

Allegato 1 – Negoziazione Area Sanitaria

Come già evidenziato, riguardo all'esercizio 2020, nella deliberazione n. XI/4049/2020, che ha fornito le indicazioni necessarie ad adattare le regole di negoziazione definite con la deliberazione n. XI/2672/2019 al mutato stato della domanda e dell'offerta sanitaria, la definizione del percorso di negoziazione delle attività sanitarie per l'anno 2021 non deve tener conto della situazione di incertezza programmatica in termini di evoluzione della domanda immediata di bisogno di salute e in termini di riorganizzazione tempestiva dell'offerta per fare fronte ai bisogni che l'emergenza pandemica comporta, tenendo conto e gestendo nel miglior modo possibile la risposta alla domanda di prestazioni sanitarie di prestazioni per pazienti acuti, con prestazioni urgenti o programmabili, e dei conseguenti percorsi di follow up, di presa in carico del paziente cronico e di erogazione delle prestazioni di prevenzione.

In tale senso, la citata deliberazione n. XI/4049/2020 ha previsto che *"si ritiene necessario specificare già da ora che le regole di negoziazione per l'anno 2021 non storicizzeranno eventuali variazioni di volume della produzione o anomale variazioni di case mix"*, ritenendo di definire le regole per la negoziazione 2021 con gli erogatori pubblici e privati accreditati a contratto, anche se definiti con modalità prudenziali che si rendono necessarie per garantire la tenuta del sistema sanitario regionale, in coerenza con le risorse disponibili e con gli eventuali impatti dell'evolversi della pandemia.

Per tale motivo, quale eccezione di quanto di norma è stato fatto negli scorsi esercizi, la definizione dei budget di struttura verrà fatta basandosi sui valori di riferimento del finanziato dell'anno 2019, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di vincoli massimi del livello di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale (art. 15 DL 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)" convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i.), oltre che dalla normativa legata alla pandemia che introduce, per il periodo di emergenza, particolari previsioni in tema di maggiorazioni tariffarie e funzioni non tariffabili "COVID" (art. 4 DL 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77), ed alle indicazioni, ancora in evoluzione, relative a potenziali ristori per strutture private accreditate in ipo-produzione (art. 1 comma 495 Legge 30 dicembre 2020, n. 178 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023").

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, per il 2021, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 30.06.2021, non essendo più prevista la sottoscrizione di un contratto provvisorio.

Per la sottoscrizione del contratto definitivo, l'ATS deve utilizzare lo Schema di contratto (Suballegato 2A alla Dgr n. XI/2672/2019 "Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza"), allegato al presente atto (Sub-Allegato 1A) con la specifica dei paragrafi non applicabili; viene previsto un aggiornamento del format della "scheda di budget" rispetto a quanto definito nell'Allegato 3 della deliberazione n. XI/4049/2020 (sostituito dal Sub-Allegato 1B al presente atto) che prevede alcuni aggiornamenti rispetto a quello utilizzato per la contrattazione 2020.

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto, così come declinato nella DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i., fatte salve le rimodulazioni che siano necessarie nel periodo emergenziale. Limitatamente all'anno 2021, in considerazione dell'attuale persistenza dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, a parziale deroga di quanto previsto all'ultimo punto della premessa del contratto tipo, di cui al Sub-Allegato 1A, il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare il numero totale dei posti letto a contratto considerando la media quadrimestrale. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero totale dei posti letto autorizzati. Con riferimento ai ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno.

In sede di calcolo del finanziato 2021, a consuntivo e come già previsto per l'anno 2020, la Direzione Generale Welfare, in collaborazione con le ATS territorialmente competenti, potrà valutare particolari eventuali casistiche di significativo squilibrio tra produzione erogata ed abbattimenti legati all'applicazione di budget e di tetti di sistema, riconducibili alla riorganizzazione dell'attività a seguito della pandemia, in ogni caso, entro il limite delle risorse di FSR disponibili.

Anche per l'anno 2021 rimangono possibili le rimodulazioni di budget già previste negli esercizi precedenti per le risorse contrattualizzate con la medesima struttura e per gli enti unici, finanziando eventuale attività di cure sub-acute ed ambulatoriali in iperproduzione con lo spostamento di risorse da ricovero e cura. Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili.

