

La programmazione dei volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa

Il modello Campano

REGIONE CAMPANIA

Il procedimento di definizione dei tetti di spesa e volume di prestazioni trae origine dall'accordo del 19 febbraio 2003 tra la Regione e le principali Associazioni di Categoria della sanità privata, approvato dalla delibera della Giunta Regionale n. 1272 del 28 marzo 2003

Accordo del 19 febbraio 2003 tra la Regione e le principali Associazioni di Categoria della sanità privata, approvato dalla delibera della Giunta Regionale n. 1272 del 28 marzo 2003

In base a tale accordo, le Aziende Sanitarie Locali programmano i volumi ed il mix di prestazioni sanitarie da realizzare in proprio o da acquistare dagli erogatori privati. La Regione, sulla base di tale programmazione, definisce il volume delle prestazioni sanitarie di cui si programma l'acquisto dagli erogatori privati ed il correlato limite (tetto) di spesa per ciascuna ASL, in base a tre principi fondamentali

1° PRINCIPIO

- Ogni ASL è responsabile per i suoi assistiti; pertanto, il tetto di spesa assegnato a ciascuna ASL è composto dalle prestazioni per i propri residenti più la mobilità passiva interaziendale; mentre le prestazioni rese in mobilità attiva interaziendale confluiscono nel tetto di spesa della ASL di residenza del paziente

2° PRINCIPIO

- I limiti di spesa si applicano per macro area, branca e/o tipologia omogenea di prestazioni, in modo da consentire (entro limiti prefissati) la crescita degli operatori che soddisfano maggiormente l'utenza a scapito di quelli meno efficienti

3° PRINCIPIO

- I limiti di spesa corrispondono a volumi programmati di prestazioni da acquistare dagli erogatori privati; in caso di superamento di tali volumi (per macro area, branca e/o tipologia omogenea di prestazioni) viene attivato un meccanismo di regressione tariffaria (R.T.U.) che opera sul totale del fatturato di ciascun centro privato (non sul solo fatturato marginale), in modo da ridurre del 100% lo sforamento della spesa, pur in presenza di volumi di prestazioni sanitarie consuntivati maggiori di quelli programmati.

IMPORTANTE

- I tetti di spesa limitano la spesa ma non le prestazioni sanitarie: in caso di sfioramento la regressione tariffaria riduce il prezzo unitario di tutte le prestazioni rese, in modo da garantire il rispetto integrale del tetto di spesa.

L'attuazione del provvedimento regionale in materia di tetti di spesa è demandata alle Aziende Sanitarie Locali, che devono:

- convocare i Tavoli Tecnici locali (a livello di ASL) per definire, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, il budget in quantità e costo delle macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni sanitarie acquistate dai centri privati;

L'attuazione del provvedimento regionale in materia di tetti di spesa è demandata alle Aziende Sanitarie Locali, che devono:

- stipulare con le medesime Associazioni di Categoria i Protocolli d'Intesa, redatti secondo gli schemi uniformi definiti dalla Giunta Regionale; in mancanza di accordo tra la ASL e le Associazioni di Categoria per la definizione dei suddetti Protocolli d'Intesa, la medesima ASL deve notificare la propria proposta di Protocollo d'Intesa alle Associazioni di Categoria ed a tutte le strutture interessate, con richiesta di sottoscrivere, comunque, i conseguenti contratti;

L'attuazione del provvedimento regionale in materia di tetti di spesa è demandata alle Aziende Sanitarie Locali, che devono:

- sottoscrivere con le singole strutture i contratti in applicazione dei richiamati Protocolli d'Intesa per l'esercizio di competenza, che contengono l'espressa previsione del rinnovo per gli esercizi successivi, da effettuarsi entro il 31/12 dell'anno precedente;
- cessare la remunerazione a carico del Servizio Sanitario pubblico delle prestazioni erogate dalle strutture provvisoriamente accreditate che non siano addivenute alla stipula del contratto.

Monitoraggio e controllo

- Tavoli Tecnici costituiti a livello locale (di ASL) tra la ASL e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative;
- Tavolo Tecnico regionale con le ASL e le Associazioni;
- Controllo trimestrale ed annuale dei conti economici delle ASL a livello regionale in base alla classificazione del Modello CE che le aziende devono alimentare ogni tre mesi sul SIS.

CONSIDERAZIONI

Laddove non è stato possibile formalizzare il Protocollo d'Intesa a causa della indisponibilità delle Associazioni, come prescritto dalla normativa, la proposta di Protocollo d'Intesa è stata notificata alle Associazioni ed alle strutture interessate, chiedendo di addivenire comunque alla stipula dei contratti individuali, pena la cessazione della remunerazione a carico del SSR.

CONSIDERAZIONI

Ai fini del rispetto dei tetti di spesa non ha rilievo pratico il ritardo nella sottoscrizione di alcuni Protocolli d'Intesa o di alcuni contratti individuali, atteso che, qualora a consuntivo si verifici uno sforamento rispetto ai volumi di prestazioni sanitarie che le ASL hanno programmato di acquistare dai centri privati, la regressione tariffaria che si applica in tali casi su tutto il fatturato del centro privato (non solo sul fatturato marginale) impedisce lo sforamento del limite di spesa.

QUESTIONE TARIFFE

Sia le delibere della Giunta Regionale, sia i Protocolli d'Intesa che i contratti individuali, fanno riferimento alle tariffe vigenti nella Regione Campania. In particolare, in seguito alla legge n. 296/06, art. 1, comma 796, lettera o), dal 1 gennaio 2007 le ASL applicano uno sconto del 2% alle prestazioni specialistiche e del 20% alle prestazioni di diagnostica di laboratorio.

QUESTIONE TARIFFE

- In ogni caso, le delibere della Giunta Regionale in materia di tetti di spesa per il 2006 e per il 2007 chiariscono che qualsiasi variazione delle tariffe applicate non comporta “...*automaticamente (e/o necessariamente) l’incremento dei tetti di spesa: questi ultimi potranno essere incrementati, in seguito ad aumenti tariffari (o per qualsiasi altro motivo), soltanto in seguito ad espresso ed apposito provvedimento della Giunta Regionale; è evidente, poi, che in tal caso il provvedimento della G.R.che disponga espressamente l’aumento del tetto di spesa, dovrebbe anche stabilire:*
- *le riduzioni compensative dei tetti di spesa e/o dei livelli di altre voci di costo, oppure, le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive, necessarie per sostenere la maggiore spesa ...”.*

CONSIDERAZIONI RIASSUNTIVE MODELLO CAMPANO

- Tetto di spesa regionale definito dalla Giunta Regionale, basato sulla programmazione delle singole ASL;
- Tetto di spesa per macro area / branca e non per singola struttura;
- 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;
- Regressione tariffaria unica (RTU).

Regressione Tariffaria Unica – RTU

- E' 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.

Procedura per determinare l'apporto di ciascun Centro alla R.T.U

Si calcola

- il consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti della ASL in cui opera il Centro, da parte dei Centri che operano in quella ASL;
- il 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;

Procedura per determinare l'apporto di ciascun Centro alla R.T.U

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.