



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE I: Definizione per l'esercizio 2018 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: quadro della programmazione dei limiti di spesa 2018 assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*

Nel decreto del Commissario ad acta n. 48 del 21.06.2018 è stato approvato il quadro della programmazione dei limiti di spesa 2018 e 2019 assegnati ai soggetti privati accreditati che erogano assistenza specialistica ambulatoriale ed assistenza ospedaliera, ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*, ovvero, delle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i., come integrate dall'art. 9-quater, comma 7, e dall'art. 9-septies, commi 1 e 2, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, nonché dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016).

Nel presente decreto, limitatamente all'esercizio 2018, tale quadro viene ulteriormente dettagliato per l'area della specialistica ambulatoriale tra le diverse branche. La programmazione contenuta nella tabella allegata mantiene inalterato il valore economico complessivo dei contratti 2018, rispetto al 2017, con le seguenti eccezioni:

- per la radioterapia viene fissato un incremento medio del tetto di spesa 2018 del 50% rispetto al 2017, corrispondente ad un incremento del 2,52% sul maggiore tra il limite di spesa 2017 stabilito dal DCA n. 89/2016 ed il consuntivo di spesa 2017 accertato dal DCA n. 77 del 09.10.2018;
- per la dialisi viene fissata una riduzione media del 1,5% rispetto al limite di spesa 2017 stabilito dal DCA n. 89/2016, che corrisponde ad un incremento del 2% rispetto al consuntivo di spesa 2017 accertato dal DCA n. 77 del 09.10.2018.

In considerazione del rilevante incremento del tetto di spesa della radioterapia, dell'andamento decrescente delle prestazioni di dialisi, registrato nel 2016 e nel 2017 e accertato dal DCA n. 77/2018 e dell'incremento del tetto 2018 (rispetto al consuntivo 2017) comunque prudenzialmente attribuito alla branca di dialisi, l'accantonamento di euro 6,732 milioni stabilito per il 2018 dal DCA n. 48/2018 viene ridotto ad euro 4,273 milioni.

Le finalità di tale accantonamento sono aggiornate come segue:

- 1) Autorizzazione alle ASL per la stipula, con significativi sconti sulla tariffa vigente, di eventuali contratti integrativi riguardanti l'erogazione da parte delle strutture private accreditate di dialisi ambulatoriale o di radioterapia (si ricorda che le prestazioni di TAC e RMN a pazienti con diagnosi certa di patologia oncologica in corso di stadiazione e monitoraggio di radioterapia o chemioterapia devono essere programmate ed assicurate dalle strutture pubbliche nell'ambito dei percorsi di presa in carico del paziente oncologico fissati dal DCA n. 19 del 05.03.2018, inerente alla attuazione della Rete Oncologica Regionale).

- 2) Accantonamento a fronte dei contenziosi riguardanti l'area dell'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private (come esposto nel DCA n. 48/2018) e di altri eventuali contenziosi riguardanti l'assistenza specialistica ambulatoriale acquistata dalle strutture private accreditate.

Si evidenzia, poi, che il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali e il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, nella riunione di verifica del Piano di Rientro del 18 luglio 2018 hanno espresso diverse osservazioni sul DCA n. 48/2018. In particolare, in merito alla copertura della spesa prevista per l'acquisto di assistenza ospedaliera dalle strutture private, hanno rilevato quanto segue:

“Tavolo e Comitato osservano come l'ammontare dei budget complessivamente previsti (876,784 mln di euro), risulti superiore di 54 mln di euro alla spesa complessivamente prevista dal PO 2016-2018 (822,784 mln di euro). Chiedono, pertanto, alla struttura commissariale di individuare le coperture di tutti i 54 mln di euro per l'alta specialità, nonché dei costi derivanti da una eventuale riattivazione della Casa di Cura Villa Russo (14,4 mln di euro)”.

Al riguardo va evidenziato che la copertura dei 54 milioni di euro per l'Alta Specialità, in coerenza con le disposizioni già introdotte dal DCA n. 89/2016, è ampiamente assicurata dal complesso delle misure di risparmio già adottate nei Programmi Operativi 2016 – 2018 sulle altre aree della spesa sanitaria, riguardanti:

- la razionalizzazione della spesa per beni e servizi, attraverso la centralizzazione delle gare, la revisione e l'efficientamento della logistica del farmaco e dei dispositivi medici e l'applicazione della normativa in materia di Spending Review;
- il contenimento delle assunzioni di personale in dimensioni compatibili con l'equilibrio economico e finanziario del SSR, attraverso la progressiva eliminazione delle forme di lavoro flessibile, delle prestazioni aggiuntive e degli straordinari;
- la riduzione della spesa farmaceutica, derivante dai provvedimenti già adottati in materia di farmaci con brevetto scaduto, e da quelli in corso di definizione per l'omogeneizzazione e l'efficientamento della DPC (distribuzione per conto).

