



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO

N. 15

IN DATA 28/04/2010

OGGETTO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009. Definizione dei livelli massimi di finanziamento e remunerazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato per l'anno 2010. Piano delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale.



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO N. 15

DEL 28/04/2010

OGGETTO: Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009. Definizione dei livelli massimi di finanziamento e remunerazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato per l'anno 2010. Piano delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO:

Che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009 il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario ad acta per la attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, avvalendosi delle strutture tecniche ed amministrative della Regione;

Che con tale deliberazione il Commissario ad acta è stato incaricato, di dare attuazione e realizzazione ad una serie di interventi tra i quali al punto 3) la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione in caso di mancata stipula delle procedure di cui all'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,

VISTO il D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria", che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria, ed in particolare si fa riferimento a quanto disposto agli artt. 8 *quinquies* e *sexies*;

DATO ATTO di quanto disposto all'articolo 8 *quinquies*, comma 2, del D.lgs 502/92 e s.m.i, che stabilisce che, in attuazione di quanto previsto dal primo comma del medesimo articolo, la Regione e le Aziende Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità dei costi, definiscono accordi con le Strutture Pubbliche ed Equiparate e stipulano contratti con quelle

private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative che indichino, tra l'altro il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda Sanitaria Locale, si impegnano ad assicurare distinte per tipologia, e per modalità di assistenza;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 10/12/09 : "P.O. di rientro 2007/2008/2009 - obiettivo specifico 13 e 14 - obiettivo operativo 13.1 e 14.2. Adempimenti LEA 2008. Adozione provvedimenti per promuovere il passaggio dell'erogazione dal regime ospedaliero al regime ambulatoriale. Linee guida per l'istituzione del day service e misure di qualificazione e potenziamento dell'attività ambulatoriale con l'introduzione degli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali Chirurgiche (APAc) e dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi Diagnostici e Terapeutici (PACd). Introduzione nel nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale degli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APAc) per la "liberazione del tunnel carpale" e per l' "intervento di facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta ed inserzione di cristallino artificiale intraoculare"-

DATO ATTO dell'approvazione del Programma Operativo per l'anno 2010, ai sensi di quanto disposto dal Patto Per la Salute del 3 dicembre 2009, in particolare all'art. 13, comma 14 e dalla legge finanziaria 2010, art. 2, comma 88, che prevedono: << *per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la esecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale* >>;

RILEVATA la necessità di dare attuazione a quanto disposto in ordine alla fissazione dei tetti di spesa da parte del Commissario ad acta nel programma operativo 2010, all'Obiettivo 6) *definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle relative tariffe*, ed in coerenza con i livelli di finanziamento programmati per l'anno 2010 nell'allegato documento contabile, riferiti alle prestazioni sanitarie ospedaliere ed ambulatoriali acquistabili da privato;

RITENUTO, pertanto, di dover prevedere, in ottemperanza a quanto sopra, nella fissazione dei livelli massimi di finanziamento e remunerazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato per l'anno 2010, al fine anche della costruzione del budget in modo scientifico e strutturato sul fabbisogno regionale ed extraregionale dell'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale, i tetti di spesa per l'acquisto delle prestazioni sanitarie ospedaliere ed ambulatoriali da privato, secondo i livelli di finanziamento di cui all'allegato documento contabile (CE programmatico 2010), tenendo conto:

-della valutazione della produzione delle strutture, per le annualità 2008/2009, per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale;

-della considerazione della complessiva produzione delle strutture qualificabili quali strutture di alta specialità, attesa l'elevata complessità delle prestazioni sanitarie erogate e la imprescindibile funzione esercitata dalle stesse nel panorama sanitario regionale;

-dell'introduzione da parte del nuovo Patto per la Salute dei nuovi modelli organizzativi assistenziali, che prevedono l'incremento dell'individuazione del numero dei DRG "potenzialmente inappropriati";

-della stipula di accordi con le Regioni limitrofe (allo stato attuale è stato completato l'accordo con la Regione Campania, e sono in itinere quelli con la Regione Lazio, Puglia e Abruzzo), nei quali le prestazioni sono distinte per tipologia e sono stati fissati i tetti, tranne che per quelle cosiddette di "alta complessità";

