



CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA
QUINDICESIMA LEGISLATURA

Cagliari,

RACCOMANDATA

PROT. /S.C.

ONOREVOLE PRESIDENTE
DELLA SESTA COMMISSIONE
S E D E

OGGETTO: *Criteria per il riparto delle risorse destinate al finanziamento indistinto del Servizio Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie, anni 2015-2016-2017.(P/71)*

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 32 del Regolamento interno del Consiglio regionale si trasmettono, con preghiera di sottoporli all'esame della Commissione presieduta dalla S.V. Onorevole, gli atti di cui all'oggetto.

Qualora codesta Onorevole Commissione ritenesse utile sentire sull'argomento il parere di altre Commissioni, può richiederlo direttamente.

IL PRESIDENTE

Gianfranco Ganau
Gianfranco Ganau

P/71



CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

XV LEGISLATURA

AL SERVIZIO COMMISSIONI

SEDE

Il *Documento*

di iniziativa della *Giunta regionale*

concernente:

"Criteri per il riparto delle risorse destinate al finanziamento indistinto del Servizio Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie, anni 2015-2016-2017".

è assegnato, per l'espressione del parere, alla *Sesta* Commissione permanente,

IL PRESIDENTE





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PRESIDENTZIA
PRESIDENZA

Il Presidente

Prot. n. 16413

Cagliari, 13 AGO. 2015

- > → Al Presidente del Consiglio Regionale
 - > e p.c. All'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale
- SEDE

Oggetto: Criteri per il riparto delle risorse destinate al finanziamento indistinto del Servizio Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie, anni 2015-2016-2017.

Si trasmette in allegato, per l'esame della competente Commissione consiliare, ai sensi del combinato disposto dell'articolo 26, comma 2, della legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 e dell'art. 29, comma 3, della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5, copia della deliberazione n. 40/25, relativa all'argomento in oggetto, adottata dalla Giunta regionale nella seduta del 7 agosto 2015.

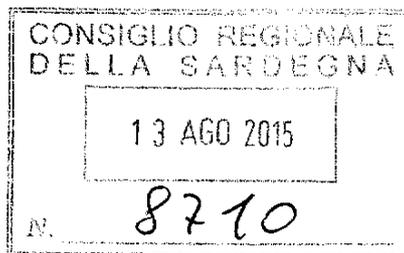
Il Presidente

Francesco Pigliaru

Dir. Gen. Pres. A. De Martini

Dir. Serv. Rapp. Ist. M. Farina

Funz. Istr. A. Fumera



SC 06e



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Estratto del verbale della Giunta Regionale del 7 agosto 2015.

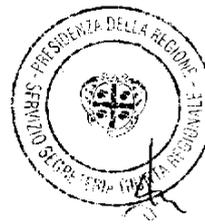
Presiede: in assenza del Presidente Francesco Pigliaru, il Vicepresidente Raffaele Paci.

Sono presenti gli Assessori:

Affari generali, personale e riforma della regione	Gianmario Demuro
Programmazione, bilancio, credito e assetto del territorio	Raffaele Paci
Enti locali, finanze ed urbanistica	Cristiano Erriu
Difesa dell'ambiente	Donatella Emma Ignazia Spano
Agricoltura e riforma agro-pastorale	Elisabetta Giuseppina Falchi
Turismo, artigianato e commercio	Francesco Morandi
Lavori pubblici	Paolo Giovanni Maninchedda
Industria	Maria Grazia Piras
Lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale	Virginia Mura
Pubblica istruzione, beni culturali, informazione, spettacolo e sport	Claudia Firino
Igiene e sanità e assistenza sociale	Luigi Benedetto Arru
Trasporti	Massimo Deiana
Assiste il Direttore generale	Alessandro De Martini

Si assentano:

L'Assessore Demuro dalla deliberazione n. 1 alla deliberazione n. 10.
L'Assessore Maninchedda dalla deliberazione n. 1 alla deliberazione n. 10.
L'Assessore Firino dalla deliberazione n. 1 alla deliberazione n. 22.





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 40/25 DEL 7.8.2015

Oggetto: Criteri per il riparto delle risorse destinate al finanziamento indistinto del Servizio Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie, anni 2015-2016-2017.

