



A.I.O.P.
Associazione Italiana
Ospedalità Privata
Sede Regionale del Veneto



Mestre, 25 Novembre 2016

275/DG/16

ALLE
ISTITUZIONI SANITARIE ASSOCIATE AIOP
LORO SEDI

c.a.: Legale Rappresentante / Delegato AIOP
c.a.: Direzione Sanitaria

*Delibera
attività extra
Regionale AIOP 2017*

Oggetto: Assistenza Ospedaliera erogata nei confronti di pazienti extraregionali da parte degli Erogatori Privati Accreditati. Definizione Tetti di spesa e nuova modalità di remunerazione delle prestazioni. DGR 1816/2016.

Con la presente Vi trasmettiamo la DGR 1816 del 15 novembre 2016, con cui la Regione ha dato applicazione alle disposizioni previste all'art. 1, comma 574 della Legge di Stabilità (L. 208/15), inerenti le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private accreditate nei confronti di pazienti di altre regioni.

Come noto, la Legge di Stabilità 2016, in combinato disposto con la Legge di Spending Review (L. 135/12), avrebbe previsto la definizione di un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore di pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto alla spesa consuntivata del 2011.

In deroga a tali limiti, le Regioni possono introdurre elementi di flessibilità rispetto all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità (*in fase di prima applicazione sono definite prestazioni di alta specialità quelle di "alta complessità" nell'ambito del vigente accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria*), nonché di prestazioni erogate da parte di IRCCS, a favore di cittadini extraregione.

Alla luce della normativa sopracitata, le regioni stanno recependo le disposizioni della Legge di Stabilità fissando volumi di attività alle strutture private accreditate anche rispetto all'attività extraregionale.

La Regione Veneto, in particolare, con il provvedimento di Giunta n. 1816/16 è intervenuta:

A) in ambito di definizione di volumi di attività, prevedendo che:

1. per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogate ai cittadini non residenti nel Veneto, il tetto massimo e non superabile per ciascun erogatore privato sia determinato operando sull'importo consuntivato nell'anno 2011 una riduzione del 2%;
2. le prestazioni di ricovero di alta specialità, ivi comprese quelle erogate da cod. 28 (unità spinali) e da cod. 75 (unità di neuroriabilitazione), erogate ai cittadini extraregione non concorrono alla determinazione del tetto di spesa in esame. Parimenti le prestazioni di ricovero ospedaliero per DCA relativi a situazioni cliniche critiche erogate a cittadini extraregione non concorrono alla determinazione del citato tetto di spesa;
3. per le strutture con funzione di "Accettazione e Pronto Soccorso", le prestazioni di ricovero esitanti da intervento in PS, erogate ai cittadini extraregione, non concorrono alla determinazione del citato tetto di spesa;
4. per le strutture con la funzione di "Presidio Ospedaliero", le prestazioni di ricovero ospedaliero per patologie oncologiche erogate ai cittadini extraregione non concorrono alla determinazione del citato tetto di spesa.

B) in ambito di remunerazione delle prestazioni, prevedendo che:

tutte le prestazioni di ricovero ospedaliero erogate ai cittadini extraregione siano remunerate utilizzando le tariffe di cui al DM 18 ottobre 2012, a cui viene applicato uno sconto sul valore economico della prestazione pari al 2%.

Vi segnaliamo che le disposizioni previste dalla DGR 1816/16 decorrono dal 1 gennaio 2017 e che si ritiene abrogata ogni disposizione non compatibile con le determinazioni assunte dal provvedimento allegato.

Conseguentemente non trova più applicazione il sistema di remunerazione per i ricoveri ospedalieri extraregionale previsto dalla DGR 2213/11 e s.m.i. (opzione tra tariffa TUC senza budget ovvero tariffa regionale con budget) in quanto sostituito dal presente atto (introduzione di budget e remunerazione con tariffa nazionale DM 18/10/2012), mentre lo sconto da applicare sul valore economico delle prestazioni viene ridotto dal 4% al 2%.

Alla luce di quanto sopra le strutture non dovranno più presentare, entro il 30 novembre, l'opzione sulla remunerazione per pazienti extraregione prevista dalla DGR 2213/11.

Nel rimanere a disposizione per ogni necessità di chiarimento, si porgono i più cordiali saluti.

Il direttore
Roberto Magente
Roberto Magente



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data **23 NOV. 2016** Protocollo n. **458059** Class: **C.101** Prat. Fasc. Allegati n. 1

Oggetto: Deliberazione della Giunta Regionale n. 1816 del 15 novembre 2016 "Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto. Legge 28 dicembre 2015, n. 208, articolo 1, comma 574"

Ai Direttori generali
Aziende Ulss 6, 9, 10, 12, 16, 18 e 20

Ai Commissari
Aziende Ulss 7, 19 e 22

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS

e, p.c.: Ai Direttori generali
Aziende Ulss 1 e 3
Azienda Ospedaliera di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
IOV - IRCCS

Ai Commissari
Aziende Ulss 2, 4, 5, 8, 13, 14, 15, 17 e 21

La Giunta Regionale, nel rispetto di quanto disposto dalla legge 28 dicembre 2015, n. 208, articolo 1, comma 574, ha approvato la deliberazione in oggetto riportata relativa ai criteri e determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture ospedaliere private accreditate nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto.

Si invia, quindi, per gli adempimenti di competenza copia dell'atto giuntale evidenziando che per quanto disciplinato dallo stesso, ed in particolare per quanto disposto al punto 9, gli erogatori ospedalieri privati accreditati non dovranno più presentare, entro il 30 novembre, l'opzione di cui alla DGR n. 2213/2011.

Rimanendo a disposizione per eventuali delucidazioni e chiarimenti, si porgono cordiali saluti.

Direzione Programmazione Sanitaria

Il Direttore
dr. Claudio Pierci

Direzione Programmazione Sanitaria
Direttore: dr. Claudio Pierci
Referente per l'istruttoria dr.ssa Guia Varotto
Posizione organizzativa Supporto giuridico e verifica atti
041279.1678 - e mail: guia.varotto@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo, 2514 - 30125 Venezia - Tel. 0412791501-1502 - Fax 0412791367

area_sanitasociale@pec.regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
X Legislatura

PUNTO 22 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 15/11/2016

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1816 / DGR del 15/11/2016

OGGETTO:

Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto. Legge 28 dicembre 2015, n. 208, articolo 1, comma 574.

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Assente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Presente
Assessori	Luca Coletto	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Elena Donazzan	Assente
	Federico Caner	Presente
	Elisa De Berti	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTA

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

OGGETTO: Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto. Legge 28 dicembre 2015, n. 208, articolo 1, comma 574.

NOTA PER LA TRASPARENZA:

In ossequio a quanto disposto dal comma 574 dell'art. 1 della legge di stabilità 2016 (L. 208/2015), con questo provvedimento si intendono stabilire i criteri e la determinazione dei tetti di spesa per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero dei cittadini non residenti nel Veneto erogate dagli erogatori ospedalieri privati accreditati.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) è intervenuta anche in materia di acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati ed in materia di accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale.

In particolare, il comma 574 dell'art. 1 della l. 208/2015 ha apportato delle modifiche e delle integrazioni all'art 15, comma 14 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

A seguito di tali modifiche ed integrazioni, il legislatore nazionale prevede, in sintesi, che ai contratti e agli accordi vigenti, nell'esercizio 2012, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applichi una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura 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 norma prevede, inoltre, che a decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"), al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possano programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, in deroga ai limiti previsti sopra indicati. Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo. Si rinvia ad un successivo accordo, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la definizione delle prestazioni di alta specialità e dei relativi criteri di appropriatezza, prevedendo che, in fase di prima applicazione, siano definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Il comma 576 dell'art. 1 della l. 208/2015 stabilisce che, alla data di entrata in vigore della legge medesima, gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'art. 19 del

Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.

In merito all'art. 1, commi 574 e ss. della legge 208/2015, il Ministro della Salute, con propria nota del 16 giugno 2016, a seguito di diverse segnalazioni ricevute in merito a dubbie interpretazioni delle citate disposizioni, ha confermato che la legge di stabilità ha introdotto elementi di flessibilità per la definizione dei contratti con le strutture private, prevedendo che l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate dagli IRCCS, a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, possa avvenire in deroga ai limiti di spesa di cui all'art. 15, comma 14, del d.l. 95/2012, purché sia comunque garantito l'equilibrio economico complessivo del servizio sanitario regionale. Ha formulato, quindi, l'invito a prestare attenzione alla corretta attuazione delle citate disposizioni, affinché possa essere favorita l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche ai cittadini che richiedono cure in regioni diverse da quelle di residenza e, soprattutto, possa essere garantito il diritto di libera scelta del luogo di cura. (cfr. nota del Ministro prot. n. 6090 del 16 giugno 2016 trasmessa ai Presidenti ed agli Assessori alla Sanità delle Regioni e Province autonome ed ai Commissari e sub commissari ad acta delle Regioni in piano di rientro).

