



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

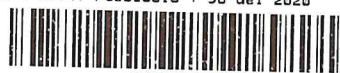
Il Direttore Generale

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2022. 0029303 20/01/2022 08,58
Mitt. : 5004 DG Tutela della salute e del c...

Dest. : AA.SS.LL. LORO SEDI

Classifica : 50.4. Fascicolo : 56 del 2020



Ai Direttori Generali delle
ASL - Aziende Sanitarie Locali

e p.c. Alle Associazioni di Categoria delle
strutture private accreditate per
l'Ass.za Specialistica Ambulatoriale

(inviata a mezzo PEC)

Oggetto: Assistenza Specialistica Ambulatoriale: modalità di fatturazione dei corrispettivi: chiarimenti e indicazioni operative in merito all'applicazione dell'art. 7 degli allegati A\4, A\5, A\6 e A\7 alla DGRC n. 599 del 28 dicembre 2021

La DGRC n. 599 del 28.12.2021 ha innovato la disciplina dell'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dai centri privati accreditati sotto diversi profili. In particolare, ai fini della remunerazione, è stato dato rilievo essenziale ai dodicesimi del tetto di spesa "di struttura". Conseguentemente, rispetto agli anni precedenti, è stata modificata la disciplina degli acconti e della liquidazione dei corrispettivi. Tali modifiche si riflettono necessariamente sulle modalità di fatturazione.

Infatti, mentre per la rendicontazione delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata accreditata rimane fondamentale la corretta e puntuale alimentazione dei flussi informativi giornalieri e mensili (Tessera Sanitaria e FILE "C" giornaliero e mensile), che dal 1° gennaio 2022 è estesa anche alle prestazioni erogate con onere interamente a carico dell'utente (cd. "out of pocket"), la fatturazione dei corrispettivi deve invece **adeguarsi e limitarsi** alle prestazioni effettivamente liquidabili.

Si forniscono, pertanto, le seguenti indicazioni operative. Le ASL e le strutture private accreditate, nell'applicare il contratto (e, in particolare, i commi da 1 a 3 dell'art. 7: v. allegato alla presente nota), si regoleranno come segue.

Acconti:

Per tutti i mesi dell'anno solare, le fatture mensili di acconto potranno essere emesse **sempre e soltanto** per un importo netto non superiore al 95% di un dodicesimo del tetto di spesa netta annuale. Qualora, però, il valore economico netto della produzione di quel mese fosse inferiore, l'importo della fattura di acconto potrà essere **pari** al valore economico netto della produzione di

quel mese. In tal caso, se il minor valore economico netto della produzione viene recuperato sul progressivo dei mesi successivi, la fatturazione di acconto dei mesi successivi potrà superare il 95% di un dodicesimo del tetto di spesa netta annuale, fino a concorrenza del 95% dell'importo cumulato dei dodicesimi per il numero dei mesi trascorsi dall'inizio dell'anno.

La fattura mensile di acconto comprenderà, inoltre, le prestazioni ammissibili nel *"valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3"*, che richiedono uno specifico controllo mensile da parte della ASL. Si sottolinea infatti che, fino all'esaurimento del progressivo mensile cumulato dei dodicesimi del tetto di spesa, le prestazioni con Classe di Priorità "U" o "B" confluiscono indistintamente, insieme alle prestazioni prive di Classe di Priorità e/o con Classe di Priorità "P" (Programmabili) e "D" (Differibili), nel determinare l'utilizzo progressivo dei dodicesimi del tetto di spesa annuo. Soltanto dopo l'esaurimento del progressivo dei dodicesimi del tetto di spesa annuo e, quindi, solo dopo il recupero della minore produzione eventualmente resa in alcuni mesi, possono essere riconosciute dalla ASL entro il margine prestabilito. Ne consegue che le prestazioni con Classe di Priorità "U" o "B" rendicontate sul FILE "C" giornaliero dovrebbero succedersi in modo sostanzialmente uniforme, senza essere concentrate nei giorni successivi all'esaurimento del budget. Ne consegue che, una volta raggiunto il limite del 30% (50% solo nei casi particolari previsti) di 1/12 del tetto di spesa netta annuale, nulla altro potrà essere richiesto dalla struttura privata a tale titolo. Si dà atto che – in base alla lettera del comma 2 dell'art. 7 (v. allegato) – le prestazioni rientranti nel suddetto margine saranno riconosciute per un importo pari al 100% del loro valore economico netto, salvo conguaglio in sede di saldo complessivo trimestrale e annuale.

Per ridurre al minimo possibile l'emissione di fatture provvisorie, conguagli e note di credito, poiché in base all'art. 7, comma 3, del contratto *"Il diritto al pagamento dei suddetti acconti [degli acconti mensili] maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura"*, l'ASL entro la fine del mese solare successivo, verificherà i dati giornalieri e mensili del FILE "C" inerenti all'attività del mese precedente e comunicherà alla struttura privata l'importo complessivo della fattura da emettere, specificandone la composizione tra:

- a) Importo (95%) sul progressivo dei dodicesimi del tetto;
- b) Importo (100%) per le prestazioni ammesse nel margine di tolleranza.

Saldi:

Per ridurre al minimo possibile l'emissione di fatture provvisorie, conguagli e note di credito, poiché l'ASL deve procedere alla liquidazione ed al pagamento del saldo di ciascun trimestre solare, rispettivamente, ogni tre mesi a decorrere dalla prima scadenza infra annuale (31/7, 31/10, ecc.), si raccomandano le ASL e le strutture private accreditate di osservare il seguente procedimento.

Entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, l'ASL completerà i controlli sull'attività del trimestre precedente e comunicherà alla struttura privata l'importo della fattura del saldo trimestrale o annuale, che sarà quindi emessa nei giorni successivi direttamente per l'importo netto liquidabile. Ovviamente, in caso di contestazioni non ancora definite, la struttura privata potrà far valere nelle sedi opportune (sulla base delle proprie scritture contabili e della relativa documentazione operativa) il proprio eventuale diritto al pagamento della differenza contestata e non fatturata. Rimane fermo, comunque, l'obbligo - espressamente previsto dal comma 6 dell'art. 7 -, di emettere le note di credito richieste dalla ASL per accedere alla liquidazione e al pagamento di ciascun saldo.

Per semplicità operativa, la fatturazione a saldo (a debito o a credito) sarà costituita da un unico documento contabile, contenente l'importo netto a saldo sia degli acconti mensili sul dodicesimo del tetto di spesa, sia degli eventuali conguagli relativi alle prestazioni ammesse nel margine di tolleranza stabilito per le prestazioni con Classe di Priorità "U" o "B".

Considerata l'importanza dei chiarimenti e delle indicazioni sopra fornite, ai fini dell'ordinato svolgimento del rapporto contrattuale fra l'ASL e ciascuna struttura privata, **si chiede alle ASL di trasmettere immediatamente la presente nota a tutte le strutture private accreditate interessate.**

Per gli stessi motivi, si chiede alle ASL di aggiungere, a margine dei protocolli / contratti in oggetto, un espresso richiamo al contenuto della presente, così formulato: *"La sottoscritta struttura privata dichiara di essere a conoscenza dei chiarimenti e delle indicazioni operative, fornite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute con nota del __/01/2022, prot. n. _____".*

Il Direttore Generale
Avv. Antonio Postiglione

Staff Tecnico amministrativo
Dott. Luigi Riccio

ALLEGATO

Art. 7, commi 1, 2 e 3 degli schemi di protocollo / contratto
allegati A\4, A\5, A\6 e A\7 alla DGRC n. 599 del 28 dicembre 2021

"Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 9, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 9 e dovrà essere accompagnata dall' "attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011", comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.

2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.

3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime".

