



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

### **DECRETO n. 32 del 27 marzo 2013**

**OGGETTO: Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni – Rif. punto r) delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010**

#### **PREMESSO**

che con deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007 la Giunta regionale della Campania ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

che in data 24 luglio 2009, la Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del DL 1 ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222;

che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009;

che detta deliberazione, individua tra gli atti ai quali attendere in via prioritaria, al punto r) "adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie";

che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub Commissari ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;

che con delibera del 23 marzo 2012 il consiglio dei Ministri ha consolidato nella persona del sub commissario ad acta dott. Mario Morlacco i compiti in precedenza attribuiti al sub commissario dimissionario dott. Achille Coppola;

## ATTESO

che il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 recante: “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” convertito, con modificazioni, nella legge 7 agosto 2012, n. 135 all’art. 15, stabilisce che, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 15 settembre 2012, sono determinate le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture sanitarie e socio sanitarie, di cui all’articolo 8-quater del medesimo decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; al fine di garantire un quadro certo di riferimento delle tariffe per le regioni e le province autonome, da ritenersi essenziale nell’ambito della complessiva corretta programmazione e gestione sanitaria;

che il decreto del Ministero della Salute di concerto con Il Ministero dell’Economia e delle Finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento ordinario n. 8, determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera, di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale;

che il suddetto decreto ministeriale, in applicazione dell’articolo 8 *sexies*, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, individua, altresì, i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza e stabilisce che:

- le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, articolate per tipo di ricovero, sono individuate nel relativo allegato 1. Per i ricoveri diurni attribuiti ai DRG chirurgici e ai DRG 124, 125 e 323 la tariffa si applica all’episodio di ricovero. Per i ricoveri diurni attribuiti ai restanti DRG la tariffa si applica per accesso;
- le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, sono riportate nel relativo allegato 2, che definisce anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (MDC), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato. Per i ricoveri diurni, la tariffa giornaliera ridotta indicata nel suddetto allegato si applica agli accessi erogati oltre i valori soglia, per MDC, stabiliti a livello regionale;
- le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di lungodegenza post-acuzie sono riportate nel relativo allegato 2. Per tali prestazioni, la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia della degenza, si applica la tariffa giornaliera ridotta, di cui al medesimo allegato 2;

## PRESO ATTO

che nello stesso decreto ministeriale è altresì stabilito che le regioni articolano le tariffe, per classi di erogatori, riconoscendo tariffe inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità e che possono adottare, per la remunerazione dei propri erogatori pubblici e privati, tariffe ridotte rispetto a quelle definite ai sensi del decreto ministeriale in parola, anche qualora ciò sia utile per promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e i processi di de-ospedalizzazione;

che, inoltre, il decreto ministeriale stabilisce che:

- in caso di adozione da parte delle regioni di tariffe superiori a quelle stabilite dal decreto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile;
- sono fatti salvi gli importi tariffari derivanti dall'applicazione di quanto stabilito ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera p-bis) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale sono valide dall'entrata in vigore del decreto stesso e fino alla data del 31 dicembre 2014;

#### ATTESO ALTRESI'

- che l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, all'art. 6, comma 5, con la finalità di promuoverne una rilevante riduzione, individua le "prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale" (All. A) ed i "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria" (All. B);
- che il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008 recante "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere", all'Allegato 1, individua i pesi relativi e i valori soglia per l'identificazione dei casi outlier associati ai raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) della 24<sup>a</sup> revisione;

#### DATO ATTO

che le modalità di tariffazione della Regione per la remunerazione delle strutture pubbliche e private risultano definite nei provvedimenti di seguito elencati:

DGRC n. 7269/2001, in cui sono individuate le modalità di remunerazione per fasce delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate:

- a) Fascia 100% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997,
- b) Fascia 95% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997,
- c) Fascia 90% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997,

DCA 61/2011 e DCA 66/2012 in cui sono individuate le modalità di remunerazione delle strutture private che erogano prestazioni di ricovero per acuti:

- a) Fascia 95% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997,
- b) Fascia 90% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997,
- c) Fascia 78% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997,
- d) Fascia 68% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997,
- e) Tariffa 100% del valore della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997 per specificati DRG erogati da strutture private classificate in fascia funzionale A, con elevata complessità assistenziale per attività cardiocirurgica o nefro-uro-oncologica;

DCA 66/12 in cui sono individuate:

le modalità di remunerazione per ricoveri ospedalieri post acuti di lungodegenza codice 60 con una tariffa unica regionale pari al 100% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997 pari a € 137,89 abbattuta a € 96,52 nelle degenze oltre la soglia (60 giorni);

le modalità di remunerazione per i ricoveri post acuti di riabilitazione ospedaliera codice 56 con una tariffa pari al 100% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997 per le strutture pubbliche e IRCCS di diritto privato, al 96% della tariffa di cui allo stesso DM per le case di cura private;

le modalità di remunerazione per i ricoveri post acuti di neuroriabilitazione ospedaliera codice 75, per cui è prevista una remunerazione pari alla 100% della tariffa di cui al DM 178 del 30.06.1997 del MDC 1 (€ 261,84);

le modalità di remunerazione per i ricoveri nelle strutture di neuropsichiatria identificati in regione Campania con il codice di disciplina 99 per i quali è prevista la seguente remunerazione giornaliera:

Fascia A = € 168,00

Fascia B = € 145,00

Fascia C = € 112,00

Le DGRC 11323/97, 378/98, 1874/98, e s.m.i. con cui sono state recepite dalla regione le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale definite dal DM 150 del 22 luglio 1996;

Il DCA 58 del 30/09/2010 in cui sono definite le tariffe previste delle procedure di chirurgia caratterizzanti ricoveri con DRG ad alto rischio di non appropriatezza che devono essere trasferite dal day surgery all'ambulatorio;

Il DCA 7/2011 in cui le tariffe per le prestazioni di dialisi ambulatoriale sono state stabilite a decorrere dal 1° gennaio 2011 come segue:

€ 176,98 per le prestazioni di cui ai codici da 39.95.1 a 39.95.4, 39.95.6 e 39.95.9, al lordo dello sconto ex legge 296/2006, art. 1, c. 796, lettera o);

€ 208,00 per le prestazioni di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, al lordo dello sconto ex legge 296/2006, art. 1, c. 796, lettera o), con il vincolo che la soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8 è fissata pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dallo stesso centro di dialisi;

che, considerate le tariffe massime della dialisi ambulatoriale stabilite dal DM 18/10/2012, al fine di non superarle, ma al tempo stesso di mantenere la politica tariffaria stabilita nel DCA 7/2011, frutto anche di un positivo confronto con le Associazioni di Categoria (come da allegati al medesimo decreto), si ritiene opportuno recepire le tariffe recate dal DM 18/10/2012 come segue:

per le prestazioni di cui ai codici da 39.95.1 a 39.95.4: si applicano le rispettive tariffe indicate dal DM 18/10/2012;

per le prestazioni di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, la tariffa regionale viene elevata da € 208,00 ad € 232,41 (che nel DM 18/10/2012 è la minore delle tariffe dei tre codici), fermo restando il vincolo che la soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8 è fissata pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dallo stesso centro di dialisi;

per le prestazioni di cui ai codici 39.95.6 e 39.95.9 continua ad applicarsi la tariffa netta stabilita dal DCA 7/2011, pari ad euro 172,85;

## CONSIDERATO ALTRESI'

che la remunerazione a carico del SSR delle prestazioni erogate da ciascun soggetto privato accreditato è subordinata alla sottoscrizione da parte dello stesso di specifico contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. e non può eccedere i limiti di spesa fissati nel medesimo contratto;

che 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, 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, i volumi di prestazioni si intendono ridotti nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa prefissati;

che le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 3 del DM del 18/10/12 hanno assorbito il valore dello sconto finora vigente ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

## RITENUTO

di dover recepire le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilite dal citato decreto del 18 ottobre 2012, con le specificazioni ed eccezioni che seguono;

di dover rinviare a successivi provvedimenti l'aggiornamento delle tariffe per i ricoveri post-acuzie con discipline 28 e 75, in quanto è in itinere l'adozione di un atto di indirizzo alle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale, nonché alle strutture private, inerente specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri di pazienti post-acuti, in considerazione anche dei criteri individuati nell'allegato 2 del DM 18/10/2012;

di confermare le attuali tariffe delle strutture neuropsichiatriche che erogano prestazioni con codice regionale di disciplina 99 per il tempo strettamente necessario alla riconversione in altre attività e, comunque, non oltre il 30.06.2013;

## DATO ATTO

che risulta necessario annullare il precedente decreto commissariale n. 25 del 15 marzo 2013, recante il medesimo oggetto del presente decreto, per errori materiali nella fascicolazione dello stesso;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

