



Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21.03.2013

OGGETTO: Riparto provvisorio del fondo sanitario regionale di parte corrente – anno 2014 –provvedimenti.

DECRETO

N. 02

IN DATA 15/01/2014

Il Responsabile dell'istruttoria

Il Responsabile dell'Ufficio

Il Direttore del Servizio

Dr.ssa Lofita Gallo

Il Direttore Generale

Dott. Antonio Latorica

visto: Il Sub Commissario

Dott. Nicola Rosato
u. Monti

Premesso che, con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013 il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art.15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n.135) e di procedere alla loro attuazione;

Visto l'articolo 2 della Legge 31 dicembre 2009, n.196 "Legge di contabilità e finanza pubblica";

Considerato che il finanziamento del Servizio Sanitario nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, per l'anno 2014 è disciplinato dal seguente dettato normativo:

- D.L. n. 78/2010 convertito in Legge n. 122/2010, il quale, all'art. 9, comma 16, prevede una riduzione del livello di finanziamento del S.S.N. cui concorre ordinariamente lo Stato di 1.132 mln di euro per le economie di spesa del personale dipendente e convenzionato; un ulteriore decremento di 600 milioni di euro (giusta articolo 11, comma 12 della Legge 122/2010) per economie realizzabili nel settore farmaceutico;
- D.L. n. 95/2012, convertito in Legge n. 135/2012 – articolo 15, comma 22, il quale dispone, tra l'altro, la riduzione del FSN, di euro 2.000 mln per l'anno 2014 e di euro 2.100 mln a decorrere dall'anno 2015, precisando che le predette riduzioni sono ripartite tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano secondo criteri e modalità proposti in sede di auto coordinamento delle regioni e delle province autonome medesime da recepire in sede di espressione dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la ripartizione del fabbisogno sanitario e delle disponibilità finanziarie annue per il servizio Sanitario Nazionale, entro il 30 novembre 2012 con riferimento agli anni 2014 e seguenti;
- D.L. n. 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" convertito in legge n. 111/2011;
- Legge 228/2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"

Richiamato il comma 14 articolo 13 del previgente Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 e la legge 23 dicembre 2009 n.191 (c.d. Legge finanziaria) la quale, all' articolo 88 e 88 bis (inserito dal comma 4 – articolo 17 – del decreto legge n.98 del 6 luglio 2011, convertito nella Legge n.111 del 15 luglio 2011) prevede che, per le Regioni già sottoposte al piano di rientro e già commissariate, l'esecuzione del piano di rientro avvenga attraverso programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati predisposti dal Commissario *ad acta* e, che, i citati programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro;

Dato Atto che, la struttura Commissariale, ha redatto il Programma Operativo per il triennio 2013-2015, nel quale sono definiti interventi ed azioni tesi alla completa ristrutturazione del Sistema Sanitario Regionale nonché atti inerenti la programmazione sanitaria regionale;

Dato Atto, poi, che il predetto Programma Operativo è stato sottoposto all'esame del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005;

Ritenuto quindi che l'Azienda Sanitaria Regionale, coinvolta nel richiamato processo di ristrutturazione, deve predisporre il Bilancio di previsione anno 2014 nell'ottica delle direttive emanate dagli atti commissariali, dalla vigente normativa intesa alla razionalizzazione dei costi (cfr. DL 95/2012 e Legge di conversione n. 135/2012), dalle vigenti norme di settore e dalle disposizioni contenute nell'emananda legge di stabilità;

Visto il decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118" Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42";

Atteso che il Servizio Sanitario Nazionale assicura, così come sancito dal D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., attraverso le risorse finanziarie pubbliche, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale vigente;

Dato Atto che la stima delle risorse del fondo sanitario di parte corrente, per l'anno 2014, è stata calcolata considerando il combinato disposto delle seguenti norme: art.17, comma 1 Legge 111/2011 art.15, comma 22 della legge 135/2012; Legge 228/2012, prendendo altresì a riferimento la quota di accesso anno 2012 ai valori del FSN, di seguito esposto:

Stima del FSR dopo gli interventi normativi della legge 111/2011 – 135/2012 – 228/2012		
	Copertura del Fabbisogno	2014
A	FSR indistinto al netto delle entrate proprie: quota di accesso 2012	561.411.111
B	A detrarre finanziamento visite fiscali art. 17, c.5 –b L111/2011	- 378.000
C=A-B	Totale finanziamento post L.111/2011	561.033.111
D	A detrarre quota parte spending review	-10.800.000
E=C-D	Totale finanziamento post L.135/2012	550.233.111
F	A detrarre quota parte Legge di stabilità (Legge 228/2012)	-5.400.000
G=E-F	Totale finanziamento post L.228/2012	544.833.111
H	Ad aggiungere quota ticket DL 98/2011	10.800.000
I=G+H	FSR comprensivo della quota del ticket DL. 98/2011	555.633.111

Rilevato che:

- le risorse finanziarie (disponibilità di cassa) che saranno trasferite alla Regione, sono pari al 97% della quota del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente (cfr. art.18, comma 3 del c.d. Patto per la Salute e art. 2, comma 68 legge n.191 del 23 dicembre 2009); mentre la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali – quota premiale – è confermata nella misura del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario;
- il livello di finanziamento della spesa sanitaria è determinato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 68 punto d) della legge 191/2009, ovvero l'erogazione delle risorse in via anticipata provvisoria è commisurata al livello delle erogazioni in via definitiva relative al secondo anno precedente a quello di riferimento, salvo diversa emanazione normativa relativa a detto ultimo aspetto;

Rilevato, altresì, che il fondo sanitario della regione è stimato nella misura di € 555.633.111,00 e che lo stesso viene provvisoriamente ripartito nel seguente modo:

Regione – quota F.S.R. di parte corrente – anno 2014 per GSA	€ 71.512.111
ASReM – quota F.S.R. di parte corrente – anno 2014	€ 484.121.000
totale	€ 555.633.111

- la somma di € 555.633.111 quale stima del Fondo Sanitario provvisorio di parte corrente, è destinata al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza contemplando quindi sia le attività erogate dall'Azienda Sanitaria regionale, sia quelle in capo alla GSA;
- ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a), dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, con riferimento ai macrolivelli di assistenza definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di individuazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre 2001, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:
 - a) 5 per cento per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
 - b) 51 per cento per l'assistenza distrettuale;
 - c) 44 per cento per l'assistenza ospedaliera.

