

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno martedì 21 **del mese di** maggio
dell' anno 2013 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Freda Sabrina	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Melucci Maurizio	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
10) Peri Alfredo	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: APPROVAZIONE DELL'ACCORDO-CONTRATTO: "REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA/ OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI (FASCIA A) PER LA FORNITURA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE DI ALTA SPECIALITÀ ANNI 2013, 2014 E 2015"

Cod.documento GPG/2013/658

Num. Reg. Proposta: GPG/2013/658

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

l'art. 32, comma 8 della L. n. 449/97 a norma del quale le Regioni individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione;

il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed in particolare:

- l'art. 8 bis, comma 1, secondo il quale 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;
- l'art. 8-quinquies, comma 2, che prevede tra l'altro che la Regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipula contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;

il D.lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

Richiamate, inoltre, le proprie deliberazioni:

- n. 426/2000 con la quale questa Regione definisce i contenuti contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
- n. 1864/2008 con la quale si approvava l'Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e AIOP Emilia Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata per il periodo 2008-2010;
- n. 64 del 24/1/2011 "Approvazione del verbale d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna e l'AIOP quale indirizzo per la definizione degli accordi per gli anni 2011 e 2012" con la quale si indicano le linee di indirizzo per il rinnovo degli accordi con la ospedalità privata;
- n. 1920 del 19/12/2011 "Approvazione dell'accordo Generale per il periodo 2011-2014 tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione della Ospedalità Privata AIOP in materia di Prestazioni erogate dalla rete Ospedaliera Privata";
- n. 517 del 29/4/2013 "Approvazione del verbale di Intesa tra Regione Emilia-Romagna e AIOP Emilia-Romagna";

Ritenuto che:

- le prestazioni fino ad ora erogate dagli Ospedali Privati Accreditati di alta specialità, rispettano complessivamente, per quantità e tipologia, gli indirizzi regionali;
- la negoziazione regionale ha consentito di raggiungere una integrazione progressiva, nonché di consolidare la sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato, tenendo, al contempo, sotto controllo la spesa;

Atteso che:

- l'esclusivo intervento della Regione, negli Accordi-contratto sopra richiamati, era giustificato dalla necessità di avere una visione sovraziendale dei fabbisogni di prestazioni di alta specialità che garantissero eguale possibilità di accesso a tutti i cittadini;
- la positiva esperienza maturata in questi anni, consente di prevedere soluzioni alternative all'esclusivo governo regionale che rispondano ancora più efficacemente alle esigenze dei territori;

- l'esperienza altresì acquisita dalle Aziende nell'esercizio della funzione di committenza consente di introdurre una quota di contrattazione da porre loro in capo e contestualmente di diminuire la quota di contrattazione regionale;

Valutato, alla luce di quanto sopra esposto, che le indicazioni relative alla contrattazione regionale, contenute nella propria deliberazione n. 426/2000 debbano ritenersi in parte superate, in quanto la committenza effettuata a livello aziendale meglio risponde alle necessità locali;

Atteso che l'Accordo-contratto, allegato e parte integrante della presente deliberazione, sottoscritto in data 5 febbraio 2013 dall'Assessore alle Politiche per la Salute, e dai legali rappresentanti di AIOP-ER e delle Strutture private accreditate Maria Cecilia Hospital, Salus Hospital e Villa Torri Hospital:

- definisce innovative modalità per una migliore programmazione delle attività erogate dalle Strutture private accreditate, al fine di meglio soddisfare le esigenze dei cittadini, a tal fine prevedendo una quota a budget - governata dal livello regionale - ed una quota a contratto, che deve essere definita più compiutamente a livello aziendale o di Area vasta;
- definisce regole e modalità di controllo più stringenti sulle attività erogate, secondo quanto previsto con propria deliberazione n. 354/2012;

Preso atto che la Struttura Privata accreditata Hesperia Hospital, pur partecipando costantemente con propri rappresentanti agli incontri propedeutici alla formale definizione del contratto, in concomitanza della firma dell'Accordo-contratto, effettuata il giorno 5 febbraio 2013, ha ritenuto di non sottoscrivere l'accordo stesso, ribadendo tale volontà in numerosi successivi incontri e con note trasmesse a questa Regione;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di modificare la propria delibera 426/2000, limitatamente alle disposizioni relative alla

contrattazione regionale sulle alte specialità, prevedendo la possibilità da parte delle Aziende sanitarie di sottoscrivere anche in modo autonomo contratti di committenza;

2. di confermare in ogni altra sua parte la citata delibera 426/2000;
3. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, l'Accordo-contratto per la "Regolamentazione dei rapporti tra la Regione Emilia-Romagna/ Ospedali Privati accreditati (fascia A) per la fornitura di prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2013, 2014 e 2015" allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di precisare che l'Accordo-Contratto di cui al punto 3 si applica alle tre Strutture Private Accreditate firmatarie: Villa Torri Hospital, Salus Hospital e Maria Cecilia Hospital;
5. di stabilire che, ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.lgs 502/1992 ss.mm.ii. e al fine di rispondere pienamente al fabbisogno regionale, eventuali ulteriori contrattazioni con la Struttura Privata accreditata Hesperia Hospital saranno ispirate ai principi e alle regole di cui all'Accordo-Contratto indicato al precedente punto 3).

ACCORDO-CONTRATTO

Regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna / Ospedali Privati Accreditati (fascia A) per la fornitura di prestazioni ospedaliere di Alta Specialità anni 2013, 2014 e 2015

Tra la Regione Emilia-Romagna, nella persona dell'Assessore regionale alle Politiche per la Salute Carlo Lusenti e gli Ospedali Privati Accreditati: Hesperia Hospital di Modena, Maria Cecilia Hospital di Cotignola (RA), Salus Hospital di Reggio Emilia e Villa Torri Hospital di Bologna, rappresentate dall'AIOP Regionale nella persona di Mario Cotti, e dai legali rappresentanti pro-tempore delle singole strutture, di seguito chiamate anche solo "le parti".

PREMESSE

Gli Accordi-Contratto regionali che si sono susseguiti dal 1996, sono stati definiti al fine di garantire uguali opportunità di accesso alle prestazioni per tutti i cittadini.

Le parti prendono atto che i contenuti dei precedenti accordi di Alta Specialità sono stati sostanzialmente rispettati e che la produzione di prestazioni, per quantità e tipologia, rispecchia gli indirizzi definiti.

Il presente accordo regola l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale di Alta Specialità; all'accordo si applica quanto stabilito dal D.L. 6 luglio 2012, n. 195, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della L. 7 agosto 2012, n. 135.

Tenuto conto che tra le parti si sono resi vigenti Accordi-Contratto a partire dall'anno 1996 aventi ad oggetto le prestazioni erogabili dagli Ospedali Privati Accreditati di Alta Specialità operanti in Regione, le parti prendono atto che, in particolare a partire dal 2004, la disciplina contrattuale di settore è stata fortemente innovata mediante l'adesione delle Strutture private ospedaliere di Alta Specialità all'Accordo Generale 2004/06 con l'Ospedalità Privata (DGR n. 2403 del 29/11/2004) e la conclusione di un accordo – contratto con la Regione, sostitutivo dei precedenti e riassuntivo del quadro regolamentare applicabile.

Il presente accordo disciplina ex novo il quadro dei rapporti tra la Regione e le Strutture di Alta Specialità, apportando le modifiche ritenute opportune dalle parti per adeguare la regolamentazione regionale di tale settore di attività all'evoluzione del fabbisogno, registrata nel quadriennio appena trascorso.

Al presente accordo di Alta Specialità si applica pertanto quanto specificato nella Parte I dell'Accordo Generale Regione Emilia-Romagna e AIOP 2011-2014 (DGR n. 1920/2011), in quanto parte comune di regolamentazione dei rapporti fra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati, nonché quanto previsto nelle parti dello stesso accordo generale B3 Capoverso 6.7.8.9. e D per intero.: *"In funzione di quanto sopra le Parti prendono atto che le criticità economiche che si prospettano per il*

Pagina di 20 1



prossimo biennio fanno sì che, qualora non vi siano cambiamenti, che al momento non paiono delinearsi, ma che le parti concordemente auspicano nella materiale evoluzione del rapporto stato – regioni sotto il profilo finanziario (risorse a disposizione del FSN e risorse a carico del bilancio regionale), il rinnovo degli accordi non può che avvenire a risorse complessive invariate per gli anni 2011 e 2012 rispetto al 2010. In caso contrario, nel senso espresso dal citato auspicio comune, l'adeguamento dei budget di alta e non Alta Specialità in ciascun anno del biennio sarà rivalutato al mutare delle risorse a disposizione del FSR rispetto al 2010 sulla base delle deliberazioni adottate dalla Regione Emilia Romagna, in relazione alle quali la Parte Pubblica assume formale impegno di comunicazione.

Il budget complessivo di seguito concordato, nonostante l'invarianza delle risorse a disposizione, è comunque da ritenersi congruo in relazione all'attività erogata, e che si prevede di erogare, rispetto ai fabbisogni rilevati e risulta compatibile, non senza registrare, a parere dell'Aiop, qualche criticità, con le risorse del sistema.

A tale proposito la Parte Privata raccomanda la massima attenzione di tutti gli organismi preposti e delle proprie associate a che, al mutare dei fattori di adeguamento delle risorse a disposizione, si provveda all'immediata corrispondenza dei volumi budgettari e dei livelli tariffari, tenendosi conto con tempestività della dinamica inflazionistica dei costi di produzione in sanità.

Gli eventuali adeguamenti budgetari, così come sopra prospettati, saranno pertanto coerenti con gli analoghi incrementi tariffari che potranno essere previsti dalla Regione per gli anni 2011 e 2012. I valori budgettari riportati nel seguito sono soggetti agli adeguamenti proporzionali al FSR sopra concordati, la cui esatta quantificazione sarà, se ne ricorreranno i presupposti, formalizzata dalle parti con accordo verbalizzato nell'ambito della Commissione Paritetica.

Ciò premesso, le parti intendono formulare nel seguito alcune considerazioni di carattere generale.

L'accordo regionale riveste un ruolo di inquadramento generale e complessivo del rapporto fra Sistema Sanitario Regionale e produttori privati di Alta Specialità ed è lo strumento che regola il governo economico dello scenario produttivo di prestazioni.

L'obiettivo dichiarato è di lavorare in un'ottica di consolidamento delle prospettive di crescente integrazione e completamento del sistema dell'offerta, da raggiungere tramite accordi di collaborazione finalizzati alla copertura non competitiva dei bisogni di salute, perseguendo, allo stesso tempo, mediante una ponderazione del reciproco rapporto, una dimensione di rete dell'offerta sempre più coordinata e coerente con gli obiettivi della programmazione regionale.

Oggi è ineludibile un cambiamento che tenga conto della trasformazione epidemiologica, della maggiore consapevolezza della popolazione e dell'evoluzione tecnologica a costi incrementali, in un momento critico per la sostenibilità dell'intero sistema.

Risposte adeguate richiedono che il Sistema Sanitario Regionale persegua l'obiettivo di integrare l'offerta dei servizi e prestazioni, sempre più complesse e interconnesse, attraverso la predisposizione di percorsi clinico-assistenziali, che assicurino la presa in carico complessiva del paziente e la continuità assistenziale delle prestazioni erogate, attraverso un uso appropriato delle risorse e la valorizzazione dei professionisti impegnati nella produzione.



L'armonica connessione delle diverse fasi del processo di cura, richiede necessariamente di integrare, nel rispetto delle singole autonomie, il contributo delle componenti pubblica e privata, strutturando collegamenti espliciti tra produttori di servizi che insistono sugli stessi territori. Si tratta, quindi, di consolidare l'assunto che la risposta a un bisogno complesso non può che essere offerta da forme organizzative integrate e da gruppi di professionisti provenienti anche da ambiti diversi.

Nonostante l'attuale situazione economico-finanziaria imponga al Sistema Sanitario Regionale una sensibile riduzione delle risorse disponibili, si ritiene necessario perseguire la partnership con il privato accreditato con un approccio che all'invarianza economica complessiva, fatte salve le specifiche di legge precedentemente segnalate, coniughi la ridefinizione delle modalità di ripartizione delle prestazioni in gruppi e della loro permeabilità.

Si ritiene, pertanto, che nell'ambito del valore economico complessivo si individui una quota attinente ai percorsi diagnostico-terapeutici in cui le strutture private si configurano come integrative e complementari ed una quota a contratto, regolamentata dalle Aziende, attraverso accordi di Area Vasta e, in assenza, eventualmente per specifiche esigenze, anche aziendali, che tenga conto del fabbisogno locale in un quadro di programmazione negoziata tra le parti di medio periodo.

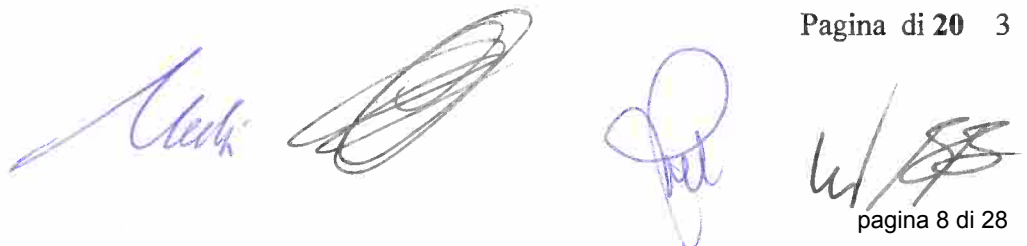
Gli accordi locali devono esplicitare le ricadute sull'accordo contratto regionale, al fine di garantire che effetti di eventuali incrementi di spesa non interessino soggetti pubblici diversi da quelli firmatari degli accordi medesimi.

Tutto ciò premesso

SI CONVIENE

- che le premesse costituiscono parte integrante dell'accordo;
- che il presente Accordo-Contratto è valevole per tutti i produttori privati classificati come ospedali privati di fascia A;
- che il finanziamento relativo alle prestazioni di Alta Specialità venga definito a livello regionale in fase di programmazione annuale delle risorse del Servizio Sanitario Regionale e venga assegnato alle Aziende Sanitarie solo in fase di chiusura di esercizio;
- che le prestazioni, rivolte ai residenti, dovranno essere erogate all'interno di specifici percorsi assistenziali, realizzati in ambito regionale, di area vasta e/o aziendale con l'apporto in quest'ultimo caso delle indicazioni aziendali e con la condivisione delle strutture ospedaliere private interessate, come meglio successivamente precisato;
- che l'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici avviene mediante prescrizione effettuata esclusivamente dagli specialisti delle discipline oggetto dell'Accordo del Servizio Sanitario nazionale, anche specialisti ambulatoriali convenzionati, come stabilito nel par. A.12.1 del vigente Accordo Generale e da quelli operanti nelle Strutture private accreditate; per questi ultimi si prevede una specifica comunicazione al Servizio Presidi Ospedalieri dell'Assessorato;
- che i ricoveri, oggetto del presente accordo, sono di Alta Specialità, o comunque a tale livello di assistenza assimilabili o complementari, eccezion fatta per un volume residuale di ricoveri, non di Alta Specialità, comunque non eliminabili, riferibili alla quota di ricoveri medici per patologie attinenti ai servizi di Alta Specialità, ma che non usufruiscono di procedure di tale livello per ragioni non

Pagina di 20 3



- determinabili al momento del ricovero;
- che le prestazioni sono raggruppate nei seguenti gruppi:

A) Diagnostica e interventistica coronarica e patologia valvolare cardiaca (A¹ cardiocirurgia; A² diagnostica e interventistica percutanea coronarica; A³ riabilitazione cardiologica);

B) Rivascolarizzazione non coronarica;

C) Aritmologia;

D) Neurochirurgia (D¹ centrale ; D² periferica);

E) Miscellanea;

F) Radioterapia;

G) Chirurgia Toracica;

- che si individuano due livelli di attività: a budget e a contratto;
- che si introduce il principio di non permeabilità tra i gruppi remunerati a budget, per i quali non sarà possibile alcun slittamento da un gruppo all'altro, salvo diverse intese in Commissione Paritetica, mentre è possibile la permeabilità tra i gruppi, per le prestazioni di Alta Specialità remunerate a contratto;
- che la produzione degli Ospedali Privati accreditati è necessariamente complementare ed integrata con quella delle Aziende sanitarie pubbliche che hanno la responsabilità dell'assistenza delle popolazioni a favore delle quali gli stessi ospedali privati erogano prevalentemente i loro servizi;
- che il presente Accordo è valevole fino al 31/12/2015, fatta salva la possibilità di effettuare modifiche/ integrazioni, in accordo tra le parti.

La Regione Emilia Romagna e l'AIOE Emilia Romagna, in rappresentanza delle strutture ospedaliere private di fascia A, nell'intento di proseguire e sviluppare ulteriormente il quadro negoziale, concordano sull'opportunità di dar corso ad un nuovo accordo nel quadro normativo attuale, rapportato all'evoluzione in corso del Sistema Sanitario Regionale e del quadro normativo nazionale.

1) OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI DI FASCIA A

Gli Ospedali Privati Accreditati di fascia A sono:

Salus Hospital di Reggio Emilia;

Hesperia Hospital di Modena;

Maria Cecilia Hospital di Cotignola (RA);

Villa Torri Hospital di Bologna.

2) SISTEMA REGIONALE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI

Il sistema degli accordi 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, definisce:

1. i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
2. il corrispettivo preventivato, a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese;
3. il debito informativo delle strutture per il monitoraggio degli accordi contrattuali e le procedure per il controllo esterno;



4. gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi vengono concordati a livello regionale, nelle opportune sedi di rappresentanza professionale;
5. il fabbisogno di prestazioni che le strutture private presenti nell'ambito territoriale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia.

I produttori devono garantire il rispetto dei requisiti di accreditamento, anche per ciò che attiene i volumi di attività.

Gli accordi locali e di Area vasta, dovranno essere comunque stipulati in aderenza ai principi ed alla disciplina che promana dal presente accordo-quadro regionale.

Richiamando quanto scritto in premessa ed in particolare i differenti obiettivi delle due componenti dell'accordo economico, quella a budget e quella a contratto, si sottolinea il carattere innovativo della seconda componente, costituita da un ammontare economico a disposizione delle Aziende il cui impiego in modalità alternativa è finalizzato ad assicurare la massima efficienza e qualità del sistema nel suo complesso.

Questo obiettivo deve essere perseguito con un processo teso a garantire che la committenza verso i possibili produttori (strutture private aderenti all'accordo di Alta Specialità vs produzione in proprio) per le prestazioni "a contratto" sia esercitata sulla base di oggettive condizioni di opportunità economica (oltre che di coerenza con i percorsi diagnostico-terapeutici locali), fermo restando che non è nelle opzioni possibili una produzione in proprio attraverso l'implementazione di nuovi servizi o strutture.

Al fine di assicurare il corretto svolgimento del processo, la Commissione Paritetica darà l'avvio alla fase di negoziazione locale, coinvolgendo i coordinamenti di Area vasta e monitorerà l'evoluzione degli accordi stessi.

Nel caso sorgessero dubbi e posizioni contrastanti in merito all'interpretazione delle intese locali, la Regione fornirà alle parti, sulla base dell'istruttoria svolta in sede di Commissione Paritetica, gli opportuni orientamenti.

Al fine di governare i flussi di mobilità in ambiti di particolare rilevanza sanitaria e per soddisfare peculiari esigenze, si ritiene possibile stipulare specifici accordi di Area vasta o aziendali.

3) FATTURAZIONE e PAGAMENTI

3.1) Fatturazione

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti nella Regione sono fatturate alla Azienda USL di residenza del paziente, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica al ricovero e dalla documentazione sanitaria (tesserino sanitario).

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'esatta residenza ai fini dell'individuazione dell'Azienda USL presso la quale lo stesso è assistito. Ove tale indicazione risultasse comunque errata per cause non ascrivibili alla struttura di ricovero sarà cura dell'Azienda USL destinataria della fattura prendere in carico la posizione ed effettuare le opportune ricerche per appurare l'effettiva residenza. Qualora la verifica porti ad una modifica della residenza, l'Azienda ne dà comunicazione all'Ospedale Privato il quale emette nota di accredito ed emette fattura all'Azienda di residenza ed apporta le variazioni in banca dati.

Le prestazioni erogate a cittadini provenienti da fuori Regione verranno fatturate all'Azienda USL di competenza territoriale dell'Ospedale Privato, 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 Servizio Sanitario nazionale aventi diritto all'assistenza, anche se coperti dalle disposizioni internazionali e/o convenzionali in materia di reciprocità, verranno comunque erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nel budget intraregionale.

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, fatti salvi i controlli previsti da parte dell'Azienda USL di competenza territoriale e i contenuti degli eventuali accordi interregionali di governo della mobilità.

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.

3.2) Pagamenti

Le prestazioni rese a cittadini residenti nell'Azienda USL di competenza territoriale della Struttura privata e a cittadini residenti fuori regione o stranieri, fatturate in modo separato, verranno pagate dalla AUSL di provenienza del cittadino entro 90/60 giorni dal ricevimento della relativa fattura, in conformità a quanto stabilito dalle norme nazionali.

Sarà cura della Commissione Paritetica definire una regolamentazione dei casi di cittadini irregolari che vengono inviati in emergenza dalle Aziende Sanitarie regionali.

Alla scadenza dei 90/60 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 eventuali mancati pagamenti.

Qualora, a chiusura dei consuntivi da parte della Commissione Paritetica di cui al punto A.5, si rilevino penalità a carico di alcune strutture, gli Ospedali Privati Accreditati, al ricevimento della richiesta di note di credito da parte delle Aziende Aziende USL, dovranno ottemperare all'emissione delle medesime entro 90/60 giorni.

Se gli Ospedali Privati Accreditati non procedono a sanare contabilmente le penalità entro i termini stabiliti, senza adeguate motivazioni esplicitate, le Aziende USL potranno, previa comunicazione, sospendere i pagamenti delle fatturazioni per un importo pari al credito maturato. Su tali fatture non matureranno interessi per ritardato pagamento.

Quanto sopra vale anche per i crediti maturati dalle Aziende USL a seguito di controlli sanitari i cui iter siano conclusi con la definizione del relativo procedimento (acquiescenza, transazione, conclusione o definizione del giudizio arbitrale).

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.) per fatture relative a cittadini sia della regione Emilia-Romagna che fuori regione e per fronteggiare gli eventuali ritardi nel pagamento delle partite scadute o da scadere.

L'istituto del factoring e la conseguente necessità che gli importi siano riconosciuti dal



debitore non inficia la possibilità che gli ammontari possano nel tempo variare (criterio della "non definitività") in funzione all'esito di eventuali contenziosi (sia di tipo amministrativo – per es. .: esattezza anagrafiche - sia sostanziale) o rispetto al superamento di tetti per accordi con le AUSL e con la Regione o per intese tra Regioni; in tali casi la struttura cedente si fa garante per il riaccredito degli importi variati, appena divenuti definitivi, o al cessionario o al debitore.

In caso di ritardo nel pagamento superiore ai 30 gg rispetto alla scadenza dei 90/60 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'Azienda USL 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 e dovranno essere pagate al factor a maggiorazione del credito o separatamente, secondo le modalità contrattualmente stabilite. L'istituto del factoring, secondo le modalità sopra descritte, potrà inoltre essere reso operante in modo ordinario mediante intese tra istituti finanziari ed Aziende USL, stipulate preventivamente a copertura di interi esercizi o frazioni degli stessi. Anche in tali casi le Aziende USL beneficeranno di una dilatazione dei termini di pagamento fino ad un massimo di ulteriori 30 giorni rispetto al termine di 90/60 giorni (90/60 + 30 =120/90).

L'istituto finanziario sarà 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, l'Ospedale Privato Accreditato potrà scegliere un istituto di suo gradimento e le condizioni contrattuali praticate dovranno essere 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., fermi restando i tempi di pagamento (90/60+30) di cui ai paragrafi precedenti.

Quanto concordato al presente paragrafo A3 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.

4) CONTROLLI

4.1) Controlli

I controlli relativi alle prestazioni di Alta Specialità sono svolti secondo le procedure, le tempistiche e le modalità operative stabilite dalla normativa in vigore, segnatamente dalla DGR n. 354/2012 "Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni sui produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna" e articolati e dettagliati nel Piano Annuale dei Controlli. In tema di appropriatezza specifica i valutatori aziendali dovranno tener conto, oltre alle evidenze scientifiche disponibili, anche delle indicazioni o linee di indirizzo prodotte a livello regionale. E' prevista, inoltre, la possibilità di effettuare attività di audit clinico per valutazioni di completezza della documentazione e di appropriatezza specifica e



generica, su iniziativa di entrambi i contraenti o della Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale, coordinata dalla Agenzia sanitaria e sociale regionale.

4.2) Clausola arbitrale

Qualora l'attività di controllo dovesse rilevare contestazioni alle 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 verrà gestita secondo ciò che dispone la DGR 354/2012, che prevede la possibilità di demandare il contenzioso ad una commissione arbitrale rituale insediata a livello di ogni Azienda USL su istanza delle parti, composta da tre membri, nominati, i primi due, uno per ciascuno, dalle parti (Ospedale Privato Accreditato e AUSL), ognuno entro 10 giorni dalla comunicazione della nomina dell'altro, ed il terzo dai primi due all'unanimità; la nomina del 3° membro, in caso di disaccordo dei primi due, 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 attivare la commissione arbitrale, con proroga di 10 giorni per la nomina del terzo arbitro, e di ulteriori 30 giorni decorrenti dalla comunicazione alla Regione ad opera di uno dei due arbitri nominati dalle parti, in caso di devoluzione alla Regione stessa della nomina, e dovrà emettere la propria decisione entro due mesi dall'insediamento del terzo arbitro, prorogabili all'unanimità della Commissione per altri due. Gli arbitri decideranno quali compositori di parte tecnica ispirandosi alle norme ed alle direttive regionali e nazionali in materia di accreditamento, di tariffe e di controlli, alle linee guida in tema di codifica dei ricoveri 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. Le modifiche disciplinari e regolamentari intervenute con il presente accordo non sono applicabili alle procedure già in corso. La Commissione opererà quale arbitrato rituale per la composizione di controversie sul piano tecnico, alla presenza dei difensori delle parti, se nominati, 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.

5) COMMISSIONE PARITETICA

E' istituita una Commissione Paritetica AIOP/Regione alla quale sono attribuiti i compiti di monitorare:

- le prestazioni effettuate nell'ambito di Area vasta e/o di Azienda al fine di renderle maggiormente rispondenti alle esigenze delle Aree vaste e/o riorientarle;
- l'andamento finanziario del contratto e le sue modalità applicative,
- gli accordi di Area Vasta e/o di Azienda

di approvare:

- i consuntivi annuali e/o infrannuali dell'attività di Alta Specialità
- di formulare eventuali proposte di modifica e/o completamento dell'Accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie.



La commissione è composta da n. 6 membri, 3 designati congiuntamente dalla Associazione privata firmataria del presente accordo e 3 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 conservato agli atti del Servizio Presidi Ospedalieri.

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, verifica e approva i rendiconti infrannuali e i consuntivi annuali. La Regione trasmette i dati alle Aziende, al fine di assumere eventuali osservazioni. La Commissione Paritetica valuterà l'andamento della produzione trimestralmente proponendo eventuali correttivi.

Possono essere istituite Commissioni paritetiche di Area Vasta, con l'obiettivo di monitorare la produzione e fornire eventuali indirizzi.

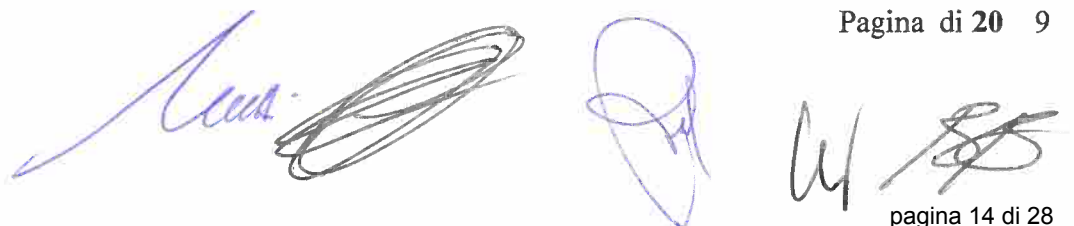
6) INCOMPATIBILITÀ

Si ribadisce l'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, del personale convenzionato e del personale universitario integrato, che comunque intrattiene rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, a prestare la propria attività nei confronti delle strutture accreditate. Pertanto è tassativamente vietato, per tali strutture avere nel proprio organico del personale, in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità riguarda l'attività professionale sanitaria e non, a qualsiasi titolo espletata presso la struttura accreditata da personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, personale convenzionato e personale universitario integrato, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Le Aziende sanitarie, prima di instaurare rapporti libero professionali con personale medico, valutano la necessità di definire all'interno del contratto la clausola della esclusività del rapporto con l'Azienda stessa, anche in considerazione dei possibili conflitti di interesse che possono determinarsi fra l'opera professionale richiesta e altre attività presso strutture private accreditate. E' pertanto necessario prevedere all'interno dei contratti la caratteristica del medesimo (se deve intendersi esclusivo con l'Azienda pubblica o se sia compatibile con lo svolgimento di attività professionali presso altri soggetti).

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 RegioneUniversità) e le strutture private accreditate interessate, per attività svolte nell'ambito di programmi aziendali, con particolare riferimento agli aspetti di continuità assistenziale, alle riduzioni concordate di liste d'attesa, all'utilizzo ottimale ed integrato di risorse e di strutture a valenza sovra aziendale o ad alta intensità tecnologica ed assistenziale, nel rispetto della normativa vigente. La parte pubblica deve acquisire, per attivare programmi che prevedono il coinvolgimento di strutture e personale pubblico e privato in modo stabile e organizzato, il parere preventivo della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

Quanto sopra è legittimamente applicabile fatti salvi i casi in cui i sanitari interessati,



con apposita autocertificazione rilasciata alle strutture, a disposizione delle Aziende USL 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.

7) ACCREDITAMENTO E AUTORIZZAZIONE

Le strutture firmatarie il presente accordo quadro hanno completato il percorso di accreditamento e sono accreditate definitivamente per struttura, in coerenza con quanto definito in termini di fabbisogno dalla DGR 2188/2010.

Le eventuali variazioni della struttura dei posti letto dei singoli Ospedali Privati Accreditati potranno avvenire, previa acquisizione di nulla osta regionale, solo attraverso la riconversione di posti letto esistenti. Qualora tali variazioni comportino l'acquisizione di una nuova disciplina, la struttura dovrà procedere alla richiesta di autorizzazione ed accreditamento specifico secondo le norme vigenti. Sul piano autorizzatorio, ferma la necessità di ottenere, come sopra indicato, il nulla osta regionale, si applica quanto disposto nella D.G.R. n. 327 del 23/2/2004.

Le strutture di Alta Specialità devono possedere, oltre ai requisiti generali previsti dalla normativa vigente per l'accreditamento, anche quelli specifici strutturali, tecnologici e organizzativi, nonché volumi di attività stabiliti per svolgere l'attività di Alta Specialità. Qualora i volumi di attività dovessero evidenziare, in un arco temporale triennale, un andamento che si discosta in diminuzione sostanziale rispetto ai volumi minimi richiesti, sarà necessario ridefinire la mission della struttura.

8) ACCORDI SPECIALI

La Regione e le Aziende sanitarie pubbliche potranno avviare specifiche trattative, con la partecipazione dell'AIOP, con singoli Ospedali privati accreditati per regolare i reciproci rapporti e per rispondere a specifiche esigenze. Qualora tali nuovi ed aggiuntivi accordi dovessero comportare un incremento del valore della produzione, il relativo carico finanziario rispetto al budget concordato sarà a carico delle singole Aziende contraenti; tali risorse non dovranno essere considerate al fine del calcolo delle penalità.

9) GOVERNO DELLA MOBILITA'

Il governo della mobilità è demandato agli accordi di area vasta ed aziendali. Nel caso di recupero di mobilità passiva extraregionale, l'accordo prevede di individuare, nell'ambito delle attività previste per il gruppo A1- Cardiochirurgia, una quota economica, soggetta a valutazione annuale da parte della Commissione Paritetica.

10) ACCESSO ALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E CONFORTO ALBERGHIERO

10.1) Accesso alle strutture

Pagina di 20 10



pagina 15 di 28

L'accesso alle Strutture Private accreditate, relativamente alle prestazioni oggetto del presente Accordo-Contratto, avviene mediante prescrizione medica effettuata esclusivamente dagli specialisti del Servizio sanitario nazionale, anche specialisti ambulatoriali convenzionati, come stabilito nel par. A.12.1 del vigente accordo generale e da quelli operanti nelle Strutture Private accreditate; per questi ultimi si prevede una specifica comunicazione al Servizio Presidi ospedalieri della Regione Emilia-Romagna. Le strutture accreditate potranno accogliere anche pazienti paganti.

Il limite di budget concordato non può essere utilizzato quale strumento per discriminare il ricovero dei pazienti e tanto meno per effettuare pressioni al ricovero verso le Aziende USL di residenza. I meccanismi legati alla remunerazione ed alle penalità non devono in nessun caso essere oggetto di trattativa con i pazienti stessi al fine di facilitarne o meno l'accesso. I meccanismi di applicazione economica degli accordi regionali e locali sono conosciuti dalle Strutture al momento dell'adesione agli accordi stessi e pertanto non possono essere utilizzati quale sistema di "blocco" dei ricoveri.

Le strutture, conoscendo il budget, con l'eccezione degli invii diretti da parte di struttura pubblica che comunque vengono salvaguardati, devono gestire una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di una attività in riferimento alla carenza di budget. L'eventuale verificarsi di tali comportamenti che vengano segnalati e comprovati da cittadini o da Aziende USL, può essere sanzionato, su decisione della Commissione Paritetica, anche prevedendo meccanismi penalizzanti individuali.

La Commissione Paritetica valuterà le segnalazioni di possibili incongruenze relative alla produzione e si adopererà per il raggiungimento dell'accordo fra le parti.

Qualora la programmazione dei ricoveri, effettuata in coerenza con le risorse assegnate, dovesse determinare l'insorgenza di liste di attesa, occorrerà definire criteri di gestione delle stesse rispettosi della disciplina disposta a livello regionale e dei correlati criteri di priorità nella soddisfazione della domanda.

10.2) 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. L'opzione per il trattamento alberghiero non deve avere alcuna incidenza sui tempi e sulle possibilità di ricovero.

11) 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 Accordo Generale nell'adozione di provvedimenti che abbiano riflessi sul presente accordo, compresa la materia tariffaria. La presente intesa inoltre accoglie i risultati dei lavori del Comitato Tecnico Scientifico per l'assistenza cardiologica e cardiocirurgia prevista negli accordi precedenti (in particolare raccolti nel documento "indicatori cardiologici e cardiocirurgici dell'anno 2011".)

La Regione si impegna ad informare l'AIOP circa i propri provvedimenti rilevanti in materia sanitaria pubblica e privata (delibere, circolari, note, ecc.) ed a rendere accessibili i dati necessari al monitoraggio delle attività delle strutture in relazione agli impegni scaturiti dagli accordi attraverso l'utilizzo e la consultazione delle banche dati nel rispetto della normativa sulla privacy.

L'AIOP, anche per gli Ospedali privati accreditati di fascia A, viene coinvolta nella



distribuzione diretta dei farmaci ospedalieri da attuarsi al momento della dimissione dei propri ricoverati; la Regione provvederà a regolamentare tale servizio prevedendo un rapporto diretto tra le Ausl e le strutture ospedaliere private nell'ambito del quale le parti definiscono le modalità operative per l'approvvigionamento e la erogazione dei farmaci.

12) ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PRIVATE

La presente intesa, integra in capo ai soggetti accreditati, la facoltà di erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, secondo modalità di accesso definite dalla vigente normativa.

Le prestazioni vengono erogate nell'ambito di un sistema di risorse prefissate (budget) e secondo accordi stipulati in Area vasta che determinano i volumi e i contenuti della committenza, in linea con quanto definito nel presente accordo regionale.

13) TARIFFA APPLICABILE E CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DI ALTA SPECIALITÀ'

Alla produzione ospedaliera privata di Alta Specialità si applicano le tariffe massime stabilite dai vigenti provvedimenti regionali, con riferimento alla fascia A. Le variazioni o le modifiche che verranno apportate al sistema tariffario nel corso di validità del presente accordo dovranno essere oggetto di una preventiva consultazione e presentare una congruenza con quanto qui definito in termini di budget, in quanto l'assetto tariffario è da considerarsi condizione essenziale del buon funzionamento dell'intesa.


Alla produzione degli anni 2010 e 2011 si applicano le tariffe previste dall'Accordo di cui alla DGR 69 del 24/1/2011. In considerazione dei tempi di conclusione del presente accordo e dell'esame effettuato congiuntamente rispetto ai volumi erogati, tenuto conto della dimensione del recupero di mobilità passiva, si concorda di riconoscere interamente l'effettiva attività prestata nel biennio considerato. In relazione alle prestazioni rese in mobilità extra-R.E.R., si concorda la valorizzazione dell'attività prestata a tariffa di scambio, vigente anno per anno, per la compensazione dell'attività ospedaliera delle prestazioni di cui trattasi. Le strutture aderenti al presente accordo fattureranno pertanto le prestazioni ai sensi dell'art. A.3.1. dell'accordo generale DGR 1920 del 19.12.2011, applicando la TUC al momento vigente. Si dà mandato alle competenti Strutture regionali, in collaborazione con rappresentanti delle Strutture Private Accreditate di valutare la congruità delle tariffe di alcuni DRG, indicati nel presente Accordo.

Sulla base dell'esperienza del precedente contratto relativamente alla tariffa applicata ai DRG 124 e 125, che è definita a prescindere dalla durata della degenza e del setting assistenziale la Commissione Paritetica prenderà in esame le modalità di tariffazione per un altro gruppo di DRG: 315, 479, 130, 131 (con procedura 88.40/88.49 e 015/35), e DRG 518, 553, 554, 555, 556, 557, 558.

Per l'anno 2012 e fino alla definizione di un DRG specifico da parte del competente Assessorato regionale, per ogni impianto di TAVI effettuato viene previsto una renumerazione pari a 30.634 euro, fino al raggiungimento del numero concordato di prestazioni necessarie a soddisfare il fabbisogno regionale.

Il finanziamento per gli anni 2012 e seguenti è da attingere per le strutture private

Pagina di 20 12



cardiochirurgiche al Gruppo A¹ ed è ricompreso nel budget. Parimenti al fine di consentire anche alle strutture private accreditate di Alta Specialità l'esecuzione di procedure che necessitano l'utilizzo di devices, regolarmente in commercio con marchio CE, in relazione ai quali l'Agenzia Sanitaria Regionale o l'Assessorato alla Sanità effettuano studi/fasi di valutazione con un riconoscimento tariffario aggiuntivo per le strutture cardiologiche o cardiochirurgiche pubbliche (oltre al DRG prodotto) – nelle more della definizione di un DRG specifico - si concorda di applicare gli stessi riconoscimenti tariffari anche alle strutture private accreditate di Alta Specialità che utilizzeranno gli stessi devices. Tali procedure saranno fatturate incrementando la tariffa dello stesso importo sopra-descritto. L'importo complessivo sarà comunque ricondotto all'interno del budget di riferimento (vedi lettera AIOP all'Assessore, pr. N. 155 del 15 luglio 2010).

14) REGOLAZIONE ECONOMICA

14.1) Funzionamento:

- Il valore economico corrisposto è pari a circa euro 59.560.783 e rimane invariato per il periodo 2013-2015, fatti salvi l'applicazione delle norme in vigore e l'adeguamento al fondo sanitario regionale previsto dall'attuale Accordo generale AIOP /RER contemplato dal par. B3 e previsto nel verbale di intesa 15 /12/2010, recepito con D.G.R. 64/2011;
- all'accordo si applica quanto previsto dall'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012, n. 195, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della L. 7 agosto 2012, n. 135.
- Il meccanismo di remunerazione prevede due modalità regolatorie:
 - una quota "a budget", secondo il modello di Accordo-Contratto regionale
 - una quota "a contratto" mediante accordi stipulati dalle Aree Vaste e/o Aziende sanitarie interessate .

A livello budgetario le prestazioni di cui a pagina 3, sono così dettagliate:

- A) Diagnostica e interventistica coronarica e patologia valvolare cardiaca (A¹ cardiochirurgia; A² diagnostica e interventistica percutanea coronarica; A³ riabilitazione cardiologica);
- B) Rivascolarizzazione non coronarica;
- C) Aritmologia;
- D) Neurochirurgia (D¹ centrale ; D² periferica);
- E) Miscellanea;
- F) Radioterapia;
- G) Chirurgia Toracica

Le proprietà dei gruppi e le loro assegnazioni a strutture o territorio sono declinate in appendice in appositi Allegati sub1 e 2

- **Quota a budget:** in caso di eccesso di produzione rispetto al budget complessivo di gruppo, come sopra individuato, si procederà alla



Pagina di 20 13

decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato un volume di attività superiore rispetto ai limiti individuali indicati nell'allegato n 2 (media dei fatturati 2009, 2010 e 2011, adeguata proporzionalmente al budget).

Tale penalizzazione sarà applicata per ogni esercizio tenendo conto dei fatturati netti dalle decurtazioni per controlli sulle prestazioni pervenuti a definizione, in misura proporzionale all'eccesso di produzione individuale rispetto al proprio limite e nella quantità sufficiente a permettere il rientro nel budget complessivo di gruppo; della stessa beneficeranno, in misura proporzionale, le AUSL destinatarie del fatturato della struttura penalizzata.

- **Quota a contratto** : anche per la quota a contratto viene assegnato alle strutture un volume di attività e limiti individuali pari alla media dei fatturati degli anni 2009 2010 2011 adeguati proporzionalmente al volume della quota a contratto. Per dette quote sarà applicabile il metodo della compensazione, ove praticamente possibile tra le strutture e/o gruppi diversi di prestazioni

- Tali modalità di accordo verranno applicate ai singoli Gruppi in modo esclusivo o integrato, vedi allegato, e determinano la possibilità di trasferire il solo finanziamento della parte "a contratto" da un Gruppo all'altro in base alla logica che la quota "a budget" corrisponde alla fornitura di prestazioni integrative e non sostituibili, mentre quella a contratto rappresenta attività complementare individuata dai singoli territori.
- La previsione della produzione, relativamente all'attività Cardiochirurgica e cardiologica, è effettuata in base al fabbisogno previsto dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (utilizzando come riferimento il documento "Indicatori cardiologici e cardiochirurgici dell'anno 2011"), tenendo conto della produzione storica, dei flussi di mobilità, delle innovazioni tecnologiche intervenute in questi anni e del perseguimento dell'appropriatezza d'impiego. Deve essere, inoltre, modulato in base alle esigenze delle Aziende sanitarie, che sono comunque tenute a monitorare la produzione e ad intervenire sulla riduzione dei flussi di mobilità extra regionale ed a garantire la maggiore prossimità possibile nell'erogazione di tali prestazioni.
- Poiché le valorizzazioni dei gruppi individuati prevedono al loro interno un'omogeneità di procedure inerenti i percorsi diagnostico-terapeutici, i rischi di iperproduzione o di sotto commissionamento ingiustificati dovranno essere contenuti all'interno delle stime del fabbisogno regionale. Sono possibili committenze in eccesso rispetto a quelle previste dai budget dei gruppi individuati, per specifiche esigenze locali, a fronte di riorientamenti della produzione pubblica.
- I valori economici assegnati ai singoli gruppi non sono trasferibili da un gruppo all'altro nella quota a "budget", fatto salvo valutazione condivisa con la Commissione Paritetica, mentre è possibile la trasferibilità nelle quote denominate "a contratto", come meglio precisato nella parte descrittiva dei singoli gruppi.
- Al fine di meglio soddisfare i fabbisogni delle Aziende e dare chiarezza sulla produzione agli Ospedali Privati, alcune attività, così come indicato in allegato, possono essere regolamentate da uno specifico contratto



aziendale.

14.2) Riqualificazione delle attività

Per l'erogazione di prestazioni di Alta Specialità, all'interno della valorizzazione economica complessiva e fissata dall'accordo regionale per la parte "a contratto", sperimentale per l'anno 2013, al fine di conseguire gli obiettivi di salute fissati dalla programmazione nazionale e regionale, le Aree Vaste, anche su indicazione delle singole AUSL, o le AUSL medesime definiscono contratti aziendali coinvolgendo le strutture accreditate presenti nel territorio di propria competenza, nell'ambito dell'Accordo-Contratto regionale.

Le strutture private accreditate si impegnano, ciascuna per la propria struttura e/o in associazione, a garantire il rispetto della pattuizione contrattuale in termini di volumi indicativi e tipologie di attività attesi, di garanzie per gli utenti e di responsabilità sui risultati produttivi attesi. La parte pubblica, a sua volta, terrà conto nelle programmazioni degli impegni di coinvolgimento del ruolo della parte privata anche attraverso la compartecipazione dei tavoli di consultazione rappresentati dalle Commissioni Paritetiche di Area vasta.

15) FORNITURA PRESTAZIONI IN MOBILITA' EXTRA REGIONALE

I budget relativi ai gruppi di prestazioni, sono compiutamente descritti nell'allegato 1 al presente atto; e la determinazione dei limiti a budget o contratto attribuiti alle singole strutture viene svolta nell'allegato 2.

In relazione alle prestazioni rese in mobilità extra regionale, si concorda che la valorizzazione dell'attività prestata corrisponda ad un massimo pari a quanto risulta dalla applicazione della tariffa di scambio, vigente anno per anno, per la procedura di compensazione per l'attività ospedaliera, alle prestazioni di cui trattasi. Le strutture aderenti all'accordo fattureranno pertanto le prestazioni alla Azienda USL di competenza territoriale applicando in acconto la Tariffa Unica Concordata (T.U.C.) al momento vigente. In sede di consolidamento del consuntivo interregionale relativo alla compensazione delle prestazioni rese in mobilità, si procederà all'eventuale saldo sulla base delle tariffe riconosciute tra le Regioni.

Considerato che esistono degli accordi tra Regione Emilia-Romagna e Regioni limitrofe mediante i quali si favorisce il contenimento della reciproca mobilità passiva, la parte pubblica regionale prende atto dell'opportunità di concludere o rinnovare annualmente tali intese, salvaguardando ove possibile il riconoscimento privilegiato della mobilità attiva di alta complessità.

GRUPPI :

- **A Diagnostica e interventistica coronarica e patologia valvolare cardiaca:**

A¹ Cardiocirurgia Comprende il percorso della rivascolarizzazione coronarica chirurgica e degli interventi di cardiocirurgia per patologia valvolare: la quota è comprensiva della remunerazione relativa al numero concordato (Trenta Casi) degli impianti per via trans-catetere della valvola aortica (TAVI). La remunerazione



dell'attività avviene a budget, senza meccanismi di travasabilità in altri gruppi di eventuali non utilizzi.

A² Diagnostica e interventistica percutanea coronarica

Comprende il percorso della coronarografia e della rivascolarizzazione coronarica percutanea. La remunerazione dell'attività avviene a contratto eccettuata una quota pari a 500 procedure finanziata a budget.

A³ Riabilitazione cardiologica

Comprende le attività di riabilitazione cardiologica, remunerate a budget.

• **B Rivascolarizzazione non coronarica:**

Il gruppo comprende gli interventi di rivascolarizzazione non coronarica, e specificatamente nei settori sopra aortico, renale e degli arti inferiori, che vengono remunerate con modalità a budget. Questo gruppo è comprensivo anche del trattamento endovascolare del piede diabetico, definito da uno specifico percorso, per il quale si prevede un finanziamento budgettario.

• **C Aritmologia:**

Nel gruppo sono compresi gli impianti di pace maker e defibrillatori (CRT/CRD) remunerati a contratto, fatta salva una quota pari a circa il 10% (circa 300.000 euro) finanziata a budget. Gli interventi di ablazione sono remunerati a budget.

• **D Neurochirurgia:**

D¹ centrale

Il gruppo, di nuovo inserimento, comprende il trattamento chirurgico di patologie craniche e il trattamento con gamma knife e viene finanziato a budget.

D² periferica

Questo gruppo comprende gli interventi di artrodesi vertebrale ed una quota di chirurgia neurologica periferica e viene finanziato a contratto, fatta eccezione per una quota pari a circa 20 interventi di scoliosi neuromuscolari pediatriche idiopatiche e dell'adulto remunerata a budget.

• **E Miscellanea:**

Questo gruppo comprende un volume residuale di ricoveri, non di Alta Specialità e comunque non eliminabili, riferibili alla quota di ricoveri medici per patologie attinenti ai servizi di Alta Specialità, ma che non usufruiscono di procedure di tale livello per ragioni non determinabili al momento del ricovero. Questo gruppo è finanziato a budget.

• **F Radioterapia:**

Il gruppo che riguarda il trattamento delle lesioni tramite acceleratore lineare è finanziato a contratto. Tutti pazienti dovranno essere inseriti in una lista di attesa unica.

• **G Chirurgia Toracica:**

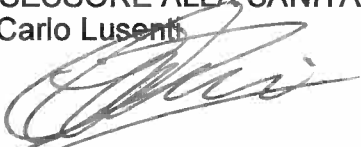
In sede locale, fra l'Ospedale Maria Cecilia Hospital e l'Azienda USL di Ravenna, viene riconfermato un accordo di collaborazione per il trattamento chirurgico elettivo delle patologie del torace presso Maria Cecilia Hospital che comprende l'attività di ricovero e la correlata attività ambulatoriale.

Bologna, 5 febbraio 2013

Allegati:

1. Budget per gruppi di prestazioni
2. Schema di funzionamento dei limiti individuali e complessivi

L'ASSESSORE ALLA SANITA'
Carlo Lusenti



L'AIOP REGIONALE
Mario Cotti



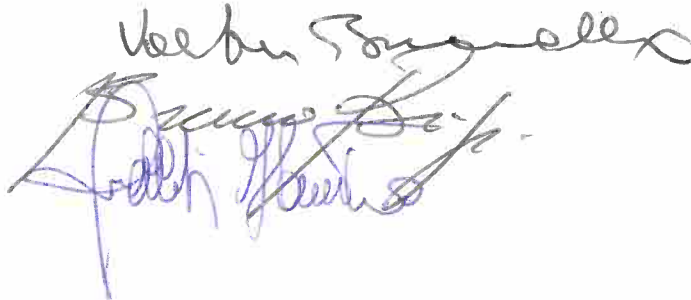
e per gli Ospedali Privati Accreditati:

Hesperia Hospital

Salus Hospital

Maria Cecilia Hospital

Villa Torri Hospital



BUDGET ANNI 2013-2015					
GRUPPI	MEDIA TRIENNALE 2009-2011 adeguata	QUOTA A BUDGET	QUOTA A CONTRATTO	TOTALE	TOTALE
-	-	-	-	-	-
GRUPPO A1	35.154.069	35.154.069	0	35.154.069	35.154.069
GRUPPO A2	6.842.000	2.311.486	4.530.514	6.842.000	6.842.000
GRUPPO A3	1.000.000	1.000.000	0	1.000.000	1.000.000
TOTALE GRUPPO A	42.996.069	38.465.555	4.530.514	42.996.069	42.996.069
GRUPPO B	4.769.959	4.769.959	0	4.769.959	4.769.959
GRUPPO C	4.769.959	2.350.000	2.419.959	4.769.959	4.769.959
GRUPPO D1	2.725.000	2.725.000	0	2.725.000	2.725.000
GRUPPO D2	2.093.942	375.440	1.718.502	2.093.942	2.093.942
TOTALE GRUPPO D	4.818.942	3.100.440	1.718.502	4.818.942	4.818.942
GRUPPO E	429.854	429.854	0	429.854	429.854
GRUPPO G	1.776.000	0	1.776.000	1.776.000	1.776.000
GRUPPO F radioterapia	extra budget				
TOTALE	59.560.783	49.115.808	10.444.975	59.560.783	59.560.783

GRUPPI	MARIA CECILIA HOSPITAL				SALUS HOSPITAL			
	MEDIA TRIENNALE 2009-2011 adeguata	QUOTA A BUDGET	QUOTA A CONTRATTO	TOTALE	MEDIA TRIENNALE 2009-2011 adeguata	QUOTA A BUDGET	QUOTA A CONTRATTO	TOTALE
GRUPPO A1	-	17.706.025	0	17.706.025	-	3.439.130	0	3.439.130
GRUPPO A2	2.856.985	965.197	1.891.787	2.856.985	1.130.916	382.066	748.850	1.130.916
GRUPPO A3	745.484	745.484	0	745.484	0	0	0	0
TOTALE GRUPPO A	21.308.494	19.416.706	1.891.787	21.308.494	4.570.046	3.821.196	748.850	4.570.046
GRUPPO B (piede diabetico escluso)	1.302.287	1.302.287	0	1.302.287	98.679	98.679	0	98.679
GRUPPO B (solo piede diabetico)	2.404.425	2.404.425	0	2.404.425	0	0	0	0
TOTALE GRUPPO B	3.706.712	3.706.712	0	3.706.712	98.679	98.679	0	98.679
GRUPPO C (ablazioni escluse)	1.469.939	292.045	1.177.894	1.469.939	543.102	107.903	435.200	543.102
GRUPPO C (ablazioni)	1.204.806	1.204.806	0	1.204.806	143.894	143.894	0	143.894
TOTALE GRUPPO C	2.674.745	1.496.850	1.177.894	2.674.745	686.996	251.797	435.200	686.996
GRUPPO D1	2.725.000	2.725.000	0	2.725.000	0	0	0	0
GRUPPO D2	1.718.502	0	1.718.502	1.718.502	0	0	0	0
TOTALE GRUPPO D	4.443.502	2.725.000	1.718.502	4.443.502	0	0	0	0
GRUPPO E	195.936	195.936	0	195.936	24.740	24.740	0	24.740
GRUPPO G	1.776.000	0	1.776.000	1.776.000	0	0	0	0
GRUPPO F radioterapia								
TOTALE	34.105.388	27.541.204	6.564.184	34.105.388	5.380.461	4.196.411	1.184.050	5.380.461

HESPERIA HOSPITAL				
GRUPPI	MEDIA TRIENNALE 2009-2011 adeguata	QUOTA A BUDGET	QUOTA A CONTRATTO	TOTALE
-	-	-	-	-
GRUPPO A1	11.932.640	11.932.640	0	11.932.640
GRUPPO A2	2.508.251	847.382	1.660.869	2.508.251
GRUPPO A3	200.000	200.000	0	200.000
TOTALE GRUPPO A	14.640.891	12.980.022	1.660.869	14.640.891
GRUPPO B (piede diabetico escluso)	695.506	695.506	0	695.506
GRUPPO B (solo piede diabetico)	0	0	0	0
TOTALE GRUPPO B	695.506	695.506	0	695.506
GRUPPO C (ablazioni escluse)	827.438	164.394	663.044	827.438
GRUPPO C (ablazioni)	327.895	327.895	0	327.895
TOTALE GRUPPO C	1.155.333	492.289	663.044	1.155.333
GRUPPO D1	0	0	0	0
GRUPPO D2	375.440	375.440	0	375.440
TOTALE GRUPPO D	375.440	375.440	0	375.440
GRUPPO E	156.636	156.636	0	156.636
GRUPPO G	0	0	0	0
GRUPPO F radioterapia				
TOTALE	17.023.806	14.699.893	2.323.913	17.023.806

La parte a budget del gruppo D è dedicata alle scoliosi

VILLA TORRI HOSPITAL				
MEDIA TRIENNALE 2009-2011 adeguata	QUOTA A BUDGET	QUOTA A CONTRATTO	TOTALE	
-	-	-	-	
2.076.275	2.076.275	0	2.076.275	
345.847	116.840	229.007	345.847	
54.516	54.516	0	54.516	
2.476.638	2.247.631	229.007	2.476.638	
269.063	269.063	0	269.063	
0	0	0	0	
269.063	269.063	0	269.063	
179.480	35.659	143.821	179.480	
73.405	73.405	0	73.405	
252.885	109.064	143.821	252.885	
0	0	0	0	
0	0	0	0	
0	0	0	0	
52.543	52.543	0	52.543	
0	0	0	0	
3.051.129	2.678.300	372.829	3.051.129	

Nota a verbale nr. 1

Con riserva rispetto alla definizione per gli anni 2010-2011 di una tariffa per prestazioni TAVI di cui all'art. 3 del precedente Accordo ex DGR 1864/2008 che recita:

"in considerazione dell'alto costo di alcuni dispositivi per l'assistenza ventricolare (VAD, ECMO), per il rimodellamento ventricolare individuati dai codici di procedure 3762, 3763, 3765, 3965 e 3735, nonché della plastica aortica per via femorale percutanea e transapicale - cod. 3569, cod. 3966 – viene concordato che nell'anno 2009 venga effettuata congiuntamente una analisi di impatto dei costi di tale casistica al fine di valutarne la congruità tariffaria."

Firmato

il Legale Rappresentante Hesperia Hospital SPA
Prof. Michele Malena



REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2013/658

data 09/05/2013

IN FEDE

Tiziano Carradori

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'