



seduta del
10/03/2014
delibera
280

pag.
1

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 225 LEGISLATURA N. IX

DE/ME/SAS Oggetto: Accordo con le Case di cura private
O NC multispecialistiche della Regione Marche per gli anni
2011-2012 ed anni 2013-2014

Prot. Segr.
320

Lunedì 10 marzo 2014, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------|----------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - ANTONIO CANZIAN | Vicepresidente |
| - SARA GIANNINI | Assessore |
| - PAOLA GIORGI | Assessore |
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |
| - MAURA MALASPINA | Assessore |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Accordo con le case di cura private multispecialistiche della Regione Marche per gli anni 2011 - 2012 ed anni 2013 - 2014.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Sanità, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione che dal presente atto non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione;

VISTO l'articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

1. di approvare l'Accordo con le case di cura private multispecialistiche della Regione Marche per gli anni 2011-2014 di cui all'allegato A, comprensivo delle tabelle in esso contenute, che forma parte integrante della presente deliberazione;
2. di stabilire che eventuali costi aggiuntivi sono ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Documento istruttorio

I rapporti con le case di cura multispecialistiche sono regolamentati da accordi, ratificati da successive delibere di giunta, di cui l'ultima risalente all'anno 2011, la n. 572 che regolamentava la materia afferente l'anno 2010. Successivamente, in attesa di accordi, si è proceduto prorogando l'ultimo accordo, recepito con la citata DGR 572/2011.

Con il presente accordo, quindi, si procede a disciplinare definitivamente la materia per gli anni 2011-2012 ed a fornire le indicazioni circa le attività da espletare, per gli anni 2013 - 2014.

Il tavolo regionale per la stipulazione degli accordi con le case di cura multispecialistiche, invero, in questi ultimi anni non è riuscito a trovare accordi soddisfacenti per le parti, relativamente non tanto ai tetti di spesa, storicamente invariati, ma alla tipologia di prestazioni da effettuare e soprattutto alle tariffe da applicare. Il susseguirsi di diverse delibere di giunta in materia di sistema tariffario, appropriatezza delle prestazioni e trasferimento di specialità dall'attività di ricovero ordinario a quella in day surgery o alla disciplina ambulatoriale, negli ultimi due anni hanno causato numerosi contrasti con le strutture private, sfociati in accordi con i singoli erogatori privati ed iniziative giudiziarie, tra le quali le impugnative alle DGR n° 1515/11, 1370/11, 1696/12, 735/13, 1345/13, e quella avverso la comunicazione ASUR relativa al tetto del 2% sulla produzione extra regione.

Pertanto, la stipula del presente accordo relativo agli anni 2011-2012 e alla programmazione dell'attività 2013-2014, rappresenta il frutto della ritrovata unitarietà degli erogatori privati accreditati aderenti alla AIOP e di questi con i rinnovati vertici regionali. Di conseguenza le parti si impegnano a ritirare i contenziosi in essere inerenti le impugnative sopra richiamate e, a far data dalla sottoscrizione del presente accordo, a dare preventiva informativa in merito all'adozione di qualsivoglia disposizione inerente direttamente le materie disciplinate dal presente accordo nonchè eventualmente, a richiesta dei rappresentanti AIOP, ad aprire un tavolo di concertazione con gli stessi.

Nell'accordo 2011 - 2012, si sono sciolti sia i nodi rimasti in sospeso in merito al sistema tariffario di cui alla DGR 61/2012 che definiva dei limiti temporali e prescrizioni per l'applicazione della DGR 61/2010 e 1515/2011. Inoltre, è stato rivisto il tetto economico delle prestazioni, in adempimento di quanto disciplinato dalla L. 135/2012 che, per gli erogatori privati accreditati specificatamente prevede che a "...tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014...".

La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera a), terzo periodo del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111...".

Per gli anni 2013 e 2014, in applicazione della L. 135/2012, le parti hanno concordato di applicare la riduzione del 2%, prevista nel 2014 già a partire dal 2013, aggiungendo a tale riduzione la misura del contenimento dei costi regionale stimata in un ulteriore 1%, a fronte dell'introduzione di progetti sperimentali sulla riduzione della mobilità passiva, definendo anche l'introduzione della mobilità attiva programmata e della

mg



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

valorizzazione delle prestazioni a tariffa TUC, superando in tal modo una sperequazione che si trascinava da troppi anni e che, in applicazione del D. Lgs 118/2011, avrebbe comportato l'obbligo di caricare sul bilancio regionale il disequilibrio tra i costi e i ricavi di tale produzione.

Gli accordi 2011 – 2012 e 2013 – 2014 sono stipulati in coerenza con la precedente delibera della Giunta regionale che definisce le linee di indirizzo per la mobilità attiva ospedaliera interregionale e per il contrasto della mobilità passiva interregionale

Il contrasto della mobilità passiva interregionale rappresenta un obiettivo strategico che la Regione intende perseguire utilizzando appieno le potenzialità delle strutture pubbliche e private. L'attuale debolezza del sistema dell'offerta interna può essere superata anche mediante una più efficiente riorganizzazione delle strutture pubbliche e private secondo i principi di rispetto degli standard scientifici di qualità e sicurezza che sono alla base della riorganizzazione già decisa con la DGR n. 735 del 20/05/2013 e la DGR n. 1345 del 30/09/2013 (riduzione della frammentazione / riduzione posti letto / avvio di strutture dedicate alle cure intermedie / reti cliniche), che dovrà trovare compiuta definizione anche nel settore privato accreditato in una logica di rete complessiva dei servizi offerti.

La necessità di affrontare il problema della crescente mobilità passiva interregionale, che incide pesantemente sulla quantificazione del fondo sanitario regionale fa sì che le strutture ospedaliere private accreditate, opportunamente riorganizzate in logica di rete e in virtù dell'elasticità organizzativa che le contraddistingue, possano essere coerentemente coinvolte nell'erogazione di prestazioni mirate a ridurre i flussi di mobilità passiva interregionale per particolari patologie.

Inoltre, la regolamentazione della mobilità attiva ed i programmi di recupero della mobilità passiva, se correttamente condotti, non determinano aumenti di spesa per il fondo sanitario regionale, favorendo al contrario un miglioramento del saldo di mobilità interregionale con effetti positivi sul finanziamento del fondo sanitario regionale e soprattutto garantendo ai cittadini residenti una adeguata offerta sul proprio territorio regionale. Tale disponibilità di incremento dell'offerta comporta sia il miglioramento del saldo di mobilità sia una riduzione di costi indiretti che i cittadini sono costretti a sobbarcarsi a causa dei viaggi presso regioni limitrofe. A questo si aggiunge il miglioramento dei tempi di attesa per alcune prestazioni critiche.

Ovviamente dovrà in ogni caso essere rispettato il criterio dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni di ricovero, e di specialistica ambulatoriale sia per i cittadini residenti sia per i cittadini che afferiscono al nostro sistema di cure in mobilità attiva.

Nell'allegato A sono definite le regole che, a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 118 del 23/06/11 ed in applicazione degli articoli 20 e 29, si rendono necessarie per la produzione e la remunerazione delle prestazioni erogate in regime di mobilità attiva interregionale ospedaliera da parte dei soggetti erogatori privati. L'art. 29, comma 1, lettera h, del D.Lgs n. 118/11 prevede l'utilizzo della matrice della mobilità extraregionale, approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento (matrice della mobilità extraregionale). Pertanto a ciascun soggetto erogatore privato, per la contabilizzazione delle prestazioni erogate, potrà essere riconosciuto nell'esercizio al massimo un controvalore complessivo di prestazioni, valorizzate a tariffa TUC, pari a quello risultante dalla matrice della mobilità extraregionale a titolo di mobilità attiva extraregionale (di seguito definita mobilità attiva programmata) con riferimento alla quota di produzione assegnata. La quota di mobilità attiva programmata di pertinenza degli erogatori privati sarà annualmente definita dalla regione in sede di assegnazione all'ASUR dell'esercizio provvisorio e determinata, per ciascun erogatore privato, definitivamente in sede di assegnazione del Budget. Eventuali scostamenti rispetto alla quota assegnata nell'anno precedente che dovessero risultare nei confronti degli erogatori privati saranno distribuiti agli stessi in proporzione al valore della produzione da ciascuno realizzata.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per l'anno 2013, ciascun soggetto erogatore privato potrà, con i vincoli previsti nell'allegato, incrementare la propria produzione di mobilità attiva interregionale nella misura massima del 10% rispetto alla quota di produzione assegnata di mobilità attiva programmata. La Regione Marche si riserva, altresì, di riconoscere nell'anno di competenza ai soggetti erogatori privati quella parte dell'eccedenza di cui sopra necessaria a compensare l'eventuale minore mobilità attiva interregionale consuntivata rispetto alla mobilità attiva programmata complessiva, consentendo in tal caso al singolo erogatore privato di superare la propria quota del 10% entro i limiti della mobilità attiva programmata complessiva.

A partire dall'anno 2014, i soggetti erogatori privati, dovranno adottare tutte le misure necessarie, azzerando le prestazioni inappropriate, per favorire un progressivo riequilibrio tra prestazioni erogate in favore di pazienti marchigiani e prestazioni erogate a pazienti di altre regioni, nell'ottica di condurre ad una reale riduzione della mobilità passiva.

Da tale vincolo sono escluse le prestazioni di alta specialità quali la cardiocirurgia, i trapianti d'organo, la neurochirurgia, la neuro riabilitazione, la radioterapia e la PET.

Quanto all'abbattimento della mobilità passiva, viene avviato un programma sperimentale di potenziamento delle prestazioni che consenta di migliorare l'offerta assistenziale per i cittadini del territorio regionale e di ridurre i costi di produzione attraverso l'incremento dell'offerta presso strutture in grado di assicurare le prestazioni relative agli utenti provenienti dai territori che hanno generato maggiore mobilità passiva. Gli effetti di tale sperimentazione dovrebbero consentire una riduzione del saldo di mobilità interregionale e, quindi, determinare un incremento del fondo sanitario regionale disponibile. Il programma sperimentale è rivolto ai soggetti erogatori pubblici e privati.

In particolare il programma sperimentale che ha valore fino al 31/12/2014 salvo esplicita proroga delle parti da determinare entro il 30/11/2014, per i soggetti erogatori privati di cui al presente accordo prevede quanto segue:

- a. la definizione di nuovi Accordi di confine con le regioni verso le quali il flusso di mobilità passiva interregionale è più consistente, che prevedano dei tetti qualitativi e quantitativi alle prestazioni definiti sulla base dei criteri di appropriatezza e nel rispetto del principio delle liste di attesa non differenziate tra i propri cittadini e quelli della Regione Marche;
- b. l'individuazione da parte del committente, delle prestazioni effettuate in mobilità passiva interregionale da implementare nel territorio regionale;
- c. la suddivisione dei volumi delle prestazioni tra i soggetti erogatori pubblici e privati;
- d. la previsione di un abbattimento del valore tariffario delle prestazioni; tali percentuali di abbattimento, in caso di oggettiva inefficacia del programma sperimentale verificata con un peggioramento del saldo di mobilità totale, saranno incrementate fino ad un ulteriore 25%, solo relativamente al budget aggiuntivo.
- e. le risorse che la Regione Marche si impegna a mettere a disposizione per tale sperimentazione sono potenzialmente pari a quelle rivenienti dalla riduzione della mobilità passiva interregionale. Il valore economico di tale sperimentazione è potenzialmente pari a quello che si intende recuperare con la riduzione della mobilità passiva interregionale.

Tutte le attività di contrasto della mobilità passiva interregionale saranno monitorate trimestralmente sulla base di una matrice con la quale, per singolo DRG, verranno valutate (i) le prestazioni effettuate da ciascun soggetto erogatore privato, (ii) le prestazioni effettuate dai soggetti erogatori pubblici e (iii) le prestazioni fruite presso strutture di altre regioni al fine di verificare l'effettiva efficacia delle azioni (la Regione si adopererà ai fini di poter disporre dei dati trimestrali da parte delle altre regioni).

Per questi motivi si ritiene di recepire l'accordo per gli anni 2011-2012 e 2013-2014 con le case di cura multispecialistiche della Regione Marche presenti in data 28 febbraio:

- Casa di Cura Villa San Marco



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Casa di Cura Villa Pini
- Casa di Cura Dott. Marchetti
- Casa di Cura Stella Maris
- Casa di Cura Villa Anna
- Casa di Cura Villa Verde
- Casa di Cura Villa Serena

Si prevede infine, allo stesso scopo ed in analogia con il presente accordo, di modificare ed integrare la DGR 1259/2013 con cui è stato approvato l'accordo con l'ARIS.

Pertanto si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Marja Grazia Moretti

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione e l'attestazione che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

IL DIRIGENTE
Piero Ciccarilli

La presente deliberazione si compone di n. 18 pagine, di cui n. 12 pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ANCONA li 28/02/2014

ALLEGATO A

ACCORDO PER GLI ANNI 2011- 2012 E 2013-2014 CON LE CASE DI CURA PRIVATE MULTISPECIALISTICHE ACCREDITATE DELLA REGIONE MARCHE

ASPETTI GENERALI

Il presente Accordo disciplina per gli anni 2011-2014 in termini generali il rapporto tra la Regione Marche - Servizio Salute e le Case di Cura Private Multispecialistiche aderenti all'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) della Regione Marche, di seguito definite "parti". Il presente accordo dovrà essere recepito con deliberazione di Giunta Regionale.

PREMESSA

Preliminarmente le parti si danno reciprocamente atto della ritrovata unitarietà degli erogatori privati accreditati aderenti alla AIOP e dei rinnovati vertici regionali. Tale circostanza consente di superare il recente passato, caratterizzato da accordi con i singoli Erogatori Privati ed ombreggiato da iniziative unilaterali da un lato e da iniziative giudiziarie dall'altro, e tornare all'assetto negoziale originale che ha sempre caratterizzato i rapporti tra le parti e che dovrà oltremodo consolidarsi.

Le parti si impegnano, in conseguenza della sottoscrizione del presente accordo, a ritirare i contenziosi in essere inerenti l'impugnativa alle DGR n° 1515/11, 1370/11, 1696/12.

Le parti si impegnano, in conseguenza e a far data dalla sottoscrizione del presente accordo, a dare preventiva informativa in merito all'adozione di qualsivoglia disposizione inerente direttamente le materie disciplinate dal presente accordo ed eventualmente, a richiesta dei rappresentanti AIOP, ad aprire un tavolo di concertazione con gli stessi.

La premessa costituisce parte integrante e sostanziale del presente accordo e ne rappresenta il primo patto.

Di seguito si indicano separatamente le specifiche per gli accordi per gli anni 2011-2012 e 2013-2014.

ACCORDO per gli anni 2011 e 2012

Si concorda che:

1. **Accordi Contrattuali.** I singoli accordi contrattuali di fornitura, devono essere sottoscritti, nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nel presente atto, da ciascuna Casa di Cura con l'ASUR. Resta inteso che l'erogazione delle prestazioni ed il relativo accordo sono subordinati alla sussistenza del requisito di accreditamento della struttura medesima. Il presente accordo è efficace anche nei confronti delle Case di Cura Villa Igea e Villa Serena nei termini espressi dal punto 2.
2. **Budget di spesa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per il 2011.** Il budget per i residenti per le prestazioni di ricovero e per le prestazioni ambulatoriali, così come indicato nell'allegato 1 tabella "Budget degenze" "Budget ambulatoriali", viene assegnato nella misura pari al budget dell'anno 2010 di cui alla DGR n. 572 del 19/04/2011 per le strutture firmatarie ovvero al budget storico (budget 2009 incrementato dello 0,36%) per i non sottoscrittori (allegato. 1).
3. **Budget di spesa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per il 2012.** Viene fissato in misura pari a quello del 2011 ridotto dello 0.50% per effetto della Legge n, 135 del 07/08/2012. (allegato. 2)
4. **Progetto DCA.** Per l'attività relativa ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) di Villa Igea, viene riconosciuto il budget specifico annuo attribuito pari ad € 270.000. Le tariffe applicabili per gli anni 2011 -2012 sono quelle in uso dall'inizio del rapporto contrattuale.
5. **Progetto riabilitazione cardiologica.** Si prevede il riconoscimento di tutti i ricoveri di riabilitazione cardiologica inviati a Villa Serena su proposta dalla AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Quanto alle tariffe si conferma per gli anni 2011-2012 un importo di degenza giornaliera pari ad € 233,23.

pa

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten notes and signatures on the right margin]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- 6. **Progettualità aggiuntive rispetto al budget storico.** Si approvano gli incrementi riportati negli allegati n. 1 - n. 2 suddivisi per progettualità regionale e progettualità di Area Vasta. A tali incrementi è stato applicato per l'anno 2012 la decurtazione di cui alla Legge 135/2012.
- 7. **Tetto per la mobilità attiva.** Si conferma per gli anni 2011 e 2012 la produzione di attività effettuata da ogni struttura al netto di eventuali contestazioni che potrebbero risultare dalla Delibera CIPE a seguito delle verifiche del tavolo interregionale per il riconoscimento della mobilità e quelle di cui all'art. 9.
- 8. **Sistema Tariffario.** Per le attività di ricovero si applicano le tariffe della DGR 572/2010 per l'anno 2011 e per l'anno 2012 quelle previste nella DGR 1648/2011 dalla sua entrata in vigore. Per la chirurgia ambulatoriale, in applicazione alla DGR 61/2012 le parti convengono che relativamente al sistema tariffario per gli anni 2011 e 2012 si applicano le DDGGRR 61/2010, 1515/2011 e 1793/2012 (dalla loro entrata in vigore) con le seguenti specificazioni:
 - a. Iniezione intravitale di sostanze terapeutiche (DRG 42) si conferma la tariffa della DGR 61/2010, non comprensiva del costo del farmaco per il 2011 e fino al 30 aprile 2012. Dal 1° maggio 2012 si applica la tariffa di euro 385 comprensiva del farmaco, tenuto conto dell'incremento del costo dei farmaci utilizzabili; dalla stessa data viene riconosciuto un valore soglia per i ricoveri in regime di day surgery motivato da quadri polipatologici complessi e specifiche condizioni di rischio clinico (difficoltà a dimettere in giornata il paziente), fino ad un massimo del 10% di tutti gli interventi;
 - b. Interventi sul cristallino di cui ai Codici nomenclatore 13.19.1, 13.70.1, 13.72, 13.8, 13.41 (€ 675 se non c'è inserzione della lente ed € 850 se prevista l'inserzione della lente l'eventuale costo aggiuntivo della lente superiore al differenziale di € 175 rimane a carico del paziente). Gli interventi di cui sopra devono essere effettuati quasi esclusivamente a livello ambulatoriale fatta salva una quota massima per interventi effettuati in regime di ricovero, motivati da quadri polipatologici complessi e specifiche condizioni di rischio clinico (difficoltà a dimettere in giornata il paziente), fino ad un massimo del 10% di tutti gli interventi.
 - c. Intervento "endovascolari sulle varici con tecnica laser" (cod 38.59.2) tariffa € 1483 come da DGR 572/2011 per tutto il 2011. Per l'anno 2012 si applica la tariffa di euro 1483 abbattuta del 10% (1334,71) comprensiva di materiale.
 - d. Le parti concordano che per le prestazioni di cui alle DDGGRR 61/2010, 1515/2011 e 1793/2012, nel limite del budget complessivo di struttura, la riduzione del budget delle degenze costituirà parimenti un incremento di quello ambulatoriale. Per quest'ultime prestazioni si applicano le tariffe concordate nel presente accordo senza lo sconto previsto dalla DGR 509/2008. Dal 2013 la suddivisione tra i budget delle degenze e ambulatoriali, fermo restando il budget complessivo di struttura, verrà rivista in base alla produzione del 2012.
- 9. **Appropriatezza** Relativamente ai controlli introdotti dalla DGR 1370/2011 le parti convengono che l'applicazione sia a far data dal 01 Gennaio 2012.
 Per quanto riguarda i DRG chirurgici si conviene che l'applicazione delle soglie previste avvenga senza prendere in considerazione le eccezioni di cui all'allegato 3 salvo i casi in cui ciò determini una riduzione della produzione riconosciuta al di sotto del budget assegnato.
 Per quanto riguarda i DRG medici, dato atto della difficoltà oggettiva nell'utilizzare i criteri previsti nell'allegato 3 di cui alla DGR 1370/2011 si stabilisce che i criteri previsti siano adottati con riferimento all'intero territorio regionale in modo da individuare uno standard di riferimento per ogni singolo DRG di livello regionale cui confrontare le performance di ciascuna struttura privata accreditata. Si conviene, altresì, di limitare tale analisi a quei DRG, compresi tra i 64 citati nella delibera, che hanno l'impatto economico almeno pari al 70%.
- 10. **Lungodegenza.** Per l'attività di lungodegenza (codice 60) la tariffa giornaliera per le annualità 2011 - 2012 è quella già fissata nella DGR n. 572 del 19.04.2011. Il valore soglia è individuato in 60 giorni, superati i quali si applicherà un abbattimento del 30% della tariffa. I ricoveri che superano tale limite vanno adeguatamente motivati.

ACCORDO per gli anni 2013 e 2014

Il sistema di offerta dei Soggetti Erogatori Privati, dovrà essere coerente con gli obiettivi perseguiti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e della definizione delle reti cliniche, finalizzata alla riduzione della frammentazione ospedaliera e al miglioramento della continuità assistenziale H-T, di cui alle DGR n. 1696/2012, n. 735/2013, n. 1345/2013. Le parti si impegnano a ritirare il contenzioso inerente l'impugnativa avverso comunicazione

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signature]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ASUR relativa al tetto del 2% sulla produzione extra regione.

Parallelamente alla riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica ed alla definizione delle reti cliniche, finalizzata alla riduzione della frammentazione ospedaliera ed al miglioramento della continuità assistenziale, il sistema di offerta dei soggetti erogatori privati, dovrà, anche con le proprie connotazioni e specificità organizzative, essere coerente con gli obiettivi perseguiti. A tal fine le parti si impegnano ad attivare un tavolo tecnico misto, entro il mese successivo alla stipula dell'accordo, per valutare e concordare le possibili forme sinergiche per la migliore e completa erogazione di prestazioni e servizi anche in riferimento alle attività di mobilità attiva e passiva.

La nuova organizzazione dovrà condurre ad uno specifico accordo, eventualmente modificando quanto previsto al riguardo dalla DGR 735/13, per l'applicazione condivisa della distribuzione dei posti letto e della loro suddivisione in posti letto per acuti e per lungodegenza post acuzie/riabilitazione.

Tale accordo dovrà essere sottoscritto entro il 30/04/2014. Gli Erogatori privati si impegnano a ritirare, contestualmente alla sottoscrizione del medesimo, i contenziosi in essere inerenti all'impugnativa della DGR 735/13.

La Regione Marche riconosce l'apporto fondamentale dell'ospedalità privata anche mediante eventuali ulteriori forme e formule rispetto al successivo punto 2.

I risparmi conseguiti dalla riorganizzazione della rete delle case di cura multispecialistiche saranno utilizzati per finanziare i progetti di cui all'allegato A, parte B (Mobilità Passiva Interregionale).

A tal fine a partire dall'1/03/2014, si prevede:

1. la definizione e la verifica dei livelli autorizzativi minimi organizzativi e di produzione per lo svolgimento di attività chirurgiche e mediche per acuti con conseguente riconversione in attività di lungodegenza e post acuzie e/o di cure intermedie. Per tutte le strutture che non rispettano i livelli organizzativi minimi come sopra definiti si applica una riduzione del budget assegnato che consenta di raggiungere il livello di risparmi previsti al quarto capoverso;
2. forme di incentivazione all'aggregazione e/o specializzazione dei Soggetti Erogatori Privati attraverso parziale recupero della riduzione del budget di cui al punto precedente consentendo forme flessibili di aggregazione tra i medesimi soggetti anche di aree vaste territoriali diverse e con più punti di erogazione dei servizi sul territorio regionale;
3. il rispetto di standard di appropriatezza sulle prestazioni di ricovero in linea con la progressiva riduzione dell'inappropriatezza tendente all'azzeramento della stessa nel corso degli anni 2014 e 2015 e di fissare per il 2014 il raggiungimento di almeno il 60% dell'obiettivo;
4. il potenziamento delle attività chirurgiche eseguite in regime di Day surgery ed ambulatoriali, anche con l'introduzione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali sul modello delle macro attività ambulatoriali complesse nel rispetto della normativa di riferimento.

Inoltre, allo scopo di evitare fenomeni distorsivi, gli obiettivi di produzione degli Erogatori Pubblici e Privati, con riferimento alle prestazioni erogate e da erogare a titolo di Mobilità Attiva Interregionale ed alle prestazioni erogate e da erogare a titolo di contrasto della Mobilità Passiva Interregionale, vengono definite da specifiche linee di indirizzo espresse in allegato A che hanno carattere vincolante.

Si concorda inoltre che:

1. **Budget di spesa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per l'anno 2013.** Viene fissato in misura pari a quello del 2011 ridotto complessivamente del 3% (allegato 3). Tale riduzione include gli effetti della legge n. 135/2012 previsti per gli anni 2012, 2013, 2014
2. **Budget di spesa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali per l'anno 2014.** Viene fissato in misura pari a quello del 2013. La Regione potrà proporre un'ulteriore riduzione di tale tetto in funzione di sopravvenute ulteriori limitazioni economiche del finanziamento del Fondo Sanitario che saranno discusse entro il 30 giugno del 2014 e negoziate anche in funzione dell'andamento delle progettualità di contrasto alla mobilità passiva.
3. **Sistema Tariffario.**
 - a. Relativamente al sistema tariffario per l'anno 2013 si applica lo stesso previsto per il 2012 di cui al punto 8 dell'accordo 2011-2012, salvo per le attività di ricovero (Ordinario, Day Hospital e Day Surgery) per le quali, in considerazione dell'introduzione del sistema di contabilizzazione della mobilità attiva di cui al D.lgs

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Vertical handwritten signature on the right margin.

Small handwritten mark at the bottom right.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

118/2011, si applica la TUC anno 2012, con le premialità per i residenti regionali per le prestazioni di alta complessità, così come specificate nell'allegato 4.

- b. Per l'anno 2014 le tariffe saranno rideterminate a seguito di apposito atto, previo confronto sul tavolo tecnico tra le parti, tenendo conto del rispetto di quanto previsto dal decreto D.lgs 118/2011 e nel rispetto di quanto previsto dal DM del 18/10/2012 (pubblicato G.U. 23 del 28/01/2013).
4. **Appropriatezza** Relativamente all'appropriatezza si applica la DGR 1370/2011 come regolamentato al punto 9 del presente accordo per il primo semestre 2013. Dal secondo semestre si applicano le disposizioni di cui alla DGR 781/2013 e successivo decreto applicativo n. 33 del 18 settembre 2013.
 5. **Compensazione dei budget.** Tra l'ASUR e gli Erogatori privati potranno essere concordate compensazioni, nelle singole strutture, tra il budget degenze e budget ambulatoriali di cui al presente accordo, fermo restando il budget complessivo di struttura. Potrà, inoltre, essere concordata, una compensazione tra strutture dello stesso gruppo societario all'interno della medesima Area Vasta, ovvero in Aree Vaste diverse, per la medesima tipologia di prestazioni (es degenze con degenze e prestazioni ambulatoriali con prestazioni ambulatoriali). Tali compensazioni saranno ritenute valide purché richieste ad ASUR entro il mese di luglio e concordate con la stessa entro il mese di settembre di ogni anno e, per le strutture di Aree Vaste diverse, nel limite massimo del 10% del budget di ogni singola struttura. Per l'anno 2013 il termine per l'accordo sulla compensazione deve essere raggiunto entro 30 giorni dalla data della deliberazione di Giunta che approva il presente schema di Accordo. In caso di mancata risposta da parte dell'ASUR, nei termini previsti, le compensazioni richieste si intendono approvate.
 6. **Produzione extra budget.** Non sono previste situazioni per le quali possa essere riconosciuta alcuna attività extra-budget. Tuttavia, qualora a seguito dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni rientranti nel budget si dovessero applicare degli abbattimenti, l'importo di tali abbattimenti potrà essere destinato al finanziamento della produzione in eccesso che risulti appropriata e che comunque potrà essere riconosciuta soltanto fino a concorrenza degli importi dei budget.
 7. **Progettualità aggiuntive rispetto al budget storico.** I budget specificatamente assegnati per gli anni 2011 e 2012 di cui al punto 6 del presente accordo per la realizzazione di appositi progetti regionali e/o di Area Vasta vengono confermati anche per gli anni 2013-2014 ferma restando la condizione, laddove già prevista, di convertire una quota di pari valore del budget storico da altra attività in quella oggetto del progetto. Le quote assegnate verranno mantenute a fronte di una conversione di pari valore del budget storico da altra attività in quella oggetto del progetto. Tale conversione, se non attuata in precedenza e confermata nei progetti 2011 e 2012, deve essere realizzata per il 2013 e il 2014 entro la vigenza del presente accordo.
 8. **Progetto DCA.** Il budget assegnato al progetto viene confermato nella somma annua di € 270.000 e le tariffe applicabili restano quelle in uso dall'inizio del rapporto contrattuale per il 2013. Per il 2014 verranno rideterminate la classificazione delle attività e le tariffe, in coerenza con i criteri generali di riorganizzazione e del sistema tariffario di settore regionale.
 9. **Progetto IVG.** Allo scopo di garantire l'applicazione della "Legge 22 maggio 1978, n. 194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*" e considerata la situazione gravosa che si è venuta a determinare nella nostra regione a causa della scarsa disponibilità di professionisti non obiettori presso le strutture pubbliche, che hanno determinato di fatto la impossibilità a garantire l'applicazione di legge, si ritiene nel presente accordo, di valorizzare le professionalità sanitarie presenti nella Casa di cura Villa Igea. In considerazione della chiusura del Punto nascita, presso la Casa di Cura Villa Igea si è determinata la disponibilità di personale sanitario non obiettore (Medici, Ostetriche) che si ritiene possa essere utilizzato allo scopo di garantire l'applicazione della legge n. 194 per le cittadine residenti nell'Area Vasta n. 2 di Ancona e per tutte le possibili richiedenti del territorio regionale. Tale attività comporterebbe inoltre la possibilità di utilizzare personale già qualificato presente presso la Casa di cura evitando di dover acquisire per altre vie (convenzioni ad hoc) personale per garantire il diritto per l'IVG. Pertanto si concorda che una quota del budget storico assegnato alla struttura, pari a circa 200.000 euro, sia destinato per il 2014 a tale attività. Eventuali ulteriori attività a recupero di costi oggi sostenuti potranno essere assegnati alla stessa struttura.
 10. **Chirurgia ambulatoriale.** La DGR 1793 del 28/12/2012 detta i criteri organizzativi di riferimento per l'attività di chirurgia ambulatoriale. Le strutture sanitarie private che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale devono provvedere a definire i propri setting assistenziali ed adottare un regolamento interno che dovrà rispettare i criteri contenuti nel citato atto. Tale Regolamento dovrà essere inviato alla struttura Regionale competente in materia

Incontro di lavoro
 10/03/2014
 Deliberazione n. 280

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signature]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

entro 40 giorni dall'approvazione della presente deliberazione; l'ASUR dovrà verificare il rispetto dell'applicazione del regolamento e stabilire la relativa decorrenza.

11. **Controlli di appropriatezza.** Le attività di controllo interne dei Soggetti Erogatori Privati accreditati sono svolte mediante apposito Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie (CVPS) sotto la responsabilità dei propri Direttori Sanitari. Gli erogatori privati accreditati inoltre sono sottoposti a verifica da parte di un Comitato Misto come specificato nella DGR 781 del 28/05/2013. Il calcolo del numero di cartelle da sottoporre a controllo per tipologia deriverà dall'estrazione di un campione di almeno il 12,5% dei ricoveri totali per acuti, per riabilitazione e lungodegenza effettuati per struttura di ricovero (presente nell'anagrafica HSP11), per ogni trimestre. Per le Aziende Ospedaliere e le strutture private accreditate il 12,5% è così composto: 11,5% come controllo interno e l'1% come controllo esterno.

Il Piano di controllo delle prestazioni sanitarie e il relativo manuale, predisposti dal CVPS Regionale, e stabilite con decreto n.33 del 18 settembre 2013 definiscono le indicazioni sull'ambito, sui volumi, sulle casistiche, sulla tempistica e sulle modalità dei controlli costituendo il minimo obbligatorio. In particolare il citato Decreto definisce il piano e il manuale dei controlli per il II semestre 2013 e stabilisce che per i controlli generali sui DRG devono essere seguite le indicazioni riportate nel Testo Unico per la Mobilità Interregionale anno 2012, secondo i report predisposti dall'Agenzia Regionale Sanitaria e le tipologie di controllo riportate nel Manuale e che riguardano:

i. Controlli di appropriatezza per i ricoveri:

- a. *Controllo generali sui DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria per DRG chirurgici e DRG medici;*
- b. *Controlli generali sulle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in day surgery;*
- c. *Controlli sull'attività di Day hospital a carattere diagnostico*
- d. *Controlli sui parti cesarei*
- e. *Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione.*

ii. Controlli di appropriatezza per l'attività ambulatoriale:

- a. *Controllo generale sul tracciato record sul file C;*
- b. *Controllo generali della corretta fatturazione delle prestazioni;*
- c. *Controlli sulla documentazione clinica*

12. **Modalità di accesso all'attività di ricovero per acuti.** Il ricovero può essere proposto da qualunque medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale. Può essere inoltre disposto da un Pronto Soccorso di struttura pubblica o richiesto per trasferimento da una struttura pubblica; tali ricoveri sono da considerarsi appropriati se coerenti con le motivazioni per cui è stato inviato. L'accettazione medica del paziente è a cura del medico della Casa di Cura che effettua il ricovero. Nel caso di paziente che, senza essere transitato da Pronto Soccorso o dal medico di medicina generale o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale, si presenti ad una Casa di Cura privata in condizioni cliniche che non consentano il rinvio al Pronto Soccorso, lo stesso deve essere messo in condizioni di sicurezza attraverso una stabilizzazione e quindi la struttura privata potrà procedere al successivo trasferimento presso una struttura pubblica; le prestazioni correlate saranno rimborsate secondo il vigente tariffario.

13. **Prestazioni incluse nell'attività di ricovero (incluse le prestazioni trasferite a livello ambulatoriale).** Sono da erogarsi obbligatoriamente all'interno dell'episodio di ricovero senza ulteriori oneri per il Servizio Sanitario Regionale e senza costi o disagi per il cittadino:

- a. le prestazioni preliminari al ricovero ;
- b. i controlli e le medicazioni post-dimissione

14. **Prestazioni per i residenti di altre regioni a carico del servizio sanitario nazionale.** I requisiti di appropriatezza individuati dalla Giunta Regionale valgono sia per la produzione in favore di utenti residenti che per quella in favore di utenti non residenti nella Regione. Il Servizio Sanità in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria comunicherà le contestazioni effettuate dalle altre Regioni sia relativamente ai dati anagrafici che ai controlli di appropriatezza previsti dal Testo Unico della Mobilità Sanitaria vigente al momento. Le Case di Cura dovranno fornire la documentazione necessaria nei tempi previsti per il rispetto delle scadenze per l'invio delle controdeduzioni secondo le indicazioni del Testo Unico. Il Servizio Sanità provvede ad informare preventivamente l'AIOP sui documenti di intesa relativi agli Accordi di confine con le altre Regioni fermo restando quanto previsto nell'allegato A.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Handwritten signature at the bottom right of the page.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

15. **Debiti informativi.**

Il debito informativo sui ricoveri ed in particolare il flusso del tracciato SDO e sulla specialistica ambulatoriale deve avvenire in ottemperanza alla DGR n. 498/12 che ne regola la tempistica, completezza e qualità e verrà valutato secondo quanto disposto dalla DGR n. 781 del 28/5/2013. Per la codifica SDO deve essere utilizzato quanto disposto dalle "Linee-Guida alla codifica SDO" della Conferenza Stato Regioni del 29/04/2010 n. 64. Resta inteso l'applicazione automatica di qualsiasi ulteriore normativa e/o disposizione regionale o nazionale, in particolare, relativamente alla Dematerializzazione si applicano i dispositivi previsti nel DM 2 nov 2011 del MEF "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea di cui all'art 11, comma 16 DL n.78/2010 e come previsto dalla DGR 1042/2012 che ha recepito l'Intesa stato regioni del 4 aprile 2012.

16. **Attività di lungodegenza post-acuzie.** L'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2005 "Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" individua, in attesa che le Regioni stabiliscano un valore soglia per le giornate di ricovero in lungodegenza post-acuzie oltre il quale applicare degli abbattimenti tariffari, tale valore soglia in 60 giorni. Pertanto le giornate eccedenti i 60 giorni, verranno valorizzate con una riduzione del 30% della tariffa prevista. I ricoveri che superano tale limite andranno comunque dettagliatamente motivati nella cartella clinica e dovranno essere comunicati entro tre giorni dalla scadenza del limite temporale al Direttore del Distretto che potrà disporre il non riconoscimento del proseguimento del ricovero in regime di lungodegenza. Il controllo delle cartelle cliniche relative, prevede l'estrazione di quelle con codice disciplina 60 e con degenza superiore alla degenza media regionale.

A completamento del percorso di cura previsto nei progetti sperimentali di cui al successivo allegato A punto B è consentito effettuare percorsi riabilitativi di media o bassa intensità (riabilitazione estensiva), nei letti autorizzati come lungodegenza codice 60.

17. **Attività di cure per pazienti inguaribili in lungodegenza.** Non possono essere trasferiti direttamente dal MMG, dal medico oncologo e dal medico dell'ADI pazienti che abbiano le caratteristiche sanitarie tali da definirli "pazienti inguaribili in lungodegenza". Nelle more dell'organizzazione in rete delle cure palliative, di cui all'Intesa del 25 luglio 2012, che ha definito i requisiti minimi e le modalità organizzative, necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore, sarà comunque possibile prevedere l'inserimento in strutture private accreditate solamente nel caso in cui lo stesso sia autorizzato dal Responsabile delle Cure Palliative di Area Vasta, che garantirà l'uniformità del trattamento del paziente agli standard previsti dalle reti cliniche. Tali ricoveri verranno valorizzati con la tariffa della lungodegenza.

18. **Progetto riabilitazione cardiologica.** Nel corso del 2014 verranno rideterminate le tariffe, in coerenza con i criteri generali di riorganizzazione e del sistema tariffario di settore regionale e saranno riconosciuti tutti i ricoveri di riabilitazione cardiologica inviati a Villa Serena su proposta dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona nei limiti del tetto della produzione effettuata nel 2013.

19. **Programma di controllo della mobilità attiva interregionale e di contrasto della mobilità passiva interregionale** In coerenza con le Linee di Indirizzo di controllo della mobilità interregionale approvate con DGR / 2014, vengono definiti i seguenti programmi ed azioni da realizzarsi a cura delle case di Cura Multispecialistiche firmatarie del presente accordo.

A. Mobilità Attiva Interregionale

Con riferimento alle prestazioni erogate e/o da erogare a titolo di **Mobilità Attiva Interregionale** si precisa quanto segue:

- 1) Le prestazioni potranno essere effettuate solo nell'ambito di discipline per le quali la struttura sia già accreditata con il SSN e, per le prestazioni di ricovero, nel limite della capacità dei posti letto accreditati.
- 2) Per tutte le prestazioni ambulatoriali erogate in favore del SSN dovrà essere tenuta una unica lista di attesa, escludendo percorsi preferenziali per gli utenti in ragione della loro regione di residenza. La Regione si impegna a verificare che analogo comportamento sia tenuto dalle regioni limitrofe, anche mediante revisione degli Accordi di Confine.
- 3) In applicazione dell'art. 29, comma 1, lettera h, del D.Lgs n. 118 del 23/06/11, che prevede l'utilizzo della matrice della mobilità extraregionale, approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento (di seguito definita **Matrice della Mobilità Extraregionale**), a ciascun Soggetto Erogatore Privato per la contabilizzazione delle prestazioni erogate potrà essere riconosciuto nell'esercizio al massimo un controvalore complessivo di prestazioni, valorizzate a tariffa TUC, pari a quello

l'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" individua, in attesa che le Regioni stabiliscano un valore soglia per le giornate di ricovero in lungodegenza post-acuzie oltre il quale applicare degli abbattimenti tariffari, tale valore soglia in 60 giorni. Pertanto le giornate eccedenti i 60 giorni, verranno valorizzate con una riduzione del 30% della tariffa prevista. I ricoveri che superano tale limite andranno comunque dettagliatamente motivati nella cartella clinica e dovranno essere comunicati entro tre giorni dalla scadenza del limite temporale al Direttore del Distretto che potrà disporre il non riconoscimento del proseguimento del ricovero in regime di lungodegenza. Il controllo delle cartelle cliniche relative, prevede l'estrazione di quelle con codice disciplina 60 e con degenza superiore alla degenza media regionale.

pag.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

risultante dalla Matrice della Mobilità Extraregionale a titolo di mobilità attiva extraregionale (di seguito definita **Mobilità Attiva Programmata**) con riferimento alla quota di produzione assegnata.

La quota di mobilità attiva programmata di pertinenza degli erogatore privato sarà annualmente definita dalla regione in sede di assegnazione all'ASUR dell'esercizio provvisorio e determinata, per ciascun erogatore privato, definitivamente in sede di assegnazione del Budget. Eventuali scostamenti rispetto alla quota assegnata nell'anno precedente che dovessero risultare nei confronti degli erogatori privati sottoscrittori del presente accordo saranno distribuiti agli stessi in proporzione al valore della produzione da ciascuno realizzata.

- 4) **Tetti di Produzione.** Per l'anno 2013, ciascun Soggetto Erogatore Privato potrà con i vincoli previsti al successivo punto n. 6, incrementare la propria produzione di Mobilità Attiva Interregionale nella misura massima del 10% rispetto alla quota di produzione assegnata di **Mobilità Attiva Programmata** ovvero di superare la propria quota del 10% entro i limiti della Mobilità Attiva Programmata Complessiva. A partire dall'anno 2014, i Soggetti Erogatori Privati, con esclusione delle Case di Cura monospecialistiche, dovranno adottare tutte le misure necessarie (in particolare azzerando le prestazioni inappropriate) per favorire un progressivo riequilibrio tra prestazioni erogate in favore di pazienti marchigiani e prestazioni erogate a pazienti di altre regioni, nell'ottica di ridurre la mobilità passiva.

La Regione si riserva di autorizzare incrementi dei tetti di produzione nella misura necessaria a raggiungere il tetto complessivo di mobilità attiva programmata, nel caso in cui vi sia una minore produzione dei Soggetti Erogatori Pubblici.

Eventuali ulteriori quote di produzione eccedenti i tetti di mobilità attiva programmata, riconosciuti alla Regione Marche mediante la matrice della mobilità interregionale, potranno essere riconosciuti ai soggetti erogatori privati, solo utilizzando le risorse che si rendessero disponibili a seguito del miglioramento del saldo di mobilità interregionale.

- 5) **Le prestazioni di alta specialità** quali la cardiocirurgia, i trapianti d'organo, la neurochirurgia, la neuro riabilitazione, la radioterapia e la PET restano escluse dai tetti di produzione e dai vincoli di cui al punto sopra riportato.

- 6) **Fatturazione quote eccedenti di Mobilità attiva:** L'eventuale produzione di Mobilità Attiva Interregionale eccedente la **Mobilità Attiva Programmata** potrà essere fatturata dai Soggetti Erogatori Privati nell'anno di competenza ma sarà riconosciuta, liquidata e pagata nei limiti di quanto previsto ai punti 3), 4) e 5) sopra riportati solo se, quando e nella misura in cui:
 - a. (i) sia stata ufficialmente riconosciuta alla Regione Marche mediante la c.d. **Matrice della Mobilità Extraregionale**
 - b. (ii) i Soggetti Erogatori Privati abbiano rispettato quanto previsto al punto B, [Mobilità Passiva Interregionale] che segue.

Pertanto fino al verificarsi delle condizioni di cui sopra tale eccedenza non costituirà debito per la Regione nei confronti di ASUR e di conseguenza di ASUR nei confronti dei Soggetti Erogatori Privati.

Per quanto attiene il pagamento delle prestazioni erogate in mobilità attiva sarà effettuato nella misura del 98% della mobilità attiva programmata. Il saldo sarà erogato al termine del percorso di definizione del valore della produzione così come formalizzato dalla Matrice della Mobilità Extraregionale.

B. Mobilità Passiva Interregionale

Il contrasto della **Mobilità Passiva Interregionale** rappresenta un obiettivo strategico che la Regione intende perseguire utilizzando appieno le potenzialità delle strutture pubbliche e private. L'attuale debolezza del sistema dell'offerta interna può essere superata utilizzando in modo più efficiente le attuali strutture pubbliche e private riorganizzate secondo i principi di rispetto degli standard scientifici di qualità e sicurezza che sono alla base della riorganizzazione già decisa con la DGR n. 735 del 20/05/2013 e la DGR 1345 del 30/09/2013 (riduzione della frammentazione / riduzione posti letto / avvio di strutture dedicate alle cure intermedie / reti cliniche) e che dovranno trovare compiuta definizione anche nel settore privato accreditato in una logica di rete complessiva dei servizi offerti. Le risorse liberate dalla riorganizzazione della rete delle case di cura multispecialistiche saranno utilizzate per finanziare i progetti di seguito descritti. A tale scopo viene avviato un programma sperimentale di potenziamento delle prestazioni che consenta di migliorare l'offerta assistenziale per i cittadini del territorio regionale e di ridurre i costi di produzione attraverso l'incremento dell'offerta presso strutture in grado di assicurare le prestazioni relative agli utenti provenienti dai territori che hanno generato maggiore mobilità passiva. Gli effetti di tale sperimentazione dovrebbero consentire anche una riduzione del Saldo di Mobilità Interregionale e, quindi, determinare un incremento del Fondo Sanitario Regionale disponibile. Il programma sperimentale è rivolto ai Soggetti Erogatori Pubblici e Privati.

In particolare il programma sperimentale che ha valore fino al 31/12/2014 salvo esplicita proroga delle parti da determinare entro il 30/11/2014, per i Soggetti Erogatori Privati di cui al presente accordo prevede quanto segue:

pag

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- (i) la definizione di nuovi Accordi di Confine con le regioni verso le quali il flusso di **Mobilità Passiva Interregionale** è più consistente, che prevedano dei tetti qualitativi e quantitativi alle prestazioni definiti sulla base dei criteri di appropriatezza e nel rispetto del principio delle liste di attesa non differenziate tra i propri cittadini e quelli della Regione Marche;
- (ii) l'individuazione da parte del committente, delle prestazioni effettuate in Mobilità Passiva Interregionale da implementare nel territorio regionale;
- (iii) la suddivisione dei volumi delle prestazioni di cui al punto (ii) sopra riportato tra i Soggetti Erogatori Pubblici e Privati;
- (iv) le risorse che la Regione Marche si impegna a mettere a disposizione per tale sperimentazione sono potenzialmente pari a quelle rivenienti dalla riduzione della Mobilità Passiva Interregionale. Il valore economico di tale sperimentazione è potenzialmente pari a quello che si intende recuperare con la riduzione della Mobilità Passiva Interregionale.
- (v) tutte le attività di contrasto della **Mobilità Passiva Interregionale** saranno monitorate tenuto conto anche dei livelli di produzione pubblica registrati nell'anno, -trimestralmente sulla base di una matrice con la quale, per singolo DRG, verranno valutate (i) le prestazioni effettuate da ciascun Soggetto Erogatore Privato, (ii) le prestazioni effettuate dai Soggetti Erogatori Pubblici e (iii) le prestazioni fruite presso strutture di altre regioni al fine di verificare l'effettiva efficacia delle azioni finalizzate al contrasto della **Mobilità Passiva Interregionale (la Regione si adopererà ai fini di poter disporre dei dati trimestrali da parte delle altre regioni)**. In caso di oggettiva inefficacia del programma sperimentale di contrasto della **Mobilità Passiva Interregionale**, verificato con un peggioramento del saldo di mobilità totale, le prestazioni erogate dai Soggetti Erogatori Privati nell'anno di riferimento verranno abbattute fino ad un ulteriore 25%, solo relativamente al budget aggiuntivo.

In particolare, per l'anno 2013, si precisa quanto segue:

1. **Ortopedia.** Ai Soggetti Erogatori Privati verrà assegnato, per il tramite di ASUR, un budget pari a Euro 1,60 mln per le prestazioni di chirurgia ortopedica di cui ai seguenti DRG: 211, 219, 223, 225, 227, 229, 498,500, 503, 538, 544, 545;
2. **Altre discipline.** Ai Soggetti Erogatori Privati verrà assegnato, per il tramite di ASUR, un budget pari a euro 0,24 mln per le prestazioni di chirurgia Oculistica (DRG 39 e 42), di Otorinolaringoiatria (DGR 55) e per i DRG 158 (ano e stoma) 290 (tiroide).

Per le prestazioni di cui ai punti 1) e 2) sopra riportati dovranno essere rispettate le seguenti condizioni:

- a) i Soggetti Erogatori Privati dovranno avvalersi esclusivamente di professionisti di comprovata esperienza in grado di ricondurre nelle strutture regionali pazienti marchigiani che altrimenti si rivolgerebbero presso strutture extraregionali;
- b) i Soggetti Erogatori Privati applicheranno uno sconto sulla tariffa in vigore in modo che il valore della prestazione sia pari alla TUC meno il 10%. Pertanto a fronte di un fatturato equivalente TUC di euro 2,024 mln l'ASUR effettuerà pagamenti per euro 1,84 mln;
- c) i Soggetti Erogatori Privati dovranno presentare all'ASUR una specifica rendicontazione con evidenziazione del Professionista e della residenza marchigiana del paziente.

Dellepore. Attilio

Whitman



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per l'anno 2014, si precisa quanto segue:

1. **Ortopedia.** Ai Soggetti Erogatori Privati verrà assegnato, in misura aggiuntiva rispetto al budget previsto per l'anno 2013, per il tramite di ASUR, un importo pari ad euro 3,2 mln per le prestazioni di chirurgia ortopedica di cui ai seguenti DRG 211, 219, 223, 225, 227, 229, 498, 500, 503, 538, 544, 545;
2. **Altre discipline.** Ai Soggetti Erogatori Privati verrà assegnato, in misura aggiuntiva rispetto al budget previsto per l'anno 2013, per il tramite di ASUR, un importo pari a euro 0,48 mln per le prestazioni di chirurgia oculistica (DRG 39 e 42), di Otorinolaringoiatria (DGR 55) e per i DRG 158 (ano e stoma) 290 (tiroide).

Per le prestazioni di cui ai punti 1) e 2), sopra riportati dovranno essere rispettate le seguenti condizioni:

- a) i Soggetti Erogatori Privati dovranno avvalersi esclusivamente di professionisti di comprovata esperienza, in grado di ricondurre nelle strutture regionali pazienti marchigiani che altrimenti si rivolgerebbero presso strutture extraregionali;
- b) i Soggetti Erogatori Privati dovranno presentare all'ASUR una specifica rendicontazione con evidenziazione del Professionista e della residenza marchigiana del paziente;
- c) la quota di budget aggiuntiva rispetto all'anno 2013 di euro 3,68 mln sarà al 50% a carico dei Soggetti Erogatori Privati che dovranno garantirne il finanziamento attraverso la riconversione delle attività di cui al budget storico assegnato su altre discipline. Nel caso in cui i programmi di riconversione non dovessero consentire tale finanziamento, la Regione solo per l'anno 2014 si riserva di valutare l'opportunità di consentire ai Soggetti Erogatori Privati, che lo richiedano, in misura sostitutiva, l'applicazione di uno sconto di minimo il 30% sulla TUC, con pari riduzione della quota aggiuntiva di budget proposta.
- 3) **Diagnostica.** A partire dal 1° gennaio 2014 verrà avviato un programma di potenziamento dell'attività diagnostica finalizzato al pieno utilizzo delle dotazioni tecnologiche già installate. Il programma, rivolto in via prioritaria al pieno utilizzo delle apparecchiature installate nelle strutture pubbliche da definirsi all'interno del percorso della riduzione dei tempi di attesa. In tale contesto potrà essere richiesto un apporto dei Soggetti Erogatori Privati per un corrispettivo pari al 50% del valore tariffario della prestazione, previa stipula di specifici accordi.

Il delegato è Dott. ...

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 1 - accordo anno 2011					
Struttura Privata Accreditata	Budget storico 2010 (budget 2009 +0,36%)	Progetti autorizzati dalla Regione Marche	Progetti autorizzati dalle Aree Vaste	Incremento 0,36% per le strutture non firmatarie	Totale Generale
Budget degenze					
Sanatrix - Villa Pini	€ 10.761.064,00	€ 2.200.000,00	€ -	€ -	€ 12.961.064,00
Casa di Cura Dr. Marchetti	€ 3.340.016,00	€ -	€ 50.000,00	€ -	€ 3.390.016,00
Villa Verde	€ 4.956.266,00	€ -	€ -	€ -	€ 4.956.266,00
Stella Mans	€ 3.940.208,00	€ -	€ -	€ -	€ 3.940.208,00
Villa Anna	€ 4.768.274,00	€ 200.000,00	€ -	€ -	€ 4.968.274,00
Villa San Marco	€ 2.359.375,00	€ -	€ 250.000,00	€ -	€ 2.609.375,00
Villa Igea comprensivo di progetto DCA € 270.000	€ -	€ 270.000,00	€ -	€ -	€ 270.000,00
Villa Igea	€ 8.472.963,00	€ -	€ -	€ 30.502,00	€ 8.503.465,00
Villa Serena	€ 6.076.741,00	€ -	€ -	€ 21.876,00	€ 6.098.617,00
<i>Totale Ricoveri</i>					€ 47.697.295,00
Budget ambulatoriali					
Sanatrix - Villa Pini	€ 739.653,00	€ -	€ 61.000,00	€ -	€ 800.653,00
Sanatrix - Villa Alba	€ 497.194,00	€ -	€ 30.000,00	€ -	€ 527.194,00
Casa di Cura Dr. Marchetti	€ 555.577,00	€ -	€ 20.000,00	€ -	€ 575.577,00
Villa Verde	€ 191.068,00	€ -	€ -	€ -	€ 191.068,00
Stella Maris	€ 150.354,00	€ -	€ -	€ -	€ 150.354,00
Villa Anna	€ 321.105,00	€ -	€ -	€ -	€ 321.105,00
Villa San Marco	€ 1.029.694,00	€ -	€ -	€ -	€ 1.029.694,00
Villa Igea	€ 1.230.340,00	€ -	€ -	€ 4.429,22	€ 1.234.769,22
Villa Serena	€ 868.675,00	€ -	€ -	€ 3.127,23	€ 871.802,23
<i>Totale Ambulatoriale</i>					€ 5.702.216,45
Totale Generale					€ 53.399.511,45

Carlo S. Col. D. D. D. D.

[Signature]

AB-R...