### DECRETA

1. Di annullare il decreto commissariale n. 25 del 15 marzo 2013 per mero errore materiale nella fascicolazione dell'atto.
2. Di recepire le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilite negli allegati 1, 2 e 3 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento Ordinario n. 8.
3. Di dare atto che le stesse, nella misura in cui rappresentano un limite massimo invalicabile per le Regioni sottoposte a piani di rientro e successivi programmi operativi, hanno effetto dal 12 febbraio 2013, quindicesimo giorno dalla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del predetto DM 18.10.2012, fatta salva la validazione da parte dei ministeri affiancanti. In attesa di tale validazione, le strutture private fatturano con le tariffe di cui al presente decreto, salvo eventuali successivi conguagli.
4. Di stabilire che le tariffe già vigenti in regione Campania, sono sostituite dalle corrispondenti tariffe indicate nel decreto ministeriale di cui sopra, con le precisazioni ed eccezioni di cui ai punti seguenti:
  - a) si adottano le soglie per i ricoveri ordinari di riabilitazione, previste all'All. 2 del DM del 18/10/12, anche per i ricoveri in DH, nelle more di definire i valori di riferimento regionale,
  - b) sono confermate le procedure di prescrizione, erogazione e remunerazione delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici previste dal DCA 64 del 26/09/2011, modificato ed integrato con il DCA 88 del 28/12/2011,
  - c) è confermata altresì l'eliminazione dal nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che si recepisce con il presente provvedimento, delle prestazioni elencate al punto 3.8 del citato DCA 64/11,
  - d) sono confermate le tariffe previste delle procedure di chirurgia ambulatoriale approvate con il DCA 58 del 30/09/2010, nelle more della adozione di nuovo provvedimento sulla appropriatezza dei ricoveri ospedalieri,
  - e) è rinviato a successivi provvedimenti l'aggiornamento delle tariffe per i ricoveri dei pazienti in post-acuzie nei reparti con codice disciplina 28 e 75, e nelle more si conferma l'attuale regime tariffario,
  - f) sono confermate le attuali tariffe delle strutture neuropsichiatriche che erogano prestazioni con codice regionale di disciplina 99 per il tempo strettamente necessario alla riconversione in altre attività e, comunque, non oltre il 30.06.2013,
  - g) le tariffe della lungodegenza post-acuzie sono fissate nella misura di € 154,00 per il settore pubblico e di € 146,30 per le case di cura private, pari rispettivamente al 100% ed al 95% di quella massima ministeriale, con l'abbattimento del 40% per le giornate oltre soglia,
  - h) per le prestazioni di dialisi cui ai codici da 39.95.1 a 39.95.4: si applicano le rispettive tariffe indicate dal DM 18/10/2012,
  - i) per le prestazioni di dialisi di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, la tariffa regionale viene elevata da € 208,00 ad € 232,41, fermo restando il vincolo, stabilito dal 1° gennaio 2011 dal DCA 7/2011, che la soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8 è fissata pari al 15% del numero

delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dallo stesso centro di dialisi;

- j) per le prestazioni di dialisi di cui ai codici 39.95.6 e 39.95.9 continua ad applicarsi la tariffa netta stabilita dal DCA 7/2011, pari ad euro 172,85;
5. Di dare atto che le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 3 del DM del 18/10/12 hanno assorbito il valore dello sconto finora vigente ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296.
6. Di trasmettere immediatamente il presente decreto ai Ministeri affiancanti.
7. Di sottoporre il presente decreto a validazione dei Ministeri affiancanti, con riserva di recepire con successivo decreto eventuali prescrizioni, in ordine ai contenuti del presente provvedimento, che il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze potrebbero emanare ai sensi dell'art. 3, commi 6 e 7, dell'Accordo tra Stato e Regione Campania stipulato il 13 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Campania per l'approvazione del Piano di Rientro dal Disavanzo e di Riqualificazione e Razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004.
8. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", all'ARSAN per l'adeguamento delle procedure informatiche di acquisizione dei dati dei ricoveri, ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la immediata pubblicazione sul BURC.

Il Coordinatore f.f. dell'A.G.C. 19  
Avv. Antonio Postiglione

Il Direttore dell'ARSAN  
Dr.ssa Lia Bertoli

Il Dirigente del S.E.F.  
Dott. G. F. Ghidelli

*Si esprime parere favorevole*  
Il Sub Commissario ad acta  
Dott. Mario Morlacco

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro