



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 50/52 del 10.11.2009

IL SISTEMA DI ALLOCAZIONE DEL FONDO SANITARIO REGIONALE TRA LE ASL

Il riparto del fondo sanitario regionale tra le ASL può essere articolato in due fasi:

1. allocazione delle risorse fra i livelli e sottolivelli di assistenza e definizione dei relativi criteri di riparto;
2. rettifiche per pervenire al riparto netto: mobilità ed entrate dirette.

1. Allocazione delle risorse fra i livelli assistenziali e definizione dei criteri di riparto per ciascun livello

Gli indirizzi nazionali in materia di determinazione del fabbisogno delle regioni prevedono i seguenti obiettivi tendenziali di ripartizione della spesa tra i tre livelli assistenziali:

- assistenza collettiva: 5%;
- assistenza distrettuale: 51%;
- assistenza ospedaliera: 44%.

Inoltre occorre tenere conto dell'obiettivo di contenere la spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, convenzionata e diretta, entro l'importo di € 381.192.947, determinato dal competente Ministero, ai sensi dell'articolo 5 del d.l. 159/2007 convertito con la l. 222/2007 e tenuto conto degli effetti del d.l. 39/2009 convertito con la l. 77/2009.

A livello regionale è prassi consolidata prevedere una maggiore articolazione delle risorse, al fine di adottare specifici criteri di riparto per le varie componenti. Le percentuali assegnate ai macrolivelli assistenziali e relative articolazioni tengono conto dei costi consuntivi 2008 rilevati mediante il modello LA, ovvero dei costi pieni, comprensivi dei costi delle attività di supporto relative alle singole funzioni e dei costi generali.

Le percentuali da attribuire alle varie funzioni sono state calcolate sulla base delle risorse disponibili e dei costi storici per tutti i livelli assistenziali e sottolivelli, con la eccezione della



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

percentuale da attribuire all'assistenza ospedaliera in senso stretto (ricoveri ordinari e diurni), per la quale si è utilizzato la valorizzazione tariffaria della produzione 2008.¹

La ripartizione proposta per i macrolivelli assistenziali è la seguente:

- assistenza collettiva: 6,2%. L'incidenza è superiore al valore di riferimento nazionale, per il peso dei servizi veterinari, dovuto alla dimensione del patrimonio zootecnico e alla conformazione del territorio;²
- assistenza distrettuale: 49,1%. L'incidenza è inferiore al valore di riferimento nazionale per due ordini di motivi:
 - a) il limitato sviluppo dei servizi socio-sanitari, in particolare della residenzialità extra-ospedaliera;
 - b) l'imputazione al livello ospedaliero di costi territoriali, in particolare per la sottostima del costo delle attività ambulatoriali svolte in ambito ospedaliero;
- assistenza ospedaliera: 44,7%. Tale percentuale sottostima l'incidenza della spesa effettiva, atteso che è calcolata in parte in base alla valorizzazione tariffaria della produzione. L'incidenza è superiore al valore di riferimento nazionale, per:
 - 1) motivi speculari rispetto a quelli indicati per l'assistenza territoriale: tasso di ospedalizzazione superiore allo standard nazionale per il carente sviluppo dei servizi socio-sanitari, imputazione all'assistenza ospedaliera di costi dell'assistenza ambulatoriale;
 - 2) diseconomie della rete degli ospedali pubblici, con costi solo in parte coperti dalle entrate tariffarie.

Vengono successivamente indicate le articolazioni dei livelli assistenziali e i criteri di riparto per singolo sottolivello di assistenza.

Giova premettere che i criteri di riparto sono riconducibili a due sistemi:

¹ Il costo consolidato 2008 rilevato con il modello LA ammonta a oltre 3.042 milioni di euro. Atteso che il finanziamento lordo ripartibile tra le aziende sanitarie, al netto delle spese regionali, del finanziamento dell'ARPAS e del finanziamento integrativo regionale del servizio di guardiania per la continuità assistenziale, ammonta a 2.801 milioni di euro, le percentuali relative all'assistenza collettiva e distrettuale sono state calcolate con riferimento alla somma disponibile, sulla base della ipotesi che l'eccedenza nei costi sia totalmente imputabile all'assistenza ospedaliera. Inoltre la percentuale dell'assistenza distrettuale è stata calcolata tenendo conto della riduzione del tetto della spesa farmaceutica (ovvero mantenendo costanti le altre percentuali e riducendo il totale dell'assistenza distrettuale) e della classificazione in tale ambito dei farmaci H distribuiti agli utenti, rilevati nel modello LA come assistenza ospedaliera.

² La percentuale effettiva è ancora superiore ove si tenga conto del finanziamento a favore dell'ARPAS. E' possibile che i costi del livello assistenza collettiva siano sovrastimati, per l'imputazione a tale livello anche di attività che potrebbero essere classificate come distrettuali.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- sistema della quota capitaria: riparto tra le ASL del finanziamento assegnato al singolo livello assistenziale in base alla popolazione residente, eventualmente pesata per tenere conto dei seguenti fattori:
 - a) il diverso livello atteso di domanda, che deriva principalmente dalla composizione della popolazione per età e genere; si prevede a tale fine di utilizzare il profilo dei consumi sanitari adottato a livello nazionale per determinare il fabbisogno di assistenza delle singole regioni;
 - b) le diverse caratteristiche del territorio; in particolare, la dispersione, per tenere conto del diverso costo dei servizi territoriali dovuto alle economie/diseconomie di scala;
- sistema del finanziamento per funzioni, previsto dal comma 2 dell'articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992 e smi: finanziamento delle attività non distribuite in modo omogeneo sul territorio regionale e per le quali il riferimento alla popolazione servita non è significativo.

Assistenza collettiva

Rispetto alla soluzione adottata negli anni precedenti la quota destinata all'assistenza collettiva è articolata in due parti, al fine di tenere conto dei diversi parametri di riparto utilizzabili:

- sanità pubblica veterinaria: 1,9%. La quota è ripartita per l'80% in base alla popolazione animale e per il 20% in base alla popolazione umana, per tenere conto della vigilanza sugli alimenti di origine animale (quota capitaria). La popolazione animale verrà pesata per tenere conto della dimensione e della dispersione delle aziende;³
- altra assistenza collettiva: 4,3%; la quota è ripartita in base alla popolazione residente (quota capitaria).

Assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale è articolata nelle seguenti voci, contraddistinte da diversi parametri di riparto:

- medicina generale: 4,5%. La quota è ripartita in base alla popolazione con più di 14 anni (quota capitaria);

³ La dimensione delle aziende e la loro dispersione nel territorio provoca maggiori costi dei controlli effettuati presso le aziende: diseconomie di scala, per la dimensione, maggior tempo di trasferimento per la dispersione.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- pediatria di libera scelta: 0,9%. La quota è ripartita in base alla popolazione fino a 14 anni (quota capitaria);
- continuità assistenziale: 1,5%. Tale quota è al netto della integrazione regionale per il servizio di guardiana. Atteso che l'organizzazione del servizio tiene conto della dispersione della popolazione e delle presenze turistiche la quota non è distribuita tra le aziende sanitarie in base alla popolazione residente ma in base alle ore di servizio garantite annualmente in ogni ambito territoriale, per il servizio ordinario e per la guardia turistica (finanziamento per funzione);
- emergenza sanitaria territoriale: 1,7%. Per le stesse motivazione della continuità assistenziale, la quota è distribuita tra le aziende sanitarie in base al numero dei medici in servizio ed ai costi delle centrali (finanziamento per funzione);
- assistenza farmaceutica territoriale (convenzionata, diretta e per conto): 16,5%. La percentuale è superiore a quella prevista a livello nazionale per i seguenti motivi:
 - a) il tetto previsto a livello nazionale è riferito ai soli farmaci, mentre il finanziamento è relativo al costo pieno della funzione, ovvero con i costi diretti del personale delle ASL addetto all'assistenza farmaceutica e con quota parte dei costi generali;
 - b) il tetto nazionale non comprende la distribuzione diretta dei farmaci H, ovvero dei farmaci che possono essere acquistati e distribuiti solo dagli ospedali ma il cui costo non è riferibile all'assistenza ospedaliera, essendo consegnati agli utenti per il consumo a domicilio.

La quota è ripartita in relazione alla popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età rilevati a livello nazionale (quota capitaria);
- assistenza specialistica ambulatoriale: 10,8%. La quota è ripartita in relazione alla popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età rilevati a livello nazionale (quota capitaria);
- assistenza agli anziani: 1,3%. La quota è ripartita in base alla popolazione con più di 65 anni;⁴
- altra assistenza distrettuale: 11,9%. La quota comprende l'assistenza socio-sanitaria ai disabili, per la salute mentale e le dipendenze, l'assistenza consultoriale, protesica, integrativa e termale. La quota è ripartita in base alla popolazione pesata per l'indice di dispersione, in considerazione dei maggiori costi dell'assistenza domiciliare e ambulatoriale.

⁴ Nel riparto 2008 la quota per l'assistenza agli anziani era pari a 82 milioni. Il costo regionale ricavabile dal modello LA 2008 è di 34 milioni, comprendendo tutta l'assistenza domiciliare, registrata al codice 20801, riferita non solo alla popolazione anziana (pari a 20 milioni).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è articolata nelle seguenti voci, contraddistinte da diversi parametri di riparto:

- ricoveri ordinaria e diurni: 27,2%. La quota è determinata in base alla valorizzazione dei dimessi nel 2008 ed è ripartita tra le aziende con due criteri:
 - a) valorizzazione in base allo standard nazionale di 180 ricoveri per mille abitanti: popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età rilevati a livello nazionale (quota capitaria);
 - b) valorizzazione dei ricoveri eccedenti lo standard: riparto tra le ASL in base al maggiore tasso di ospedalizzazione standardizzato rilevato nel 2008;⁵
- pronto soccorso: 3,2%. La quota è ripartita tra le aziende in relazione al numero degli accessi registrati nel 2008, pesati in base alla qualificazione ed alla dimensione dell'attività del pronto soccorso (finanziamento per funzione);⁶
- altra assistenza ospedaliera (servizi trasfusionali, attività connesse ai trapianti, ospedalizzazione domiciliare, maggiori costi assistenziali delle AOU e degli ospedali specializzati di alta qualificazione): 2,8%. La quota è ripartita tra le aziende in base alla stima forfetaria dei costi per singola componente (finanziamento per funzione);⁷
- costi strutturali della rete ospedaliera: 11,5%. La quota serve a tenere conto parzialmente dei costi storici relativi alla gestione della rete ospedaliera ed è ripartita tra le aziende in base alla differenza tra i costi rilevati con il modello di rilevazione riferito agli ospedali (CP 2008) e il finanziamento disposto con i precedenti criteri.

2. Rettifiche per pervenire al riparto netto: mobilità ed entrate dirette

⁵ La valorizzazione dei ricoveri effettuati nel 2008 presso le strutture regionali ammonta a 714 milioni; a tale importo occorre aggiungere il saldo della mobilità passiva extraregionale, pari a 51 milioni. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato varia dal minimo di 173,1 ricoveri nella ASL 2 a 204,4 ricoveri nella ASL 4. Si propone di distribuire la prima quota in base al tasso di 180 ricoveri (anche per le ASL con tasso inferiore) e di distribuire la seconda quota in base al delta tra il tasso standardizzato e quello standard. Da rilevare l'elevato tasso di ospedalizzazione della ASL 8 (204,3), in larga parte attribuibile all'induzione di ricoveri a rischio di inappropriatelyzza per l'eccesso di capacità produttiva.

⁶ La valorizzazione utilizza i seguenti pesi: 300 per i PS con più di 30.000 accessi/anno, 200 per i PS con più di 6.000 accessi, 150 per gli altri PS e i PS degli Ospedali Marini di Sassari e Cagliari, in considerazione della loro particolare tipologia (PS non generali ma legati alla specifica funzione svolta).

⁷ La percentuale indicata è quella che deriva dai seguenti finanziamenti: 55,5 milioni per i servizi trasfusionali; 2,6 milioni per i trapianti; 0,4 milioni per l'ospedalizzazione domiciliare; 13,1 milioni per il finanziamento dei maggiori costi assistenziali delle AOU (10% della tariffazione SDO e file C); 3,4 milioni per l'integrazione del finanziamento delle prestazioni degli Ospedali Businco e Microcitemico (10% valorizzazione SDO).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il riparto del fondo sanitario regionale tra le ASL, in base agli indirizzi nazionali e regionali in materia, avviene con riferimento al fabbisogno di assistenza della popolazione, a prescindere dal luogo in cui tale fabbisogno trova risposta.

Poichè gli assistiti ricorrono talora all'assistenza sanitaria al di fuori della propria ASL, nel territorio regionale (mobilità infraregionale) o anche in altre regioni (mobilità interregionale), il riparto teorico effettuato sulla base della popolazione residente deve essere corretto, per ogni livello assistenziale interessato, per tener conto del saldo della mobilità interregionale e intraregionale, sulla base dell'ultimo dato disponibile.

Per la mobilità infraregionale la matrice relativa al 2008 ha evidenziato valori molto più elevati di quelli stimati in occasione dello scorporo delle due aziende ospedaliero-universitarie relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale e, limitatamente all'azienda di Sassari, per la distribuzione diretta dei farmaci.

Inoltre, analogamente al sistema adottato a livello nazionale, l'assegnazione ad ogni azienda sanitaria è rettificata per tener conto delle entrate dirette delle singole ASL, escludendo da tale calcolo le entrate per l'attività libero-professionale, correlate a specifici costi non coperti dal finanziamento per quote capitarie.

IL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE E DEGLI ALTRI ISTITUTI PUBBLICI

Il finanziamento delle altre aziende e istituti pubblici (Azienda ospedaliera Brotzu, Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e di Sassari, Irccs INRCA) avviene mediante due strumenti:

- la valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate (addebitate alle singole ASL); tale valorizzazione riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, la distribuzione diretta dei farmaci e l'assistenza ospedaliera;
- il finanziamento per funzioni, per le attività e con i criteri indicati per le ASL.

Il finanziamento delle aziende ospedaliere universitarie comprende anche i maggiori costi sostenuti nell'attività assistenziale per effetto dell'attività di didattica e di ricerca.⁸

⁸ Nella nota 8 si è ipotizzata una maggiorazione del 10% della valorizzazione tariffaria dell'attività di ricovero e di quella ambulatoriale.