Si è, infatti, verificato il seguente andamento dei risparmi di spesa conseguiti sulle seguenti voci di costo nel consuntivo dell'intero esercizio 2017 e nel consuntivo del I semestre 2018:

- costo del personale dipendente e non dipendente:
 - consuntivo 2017: euro 2.655,6 milioni con un risparmio di euro 201,7 milioni rispetto all'obiettivo di costo del personale 2017 di euro 2.857,3 milioni fissato nei Programmi Operativi 2016 – 2018;
 - consuntivo I semestre 2018: euro 1.325,6 milioni con un risparmio di euro 164 milioni rispetto all'obiettivo di costo del personale 2018 di euro 1.489,6 milioni (obiettivo annuo rapportato ad un semestre) fissato nei Programmi Operativi 2016 – 2018;
- costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, della farmaceutica convenzionata e degli altri beni e servizi:
 - consuntivo 2017: euro 3.588,9 milioni con un risparmio di euro 19,2 milioni rispetto all'obiettivo di costo 2017 di euro 3.608,1 milioni fissato nei Programmi Operativi 2016 – 2018;
 - consuntivo I semestre 2018: euro 1.852,4 milioni con un maggior costo di soli euro 22,2 milioni rispetto all'obiettivo di costo 2018 di euro 1.830,2 milioni (obiettivo annuo rapportato ad un semestre) fissato nei Programmi Operativi 2016 – 2018.

Pertanto, proseguendo il positivo andamento dell'esercizio precedente, nel I semestre 2018 risultano maggiori risparmi rispetto al programmatico 2018 di complessivi circa euro 142 milioni, che forniscono ampia copertura al maggior onere (annuo) di euro 54 milioni per l'Alta Specialità. Nella programmazione 2019 – 2021, in corso di istruttoria, si provvederà a dare adeguata evidenza

all'andamento tendenziale e programmatico dell'incentivo introdotto ai sensi dell'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

In merito, infine, alla copertura dei costi di euro 14,4 milioni, inerenti alla riattivazione dei posti letto di lungodegenza ospedaliera della ex casa di cura villa Russo, si richiama la nota del Sub Commissario ad acta pro tempore n. 2666 del 06.07.2015, trasmessa sul Flusso Documentale del Piano di Rientro – SIVEAS con prot. n. 126/A del 06.07.2015, nella quale al punto 2) si è chiarito che fin dall'esercizio 2014 per tale onere la Regione si è avvalsa della legge 9 agosto 2013, n. 98, recante conversione con modifiche del decreto legge n. 69 del 21/6/2013, che ha inserito nel comma 14 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dopo il primo periodo, la seguente frase: *"Qualora nell'anno 2011 talune strutture private accreditate siano rimaste inoperative a causa di eventi sismici o per effetto di situazioni di insolvenza, le indicate percentuali di riduzione della spesa possono tenere conto degli atti di programmazione regionale riferiti alle predette strutture rimaste inoperative, purché la regione assicuri, adottando misure di contenimento dei costi su altre aree della spesa sanitaria, il rispetto dell'obiettivo finanziario previsto dal presente comma"*. Pertanto, *"... l'esclusione dalla riduzione dei limiti di spesa stabiliti dal DL 95/2012 dei volumi prestazionali derivanti dalla riattivazione dei PL di lungodegenza per gli importi, per il 2013, di euro 4.570.040,00= e, per il 2014, di euro 14.417.870,00= (come da allegati n. 3 e 3 bis al DCA 144/2014), non solo rientra nella fattispecie prevista dalla norma sopra riportata, ma è conforme ai Programmi Operativi"* 2013 – 2015 (come aggiornati dal DCA n. 108/2014), ed è stata confermata per il triennio successivo dai Programmi Operativi 2016 – 2018, approvati dal DCA n. 14 del 01.03.2017. Peraltro, la suddetta spesa di euro 14,4 milioni all'anno è inserita nei conti programmatici 2016 – 2018 approvati dal DCA n. 14/2017.