

REGIONE CAMPANIA Giunta Regionale - Seduta del 28 marzo 2003 - Deliberazione N. 1272 - Area Generale di Coordinamento Piano Sanitario Regionale - **Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere della Regione Campania: definizione del piano annuale delle prestazioni da erogarsi nel 2003 e nei correlati tetti spesa - Direttive.**

omissis

PREMESSO:

- che, ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502/1992, e successive modifiche ed integrazioni, l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie pubbliche destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema della finanza pubblica;

- che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 gennaio 2003 è stata approvata la proposta per il CIPE di riparto del Fondo Sanitario nazionale 2002, prevedendo per la Campania un finanziamento di Euro 6.716 milioni;

- che l'Accordo Stato - Regioni del 6 febbraio 2003, in merito al riparto del Fondo Sanitario Nazionale per il 2003, prevede per la Campania un finanziamento di circa Euro 6.986 milioni;

CONSIDERATO:

- che i dati preconsuntivi dell'esercizio 2002 indicano, per la Regione Campania una spesa sanitaria di circa Euro 7.300 milioni, evidenziando un disavanzo 2002 che, se confermato dai dati consuntivi, ammonterà a circa Euro 480 milioni;

- che nel 2003, sulla base dei dati preconsuntivi 2002 e considerando, quanto meno, i maggiori oneri che deriveranno nel 2003 dal rinnovo del CCNL del comparto sanitario, la spesa sanitaria regionale tenderà verso un fabbisogno stimabile in circa Euro 7.500 milioni e, quindi, con un disavanzo tendenziale nel 2003 di circa Euro 500 milioni;

- che, in base all'art. 83 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, comma 4, "... 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...";

- che, la legge 28 dicembre 2001, n. 448 (legge finanziaria dello Stato per l'anno 2002), 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 impegni 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 Euro 331 milioni,

- che il DL 15 aprile 2002, n. 63, convertito con modificazioni nella legge 15 giugno 2002, n. 112 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 388/2000;

- che, pertanto, in caso di mancato rispetto degli obblighi sopra esposti ed, in particolare: patto di stabilità interno e 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 Euro 630 milioni, per il 2002, e di circa Euro 660 milioni, per il 2003, senza

poter contare su fondi statali aggiuntivi e/o per ripiano, in quanto ormai tassativamente esclusi dalle leggi sopra richiamate;

- che la Regione Campania, avendo assunto tra il 1999 ed il 2002 mutui con oneri a proprio carico per circa Euro 2.074 milioni, al fine di coprire i residui disavanzi del Servizio Sanitario a tutto il 31 dicembre 2000, può far fronte solo in misura limitata all'insorgere di nuovi disavanzi, se non con l'introduzione di nuove imposte c/o misure di compartecipazione alla spesa e di limitazione della spesa stessa;

- che la legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Finanziaria dello Stato per il 2003), 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;

RILEVATO:

- che l'art. 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, stabilisce che le Regioni e le Unità 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, de 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 sostenibile 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;

VISTA

la delibera della Giunta Regionale della Campania n. 6216 del 23 novembre 2001 "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" che, tra l'altro, assegna ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie il compito di:

- provvedere alla determinazione dei volumi annuali di prestazioni per singole funzioni, in rapporto alle caratteristiche della popolazione, alle risorse esistenti ed a 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;

- assegnare, in sede di contrattazione dei volumi di prestazioni con le associazioni categoria interessate maggiormente rappresentative, 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:

- per i soggetti privati, della percentuale di incremento di quanto prodotto e fatturato tra l'anno 1999 e l'anno 2000 e, quindi, dei tetti di spesa stabiliti, in ragione d'anno, per il 2001 ed il 2002;

- per i soggetti pubblici, della necessità di ottimizzare e razionalizzare le risorse, nel senso di un aumento produttivo o di una riconversione o accentramento di funzioni, in modo da raggiungere, entro il 2003, l'equilibrio tra valore delle prestazioni erogate (in base ai tariffari vigenti) e risorse assegnate;

RILEVATO

- che la legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Finanziaria dello Stato per il 2003):

- 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 negli enti del Servizio Sanitario nazionale;

• stabilisce ulteriori adempimenti (art. 52, comma 4) per accedere all'incremento del FSN previsto dall'Accordo Stato Regioni dell'8/8/01 (per il 2003 pari a circa Euro 660 milioni su Euro 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;

- attuazione di adeguate iniziative, senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento presso le Aziende Ospedaliere ed i Presidi Ospedalieri delle ASL degli accertamenti diagnostici, in armonia Coli l'accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni del 14/2/02, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa, utilizzando anche gli strumenti contrattuali del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, con diminuzione delle giornate complessive di degenza;

- l'adozione di provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi del l'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 ASL e delle AO;

- 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 30/9/02 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.

CONSIDERATO che il provvedimento regionale di definizione dei limiti quantitativi e di costo erogabili complessivamente per l'anno 2003 deve tener conto dello straordinario impegno richiesto per contenere la spesa nei limiti di cui innanzi, nonché:

a) dell'entrata in vigore della Legge 10/2002 "Piano Sanitario Regionale 2002 - 2004", che nell'ambito delle attività richieste alla programmazione sanitaria aziendale demanda alle Aziende Sanitarie la elaborazione di un Piano Annuale delle Prestazioni, che dimensioni l'attività produttiva delle strutture pubbliche e temporaneamente accreditate in funzione dell'effettivo livello di domanda appropriata e sostenibile con le risorse disponibili;

b) dell'attuale incertezza sull'effettivo ammontare del finanziamento del fondo sanitario regionale 2003, visto che circa Euro 660 milioni, rispetto ai 6.986 milioni attesi, sono subordinati agli adempimenti sopra descritti, tra i quali rientra anche la copertura a carico della Regione dell'eventuale disavanzo sanitario dell'esercizio 2003.

VISTO il documento "Ipotesi di definizione di un percorso per la programmazione 2003 dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati livelli di spesa", elaborato dall'Assessorato alla Sanità e sottoscritto il 19 febbraio 2003 dalle OO.SS. e dalle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative della sanità privata;

RITENUTO, con riferimento anche al percorso individuato con il predetto documento, che si allega alla presente delibera, che la definizione del Piano Annuale delle Prestazioni da erogarsi nel 2003 e dei correlati tetti di spesa debba fondarsi sui seguenti criteri generali, ai quali devono adeguarsi le Aziende Sanitarie:

a) la Regione pone a base della programmazione attuativa da parte delle ASL il principio in base al quale ogni ASL è responsabile per i suoi assistiti e, quindi, risponde e deve controllare la propria mobilità passiva; di tale principio, la Regione terrà conto nell'aggiornare le procedure relative alla compensazione della mobilità all'interno della Regione e nel definire la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2003;

b) la quantità dei volumi erogati sulla base del Piano delle Prestazioni deve essere controllata ogni tre mesi (per i parametri più importanti: ogni mese);

c) devono essere adeguatamente potenziati e dotati di strumenti informatici i Nuclei Ispettivi, identificando valori soglia oltre i quali scattano immediate verifiche presso le farmacie convenzionate, i MMG, i PLS, i Medici prescrittori, le strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate;

d) per l'anno 2003, considerato il protrarsi delle procedure necessarie per pervenire all'accreditamento definitivo di cui all'art. 8 quater del Dlgs 229/99, ravvisata l'opportunità di tener conto degli aggiornamenti intervenuti dal 1998 ad oggi, viene consentito alle strutture private che ne faranno richiesta, previa istruttoria della ASL, da concludersi entro tre mesi dalla data di presentazione della documentazione richiesta, di ottenere il riconoscimento di Capacità Operative Massime (COM) documentate alla data del 31 dicembre 2002 (con i medesimi criteri previsti per ogni singola branca specialistica dalle DGRC n. 377/98, n. 6351/1999, n. 1036/2000 e n. 659/2001, e dalle Circolari dell'Assessore alla Sanità n. 2381/SP del 22/2/2000 e n. 9873 del 10/4/2000);

e) le ASL nell'anno 2003, nella definizione degli accordi con le strutture erogatrici terranno conto di tali COM al 31/12/2002, fermo restando che il complesso delle prestazioni erogate nel 2003 e negli anni seguenti, a carico del SSR non potrà superare i tetti per macro-aree che saranno fissati, annualmente, dalla Regione, come suddivisi per ASL;

f) le Aziende Ospedaliere ed i Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali sono tenuti ad ottimizzare e razionalizzare le risorse, nel senso di un aumento produttivo o di una riconversione o accentramento di funzioni, in modo da raggiungere, entro il 2003, l'equilibrio tra valore delle prestazioni erogate (in base ai tariffari vigenti) e risorse assegnate, salvo il riconoscimento di finanziamenti aggiuntivi per specifiche funzioni;

g) tutti gli Enti pubblici e privati che erogano assistenza ospedaliera e connessa assistenza ambulatoriale specialistica sono tenuti a contenere il tasso di ospedalizzazione, limitando il numero dei ricoveri e la loro durata, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni rese e ridurre i costi;

VISTO

- il parere favorevole dell'Avvocatura Regionale, espresso con nota n. 16845 del 17/3/2003), che si allega alla presente delibera;

- il sopra richiamato documento, allegato alla presente delibera, "Ipotesi di definizione di un percorso per la programmazione 2003 dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati livelli di spesa", sottoscritto il 19/2/2003 dalle OO.SS. e dalle Associazioni di Categoria;

- l'allegato verbale sottoscritto il 17/3/2003 con le OO.SS. maggiormente rappresentative dei lavoratori dipendenti del comparto sanità;

PROPONE e la Giunta in conformità a voto unanime,

DELIBERA

Per quanto espresso in narrativa, che qui s'intende per integralmente riportato, e tenuto conto delle intese di massima raggiunte con le OO.SS. e le Associazioni di Categoria:

1. Le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, entro il 15 aprile 2003, formulano il Piano delle Prestazioni da erogare nell'anno 2003 e il relativo costo.

