

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

DECRETO n.

Oggetto: Definizione budget provvisori I semestre 2014 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO IN QUALITA' DI
COMMISSARIO AD ACTA**

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale n. 3/2001;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare l'articolo 98;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss. mm. ed ii. Concernente il *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni"*;

VISTO, in particolare, l'art. 8 quinquies, comma 2 lettera e-bis del suddetto D.Lgs;

CONSIDERATO che la Regione Lazio - per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza - si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 della Legge dello Stato n. 311 del 30 dicembre 2004 (legge finanziaria 2005) e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTE la deliberazione della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007, avente ad oggetto *"Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004"* e la deliberazione della Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007, avente ad oggetto *"Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro"*;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore

sanitario della Regione, secondo i Programmi operativi di cui al richiamato articolo 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con la citata delibera del 21 marzo 2013, sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale affidato a suo tempo al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, come riformulato con la successiva deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal corrente anno;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*”, il quale - prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale - ribadisce l’obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

RILEVATO quanto previsto dal comma 8 dell’articolo 8 quater del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8 quinquies, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale;

VISTO l’art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/92, il quale prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano tra l’altro:

- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell’accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 quinquies, comma 2, lettera d);
- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell’anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ...*omissis*....(art. 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis);

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2-quater del D.Lgs. 502/92, il quale prevede che: *“Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ... e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio ... omissis”*;

VISTO l'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs. 502/92, che a tal proposito, prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 quinquies;

CONSIDERATO quanto previsto dall'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

RILEVATO che, con sentenza TAR Lazio n. 1911/07, nel richiamare la decisione del Consiglio di Stato n. 499/2003, la giurisprudenza amministrativa ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica;

RILEVATO, inoltre, come, ai sensi della Sentenza del Consiglio di Stato, sez V, 26 novembre 2008 n. 5847, il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati non lede alcun affidamento dei titolari delle strutture accreditate;

TENUTO CONTO che, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012, la recente giurisprudenza amministrativa ha ribadito che: *“...Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni”*;

RILEVATO come la stessa sentenza del consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 abbia chiarito come “... ovvi principi di buona amministrazione rendono opportuna l'esplicazione sia pure provvisoria di scelte programmatiche all'inizio dell'anno . Si deve, al riguardo, convenire con l'indirizzo giurisprudenziale (Cons. di Stato sez V n, 1252/2011; sez III n. 4551 e n. 6811 del 2011) che valuta favorevolmente l'adozione di determinazioni che, nell'esplicazione di una discrezionalità piena in quanto orientata verso le prestazioni future, stabiliscano, all'esordio dell'esercizio, almeno tetti provvisori sulla base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore ed alla composizione del tetto di spesa, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva;”

VISTO il decreto del Commissario ad Acta n. 183 del 09/05/2013 recante “Approvazione schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 98 del 09/04/2013 e s.m.i (DCA 201/13), avente ad oggetto “Definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 09/04/2013, avente ad oggetto “Definizione Budget anno 2013 per le prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 (Legge 833/78) con onere a carico del SSR erogate da strutture private”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.100 del 09/04/2013, avente ad oggetto “Definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere con onere SSR”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 09/04/2013, avente ad oggetto “Sistema tariffario e definizione budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR - RSA e Assistenza residenziale intensiva”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 102 del 09/04/2013, avente ad oggetto “Definizione budget per l'anno 2013 delle prestazioni neuropsichiatriche con onere a carico del SSR erogate da strutture private”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 103 del 09/04/2013, avente ad oggetto “Definizione budget per l'anno 2013 delle prestazioni Hospice con onere a carico del SSR erogate da strutture private”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 365 del 01/08/2013, avente ad oggetto “DCA n. 85/2011 - Ratifica intese con i soggetti privati accreditati oggetto di

predisposizione il decreto commissariale di definizione dei budget provvisori I trimestre 2014, nella misura di 3/12 del 98% dei budget 2013;

PRESO ATTO della nota prot. n. 176535 del 18/12/2013, recante” *Stato dell’arte sul procedimento di accreditamento istituzionale definitivo preliminare alla stipula accordi/contratti con gli erogatori privati per l’anno 2014;*

VISTA la nota prot. 183946 del 20/12/2013 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, recante “*Ns. nota prot. 159740 del 12.12.2013: Budget provvisori I trimestre 2014 Policlinici Universitari non statali, Ospedali Classificati, Irccs Privati, Case di Cura private erogatrici di prestazioni con onere SSR - rettifica*”;

VISTO, quindi, il DCA 507/2013 del 23/12/2013, con cui è stato provvisoriamente determinato per le strutture private erogatrici di prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), per gli Ospedali Classificati, per gli IRCCS privati e per i Policlinici Universitari non statali che hanno sottoscritto il contratto/accordo 2013 il budget del I trimestre 2014, in misura pari a tre dodicesimi del 98 % del relativo budget 2013 con riferimento a ciascuna tipologia assistenziale erogata;

TENUTO CONTO della scadenza al 31 marzo 2014 dei budget provvisori definiti con il citato DCA 507/2013;

ATTESO che, con nota prot. n. 1007/CZ del 21/03/2014, il Sub Commissario e il Commissario ad acta hanno trasmesso al Ministero della Salute la proposta dei Programmi Operativi 2013-2015 (formulata in sostituzione di quelli approvati con DCA 480/2013), nella quale la Regione Lazio ha segnalato che avrebbe proceduto alla formalizzazione dei:

- 1) budget provvisori per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli erogatori privati accreditati per il primo semestre 2014, nel rispetto del limite massimo fissato a livello regionale dalla L. 135/2012, entro il 31.03.2014
- 2) budget provvisori per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e territoriale (RSA, Hospice, Neuropsichiatrie e Riabilitazione ex art. 26), per il primo semestre, entro il 31.03.2014;

CONSIDERATO, infatti, che, nell’occasione, la Regione ha rappresentato che avrebbe, quindi, proceduto alla formalizzazione dei budget definitivi per la remunerazione delle prestazioni di cui ai predetti punti 1) e 2) entro il 30.06.2014;

TENUTO CONTO che, ai fini della predisposizione dei budget anzidetti, sono in corso, infatti, con le Associazioni di Categoria delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie gli incontri fissati a seguito delle convocazioni effettuate dalla Regione ai sensi dell’art. 7 della L. 241/1990;

CONSIDERATO, inoltre, che non risulta ancora completato per tutte le predette strutture l'iter per il rilascio dei titoli di conferma dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO definitivo istituzionale;

RISCONTRATA, per le suesposte ragioni, la necessita' di determinare, nelle more della predisposizione dei budget definitivi anzidetti e sempre al fine della salvaguardia della continuita' assistenziale, per le strutture private erogatrici in oggetto che hanno sottoscritto il contratto/accordo 2013, il budget del I semestre 2014, in misura pari a 6/12 del 98% del relativo budget 2013 con riferimento a ciascuna tipologia assistenziale erogata;

VISTA, quindi, la nota prot. n. 185732 GR/11/24 del 27/03/2014 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, avente ad oggetto "*Budget provvisori I semestre 2014 Policlinici Universitari non statali, Ospedali Classificati, Irccs Privati, Case di Cura private erogatrici di prestazioni con onere SSR*", con cui è stato comunicato ai soggetti coinvolti che, al fine della salvaguardia della continuita' assistenziale, era in fase di predisposizione il decreto commissariale di definizione dei budget provvisori I semestre 2014, nella misura di 6/12 del 98% dei budget 2013;

TENUTO CONTO che i budget di cui al DCA 474/2013 recante "*Attribuzione budget per l'anno 2013 alle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR. RSA - Assistenza residenziale / semiresidenziale di mantenimento di nuovo accREDITAMENTO*" sono stati calcolati a decorrere dal 16/11/2013, per cui, ai fini della determinazione dei budget provvisori oggetto del presente provvedimento, i tetti di spesa relativi allo stesso DCA 474/2013 dovranno essere riproporzionati su base annua, fermo restando il tasso di occupazione all'80%;

PRESO ATTO che è ancora in corso la suindicata procedura di accREDITAMENTO definitivo, nonché quella di riassetto della rete laboratoristica;

RIBADITO, pertanto, che la proroga dei budget in argomento è attuata esclusivamente nella salvaguardia della tutela della salute della popolazione ai fini della continuita' assistenziale, per cui, nelle more del completamento di dette procedure, non costituisce in alcun modo presupposto ai fini dell'attribuzione dei budget definitivi 2014;

RILEVATO, quindi, che i budget di cui al presente provvedimento sono considerati provvisori, salvo conguaglio all'interno dei volumi che saranno definiti per l'intero anno 2014;

TENUTO CONTO che, così come rappresentato anche in occasione dell'inoltro della suindicata nota n. 185732 GR/11/24 del 27/03/2014, ai sensi del citato DCA 507/2013, l'attività ospedaliera erogata dalle Case di cura private erogatrici di prestazioni con



onere SSR, individuata con il codice "5" e/o "6", dall'01.01.2014, non sarà più posta a carico del Servizio Sanitario Regionale;

CONSIDERATO che, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente, la predetta attività ospedaliera cd. intramuraria gravante sul SSR può essere svolta solo all'interno di strutture pubbliche (unità sanitarie locali, aziende ospedaliere e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) o previo convenzionamento tra strutture pubbliche e private non accreditate (cfr. art. 15 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e art. 28 della L. 488/1999);

RILEVATO, in particolare, che l'art. 15 quinquies, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 stabilisce, in via preliminare, il principio secondo cui il rapporto esclusivo dei dirigenti sanitari comporta la totale disponibilità nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'azienda, nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito;

CONSIDERATO, poi, che il successivo comma 2 del richiamato art. 15 quinquies prevede che tale rapporto esclusivo comporta, altresì, l'esercizio dell'attività professionale nelle seguenti tipologie:

- "a) il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione ... omissis;*
- b) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolta in equipe, al di fuori dell'impegno di servizio, all'interno delle strutture aziendali;*
- c) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in equipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture;*
- d) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipes dei servizi interessati";*

PRESO ATTO, quindi, del rapporto di esclusività ed unicità dei dirigenti sanitari con la struttura pubblica previsto dalla suindicata normativa in termini oggettivi ed assoluti, così come chiarito anche dalla stessa giurisprudenza (cfr., *ex multis*, Cons. Stato, Sez. IV, 15 giugno 2004 n. 4463;

TENUTO CONTO che, relativamente solo rispetto alle suindicate prestazioni la Regione partecipa alla spesa, ai sensi di quanto disposto dal citato art. 28, comma, 1, 2, 3 e 4 della L. 488/1999, a mente del quale:

- 1. Per le prestazioni libero-professionali, erogate in regime di ricovero o di day hospital, di cui alle lettere a) e b) del comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, la regione partecipa alla spesa nel limite di una quota variabile tra il 50 e il 70 per cento della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del Servizio sanitario nazionale.*

2. *Per le prestazioni libero-professionali, erogate in regime di ricovero o di day hospital, di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, svolte in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale, la regione partecipa alla spesa nel limite di una quota massima del 25 per cento della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del Servizio sanitario nazionale.*

3. *Le tariffe delle prestazioni libero-professionali, in regime di ricovero o di day hospital, di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, svolte in strutture sanitarie non accreditate, sono determinate da ciascuna azienda d'intesa con il dirigente sanitario interessato e sono a totale carico dei richiedenti; all'azienda e' dovuta una quota della tariffa nella misura stabilita dai contratti collettivi nazionali.*

4. *La partecipazione ai proventi delle attivita' professionali di cui alla lettera d) del comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, rese in regime libero-professionale, e' stabilita dai contratti collettivi nazionali; per quanto concerne le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio la partecipazione non puo' essere superiore al 50 per cento della tariffa praticata dall'azienda.”;*

ACCERTATO, quindi, che la normativa testè richiamata non prevede a carico del SSR l'erogabilità delle prestazioni intramurarie presso le strutture private accreditate (contrattualizzate), in considerazione del fatto che il regime intramurario costituisce lo strumento di scelta del medico operante nel settore pubblico da parte del paziente, rispondendo detto regime alla finalità di consentire lo snellimento delle liste di attesa nell'ambito delle strutture pubbliche;

VISTO l'art. 8 sexies, comma 2 del D.Lgs. 502/1992, in tema di definizione da parte della Regione delle funzioni assistenziali da parte della Regione;

CONSIDERATO, che, come anticipato con la predetta nota prot. n. 185732 GR/11/24 del 27/03/2014, relativamente alle funzioni assistenziali di cui al DCA 77/2014, non sarà assegnata/remunerata, per l'anno 2014, la funzione per le prestazioni indicate nella tabella 6 di cui allo stesso decreto e, più precisamente, la *“quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di assistenza per i programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione delle prestazioni o del servizio reso alla persona – assistenza riabilitativa post acuzie”;*

RITENUTO opportuno, infatti, anche in considerazione della diminuzione delle risorse finanziarie di cui dispone la Regione, di dover privilegiare l'assegnazione/remunerazione di altre tipologie di funzioni assistenziali tra quelle indicate dal citato comma 2 dell'art. 8 sexies del D.Lgs. 502/1992;

CONSIDERATO, a tale riguardo, che è in corso, peraltro, l'adozione, da parte della Regione, del provvedimento di recepimento della tariffa massima giornaliera per i

ricoveri dei “*soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita*”, di cui all’All. 2 (Riabilitazione e Lungodegenza Ospedaliera) del D.M. 18/10/2012;

TENUTO CONTO, quindi, del parere prot. n. 26 del 24/01/2013, rilasciato dal Ministero della Salute, il quale – proprio relativamente alle funzioni in questione – ha rappresentato che nella copertura dei costi vanno presi in considerazione gli eventuali ricavi derivanti dall’espletamento delle singole funzioni, onde evitare la possibile duplicazione nella remunerazione delle attività’;

CONSIDERATO, infatti, che, nell’occasione, il Ministero della Salute ha rilevato che il finanziamento a funzione non può costituire una modalità surrettizia per incrementare le tariffe, “*per cui appare chiaro che una attività’ non può essere contemporaneamente finanziata a tariffa e a funzione*”;

RISCONTRATA, pertanto, anche sotto tale ulteriore profilo, la opportunità’ di non procedere alla remunerazione delle predette funzioni, in previsione dell’adozione della tariffa massima giornaliera per i suindicati ricoveri;

ATTESO che, per quanto non regolamentato nel presente provvedimento, deve considerarsi, comunque, vigente la disciplina prevista nei relativi provvedimenti di definizione dei budget per l’anno 2013;

TENUTO CONTO, altresì, che la definizione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell’ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;

CONSIDERATO che le prestazioni oggetto di mobilità regionale ed extraregionale saranno remunerate, per ciascun profilo assistenziale, secondo le modalità previste dai relativi decreti di remunerazione 2013;

CONSIDERATO, inoltre, che agli erogatori di prestazioni sanitarie dovrà’ essere, comunque, riconosciuta la produzione relativa al budget assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della vigente normativa nazionale e regionale sui controlli;

TENUTO CONTO che, a tal fine, le competenti Aziende Sanitarie Locali dovranno, quindi, vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate ed accreditate;

VISTA, infine, la nota prot. n. 19027 GR/11/24 del 28.03.2014, con cui, ai fini della predisposizione dei provvedimenti di definizione dei budget anno 2014, è stato chiesto all’Area Area Autorizzazione e Accreditamento - Completamento Adempimenti Legge

12/2011 di comunicare, con tempestività, nell'ambito delle procedure di conferma dell'autorizzazione e di rilascio dell'accreditamento definitivo, le strutture che non possono erogare prestazioni sanitarie a carico del SSR e a cui non possono, quindi, essere attribuiti detti budget.

DECRETA

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di dover provvisoriamente determinare, al fine della salvaguardia della continuità assistenziale, i budget provvisori del I semestre 2014 per le strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, per gli Ospedali Classificati, per gli IRCCS privati e per i Policlinici Universitari non statali che hanno sottoscritto il contratto/accordo 2013, in misura pari a 6/12 del 98% del relativo budget 2013, con riferimento a ciascuna tipologia assistenziale erogata;
2. che, ai fini della determinazione dei budget provvisori di cui al presente provvedimento, i tetti di spesa di cui al DCA 474/2013 recante “ *Attribuzione budget per l'anno 2013 alle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR. RSA - Assistenza residenziale / semiresidenziale di mantenimento di nuovo accreditamento*” dovranno essere riproporzionati su base annua, fermo restando il tasso di occupazione all'80%;
3. che detta proroga è attuata esclusivamente nella salvaguardia della tutela della salute della popolazione, ai fini della continuità assistenziale, per cui, nelle more del completamento delle procedure di accreditamento definitivo e di riassetto della rete laboratoristica, non costituisce in alcun modo presupposto ai fini dell'attribuzione dei budget definitivi 2014;
4. che i budget di cui al presente provvedimento sono considerati provvisori, salvo conguaglio all'interno dei volumi che saranno definiti per l'intero anno 2014;
5. che, come stabilito dal DCA 507/2013, l'attività ospedaliera erogata dalle Case di cura private erogatrici di prestazioni con onere SSR, individuata con il codice “5” e/o “6”, dall'01.01.2014, non sarà più posta a carico del Servizio Sanitario Regionale;
6. che, in ordine alla funzioni assistenziali di cui al DCA 77/2014, non sarà assegnata/remunerata, per l'anno 2014, la funzione per le prestazioni indicate nella tabella 6 di cui allo stesso decreto e, più precisamente, la “ *quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di assistenza per i programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione delle prestazioni o del servizio reso alla persona – assistenza riabilitativa post acuzie*”;

7. che, per quanto non regolamentato nel presente provvedimento, deve considerarsi vigente la disciplina prevista nei relativi provvedimenti di definizione dei budget per l'anno 2013;

8. che la definizione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;

9. che le prestazioni oggetto di mobilità regionale ed extraregionale saranno remunerate per ciascun profilo assistenziale, secondo le modalità previste dai relativi decreti di remunerazione 2013;

10. che alla struttura erogatrice verrà, comunque, riconosciuta la produzione relativa al budget assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della vigente normativa nazionale e regionale sui controlli;

11. che, a tal fine, le competenti Aziende Sanitarie Locali dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate ed accreditate;

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI


