

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Delibera di Giunta - N.ro 2001/2054 - approvato il 9/10/2001

Oggetto: APPROVAZIONE DELL'ACCORDO GENERALE PER IL TRIENNIO 2001-2003 TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E LE ASSOCIAZIONI DELLA SPEDALITA PRIVATA AIOP E ARIS IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE DALLA RETE OSPEDALIERA PRIVATA.

Prot. n. (OSP/01/42553)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Tenuto presente che:

o ai sensi dell'art. 8 bis, comma 1, del D. L.vo 502/92 così come modificato con D. L.vo 229/99, le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 del richiamato decreto, 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;

o ai sensi dell'art. 6 comma 6 della legge 23 dicembre 1994 n. 724 concernente le misure di razionalizzazione della finanza pubblica, a decorrere dalla data di entrata in vigore del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalla Regione cessano i rapporti convenzionali in atto ed entrano in vigore i nuovi rapporti fondati sull'accREDITAMENTO;

o dal 1996 l'accREDITAMENTO opera comunque in via provvisoria, nei confronti dei soggetti convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta regolata da leggi regionali alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 502/1992, che accettino il sistema della remunerazione a prestazione sulla base delle tariffe predeterminate dalla Regione;

Richiamati:

- l'art. 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549 (collegata alla legge finanziaria 1996) per il quale le regioni e le unità sanitarie sulla base di indicazioni regionali contrattano con le strutture pubbliche e private un piano

annuale preventivo che ne stabilisca quantità presunte e tipologie anche ai fini degli oneri da sostenere;

- l'art. 1 comma 32 della legge 662/96 (collegata alla finanziaria 1997) secondo cui le Regioni, nell'ambito delle funzioni previste dall'art. 2, comma 2, del più volte citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, devono individuare, nel rispetto dei livelli di spesa stabiliti per l'anno precedente, la quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private. Inoltre la contrattazione dei piani annuali preventivi di cui all'art. 6, comma 5, della legge 23-12-1994 n. 724, ed all'art. 2, comma 8, della legge 28-12-1995 n. 549, deve essere realizzata in conformità alle predette indicazioni, con la fissazione del limite massimo di spesa sostenibile;

- l'art. 32, comma 8, della legge 27-12-1997 n. 449 (collegata alla finanziaria 1998), secondo cui le Regioni in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'art. 2, comma 5, della legge 549/95, e successive modificazioni sopra richiamate, devono individuare preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria, pubblica o privata, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'art. 1, comma 32, della legge 662/96 pure sopra richiamata;

- il comma 9 dello stesso art. 32 della legge 449/97, secondo cui le Regioni, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere devono assicurare l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse;

- il comma 3 dell'art. 72 della legge 23-12-1998 n. 448 (collegato alla finanziaria 1999), per il quale le Regioni, in attuazione di quanto disposto dal comma 9, art. 32, della legge 449/97, a decorrere dal 1999 e per gli anni 2000 e 2001, assicurano l'effettiva vigilanza ed il controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse in modo da realizzare una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario, anche attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria, nella misura annuale non inferiore all'1% dei ricoveri e della spesa complessiva a tal fine registrata nell'anno precedente;

Richiamate altresì:

- la deliberazione della Giunta Regionale n. 77 del 23 gennaio 1996 con la quale è stato provveduto a recepire ed approvare il protocollo d'intesa firmato in data 10 gennaio 1996 tra l'Assessore Regionale alla Sanità e le rappresentanze regionali della ospedalità private (Presidenza AIOP e

Presidenza ARIS) sugli orientamenti programmatici e linee guida da valere per il 1996 nei rapporti tra il servizio sanitario regionale e le istituzioni sanitari e private (Case di cura private) nella fase di accreditamento provvisorio ed automatico delle stesse istituzioni già convenzionate ed eroganti prestazioni di alta specializzazione;

- la successiva deliberazione della G.R. n. 1356 del 22-7-97 con la quale è stato provveduto a recepire ed approvare il protocollo d'intesa firmato in data 20-5-1997 con le integrazioni successivamente intervenute, tra l'Assessore regionale alla Sanità e le rappresentanze regionali della speditività privata (Presidenza AIOP e Presidenza ARIS), per la gestione della fase provvisoria e temporanea dell'accreditamento automatico delle strutture private di ricovero e cura della Regione Emilia Romagna già convenzionate o eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 502/1992 , allo scopo di prefigurare per l'anno 1997 e seguenti, un quadro certo e condiviso di rapporti per quanto concerne l'assetto delle prestazioni ospedaliere e di Day-Hospital erogabili dalla rete ospedaliera privata;

- le deliberazioni n. 1384 del 26 luglio 1999 di recepimento dell'Accordo generale fra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni della speditività privata AIOP e ARIS per gli anni 1999-2000, e la n. 114 del 2001 di approvazione di un accordo integrativo per l'anno 2000;

Considerato che:

i contenuti dei precedenti accordi, di cui alle deliberazioni sopra richiamate, sono stati rispettati;

si ribadisce una valutazione positiva dei risultati scaturiti dagli accordi precedentemente instaurati;

il quadro negoziale ha consentito una sostanziale certezza del budget di riferimento per il settore ed ha facilitato la stipula di contratti di fornitura aziendali in una logica di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato;

Considerato altresì che l'Assessore Regionale alla Sanità ha definito con l'AIOP e l'ARIS EMILIA-ROMAGNA, in rappresentanza delle strutture ospedaliere private associate della Regione, una proposta di accordo di carattere generale per il triennio 2001-2003 che in parte innova gli accordi precedenti, in un'ottica di regolamentazione dei rapporti, di definizione di tetti di budget sostenibili all'interno del quadro complessivo delle risorse di sistema sanitario;

Rilevato che tale proposta di accordo, presigliato in data 2 ottobre 2001 dall'Assessore regionale alla Sanità e dalle rappresentanze regionali della ospedalità privata associata (Presidenza AIOP e Presidenza ARIS), il cui testo allegato è parte integrante del presente atto deliberativo, si caratterizza per le seguenti novità sostanziali rispetto ai precedenti:

1. è da ritenersi esaustivo per quanto concerne i contenuti normativi, pertanto sostituisce a tutti gli effetti quanto previsto negli accordi precedenti;

2. la Parte I dell'accordo contiene tutti gli aspetti regolamentari generali, validi per tutti gli Ospedali privati associati alle associazioni firmatarie l'accordo, compresi pertanto gli ospedali di Alta specialità, con i quali si sottoscrive ulteriore e specifico accordo per quanto attiene gli aspetti e economici e produttivi;

3. ha validità triennale per quanto concerne le parti regolamentari, mentre viene rivisto annualmente nei contenuti economici;

4. viene definito un budget specifico, complessivo regionale, per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico, da considerarsi invalicabile e pertanto soggetto a penalità con il meccanismo della tariffa a scalare;

5. viene definita una sezione specifica per l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica (Parte III), che comprende anche gli aspetti precedentemente regolamentati nella del. 405 del 31/03/1998. Per tutto quanto specificato nell'allegato accordo e non corrispondente alla precedente delibera, la stessa perde di validità;

6. l'accordo vincola tutti i produttori appartenenti alle associazioni regionali AIOP e ARIS, pertanto sono comprese le strutture di Villa Serena di Forlì e del Cardinal Ferrari di Parma. In particolare per quest'ultima struttura, essendo in assoluto il primo anno di partecipazione agli accordi regione e ospedalità privata, viene ricompresa nei budget intra ed extra AUSL in ragione degli accordi locali precedentemente stipulati; pertanto le Aziende che ritengono necessario usufruire delle prestazioni fornite dall'Ospedale privato Cardinal Ferrari, anche in ragione delle specificità professionale che lo caratterizzano, possono stipulare accordi speciali dei quali si terrà conto nella definizione della parte economica a partire dal 2002;

7. viene definito un fondo per la revisione dei tetti regionali complessivi (punto B.7.), vale a dire un fondo per il riassorbimento di eventuali penalità, a fronte del raggiungimento di obiettivi di produzione di interesse regionale. In particolare tale risorsa deve essere considerata uno degli elementi a

disposizione del sistema sanitario regionale per affrontare il problema delle liste d'attesa in ambito ospedaliero;

La proposta di accordo per il triennio 2001-2003, pre-siglata dall'Assessore regionale alla Sanità e dalle Associazioni della speditività privata AIOP e ARIS Emilia-Romagna il 2 ottobre u.s., prevede inoltre, come già gli accordi precedenti:

- l'accREDITamento transitorio sempre per funzioni delle strutture di non alta specialità sulla base delle previsioni formulate nel precedente accordo del 1997, fino alla completa istituzione del sistema di accREDITamento definitivo e, in ogni caso, per una durata non superiore ad un triennio dalla data di entrata in vigore dell'accordo medesimo, fermi restando gli adempimenti previsti dall'applicazione della legge regionale sui requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITamento definitivo;
- l'individuazione del budget annuale di riferimento per le attività di ricovero ospedaliero private accREDITate intraziendali all'interno del quale le Aziende Sanitarie definiscono i contratti aziendali con il coinvolgimento delle strutture accREDITate presenti nell'ambito territoriale di riferimento, che si impegnano, singolarmente e/o in associazione, a garantire il rispetto della pattuizione contrattuale in termini di volumi e di tipologie di attività attesi, di garanzie per gli utenti e di responsabilità sui risultati produttivi attesi;
- la definizione del budget extra-aziendale e la possibilità di contrattazione con gli ospedali privati al di fuori dell'ambito aziendale, per importi di spesa storica superiore a 1 miliardo;
- la riqualificazione dell'attività ospedaliera ed il corretto inquadramento delle prestazioni secondo le linee stabilite dagli appositi provvedimenti regionali in materia di obiettivi di produzione ospedaliera (recupero di efficienza, riduzione del tasso di ospedalizzazione, miglioramento del rapporto costo/efficacia e qualità/quantità delle prestazioni, propensione all'utilizzo del D.H.);
- l'applicazione, per le attività di ricovero delle tariffe previste dal tariffario corrente nel periodo;
- l'individuazione di specifici meccanismi di penalizzazioni per il rientro della spesa nei limiti concordati e delle modalità di fatturazione delle prestazioni da parte delle strutture private erogatrici;
- la conferma dell'applicazione nei confronti delle strutture private accREDITate del principio dell'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal S.S.N.,

nonché del restante personale che comunque intrattiene rapporti con il S.S.N., e dell'applicazione, in caso di trasgressione, delle penalità già previste al punto A.6. dell'accordo;

la circostanza che l'accreditamento opererà a condizione che la struttura interessata sottoscriva un'apposita dichiarazione conforme al modello allegato all'accordo, di condivisione, sul piano negoziale, dei contenuti dell'accordo generale per il triennio 2001-2003 e di accettazione della remunerazione tariffaria contrattualmente vigente tempo per tempo;

Dato atto che l'accordo generale in esame riguarda l'ambito della cardiocirurgia e dell'alta specialità solo per quanto previsto nella parte I, e che per la parte economica e di definizione delle prestazioni si fa rinvio a specifico successivo accordo;

Ritenuto pertanto opportuno, urgente e conforme alla normativa richiamata approvare l'allegata proposta di accordo con la ospedalità privata;

Dato atto, ai sensi dell'art. 4, 6° comma, della L.R. 19 novembre 1992 n. 41, dell'art. 33, 2° comma della L.R. 31/94e successive modificazioni e del punto 3.1 della deliberazione n.2541/95:

o del parere favorevole espresso dal Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri d.ssa Kyriakoula Petropulacos in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione;

o del parere favorevole espresso dal Direttore Generale alla Sanità e Politiche sociali, dott. Franco Rossi, in merito alla legittimità della presente deliberazione;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la proposta di accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e AIOP e ARIS Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata in via diretta ed indiretta per il triennio 2001-2003, che si allega al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

2. di autorizzare l'Assessore regionale alla Sanità alla sottoscrizione dell'accordo di cui trattasi evidenziando come l'accordo stesso sostituisca, a tutti gli effetti quanto previsto negli accordi precedenti.

ACCORDO GENERALE TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E AIOP E ARIS EMILIA-ROMAGNA PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE DALLA RETE OSPEDALIERA PRIVATA IN VIA DIRETTA ED INDIRETTA EX ART. 8-QUINQUIES DEL D.LGS. 502/1992 E SUCC. MOD. E INT. – TRIENNIO 2001-2003.

Piano dell'accordo:

Considerazioni introduttive

Premesse

PARTE I (PARTE COMUNE AI SETTORI DI ALTA SPECIALITA', NON ALTA SPECIALITA' E NEUROPSICHIATRIA)

A.1.) Gruppi di produttori interessati al presente accordo

A.2.) Sistema regionale degli accordi contrattuali

A.3.) Fatturazione e pagamenti

A.4.) Controlli

A.5.) Commissione Paritetica

A.6.) Incompatibilità

A.7.) Day hospital

A.8.) Assistenza indiretta

A.9.) Accordi speciali

A.10.) Recupero mobilità

A.11.) Accesso alle strutture private accreditate

A.12.) Attività specialistica ambulatoriale

A.13.) Provvedimenti regionali

A.14.) Dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo Regionale 2001-2003

A.15.) Scelta del medico e/o dell'equipe a regime libero-professionale

PARTE II (PARTE SPECIFICA NON ALTA SPECIALITA')

B.1.) Accreditemento delle strutture ospedaliere private

B.2.) Tariffa applicabile e classificazione delle strutture di non alta specialità

B.3.) Budget

B.4.) La contrattazione locale

B.5.) Riqualficazione delle attività

B.6.) Articolazione e funzionamento dei meccanismi di budget e di penalizzazione

B.7.) Revisione dei tetti regionali complessivi a fronte del raggiungimento di particolari obiettivi di produzione di interesse regionale

PARTE III (PARTE SPECIFICA SALUTE MENTALE)

C.1.) Tipologie di ricovero

C.2.) Modalità di accesso

C.3.) Controlli e proroghe

C.4.) Tetto di spesa e penalizzazioni

C.5.) Tariffe

C.6.) Riferimenti

Allegati:

1. fac simile di dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo Regionale

2. contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale

La Regione Emilia Romagna e l'AIOP e l'ARIS Emilia Romagna, in rappresentanza delle strutture ospedaliere private associate della Regione, di seguito individuate anche solo come "le parti", nell'intento di proseguire e sviluppare ulteriormente il quadro negoziale avviato per la prima volta nel 1996, concordano sull'opportunità di dar corso ad una nuova intesa che recepisca e consolidi i contenuti delle precedenti riportandoli al quadro normativo attuale ed al mutato scenario rappresentato dall'evoluzione in corso del sistema sanitario regionale.

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

Le parti prendono atto che i contenuti dei precedenti Accordi Generali applicati per gli anni dal 1996 al 2000, sono stati rispettati con la produzione di un monte prestazioni che, per quantità e tipologia, riflettono sostanzialmente i contenuti di quanto concordato, anche in relazione all'esito della continua attività di monitoraggio esercitata dalla Commissione Paritetica Regionale, i cui lavori sono stati verbalizzati di volta in volta e sono custoditi agli atti delle singole parti.

L'AIOP e l'ARIS, concordemente alla Regione, rendono atto che il processo di accreditamento provvisorio delle strutture già convenzionate o eroganti prestazioni di alta specialità, regolato dall'art. 6 comma 6 della L.724/94, così come è stato concretizzato nella regione Emilia-Romagna successivamente alla sottoscrizione dei precedenti accordi generali per gli anni 1996 e 1997 ha salvaguardato con efficacia il principio di programmazione e costruzione di un sistema misto pubblico-privato nell'organizzazione ed erogazione dei servizi ospedalieri, delineando un modello efficace di competizione regolata e concretizzando il principio della libera scelta del cittadino, in un quadro di realizzata compatibilità finanziaria.

In attesa del completamento del processo di accreditamento istituzionale, così come attualmente disciplinato dall'art. 8-quater del D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, il quale demanda ad apposito provvedimento governativo la fissazione dei criteri generali ed uniformi per l'applicazione dell'istituto, le parti ritengono opportuno prorogare l'attuale regolamentazione provvisoria, per una durata in ogni caso non superiore ad un triennio, fermi restando gli eventuali adempimenti richiesti dalla normativa regionale vigente in materia alla data di sottoscrizione del presente accordo.

Le parti concordano nel ritenere la presente intesa, con riferimento anche alle disposizioni di cui al comma 8 art. 32 della L. n. 449/97 e della L. n. 448/98, quale presupposto, come avvenuto nei precedenti accordi stipulati tra le

stesse, per la dichiarazione di funzionalità alle scelte della programmazione regionale delle strutture ospedaliere private accreditate, sia di alta che di non alta specialità, salvo quanto diversamente stabilito dall'atto di indirizzo di cui all'art. 8-quater, comma 3, lettera b, del D.Lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

PREMESSE

La Regione Emilia-Romagna ribadisce la propria valutazione positiva circa i risultati dell'attuale quadro negoziale, nell'ambito degli accordi raggiunti, con l'ospedalità privata, che ha consentito di collocare all'interno della rete assistenziale integrata il circuito degli ospedali privati provvisoriamente accreditati in questa regione.

L'assetto negoziale ha consentito una sostanziale certezza del budget di riferimento per il settore ed ha aperto la strada alla stipula di contratti di fornitura aziendali che in molti casi hanno definito tipologie e volumi di attività relativi all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, day hospital, LPR, attività specialistica ambulatoriale) in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato.

Il quinquennio di validità degli accordi precedentemente stipulati ha coinciso con il periodo di attuazione della rimodulazione della rete ospedaliera regionale. Uno scenario d'insieme, ancora necessariamente parziale, che mette comunque significativamente in luce elementi di profonda trasformazione del sistema, ancora più rilevanti se rapportati al quadro complessivo nazionale, verso il quale la regione Emilia-Romagna si pone in forte controtendenza, con una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, e una significativa riduzione del tasso di ospedalizzazione dei cittadini emiliano - romagnoli.

In questa Regione sono stati quindi sostanzialmente raggiunti obiettivi strategici del sistema pubblico sviluppando nel contempo l'offerta privata.

Tutto ciò considerato e premesso

SI CONVIENE

di regolamentare i rapporti ex art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e succ. mod. e int. intercorrenti tra le parti in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata sulla base delle intese negoziali di cui al presente accordo, i cui contenuti sono da ritenersi esaustivi rispetto alla precedente disciplina pattizia.

Le statuizioni del presente accordo generale disciplinano i rapporti di fornitura delle prestazioni ospedaliere di alta specialità, di non alta specialità e di neuropsichiatria, salva diversa specifica indicazione contenuta nell'accordo stesso.

La validità del presente accordo è stabilita in anni 3 a decorrere dall'1.1.2001 per quanto attiene ai contenuti di carattere normativo, fatta salva la necessità di procedere a modifiche concordate. Le previsioni di ordine economico hanno validità annuale.

PARTE I

PARTE COMUNE AI SETTORI DI ALTA SPECIALITA', NON ALTA SPECIALITA' E NEUROPSICHIATRIA

A.1.) GRUPPI DI PRODUTTORI INTERESSATI AL PRESENTE

ACCORDO

Il presente accordo individua 3 gruppi di strutture eroganti (produttori) ai quali vengono correlati i relativi budget in base alle funzioni svolte.

1. Ospedali privati di non alta specialità:

Questo gruppo di produttori eroga prestazioni che fanno riferimento a 2 tipologie di budget: 1) prestazioni intra-AUSL, vale a dire rivolte a cittadini residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura; 2) prestazioni extra-AUSL, vale a dire erogate a cittadini non residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura. Nella parte specifica del presente accordo vengono definiti i relativi budget

2. Ospedali privati che erogano prestazioni di carattere neuropsichiatrico:

Questo gruppo di produttori ha un budget complessivo, per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico, che comprende sia i cittadini residenti che non residenti nella AUSL di competenza territoriale. L'individuazione di un budget specifico rappresenta una novità sostanziale dell'attuale accordo rispetto ai precedenti, e si giustifica, oltre per quanto in seguito oggetto di specifica intesa in materia di riorganizzazione dell'attività prestata dalle strutture neuropsichiatriche, con la peculiarità di detto settore rispetto al meccanismo di remunerazione (a tariffa giornaliera), alla valenza multizonale quanto a provenienza degli accessi e alla tipologia di attività di carattere prevalentemente residenziale.

3. Ospedali privati di alta specialità:

Questo gruppo di produttori individua gli ospedali privati di alta specialità per l'attività svolta in accreditamento. Per questo gruppo il presente accordo regionale, nonché quello specificatamente siglato per l'attività individuata sono esaustivi dei rapporti che tale tipologia di fornitori ha con il SSN in termini di budget, di meccanismi di controllo e di tipologie di prestazioni commissionate.

Sono escluse dal presente accordo le Case di cura ex art. 26 della L. 833/78 fatta eccezione per la casa di cura "Salus" (RN).

A.2.) SISTEMA REGIONALE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI

Il sistema degli accordi contrattuali regionali con i produttori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, prefigurato dall'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 così come successivamente integrato e modificato, è definito nella Regione Emilia Romagna dalla deliberazione della Giunta regionale n.426/2000, la quale prevede che il contenuto contrattuale debba determinare in maniera analitica i seguenti elementi strategici:

1. gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
2. il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda USL si impegnano ad assicurare distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
3. i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
4. il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese;
5. il debito informativo delle strutture per il monitoraggio degli accordi contrattuali e le procedure per il controllo esterno;
6. l'eventuale introduzione di un sistema di premio e penalizzazione tariffaria e budgetaria, anche ulteriore rispetto ai budget di cui alla presente intesa, relativo ai risultati conseguiti relativamente ad efficienza, efficacia, appropriatezza, coerenza con gli obiettivi strategici di riduzione del tasso di ospedalizzazione distribuito e diversificato per ambiti territoriali, rispetto dei budget, aderenza alla casistica concordata;

7. l'introduzione di indicatori adeguati per rendere oggettiva la misura del livello di raggiungimento degli obiettivi.

Le parti, inoltre, ritengono che relativamente all'anno 2001 le previsioni di cui al punto 2, alinea 8, del dispositivo della deliberazione di Giunta Regionale n. 426/2000 in materia di abbattimento tariffario in presenza di un numero di ricoveri superiore del 10% all'atteso e pattuito ed eventuali ulteriori iniziative dirette a limitare la capacità produttiva, trovano riscontro applicativo nei meccanismi di abbattimento tariffario previsti dalla presente intesa nelle parti specifiche, significando che in sede di valutazione a consuntivo dell'attività 2001 delle strutture private, la Regione assumerà le iniziative del caso, ritenute necessarie per il rispetto delle previsioni di cui sopra.

Per quanto riguarda le prestazioni di alta specialità, sia in termini di tipologie che di volumi, il contratto regionale è da ritenersi esaustivo e nulla viene demandato in sede di contrattazione locale.

