

Dott.ssa Marcella Magurno

☎ 089 69 35 20

assistenzaaccreditata@pec.aslsalerno.it

flussidati@pec.aslsalerno.it

Prot. n. PG/2019/271939

Salerno li, 15 Novembre 2019

Posta Certificata

Alle Associazioni di categoria
 Macroarea Specialistica Ambulatoriale
 E p.c. al Direttore Responsabile
 Distretto Sanitario 66

alle Associazioni di categoria
 Macroarea Specialistica Ambulatoriale

Oggetto: Macroarea Specialistica Ambulatoriale: Monitoraggio Tetti di spesa al **31.10.2019**. – **Aggiornamento date monitoraggio.**

Premesso

- Che, nelle more della definizione dei limiti di spesa per l'esercizio corrente, e della sottoscrizione dei relativi contratti, è giurisprudenza costante considerare applicabili i limiti di spesa fissati per l'anno precedente;
- Che, pertanto, per il corrente esercizio, occorre far riferimento al Decreto del Commissario ad Acta n. 84 del 31.10.2018, nel quale è stato fissato un obiettivo complessivo di spesa pari ad €. 60.044.969,00 suddiviso per branca così come riportato nel prospetto sottostante

BRANCA	Prest. Residenti ASL	Budget Residenti (Netto)	Prest. Mobilità attiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione (Netto tutto)	Prest. Residenti extra regione	Budget Residenti extra regione (Netto tutto)	Totale prestazioni	Tetto di spesa (Netto tutto)
Branche a visita	72.902	€ 1.252.629	15.079	€ 259.085	5.152	€ 88.519	93.133	€ 1.600.233
Cardiologia	164.092	€ 4.958.456	4.730	€ 142.958	563	€ 16.987	169.385	€ 5.118.401
Diabetologia	127.080	€ 935.312	695	€ 5.109	154	€ 1.134	127.929	€ 941.555
Medicina nucleare	10.244	€ 2.172.049	771	€ 163.613	151	€ 31.913	11.166	€ 2.367.575
Patologia Clinica (Lab.)	6.208.179	€ 17.088.010	2.042.504	€ 5.811.636	43.668	€ 121.148	8.294.350	€ 23.020.794
Radiodiagnostica	349.789	€ 18.678.248	40.193	€ 2.146.293	11.906	€ 635.791	401.888	€ 21.460.332
Radioterapia	49.461	€ 4.255.026	12.013	€ 1.033.434	2.878	€ 247.619	64.353	€ 5.536.079
Totale	6.981.747	€ 49.339.730	2.115.985	€ 9.562.128	64.472	€ 1.143.111	9.162.204	€ 60.044.969

Visto

*L'art. 5 bis del contratto nel quale si stabilisce che "Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2018 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 4, lettera a), sarà applicata in via **trimestrale**, ripartendo il limite di spesa 2018 in undicesimi, per tenere conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo. La regressione tariffaria sarà, quindi, applicata in sede di liquidazione dei saldi trimestrali di cui all'art. 7, comma 2, in base all'eccedenza sul tetto di branca commisurato a*

- 3/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 marzo 2018;
- 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2018;
- 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2018, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
- 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2018.

Gli sforamenti del limite trimestrale progressivo di cui al comma precedente, qualora contenuti nella misura massima del 10%, di 3/11 del tetto annuo di branca, potranno essere remunerati soltanto per la parte che dovesse essere recuperata nel trimestre immediatamente successivo e, comunque, entro il 31 dicembre 2018. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima non saranno remunerate. A tal fine, la sottoscritta struttura privata potrà emettere le note di credito infrannuali di cui all'art. 7, comma 5, limitatamente al fatturato da considerarsi definitivamente abbattuto ai sensi del presente articolo.

Ribadito

Che il contratto stabilisce che ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate dopo la data presunta di sfioramento indicata nel presente monitoraggio, si applicherà la seguente regola

- Qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL/branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla D.G.R.C. n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
- Qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.

Richiamato

l'art. 8 dello schema di contratto allegato al DCA 84/2018 nel quale al co. 2 si stabilisce che "Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata:

- 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, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;*
- c. Di superare di oltre il 30% nel 2019 il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.*

I divieti di cui al comma precedente, lettere b) e c), sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre situazioni particolari, su proposta del Tavolo Tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.

Considerato

Che rispetto al monitoraggio inviato con nota prot. n. 264338 del 07.11.2019 sono stati ricevuti ed elaborati ulteriori file da parte delle Strutture che non avevano ancora trasmesso i dati relativi al periodo di cui all'oggetto (cfr. schema seguente);

File ricevuti:	Attesi	Ricevuti	%
Branche a visita:	8	7	88%
Cardiologia:	16	14	88%
Diabetologia:	4	4	100%
Laboratori:	66	58	88%
Medicina Nucleare:	6	5	83%
Radiologia:	39	34	87%
Radioterapia	3	3	100%

Che per le Strutture che non hanno ancora trasmesso i propri dati, oltre ad inviare un invito al rispetto dei tempi contrattualmente previsti, si è provveduto ad effettuare una nuova proiezione del loro fatturato alla data del 31.10.19;

Nello schema che segue, si rappresenta per ciascuna Branca della Macroarea della Specialistica ambulatoriale l'**elaborazione aggiornata** dell'andamento dei consumi registrato alla data del **31.10.2019** con indicazione della proiezione del fatturato, della percentuale di consumo del tetto e della proiezione della data presunta di esaurimento del Budget assegnato;

Branca	Comp.	Proiezione Fatturato al 31.10.2019	Tetti di spesa D.C.A. 84/2018	% Utilizzo del Tetto	Data presunta esaurimento Budget al 31.10.19
Branche a visita	SA	€ 103.555,33	€ 341.626,09	30%	31/12/19
	RC	€ 25.350,69	€ 70.659,55	36%	25/12/19
	FR	€ 5.807,46	€ 24.141,55	24%	31/12/19
Cardiologia	SA	€ 1.223.272,45	€ 1.352.306,18	90%	10/11/19
	RC	€ 39.896,63	€ 38.988,55	102%	31/10/19
	FR	€ 2.733,48	€ 4.632,82	59%	21/11/19
Diabetologia	SA	€ 156.085,32	€ 255.085,09	61%	19/11/19
	RC	€ 547,94	€ 1.393,36	39%	17/12/19
	FR	€ 15,66	€ 309,27	5%	31/12/19
Laboratori analisi	SA	€ 3.333.115,62	€ 4.137.804,26	81%	08/11/19
	RC	€ 995.463,51	€ 1.407.268,15	71%	12/11/19
	FR	€ 6.385,68	€ 29.335,58	22%	31/12/19
Medicina Nucleare	SA	€ 725.859,45	€ 592.377,00	123%	25/10/19
	RC	€ 54.751,82	€ 44.621,73	123%	25/10/19
	FR	€ 9.702,88	€ 8.703,55	111%	27/10/19
Radiologia	SA	€ 4.388.727,06	€ 5.094.067,64	86%	05/11/19
	RC	€ 448.823,44	€ 585.352,64	77%	08/11/19
	FR	€ 128.130,98	€ 173.397,55	74%	10/11/19
Radioterapia	SA	€ 541.850,15	€ 1.160.461,64	47%	05/12/19
	RC	€ 85.865,83	€ 281.845,64	30%	31/12/19
	FR	€ 12.436,08	€ 67.532,45	18%	31/12/19
Totale		€ 12.288.377,46	€ 15.671.910,26		

A seguire, si rappresenta il monitoraggio delle prestazioni "Lettera R" con la relativa proiezione della data presunta di esaurimento del budget disponibile

Aggr_Tetti	Limiti "Prestazioni R"		Prest. erogate	Fatturato	C.M. corrente	% Utilizzo	Prest. residue	Data presunta esaurimento Budget
	Quant.	C.M.						
Prestazioni R-7	5.078	€ 98,04	4.734	€ 577.068,36	€ 121,91	93,2%	0	25/10/2019
Prestazioni R	3.131	€ 65,85	6.110	€ 483.960,61	€ 79,21	195%		
	8.209		10.843	€ 1.061.028,97		132,1%		

Nel ribadire quanto già precisato col monitoraggio del 07.11.2019, si sottolinea che le prestazioni già erogate sulla base del predetto monitoraggio saranno comunque accettate e contabilizzate ai fini della verifica dei tetti di spesa, fermo restando che le date non ancora superate, indicate nel presente monitoraggio, annullano e sostituiscono quelle comunicate in precedenza.

Si comunica, infine, il costo medio di riferimento per ciascuna Branca/Fascia al 31.10.2019, calcolato sulla base dei dati pervenuti.

Branca	Fascia	Costo medio
Branche a visita	Oss.	€ 79,15
	BV	€ 24,09
Cardiologia	CA	€ 31,65
Diabetologia	AD	€ 8,20
Laboratori analisi (Netto R)	A	€ 2,66
	B	€ 2,65
	C	€ 2,63
Medicina Nucleare	A	€ 109,51
	B	€ 710,71
Radiologia	A	€ 25,61
	B	€ 31,95
	C	€ 45,59
	D	€ 62,69
Radioterapia	RT	€ 101,82

Sulla base delle informazioni contenute nel presente monitoraggio, ciascuna Struttura potrà quindi verificare autonomamente il rispetto dei limiti di cui all'art. 8 del contratto, calcolando il proprio costo medio secondo il seguente criterio: **Fatturato complessivo (netto ticket e quota) / Totale prestazioni erogate.**

Si ribadisce, infine, che completata la verifica del rispetto dei limiti del 10% - Costo medio e Volumi di prestazioni - e del 30% - costo medio Prestazioni "R"- si procederà alla determinazione della eventuale R.T.U. da applicare a ciascuna Struttura per ricondurre il fatturato di ciascuna branca (al netto delle note credito a vario titolo richieste) entro i limiti di spesa fissati per ciascun trimestre.

Distinti saluti

F.to Il Direttore
U.O.C. Assistenza accreditata
Dott.ssa Marcella Magurno