Inoltre, in materia di compensazione della mobilità sanitaria interregionale per le prestazioni di ricovero, a seguito dei lavori svolti nell'ambito della Commissione Salute, recentissimamente la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato l'accordo per la regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti tra le Regioni per gli anni 2014-2015 (atto rep. 16/104/CR7a/C7 del 29 settembre 2016)

Da tale documento emerge che, prendendo a riferimento i dati di mobilità del triennio 2013-2015, gli stessi evidenziano un andamento in molti casi non compatibile con le esigenze di certezza dei bilanci regionali. In particolare, si legge *"mentre la produzione pubblica ha registrato un decremento complessivo del 3%, la produzione ascrivibile al privato accreditato mostra un incremento (pur con delle significative differenze tra regione e regione) pari all'11%."*

Il citato accordo poi, in relazione ai significativi aumenti osservati per il settore privato, e tenendo presente le indicazioni normative in merito, definisce le regole e le modalità di compensazione per il periodo 2014-2015 e getta le basi per l'impostazione delle stesse per l'anno 2016.

Appare a questo punto opportuno evidenziare quanto avviene nella regione Veneto sia per quanto riguarda l'attuazione della riduzione degli importi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, sia per quanto riguarda il volume di attività delle prestazioni di ricovero ospedaliero effettuate nei confronti di cittadini non residenti nel Veneto.

Circa il primo punto, come riportato nella nota del Direttore Generale Area Sanità e Sociale, prot. 377823 del 5 ottobre 2016, si è adempiuto alla riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, in ossequio a quanto previsto dal comma 14 dell'art. 15 del d.l. 95/2012, convertito con l. 135/2012, così come modificato dal comma 574 dell'art 1 della l. 208/2015.

Per quanto riguarda il volume di attività delle prestazioni di ricovero ospedaliero effettuate dagli erogatori ospedalieri privati accreditati nei confronti di cittadini non residenti nel Veneto, i dati degli anni 2011-2012-2013-2014-2015 confermano la tendenza all'aumento riscontrata a livello nazionale. Nell'anno 2015, rispetto all'anno 2011, infatti, si assiste ad un incremento della mobilità sanitaria pari a 23%. Corre l'obbligo di evidenziare, però, che analoga tendenza all'aumento, diversamente da quanto avvenuto in altre regioni italiane, si è riscontrata nell'attività delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e che per quest'ultime l'aumento della capacità produttiva deriva dalla messa in atto di importanti azioni di efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche e non dall'erogazione di incrementi finanziari.

Ora, con il presente atto, alla luce di quanto sopra esposto e per adempiere a quanto disposto dal comma 14 dell'art. 15 del d.l. 95/2012, convertito con l. 135/2012, così come modificato dal comma 574 dell'art 1 della

l. 208/2015, si propone che per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate ai cittadini non residenti nel Veneto dagli erogatori ospedalieri privati accreditati, il tetto massimo e non superabile sia determinato operando sull'importo consuntivato dell'anno 2011, pari ad euro 103.620.205,00 una riduzione del 2%, per addivenire quindi complessivamente ad un totale pari a euro 101.547.801,00.

Coerentemente con quanto previsto dalla l. n. 208/2015 e con quanto contenuto nella citata nota del Ministro della Salute del 16 giugno 2016, per favorire l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche ai cittadini che richiedono cure in regioni diverse da quella di residenza, le prestazioni di ricovero di alta specialità, ivi comprese quelle erogate da unità spinali (cod. 28) e da unità di neuroriabilitazione (cod. 75) erogate ai cittadini non residenti nel Veneto, non concorrono alla determinazione del tetto di spesa previsto per ciascun erogatore con il criterio sopra indicato.

Oltre alle prestazioni di ricovero di alta specialità sopra menzionate, le prestazioni di ricovero per disturbi del comportamento alimentare (DCA) relativi a situazioni cliniche critiche erogate ai cittadini non residenti nel Veneto non concorrono alla determinazione del tetto di spesa previsto per ciascun erogatore. Questo in ragione del fatto che il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare DCA è difficoltoso, complesso e richiede un notevole impegno di risorse trattandosi spesso di situazioni in cui si intersecano problematiche di tipo biologico, intrapsichico, familiare e socio-culturale. Un efficace intervento su pazienti in situazioni critiche consente di limitare già a medio termine i costi diretti ed indiretti e contribuisce a rendere migliore la qualità della loro vita.

Per gli erogatori ospedalieri privati accreditati Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" afferente all'Azienda Ulss 16, Casa di Cura "Madonna della Salute" afferente all'Azienda Ulss 19, Casa di Cura polispecialistica "dott. Pederzoli" e all'Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria", entrambi afferenti all'Azienda Ulss 22, ai quali la DGR n. 2122/2013, cui si fa rinvio, assegna la funzione di "Accettazione e Pronto Soccorso", non concorrono alla determinazione del tetto di spesa previsto per ciascun erogatore - oltre alle prestazioni di ricovero di alta specialità, ivi comprese quelle erogate da unità spinali (cod. 28) e da unità di neuroriabilitazione (cod. 75) o per disturbi del comportamento alimentare (DCA) relativi a situazioni cliniche critiche - le prestazioni di ricovero esitanti da intervento in Pronto Soccorso erogate ai cittadini non residenti nel Veneto; questo in considerazione della peculiarità di tali prestazioni di ricovero connotate dalla tempestività ed immediatezza nell'esecuzione delle stesse e dalla necessità della loro erogazione allo scopo di garantire il diritto alla salute degli assistiti.

Per gli erogatori ospedalieri privati accreditati Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" afferente all'Azienda Ulss 16, Casa di Cura polispecialistica "dott. Pederzoli" e all'Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria", entrambi afferenti all'Azienda Ulss 22, ai quali la DGR n. 2122/2013, cui si fa rinvio, ha riconosciuto della funzione di "presidio ospedaliero" - oltre a quanto sopra esposto relativamente alle prestazioni di ricovero di alta specialità, ivi comprese quelle erogate da unità spinali (cod. 28) e da unità di neuroriabilitazione (cod. 75), o per disturbi del comportamento alimentare (DCA) relativi a situazioni cliniche critiche o esitanti da intervento in Pronto Soccorso - non concorrono alla determinazione del tetto di spesa, previsto per ciascun erogatore, le prestazioni di ricovero ospedaliero per patologie oncologiche erogate ai cittadini non residenti nel Veneto. Questo in ragione del fatto che, per i citati erogatori, la vigente programmazione regionale in materia di tetti di spesa per l'assistenza erogata nei confronti dei cittadini veneti già disciplina le modalità secondo le quali le prestazioni di chirurgia oncologica non concorrono alla determinazione dei medesimi tetti di spesa, e coerentemente alle azioni regionali mirate a garantire l'efficienza e l'efficacia della rete oncologica, oltre che con la funzione di "Presidio ospedaliero" riconosciuta dalla DGR n. 2122/2013. Si ribadisce, quanto già disposto con la DGR n. 2170 del 18 novembre 2014, che le prestazioni di ricovero per patologie oncologiche si riferiscono ai ricoveri con DRG (*Diagnosis Related Groups*) chirurgico, per intervento specifico per il trattamento di una neoplasia maligna (primaria, secondaria, in situ), e, conseguentemente, sono esclusi i ricoveri caratterizzati dal trattamento di "neoplasia benigna", "neoplasia di incerto comportamento" e "neoplasia di natura non specificata".

Si propone, infine, che alla remunerazione di tutte le prestazioni di ricovero di cittadini non residenti nel Veneto, si provveda utilizzando le tariffe di cui al Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 e che

l'Azienda Ulss di ubicazione territoriale proceda alla liquidazione di quanto dovuto all'erogatore effettuando uno sconto sul valore economico della prestazione pari al 2%.

Si incaricano i Direttori Generali ed i Commissari delle Aziende Ulss cui territorialmente afferiscono gli erogatori ospedalieri privati accreditati, di provvedere alla determinazione dei nuovi tetti di spesa ed alla sottoscrizione dei relativi accordi contrattuali in ossequio a quanto disposto con il presente atto, dandone comunicazione ed inviando copia degli accordi sottoscritti alla Direzione Programmazione Sanitaria.

Quanto disposto con il presente atto decorre dalla data del 1 gennaio 2017 e si ritiene abrogata ogni disposizione non compatibile con le determinazioni assunte con lo stesso.

Per ultimo, si dà atto che il contenuto del presente provvedimento è stato oggetto di informazione alle Associazioni di Categoria (AIOP ed ARIS) in data 5 ottobre 2016.

Si dà atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO l'art 15, comma 14 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalle legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTA la legge 28 dicembre 2015, n. 208;

VISTO l'accordo per la regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti tra le Regioni per gli anni 2014-2015 approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (atto rep. 16/104/CR7a/C7 del 29 settembre 2016);

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

DELIBERA

1. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
2. di stabilire che per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogate ai cittadini non residenti nel Veneto dagli erogatori ospedalieri privati accreditati il tetto massimo e non superabile per ciascun erogatore sia determinato operando sull'importo consuntivato dell'anno 2011 una riduzione del 2%;
3. di determinare che le prestazioni di ricovero ospedaliero di alta specialità, ivi comprese quelle erogate da unità spinali (cod. 28) e da unità di neuroriabilitazione (cod. 75), erogate ai cittadini non residenti nel Veneto non concorrono alla determinazione del tetto di spesa di cui al punto 2.;
4. di stabilire che, oltre alle prestazioni di ricovero di alta specialità di cui al punto 3, le prestazioni di ricovero ospedaliero per disturbi del comportamento alimentare relativi a situazioni cliniche critiche, erogate ai cittadini non residenti nel Veneto non concorrono alla determinazione del tetto di spesa di cui al punto 2.;
5. di stabilire che per gli erogatori ospedalieri privati accreditati Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" afferente all'Azienda Ulss 16, Casa di Cura "Madonna della Salute" afferente all'Azienda Ulss 19, Casa di Cura polispecialistica "dott. Pederzoli" e all'Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria", entrambi afferenti all'Azienda Ulss 22, ai quali la DGR n. 2122/2013 assegna la funzione di "Accettazione e Pronto Soccorso", oltre alle prestazioni di cui ai punti 3. e 4., le prestazioni

- di ricovero ospedaliero esitanti da intervento in Pronto Soccorso, erogate ai cittadini non residenti nel Veneto non concorrono alla determinazione del tetto di spesa di cui al punto 2.;
6. di stabilire che, per gli erogatori ospedalieri privati accreditati Casa di Cura "Abano Terme polispecialistica e termale" afferente all'Azienda Ulss 16, Casa di Cura polispecialistica "dott. Pederzoli" e all'Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria", entrambi afferenti all'Azienda Ulss 22, ai quali la DGR n. 2122/2013 ha riconosciuto la funzione di "presidio ospedaliero" - oltre alle prestazioni di ricovero ospedaliero di alta specialità, ivi comprese quelle erogate da unità spinali (cod. 28) e da unità di neuroriabilitazione (cod. 75), o per disturbi del comportamento alimentare relativi a situazioni cliniche critiche o esitanti da intervento in Pronto Soccorso - le prestazioni di ricovero ospedaliero per patologie oncologiche, erogate ai cittadini non residenti nel Veneto non concorrono alla determinazione del tetto di spesa di cui al punto 2.;
 7. di stabilire che alla remunerazione di tutte le prestazioni di ricovero ospedaliero di cittadini non residenti nel Veneto si provveda utilizzando le tariffe di cui al Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 e che l'Azienda Ulss di ubicazione territoriale proceda alla liquidazione di quanto dovuto all'erogatore effettuando uno sconto sul valore economico della prestazione pari al 2%;
 8. di incaricare i Direttori Generali ed i Commissari delle Aziende Ulss cui territorialmente afferiscono gli erogatori ospedalieri privati accreditati di provvedere alla determinazione dei nuovi tetti di spesa ed alla sottoscrizione dei relativi accordi contrattuali in ossequio a quanto disposto con il presente atto, dandone comunicazione ed inviando copia degli accordi sottoscritti alla Direzione Programmazione Sanitaria;
 9. di stabilire che quanto disposto con il presente atto decorra dalla data del 1 gennaio 2017 e che si ritenga abrogata ogni disposizione non compatibile con le determinazioni assunte con lo stesso;
 10. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale;
 11. di informare il Ministro della Salute, tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del presente atto;
 12. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;
 13. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
F.to Avv. Mario Caramel

