



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

DECRETO

N. 79

DATA 30/11/2015

OGGETTO: 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.

Il Direttore del Servizio
Livelli Massimi di Finanziamento

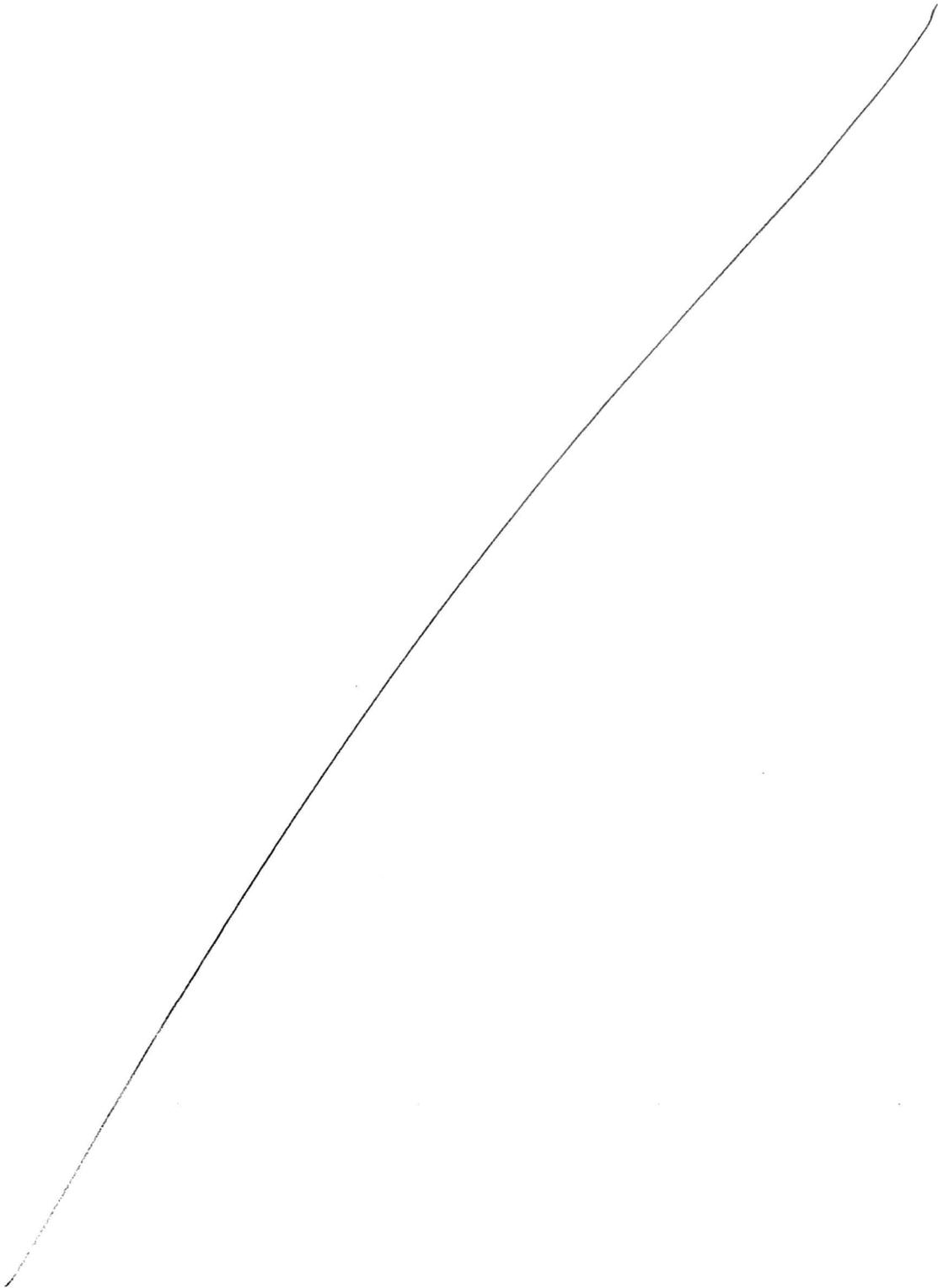
Antonelli Michele

Il Direttore Generale per la Salute

G. J. Muscarella

VISTO: Il Sub Commissario ad Acta

G. M. L.





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

DECRETO

N. 79

DATA 30/11/2015

OGGETTO: 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

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;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario.

VISTA la legge 27 dicembre 1978 n. 833 e ss.mm.ii, 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 ss.mm.ii.;

CONSIDERATO che:

- ai sensi dell'art. 8-bis, comma 1, del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., "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 ss.mm.ii. per cui, 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 DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

VISTO l'art. 79 del Decreto Legge n. 112/2008 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, di novellazione degli articolo 8-*quater*, 8-*quinqües* 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 di 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"* (Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato, Sentenza 3 aprile 2012 n. 3);

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 l'art. 15, comma 14, del 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-*quinqües* 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;

CONSIDERATO che all'art. 9, comma 3, della citata Intesa Stato Regioni e Province autonome 10 luglio 2014, n. 82/CSR 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"*;

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."*

CONSIDERATO di dover procedere, con riferimento agli importi relativi alle prestazioni riferite ai DRG chirurgici potenzialmente inappropriati, se erogate nell'anno 2015 nel *setting* assistenziale alternativo - "chirurgia ambulatoriale complessa", solo per le discipline già accreditate in regime di ricovero, alla sottrazione dei relativi importi dalle complessive prestazioni rese in regime di ricovero - RO/DS e di riconsiderarle nel *setting* assistenziale alternativo della "chirurgia ambulatoriale complessa" secondo la normativa regionale di riferimento;

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 30 luglio aprile 2015 laddove si prevede con riferimento al punto

inerente "Rapporti con gli erogatori privati e relative tariffe" che: "... in sede di fissazione dei budget per gli erogatori privati per gli anni futuri, nel dare applicazione all'articolo 15, comma 14, del D.L. 95/12, occorrerà necessariamente utilizzare come parametro di riferimento la spesa consuntivata 2011 nei termini indicati."

CONSIDERATO che nell'istruttoria tecnica finalizzata alla definizione dei limiti massimi di finanziamento si è tenuto conto di quanto evidenziato nel citato verbale relativi 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 30 luglio aprile 2015;

RITENUTO di :

- definire, i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'annualità 2015, con applicazione delle riduzioni, in ottemperanza a quanto disposto, giusta L. 135/2012 e D.L. 78/2015, secondo quanto espresso nella tabella seguente:

Tipologia attività - Dettaglio Struttura	Tetti di spesa anno 2015 (Valori espressi in €)		
	Regionali	Fuori Regione	Totale
Prestazioni da Privato - Ricoveri			
Fondazione Giovanni Paolo II	19.413.884	12.690.236	32.104.120
Neuromed	4.816.253	22.078.706	26.894.959
Privati ASReM	10.228.238	3.657.657	13.885.895
Totale Ricoveri	34.458.375	38.426.599	72.884.974
Prestazioni da Privato - Ambulatoriale			
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
Totale Ambulatoriale	15.176.832	18.814.690	33.991.522
Totale	49.635.207	57.241.289	106.876.496

- di stabilire che la contrattazione avverrà secondo lo schema di contratto di budget ed i contenuti di cui al decreto commissariale di approvazione n. 82 del 10 dicembre 2015;
- di 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;
- di 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;
- di trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate ed all'A.S.R.e.M, a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;

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

le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

1. di definire, i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'annualità 2015, con applicazione delle riduzioni, in ottemperanza a quanto disposto, giusta L. 135/2012 e D.L. 78/2015, secondo quanto espresso nella tabella seguente:

Tipologia attività - Dettaglio Struttura	Tetti di spesa anno 2015 (Valori espressi in €)		
	Regionali	Fuori Regione	Totale
Prestazioni da Privato - Ricoveri			
Fondazione Giovanni Paolo II	19.413.884	12.690.236	32.104.120
Neuromed	4.816.253	22.078.706	26.894.959
Privati ASReM	10.228.238	3.657.657	13.885.895
Totale Ricoveri	34.458.375	38.426.599	72.884.974
Prestazioni da Privato - Ambulatoriale			
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
Totale Ambulatoriale	15.176.832	18.814.690	33.991.522
Totale	49.635.207	57.241.289	106.876.496

- di stabilire che la contrattazione avverrà secondo lo schema di contratto di budget ed i contenuti di cui al decreto commissariale di approvazione n. 82 del 10 dicembre 2015;
2. di 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;
3. di 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;
4. di trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate ed all'A.S.R.e.M, a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;
5. di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.M. e sul sito internet della Regione Molise.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura

