

A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket);

A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA.

Alcune regioni sono caratterizzate da tariffe diverse rispetto a quelle di riferimento nazionale (ex decreto ministeriale 18 ottobre 2012), in quanto, ad esempio, alcune utilizzano la leva tariffaria per integrare il finanziamento alle aziende che in altre Regioni viene integrato attraverso le funzioni assistenziali, mentre quelle in Piano di rientro sono tenute al rispetto del tariffario massimo nazionale e talvolta adottano tariffe inferiori, è necessario rendere confrontabili tra loro Regioni che hanno comportamenti remunerativi diversi. A questo fine, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, ed in particolare le voci CE A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione e A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione, considerato che il ricavo contabilizzato nel CE è valorizzato con la tariffa regionale, è stato adottato il seguente criterio di normalizzazione:

in sede di prima applicazione, per l'anno 2016, si calcola il delta tariffario percentuale (tra il valore contabilizzato a CE consuntivo 2014 nelle voci A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione e A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione e il valore dei ricavi dalle prestazioni ospedaliere erogate durante l'anno 2014 desumibile dal flusso informativo SDO valorizzato a tariffe nazionali, definite tramite decreto ministeriale 18 ottobre 2012. Pertanto le percentuali di cui all'allegata tabella A esprimono, per ciascuna struttura, l'incidenza della differenza tra il valore dei ricavi da prestazioni ospedaliere contabilizzate a CE consuntivo 2014 e la valorizzazione a tariffe nazionali dei ricoveri ospedaliere desumibile dal flusso SDO 2014, rispetto ai ricavi da prestazioni ospedaliere contabilizzati nel CE.(1) Dall'anno 2017 verranno presi a riferimento i valori contabilizzati nei CE a consuntivo e il Ministero della Salute fornirà le percentuali di cui sopra, sulla base della Banca dati SDO ultima disponibile, al fine della determinazione dell'incidenza della maggiorazione tariffaria.

Il valore della normalizzazione dei ricavi per prestazioni di ricovero è quindi definito nel modo seguente:

Normalizzazione dei ricavi da ricovero = (A.4.A.1.1 Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione + A.4.A.3.1 Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione)* (delta tariffario percentuale da tabella A)».

I «nuovi» ricavi da prestazioni rideterminati al netto del delta tariffario sono quindi così determinati come somma algebrica di:

Ricavi da prestazioni_{new} = Ricavi da prestazioni- normalizzazione dei ricavi da ricovero

Si precisa inoltre che, qualora i ricavi da prestazioni ospedaliere, di pronto soccorso ed ambulatoriali contabilizzati nel CE alle voci A.4.A.1.1, A.4.A.1.2, A.4.A.3.1 e A.4.A.3.2 non fossero coerenti con il valore della casistica osservata nei flussi SDO, EMUR e Tessera Sanitaria a causa di eventuali anomale modalità di compilazione dei CE o altre cause, la Regione, in fase di individuazione delle proprie aziende, è tenuta ad effettuare rispettivamente la valorizzazione di tali ricavi sulla base dei flussi di ricovero (SDO), di pronto soccorso (EMUR)(2) e di attività ambulatoriale (Tessera Sanitaria) ad integrazione dei dati di CE.

1.1.3.2 Finanziamento per funzioni massimo ammissibile

L'art. 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni dispone che «il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato».

Pertanto, ne deriva che:

$$\begin{aligned} & \text{Finanziamento per funzioni massimo ammissibile} \\ & = x\% * (\text{Finanziamento per funzioni massimo ammissibile} \\ & + \text{Ricavi da prestazioni}_{new}) \end{aligned}$$

Da cui:

$$\text{Finanziamento per funzioni massimo ammissibile} = \left(\frac{x}{1-x} \right) * \text{Ricavi da prestazioni}_{new}$$

Dove: x rappresenta la percentuale massima del finanziamento per funzioni sul totale della remunerazione dell'attività, pari alla somma dei ricavi da prestazione e finanziamento per funzioni massimo ammissibile.

In sede di prima applicazione della norma, la percentuale massima del finanziamento per funzioni sul totale della remunerazione dell'attività è uguale per tutte le aziende oggetto della norma ed è pari al 30 %, il massimo consentito nel comma 1-bis dell'art. 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i..

1.3.3 Altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria

Gli altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria corrispondono alle seguenti voci di CE:

A.1.A.2) Contributi c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato

A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati

A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati

A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)

A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca

A.1.D) Contributi c/esercizio da privati

A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti

A.4.A.2) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici

A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)

A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati

A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia

A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi

(1) Il fattore correttivo è stato calcolato considerando lo stesso anno di riferimento per entrambe le fonti informative, tuttavia qualora nel 2015 la Regione abbia adottato un provvedimento in materia di remunerazione delle prestazioni sanitarie diverso da quello vigente nel 2014, il fattore correttivo dovrà essere modificato per tener conto della variazione intervenuta in materia di politica tariffaria regionale. In tal caso il fattore correttivo nuovo verrà determinato dal Ministero della Salute, a seguito della valutazione del provvedimento regionale che avverrà attraverso appositi incontri dedicati con il Ministero della Salute con le modalità previste nelle premesse del decreto.

(2) L'importo considerato dovrà corrispondere a quello rilevato nel flusso EMUR per i regimi di erogazione 1 e 2 (lordo - importo ticket da flusso)