Si conferma che, in caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate, le ATS, nel rispetto dei tetti contrattuali, potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, prelieve verifiche sulla completezza dei flussi informativi, in accordo con l'erogatore e previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (pubblico su pubblico o privato su privato), ridefinendo fino ad un valore pari al 10% del budget del singolo erogatore coinvolto.

Le rimodulazioni potranno essere chieste dagli erogatori alle ATS, oppure proposte da ATS agli erogatori e concordate con gli stessi entro il 30.11.2021; le istanze e dovranno essere trasmesse da ATS con valutazione, per la successiva approvazione della Direzione Generale Welfare entro il 15.12.2021.

Le date di chiusura per l'invio dei flussi informativi dell'anno 2021 saranno confermate con successiva nota, ribadendo che eventuali invii tardivi non saranno considerati né per la definizione del finanziato per l'anno 2021 né per le elaborazioni successive.

1. ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA

Per l'anno 2021 si prevede la determinazione del budget di struttura a partire dal valore finanziato per i ricoveri dell'anno 2019, pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni XI/3915 e XI/4049; tale budget è riferito a tutta la produzione, a prescindere dalla residenza degli assistiti trattati, fatta eccezione per i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP) per i quali le prestazioni erogate restano disciplinate da normativa specifica.

Per l'anno 2021 si ritiene superata, e non applicabile, la previsione di rimodulazioni del contratto riconducibile alla casistica acuta in base agli indicatori di performance, come calcolati ed applicati nei precedenti esercizi, che calcolati sulla produzione 2020 sarebbero scarsamente significativi. Si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di costituire un gruppo di lavoro con rappresentanti delle ATS e degli erogatori finalizzata alla definizione di un nuovo sistema di misurazione sintetico della performance.

Bassa complessità

Nelle more della definizione degli accordi bilaterali tra Regioni in tema di governo della mobilità sanitaria interregionale, che sono obiettivi delle Regioni anche per il 2021, si ritiene di confermare la definizione di un tetto di sistema per le prestazioni di bassa complessità erogate a favore di pazienti residenti in altre regioni italiane.

Per le prestazioni di bassa complessità (ovvero tutta la produzione che non rientri nella definizione di Alta Complessità e non siano ricoveri erogati da IRCCS), si ritengono confermate le indicazioni previste nelle regole di sistema per l'anno 2019 (tetto di sistema sulla bassa complessità per fuori regione) al fine di garantire il rispetto di quanto previsto nella legge 208/2015 comma 574 in tema di adozione di misure volte a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate da strutture private.

Il tetto di sistema per le strutture private accreditate è individuato nel 100% del valore finanziato per l'anno 2019 per le attività di bassa complessità erogate da strutture private (esclusi IRCCS) a favore di residenti fuori regione. Anche per le strutture private accreditate che hanno perso la classificazione di IRCCS nel corso del 2020, il riferimento sarà la produzione di bassa complessità erogata nel corso del 2019.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale in contemporanea alla garanzia del rispetto dei vincoli del DL 95/2012, come modificato dall'art. 45, comma 1 ter del D.L. 124/2019 convertito con modificazioni dalla L. 19 dicembre n. 157, per gli erogatori privati viene individuato un tetto per singolo erogatore, parte del budget di struttura, definito per il 2021 pari al 100% valore del finanziato 2019 per bassa complessità fuori regione. Fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni di bassa complessità.

Gli eventuali risparmi rispetto al limite di sistema per l'anno 2021, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa.

Nella valutazione, a consuntivo, di tale attività, la Direzione Generale Welfare in collaborazione con le ATS territorialmente competenti, dovrà monitorare l'eventuale incremento di prestazioni a bassa complessità legato all'erogazione di ricoveri a favore di pazienti Covid-19 nel periodo di emergenza.

Alta complessità e attività IRCCS

Richiamato il principio sancito nella legge 208/2015 comma 574, di valorizzazione del ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, prevedendo la possibilità di programmare l'acquisto delle prestazioni di alta specialità e di quelle erogate dagli IRCCS, tenuto conto dell'anomalo andamento rilevato nel corso della pandemia, si ritiene di non applicare, all'anno 2021, quanto introdotto con DGR XI/2013/2019 in termini di tetto per alta complessità e attività IRCCS, riservandosi, a seguito del monitoraggio del primo semestre 2021 e nel caso si rilevino forti scostamenti rispetto alla produzione storica, dandone

formalizzazione con atto da adottarsi entro il 31.07.2021, di definire per il quarto trimestre 2021 per le strutture private accreditate un tetto di sistema e per singolo erogatore, per l'erogazione di prestazioni di alta complessità e di quelle erogate dagli IRCCS riferito a tutta la produzione, a prescindere dalla residenza degli assistiti trattati, fatta eccezione per i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP), parametrato alla produzione erogata nell'analogo periodo 2019.