2. Le Aziende Sanitarie Locali, nel definire il Piano delle Prestazioni da erogare nell'anno 2003, rilevano i consumi totali dei propri residenti, comprensivi della mobilità passiva ed individuano la quota che deve essere assicurata dai soggetti pubblici e quella che deve essere fornita dai soggetti privati.

3. Le Aziende Ospedaliere, nel definire il Piano delle Prestazioni da erogare nell'anno 2003, perseguono l'obiettivo dell'equilibrio tra valore delle prestazioni erogate (in base ai tariffari vigenti) e risorse assegnate, salvo il riconoscimento di finanziamenti aggiuntivi per specifiche funzioni.

4. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla Sanità, previa consultazione con le Associazioni di Categoria, entro il 30 aprile 2003, definisce per macro-area, i volumi di prestazioni sanitarie da assicurare nel 2003 sia a livello regionale che per singola azienda (relativamente ai propri residenti e compresa la mobilità passiva), nonché i correlati livelli di spesa.

5. Le Aziende Sanitarie Locali, entro il 15 maggio 2003, sulla base dei volumi per macro-area e dei correlati livelli di spesa, individuano i volumi di prestazioni erogabili per branca e definiscono gli accordi con i singoli soggetti, previa definizione di protocolli con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative e, comunque, sulla base della delibera che la Giunta Regionale assumerà ai sensi del precedente punto 4.

6. La quantità dei volumi e la tipologia delle prestazioni erogate sulla base del Piano delle Prestazioni deve essere controllata dall'Azienda Sanitaria ogni tre mesi e, per i parametri più importanti, ogni mese.

7. Le Aziende Sanitarie devono potenziare e dotare di adeguati strumenti informatici le proprie strutture di controllo ed i Nuclei Ispettivi, identificando valori soglia oltre i quali eseguire immediate

verifiche presso le farmacie convenzionate, i Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta, i Medici prescrittori, le strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate;

8. Per il primo quadrimestre 2003 i limiti di spesa per le prestazioni in regime di accreditamento provvisorio sono definiti, a parità dei volumi erogati nel corrispondente quadrimestre 2002, in misura non superiore ai quattro dodicesimi di quanto definito dalla Regione e rendicontato dalle A.A.S.S.L.L. nel predetto esercizio 2002. Le prestazioni erogate dal 1 gennaio 2003, comunque, rientreranno per intero nell'applicazione dei tetti di branca che saranno definiti per il 2003, in base ai precedenti punti 4 e 5. Pertanto, la loro remunerazione sarà so getta ad appositi conguagli, i cui criteri saranno definiti negli schemi uniformi di contratto di cui al successivo punto 10. Questa disposizione dovrà essere immediatamente notificata dalle Aziende Sanitarie Locali alle singole strutture e, successivamente, recepita negli accordi di cui al precedente punto 5.

9. Per l'anno 2003, considerato il protrarsi delle procedure necessarie per pervenire all'accreditamento definitivo di cui all'art. 8 quater del Dlgs 229/99, ravvisata l'opportunità di tener conto degli aggiornamenti intervenuti dal 1998 ad oggi, si consente alle strutture private, già provvisoriamente accreditate, che ne faranno richiesta, previa istruttoria della ASL, da concludersi tassativamente entro tre mesi dalla data di presentazione della documentazione richiesta, di ottenere il riconoscimento di Capacità Operative Massime (COM) documentate alla data del 31 dicembre 2002 (con i medesimi criteri previsti per ogni singola branca specialistica dalle DGRC n. 377/98, n. 6351/1999, n. 1036/2000 e n. 659/2001, e dalle Circolari dell'Assessore alla Sanità n. 238 1 /SP del 22/2/2000 e n. 9873 del 10/4/2000).

10. L'Assessorato alla Sanità provvede a definire schemi uniformi di contratto con le strutture private per: Modalità di pagamento e di conguaglio; Modalità di determinazione dei Volumi Massimi di Prestazioni erogabili per singole branche; Determinazione dei volumi complessivi di branca, Determinazione dei volumi eccedenti e Modalità delle relative regressioni tariffarie.

11. Verranno istituiti "tavoli tecnici" per singolo settore, con la partecipazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative e delle Organizzazioni Sindacali, quale elemento di concertazione per la stesura di protocolli aventi l'obiettivo della regolamentazione dell'attività di settore, nel rispetto della pari dignità pubblico-privato ed in funzione della libertà di scelta del cittadino.

Il presente provvedimento viene trasmesso all'Assessore alla Sanità, all'Assessore al Bilancio, al Settore Programmazione Sanitaria, all'AGC Assistenza Sanitaria ed all'AGC Bilancio, Ragioneria e Tributi, per quanto di rispettiva competenza, ed al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Valiante