



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA E POLITICHE SOCIALI

tel + 39 040 377 5520
fax + 39 040 377 5523

sanita.pol.soc@regione.fvg.it
I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

Decreto n° *1213* /DC

Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie. Determinazione degli oneri a carico delle strutture sanitarie private.

Il Direttore centrale sostituto

Premesso che con D.G.R. 28.7.2011, n. 1436, sono stati approvati:

- i requisiti previsti per l'accREDITamento delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di degenza e ambulatoriali, applicabili anche alle strutture pubbliche e private eventualmente destinatarie dell'accREDITamento con successivi provvedimenti;
- la procedura prevista per l'accREDITamento delle strutture private, applicabile alle strutture provvisoriamente accreditate e a quelle eventualmente destinatarie dell'accREDITamento con successivi provvedimenti;

Rilevato che l'anzidetto provvedimento giuntale dispone di porre a carico delle strutture private richiedenti l'accREDITamento il corrispettivo degli oneri sostenuti dall'Amministrazione, sulla base dei criteri individuati con provvedimento della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Visti:

- il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali, di cui al D.P.Reg. 27.08.2004, n. 0277/Pres. e successive modifiche;
- il decreto del Direttore centrale n. 1016/DC, dell'8.10.2010, con cui sono state approvate, ai sensi dell'art. 10, comma 4, della legge regionale 23.7.2009, n. 12, le nuove norme concernenti l'organizzazione interna ed il funzionamento della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Ritenuto di approvare i criteri per la determinazione del corrispettivo da porre a carico delle strutture sanitarie private richiedenti l'accREDITamento istituzionale, il conseguente importo, nonché le modalità previste per il versamento di detto corrispettivo, contenuti nel documento "Oneri per l'accREDITamento istituzionale delle strutture sanitarie private", allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante;

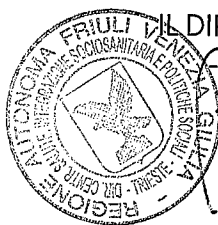
Visti:

- il D. Lgs. n. 502/1992
- la L.R. n. 8/2001
- la L. n. 241/1990
- la L.R. n. 7/2000
- la D.G.R. n. 1705/2005
- la D.G.R. n. 2831/2005
- la D.G.R. n. 705/2007
- la D.G.R. n. 297/2008
- la D.G.R. n. 298/2008

Decreta

1. di approvare, ai sensi della D.G.R. n. 1436/2011, i criteri per la determinazione del corrispettivo da porre a carico delle strutture sanitarie private richiedenti l'accreditamento istituzionale, riportati nel documento "Oneri per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private", allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;
2. di determinare, pertanto, l'importo del corrispettivo che le strutture richiedenti l'accreditamento istituzionale devono corrispondere alla Direzione centrale salute integrazione socio sanitaria e politiche sociali, nella misura di cui all'anzidetto allegato;
3. di stabilire che le strutture richiedenti ai tengano, per il pagamento del precitato corrispettivo, alle modalità riportate nel medesimo allegato.

Trieste, 7 DIC. 2011



IL DIRETTORE CENTRALE SOSTITUTO
dott.ssa Bernardetta Maioli -

Bernardetta Maioli

RB *[Signature]*

Allegato – Oneri per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private

Premessa

Le strutture sanitarie private hanno la facoltà e non l'obbligo di chiedere l'accreditamento istituzionale, nel senso che per esse lo status di soggetto accreditato è funzionale all'erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto, il procedimento finalizzato alla concessione dell'accreditamento viene attivato da una volontaria istanza della struttura privata, ovvero da una comunicazione da parte della Direzione centrale salute integrazione socio sanitaria e politiche sociali, di seguito Direzione centrale, qualora si proceda al rinnovo dell'accreditamento esclusivamente nei confronti di strutture già accreditate, che manifestano la volontà di non rinunciare al loro status.

In entrambi i casi, le strutture private richiedono un servizio all'amministrazione regionale, che si concretizza nelle varie fasi del procedimento individuato nell'allegato B, della D.G.R. n. 1436/2011. La fase centrale del predetto procedimento si attua con un sopralluogo finalizzato alla verifica della conformità della struttura ai requisiti di accreditamento individuati nell'allegato A della D.G.R. n. 1436/2011, applicabili anche alle strutture private eventualmente destinatarie dell'accreditamento con successivi provvedimenti.

La verifica dei requisiti viene condotta da valutatori regionali, dipendenti dalle Aziende sanitarie o dall'amministrazione regionale, individuati in relazione alle competenze professionali ritenute indispensabili per lo svolgimento di tale attività e inseriti in un elenco a conclusione di uno specifico percorso di formazione, organizzato dalla Direzione centrale. Sulla base di quanto previsto dagli atti di programmazione regionale, le Aziende sanitarie sono tenute a mettere a disposizione i valutatori da esse dipendenti e, pertanto, devono procedere ad una riorganizzazione dell'attività istituzionale per il periodo in cui il professionista viene incaricato dalla Direzione centrale come valutatore.

La determinazione degli oneri per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private è stata effettuata tenendo conto dei seguenti criteri: a) tipologia di verifica, b) composizione quali – quantitativa del gruppo di valutazione, c) giornate di sopralluogo, d) costo medio del personale.

Ambito di applicazione

In applicazione di quanto disposto dalla D.G.R. n. 1436/2011, gli oneri per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private si applicano ai seguenti procedimenti: concessione e integrazione dell'accreditamento di cui alla D.G.R. n. 1436/2011 e alla D.G.R. 1437/2011; concessione e integrazione dell'accreditamento derivanti da provvedimenti successivi; concessione, integrazione e rinnovo dell'accreditamento di cui alle D.D.GG.RR. n. 1705/2005, n. 705/2007, n. 297/2008 e n. 298/2008.

Criteri di determinazione dei costi

Tipologia di verifica

La tipologia di verifica corrisponde alla classificazione delle strutture sanitarie, al numero di posti letto e di branche specialistiche, nonché alla dotazione tecnologica e strumentale.

Composizione del gruppo di valutazione

I professionisti inseriti nell'elenco dei valutatori appartengono ai seguenti ruoli: medico, sanitario, tecnico – professionale e amministrativo. La compresenza di tali professionisti è prevista in tutti i gruppi di valutazione, in numero variabile a seconda della complessità della struttura che deve essere valutata.

Giornate di sopralluogo

Il numero di giornate ritenute necessarie per la conclusione della verifica dipende dalla complessità organizzativa della struttura.

Costo medio del personale

Il costo del personale incaricato dello svolgimento dell'attività di verifica è stato determinato tenendo conto della retribuzione media di tutti i valutatori inseriti nell'elenco regionale e considerando che tutte le qualifiche professionali vengono individuate quali componenti il gruppo di valutazione. Non è stato preso in considerazione il costo per la presenza di osservatori, in quanto personale in formazione.

È stato anche determinato il costo di missione tenendo conto dei possibili tragitti percorsi dai valutatori dall'Azienda di appartenenza alla struttura sanitaria, utilizzando mezzi pubblici o mezzi privati; considerato che in molti casi la sede di partenza dei valutatori o la sede della struttura da verificare rendono estremamente difficoltoso l'uso del mezzo pubblico, è stata calcolata la media dei costi derivanti dall'uso di entrambe le tipologie di mezzi.

Totale complessivo

Il totale complessivo è stato calcolato sulla base della composizione del gruppo di valutazione, delle giornate ipotizzate come necessarie per la verifica nelle varie tipologie di strutture, dei costi di missione, integrati in modo forfetario dai costi generali, tra cui i costi per l'organizzazione dei corsi di formazione per i valutatori e i costi per lo sviluppo e l'utilizzo del sistema informatico per la gestione delle procedure.

Sopralluogo per l'integrazione dell'accreditamento

Come previsto dal capitolo 7, dell'allegato B, della D.G.R. n. 1436/2011, l'integrazione dell'accreditamento è prevista qualora una struttura accreditata proceda all'ampliamento, all'acquisizione di nuove tecnologie o al trasferimento. Se le variazioni intervenute hanno determinato una configurazione organizzativa diversa da quella iniziale è necessario effettuare un nuovo sopralluogo. In questi casi, il corrispettivo è determinato in relazione al numero di branche specialistiche per le quali la struttura, in relazione alla sua tipologia, chiede l'integrazione. Nei casi in cui l'istruttoria venga condotta solo sulla documentazione prodotta e non si attivi il sopralluogo, la struttura richiedente non è tenuta a pagare il corrispettivo.

La seguente tabella riporta, in forma riepilogativa, il dettaglio degli importi, determinato sulla base dei criteri sopra esplicitati, che le strutture richiedenti l'accreditamento o l'integrazione dello stesso, sono tenute a versare.

Tipologia di verifica	Totale corrispettivo	
Casa di cura fino a 150 posti letto	€ 4.000	
Casa di cura con oltre 150 posti letto	€ 5.000	
Ambulatorio Integrazione di 1 branca specialistica di degenza e/o ambulatoriale, ivi compresi Diagnostica per immagini, altri servizi di diagnostica e laboratorio Poliambulatorio fino a 3 branche specialistiche Consultorio familiare	€ 700	
Poliambulatorio da 3 a 6 branche specialistiche Integrazione fino a 3 branche specialistiche di degenza e/o ambulatoriali Stabilimento termale Diagnostica per immagini e altri servizi di diagnostica Laboratorio	€ 1.000	
Diagnostica per immagini e Laboratorio	€ 1.200	
Poliambulatorio con oltre 6 branche specialistiche Integrazione oltre 3 branche specialistiche di degenza e/o ambulatoriali	€ 2.000	
Struttura residenziale sanitaria (RSA, Hospice, Riabilitazione funzionale, ecc)	una sede	€ 1.500
	per ogni sede aggiuntiva	€ 700

Modalità di pagamento

La Direzione centrale comunica alla struttura richiedente l'importo dovuto e le modalità di versamento. La struttura richiedente deve far pervenire alla Direzione centrale, almeno due giorni prima della data concordata per il sopralluogo, copia del bonifico bancario, con cui ha effettuato il versamento. Qualora, prima dell'effettuazione del sopralluogo, emerga l'insussistenza dei presupposti per la concessione dell'accreditamento, la Direzione centrale provvede a rimborsare l'importo eventualmente già versato dalla struttura richiedente.