

ALLEGATO A

Criteria di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2013

Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie rappresenta uno degli strumenti necessari alla Regione per guidare i comportamenti delle aziende verso livelli elevati di efficacia e di efficienza, nel quadro delle compatibilità economico-finanziarie del sistema.

Nella Regione Emilia Romagna il modello di finanziamento delle Aziende sanitarie si basa sul finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, sull'applicazione del sistema tariffario, sul finanziamento delle funzioni e su finanziamenti a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.

Obiettivo del modello è l'equità distributiva; il suo metodo è la trasparenza dei criteri empirici utilizzati per determinare la quota capitaria ponderata di finanziamento per ciascuna Azienda Usl.

Il riparto a quota capitaria ponderata è stato fatto con un volume di risorse pari a 6.883,500 milioni di euro.

L'allocazione delle risorse finanziarie a quota capitaria pesata alle Aziende Usl del Servizio sanitario regionale (Tabelle A1 e A2), secondo quanto ribadito anche dalla L.R. 29 del 23 dicembre 2004 (art. 3 comma 2) è stata effettuata, nel 2013, in continuità con gli anni precedenti, in base alla numerosità della loro popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche ⁽¹⁾.

Anche nel 2013 le voci di finanziamento, che dal 2011 sono confluite in quota capitaria (Assistenza termale, Oneri vari personale dipendente, Specificità aziendali, Contributo per trascinarsi arretrati contratto, Esclusività di rapporto del personale universitario) comprendenti una quota spettante anche alle Aziende Ospedaliere, sono state trattenute dal finanziamento per livelli delle Aziende Usl (Tabella A3) in misura analoga al 2012, e vincolate alle Aziende Ospedaliere (Tabella A6). Il criterio utilizzato è l'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione - calcolato sui volumi finanziari - (Tabella A3), sia delle Aziende Ospedaliere che insistono sul territorio provinciale sia di quelle extra provincia.

Una quota del finanziamento, vincolato alle Aziende Ospedaliere e Istituto Ortopedico Rizzoli e a carico del FSR, è stata qualificata come attività di eccellenza (Tabella A6), come riconoscimento degli oneri connessi alla necessità di produrre prestazioni complesse. Per definire l'eccellenza si è fatto riferimento alle linee guida per gli accordi di fornitura 2012, che tiene conto della produzione di DRG (Diagnosis Related Groups) di alta complessità (DGR 69/2011) e delle funzione Hub così come articolate dalla DGR 1267/2002.

¹ Il riparto alle Aziende USL delle risorse a quota capitaria ponderata non esaurisce il finanziamento delle prestazioni ricomprese nei livelli di assistenza; a tale finanziamento concorrono anche le risorse attribuite con parametri non strettamente correlati alla numerosità della popolazione residente, nonché le entrate dirette delle aziende sanitarie

Tenuto conto delle attività svolte a livello di Area Vasta Romagna (AVR) inerenti il Magazzino unico economale e farmaceutico, collocato presso il Centro Servizi di Pievesestina e gestito dall'Ausl di Cesena, viene effettuato un trasferimento all'Azienda Usl di Cesena, riportato in Tabella A3, mediante corrispondente ritenuta sulla quota capitaria spettante alle altre Ausl di AVR (Ravenna, Forlì e Rimini), a seguito dell'accordo di AVR dell'8/1/2013 (prot. n. 001442 del 10/1/2013).

Dal 2013 prende avvio la fase sperimentale del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie (DGR 1350/2012), cui partecipano le Aziende: Aosp di Reggio Emilia, Aosp/Univ. di Bologna e Aziende Usl di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini (individuate con DGR 1905/2012). Viene pertanto costituito il Fondo risarcimento danni da responsabilità sanitaria previsto dall'articolo 5 della Legge Regionale n. 13/2012 e dalla citata deliberazione della Giunta Regionale n. 1350/2012, per far fronte ai risarcimenti assicurativi di 2° fascia (da 100 mila a 1,5 milioni) e per il pagamento della polizza a copertura dei rischi catastrofali (oltre 1,5 milioni).

Il fondo, pari a 13,081 milioni, è costituito mediante trattenuta di quota parte delle risorse spettanti alle Aziende sperimentatrici (Tabella A3 e Tabella A6).

Come per il 2012, anche nel 2013 è stata individuata una linea di finanziamento per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici, i cui costi vengono sostenuti ogni anno dalle aziende con un differenziale di costo fra le aziende molto disomogeneo relativamente alla presenza di tali pazienti, ed è stato creato un accantonamento (Tabella 1) che rappresenterà, a chiusura dell'esercizio, una linea di finanziamento dedicata per le Aziende Usl.

Il finanziamento diretto di funzioni di particolare rilevanza, legate anche ad una complessità organizzativa particolarmente elevata, in alcuni casi funzioni sovra-aziendali, rappresenta un fattore di parziale "compensazione" dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, a tariffa per prestazione.

Nel 2013 una quota del finanziamento per livelli di assistenza ed a quota capitaria delle Aziende USL pari a 58,5 milioni, come riportato nella Tabella A4, corrispondente all'importo del budget delle prestazioni ospedaliere di alta specialità definito nell'Accordo con l'Associazione della Ospedalità privata AIOP per l'anno 2013, ripartita con riferimento al volume delle prestazioni di alta specialità erogate dagli Ospedali privati accreditati nell'anno 2011, sarà ridistribuita tra le Aziende sanitarie sulla base dei costi effettivamente sostenuti nell'anno 2013.

I criteri con cui vengono definite nel 2013 le risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario sono parzialmente assimilabili a quelli utilizzati negli anni precedenti. Gli importi sono stati definiti con le Aziende durante gli incontri con le Direzioni Generali avvenuti fra ottobre e dicembre 2012.

I fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi criteri di finanziamento.

L'impegno chiesto alle Aziende per mantenere il sistema in equilibrio nel 2012 diventa ancora più forte nel 2013 ed un maggiore contributo viene chiesto a quelle Aziende che

sono sottoposte a piani di rientro e che hanno beneficiato da tempo, ed in misura significativa, di un livello aggiuntivo di risorse distribuite a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.

Il finanziamento del sistema integrato Servizio Sanitario Regionale – Università assicura un sostegno finanziario in presenza di tariffe non sufficientemente commisurate al costo di produzione, laddove i progetti di ricerca e la didattica rappresentano una funzione istituzionale fondamentale, al pari di quella assistenziale e di formazione continua.

Per l'assegnazione della quota capitaria 2013 alle Aziende Usl non sono state modificate le quote di riferimento per ciascun livello di assistenza rispetto al 2012.

Anche per il 2013 si evidenzia, nel livello dell'Assistenza distrettuale, la quota destinata all'assistenza a favore di persone con disabilità, che alimenta il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (in coerenza con quanto stabilito nel programma approvato con la DGR 1487/2012).

I criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna Azienda USL all'1/1/2012. Nel corso del 2013 non si prevede una verifica della popolazione e l'eventuale revisione del finanziamento, sia perché negli ultimi anni si rileva un rallentamento del trend di crescita della popolazione, sia perché oramai i sistemi informativi hanno migliorato la tempestività della rilevazione.

Di seguito sono illustrati i criteri per ciascun livello essenziale di assistenza.

1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (4,5%)

Complessivamente, tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il 5,23% delle risorse assegnate.

I criteri non hanno subito variazioni, ma sono state aggiornate le basi informative utilizzate relative all'ultimo anno disponibile. Le quote di assorbimento di ciascuna delle funzioni individuate, riportate di seguito, sono state stimate sulla base dei costi del personale.

§ *Igiene pubblica*: assorbe il 44% delle risorse del primo livello.

L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2012, integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede. In particolare sulla base dei dati forniti dall'Assessorato al Turismo relativi all'anno 2011, sono stati considerati i flussi turistici dell'Appennino emiliano-romagnolo, della riviera e dei capoluoghi di provincia. La numerosità della presenza turistica e la sua durata è stata espressa in numero di persone-anno equivalenti. Per gli iscritti all'Università residenti fuori provincia, sono stati utilizzati i dati forniti dall'Assessorato alla Formazione ed Università relativi all'anno accademico 2010-2011, anch'essi rapportati a persone-anno equivalenti.

§ *Sicurezza e igiene del lavoro*: assorbe il 18% delle risorse del primo livello. I criteri hanno tenuto conto del numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti.

§ *Verifiche di sicurezza*: assorbe il 6,5% delle risorse del livello, distribuite in base al numero degli impianti da verificare.

§ *Veterinaria*: assorbe il 31,5% delle risorse del 1° livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE) che quest'anno sono state aggiornate, e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2012 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

2° Livello: Assistenza Distrettuale (50,5%)

Il livello è ulteriormente suddiviso per specifiche funzioni, per ciascuna delle quali sono stati elaborati criteri puntuali, che tengono conto degli indirizzi della programmazione regionale.

§ *Assistenza farmaceutica* (14% del totale complessivo). Le risorse sono state ripartite per quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2012 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale "assistenza farmaceutica territoriale".

§ *Medici di medicina generale* (7% del totale complessivo). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale. Per l'assegnazione si è tenuto conto dei costi sostenuti relativamente alle sole voci fisse e variabili previste dall'accordo collettivo nazionale.

§ *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,7% del totale complessivo). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2011 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione.

§ *Salute mentale* (3,6% del totale complessivo). Le risorse relative alla funzione di neuropsichiatria infantile rappresentano lo 0,6% del complesso (il 17% di questa funzione) e sono state assegnate sulla base della distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. L'assistenza psichiatrica per adulti, che assorbe il 3% delle disponibilità, è stata invece assegnata in base alla popolazione residente di età 18-64.

Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero ed i progetti speciali. Le risorse complessivamente destinate all'assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto "Piano attuativo Salute mentale e superamento ex OO.PP." e quelle ricomprese nel livello "Assistenza Ospedaliera" (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.

§ *Dipendenze patologiche* (1,2% del totale complessivo). Per il criterio di assegnazione è stato ampliato il target di popolazione residente da 15-54 anni a 15-64 anni, secondo le indicazioni di letteratura, ed è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza e della alcol dipendenza nei diversi ambiti territoriali. Per la prevalenza sono stati utilizzati per la prima volta i dati del nuovo sistema informativo SIDER, che si basa su dati individuali e non aggregati come gli anni scorsi.

§ *Assistenza domiciliare e hospice* (3,2% del totale complessivo). Come risulta dalla rilevazione del flusso ADI, l'assistenza domiciliare copre, per gli over 80 anni, oltre 170 persone ogni 1000 abitanti; pertanto il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione prevede che il 25% venga assegnato sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45-74 anni, ed il restante 75% in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.

§ *Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale* (3,3% del totale complessivo). La quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne. Questo

livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

§ *Altre funzioni assistenziali* (3,5% del totale complessivo, comprensivo del contributo al FRNA disabili). All'interno di questa funzione sono stati evidenziati i programmi "salute donna" e "salute infanzia". Le risorse destinate a "salute donna" corrispondono allo 0,4% delle risorse complessivamente disponibili a livello regionale, e sono state assegnate in base alla numerosità delle donne in età feconda (da 14 a 49 anni). Al programma "salute infanzia" è assegnato lo 0,3% delle risorse complessive e distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota residuale è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione totale e di età inferiore ai 65 anni .

3° Livello: Assistenza ospedaliera (45%)

La ponderazione della popolazione è stata effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici, per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2011, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, che rappresenta il 90% del livello, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

All'utilizzo dei servizi è stata applicata una correzione con un indicatore proxy del bisogno, applicato alla sola degenza ordinaria, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito al triennio 2008-2010.