U. Catt...

[Signature]

[Signature]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 2- accordo anno 2012

Struttura Privata Accreditata	Budget storico 2011	Progetti autorizzati dalla Regione Marche	Progetti autorizzati dalle AAVV	Totale Generale	Riduzione ai sensi della Legge 135/2012 (- 0,5%)	Totale anno 2012 inclusi progetti
Budget degenze						
Sanatrix - Villa Pini	€ 10.761.084,00	€ 2.200.000,00	€ -	€ 12.961.084,00	€ 64.805,42	€ 12.896.278,58
Casa di Cura Dr. Marchetti	€ 3.340.016,00	€ -	€ 50.000,00	€ 3.390.016,00	€ 16.950,08	€ 3.373.065,92
Villa Verde	€ 4.956.266,00	€ -	€ -	€ 4.956.266,00	€ 24.781,33	€ 4.931.484,67
Stella Maris	€ 3.940.208,00	€ -	€ -	€ 3.940.208,00	€ 19.701,04	€ 3.920.506,96
Villa Anna	€ 4.768.274,00	€ 200.000,00	€ -	€ 4.968.274,00	€ 24.841,37	€ 4.943.432,63
Villa San Marco	€ 2.359.375,00	€ -	€ 250.000,00	€ 2.609.375,00	€ 13.046,88	€ 2.596.328,13
Villa Igea comprensivo di progetto DCA € 270.000	€ -	€ 270.000,00	€ -	€ 270.000,00	€ -	€ 270.000,00
Villa Igea	€ 8.503.455,00	€ -	€ -	€ 8.503.455,00	€ 42.517,28	€ 8.460.937,73
Villa Serena	€ 6.098.617,00	€ -	€ -	€ 6.098.617,00	€ 30.493,09	€ 6.068.123,92
Totale Ricoveri						€ 47.460.158,53
Budget ambulatoriali						
Sanatrix - Villa Pini	€ 739.653,00	€ -	€ 61.000,00	€ 800.653,00	€ 4.003,27	€ 796.649,74
Sanatrix - Villa Alba	€ 497.194,00	€ -	€ 30.000,00	€ 527.194,00	€ 2.635,97	€ 524.558,03
Casa di Cura Dr. Marchetti	€ 555.577,00	€ -	€ 20.000,00	€ 575.577,00	€ 2.877,89	€ 572.699,12
Villa Verde	€ 191.088,00	€ -	€ -	€ 191.088,00	€ 955,34	€ 190.132,66
Stella Maris	€ 150.354,00	€ -	€ -	€ 150.354,00	€ 751,77	€ 149.602,23
Villa Anna	€ 321.105,00	€ -	€ -	€ 321.105,00	€ 1.605,53	€ 319.499,48
Villa San Marco	€ 1.029.694,00	€ -	€ -	€ 1.029.694,00	€ 5.148,47	€ 1.024.545,53
Villa Igea	€ 1.234.769,22	€ -	€ -	€ 1.234.769,22	€ 6.173,85	€ 1.228.595,37
Villa Serena	€ 871.802,23	€ -	€ -	€ 871.802,23	€ 4.359,01	€ 867.443,22
Totale Ambulatoriale						€ 5.673.705,37
Totale Generale						€ 53.133.863,89

Dr. del. le. base. Dr. Della

[Signature]

[Signature]

[Signatures]

[Signature]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 3 - accordo anno 2013 e 2014

Struttura Privata Accreditata	Budget storico 2011	Progetti autorizzati dalla Regione Marche	Progetti autorizzati dalle AAVV	Rimodulazione budget per trasferimento prest. specialistiche complesse da regime di ricovero a regime ambulatoriale	Totale	Riduzione ai sensi della Legge 135/2012 (-1%)	Spending Regionale (-2%)	TOTALE TETTO ANNO 2013 e 2014
Budget degenze								
Sanatrix - Villa Pini	€ 10.761.084,00	€ 2.200.000,00	€ -	€ 1.275.240,63	€ 11.685.843,37	€ 116.858,43	€ 233.716,87	€ 11.335.268,07
Casa di Cura Dr. Marchetti	€ 3.340.016,00	€ -	€ 50.000,00	€ -	€ 3.390.016,00	€ 33.900,16	€ 67.800,32	€ 3.288.315,52
Villa Verde	€ 4.956.266,00	€ -	€ -	€ 372.971,72	€ 4.583.294,28	€ 45.832,94	€ 91.665,89	€ 4.445.795,45
Stella Maris	€ 3.940.208,00	€ -	€ -	€ -	€ 3.940.208,00	€ 39.402,08	€ 78.804,16	€ 3.822.001,76
Villa Anna	€ 4.768.274,00	€ 200.000,00	€ -	€ 465.004,00	€ 4.503.278,00	€ 45.032,70	€ 90.065,40	€ 4.368.171,90
Villa San Marco	€ 2.359.375,00	€ -	€ 250.000,00	€ 158.082,00	€ 2.451.293,00	€ 24.512,93	€ 49.025,86	€ 2.377.754,21
Villa Igea comprensivo di progetto DCA € 270.000	€ -	€ 270.000,00	€ -	€ -	€ 270.000,00	€ -	€ -	€ 270.000,00
Villa Igea	€ 8.503.455,00	€ -	€ -	€ -	€ 8.503.455,00	€ 85.034,55	€ 170.069,10	€ 8.248.351,35
Villa Serena	€ 6.098.617,00	€ -	€ -	€ 357.469,00	€ 5.741.148,00	€ 57.411,48	€ 114.822,98	€ 5.568.913,56
Totale Ricoveri								€ 43.724.571,62
Budget ambulatoriali								
Sanatrix - Villa Pini	€ 739.653,00	€ -	€ 61.000,00	€ 1.275.240,63	€ 2.075.893,63	€ 20.758,94	€ 41.517,87	€ 2.013.616,82
Sanatrix - Villa Alba	€ 497.194,00	€ -	€ 30.000,00	€ -	€ 527.194,00	€ 5.271,94	€ 10.543,88	€ 511.378,18
Casa di Cura Dr. Marchetti	€ 555.577,00	€ -	€ 20.000,00	€ -	€ 575.577,00	€ 5.755,77	€ 11.511,54	€ 558.309,69
Villa Verde	€ 191.068,00	€ -	€ -	€ 372.971,72	€ 564.039,72	€ 5.640,40	€ 11.280,79	€ 547.118,53
Stella Maris	€ 150.354,00	€ -	€ -	€ -	€ 150.354,00	€ 1.503,54	€ 3.007,08	€ 145.843,38
Villa Anna	€ 321.105,00	€ -	€ -	€ 465.004,00	€ 786.109,00	€ 7.861,09	€ 15.722,18	€ 762.525,73
Villa San Marco	€ 1.029.694,00	€ -	€ -	€ 158.082,00	€ 1.187.776,00	€ 11.877,76	€ 23.755,52	€ 1.152.142,72
Villa Igea	€ 1.234.769,22	€ -	€ -	€ -	€ 1.234.769,22	€ 12.347,69	€ 24.695,38	€ 1.197.726,14
Villa Serena	€ 871.802,23	€ -	€ -	€ 357.469,00	€ 1.229.271,23	€ 12.292,71	€ 24.585,42	€ 1.192.393,09
Totale Ambulatoriale								€ 8.091.054,29
Totale Generale								€ 51.805.625,11

L. Scuderi

Tetto rimodulato sulla base della produzione fatturata nel 2012 (previsto al punto 8 - accordo 2011-2012 "Dal 2013 la suddivisione tra i budget delle degenze e ambulatoriali, fermo restando il budget complessivo di struttura, verrà rivista in base alla produzione del 2012") ferma restando la possibilità di cui al punto 5 dell'accordo anni 2013-2014 di trasferimento dei budget dall'attività ospedaliera ad ambulatoriale e fermo restando il tetto complessivo.

Allegato 4

DRG	MDC	Tipo DRG	Descrizione	Premialità
C 146	6	C	Resezione rettale con CC	10%
C 147	6	C	Resezione retta le senza CC	10%
C 149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	10%
C 286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	10%
C 303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	10%
C 304	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	10%
C 357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	10%
C 491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	10%
C 497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	10%
C 498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	10%
C 519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	10%
C 520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	10%
C 544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	10%
C 545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	10%
C 569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	10%
C 570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	10%
C 573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica	10%

L. Scuderi

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]