

ACCORDO FRA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA E CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE

Art. 1 Oggetto

Il presente accordo ha per oggetto le prestazioni sanitarie di:

- ricovero per acuti
- ricovero per riabilitazione e post acuzie
- specialistica ambulatoriale

Art. 2 Durata

Il presente accordo ha durata triennale, dal 01.01.2014 al 31.12.2016.

Art. 3 Accessibilità, qualità ed appropriatezza

Con il presente accordo, la sanità privata accreditata presente in Regione integra quella pubblica con il fine di potenziare l'offerta e dare al sistema regionale maggiore flessibilità nell'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 1, anche con l'obiettivo di concorrere al contenimento dei tempi d'attesa e di arginare il ricorso dei cittadini a strutture extra-regionali, nel rispetto della libertà di scelta del cittadino.

In recepimento del criterio della libera scelta del cittadino, relativamente alla struttura (pubblica o privata accreditata) alla quale rivolgersi avvalendosi del Servizio Sanitario Regionale, l'accesso alle Case di Cura private accreditate è libero, nei limiti connessi con il volume di attività assegnato alle singole strutture, fatta salva la presentazione dell'impegnativa redatta sul ricettario del SSR (effettuata dal MMG/PLS o da un medico dipendente del Servizio sanitario regionale) per l'accesso alle prestazioni erogate dalla struttura.

In analogia con quanto avviene per quelle pubbliche, le strutture private di cui al presente accordo assicurano alti livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento all'appropriatezza, alla congruità tecnologica ed alla modalità di refertazione. Ne consegue che le prestazioni che devono essere ripetute per problemi connessi alla qualità non vengono riconosciute. La documentazione clinica deve essere informatizzata per poter gestire le informazioni ed integrarsi con il fascicolo sanitario unico regionale. Inoltre, le strutture partecipano alle attività di studio, monitoraggio e miglioramento promosse dalla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia e/o dalle singole aziende di riferimento.

Art 4 Programmazione regionale

Le Case di Cura private rientrano a tutti gli effetti nella programmazione regionale della rete ospedaliera, anche in considerazione degli effetti che deriveranno dall'applicazione degli standard previsti dal decreto Balduzzi sulla dotazione di posti letto per acuti della struttura accreditati, con la possibile riconversione degli stessi in posti letto di riabilitazione o di residenzialità territoriale (es. RSA).



È necessario tenere conto della necessità di riorganizzare l'offerta delle prestazioni di laboratorio per le quali l'automazione standardizzata ed informatizzata delle attività analitiche consente di ottenere ampie economie, concentrando le attività per esterni in un unico polo pubblico di Area Vasta. I budget utilizzati nel 2012 per le attività analitiche di laboratorio dovranno progressivamente essere riversati su attività per le quali sono alti i tempi d'attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale. Di un tanto si dovrà tenere conto nella stipula dei contratti fra struttura ed azienda capofila dell'Area Vasta di riferimento. Ne consegue che le strutture private accreditate sono autorizzate ad avvalersi di laboratori esterni, fermo restando l'erogazione interna delle prestazioni urgenti, con contratti formalizzati e trasmessi alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia.

Per quanto riguarda le attività di specialistica ambulatoriale per esterni erogate dalle Case di Cura private accreditate, il budget di ogni erogatore viene ridotto del 2% rispetto all'anno 2011. Per la prenotazione delle prestazioni è obbligatoria l'adesione alle agende CUP regionali. Con l'applicazione delle nuove tariffe, il risparmio della specialistica ambulatoriale viene riversato sull'attività di ricovero dello stesso erogatore.

Fermo restando che il finanziamento annuo per la specialistica ambulatoriale è di 180 euro pro-capite per abitante pesato, con il limite di 4 prestazioni medie, è necessario lavorare sull'appropriatezza delle richieste e sui percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali, orientando la produzione verso alcuni specifici settori di attività come programmato in Area Vasta, anche riconvertendo la produzione verso le attività di screening per i tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina.

La Regione si impegna, nell'ambito del governo della mobilità passiva fra Friuli Venezia Giulia e Veneto e in seguito agli accordi fra le regioni, a sviluppare un apposito progetto regionale di recupero delle fughe, relativamente ai settori di particolare criticità.

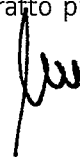
Art 5 Livelli di contrattazione

A livello regionale, vengono individuate le risorse economiche che per il tramite delle Aree Vaste sono destinate ai singoli erogatori privati, è concordato lo schema di accordo contrattuale e vengono definite le modalità e le tariffe con le quali l'erogatore pubblico assicura le prestazioni richieste dalle Case di Cura private.

A livello di Area vasta, viene definita la programmazione dell'offerta di ricovero e ambulatoriale delle Case di Cura private, per disciplina e tipologia di prestazione delle diverse specialità accreditate. In particolare, la programmazione annuale deve essere distribuita armonicamente nell'arco dei dodici mesi dell'anno ed orientare le attività tenendo in considerazione la situazione dell'offerta pubblica già presente nel territorio, delle liste d'attesa e dei livelli di fuga extra-regionale.

È quindi compito dell'Azienda capofila di Area Vasta, sentite le altre, con apposito atto sottoscritto annualmente con i soggetti privati stipulare l'accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività (tipologia e quantità di prestazioni delle diverse specialità accreditate). L'Azienda capofila di Area Vasta dovrà inviare l'accordo annuale alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia entro il 31 marzo di ogni anno.

La mancata sottoscrizione degli accordi tra Area Vasta e soggetti privati deve essere segnalata alla Direzione centrale della Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, inoltrando alla stessa la relativa documentazione per attuare i successivi provvedimenti. Entro il mese di gennaio 2014, la Direzione centrale della Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia invierà ai direttori generali delle aziende un fac-simile di accordo contrattuale valido per tutti gli accordi della Regione. Il mancato rispetto del contratto può costituire causa di risoluzione da parte di uno dei contraenti.



Art. 6
Risorse economiche

L'ammontare del finanziamento assegnato nel precedente accordo alle strutture private, ridotto del 2% rispetto al valore del 2011, corrisponde a € 61.943.640. La quota di specialistica ambulatoriale, riferita all'anno 2012, è ricalcolata con le nuove tariffe. Il risparmio è riversato nella quota ricoveri.

Il precedente accordo prevedeva altre quote da distribuire fra tutti gli erogatori privati ("residui", "vecchi accreditati" e "finanziamento per prestazioni critiche"). Tali quote vengono suddivise fra Case di cura private accreditate (70%) e gli altri erogatori privati per la specialistica ambulatoriale (30%). Le quote previste nel precedente accordo, anch'esse ridotte del 2%, corrispondono a "residui" (172.244 euro), "vecchi accreditati" (548.800 euro) e "finanziamento per prestazioni critiche" (1.029.000 euro). Il totale di tali quote ammonta a 1.750.044 euro e viene distribuito per il 50% come quota aggiuntiva agli erogatori al fine di ridimensionare gli effetti del mancato adeguamento delle TUC, e per il 50% in base al fatturato di ogni erogatore per potenziare le attività di ricovero per le quali sono alti i tempi d'attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale. La distribuzione della quota aggiuntiva è la seguente:

Casa di Cura Città di Udine	547.035
Casa di Cura Pineta del Carso	178.011
Casa di Cura Salus	187.082
Casa di Cura San Giorgio	721.467
Casa di Cura Sanatorio Triestino	116.449

Il precedente accordo prevedeva un meccanismo di regressione per un totale di 3.547.728 euro (riferimento anno 2011 ridotto del 2%). Ad ogni erogatore viene assegnata la quota di regressione riconosciuta nell'anno 2011, abbattuta del 2%. Tale quota viene totalmente riversata nella componente ricoveri per potenziare le attività per le quali sono alti i tempi d'attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale.

La quota di specialistica ambulatoriale della Casa di Cura Città di Udine è ricalcolata per comprendere l'attività di dialisi erogata nel 2012, non prevista nel precedente accordo, ricalcolata in base alle nuove tariffe, corrispondente a 1.681.665 euro. Inoltre sono aggiunte le quote direttamente riconosciute dall'azienda sanitaria n. 4, secondo nuova tariffa, per potenziare gli interventi sul cristallino (24.319 euro); le attività di fisioterapia (39.200 euro) e di RMN (68.600 euro). Inoltre, la stessa quota è detratta di 1.288.000 euro in conseguenza dello scorporo dell'attività di laboratorio analisi avvenuta nel 2013 ridotta del 2%.

La quota di specialistica ambulatoriale della Casa di Cura Salus è incrementata di 135.342 euro corrispondenti alla quota assegnata con fondi aziendali nel 2012 ridotta del 2%.

Ad ogni erogatore vengono pertanto assegnati, salvo errori od omissioni che la Regione si impegna a correggere anche nel corso dell'anno 2014, i seguenti budget:

Struttura	Ricoveri	Specialistica ambulatoriale	TOTALE
Casa di Cura Città di Udine	12.844.708	7.337.434	20.182.142
Casa di Cura Pineta del Carso	10.472.318	2.561.627	13.033.945
Casa di Cura Salus	6.598.931	4.111.233	10.710.164
Casa di Cura San Giorgio	13.214.497	3.643.148	16.857.645
Casa di Cura Sanatorio Triestino	4.900.622	2.601.071	7.501.693
TOTALE			68.285.589



A livello di Area vasta, su richiesta dei direttori generali, o su proposta degli erogatori, si possono prevedere trasferimenti di budget dalla quota ricoveri alla specialistica ambulatoriale, o viceversa. Di un tanto deve essere data comunicazione alla Direzione centrale Salute, Integrazione socio-sanitaria, Politiche sociali e Famiglia per l'autorizzazione. Resta inteso che tali richieste di spostamento devono essere proposte per potenziare le attività per le quali sono alti i tempi d'attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale.

Considerato che i risparmi derivanti dall'applicazione delle nuove tariffe rimangono agli erogatori con il fine di contrastare la fuga extra-regionale, ogni Area vasta dovrà monitorare l'andamento delle fughe extraregionali ed apportare i correttivi, a tal fine necessari, nel mix di casistica delle strutture.

Nel caso di acquisizione o di fusione tra due o più erogatori privati o di cambiamento della ragione sociale, si deve acquisire il parere preventivo della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, ai fini del mantenimento dell'accreditamento e dell'accordo contrattuale. In presenza di parere favorevole, i relativi *budget* saranno sommati e costituiranno un nuovo unico budget. Eventuali altri soggetti privati, che fossero accreditati successivamente alla sottoscrizione del presente accordo, non potranno fruire delle risorse economiche attribuite agli erogatori di cui alla tabella di cui sopra.

Art. 7 Tariffe

I soggetti privati applicano le tariffe del nomenclatore tariffario regionale al netto dei ticket. Vengono confermate le disposizioni relative agli sconti effettuati dagli erogatori privati di cui alla DGR 704/2007 così come modificata dalla DGR 1231/07. La rideterminazione delle tariffe non ha effetti sul budget assegnato ad ogni erogatore. Il risparmio rimane all'erogatore e costituisce elemento a disposizione dell'Area Vasta per rivedere gli accordi locali con i quali sono stati definiti i volumi di attività, secondo le indicazioni degli articoli 5 e 6.

Non è più previsto il meccanismo di regressione in quanto il fondo storico è stato assegnato ai singoli operatori. Le prestazioni eccedenti il budget assegnato non sono riconosciute.

Alle tariffe di specialistica ambulatoriale verrà applicata la trattenuta dei costi di prenotazione, come da costo sostenuto dagli erogatori pubblici, solo da quando il sistema informatico consentirà alle strutture private la completa gestione delle agende e delle conseguenti attività.

In analogia a quanto avviene per gli erogatori pubblici, le attività di ricovero prestate per i cittadini provenienti da altre Regioni vengono riconosciute alla tariffa TUC. In mancanza di analoga tariffa per la specialistica ambulatoriale, la stessa verrà corrisposta in base a quanto effettivamente riconosciuto dalla regione di provenienza del paziente.

Essendo gli erogatori tenuti a programmare l'attività armonicamente nei dodici mesi, non è consentita l'interruzione delle prestazioni per fine budget, pena la risoluzione dell'accordo contrattuale. Ne consegue che eventuali prestazioni eccedenti rispetto a quanto pattuito negli accordi contrattuali dovranno essere erogate gratuitamente.

È responsabilità di ogni singola Azienda sanitaria effettuare i controlli di cui alla legge 133/2008 e al decreto ministeriale 10 dicembre 2009, relativi all'attività erogata.

Art. 8 Fatturazione e pagamenti

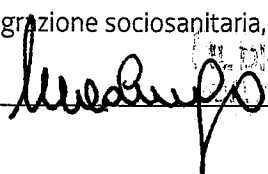
Gli erogatori privati verranno remunerati dall'Azienda capofila di Area Vasta secondo le seguenti modalità:



- al 30 di ogni mese viene liquidato d'ufficio l'acconto riferito al mese stesso, calcolato sulla base del 70% del *budget* mensile teorico (*budget* annuale diviso 12)
- al ricevimento delle relative fatture verrà disposto il saldo entro 90 giorni.

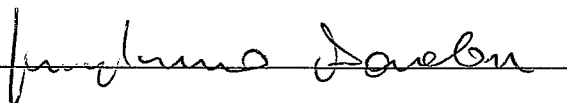
Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Dott. Adriano Marcolongo


IL DIRETTORE CENTRALE
ADRIANO MARCOLONGO

AIOP FVG

Dott. Guglielmo Danelon



AssoSalute FVG

Dott. Claudio Riccobon

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE