Premessa

La struttura commissariale al fine di definire i limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogate dagli operatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2022 si è avvalsa del supporto tecnico del Gruppo di Lavoro "budget" istituito dalla medesima struttura con atto prot. 74082 del 22 aprile 2022 per la redazione del PO 2022 – 2024.

In questo modo si è inteso garantire l'introduzione già nella definizione dei *budget* 2022 di alcuni principi guida che caratterizzeranno la programmazione dell'intero triennio, tenuto conto del fatto che l'analisi e la programmazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie non può prescindere dal contemperare le scelte in materia di definizione dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie.

In altri termini, a garanzia del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, si rende necessario definire la programmazione regionale in materia di tetti di spesa contemperando l'esigenza di garantire l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie con la necessità di assicurare l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche.

In tale ottica la determinazione dei tetti di spesa per il triennio 2022/2024 richiede necessariamente azioni volte al potenziamento della capacità produttiva del sistema sanitario regionale attraverso l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche, ottimizzando la spesa sanitaria secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza.

È in questo contesto che il coinvolgimento dei soggetti privati accreditati assume un ruolo preponderante in quanto gli stessi sono chiamati ad orientare la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le diverse classi di priorità delle prestazioni.

Tuttavia, considerato che la definizione dei tetti di spesa per il 2022 interviene ad esercizio finanziario inoltrato nel corso del quale le strutture accreditate hanno operato e prodotto assumendo come parametro di riferimento i budget loro assegnati per il 2021, per il corrente anno non è stato possibile attuare integralmente le azioni ipotizzate per una riprogrammazione delle prestazioni acquistate da privato sulla base dell'effettivo fabbisogno territoriale con una redistribuzione delle risorse equa e sostenibile in favore della popolazione residente, attraverso il riequilibrio delle risorse a livello territoriale ed il potenziamento delle branche a maggiore liste di attesa.

In particolare, i principi ispiratori della determinazione dei budget per l'anno 2022 sono i seguenti:

- ridistribuzione delle risorse finanziarie disponibili in modo da potenziare le prestazioni a favore dei pazienti regionali anche al fine di ridurre la mobilità passiva di "prossimità";
- garantire le prestazioni cd. "salvavita" (radioterapia, dialisi, ecc.) individuando un *budget* specifico e differenziato da quello previsto per le altre prestazioni sanitarie, proporzionato al fabbisogno così come risultante dalla produzione dell'ultimo triennio;
- definire in un unico provvedimento i budget sia per le strutture contrattualizzate dalla Regione che per quelle contrattualizzate dall'A.S.Re.M.

L'attuazione di tali principi, come già accennato, ha tenuto conto della produzione già realizzata dalle strutture accreditate nel corso dell'esercizio 2022, nei limiti di quanto disposto dalle autorizzazioni provvisorie assunte dalla Regione.

In tale ottica, al fine di non pregiudicare ulteriormente le liste di attesa, nella determinazione dei budget si è tenuto conto della proiezione al 31 dicembre 2022 della suindicata produzione delle singole strutture, essendo tale criterio l'unico utilizzabile a causa del mancato collegamento ad oggi di tutte le strutture accreditate al CUP che avrebbe consentito, per le prestazioni ambulatoriali, di conoscere l'effettivo programmato.

È opportuno precisare, infine, che le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale già erogate nel corso dell'anno 2022 da parte delle Strutture private accreditate concorrono al raggiungimento dei valori di produzione riconoscibili entro i limiti massimi di finanziamento fissati da questa proposta.

Il tetto di spesa

Il tetto di spesa definito per l'anno 2022, così come dettagliato nella tabella allegata alla presente relazione - di cui ne forma parte integrante e sostanziale - è pari ad € 101.090.781, di cui € 48.521.973 per prestazioni regionali e € 52.568.807 per prestazioni extraregionali. Il tetto di spesa comprende sia prestazioni di ricovero ospedaliero che prestazioni di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni cosiddette "salvavita", ossia le prestazioni ambulatoriali di dialisi e radioterapia, nonché i ricoveri d'urgenza disposti dai PP.SS. dei presidi ospedalieri regionali nelle strutture accreditate del Gemelli Molise S.p.A. e dell'IRCSS Neuromed per prestazioni indifferibili non erogabili presso strutture pubbliche regionali.

Tetti di spesa per prestazioni di ricovero ospedaliero

Il valore complessivo del tetto di spesa delle prestazioni acquistate da privato per prestazioni rese in regime di ricovero ospedaliero non ha subìto variazioni rispetto ai livelli massimi di finanziamento fissati per l'ultimo triennio.

Tuttavia, al fine di garantire le prestazioni "salvavita", il budget indistinto sinora attribuito alle due Strutture a diretta gestione regionale per le prestazioni di ricovero ospedaliero è stato differenziato per il 2022, prevedendo dei tetti di spesa autonomi per le prestazioni erogate in urgenza tramite trasferimento da Pronto soccorso degli Ospedali regionali rispetto a quelli per le altre prestazioni erogate in elezione.

Infatti, sino all'anno 2021 le prestazioni erogate in urgenza (regionali ed extraregionali) erano ricomprese e fatturate dalle Strutture all'interno del budget indistinto loro attribuito. In considerazione del coinvolgimento ad oggi delle predette strutture nelle reti tempo dipendenti, si è pertanto proceduto a differenziare le quote attribuite, con l'individuazione anche dell'importo da destinare alla remunerazione di prestazioni erogate in regime di urgenza a pazienti extraregionali provenienti dai pronto soccorso degli ospedali regionali, assumendo come parametro di riferimento dello stesso la produzione storica dell'ultimo triennio.

Per quanto concerne gli erogatori privati a gestione A.S.Re.M., per l'anno 2022, in considerazione della produzione già erogata, è stato confermato il tetto di spesa complessivamente attribuito al cui interno, solo per il corrente anno, è ricompresa la quota destinata alla remunerazione della chirurgia ambulatoriale branca 80. Tale determinazione si rende necessaria in considerazione della previsione contenuta nei precedenti schemi di accordo contrattuale adottati dalle precedenti strutture commissariali laddove prevedeva una compensazione tra le due tipologie di prestazioni, al fine di incentivare il passaggio alle attività di chirurgia ambulatoriale delle prestazioni ancora erogate in regime di ricovero ospedaliero. La motivazione di tale scelta risiedeva e risiede non solo in una esigenza di semplificazione e di controllo della spesa sanitaria ma anche nel fatto che entrambe le forme assistenziali vengono effettuate dai medesimi soggetti - erogatori ospedalieri privati accreditati. Inoltre le scelte di politica sanitaria regionale rivolte a migliorare l'appropriatezza e l'efficienza delle prestazioni hanno dato e danno la possibilità agli erogatori di differenziare, nel rispetto della sicurezza del paziente e degli operatori, le modalità di erogazione delle prestazioni stesse. I nuovi schemi organizzativi, unitamente al progresso scientifico e tecnologico, conducono, infatti, allo sviluppo e all'incremento dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito ambulatoriale e a un decremento dell'attività svolta in regime di ricovero da riservare, quest'ultima, ai pazienti c.d. "acuti", cioè con particolari complessità.

Tetti di spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto concerne la determinazione dei limiti massimi di spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali si è tenuto conto della produzione storica dell'ultimo triennio erogata dalle strutture private sia a gestione diretta regionale che a gestione A.S.Re.M.

L'aumento nella regione Molise, nel corso degli ultimi anni, del numero di pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di terapie "cd. salvavita" quali la radioterapia, abbinata alla necessità di soddisfare la totalità delle richieste di prestazioni in favore dei pazienti dializzati, trattandosi di prestazioni indispensabili e incomprimibili, impone, da parte della programmazione regionale, una diversa quantificazione e budgettizzazione al fine di evitare il rischio di interruzioni nella erogazione delle stesse a nocumento dei cittadini.

Pertanto, posto che ad oggi le strutture pubbliche regionali non erogano le prestazioni di radioterapia, si è inteso salvaguardare l'erogazione delle stesse determinando, sulla base della produzione dell'ultimo triennio, il valore del budget destinato a coprire l'acquisto di prestazioni di radioterapia e di dialisi in favore dei pazienti residenti e non residenti, in deroga al budget stimato e all'applicazione del tetto finanziario previsto dal D.L. 95/2012 (spending review). Eventuali eccedenze del budget assegnato saranno oggetto di accordi integrativi la cui copertura sarà assicurata nel rispetto della normativa vigente.

Pertanto, nelle more della determinazione dei nuovi tetti di spesa per le annualità 2023/2024, sono state avviate le procedure per la definizione del fabbisogno di prestazioni di radioterapia anche sulla base della prevista riorganizzazione della rete oncologica regionale, che sarà contenuta nel redigendo Programma Operativo 2022/2024, con l'obiettivo di creare le migliori condizioni per la presa in carico del paziente oncologico.

Nel contempo, al fine di assicurare la copertura finanziaria destinata alla remunerazione delle prestazioni di radioterapia, lo specifico budget di spesa dedicato è stato determinato prendendo come riferimento la produzione dell'ultimo triennio delle prestazioni oggetto dell'offerta erogativa da parte dell'unica struttura a diretta gestione regionale accreditata. Per completezza espositiva è da rimarcare un progressivo e costante aumento di fatturazione delle prestazioni di radioterapia nel corso degli anni.

Per quanto riguarda gli erogatori privati a gestione A.S.Re.M. si è provveduto a redistribuire i budget -sempre nei limiti delle risorse disponibili scaturenti dalla proiezione al 31 dicembre 2022 della produzione sinora erogata e sulla base dei dati di produzione riferiti all'anno 2021, oltre che nella riconfigurazione delle economie resesi disponibili dalla mancata contrattualizzazione per l'anno 2022 di strutture non più accreditate con il SSR - indirizzando prioritariamente le risorse al soddisfacimento del fabbisogno di salute della popolazione residente nella regione Molise e verso le branche specialistiche più in sofferenza.

Si è tenuto conto, conseguentemente, della distribuzione territoriale delle risorse e della localizzazione delle strutture private nell'ambito dell'organizzazione sanitaria regionale riequilibrando, nei limiti delle risorse disponibili, i budget destinati all'acquisto di prestazioni con lunghe liste di attesa, come ad es. la diagnostica per immagini nel bacino territoriale del Basso Molise, nel quale l'offerta sanitaria pubblica è insufficiente a coprire le esigenze della popolazione residente, determinando, di conseguenza, il ricorso ad elevata mobilità passiva verso le regioni di confine. Ugualmente, si è proceduto all'aumento, seppur limitato, dell'offerta sanitaria di prestazioni di laboratorio analisi nell'ambito territoriale di Isernia, nel quale i punti di erogazione pubblica sono inferiori a quelli presenti nelle altre aree territoriali.

Con riguardo alle prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute con le risorse disponibili si è provveduto a ricalibrare, sempre nel limite delle risorse disponibili, l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, tenendo conto della specificità delle branche accreditate e della presenza di centri polispecialistici eroganti dette prestazioni.

La diversa metodologia di assegnazione trova la sua motivazione nella modificazione del potenziale fabbisogno che si è determinato durante e a seguito della epidemia causata dal COVID-19 e dalla conseguente

esigenza di poter mettere in atto le migliori azioni possibili, in sinergia con gli erogatori privati, per fornire prestazioni ambulatoriali agli utenti secondo i criteri di efficacia, efficienza, tempestività e appropriatezza.

Conclusioni

I tetti di spesa, così come dettagliato nell'allegata tabella, rappresentano i tetti finanziari massimi attribuibili e invalicabili sia per le prestazioni per pazienti regionali che per pazienti extraregionali. Pertanto, le prestazioni erogate in eccedenza non saranno remunerate, assicurando in tal modo la certezza della spesa massima da parte S.S.R..

Si precisa, infatti, che la determinazione dei tetti di spesa risulta coerente con quanto disposto dalla legge di stabilità (legge n. 208/2015) che, modificando il comma 14 dell'art 15 del decreto legge n. 95/2012, ha introdotto degli elementi di flessibilità per la definizione degli stessi nei confronti dei soggetti privati accreditati per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza ambulatoriale in quanto si garantisce che all'interno dell'intero sistema dell'acquisto di prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati, ospedalieri e non, sia mantenuto l'equilibrio economico-finanziario complessivo.

In considerazione dei possibili mutamenti del fabbisogno assistenziale di ciascun territorio, anche in considerazione del possibile riacutizzarsi della situazione emergenziale e delle conseguenze della stessa, gli spostamenti, esclusivamente isorisorse, di quote dei tetti di spesa assegnati tra macro aree del medesimo erogatore privato accreditato dovranno essere autorizzati esclusivamente dalla Struttura Commissariale.

Al fine di realizzare la completa integrazione pubblico-privato, rendendo il cittadino consapevole della complessiva offerta sanitaria regionale, l'utilizzo del sistema CUP regionale da parte degli erogatori privati tramite inserimento delle relative agende di prenotazione è vincolante al fine dell'utilizzo, da parte di ciascun singolo Erogatore privato, dei tetti di spesa assegnati.

Così pure si conferma l'obbligo di integrazione, in capo agli erogatori privati accreditati, con il sistema regionale "fascicolo sanitario elettronico" – anche in funzione di quanto previsto dal PNRR Missione 6 - per quanto concerne i processi di alimentazione dello stesso con la documentazione prodotta in tutti i regimi erogativi, nonché l'adeguamento degli applicativi in uso in modo da potersi interfacciare con il sistema CUP unico regionale secondo gli standard redatti nell'ambito del progetto.

In analogia con quanto disposto dai precedenti provvedimenti in materia, i tetti di spesa sono comprensivi della quota di compartecipazione alla spesa (c.d. ticket) che deve pertanto intendersi come mero acconto di pagamento da recuperarsi con la prima fatturazione utile.

Fonti dati utilizzate
Flusso Schede di dimissione ospedaliera - SDO
Flusso specialistica ambulatoriale – Flusso C
Fatturato storico Strutture private accreditate
Produzione storica Strutture private accreditate
Dati da Sistema Tessera Sanitaria
Decreti del Commissario ad Acta per la Definizione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati con il SSR

Tetti di spesa 2022 - Proposta per i livelli massimi di finanziamento del SSR per l'anno 2022
Gruppo di lavoro costituito con nota
Struttura Commissariale prot. n. 74082/2022

		Residenti	Fuori regione	Totale
	Assistenza Ospedaliera			
	Privati a diretta gestione regionale	**22.980.696**	**31.120.217**	**54.100.913**
	Gemelli Molise Spa - complessivo	18.533.037	10.974.364	29.507.401
	Budget per ricoveri d'urgenza	*1.380.262*	*60.000*	1.440.262
	Budget assistenza ospedaliera	*17.152.775*	*10.914.364*	28.067.139
	IRCCS Neuromed - complessivo	4.447.659	20.145.853	24.593.512
	Budget per ricoveri d'urgenza	*554.535*	*75.000*	629.535
	Budget assistenza ospedaliera	*3.893.124*	*20.070.853*	23.963.977
	Privati ASReM	**9.445.459**	**3.337.452**	**12.782.911**
	Villa Esther - complessivo	*4.813.782*	*1.858.227*	6.672.009
	Budget assistenza ospedaliera	*4.313.782*	*1.708.227*	6.022.009
	Budget per prestazioni Branca 80	*500.000*	*150.000*	650.000
	Villa Maria - complessivo	*2.767.713*	*1.431.036*	4.198.749
	Budget assistenza ospedaliera	*2.137.713*	*731.036*	2.868.749
	Budget per prestazioni Branca 80	*630.000*	*700.000*	1.330.000
	Gea Medica - complessivo	*1.863.964*	*48.189*	1.912.153
A	**Totale Assistenza Ospedaliera**	**32.426.155**	**34.457.669**	**66.883.824**
	Assistenza Specialistica			
	Privati a diretta gestione regionale	**12.100.587**	**13.426.070**	**25.526.657**
	Gemelli Molise Spa - complessivo	6.424.285	1.880.791	8.305.076
	Budget specialistica radioterapia (Branca 24)	*4.500.000*	*1.160.300*	*5.660.300*
	Budget per assistenza specialistica	*1.924.285*	*720.491*	*2.644.776*
	IRCCS Neuromed	5.676.302	11.545.279	17.221.581
	Privati ASReM - Budget 2022	**3.995.231**	**4.685.069**	**8.680.299**
	Villa Esther	300.000	17.499	317.499
	Villa Esther + Biolab (ATI)	*133.296*	*1.216*	134.513
	Villa Maria	83.627	2.000	85.627
	Laboratorio analisi Aretini De Gregorio Gravina (ATI)	*65.840*	*557*	66.397
	Laboratorio Diagnostica Fortore	*88.800*	-	88.800
	Laboratorio Analisi Dottoressa Colella Gina, Evelina	*100.870*	*844*	101.714
	Biomedical Srl Laboratorio Analisi - complessivo	*136.122*	*1.422*	137.544
	Budget Biomedical Srl Campobasso	*70.039*	*811*	70.850
	Budget Biomedical Srl Termoli	*66.083*	*611*	66.694
	Gamma Snc di Angela Leone e C.	*75.602*	*2.541*	78.143

	Centro Medico del Molise SAS e Centro di Allergologia del Molise SAS (ATI Laboratorio Analisi)	*97.319*	*26.848*	124.167
	Laboratorio Centro Diagnostico Minerva	*52.876*	*3.125*	56.001
	Laboratorio Biomedical Center s.r.l.	*40.789*	*175*	40.965
	Medical Center	*300.000*	*834.522*	1.134.522
	Domenico e Francesco Potito s.r.l. - complessivo	*1.055.293*	*2.293.260*	3.348.553
	Budget diagnostica per immagini	*1.051.435*	*2.293.260*	3.344.695
	Budget terapia fisica	*3.858*	-	3.858
	Istituto di radiologia e fisiokinesiterapia di Cariello Gianfranco - complessivo	*65.394*	-	65.394
	Budget diagnostica per immagini	*17.663*	-	17.663
	Budget terapia fisica	*47.731*		47.731
	Centro Clinico del Dott. Forte e C. S.R.L.	*95.000*	*114.730*	209.730
	Centro Benessere Sant'Erasmo s.a.s.	*107.799*	*211*	108.009
	Medica s.r.l.	*25.159*	-	25.159
	Oasis - Centro Brenam	*24.301*	-	24.301
	Ronefor - Centro Brenam	*97.187*	*555*	97.742
	Riabilitazione e Fitness Centro Fisioterapico di Gentile Rosalia	*20.878*	-	20.878
	Ambulatorio di Terapia Fisica Maria SS di Bisaccia	*36.553*	-	36.553
	CDS S.A.S.	*43.213*	*6.838*	50.052
	Mancini s.r.l.	*36.794*	-	36.794
	Centro di Fisioterapia Dr. M.Zappone S.r.l.	*42.392*	-	42.392
	Fisioter s.r.l. - Montecilfone	*17.232*	-	17.232
	Fisioter S.n.c. - Termoli	*70.223*	-	70.223
	Società Ars Medica S.r.l.	*219.047*	*1.722*	220.769
	Centro di Odontoiatria del Dr. F.Reglieri s.a.s.	*61.137*	*4.215*	65.353
	Atlas S.r.l.	*20.090*	-	20.090
	Centro di Chirurgia Oculare Dott. F.Laurelli - complessivo	*135.289*	*695.709*	830.998
	Budget Chirurgia Ambulatoriale Branca 80	*113.684*		113.684
	Budget Oculistica	*21.606*		21.606
	Istituto Oftalmico Pentro	*92.107*	*557.078*	649.185
	Budget Chirurgia Ambulatoriale Branca 80	*58.221*	-	58.221
	Budget Oculistica	*33.886*	-	33.886
	Nephrocare Spa	*235.000*	*120.000*	355.000
	Kinesis	20.000	-	20.000
B	**Totale Assistenza Specialistica**	**16.095.818**	**18.111.139**	**34.206.957**
A + B	**Totale Assistenza Ospedaliera e Specialistica**	**48.521.973**	**52.568.807**	**101.090.781**