Dato Atto che il fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, è determinato, in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento. A partire dall'anno 2014, per l'applicazione dei costi standard si intendono “regioni di riferimento” le regioni che non essendo assoggettate a piano di rientro, abbiano garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e risultino

adempimenti, avendo superato la valutazione del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005. Le medesime sono individuate e rappresentate in base a indicatori di qualità, quantità, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati, definiti, per ciascun macrolivello di assistenza, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. Ogni indicatore rappresentativo delle regioni di riferimento costituisce annualmente lo standard di qualità ed il livello di servizio di riferimento da conseguire da parte di tutte le regioni. Per le regioni in piano di rientro tali standard saranno definiti considerando il risultato iniziale e la gradualità di conseguimento: in ogni caso le regioni in piano di rientro dovranno raggiungere gli standard medi nazionali entro cinque anni. Il raggiungimento degli standard di qualità e di livello di servizio individuati annualmente costituiscono la base per l'attribuzione alle regioni, comprese quelle in piano di rientro, di elementi di premialità le cui modalità di attribuzione saranno indicate con il richiamato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. I predetti costi standard sono calcolati annualmente in forma aggregata sulla media pro-capite pesata del costo sostenuto dalle regioni di riferimento ed integrati con l'incidenza percentuale di ciascun macrolivello assistenziale. Nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri vengono altresì individuati i criteri per la ripartizione alle regioni del finanziamento;

Considerato, poi, che al valore previsto per il predetto riparto occorre aggiungere:

- i crediti per mobilità (anno di riferimento 2010) pari a € 87.538.772, determinato con le tariffe convenzionalmente convenute (cfr. tabella C – delibera CIPE del 6.6.2013) - colonna MD;
- i debiti per mobilità (anno di riferimento 2010) pari a € 51.700.247, determinato con le tariffe convenzionalmente convenute (cfr. tabella C – delibera CIPE del 6.6.2013) colonna MC;
- le somme vincolate, nella misura di € 10.995.000 (valore relativo all'anno 2012), considerato comunque, che, per la realizzazione dei progetti di interesse prioritario c.d. "obiettivi di piano" – art. 34 e 34 bis legge 662/1996, le risorse destinate a tanto, presumibilmente pari a € 8.300.000 e le progettualità discendenti saranno oggetto di apposito decreto del Commissario *ad acta*;

Visto:

- l'art. 25 del D.lgvo 118/2011 il quale disciplina le modalità di redazione del bilancio preventivo economico annuale, disponendo, al comma 1, che la redazione del documento in parola deve essere coerente con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione e, che il bilancio economico annuale include la nota integrativa, il conto economico preventivo e il piano dei flussi di cassa prospettici, compilati secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'art. 26 e una nota illustrativa e un piano degli investimenti;
- l'art. 32, il quale dispone che la Gestione Sanitaria Accentrata presso la Regione predisporre e sottopone all'approvazione degli Organi deputati a tanto, il bilancio preventivo economico annuale consolidato del SSR entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono;

Dato Atto, quindi, che l'ASReM e la GSA procederanno alla redazione del bilancio preventivo economico annuale, sulla stima delle risorse, come sopra definite;

DECRETA

- quanto premesso costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di procedere alla stima del fondo sanitario regionale di parte corrente per l'anno 2014, nelle more della definizione del riparto definitivo a seguito dell'Intesa Stato-Regioni, quale atto formale di individuazione del FSR e delle relative fonti di finanziamento (cfr. Decreto Interministeriale del 17 settembre 2012 a firma del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze) nella misura di seguito specificato:

Regione – quota F.S.R. di parte corrente – anno 2014 per GSA	€ 71.512.111
ASReM – quota F.S.R. di parte corrente – anno 2014	€ 484.121.000
totale	€ 555.633.111

- di disporre che Azienda Sanitaria Regionale e la GSA procedano alla redazione del bilancio preventivo economico annuale, sulla stima delle risorse, come sopra definite;
- di disporre che, con apposito atto saranno esplicate le procedure per l'appostazione contabile della mobilità e delle risorse vincolate, giusto art. 29, comma 1 punti e) e h) del decreto legislativo n. 118/2011, da parte dell'Azienda Sanitaria regionale e della GSA;
- di trasmettere il presente atto al Direttore Generale dell'ASReM e al Collegio Sindacale;
- di disporre che la Direzione Generale per la Salute proceda all'espletamento di tutti gli adempimenti connessi al presente atto, adottando le procedure ed i provvedimenti necessari ed opportuni finalizzati a consentire la realizzazione delle disposizioni ivi contenute.

Il presente decreto, composto da n. 5 pagine e da n. // allegati rispettivamente di pagine //, sarà pubblicato sul B.U.R.M. e sarà notificato ai competenti Dicasteri.

*IL COMMISSARIO ad acta
Arch. Paolo di Laura Frattura*

