REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

# DELIBERAZIONE N. 24/50 DEL 27.6.2013

Oggetto: **D.Lgs. n. 502/1992, art. 8 quinquies, comma 1, lettera d), e s.m.i. Criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture private accreditate che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale.**

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ricorda che, ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale 28 luglio 2006 n. 10, con la Delib.G.R. n. 35/23 del 28.10.2010 sono stati assegnati a ciascuna ASL i tetti di spesa relativi al triennio 2010-2012, per l'acquisizione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dagli erogatori privati, per le quali è stato stabilito a livello regionale un tetto complessivo di € 66.303.000.

Ai sensi del citato art. 8, è stato inoltre approvato con Delib.G.R. n. 31/14 del 6.8.2010 lo schema tipo di contratto per l'acquisizione delle prestazioni sanitarie dai soggetti privati accreditati.

Con la successiva deliberazione n. 49/4 del 17.12.2012, ai fini della razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria prevista dall'art. 15, comma 14 del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in L. 7 agosto 2012, n. 135, è stata effettuata una riduzione dell'1,17% rispetto alla somma contrattata nel 2012 per l'acquisto da parte delle ASL delle prestazioni sanitarie dai soggetti privati accreditati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Con la Delib.G.R. n. 51/19 del 28.12.2012 è stato infine predisposto il nuovo schema di contratto e sono stati determinati i tetti di spesa per gli anni 2013-2015 per l'acquisto da parte delle Aziende Sanitarie Locali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale dalle strutture private accreditate.

L'Assessore riferisce che, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 1, lettera d), del D.Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i., le regioni definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento anche ai criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura ai seguenti aspetti.

In particolare la Delib.G.R. n. 51/19 citata in relazione all'applicazione di tale disposizione ha confermato la previsione per singola struttura di un tetto netto e di un tetto lordo. È stato inoltre

previsto che "le strutture si impegnano a non superare il tetto netto di spesa contrattato, oltre il quale si applicherà la decurtazione del 20% della tariffa, fino al raggiungimento del tetto lordo, superato il quale le prestazioni non potranno essere remunerate. Tuttavia, nei limiti dei tetti di spesa aziendali annuali stabiliti con il presente provvedimento per il triennio 2013-2015, che rappresentano, pertanto, un vincolo comunque non superabile, le prestazioni che le strutture eventualmente decideranno di erogare oltre il tetto lordo contrattato potranno essere eventualmente remunerate, con la decurtazione del 20% soprarichiamata, attraverso le sole somme disponibili a seguito del mancato utilizzo da parte degli erogatori azienda nell'anno di riferimento. Le risorse disponibili, previa quantificazione da parte delle ASL, saranno ripartite, tra tutti gli erogatori che hanno superato il tetto lordo, in misura proporzionale ai tetti loro assegnati per l'anno di riferimento".

L'Assessore riferisce che, relativamente all'anno 2012, sulla base dei dati forniti dalle Aziende Sanitarie Locali, è emerso che alcune strutture hanno erogato un volume di attività inferiore rispetto al tetto di spesa lordo contrattato con la ASL mentre altre hanno fatturato in misura superiore.

L'Assessore, per quanto premesso, propone che per l'anno 2012, analogamente a quanto stabilito dalla Delib.G.R. n. 51/19 del 28.12.2012 per il triennio 2013-2015 e con gli stessi criteri in essa indicati, le ASL possano procedere alla compensazione tra le diverse strutture, esclusivamente nel limite del tetto Aziendale 2012, rideterminato ai sensi della Delib.G.R. n. 49/4 del 17.12.2012, il quale tetto rappresenta, ai sensi del D.L. n. 95 citato e della stessa Delib.G.R. n. 51/19, un vincolo comunque non superabile.

La Giunta regionale, condividendo quanto rappresentato e proposto dall'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, preso atto che il Direttore generale della Sanità ha espresso il parere favorevole di legittimità sulla proposta in esame

**DELIBERA**

- di autorizzare le Aziende Sanitarie Locali a procedere per l'anno 2012 alla compensazione tra le diverse strutture private che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, esclusivamente nel limite del tetto Aziendale 2012, rideterminato ai sensi della Delib.G.R. n. 49/4 del 17.12.2012, il quale tetto rappresenta, ai sensi del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 e della stessa Delib.G.R. n. 51/19, un vincolo comunque non superabile;
- di stabilire che la compensazione di cui al punto precedente venga effettuata sulla base degli stessi criteri stabiliti dalla Delib.G.R. n. 51/19 del 28.12.2012. Le prestazioni, erogate nell'anno 2012 dalle strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale oltre il tetto lordo

contrattato, saranno remunerate, con la decurtazione del 20%, attraverso le sole somme disponibili a seguito del mancato utilizzo da parte degli altri erogatori privati nell'anno 2012. Le risorse disponibili, previa quantificazione da parte delle ASL, saranno ripartite, tra tutti gli erogatori che hanno superato il tetto lordo, in misura proporzionale ai tetti loro assegnati per l'anno 2012 come rideterminati ai sensi della Delib.G.R. n. 49/4 del 17.12.2012;

– di dare mandato alle ASL per l'attuazione della presente deliberazione.

**Il Direttore Generale**
Gabriella Massidda

**Il Vicepresidente**
Simona De Francisci