

DUR. N. 1462/02
MODIFICATA CON
DUR. N. 349/03

1762 20 DIC. 2002 (P)

OGGETTO : FINANZIAMENTO DEL LIVELLO ASSISTENZIALE OSPEDALIERO PER L'ANNO 2003. DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE DEI SOGGETTI EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessorato alla Sanità;

VISTO il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio delle libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti;

VISTA la Legge 662/96 che al comma 34 dell'art.1 definisce i criteri e gli indicatori che devono essere considerati al fine della determinazione della quota capitaria per il finanziamento dei livelli di assistenza;

PRESO ATTO del D.L.vo 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTO l'accordo Stato-Regioni 8.8.2001 con il quale è stato sancito l'impegno delle Regioni ad adottare le possibili iniziative per il contenimento della spesa sanitaria nell'ambito delle risorse disponibili e per la corretta ed efficace gestione dei Servizi Sanitari;

VISTA la D.G.R. n.2594 del 25.12.2000 riguardante il finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2001;

VISTA la D.G.R. n. 2047 del 21 12 2001 riguardante il finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2002 ;

TENUTO CONTO del DPCM del 29.11.2001 " Definizione di Livelli Essenziali di Assistenza";

VISTA la DGR 971/2002 relativa all'adeguamento a valere dal 1.1.2002 delle tariffe dei DRG pediatrici e neonatali;

VISTA la DGR 1026/2002 recante "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria nella Regione Lazio" che ridetermina le tariffe delle prestazioni di Day hospital chirurgico nella misura prevista dal D.M. 30.06.97 incrementata del 3%;

VISTA le DGR 864 del 28.6.2002 sulle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatezza;

RITENUTO

1. di definire per l'anno 2003 il finanziamento del livello di assistenza ospedaliera sulla base dei seguenti criteri:
 - accantonamento di una quota pari all'8% del Fondo Sanitario Regionale, da impiegare nelle azioni di riallocazione delle risorse in riferimento ai parametri fissati a livello nazionale per i tre macrolivelli di assistenza;

Stampa circolare con "REGIONE LAZIO" e "2002" e firma a mano.

1762 27.10.2002 (10)

- individuazione del fondo complessivo da destinare all'assistenza ospedaliera pari a € 3.016 milioni con un incremento rispetto al 2002 del 3,9% corrispondente all'incremento percentuale del Fondo Sanitario Regionale;

2. di destinare nell'ambito di tali risorse:

- € 266 milioni alle funzioni ospedaliere con un incremento di € 34 milioni in relazione all'esigenza di individuare e remunerare funzioni connesse a diversi livelli di complessità assistenziale;
- € 207 milioni alla costituzione di un fondo di riequilibrio destinato alle strutture pubbliche ed equiparate, con riferimento per quest'ultime agli accordi sottoscritti in merito con la Regione;
- € 362 milioni per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica

INDIVIDUATA quindi la residua quota di € 2.181 milioni destinata alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti in regime ordinario e di day hospital nei presidi pubblici e privati accreditati, con un incremento rispetto al 2002 del 3,9%, nonché per la remunerazione delle prestazioni in mobilità passiva.

CHE la quota è ripartita tra le ASL in base alla popolazione residente pesata in relazione ai consumi per classi di età prevedendo un correttivo riferito ai maggiori consumi registrati nella aziende rispetto al fondo assegnato (tabella 1);

PRESO ATTO dei dati di consumo di prestazioni ospedaliere disponibili per il 1° semestre 2002;

RITENUTO di confermare il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori per quanto riguarda sia la riduzione tariffaria connessa all'eventuale superamento della quota di finanziamento per ASL - individuando un fondo unico per le ASL della città di ROMA - sia il meccanismo di abbattimento differenziato per tipologie di prestazioni, rinviando la **descrizione dettagliata dei criteri di finanziamento e di abbattimento delle prestazioni ospedaliere ai documenti allegati 1,2,3 e 4** che formano parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO

- in particolare necessario specificare che la riclassificazione e conseguente diversa remunerazione delle prestazioni di ricovero ordinario per acuti erogate da ciascun soggetto erogatore pubblico e privato accreditato che superino nell'anno 2003 il valore soglia regionale di cui all'allegato 2 della DGR 864/2002, incidono direttamente nel valore complessivo della produzione dell'anno 2003;
- necessario altresì stabilire che i ricoveri ordinari non chirurgici di cui alla predetta DGR, riclassificati con tariffa pari a due accessi del corrispondente day hospital medico, rientrano tra i casi incomprimibili;

RITENUTO, inoltre, di approvare il sistema di remunerazione dell'emergenza come specificato nell'allegato 5 che forma parte integrante del presente provvedimento;

RILEVATO CHE

- il sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera, definendo il budget complessivo destinato alle strutture erogatrici presenti sul territorio regionale, individua anche i presidi pubblici di ASL quali soggetti produttori di prestazioni di ricovero, remunerati sulla base dell'attività prodotta al pari dei soggetti accreditati, in un regime di libera concorrenza tra pubblico e privato;

1762 2010. 2002 (P)

- obiettivo quindi dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle ASL è migliorare la produttività e l'efficienza delle loro strutture erogatrici al fine della ricerca dell'equilibrio economico e che il "fondo di riequilibrio" sarà correlato al grado di raggiungimento di tale obiettivo.

RILEVATA l'esigenza per la Regione di individuare quali obiettivi necessari al miglioramento dell'assistenza e alla razionalizzazione della spesa sanitaria:

- o la diminuzione del livello di inappropriatazza dei ricoveri per acuti dei propri residenti
- o la tendenziale stabilizzazione del valore della produzione con riferimento al livello di fabbisogno ospedaliero
- o l'introduzione del sistema contrattuale per la regolazione dei rapporti con i soggetti privati accreditati così come previsto dal D.lvo 229/99 e come già attuato nei confronti degli ospedali classificati e degli IRCCS privati;

RITENUTO pertanto opportuno, in via sperimentale per l'anno 2003, di:

- individuare un fondo unico per le case di cura private accreditate pari a € 253.000.000,00 corrispondente alla produzione dell'anno 2001 abbattuta per effetto della regressione tariffaria e maggiorata della percentuale di incremento del fondo dedicato all'assistenza ospedaliera degli anni 2002 e 2003;
- di applicare alla produzione dei soggetti partecipanti al fondo le stesse regole di abbattimento del sistema di remunerazione complessivo;

RITENUTO indispensabile, al fine di dare attuazione alla suddetta metodologia di budget specifico unico per le case di cura private accreditate :

- che i singoli soggetti erogatori sottoscrivano apposito accordo in tal senso entro il 30 gennaio 2003 e che le adesioni corrispondano complessivamente almeno al 75% del budget specifico;
- che dal fondo unico venga sottratta la quota parte relativa ai soggetti erogatori che non partecipano all'accordo;

RILEVATA altresì l'esigenza di procedere nell'anno 2003 alla revisione del sistema delle tariffe ospedaliere al fine di incentivare l'utilizzo della metodica e/o della modalità di erogazione più rispondente ai casi trattati;

RILEVATA la necessità di disporre tempestivamente delle informazioni relative ai ricoveri ospedalieri sia al fine di monitorare l'andamento dei consumi e della produzione sia al fine di effettuare in corso d'anno stime sulla spesa ospedaliera

RITENUTO pertanto di stabilire che:

- i dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera devono pervenire all'ASP nel caso di Aziende Ospedaliere, Policlinici universitari ed IRCCS, alla ASL di competenza nel caso di presidi a gestione diretta, ospedali classificati e case di cura accreditate e non, secondo le seguenti scadenze: I° trimestre entro il 20 aprile, II° trimestre entro il 20 luglio, III° trimestre entro il 20 ottobre, IV° trimestre entro il 20 gennaio, V° trimestre (dati residui o scartati nei precedenti controlli) entro il 20 febbraio;
- i dati validati dalle ASL devono pervenire all'ASP entro le seguenti scadenze: I° trimestre entro il 6 maggio, II° trimestre entro il 6 agosto, III° trimestre entro il 6 novembre, IV° trimestre entro il 6 febbraio, V° trimestre (dati residui o scartati nei precedenti controlli) entro il 6 marzo.

1762 20 DIC. 2002

RITENUTO

- di dover responsabilizzare i Direttori Generali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere sul rispetto delle scadenze prestabilite nella consegna sia dei dati relativi ai propri presidi che di quelli delle strutture accreditate insistenti sul proprio territorio, la cui mancata consegna all'ASP determina l'impossibilità per la Regione di monitorare l'andamento dei consumi e della produzione e di effettuare in corso d'anno stime sulla spesa ospedaliera
- di considerare tale adempimento quale ulteriore elemento di valutazione dei Direttori Generali nell'ambito della verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati;

RITENUTO di confermare per l'anno 2003 la remunerazione aggiuntiva di euro 18.076 per gli episodi di ricovero caratterizzati dal DRG 49 che rechino le indicazioni di cui alla DGR 713/2000;

All'unanimità

DELIBERA

1. di approvare il sistema di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2003 e il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati, così come descritti in premessa, nonché i criteri contenuti negli **allegati 1, 2, 3, 4 e 5** che formano parte integrante del presente provvedimento;
2. di approvare la allegata **tabella 1** riguardante le quote di finanziamento assegnate alle ASL per i ricoveri ospedalieri per acuti.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

Allegato 1
Sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti , di
riabilitazione post-acuzie, di lungodegenza medica per l'anno 2003

Sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti

Il fondo per l'assistenza ospedaliera per il 2003 è determinato in € 2.181 milioni con un incremento rispetto al 2002 del 3,9%.

Il fondo così individuato comprende il consumo complessivo di prestazioni, incluse quelle erogate in strutture accreditate di altre regioni.

Il fondo è ripartito tra le ASL con i seguenti criteri:

- quota di 2.026 milioni di euro assegnata in base alla popolazione residente pesata in relazione ai consumi per classe di età
- per sostenere il percorso di appropriatezza dell'ospedalizzazione è confermato il fondo "maggiori consumi" dell'ammontare di 155 milioni di euro, da ripartire tra le ASL in proporzione al superamento della propria quota di fondo.

Nel caso in cui la remunerazione dei ricoveri ospedalieri complessivamente erogati ai residenti nella regione superi i relativi fondi per ASL, inclusa la quota del fondo "maggiori consumi", sarà applicato un sistema di abbattimenti tariffari. Ai fini del sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, le ASL RM A, RM B, RM C, RM D, RM E (Roma città) costituiscono una unica entità, pertanto il sistema di abbattimenti tariffari si applica al superamento della somma dei rispettivi fondi.

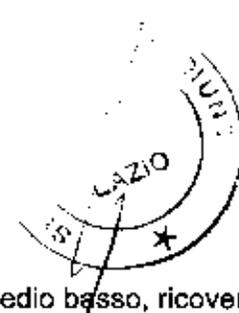
Il sistema di abbattimenti preserva determinati livelli di assistenza ospedaliera prevedendo la remunerazione integrale di alcune classi di ricovero ritenute "incomprimibili".

Sono incomprimibili e, quindi non subiscono abbattimenti tariffari, le seguenti tipologie di ricovero:

- ricoveri di alta specialità (trapianti, interventi di cardiocirurgia, ustioni e precisamente i DRG's: 1, 2, 75, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 302, 458, 472, 480, 481)
- i ricoveri di day hospital chirurgico
- i ricoveri di day hospital medici riclassificati a seguito dell'applicazione della DGR 864/2002
- ricoveri di pazienti in ospedali pediatrici e in reparti pediatrici;
- ricoveri in reparti di malattie infettive (cod. 24)
- ricoveri in reparti di medicina nucleare (cod.61)
- ricoveri in reparti di oncologia e radioterapia (cod.64, 66 e 70)
- i ricoveri relativi al parto (DRG 370, 371,372, 373, 374, 375)
- ricoveri in reparti psichiatrici

I rimanenti ricoveri sono suddivisi in quattro tipologie:

ricoveri di tipo chirurgico di peso medio alto, ricoveri di tipo chirurgico di peso medio basso, ricoveri di tipo medico di peso elevato e ricoveri di tipo medico di peso medio basso.



La distinzione tra le classi di peso medio alto e di peso medio basso è stabilita utilizzando come spartiacque la mediana della produzione 2003 individuata a consuntivo.

Il modello si applica, nel caso in cui la produzione 2003 per i ricoveri dei soli residenti sia eccedente rispetto al fondo disponibile per i residenti della ASL, nel modo seguente:

1. Al tetto di ASL vengono sottratti gli importi necessari per il finanziamento dei DRG's "incomprimibili" come sopra definiti, ai quali non si applica nessun abbattimento;
2. La quota restante viene abbattuta – per ogni ASL - in misura proporzionale al superamento del nuovo tetto;
3. L'abbattimento è applicato in misure differenziata in relazione alle classi individuate dalla mediana dei DRG chirurgici e dei DRG medici al fine di favorire il processo di deospedalizzazione della casistica meno complessa;
4. L'abbattimento delle classi dei DRG's di tipo medico medio basso è doppio dell'abbattimento della classe dei DRG's di tipo chirurgico medio basso e di tipo medico medio alto mentre per la classe di tipo chirurgico medio alto non è previsto alcun abbattimento

La misura dell'abbattimento, pertanto, è determinata a consuntivo, ed è proporzionale al superamento dei fondi di ASL destinati ai ricoveri.

La remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati si calcola a consuntivo.

La fatturazione delle prestazioni avverrà in acconto nella misura pari all'80% della produzione per i residenti nel Lazio e al 100% per i residenti fuori regione.

A consuntivo, calcolata l'esatta remunerazione, verrà definito il conguaglio positivo o negativo rispetto agli acconti fatturati.

I ricoveri relativi a non residenti nella regione non vengono abbattuti.

Sistema di finanziamento delle prestazioni di riabilitazione post-acuzie ospedaliera erogate in regime di degenza e di lungodegenza medica e di remunerazione dei soggetti erogatori

Per il finanziamento delle prestazioni di riabilitazione post-acuzie ospedaliera erogate in regime di degenza e di lungodegenza medica è costituito un fondo unico regionale di 362 milioni di euro, al superamento del quale il valore della produzione viene abbattuto in misura proporzionale al superamento dello stesso.

Le tariffe della **riabilitazione ospedaliera** sono le seguenti:

- prestazioni di *riabilitazione in assistenza intensiva*: tariffa di 413,17 euro per giornata di degenza
- prestazioni di *riabilitazione post acuzie* :
 - per le strutture in possesso dei requisiti stabiliti con la DGR 434/2001: 100% della tariffa ex DM 30.06.1997 incrementata del 3%
 - per le altre strutture: 80% della tariffa ex DM 30.06.1997 incrementata del 3%



Le tariffe della **lungodegenza medica** sono le seguenti:

- per gli IRCCS e le strutture erogatrici inserite, collegate o convenzionate con strutture di ricovero per acuti, 103% della tariffa ex DM 30.06.1997
- per le altre strutture 80% della tariffa ex DM 30.06.1997 incrementata del 3%

1
2

1

2005

Scadenze per la consegna dei dati relativi alle schede di dimissione

I dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera devono pervenire all'ASP, nel caso per Aziende ospedaliere, Policlinici universitari ed IRCCS, o alla ASL di competenza, nel caso di presidi a gestione diretta, ospedali classificati e case di cura accreditate e non, secondo le seguenti scadenze: I trimestre **entro il 20 aprile**, il II trimestre **entro il 20 luglio**, il III trimestre **entro il 20 ottobre**, il IV trimestre **entro il 20 gennaio**, il V trimestre (dati residui o scartati nei precedenti controlli) **entro il 20 febbraio**.

I dati validati dalle ASL devono pervenire all'ASP entro le seguenti scadenze: I trimestre entro il 6 maggio, il II trimestre entro il 6 agosto, il III trimestre entro il 6 novembre, il IV trimestre entro il 6 febbraio, il V trimestre (dati residui o scartati nei precedenti controlli) entro il 6 marzo;

I Direttori Generali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere sono responsabilizzati sul rispetto delle scadenze prestabilite nella consegna sia dei dati relativi ai propri presidi che di quelli delle strutture accreditate insistenti sul proprio territorio, la cui mancata consegna all'ASP determina l'impossibilità per la Regione di monitorare l'andamento dei consumi e della produzione e di effettuare in corso d'anno stime sulla spesa ospedaliera

Tale adempimento viene considerato un ulteriore elemento di valutazione dei Direttori Generali nell'ambito della verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati loro dalla Giunta Regionale

h

4

2002

Allegato 3

Integrazioni alla DGR 971/2002 "Definizione tariffe DRG pediatriche e neonatali" e articolazione della tariffa del DRG 323 "Calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni"

La DGR 971/2002 "Definizione tariffe DRG pediatriche e neonatali" è integrata con le seguenti indicazioni:

- gli incrementi tariffari sono determinati sulla base delle tariffe vigenti nella regione;
- la tariffa del DRG 003 "Craniotomia età < 18 anni", avente peso 3,8149, è incrementata del 20%;
- l'incremento tariffario non si applica al DRG 391 "neonato sano".

Ai ricoveri ordinari con degenza 0-1 giorno e a quelli in day hospital – indipendentemente dal numero di accessi - relativi al DRG 323 con presenza, tra le procedure diagnostiche-terapeutiche della scheda di dimissione ospedaliera, della litotripsia extracorporea (codice 98.51), viene riconosciuta una integrazione economica fino ad arrivare ad una tariffa pari a euro 1.032,00.

n

Rimodulazioni della remunerazione per incentivare il ricorso parto vaginale

Gli obiettivi economici del provvedimento mirano ad una redistribuzione delle risorse tesa a favorire il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza al parto.

L'intervento tariffario è indirizzato ai parti a basso rischio, poiché questi rappresentano la maggioranza dei parti e risultano più "suscettibili" ad interventi di modifica delle pratiche assistenziali, e ai parti vaginali dopo pregresso cesareo.

In base alle principali caratteristiche cliniche della gravidanza, sono stati identificati i parti a "basso rischio" come i casi in cui la scheda SDO non presenta fra le diagnosi principali o secondarie nessuna delle condizioni cliniche di seguito elencate.

1. Pregresso taglio cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio: 654.2
2. Posizione e presentazione anomala del feto: 652
3. Gravidanza protratta: 645
4. Minaccia o travaglio di parto precoce: 644
5. Sviluppo fetale insufficiente: 656.5
6. Sviluppo fetale eccessivo: 656.6
7. Gravidanza multipla: 651
8. Anomalia fetale conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre: 655
9. Perdita ematica antepartum, abruptio placentae e placenta previa: 641
10. Pre-eclampsia ed eclampsia: 642.4 642.5 642.6 642.7
11. Diabete mellito: 648.0
12. Polidramnios: 657
13. Oligoidramnios: 658.0
14. Infezione della cavità amniotica: 658.4

Il sistema di incentivazione/disincentivazione, basato sull'attività del singolo erogatore, viene definito secondo i seguenti criteri:

1. Parti a basso rischio :

- Incentivazione riferita al tasso di parti vaginali (DRG 372, 373, 374, 375)
 Ciascun erogatore viene catalogato in una delle seguenti classi:

classe	Proporzione parti vaginali sul totale dei parti ritenuti a basso rischio	Incentivo economico per i parti vaginali che si collocano nelle singole classi (euro)
1	< 83 %	-
2	83% - 87.9%	300
3	88% - 92.9%	450
4	≥ 93%	-

- Per gli erogatori della prima classe non è previsto alcun incentivo.
- Per gli erogatori che rientrano nella seconda classe l'incentivo di 300 euro è applicato solamente alla quota di parti vaginali oltre il limite dell'83 %.
- Per gli erogatori che si collocano nella terza classe si applica l'incentivo di 300 euro al 5% dei parti e l'incentivo di 450 alla quota di parti vaginali che eccede l'88%.
- Per gli erogatori che si collocano nella quarta classe si applica l'incentivo di 300 euro al 5% dei parti e l'incentivo di 450 ad un altro 5% dei parti; mentre non si applicano ulteriori incentivi per la quota di parti che eccede il 93 %.

- Disincentivazione riferita al tasso di parti con taglio cesareo (DRG 370, 371)
Ciascun erogatore viene catalogato in una delle seguenti classi:

classe	Proporzione parti cesarei sul totale dei parti ritenuti a basso rischio	Abbattimento economico per i parti con taglio cesareo (euro)
1	25% -30%	121
2	30% - 35%	170
3	≥ 35%	243

L'abbattimento sarà applicato agli erogatori per i quali la proporzione di parti con taglio cesareo sul totale dei parti ritenuti a basso rischio si collochi nella classi indicate.

- Per gli erogatori che rientrano nella prima classe si applica l'abbattimento di 121 euro per la quota di parti con taglio cesareo oltre il 25 % .

- Per gli erogatori che si collocano nella seconda classe si applica l'abbattimento di 121 euro al 5% dei parti e l'abbattimento di 170 euro alla quota di parti con taglio cesareo che eccede il 30 %.

- Per gli erogatori che si collocano nella terza classe si applica l'abbattimento di 121 euro al 5% dei parti, l'abbattimento di 450 euro ad un altro 5% dei parti e l'abbattimento di 243 euro alla quota di parti con taglio cesareo che eccede il 35 %.

2. Per i parti vaginali (DRG 372, 373, 374, 375) dopo pregresso cesareo si applica una remunerazione aggiuntiva pari al 50% della tariffa del DRG 372 "Parto vaginale con diagnosi complicanti".

Allegato 5

Sistema di remunerazione dell'emergenza

Nel corso del 1999 è stato attivato in tutte le strutture di P.S. operanti nella Regione, il Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (S.I.E.S.). Per il 2003 saranno considerate ai fini della remunerazione le sole prestazioni di P.S. la cui documentazione sia stata accettata dal S.I.E.S. in base alla normativa ed alle specifiche che ne regolano il funzionamento.

Per il 2003 accedono ad una remunerazione aggiuntiva rispetto a quella spettante per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero solo gli accessi in P.S. non seguiti da ricovero presso la stessa struttura, cui corrisponda almeno una prestazione.

In attesa della definizione di sistemi di classificazione più articolati, gli accessi in P.S. sono remunerati in base al "codice di triage" assegnato ai singoli pazienti, secondo le seguenti tariffe:

Triade	Tariffa per accesso (euro)
0 (giunto cadavere)	25,82
1 (rosso)	1032,91
2 (giallo)	309,87
3 (verde)	154,94
4 (bianco)	41,32
5 (non eseguito)	0

Ad integrazione della remunerazione tariffaria delle prestazioni di PS, è previsto per il mantenimento delle funzioni di emergenza un finanziamento aggiuntivo proporzionale al valore dei ricoveri per acuti.

Livello emergenza	Tetto finanziamento aggiuntivo (% remunerazione tariffaria attività per acuti)
DEA II	6
DEA I	3
PS	2

A consuntivo verrà verificato che il metodo di valorizzazione economica del sistema di emergenza e pronto soccorso sia remunerativo dei costi del personale addetto.

TABELLA 1

Importi in euro

ASL	Fondo 2003 al netto del fondo maggiori consumi	Consumo residenti Lazio nel Lazio	Alta mobilità passiva	Totale Consumi residenti Lazio	Alta stima abbattimento	% assorb. abb. per asl	Fondo maggiori consumi	Fondo 2003 per ricoveri	Abbattimento	Abbattimento medio
Roma A	215.557.290	216.954.507	16.639.873	233.594.380	18.037.090	3,3	5.089.707	220.626.997	12.967.383	6,0
Roma B	234.101.133	305.173.361	16.743.566	321.916.929	87.815.796	15,9	24.682.492	258.783.625	53.133.304	20,7
Roma C	223.077.931	251.308.267	15.544.125	266.852.392	43.774.461	7,9	12.303.741	235.381.672	31.470.720	12,5
Roma D	192.558.616	244.919.810	12.542.453	257.462.263	64.903.647	11,8	18.242.547	210.801.183	45.661.101	19,1
Roma E	201.604.178	259.267.814	12.746.661	272.014.475	70.410.287	12,8	19.790.307	221.394.485	50.619.990	19,5
Roma città	1.066.899.148	1.277.623.759	74.216.680	1.351.840.439	284.941.291	51,7	60.086.793	1.146.987.941	204.652.498	16,0
Roma F	81.082.949	113.282.205	5.895.975	119.178.180	36.095.331	6,9	10.707.501	91.790.350	27.987.830	24,2
Roma G	151.390.378	180.043.803	11.864.701	191.908.504	40.517.525	7,4	11.388.338	162.779.217	29.129.287	16,2
Roma H	168.018.607	208.763.448	10.902.316	217.065.764	51.047.157	9,3	14.347.885	180.366.493	36.699.271	17,7
Viterbo	121.426.429	116.631.812	28.101.015	144.732.827	23.306.388	4,2	6.550.758	127.977.187	16.755.641	14,4
Rieti	64.619.196	64.734.088	15.873.322	80.407.410	15.768.214	2,9	4.437.613	69.056.809	11.350.602	17,5
Latina	183.898.522	222.788.312	17.286.984	240.085.296	56.186.774	10,2	15.792.485	199.691.007	40.394.290	18,1
Frosinone	191.204.211	212.481.721	20.097.482	232.579.203	41.354.992	7,5	11.823.686	202.827.909	29.731.295	14,0
Totale	2.028.539.841	2.394.329.148	183.448.477	2.577.777.625	551.237.784	100	154.937.070	2.161.476.911	386.300.714	16,6

DEL 20/01/2004
 1762