



## **Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 106 del 30/07/2013**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 9 luglio 2013, n. 1304

DGR 951 del 13/05/2013 - Approvazione del nuovo tariffario regionale - Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR - Modifica ed Integrazione.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n.3, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

Con Deliberazione del 13 maggio 2013 n. 951, in esecuzione del D.M. 18 ottobre 2012, la Regione Puglia ha provveduto ad approvare il nuovo tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR, nel rispetto delle statuizioni contenute nell'art. 2 co. 95 della Legge 2 dicembre 2009 n. 191, che dispone testualmente: "gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del Piano di rientro".

In ottemperanza alla statuizione di cui all'art. 2 comma 95 della L. 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di non creare condizioni che vanificassero gli equilibri economici finanziari assunti sia con il Piano di Rientro che con il Piano Operativo, si rendeva necessario recepire il nuovo tariffario delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, di cui al DM 18 ottobre 2012, in sostituzione dei tariffari per l'attività di ricovero ed ambulatoriale, di cui al D.M. 22/7/1996, confermando limitatamente alle prestazioni ambulatoriali erogate dai privati accreditati, ricomprese nell'allegato C) lo sconto del 2% e del 20% previsto dall'art. 1 comma 796 lett. o) della L. 27 dicembre 2006, n. 296, (mai abrogata), tenuto conto della valutazione d'impatto nella Regione Puglia degli effetti del nuovo tariffario, così come richiamato nella tabella n. 8 della relazione tecnica che accompagna il D.M. 18/12/2012, dalla quale risulta un aumento della valorizzazione tariffaria pari ad € 2.127.269,12.

I Ministeri della Salute e dell'Economia, giusta nota prot. 02/07/2013- 0000068 - a seguito di interpello proposto dall'Assessorato Regionale al Welfare della Regione Puglia, in merito all'applicazione delle nuove tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ha chiarito che:

- "..... le nuove tariffe nazionali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, come peraltro esplicitamente indicato nelle motivazioni del decreto ministeriale, assorbono il valore dello sconto di cui alla norma sopra richiamata e, pertanto, dalla data di entrata in vigore del nuovo tariffario, non si applica più il disposto normativo di cui al citato art.1, comma 796 lett.o) della legge 296/06."

- circa la valutazione d'impatto nella propria regione conseguente all'applicazione del nuovo tariffario nei termini riportati nella tabella 8 della relazione tecnica che accompagna il D.M. 18 ottobre 2012, così come richiamato a pag. 19 della stessa relazione, l'eventuale impatto negativo deve trovare copertura

con una corrispondente rimodulazione dei volumi di prestazioni da acquistare “ utilizzando gli strumenti regolatori della spesa previsti dalla vigente normativa”.

Preso atto che l'art. 8 quinquies co. 1 lett. e-bis) del d.lgs.502/92 e s.m.i., recita:” la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lett. d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lett. b) s'intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato”.

Nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello regionale, nel prendere atto del parere espresso dal Ministero della Salute e dell'Economia, giusta nota prot. 02/07/2013- 0000068, si propone alla Giunta Regionale di modificare ed integrare la DGR n. 951 del 13/05/2013, limitatamente alla parte relativa alle tariffe previste per le prestazioni ambulatoriali di cui allegato C) erogate dai privati accreditati, nei termini di seguito riportati:

- di espungere la determinazione “ dette tariffe devono intendersi soggette allo sconto del 2% e del 20%” riportata nella sezione - Assistenza specialistica ambulatoriale -, con la conseguenza che le tariffe in questione riportate nell'allegato C) s'intendono confermate senza l'applicazione dello sconto del 2% per le branche: di Radiodiagnostica, Fisiocinesiterapia e Branche a visita, e del 20% per la branca di Patologia Clinica;

- di integrare il provvedimento de quo con l'indicazione alle Aziende Sanitarie Locali di procedere a rideterminare i fondi unici di remunerazione di branca ed i relativi tetti di spesa di ogni singola struttura privata accreditata, secondo le indicazioni che saranno fornite dall'Assessorato al Welfare, in termini proporzionali all'incidenza del proprio volume di prestazioni rispetto alla maggiore spesa, conseguente alla valorizzazione tariffaria quantificata nella misura di € 2.127.269,12 attestato nella tabella n.8 della relazione tecnica che accompagna il D.M. 18/12/2012.

Di confermare che la remunerazione delle endoprotesi, dei dispositivi medici e del relativo impianto, sono ricomprese nelle tariffe dei DRGs. Per quanto attiene la valorizzazione delle tariffe, per effetto dell'art. 20 co.3 della L.R. 34/2009, si conferma che tutte le tariffe sono applicate al 100% per le AA.OO., gli IRCCS pubblici, gli E.E. e l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza. Per quanto attiene invece, gli Ospedali, gli IRCCS privati e le Case di Cura private, la valorizzazione delle tariffe sarà commisurata, nel rispetto delle loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento, secondo la seguente declaratoria:

- Classe A al 98%;
- Classe B al 92%;
- Classe C al 85%;

“COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n.28/2001 E S. M. E 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.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n.7/97, art.4, comma 4, lett. f).

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

## DELIBERA

Per i motivi esposti in narrativa che qui s'intendono integralmente riportati per farne parte integrante e sostanziale:

- di recepire il parere espresso dal Ministero della Salute e dell'Economia, di cui alla nota prot. 02/07/2013- 0000068 -, allegato quale parte integrante al presente provvedimento;
- di modificare la DGR n. 951 del 13/5/2013, procedendo ad espungere la determinazione " dette tariffe devono intendersi soggette allo sconto del 2% e del 20% " riportata nella sezione - Assistenza specialistica ambulatoriale -, con la conseguenza che le tariffe in questione riportate nell'allegato C) s'intendono confermate senza l'applicazione dello sconto del 2% per le branche di Radiodiagnostica, Fisiocinesiterapia e Branche a visita, e del 20% per la branca di Patologia Clinica;
- di integrare la DGR 951 del 13/5/2013, dando disposizioni alle Aziende Sanitarie Locali di procedere a rideterminare i fondi unici di remunerazione di branca ed i relativi tetti di spesa di ogni singola struttura privata accreditata, secondo le indicazioni che saranno fornite dall'Assessorato al Welfare, e comunque in proporzione all'incidenza del proprio volume di prestazioni rispetto alla maggiore spesa, conseguente alla valorizzazione tariffaria quantificata nella misura di € 2.127.269,12 così come attestato nella tabella n.8 della relazione tecnica che accompagna il D.M. 18/12/2012;
- di stabilire che, tali modifiche decorreranno dal 1° giugno 2013, e comunque fino al 31/12/2014;
- di dare mandato al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Ospedaliere Universitarie, alle Aziende Sanitarie Locali, agli IRCCS pubblici, Enti Ecclesiastici, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, IRCCS privati ed alla Svim Service;
- di disporre che le Aziende Sanitarie Locali trasmettano il presente provvedimento alle Strutture Private accreditate insistenti nel proprio territorio;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 6 co.1 della L.R. 13/94.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta  
Avv. Davide F. Pellegrino Dott. Nichi Vendola