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale richiama i commi 3 e 4 dell'articolo 29 della legge regionale n. 5 del 9 marzo 2015, i quali definiscono i fattori che devono essere tenuti in considerazione nella determinazione dei criteri per il riparto del Fondo sanitario regionale tra le aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliero-universitarie; in particolare, il comma 3 stabilisce che la Giunta regionale individua i criteri per il riparto del Fondo sanitario regionale con riferimento a un periodo temporale triennale.

L'Assessore evidenzia il fatto che la riforma del sistema sanitario avviata con la legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014 ha delineato un nuovo assetto istituzionale i cui effetti in buona parte si esplicheranno nel corso dei mesi a venire, con profonde ripercussioni anche sul sistema di allocazione delle risorse del fondo sanitario regionale, per effetto della revisione dell'organizzazione delle aziende sanitarie e dell'istituzione dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), nonché per il trasferimento dei presidi ospedalieri "Oncologico - A. Businco" e "Microcitemico", transitati dalla ASL di Cagliari all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu e dell'ospedale "SS Annunziata", attualmente in capo alla ASL n. 1 di Sassari, che dall'1.1.2016 transiterà alla AOU di Sassari. Inoltre la revisione dell'assetto istituzionale sarà accompagnata:

- dal riordino della rete dei servizi e dei presidi, in coerenza con gli indirizzi del Patto per la salute 2014-2016 e con il regolamento relativo agli standard ospedalieri, di cui al D.M. n. 70 del 2.4.2015;
- dalla revisione del processo di governo regionale del sistema sanitario.

Tale revisione, già avviata e in fase di sviluppo, si basa su vari strumenti:

- il costante monitoraggio della gestione delle aziende mediante il Comitato permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie e della qualità dei livelli essenziali di assistenza;





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 40/25
DEL 7.8.2015

- la rilevazione trimestrale degli andamenti economici, mediante il modello CE;
- la rilevazione dei costi per livelli assistenziali, mediante il modello LA;
- la rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri, mediante il modello CP;
- lo sviluppo della contabilità analitica, garantendo migliore omogeneità nei sistemi aziendali e la corretta compilazione dei modelli LA e CP;
- la revisione delle regole contabili delle ASR, in coerenza con il D.Lgs. n. 118/2011, prevedendo in particolare la completa rilevazione dei costi e dei ricavi, ivi compresi quelli derivanti dalle prestazioni erogate in mobilità attiva e passiva, intra ed extra-regionale.

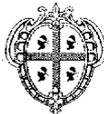
Lo sviluppo dei sistemi contabili consentirà, a regime, di perfezionare il sistema di allocazione delle risorse tra le ASR:

- relativamente alle ASL, il sistema di riparto per livelli e sub-livelli assistenziali terrà conto del rapporto tra fabbisogni e livelli garantiti e tra costi standard e costi effettivi (rilevati con il modello LA), con un processo graduale di allineamento agli standard;
- relativamente alle AO-AOU e alla produzione diretta delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere da parte dei presidi ospedalieri di ASL, con costi rilevati con il modello CP, il sistema di riparto terrà conto dell'obiettivo di remunerare tali attività unicamente con il sistema tariffario ed extra-tariffario (funzioni), nei limiti posti dall'articolo 8-sexies, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 502/1992.

L'Assessore dà altresì atto che le risorse per la remunerazione delle attività del nuovo presidio ospedaliero ad alta qualificazione sanitaria della Gallura saranno determinate secondo le modalità definite nella Delib.G.R. n. 24/1 del 26.6.2014 (approvata in via definitiva con la Delib.G.R. n. 26/8 dell'8.7.2014).

Per quanto detto, l'Assessore ravvisa l'esigenza che i criteri per il riparto del fondo sanitario regionale per il triennio 2015-2017 siano, coerentemente con il sistema definito per il 2014, funzionali a garantire la transizione al nuovo assetto e rileva che, man mano che se ne definiranno con maggiore puntualità e certezza i contenuti e le relative tempistiche di attuazione, sarà necessario adeguare i suddetti criteri, senza tuttavia mettere in discussione l'impianto concettuale su cui essi si fondano. In particolare, l'Assessore propone di procedere alla predisposizione dei criteri del riparto 2015-2017 impostando l'articolazione del fondo sanitario regionale nei macrolivelli assistenziali (assistenza collettiva, assistenza distrettuale ed assistenza ospedaliera) e la loro ulteriore sottoarticolazione in analogia con il modello già utilizzato per il 2014, di cui alla Delib.G.R. n. 9/23 del 10.3.2015.





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 40/25

DEL 7.8.2015

L'Assessore precisa infatti che il suddetto modello, tenendo conto delle peculiarità di ciascuna Azienda, dell'effettivo mix di produzione/acquisto delle prestazioni, della classificazione dei presidi ospedalieri, delle funzioni ospedaliere non tariffabili, così come illustrato analiticamente nell'allegato alla presente deliberazione, prosegue il percorso avviato nel 2014 con l'obiettivo di responsabilizzare le aziende sanitarie nel perseguimento dei livelli essenziali di assistenza con le dotazioni assegnate e nel rispetto degli obiettivi di efficienza nell'erogazione diretta delle prestazioni.

L'Assessore rammenta altresì la significativa riduzione delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza, come rappresentato nella tabella seguente, e la conseguente situazione di squilibrio economico e finanziario in cui versano, in particolare, alcune aziende del sistema sanitario regionale.

	2012	2013	2014	2015
Risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa corrente	€ 3.116.142.481 (*)	€ 3.054.323.092 (*)	€ 2.897.438.134	€ 2.816.104.000
Variazione		- € 61.819.389	- € 156.884.958	- € 81.334.134

(*) Al netto delle risorse stanziato per il servizio di vigilanza delle guardie mediche (di cui alla L.R. 22 dicembre 2003, n. 13, art. 5) e del pay back della farmaceutica.

Peraltro, a livello nazionale, alla data attuale, non è stata ancora sancita l'intesa della Conferenza Stato-Regioni sulla proposta del CIPE sulla ripartizione tra le Regioni delle risorse finanziarie per il finanziamento indistinto del SSN; inoltre, non si è ancora concluso l'iter previsto per l'accesso all'anticipazione di liquidità concessa dal MEF ai sensi del D.L. n. 35/2013 finalizzato al pagamento dei debiti del sistema sanitario, né se ne conoscono gli esiti. Tutto ciò contribuisce a delineare una situazione di incertezza in ordine al quadro economico-finanziario di riferimento per gli anni 2015 e successivi.

A tale proposito, l'Assessore sottolinea che la sofferenza finanziaria di alcune Aziende Sanitarie regionali, evidenziata anche dagli indicatori di tempestività dei pagamenti di cui al D.P.C.M. del 22.9.2014, e l'esigenza di onorare i pagamenti nei confronti dei propri fornitori, potrebbero imporre la necessità di modulare le assegnazioni regionali tenendo in considerazione anche le esigenze di liquidità delle Aziende; per tali ragioni è opportuno prevedere che una quota parte delle risorse destinata al riequilibrio possa essere all'uopo dedicata e, quindi, assegnata alle Aziende che manifestano criticità finanziarie.





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 40/25

DEL 7.8.2015

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale propone alla Giunta regionale l'approvazione dei criteri di riparto per il 2015, 2016 e 2017 secondo quanto dettagliatamente illustrato nell'allegato alla presente deliberazione.

La Giunta regionale, condividendo quanto rappresentato e proposto dall'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, constatato che il Direttore generale della Sanità ha espresso il parere favorevole di legittimità sulla proposta in esame

DELIBERA

di approvare in via preliminare i criteri per procedere al riparto delle risorse del Fondo Sanitario Regionale 2015, 2016 e 2017, contenuti nell'allegato "Il sistema di allocazione del fondo sanitario regionale tra le aziende del sistema sanitario regionale", che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

La presente deliberazione è inviata al Consiglio regionale per l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare, ai sensi del combinato disposto dell'art. 26, comma 2, della legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 e dell'art. 29, comma 3, della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Direttore Generale

F.to Alessandro De Martini

Il Vicepresidente

F.to Raffaele Paci





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 40/25 del 7.8.2015

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'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 (veterinaria, ambulatoriale, anziani), o diversi parametri rappresentativi dei costi sostenuti per alcuni livelli assistenziali (guardia medica e 118);
- 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.

Inoltre viene accantonata una quota necessaria per riequilibrare il finanziamento delle aziende sanitarie regionali.

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 importanza 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 della rilevanza della sanità veterinaria, si ritiene opportuno sottoarticolare la quota come segue:

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





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

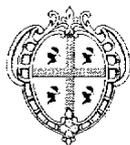
L'applicazione di tale quota alle risorse disponibili porta ad un finanziamento complessivo inferiore al costo rilevato con il modello LA, che è lordo, ovvero finanziato non solo con il fondo sanitario ma anche con le entrate dirette. Tale maggiore costo è ascrivibile in larga parte all'assistenza farmaceutica.

L'articolazione della quota nazionale in singoli livelli assistenziali è effettuata tenendo conto della possibilità di pesare la popolazione con diverse modalità; nell'intesa n. 173/CSR del 4.12.2014 espressa dalla Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione del CIPE concernente il riparto delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale nell'anno 2014, le suddette quote sono definite come segue:

- assistenza farmaceutica: quota del finanziamento indistinto globale che tiene conto della pesatura di alcune componenti (tetto di spesa complessivamente pari all'11,78% del finanziamento indistinto complessivo 2014);
- assistenza ambulatoriale: popolazione pesata in base ai consumi rilevati a livello nazionale (13,3% del finanziamento indistinto complessivo 2014);
- per l'altra assistenza distrettuale (compresa la medicina di base): popolazione non pesata (25,92% del finanziamento indistinto complessivo 2014).

Rispetto alla soluzione che sarà adottata a livello nazionale, si prevede, quale variante, il riproporzionamento della quota destinata all'altra assistenza distrettuale, dovuto al diverso peso dato al macro-livello dell'assistenza distrettuale, e la sua ulteriore sub-articolazione, adottando sistemi che tengano conto del diverso bisogno assistenziale (connesso alla diversa incidenza della popolazione anziana) o dei costi legati all'organizzazione dei servizi (guardia medica e 118).





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In particolare si propone di ripartire il totale dell'altra assistenza distrettuale nelle seguenti componenti:

- convenzione dei medici di medicina generale: quota calcolata in base al costo della convenzione rilevato nel CE, da ripartire in base alla popolazione con più di 14 anni;
- convenzione dei pediatri di libera scelta: quota calcolata come per i MMG, da ripartire in base alla popolazione fino a 14 anni;
- continuità assistenziale/guardia medica: quota calcolata in base al costo della convenzione, da ripartire in base ai punti di guardia medica;
- emergenza sanitaria territoriale: quota calcolata tenendo conto dei costi rilevati nel modello LA, da ripartire in base al numero dei medici impegnati nel servizio e degli oneri di gestione per le funzioni di coordinamento delle centrali operative del servizio 118;
- assistenza socio-sanitaria agli anziani: quota calcolata tenendo conto del costo rilevato nel modello LA, da ripartire in base alla popolazione con più di 75 anni (considerando ormai obsoleta la soglia di 65 anni);
- altra assistenza distrettuale: quota residua da ripartire in base alla popolazione non pesata.

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, 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 a riserva 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 stata calcolata con la seguente modalità:

- laboratorio analisi: nessuna maggiorazione delle tariffe, in considerazione della sostanziale remuneratività delle tariffe stesse;
- diagnostica per immagini: maggiorazione differenziata, del 10% per le AO e per i presidi ospedalieri e del 30% 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





**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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 20% per le AO-AOU e per i presidi ospedalieri delle ASL e del 40% per i poliambulatori delle ASL. In entrambi i casi la maggiorazione è giustificata dalla 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%.

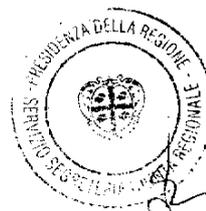
A livello nazionale non è prevista l'articolazione del macro-livello assistenziale, mentre per la Regione Sardegna si propone di articolare la somma complessivamente disponibile in tre parti:

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

La quota destinata al pronto soccorso deriva dalla necessità di prevedere un sistema alternativo a quello che deriva dalla valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate agli utenti non ricoverati; queste, infatti, sono registrate come prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, valorizzate con le relative tariffe che non tengono in considerazione i maggiori costi derivanti dal fatto che le prestazioni sono erogate in regime di urgenza. Inoltre la rilevazione di tali prestazioni risulta largamente incompleta.

Nelle more dell'istituzione dell'AREUS, ai sensi dell'art. 4 della legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 e della definizione della rete dell'emergenza-urgenza, con la classificazione dei pronto soccorso alla luce degli standard approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 5.8.2014, e della conseguente definizione del sistema di remunerazione della relativa funzione, si ritiene opportuno adottare tariffe differenziate in base al numero di accessi, indicatore del ruolo svolto dai vari presidi ospedalieri nella rete dell'emergenza:

- PS con meno di 10.000 accessi: € 150 per accesso;
- PS da 10.000 a 25.000 accessi: € 200 per accesso;
- PS da 25.000 a 40.000 accessi: € 250;
- PS con più di 40.000 accessi: € 300.





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

- a) una quota, pari alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni consumate, da articolare ulteriormente in due tranches, una da destinare alle ASL che registrano un tasso di ospedalizzazione maggiore di quello atteso¹, e la restante parte 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 a riserva 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 ASL e dalle AO-AOU, è stata calcolata con la seguente modalità:

- ospedali con PS da 10.000 a 25.000 accessi: maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 15%;
- ospedali con PS tra 25.000 e 40.000 accessi: maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 20%;
- ospedali con PS oltre 40.000 accessi e ospedali per acuti specializzati (Binaghi, Businco e Microcitemico): maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 25%. Limitatamente all'ospedale Microcitemico la maggiorazione è prevista anche per i ricoveri diurni.

Le maggiorazioni proposte tengono conto:

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

Con riferimento alle funzioni ospedaliere non tariffabili, vengono attribuiti specifici finanziamenti per la struttura regionale di coordinamento trasfusionale, per l'applicazione di metodiche NAT per i centri trasfusionali regionali, per il centro regionale trapianti, nonché per le attività di trasporto d'organo interregionale al netto di quanto tariffato nella TUC.

¹ Il tasso di ospedalizzazione standardizzato registrato in ciascuna ASL è stato posto a confronto con un tasso atteso, ottenuto parametrizzando il tasso obiettivo di 160 ricoveri per mille abitanti, al fine di tenere conto della diversa struttura per età della popolazione di ciascuna ASL.





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Inoltre, viene riconosciute alle Aziende Ospedaliere 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.

Rettifiche per pervenire al riparto netto

Il riparto del fondo sanitario regionale tra le ASL avviene con riferimento al fabbisogno di assistenza della popolazione, a prescindere dal luogo in cui tale fabbisogno trova risposta. Poiché 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, fino al 2015, 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.

Dal 2016, in coerenza con i principi posti dal D.Lgs. n. 118/2011, il sistema di rilevazione degli accadimenti economici delle aziende sanitarie regionali dovrà tenere conto degli effetti della registrazione della mobilità attiva e passiva nei competenti conti di bilancio e, conseguentemente, il riparto non dovrà più essere rettificato in base al saldo della mobilità.

Inoltre, analogamente al sistema adottato a livello nazionale, l'assegnazione ad ogni azienda sanitaria è rettificata per tenere conto delle entrate dirette delle singole ASL, come convenzionalmente determinate ogni anno dall'intesa espressa dalla Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione del CIPE concernente il riparto delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale.

Da ultimo sono stati inseriti i rimborsi dovuti alle aziende sanitarie per i progetti ex Delib.G.R. n. 1/11 del 2005 attivati presso l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Le quote calcolate per le singole aziende mediante il procedimento illustrato precedentemente vengono quindi corrette utilizzando le somme accantonate per il riequilibrio, al fine di tenere conto dei vincoli della spesa storica nonché di eventuali situazioni di particolare squilibrio finanziario che dovessero palesarsi.

