

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 30 dicembre 2005 - Deliberazione N. 2157 - Area Generale di Coordinamento N. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. - **Volumi di prestazioni sanitarie per l'anno 2005 e correlati limiti di spesa - Determinazioni.**

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;

- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003 a determinare i volumi delle prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per l'anno 2003;

- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, , entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;

- che con delibera n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, la Giunta Regionale ha stabilito che:

1) "... Per l'esercizio 2005 i volumi delle prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania ed i correlati limiti di spesa sono quelli già fissati per l'esercizio 2004 con la DGRC n. 048 del 28/11/03;

2) ... che tali volumi di prestazioni e tali limiti di spesa operano in regime del tutto transitorio e perderanno la loro efficacia all'atto dell'approvazione, da parte della Giunta Regionale, dei definitivi volumi delle prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2005, con effetto dal 1° gennaio 2005 ...";

CONSIDERATO

- che sono pervenute molteplici richieste delle ASL e delle Associazioni di categoria dei centri privati provvisoriamente accreditati, tendenti ad ottenere l'incremento e/o la redistribuzione dei limiti di spesa assegnati alle singole ASL dalla Giunta Regionale con le sopra citate delibere per gli esercizi 2003 e 2004, per le macro aree di specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa, assistenza ospedaliera, assistenza protesica ed assistenza integrativa;

- che, al fine di contenere il già elevato deficit del SSR, non si è ritenuto opportuno proporre alla Giunta nessuna delle suddette modifiche ai limiti di spesa assegnati alle singole ASL dalla Giunta Regionale con le sopra citate delibere per gli esercizi 2003 e 2004;

- che, tuttavia, due richieste, una avanzata dalla ASL SA2 per l'area della assistenza specialistica ed una dalla ASL AV1 per l'area della assistenza ospedaliera, appaiono oggi accoglibili in quanto motivate da meri dissidii verificatisi nella programmazione a suo tempo presentata dalle ASL medesime;

- che la ASL SA2 ha rappresentato, da ultimo con lettera del 20/12/05 prot. n. 2511/DG, la richiesta di tenere conto della rettifica apportata dalla ASL medesima alla propria programmazione per l'esercizio 2003 con nota del 30/6/2003 n. 3115 e, quindi, prima della deliberazione n. 2451 adottata dalla Giunta il 1/8/2003;

- che in base a tale rettifica, per l'esercizio 2003, il costo programmato dell'assistenza specialistica (escluso FKT) della ASL SA2 doveva incrementarsi di euro 5.125.000, da euro 19.126.000 ad euro 24.251.000;

- che la stessa ASL SA2 per l'assistenza specialistica (escluso FKT) ha indicato per l'esercizio 2004 un costo programmato di euro 25.948.000 e per l'esercizio 2005 un costo programmato di euro 24.823.000;

- che, per quanto sopra esposto, il limite di spesa assegnato alla ASL SA2 per l'assistenza specialistica (escluso FKT) dalle delibere della Giunta Regionale n. 2451 del 1/8/03, n. 3133 del 31/10/03, n. 048 del 28/11/03 e n. 41 del 16/1/04 può essere elevato da euro 19.126.000 ad euro 24.251.000 per gli esercizi 2003 e 2004;

- che la ASL AV1 ha rappresentato con lettera del 22/12/05 prot. n. 0050912, di aver esposto un costo complessivo programmato per l'esercizio 2003 della assistenza ospedaliera acquistata dalle case di cura p.a., per

mero errore di somma, di euro 10.120.000 invece che di euro 13.823.000 (con una differenza di euro 3.703.000), e che lo stesso errore si è ripetuto nella programmazione per l'esercizio 2004;

- che, per quanto sopra esposto, il limite di spesa assegnato alla ASL AV1 per l'assistenza ospedaliera acquistata dalle case di cura p.a. dalle delibere della Giunta Regionale n. 2451 del 1/8/03, n. 3133 del 31/10/03, n. 048 del 28/11/03 e n. 41 del 16/1/04 può essere elevato, rispettivamente, per l'esercizio 2003 da euro 10.120.000 ad euro 13.823.000; per l'esercizio 2004 da euro 9.888.000 ad euro 13.591.000;

DATO ATTO

- che la delibera della Giunta Regionale n. 1573 del 6 agosto 2004, recante "Verbale di intesa Regione Campania - Aiop Approvazione ed autorizzazione alla sottoscrizione" ha approvato il verbale di intesa tra la Regione Campania e l'Associazione Italiana Ospedalità Privata "... per la fissazione per la fissazione dei criteri cui le aziende sanitarie locali dovranno attenersi per la definizione delle transazioni finalizzate al soddisfo dei crediti vantati dalle strutture di ricovero provvisoriamente accreditate ...", allegato alla medesima delibera, autorizzando il Presidente della Giunta Regionale a sottoscrivere il predetto verbale di intesa con alcune modifiche: sottoscrizione che è poi effettivamente intervenuta il 22 ottobre 2004;

- che l'anzi detto verbale di intesa, come riportato nelle premesse della DGRC n. 1573 del 6/8/04, per la definizione di ogni contenzioso in essere tra le ASL e le case di cura private, ha stabilito, tra l'altro:

* all'art. 6 la rivalutazione delle tariffe per la riabilitazione in regime di ricovero e day hospital nella misura del 10%, in via forfetaria e compositiva, per il periodo 1.1.2003 - 31.12.2004, rinviando a successivi provvedimenti la definizione delle tariffe in vigore dal 1.1.2005;

* agli artt. 7, 8 e 9, la rivalutazione delle tariffe per le prestazioni medico chirurgiche e di alta specialità, nonché per le case di cura ad indirizzo neuro psichiatrico o di lungodegenza, nella misura del 7%, in via forfetaria e compositiva, per il periodo 1.1.2003 - 31.12.2004, rinviando a successivi provvedimenti la definizione delle tariffe in vigore dal 1.1.2005;

* all'art. 14 che, "... a seguito dell'incremento tariffario stabilito nell'articolato che precede, dovranno necessariamente rivedersi, proporzionalmente all'incremento, le delibere di G.R. 2451 e 3133 del 2003, nonché la 048/2004 ...";

* all'art. 15 che "... le disposizioni del presente accordo non contemplano le problematiche delle strutture assistenziali gestite dagli Istituti religiosi e non si applicano ad esse ...";

- che, pertanto, i limiti di spesa fissati per l'esercizio 2003 dalle delibere della Giunta Regionale n. 2451 del 1/8/03 e n. 3133 del 31/10/03, e per l'esercizio 2004 dalle DGRC n. 048 28/11/03 e n. 41 del 16/1/04, per ciascuna ASL per la macroarea dell'assistenza ospedaliera acquistata dalle case di cura p.a., oltre all'incremento per la ASL AV1 sopra esposto, si intendono proporzionalmente aumentati dalla presente delibera, fino a concorrenza dell'effetto economico delle rivalutazioni tariffarie convenute per gli esercizi 2003 e 2004 dagli artt. 6, 7, 8 e 9 del sopra citato verbale di intesa; effetto che sarà determinato da ciascuna ASL in base ai controlli applicati dalle medesime ASL al fatturato delle case di cura private, dopo aver escluso quello degli Istituti religiosi ed ogni altra eventuale prestazione cui non si applichino le anzi dette rivalutazioni tariffarie;

- che la Commissione appositamente costituita con decreto assessorile n. 672 del 23/12/05, composta da nove membri, di cui sei nominati dalla Regione e tre dalle Associazioni delle Case di Cura private, ed avente il compito di svolgere una approfondita istruttoria ai fini dell'aggiornamento delle tariffe dell'assistenza ospedaliera, è impegnata a presentare all'Assessorato alla Sanità una prima proposta operativa entro il 31/1/06;

- che in coerenza con il sopra citato accordo Regione Campania - AIOP, la rivalutazione tariffaria sopra esposta deve intendersi applicata anche per l'esercizio 2005, finché non interverrà un organico provvedimento di rideterminazione delle tariffe regionali da applicarsi alle singole prestazioni sanitarie, fermo restando che i limiti di spesa fissati dalla presente delibera per l'esercizio 2005 per ciascuna ASL per la macroarea dell'assistenza ospedaliera acquistata dalle case di cura p.a., nonché per tutte le altre aree di assistenza (specialistica riabilitazione, protesica ed integrativa), si intendono onnicomprensivi e non soggetti ad ulteriori maggiorazioni per tenere conto di qualsiasi incremento e/o rivalutazione tariffaria;

CONSIDERATO

- che con deliberazione n. 2105 del 19 novembre 2004, in attesa della definizione della programmazione regionale per il 2005, la Giunta Regionale ha prorogato in via transitoria, per l'esercizio 2005, i limiti di spesa fissati per l'esercizio 2004 dalle DGRC n. 048 28/11/03 e n. 41 del 16/1/04, per ciascuna ASL e per ciascuna macro

area di prestazioni acquistate dai privati provvisoriamente accreditati: assistenza specialistica; assistenza riabilitativa; assistenza ospedaliera; assistenza protesica; assistenza integrativa; stabilendo che detto regime transitorio sarebbe cessato "... all'atto dell'approvazione, da parte della Giunta Regionale, dei definitivi volumi delle prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2005, con effetto dal 1° gennaio 2005 ...;

- che, successivamente, l'art. 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005), è intervenuto a dettare nuove regole per la definizione dei sistemi di regressione tariffaria, necessari per l'applicazione dei limiti di spesa fissati dalla programmazione regionale, stabilendo che "Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio";

- che l'applicazione della norma che precede richiede una modifica delle procedure e delle modalità di regressione tariffaria previste dalle DGRC n. 2451 del 1 agosto 2003; modalità finora applicate per gli esercizi 2003 e 2004 e prorogate per il 2005 dalla sopra citata DGRC n. 2105 del 19/11/04, in forza delle quali potrebbe verificarsi l'evenienza che oggi viene vietata dalla citata norma;

- che per ultimo, l'accordo tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271 ha fissato nuovi e più stringenti obblighi delle Regioni, in materia di appropriatezza delle prestazioni, di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, e di rispetto dell'equilibrio economico finanziario, anche attraverso forme innovative di controllo trimestrale, preventivo e consuntivo, e la definizione di piani di riequilibrio della gestione in tempi certi e con l'eventuale affiancamento di rappresentanti dei Ministeri dell'Economia e della Salute, coinvolgendo espressamente ed a pieno titolo i Policlinici Universitari e gli IRCCS pubblici in tali adempimenti

- che l'Assessore alla Sanità con lettera del 3 agosto 2005 prot. n. 666041 ha chiesto alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, ai policlinici universitari ed alla "Fondazione Pascale" di procedere "... sollecitamente, entro settembre p.v., alla elaborazione dei piani aziendali delle prestazioni sanitarie per gli esercizi 2005 e 2006 ...", fornendo altresì gli appositi modelli informatizzati, necessari per la raccolta e la valutazione centrale dei dati, in modo da consentire alla Giunta Regionale di pervenire alla fissazione dei correlati limiti di spesa dei soggetti erogatori pubblici e privati (per i Policlinici ed il Pascale questi limiti, peraltro, sono già definiti dai Protocolli d'Intesa vigenti);

- che l'esito della programmazione per l'esercizio 2005 fornita dalle singole aziende sanitarie è riepilogato negli allegati n. 1 (quantità di prestazioni sanitarie) e n. 2 (costo delle prestazioni sanitarie);

DATO ATTO

- che le linee generali di definizione della problematica riguardante i limiti di spesa per l'esercizio 2005 sono state discusse con le Associazioni di Categoria della sanità privata nelle riunioni del 15 e del 27 dicembre 2005, di cui si allega verbale (allegato n. 4), sulla base di una "Ipotesi di Intesa" elaborata dall'Assessorato alla Sanità, anch'essa allegata alla presente delibera;

- che le richieste di revisione, redistribuzione e modifica dei limiti di spesa fissati per gli esercizi 2003 e 2004, ripetute da alcune Associazioni nel corso di detti incontri, non possono essere accolte (se non nei limiti sopra esposti nella presente delibera) stante la necessità di contenere il già elevato deficit del Servizio Sanitario Regionale;

- che la richiesta, presentata da diverse Associazioni nel corso di detti incontri, di addivenire, per ogni area di assistenza oggetto di limiti di spesa definiti dalla Regione, ad una regressione tariffaria generalizzata per tutti i centri p.a. di tutte le ASL (cioè unica a livello complessivo regionale) non è conforme alle procedure già adottate (con le delibere di Giunta sopra citate) per gli esercizi 2003 e 2004 e, in regime transitorio, per l'esercizio 2005: pertanto, questa richiesta sarà approfondita e valutata nell'ambito delle determinazioni che la Giunta Regionale assumerà per la definizione dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2006, in applicazione, tra l'altro, delle disposizioni recate dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005, recante "Equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale. Disposizioni per la programmazione 2006 - 2008";

- che il problema di definire nuove modalità di regressione tariffaria, ai fini della applicazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2005, che non siano in contrasto con la disposizione recata dall'art. 1, comma 171, della leg-

ge 30 dicembre 2004, n. 311, senza per questo comportare l'applicazione di una regressione tariffaria generalizzata per tutti i centri p.a. di tutte le ASL (cioè unica a livello complessivo regionale), deve essere risolto attraverso modalità di regressione tariffaria basate sulla determinazione del contributo di ciascun centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale (per ciascuna area di assistenza), applicando la metodologia esposta nell'allegato n. 3 alla presente delibera, definita della Regressione Tariffaria Unica - R.T.U. - a livello di singolo centro p.a., già esposta alle Associazioni di Categoria della sanità privata nelle suddette riunioni del 15 e del 27 dicembre 2005;

CONSIDERATO

- che la Giunta Regionale con delibera n. 1843 del 9 dicembre 2005 ha stabilito gli obiettivi di risparmio cui dovranno attenersi le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, i policlinici universitari e la "Fondazione Pascale" nel triennio 2006 - 2008, fissando per ciascuna azienda l'assegnazione di tali obiettivi per ciascuna voce di spesa;

- che la medesima delibera ha disposto:

* che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, i policlinici universitari e la "Fondazione Pascale" devono riadottare il Bilancio Preventivo 2006 ed il Piano Economico Triennale 2006 - 2008, da sottoporre alla approvazione della Giunta Regionale, recependo tutti gli obiettivi stabiliti dalla stessa delibera;

* che il rispetto del Bilancio Preventivo 2006 e del Piano Economico Triennale 2006 - 2008, anche attraverso forme di controllo e di verifica trimestrale, costituisce adempimento fondamentale per i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale, ai sensi dell'art. 8 della legge regionale n. 28/2003 e dell'art. 6 dell'accordo Stato - Regioni 23 marzo 2005 rep. n. 2271;

* che la riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati, per l'esercizio 2006, deve essere assicurata, al massimo, entro il 31 dicembre 2006; per gli esercizi successivi, il rientro negli obiettivi prefissati deve essere assicurato entro il trimestre successivo a quello in cui sia accertato l'eventuale sfioramento rispetto agli obiettivi dell'esercizio medesimo, suddivisi per trimestre e, comunque, entro il 31 dicembre dello stesso anno;

* che la legge finanziaria approvata dal Consiglio Regionale per l'esercizio 2006, all'art. 2 ha stabilito che "I tetti di spesa ed i budget dei costi delle aziende del servizio sanitario regionale sono aggiornati dalla Giunta Regionale in modo da ridurre la spesa sanitaria del 18,5% nel triennio 2006 - 2008, di cui almeno il 6,5% nel 2006, rispetto al livello dei costi raggiunto nel consuntivo dell'esercizio 2004; l'obiettivo del 18,5% sarà rimodulato in funzione dell'eventuale maggiore finanziamento statale che sarà ottenuto per la sanità. Ai fini del comma precedente, la delibera della Giunta Regionale di programmazione della spesa sanitaria 2006 - 2008 costituisce aggiornamento della programmazione annuale ai sensi dell'art. 7, comma 5, della legge regionale 24 dicembre 2003 n. 28, e si applicano i controlli e le sanzioni ai Direttori Generali delle aziende sanitarie di cui all'art. 8 della medesima legge regionale."

- che per l'esercizio 2006 è, quindi, necessario rivedere la programmazione presentata dalle aziende sanitarie in adempimento della sopra citata richiesta dell'Assessore alla Sanità del 3 agosto 2005 prot. n. 666041;

- che la Giunta Regionale con delibera n. 1215 del 23 settembre 2005 ha ripartito alle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere il Fondo Sanitario 2005 per la spesa corrente indistinta;

- che, in adempimento a quanto loro richiesto dalla sopra menzionata delibera n. 1215 del 23 settembre 2005, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale hanno presentato all'Assessorato alla Sanità un conto economico preconsuntivo dell'esercizio 2005;

- che detti conti preconsuntivi indicano per l'esercizio 2005 un disavanzo di circa euro 1,57 miliardi, di cui:

* Aziende Sanitarie Locali: euro 1.337 milioni;

* Aziende Ospedaliere: euro 169 milioni;

* AOU Federico II: euro 21 milioni;

* AOU Seconda Università: euro 36 milioni;

* IRCCS Fondazione Pascale: euro 9 milioni;

- che la sopra citata delibera della Giunta Regionale n. 1843 del 9/12/05, nel fissare per ciascuna azienda sanitaria e per ciascuna voce di spesa gli obiettivi di risparmio rispetto ai costi dell'esercizio 2004, ha stabilito che

le aziende sanitarie pubbliche devono ridurre i loro costi complessivi nel 2006 nella misura del 6,5% rispetto ai costi 2004;

- che, inoltre, all'interno della anzi detta riduzione complessiva del 6,5%, nel 2006 le aziende sanitarie pubbliche devono ridurre i costi per acquisti di prestazioni sanitarie da terzi del 5% (6% per gli acquisti di prestazioni di assistenza ospedaliera);

- che, pertanto, per l'esercizio 2005, in via transitoria rispetto agli obiettivi sopra definiti per l'esercizio 2006 e triennio 2006 - 2008:

* per le strutture pubbliche di ciascuna Azienda Sanitaria Locale e di ciascuna Azienda Ospedaliera, a fronte dei volumi di prestazioni che si sono impegnate ad assicurare, desunti dalla programmazione aziendale 2005, è necessario confermare gli obiettivi di risparmio già assegnati a ciascuna azienda per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048/03, senza consentire l'incremento dei costi nella misura del 2% rispetto all'esercizio 2004, recato dall'art. 1, comma 171, della legge n. 311/2004 e recepito dall'art. 3 dell'Accordo Stato - Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271;

* per le strutture private provvisoriamente accreditate, considerata la sostanziale stabilità dei volumi di prestazioni programmati per il 2005 rispetto al consuntivo 2004 (cfr. allegato n. 1) è, altresì, necessario confermare per l'esercizio 2005, per ciascuna ASL e per ciascuna area di assistenza sanitaria, tutti i limiti di spesa già definiti per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048 del 28/11/03, con le uniche modifiche apportate dalla presente delibera ai limiti di spesa dell'assistenza specialistica e dell'assistenza ospedaliera;

RITENUTO

- che, sulla base di quanto sopra esposto, nonché delle modifiche procedurali proposte nel documento "Ipotesi di Intesa ...", elaborato dall'Assessorato alla Sanità e discusso con le Associazioni di categoria della sanità privata nelle riunioni del 15 e del 27 dicembre 2005 ed allegato alla presente delibera (allegato n. 4), sia necessario impegnare le Aziende Sanitarie Locali a modificare ed integrare gli accordi per l'esercizio 2005 con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati (già predisposti sulla base degli schemi tipo allegati sub lettera A) alla delibera della Giunta Regionale n. 2451/2003), con le seguenti innovazioni:

a) la determinazione delle modalità di regressione tariffaria è affidata al tavolo tecnico costituito 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 nelle altre Aziende sanitarie della Regione, individuerà le regressioni utili al rispetto dei limiti di spesa, in base alla metodologia della Regressione Tariffaria Unica - RTU, esposta nella nota tecnica di cui all'allegato n. 3 alla presente delibera;

b) nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente quadrimestre dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico, va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);

c) al fine di lasciare maggiore spazio alla applicazione della eventuale regressione tariffaria, la misura della anticipazione che le Aziende dovranno corrispondere alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscriveranno il contratto, è fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato, da pagarsi entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione con conguaglio quadrimestrale, alla verifica delle quote;

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

DELIBERA

per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. Il limite di spesa stabilito per l'esercizio 2003 dalle DGRC n. 2451 del 1/8/03 e n. 3133 del 31/10/03, e per l'esercizio 2004 dalle DGRC n. 048 28/11/03 e n. 41 del 16/1/04, per la ASL SA2 per la macroarea dell'assistenza specialistica acquistata dai centri privati p.a. è aumentato da euro 19.126.000 ad euro 24.251.000.

2. Il limite di spesa, stabilito per gli esercizi 2003 e 2004 dalle medesime delibere di cui al punto precedente,

per la ASL AV1 per la macroarea dell'assistenza ospedaliera acquistata dalle case di cura p.a., è aumentato da euro 10.120.000 ad euro 13.823.000 per l'esercizio 2003 e da euro 9.888.000 ad euro 13.591.000 per l'esercizio 2004.

3. I limiti di spesa fissati per l'esercizio 2003 dalle delibere della Giunta Regionale n. 2451 del 1/8/03 e n. 3133 del 31/10/03, e per l'esercizio 2004 dalle DGRC n. 048 28/11/03 e n. 41 del 16/1/04, per ciascuna ASL per la macroarea dell'assistenza ospedaliera acquistata dalle case di cura p.a., oltre all'incremento per la ASL AV1 disposto al punto precedente, si intendono proporzionalmente aumentati dalla presente delibera, fino a concorrenza dell'effetto economico delle rivalutazioni tariffarie convenute per gli esercizi 2003 e 2004 dagli artt. 6, 7, 8 e 9 del verbale di intesa tra la Regione Campania e l'AIOP - Associazione Italiana Ospedalità Privata, sottoscritto dal Presidente della Giunta Regionale il 22 ottobre 2004 in adempimento della DGRC n. 1573 del 6/8/2004; tale effetto economico sarà determinato da ciascuna ASL in base ai controlli applicati dalle medesime ASL al fatturato delle case di cura private, dopo aver escluso quello degli Istituti religiosi ed ogni altra eventuale prestazione cui non si applichino le anzi dette rivalutazioni tariffarie;

4. In coerenza con il sopra citato accordo Regione Campania - AIOP, la rivalutazione tariffaria sopra esposta deve intendersi applicata anche per l'esercizio 2005, finché non interverrà un organico provvedimento di rideterminazione delle tariffe regionali da applicarsi alle singole prestazioni sanitarie, fermo restando che i limiti di spesa fissati dalla presente delibera per l'esercizio 2005 per ciascuna ASL per la macroarea dell'assistenza ospedaliera acquistata dalle case di cura p.a., nonché per tutte le altre aree di assistenza (specialistica riabilitazione, protesica ed integrativa), si intendono onnicomprensivi e non soggetti ad ulteriori maggiorazioni per tenere conto di qualsiasi incremento e/o rivalutazione tariffaria.

5. Al fine di definire il regime transitorio introdotto dalla DGRC n. 2105 del 19 novembre 2004 per i limiti di spesa da applicarsi all'esercizio 2005, si stabilisce che con effetto dal 1 gennaio 2005:

a) per le strutture pubbliche di ciascuna Azienda Sanitaria Locale e di ciascuna Azienda Ospedaliera, a fronte dei volumi di prestazioni che si sono impegnate ad assicurare, desunti dalla programmazione aziendale 2005, sono confermati gli obiettivi di risparmio già assegnati per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048/03 (allegati 4 e 6 della medesima delibera);

b) per le strutture private provvisoriamente accreditate sono confermati per l'esercizio 2005, per ciascuna ASL e per ciascuna area di assistenza sanitaria, tutti i limiti di spesa già definiti per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048 del 28/11/03 (allegati 3 e 5 della medesima delibera), con le uniche modifiche apportate dalla presente delibera ai limiti di spesa dell'assistenza specialistica e dell'assistenza ospedaliera.

6. Le Aziende Sanitarie Locali sono impegnate a modificare ed integrare gli accordi per l'esercizio 2005 con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati (già predisposti sulla base degli schemi tipo allegati sub lettera A) alla delibera della Giunta Regionale n. 2451/2003), con le seguenti innovazioni:

a) la determinazione delle modalità di regressione tariffaria è affidata al tavolo tecnico costituito 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 nelle altre Aziende sanitarie della Regione, individuerà le regressioni utili al rispetto dei limiti di spesa, in base alla metodologia della Regressione Tariffaria Unica - RTU, esposta nella nota tecnica di cui all'allegato n. 3 alla presente delibera;

b) nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente quadrimestre dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico, va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);

c) al fine di lasciare maggiore spazio alla applicazione della eventuale regressione tariffaria, la misura della anticipazione che le Aziende dovranno corrispondere alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscriveranno il contratto, è fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato, da pagarsi entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione con conguaglio quadrimestrale, alla verifica delle quote.

7. Gli allegati da n. 1 a n. 4 formano parte integrante della presente deliberazione.

8. Il presente provvedimento viene inviato ad intervenuta esecutività alle Aree Generali di Coordinamento 8, 19 e 20, ai Settori proponenti, al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Bassolino

ALLEGATO n. 1

AZIENDE SANITARIE LOCALI e AZIENDE OSPEDALIERE Modello Q05 Volumi di Attività per Macroarea (Elaborazione sulla base dei dati forniti dalle AA.SS. in risposta alla nota dell'Assessore alla Sanità n. 666041 del 3/8/05)	A Residenti					A Residenti di altre ASL della Regione		A Residenti Extra Regione		Totale colonne 2 + 3b	Totale colonne 2 + 3b	Variazioni %	
	1	2	3		4=1+2+3	5	6	7	8	9	Prestazioni erogate da privati p.a. ai propri residenti		
	Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	Erogate da altre Aziende Sanitarie della Regione		Consumi Interni per Residenti	Prestazioni sanitarie acquistate direttamente e EXTRA Regione dalle AASS	Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	Anno 2005		Anno 2004
			3a	3b									
		Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.										

AZIENDE SANITARIE LOCALI:

Assistenza specialistica ambulatoriale	N° Prestazioni	18.216.585	43.484.114	108.518	5.537.643	67.346.860	81	335.377	5.561.004	3.422	91.031	49.021.757	47.552.370	3%
Riabilitazione art. 44 (FKT)	N° Prestazioni	1.047.119	10.379.504	5.095	1.633.769	13.065.487	0	18.628	1.628.100	69	11.218	12.013.273	11.388.824	5%
Assistenza riabilitativa ambulatoriale e	N° Prestazioni	4.243.055	3.434.454	0	457.233	8.134.743	0	7.091	769.318	1.739	300	3.891.688	3.867.364	1%
Assistenza riabilitativa residenziale e semires.	N° Giornate	833.878	1.415.136	13.543	633.179	2.895.736	48.032	20.800	502.679	0	17.860	2.048.315	1.928.410	6%
Totale Riabilitazione (compresa FKT)	TOTALE	6.124.052	15.229.094	18.638	2.724.182	24.095.966	48.032	46.519	2.900.097	1.808	29.378	17.953.276	17.184.598	4%
Ricoveri per Acuti (escluso All B)	N° Dimessi	340.101	213.462	36.463	94.342	684.368	16.690	103.725	133.624	11.536	5.142	307.804	314.518	-2%
Ricoveri Lungodegenti e Riabilitazione	N° Dimessi	2.186	6.263	604	2.726	11.778	494	212	5.092	14	374	8.989	9.072	-1%
Ricoveri per Acuti (compresi nell'All B)	N° Dimessi	4.368	4.201	786	5.544	14.899	802	2.032	7.835	113	451	9.745	9.206	6%
Altre Prestazioni di Assistenza Ospedaliera	N° Prestazioni	2.302.790	89.713	124.712	0	2.517.215	17	55.904	9.642	10.320	1.145	89.713	90.144	0%
Totale Assistenza Ospedaliera	TOTALE	2.649.446	313.638	162.565	102.612	3.228.261	18.003	161.873	156.193	21.983	7.112	416.250	422.940	-2%
Assistenza protesica	N° Prestazioni	154.742	595.265	0	99.101	849.108	0	10.834	75.286	113	1.343	694.366	692.429	0%
Assistenza integrativa	N° Prestazioni	136.454	2.306.008	0	80	2.442.542	0	0	3.817	0	0	2.306.088	2.202.442	5%

AZIENDE OSPEDALIERE:

Assistenza specialistica ambulatoriale	N° Prestazioni	1.937.472	23.605
Ricoveri per Acuti (escluso All B)	N° Dimessi	317.832	7.015
Ricoveri Lungodegenti e Riabilitazione	N° Dimessi	1.275	21
Ricoveri per Acuti (compresi nell'All B)	N° Dimessi	15.957	314
Altre Prestazioni di Assistenza Ospedaliera	N° Prestazioni	1.593.262	22.192
Totale Assistenza Ospedaliera	TOTALE	1.928.326	29.543

ALLEGATO n. 2

AZIENDE SANITARIE LOCALI e AZIENDE OSPEDALIERE Modello C05 Costi per Macroarea in migliaia di EURO (Elaborazione sulla base dei dati forniti dalle AA.SS. in risposta alla nota dell'Assessore alla Sanità n. 666041 del 3/8/05)	A Residenti					A Residenti di altre ASL della Regione		A Residenti Extra Regione		Totale colonne 2 + 3b	Totale colonne 2 + 3b			
	1	2	3		4=1+2+3	5	6	7	8	9	Prestazioni erogate da privati p.a. ai propri residenti			
	Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	Erogate da altre Aziende Sanitarie della Regione		Consumi Interni per Residenti	Prestazioni sanitarie acquistate direttamente e EXTRA Regione dalle AASS	Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	Prodotte in proprio	Da acquistare da privati p.a.	Anno 2005		Anno 2004	Variazio ne %
			3a	3b										
AZIENDE SANITARIE LOCALI:														
Assistenza specialistica ambulatoriale	291.339	337.592	1.756	81.650	712.336	13	7.670	84.369	96	1.879	419.241	388.815	8%	
Riabilitazione art. 44 (FKT)	11.159	83.774	35	16.101	111.068	0	94	13.692	0	55	99.875	87.766	14%	
Assistenza riabilitativa ambulatoriale e	342.568	111.518	1.170	30.788	486.043	0	4.055	27.813	577	3.412	142.305	132.389	7%	
Assistenza riabilitativa residenziale e semires.	197.807	124.836	425	49.528	372.597	985	2.025	43.249	0	700	174.365	193.369	-10%	
Totale Riabilitazione (compresa FKT)	551.534	320.128	1.630	96.417	969.708	985	6.174	84.755	577	4.167	416.544	413.525	1%	
Ricoveri per Acuti (escluso All B)	1.240.912	366.067	739	257.064	1.864.782	14.904	394.847	219.504	34.668	8.015	623.131	575.076	8%	
Ricoveri Lungodegenti e Riabilitazione	8.947	58.634	36	13.959	81.576	0	1.999	25.011	36	2.884	72.593	83.447	-13%	
Ricoveri per Acuti (compresi nell'All B)	41.714	20.099	90	32.814	94.717	2.432	8.823	45.503	785	2.411	52.913	44.783	18%	
Altre Prestazioni di Assistenza Ospedaliera	208.530	14.826	16	0	223.372	678	2.801	708	281	79	14.826	14.523	2%	
Totale Assistenza Ospedaliera	1.500.102	459.626	881	303.837	2.264.447	18.014	408.469	290.725	35.770	13.389	763.463	717.829	6%	
Assistenza protesica	15.927	53.599	0	2.029	71.554	0	3.719	0	0	0	55.628	54.158	3%	
Assistenza integrativa	23.037	64.927	0	0	87.964	0	30	151	0	0	64.927	72.740	-11%	
AZIENDE OSPEDALIERE:														
Assistenza specialistica ambulatoriale						60.816			362					
Ricoveri per Acuti (escluso All B)						749.488			27.646					
Ricoveri Lungodegenti e Riabilitazione						7.886			212					
Ricoveri per Acuti (compresi nell'All B)						96.303			2.830					
Altre Prestazioni di Assistenza Ospedaliera						155.167			2.762					
Totale Assistenza Ospedaliera						1.008.844			33.450					

ALLEGATO n. 3

Regressione Tariffaria Unica – RTU: Nota Tecnica

La legge 311/2004 ha ribadito il diritto / dovere delle Regioni di stabilire tetti di spesa per i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie.

La Regione Campania con la DGRC n. 1272/2003 ha stabilito i seguenti principi e criteri applicativi, condivisi dalle Associazioni di Categoria della sanità privata:

- tetto di spesa per macro area / branca e non per singola struttura;
- tetto di spesa regionale definito dalla Giunta Regionale, basato sulla programmazione delle singole ASL;
- tetto di spesa per singola ASL, assegnato alle prestazioni erogate ai residenti di ciascuna ASL, compresa la mobilità passiva nell'ambito della Regione: principio che assicura la libertà di scelta del cittadino e di concorrenza tra le strutture erogatrici, ma che mantiene come obiettivo fondamentale del governo della sanità la programmazione ed il controllo dell'appropriatezza in capo alla ASL di residenza del cittadino;

La **Regressione Tariffaria Unica – R.T.U.** è basata sulla determinazione del contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

Seguendo l'impostazione del tetto di branca e non per singola struttura, il contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale non è desumibile dal confronto con il fatturato di precedenti esercizi del singolo Centro stesso.

Si definisce una R.T.U. per ogni Centro privato p.a. e per ogni branca e/o tipologia di prestazioni oggetto di uno specifico tetto di spesa regionale e per ASL.

Per determinare la R.T.U. del singolo Centro privato p.a. si procede a determinare l'apporto di ciascun Centro:

- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti della ASL in cui opera il Centro, da parte dei Centri che operano in quella ASL;
- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti di ciascuna altra ASL, da parte dei Centri che operano in ASL diverse da quella di residenza del cittadino che ha fruito della prestazione;

Successivamente, confrontando i consuntivi complessivi per ASL con i tetti di spesa prestabiliti, si ottiene proporzionalmente l'ammontare di fatturato (il contributo) del singolo Centro p.a. che ha concorso all'eventuale superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera e/o del tetto di spesa assegnato ad altre ASL regionali.

Infine, il contributo complessivo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione alle varie ASL viene rapportato al fatturato totale del centro, per ottenere la R.T.U. da applicare al quel Centro per quella specifica branca.

ALLEGATO n. 4**VERBALI delle RIUNIONI del 15 e del 27 dicembre 2005**

- Ipotesi di intesa: documento del 15 dicembre 2005 con allegata nota tecnica relativa alla Regressione Tariffaria Unica (R.T.U.);
- Verbale della riunione del 15/12/05 e foglio presenze con le firme dei partecipanti;
- Nota dell'AIOP prot. n. 2371 del 15/12/05;
- Estratto della Relazione della Corte dei Conti sui Risultati della gestione sanitaria della Regione Campania per l'esercizio 2003;
- Ipotesi di intesa: documento del 27 dicembre 2005 con allegata nota tecnica relativa alla Regressione Tariffaria Unica (R.T.U.);
- Verbale della riunione del 27/12/05 e foglio presenze con le firme dei partecipanti;
- Nota delle Associazioni FOAI, ANFFAS, ARIS ed AIAS del 27/12/05;
- Nota della Associazione CONFAPI del 27/12/05.

Napoli, 15 dicembre 2005 – Proposta dell'Assessorato alla Sanità

IPOSTESI DI INTESA TRA ASSESSORATO ALLA SANITA' ED ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DELLA SANITA' PRIVATA CONCERNENTE: "DEFINIZIONE DELLE NUOVE PROCEDURE E MODALITA' APPLICATIVE PER LA FISSAZIONE DEI LIMITI DI SPESA PER GLI ANNI 2005-2006"

PREMESSO:

- che con deliberazione 1272 del 28.03.2003 la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazione sanitaria da erogarsi nella regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1.08.2003 e successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione 1272/2003 a determinare i volumi delle prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per l'anno 2003;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n°48 del 28.11.2003 la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, a confermare le procedure e le modalità applicative come innanzi concordate con le associazioni di categoria della sanità privata;
- che con delibera n. 2105 del 19 novembre 2004 la Giunta Regionale ha precisato che i limiti di spesa, per l'esercizio 2005, sono quelli già fissati per l'esercizio 2004 e che tali limiti operano in regime del tutto transitorio e perderanno la loro efficacia all'atto dell'approvazione, da parte della Giunta Regionale, dei definitivi volumi delle prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2005, con effetto dal 1° gennaio 2005;

DATO ATTO:

- che la legge 30 dicembre 2004, n°. 311 (finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005), ha previsto, al comma 171 dell'art. 1, la seguente disposizione: *"Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio."*;
- che l'applicazione della norma che precede richiede una modifica delle procedure e delle modalità fin qui seguite in forza delle quali potrebbe verificarsi l'evenienza che oggi viene vietata dalla citata norma;

Tutto quanto premesso le parti concordano il seguente nuovo percorso metodologico da applicare per la fattispecie che qui interessa per gli anni 2005 e 2006.

La Giunta Regionale con proprio atto deliberativo:

1. Fissa i limiti massimi di spesa 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;
2. Ripartisce tra le Aziende Sanitarie locali i limiti di spesa fissati, a livello regionale, per le macroaree di attività delle strutture private provvisoriamente accreditate, in tale riparto si tiene conto per singola azienda dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa delle prestazioni da erogare ai propri residenti, compresa, quindi, la quota di prestazioni erogate da strutture ubicate in altre aziende della Regione.
3. Stabilisce che le Aziende Sanitarie Locali sulla base dei volumi e dei correlati livelli di spesa per le prestazioni erogate dalle strutture private temporaneamente accreditate, individuano i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse e definiscono accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati sulla base degli schemi tipo allegati al provvedimento regionale.
4. Stabilisce che nella definizione di tali protocolli d'intesa le AA.SS.LL. devono tener conto dei seguenti vincoli:
 - a) 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) 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 del provvedimento regionale e degli schemi di accordi preliminare tipo allegati al provvedimento stesso.
 - c) 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 di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 377/98 e successive modifiche ed integrazioni, riconosciute con le modalità e le procedure definite con la delibera n. 1270/2003, non potranno essere in alcun caso remunerate;
 - d) ai fini della remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici, si precisa che i tetti di spesa sono definiti tenendo conto delle tariffe regionali vigenti e degli effetti economici delle maggiorazioni tariffarie stabilite dagli accordi ex DGRC n. 1573/2004. I tetti di spesa che saranno fissati dalla Giunta Regionale per il 2005 e 2006 saranno onnicomprensivi ed assorbenti di qualsiasi eventuale incremento tariffario, che dovesse intervenire fino al 31 dicembre 2006; si stabilisce l'invarianza dei tetti di spesa rispetto ad eventuali incrementi tariffari: questi ultimi, quindi, dovranno essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie, a cominciare da quelle meno appropriate o meno necessarie;

- e) le tariffe 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 massimi di spesa, definiti con le modalità previste dagli accordi quadro;
- f) la determinazione delle modalità di regressione tariffaria, è affidata al tavolo tecnico, costituito 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, in base alla metodologia della Regressione Tariffaria Unica – RTU, esposta nella nota tecnica allegata;
- g) non è consentito, se non sulla base di adeguata motivazione la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico, ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata, di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente quadrimestre dell'anno precedente;
- h) Per l'anno 2005 è confermata la disposizione già vigente dal 2003 che prevede 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.
- i) Per l'anno 2006, invece, si dovrà far riferimento all'allegata tabella B2 che contiene le prestazioni classificate di "alta specialità" dalla Conferenza dei Presidenti del 4. 12.2003.
- j) Le prestazioni di ricovero presso le case di cura private provvisoriamente accreditate attualmente inserite nella rete del SIREs, che siano state effettuate tramite accesso di Pronto Soccorso (con codice rosso o giallo), non sono sottoposte a limiti di spesa per la quota del 50% del fatturato anno.

5. Stabilisce 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 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 e che eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione;

6. Stabilisce 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 70% entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione con conguaglio quadrimestrale, alla verifica delle quote.

Regressione Tariffaria Unica – RTU: Nota Tecnica

La legge 311/2004 ha ribadito il diritto / dovere delle Regioni di stabilire tetti di spesa per i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie.

