Allegato alla Delib.G.R. n. 35/46 del 22.11.2022

Il sistema di allocazione del Fondo sanitario regionale tra le aziende del sistema sanitario regionale

Il modello di riparto del Fondo sanitario regionale tra le aziende sanitarie della Regione, prevede:

- l'individuazione delle assegnazioni finalizzate all'interno del fondo indistinto, così come definite dall'intesa della Conferenza Stato Regioni sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale;
- l'individuazione delle assegnazioni finalizzate alla remunerazione delle funzioni svolte da Ares, attribuite sulla base dell'organizzazione declinata nell'Atto aziendale, aggiornate annualmente sulla base dei parametri e costi standard;
- l'eventuale individuazione di finanziamenti corrispondenti alle assegnazioni determinate a livello nazionale ed a cui la Regione non ha accesso (es. fondo farmaci innovativi) e che, pertanto, laddove non siano previsti stanziamenti in appositi capitoli del bilancio regionale, devono essere finanziate dalla eventuale quota del Fondo Sanitario Regionale che eccede lo standard determinato dall'intesa di cui al punto precedente;
- l'articolazione delle risorse disponibili tra i tre macro-livelli assistenziali in base ai criteri utilizzati a livello nazionale, con alcune varianti che tengono conto delle peculiarità regionali. A tale proposito si rileva un parziale riallineamento delle percentuali riferite ai macro-livelli assistenziali a quelle nazionali;
- la successiva articolazione dei tre macro-livelli assistenziali, idonea per adottare diversi sistemi di pesatura della popolazione al fine di tenere conto del diverso bisogno sanitario, o diversi parametri rappresentativi dei costi sostenuti per alcuni livelli assistenziali;
- la successiva articolazione di alcuni livelli assistenziali per tenere conto dell'esigenza di finanziare i maggiori costi sostenuti dai soggetti erogatori pubblici rispetto alla sola remunerazione tariffaria, mediante la remunerazione delle funzioni, intesa in senso ampio, ovvero comprendendo anche la maggiorazione tariffaria connessa al ruolo degli ospedali nella rete regionale e di Areus.

Inoltre viene accantonata una quota necessaria per riequilibrare il finanziamento delle aziende sanitarie regionali, con l'obiettivo di evitare l'accumularsi di eventuali perdite da ripianare ed assicurare una omogenea ripartizione delle risorse.

Assistenza collettiva

La quota destinata all'assistenza collettiva è pari al 5,3% delle disponibilità complessive, rispetto al 5% previsto a livello nazionale.

La maggiore quota è in parte giustificata dalla particolare rilevanza della sanità veterinaria nell'economia sarda, confermata dal costo rilevato dal modello ministeriale LA.

A livello nazionale la quota destinata all'assistenza collettiva non è articolata in livelli assistenziali e, conseguentemente, il calcolo del fabbisogno delle regioni si basa sulla popolazione grezza.

Nella Regione Sardegna, tenendo conto dell'importante peso della sanità veterinaria, si ritiene opportuno sottoarticolare la quota come segue:

- assistenza collettiva al netto della sanità veterinaria;
- sanità veterinaria.

L'articolazione tra le due componenti tiene conto dell'incidenza rilevata nel modello LA: 2/3 per l'assistenza collettiva al netto della veterinaria e 1/3 per la sanità veterinaria.

La prima quota può essere ripartita tra le ASL in base alla popolazione grezza.

L'ammontare destinato all'assistenza veterinaria si suddivide in due ulteriori quote:

- una, prevalente (pari a 2/3), da distribuire in base alla popolazione animale;
- l'altra da distribuire in base alla popolazione non pesata.

Assistenza distrettuale

La quota destinata all'assistenza distrettuale nella Regione Sardegna è pari al 50,7% rispetto al 51% previsto a livello nazionale, per effetto della variazione introdotta per la quota riferita all'assistenza collettiva.

Il livello dell'assistenza distrettuale è suddiviso nei seguenti sub livelli che tengono conto della possibilità di pesare la popolazione con diverse modalità:

- assistenza farmaceutica: quota del finanziamento indistinto globale (tetto di spesa) da ripartire in base alla popolazione pesata;
- assistenza specialistica: popolazione pesata in base ai consumi rilevati a livello nazionale;
- medicina di base;
- altra assistenza distrettuale.

Le quote percentuali, rispetto al finanziamento indistinto globale, dei livelli sopra indicati sono quelle indicate nell'intesa CIPE concernente il riparto delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale per l'anno vigente.

Con riferimento alla medicina di base, trattandosi di convenzioni disciplinate sia a livello nazionale sia regionale, si prevede di riconoscere alle aziende sanitarie territoriali il costo delle stesse rilevato dal modello CE IV trimestre. In particolare si fa riferimento a:

- convenzione dei medici di medicina generale;
- convenzione dei pediatri di libera scelta;

- continuità assistenziale/guardia medica;
- altra assistenza.

Anche per l'altra assistenza territoriale, si rende necessaria la sua ulteriore sub-articolazione, per tenere conto dei costi legati all'organizzazione del servizio di emergenza-urgenza svolto da Areus. Pertanto, si propone di ripartire il totale dell'altra assistenza distrettuale nelle seguenti componenti:

1. una quota che tenga conto della non remuneratività delle tariffe delle prestazioni erogate differenziata come segue:
   a) maggiorazione della tariffa per le prestazioni erogate con mezzi di soccorso di base;
   b) maggiorazione della tariffa per le prestazioni erogate con mezzi di soccorso di avanzato;
   c) maggiorazione della tariffa per le prestazioni erogate con mezzi di elisoccorso;
2. altra assistenza distrettuale: quota residua da ripartire in base alla popolazione non pesata.

In relazione al punto 1, si precisa che le maggiorazioni tariffarie verranno adottate fino all'adeguamento delle tariffe per le attività di emergenza urgenza da parte della Giunta regionale.

Inoltre, sulla base di peculiarità organizzative legate all'attribuzione all'Areus di particolari funzioni, possono essere attribuiti specifici finanziamenti, quali, tra gli altri, quelli riferiti alle funzioni di trasporto d'organi, NUE 112 e NEA 116/117. La puntuale determinazione delle funzioni finanziate ogni anno viene ulteriormente precisata nella delibera di attribuzione delle risorse per il finanziamento indistinto di parte corrente.

Relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale si propone di articolare la quota complessiva in:

a) una quota parte, pari alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni consumate, al netto di quelle erogate nel PS e in regime di intramoenia, da distribuire tra le ASL in base alla popolazione pesata;

b) una quota parte destinata a copertura dei maggiori costi connessi all'erogazione diretta delle prestazioni ambulatoriali, come specificato successivamente;

c) una quota, a copertura dei maggiori costi connessi all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali da parte delle aziende ospedaliero-universitarie quantificata nella misura del 7% della valorizzazione dell'attività ambulatoriale clinica;

d) una quota residua da accantonare per garantire il riequilibrio delle quote che derivano dall'applicazione del modello parametrico.

In particolare la quota di cui al punto b) destinata a copertura dei maggiori costi sostenuti dalle ASL e dalle AO-AOU è calcolata con la seguente modalità:

- laboratorio analisi: nessuna maggiorazione delle tariffe;
- diagnostica per immagini: maggiorazione differenziata, del 15% per le AO e per i presidi ospedalieri e del 35% per i poliambulatori territoriali delle ASL, per tenere conto delle diverse condizioni operative. Nelle AO-AOU e nei presidi ospedalieri delle ASL viene garantita la

gamma completa delle prestazioni, con diseconomie di scala per prestazioni meno diffuse; nei presidi poliambulatoriali delle ASL si riscontrano diseconomie di scala per tutte le prestazioni, dovute all'esigenza di garantire la copertura territoriale;

- altre prestazioni ambulatoriali: maggiorazione differenziata del 25% per le AO-AOU e per i presidi ospedalieri delle ASL e del 45% per i poliambulatori delle ASL. In entrambi i casi la maggiorazione è giustificata della esigenza di garantire servizi diffusi in tutto il territorio, per tutte le discipline. La maggiorazione è superiore nei presidi ambulatoriali territoriali delle ASL, in considerazione delle maggiori diseconomie di scala rilevabili in tali presidi.

Assistenza ospedaliera

La quota destinata all'assistenza ospedaliera nella Regione Sardegna è fissata, al pari di quella nazionale, al 44,0%.

A livello nazionale non è prevista l'articolazione del macro-livello assistenziale, mentre per la Regione Sardegna si propone di articolare la somma complessivamente disponibile in tre parti:

- pronto soccorso;
- assistenza ospedaliera degenziale;
- funzioni ospedaliere non tariffabili.

La quota destinata al pronto soccorso deriva dalla necessità di prevedere un sistema di valorizzazione che tenga in considerazione i maggiori costi derivanti dal fatto che molte prestazioni sono erogate in regime di urgenza; tali prestazioni erogate agli utenti non ricoverati, infatti, sono registrate come prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, valorizzate con le relative tariffe.

Sulla base della ridefinizione della rete ospedaliera e della rete dell'emergenza-urgenza, si ritiene opportuno definire un sistema di remunerazione della relativa funzione adottando tariffe differenziate in base al ruolo svolto dai vari presidi ospedalieri nella rete dell'emergenza:

- DEA di II livello: € 300;
- DEA di I livello: € 250;
- Nodo della rete ospedaliera / sede DEA: € 200 per accesso;
- Ospedale di base / sede disagiata / CET: € 150 per accesso.

Relativamente all'assistenza ospedaliera degenziale si propone di articolare la dotazione complessivamente prevista in:

a) una quota, pari al 50% della valorizzazione tariffaria delle prestazioni consumate, da distribuire tra le ASL in base alla popolazione non pesata e una quota pari al 50% della valorizzazione tariffaria delle prestazioni consumate, da distribuire tra le ASL in base alla popolazione pesata;

b) una quota a copertura dei maggiori costi connessi all'erogazione diretta delle prestazioni ospedaliere, come specificato successivamente;

c) una quota residua da accantonare per garantire il riequilibrio delle quote che derivano dall'applicazione del modello parametrico.

La quota di cui al punto b), destinata a copertura dei maggiori costi sostenuti dalle aziende, è stata calcolata, sulla base del ruolo dei presidi ospedalieri, con la seguente modalità:

- nodi della rete ospedaliera e di base: maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 20%;
- stabilimenti ospedalieri di I livello: maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 25%;
- presidi ospedalieri di II: maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 30%.

Limitatamente agli ospedali che registrano una percentuale di ricoveri in dh/ds superiore al 50% rispetto al totale dei ricoveri, è prevista una maggiorazione tariffaria del 20% per i ricoveri diurni effettuati su pazienti di età maggiore o uguale ai 18 anni e del 25% per i ricoveri diurni effettuati su pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Le maggiorazioni proposte tengono conto:

- delle soluzioni adottate da alcune regioni in merito alle classi tariffarie;
- della maggiorazione tariffaria prevista dalla tariffa unica convenzionata (TUC) per gli ospedali pediatrici.

Relativamente ai finanziamenti per funzioni, viene riconosciuta alle Aziende Ospedaliero Universitarie una maggiorazione del 7% della produzione SDO in considerazione della peculiare attività istituzionale che integra l'assistenza sanitaria con la didattica e la ricerca delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Inoltre, sulla base di peculiarità organizzative legate all'attribuzione alle Aziende del Servizio Sanitario regionale di particolari funzioni, possono essere assegnati specifici finanziamenti, quali, tra gli altri, quelli riferiti alle funzioni ospedaliere non tariffabili (come, ad esempio, quelli destinati alla struttura regionale di coordinamento trasfusionale, per l'applicazione di metodiche NAT per i centri trasfusionali regionali, per il centro regionale trapianti, per le attività di trasporto d'organo interregionale, etc.), quelli riferiti alle funzioni territoriali (tra cui, ad esempio, quelle svolte dalla AOU di Cagliari ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 28/8 del 17.7.2014, al fine di garantire la continuità delle attività svolte presso la Clinica psichiatrica operante nel territorio di riferimento, etc.), quelle necessarie a finanziare l'organizzazione della assistenza sanitaria ai migranti giunti in Sardegna attraverso sbarchi non programmati e quelle relative al trasporto delle persone sottoposte a terapia dialitica barellate, deambulanti in carrozzina ortopedica obbligata e altre fattispecie ricomprese nei livelli essenziali di assistenza. In relazione a quest'ultima funzione si specifica che tale finanziamento farà riferimento, per il primo anno, alla stima dei pazienti dializzati con le caratteristiche suesposte e, per quelli successivi, della rendicontazione dei relativi costi da parte delle aziende sanitarie. La puntuale determinazione delle funzioni finanziate ogni anno viene ulteriormente precisata nella delibera di attribuzione delle risorse per il finanziamento indistinto di parte corrente. Si sottolinea che l'elenco dei finanziamenti a funzione non è esausitvo.

Rettifiche

Alle quote calcolate per le singole aziende mediante il procedimento illustrato precedentemente vengono, infine, aggiunti:

a) la quota destinata al finanziamento dell'azienda Ares;

b) i rimborsi dovuti alle aziende sanitarie per i progetti ex deliberazione della Giunta regionale n. 1/11 del 2005 attivati presso l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale;

c) le quote destinate alla remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale effettivamente erogate dal presidio ospedaliero privato Mater Olbia ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 40/23 del 10.10.2019;

d) le somme residue derivanti sia dalla quota dell'assistenza distrettuale che di quella ospedaliera e accantonate per il riequilibrio delle quote ottenute dall'applicazione del modello parametrico, al fine di tenere conto dei vincoli della spesa storica nonché di eventuali situazioni di particolare squilibrio finanziario che dovessero palesarsi.

La metodologia sopra descritta definisce le assegnazioni per le aziende sanitarie al lordo del saldo della mobilità sia intra che extra regione; i saldi complessivi della mobilità e le assegnazioni nette saranno indicati nel provvedimento annuale di attribuzione delle risorse e in sede di erogazione delle somme assegnate, la Regione, che effettua il pagamento della mobilità extraregionale al Ministero della Economia e delle Finanze e cura direttamente i rapporti di mobilità intraregionale, provvederà ad effettuare le opportune compensazioni. La D.G. della Sanità, inoltre, provvede a comunicare periodicamente alle Aziende Sanitarie regionali gli importi relativi alla mobilità intra ed extra regione che devono essere contabilizzati secondo le modalità già definite e condivise.