

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / termale / psichiatria e socio sanitario a rilevanza sanitaria), da erogarsi per l'anno 2009 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

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, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- 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 per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);
 - la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato
 - la precisazione che, 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 periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- che con delibera n. 800 del 16 giugno 2006 la Giunta Regionale:

- ha definito per l'esercizio 2006 la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;
- ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori modifiche che sono recepite nel presente Protocollo;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. _____ del ____ luglio 2009 la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Protocollo;

DATO ATTO

- che con la citata deliberazione n. _____ del ____ luglio 2009 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea “attività di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / termale / psichiatria e socio sanitario a rilevanza sanitaria)” il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dai centri privati provvisoriamente accreditati o accreditati, insistenti nell'ambito territoriale della ASL _____, suddiviso tra:
 - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
 - B) prestazioni erogate ai residenti di altre ASL regionali;
 - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile;
- che, pertanto, nel definire volumi e limiti di spesa delle branche / tipologie di prestazioni afferenti a tale macroarea, occorre contenere gli stessi entro il tetto regionale, oltre il quale le prestazioni non possono essere remunerate dal Servizio Sanitario Regionale;

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre determinare per la singola branca / tipologia di prestazioni di _____:
 - a) i volumi massimi di prestazioni erogabili da parte dei centri privati operanti nella stessa ASL;
 - b) i correlati limiti di spesa;

- c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell'allegato C) (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008) alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, ed alle possibilità di compensazione tra sforamenti dei limiti di spesa programmati e minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati consentite dalla medesima delibera;
- d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale da erogarsi per l'anno 2009 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/1 alla citata DGRC n. ____/2009;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della DGRC n. ____/2009, definiti e condivisi con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative sottoscrittrici dal presente protocollo di intesa;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente protocollo d'intesa.

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo di intesa ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale per la branca / tipologia di prestazioni di _____ da erogarsi nell'anno 2009 da parte delle strutture private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente

accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).

2. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).
4. Il volume massimo di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ (prestazioni / giornate / cicli), derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2009 per il volume di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.

6. L'importo di cui al comma 1, diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio della prestazione per la branca / tipologia di prestazioni di _____.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera della Giunta Regionale - che saranno riconosciute con i seguenti criteri, utili a garantire il rispetto del limite annuo di fatturato previsto all'art. 4, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008:
 - a) non più dell'85% dei limiti di spesa di cui all'art. 4 per le prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio 2009 – 31 ottobre 2009;
 - b) non più del 15% dei limiti di spesa di cui all'art. 4 per le prestazioni erogate nel periodo 1 novembre 2009 – 31 dicembre 2009.
2. L'eventuale eccedenza nel valore delle prestazioni erogate, rispettivamente, nei primi dieci mesi dell'anno, e negli ultimi due, sarà abbattuta applicando la regressione tariffaria di cui all'allegato C alla DGRC n. 1268/08 separatamente ai due periodi temporali individuati.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente accordo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni erogate sia ai propri residenti che ai non residenti eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. _____ membri di cui n. _____ designati

congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, firmatarie del presente accordo, e di n. _____ membri nominati dal Direttore Generale.

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

Art. 7

(attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza almeno bimestrale, la ASL comunicherà altresì, al tavolo tecnico ed alle singole strutture erogatrici del proprio territorio – in via telematica, sul sito *Internet* della ASL e, per la situazione al 30 giugno ed al 31 agosto dell'anno corrente, a mezzo raccomandata A.R. da inviare a ciascuna struttura privata, rispettivamente, entro il 31 luglio ed entro il 30 settembre dell'anno in corso - i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascun centro, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture si impegnano a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 (il giorno 15 per le strutture di riabilitazione) del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non

sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata:

- a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
- b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni di cui al comma 6 dell'art. 4, che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / branca oggetto del presente contratto,

fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alle strutture che, in applicazione del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno il contratto di cui al successivo art. 10, un acconto pari all'80% della propria produzione.
2. Ciascuna struttura maturerà il diritto al pagamento delle suddette fatture mensili di acconto entro trenta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono; la fatturazione del saldo di tutte le fatture mensili di acconto potrà essere effettuata dalla struttura privata solo dopo aver ricevuto dalla ASL, entro il 5 marzo dell'anno successivo, la determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni e previa determinazione definitiva della eventuale regressione tariffaria di cui al precedente art. 4. La fattura di saldo non potrà essere emessa dalla struttura per un importo maggiore di quello liquidato dalla ASL e dovrà essere pagata dalla ASL entro i trenta giorni successivi. Qualora insorgano da parte della struttura contestazioni delle decurtazioni operate dalla ASL in sede di liquidazione del saldo annuale (fermo restando quanto previsto al successivo art. 11), la medesima struttura dovrà astenersi dal fatturare anche la parte non riconosciuta, e la ASL avrà il diritto di chiederne lo storno entro trenta giorni, in attesa dell'esito della contestazione. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, le AA.SS.LL. provvederanno ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
3. Una volta verificate le fatture di acconto, la ASL notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla struttura, la quale provvederà - se del caso - ad emettere la relativa nota di credito a favore della ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio a saldo. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito.

Art. 10

(efficacia del contratto)

1. Le strutture, in uno con le Associazioni di categoria firmatarie del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno i singoli contratti che recepiranno i principi e le modalità sancite nel protocollo medesimo.

2. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna di esse del contratto previsto dal comma 1.
3. Il presente protocollo di intesa si riferisce a tutto l'anno 2009 in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2009.
4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in applicazione del presente protocollo di intesa.
5. Il presente protocollo di intesa sarà adeguato alle modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____ del ____ luglio 2009, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza del protocollo stesso.

Art. 11

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente accordo le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede la ASL.
2. Le parti, nel sottoscrivere i contratti di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10, rinunciano espressamente agli effetti di eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti e, dunque, ad eccezione dei giudizi arbitrali già incardinati, si obbligano ad adire il giudice ordinario o amministrativo per qualunque controversia dovesse insorgere in merito alla applicazione o interpretazione dell'accordo di cui al comma 1 o di accordi pregressi, anche relativamente a pretese aventi ad oggetto il rapporto di provvisorio accreditamento, le articolazioni organizzative dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, la quantità, la tipologia e le modalità di erogazione delle prestazioni, il mancato o ritardato pagamento delle prestazioni, il rapporto di accreditamento istituzionale.
3. La parte privata dichiara espressamente di conoscere la citata delibera della Giunta Regionale n. ____ del ____ luglio 2009.