

REGIONE CAMPANIA Giunta Regionale - Seduta del 1 agosto 2003 - Deliberazione N. 2451 - Area Generale di Coordinamento N. 19 - Piano Sanitario Regionale - **Determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da assicurare per l'anno 2003 e dei correlati limiti di spesa ai sensi della delibera di Giunta Regionale n. 1272 del 28 marzo 2003.**

omissis

PREMESSO

- che l'art. 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549 stabilisce che le Regioni e le Aziende Sanitarie, sulla base di indicazioni regionali, contrattano con le strutture pubbliche e private un piano annuale preventivo delle prestazioni sanitarie, che ne stabilisca quantità presunte e tipologie, anche ai fini degli oneri da sostenere;

- che l'art. 1, comma 32, della legge 662/96, stabilisce che le Regioni, nell'ambito delle funzioni previste dall'art. 2, comma 2, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, devono individuare, nel rispetto dei livelli di spesa stabiliti per l'anno precedente, la quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche ed in quelle private e che la contrattazione dei piani annuali preventivi di cui all'art. 6, comma 5 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, all'art. 2, comma 8 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, deve essere realizzata in conformità alle predette indicazioni, con la fissazione del limite massimo di spesa sostenibile;

- che l'art. 32, comma 8 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, stabilisce che le Regioni, in attuazione della programmazione sanitaria, devono individuare preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria, pubblica o privata, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi di spesa sostenibili con il Fondo Sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'art. 1, comma 32, della legge 662/96;

CONSIDERATO

- che con delibera della Giunta Regionale n°1272 del 28.03.2003 avente ad oggetto:

"Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere della Regione Campania: Definizione del piano annuale delle prestazioni da erogarsi nel 2003 e dei correlati tetti di spesa - Direttive" si è individuato, previo accordo con le Organizzazioni sindacali e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative della sanità privata, l'iter procedurale per la programmazione, per l'anno 2003, dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;

- che con la medesima deliberazione si sono fornite alle Aziende Sanitarie direttive e criteri per la definizione dei provvedimenti di loro competenza, dall'elaborazione del piano annuale delle prestazioni, ai sensi della legge regionale 11 luglio 2002, n°10 "Norme per il piano sanitario regionale 2002/2004" alla stipula degli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

- che tali direttive, sinteticamente di seguito riportate, prevedono specificatamente che:

1) le Aziende Sanitarie Locali, nel definire il piano delle prestazioni per l'anno 2003, terranno conto dei consumi totali dei propri residenti comprensivi, quindi della mobilità passiva interaziendale ed individueranno la quota che può essere assicurata dai soggetti pubblici e quella che sarà fornita dai soggetti privati temporaneamente accreditati;

2) le Aziende Ospedaliere ed i presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali dovranno ottimizzare le risorse, con la finalità di un tendenziale equilibrio entro il 2003 tra valore delle prestazioni prodotte in proprio (in base ai vigenti tariffari) e costi delle stesse mediante un aumento della produzione, ovvero riconversioni o accentramento di funzioni;

3) le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere programmeranno volumi e tipologie delle prestazioni sanitarie prodotte in proprio, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, perseguendo la finalità di migliorarne l'appropriatezza;

4) I contratti da stipularsi tra Aziende Sanitarie Locali e strutture private provvisoriamente accreditate, previa definizione di "accordi quadro" con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, i cui schemi tipo verranno definiti dalla Regione, dovranno contenere le modalità per la determinazione dei volumi massimi erogabili per branca e quelle per la definizione delle regressioni

tariffarle utili a garantire il rispetto dei correlati limiti di spesa nonché quelle per pagamenti e conguagli delle prestazioni erogate.

- che con circolare assessorile n. 071150 del 4/4/2003 si sono diramate le disposizioni attuative alle Aziende Sanitarie e si è richiesto alle medesime di elaborare il piano delle prestazioni utilizzando l'apposita modulistica predisposta dall'Assessorato alla Sanità.

- che con circolare assessorile n. 0142532 del 30/04/2003, a seguito di quanto emerso dagli incontri tenutisi con i referenti all'uopo nominati dai Direttori Generali delle Aziende sanitarie, si sono diramate ulteriori disposizioni attuative.

- che le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere hanno proposto, sulla base delle indicazioni come innanzi diramate ai sensi della citata delibera della Giunta Regionale n. 1272/2003, i piani delle prestazioni sanitarie riferiti all'anno 2003, indicando i programmati volumi delle prestazioni da erogare nelle strutture pubbliche e quelli da fornirsi nelle strutture private temporaneamente accreditate ed i relativi costi da sostenersi.

- che i dati riportati nei piani annuali aziendali per il 2003 evidenziano un fabbisogno di risorse economiche stimabile in E 7,188 milioni che, rapportato all'entità del finanziamento riconosciuto alla Campania dall'Accordo Stato-Regioni del 6 febbraio 2003, di circa E 6.896 milioni, comporta un disavanzo tendenziale, di circa E 292 milioni, ai quali vanno aggiunti gli importi relativi alle risorse per la spesa accentrata regionale;

- che, per quanto attiene al programmato fabbisogno di prestazioni sanitarie oggetto del presente provvedimento ed al correlati, pianificati costi, dai piani aziendali si desumono, sul complessivo regionale, i valori riportati nelle tabelle n. 1 e n. 2 allegate al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, aggregati per le macroaree di assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza integrativa ed assistenza ospedaliera,

RILEVATO

- che, per procedere alla determinazione dei limiti di spesa per l'anno 2003 in relazione ai volumi da assicurare per tali tipologie di prestazioni, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, non può prescindere dai seguenti vincoli normativi:

a) l'art. 83 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, comma 4, che prevedeva che nel rispetto degli adempimenti assunti dal Paese con l'adesione al patto di stabilità e crescita, a decorrere dall'anno 2001, le singole regioni, contestualmente all'accertamento dei conti consuntivi sulla spesa sanitaria sono tenute a provvedere alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione, attivando, nella misura necessaria, l'autonomia impositiva

b) la legge 28 dicembre 2001, n. 448 (legge finanziaria dello Stato per l'anno 2002), che, nell'incrementare il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2001 fino al livello di Lire 138.000 miliardi, ha stabilito all'art. 40 (Concorso delle regioni al rispetto degli obiettivi) che il mancato rispetto degli pgni indicati al punto 19 dell'Accordo Stato - Regioni dell'8 agosto 2001, tra i quali si segnalano, in particolare:

- rispetto del patto di stabilità interno (art. 1 della legge 405/2001);

- contenimento della spesa sanitaria nel livello prefissato, attraverso misure di controllo della domanda e/o di compartecipazione dei cittadini, ovvero attraverso l'adozione di misure fiscali o altre misure idonee a coprire, con oneri a carico della Regione l'eventuale maggiore spesa sanitaria;

comporta per la Regione inadempiente, il ripristino del livello di finanziamento della spesa sanitaria stabilito nell'Accordo Stato - Regioni del 3 agosto 2000, come integrato dall'art 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388 (legge finanziaria dello Stato per l'anno 2001), con una decurtazione per la Regione Campania di circa E 331 milioni;

c) il DL 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, nella legge 15 giugno 2002. n. 112, che, all'art. 4, ha stabilito che le sopra menzionate disposizioni recate dall'art. 40 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, concernenti taluni obblighi a carico delle Regioni, funzionali al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, sono estese anche agli anni 2002, 2003 e 2004, intendendosi, quale livello di finanziamento da ripristinarsi, nel caso di inadempimento da parte delle medesime, quello stabilito dall'Accordo Stato - Regioni del 3 agosto 2000, come integrato dall'art. 85 della legge 38812000; pertanto, in caso di mancato rispetto degli obblighi sopra esposti ed, in particolare del patto di stabilità interno e della copertura a proprio carico della maggiore spesa sanitaria regionale, rispetto al livello del Fondo sanitario assegnatole, la Regione Campania vedrebbe decurtato il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale di circa E 630 milioni, per il 2002, e di circa E 660 milioni, per il 2003, senza poter contare su

fondi statali aggiuntivi c/o per ripiano, in quanto ormai tassativamente esclusi dalle leggi sopra richiamate;

d) la legge, 27 dicembre 2002, n. 289 (Finanziaria dello Stato per il 2003), che all'art. 3, sospende la possibilità di incrementare IRPEF e/o IRAP e sancisce ulteriormente, all'art. 30, comma 15, il divieto di contrarre mutui per finanziare maggiori spese correnti (effettuate dagli esercizi dal 2001 in poi), già introdotto dalla riforma del titolo V della Costituzione ed inoltre:

- all'art. 33, comma 4, stabilisce che gli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali per il biennio 2002 e 2003 del personale del Servizio Sanitario sono a carico delle Regioni, nell'ambito delle disponibilità dei rispettivi bilanci;

- all'art. 34 stabilisce, per il 2003, una serie di limitazioni alle assunzioni di personale gli enti del Servizio Sanitario nazionale;

- all'art.52, comma 4, stabilisce ulteriori, adempimenti per accedere all'incremento del FSN previsto dall'Accordo Stato Regioni dell'8/8/01 (per il 2003 pari a circa E 660 milioni su E 6.986 milioni attesi) ed in particolare: attivazione del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere, di cui all'art. 87 della legge 23/12/2000 n. 388;

- adozione dei criteri e delle modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, ex punto 4.3 dell'Accordo Stato - Regioni del 22/11/2001;

- l'adozione di provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'art. 3 del DL 18/9/01 n. 347, convertito con modificazioni nella legge 405/2001, la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere;

- l'ulteriore rafforzamento del ricorso agli acquisti di beni e servizi tramite CONSIP (art. 24 ed art. 28, comma 1), già presente tra gli adempimenti sanciti dalla L.405/2001, unitamente alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30/09/02 in G.U. n. 244 del 17/10/02, che ribadisce per il 2003 l'esigenza della rigorosa adesione alle convenzioni CONSIP e pone un obiettivo di contenimento dei consumi intermedi in misura non inferiore al 10% rispetto al consuntivo 2001.

DATO ATTO

- che le misure contenute nelle norme innanzi citate, in relazione alla previsione dei costi delle Aziende Sanitarie per il 2003 richiedono uno straordinario, ma ineludibile, impegno per contenere la spesa rispetto alle risorse riconosciute alla Campania in sede di riparto del F. S.N;

- che, sul versante delle azioni per il contenimento dei costi in materia di assistenza farmaceutica, che ne rappresenta una consistente quota, sono già state emanate alle Aziende Sanitarie, con separati provvedimenti, linee di indirizzo e disposizioni attuative ed ulteriori provvedimenti sono in corso di definizione, con l'obiettivo di garantire il rispetto del tetto fissato dalle norme nazionali, del 13 per cento;

CONSIDERATO

- che, per ciò che concerne più specificamente la materia oggetto del presente provvedimento, non si ritengono compatibili con i complessivi obiettivi di contenimento della spesa illustrati in precedenza, i costi previsti dai piani annuali delle Aziende Sanitarie Locali per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione da strutture private provvisoriamente accreditate;

- che, infatti, si osserva un consistente incremento di tali costi rispetto ai limiti massimi di spesa fissati dalla Regione e vigenti per l'anno 2002 non giustificato, peraltro, da variazioni in aumento delle tariffe regionali, approvate con delibera della Giunta Regionale n. 1874 del 31/03/1998;

DATO ATTO

- che, invece, dai più volte citati piani aziendali emerge, per l'assistenza protesica ed integrativa e per quella in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi dai soggetti privati provvisoriamente accreditati, una programmata riduzione dei costi che si attestano ad un livello di poco superiore alla spesa media registratasi per gli anni 1999/2000 e, pertanto, al di sotto dei limiti di spesa fissati dalla Regione e vigenti per l'anno 2002;

- che, in particolare, tale contenimento di costi per l'assistenza in regime di ricovero appare coerente con le misure emanate dalla Giunta Regionale, in materia di appropriatezza clinica ed organizzativa, con le delibere di Giunta Regionale n. 6490 del 30/1/2001, n. 4845 e 4847 del 25/10/2002;

RITENUTO

- quindi, che, nel definire i limiti massimi di spesa per le attività di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione da erogarsi dalle strutture private provvisoriamente accreditate, si debba riconoscere l'incremento derivante dall'applicazione dell'indice FOI - Servizi sanitari e spesa per la salute - per il biennio 2001/2002 pari al 4,5 per cento rispetto ai valori dei limiti regionali di spesa, vigenti per l'anno 2002, già calcolati sulla base della spesa media registrata negli anni 1999/2000 per le attività in questione;

VISTO

- l'allegata tabella n. 3 nella quale, in applicazione dei suindicati criteri, sono fissati i limiti massimi di spesa per l'anno 2003 per le macroaree di assistenza specialistica ambulatoriale, di riabilitazione, di ricovero e di assistenza protesica ed integrativa da erogarsi da parte dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, a fronte dei volumi preventivati per tali categorie dai piani annuali delle prestazioni delle Aziende Sanitarie riportati nella tabella n. 1;

- che per quanto attiene, invece, alle strutture pubbliche si ritiene di dover fissare, a fronte dei volumi che sono impegnate ad assicurare, gli obiettivi di risparmio rispetto ai costi della produzione desunti dai citati piani annuali, nella misura riportata nella tabella n. 4, anch'essa allegata;

DATO ATTO

- che l'entità degli obiettivi di risparmio assegnati alle strutture pubbliche è sostanzialmente motivata dalla maggiore incidenza dei costi di produzione delle prestazioni erogate rispetto a quelle prodotte, a parità di volume, dalle strutture private provvisoriamente accreditate in funzione dei seguenti fattori:

a) un elevato case-mix per le attività di specialistica ambulatoriale e, soprattutto, di ricovero; infatti, relativamente alle prestazioni di ricovero per acuti, per le strutture pubbliche si osserva un peso medio di 0,9920 mentre per le case di cura provvisoriamente accreditate si osserva un peso medio di 0,8163 con una differenza, a favore del pubblico di + 17%;

