmo ed il restante 30% applicando il criterio del c.d. "posto letto grezzo";
 - Anno 2019 - a regime - il 100% del fondo va sottoposto all'applicazione dell'algoritmo.
- 3) di eliminare dal computo del "Peso medio ponderato dei DRG" (All. B alla DGR 981/2016) - :
- i DRG - prodotti in ogni singola disciplina - con un valore superiore al 30% del valore soglia della Degenza Media Nazionale DMN, .
 - i DRG - prodotti in ogni singola disciplina - con un valore inferiore al 50% del valore soglia della Degenza Media Nazionale DMN.
- 4) di approvare il nuovo parametro riconducibile "all'indice di molteplicità" che tiene conto della diversificazione dell'offerta da parte dell'erogatore all'interno dello stesso comparto e/o disciplina, tanto da superare logiche di tipo opportunistiche finalizzate a privilegiare DRG con maggiore complessità e quindi maggior peso a scapito di prestazioni di media e bassa complessità e quindi di minor peso. Nel computo di tale indice vanno esclusi i ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, in quanto trattasi di peculiarità non comune a tutte le strutture erogatrici. L'indice di molteplicità risponde alla formula di seguito riportata:

$$\text{L'indice di molteplicità} = \frac{\text{(n. codici DRG disciplina/struttura)}}{\text{(n. codici DRG comparto)}}$$

di conseguenza il posto letto equivalente (PLE) già calcolato con la formula :

$$\text{PLE} = \text{numero posti letto/disciplina/ struttura} \times \text{coefficiente di equivalenza/ disciplina/ struttura}$$

dovrà essere moltiplicato per il coefficiente di molteplicità nel seguente modo :

$$\text{PLE corretto} = \text{numero posti letto/disciplina/struttura} \times \text{coefficiente di equivalenza/disciplina/struttura} \times \text{indice di molteplicità}$$

- 5) di *stabilire* che il posto letto UTIC venga calcolato su base regionale e sarà equivalente al costo medio dei costi provinciali così come sono stati stabiliti da ogni singola Azienda nel corso del 2016. Tale valore economico è rilevabile dai relativi provvedimenti con le quali le AA.SS.LL. hanno provveduto a distribuire le risorse nell'anno 2016.
- 6) di stabilire un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, che ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € **36.156.337,00** di cui quanto a € **23.558.868,00** per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016), e quanto ad € **12.597.469,00** per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 viene abbattuto del 2% ed equivale a € **12.345.519,62**.
- 7) Di stabilire che, limitatamente all'anno 2017, le prestazioni extraregionali, nel rispetto dei valori economici determinatasi in ogni singola Azienda nel corso dell'anno 2015 (come da schema allegato

A), dovrà essere riconosciuto, secondo i criteri di seguito riportati :

- a) Liquidazione ad ogni singolo erogatore di quanto già prodotto fino al 30/4/2017 e comunque nei limiti del fondo di ASL, come in precedenza determinato.
- b) Liquidazione della quota parte residua del fondo di ASL a disposizione di tutti gli erogatori insistenti nella ASL di appartenenza, da liquidarsi solo a fine esercizio. A fine esercizio se la produzione extraregionale dovesse risultare superiore alle disponibilità economiche residue, ogni Struttura subirà una decurtazione commisurata alla percentuale dell'esubero.
- c) A far tempo dall'anno 2018, il criterio descritto alla lettera b) rappresenterà l'unico criterio da adottarsi ai fini dell'attribuzione del fondo per gli extraregionali.
- d) le AA.SS.LL, con cadenza bimestrale, dovranno monitorare la spesa addebitata per prestazioni extraregionali, con l'obbligo di rendere edotti gli erogatori, a cui dev'essere comunicato la quota del fondo residuo ancora disponibile.

8) Di stabilire che i Direttori Generali, dovranno concludere la contrattazione annuale entro il 30/6/2017, dandone successiva comunicazione alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, circa l'avvenuta o mancata sottoscrizione da parte degli erogatori.

9) Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano



REGIONE PUGLIA
Proposta di deliberazione della Giunta Regionale

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE
E DELLO SPORT PER TUTTI

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Il presente documento si compone di n. 1 allegato :

- Allegato A) costituito da n. 1 facciata esclusa la presente,

IL DIRETTORE DI SEZIONE
(Giovanni Campobasso)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Campobasso', written over the printed name of the Director of the Section.

Case di Cura	Volumi Prestazioni Media e bassa complessità	ASL	Totali	-2%	TETTI DA ASSEGNARE
Anthea	€ 2.306.082,00	BA			
CASA BIANCA Cassano	€ 476.845,00	BA			
Mater dei	€ 1.227.837,00	BA			
SANTA MARIA	€ 1.461.918,00	BA			
MONTE IMPERATORE	€ 138.510,00	BA			
VILLA LUCIA	€ 426.850,00	BA	€ 6.038.042,00	-€ 120.760,84	€ 5.917.281,16
SUB TOTALE	€ 6.038.042,00				
SALUS	€ 101.732,00	BR			
SUB TOTALE	€ 101.732,00		€ 101.732,00	-€ 2.034,64	€ 99.697,36
San Francesco	€ 512.698,00	FG			
DE LUCA	€ 105.561,00	FG			
S.MICHELE	€ 32.691,00	FG			
BRODETTI	€ 1.408.539,00	FG			
SUB TOTALE	€ 2.059.489,00		€ 2.059.489,00	-€ 41.189,78	€ 2.018.299,22
CITTA' DI LECCE	€ 318.269,00	LE			
EUROITALIA	€ 100.560,00	LE			
PETRUCCIANI	€ 132.812,00	LE			
SAN FRANCESCO (GALATINA)	€ 74.415,00	LE			
VILLA VERDE - LECCE -	€ 323.201,00	LE			
VILLA BIANCA - LECCE -	€ 301.075,00	LE			
SUB TOTALE	€ 1.250.332,00		€ 1.250.332,00	-€ 25.006,64	€ 1.225.325,36
BERNARDINI	€ 1.073.364,00	TA			
CITTADELLA DELLA CARITA'	€ 240.116,00	TA			
D'AMORE	€ 769.956,00	TA			
SANTA RITA	€ 18.312,00	TA			
SAN CAMILLO	€ 543.205,00	TA			
VILLA BIANCA - MARTINA	€ 68.330,00	TA			
VILLA VERDE	€ 434.589,00	TA			
TOTALE	€ 3.147.872,00		€ 3.147.872,00	-€ 62.957,44	€ 3.084.914,56
FONDO			€ 12.597.467,00	-€ 251.949,34	€ 12.345.517,66