Per tutto quanto riguarda la contrattualistica locale, si rimanda alla parte specifica del presente accordo, in quanto limitata alle attività di non alta specialità.

A.3.) FATTURAZIONE e PAGAMENTI

A.3.1) Fatturazione

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti nella Regione sono fatturate alle AUSL di provenienza del paziente, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica al ricovero e dalla documentazione sanitaria (tesserino sanitario); copia conforme della relativa fattura dovrà essere inviata anche alla AUSL di competenza territoriale della casa di cura.

Nel caso sorgessero problematiche conseguenti alla errata determinazione della residenza del paziente fa fede la fotocopia della carta di identità o l'eventuale autocertificazione prodotta dal cittadino comprovante l'esatto domicilio ai fini dell'individuazione dell'AUSL presso la quale lo stesso è assistito. Ove tale indicazione risultasse comunque errata per cause non ascrivibili alla struttura di ricovero sarà cura dell'AUSL destinataria della fattura prendere in carico la posizione, effettuare le opportune ricerche per appurare l'effettiva residenza del ricoverato ed attivare le procedure di compensazione della mobilità sanitaria.

Le prestazioni erogate a cittadini provenienti da fuori-Regione verranno fatturate all'AUSL di competenza territoriale della Casa di Cura, con l'indicazione del codice fiscale del soggetto ricoverato e della Regione o Stato estero di provenienza, in conformità alle vigenti convenzioni internazionali.

Le prestazioni a cittadini non residenti e non iscritti al SSN, né coperti dalle disposizioni internazionali in materia di reciprocità, verranno comunque erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nel budget.

Il volume di fatturato relativo ai residenti fuori regione non viene conteggiato nel budget, né l'accesso è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna.

La Regione si riserva il recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle regioni di residenza dei cittadini, informando le strutture private interessate sui casi e garantendo il coinvolgimento delle stesse nelle procedure di definizione delle contestazioni

A.3.2) Pagamenti

Le prestazioni a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura privata e a cittadini residenti fuori - regione o stranieri, fatturate in modo separato, verranno pagate dalla stessa AUSL entro 90 giorni dal ricevimento della relativa fattura, in deroga a quanto stabilito dalla DGR 379/96, allegato 1, paragrafo "A.7".

Le prestazioni a cittadini residenti in altre AUSL della Regione, fatturate separatamente alle stesse AUSL di provenienza, e inviate in copia conforme anche alla AUSL di competenza territoriale della casa di cura, saranno pagate dalla AUSL di provenienza del cittadino nello stesso termine sopra stabilito.

La Regione dovrà ricevere in copia conforme, dalla struttura emittente, le fatture relative ai ricoveri di cittadini extra-regione o stranieri, debitamente riepilogate e totalizzate nella lettera di invio. Alla scadenza dei 90 gg dalla data di emissione ed in coincidenza con la successiva erogazione periodica del finanziamento alle Aziende USL, la Regione si impegna a verificare con l'AUSL di competenza territoriale gli eventuale mancati pagamenti

A.3.3) Factoring

E' in facoltà delle strutture sanitarie interessate, che comunque intrattengono rapporti con le Aziende USL o Ospedaliere (accreditamento, convenzioni, appalti per fornitura di servizi, contratti sperimentali, prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, ecc.) attivare nei confronti delle Aziende le normali formule di finanziamento e anticipo commerciale (factoring, cessione di credito, delega all'incasso, cessione in monte dei crediti futuri ecc.) esclusivamente per fatture relative a cittadini della Regione Emilia Romagna e per fronteggiare gli eventuali ritardi nel pagamento delle partite scadute o da scadere.

In caso di ritardo nel pagamento superiore ai 30 gg rispetto alla scadenza dei 90 gg previsti, si stabilisce che le strutture interessate potranno attivare l'istituto del factoring "pro-soluto" (factoring senza rivalsa, anche secondo la tipologia della cessione in monte dei crediti futuri), mediante il quale il credito verso l'AUSL viene irrevocabilmente ceduto ad un istituto finanziario in modo definitivo e con garanzia del pagamento a carico del debitore; le commissioni dovute all'istituto e gli interessi decorrenti dalla scadenza del termine di pagamento sono a carico del debitore (Azienda USL e Regione) e dovranno essere pagate al factor a maggiorazione del credito o separatamente, secondo le modalità contrattualmente stabilite.

L'istituto finanziario potrà essere prescelto dal debitore ed il nominativo dovrà essere comunicato almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento; in tal caso le condizioni contrattuali del rapporto di cessione del credito dovranno salvaguardare il principio della totale assenza di oneri finanziari e per commissioni a carico del cedente e rispettare le modalità concordate al presente paragrafo.

In mancanza della indicata designazione da parte del debitore, nonché in caso di sua inerzia, la casa di cura potrà scegliere un istituto di suo gradimento e le condizioni contrattuali praticate dovranno ritenersi accettate dalla controparte, impegnandosi al contempo il creditore a ricercare un assetto degli oneri addossabili al debitore vantaggioso e sostenibile, comunque non lontano dalla media dei prezzi di mercato per cessioni di credito "pro-soluto" verso la P.A.

Quanto concordato al presente paragrafo costituisce variazione, per quanto di ragione e rispetto alle parti firmatarie del presente Accordo, dell'intesa regionale stipulata nel 1992 ai sensi della L.R. n. 38 del 5.5.1990 e recepita con DGR n. 6189 del 15.12.1992.

A.4.) CONTROLLI

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli ispettivi sulle prestazioni erogate, l'esito degli stessi derivante dalla definizione della controversia formalizzata con le consuete modalità in sede locale (acquiescenza, transazione o devoluzione al collegio arbitrale) dovrà essere regolarizzato contabilmente con l'apposita nota di accredito (una per ognuna delle tre casistiche sopra descritte), inviata all'AUSL competente per effettuare i necessari conguagli.

A.4.1) Controlli per prestazioni di non alta specialità

I controlli per prestazioni di non alta specialità dovranno essere effettuati con periodicità almeno trimestrale, onde permettere alle strutture una operatività contabile garantita da sufficienti margini di certezza.

Mentre per le prestazioni intra-AUSL i controlli sono svolti dalla Azienda di competenza territoriale, per le prestazioni extra- AUSL potranno essere svolti sia da questa che dalla Azienda USL destinataria delle fatture, previo accordo tra le medesime, onde evitare un raddoppio delle attività e l'utilizzo di criteri ed indirizzi interpretativi differenti.

Si ritiene opportuno altresì che l'attività di controllo sia concentrata in momenti concordati con la Direzione della struttura controllata ed alla presenza di un contraddittorio medico idoneo.

Deve essere garantito il rispetto della normativa sulla privacy.

Sono applicati i criteri e le modalità stabilite dall'allegato 8 alla DGR 1505/2001 e successive modificazioni, secondo il principio dell'equità e della parità tra strutture pubbliche e private.

A.4.2) Controlli per prestazioni di alta specialità

I controlli per prestazioni di alta specialità rientrano nell'attività di audit clinico svolta dall'Agenzia Sanitaria Regionale. Saranno svolti secondo le modalità procedurali previste dall'istituto dell'accreditamento volontario e secondo i criteri, ove compatibili, di cui al punto precedente. Le conseguenze economiche che promanano dall'esito dei controlli verranno regolarizzate nei confronti dell'AUSL di assistenza del paziente se residente in regione o dell'AUSL di competenza territoriale della struttura, se residente extra regione.

A.4.3) Tempistica dei controlli

Coerentemente a quanto stabilito nelle indicazioni regionali circa i tempi di esecuzione dei controlli e di componimento delle contestazioni in relazione alla mobilità ospedaliera tra Aziende Sanitarie della regione, i servizi preposti delle singole AUSL dovranno inderogabilmente portare a compimento i controlli sui ricoveri effettuati dagli ospedali privati entro 60 giorni dalla validazione delle relative SDO operata dalla Regione, così come le relative controdeduzioni dovranno essere prodotte entro i successivi 60 giorni.

A.4.4) Clausola arbitrale

Il sistema di controllo organizzato dalle AUSL con il coordinamento della Regione e dell'Agenda e finalizzato a prevenire e segnalare gli eventuali effetti distorsivi dell'applicazione del nuovo sistema tariffario deve essere orientato, in primo luogo, a fornire un servizio di collaborazione e supporto alle strutture, al fine di garantire, al contempo, la prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli operatori e la salvaguardia dei livelli di qualità assistenziale.

Qualora l'attività di controllo dovesse rilevare contestazioni agli operatori delle strutture interessate, con conseguenze sull'attività in accreditamento derivanti da una diversa valorizzazione dei casi trattati o incidenti, in termini di appropriatezza dei ricoveri e di congruità delle risorse sulla corretta osservanza delle regole di scambio, o, comunque, suscettibili di concretizzare un danno economico per l'una o l'altra parte, la controversia eventualmente insorta verrà devoluta su iniziativa di anche una sola delle parti, ad una commissione arbitrale insediata a livello di ogni Azienda USL composto da 5 membri, nominati, i primi quattro, due per ciascuno, dalle parti (Casa di Cura e AUSL), ed il quinto dai primi quattro all'unanimità; la nomina del 5° membro, in caso di disaccordo dei primi quattro, è effettuata dall'Assessore Regionale alla Sanità all'interno di una rosa di tre nominativi proposti dalla Commissione Paritetica e prescelti tra esperti non contigui per motivi professionali o di servizio alle parti in causa.

L'insediamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla decisione di voler attivare la commissione arbitrale, con proroga di 10 giorni per la nomina del quinto arbitro, e dovrà emettere la propria decisione entro due mesi dall'insediamento. Gli arbitri decideranno quali amichevoli compositori ispirandosi alle norme ed alle direttive regionali e nazionali in materia di accreditamento, di tariffe a DRG e di controlli e, ove non possibile, secondo equità; alla loro decisione le parti dovranno attenersi in modo vincolante.

Tale clausola è operativa anche in ordine a contestazioni già insorte o comunque relative a ricoveri precedenti. La Commissione opererà in coerenza con quanto stabilito dal livello regionale e nazionale in materia di controlli sulle attività di ricovero e compilazione della scheda nosologica e secondo criteri di parità e di equità tra pubblico e privato accreditato.

A.5.) COMMISSIONE PARITETICA

Come già previsto dagli accordi generali sottoscritti per gli anni 1996-2000, è istituita una Commissione Paritetica AIOP-ARIS/Regione alla quale è attribuito il compito di monitorare l'andamento finanziario e progressivo del presente accordo, nonché le sue modalità applicative, e di formulare eventuali proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie e da recepirsi nei successivi accordi.

La Commissione è composta da n. 4 membri, 2 designati congiuntamente dalle Associazioni private firmatarie del presente accordo e 2 nominati dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, di cui 1 è individuato nel responsabile del Servizio Presidi ospedalieri, il quale ha anche compito di coordinare la Commissione. Delle riunioni viene redatto verbale sottoscritto dai componenti e custodito agli atti dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

L'AIOP si impegna a fornire trimestralmente alla Commissione paritetica ed alla Regione i dati relativi al fatturato delle strutture aderenti dettagliati secondo quanto concordato. La Commissione paritetica, sulla base delle verifiche e del confronto con i dati risultanti dal sistema informativo regionale, approva i rendiconti infrannuali e i consuntivi annuali. A seguito dell'approvazione la Regione trasmette i dati alle Aziende Sanitarie.

A.6.) INCOMPATIBILITÀ

Si ribadisce l'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, nonché del restante personale, compreso quello universitario integrato, che comunque intrattiene rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, a prestare la propria attività nei confronti delle strutture accreditate.

E' vietato pertanto per dette strutture avere nel proprio organico, o in qualità di consulente, personale medico e non in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria a qualsiasi titolo espletata da personale medesimo presso la struttura accreditata, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Sono fatti salvi eventuali specifici accordi intervenuti in merito tra gli enti pubblici preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie (Aziende Sanitarie e Università, quest'ultima per la specifica funzione didattica e comunque nel rispetto del Protocollo d'intesa Regione - Università) e le strutture private accreditate interessate, per attività svolte nell'ambito di programmi aziendali, con particolare riferimento agli aspetti di continuità assistenziale, e comunque nel rispetto della normativa vigente.

Al riguardo la parte privata conferma l'impegno dei singoli Ospedali privati a corrispondere alla Regione Emilia-Romagna una somma pari a 10 volte il valore tariffario delle singole prestazioni effettuate per ciascuna violazione che, a seguito di accertamenti, dovessero essere rilevate in materia di incompatibilità per il personale medico, significando che in tutti i casi in cui si dovesse fare applicazione delle penalità sopra previste, è fatta salva la facoltà della Regione di esigere l'eventuale maggior danno, ai sensi dell'art. 1382 c.c., da liquidarsi di comune accordo, o, in difetto dal giudice civile, salva l'assunzione da parte della Regione di ogni altra iniziativa o provvedimento conforme alla legge.

Quanto sopra è legittimamente applicabile fatti salvi i casi in cui i sanitari interessati, con apposita autocertificazione rilasciata alle strutture, a disposizione delle Aziende USSL e della Regione, ai sensi del D.Lgs.403/98 e successivi concernenti la semplificazione amministrativa, abbiano attestato regolarmente la sussistenza della propria compatibilità ad operare presso istituti accreditati.

A.7.) DAY HOSPITAL

Come stabilito dalla deliberazione della Giunta regionale n. 2273 del 17.9.96, pienamente applicabile anche al settore privato ospedaliero, gli ospedali privati interessati potranno attivare i posti letto di DAY HOSPITAL (DH) con procedura semplificata, vale a dire mediante l'adozione, da parte dell'organo deliberativo di ogni struttura, dell'atto regolamentare rispondente alle indicazioni di cui alla citata delibera e dando la comunicazione conseguente all'Assessorato Regionale alla Sanità e all'Azienda USL competente; tale procedura semplificata è valida solo nei casi che i P.L. di DH rientrino nel 10% del totale, non siano in incremento e non definiscano una struttura separata, vale a dire facciano parte di U.O. esistenti.

I ricoveri in PL di DH potranno essere eseguiti solo in reparti appositamente così organizzati e secondo le modalità previste nelle "Linee Guida per il corretto funzionamento e potenziamento dei posti letto di assistenza a ciclo diurno (day hospital)" di cui alla deliberazione di Giunta Regionale citata.

Non più del 10% dei PL autorizzati di ogni struttura potranno essere adibiti alla funzione di DH e tutti, salvo i DH già autorizzati in precedenza, dovranno trovare origine da una riconversione o trasformazione dell'esistente in termini di PL ordinari.

La regolamentazione interna concernente l'organizzazione del DH potrà essere ispirata, in via sperimentale, al cd "modello dipartimentale" (modello organizzativo di tipo trasversale che comprende più unità funzionali).

A.8.) ASSISTENZA INDIRETTA

Il regime di assistenza indiretta, come prevista dalle normative vigenti, permane fino al 31/12/2001, salvo diverse indicazioni che pervengano a livello nazionale. Come previsto dalla legge finanziaria per l'anno 2001, art. 92 comma 16 sono escluse dall'assistenza indiretta le prestazioni erogate da personale dipendente del SSN in regime di attività libero professionale extramuraria, così come è esclusa per l'attività erogata in regime di ricovero libero professionale intramoenia presso Ospedali privati non accreditati che abbiamo stipulato accordi specifici con la Aziende Sanitarie pubbliche.

L'assistenza indiretta può essere erogata solo da ospedali privati non accreditati e dai reparti non accreditati delle strutture di alta specialità.

Il budget stanziato per l'anno 2001 ammonta a L. 7.000.000.000 (pari a euro 3.615.198).

Il budget previsto, definito su base storica, è rigido, e il suo andamento viene monitorato con la medesima tempistica definita per gli altri budget.

Lo sfondamento del budget determina, previa consultazione della Commissione paritetica, la sospensione dell'erogazione delle prestazioni in forma indiretta.

A.9.) ACCORDI SPECIALI

La Regione e/o le Aziende sanitarie pubbliche potranno avviare specifiche trattative, con la partecipazione dell'Aiop e dell'ARIS, con singoli ospedali privati per regolare i reciproci rapporti per rispondere a specifiche esigenze. Qualora tali nuovi ed aggiuntivi accordi dovessero comportare un incremento del valore della produzione, il relativo carico finanziario potrà essere previsto con la dotazione di risorse aggiuntive rispetto al budget concordato; tali risorse non dovranno essere considerate al fine del calcolo delle penalità.

Tutto quanto suddetto prestando attenzione ai contenuti di cui al successivo punto B.4.1.) ed al punto B.8.) al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni.

A.10.) RECUPERO MOBILITA'

Le parti private si impegnano a porre in essere le condizioni affinché si possa pervenire, come obiettivo generale, ad un recupero della mobilità passiva extra-regionale, utilizzando le opportune tecniche di circolazione dell'informazione relativa al proprio panorama produttivo e tecnologico ed al livello di comfort ambientale offerto.

Il punto 4.1. dell'Accordo Generale per gli anni 1999-2000, di cui alla deliberazione della Giunta regionale 26 luglio 1999, n. 1384, prevedeva l'incremento per ogni anno, a partire dall'anno 2000, del budget per l'assistenza ospedaliera diretta di una quota del recupero della mobilità extra regionale verificatasi nell'anno precedente.

Poiché non è materialmente possibile calcolare quanta parte dell'eventuale recupero sia da addossare al settore privato o pubblico, si stabilisce che al privato sia forfettariamente attribuita una quota dell'eventuale recupero finanziario, registratosi rispetto all'anno precedente, pari alla percentuale di attività svolta dalle strutture sanitarie private, misurata come numero di ricoveri per alta e non alta specialità e come numero giornate di degenza per la psichiatria, a favore di cittadini residenti in Emilia Romagna sul totale delle attività svolte a carico del SSN dal complesso delle strutture regionali. Tale percentuale deve essere calcolata separatamente per le strutture di alta e non alta specialità e neuropsichiatria in relazione alle specifiche attività svolte.

Sulla base delle risultanze che saranno comunicate dall'Assessorato Regionale alla Sanità in esito alle informazioni sulla mobilità interregionale (presumibilmente a luglio/agosto di ogni anno rispetto all'anno precedente), si procederà all'integrazione dei volumi contrattati tenendo conto degli eventuali recuperi ed incrementando proporzionalmente i singoli budget. Tale integrazione riguarderà il budget dell'anno in corso di validità e verrà commisurato ai singoli ambiti territoriali in sede di Commissione paritetica e successivamente comunicata alle AUSL.

A.11.) ACCESSO ALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

L'accesso alle strutture private accreditate è pienamente libero, senza vincoli o impegnative, sulla base della semplice prescrizione medica.

Le strutture accreditate potranno accogliere anche pazienti paganti in proprio o ristonati dalle compagnie di assicurazione, senza pregiudizio per l'attività assistenziale riferita al SSN. Tale quota di fatturato non potrà generare limitazioni di sorta, né riversarsi sul budget pubblico di competenza anche ai soli fini statistici.

A.11.1) Differenza per conforto alberghiero

La remunerazione per differenze di conforto alberghiero di ogni tipo pagata direttamente dal ricoverato resta completamente liberalizzata e riservata alla insindacabile decisione dell'amministrazione di ogni struttura privata, con obblighi di trasparenza, pubblicità delle tariffe e corretta comunicazione.

A.13.) PROVVEDIMENTI REGIONALI

La Regione si impegna a garantire l'uniforme applicazione a livello regionale dei criteri e delle modalità di svolgimento dei rapporti concordati e a tenere in conto quanto previsto nel presente protocollo d'intesa nell'adozione di provvedimenti che abbiano riflessi sul presente accordo.

A.14.) DICHIARAZIONE INDIVIDUALE DI ACCETTAZIONE

DELL'ACCORDO REGIONALE 2001-2003

L'accreditamento per gli anni 2001 e seguenti opererà a condizione che la struttura interessata sottoscriva la dichiarazione apposita, conforme al modello allegato sub 1), tramite la quale ogni erogatore attesterà di condividere anche sul piano negoziale i contenuti della presente intesa e di accettare la remunerazione tariffaria contrattualmente vigente tempo per tempo.

A.15.) SCELTA DEL MEDICO E/O DELL'EQUIPE A

REGIME LIBERO PROFESSIONALE

In materia di attività libero professionale esercitata all'interno di strutture private e con riferimento a prestazioni in accreditamento, vi è tra le parti una diversa posizione circa la possibilità, stante l'attuale legislazione, di poter estendere analogicamente alle strutture private la stessa disciplina già prevista per le strutture pubbliche.

In particolare, la Regione Emilia-Romagna ritiene che tale disciplina sia vigente per i professionisti dipendenti del S.S.N., mentre AIOP e ARIS ritengono che una

disciplina consimile sia applicabile per analogia anche ai propri medici strutturati e non strutturati, e di conseguenza alle prestazioni rese in accreditamento.

Si concorda pertanto di attendere in relazione a tale questione l'esito dei chiarimenti che dovranno essere emanati dal Ministero della Sanità.

In caso di esito favorevole alla possibilità di attivazione, la relativa disciplina potrà essere concordata secondo i contenuti già oggetto di confronto nel corso della presente trattativa.

PARTE II

PARTE SPECIFICA NON ALTA SPECIALITÀ

B.1.) ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

PRIVATE

Gli Ospedali Privati Provvisoriamente Accreditati di non alta specialità dell'Emilia-Romagna sono accreditati ai sensi dell'art. 6, comma 6, della L. 724/1994 (accreditamento automatico), fino alla completa definizione del sistema di accreditamento istituzionale di cui all'art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, e, in ogni caso, per una durata non superiore ad un triennio dalla data di sottoscrizione del presente accordo, fermi restando gli eventuali adempimenti in applicazione della normativa regionale in materia di autorizzazioni e accreditamento istituzionale vigente alla medesima data

Ai fini del presente accordo, si precisa che gli Ospedali Privati sono accreditati:

per le funzioni esercitate in accreditamento alla data della sua sottoscrizione;

per quelle diverse la cui domanda di esercizio, concordata con la Azienda USL perché conforme alla programmazione locale delle attività, sia stata accolta secondo le procedure previste dalla normativa regionale e non costituisca ampliamento della ricettività della struttura. La riconversione dei posti letto privati accreditati esistenti alla data di sottoscrizione del presente accordo, se comportante una maggiore spesa per le prestazioni correlate, potrà essere attuata solo con il reperimento in sede locale di risorse aggiuntive rispetto al budget qui concordato.

B.2.) TARIFFA APPLICABILE E CLASSIFICAZIONE DELLE

STRUTTURE DI NON ALTA SPECIALITA'

B.2.1) Attività intra regione

Alla produzione ospedaliera privata regionale si applicano le tariffe massime stabilite, in materia di non alta specialità, dai vigenti provvedimenti regionali, con riferimento alla fascia B. Le variazioni o le modifiche che verranno apportate all'attuale sistema tariffario deliberato nel corso dell'anno 2001 debbono essere congruenti con quanto definito in termini di budget nei presenti accordi.

In caso contrario si procederà ad una revisione degli accordi in essere, essendo l'assetto tariffario condizione determinante per l'accettazione dell'intesa.

B.2.2) Attività extra regione

Circa le tariffe applicabili alle prestazioni fornite in mobilità extra – regionale sono fatti salvi i contenuti applicativi delle eventuali decisioni della conferenza Stato – Regioni; tali atti potranno stabilire il ricorso ad un unico tariffario nazionale con validità per tutte le prestazioni erogate in mobilità extra – regionale indipendentemente dalla regione di produzione.

Fino a che tale disciplina non sarà resa operativa si applicano le disposizioni tariffarie vigenti in ambito regionale.

In materia di prestazioni neuropsichiatriche le parti si danno atto che, in caso di retroattività della tariffa unica nazionale, dovranno essere stabiliti in sede regionale dei contemperamenti atti ad evitare l'impatto negativo conseguente all'eventuale immissione nel sistema tariffario di un diverso criterio di remunerazione delle prestazioni (a caso trattato invece che a diaria giornaliera).

B.2.3) Attività ospedaliera riabilitativa

Allo stato attuale si riconosce che gli ospedali privati riabilitativi o aventi reparti riabilitativi (comprese le attività pneumologiche) erogano prestazioni ascrivibili ai reparti codice 56 e/o 60, in funzione delle vigenti autorizzazioni e del contenuto degli accordi locali. Le parti private prendono atto che è in fase di progettazione a livello regionale un diverso assetto della disciplina dei requisiti delle stesse strutture e che pertanto la griglia di classificazione dei reparti potrà essere rivista .

Considerati i riflessi di tali determinazioni sull'equilibrio economico del presente Accordo, i provvedimenti correlati alla revisione di classificazione e tariffaria di cui sopra saranno oggetto di confronto specifico tra le parti.

B.3.) BUDGET

L'attività ospedaliera in accreditamento degli ospedali privati eroganti prestazioni di non alta specialità dà luogo all'identificazione di 2 tipi di budget che si riflettono, anche tramite appositi meccanismi di riduzione delle prestazioni in eccesso, nella definizione di due tetti di spesa confluenti nell'unico budget regionale, nonché nella previsione di un budget di settore, innovativo rispetto alle precedenti annualità, che comprende l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica e parimenti confluisce nel budget regionale:

A) Prestazioni intra-AUSL: erogate dagli Ospedali Privati a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (budget 1), non comprende l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico;

B) Prestazioni extra-AUSL: erogate dagli Ospedali Privati a cittadini non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (budget 2) non comprende l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico;

C) Prestazioni intra ed extra AUSL: erogate dagli Ospedali Privati per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico sia a cittadini residenti che non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (budget 3 - vedasi in seguito parte specifica)

Le parti prendono atto che tale ripartizione della spesa nei primi due ambiti, operata per la prima volta a partire dal 1997, ha permesso di rendere praticabili varie soluzioni di collaborazione tra Aziende USL e gli ospedali privati, al punto che è generalizzata la pratica di concludere accordi locali attuativi della programmazione e degli indirizzi produttivi adottati in ogni realtà aziendale.

Per quanto attiene al terzo ambito, la cui previsione innovativa è prerogativa del presente accordo, si giustifica, oltre che per quanto in seguito oggetto di intesa in materia di riorganizzazione dell'attività prestata dalle strutture neuropsichiatriche, con la peculiarità di detto settore sia rispetto al particolare meccanismo di remunerazione (a tariffa giornaliera), sia in funzione della valenza multizonale quanto a provenienza degli accessi e della tipologia dell'attività di carattere prevalentemente residenziale.

L'attuale produzione del comparto privato ospedaliero di non alta specialità, anche in forza di dette intese locali ed in seguito ad ampie riconversioni dei

reparti secondo i criteri stabiliti dalla programmazione regionale (attivazione della lungodegenza, istituzione generalizzata dei DH, riconversione delle medicine e delle chirurgie a funzioni carenti in ambito locale) è pertanto in linea con gli orientamenti vigenti e con le esigenze emerse in ogni Azienda, a seguito dell'impegno alla trasformazione del sistema regionale attivato in questi anni.

Il budget complessivo di seguito concordato, sia per quanto concerne le prestazioni intra AUSL, sia per le prestazioni extra AUSL, è da ritenersi congruo in relazione all'attività erogata e che si prevede di erogare rispetto ai fabbisogni rilevati e compatibile con le risorse del sistema.

a) Budget di riferimento per le attività intra aziendali di ricovero ospedaliero nelle strutture private accreditate di non alta specialità (determinato sulla base delle indicazioni di fabbisogno provinciale rappresentate dalle Aziende Unità Sanitarie Locali) (BUDGET 1):

BUDGET 2001

BUDGET 1 (= 2000 + V.Serena di Forlì + Cardinal ferrari)

Lire Euro

Piacenza

L. 30.422.000.000

15.711.651,78

Parma

L. 34.360.418.000

17.745.674,93

Reggio Emilia

L. 19.292.000.000

9.963.486,50

Modena

L. 22.276.128.200

11.504.660,09

Bologna e provincia

L. 67.612.793.400

34.919.093,62

Ferrara

L. 16.960.000.000

8.759.109,01

Ravenna **

L. 31.934.853.000

16.492.975,15

Forlì

L. 17.210.160.000

8.888.305,87

Cesena

L. 23.002.000.000

11.879.541,59

Rimini

L. 25.544.000.000

13.192.375,03

TOTALE L. 288.614.352.600 € 149.056.874

Budget comprensivo dell'attività socio-sanitaria contrattata localmente con la CdC Stacchini

La composizione del budget 2001 si caratterizza per i seguenti aspetti (alcuni già consolidati da tempo):

Il budget di Forlì è stato incrementato della quota relativa a Villa Serena, che è tornata a far parte dell'AIOF.

Il budget di Rimini tiene conto degli accordi intervenuti in sede locale.

È stato inserito un budget d'ingresso per il Cardinal Ferrari in parte sulla provincia di Parma e in parte sul budget extraAUSL in riferimento all'accordo con la AUSL di Piacenza per gli importi già concordati con la struttura. Per utenti residenti in altre province le Aziende territorialmente competenti potranno contrattare ulteriori importi extrabudget di cui si terrà conto nella definizione del budget extraAUSL 2002

b) Budget di riferimento per le attività extra aziendali di ricovero ospedaliero nelle strutture private accreditate di non alta specialità (BUDGET 2):

Viene determinato per il 2001 in L. 45.535.464.600 pari a € 23.517.105

c) Budget di riferimento per l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica degli ospedali privati (BUDGET 3):

Viene determinato in L. 56.288.380.674 pari a € 29.070.523

Per quanto concordato sopra nella presente intesa, il tetto di spesa complessivo per le strutture di non alta specialità, viene quindi fissato per l'assistenza diretta in L. 390.438.197.874. pari a € 201.644.501

B.4.) LA CONTRATTAZIONE LOCALE

B.4.1) Per l'erogazione di prestazioni di non alta specialità, all'interno del budget fissato dall'accordo regionale, al fine di conseguire gli obiettivi di salute fissati dalla programmazione nazionale e regionale, le Aziende USL definiscono i contratti aziendali coinvolgendo le strutture accreditate presenti nell'ambito territoriale di propria competenza, o quelle che si trovano in ambiti limitrofi per definire le modalità di erogazione delle prestazioni comportanti volumi rilevanti di attività (superiori ad un miliardo di lire - pari a 516.456,90 euro - di spesa storica 2000). Le strutture private accreditate si impegnano, ciascuno per la propria struttura e/o in associazione, a garantire il rispetto della pattuizione contrattuale in termini di volumi e tipologie di attività attesi, di garanzie per gli utenti e di responsabilità sui risultati produttivi attesi.

Gli accordi contrattuali stipulati in sede locale dovranno inoltre essere formulati secondo le indicazioni di cui all'allegato 1 della deliberazione di Giunta regionale 426/2000, tenendo conto dei seguenti fattori ed eventualmente adattando le intese già intercorse ai contenuti minimi esplicitamente richiamati in detto allegato:

la contrattazione locale, per quanto attiene alle presente intesa, dovrà essere condotta con gruppi di produttori facenti capo alle articolazioni territoriali rappresentative dei soggetti firmatari dell'accordo generale

l'accordo regionale vigente al momento della sottoscrizione dell'accordo contrattuale in sede locale funge da intesa-quadro da cui dipendono principi e linee guida utili per orientare la contrattazione locale e la cui deroga, ove se ne ravvisi la necessità, deve essere esplicitamente motivata ed espressamente accettata dalle parti; in particolare dovranno essere osservate le linee guida previste al successivo punto 4.2 del presente accordo, in merito alle caratteristiche del contenuto pattizio e degli indirizzi produttivi di ogni struttura coinvolta;

in sede di accordi locali non potranno essere previste penalità specifiche rispetto al sistema regionale; fatte salve le situazioni in cui consensualmente si prevedano forme di penalità che intervengono a fronte della non adozione di comportamenti produttivi concordati;

la contrattazione locale dovrà indicare la prevedibile quota di ricoveri oggetto di invio diretto agli ospedali privati da parte della struttura pubblica

tale quota di prevedibile invio diretto costituisce il limite oltre il quale dovrà essere prevista una integrazione ai contenuti contrattuali con conseguente assegnazione di risorse aggiuntive corrispondenti;

sulla base di eventuali necessità aziendali la contrattazione locale potrà prevedere l'assegnazione di risorse aggiuntive rispetto ai budget previsti nella presente intesa, per lo sviluppo di specifici programmi aziendali compatibili con le indicazioni programmatiche della regione.

B.4.2) Contrattazione locale - ulteriori indicazioni

I budget 1 e 2 di cui al precedente punto B.4. sono relativi all'attività di ricovero ospedaliero, fatte salve le note specifiche ivi evidenziate.

Prevedono una quota di LPR nell'ambito provinciale secondo le necessità della pianificazione Aziendale, individuata orientativamente nel 20% dell'attività privata accreditata in termini di utilizzo dei PL.

La quota complessiva di LPR delle strutture private in ambito aziendale è pertanto coerente con la composizione dell'offerta pubblica ospedaliera regionale.

Gli indirizzi produttivi e le tipologie di prestazioni contrattate non sono a copertura di tutta la capacità dei singoli produttori, ma indicano le reali necessità del committente secondo il criterio della non pervasività della contrattazione, lasciando alle strutture un margine di autonomia produttiva e competitività, comunque improntata ai canoni dell'appropriatezza e dell'efficacia.

Nell'ambito delle funzioni contrattate i volumi acquisiti dovranno essere congrui rispetto ai requisiti dell'accREDITAMENTO dei reparti, secondo un principio quantitativo di "sostenibilità" nel rapporto tra entità economica delle prestazioni e costi affrontati per produrle, pur nell'ambito del principio della non pervasività.

I suddetti accordi non dovranno pertanto delimitare la produzione di ogni struttura aderente all'intesa (a tal fine saranno operanti i limiti apposti nel presente accordo), ma stabilire, secondo criteri di equità tra strutture pubbliche e private nella scelta delle funzioni da riconvertire e nella attribuzione delle specialità da esercitare, la quantità e la tipologia di prestazioni da fornire in via prioritaria e in conformità ai piani di attività locali, restando impregiudicato il quadro del livello tecnologico – professionale e la diversificazione specialistica propri di ogni struttura, che resta accreditata ed abilitata ad erogare prestazioni intra ed extra – AUSL, nonché fuori regione, per tutte le funzioni autorizzate.

Nel caso in cui, trascorsi 30 giorni dalla definizione degli obiettivi della programmazione aziendale, si riscontri il mancato raggiungimento degli

accordi a livello locale e persista incongruenza tra gli obiettivi citati e l'attività esercitata dalle strutture private la contrattazione verrà condotta a livello regionale con la partecipazione delle parti interessate e delle Associazioni rappresentative firmatarie del presente accordo .

In ogni caso, qualora le riconversioni comportassero significativi interventi strutturali e organizzativi, si dovrà tenere conto dei tempi necessari e l'obiettivo dovrà essere articolato nell'arco del triennio di validità del presente accordo, o, se ritenuto necessario dalle parti , in un tempo ulteriore.

B.4.3) Contrattazione locale extra-aziendale

I contratti relativi alle strutture private extra aziendali (e cioè situate al di fuori del territorio di competenza dell'Azienda USL) sono stipulati secondo i medesimi criteri di quelli intra aziendali, in questo caso con il singolo diretto contraente.

I contratti di fornitura sono stipulati per importi di spesa storica superiori a L.1 miliardo (516.456,90 euro), nell'ambito dei volumi corrispondenti alla spesa storica 2000.

Le tipologie di attività saranno coerenti con l'area assistenziale del produttore, salvo piani di riconversione graduale di durata almeno triennale.

In materia di prestazioni extra-aziendali non negoziate (attività inferiore a L. 1 miliardo) le parti private si attiveranno comunque per favorire il contenimento delle prestazioni entro il budget complessivo sopra concordato, fatta salva l'operatività dei meccanismi di penalizzazione di cui alla presente intesa, e si impegnano a produrre secondo una tipologia conforme agli indirizzi della programmazione regionale ed ai principi di riqualificazione dell'attività stabiliti nel seguente paragrafo.

B.5.) RIQUALIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'

Vista la necessità di favorire una complessiva riqualificazione dell'attività ospedaliera ed un corretto inquadramento delle prestazioni secondo quanto stabilito dai provvedimenti regionali in materia di obiettivi di produzione ospedaliera (recupero di efficienza, riduzione del tasso di ospedalizzazione, miglioramento del rapporto costo/efficacia e qualità/ quantità delle prestazioni, propensione all'utilizzo del DH), le parti private si impegnano a rimodulare la propria attività, e a riorganizzare il proprio sistema produttivo al fine di raggiungere l'obiettivo di erogare a regime, entro il termine di validità del presente accordo, una quota di prestazioni pari a quella erogata dai produttori pubblici in regime di ricovero diurno.

Ciò dovrà avvenire salvaguardando il principio secondo cui la struttura privata può effettuare il ricovero in regime ordinario solo nel caso in cui ciò sia richiesto da motivi attinenti le condizioni del paziente, anche sotto il profilo sociale e psicologico, l'età o la complessità del quadro clinico considerato.

Le parti private si impegnano inoltre ad adeguare il proprio assetto produttivo alla pianificazione regionale, conseguentemente alle indicazioni del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e dei documenti applicativi dello stesso, ed in virtù dell'inserimento delle strutture ospedaliere private a pieno titolo nella programmazione regionale di piano e della necessaria partecipazione, in qualità di produttori, ai processi di programmazione locale delle attività ospedaliere.

Le strutture si impegnano inoltre a rendere esplicito e ad informare conseguentemente il cittadino sui contenuti dell'episodio di cura, con particolare riferimento alle fasi di pre e post – ricovero (continuità assistenziale).

B.6.) ARTICOLAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI MECCANISMI DI

BUDGET E DI PENALIZZAZIONE

B.6.1) Tetti di spesa non alta specialità

Il budget complessivo regionale per la non alta specialità è fissato in lire 390.438.198.474, incrementato ogni anno della quota di recupero della mobilità extra regionale verificatasi nell'anno precedente, come disciplinato al punto A.10. del presente accordo.

Per il controllo dei tetti di spesa di cui ai budget 1 e 2 sono previsti i seguenti meccanismi regionali e locali. Il budget 3 verrà trattato specificatamente in apposito separato paragrafo.

B.6.2) Fascia di oscillazione

Viene definita una fascia di oscillazione delle attività ritenuta ammissibile del 5% all'interno dell'ammontare budgetario distintamente riferito alle attività intra aziendali (BUDGET 1) e a quelle oggetto di mobilità (BUDGET 2).

Entrambi i limiti, sia quello intra AUSL, con riferimento ai singoli importi negoziati per azienda all'interno delle intese locali (spesa negoziata), sia quello extra AUSL, sono quindi superabili per non più del 5%.

L'abolizione del terzo e quarto livello di penalità, previsti nei contratti regionali fino all'anno 2000, consolida all'interno di ogni singolo ambito locale le

possibilità di oscillazione (già stabilite nei precedenti contratti) senza permettere che un maggiore o minore incremento registrato in una AUSL possa influenzare in termini di penalità applicabili la produzione di un altro ambito territoriale (non travasabilità interprovinciale).

Budget e tetti complessivi regionali: i tetti regionali non sono superabili; nel caso in cui si verificano sfondamenti della cifra complessiva sopra riportata, tenendo conto del margine di oscillazione consentito, scatteranno i meccanismi di penalizzazione individuale e complessiva, fino al rientro con effetto retroattivo a tutta l'annualità interessata, mediante riduzione a scalare delle tariffe (tariffa variabile a scalare), come meglio di seguito specificato.

1° livello: prestazioni intra AUSL:

in caso di superamento in ambito locale dei singoli budget che concorrono a formare il budget 1 (budget intra-AUSL – conteggiati separatamente), opererà sempre a livello locale un sistema di remunerazione a scalare delle prestazioni individualmente eseguite in eccesso rispetto alle intese stipulate a livello locale, tale da ricondurre il monte prestazioni locale ad una massima oscillazione pari a quella prevista nelle intese stesse, che comunque non può superare il 5% definito dal presente accordo.

Posto che la somma dei singoli budget individuali delle strutture o dei fatturati storici 96 adeguati proporzionalmente, in caso di accordo locale senza indicazioni singole (denominati entrambi "di riferimento"), deve sempre essere uguale al budget concordato a livello Aziendale (metropolitano per la provincia di Bologna), la riduzione a scalare opererà con i seguenti criteri:

- riduzioni applicabili solo al fatturato in eccesso rispetto a quello di riferimento e solo se il fatturato complessivo locale supera quanto negoziato per più del 5%;

- rispetto al fatturato di riferimento (FR),

fino al + 3% : riduzione del 10%

da FR fino al + 6% : riduzione del 20%

da FR fino al + 8% : riduzione del 40%

da FR fino al + 10% : riduzione del 50%

oltre il + 10% : riduzione del 100%

(applicabile alle prestazioni eseguite in eccesso)

- le riduzioni così individualmente calcolate saranno applicate fino a concorrenza del rientro nel budget locale aumentato del 5%

Gli importi di riferimento individuale saranno fissati in sede di Commissione Paritetica alla luce dei contenuti dei contratti di fornitura Aziendali e/o della spesa individuale 96 adeguata proporzionalmente.

2° livello - prestazioni extra AUSL:

qualora si superi a livello complessivo il budget extra – aziendale assegnato a livello regionale, anziché un impianto di penalizzazione a tariffa variabile, opererà una riduzione a scalare disciplinata dalle seguenti modalità:

riduzioni applicabili solo al fatturato complessivo extra AUSL in eccesso rispetto a quello negoziato a livello regionale (budget 2) e solo se il fatturato complessivo regionale extra AUSL supera quanto negoziato per più del 5%;

rispetto al fatturato storico di ogni struttura prodotto nell'anno precedente, al netto delle penalità applicate, (FS),

dal FS fino al + 3%: riduzione del 10%

dal FS fino al + 6%: riduzione del 20%

dal FS fino al + 8%: riduzione del 40%

dal FS fino al + 10%: riduzione del 50%

oltre il + 10%: riduzione del 100%

(applicabile alle prestazioni eseguite in eccesso)

applicazione delle penalità ai produttori fino a concorrenza del rientro nel limite regionale aumentato del 5%.

Da tali penalizzazioni individuali e complessive (livelli 1 e 2) sono escluse le strutture Stacchini di Faenza e Salus di Rimini in quanto eroganti esclusivamente prestazioni a tariffa minima e per giornate di degenza.

B.7.) REVISIONE DEI TETTI REGIONALI COMPLESSIVI A FRONTE DEL RAGGIUNGIMENTO DI PARTICOLARI OBIETTIVI DI PRODUZIONE DI INTERESSE REGIONALE

Al fine di accelerare il perseguimento di alcuni obiettivi strategici del SSR in tema di assistenza in regime di ricovero e in particolare la riduzione del livello di inappropriatazza, l'accorciamento dei tempi di attesa, la continuità assistenziale e l'ulteriore abbassamento del tasso di ospedalizzazione, si concorda che, solo per quelle strutture che abbiano conseguito il rispetto di determinati obiettivi e vincoli produttivi (di seguito anche solo "obiettivi di produzione") puntualmente definiti più avanti, un sistema di abbattimento differenziato. Tale sistema opera in merito all'annullamento di eventuali penalità, per un importo massimo complessivo di L. 15 miliardi, pari al 3,84% della sommatoria dei budget 1, 2 e 3, secondo i meccanismi di seguito specificati.

La copertura finanziaria dell'eventuale differenza tra il valore della produzione ricompreso entro il tetto massimo concordato per i budget 1, 2 e 3, aumentati ove consentito del 5%, e quello che si potrà collocare entro il nuovo tetto massimo (+8,84%), sarà garantita dall'accantonamento a livello regionale di una corrispondente quota del Fondo Sanitario Regionale.

La concreta assegnazione della quota definita verrà stabilita dall'Assessorato Regionale alla Sanità, sentita la Commissione Paritetica, entro il 30 aprile dell'anno successivo mediante l'erogazione effettiva delle risorse alle AUSL di competenza territoriale delle singole strutture che avranno rispettato i vincoli di seguito specificati.

La quota parte individuata per ciascun budget è la seguente :

budget 1: L 12.093.000.000 (pari a € 6.245.513)

budget 2: L 1.907.000.000 (pari a € 984.883)

budget 3: L 500.000.000 (pari a € 258.228)

La quota parte individuata per ciascuna AUSL è conseguentemente determinata in modo proporzionale all'ammontare del corrispondente fondo provinciale rispetto al complesso del budget 1 regionale.

Nell'allegato sub 2 viene illustrata la disciplina applicativa della revisione dei tetti, tenendo conto del quadro regolamentare sopra delineato.

Una ulteriore quota parte del fondo, determinata in Lire 500.000.000 (pari a € 258.228.) sarà utilizzata dalle Aziende USL per il recupero specifico delle liste di attesa relative alla chirurgia dell'ernia discale e potrà essere utilizzata in sede negoziale, per la acquisizione di prestazioni sia da strutture di non alta specialità che da strutture di alta specialità.

Nel corrente esercizio, considerati i tempi di conclusione del presente contratto, la suddivisione del fondo per il recupero delle liste d'attesa per gli interventi di ernia discale, verrà effettuata in sede regionale tenendo conto della produzione incrementale effettuata dalle strutture rispetto all'anno precedente.

Le singole USL, nell'ambito degli accordi-contratti con le strutture private definiranno operativamente le specifiche territoriali rispetto al meccanismo generale.

Gli obiettivi rilevanti, illustrati nell'allegato documento tecnico (sub 2), sono suddivisi tra obiettivi di interesse regionale e locale e sono caratterizzati dalla rispondenza ai seguenti criteri:

- Misurabilità
- Oggettiva evidenza
- Rilevabilità sulla base dei flussi informativi routinari

Vengono allegate alla presente intesa le schede tecniche di definizione degli specifici obiettivi, illustrative delle modalità di verifica e misurazione del loro raggiungimento, nonché delle modalità tecniche di ripartizione fra i diversi ospedali appartenenti alle varie categorie.

Il perseguimento degli obiettivi e l'attività ad essi correlata non deve comunque essere in contrasto con l'obiettivo strategico di non incrementare il tasso di ospedalizzazione all'interno del territorio delle aziende nonché complessivamente a livello regionale. L'aumento quantitativo di attività deve quindi essere di fatto indirizzato verso quelle prestazioni individuate come critiche e concordate.

In ogni caso la possibilità, per ogni singola struttura, di vedersi riconosciuta una produzione superiore, vale a dire che genera un fatturato passibile di penalità, fino al limite massimo consentito, si definisce tramite la verifica successiva e sequenziale dei seguenti punti:

1. Nell'ambito dei budget 1 e 2 deve essere stato utilizzato il margine di oscillazione del 5% definito dal presente contratto al punto B.6.2; all'interno del budget 3 dovrà essere evidenziata una produzione ulteriore rispetto al tetto concordato, tale da comportare l'applicazione di penalità.

2. La struttura specifica, che presenti un fatturato eccedente i limiti concordati e comportante l'applicazione di penalità, deve avere raggiunto un numero minimo di obiettivi quali-quantitativi come definiti dalla allegata scheda tecnica per poter beneficiare dell'abbattimento delle penalità.

3. La revisione dei limiti budgettari opererà mediante abbattimento delle eventuali penalità per produzione aggiuntiva fino a concorrenza degli importi stanziati per ogni singolo budget e nella misura massima stanziata al presente fine .

PARTE III

PARTE SPECIFICA SALUTE MENTALE

La presente parte III dell'accordo è rivolta alle strutture private che forniscono attività di tipo psichiatrico, e specificatamente ai seguenti ospedali privati:

1. Villa M. Luigia
2. Villa Rosa
3. Villa Igea
4. Ai Colli
5. Villa Baruzziana
6. Villa Chiara
7. Villa Azzurra

Gli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica sono equiparati a tutti gli effetti ai presidi ospedalieri per le attività di degenza e per le funzioni svolte devono ritenersi assimilabili, ai fini del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale", alle strutture residenziali che accolgono soggetti volontari con bisogni di interventi diagnostici – curativi – riabilitativi di breve e media durata.

Va comunque sottolineato che al settore della psichiatria e neuro psichiatria si applica la disciplina sopra delineata con riferimento al settore della non alta specialità, per tutto quanto non di seguito specificato.

C.1.) TIPOLOGIE DI RICOVERO

Relativamente alla tipologia dei ricoveri, si precisa che l'inquadramento degli ospedali privati con attività di carattere psichiatrico e neuropsichiatrico, e quindi dei posti letto psichiatrici, deve essere considerato parte integrante della rete di degenza del Dipartimento di Salute Mentale a completamento della tipologia dell'offerta di ricovero; tutto ciò nel rispetto comunque dell'autonomia gestionale ed organizzativa delle strutture anche in considerazione della specificità delle prestazioni erogate.

Le tipologie di ricovero ammesse per queste strutture di degenza sono così classificabili:

- brevi-degenza;
- media-degenza programmata;

BREVI-DEGENZA: deve intendersi tale il ricovero finalizzato alla valutazione diagnostica e all'inquadramento e aggiustamento terapeutico del caso. Esso ha i connotati della volontarietà e della disponibilità all'attesa secondo i tempi indicati al successivo punto C.2.B. delle "modalità di accesso". La degenza massima non può superare i 30 giorni, salvo proroga da definire, caso per caso, d'intesa con il DSM di riferimento.

MEDIA-DEGENZA: è da intendersi come tale il ricovero programmato per persone con quesito diagnostico ed impostazione del trattamento particolarmente complessi, determinati dalla molteplicità dei livelli diagnostici e dagli aspetti psico-sociali del soggetto. Esso ha i connotati della volontarietà e disponibilità all'attesa secondo i tempi indicati al successivo punto C.2.C. delle "modalità di accesso".

La durata dei ricoveri della media-degenza non può superare i 60 giorni, salvo proroga da concordare con il DSM di riferimento. Comunque il ricovero prorogato, anche nei casi eccezionali, non può superare complessivamente i 120 giorni. Oltre tale termine il paziente dovrà accedere a programmi di ricovero residenziale a lunga durata o in via transitoria alla lungo-degenza, d'intesa con i DSM.

EMERGENZA - URGENZA: L'emergenza è assicurata solo dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC).

Per quanto riguarda l'urgenza il ricovero può avvenire in casa di cura privata solo se programmabile e ben definiti i connotati della volontarietà e della disponibilità all'attesa nelle 24 ore.

DEGENZA PROLUNGATA: sono inquadrabili nella degenza prolungata i ricoveri dei soggetti, già in carico ai Servizi Psichiatrici o degenti presso gli Ospedali privati che necessitano di un trattamento terapeutico di lungo periodo (superiore quindi ai 60 giorni). I soggetti interessati devono essere ospitati in strutture residenziali secondo la tipologia prevista dal progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale".

La programmazione di tali strutture, prevede però tempi di realizzazione non immediati, per cui in via transitoria, si rende necessaria la cooperazione di tutti i soggetti (pubblici e privati) al fine dell'utilizzo dell'intera rete di ricoveri per le attuali necessità.

I programmi di lungodegenza vanno previsti su un massimo di 180 giornate. Oltre tale limite andrà riprogrammata l'attività, da parte dei DSM.

L'attività di psichiatria e di neuropsichiatria, erogata fino ad oggi, si è connotata per il trattamento, in via non esclusiva, di pazienti bisognosi di cure residenziali; in ossequio a tale caratteristica, le parti accettano di prefigurare un assetto che comprenda anche le funzioni residenziali anzidette, secondo i requisiti che saranno oggetto di confronto tecnico e che costituiranno i presupposti per l'avvio del processo di accreditamento, pur continuando a permanere le strutture interessate dal presente accordo nel comparto ospedaliero soggetto ad autorizzazione secondo le norme della LR 34/98 e della DGR 125/99.

Oltre alle anzidette funzioni residenziali psichiatriche e neuropsichiatriche, anche in considerazione dei progetti di collaborazione avviati da alcune strutture nei cosiddetti comparti specialistici (disturbi del comportamento alimentare, doppia diagnosi, psicogeriatrics, interventi diagnostici e terapeutici per adolescenti, psicologia clinica, disassuefazione dall'alcol, ecc.), alcuni reparti potranno essere riconvertiti a talune delle citate attività, mantenendo fermo l'attuale assetto dell'offerta quantitativa, posizionata sull'utilizzo in accreditamento per cittadini della regione pari a circa 480 PL. I progetti di trattamento specialistico, da sviluppare in un'ottica di continuità di presa in carico e terapeutica, possono prevedere un servizio connotato da un mix di prestazioni, anche ambulatoriali o a domicilio, ove necessario.

C.1.2.) Quadri diagnostici.

Vengono ritenuti:

1. quadri primari per il ricovero le seguenti diagnosi: psicosi schizofreniche, psicosi affettive, stati paranoidei, altre psicosi, farmacodipendenza (doppia diagnosi), disturbi della personalità;

2. quadri secondari: psicosi alcoliche ubriachezza patologica, disturbi neurotici, reazione di adattamento; ai fini della verifica, nella relativa scheda di accettazione, deve essere indicato il motivo della necessità del ricovero.

Sono ulteriormente previsti ricoveri per le patologie afferenti ai comparti specialistici (disturbi del comportamento alimentare, doppia diagnosi, psicogeriatría, interventi diagnostici e terapeutici per adolescenti, psicologia clinica, disassuefazione dall'alcol).

C.2) MODALITA' D'ACCESSO

A) per l'urgenza, l'accesso avviene su prescrizione del DSM, tenendo conto che il ricovero stesso deve essere effettuato, per la specificità organizzativa dell'ospedale privato, con preavviso di 24 ore, entro le ore 17 di tutti i giorni feriali e non nei giorni festivi;

B) per la brevi-degenza, l'accesso è libero. Resta comunque ferma la garanzia che il DSM possa ricoverare entro 7 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico.

C) per la media-degenza, l'accesso avviene su valutazione del DSM, sia per i pazienti in carico al Centro stesso, sia per quelli afferenti la casa di cura. Resta comunque ferma la garanzia che il DSM possa ricoverare entro 10 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico.

D) per la lungodegenza, l'accesso avviene su proposta del DSM e in accordo con la Casa di Cura privata. Il DSM può ricoverare entro 15 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico.

C.3) CONTROLLI E PROROGHE

I controlli devono essere:

a) individuali su singolo paziente secondo la normativa regionale vigente;

b) con verifica semestrale dello stato di attuazione dell'accordo, e con valutazione alla fine di ogni anno.

I controlli dovranno essere effettuati in corso di degenza dal DSM di provenienza del paziente in trattamento.

Restano validi ed applicabili i normali controlli sulla SDO di competenza dell'Assessorato Regionale.

Le proroghe sono sempre determinate dai DSM di riferimento territoriale del paziente, sia per le brevi-degenze che per le medie-degenze.

Devono essere previsti espliciti i protocolli operativi per la richiesta di proroga che definiscano anche i tempi di risposta dei DSM. In mancanza di risposta da parte del DSM di riferimento la struttura è tenuta a rinnovare la richiesta ogni 7 giorni.

In presenza della richiesta reiterata e della mancata risposta non si applicano le riduzioni tariffarie.

C.4) TETTO DI SPESA E PENALIZZAZIONI

Nell'ambito del budget regionale per la non alta specialità viene ricavato un sotto budget per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico degli ospedali privati accreditati elencati nel paragrafo iniziale della presente parte III.

L'ammontare di tale budget (BUDGET 3) è pari a L. 56.288.380.674, pari a € 29.070.523, e viene definito mediante la valorizzazione dei PL contrattati a livello regionale sulla base delle necessità di utilizzo mediamente manifestate nel triennio precedente, tenendo conto delle modifiche tariffarie di seguito specificate.

In caso di eccesso di produzione rispetto al budget complessivo di settore, si procederà alla decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato un volume di attività superiore rispetto alla media del triennio precedente, calcolata adeguando le medie individuali e la loro somma al budget contrattato con la presente intesa. Tale penalizzazione sarà applicata in misura proporzionale all'eccesso di produzione individuale rispetto alla media e nella quantità sufficiente a permettere il rientro nel budget complessivo; della stessa beneficeranno, in misura proporzionale, le AUSL destinatarie del fatturato della struttura penalizzata.

C.5.) TARIFFE

Le attività psichiatriche erogate dagli ospedali privati nel settore ospedaliero/residenziale sono remunerate, fatti salvi diversi accordi per attività specifiche, con una tariffa unica, valida per tutte le strutture, pari a L. 300.000 pro – die. Sulle gg eccedenti il 60° si applica la tariffa minima prevista per la lungodegenza medica per i trattamenti di ricovero intensivi.

Ai ricoveri di breve e media-degenza che si prolungano nei termini e con le modalità di proroga di cui sopra, oltre i primi 60 giorni, non si applica detta riduzione.

Ai ricoveri per degenza prolungata non si applicano riduzioni in quanto accesso e proroga sono di competenza dei D.S.M. (vengono fatti salvi eventuali, diversi accordi locali in merito).

C.6.) RIFERIMENTI

Nella presente parte riferita agli ospedali privati psichiatrici sono stati espressamente ripresi i punti: 2-Tipologia dei ricoveri; 2.1-Quadri diagnostici; 3-Modalità d'accesso; 4-Controlli e verifiche; 5-Tariffe, di cui alla "Relazione della Commissione Psichiatrica" parte integrante della delibera n.405 del 31/03/1998.

Restano pertanto valide tutte le indicazioni relative ai restanti punti della relazione stessa, in particolare quanto previsto nelle linee guida relative alle procedure terapeutiche concordate e condivise.

Allegati:

1) facsimile di dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo Regionale

2) documento tecnico sul funzionamento del sistema di incentivazione ed integrazione tariffaria

allegato 1 all'accordo generale

**FAC SIMILE DI DICHIARAZIONE INDIVIDUALE DI ACCETTAZIONE
DELL'ACCORDO REGIONALE 2001-2003**

(carta intestata dell'Ospedale privato)

L'Ospedale privato . con sede in

via .. n. C.F. . , P. IVA . , autorizzata all'esercizio con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. . del .. e successive modificazioni ed integrazioni , legalmente rappresentata dal Sig. in qualità di .
(titolare, presidente del CdA, amministratore, ecc.)

PRESO ATTO

- dell'Accordo Regionale sottoscritto in data . dall'Assessore Regionale alla Sanità e dai Presidenti dell'Aiop e dell'ARIS Regionali;
- della Deliberazione di Giunta Regionale n . del .. di recepimento dell'Accordo di cui sopra;
- dei contenuti dell'art. 12 della L.R. n. 34/98;
- del Decreto Legislativo n. 229/99 emanato in attuazione della L. 419/98 ;
- della necessità di formulare espressa accettazione delle tariffe vigenti e dell'accordo regionale sull'ospedalità privata, sopra evidenziato , al fine di poter accedere alla qualifica di soggetto privato transitoriamente accreditato;
- della richiesta già inoltrata dalla scrivente struttura al Presidente della Giunta Regionale, in ottemperanza al predetto art. 12 della L.R. n. 34/98;

DICHIARA

- di accettare il sistema di pagamento a tariffa di cui alla DGR. n. 1505/2001 e successive modificazioni, valide tempo per tempo;
- di accettare e condividere i contenuti dell'accordo regionale citato in premessa e sottoscritto dall'Associazione Regionale di appartenenza,

al fine di poter mantenere la qualifica di soggetto privato accreditato ed accedere all'applicazione dell'accordo regionale di settore e dei contratti locali di fornitura.

data

(firma)

allegato 2 all'accordo generale

CONTENUTI E LINEE GUIDA APPLICATIVI DEGLI OBIETTIVI DI INTERESSE REGIONALE DI CUI AL PUNTO B.7 DELL'ACCORDO GENERALE

Ai fini della ripartizione del fondo di cui al punto B.7 dell'accordo generale, gli ospedali privati di non alta specialità vengono classificati in base alla tipologia delle discipline sanitarie per cui sono accreditati, in quanto gli obiettivi applicabili possono essere diversi a seconda dell'attività sanitaria svolta.

Vengono individuate le seguenti tipologie:

ospedali polispecialistici;

ospedali chirurgici;

ospedali medici;

ospedali riabilitativi;

ospedali che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica

Lo schema seguente classifica ciascun ospedale per le tipologie individuate e lo correla agli specifici obiettivi ai quali può partecipare.

La suddivisione del budget disponibile e la determinazione del valore massimo di remunerazione integrativa raggiungibile da ciascun ospedale avviene seguendo i seguenti criteri:

1. viene predefinito un sotto budget pari a L. 500.000.000, pari a € 258.228, dedicato agli ospedali che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica; la suddivisione avviene in base al peso relativo del fatturato relativo all'attività psichiatrica ciascun ospedale rispetto al totale del fatturato per tale attività di tutti gli ospedali interessati;
2. il restante budget viene suddiviso tra i budget 1 e 2, come previsto al punto B.7 dell'accordo, e nell'ambito di ciascun budget, aziendale e extraaziendale, tra le strutture in base al peso relativo dei singoli fatturati complessivi al netto penalità;
3. l'abbattimento delle penalità, a concorrenza del fondo, verrà concesso solo in casi di produzione ulteriore rispetto ai budget 1,2 e 3 (tenendo conto dell'operatività dei margini di oscillazione) e non potrà mai superare l'importo delle penalità derivanti dalla applicazione dei meccanismi di penalizzazione.

La possibilità di partecipare alla suddivisione del fondo con funzione di abbattimento delle penalità per ciascun ospedale, avviene raggiungendo un numero minimo di obiettivi, , fra quelli assegnati secondo lo schema, così definito:

ospedali polispecialistici 3 su 7 (4 su 9 se dotati di reparti riabilitativi)

ospedali chirurgici: 2 su 5

ospedali medici 2 su 5 (3 su 7 se dotati di reparti riabilitativi)

ospedali riabilitativi 2 su 5

ospedali neuropsichiatrici 2 su 5

Scheda tecnica di definizione degli obiettivi

Obiettivo n. 1: Riconversione di attività in chirurgia specifica

Tale obiettivo è di prioritaria importanza perché rivolto a fornire adeguata risposta alla eventuale presenza di liste di attesa in determinati settori ospedalieri.

L'obiettivo è rivolto agli Ospedali Privati che erogano attività chirurgica, pertanto agli ospedali polispecialistici e chirurgici.

Partecipano all'erogazione del fondo coloro che, all'interno dell'attività chirurgica erogata a fine 2001, avranno raggiunto una quota almeno del 20% del fatturato dedicata alla casistica individuata.

L'obiettivo si considera raggiunto se, all'interno del fatturato complessivo dell'Ospedale privato la percentuale dedicata a tale attività incrementi almeno del 3% e/o di almeno 15 casi.

Tipologia di interventi:

1. Protesi d'anca
2. Protesi del ginocchio
3. Cataratta
4. Ernia discale

5. Altri interventi sul ginocchio

6. Colicistectomia

7. Varici

In sede locale potranno essere concordate in via sostitutiva prestazioni / obiettivi diverse dalle precedenti e rispondenti alle tematiche che coinvolgono la presenza di lunghe liste di attesa.

Obiettivo n. 2: Progettazione di percorsi ambulatoriali

L'obiettivo è rivolto a tutte le tipologie di Ospedali Privati del gruppo di non alta specialità, compresi quelli che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Consiste nel presentare un progetto di riconversione di attività, attualmente trattata in regime di ricovero sia ordinario che di day hospital, in percorsi ambulatoriali complessi ad accesso singolo o multiplo.

Il progetto, da presentare entro il 31/12/2001, deve obbligatoriamente essere concordato con la AUSL di competenza territoriale e contenere il seguente set minimo di informazioni:

1. Tipologia della casistica da trattare in termini codici di patologia e prestazionali (quali DRG originano se trattati in regime di ricovero) e sua numerosità;
2. Definizione dei percorsi di accesso in termini di invii, prenotazioni e modalità erogative specifiche standard previste (un accesso o più accessi da parte del paziente);
3. Tempi di realizzazione;
4. Tariffe concordate per i diversi percorsi assistenziali.

Nel 2002 verrà effettuata la verifica sulla realizzazione dei progetti presentati.

Nel contempo la regione emanerà linee guida sull'argomento con particolare attenzione al momento della verifica delle congruità dei compensi e delle modalità di determinazione, programmando la revisione, se ritenuto necessario, dell'attuale assetto tariffario del comparto ambulatoriale.

Obiettivo n. 3: Messa in rete di posti letto

Partecipano a tale obiettivo tutti gli ospedali privati polispecialistici e medici.

L'obiettivo consiste nel dare la propria disponibilità, documentata negli accordi locali, all'AUSL di riferimento territoriale di una quota di PL per invii da parte delle strutture pubbliche di pazienti in lungodegenza, di pazienti acuti da P.S., di pazienti inviati nell'ambito di percorsi assistenziali esplicitamente concordati.

Obiettivo n. 4: Livello di intensività dell'attività riabilitativa.

Partecipano a tale obiettivo gli ospedali riabilitativi e gli ospedali polispecialistici e medici con reparti riabilitativi.

L'obiettivo consiste nel raggiungere un incremento del numero di ricoveri di pazienti entro 30 giorni dall'evento (dimissione dal reparto acuti) dell'episodio di origine.

Obiettivo n. 5: Partecipazione all'obiettivo regionale di contenimento del tasso di ospedalizzazione per il territorio di riferimento.

Partecipano a questo obiettivo tutti gli ospedali privati dei non alta specialità, compresi quelli che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

L'obiettivo consiste nel fornire un contributo all'obiettivo dato dalla Regione alla AUSL territoriale di decremento del tasso di ricovero.

L'obiettivo viene raggiunto se a fine anno la % dei ricoverati presso la struttura di cittadini provenienti dalla AUSL di riferimento territoriale è diminuita almeno dell'1% rispetto all'anno precedente.

Obiettivo n. 6: Day surgery.

L'obiettivo è rivolto a tutti gli Ospedali privati che erogano attività chirurgica.

Consiste nel trattare in regime di day surgery un numero di casi pari al 80% con riferimento alla tipologia di interventi individuati nelle linee guida regionale sulla day surgery (vedasi elenco in calce).

L'obiettivo viene raggiunto da quegli ospedali privati che abbiano conseguito anche un aumento del 5% rispetto all'anno precedente quanto a numero di

casi trattati, oltre al raggiungimento della quota produttiva sopra evidenziata (media regionale).

Obiettivo n. 7: Aumento dell'accoglienza di casi inviati da DSM.

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Considerato che tali ospedali devono essere considerati parte integrante della rete di servizio del DSM, l'obiettivo mira a rendere ancora più esplicito tale principio.

L'obiettivo infatti viene raggiunto laddove la struttura incrementi di almeno il 5% gli accessi di pazienti inviati dal DSM.

Obiettivo n. 8: Definizione di progetti di integrazione con i servizi pubblici per i trattamenti residenziali.

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

L'obiettivo consiste nel presentare un progetto, definito di concerto con la AUSL di riferimento territoriale, per il trattamento residenziale dei pazienti che rispetti le caratteristiche previste da dal P.O. nazionale, vale a dire moduli di 20 PL.

I progetti presentati devono contenere il seguente set minimo informativo:

1. Modalità di accesso;
2. Percorsi del paziente e sua presa in carico

Obiettivo n. 9: 27 DRG dei medici di medicina generale

L'obiettivo è rivolto agli ospedali medici e polispecialistici.

L'obiettivo consiste nell'aver effettuato nell'anno un numero di ricoveri ascrivibili ai 27 DRG inferiore per più del 3% rispetto alla produzione dell'anno precedente.

Obiettivo n. 10: quota di appropriatezza della casistica trattata

L'obiettivo è rivolto a tutte le strutture.

Consiste nell'aver trattato una casistica appropriata in una quota non inferiore al 90%. L'obiettivo si intende raggiunto qualora dai controlli effettuati dalle AUSL non emergano contestazioni in tal senso in proporzioni maggiori al 10% dei casi trattati.

Obiettivo n. 11: Ricoveri ripetuti nell'anno

L'obiettivo è rivolto agli ospedali riabilitativi.

Consiste nel raggiungere una percentuale di pazienti ricoverati più di 2 volte nell'anno comunque non superiore a quella dell'anno precedente e che verrà valutata in sede di commissione paritetica in base ai dati consuntivi.

Tabella di classificazione e di correlazione con gli obiettivi

Provincia

Ospedale privato