



Roma: 23 MAR 1994 19

Ministero della Sanità

SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
LUNGOTEVERE RIPA, 1

Ai Presidenti delle Giunte Regionali e Provinciali

11/4/94

Agli Assessori alla sanità delle Regioni e Province autonome

Ai Commissari del Governo presso le Regioni e province autonome

LORO SEDI

Al Ministero del tesoro
R.G.S.-IGESPA - Div. XI
via XX Settembre - ROMA

N.° 100/SCPS/4. 4583

Proposta al Foglio del

N.°

<p>REGIONE EMILIA-ROMAGNA OGGETTO: DIPARTIMENTO</p> <p>- 1 APR. 1994</p> <p>Prot. N. 13983/SE/R</p>

Compensazione della mobilità sanitaria.

Il 3° comma dell'art. 12 del testo aggiornato del decreto legislativo 502/92, prevede che nel riparto del fondo sanitario tra le regioni e province autonome si tenga conto anche della mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome.

In applicazione della suddetta disposizione la Conferenza Stato regioni ha approvato un documento con il quale si indicano i principi per l'attuazione della compensazione della mobilità sanitaria.

L'anno 1994 sarà necessariamente un anno di transizione nel quale la proposta di riparto prevederà ancora la compensazione forfettaria in acconto come per gli anni passati, per consentire poi il definitivo addebito e accredito a ciascuna regione secondo le comunicazioni che perverranno al Ministero.

Si ritiene, pertanto, con la presente divulgare le procedure di rilevazione e di addebito cui si uniformeranno le regioni per consentire allo scrivente l'applicazione della norma.

1. Tipologia delle prestazioni.

Possono essere oggetto di compensazione, in linea generale, tutte le prestazioni assicurate alla singola persona dal Servizio Sanitario Nazionale. (cfr. "livelli di assistenza").

Nei rapporti tra regioni, ogni regione può decidere per quali prestazioni, tra quelle elencate al successivo punto 4, per le quali sono definite puntualmente modalità e corrispettivi, richiedere la compensazione, valutando autonomamente l'opportunità e la convenienza di conferire al proprio impianto di contabilizzazione un più o meno alto grado di completezza.

Sono comunque compensabili solo le prestazioni "certificate" a livello individuale: per ogni caso addebitato devono essere pertanto disponibili le informazioni fondamentali che permettano l'eventuale verifica in caso di contestazione, anche se contabilmente saranno fornite liste riassuntive.

Le informazioni riguardano gli elementi di identificazione dell'utente, della prestazione fruita e del servizio erogante: nome e cognome (salva la segretezza prevista da specifica normativa) e codice fiscale o codice individuale, data di nascita, sesso e luogo di residenza del paziente; la struttura, luogo, data e tipologia della avvenuta prestazione. Va anche indicata la posizione dell'assistito nei confronti del Servizio sanitario che convenzionalmente viene codificata con 1 per gli esenti totali (invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, grandi invalidi per servizio e invalidi civili al 100 per cento), con 2 per gli esenti per età, 3 per gli esenti per forme morbose o per categoria e 4 per i non esenti. Per quanto riguarda la residenza del soggetto, l'informazione da rilevare è il comune di residenza che permette ogni successiva aggregazione nonché la provincia ed il CAP.

La certificazione dell'avvenuta prestazione è assicurata dagli elementi informativi debitamente sottoscritti nei modelli utilizzati per la rilevazione ovvero può essere sufficiente fotocopia della impegnativa o prescrizione, dalla quale risultino gli stessi elementi, anch'essa firmata dal responsabile della struttura che ha erogato la prestazione; non possono essere compensate prestazioni non univocamente individuate.

2. Corrispettivi.

Le prestazioni sono distinte tra quelle fornite nelle strutture pubbliche o in quelle private convenzionate.

Per le prime si definisce in maniera convenzionale e provvisoria un corrispettivo unico valevole su tutto il territorio nazionale, che sarà sottoposto a verifica dopo che sarà entrato in vigore il decreto sui criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera da emanarsi ai sensi dell'art. 8 comma 6 del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, al solo fine della compensazione della mobilità, e che non costituisce,

quindi, alcun riferimento rispetto a tariffe o a costi reali di prestazioni determinati o da determinare.

Per le prestazioni effettuate presso le strutture private, il corrispettivo è pari alle tariffe stabilite in ogni regione dalle specifiche convenzioni stipulate. Tali tariffe saranno rese note annualmente da parte di ciascuna regione a tutte le altre e da queste alle proprie aziende sanitarie in modo da costituire una preventiva conoscenza delle tariffe che non potranno quindi essere oggetto di rivalutazioni a posteriori.

Per le prestazioni erogate a soggetti tenuti al versamento del ticket, la compensazione avviene sull'importo netto.

3. Procedure.

3.1. Le note di addebito.

Alla raccolta delle informazioni per la individuazione dei dati relativi ai cittadini provenienti da altre regioni, alle prestazioni fruite ed alla relativa valorizzazione, provvede ogni sigola azienda sanitaria che procederà alla redazione delle note di addebito raggruppate per regioni di provenienza individuate attraverso il comune di residenza

Le note di addebito vanno notificate tramite la rispettiva regione, che le consoliderà e provvederà al successivo inoltro alle regioni interessate ed al Ministero della Sanità per la compensazione.

3.2. La modulistica.

Al fine di uniformare il sistema di rilevazione e di addebito si ritiene di suggerire la utilizzazione delle schede allegate per l'acquisizione dei dati, salvo incompatibilità delle stesse con sistemi di raccolta dati già in atto, mentre per la comunicazione al Ministero l'utilizzo del relativo modello è obbligatorio.

Il primo modello relativo alle degenze permette di diversificare quelle per acuti dal day hospitale e lungodegenza barrando la apposita casella; per la identificazione dell'assistito non necessitano chiarimenti, mentre per individuare la prestazione deve essere indicato il nome della struttura o il codice ISTAT, il reparto, il numero della scheda nosologica di dimissione, il numero del DRG di riferimento e il corrispettivo relativo secondo l'allegato elenco; se la prestazione è presso una casa di cura convenzionata sarà indicata la retta giornaliera di degenza che moltiplicata per i giorni evidenziati sopra determina il totale complessivo.

Il secondo modello permette di individuare barrando le relative caselle le prestazioni di assistenza farmaceutica, di medicina di base, specialistica e termale; la identificazione dell'assistito è uguale all'altro modello. Nel caso di prestazione farmaceutica sarà indicata come struttura erogatrice la farmacia convenzionata, il numero della ricetta, la data ed il totale complessivo tralasciando gli altri elementi. Per la medicina di base sarà indicato come struttura erogatrice il sanitario convenzionato e come quantità il numero dei mesi per i quali si è fornita assistenza che moltiplicata per il corrispettivo unitario, pari all'importo convenzionato mensile, determina il totale complessivo; non si compila la prestazione effettuata il numero della ricetta e la data. Nel caso di prestazione specialistica si indica la struttura erogatrice e per individuare la prestazione si riporta il nome della stessa come nel d.m. 7.11.91 oppure il codice di branca ed il numero progressivo dell'elenco prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale allegato all'emanato decreto sui criteri generali per la fissazione delle tariffe; la quantità viene riportata solo per prestazioni multiple.

3.3. La frequenza.

La produzione delle singole note di addebito avrà frequenza trimestrale individuando nei 30 giorni successivi alla fine del trimestre la scadenza per l'invio delle note da parte delle aziende sanitarie alla propria regione e negli ulteriori 30 giorni il limite per il riepilogo e invio alle regioni e al Ministero.

I consolidamenti regionali devono comprendere gli addebiti per le prestazioni rese nel periodo trimestrale immediatamente precedente, più gli eventuali addebiti riferiti al trimestre ancora precedente per ritardi o omissioni; al fine di non procrastinare nel tempo la definizione dei rapporti non potranno essere presi in considerazione addebiti riferiti a periodi trimestrali ulteriormente antecedenti. Le contestazioni sono risolte bilateralmente entro il trimestre successivo, con eventuale lodo arbitrale presso il Ministero della sanità.

4. Prestazioni soggette a compensazione, requisiti e corrispettivi.

Per ogni prestazione oggetto di compensazione si individuano: a) il corrispettivo, b) le modalità di identificazione.

4.1. Ricette farmaceutiche.

a) corrispettivo: i prezzi secondo convenzione e legislazione vigente;

b) identificazione dei casi: la ricetta attualmente in vigore già prevede la segnalazione della provincia di residenza se fuori regione, e il codice individuale;

4.2. Medicina di base.

a) corrispettivo: quota capitaria secondo convenzione;

b) identificazione dei casi: lista degli assistiti residenti in altre regioni;

4.3. Specialistica ambulatoriale.

a) corrispettivo: tariffe previste dal D.M. 7.11.91 per le prestazioni ivi citate. Per le prestazioni erogate nel privato convenzionato si applicano le relative tariffe riconosciute nelle convenzioni mentre per quelle non previste nel citato D.M. si considera solo la risonanza magnetica nucleare compensata forfettariamente a £. 500.000 per prestazione;

b) identificazione dei casi: dati relativi al paziente, alla struttura e alla prestazione.

4.4. Ricoveri ospedalieri.

4.4.1. Ricoveri in strutture di degenza per acuti.

a) corrispettivi: per i ricoveri nelle strutture private convenzionate si applicano le tariffe previste nelle convenzioni (rette di degenza ed eventuali servizi aggiuntivi ad alto costo quando previsti); per i ricoveri nelle strutture pubbliche il corrispettivo è fissato provvisoriamente ed in attesa di verifica e revisione per ciascun ricovero, secondo l'appartenenza ad un raggruppamento diagnostico come da allegato.

b) identificazione dei casi: scheda di dimissione ospedaliera a contenuto standard di cui al D.M. 28.12.91 in uso su tutto il territorio nazionale dal gennaio 1993.

4.4.2. Ricovero in strutture per acuti in day hospital.

a) corrispettivi: per i ricoveri nelle strutture private si applicano le tariffe previste in convenzione mentre per le strutture pubbliche, in via sperimentale si indivi-

dua una tariffa unica di f. 300.000 per giornata di degenza.

b) identificazione dei casi: come per i ricoveri ospedalieri.

4.4.3. Ricovero in strutture per cronici o lungodegenti a valenza sanitaria.

a) corrispettivi: per i ricoveri nelle strutture private si applicano le tariffe previste in convenzione mentre per le strutture pubbliche (ex ospedali psichiatrici, istituti ex art. 26 della 833/78) si individua una tariffa unica di 150.000 al giorno.

b) identificazione dei casi: dati relativi al paziente e alla struttura.

4.5. Assistenza termale.

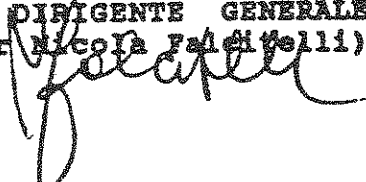
a) corrispettivi: tariffe secondo convenzione;

b) identificazione dei casi: dati relativi al paziente, alla struttura e alla prestazione.

4.6. Pronto soccorso e guardia turistica.

Tali prestazioni non vengono considerate poiché le prime sono ricomprese nei ricoveri mentre le seconde hanno scarsa rilevanza e presentano omogeneità di distribuzione sul territorio.

IL DIRIGENTE GENERALE
(dr. Nicola Falcioli)



MINISTERO DELLA SANITA'

Servizio Centrale Programmazione Sanitaria

REGIONE:

Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate nei confronti di cittadini di altre regioni nel trimestre 19... (milioni di lire)

Provenienza	Funzione	Farmaceutica	Medicina di base	Specialistica	termale	Ricoveri			T O T A L I
						Acuti	day hospital	lungodegenti	
PIEMONTE									
VALLE D'AOSTA									
LOMBARDIA									
P.A.BOLZANO									
P.A. TRENTO									
VENETO									
FRIULI									
LIGURIA									
EMILIA									
TOSCANA									
UMBRIA									
MARCHE									
LAZIO									
ABRUZZO									
MOJSE									
CAMPANIA									
PUGLIA									
BASILICATA									
CALABRIA									
SICILIA									
SARDEGNA									
Totale funzione									

Il funzionario responsabile

REGIONE o P. A. _____

Azienda: _____

nota di addebito alla regione o p.a.: _____ per la mobilità sanitaria del trimestre 19__

per attività: Ospedaliera day hospital lungodegenza o riabilitazione

**A
S
S
I
S
T
I
T
O**

Cognome e nome _____

codice _____ esenzione

data di nascita _____ sesso M F

via e città _____

provincia _____ C.A.P. _____

**P
R
E
S
T
A
Z
I
O
N
E**

ospedale o day h. _____

reparto _____

scheda nosologica n. _____

degenza da _____ a _____ giorni _____

DRG e correlative n. _____ e _____ o retta giornaliera convenzionata _____

totale complessivo €. _____

il funzionario responsabile

REGIONE o P. A. _____

Azienda: _____

nota di addebito alla regione o p.a.: _____ per la mobilità sanitaria del trimestre 19__

per Farmaceutica Medicina di base Specialistica Termale

**A
S
S
I
S
T
I
T
O**

Cognome e nome _____

codice _____ esenzione

data di nascita _____ sesso M F

via e città _____

provincia _____ C.A.P. _____

**P
R
E
S
T
A
Z
I
O
N
E**

struttura erogatrice _____

prestazione effettuata _____

numero ricetta _____

data della prestazione _____ quantità _____

correlativo unitario €. _____

totale complessivo €. _____

il funzionario responsabile