

ALLEGATO 1

A) Sospensione effetti della d.g.r. X/5118 del 29/04/2016

Viste le Sentenze del TAR e in attesa dell'emanazione del DM attuativo della Legge 125 del 06/08/2015, è sospesa l'esecutività della d.g.r. X/5118/2016 con specifico riferimento all'Allegato 1 "Promozione della appropriatezza in ambito riabilitativo" in merito alle penalizzazioni tariffarie delle attività riabilitative non appropriate.

B) Proroga del termine per la definizione dei contratti

La d.g.r. X/5954 del 05/12/2016 prevede che la negoziazione delle attività sanitarie e sociosanitarie si concludano entro il 15/05/2017.

Il combinato disposto delle sentenze del TAR e della attesa della emanazione del sopracitato DM del Ministero della Salute hanno ritardato la chiusura delle attività di consuntivazione economica dell'esercizio 2016, lasciando in sospeso fino ad oggi l'impatto economico sull'esercizio 2017 della DGR X/4376 del 20 Novembre 2015.

Per i motivi espressi si ritiene di prorogare al 31 maggio 2017 il termine per la sottoscrizione dei contratti relative alle attività sanitarie e sociosanitarie.

C) Esclusione della tipologia 16 dal calcolo dell'abbattimento di sistema del File F

Per alcune tipologie di farmaci rimborsati in file F (precisamente 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 16) a favore dei cittadini lombardi è assegnato alle strutture erogatrici un tetto massimo di sistema regionale, superato il quale Regione Lombardia applica un abbattimento di sistema ripartito su tutti gli erogatori.

Considerato che:

- la tipologia 16 del file F è dedicata al rimborso di "Emocomponenti utilizzati in ambulatorio o in MAC 05, MAC 09 e MAC 10" la cui tariffa è determinata dalla tariffa nazionale ai sensi degli accordi Stato-Regione in ordine alle tariffe di cessione degli emocomponenti e degli emoderivati nonché alle quote di rimborso per le attività svolte dalle associazioni e federazioni di donatori volontari di sangue, così come recepiti dalla d.g.r. n. X/5235 del 31.5.2016.
- la gestione degli emocomponenti rientra nelle competenze del Sistema Trasfusionale Regionale, attraverso l'azione sinergica di indirizzo e programmazione della DG Welfare, di concerto con l'azione di coordinamento di AREU/Struttura Regionale di Coordinamento.
- la d.g.r. n. X/5954/2016 al punto 4.5.7. "Sistema trasfusionale regionale" prevede che "la copertura del differenziale tra costi e ricavi in capo a ciascun SIMT (Servizio Medicina Trasfusionale) è garantita da una quota parte della tariffa DRG per le attività in regime di ricovero e dal file F per le attività in regime ambulatoriale".

Per quanto sopra esposto, si ritiene opportuno escludere la tipologia 16 dal calcolo dell'abbattimento di sistema del file F per i cittadini lombardi per le rendicontazioni del bilancio degli anni 2016 e 2017.

Con riferimento a quanto stabilito dalle Regole 2017 per il tetto della spesa farmaceutica per il file F, si dà mandato alle direzioni regionali competenti affinché, nel rispetto delle norme statali e regionali di riferimento, possano essere verificate delle compensazioni, tra le diverse tipologie di servizi ed attività, all'interno e nel rispetto della spesa complessiva annualmente prevista per gli erogatori di diritto privato.

D) Esclusione dei farmaci biosimiliari ed equivalenti dal calcolo dell'abbattimento di sistema del File F per l'esercizio 2017

Al punto 8.10 della d.g.r. X/5954 del 05/12/2016 "Farmaci equivalenti e biosimiliari" si stabilisce che i farmaci biotecnologici coperti da brevetto originale e quelli successivamente introdotti sul mercato come biosimilari, presentano garanzie di qualità sovrapponibili, come certificato dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e dall'AIFA; lo stesso dicasi per farmaci equivalenti rispetto a farmaci "di marca".

L'utilizzo dei farmaci equivalenti e biosimilari rappresenta quindi uno strumento estremamente importante per favorire l'appropriata allocazione delle risorse e, in particolare, per consentire l'accesso a farmaci innovativi, grazie al risparmio consentito dal loro impiego.

Per quanto sopra esposto, si ritiene opportuno escludere dal calcolo dell'abbattimento di sistema del file F per le rendicontazioni dell'anno 2017:

- Tutti i farmaci biosimilari rendicontati in file F
- Tutti i farmaci biotecnologici a brevetto scaduto qualora siano rendicontati ad un costo non superiore al 5% rispetto al biosimilare di riferimento.

Il prezzo di riferimento del biosimilare è costituito dal prezzo aggiudicato in gara regionale ARCA o, in assenza del prezzo di gara regionale Arca, dal prezzo massimo SSN del farmaco biosimilare.

