

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 18 ottobre 2012

Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale. (13A00528)

(GU n.23 del 28-1-2013 - Suppl. Ordinario n. 8)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 recante: «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini» convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visto in particolare, l'art. 15, comma 13, lettera c) del suddetto decreto-legge, che prevede l'avvio da parte delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano di un percorso di rideterminazione in riduzione degli standard strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

Visto l'art. 15, comma 15 del suddetto decreto-legge che stabilisce che, in deroga alla procedura prevista dall'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, sono determinate le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8-quater del medesimo decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale;

Considerato che, il suddetto art. 15, ai commi 15, 16, 17 e 18, introduce una procedura, in deroga a quella vigente, per la fissazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, al fine di garantire un quadro certo di riferimento delle tariffe per le regioni e le province autonome, da ritenersi essenziale nell'ambito della complessiva corretta programmazione e gestione sanitaria;

Considerato che con il predetto decreto sono determinate le tariffe massime, che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni,

sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui e adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale;

Visto altresì l'art. 15, comma 16 del citato decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale prevede che «Le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica»;

Ritenuto che la congruità delle risorse stesse è riferita alla necessità del rispetto dei parametri di programmazione nazionale, di cui all'art. 4, comma 1 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, (Rep. Atti n. 2271/CSR) in attuazione dell'art. 1, comma 173, lettera d) della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto inoltre l'art. 15, comma 17 del citato decreto-legge n. 95 del 2012, il quale prevede che: «Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile»;

Visto infine, l'art. 15, comma 18 del sopra richiamato decreto-legge n. 95 del 2012, che dispone l'abrogazione delle disposizioni contenute nel primo, secondo, terzo, quarto periodo dell'art. 1, comma 170 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'art. 15, comma 13, lettera g) del predetto decreto-legge n. 95 del 2012 che modifica l'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di remunerazione delle prestazioni sanitarie, con l'introduzione del comma 1-bis disponendo che: «Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato»;

Visto l'art. 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che stabilisce che il decreto di determinazione delle tariffe massime, da corrispondere alle strutture accreditate in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate tenga conto, altresì, in via alternativa e nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome;

Visto, altresì, che il richiamato art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 dispone che, in sede di determinazione delle tariffe massime, sono stabiliti i criteri

generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attivita', verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», che individua le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie poste a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 7 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

Visto l'art. 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui dispone che, ferma restando la facolta' delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attivita' e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, e' vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalita' con cui viene regolata la compensazione della mobilita', sia intraregionale che interregionale, e dispone, inoltre, che sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che, all'art. 6, comma 5, con la finalita' di promuoverne una rilevante riduzione, individua le «prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale» (All. A) ed i «DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria» (All. B);

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008 recante «Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere», che individua, all'Allegato 1, 24^a revisione e successivi aggiornamenti, i pesi relativi e i valori soglia per l'identificazione dei casi outlier associati ai raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG);

Visto l'art. 8-quinquies, comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nella parte in cui dispone che l'attivita' assistenziale acquistata dalle regioni presso le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, nonche' gli istituti, gli enti e gli ospedali di cui agli articoli 41 e 43, comma 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, e' remunerata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attivita' predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonche' sulla base delle funzioni assistenziali riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse gia' attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'art. 4, comma 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni;

Visto il comma 2 dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992, come integrato dall'art. 8, comma 1, lettera b), del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 3, il quale stabilisce che, in sede di definizione degli accordi con le strutture

pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, sono indicati, tra l'altro: il corrispettivo preventivato a fronte delle attivita' concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, la modalita' con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonche' delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati nel corrispettivo preventivato, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato;

Ritenuto che i criteri previsti dal citato art. 8-sexies, comma 5, di cui alle lettere a), b) e c) del decreto legislativo n. 502 e successive modificazioni per la determinazione delle tariffe massime nazionali, devono essere utilizzati dalle regioni in sede di adozione dei propri tariffari, articolando le tariffe, cosi' determinate, per classi di strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attivita', verificate in sede di accreditamento istituzionale, attraverso il riconoscimento di livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per le classi di erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attivita' di minore complessita';

Tenuto conto che, al fine di coinvolgere i rappresentanti tecnici regionali nella fase istruttoria propedeutica alla stesura del presente provvedimento, con decreti dirigenziali 11 aprile 2008, 15 giugno 2009 e 16 dicembre 2011 e' stato istituito un gruppo di lavoro interistituzionale che ha attivato linee di studio e di approfondimento, anche con rilevazioni campionarie, relativamente a dati e valutazioni tecniche utili alla definizione delle tariffe;

