



Regione Lombardia

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità
U.O. Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche
di appropriatezza e controllo

Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

tel 02 6765 3061
fax 02 3936097

www.regione.lombardia.it

Data 24 FEB. 2012

Protocollo

HA. 2012. 0006742
6242

Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Locali
delle Aziende Ospedaliere
delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico

Al Direttore Generale
dell'IRCCS di diritto pubblico INRCA

Via email

Ai Legali Rappresentanti
degli IRCCS di diritto privato
degli Ospedali Religiosi Classificati
delle Case di Cura private accreditate

Oggetto: Comunicazione ai cittadini del valore di rimborso delle prestazioni

Riferimenti

Le regole di sistema 2012 hanno previsto che i cittadini siano informati, a partire dal 1° marzo 2012, sui costi che il Servizio Sanitario Regionale sostiene per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale di cui hanno usufruito.

Come fare?

I costi del sistema sono i rimborsi corrisposti alle strutture e quindi sono questi i valori da comunicare ai cittadini. È infatti inopportuno che ogni struttura cerchi di stimare i propri costi di produzione con l'esito di avere una grande eterogeneità di informazioni, poco verificabili, fornite ai cittadini con il risultato di generare confusione.

Ricovero

Per i ricoveri, con l'obiettivo di avere delle informazioni univoche date ai cittadini su tutto il territorio regionale, la DG Sanità fornisce alle Asl ed ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati un file nel quale per gli interventi e per le diagnosi principali vengono specificati i valori medi dei rimborsi corrisposti nel 2011, anno nel quale vigevano tariffe uguali a quelle del 2012.
In fase di implementazione di questa nuova attività si dispone che vengano notificati i rimborsi medi solo per le diagnosi, gli interventi e le classi di ricovero che si trovano nel foglio denominato ricovero della cartella excel allegata.

Costruzione e contenuti del file allegato

Il DRG non è quasi mai calcolabile al momento della dimissione. Al momento della dimissione sono altresì disponibili per i ricoveri chirurgici gli interventi principali effettuati e per i ricoveri non chirurgici le diagnosi principali trattate a livello diagnostico e/o terapeutico.

Le elaborazioni effettuate dalla DG Sanità sulle SDO del 2011 hanno raggruppato le attività di ricovero nel modo seguente **(vedi foglio denominato ricovero della cartella excel allegata che permette di effettuare delle selezioni ma che non deve essere aggiornato [non effettuare comando aggiornamento del report])**:

- per i casi chirurgici (affidenti ad un DRG chirurgico), per le procedure che il GROUPER considera principali (MPR);
- per i casi non chirurgici (affidenti ad un DRG non chirurgico), per le diagnosi principali (prima diagnosi segnalata sulla SDO).

Un ulteriore raggruppamento è stato effettuato secondo le principali tipologie di ricovero, caratterizzate da diversi profili tariffari, di seguito esposte:

Classe	Descrizione
DD	Acuti; Degenza Ordinaria 2gg; MoDim <> "3","4"; DRG non Chirurgico con Soglia >10gg;
DH	Acuti; Day Hospital
DO	Acuti; Degenza Ordinaria
RG	Riabilitazione Generale e Geriatrica; Rep. "60"
RM	Riabilitazione di Mantenimento; Rep. "98"
RS	Riab. Spec.; Rep. "56", "75", "28"
ZU	Acuti; Degenza Ordinaria; Ricoveri 0-1gg

Considerando poi che i medesimi interventi principali e le medesime diagnosi possono essere classificati in DRG complicati e non complicati e che in Regione Lombardia dal 2008 vige per questo tipo di DRG (coppie complicato e non complicato) un sistema di tariffazione che prevede la tariffa complicata solo al di sopra di una determinata soglia di degenza, un ulteriore raggruppamento è stato effettuato suddividendo i record in CC (complicati) ed in NC (non complicati) e quindi classificando l'intervento o la diagnosi in un DRG complicato quando il ricovero dura più di una determinata soglia di degenza o in un DRG non complicato quando il ricovero dura meno della predetta soglia. Nei casi in cui al medesimo intervento o alla medesima diagnosi possono corrispondere sia la tariffa non complicata che la tariffa complicata, nel file allegato vengono esposte le due degenze di riferimento per definire il rimborso medio da comunicare al paziente.

In sintesi, la procedura da seguire utilizzando il file allegato è la seguente:

1. selezione della classe di ricovero (CP, DD, DH, DO ecc.) dal menù del filtro posto in corrispondenza della voce "CLASSE";
2. selezione del tipo di ricovero (C, chirurgico o M, medico) dal menù del filtro posto in corrispondenza della voce "TIPO";
3. individuazione della diagnosi principale di dimissione (tipo M) o della procedura principale eseguita (tipo C) a livello della colonna "etichette di riga";
4. individuazione del valore di degenza media (colonna "deg_media") entro il quale ricade il ricovero di proprio interesse;

5. individuazione tariffa "cc" o "nc" di proprio interesse (colonna "media_valore") come da attribuzione di cui alla degenza media.

Specialistica ambulatoriale

Vengono comunicati ai cittadini esenti e non esenti i rimborsi corrisposti alle strutture dettagliando separatamente il ticket tradizionale ed il superticket nazionale.

In fase di implementazione di questa nuova attività si dispone che vengano notificati i rimborsi medi solo per impegnative che contengono almeno una delle prestazioni elencate nel foglio denominato ambulatoriale della cartella excel allegata.

Contenuti della comunicazione che deve essere utilizzata come spiegazione del valore del rimborso:

Ricovero:

Egregia Signora/e, il valore di seguito esposto, espresso in euro, rappresenta il rimborso corrisposto mediamente agli ospedali della Lombardia per il costo sostenuto per tipologie di attività e di prestazioni simili a quelle da Lei usufruite nel corso del Suo ricovero.

Ambulatoriale:

Egregia Signora/e, di seguito trova esposto il valore complessivo del rimborso corrisposto alle strutture ambulatoriali della Lombardia per il costo sostenuto per tipologie di attività e di prestazioni simili a quelle da Lei usufruite, che risulta costituito dalle seguenti voci:

- a. La quota di ticket da lei eventualmente pagata.
- b. La quota di eventuale ulteriore partecipazione alla spesa da lei pagata (quota fissa per ricetta) stabilita dalla Legge Nazionale n. 111/2011.
- c. La quota eventualmente riconosciuta dal Servizio Sanitario Regionale alla struttura ambulatoriale a saldo / completamento di quanto da lei eventualmente già corrisposto come ticket.

Le ASL sono pregate di comunicare tempestivamente la nota ed il file allegato a tutti i soggetti interessati dalla presente disposizione ubicati sul proprio territorio di competenza e non presenti in indirizzo.

Cordiali Saluti

Il Direttore Generale
Carlo Lucchina



Allegato: file excel