b) le particolari funzioni affidate alla ospedalità pubblica dalla programmazione regionale che prevede la partecipazione della quasi totalità dei presidi ospedalieri pubblici campani alla rete dell'emergenza e, solo marginalmente, quella delle case di cura private provvisoriamente accreditate; è, infatti, largamente riconosciuto che la presenza delle funzioni di pronto soccorso ed emergenza comporta consumi di risorse superiori a quelle necessarie per garantire prestazioni di ricovero programmato, sia in termini di personale impiegato, che di attività dei servizi di supporto e degli impianti tecnologici,

c) la concentrazione, nelle strutture pubbliche, di discipline ad alta complessità quali terapie intensive generali e di alta specialità (UTIC e TIN), attività trapiantologiche, centro ustionati, reparti di malattie infettive;

d) a fronte delle numerose complesse funzioni affidate all'ospedalità pubblica, descritte nei punti precedenti, si osserva, ovviamente, un maggior numero di dipendenti addetti per posto letto, più del doppio, del valore che si osserva nelle case di cura private provvisoriamente accreditate;

- che, le strutture pubbliche sono tenute, a conseguire l'obiettivo di risparmio di cui alla precedente allegata tabella n. 4, attraverso:

a) riduzione dei consumi intermedi riferiti alla produzione delle attività in questione in misura non inferiore al 10% rispetto alla corrispondente spesa consuntivata per l'anno 2001

b) razionalizzazione dell'organizzazione aziendale tesa a perseguire maggiore economicità delle risorse, anche mediante riconversione e/o accentramento di funzioni;

c) piena attuazione delle delibere di Giunta Regionale n. 6490 del 30/11/2001 e nn. 4845 e 4847 del 25/10/2002 in materia di assistenza ospedaliera in regime di Day Surgery e di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni sanitarie di cui agli allegati 2B e 2C del DPCM 29/11/1991.

VISTE

- le allegate tabelle n. 5 e 6, con le quali si provvede al riparto tra Aziende Sanitarie dei limiti di spesa e degli obiettivi di risparmio definiti, sul complessivo regionale, nelle tabelle n. 3 e 4, per l'erogazione dei volumi di prestazioni da assicurare per l'anno 2003 nella misura prevista dai piani annuali aziendali, riportati nella tabella n. 1,

PRECISATO

- che tale riparto, per quanto attiene alle prestazioni delle strutture private provvisoriamente accreditate, tiene conto, per singola azienda sanitaria locale, dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa delle prestazioni stesse da erogare ai propri residenti, compresa, quindi, la quota di prestazioni erogate da strutture ubicate in altre aziende della Regione.

RITENUTO di dover stabilire:

- che le Aziende Sanitarie Locali entro un mese dalla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.C., sulla base dei volumi e dei correlati livelli di spesa, come innanzi definiti, per le prestazioni erogate dalle strutture private temporaneamente accreditate, individueranno i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse e definiranno accordi con le associazioni di categoria e con le singole strutture private temporaneamente accreditate sulla base degli schemi tipo allegati A/1, A/2, A/3 della presente deliberazione per formarne parte integrante e sostanziale;

- che nella definizione di tali protocolli d'intesa le Aziende Sanitarie Locali terranno conto delle seguenti circostanze costituenti precisi vincoli per la propria azione:

a) che il fabbisogno di prestazioni per ciascuna macroarea ed il correlato limite di spesa, comprensivo di quelli da erogarsi ai propri residenti da parte di strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre Aziende Sanitarie Locali della Campania, rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del S.S.R. e, quindi, il limite massimo di spesa oltre il quale cessa la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale;

b) che la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della presente deliberazione e degli schemi di accordi preliminare tipo allegati alla deliberazione stessa;

c) che le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare erogate sia ai propri residenti che al non residenti, eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con la delibera della Giunta Regionale n. 1270/2003 e con la circolare esplicativa n. 0124503 del 23/04/2003, nonché con la delibera di Giunta Regionale n. 1272/2003, non potranno in alcun caso essere remunerate;

d) che la remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatori tariffari - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari - che saranno riconosciute per tutte le strutture per intero per una prima quota, da definirsi in sede di accordi preliminari tra Aziende Sanitarie Locali e Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, mentre per le ulteriori prestazioni si applicheranno le regressioni tariffarie utili a garantire il rispetto dei limiti annui di fatturato di ciascuna struttura, definiti con le modalità previste dal più volte citati accordi quadro con la precisazione che la determinazione delle modalità di regressione tariffaria sarà affidata ad un tavolo tecnico, da costituire presso ciascuna Azienda Sanitaria, che, sulla base del monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate a favore dei propri residenti da parte delle strutture private provvisoriamente accreditate ubicate sia nell'Azienda che in altre Aziende sanitarie della Regione, individuerà le regressioni utili al rispetto dei limiti di spesa;

e) che, in particolare, per i centri di diabetologia le modalità di determinazione dei limiti di fatturato, del relativo case mix e di remunerazione delle prestazioni dovranno tenere conto del peculiare regime previsto per tali strutture dalla delibera di Giunta Regionale n. 4989 del 26.6.1997;

f) che le prestazioni di ricovero di maggiore complessità e causa anche di mobilità passiva extraregionale, di cui all'allegata tabella B non sono sottoposte ai limiti di spesa previsti per l'attività di assistenza ospedaliera in regime di ricovero, così come non sono sottoposte ai limiti di spesa le prestazioni effettuate in emergenza-urgenza delle strutture attualmente inserite nella rete del SIRES;

g) che le prestazioni rese ai cittadini residenti in altre Regioni, non sono sottoposte a limiti di volumi erogabili, né di spesa, fatta eccezione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare che eccedano le capacità operative massime delle singole strutture, riconosciute con le modalità e le procedure definite con la delibera di Giunta Regionale n. 1270/2003 ed esplicitate con la circolare esplicativa dell'Assessore alla Sanità n. 0124503 del 23/04/2003, nonché con la delibera di Giunta Regionale n. 1272/2003,

RITENUTO, altresì, di dover stabilire:

- che i protocolli d'intesa da stipularsi tra Azienda Sanitaria Locale e Associazioni di categoria di settore maggiormente rappresentative, secondo gli schemi allegati alla presente deliberazione, dovranno

trovare applicazione a decorrere dall'1/1/2003 e fino al 31/12/2003 e sostituiranno i precedenti accordi intervenuti tra le parti firmatarie;

- che analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati tra le Aziende Sanitarie Locali e le singole strutture. in applicazione degli accordi quadro;

- che il termine del 15 maggio 2003, di cui al punto 5) della delibera della G.R. n. 1272/2003, già esteso fino al 30 giugno 2003 dalla delibera di G.R. n. 2012 del 30/5/03, è ulteriormente esteso ad un mese dalla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.C.,

- conseguentemente, fino all'applicazione del presente provvedimento, i limiti di spesa per le prestazioni in regime di accreditamento provvisorio, di cui al punto 3 della delibera della G.R. n. 2012/2003, sono fissati in misura non superiore al dodicesimi di quanto definito dalla Regione e rendicontato dalle Aziende Sanitarie Locali per il 2002, fermo restando che le prestazioni erogate dal 1 gennaio 2003, comunque, rientreranno per intero nell'applicazione dei limiti di spesa stabiliti dal presente provvedimento;

- che le Aziende Sanitarie locali sono tenute a potenziare e dotare di adeguati strumenti le strutture deputate ai controlli esterni rivolti a verificare la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni rese,

- che le strutture private temporaneamente accreditate sono tenute a fornire all'Azienda di appartenenza tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati, entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni (il giorno 20 del mese successivo per le sole strutture di riabilitazione), onde consentire al tavolo tecnico come innanzi istituito presso la propria azienda, di effettuare il monitoraggio dei dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate sia ai propri cittadini che ai cittadini non residenti;

- che eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione di cui al successivo capoverso;

- che le Aziende dovranno corrispondere alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscriveranno il contratto, un'anticipazione dell'importo fatturato in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 80%, entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione con conguaglio quadrimestrale, alla verifica delle notule;

SENTITE le OO.SS. e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative della sanità privata;

Propone e la Giunta in conformità, a voti unanimi

DELIBERA

Per tutto quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato ed approvato

1) di fissare per le macroaree di assistenza specialistica ambulatoriale, di assistenza riabilitativa, di assistenza protesica, di assistenza integrativa e di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, stanti i volumi che le strutture private provvisoriamente accreditate dovranno assicurare, secondo quanto programmato dai piani annuali delle prestazioni dalle Aziende Sanitarie locali, i limiti massimi di spesa per le strutture stesse, nella misura riportata nella tabella n. 3, allegata alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale,

2) di precisare che il fabbisogno di prestazioni per ciascuna macroarea ed il correlato limite di spesa, comprensivo di quelli da erogarsi ai propri residenti da parte di strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre Aziende Sanitarie Locali della Campania, rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del S.S.R. e, quindi, il limite massimo di spesa oltre il quale cessa la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale;

3) di fissare per le strutture pubbliche delle Aziende Sanitarie locali e per le Aziende Ospedaliere, a fronte dei volumi di prestazioni che si sono impegnate ad assicurare, desunti dai citati piani annuali aziendali, gli obiettivi di risparmio nella misura riportata nella tabella n. 4, allegata alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale

4) di ripartire tra le Aziende Sanitarie locali i limiti di spesa fissati, a livello regionale, per le macroaree di attività delle strutture private provvisoriamente accreditate nella tabella n. 3, secondo quanto riportato nella tabella n. 5, allegata alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale.

5) di precisare che tale riparto tiene conto per singola azienda dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa delle prestazioni di che trattasi da erogare al propri residenti, compresa, quindi, la quota di prestazioni erogate da strutture ubicate in altre aziende della Regione.

6) di ripartire tra le Aziende Sanitarie locali e le Aziende Ospedaliere gli obiettivi di risparmio fissati, a livello regionale, nella tabella n. 4, nelle misure riportate nella tabella n. 6, allegata alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale.

7) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali entro 30 giorni dalla pubblicazione della presente sul B.U.R.C., sulla base dei volumi e dei correlati livelli di spesa, come innanzi definiti, per le prestazioni erogate dalle strutture private temporaneamente accreditate, individueranno i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse e definiranno accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati sulla base degli scherni tipo allegati sub lettera a) alla presente deliberazione, per formarne, parte integrante e sostanziale.

8) di stabilire che nella definizione di tali protocolli d'intesa le AA.SS.LL. terranno conto dei seguenti vincoli:

a) che il fabbisogno di prestazioni per ciascuna macroarea ed il correlato limite di spesa, comprensivo di quelli da erogarsi ai propri residenti da parte di strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre ASL della Campania, rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del S.S.R. e, quindi, il limite massimo di spesa oltre il quale cessa la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale,

b) che la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della presente deliberazione e degli schemi di accordi preliminare tipo allegati alla deliberazione stessa;

c) che le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare erogate sia ai propri residenti che ai non residenti, eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con la delibera della Giunta Regionale n. 1270/2003 e con la circolare esplicativa n. 0124503 del 23/04/2003, non potranno in alcun caso essere remunerate, nonché con la delibera di Giunta Regionale n. 1272/2003;

d) che la remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dai vigenti nomenclatori tariffari che saranno riconosciute per tutte le strutture per intero per una prima quota, da definirsi in sede di accordi preliminari tra Aziende Sanitarie Locali e Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per le ulteriori prestazioni si applicheranno le regressioni tariffarie utili a garantire il rispetto dei limiti annui di fatturato di ciascuna struttura, definiti con le modalità previste dal più volte citati accordi quadro; la determinazione delle modalità di regressione tariffaria sarà affidata ad un tavolo tecnico, da costituire presso ciascuna Azienda Sanitaria, che, sulla base del monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate a favore dei propri residenti da parte delle strutture private provvisoriamente accreditate ubicate sia nell'Azienda che in altre Aziende sanitarie della Regione, individuerà le regressioni utili al rispetto dei limiti di spesa,

e) che, in particolare, per i centri di diabetologia le modalità di determinazione dei limiti di fatturato, del relativo case mix e di remunerazione delle prestazioni dovranno tenere conto del peculiare regime previsto per tali strutture dalla delibera di Giunta Regionale n. 4989 del 26.6.1997;

f) che le prestazioni di ricovero di maggiore complessità e causa anche di mobilità passiva extraregionale, di cui all'allegata tabella B non sono sottoposte ai limiti di spesa previsti per l'attività di assistenza ospedaliera in regime di ricovero, così come non sono sottoposte ai limiti di spesa le prestazioni effettuate in emergenza-urgenza dalle strutture attualmente inserite nella rete del SIRES;

g) che le prestazioni rese ai cittadini residenti in altre Regioni, non sono sottoposte a limiti di volumi erogabili, né di spesa, fatta eccezione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare che eccedano le capacità operative massime delle singole strutture, riconosciute con le modalità e le procedure definite con la delibera di Giunta Regionale n. 1270/2003 e con la circolare esplicativa n. 0124503 del 23/04/2003, nonché con la delibera di Giunta Regionale n. 1272/20032;

9) di stabilire che i protocolli d'intesa da stipularsi tra ASL e Associazioni di categoria di settore maggiormente rappresentative, secondo gli schemi allegati alla presente deliberazione, dovranno trovare applicazione a decorrere dall'1/1/2003 e fino al 31/12/2003 e sostituiranno i precedenti accordi intervenuti tra le parti firmatarie;

10) di stabilire che analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati tra le AA.SS.LL. e le singole strutture, in applicazione dei richiamati protocolli d'intesa;

11) che il termine del 15 maggio 2003, di cui al punto 5) della delibera della G.R. n. 1272/2003, già esteso fino al 30 giugno 2003 dalla delibera di G.R. n. 2012 del 30/5/03, è ulteriormente esteso ad un mese dalla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.C.;

12) conseguentemente, fino all'applicazione del presente provvedimento, i limiti di spesa per le prestazioni in regime di accreditamento provvisorio, di cui al punto 3 della delibera della G.R. n. 2012/2003, sono fissati in misura non superiore ai dodicesimi di quanto definito dalla Regione e rendicontato dalle Aziende Sanitarie Locali per il 2002, fermo restando che le prestazioni erogate dal 1 gennaio 2003, comunque, rientreranno per intero nell'applicazione dei limiti di spesa stabiliti dal presente provvedimento;

13) di stabilire che le Aziende Sanitarie locali sono tenute a potenziare e dotare di adeguati strumenti le strutture deputate ai controlli esterni rivolti a verificare la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni rese;

14) di stabilire che le strutture private temporaneamente accreditate sono tenute a fornire all'Azienda di appartenenza tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo (il giorno 20 del mese successivo per le sole strutture di riabilitazione) all'erogazione delle prestazioni, onde consentire al tavolo tecnico come innanzi istituito presso la propria Azienda di effettuare il monitoraggio dei dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate sia ai propri cittadini che ai cittadini non residenti,

15) di stabilire che eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione di cui al successivo punto;

16) di stabilire che le Aziende dovranno corrispondere alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscriveranno il contratto, un'anticipazione dell'importo fatturato in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 80% entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione con conguaglio quadrimestrale, alla verifica delle quote;

17) di precisare che le misure contenute nei precedenti punti costituiscono obiettivi prioritari per i direttori generali, il cui raggiungimento costituirà elemento di valutazione dei risultati di gestione dei direttori medesimi;

18) di riservarsi di procedere, con ulteriori provvedimenti, all'individuazione di meccanismi premianti, sia per le strutture pubbliche che per quelle private temporaneamente accreditate l'eventuale recupero finanziario della mobilità passiva extraregionale registratosi nell'anno precedente;

19) di trasmettere il presente provvedimento alle Aree Generali di Coordinamento Piano Sanitario Regionale e Assistenza Sanitaria.

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Valiante

AZIENDE SANITARIE LOCALI e AZIENDE OSPEDALIERE Modello Q03 Volumi di Attività per Macroarea		A Residenti				A NON residenti (della Regione)		Totale colonne 2 + 3b
		1	2	3		6	7	
		Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	Erogate da altre Aziende Sanitarie della Regione		Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	
				3a	3b			
		Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.					
Assistenza specialistica ambulatoriale	TOTALE ASL	17.236.393	39.305.201	617.098	4.824.474	432.198	6.106.828	44.129.675
Assistenza riabilitativa ambulatoriale, domiciliare e FKT	TOTALE ASL	730.106	17.401.016	0	2.996.308	1.295	2.031.976	20.397.324
Assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	TOTALE ASL	19.900	1.112.134	0	188.111	19.800	337.011	1.300.245
Assistenza ospedaliera	TOTALE ASL	337.385	207.252	338.238	135.393	92.793	134.726	342.645
Assistenza specialistica ambulatoriale	TOTALE AO	0	0	0	0	1.759.048	0	0
Assistenza ospedaliera	TOTALE AO	0	0	0	0	336.418	0	0

TABELLA 2

AZIENDE SANITARIE LOCALI e AZIENDE OSPEDALIERE Modello CO3		A Residenti				A NON residenti (della Regione)		Totale colonne 2 + 3b
		1	2	3		6	7	
		Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	Erogate da altre Aziende Sanitarie della Regione		Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	
				3a	3b			
		Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.					
Assistenza specialistica ambulatoriale	TOTALE ASL	261.912	375.762	8.301	66.765	4.850	71.069	442.527
Assistenza riabilitativa ambulatoriale, domiciliare e FKT, riabilitativa residenziale e semiresidenziale	TOTALE ASL	30.027	369.899	3.002	67.750	123	77.858	437.649
Assistenza ospedaliera	TOTALE ASL	1.189.407	351.246	500.675	229.443	215.721	265.763	580.689
Assistenza protesica	TOTALE ASL	1.585	42.646	0	0	0	0	42.646
Assistenza integrativa	TOTALE ASL	11.647	47.833	0	0	0	57	47.890
Assistenza ospedaliera	TOTALE AO	0	0	0	0	987.555	0	0
Costi espressi in euro x 1000								

ASL : Strutture Private provvisoriamente accreditate		Limiti
massimi di spesa per Macroarea		
	Piano delle Prestazioni anno 2003 Modello C03 Costo della Produzione	Limiti di spesa Anno 2003
Assistenza specialistica ambulatoriale	€ 442.527	€ 387.986
Assistenza riabilitativa ambulatoriale, domiciliare, FKT, residenziale e semiresidenziale	€ 437.649	€ 367.936
Assistenza ospedaliera	€ 580.689	€ 580.689
Assistenza protesica	€ 42.646	€ 42.646
Assistenza integrativa	€ 47.890	€ 47.890
TOTALE	€ 1.551.401	€ 1.427.146
Costi espressi in euro x 1000		

AZIENDE SANITARIE LOCALI e AZIENDE OSPEDALIERE Obiettivi di risparmio per Macroarea anno 2003		
Assistenza specialistica ambulatoriale	TOTALE ASL	13.537
Assistenza riabilitativa ambulatoriale, domiciliare, FKT, residenziale e semiresidenziale	TOTALE ASL	1.655
Assistenza ospedaliera	TOTALE ASL	59.588
Assistenza ospedaliera	TOTALE AO	49.475
TOTALE		124.255
Costi espressi in euro x 1000		

ASL : Strutture private provvisoriamente accreditate: Limiti massimi di spesa anno 2003													
Assistenza specialistica ambulatoriale													
ASL AV1	ASL AV2	ASL BN1	ASL CE1	ASL CE2	ASL NA1	ASL NA2	ASL NA3	ASL NA4	ASL NA5	ASL SA1	ASL SA2	ASL SA3	TOTALE
4.183	13.242	15.593	26.371	43.086	85.166	31.800	25.459	35.922	51.935	24.351	19.126	11.752	387.986
Assistenza riabilitativa ambulatoriale, domiciliare, FKT, residenziale e semiresidenziale													
6.088	18.941	13.920	21.956	28.853	71.039	33.142	24.143	38.569	44.407	28.406	30.497	7.975	367.936
Assistenza ospedaliera													
10.120	31.358	54.307	37.740	43.862	101.908	37.981	24.514	68.701	84.037	20.591	38.333	27.237	580.689
Assistenza protesica													
-	2.563	2.685	5.411	2.048	9.086	4.600	7.480	640	4.608	1.925	1.600	-	42.646
Assistenza integrativa													
1.412	-	2.524	2.402	7.783	11.159	-	843	4.692	8.087	2.430	6.230	328	47.890
TOTALI ASL													
21.803	66.104	89.029	93.880	125.632	278.358	107.523	82.439	148.524	193.074	77.703	95.786	47.292	1.427.147
Costi espressi in euro x 1000													

AZIENDE SANITARIE LOCALI e AZIENDE OSPEDALIERE Obiettivi di risparmio per Macroarea anno 2003														
Assistenza specialistica ambulatoriale														
ASL AV1	ASL AV2	ASL BN1	ASL CE1	ASL CE2	ASL NA1	ASL NA2	ASL NA3	ASL NA4	ASL NA5	ASL SA1	ASL SA2	ASL SA3	TOTALE	
350	308	1.122	1.049	601	2.535	593	651	942	2.239	1.257	1.181	708	13.537	
Assistenza riabilitativa ambulatoriale, domiciliare, FKT, residenziale e semiresidenziale														
-	101	126	384	107	193	35	-	3	276	167	117	144	1.655	
Assistenza ospedaliera ASL														
2.580	1.626	994	3.852	4.816	15.494	4.041	1.797	3.537	7.103	5.283	4.082	4.382	59.588	
TOTALI ASL														
2.930	2.035	2.243	5.286	5.525	18.222	4.669	2.448	4.482	9.619	6.707	5.380	5.234	74.780	
Assistenza ospedaliera AO														
AO CARDARELLI	AO CASERTA	AO COTUGNO	AO MONALDI	AO MOSCATI	AO S. D. DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	AO RUMMO	AO SANTOBONO-PAUSILIPON						TOTALE	
13.577	5.700	2.555	6.873	5.406	7.214	3.926	4.224						49.475	
													TOTALE GENERALE	124.255
Costi espressi in euro x 1000														

DRG	descrizione	Tipo DRG
4	Interventi sul midollo spinale e sul canale midollare	C
7	Interventi sui nervi cranici e periferici ed altri interventi SN con CC	C
75	Interventi maggiori sul torace	C
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	C
105	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	C
106	By-pass coronarico con cateterismo cardiaco	C
107	By-pass coronarico senza cateterismo cardiaco	C
110	Interventi maggiori cardiovascolari, con CC	C
112	Procedure cardiovascolari per via percutanea	C
115	Impianto di pace-maker permanente con IMA, scompenso cardiaco o shock	C
146	Resezione del retto, con CC	C
148	Interventi maggiori sull'intestino tenue e crasso, con CC	C
154	Interventi sull'esofago, stomaco e duodeno, con CC, età > 17	C
191	Interventi maggiori su pancreas, fegato e interventi di shunt, con CC	C
192	Interventi maggiori su pancreas, fegato e interventi di shunt, senza CC	C
199	Procedure diagnostiche epatobiliari per tumore maligno	C
201	Altri interventi chirurgici epatobiliari e su pancreas	C
209	Interventi maggiori sulle articolazioni e sugli arti	C
286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	C
303	Interventi su rene, uretere, e interventi maggiori su vescica per tumori	C
357	Interventi su utero ed annessi per tumore maligno dell'ovaio o degli annessi	C
400	Linfoma e leucemia con interventi maggiori	C
401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi, con CC	C
406	Mal. Mieloprolif. o neoplasie scars. diff., con interventi chir. maggiori, con CC	C
471	Interventi chirurgici bilaterali o multipli delle artic maggiori arti inferiori	C