La Regione Campania con la DGRC n. 1272/2003 ha stabilito i seguenti principi e criteri applicativi, condivisi dalle Associazioni di Categoria della sanità privata:

- tetto di spesa per macro area / branca e non per singola struttura;
- tetto di spesa regionale definito dalla Giunta Regionale, basato sulla programmazione delle singole ASL;
- tetto di spesa per singola ASL, assegnato alle prestazioni erogate ai residenti di ciascuna ASL, compresa la mobilità passiva nell'ambito della Regione: principio che assicura la libertà di scelta del cittadino e di concorrenza tra le strutture erogatrici, ma che mantiene come obiettivo fondamentale del governo della sanità la programmazione ed il controllo dell'appropriatezza in capo alla ASL di residenza del cittadino;

La **Regressione Tariffaria Unica – R.T.U.** è basata sulla determinazione del contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

Seguendo l'impostazione del tetto di branca e non per singola struttura, il contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale non è desumibile dal confronto con il fatturato di precedenti esercizi del singolo Centro stesso.

Si definisce una R.T.U. per ogni Centro privato p.a. e per ogni branca e/o tipologia di prestazioni oggetto di uno specifico tetto di spesa regionale e per ASL.

Per determinare la R.T.U. del singolo Centro privato p.a. si procede a determinare l'apporto di ciascun Centro:

- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti della ASL in cui opera il Centro, da parte dei Centri che operano in quella ASL;
- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti di ciascuna altra ASL, da parte dei Centri che operano in ASL diverse da quella di residenza del cittadino che ha fruito della prestazione;

Successivamente, confrontando i consuntivi complessivi per ASL con i tetti di spesa prestabiliti, si ottiene proporzionalmente l'ammontare di fatturato (il contributo) del singolo Centro p.a. che ha concorso all'eventuale superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera e/o del tetto di spesa assegnato ad altre ASL regionali.

Infine, il contributo complessivo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione alle varie ASL viene rapportato al fatturato totale del centro, per ottenere la R.T.U. da applicare al quel Centro per quella specifica branca.



Giunta Regionale della Campania

A.G.C. Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli Organi Istituzionali
delle AA.SS.LL. ed AA.OO.
Settore Programmazione

VERBALE TAVOLO TECNICO

Il giorno 15 dicembre 2005 alle ore 10, presso il Settore Programmazione dell'Assessorato alla sanità si sono riuniti per discutere delle problematiche relative ai tetti di spesa per il 2005, giusta convocazione dell'Assessore alla Sanità, Prof. Angelo Montemarano, prot. n.2452, i rappresentanti delle Associazioni di Categoria riportate all'Allegato 1 al presente verbale, che costituisce parte integrante dello stesso.

Il dott. D'Ascoli apre la seduta sottoponendo all'attenzione dei presenti un documento in cui viene descritta la procedura elaborata dall'Assessorato per la fissazione dei tetti di spesa e precisa che i lavori del tavolo verteranno esclusivamente sugli aspetti procedurali. Nelle sedute successive del Tavolo si discuterà più specificamente dei profili finanziari.

Rileva inoltre come per le ASL SA2 e AV1 sia stato sollevato un problema di "mero errore materiale" nella definizione dei tetti di spesa per il 2003 e 2004.

La dott. Bertoli illustra i contenuti del documento.

Le procedure previste per gli anni 2003 – 2004 consentivano che una stessa prestazione medica potesse essere remunerata diversamente nello stesso centro a seconda che il cittadino a cui era destinata appartenesse alla ASL di riferimento o ad altra ASL. Tali procedure devono essere riviste poiché questa fattispecie non è più ammessa in seguito alla disposizione del comma 171 della legge n. 311/2004.

Per il Pronto Soccorso si pone invece la necessità di maggiore chiarezza poiché le prestazioni devono essere escluse dai tetti solo se di "vera emergenza".

Il dott. Ghidelli procede, quindi, all'illustrazione dei meccanismi della regressione tariffaria.

Innanzitutto è cambiata la lista delle prestazioni. Per evitare equivoci queste sono raggruppate in dieci categorie di costi ai quali corrispondono 10 diversi tetti per le dieci macroaree.

Il dott. D'Anna chiede maggiori spiegazioni.

Il dott. Ghidelli dichiara che, alla luce degli obiettivi regionali di avere dei tetti di branca, ogni centro, nell'erogare le prestazioni a cittadini di diverse ASL, produce un costo che contribuisce allo sfondamento dei tetti da parte di ogni centro. In altre parole, determinando il contributo di ciascun centro allo sfondamento dei vari tetti per ASL, si applica la regressione tariffaria: se qualche ASL ha superato il tetto, tutte le prestazioni erogate ai cittadini di quell'ASL contribuiscono allo sfondamento, si vede l'incidenza del centro sullo sfondamento e si applica la regressione.

Il dott. Accarino sottolinea l'importanza di un monitoraggio tempestivo e corretto senza il quale qualsiasi procedura è destinata ad essere inefficace.

Il dott. D'Anna chiede che, alla luce della politica di forte contenimento della spesa che l'Assessorato sta perseguendo, venga valutata la possibilità di avere un'unica regressione tariffaria a livello regionale, un unico tetto regionale, un'unica volumetria, un unico tavolo. In tal modo, per esempio, se

la macroarea laboratorio “sfonda”, tutte le strutture devono sopportare lo sfondamento con la regressione di macroarea! Altrimenti, il rischio è di perdersi in troppi rivoli! Se il decisore politico – continua il dott. D'Anna – ritiene necessario ridimensionare del 27% in 3 anni i trasferimenti alla sanità privata, deve consentire alle associazioni di difendersi. A sostegno della proposta dell'unitarietà della regressione, il dott. D'Anna produce la relazione del Procuratore generale presso la Corte dei Conti inerente i risultati della gestione del sistema sanitario regionale che evidenzia la necessità di un forte presidio, ai fini del rispetto del principio di concorrenzialità, anche del segmento pubblico della spesa sanitaria (Allegato 2 al presente verbale). Quindi, per il 2006 si chiede di avere una efficace programmazione a monte, un'unica somma cumulativa del pubblico e del privato, un unico tavolo, un'unica regressione tariffaria. E si chiede che ciò avvenga nel rispetto del principio della concertazione (l'unico in grado di garantire un basso coefficiente di contenzioso) con una maggiore partecipazione del decisore politico al processo.

Il Dott D'Ascoli prende la parola e chiarisce, in primo luogo, come l'Assessorato abbia ormai da tempo assunto il principio della concertazione come principio cardine della programmazione. Continua dichiarando che la Regione sta lavorando in più direzioni. Innanzitutto, si deve procedere in tempi rapidi alla definizione del pregresso perchè l'entità del debito è ormai insostenibile; la Conferenza Stato – Regioni ha imposto che, ai fini del trasferimento delle risorse finanziarie dovute, la Regione Campania ponga in essere delle efficaci manovre di rientro del debito.

In considerazione di ciò, sono in corso manovre per l'azzeramento del debito attraverso la SORESA per poter finalmente evitare la commistione fra “pregresso ed ordinario” .

Ma soprattutto, non va trascurato che uno degli aspetti più complessi e sul quale l'Assessore ha chiesto la collaborazione di tutti, è l'aumento del finanziamento della Regione da parte del Fondo Sanitario Nazionale.

Tanto, per dare conto del quadro generale, ma , in attesa dell'approvazione del Bilancio Regionale, ciò che va qui più specificamente affrontato, come si diceva, è la chiusura del 2005.

Il dott. D'Anna esprime la medesima volontà di portare il sistema sanitario regionale a congrui livelli di “certezza” ma ritiene che ciò appaia oltremodo difficile considerato che per il 2005 non c'è nessuna forma di contabilizzazione interaziendale e non c'è nessun calcolo delle compensazioni perchè nessuno dei tredici tavoli è in grado di darci dati certi.

Il dott. Dell'Aquila dell'ANFASS ritiene che la necessità di risparmiare stia condizionando tutto e chiede il perchè dell'abolizione dei tetti di struttura, visto che le strutture per “soggetti ipodotati” pur non sforando mai non traggano da ciò alcuna forma di beneficio!

Il dott. D'Anna afferma come l'ipotesi di tetti di struttura sia già stata ampiamente superata nello schema di contratto della DGR 2451, in quanto tale modello, per i suoi meccanismi intrinseci, lascia ricchi i ricchi e poveri i poveri.

Anche la dott.ssa Bertoli ricorda che i tetti di struttura sono ormai superati con i tetti di branca a partire dalla DGR n.1272 del 28/03/03.

Il dott. Amodei dell' SBV dichiara che dopo giugno 2006 non sarà più disposto ad effettuare prestazioni non retribuite. E chiede con insistenza che si ponga la debita attenzione alla necessità di un corretto monitoraggio.

Il dott. Crispino dell'Assistenza Ospedaliera Convenzionata dice che le Case di cura hanno avuto dei budget mal formulati perchè elaborati sulla base di dati delle ASL sbagliati, in quanto il fabbisogno non è stato correttamente ripartito fra le singole aziende.

In merito alla correttezza dei budget si precisa, per le prestazioni di emergenza ed urgenza, la necessità di sottrarre il pronto soccorso dai budget. Tali prestazioni devono essere fuori budget.

Per il dott. Pagano della FOAI sono condivisibili le affermazioni del dott. D'Anna circa il 2006. Richiama inoltre l'attenzione dei presenti sulla situazione della ASL SA 2.

Il dott. D'Anna chiarisce che la situazione della ASL SA 2 è definibile di “assoluto non rispetto delle regole” per cui ciò che accade presso il relativo tavolo tecnico non può e non deve essere preso come parametro. Il dott. Pagano conclude chiedendo che fra gli oneri richiesti al fine del trasferimento delle risorse venga inserita la tempestività dell'invio delle informazioni.

Prende la parola il rappresentante dell' ACICAR che richiama l'attenzione su una proposta relativa alle compensazioni inter ASL. L'ACICAR , continua, ha già chiesto compensazioni inter ASL .

L'ACICAR rinnova la richiesta di un unico tavolo regionale e di una sola tariffa di abbattimento per residenti e non residenti al fine di eliminare l'anarchia delle ASL. Conferma, in ogni caso, la volontà di addivenire ad un accordo, a patto che questo sia veloce e serio.

Il dott. Cicenìa di CONFAPI rileva gli elementi positivi di questa “sterilizzazione delle compensazioni”: se si assegnano alle ASL volumi omnicomprensivi, il “totem delle compensazioni è più avvicinabile”. Viene valutata positivamente la regressione tariffaria unica ma si richiede, essendo tale regressione posta per la prima volta, una riflessione più approfondita a livello regionale.

