

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 settembre 2017, n. 1454

Rettifica della deliberazione di Giunta Regionale n. 1299 del 2/8/2017.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Premesso che con deliberazione di Giunta Regionale n. 1299 del 2/8/2017 si disponeva:

- al punto 1) - la sospensione della data di attivazione dell'algoritmo definita al punto 2 della deliberazione di Giunta regionale n. 910 del 13/06/2017 e quindi dei punti 3, 4, 6 e 7 della predetta D.G.R., rimandandone la decorrenza all'1/1/2018, anche in ragione delle risultanze di cui al verbale del 31/7/2017;
- al punto 2) - di procedere ad una ulteriore valutazione dell'algoritmo di cui alle DD.GG.RR. n. 981/2016 e n. 910/2017, sulla base delle motivazioni espresse in narrativa, previo confronto con le Organizzazioni Rappresentative datoriali;
- al punto 3) - che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali concludano la contrattazione annuale entro il 10.8.2017, confermando i tetti di spesa già assegnati nel corso dell'anno 2016 ad ogni singola Casa di Cura, anche al fine di salvaguardare il principio del legittimo affidamento a cui gli erogatori hanno fatto riferimento in assenza di una sottoscrizione di accordo contrattuale.
- al punto 4) che i meccanismi di riparto dei tetti di spesa riguardano le risorse assegnate come quota capitaria ai cittadini residenti in Puglia, mentre per quanto attiene le prestazioni erogate a favore di pazienti extraregionali, le stesse saranno commisurate nei limiti di spesa e con le modalità richiamate al punto 6) del deliberato della DGR 910 del 13.6.2017.

Accertato che:

- per mero refuso dattilografico, al punto 1) della deliberazione 1299/2017 è stata indicata la sospensione anche dei punti 6) e 7) riferiti alla DGR 910 del 13/06/2017, che non attengono alla applicazione dell'algoritmo, bensì alla determinazione del tetto di spesa per le prestazioni erogate nei confronti dei pazienti extraregionali, nonché alle modalità di ripartizione delle stesse fra tutti gli erogatori e che di seguito si riportano:
“
 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):*
 - 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 - il 25% = 90, mentre la struttura B) riceverà un compenso pari a 160 - 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."*

- A riprova del refuso dattilografico, si evidenzia che la sospensione del punto 6) della DGR 910/2017, risulterebbe in stridente contraddizione con quanto richiamato al punto 4) della DGR 1299/2017 che conferma limiti di spesa a favore di pazienti con le modalità richiamate al punto 6) del deliberato della DGR 910 del 13.6.2017.

Si propone a rettifica del punto 1) della DGR 1299/2017, la cancellazione, nella locuzione "dei punti...." dei numeri 6) e 7) , che di conseguenza si intenderà così ritrascritto: *"la sospensione della data di attivazione dell'algoritmo definita al punto 2 della deliberazione di Giunta regionale n. 910 del 13/06/2017 e quindi dei punti 3, 4, della predetta D.G.R., rimandandone la decorrenza all'1/1/2018, anche in ragione delle risultanze di cui al verbale del 31/7/2017.*

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL DIGS. 118/2011

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.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
 - viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento:
di stabilire :

1. la rettifica del punto 1) della DGR 1299/2017, con la cancellazione nella locuzione dei punti.... dei numeri 6) e 7) con la conseguenza che il punto in questione si intenderà così ritrascritto: *" la sospensione della data di attivazione dell'algoritmo definita al punto 2 della deliberazione di Giunta regionale n. 910 del 13/06/2017 e quindi dei punti 3, 4, della predetta D.G.R., rimandandone la decorrenza all'1/1/2018, anche in ragione delle risultanze di cui al verbale del 31/7/2017.*
2. La conferma dell'applicazione dei punti 6) e 7) della DGR 910 del 13/06/2017 che di seguito si riportano:
*"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 "c.d. 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):

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 - il 25% = 90, mentre la struttura B) riceverà un compenso pari a 160 - 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."

3) di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", ai Direttori Generali delle AA.SS.LL., nonché alle Associazioni di categoria della sanità ospedaliera privata pugliese.

4) di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti.

5) di pubblicare il presente atto sul BURP.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano