

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 marzo 2021, n. 351

DETERMINAZIONE DEL FONDO UNICO DI REMUNERAZIONE PER L'ANNO 2021, PER IL RICONOSCIMENTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGARSI IN REGIME DI RICOVERO (CASE DI CURA) DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE, INSISTENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA

L'Assessore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera" e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

VISTO il decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, recante «Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19»;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 13 ottobre 2020, recante «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale 8/4/2020 n. 525 con la quale è stata istituita la rete ospedaliera COVID;

VISTA deliberazione di Giunta Regionale 16 luglio 2020 n. 1105, avente ad oggetto: Modifiche alle D.G.R. N. 1494/2009, D.G.R. N. 951/2013, N. D.G.R. N. 881/2019 - Approvazione Modifiche da introdurre nello Schema Tipo - Accordo Contrattuale Ex Art. 8 Quinquies Del D.L. Vo 502/92 e ss.mm.ii. – Strutture Istituzionalmente Accreditate per attività in regime di ricovero (Case Di Cura). Modifica della D.G.R. N. 525/2020.

Premesso che:

- Il D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- l'art. 8 — quater — comma 1) del D.L. vo 229/1999 ha previsto che la Regione, competente per territorio, definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale (PSR), al fine di garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- l'art. 8 — quinquies — comma 2) del D.L. vo 229/1999, in attuazione del comma 1, ha previsto che la Regione e le AA.SS.LL. definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, indicando il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e modalità di assistenza;
- l'art. 8 comma 5 dei decreti di riordino (D.L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno avuto efficacia di Legge fino alla data di entrata in vigore del D.L.vo 229/1999, hanno previsto che l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) assicuri nei confronti dei cittadini, la erogazione delle prestazioni specialistiche, riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliera contemplate dai livelli essenziali di assistenza (LEA), secondo gli indirizzi della programmazione e delle disposizioni regionali;
- in ottemperanza a quanto statuito dai suddetti decreti, le AA.SS.LL. si avvalgono, per la erogazione delle prestazioni, dei propri Presidi, delle Aziende e degli Istituti e/o Enti di cui all'art. 4 dello stesso decreto, delle Istituzioni Sanitarie Pubbliche, ivi compresi gli Ospedali Militari, nonché delle Strutture Sanitarie Private e dei Professionisti Accreditati;

- non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del SSN, corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 - quater — comma 2 del D. L.vo. n. 229/99 e s.m.i.;
- la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 di riforma della costituzione ha eretto a principio costituzionale fondamentale l'interesse pubblico finanziario, introducendo il nuovo primo comma all'art. 97 della Costituzione, che segnatamente prevede la necessità che le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'U.E., assicurino l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, per come, il riformato art. 81 della costituzione e la legge 24 dicembre 2012 n. 243, hanno meglio declinato, in maniera dettagliata. Pertanto, è imposto alle Pubbliche Amministrazioni ed ai soggetti concessionari di pubbliche funzioni e servizi, se destinatari di risorse finanziarie pubbliche, di operare nei limiti dei budget prestabiliti, operando, anche nel settore sanitario, politiche di spesa e scelte redistributive, tenendo conto del vincolo costituito dal cosiddetto "patto di stabilità economica e finanziario";
- ai sensi dell'art. 3 comma 1 bis del D.L.vo n. 502/1992 e dell'art. 1 del D.L.vo n. 229/1999, la ASL è un ente distinto e autonomo (Consiglio di Stato, sez. V, 24 agosto 2007, n. 4484) che disciplina la sua organizzazione e il suo funzionamento disponendo del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata (art. 5, D.L.vo n. 502/1992), con il dovere di uniformare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nonché nel dovere di rispettare il vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
- con Legge Regionale (L.R.) n. 9 del 02/05/2017 e ss.mm.ii., la Regione Puglia conferisce al soggetto accreditato soltanto lo "status" di potenziale erogatore di prestazioni sanitarie, che si esplicita solo con la stipula del contratto. In particolare, l'art. 21 comma 4 della predetta L.R. e ss.mm.ii. stabilisce che le AA.SS.LL. non sono obbligate a stipulare i contratti con i soggetti privati accreditati;
- con l'art. 20 — comma 4 della L.R. n. 28/2000, la Regione Puglia ha previsto che "(...) ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.L.vo 502/92 e s.m.i. è competenza dei Direttori Generali delle AA.SS.LL., nell'ambito di quanto definito nella programmazione regionale, definire le attività da potenziare e depotenziare, nonché il volume massimo di prestazioni, distinto per tipologie e modalità di assistenza, che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima ASL, si impegnano ad assicurare";
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1494 del 04/08/2009, la Regione Puglia ha approvato i nuovi criteri operativi per definire gli accordi contrattuali con le Case di Cura private istituzionalmente accreditate e, nel contempo, ha imposto alle AA.SS.LL. di determinare un "fondo unico" da destinare alla remunerazione delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero. Tali criteri operativi hanno, di fatto, sovvertito il metodo di applicazione tradizionale della c.d. "spesa storica", stabilendo altresì che "(...) nell'ambito del tetto di spesa assegnato a ciascuna Casa di Cura, per le prestazioni erogate tra l'80% e il 100% del volume stabilito con i criteri di cui innanzi enunciati, si applica una regressione tariffaria pari al 15%, ai sensi dell'art. 17 della L.R. n. 26/2006";
- con l'art. 3 — commi 2 e 3 della L.R. n. 12 del 24/09/2010, la Regione Puglia ha abrogato i commi 2 e 3 dell'art. 17 della L.R. n. 14 del 04/08/2004, nonché la lettera c) dell'art. 16 della L.R. n. 26 del 09/08/2006, con la conseguenza che, a far data dall'entrata in vigore della L.R. n. 12/2010, le prestazioni sanitarie effettuate in surplus ai tetti di spesa invalicabili di remunerazione, non sono ammesse alle procedure di liquidazione;
- con DGR n. 673 del 09/04/2019 avente a oggetto, la modifica e l'integrazione della DGR 1494/2009 e revoca dei provvedimenti giuntali: DGR n. 981/2016; DGR n. 910/2017, sono stati determinati i criteri di ripartizione del fondo unico di remunerazione anno 2019 sia per i pazienti residenti nella Regione Puglia sia per i pazienti extraregionali. Con il suddetto provvedimento si procedeva, tra l'altro, ad approvare lo schema di accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del D.L. vo 502/92 e s.m.i., da utilizzarsi per la definizione, dell'acquisto di prestazioni erogate dalle strutture istituzionalmente accreditate per le attività svolte in regime di ricovero;
- con deliberazione di giunta regionale del 15 maggio 2019 n. 881 si è proceduto ad approvare e

- riproporre lo Schema tipo - dell'accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del D.L. vo 502/92 e ss.mm. ii. – strutture istituzionalmente accreditate per attività in regime di ricovero (CASE DI CURA);
- nella seduta del 18/12/2019, a conclusione di una serie di incontri finalizzati a definire, con le OO.RR. datoriali, la programmazione per l'anno 2020 (cfr: verbali del 5.2.2019, del 7.8.2019; dell'8.11.2019) si concordava di prevedere:

“che per l'anno 2020, ad ogni Casa di Cura, venissero assegnati gli stessi valori economici già attribuiti nel corso dell'anno 2019, ivi compresi i limiti di finanziamento e le modalità di erogazione e di liquidazione delle prestazioni extraregionali. Tanto si rendeva necessario in attesa di istituire un tavolo tecnico che potesse definire un nuovo percorso di assegnazione, preferibilmente per più anni, al fine di consentire una programmazione a lungo termine. Nella suddetta prospettiva, la scelta conservativa, condivisa dalle OO.RR. datoriali (cioè quella di confermare per il 2020 i tetti di spesa già assegnati nell'anno 2019, che altro non erano che quelli attribuiti negli anni 2018 e 2017, rivenienti dai volumi economici assegnati nel corso dell'anno 2016) si giustificava in funzione della circostanza che l'anno 2016, costituiva l'ultimo esercizio utile di riferimento, in cui era stata applicata la DGR n. 1494/2009 (cfr.: C.d.S. 28/10/2019 n. 2076).

