



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA
PER IL PIANO SANITARIO DI RIENTRO
Delibera del Consiglio dei Ministri in data 20.01.2012

DECRETO

Decreto n. 44 del 29 agosto 2012 "Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012. Programmazione delle prestazioni da acquistare annualmente dagli erogatori privati e definizione dei relativi tetti di spesa annuali per l'anno 2012". Rettifica ed integrazione per il triennio 2012 – 2014.

N. 59

IN DATA 10/12/2012

OGGETTO:

Il Responsabile dell'istruttoria

Il Responsabile dell'Ufficio

Il Responsabile del Servizio

Il Direttore Generale

Servizio Assistenza Territoriale
Il direttore
(dott. Francesco Storza)

[Signature]

[Signature]



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA
PER IL PIANO SANITARIO DI RIENTRO
Delibera del Consiglio dei Ministri in data 20.01.2012

DECRETO

N. 59

IN DATA 10/12/2012

OGGETTO:

Decreto n. 44 del 29 agosto 2012 "Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012. Programmazione delle prestazioni da acquistare annualmente dagli erogatori privati e definizione dei relativi tetti di spesa annuali per l'anno 2012". Rettifica ed integrazione per il triennio 2012 – 2014.

*IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA*

DATO ATTO:

- della Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20 gennaio 2012 con cui si è confermata la nomina, ex art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge n. 159 del 2007 (convertito, con modificazioni, dalla legge n. 222 del 2007, e successive modificazioni), del Presidente pro-tempore della Regione Molise, in funzione di Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario;
- della Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20 gennaio 2012 con cui si è deliberato in ordine ad una modifica dell'assetto della gestione commissariale e, in particolare, di quanto previsto :
 - al punto 8) programmazione delle prestazioni da acquistare annualmente dagli erogatori privati e definizione dei relativi tetti di spesa annuali, comprensivi anche delle prestazioni da erogare a favore di pazienti extra regionali e adozione di accordi di confine con le regioni limitrofe, ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012, coerenti con il Programma Operativo per l'anno 2011-2012;
 - al punto 9) tempestiva sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, sia gestiti direttamente dalla regione (Neuromed e Cattolica), che gestiti dall'Azienda Sanitaria ASREM, dando avvio, in caso di mancata stipulazione del contratto, alle procedure di cui all'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.e i.;

VISTO il D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria";

RICHIAMATI

- il decreto commissariale n. 2 del 01/02/10 recante: "Recepimento accordo di confine tra Regione Campania e Regione Molise" pubblicato sul BURM n. 4 del 16/02/10;
- il decreto commissariale n. 10 del 19/03/10 recante: "Piano delle prestazioni 2010 ex art. 2 dell'Accordo di Confine Campania - Molise, recepito con decreto commissariale n. 2 del 01/02/10 pubblicato sul BURM n. 4 del 16/02/10", pubblicato sul BURM n. 12 del 16/04/10;
- il decreto commissariale n. 80 del 26/09/2011: "Adozione programma operativo 2011-2012 (ex art. 13, comma 14 Patto per la Salute del 3 dicembre 2009);

DATO ATTO dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2011, come definiti nei decreti commissariali n. 14/11, n. 91/11 e n. 92/11;

DATO ATTO :

- del fabbisogno di prestazioni sanitarie di cui al decreto commissariale n. 20/2011 e successive modifiche ed integrazioni, e dal decreto commissariale n. 10/2012;
- di quanto previsto nella programmazione sanitaria regionale di cui al ridetto Programma Operativo 2011/2012, approvato con DCA n. 80/11, in particolare all' "Intervento 8.1: Stipula dei contratti con gli erogatori privati" e più precisamente all' "Azione 8.1.1: Determinazione dei piani di attività delle strutture private per gli anni 2011 e 2012 e relativi accordi contrattuali" in cui, premesso che il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali deve essere soddisfatto dalle strutture pubbliche e private in una logica non competitiva, ma di integrazione, si evidenzia la necessità di individuare vincoli di budget che incentivino l'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;

RILEVATO altresì che, con Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 è stato introdotto nel nostro ordinamento il principio del pareggio di bilancio e che l'art. 81 Cost., completamente novellato, sancisce *"l'equilibrio fra le entrate e le spese tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico"* e consente, al secondo comma, il ricorso all'indebitamento solo *"al verificarsi di eventi eccezionali"* e sempre tenendo in considerazione *"le fasi del ciclo economico"*, principio che rafforza quello già vigente per le aziende e per gli enti del servizio Sanitario nazionale, di cui al D.lgs. 502/1992 e successive integrazioni e modificazioni;

CONSIDERATO pertanto che, nell'ottica della necessità di garantire un bilanciamento di interessi tra il diritto alla salute ed il cd. principio del "pareggio di bilancio" e bilanciamento con l'equilibrio finanziario, a sua volta funzionale alla protezione della salute, deve essere letta la determinazione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquistabili da privato (cfr. sentt. Corte Cost. nn. 267/98, 304/94, 218/94);

TENUTO CONTO che il suddetto principio è stato pure affermato dalla Corte Costituzionale in numerose occasioni, nel senso che, l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa, ciò in quanto le norme statali che fissano limiti alla spesa di enti pubblici regionali sono espressione della finalità di coordinamento finanziario, per cui il legislatore statale può legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari (cfr. ex plurimis, sentenza Corte Costituzionale n. 163/2011);

DATO ATTO di quanto affermato dal Consiglio di Stato, Ad. Plen. 12 aprile 2012, n. 3, in ordine al fatto che: *"... L'art. 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, affida alle Regioni il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di tale disciplina, spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni >>;*

RILEVATO che, nella citata sede si statuisce che: *<< ... La imposizione di tetti di spesa per le strutture private accreditate con il SSN è da ritenere legittima, date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica ed atteso che il diritto alla salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, può essere sottoposto a condizioni che ne armonizzino la protezione con i vincoli finanziari a patto di non scalfinare il nucleo essenziale irriducibile. Le Regioni, nell'esercitare tale potestà programmatica, godono di un ampio potere discrezionale, chiamato a bilanciare interessi diversi, ossia l'interesse pubblico al contenimento della spesa, il diritto degli assistiti alla fruizione di prestazioni sanitarie adeguate, le legittime aspettative degli operatori privati che ispirano le loro condotte ad una logica imprenditoriale e l'assicurazione dell'efficienza delle strutture pubbliche che costituiscono un pilastro del sistema sanitario universalistico.>>;*

DATO ATTO che nella citata sentenza si legge che:

<<...conformemente a quanto già affermato in precedenza (v. Cons. Stato, Ad. Plen., decisione 2 maggio 2006, n. 8), debbono in linea di massima ritenersi legittimi i tetti di spesa sanitaria fissati dalla Regione nel corso dell'esercizio finanziario, che dispiegano i propri effetti anche sulle prestazioni già erogate, atteso che "la retroattività dell'atto di determinazione della spesa non vale ad impedire agli interessati di disporre di un qualunque punto di riferimento regolatore per lo svolgimento della loro attività">> e ancora che: <<...L'esercizio, con effetto ex tunc, del potere di

programmazione della stesa sanitaria regionale va svolto in guisa da bilanciare l'esigenza del contenimento della spesa con la pretesa degli assistiti a prestazioni sanitarie adeguate e, soprattutto, con l'interesse degli operatori privati ad agire con un logica imprenditoriale sulla base di un quadro, nei limiti del possibile, certo e chiaro circa le prestazioni remunerabili e le regole applicabili...>>;

RICHIAMATI:

- il decreto commissariale n. 95 del 07.11.2011: " Riparto provvisorio del fondo sanitario regionale di parte corrente anno 2012 - e livelli di spesa-determinazioni";
- il decreto commissariale n. 3 del 06.02.2012 recante: "Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009. Definizione in via provvisoria dei piani delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2012, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. – Autorizzazione provvisoria budget anno 2012 – Provvedimenti.";
- il decreto commissariale n. 21 del 31.05.2012: "Riparto provvisorio del fondo sanitario regionale di parte corrente anno 2012 - e livelli di spesa-Ulteriori determinazioni";

RICHIAMATO in particolare, l'art. 15 del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in Legge n. 135 del 7 agosto 2012, recante: " *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*", che al comma 14 prevede che: "A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.";

CONSIDERATO che le susesposte misure sono state dettate dalla straordinaria necessità ed urgenza di emanare disposizioni, nell'ambito dell'azione del Governo volta all'analisi ed alla revisione della spesa pubblica, per la razionalizzazione della stessa, attraverso la riduzione delle spese per acquisti di beni e servizi, garantendo al contempo l'invarianza dei servizi ai cittadini, nonché per garantire il contenimento e la stabilizzazione della finanza pubblica;

RITENUTO pertanto, in ottemperanza a quanto disposto con il D.L. 95/2012, convertito in Legge n. 135 del 7 agosto 2012, di provvedere, nella fissazione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'anno 2012, ad applicare ai valori della spesa consuntivata per l'anno 2011, nel limite invalicabile del budget assegnato con i contratti a suo tempo sottoscritti, la menzionata decurtazione dell'importo tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs. n. 502/92 e s.m. e i., le Strutture private accreditate possono erogare prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale solo nei limiti del contratto stipulato con la ASL o la Regione territorialmente competenti;

VISTO il Decreto n. 44 del 29 agosto 2012 recante " *Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012. Programmazione delle prestazioni da acquistare annualmente dagli erogatori privati e definizione dei relativi tetti di spesa annuali per l'anno 2012*";

RITENUTO opportuno, a rettifica ed integrazione delle base di calcolo per le riduzioni applicate nel succitato Decreto, procedere alla nuova fissazione dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per il triennio 2012-2014, al fine di consentire l' avvio dei procedimenti preordinati alla stipula dei contratti di budget per l' anno 2012;

RITENUTO, in adempimento, tra l'altro, a quanto disposto con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20/01/2012, ai punti 8) e 9) succitati:

- di definire, i limiti massimi di finanziamento per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per il triennio 2012-2014, con applicazione delle decurtazioni relativamente alle prestazioni di TAC ed RMN, in coerenza con la programmazione regionale di cui al programma operativo 2012 ed al DCA n. 10 del 21.05.2012 nonché della riduzione dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014, in ottemperanza a quanto disposto giusto D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in Legge n. 135 del 7 agosto 2012, come di seguito indicato:

TETTI DI SPESA ANNO 2012												
	Privati Accreditati ASReM			Neuromed			Fondazione Giovanni Paolo II			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
spesa consuntivata ANNO 2011	18.405.022	7.045.277	25.450.299	3.607.301	11.753.757	15.361.058	6.303.124	2.667.589	8.970.713	28.315.447	21.466.623	49.782.070
riduzione 30% TAC e 20% RM (applicazione D.C.A n. 10/2012)	82.000	0	82.000	146.000	0	146.000	91.000	0	91.000	319.000	0	319.000
funzioni				400.000		400.000				400.000	0	400.000
Totale	18.323.022	7.045.277	25.368.299	3.861.301	11.753.757	15.615.058	6.212.124	2.667.589	8.879.713	28.396.447	21.466.623	49.863.070
riduzione 0,5% Legge n. 135/2012	91.615	35.226	127.251	19.307	58.769	76.805	31.061	13.338	44.854	141.982	107.333	248.910
Totale	18.231.407	7.010.051	25.241.048	3.441.994	11.694.988	15.138.253	6.181.063	2.654.251	8.834.860	27.854.465	21.359.290	49.214.160

TETTI DI SPESA ANNO 2013												
	Privati Accreditati ASReM			Neuromed			Fondazione Giovanni Paolo II			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
spesa consuntivata ANNO 2011	18.405.022	7.045.277	25.450.299	3.607.301	11.753.757	15.361.058	6.303.124	2.667.589	8.970.713	28.315.447	21.466.623	49.782.070
riduzione 30% TAC e 20% RM (applicazione D.C.A n. 10/2012)	82.000	0	82.000	146.000	0	146.000	91.000	0	91.000	319.000	0	319.000
funzioni				400.000		400.000						400.000
Totale	18.323.022	7.045.277	25.368.299	3.861.301	11.753.757	15.615.058	6.212.124	2.667.589	8.879.713	27.996.447	21.466.623	49.863.070
riduzione 1% Legge n. 135/2012	183.230	70.453	253.683	38.613	117.538	156.151	62.121	26.676	88.797	279.964	214.666	498.631
Totale	18.139.792	6.974.824	25.114.616	3.822.688	11.636.219	15.458.907	6.150.003	2.640.914	8.790.916	27.716.483	21.251.957	49.364.440

TETTI DI SPESA ANNO 2014												
	Privati Accreditati ASReM			Neuromed			Fondazione Giovanni Paolo II			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
spesa consuntivata ANNO 2011	18.405.022	7.045.277	25.450.299	3.607.301	11.753.757	15.361.058	6.303.124	2.667.589	8.970.713	28.315.447	21.466.623	49.782.070
riduzione 30% TAC e 20% RM (applicazione D.C.A n. 10/2012)	82.000	0	82.000	146.000	0	146.000	91.000	0	91.000	319.000	0	319.000
funzioni				400.000		400.000						400.000
Totale	18.323.022	7.045.277	25.368.299	3.861.301	11.753.757	15.615.058	6.212.124	2.667.589	8.879.713	27.996.447	21.466.623	49.863.070
riduzione 2% Legge n. 135/2012	366.460	140.906	507.366	77.226	235.075	312.301	124.242	53.352	177.594	559.929	429.332	997.261
Totale	17.956.562	6.904.371	24.860.933	3.784.075	11.518.682	15.302.757	6.087.882	2.614.238	8.702.119	27.436.518	21.037.291	48.865.809

- di stabilire che la contrattazione avverrà secondo lo schema contrattuale di budget ed i contenuti di cui al relativo decreto commissariale di approvazione e che, nelle more, è prorogato il contratto 2011, salve le riduzioni dei volumi delle prestazioni in relazione al budget determinato, in applicazione di quanto disposto dall'art. 15, comma 14 del D.L.n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in Legge n. 135 del 7 agosto 2012;
- di dare direttiva all'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise - A.S.Re.M. , di applicare, in sede di contrattazione del budget, relativamente alla quota regionale, la decurtazione solo ed esclusivamente nei confronti delle strutture private accreditate di diagnostica per immagini, eroganti prestazioni delle alte tecnologie diagnostiche, ed, in particolare, di operare le predette decurtazioni relativamente alle prestazioni di TAC ed RMN, in coerenza con la programmazione regionale di cui al programma operativo 2012 ed al DCA n. 10 del 21.05.2012;
- di impegnare l'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise - A.S.Re.M. – a dare direttive ai medici di medicina generale nonché ai pediatri di libera scelta ed agli specialisti convenzionati al fine di eliminare prescrizioni di prestazioni inappropriate di TAC e RM, adottando linee guida aziendali o delle società scientifiche;
- di stabilire che, eventuali variazioni rispetto alle previsioni delle indicazioni di spesa previste per le attività di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale, dopo le necessarie verifiche a consuntivo, potranno essere oggetto di compensazione, tra l'una e l'altra attività, fermo restando il tetto complessivo di spesa non superabile oggetto della contrattazione; il tutto al fine di consentire la piena attuazione del regime assistenziale del Day Service o chirurgia ambulatoriale complessa, giusta DCA n. 83/11 recante: " Istituzione della "Chirurgia Ambulatoriale Complessa" (Branca 80). Classificazione delle prestazioni e Tariffazione. Linee Guida e Modalità applicative";
- di precisare che tali piani delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono onnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe approvate con il decreto commissariale n. 32 del 18 luglio 2012;
- di stabilire che i predetti potranno subire variazioni a seguito di interventi da parte dei competenti Dicasteri della Salute e dell'Economia, nell'ambito della loro attività di vigilanza e monitoraggio;

In virtù dei poteri conferiti con la deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20.01.2012;

DECRETA

per quanto esposto in premessa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- procedere, a rettifica ed integrazione di quanto indicato nel Decreto n. 44 del 29 agosto 2012, alla fissazione dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2012, al fine di consentire l' avvio dei procedimenti preordinati alla stipula dei contratti di budget per l' anno 2012;
- di definire, i limiti massimi di finanziamento per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per il triennio 2012-2014, con applicazione delle decurtazioni relativamente alle prestazioni di TAC ed RMN, in coerenza con la programmazione regionale di cui al programma operativo 2012 ed al DCA n. 10 del 21.05.2012, nonché della riduzione dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014, in ottemperanza a quanto disposto giusto D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in Legge n. 135 del 7 agosto 2012, come di seguito indicato:

TETTI DI SPESA ANNO 2012												
	Privati Accreditati ASReM			Neuromed			Fondazione Giovanni Paolo II			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
spesa consuntivata ANNO 2011	18.405.022	7.045.277	25.450.299	3.607.301	11.753.757	15.361.058	6.303.124	2.667.589	8.970.713	28.315.447	21.466.623	49.782.070
riduzione 30% TAC e 20% RM (applicazione D.C.A n. 10/2012)	82.000	0	82.000	146.000	0	146.000	91.000	0	91.000	319.000	0	319.000

funzioni				400.000		400.000				400.000	0	400.000
Totale	18.323.022	7.045.277	25.368.299	3.861.301	11.753.757	15.615.058	6.212.124	2.667.589	8.879.713	28.396.447	21.466.623	49.863.070
riduzione 0,5% Legge n. 135/2012	91.615	35.226	127.251	19.307	58.769	76.805	31.061	13.338	44.854	141.982	107.333	248.910
Totale	18.231.407	7.010.051	25.241.048	3.441.994	11.694.988	15.138.253	6.181.063	2.654.251	8.834.860	27.854.465	21.359.290	49.214.160

TETTI DI SPESA ANNO 2013												
	Privati Accreditati ASReM			Neuromed			Fondazione Giovanni Paolo II			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
spesa consuntivata ANNO 2011	18.405.022	7.045.277	25.450.299	3.607.301	11.753.757	15.361.058	6.303.124	2.667.589	8.970.713	28.315.447	21.466.623	49.782.070
riduzione 30% TAC e 20% RM (applicazione D.C.A n. 10/2012)	82.000	0	82.000	146.000	0	146.000	91.000	0	91.000	319.000	0	319.000
funzioni				400.000		400.000						400.000
Totale	18.323.022	7.045.277	25.368.299	3.861.301	11.753.757	15.615.058	6.212.124	2.667.589	8.879.713	27.996.447	21.466.623	49.863.070
riduzione 1% Legge n. 135/2012	183.230	70.453	253.683	38.613	117.538	156.151	62.121	26.676	88.797	279.964	214.666	498.631
Totale	18.139.792	6.974.824	25.114.616	3.822.688	11.636.219	15.458.907	6.150.003	2.640.914	8.790.916	27.716.483	21.251.957	49.364.440

TETTI DI SPESA ANNO 2014												
	Privati Accreditati ASReM			Neuromed			Fondazione Giovanni Paolo II			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
spesa consuntivata ANNO 2011	18.405.022	7.045.277	25.450.299	3.607.301	11.753.757	15.361.058	6.303.124	2.667.589	8.970.713	28.315.447	21.466.623	49.782.070
riduzione 30% TAC e 20% RM (applicazione D.C.A n. 10/2012)	82.000	0	82.000	146.000	0	146.000	91.000	0	91.000	319.000	0	319.000
funzioni				400.000		400.000						400.000
Totale	18.323.022	7.045.277	25.368.299	3.861.301	11.753.757	15.615.058	6.212.124	2.667.589	8.879.713	27.996.447	21.466.623	49.863.070
riduzione 2% Legge n. 135/2012	366.460	140.906	507.366	77.226	235.075	312.301	124.242	53.352	177.594	559.929	429.332	997.261
Totale	17.956.562	6.904.371	24.860.933	3.784.075	11.518.682	15.302.757	6.087.882	2.614.238	8.702.119	27.436.518	21.037.291	48.865.809

- di stabilire che la contrattazione avverrà secondo lo schema contrattuale di budget ed i contenuti di cui al relativo decreto commissariale di approvazione e che, nelle more, è prorogato il contratto 2011, salve le riduzioni dei volumi delle prestazioni in relazione al budget determinato, in applicazione di quanto disposto dall'art. 15, comma 14 del D.L.n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in Legge n. 135 del 7 agosto 2012;
- di dare direttiva all'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise - A.S.Re.M. , di applicare, in sede di contrattazione del budget, relativamente alla quota regionale, la decurtazione solo ed esclusivamente nei confronti delle strutture private accreditate di diagnostica per immagini, eroganti prestazioni delle alte tecnologie diagnostiche, ed, in particolare, di operare le predette decurtazioni relativamente alle prestazioni di TAC ed RMN, in coerenza con la programmazione regionale di cui al programma operativo 2012 ed al DCA n. 10 del 21.05.2012;

- di impegnare l'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise - A.S.Re.M. – a dare direttive ai medici di medicina generale nonché ai pediatri di libera scelta ed agli specialisti convenzionati al fine di eliminare prescrizioni di prestazioni inappropriate di TAC e RM, adottando linee guida aziendali o delle società scientifiche;
- di stabilire che, eventuali variazioni rispetto alle previsioni delle indicazioni di spesa previste per le attività di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale, dopo le necessarie verifiche a consuntivo, potranno essere oggetto di compensazione, tra l'una e l'altra attività, fermo restando il tetto complessivo di spesa non superabile oggetto della contrattazione; il tutto al fine di consentire la piena attuazione del regime assistenziale del Day Service o chirurgia ambulatoriale complessa, giusta DCA n. 83/11 recante: " Istituzione della "Chirurgia Ambulatoriale Complessa" (Branca 80). Classificazione delle prestazioni e Tariffazione. Linee Guida e Modalità applicative";
- di precisare che tali piani delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono onnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe approvate con il decreto commissariale n. 32 del 18 luglio 2012;
- di stabilire che i predetti potranno subire variazioni a seguito di interventi da parte dei competenti Dicasteri della Salute e dell'Economia, nell'ambito della loro attività di vigilanza e monitoraggio;
- di trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate.

IL COMMISSARIO ad ACTA
on. dott. Angelo Michele Iorio



IL SUB COMMISSARIO ad ACTA
dr. Nicola Rosato