Come già avviene per l'attuale meccanismo di abbattimento, la valorizzazione del rendicontato escluso dall'abbattimento sarà effettuata sui valori economici dei farmaci in oggetto a livello complessivo regionale e non suddivisi per singolo erogatore.

Sarà effettuato nel corso del 2017 un monitoraggio puntuale di quanto sopra previsto per verificarne l'efficacia.

E) Applicazione contestuale degli abbattimenti 2016 e 2017 per indicatori su DRG inappropriati e frattura del femore

Con la d.g.r. X/4702 del 29/12/2015 e la d.g.r. X/5954 del 05/12/2016 sono stati definiti dei parametri di riferimento per:

- i ricoveri relativi ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriata;
- la percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

Sulla base dei predetti parametri sono state individuate per i due esercizi delle percentuali di riduzione tariffaria per la casistica non congruente.

In considerazione del basso impatto sul 2016, inferiore ai 300.000 € complessivi, gli abbattimenti per il 2016 saranno applicati contestualmente a quelli previsti sulla produzione 2017.

F) Tetto per le prestazioni di bassa complessità per pazienti fuori Regione (erogatori privati)

L'art.15, comma 14 del DL 95/12 (Spending Review) stabiliva la riduzione degli importi e dei corrispondenti volumi da applicarsi a tutti i "singoli contratti e accordi" stipulati con le strutture private arrivando ad un valore pari al -2% di quanto finanziato nel 2011.

Il comma 574 dell'art 1 della legge di stabilità 2016, sia pure in via incidentale, dispone in merito all'obbligo di riduzione anche sulle prestazioni erogate da strutture private a favore di pazienti residenti in altre regioni. Disciplinando una deroga alla riduzione, per gli IRCCS e per l'alta specialità, ne ha infatti affermato, indirettamente, la sussistenza. La legge Finanziaria 2016 afferma quindi il principio per cui la riduzione dei costi è a carico della Regione nella quale si verificano i ricoveri e non della Regione nella quale risiedono i cittadini che effettuano prestazioni in mobilità extraregionale.

L'Accordo in sede di Conferenza delle Regioni per la regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti tra le Regioni per gli anni 2014-2015, definito il 29 settembre 2016, ha iniziato ad applicare le previsioni della legge di stabilità del 2016 regolando gli esercizi 2014 e 2015 sulla base delle attività erogate nel 2013.

Sulla base di quanto oggi già definito a livello nazionale per la definizione dei contratti 2017 viene quindi stabilita, a livello complessivo regionale, una soglia massima di prestazioni a bassa complessità erogabili da strutture di diritto privato (esclusi IRCCS) per pazienti fuori Regione pari alla produzione del 2016 con riduzione annuale del 10% nel prossimo triennio.

Ciò al fine di raggiungere gradualmente i volumi di produzione del 2013, definendo un tetto pari a:

- 129 milioni di euro per il 2017;
- 116 milioni di euro per il 2018;
- 104 milioni di euro per il 2019.

E' pertanto necessario nei contratti per il 2017 delle strutture di diritto privato prevedere che la mobilità attiva riferibile a casistica di bassa complessità abbia un tetto complessivo nel 2017 pari a 129 milioni di euro e che, al superamento di predetta soglia, verrà applicata una regressione tariffaria finalizzata a garantire il rispetto complessivo del suddetto limite.

G) Miglioramento dell'accesso dei cittadini al sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali

La struttura privata accreditata dovrà rendere visibile, secondo le modalità tecniche stabilite da Regione Lombardia per il "Monitoraggio dei tempi di attesa e dell'offerta ambulatoriale disponibile" (cd. Flusso MOSA) e sistema informativo a supporto, tutte le proprie agende, relative alle prestazioni ambulatoriali erogate in regime SSN, alla Rete Regionale di Prenotazione affinché i suoi vari canali (es. Contact Center Regionale, Internet, etc.) possano fornire informazioni più precise sull'offerta sanitaria rendendo così più agevole l'accesso dei cittadini al sistema della attività ambulatoriali.

Inoltre tale flusso informativo consentirà la completa attivazione della prenotazione in modalità differita anche sulle strutture private offrendo così al cittadino la possibilità di scegliere tra tutte le strutture erogatrici accreditate ad a contratto con il SSR.

A tal proposito, con l'obiettivo di garantire un livello qualitativo adeguato del servizio, verranno monitorati la percentuale di invii dei flussi MOSA senza errori, l'effettivo invio giornaliero del flusso, la percentuale di record sospesi, la percentuale di reclami sulle prenotazioni effettuate e la corrispondenza tra le date di disponibilità comunicate con il flusso MOSA con quelle effettivamente disponibili nei sistemi di prenotazione aziendale.

Durante il 2017, i parametri sopra riportati verranno monitorati al fine di determinare successivamente i livelli di servizio che dovranno essere assicurati.