Produzione per lombardi

Si ribadisce che l'attività erogabile per cittadini lombardi e stranieri assimilati ai lombardi e gli eventuali ricoveri previsti dalla normativa nazionale, sono finanziati su base regionale secondo le risorse riportate nel quadro economico di sistema inserito nella DGR XI/4232/2021.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale in contemporanea alla garanzia del rispetto dei vincoli del DL 95/2012, per gli erogatori privati viene individuato un tetto per singolo erogatore, parte del budget di struttura, definito per il 2021 pari al 100% valore del finanziato 2019 per lombardi. Fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per lombardi.

Gli eventuali risparmi rispetto al limite di sistema per l'anno 2021 per gli erogatori privati, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa.

Sintetizzando:

il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto privato prevede:

- per tutti i ricoveri, a prescindere dalla residenza dei cittadini:
 - un budget complessivo di struttura;
 - un tetto di struttura per le attività di bassa complessità (esclusa produzione IRCCS) erogata a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019 per bassa complessità per pazienti fuori regione;
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti lombardi, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019 per pazienti lombardi;
 - un eventuale tetto di struttura per le attività di alta complessità e produzione IRCCS erogate a favore di tutti i cittadini esclusi stranieri (regime 7 e 9 stp) relativo all'ultimo trimestre 2021, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019 del quarto trimestre;

il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede:

- per tutti i ricoveri, a prescindere dalla residenza dei cittadini:
 - un budget complessivo di struttura;

confermando per gli erogatori pubblici, la possibilità, considerati il DM 21/06/2016 e il DL 95/2012, di riconoscere, con valutazione positiva della Direzione Generale Welfare e con effetto neutro sull'equilibrio economico finanziario del sistema, ricavi derivanti da produzione superiore rispetto a quella contrattualizzata con le ATS.

Per quanto riguarda la negoziazione delle ATS con gli erogatori di Diritto Privato, si stabilisce che le stesse potranno proporre, eventualmente anche sulla base di proposte definite della Direzione Generale Welfare, fino ad un massimo del 2% del finanziato 2019, di reindirizzare il

mix di erogazione delle strutture sulla base di specifiche valutazioni in merito alla accessibilità ai servizi ed alla appropriatezza degli stessi e/o, ad invarianza di mix, di prevedere di vincolare la remunerazione delle attività al rispetto di criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate. Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni, tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura.

Si conferma la necessità di verificare, in sede di consuntivo, la percentuale di abbattimento applicato alla produzione per fuori regione, definita al fine di garantire l'invarianza economica tra tariffario regionale e quello stabilito per la mobilità (tariffario TUC).

Rimangono nelle disponibilità del sistema le risorse che da alcuni anni vengono destinate alla copertura del piano di gestione del sovraffollamento 2020-2021, ritenendo che le azioni volte a gestire la pandemia assorbano e ricompensino quanto normalmente previsto dai progetti definiti annualmente.

In sede di calcolo del finanziato 2021, a consuntivo, si dovranno valutare effetti tariffari che possano generare uno squilibrio significativo tra produzione erogata ed abbattimenti.

In merito alla valorizzazione delle prestazioni di ricovero e cura, richiamando gli specifici indicatori della griglia LEA, al fine di incentivare le necessarie valutazioni organizzative volte al mantenimento/miglioramento della performance, si definiscono le seguenti rimodulazioni tariffarie, relativamente a quanto segue.

- Rimodulazione tariffaria dei DRG a rischio inappropriata, secondo il valore del rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (calcolato sull'intera produzione dell'erogatore, individuati secondo i criteri definiti dalla normativa regionale):
 - > 50 % riduzione del 20% della valorizzazione;
 - tra 28 e 50 % riduzione del 15% della valorizzazione;
 - tra il 18 ed il 28 % riduzione del 5%;
 - per tassi inferiori al 18 % valorizzazione invariata
- Rimodulazione tariffaria dei DRG in base al valore dell'indicatore % fratture del femore operate entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni, calcolato sull'intera produzione dell'erogatore):
 - <50% riduzione del 15% della valorizzazione;
 - tra 50 e 65 % riduzione del 10% della valorizzazione;
 - tra il 65 ed il 74 % riduzione del 5%;
 - tra il 74 ed il 90 % valorizzazione invariata;
 - >90 % valorizzazione incrementata del 5%
- Conferma della riduzione apportata nel 2020 del valore di rimborso della casistica riconducibile ai ricoveri per minori con diagnosi di asma e di gastroenterite, finalizzata ad incentivare la gestione della casistica in un più corretto setting assistenziali;
- Breast Unit: si rimanda a specifico atto regionale di ricognizione delle Breast Unit.

In merito ai ricoveri relativi agli indicatori "tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco" e "proporzione

colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni", si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di costituire un gruppo di lavoro con rappresentanti delle ATS e degli erogatori finalizzata a individuare le eventuali criticità, le buone pratiche in atto e a dare indicazioni finalizzate al mantenimento/miglioramento della performance, valutando l'eventuale introduzione nei successivi esercizi di una rimodulazione tariffaria legata al valore dell'indicatore per la singola struttura.

2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il budget di struttura per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, compresa l'attività di pronto soccorso non seguita da ricovero, a prescindere dalla residenza dei pazienti, ha come base di riferimento il 100% valore della produzione finanziata 2019.

Il 100% valore finanziato 2019 per le attività ambulatoriali, è la base su cui viene calcolato il cosiddetto "97%", valore del budget di struttura per l'anno 2021. Le strutture si impegnano ad erogare fino ad un valore pari al 106% e tra il 97% ed il 103% sarà applicata una regressione tariffaria massima del 30% (60% per la branca di laboratorio analisi) e tra il 103% ed il 106% una regressione tariffaria massima del 60%. Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale in contemporanea alla garanzia del rispetto dei vincoli del DL 95/2012, per gli erogatori privati viene individuato un tetto per singolo erogatore, parte del budget di struttura, per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali a residenti lombardi, definito per il 2021 pari al valore del 100% finanziato 2019 per lombardi.

Gli eventuali risparmi sul limite di sistema per l'anno 2021 per gli erogatori privati, al netto di quanto necessario per adempiere a quanto previsto dalla già citata Legge 30 dicembre 2020, n. 178, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa, con priorità alle attività connesse alla diagnostica COVID.

Si conferma per il 2021 la quota di risorse di specialistica ambulatoriale da riservare per garantire l'erogazione delle prestazioni previste nei PAI di pazienti presi in carico (ad esclusione delle prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi) sia pari ad un massimo del 3% di quanto finanziato nel 2019 per la specialistica ambulatoriale. Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte dei pazienti cronici, tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura.

All'interno delle risorse destinate a livello di sistema per le prestazioni ambulatoriali, si individua anche la copertura delle attività erogate, in applicazione a specifici contratti di scopo autorizzati e sottoscritti nei precedenti esercizi, per favorire l'accesso alle prestazioni ambulatoriali particolarmente critiche e per la presa in carico.

Per l'esercizio 2021 si ritiene di applicare la DGR XI/2672/2019 per quanto previsto relativamente alla definizione di obiettivi specifici per migliorare l'offerta erogativa specialistica tramite contrattazione del 5% del budget ambulatoriale finanziato nel 2019, sulla base di specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare. Tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la parte non utilizzata per la definizione di obiettivi, è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura.

Relativamente alla definizione dei volumi di erogazione delle attività di screening di primo e secondo livello, al fine di dimensionare la capacità erogativa alla domanda e facilitare il recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2020, si dà mandato alla UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare di procedere ad un confronto con le ATS entro il mese di maggio 2021, così da definire il volume di risorse per singola struttura, che diviene parte del contratto di specialistica ambulatoriale, da destinare prioritariamente alla copertura delle attività di screening.

Eventuali modifiche che si renderanno necessarie in corso d'anno, sulla scorta del monitoraggio dell'attività e in base anche all'andamento pandemico, dovranno essere oggetto di eventuali successive integrazioni dei valori di budget, previo accordo tra ATS e Direzione Generale Welfare.

In merito a quanto previsto dalle DGR XI/3132 del 12/05/2020, DGR XI/3530 del 05/08/2020, DGR XI/3778 del 03/11/2020, DGR XI/3876 del 19/11/2020 e DGR XI/4658 del 03/05/2021 in tema di erogazione di attività diagnostica per COVID19, e di ulteriori prestazioni che potrebbero essere introdotte per la gestione della pandemia, con erogabilità a carico del SSR nel corso dell'esercizio 2021:

- trovano copertura all'interno dei budget di struttura della specialistica ambulatoriale;
- in corso d'anno, ed in base al monitoraggio dei volumi erogati, potranno essere previste integrazioni di budget utili a garantire l'offerta necessaria alla gestione della pandemia.

Per quanto concerne l'attività vaccinale oggetto del Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e le Associazioni degli Erogatori privati per l'attuazione del piano vaccinale per la prevenzione delle infezioni da SARS-COV 2 di cui alle DGR XI/4353 del 24/02/2021 e DGR XI/4433 del 17/03/2021, si richiama quanto inserito nel testo dell'accordo:

"Regione Lombardia si impegna a riconoscere agli Enti erogatori coinvolti, previa sottoscrizione di appositi accordi contrattuali, il valore della tariffa prevista nella DGR 4353 del 24/02/2021 pari a 6,00 € per singola dose effettivamente somministrata e correttamente rendicontata. Sono escluse dal riconoscimento le somministrazioni effettuate nella "fase 1" identificata nel Piano nazionale (operatori sanitari e sociosanitari, personale ed ospiti dei presidi residenziali) ... per gli operatori sanitari a contratto, qualora l'attività vaccinale erogata superi la quota del 97% del budget contrattualizzato, le eventuali eccedenze rispetto al tetto contrattuale dovute alla somministrazione di vaccini saranno riconosciute previo contratto aggiuntivo finalizzato alla sola attività vaccinale, nel limite dell'equilibrio economico del Sistema Sanitario Regionale."

A tale scopo viene prevista apposita sezione della "scheda di budget", al fine di dare evidenza dei volumi di attività relativi alle attività connesse alla diagnostica COVID ed alla somministrazione dei vaccini, da compilarsi in corso d'anno in sede di eventuali integrazioni di budget.

Si conferma la necessità di verificare la percentuale di abbattimento applicato alla produzione per fuori regione, definita al fine di garantire l'invarianza economica tra tariffario regionale e quello stabilito per la mobilità.

3. PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE

Per le prestazioni di cure sub-acute si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2020, tenendo conto di eventuali ampliamenti stabili dell'attività avvenuti in corso dell'esercizio 2020/2021 autorizzati dalla Direzione Generale Welfare.

I posti tecnici necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti accreditati e a contratto, fatte salve le rimodulazioni che siano necessarie nel periodo emergenziale.

Per le attività di cure sub-acute attivate temporaneamente per la gestione della pandemia, in base alla DGR XI/3681/2020, si dovrà dare evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati in modo separato dalle risorse destinate all'attività tipica.

4. NUOVE RETI SANITARIE

Per le prestazioni delle "nuove reti sanitarie" si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2020, dando evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati.

5. REVISIONE DEGLI ACCONTI

Considerato lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 ancora in corso e prorogato dal Governo almeno fino a tutto il 31.7.2021, tenuto conto dell'andamento effettivo della produzione erogata, è necessario definire una revisione degli acconti previsti dalla DGR XI/4232/2021 per gli erogatori privati accreditati, per evitare la criticità di eccessive anticipazioni rispetto all'effettiva attività erogata, da recuperare a consuntivo.

Si procederà pertanto, in base al monitoraggio dell'attività erogata dell'ultimo mese disponibile al momento del pagamento dell'acconto (per singola linea produttiva):

- pagamento di un acconto mensile pari al 90% del budget rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione non supera il valore del 90% del budget rapportato a 12 mesi;
- pagamento di un acconto mensile fino ad un massimo del 95% del budget rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione supera il valore del 90% del budget rapportato a 12 mesi;
- per gli altri valori di produzione che non sono oggetto di specifico budget (es. File F, cure termali), visti gli andamenti anomali riscontrati nel 2020, si provvederà al pagamento di acconti mensili fino ad un massimo del 95% del fatturato mensile;

in situazioni di particolari livelli di riduzione dell'attività, le ATS possono concordare con singoli erogatori una riduzione della percentuale di acconto, ovvero il pagamento degli acconti sulla scorta dell'effettivo fatturato mensile.

Le eventuali situazioni di forte differenza tra produzione e budget per le linee di attività gestite da ASST e IRCCS pubblici saranno oggetto di valutazione regionale con le ASST /IRCCS interessati e le ATS di appartenenza territoriale.