Preso atto degli effetti prodotti da tutte le disposizioni statali e regionali nel corso dell'anno 2020 in materia di emergenza sanitaria da COVID-19, con particolare riferimento a tutte le indicazioni di sorveglianza sanitaria fornite in ordine alle azioni da intraprendere per contrastare la diffusione dell'infezione, qui da intendersi tutte integralmente richiamate e riportate, con deliberazione di Giunta Regionale n.16 luglio 2020 n. 1105, si disponeva:

- 1. di confermare, per l'anno 2020 e per ogni singola casa di Cura, i volumi economici già assegnati nel corso dell'anno 2019, fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle ASL di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare. Inoltre, i DD.GG. delle ASL potranno tener conto del rispetto delle pre intese sottoscritte con le Case di Cura private, recepite con il R.R. n. 23/2019, e della conseguente rimodulazione dell'offerta sanitaria a livello regionale. Per quanto riguarda le modalità erogative e l'utilizzo del tetto di spesa, che rimane svincolato, limitatamente all'anno 2020, dal dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, si rimanda a quanto già disciplinato dalla D.G.R. n. 525/2020, che qui si intende interamente richiamata;*
- 2. di confermare il 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 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;*
- 3. di espungere dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del13.05.2013, nella Sezione - Prestazioni Assistenza Ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno - , la parte relativa alla valorizzazione delle prestazioni a favore degli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, che si intenderà così ritrascritta : “Per quanto attiene invece, gli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, la valorizzazione delle tariffe dei DRG, comprensivi di protesi, di dispositivi medici e del relativo impianto, sarà commisurata in relazione alla classificazione delle strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento, secondo la seguente declaratoria :*

- a) Classe A) al 100%*
- b) Classe B) al 94%*
- c) Classe C) al 87%*

Resta inteso che dette tariffe sono applicate al 100% per le AA.OO, gli IRCCS pubblici, gli Enti Ecclesiastici e l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.

4. *di espungere - in conformità alla Legge regionale n.4/2003, art. 30 - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 4/8/2009 n. 1494 quanto riportato nell'allegato 1) - Criteri Accordi Contrattuali CASE DI CURA PRIVATE Istituzionalmente o Provvisoriamente Accreditate - , e precisamente dopo il punto 5)" l'accezione : " Nell'ambito del tetto di spesa assegnato a ciascuna Casa di Cura, alle prestazioni erogate tra l'80% ed il 100% del volume stabilito con i criteri di cui innanzi, si applica una regressione tariffaria pari al 15% ai sensi dell'art. 17 della L.R. n. 26/2006", deve intendersi cassata. Di conseguenza tutte le prestazioni, comprensive di protesi o di ausili, saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario regionale, e comunque fino alla concorrenza dei tetti di spesa assegnati per singola disciplina. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni extraregionali, che non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria;*
5. *di espungere, dal contratto tipo, recepito con DGR del 15.5.2019 n.881 pubblicata sul BURP n. 64 dell'11/6/2019, l'accezione riportata al comma 2) dell'art. 3) in ordine alle tariffe regressive che si intenderà così ritrascritto : " L'azienda ASL xxxxxxxxxx, retribuisce le prestazioni in base alla tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'erogatore senza l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n. 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni saranno remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo "tetto annuo di remunerazione a tariffa intera" corrispondente al 100% del tetto di spesa invalicabile, distinto per ogni singola disciplina;*
6. *di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019. Tale spesa, ridotta del 2% (limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, 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 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;*
7. *di confermare tutto il contenuto del contratto tipo che non è stato modificato dal presente provvedimento, ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);*
8. *di stabilire che tutte le modifiche introdotte con il presente provvedimento trovano applicazione a far tempo dall'1/1/2020;*

Preso atto del perdurante stato di emergenza legata al COVID, i cui termini sono stati differiti al 30/4/2021, come da DECRETO-LEGGE 14 gennaio 2021, art. 1 co.1) n. 2:

Fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare, si propone:

- di assegnare, ad ogni singola struttura erogatrice, per l'anno 2021, il tetto di spesa già attribuito per l'anno 2020, con riferimento ai pazienti residenti nella Regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina. Resta in capo agli erogatori l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero arco dell'anno;
- di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per l'anno 2021, per le prestazioni da

erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, così come di seguito si riporta:

| Col. A | Col. B | Col. C | | Col. D | Col. E | Totale |
|-----------|--|-----------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| AA.SS.LL. | FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI Case di Cura Private | Altri | Note altri | FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI ALTA COMPLESSITA' | FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI MEDIA E BASSA COMPLESSITA' | |
| ASL BA | € 109.092.671,77 | € 7.500.000,00 | P.S. Mater DEI | € 18.591.379,00 | € 5.917.281,16 | € 141.101.331,93 |
| ASL BR | € 8.374.192,16 | € 11.000.000,00 | Fonda- zione S. Raffaele | € 50.419,00 | € 99.697,36 | € 19.524.308,52 |
| ASL BT | | € 9.417.657,00 | Universo Salute | | | € 9.417.657,00 |
| ASL FG | € 19.996.943,93 | € 8.143.000,00 | Universo Salute | € 316.263,00 | € 2.018.299,22 | € 30.474.506,15 |
| ASL LE | € 51.420.544,65 | | | € 1.081.991,00 | € 1.225.325,36 | € 53.727.861,01 |
| ASL TA | € 67.305.994,24 | | | € 3.518.815,00 | € 3.084.914,56 | € 73.909.723,80 |
| Totale | € 256.190.346,75 | € 36.060.657,00 | | € 23.558.867,00 | € 12.345.517,66 | € 328.155.388,41 |

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. 196/03

Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto all'Albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Dlgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali nonché dal vigente regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 E SS.MM.II.

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 trattandosi di ricognizione dei fondi assegnati all'interno della ospedalità privata accreditata

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art 4 lett. d) della LR. N. 7/97, propone alla Giunta:

1. di stabilire il fondo unico di remunerazione regionale per l'anno 2021, per le prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, è così di seguito ripartito:

| Col. A | Col. B | Col. C | | Col. D | Col. E | Totali |
|-----------|--|-----------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| AA.SS.LL. | FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI Case di Cura Private | Altri | Note altri | FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI ALTA COMPLESSITA' | FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI MEDIA E BASSA COMPLESSITA' | |
| ASL BA | € 109.092.671,77 | € 7.500.000,00 | P.S. Mater DEI | € 18.591.379,00 | € 5.917.281,16 | € 141.101.331,93 |
| ASL BR | € 8.374.192,16 | € 11.000.000,00 | Fonda- zione S. Raffaele | € 50.419,00 | € 99.697,36 | € 19.524.308,52 |
| ASL BT | | € 9.417.657,00 | Universo Salute | | | € 9.417.657,00 |
| ASL FG | € 19.996.943,93 | € 8.143.000,00 | Universo Salute | € 316.263,00 | € 2.018.299,22 | € 30.474.506,15 |
| ASL LE | € 51.420.544,65 | | | € 1.081.991,00 | € 1.225.325,36 | € 53.727.861,01 |
| ASL TA | € 67.305.994,24 | | | € 3.518.815,00 | € 3.084.914,56 | € 73.909.723,80 |
| Totale | € 256.190.346,75 | € 36.060.657,00 | | € 23.558.867,00 | € 12.345.517,66 | € 328.155.388,41 |

2. di confermare il contenuto della Deliberazione di Giunta Regionale 16 luglio 2020 n. 1105, avente ad oggetto: Modifiche alle D.G.R. N. 1494/2009, D.G.R. N. 951/2013, N. D.G.R. N. 881/2019 – Approvazione Modifiche da Introdurre nello Schema Tipo - Accordo Contrattuale Ex Art. 8 Quinquies Del D.L. Vo 502/92 e ss.mm.ii. – Strutture Istituzionalmente Accreditate per attività in regime di ricovero (Case Di Cura). Modifica della D.G.R. N. 525/2020.
3. di confermare, ad ogni singola struttura erogatrice, per l'anno 2021, il tetto di spesa già attribuito per l'anno 2020, con riferimento ai pazienti residenti nella Regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, ma con l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero arco dell'anno;
4. di confermare per l'anno 2021 il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019 e n. 1105/2020. Tale spesa, ridotta del 2% (limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, 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 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;
5. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo che non è stato modificato dal presente provvedimento, ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);
6. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. e alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera"

Vito CARBONE

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta"

Giovanni CAMPOBASSO

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti

Vito MONTANARO

L'Assessore: Pietro Luigi **LOPALCO**

LA GIUNTA

- Udata la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla responsabile di P.O. e dai dirigenti di sezione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

1. di stabilire il fondo unico di remunerazione regionale per l'anno 2021, per le prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, è così di seguito ripartito:

| Col. A | Col. B | Col. C | | Col. D | Col. E | Totali |
|-----------|--|-----------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| AA.SS.LL. | FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI Case di Cura Private | Altri | Note altri | FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI ALTA COMPLESSITA' | FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI MEDIA E BASSA COMPLESSITA' | |
| ASL BA | € 109.092.671,77 | € 7.500.000,00 | P.S. Mater DEI | € 18.591.379,00 | € 5.917.281,16 | € 141.101.331,93 |
| ASL BR | € 8.374.192,16 | € 11.000.000,00 | Fonda- zione S. Raffaele | € 50.419,00 | € 99.697,36 | € 19.524.308,52 |
| ASL BT | | € 9.417.657,00 | Universo Salute | | | € 9.417.657,00 |
| ASL FG | € 19.996.943,93 | € 8.143.000,00 | Universo Salute | € 316.263,00 | € 2.018.299,22 | € 30.474.506,15 |
| ASL LE | € 51.420.544,65 | | | € 1.081.991,00 | € 1.225.325,36 | € 53.727.861,01 |
| ASL TA | € 67.305.994,24 | | | € 3.518.815,00 | € 3.084.914,56 | € 73.909.723,80 |
| Totale | € 256.190.346,75 | € 36.060.657,00 | | € 23.558.867,00 | € 12.345.517,66 | € 328.155.388,41 |

2. Di confermare il contenuto della Deliberazione di Giunta Regionale 16 luglio 2020 n. 1105, avente ad oggetto: Modifiche alle D.G.R. N. 1494/2009, D.G.R. N. 951/2013, N. D.G.R. N. 881/2019 – Approvazione Modifiche da introdurre nello Schema Tipo - Accordo Contrattuale ex Art. 8 quinquies

Del D.L. Vo 502/92 e ss.mm.ii. – Strutture Istituzionalmente Accreditate per attività in regime di ricovero (Case Di Cura). Modifica della D.G.R. N. 525/2020.

3. Di confermare, ad ogni singola struttura erogatrice, per l'anno 2021, il tetto di spesa già attribuito per l'anno 2020, con riferimento ai pazienti residenti nella Regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina; ma con l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero arco dell'anno;
4. Di confermare per l'anno 2021 il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019 e n. 1105/2020. Tale spesa, ridotta del 2% (limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, 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 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;
5. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo che non è stato modificato dal presente provvedimento, ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);
6. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. e alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
7. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Giovanni Campobasso

Il Presidente della Giunta
Michele Emiliano