-di quanto già emerso in esito ai controlli svolti nell'anno 2008, e della previsione di quanto risulterà per l' annualità 2009;

-dell'applicazione delle misure di riduzione dell'assistenza ospedaliera, in favore dei regimi di assistenza alternativa ai ricoveri;

-di quanto disposto con decreto commissariale n. 10 del 08/12/2009: " Applicazione dell'art. 1, comma 797, lettera o) della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Tariffe per la diagnostica di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche"; che prevede, tra l'altro, l'applicazione dello sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche;

-che i livelli di finanziamento e remunerazione definiti col presente provvedimento sono comprensivi anche delle prestazioni erogate a residenti fuori regione;

-che i tetti di spesa in base, tra l'altro, al principio di omnicomprensività del DRG, di cui al D.M. 30 giugno 2007, si riferiscono esclusivamente alle prestazioni di assistenza sanitaria, e precisamente a valenza ospedaliera e ambulatoriale;

RICHIAMATO il decreto commissariale n. 13 del 02/04/10 recante: " *Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009. Strutture private convenzionate con il SSR- Approvazione schema di accordo contrattuale di budget per l'anno 2010, per l'erogazione di prestazioni sanitarie- D-lgs 502/92 e s.m.e i* ", con il quale è stato, tra l'altro, approvato lo schema di accordo contrattuale tra la Regione/AS.Re.M e le Strutture private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale per lo svolgimento di prestazioni assistenziali in regime di ricovero/specialistica ambulatoriale;

RICHIAMATO altresì il decreto commissariale n. 14 in data 26/04/10 recante: " *Individuazione dei limiti massimi di spesa del sistema sanitario regionale per l'anno 2010 nel rispetto delle disponibilità finanziarie della Regione Molise*, con il quale, tra l'altro, sono stati stabiliti i livelli di finanziamento del SSN, ivi compresi i budget delle Strutture di Alta Specialità, presenti in Regione, e si è statuito che i costi del Sistema Sanitario Regionale devono essere coerenti con le risorse disponibili;

CONSIDERATO che ai sensi, tra l'altro, di quanto disposto dall'art. 8 *bis*, comma 1, e art. 8 *quater*, commi 2 ed 8 del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i, il legislatore nazionale ha stabilito che i rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e le strutture accreditate sono regolati da una fase programmatica ed unilaterale affidata alla Regione relativa alla determinazione dei tetti massimi di spesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, mediante la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza, che compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, deve essere conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso

rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

DATO ATTO che la Regione Molise intende porre in essere misure idonee alla ottimale programmazione del fabbisogno sanitario della popolazione regionale, correlandolo non solo alle risorse finanziarie, ma anche all'obiettivo di motivare in modo efficace gli attori della sanità nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, ritenendo tale ultimo aspetto necessario e imprescindibile per produrre effetti positivi al sistema stesso;

RITENUTO di poter riassumere, in estrema sintesi, le linee evolutive della normativa in materia, nella quale si è passati, attraverso una serie di interventi correttivi, da un modello originario di amministrazione concordata ad un sistema incentrato sulla predeterminazione, da parte della Regione, per ogni istituzione o gruppo di istituzioni, del volume di prestazioni e del tetto massimo di spesa, in particolare, con l'art. 32, comma 8, della legge n. 449 del 1997, le regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'articolo 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Alle Regioni è stato, pertanto, affidato il compito di adottare determinazioni di carattere autoritativo e vincolante in tema di limiti delle spese sanitarie e ciò in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria;

CONSIDERATO che il nuovo modello di servizio sanitario nazionale che si è andato delineando a partire dal d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 - seppure caratterizzato anche dal principio di libertà dell'utente nella scelta della struttura di fiducia per la fruizione dell'assistenza sanitaria - si fonda sul fondamentale principio della necessaria programmazione sanitaria con l'adozione di un piano annuale preventivo, al fine di realizzare un controllo tendenziale sul volume complessivo della domanda quantitativa delle prestazioni, mediante la fissazione, in sede di programmazione sanitaria, di limiti di spesa massima;

DATO ATTO che, a conferma di quanto esposto, anche la giurisprudenza amministrativa si è espressa nel senso di confermare la potestà della Regione nella determinazione dei tetti massimi di spesa, chiarito che:

- *“Lo svolgimento di tale funzione programmatica è imprescindibile, perché la fissazione dei limiti di spesa rappresenta comunque l'adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per la remunerazione delle prestazioni erogate”* (cfr Consiglio di Stato, sez. V, 25 gennaio 2002 n. 418);

- *“(…) i tetti di spesa sono in sé legittimi e (…) le censure dirette ad eliminare il tetto di spesa sono infondate* (cfr. Consiglio di Stato, sez. V, 25 febbraio 2003, n. 2253);

DATO ATTO che è stato sottoscritto l'accordo di Confine tra la Regione Campania e la Regione Molise per il governo della mobilità e che la Regione Molise si impegna ai sensi dell'art. 19 del suddetto Patto per la Salute a stipulare ulteriori accordi con le regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- a) Evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- b) Favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- c) Facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività della Regione;
- d) Individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo della domanda;

DATO ATTO che sono in fase di sottoscrizione anche gli accordi con il Lazio, la Puglia l'Abruzzo, nei quali le prestazioni sono distinte per tipologia e sono stati fissati i tetti, tranne che per quelle cosiddette di "alta complessità";

RILEVATA la necessità di garantire l'applicazione delle previsioni di cui alla TUC 2010;

RICHIAMATA la deliberazione di G.R. n. 284 /09 recante :” *Piano di rientro 2007/2009. Ulteriori provvedimenti in ordine al riequilibrio economico – finanziario ed alla domanda ed offerta sanitaria regionale*”;

DATO ATTO di quanto disposto con la deliberazione in parola in ordine alla fissazione dei tetti massimi di spesa per l'anno 2009, per l'assistenza ospedaliera da privato, le cui determinazioni ivi si intendono integralmente riportate;

PRESO ATTO delle note AS.Re.M prot. n. 4678 del 22/12/09 , acquisita al prot. D.G.V n. 17837/09 del 23/12/09, e nota mail acquisita al prot. DG V-n. 1024/10 del 22/01/10 che ivi si intendono integralmente riportate, trasmesse in esito alla richiesta della Direzione Generale V, ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2, del D.lgs 502/92 e s.m.i, della valutazione tecnica afferente l'analisi dei dati e dei fabbisogni di ricoveri ospedalieri (degenza ordinaria, day hospital, day surgery), elaborata per quantità e tipologia;

PRESO ATTO altresì della nota AS.Re.M prot. n. 4684 del 22/12/09, recante. “ *Richiesta fabbisogno specialistica ambulatoriale*” , afferente l'analisi del fabbisogno per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, trasmessa in esito a richiesta del competente Servizio Medicina Territoriale prot. n. 17747 del 21.12.09;

DATO ATTO, pertanto dei valori della produzione relativi all'anno 2008/2009 delle Strutture Sanitarie Pubbliche e delle Strutture Private accreditate, per le singole tipologie di assistenza sanitaria, ospedaliera, e di specialistica ambulatoriale;

TENUTO CONTO, peraltro, della previsione di quanto risulterà a seguito dei controlli tecnico-sanitari per l' annualità 2009, sulla base di quanto già emerso in esito ai controlli svolti nell'anno 2008, ed in ragione dell'applicazione delle misure di riduzione dell'assistenza ospedaliera, in favore dei regimi di assistenza alternativa ai ricoveri;

DATO ATTO di quanto disposto con decreto commissariale n. 10 del 08/12/2009: “ *Applicazione dell'art. 1, comma 797, lettera o) della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Tariffe per la diagnostica di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche*”; che prevede, tra l'altro, l'applicazione dello sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche;

RICHIAMATA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancita il 3 dicembre 2009 (rep.n. 243/CSR) individua, all'articolo 1 "*determinazione del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali*", comma 2, l'entità delle risorse finanziarie cui concorre ordinariamente lo Stato per gli anni 2010-2011 e 2012;

VISTA la legge 23 dicembre 2009 , n. 191 (finanziaria 2010), che all'articolo 2, comma 67, conferma il livello di finanziamento per il triennio 2010-2012, e, che l'importo relativo all'anno 2010 è pari a 104.564 milioni di euro;

CONSIDERATO

- che la proposta di riparto elaborata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Dipartimento della qualità – destina la somma di 102.192,398 milioni di euro al finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza;
- che alla Regione Molise la somma per la disponibilità di cassa, senza mobilità, è pari a € 544.241.585,00, con una quota pro capite di € 1.737,00 e, con una minore assegnazione, rispetto all'anno 2009 pari allo 0,02%;
- che quindi, alla luce della vigente normativa, le entrate del sistema sanitario regionale possono essere stimate nella misura di 602,088.00 milioni di euro, di cui per trasferimenti statali:

- FSR di parte corrente	544,242.00
- SALDO MOBILITA', al netto di Acismom e Bambin Gesù	27,739.00
- STIMA PAY BACK – articolo 6, commi 5 e 6 del decreto legge n.302/2009	1,381.00
- MAGGIORAZIONE IRAP E IRPEF articolo 4 L.R. n.42 del 28.12.2006	23,150.00

RILEVATA la necessità di procedere per il 2010 in linea con i programmi suddetti alla definizione dell'ammontare dei volumi di prestazioni e del conseguente livello massimo di finanziamento e remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti e di riabilitazione post acuzie e di lungodegenza medica, di specialistica ambulatoriale, ivi compresa la riabilitazione ex art. 26, erogate dai soggetti privati accreditati con il SSR;

RITENUTO necessario chiarire che i livelli di finanziamento e remunerazione definiti col presente provvedimento sono comprensivi anche delle prestazioni erogate a residenti fuori regione;

TENUTO conto altresì nella costruzione del piano delle attività per le strutture IRCCS Neuromed e UCSC di CB, anche dell'introduzione da parte del Nuovo Patto per la Salute del 03/12/09 dei nuovi modelli organizzativi assistenziali che prevedono il passaggio di altri 65 DRG, rispetto ai vigenti 43, per un totale n. 108 DGR inappropriati dal regime ordinario al setting assistenziale più appropriato;

CONSIDERATO che il budget delle strutture sopra indicate è stato costruito in modo scientifico, strutturato sul fabbisogno regionale ed extraregionale dell'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale, tenuto conto della complessiva produzione delle strutture ad alta specialità, eroganti prestazioni sanitarie di elevata complessità e dell'imprescindibile funzione rivestita dalle stesse nel panorama sanitario regionale;

DEFINITO, in base a quanto sopra, in attuazione ed in coerenza con quanto disposto con decreto commissariale n. 14/10 cit., il livello massimo di finanziamento e remunerazione delle prestazioni ospedaliere (per acuti e di riabilitazione post acuzie e di lungodegenza medica) di specialistica ambulatoriale (compresa la riabilitazione ex art. 26) erogate dai soggetti privati accreditati con il SSR per l'anno 2010 come da seguente prospetto, a valere anche quale piano delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale per tale annualità:

TETTI 2010

Tipologia Assistenza	Privati Accreditati			Neuromed			Cattolica			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
Osp.	10.530.956	3.878.171	14.409.127	3.912.613	18.074.943	21.987.556	25.567.822	15.164.077	40.731.899	40.011.391	37.117.191	77.128.582
Spec.	23.436.034	5.287.500	28.723.534	2.455.948	7.187.786	9.643.734	4.656.762	1.436.317	6.093.079	30.548.744	13.911.603	44.460.347
Tot.	33.966.990	9.165.671	43.132.661	6.368.561	25.262.729	31.631.290	30.224.584	16.600.394	46.824.978	70.560.135	51.028.794	121.588.929

DATO ATTO che

- i tetti di spesa come sopra determinati, in base, tra l'altro, al principio di omnicomprensività del DRG, di cui al D.M. 30 giugno 2007, si riferiscono esclusivamente alle prestazioni di assistenza sanitaria, e precisamente a valenza ospedaliera e ambulatoriale, erogate sia dai pazienti regionali che extra-regionali;

- in particolare per l'IRCCS Neuromed di Pozzilli per il piano delle attività per l'anno 2010, tenuto conto del livello di eccellenza delle prestazioni dalla Stessa erogate, a far data dall'annualità corrente:

- nel budget relativo all'assistenza ospedaliera (File A) è ricompreso: il Neurostimolatore cerebrale e vagale di cui al D.M. 30/06/97; La neurochirurgia funzionale VEEG e SEEG per l'epilessia (nei limiti in cui la remunerazione delle stesse sia concordata negli accordi di confine, essendo le stesse escluse dal nomenclatore tariffario e dalla TUC) e altre protesi riconosciute in sede di TUC;

- nel budget relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale (File C) è ricompresa: la medicina nucleare, la diagnostica per immagini, laboratorio analisi, anatomia patologica, visite ed altre indagini strumentali, visudyne;

-nella costruzione del budget si è tenuto conto di valutazioni concernenti l'elevato livello qualitativo delle prestazioni; la notevole capacità di attrazione della Struttura soprattutto in termini di prestazioni erogate in favore di utenti extraregionali;

- in particolare per l'UCSC-CB per il piano delle attività per l'anno 2010, tenuto conto del livello di eccellenza delle prestazioni dalla Stessa erogate, a far data dall'annualità corrente, nel revocare quanto disposto con DGR 638/08:

- nel budget relativo all'assistenza ospedaliera (File A) è ricompreso anche il rimborso delle protesi (procedura 35.52 –DRG 108) e i farmaci erogati per il DRG 410 in D.H. nuova tariffa del D.H. € 1.542,00 comprensiva dei farmaci);

- nel budget relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale (File C) è ricompresa : la diagnostica per immagini, laboratorio analisi e altre prestazioni;

-nella costruzione del budget si è tenuto conto di valutazioni concernenti: la crescita in termini di produzione della Struttura, dalla stipula dell'Accordo di cui al Piano di rientro 2007/2009, ad oggi, ed attualmente in continua fase di evoluzione; dell'elevato livello qualitativo delle prestazioni; della notevole capacità di attrazione della Stessa soprattutto in termini di prestazioni erogate in favore di utenti extraregionali;

- i succitati tetti di spesa sono omnicomprensivi e non prevedono la remunerazione delle voci di spesa afferenti: protesi o altri farmaci, maggiorazione universitaria, indennità di esclusività e maggiori oneri contrattuali, che non sono riconosciute quali prestazioni remunerabili, in quanto afferenti ad aspetti non strettamente assistenziali, come confermato da prescrizioni ministeriali di cui al parere n. 26-P del 23/03/09;

- la contrattazione avverrà secondo lo schema contrattuale di budget ed i contenuti di cui al decreto commissariale n. 13/10 cit, che ivi si intende integralmente richiamato e recepito quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- i limiti massimi di spesa di cui sopra 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;

VISTA la Legge n. 133/2008 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria";

In virtù dei poteri conferiti con la delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009 ;

DECRETA

- in adempimento, a quanto previsto dalla legge finanziaria 2010, nel Patto per la Salute, nel P.O. di rientro 2007/2009- Obiettivi specifici 12 e 18- obiettivi operativi 12.3- Messa a regime del piano delle prestazioni 18.1 determinazione budget per singolo erogatore (Contratti IRCCS Neuromed e Università Cattolica del S.Cuore), e in attuazione di quanto disposto con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/07/09, al punto3) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione in caso di mancata stipula delle procedure di cui all'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ed in attuazione a quanto disposto da parte del Commissario

ad acta nel programma operativo 2010, all'Obiettivo 6) *definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle relative tariffe* :

- di dare atto che quanto espresso in premessa è parte integrante del presente provvedimento:

-di stabilire, in attuazione ed in coerenza con quanto disposto con decreto commissariale n. 14/10 cit., il livello massimo di finanziamento e remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti e di riabilitazione post acuzie e di lungodegenza medica, di specialistica ambulatoriale (ivi compresa la riabilitazione ex art. 26) erogate dai soggetti privati accreditati con il SSR per l'anno 2010 secondo gli importi indicati nel seguente prospetto, a valere anche quale piano delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale per tale annualità:

TETTI 2010

Tipologia Assistenza	Privati Accreditati			Neuromed			Cattolica			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
Osp.	10.530.956	3.878.171	14.409.127	3.912.613	18.074.943	21.987.556	25.567.822	15.164.077	40.731.899	40.011.391	37.117.191	77.128.582
Spec.	23.436.034	5.287.500	28.723.534	2.455.948	7.187.786	9.643.734	4.656.762	1.436.317	6.093.079	30.548.744	13.911.603	44.460.347
Tot.	33.966.990	9.165.671	43.132.661	6.368.561	25.262.729	31.631.290	30.224.584	16.600.394	46.824.978	70.560.135	51.028.794	121.588.929

- di precisare che i livelli di finanziamento e remunerazione definiti col presente provvedimento sono comprensivi anche delle prestazioni erogate a residenti fuori regione;

- di stabilire che i tetti di spesa come sopra determinati, in base, tra l'altro, al principio di omnicomprensività del DRG, di cui al D.M. 30 giugno 2007, si riferiscono esclusivamente alle prestazioni di assistenza sanitaria, e precisamente a valenza ospedaliera e ambulatoriale;

- di precisare che, in particolare per l'IRCCS Neuromed di Pozzilli, per il piano delle attività per l'anno 2010, tenuto conto del livello di eccellenza delle prestazioni dalla Stessa erogate, a far data dall'annualità corrente:

- nel budget relativo all'assistenza ospedaliera (File A) è ricompreso: il Neurostimolatore cerebrale e vagale di cui al D.M. 30/06/97; La neurochirurgia funzionale VEEG e SEEG per l'epilessia (nei limiti in cui la remunerazione delle stesse sia concordata negli accordi di confine, essendo le stesse escluse dal nomenclatore tariffario e dalla TUC) e altre protesi riconosciute in sede di TUC;

- nel budget relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale (File C) è ricompresa: la medicina nucleare, la diagnostica per immagini, laboratorio analisi, anatomia patologica, visite ed altre indagini strumentali, visudyne;

nella costruzione del budget si è tenuto conto di valutazioni concernenti l'elevato livello qualitativo delle prestazioni; la notevole capacità di attrazione della Struttura soprattutto in termini di prestazioni erogate in favore di utenti extraregionali;

- di precisare che, in particolare per l'UCSC-CB per il piano delle attività per l'anno 2010, tenuto conto del livello di eccellenza delle prestazioni dalla Stessa erogate, a far data dall'annualità corrente, nel revocare quanto disposto con DGR 638/08:

- nel budget relativo all'assistenza ospedaliera (File A) è ricompreso anche il rimborso delle protesi (procedura 35.52 –DRG 108) e i farmaci erogati per il DRG 410 in D.H. nuova tariffa del D.H. € 1.542,00 comprensiva dei farmaci);

- nel budget relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale (File C) è ricompresa : la diagnostica per immagini, laboratorio analisi e altre prestazioni;

nella costruzione del budget si è tenuto conto di valutazioni concernenti: la crescita in termini di produzione della Struttura, dalla stipula dell'Accordo di cui al Piano di rientro 2007/2009, ad oggi, ed attualmente in continua fase di evoluzione; dell'elevato livello qualitativo delle prestazioni; della notevole capacità di attrazione della Stessa soprattutto in termini di prestazioni erogate in favore di utenti extraregionali;

- di precisare che i succitati tetti di spesa sono omnicomprensivi e non prevedono la remunerazione delle voci di spesa afferenti: protesi o altri farmaci, maggiorazione universitaria, indennità di esclusività e maggiori oneri contrattuali, che non sono riconosciute quali prestazioni remunerabili, in quanto afferenti ad aspetti non strettamente assistenziali, come confermato da prescrizioni ministeriali di cui al parere n. 26-P del 23/03/09;

- di precisare che la contrattazione avverrà secondo lo schema contrattuale di budget ed i contenuti di cui al decreto commissariale n. 13/10 cit, che ivi si intende integralmente richiamato e recepito quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di stabilire che i limiti massimi di spesa di cui sopra 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.



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



Visto: il SUB-COMMISSARIO AD ACTA
(Dr.ssa Isabella MASTROBUONO)

IL COMMISSARIO AD ACTA
(On. Dott. Angelo Michele IORIO)

