

Delibera n° 6216 del 23.11.2001

**OGGETTO:** Determinazione del piano annuale dei volumi delle prestazioni in regime di accreditamento provvisorio e correlati limiti di spesa sostenibili in ragione d'anno per il 2001 e 2002

**PREMESSO:**

- che l'entrata in vigore del D.L.vo 506/2000 sul federalismo fiscale le norme prevedono che i maggiori oneri necessari per garantire la tutela della salute a livello regionale debbano essere reperiti esclusivamente con l'aumento delle aliquote dei tributi locali a cui assoggettare la popolazione campana;
- che, in caso di eventuali disavanzi l'art. 83, comma 4, della Legge 388/2000, prevede che le Regioni debbano comunque determinare le variazioni in aumento di una o più aliquote dei tributi medesimi in misura tale che l'incremento di gettito copra integralmente il predetto disavanzo;

**RITENUTO** di porre in atto tutte le misure necessarie ad evitare l'aumento dell'imposizione fiscale;

**VISTA** la DGRC n. 3513 del 20.7.2001, avente ad oggetto "Provvedimenti urgenti per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e per il contenimento della spesa regionale" con la quale si evidenzia come l'andamento attuale della spesa sanitaria sia incompatibile con l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario del sistema e si renda pertanto necessario procedere, parallelamente alla sollecitazione di un intervento statale per il finanziamento delle spese indotte da decisioni di livello nazionale e per l'adozione di nuovi e diversi criteri di riparto del FSN, ad interventi regionali di ottimizzazione delle risorse e razionalizzazione dei servizi in grado di produrre un risparmio netto per il sistema;

**CONSIDERATO** che la citata DGRC n. 3513/01 prevede che con appositi atti si dettino indirizzi alle aziende sanitarie per la predisposizione di uno specifico programma aziendale di organizzazione e razionalizzazione dei servizi finalizzato ad ottimizzare l'impiego delle risorse, con l'obiettivo di un risparmio che consenta di coprire lo squilibrio tendenziale di bilancio.

**RICHIAMATA** la necessità che l'obiettivo di risparmio vada conseguito garantendo comunque i livelli di assistenza assicurata e in coerenza con il conseguimento degli obiettivi della programmazione regionale nell'ambito delle risorse disponibili;

**CONSIDERATO:**

- che per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nell'ambito delle compatibilità finanziarie definite ai sensi dell'art. 1, comma 2 e 3 del novellato D.L.vo 502/92, è necessario individuare volumi e tipologia delle attività per i singoli livelli di assistenza con i correlati limiti di spesa;
- che al fine di disincentivare un consumismo di prestazioni inappropriate prodotte dai vari soggetti erogatori è necessario determinare volumi di attività per ogni singola struttura o per gruppi di erogatori individuando quantità e tipologia di prestazioni erogabili ed i relativi standards con i correlati tetti di spesa ;

**VISTO** l'ordine del giorno del Consiglio Regionale della Campania del 5 marzo 2001 pubblicato sul BURC n. 14 del 12.3.2001 con cui lo stesso impegna la Giunta Regionale ad osservare una serie di indirizzi generali in materia sanitaria, tra cui quello di "Determinare da parte di ogni singola ASL l'ammontare massimo della spesa imputabile ad ogni singola struttura esterna convenzionata individuando la quantità e la tipologia delle prestazioni";

**RITENUTO** necessario al fine di rispettare il patto di stabilità di cui all'art. 1 del DL n. 347, convertito nella L. 405/01 fissare, un limite massimo annuale di spesa sostenibile, compatibile con il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, per le prestazioni specialistiche, riabilitative, integrative ed ospedaliere in accreditamento provvisorio;

**TENUTO CONTO:**

- che per evidenziare l'andamento a consuntivo della spesa negli anni 1999 e 2000, al fine di comprendere il tendenziale trend di aumento per i vari aggregati di spesa, è stato necessario utilizzare un procedimento di costruzione di tali aggregati il più possibile omogenei ai diversi sistemi contabili utilizzati nei due casi di riferimento essendo, nel 1999, attivata la contabilità finanziaria con la rilevazione delle spese, tramite il modello RND-01, e nel 2000, invece, utilizzata la contabilità economica con la rilevazione dei costi, tramite il modello CE-01 armonizzando gli aggregati di spesa e costo alle due metodologie espositive contabili al fine di rendere il più possibile omogeneo ogni campione di confronto, facendo riferimento ai flussi informativi utilizzati dal Ministero della Salute;

**CONSIDERATO** che dall'esame dei bilanci consuntivi delle AA.SS.LL. degli anni 2000 e 1999 e dai flussi informativi sopra citati, si è evidenziato un notevole aumento dei volumi delle prestazioni sanitarie, e dei relativi costi, fornite dagli erogatori provvisoriamente accreditati, secondo quanto descritto nella successiva tabella 1;

**CONSIDERATO** che a fronte di tali aumenti si è riscontrata mediamente una diminuzione delle prestazioni fornite dalle strutture pubbliche, come risulta dall'analisi comparata degli allegati 1, 2 e 3

**Tabella1**

Colonna A	Colonna B	Colonna C	Colonna D	Colonna E
Assistenza c/o accreditati	Spesa 2000 (in mld)	Spesa 1999 (in mld)	Differenza (Valori assoluti)	Differenza (Valori percentuali)
Assistenza specialistica	764,778	565,84	+ 198,938	+ 35,1%
Assistenza riabilitativa	766,003	469,224	+ 296,779	+ 63,2%
Assistenza integrativa	338,085	62,35	+ 275,735	+ 442,2%
Assistenza ospedaliera	1192,278	1006,064	+ 186,214	+ 18,5%
Totale	3061,144	2103,478	+ 957,666	+ 45,5%

**RITENUTO** necessario riportare ad un trend compatibile con le risorse disponibili i volumi di attività delle prestazioni sanitarie erogate dai soggetti provvisoriamente accreditati, aumentando contestualmente la produttività dei presidi direttamente gestiti dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO. al fine di mantenere i livelli assistenziali erogati, agendo anche sul controllo delle prestazioni inappropiate;

**RITENUTO** che, in attesa dell'approvazione del Piano Sanitario Regionale, attualmente all'esame del Consiglio Regionale, dal quale si dovranno pienamente desumere le priorità programmatiche di cui al comma 1, lettera b) dell'art. 8 quinquies del novellato D.L.vo 502/92, si debbano intanto emanare alcune prime linee di programmazione che, ai sensi della lettera d) del comma 1 del medesimo articolo, individuino dei criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture che abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti la compatibilità economica necessaria a mantenere il patto di stabilità di cui all'art. 1 del D.L. 347/01 convertito nella L. 405/01 e che introducano il principio della corresponsabilizzazione dei principali soggetti erogatori, così come previsto dall'art. 4, comma 3, della citata legge;

**VISTO** l'art. 32, comma 8, della L. 449/97 la quale prevede che le Regioni individuino preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi di spesa sostenibile;

**TENUTO CONTO** che la media dei volumi di attività erogati dai soggetti provvisoriamente accreditati negli anni 1999 e 2000, integrata di una quota complessiva pari a £.171,176 mld, rappresenta il tetto economico in ragione d'anno per gli anni 2001 e 2002, come risulta dalla seguente Tabella 2, e un punto di equilibrio compatibile tra le esigenze di garantire un numero di prestazioni e un volume di attività idonee alle esigenze di assistenza sanitaria, oltre quelle fornite dalle strutture e dai soggetti direttamente gestiti dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO., con le risorse economiche disponibili ai fini del rispetto del patto di stabilità di cui all'art.1 del DL 347/01 convertito nella L. 405/01;

**Tabella 2**

Colonna A	Colonna B	Colonna C	Colonna D	Colonna E
Assistenza c/o accreditati	Spesa media 1999/2000 (in mld)	Spesa 2000 (in mld)	Tetto in ragione d'anno 2001 e 2002 (in mld e Euro)	Differenza tra spesa 2000 assoluta in mld e (%) e tetto (C-D)
Assistenza specialistica	665,309	764,778	718,892 €371276733,10	- 45,886 (- 6%)
Assistenza riabilitativa	617,613	766,003	681,743 €352090875,76	-84,26 (-11%)
Assistenza integrativa	200,217	338,085	200,217 €103403450,97	-137,868 (-40,8%)
Assistenza ospedaliera	1099,171	1192,278	1152,035 €584972137,15	-39,643 (-3,5%)
Totale	2582,311	3061,144	2753,487 €1411743196,97	-307,657 (- 10,05%)

**CONSIDERATO** che la previsione del tetto di 2753,487 mld di cui sopra costituisce il limite finanziario attinente al volume delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa, integrativa ed ospedaliera che il Servizio Sanitario Regionale programma di acquistare, nell'anno di riferimento, dai soggetti privati provvisoriamente accreditati;

**CONSIDERATO** che nell'ambito del tetto economico di cui sopra il volume delle prestazioni di ricovero e cura, specialistiche ambulatoriali, di riabilitazione, integrative, fatte salve quelle erogate dalla rete dell'emergenza ospedaliera e territoriale erogabili dai soggetti privati provvisoriamente accreditati in ragione di anno per il biennio 2001-2002, è pari per ogni gruppo di erogatori di assistenza di cui alla colonna A della tabella 2, alla media del numero delle prestazioni, per ogni funzione indicata prodotta nell'anno 2000 (colonna C), diminuita della rispettiva percentuale di cui alla colonna E della tabella 2, secondo il tetto indicato nella colonna D della medesima tabella;

**PRESO ATTO** che il tetto di spesa regionale e dei volumi di attività di cui sopra determinano conseguentemente un obiettivo di razionalizzazione e di riduzione proporzionale di spesa per i Direttori Generali delle AA.SS.LL. per le funzioni di assistenza sopra indicate;

**TENUTO CONTO** che nell'ambito del limite massimo complessivo di spesa sostenibile per ciascuna AA.SS.LL., derivato dall'abbattimento del 10,05% della spesa storica 2000 per le funzioni sopra indicate, di cui all'allegato 1, i direttori generali individuano, in base al fabbisogno di prestazioni sanitarie del territorio di competenza, in linea con gli obiettivi programmatici loro affidati dalla Giunta Regionale, le tipologie e i volumi di prestazioni sanitarie che possono essere erogate dalle strutture e dai soggetti privati provvisoriamente accreditati, stipulando apposti accordi contrattuali ai sensi dell'art. 8-quinquies del novellato D.Lgs 502/92, nell'ambito di tetti economici e volumi di attività per singola specialità e/o disciplina o funzione da calcolare, nell'ambito della riduzione complessiva prevista, abbattendo lo storico prodotto nell'anno 2000 in modo proporzionale alla percentuale di incremento di fatturato registrato tra l'anno 1999 e 2000;

**RITENUTO** che entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURC i DD.GG. delle Aziende Sanitarie debbano, seguendo le indicazioni di cui ai successivi punti:

- provvedere in coerenza con quanto sopra alla determinazione dei volumi annuali di prestazioni per singole funzioni in rapporto alle caratteristiche della popolazione, alle risorse esistenti e quelle da mobilitare, definendo con le associazioni di categoria interessate maggiormente rappresentative, le tariffe, in una banda di oscillazione definita, sulla base dei volumi concordati;
- in sede di contrattazione dei volumi annuali di prestazioni con le associazioni di categoria interessate maggiormente rappresentative, assegnare a ciascun soggetto, in rapporto alle risorse umane e tecnologiche possedute e alla complessità organizzativa, il *case mix* e la relativa *mission* alla struttura, anche tenendo conto:
  - a. per i soggetti privati della percentuale di incremento di quanto prodotto e fatturato tra l'anno 1999 e 2000;
  - b. per i soggetti pubblici della necessità di ottimizzare e razionalizzare le risorse nel senso o di un aumento produttivo o di una riconversione o accentrimento di funzioni;
- provvedere per le strutture di ricovero:
  - 1) ad assegnare ad ogni soggetto erogatore privato provvisoriamente accreditato, nell'ambito della *mission e del case mix individuati*, il volume annuale massimo delle prestazioni erogabili, definendo con lo stesso sulla base dei volumi concordati con le associazioni di categoria interessate maggiormente rappresentative, le regressioni tariffarie e le modalità dei compensi per i volumi eventualmente eccedenti quelli concordati;
  - 2) ad assegnare ad ogni soggetto erogatore pubblico, in rapporto alla capacità operativa della struttura, e le risorse inerenti la dotazione organica e le caratteristiche qualitative e quantitative delle apparecchiature, gli obiettivi di produttività, calcolati in prestazioni in base ai tariffari vigenti, che non possono essere inferiori in termini di fatturato, per il 2001, al 60% delle risorse assegnate, all'80% per il 2002 e al 100% per il 2003. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi il DG provvede alla rideterminazione delle risorse, sulla base della effettiva produttività realizzata procedendo al concentramento e all'unificazione di funzioni e a riallocare le risorse eccedenti a funzioni carenti, previa concertazione con le OO.SS. maggiormente rappresentative;
  - 3) ad organizzare la verifica dell'andamento, per ogni soggetto erogatore, dell'attività su confronto di medie trimestrali, in modo da consentire rientri in corso d'opera.

**RITENUTO:**

- che negli accordi contrattuali di cui sopra i DDGG delle AA.SS.LL. debbano prevedere un pagamento mensile delle strutture accreditate, in ragione di una percentuale non inferiore al 50% e non superiore all'80%, con conguaglio successivo alla verifica delle notule;
- che negli accordi contrattuali di cui sopra i Direttori Generali delle AA.SS.LL. debbano stabilire, in ogni caso, che qualora dal monitoraggio trimestrale della spesa emerga un tendenziale superamento del tetto stabilito, si applichino regressioni percentuali tariffarie ulteriori rispetto a quelle concordate su base annue utili a ricondurre la spesa nell'ambito di quanto preventivato;
- che in ogni caso al superamento del tetto di spesa assegnato negli accordi contrattuali al singolo professionista o alla singola struttura provvisoriamente accreditati, cessa il rapporto contrattuale ai fini della remunerazione da parte del Servizio Sanitario Regionale delle eventuali prestazioni erogate;

**VISTI:**

- il D.L.vo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
- il D.L.vo 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Legge 724/94;
- la Legge 549/95;
- la Legge 662/96;
- la Legge 449/97;
- il D.L.vo 56/2000;
- la DGRC n. 3513/01;
- il DL 347/01 convertito nella L. 405/01;

**SENTITE** le Associazioni di Categorie interessate e avendo recepito parte delle proposte dalle stesse formulate;

**PROPONE** e la Giunta, in conformità, a voto unanime

## D E L I B E R A

- Per le motivazioni di cui in premessa, che fanno parte integrante della presente deliberazione:
- 1) di individuare la media dei volumi di attività erogati dai soggetti provvisoriamente accreditati negli anni 1999 e 2000, integrata di una quota complessiva pari a 171,176 mld, come tetto economico in ragione d'anno per gli anni 2001 e 2002, come risulta dalla tabella 2 inserita in narrativa, e come indirizzo di programmazione compatibile tra le esigenze di garantire un numero di prestazioni e un volume di attività idonee alle esigenze di assistenza sanitaria, oltre quelle fornite dalle strutture e dai soggetti direttamente gestiti dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO., , con le risorse economiche disponibili;
  - 2) di prevedere il tetto di 2753,687 mld come limite finanziario attinente al volume delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa, integrativa ed ospedaliera che il Servizio Sanitario Regionale si impegna ad acquistare, in ragione d'anno per il 2001 e 2002, dai soggetti privati provvisoriamente accreditati;
  - 3) di prevedere che il tetto di spesa regionale di cui sopra determina conseguentemente un obiettivo di razionalizzazione e di riduzione proporzionale di spesa per i Direttori Generali delle AA.SS.LL. per le funzioni di assistenza sopra indicate;
  - 4) che nell'ambito del limite massimo complessivo di spesa sostenibile per ciascuna AA.SS.LL., derivato dall'abbattimento del 10,05% della spesa storica 2000 per le funzioni sopra indicate, di cui all'allegato 1, i direttori generali individuano, in base al fabbisogno di prestazioni sanitarie del territorio di competenza, in linea con gli obiettivi programmatici loro affidati dalla Giunta Regionale, le tipologie e i volumi di prestazioni sanitarie che possono essere erogate dalle strutture e dai soggetti privati provvisoriamente accreditati, stipulando apposti accordi contrattuali ai sensi dell'art. 8-quinquies del novellato D.Lgs 502/92, nell'ambito di tetti economici e volumi di attività per singola specialità e/o disciplina o funzione da calcolare, nell'ambito della riduzione complessiva prevista, abbattendo lo storico prodotto nell'anno 2000 in modo proporzionale alla percentuale di incremento di fatturato registrato tra l'anno 1999 e 2000;
  - 5) che entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURC i DD.GG. delle Aziende Sanitarie:
    - provvedere in coerenza con quanto sopra alla determinazione dei volumi annuali di prestazioni per singole funzioni in rapporto alle caratteristiche della popolazione, alle risorse esistenti e quelle da mobilitare, definendo con le associazioni di categoria interessate maggiormente rappresentative, le tariffe, in una banda di oscillazione definita, sulla base dei volumi concordati;
    - in sede di contrattazione dei volumi annuali di prestazioni con le associazioni di categoria interessate maggiormente rappresentative, assegnare a ciascun soggetto, in rapporto alle risorse umane e tecnologiche possedute e alla complessità organizzativa, il *case mix* e la relativa *mission* alla struttura, anche tenendo conto:
      - a. per i soggetti privati della percentuale di incremento di quanto prodotto e fatturato tra l'anno 1999 e 2000;
      - b. per i soggetti pubblici della necessità di ottimizzare e razionalizzare le risorse nel senso o di un aumento produttivo o di una riconversione o accentramento di funzioni;
    - provvedere per le strutture di ricovero:
      - a) ad assegnare ad ogni soggetto erogatore privato provvisoriamente accreditato, nell'ambito della *mission e del case mix individuati*, il volume annuale massimo delle prestazioni erogabili, definendo con lo stesso sulla base dei volumi concordati con le associazioni di categoria interessate maggiormente rappresentative, le regressioni tariffarie e le modalità dei compensi per i volumi eventualmente eccedenti quelli concordati;
      - b) ad assegnare ad ogni soggetto erogatore pubblico, in rapporto alla capacità operativa della struttura, e le risorse inerenti la dotazione organica e le caratteristiche qualitative e quantitative delle apparecchiature, gli obiettivi di produttività, calcolati in prestazioni in base ai tariffari vigenti, che non possono essere inferiori in termini di fatturato, per il 2001, al 60% delle risorse assegnate, all'80% per il 2002 e al 100% per il 2003. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi il DG provvede alla rideterminazione delle risorse, sulla base della effettiva produttività realizzata procedendo al concentramento e all'unificazione di funzioni e a riallocare le risorse eccedenti a funzioni carenti, previa concertazione con le OO.SS. maggiormente rappresentative;
      - c) ad organizzare la verifica dell'andamento, per ogni soggetto erogatore, dell'attività su confronto di medie trimestrali, in modo da consentire rientri in corso d'opera;

- 6) che negli accordi contrattuali di cui sopra i DDGG delle AA.SS.LL. debbano prevedere un pagamento mensile delle strutture accreditate, in ragione di una percentuale non inferiore al 50% e non superiore all'80%, con conguaglio successivo alla verifica delle notule;
- 7) che negli accordi contrattuali di cui sopra i Direttori Generali delle AA.SS.LL. debbano stabilire che qualora dal monitoraggio trimestrale della spesa emerga un tendenziale superamento sul tetto stabilito, si applicano in ogni caso regressioni percentuali tariffarie ulteriori rispetto a quelle concordate su base annua, utili a ricondurre la spesa nell'ambito di quanto preventivato;
- 8) che in ogni caso al superamento del tetto di spesa assegnato negli accordi contrattuali al singolo professionista o alla singola struttura provvisoriamente accreditata, cessa il rapporto contrattuale ai fini della remunerazione da parte del Servizio Sanitario Regionale delle eventuali prestazioni erogate;
- 9) Le misure previste nei precedenti punti, in quanto indicazioni attuative della DGRC 3513/01, costituiscono obiettivi prioritari per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere e la loro attuazione sarà valutata ai fini della conferma o revoca dell'incarico medesimo;
- 10) Di pubblicare, integralmente il presente provvedimento comprensivo degli allegati, sul BURC.

IL SEGRETARIO  
**Di Giacomo**

IL PRESIDENTE  
**Bassolino**