

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 18.05.2015

DECRETO

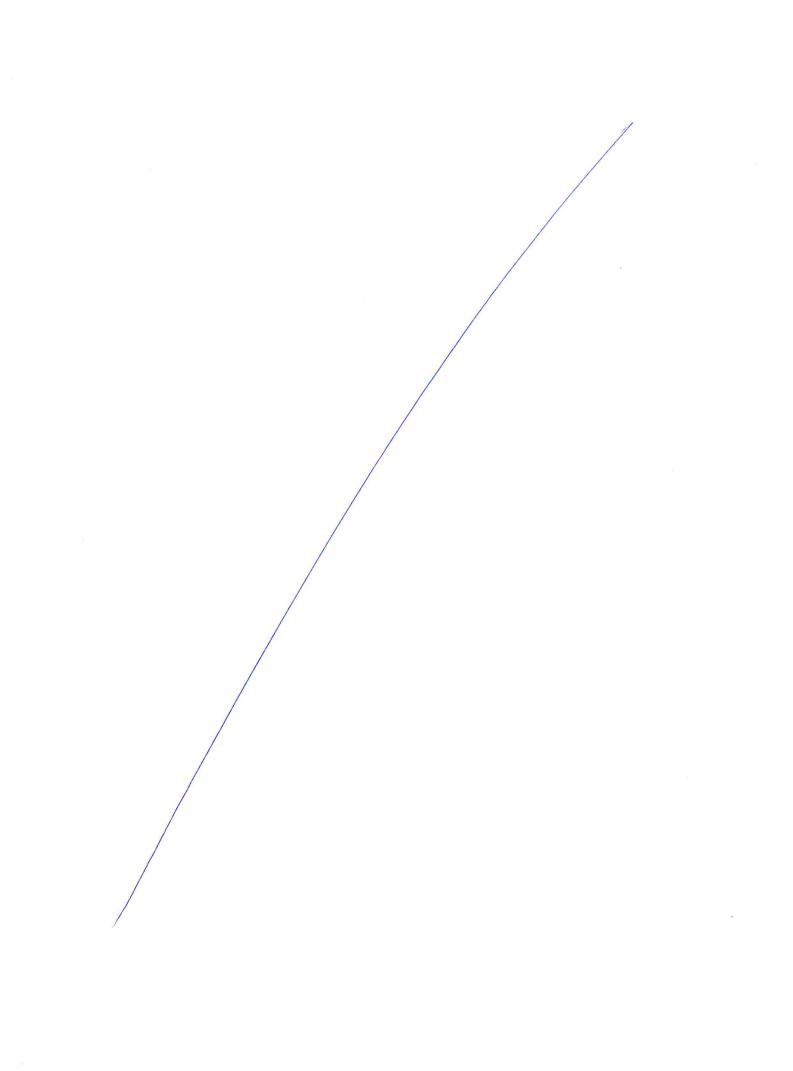
DATA 28.06 2017

OGGETTO: Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per le annualità 2016 – 2017 – 2018, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.

Il Direttore del Servizio Livelli Massimi di Finanziamento

Il Direttore Generale per la Salute

VISTO: Il Sub Commissario ad Acta





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 18.05.2015

DECRETO

v. 37	DATA 28.06 2017
-------	-----------------

OGGETTO: Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per le annualità 2016 – 2017 – 2018, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione dell'attuazione 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;

VISTA la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

RICHIAMATO l'Accordo Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, recante: "Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n.190" (Repertorio Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016);

VISTO il decreto commissariale n. 52 del 12.09.2016: "Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti.";

DATO ATTO del "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018";

VISTA la legge n. 96 del 21 giugno 2017: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, recante disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo." pubblicata sulla GU Serie Generale n.144 del 23-06-2017 - Suppl. Ordinario n. 31 ed in particolare l' art. 34-bis, rubricato: "Programma Operativo Straordinario della Regione Molise";

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n. 10 del 3 Marzo 2010 e s.m.i.;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario e con il "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018",- Adempimento 7 "Rapporti con gli erogatori privati accreditati";

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;

CONSIDERATO che:

- ai sensi dell'art. 8-bis, comma 1, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., "le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies";
- ai sensi dell' art. 8-quater, comma 8, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. "in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lett. b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del SSN un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e s.m.i. recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.":

VISTO l'art. 79, comma 1- quinquies, lett. d, del Decreto Legge n. 112/2008 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, di novellazione degli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies del D.Lgs. 502/92, nel quale si prevede che: "Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio [...]";

CONSIDERATO che la Regione Molise, in quanto soggetto programmatore, deve definire i tetti di spesa in coerenza con le previsioni normative richiamate e con quanto affermato dalla recente giurisprudenza amministrativa "[...] Alle regioni è stato pertanto affidato 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 detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante la 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" (Consiglio di Stato Adunanza Plenaria, Sentenza 3 aprile 2012 n. 3);

ATTESO che, in merito alla onnicomprensività dei tetti di spesa, gli stessi sono da considerarsi al lordo delle quote di compartecipazione alla spesa;

VISTO l'art. 17, comma 1, lett. a), del D.L. n. 98/2011 convertito con modifiche dalla L. n. 111/2011, ai sensi del quale "[...] le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati [...]";

VISTO il Decreto Legge del 6 luglio 2012, n. 95, recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge del 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO l'art. 15, comma 14, del suddetto D.L. n. 95/2012 convertito dalla L. n. 135/2012, ai sensi del quale "[...] 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[...]";

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul nuovo Patto per la Salute 2014-2016, n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

CONSIDERATO che all'art. 9, comma 3, della citata Intesa Stato Regioni e Province autonome recante Patto per la Salute 2014-2016, si prevede espressamente che "dalla data di stipula del presente Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del precedente Patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori";

VISTA la legge del 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2015).";

VISTO il Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78 coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125 recante: "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali.";

VISTA la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016).";

VISTA la Legge 11 dicembre 2016, n. 232 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019. (Legge di Stabilità 2017)";

CONSIDERATO che la L. 21giugno 2017, n. 96 al citato art. 34 bis lett. a) prevede che "il commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Molise da' esecuzione al programma operativo straordinario 2015-2018, allegato all'accordo sancito nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 agosto 2016 (rep. atti n. 155/CSR) e recepito con decreto del medesimo commissario ad acta n. 52 del 12 settembre 2016, che con il presente decreto è approvato, ferma restando la validità degli atti e dei provvedimenti adottati e fatti salvi gli effetti e i rapporti giuridici sorti sulla base della sua attuazione";

VISTA la Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18 recante: "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 79 del 30/11/2015 recante "Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per la annualità 2015, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. – Provvedimenti.";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 2/02/2016 recante "Contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate operanti per conto del SSR - anno 2015. Proroga per l'anno 2016. Provvedimenti.";

CONSIDERATO che il citato DCA n. 8/2016 ha disposto di prorogare "alle medesime condizioni e nei limiti di quanto previsto, i contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie sottoscritti per l'annualità 2015 con le Strutture Private Accreditate", nelle more dell'approvazione del Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 63 del 23/11/2016 "Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per le annualità 2016, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.";

RICHIAMATE le direttive del Direttore Generale per la Salute del 07/04/2017, protocollo n. 41579/2017 e n. 41580/2017, con le quali sono state autorizzate le strutture sanitarie private accreditate "ad erogare in via provvisoria, e fino all' adozione dei nuovi provvedimenti di fissazione dei tetti di spesa ed alla stipula dei contrati per l' acquisto delle prestazioni sanitarie da privati accreditati per l' anno 2017, un volume di prestazioni sanitarie mensili del valore pari a 1/12 del limite di spesa determinato per l' anno 2016, entro i tetti di spesa di cui al DCA n. 63/2016 e secondo le modalità di erogazione previste per la scorsa annualità.";

ATTESO che le Direttive citate prevedono, altresì, che "Le prestazioni autorizzate in via provvisoria concorreranno alla determinazione del budget complessivo annuale che potrà subire variazioni rispetto a quello dell' anno precedente, in relazione a quanto sarà disposto con i decreti commissariali di fissazione dei tetti di spesa per l' anno in corso ed al piano delle prestazioni.";

DATO ATTO che il Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018, come recepito con DCA n. 52/2016, con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, prevede, tra l'altro, in materia di acquisto di prestazioni sanitarie che:

- "venga assorbita una buona parte della mobilità passiva extra regionale (almeno il 40%)";
- si "persegua e mantenga un riequilibrio della rete clinico ospedaliera che eviti sovrapposizione ed inefficienti ridondanze nell'offerta che dovrà differenziarsi affinché ci sia un corretto soddisfacimento della domanda interna e un contenimento degli indici di fuga";
- "i budget per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali per gli anni 2015 e successivi rispettino le indicazioni e i limiti previsti dalla Legge n. 135/20 "Spending Review" e s.m.i. e tutelino le eccellenze delle strutture, in particolare nella loro capacità di attrarre pazienti da altre regioni (quota di mobilità attiva)".
- "gli importi definiti nei budget e nei tetti siano al lordo delle compartecipazione e del ticket sanitario",
- "il tetto di remunerazione sia stabilito come invalicabile, sia per le prestazioni rese ai residenti in Molise, sia per i residenti in altre regioni";

CONSIDERATO che l'art.1, comma 574, lett. b), della L. 208/2015, modificando l'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che: "A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo.";

TENUTO CONTO che lo stesso l'art.1, comma 574, lett. b), della L. 208/2015, modificando l'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che: "In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.";

ATTESO che in data 2 febbraio 2017 è stato sancito l' "Accordo, ai sensi dell' articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale per gli anni 2014, 2015, 2016, di cui all'articolo 9, comma 2 dell' Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per li anni 2014-2016." (Rep. Atti n. 15/CSR);

CONSIDERATO, inoltre, che il sopra citato comma 574, lett. b), prevede, altresì, che "le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche

misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria", "al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente";

TENUTO CONTO che nell' ambito del Sistema Sanitario Regionale del Molise sono presenti IRCCS e Strutture ospedaliere private accreditate che erogano prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di alta specialità, individuate, ai sensi della Legge di Stabilità 2016, nei ricoveri "ad alta complessità" secondo il vigente accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria;

DATO ATTO che il Programma Operativo Straordinario definisce il complessivo quadro macroeconomico programmatorio della Regione Molise ed, in particolare, in ordine agli interventi di razionalizzazione della spesa e di miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, fissa il raggiungimento dell' equilibrio economico finanziario entro 2018;

RAVVISATA la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, orientando l'attività di ricovero verso forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, anche al fine di incidere maggiormente sulla qualità dell'assistenza, valorizzando il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio regionale e nazionale ai sensi della L. 208/2015;

CONSIDERATO, pertanto, che, ai sensi della Legge di Stabilità 2016, le regioni possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità in deroga ai limiti previsti dall' articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso attraverso l' adozione di misure volte a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati ovvero misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria;

RITENUTO, pertanto, di prevedere la possibilità di acquistare ulteriori prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera oltre le previsioni di spesa programmate per tale tipologia di assistenza dal POS 2015-2018, unicamente se riferite a prestazioni di alta specialità, ai sensi della Legge di Stabilità 2016, e soltanto al raggiungimento dei limiti massimi di spesa fissati dal presente provvedimento;

ATTESO che l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità oltre i limiti di finanziamento previsti, potrà avvenire esclusivamente entro le relative quote di finanziamento specificamente fissate per le stesse, al fine di garantire il rispetto del complessivo equilibrio economico-finanziario previsto dal POS 2015-2018;

RITENUTO di assicurare, in coerenza con quanto previsto dall'art. 1, comma 574 della L. 208/2015, misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria al fine garantire l' invarianza del complessivo effetto finanziario connesso all' acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità entro le quote di finanziamento specificamente fissate per le stesse;

TENUTO CONTO di quanto riportato nel verbale relativo alla riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza della Regione Molise del 19 luglio 2016 laddove si prevede con riferimento al punto inerente "Risultato di gestione consuntivo anno 2015" che: "[...] le prestazioni extra budget non sono dovute sia per i residenti che per i non residenti.";

VISTA la legge regionale 30 gennaio 2017, n. 2, "Legge di stabilità regionale 2017.";

VISTA la legge regionale 30 gennaio 2017, n. 3, "Bilancio di previsione pluriennale della Regione Molise per il triennio 2017-2019";

VISTO DCA n. 1 del 18 gennaio 2017 "Fondo Sanitario anno 2017 - Riparto provvisorio risorse GSA e ASReM":

RITENUTO di:

 definire i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale e quelli afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della Legge 833/78, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per le annualità 2016 – 2017 – 2018, ai sensi della normativa di riferimento e nel rispetto del complessivo quadro macroeconomico programmato dal POS 2015 – 2018, secondo quanto espresso nella tabella seguente:

Tetti di spesa anno 2016 – 2017 – 2018 [Valori espressi in €]				
Tipologia attività - Dettaglio Struttura				
Prestazioni da Privato - Ricoveri	Regionali	Fuori Regione	Totale	
Fondazione Giovanni Paolo II	17.928.116	11.719.037	29.647.153	
*Prestazioni integrative A. S.			2.456.967	
Neuromed	4.447.659	20.388.996	24.836.655	
*Prestazioni integrative A. S.			2.058.304	
Privati ASReM	9.445.459	3.377.732	12.823.191	
			1.062.704	
		Totale Ricoveri	72.884.974	
*prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera acquistab della Legge di Stabilità 2016. e soltanto al superamento d		ferite a prestazioni di alta s	pecialità, ai sensi	
Prestazioni da Privato – Ambulatoriale**	Regionali	Fuori Regione	Totale	
Fondazione Giovanni Paolo II	5.567.704	2.092.679	7.660.383	
Neuromed	5.676.302	11.684.620	17.360.922	
Privati ASReM	3.932.826	5.037.391	8.970.217	
	Т	otale Ambulatoriale	33.991.522	
**Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatori del 23 novembre 2016	ale, si confermano i lim	niti massimi di finanziament	o di cui al DCA n. 63	
Total	e ricoveri e Special	istica Ambulatoriale	106.876.496	

Tetti di spesa 2016 - 2018 Riabilitazione ex art. 26 L 833/78 [Valori espressi in €]			
	Regionali	Fuori Regione	Totale
Anno 2016	12.880.122	2.882.878	15.763.000
Anno 2017	11.146.000	3.009.000	14.155.000
Anno 2018	8.849.000	3.009.000	11.858.000

- precisare che, in ottemperanza alla Legge 135/2012 e al D.L. 78/2015, quanto disposto con il presente provvedimento trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione degli accordi contrattuali di budget per l'erogazione di prestazioni sanitarie;
- precisare che tali piani di prestazione di assistenza sanitaria sono omnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe attualmente vigenti;
- trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate ed all' A.S.R.e.M., a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;
- prevedere che il presente prevedimento costituisce modifica ed integrazione alle previsioni del DCA n. 63/2016;

RILEVATA la necessità di garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle prestazioni di assistenza sanitaria nei differenti setting assistenziali;

DECRETA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

 di definire i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale e quelli afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della Legge 833/78, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per le annualità 2016 – 2017 – 2018, ai sensi della normativa di riferimento e nel rispetto del complessivo quadro macroeconomico programmato dal POS 2015 – 2018, secondo quanto espresso nella tabella seguente:

Tetti di spesa anno 2016 – 2017 – 2018 [Valori espressi in €]				
Tipologia attività - Dettaglio Struttura				
Prestazioni da Privato - Ricoveri	Regionali	Fuori Regione	Totale	
Fondazione Giovanni Paolo II	17.928.116	11.719.037	29.647.153	
*Prestazioni integrative A. S	3.		2.456.967	
Neuromed	4.447.659	20.388.996	24.836.655	
*Prestazioni integrative A. S	S		2.058.304	
Privati ASReM	9.445.459	3.377.732	12.823.191	
	14 (14 (14 (14 (14 (14 (14 (14 (14 (14 (1.062.704	
		Totale Ricoveri	72.884.974	
*prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera acquista della Legge di Stabilità 2016, e soltanto al superamento		ferite a prestazioni di alta si	pecialità, ai sensi	
Prestazioni da Privato – Ambulatoriale**	Regionali	Fuori Regione	Totale	
Fondazione Giovanni Paolo II	5.567.704	2.092.679	7.660.383	
N	5.676.302	11.684.620	17.360.922	
Neuromed				
Privati ASReM	3.932.826	5.037.391	8.970.217	
		5.037.391 otale Ambulatoriale	8.970.217 33.991.522	
	Т	otale Ambulatoriale	33.991.522	

Tetti di spesa 2016 - 2018 Riabilitazione ex art. 26 L 833/78 [Valori espressi in €]				
	Regionali	Fuori Regione	Totale	
Anno 2016	12.880.122	2.882.878	15.763.000	
Anno 2017	11.146.000	3.009.000	14.155.000	
Anno 2018	8.849.000	3.009.000	11.858.000	

- di prevedere la possibilità di acquistare ulteriori prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera oltre le previsioni di spesa programmate per tale tipologia di assistenza dal POS 2015-2018, unicamente se riferite a prestazioni di alta specialità, ai sensi della Legge di Stabilità 2016, e soltanto al raggiungimento dei limiti massimi di spesa fissati dal presente provvedimento;
- 3. di stabilire che l' acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità oltre i limiti di finanziamento previsti, potrà avvenire esclusivamente entro le relative quote di finanziamento

- specificamente fissate per le stesse, al fine di garantire il rispetto del complessivo equilibrio economico-finanziario previsto dal POS 2015-2018;
- 4. di assicurare, in coerenza con quanto previsto dall'art. 1, comma 574 della L. 208/2015, misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria al fine garantire l' invarianza del complessivo effetto finanziario connesso all' acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità entro le quote di finanziamento specificamente fissate per le stesse;
- 5. precisare che, in ottemperanza alla Legge 135/2012 e al D.L. 78/2015, quanto disposto con il presente provvedimento trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione degli accordi contrattuali di budget per l'erogazione di prestazioni sanitarie;
- 6. precisare che tali piani di prestazione di assistenza sanitaria sono omnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe attualmente vigenti;
- 7. trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate ed all' A.S.R.e.M., a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;
- 8. prevedere che il presente prevedimento costituisce modifica ed integrazione alle previsioni del DCA n. 63/2016;
- 9. di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.M. e sul sito internet della Regione Molise.

Il presente decreto, composto da n. . pagine e n. . allegati, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA Paolo di Lauja Frattura