



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 133 del 24/09/2014

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 agosto 2014, n. 1795

DGR 7 agosto 2012, n. 1668 - Modifiche schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare (ex art 26 L. 833/78).

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile della A.P "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali - Strutture sociosanitarie", dal Dirigente dell'Ufficio 3-PAOS e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

L'art. 32, comma 8, della L. 449/1997 e l'art. 72, comma 3 della L. 448/1998 dispongono che le Regioni individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata i limiti massimi annuali di spesa sostenibili con il Fondo sanitario nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione.

L'art. 8 bis, comma 1, del D.Lgs. 502/1992, e successive modificazioni e integrazioni, stabilisce che le Regioni assicurino i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'art. 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies.

L'art. 1 della L.R. n.8/2004 prevede che "la Regione garantisce, attraverso gli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali, l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie nonché lo sviluppo sistematico e programmato del servizio sanitario regionale."

La medesima L.R. n. 8/2004 all'art. 27 (Sospensione e revoca dell'accreditamento), così come modificato dalla L.R. n.4/2010 e dalla L.R. n. 3/2013, prevede che "co.4 L'accreditamento può, altresì, essere revocato a seguito di accertamento della violazione grave e continuativa degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo nonché del mancato rispetto degli accordi eventualmente sottoscritti con le organizzazioni rappresentative a livello regionale.

Co. 4 bis In caso di mancata stipula degli accordi di cui all'art. 8 quinquies del decreto legislativo, l'accreditamento è sospeso fino alla stipula dei predetti accordi.

Co.5 La revoca dell'accreditamento comporta la revoca degli accordi contrattuali eventualmente stabiliti con l'ASL di competenza.

6. La revoca dell'accreditamento è altresì disposta nel caso di violazione degli standard quantitativi e qualitativi, così come previsto sia per le strutture pubbliche che per le strutture private dal regol. reg. 3/2005, nonché in caso di mancata applicazione agli addetti del corrispondente CCNL."

Il comma 1 dell'art. 17 della L.R. n. 14/2004 prevede che a norma dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m. la Giunta regionale procede a: definire accordi con gli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici ed equiparati, fissare le risorse finanziarie destinate annualmente ad assicurare i Livelli essenziali di assistenza (LEA), emanare indirizzi per la definizione degli accordi contrattuali con i soggetti privati accreditati da parte delle AUSL, indicare le funzioni e le attività da potenziare e depotenziare secondo le linee della programmazione regionale nel rispetto delle priorità indicate dalla programmazione sanitaria.

L'art. 19 della legge regionale n. 26/2006 come sostituito dall'art. 8 della legge regionale n. 4/2010 contiene norme in materia di "Contratti per prestazioni domiciliari".

Con Regolamento regionale 4 novembre 2010, n.16 "Art. 8 della L.R.n. 4/2010. Regolamento Regionale dell' Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della l. n. 833/78" e con Regolamento regionale 4 agosto 2011, n.20 "Regolamento regionale di modifiche al Regolamento regionale 4 novembre 2010, n.16" è stata disciplinata l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione domiciliare e sono stati stabiliti gli ulteriori requisiti organizzativi che le strutture private provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditate per prestazioni sanitarie in regime riabilitativo ex art. 26, Legge n. 833/78 devono possedere al fine di sottoscrivere contratti con la ASL.

Il comma 171 dell'art. 1, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", ha precisato, in tema di tariffe, che è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intra-regionale che interregionale, ed ha altresì sanzionato con la nullità i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.

La Direttiva 2011/7/UE ed il relativo D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180", hanno introdotto modifiche alle disposizioni vigenti in materia di lotta contro i ritardi di pagamento.

L'art. 20 della L.R. n. 1/2005 prevede che "i contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni, devono tenere conto, oltre a quelli già previsti, dei seguenti ulteriori elementi:

b) a norma dell'articolo 8-quater, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali.

Inoltre, il citato articolo al comma 3 prevede che ai fini della stipula dei contratti e della garanzia della libera scelta fra strutture pubbliche e private, anche ai fini della determinazione delle tariffe, dei tetti di spesa e delle regressioni tariffarie, si tenga conto della tipologia e complessità delle strutture nonché dell'andamento storico complessivo della domanda con la relativa ripartizione fra settore pubblico e privato.

Con Deliberazione n. 1494 del 4 agosto 2009 "Accordi contrattuali anno 2009 - Linee guida" la Giunta regionale ha stabilito i criteri operativi relativi agli accordi contrattuali con gli erogatori privati ed istituzionalmente accreditati che erogano prestazioni sanitarie in regime riabilitativo ex art. 26, Legge n. 833/78, a cui col presente provvedimento si rimanda. Le prescrizioni di cui alla DGR 1494/2009 prevedono:

- Determinazione del fondo unico da destinare alla remunerazione delle prestazioni di assistenza intensiva ed estensiva post acuzie erogate dalle strutture private sanitarie provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditate;

- Determinazione del fabbisogno, ripartito secondo le diverse tipologie del setting- assistenziale;
- Individuazione dei volumi di prestazioni da contrattualizzare;
- Assegnazione del tetto di spesa per ciascuna struttura, tenendo conto di una serie di parametri, nel rispetto della potenzialità erogativa delle singole strutture.

Inoltre, la stessa deliberazione ha specificato:

- Di confermare per l'anno 2009 come tetto regionale la spesa dell'anno 2008 sostenuta dalle Aziende sanitarie verso gli erogatori privati per tutte le prestazioni di assistenza al netto della spesa sostenuta per extratetto nel medesimo anno;
- Di fissare come obiettivo per l'anno 2009 l'abbattimento del 2% della spesa dell'anno 2008;
- In riferimento al tetto di spesa di cui al punto precedente, di tener conto degli effetti delle regressioni tariffarie, (che nello specifico prevede che alle prestazioni erogate tra il 95% ed il 100% del tetto di spesa si applica una regressione tariffaria pari al 15%);
- La possibilità di poter erogare prestazioni oltre il tetto di spesa, nei limiti massimi del 5%, concordate con la ASL sulla base della verifica di ulteriore fabbisogno, con la regressione tariffaria del 25% ai sensi dell'art. 17 della L.R. 14/2004.

Con successiva Deliberazione n. 2672 del 28/12/2009 la Giunta regionale ha stabilito:

- per l'anno 2009, a modifica della citata DGR n. 1494/2009, di confermare il tetto di spesa stabilito per l'anno 2008 dalla Legge regionale n. 40/2007 e dalla DGR n. 95/2008 (DIEF 2008) senza le decurtazioni del 2%;
- a partire dall'anno 2010 di procedere alla sottoscrizione degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate facendo riferimento al tetto di spesa 2008, confermato per l'anno 2009, senza la decurtazione del 2%, applicando i criteri della DGR n. 1494/2009.

La Legge regionale 24 settembre 2010, n. 12, all'art. 3 "Tetti di spesa", abrogando l'articolo 17, commi 2 e 3, della legge regionale n. 14/2004 e l'art.18, comma 2, della legge regionale n. 26/2006, ha previsto che in attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis), e del comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente. Pertanto, a partire dalla data di entrata in vigore della stessa legge, è vietata l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi.

Tra gli obiettivi della DGR n. 1494/2009 si è quello di definire lo schema tipo di contratto per l'acquisizione delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie locali in sostituzione di quello già approvato con determinazione dirigenziale del Settore Sanità n. 138/2002.

Con Deliberazione 7 agosto 2012, n. 1668 ad oggetto: "DGR n. 1494/2009 - Approvazione schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare (ex art 26 L. 833/78)" la Giunta regionale ha approvato lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL delle prestazioni sanitarie di riabilitazione e l'erogazione da parte delle strutture private accreditate delle medesime.

La normativa generale legislativa e regolamentare sopravvenuta ha imposto l'opportunità e la necessità di apportare alcune modifiche allo "schema contrattuale tipo" approvato con la D.G.R. n. 1668/2012.

Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), nel corso della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, con verbale del 4 aprile 2014 hanno evidenziato che gli schemi di contratto tipo predisposti dalla Regione, e nello specifico lo schema di contratto tipo di cui alla D.G.R. n. 1668/2012 devono prevedere:

1. una specificazione dei volumi di prestazioni contrattati e non solo del volume finanziario delle varie tipologie di prestazioni così come previsto dall'art. 8-quinquies del D. Lgs. 502/92;
2. quantificare e predeterminare (anche con riferimento all'art. 4) il budget anche per i residenti extraregionali, considerando che il volume indicato attiene unicamente alle prestazioni per i residenti della Regione Puglia;
3. con riferimento agli artt.3 e 4, riguardo alla remunerazione delle prestazioni contrattualizzate, pari trattamento tra quanto retribuito dalla ASL per le prestazioni erogate ai residenti della regione (applicazione della tariffa in vigore scontata del 15% per le prestazioni dall'95,01% al 100% del tetto di spesa), rispetto a quanto remunerato per gli extra residenti (non è prevista alcuna scontistica). (cfr. art.1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n.311). Infatti, l'articolo 1, comma 171, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 prevede: "ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio". Pertanto, con riferimento alla liquidazione delle remunerazioni delle prestazioni erogate in favore dei soggetti non residenti, si rende necessario assoggettare le stesse alla regressione tariffaria e che, in caso di incapienza dei fondi, i conguagli potranno essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti della Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo;
4. una clausola di salvaguardia che ponga la Regione e la ASL al riparo dai possibili contenziosi successivi alla sottoscrizione dello stesso. In merito all'inserimento di una clausola di salvaguardia nei contratti da sottoscrivere con gli erogatori privati accreditati, Tavolo e Comitato segnalano "che è pervenuto un parere dell'Avvocatura generale dello Stato che, su richiesta dell'Ufficio legislativo del Ministero della salute, si è espressa in merito alla previsione di una clausola di salvaguardia nei contratti, affermando la validità della predetta clausola. Tavolo e Comitato, visto il parere dell'Avvocatura, chiedono alla Regione di inserire nei contratti 2014 e successivi la seguente formulazione: "Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili".

Per quanto innanzi riportato e viste le osservazioni proposte dal Tavolo Tecnico e dal Comitato Permanente, come sopra riportate, si propone di approvare le modifiche allo schema di contratto tipo di cui alla precedente DGR n. 1668/2012 e, quindi, di approvare il nuovo testo di schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare (ex art 26 L. 833/78) di cui all'allegato A), composto da n. 10 pagine, a farne parte integrante e sostanziale al presente provvedimento.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n.28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONE ED INTEGRAZIONI

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 presente provvedimento rientra nelle competenze della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4 lettera k) della L.R. 7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla Responsabile della A.P., dal Dirigente dell'Ufficio n. 3-PAOS e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che quivi si intendono integralmente riportate

- di approvare, in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, secondo quanto previsto nella D.G.R. n. 1494/2009 lo schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare (ex art 26 L. 833/78) di cui all'allegato A), composto da n. 10 pagine, a farne parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- di disporre che i Direttori Generali dovranno sottoscrivere gli accordi contrattuali con le strutture erogatrici prevedendo, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di prestazioni erogate, i singoli volumi ed i singoli budget come da tabella riportata all'art. 1 dello schema di contratto tipo di cui all'allegato A al presente provvedimento, pena la nullità degli stessi contratti;
- di stabilire che i Direttori Generali, avendo già concluso la contrattazione annuale, provvedano a predisporre gli addendum integrativi ai contratti già sottoscritti da sottoporre alle strutture erogatrici, comunicando formalmente al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica l'avvenuta sottoscrizione. Limitatamente all'anno 2014, la determinazione delle tipologie di prestazioni erogate, così come riportata nella tabella di cui all'art. 1 dello schema di contratto tipo di cui all'allegato A al presente provvedimento, dovrà riguardare solo il trimestre ottobre - dicembre;
- di disporre che i Direttori generali, a conclusione della contrattazione annuale, provvedano ad inviare, al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, dettagliata relazione in ordine all'andamento della spesa, nonché copia della deliberazione con la quale sono stati definiti i limiti invalicabili di remunerazione oltre al contratto tipo, già sottoscritto, per prestazioni sanitarie in regime riabilitativo ex art. 26, Legge n. 833/78;
- di notificare il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali della Regione a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94.

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