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. 13 **IN DATA** 02/04/2010

OGGETTO

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.

Il Responsabile dell'Ufficio
Ospedalità Privata

Il Responsabile del Servizio
Ospedalità Pubblica e Privata

Il Responsabile del Servizio
Medicina Territoriale

Il Direttore Generale

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
OSPEDALITA' PRIVATA
(dott.ssa Simona Gentile)

SERVIZIO OSPEDALITÀ
PUBBLICA E PRIVATA
Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Sandra SCARLATELLI

Servizio Medicina Territoriale
Il dirigente
(dott. Francesco Sforza)

DIREZIONE V
IL DIRETTORE GENERALE
dott. [illegible]

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. 13 **DEL** 02/04/2010

OGGETTO: 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.

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 regolamenta 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;

RICHIAMATO l'Accordo sottoscritto il 27 marzo 2007 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Molise per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

ATTESO CHE con DGR n. 362 del 30.3.2007 recante: "Accordo tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Presidente della Regione Molise per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della l. 30/12/05, n. 311" la Giunta Regionale ha approvato l'Accordo su citato, con allegato Piano di rientro;

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;

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;

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 programmatoria 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
-la determinazione dei tetti di spesa: << (...) costituisce oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza delle regioni e rappresenta un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica >> (cfr TAR Lazio Roma Sez. III, 10 maggio 2007 n. 4222);

-la predeterminazione dei tetti di spesa risulta vincolata dalla necessità di assicurare la soddisfazione di tali interessi pubblici, riconducibili nel complesso al cosiddetto " patto di stabilità economico-finanziario" e involge profili di organizzazione generale del settore che vanno dunque rimessi alla valutazione dell'Amministrazione;

RILEVATO che tali considerazioni risultano confermate anche dalla Corte Costituzionale la quale ha evidenziato come nella legislazione sanitaria "*si sia progressivamente imposto il principio della programmazione, allo scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione del sistema sanitario*" (cfr. Corte Cost.26 maggio 2005, n. 200);

DATO ATTO dell'opportunità di garantire l'applicazione di principi stabiliti nel Patto per la Salute, sopra citato, che promuovono il passaggio dal regime di ricovero ordinario al diurno e da questo all'ambulatoriale, che determinerà per alcune strutture provate una profonda riorganizzazione delle proprie attività, che comporterà un effetto sull'assegnazione dei relativi budgets;

RITENUTO di garantire l'attuazione dei principi riportati nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, con l'adozione della nuova TUC;

RITENUTO di dare attuazione del Decreto Ministeriale che determina il passaggio della classificazione delle patologie afferenti al *grouper* 19 a quelle afferenti al *grouper* 24;

DATO ATTO che è stato sottoscritto l'accordo di Confine tra la Regione Campania e la Regione Molise, e successivo atto integrativo, 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 tali accordi, tra l'altro, stabiliscono i tetti massimi per la maggior parte delle prestazioni non di alta complessità erogate dalle strutture private, che determinerà una diversa produzione delle stesse, sicuramente orientata all'alta specialità, con influssi positivi sull'appropriatezza;

DATO ATTO altresì, dell'applicazione graduale ma costante dei principi di appropriatezza clinica ed organizzativa e passaggio dei 108 DRG inappropriati al regime assistenziale più idoneo;

DATO ATTO che le Strutture dovranno adeguarsi alla normativa regionale vigente in materia di appropriatezza, al fine di garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza e la riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni;

VISTA la L.R. n. 18/08 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*", il cui art. 15, 4) comma così stabilisce: *"I soggetti accreditati possono erogare, solo previa stipula di accordi e/o contratti, prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio sanitario regionale nell'ambito dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché degli eventuali livelli integrativi locali e in relazione alle esigenze connesse all'assistenza di cui all'articolo 9 del decreto legislativo"* come novellata dalla L.R. 21/09;

CONSIDERATO necessario chiarire che

- il volume massimo di prestazioni erogabili, e oggetto della contrattazione di budget è comprensivo anche delle prestazioni erogate a residenti fuori regione, come da indicazioni ministeriali giusti pareri nn.: 319/08- 320/08 – 326/08 – 336/08 -344/08 – 367/08 – 26/09 – 64/09, emanati in corso di verifica del P.O. 2007/2009, relativi agli obiettivi 12 e 18 ed obiettivi operativi 12.3 e 18.1, inerenti la determinazione del budget per singolo operatore e gli accordi contrattuali;

RITENUTO necessario, pertanto, sulla base di quanto sopra esposto, approvare lo schema di accordo contrattuale relativo all'anno 2010, 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;

RITENUTO, altresì, necessario, in adempimento, tra l'altro, di quanto previsto nel P.O. di rientro, agli obiettivi specifici 12 e 18 ed obiettivi operativi 12.3 e 18.1, inerenti la determinazione del budget per singolo operatore e gli accordi contrattuali, disporre:

- che l'accordo contrattuale, per l'anno 2010, da approvarsi con il presente decreto commissariale, costituisce uno schema base di riferimento, vincolante solo per quanto concerne gli elementi essenziali del contratto, modulabile per quanto concerne gli elementi accidentali dello stesso;
- che la AS.Re.M. dovrà inserire nel piano delle attività, allegato all'accordo contrattuale per l'anno 2010, le singole tipologie di attività per le quali le Strutture sono autorizzate ed accreditate;
- che le Strutture dovranno trasmettere alla Regione/AS.Re.M. tutta la documentazione contabile e tecnico-sanitaria inerente le prestazioni sanitarie;
- di impartire direttiva al Direttore Generale AS.Re.M., affinché gli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza e riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni, costituiscano parte integrante degli accordi per lo svolgimento di prestazioni assistenziali in regime di ricovero/specialistica ambulatoriale;
- che, il raggiungimento degli obiettivi ulteriori sopra citati, inseriti nell'accordo contrattuale per lo svolgimento di prestazioni assistenziali in regime di ricovero/specialistica ambulatoriale per l'anno 2010, potrà portare ad un incremento del budget per il successivo esercizio finanziario;
- di prevedere a far data dal 1° gennaio 2011, secondo l'istituto della delega di funzioni, il trasferimento della stipula e gestione del contratto e del budget, afferente l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, ivi compresi i procedimenti di liquidazione e pagamento dell'I.R.C.C.S. Neuromed e del Centro di Ricerche e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche dell' Università Cattolica del Sacro Cuore di Campobasso, all'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise, ai sensi tra l'altro, di quanto previsto dal D.lgs. 502/92 e s.m.i, anche in relazione alla necessità di assicurare adeguata organizzazione da parte dell'Azienda in parola;
- di confermare in capo alla Regione Molise l'attività di programmazione sanitaria contenente le indicazioni strategiche e l'individuazione degli obiettivi di salute, nonché la definizione degli schemi di accordo;

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

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

- in adempimento a quanto previsto dalla legge finanziaria 2010, dal Patto per la Salute, dal 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 e in attuazione di quanto disposto con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/07/09, al punto 3) 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:

- di prendere atto e, conseguentemente, approvare 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;

- che l'accordo contrattuale per l'anno 2010, da approvarsi con il presente decreto commissariale, costituisce uno schema base di riferimento, vincolante solo per quanto concerne gli elementi essenziali del contratto, modulabile per quanto concerne gli elementi accidentali dello stesso;

- che la AS.Re.M. dovrà inserire nel piano delle attività, allegato all'accordo contrattuale per l'anno 2010, le singole tipologie di attività per le quali le Strutture sopra citate, sono autorizzate ed accreditate;

- che le Strutture dovranno trasmettere alla Regione/AS.Re.M. tutta la documentazione contabile e tecnico-sanitaria inerente le prestazioni sanitarie;

-di impartire direttiva al Direttore Generale AS.Re.M., affinché gli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza e riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni, costituiscano parte integrante degli accordi per lo svolgimento di prestazioni assistenziali in regime di ricovero e specialistica ambulatoriale;

-che, il raggiungimento degli obiettivi ulteriori sopra citati, inseriti nell'accordo contrattuale per lo svolgimento di prestazioni assistenziali in regime di ricovero e specialistica ambulatoriale per l'anno 2010, potrà portare ad un incremento del budget per il successivo esercizio finanziario;

-di prevedere a far data dal 1° gennaio 2011, secondo l'istituto della delega di funzioni, il trasferimento della stipula e gestione del contratto e del budget, afferente l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, ivi compresi i procedimenti di liquidazione e pagamento dell'I.R.C.C.S. Neuromed e del Centro di Ricerche e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche dell' Università Cattolica del Sacro Cuore di Campobasso, all'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise, ai sensi tra l'altro, di quanto previsto dal D.lgs. 502/92 e s.m.i, anche in relazione alla necessità di assicurare adeguata organizzazione da parte dell'Azienda in parola;

-di confermare in capo alla Regione Molise l'attività di programmazione sanitaria contenente le indicazioni strategiche e l'individuazione degli obiettivi di salute, nonché la definizione degli schemi di accordo.

Il presente decreto, composto da n. 8 pagine e da n. 1 allegati rispettivamente di pagine 10, sarà pubblicato sul B.U.R.M. e sarà notificato ai competenti Dicasteri.

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

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