Per il dott. Corigliòni di Confindustria Campania è impensabile che il “corrente” serva per pagare il “pregresso”. Sottolinea che dai documenti della Conferenza Stato – Regioni si evince che il FSN ha stanziato per la Regione Campania circa 7 miliardi di Euro.

Il dott. Pagano chiede al dott. D'Ascoli se la rimodulazione delle tariffe inciderà sui tetti di spesa.

Il dott. D'Ascoli richiama l'attenzione dei presenti sull'ordine del giorno e afferma che, alla luce delle nuove ipotesi di lavoro prese in considerazione, è necessario un ulteriore momento di di verifica prima di poter esprimere un indirizzo.

Anche perchè bisogna, come detto in apertura di lavori, mettere a fuoco le richieste di correzioni per le ASL NA1, AV1, SA1, SA2 e SA3 .

Il dott. Corigliòni afferma che anche per altre ASL sembrano esserci problemi di errori materiali da correggere. Il dott. D'Ascoli dichiara che, allo stato, dagli atti non risultano esserci altre ASL nelle medesime condizioni. Riepilogando, sarebbero da correggere gli errori materiali già individuati; c'è da operare una riflessione più approfondita sulle procedure che il Tavolo propone già per il 2005 e che sono diverse da quelle seguite per il 2004. Per il 2006 , bisognerà attendere l'approvazione del bilancio regionale per poter lavorare con cognizione di causa.

Il dott. D'Ascoli continua auspicando una chiusura entro fine anno.

Il dott. D'Anna, dopo essersi impegnato a far sospendere le agitazioni presso la SA2, si augura che possa essere elaborato un Albo delle Associazioni di Categoria, poiché essendo tali Associazioni i soggetti che , per legge, sono investiti della responsabilità dell'elaborazione delle procedure è necessario che esse siano rappresentative degli interessi espressi .

Del che è verbale.

I RAPPRESENTANTI DELLE CATEGORIE

I RAPPRESENTANTI REGIONALI

L. Natale

TAVOLO TECNICO TETTI DI SPESA 2005
SEDUTA DEL
15-12-05

Organismo
Prof. Rep. Gaetano Longobardi
S.N.R.
Com. Federazione
CENTRI ANTI DIABETE
PEDI LAB
SBV
ANISAP.

nomi Longobardi
OLGA ACCANTORA
OTTAVIO CORICUONI
BRUNO ACCARINO
LUIGI GESUE
DIANNA VINCENZO
Paoletto Alfio
OLIVIERO CIRO

Firme
Oreste Longobardi
Paoletto Alfio
Dip. Gaetano
Vincenzo Longobardi
Paoletto Alfio
Oreste Longobardi

FOAI
FOAI
CONFEDI SANITA'

COSIMO DE VITA
GERARDO PAGANO
SILVANA TAPA

ANFFAS
ANFFAS PUGLIA

GENNARO DELL'ARQUILA
ANGELO CERRACCHIO

ARIS

Zohie Fongione

ANPRIC

A.I.-A.S.-
ACICAR

A.I.O.P.

U.I.

Sebastian (SCHIAVONE VINCENZO)
Gino (De Vito) U.I.

ASS.TO SANITA': Dr. D'ASCOLI
" " Ghidella
" " Anna Natali

ARSAN
Luis Bertol
Giuseppe Longobardi



A.I.O.P.

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

SEDE REGIONALE DELLA CAMPANIA

Data: 15/12/2005

Prot.: 2371

A.I.O.P. REGIONE CAMPANIA
Sede in Napoli
Piazza Vittoria, 10 - C.A.P. 80121
E-mail info@aiopcampa.it

C.F. 80150160630
Tel. 081.764.31.22 (Pbx)
Fax 081.764.43.47

All'assessore alla Sanità della
Regione Campania
Prof. Angelo Montemarano

Al C.A.G.C. Piano Sanitario Regionale
e Settore Programmazione
Dr. Albino D'Ascoli

- Loro Sedi -

Oggetto: Vs convocazione per tavolo tecnico tetti di spesa 2005.

In riferimento all'oggetto della convocazione odierna, con la presente la scrivente Associazione dichiara quanto segue:

Considerato

- che, con deliberazioni di Giunta regionale n° 2451/03, 3133/03, 048/03, sulla base di previsioni effettuate dalle AA.SS.LL., sono stati stanziati i finanziamenti per il Settore Ospedaliero Accreditato (Case di cura) per gli anni 2003, 2004;

Verificato

- dai consuntivi delle AA.SS.LL., che alcune di esse avevano sottostimato la spesa mentre altre l'avevano sovrastimata, tant'è che dai conti regionali si rileva che nove AA.SS.LL. hanno dichiarato un saldo attivo mentre altre quattro (AV 1, NA 1, SA, SA 2) hanno dichiarato un saldo passivo;

Rilevato

- che, a seguito dei saldi passivi dichiarati dalle AA.SS.LL. le stesse hanno provveduto a comunicare alle Case di cura insistenti sul territorio di loro competenza che non avrebbero corrisposto alcun pagamento oltre il limite di spesa loro assegnato pur in presenza di prestazioni da tempo erogate;
- che inoltre, la quasi totalità delle AA.SS.LL. ha applicato, anche a distanza di 12 mesi, regressioni tariffarie sui soli residenti che avevano usufruito di prestazioni presso Case di cura insistenti su territori diversi da quello di propria competenza, e che tale meccanismo ha innescato una richiesta a posteriori di recupero finanziario per prestazioni già erogate ed in molti casi già pagate;

Considerato

- che un tale meccanismo perverso ha generato, oltre che estrema confusione, una massiccia ripresa del contenzioso con conseguenti azioni legali su tutto il territorio regionale;
- che inoltre, per alcune delle quattro AA.SS.LL. che avevano dichiarato a consuntivo un saldo negativo si è già proceduto ad effettuare una modifica nella ripartizione dei budgets precedentemente loro assegnati e che per la sola Napoli 1, che dichiarava il maggior saldo passivo sia per l'anno 2003 che per l'anno 2004, a tanto non si è ancora proceduto;
- che a seguito di colloqui intercorsi sia con l'Assessore alla Sanità che con la Direzione Sanitaria della suddetta ASL, la stessa si è dichiarata disponibile a comunicare all'Assessorato l'effettivo scostamento del fabbisogno di prestazioni provenienti dal territorio di sua competenza rispetto a quanto in precedenza dalla stessa comunicato;



A.I.O.P.

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA
SEDE REGIONALE DELLA CAMPANIA

A.I.O.P. REGIONE CAMPANIA
Sede in Napoli
Piazza Vittoria, 10 - C.A.P. 80121
E-mail info@aiopcampania.it

C.F. 80150160830
Tel. 081.764.31.22 (Pbx)
Fax 081.764.43.47

- che tale erronea comunicazione ha generato l'insufficiente assegnazione da parte della Regione a favore della stessa ASL;

Ritenuto

- che la citata comunicazione sia indispensabile al fine della corretta determinazione del livello di spesa di ciascuna delle AASSL del territorio regionale, permettendo così un giusto allineamento dei budget a quanto dalle stesse effettivamente e storicamente consuntivato;

In considerazione del fatto

- che lo stanziamento effettuato a mezzo delle citate deliberazioni di G.R. debba essere considerato come budget assegnato alla macroarea "assistenza ospedaliera accreditata" e come tale assoggettabile ad una operazione di compensazione perequativa da effettuare sulla base dei costi effettivamente sostenuti e consuntivati a fine di ogni anno dalle AA.SS.LL. della Regione Campania;
- che i citati stanziamenti, anche a seguito di opportuna compensazione di Settore, risultano congrui rispetto alla spesa globalmente sostenuta e consuntivata dalle AASSLL;

Si ritiene che

- Il provvedimento di ripartizione alle Aa.Ss.Ll. per l'anno 2005, così come previsto dalla DGRC 2105/04, non possa essere effettuato sino a quando la Regione non avrà rimodulato le assegnazioni tenendo conto dell'effettivo fabbisogno della ASL Napoli 1. Solo così sarà quindi possibile procedere ad una corretta assegnazione alle AASSLL operando una ripartizione dei fondi compatibile sia con il budget della Macroarea "assistenza Ospedaliera Accreditata", sia con i livelli di spesa effettivamente sostenuti da ciascuna ASL, così come esemplificativamente mostra lo schema allegato (dati consuntivo spesa 2003).

AASSLL	Tetto Settore (DGRC 3133/03)	Spesa x residenti	Mobilità passiva	Totale consuntivo	AASSLL con saldo attivo	AASSLL con saldo passivo	Saldo Settore dopo compensazione
AV1	10.120.000	4.494.000	7.550.000	12.044.000		- 1.924.000	
AV2	31.358.000	18.613.000	8.027.000	26.640.000	4.718.000		
BN	54.307.000	37.488.000	5.935.000	43.423.000	10.884.000		
CE1	37.740.000	25.715.000	11.819.000	37.534.000	206.000		
CE2	43.862.000	18.824.000	18.525.000	37.349.000	6.513.000		
NA1	101.908.000	92.195.000	24.201.000	116.396.000		- 14.448.000	
NA2	37.981.000	9.916.000	27.901.000	37.817.000	164.000		
NA3	43.282.000	10.180.000	26.300.000	36.480.000	6.802.000		
NA4	68.701.000	33.913.000	26.722.000	60.635.000	8.066.000		
NA5	84.037.000	23.548.000	35.040.000	58.588.000	25.449.000		
SA1	20.591.000	3.889.000	17.801.000	21.690.000		- 1.099.000	
SA2	38.333.000	31.556.000	7.360.000	38.916.000		- 583.000	
SA3	27.237.000	14.329.000	8.755.000	23.084.000	4.513.000		
TOTALE	599.457.000	324.660.000	225.936.000	550.596.000	66.955.000	-18.094.000	48.861.000



CORTE DEI CONTI
SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO
PER LA CAMPANIA

I RISULTATI DELLA GESTIONE SANITARIA
DELLA REGIONE CAMPANIA

(Esercizio 2003)

Relazione
(ai sensi dell'articolo 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20)

LA GESTIONE FINANZIARIA CORRENTE E LE MISURE DI
CONTENIMENTO DEL FABBISOGNO SANITARIO

§ 2.1 – Linee evolutive del fabbisogno sanitario

(stralcio)

§§§§§§§§§§§§

Con riguardo ai meccanismi di imposizione di tetti di spesa per le strutture operanti in regime di accreditamento provvisorio, si osserva che l'utilizzo di tali misure deve avere i caratteri della tempestività, sotto il profilo programmatico, e della interconnessione con altri strumenti di controllo, quali

la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni. Inoltre, al fine di non incorrere in violazioni dei principi di concorrenzialità e di libera scelta (come avvenuto in occasione della DGRC n. 6216 del 23 novembre 2001, parzialmente annullata con sentenza della V Sezione del Consiglio di Stato n. 1663/04 del 20 gennaio 2004) l'individuazione, da parte della Giunta regionale, di un tetto complessivo di spesa alle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa, integrativa ed ospedaliera fornite per conto e nell'ambito del Servizio sanitario regionale da parte dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, deve avvenire adottando effettivi interventi di ridimensionamento e di contenimento della spesa anche sul versante delle strutture pubbliche. I presidi del Servizio sanitario regionale, siano essi pubblici che privati, vanno, infatti, considerati su di un piano di parità, così da salvaguardare il diritto di libera scelta del cittadino tra le strutture pubbliche e quelle private ed evitare che elementi meramente soggettivi (quali, ad es., la fissazione di tetti che abbiano un precipuo riguardo preferenziale per le strutture pubbliche) possano incidere sulla libertà di scelta dell'utente tra strutture equiordinate ovvero l'efficace competizione tra le strutture accreditate. Sotto tale profilo, la funzione di pianificazione ed autorizzazione della spesa deve temperarsi sia con i principi di affidamento degli operatori privati sia con i canoni di ragionevolezza e proporzionalità.

Nel solco della giurisprudenza in materia di accreditamento provvisorio, la Regione ha adottato due recenti provvedimenti di programmazione (DGRC n. 1270, 1272 del 28 marzo 2003) con i quali ha fissato i criteri di evoluzione qualitativa e quantitativa delle "capacità operative massime" delle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate nel quadro di una corretta programmazione del fabbisogno sanitario compatibile con le risorse finanziarie disponibili. Successive delibere (DGRC n. 2451 del 1° agosto 2003 e n. 48 del 28 novembre 2003) hanno definito il Piano delle prestazioni ed i correlati tetti di spesa; rispettivamente, per gli esercizi 2003 e 2004.

E' da segnalare, inoltre, il divieto posto dalla recente legge finanziaria per il 2005 (L. n. 311 del 30 dicembre 2004, art. 1, comma 171) di procedere alla modulazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa praticando importi tariffari, per la remunerazione delle prestazioni dei soggetti erogatori pubblici e privati, diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale.

Napoli, 27 dicembre 2005 – Proposta dell'Assessorato alla Sanità

IPOSTESI DI INTESA TRA ASSESSORATO ALLA SANITA' ED ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DELLA SANITA' PRIVATA CONCERNENTE: "DEFINIZIONE DELLE NUOVE PROCEDURE E MODALITA' APPLICATIVE PER LA FISSAZIONE DEI LIMITI DI SPESA PER L'ANNO 2005"

PREMESSO:

- che con deliberazione 1272 del 28.03.2003 la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazione di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1.08.2003 e successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione 1272/2003 a determinare i volumi delle prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per l'anno 2003;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n°48 del 28.11.2003 la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, a confermare le procedure e le modalità applicative come innanzi concordate con le associazioni di categoria della sanità privata;
- che con delibera n. 2105 del 19 novembre 2004 la Giunta Regionale ha precisato che i limiti di spesa, per l'esercizio 2005, sono quelli già fissati per l'esercizio 2004 e che tali limiti operano in regime del tutto transitorio e perderanno la loro efficacia all'atto dell'approvazione, da parte della Giunta Regionale, dei definitivi volumi delle prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2005, con effetto dal 1° gennaio 2005;

DATO ATTO:

- che la legge 30 dicembre 2004, n°. 311 (finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005), ha previsto, al comma 171 dell'art. 1, la seguente disposizione: *"Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio."*;
- che l'applicazione della norma che precede richiede una modifica delle procedure e delle modalità fin qui seguite in forza delle quali potrebbe verificarsi l'evenienza che oggi viene vietata dalla citata norma;

Tutto quanto premesso le parti concordano il seguente nuovo percorso metodologico da applicare per la fattispecie che qui interessa per **l'anno 2005**.

La Giunta Regionale con proprio atto deliberativo:

1. Fissa i limiti massimi di spesa 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;
2. Ripartisce tra le Aziende Sanitarie locali i limiti di spesa fissati, a livello regionale, per le macroaree di attività delle strutture private provvisoriamente accreditate; in tale riparto si tiene conto per singola azienda dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa delle prestazioni da erogare ai propri residenti, compresa, quindi, la quota di prestazioni erogate da strutture ubicate in altre aziende della Regione.
3. Stabilisce che le Aziende Sanitarie Locali sulla base dei volumi e dei correlati livelli di spesa per le prestazioni erogate dalle strutture private temporaneamente accreditate, individuano i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse e definiscono accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati sulla base degli schemi tipo allegati al provvedimento regionale.
4. Stabilisce che nella definizione di tali protocolli d'intesa le AA.SS.LL. devono tener conto dei seguenti vincoli:
 - k) 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.
 - l) 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 del provvedimento regionale e degli schemi di accordi preliminare tipo allegati al provvedimento stesso.
 - m) 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 di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 377/98 e successive modifiche ed integrazioni, riconosciute con le modalità e le procedure definite con la delibera n. 1270/2003, non potranno essere in alcun caso remunerate;
 - n) ai fini della remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici, si precisa che i tetti di spesa sono definiti tenendo conto delle tariffe regionali vigenti e degli effetti economici delle maggiorazioni tariffarie stabilite dagli accordi ex DGRC n. 1573/2004. I tetti di spesa che saranno fissati dalla Giunta Regionale per il 2005 saranno onnicomprensivi ed assorbenti di qualsiasi eventuale incremento e/o rivalutazione tariffaria;
 - o) le tariffe 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 massimi di spesa, definiti con le modalità previste dagli accordi quadro;

- p) la determinazione delle modalità di regressione tariffaria, è affidata al tavolo tecnico, costituito 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, in base alla metodologia della Regressione Tariffaria Unica – RTU, esposta nella nota tecnica allegata;
- q) non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente quadrimestre dell'anno precedente. Tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico; in caso di valutazione positiva le prestazioni eccedenti vanno remunerate nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa;
- r) Anche per l'anno 2005 sono confermate le disposizioni già previste dalla DGRC 2451/03 (punto 8 lettera f) in merito alla esclusione dai limiti di spesa di alcune prestazioni di ricovero.

5. Stabilisce 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 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 e che eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione;

6. Stabilisce 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 70% entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione con conguaglio quadrimestrale, alla verifica delle quote.

Regressione Tariffaria Unica – RTU: Nota Tecnica

La legge 311/2004 ha ribadito il diritto / dovere delle Regioni di stabilire tetti di spesa per i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie.

La Regione Campania con la DGRC n. 1272/2003 ha stabilito i seguenti principi e criteri applicativi, condivisi dalle Associazioni di Categoria della sanità privata:

- tetto di spesa per macro area / branca e non per singola struttura;
- tetto di spesa regionale definito dalla Giunta Regionale, basato sulla programmazione delle singole ASL;
- tetto di spesa per singola ASL, assegnato alle prestazioni erogate ai residenti di ciascuna ASL, compresa la mobilità passiva nell'ambito della Regione: principio che assicura la libertà di scelta del cittadino e di concorrenza tra le strutture erogatrici, ma che mantiene come obiettivo fondamentale del governo della sanità la programmazione ed il controllo dell'appropriatezza in capo alla ASL di residenza del cittadino;

La **Regressione Tariffaria Unica – R.T.U.** è basata sulla determinazione del contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

Seguendo l'impostazione del tetto di branca e non per singola struttura, il contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale non è desumibile dal confronto con il fatturato di precedenti esercizi del singolo Centro stesso.

Si definisce una R.T.U. per ogni Centro privato p.a. e per ogni branca e/o tipologia di prestazioni oggetto di uno specifico tetto di spesa regionale e per ASL.

Per determinare la R.T.U. del singolo Centro privato p.a. si procede a determinare l'apporto di ciascun Centro:

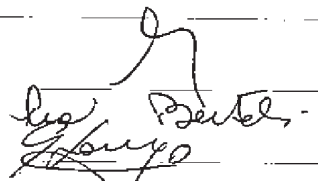

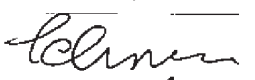



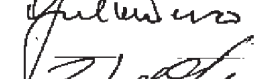
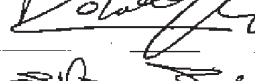

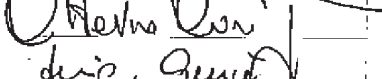
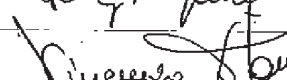
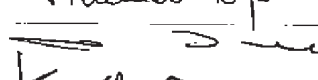


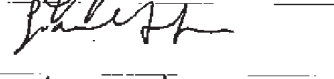
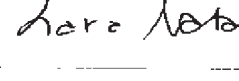
- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti della ASL in cui opera il Centro, da parte dei Centri che operano in quella ASL;
- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti di ciascuna altra ASL, da parte dei Centri che operano in ASL diverse da quella di residenza del cittadino che ha fruito della prestazione;

Successivamente, confrontando i consuntivi complessivi per ASL con i tetti di spesa prestabiliti, si ottiene proporzionalmente l'ammontare di fatturato (il contributo) del singolo Centro p.a. che ha concorso all'eventuale superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera e/o del tetto di spesa assegnato ad altre ASL regionali.

Infine, il contributo complessivo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione alle varie ASL viene rapportato al fatturato totale del centro, per ottenere la R.T.U. da applicare al quel Centro per quella specifica branca.

ALLEGATO 1

Elenco partecipanti al Tavolo tecnico seduta 27.12.05

Nome e Cognome	Associazione	Firma
	COORDINATORE A.G.C.19	
	ARSAN	
	ACICAR	
CARLOTTA SOTA	AIAS	
SCHIAVONE V.	AIOP	
PARISI - CERDAGLIO	ANFASS	
	ANISAP	
	ANPRIC	
GIULIANNA FUSCO	ARCADE	
TOBIA FORGIONE	ARIS RIABILITAZIONE	
PAPA SILVANA	CONFAPI	
OTTAVIO CORICLIONI	CONFINDUSTRIA	
LUIGI GESUE'	FEDERDIABETICI	
Vincenzo S'ANNA	FEDERLAB	
COSIMO DEVITA GERARDO PAGANO	FOAI	
Pietro Napolitano	SBV	
BRUNO ACCIARINO	SNR	
GIANCARLO PAVO GHISELLI	ASS.TO SANITA'	
LARA NATALE	ASS.TO SANITA'	Lara Natale

F.O.A.I. - ANFFAS - ARIS - AIAS

ALL'ASSESSORE ALLA SANITA'
DELLA GIUNTA DELLA REGIONE CAMPANIA
DOTT. ANGELO MONTEMARANO
NAPOLI

Salerno, 27 dicembre 2005

OGGETTO: Tavolo tecnico sui tetti di spesa 2005.

In relazione alla convocazione del Tavolo Tecnico per i Tetti di Spesa 2005 di cui alla nota dell'Assessore alla Sanità della Giunta Regione Campania prot. n. 2586/sp del 22/12/2005, le sottoscritte associazioni di categoria F.O.A.I. - ANFFAS - ARIS -

AIAS

.....
rappresentanti di centri del settore della riabilitazione, eccepiscono quanto segue:

- 1) La convocazione in questione è illegittima in quanto intervenuta con notevole ritardo ed alla fine dell'anno corrente con la determinazione di tetti di spesa per il 2005, operazione che doveva essere effettuata in via preventiva all'inizio dell'anno anche per consentire alle strutture di programmare la propria attività e di non trovarsi di fronte alla determinazione di tetti rispetto ai quali non hanno potuto conformare la propria attività sia sotto il profilo sanitario che economico e finanziario;
- 2) Un eventuale sfioramento dei tetti così tardivamente determinati non può addebitarsi alle responsabilità delle strutture, ignare dei livelli determinati, ma esclusivamente a carico dell'Ente Regione nella mancata programmazione prescritta dalla vigente legislazione. Sotto tale profilo saranno attivate le azioni sindacali e legali a tutela dei centri presso le autorità giudiziarie, amministrative e contabili.
- 3) La determinazione tardiva dei tetti di spesa penalizza le strutture che hanno operato legittimamente e nel rispetto dei livelli di prestazioni delle C.O.M., che sono gli unici limiti che verranno rispettati in assenza della predeterminazione dei tetti di spesa. Pertanto la regressione tariffaria è illegittima nei confronti di chi ha rispettato le C.O.M., ignorando incolpevolmente i tetti di spesa, indebitamente danneggiati rispetto a chi tali C.O.M. non ha rispettato.
- 4) Si eccepisce, inoltre, che l'Ente Regione è gravemente responsabile per avere omesso di rispettare le procedure, i tempi e le modalità dettate dalla disciplina in materia.

FOAI

Il coordinatore regionale
COSIMO DE VITA



ANFFAS

Il coordinatore regionale
SALVATORE PARISI



ARIS

Il rappresentante regionale
TOBIA FORGIANO



AIAS

Il delegato regionale
DONCETTA SAETTA





Preg.mo Prof. Angelo Montemarano
Assessore alla Sanità Regione Campania

Preg.mo dott. Albino D'Ascoli
Giunta Regionale della Campania
Coordinatore Area Assistenza Sanitaria

Loro Sedi

Oggetto: documento su ipotesi nuove procedure tetti di spesa.

La CONFAPI SANITA' REGIONE CAMPANIA, pur apprezzando lo sforzo compiuto dall'Assessore Regionale e dal Coordinatore Area Assistenza Sanitaria e manifestando fin d'ora il proprio incondizionato sostegno ad ogni iniziativa promossa contro le sperequazioni compiute dal S.S.N., non può non esternare la propria disapprovazione in merito alla ipotesi di intesa sulla definizione delle nuove procedure e modalità applicative per la fissazione dei limiti di spesa per gli anni 2005-2006.

Preliminarmente deve sottolinearsi che l'ipotesi in parola, per un verso, tende a definire nel merito e non solo nel metodo i tetti di spesa e, per altro verso, individua forme del tutto inique di sterilizzazione di ogni legittima forma di aggiornamento delle tariffe alle mutate esigenze del mercato del lavoro.

Traspare evidente, pertanto, che, da un lato, si tenti di raccogliere il consenso su di una vera ipotesi di fissazione dei tetti di spesa, dall'altro, si mostri di voler bloccare *ex ante* ogni legittimo effetto positivo legato al dovuto adeguamento delle tariffe.

Tutto ciò chiarito ed evidenziato, si espongono per sintesi i motivi di dissenso.

1) - Non può non rilevarsi che la Regione Campania, attraverso la fissazione a fine anno dei tetti di spesa per il 2005, violi oggettivamente le pronunce definitive emesse dal massimo organo della Giustizia Amministrativa.

E' stato chiarito in sede di annullamento della DGRC n.6216/2001 che la determinazione dei tetti di spesa, pur rappresentando una facoltà attribuita alle Regioni, non può essere disposta "a sanatoria", ma deve precedere qualsiasi attività da compiersi.

Soltanto così riavrà la sua funzione programmatica e potrà consentire agli imprenditori di modulare in anticipo la propria attività.

A fine anno, invece, le prestazioni sono state tutte rese ed è giusto che vengano remunerate senza alcuna applicazione di regressione.

2) - Appare svilito il ruolo delle AA.SS.LL., posto che nessuna attività di programmazione e di risposta ai bisogni presenti sui territori è ad esse affidata.

L'ipotesi di riparto è effettuata "a consuntivo" e prescindendo da ogni analisi epidemiologica e da un'effettiva identificazione del bisogno sanitario del territorio.

Secondo l'ipotesi di intesa, le AA.SS.LL. sono deputate soltanto a "scorporare" le somme elargite per macroaree ed a procedere ad una distribuzione per branche assolutamente insoddisfacente e foriera di ulteriori buchi di bilancio.

3) - Assolutamente inconcepibile è l'obbligo imposto dalla Regione ai CC.TT.AA. di non percepire gli aumenti tariffari.

Il meccanismo è iniquo e prevede che gli aumenti tariffari, da un lato, dovranno essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie e, dall'altro, saranno inapplicabili ai tetti di spesa fissati dalla G.R., posto che essi saranno onnicomprensivi ed assorbenti di qualsiasi incremento tariffario.

Tutto ciò risulta palesemente in contrasto con quanto statuito in proposito dalla normativa sia nazionale che regionale.



4) – Il meccanismo della regressione tariffaria unica regionale, pur mostrando elementi di equità, non risolve i problemi, perché non è stata sciolta l'incongruenza che lo pervade. Invero, non è previsto un meccanismo premiante per i CC.TT.AA. "virtuosi", cioè quelli che non hanno sforato rispetto ai parametri imposti, che li esenti, giustamente, dal meccanismo della regressione, per modo che lo sfioramento sia "pagato" soltanto da coloro che hanno violato le regole, alterando così il mercato.

5) – Nella definizione dei tetti di spesa non è stato affrontato il delicato tema dell'equilibrio complessivo fra sacrifici e tagli imposti ai CC.TT.AA. e costi derivanti dall'obbligo - a loro carico - di osservare la normativa vigente.

Non è stata valutata la forte incidenza dei costi dapprima imposti ad ogni struttura per acquisire il temporaneo accreditamento e nuovamente riproposti ed accresciuti per entrare nel sistema dell'accreditamento definitivo.

E' condizione imprescindibile di equità e di sostenibilità del sistema correlare ai sacrifici imposti ai privati - con la imposizione dei tetti di spesa e delle eventuali regressioni - la parallela riduzione degli oneri di struttura, personale e macchinari cui devono assolvere i Centri.

6) – Non è condivisibile la correlazione imposta fra produzione realizzata nei quadrimestri dell'anno precedente e possibilità di incrementare nell'anno successivo la produzione medesima.

Invero, il limite del 10% di incremento, pur rappresentando un tentativo per governare i meccanismi della sanità campana, non guarda alle esigenze del territorio, ma si limita a compiere una operazione dall'alto di mero valore e contenuto ragionieristico.

Peraltro, il meccanismo imposto è del tutto distortivo, perché non consente ai CC.TT.AA. di poter sviluppare le loro capacità, strozzando l'*animus* all'emulazione ed alla qualità della prestazione.

Inoltre, non contrastando tale meccanismo, di fatto, si svuoterebbe di significato il principio, legislativamente protetto, del libero mercato e della libera scelta del cittadino utente.

7) – Il tavolo tecnico previsto nell'ipotesi d'intesa, oltre a monitorare i volumi di prestazioni erogate e determinare le modalità di regressione tariffaria, dovrebbe essere investito di un potere di intervento sulle UU.OO.AA.RR. di residenza dei singoli CC.TT.AA., nel caso in cui si verificassero sforamenti oltre il consentito ed al fine di garantire il rispetto dei parametri operativi e di spesa imposti.

8) – Non da ultimo, si deve rilevare, con rammarico, che non è dato scorgere nel contenuto dell'ipotesi di intesa alcun riferimento al contenimento dei costi nel settore pubblico.

Tale omissione è fortemente penalizzante per i CC.TT.AA., che svolgono, al pari delle strutture pubbliche, la funzione di tutelare il bene salute.

Rispetto a tali temi, pur riconoscendo la tenacia della Regione nel richiamare sempre la onnicomprensività delle erogazioni alle AA.SS.LL. anche nei confronti di prestazioni fuori azienda - viatico indispensabile per eliminare il "mostro" della compensazione passiva -, la CONFAPI dichiara di non poter in alcun modo sottoscrivere l'intesa, così come definita nella bozza di accordo sottoposta alla sua attenzione.

Dichiara fin d'ora la propria disponibilità a ridefinire i termini di una nuova ipotesi d'intesa che possa contemperare le reciproche aspettative.

Napoli, 27/12/2005

Distinti saluti

arch. Silvana Papa

Presidente CONFAPI SANITA' CAMPANIA