Ritenuto di mantenere l'articolazione delle tariffe definita con decreto del Ministro della sanita' 30 giugno 1997, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 settembre 1997, n. 209, per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza, apportando modifiche tariffarie sulla base degli esiti dell'analisi della variabilita' tariffaria regionale condotta e dei parziali dati di costo a disposizione, in attesa di conseguire una maggiore omogeneita', a livello interregionale e interaziendale, nella definizione e nell'erogazione di tali prestazioni;

Ritenuto altresì di fissare nuovi valori soglia per il settore della riabilitazione ospedaliera e della lungodegenza, in coerenza con il generale processo di deospedalizzazione da conseguirsi anche in tale settore e con la normativa vigente e con gli Accordi e le Intese sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano a decorrere dall'anno 2005;

Considerato che, nelle more di una organica revisione della definizione dei Livelli essenziali di assistenza e delle correlate prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, l'aggiornamento tariffario puo' riguardare esclusivamente le prestazioni e le corrispondenti tariffe riportate nel decreto del Ministro della sanita' 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale 14 settembre 1996, n. 216;

Ritenuto inoltre, nelle more della disponibilita' degli esiti di ulteriori studi sui costi delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di limitare l'aggiornamento delle tariffe ministeriali a quelle prestazioni per le quali si dispone di informazioni sui costi, utilizzando a tal fine anche gli esiti

dell'analisi della variabilita' tariffaria interregionale, ai sensi delle lettere b) e c) dell'art. 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

Visto l'art. 1, comma 18 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 in base al quale le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero sono remunerate dalla tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso;

Visto l'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, laddove dispone che, fermo restando l'aggiornamento tariffario da attuarsi a livello nazionale, «...a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanita' 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto»;

Ritenuto di assorbire nell'aggiornamento tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 3 del presente decreto, il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato, garantendo l'invarianza di impatto finanziario a livello complessivo nazionale;

Considerato che, al fine di garantire l'invarianza di spesa, nell'applicazione del presente decreto le regioni devono fare riferimento sia alla rimodulazione del proprio fabbisogno sanitario in funzione del percorso di efficientamento, di cui all'art. 4, comma 1, lettera b) dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia alla classificazione degli erogatori, ai fini della remunerazione delle relative prestazioni, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attivita' verificate in sede di accreditamento istituzionale, nonche' alla determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonche' delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

Ritenuto di fare salvi gli importi tariffari derivanti dall'applicazione di quanto stabilito dall'art. 1, comma 796, lettera p-bis) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di individuazione di misure di partecipazione alla spesa, da parte degli assistiti, alternative all'applicazione della quota fissa di 10 euro delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

Ritenuto che, nelle more dell'adozione del provvedimento di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni sono da confermarsi le tariffe fissate dal decreto del Ministro della sanita' 27 agosto 1999, n. 332, recante «Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalita' di erogazione e tariffe» come incrementate dall'art. 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)»;

Ritenuto con il presente decreto di dare attuazione alle disposizioni di cui al citato decreto-legge n. 95 del 2012, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonche' i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel

rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;

Vista la nota del 16 agosto 2012, prot n. 6727- Gab, con la quale e' stato trasmesso alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano lo schema di decreto, ai fini dell'acquisizione del previsto parere, tenuto conto della massima urgenza per la conclusione della procedura di adozione dello stesso, che l'art. 15, comma 5 del decreto-legge n. 95 del 2012 aveva indicato nella data del 15 settembre 2012;

Vista la nota del 18 settembre 2012 prot. n. 7451 - Gab, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso alla Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il nulla osta del Ministero dell'economia e delle finanze all'adozione del presente decreto, ribadendo la massima urgenza dell'esame del provvedimento medesimo da parte della Conferenza Stato-regioni, tenuto conto del richiamato termine del 15 settembre;

Considerato che, nel corso della seduta della suddetta Conferenza del 26 settembre 2012, le Regioni e le Province Autonome hanno espresso parere negativo sullo schema di decreto, ritenendo non accolti tutti gli emendamenti proposti in sede tecnica (Rep. Atti N. 175/CSR);

Considerato che in sede tecnica (riunioni del 19 giugno e dell'11 settembre 2012) sono state presentate dalle regioni numerose richieste emendative (fra cui modifiche al testo, modifiche su 147 DRG, modifiche sulle tariffe dei trapianti, riconoscimento dei costi dei dispositivi medici particolarmente costosi) che sono state tutte accolte, ad eccezione delle seguenti:

a) proposta di modifica delle tariffe relative ai trapianti di rene (DRG 302), di fegato e intestino (DRG 480) e di midollo osseo (DRG 481) al fine di allinearle ai valori della Tariffa unica convenzionale (TUC). Il Ministero della salute, con medesimo avviso del Ministero dell'economia e delle finanze, ha ritenuto, in parziale accoglimento delle richieste regionali, di incrementare le tariffe inizialmente proposte per i trapianti del rene e del fegato portandole dal 50% al 75% della TUC. Cio' in considerazione del fatto che i costi effettivamente osservati per i citati trapianti indicano valori massimi inferiori ai valori della TUC e per la mancata distinzione fra trapianto di midollo osseo autologo ed allogeneo da parte del sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri per acuti vigente, di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008;

b) richiesta di valorizzazione delle tariffe ospedaliere di tutti i DRG per ricoveri diurni per acuti che «presentano comunque della casistica nelle regioni». Il mancato accoglimento, che riguarda solo una parte delle richieste regionali e si riferisce allo 0,01% del totale dei ricoveri, si giustifica per l'assoluta esiguita' dei casi ad elevata complessita' assistenziale che sono trattati in tale regime, valutato comunque non appropriato secondo le linee di programmazione nazionale;

c) richiesta di ampliare l'ambito del presente decreto anche alle prestazioni diverse dalle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali: il mancato accoglimento discende dalla circostanza che il presente decreto e' attuativo dell'art. 15, comma 15, del decreto-legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, che fa esclusivo riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale;

Ritenuto di dovere, comunque, adottare il presente decreto nel testo proposto in attuazione dell'art. 15, comma 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, in quanto strumento necessario ai fini della programmazione e controllo del Servizio sanitario a livello sia nazionale che regionale;

Visto il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano

espresso, nella seduta del 26 settembre 2012 (Rep. Atti N. 175/CSR);

Decreta:

Art. 1

Finalita' e ambito di applicazione

1. Inapplicazione dell'art. 15, commi 15, 16, 17 e 18, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, il presente decreto determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, valide dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino alla data del 31 dicembre 2014.

2. In applicazione dell'art. 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, il presente decreto individua, altresì, i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza.

Art. 2

Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, articolate per tipo di ricovero, sono individuate nell'Allegato 1, che fa parte integrante del presente decreto. Per i ricoveri diurni attribuiti ai DRG chirurgici e ai DRG 124, 125 e 323 la tariffa si applica all'episodio di ricovero. Per i ricoveri diurni attribuiti ai restanti DRG la tariffa si applica per accesso.

2. Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, sono riportate nell'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente decreto. L'Allegato 2 riporta anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (di seguito MDC), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato. Per i ricoveri diurni, la tariffa giornaliera ridotta indicata nel suddetto allegato si applica agli accessi erogati oltre i valori soglia, per MDC, stabiliti a livello regionale.

3. Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di lungodegenza post acuzie sono riportate all'Allegato 2 del presente decreto. Per tali prestazioni, la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia della degenza, si applica la tariffa giornaliera ridotta, entrambi riportati nel medesimo Allegato 2.

4. Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero. Le regioni possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifiche dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati. Le regioni tengono conto delle tariffe di cui al presente articolo nella definizione dell'importo del finanziamento delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8

sexies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nel limite massimo fissato dall'art. 15, comma 13 lettera g) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, nonché delle classi tariffarie.

Art. 3

Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono individuate all'Allegato 3 che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 4

Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali

1. Le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Le regioni tengono, altresì, conto, ai sensi dell'art. 8-sexies, commi 2 e 3 e dell'art. 8-quinquies, comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, rispettivamente dell'eventuale finanziamento extratariffario delle funzioni assistenziali, nonché di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'art. 4, comma 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni.

2. Le regioni articolano le tariffe, come determinate ai sensi dei commi 1 e 3, per classi di erogatori, riconoscendo tariffe inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento istituzionale, di minore complessità.

3. Le regioni possono adottare, per la remunerazione dei propri erogatori pubblici e privati, tariffe ridotte rispetto a quelle definite ai sensi del comma 1, anche qualora ciò sia utile per promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e i processi di de-ospedalizzazione.

Art. 5

Disposizioni transitorie e finali

1. Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.

2. In caso di adozione da parte delle regioni di tariffe superiori a quelle stabilite dal presente decreto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale.

3. Sono fatti salvi gli importi tariffari derivanti

dall'applicazione di quanto stabilito ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera p-bis) della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Il presente decreto viene inviato, per la registrazione, alla Corte dei conti e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 18 ottobre 2012

Il Ministro della salute
Balduzzi

Il Ministro dell'economia
e delle finanze
Grilli

Registrato alla Corte dei conti il 19 dicembre 2012
Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min.
lavoro, registro n. 16, foglio n. 206

All. 1 assist. ospedal. x Acuti

Parte di provvedimento in formato grafico

All. 2 Riab. e Ldg Ospedaliera

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 3

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Parte di provvedimento in formato grafico