



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL

PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO

(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

DECRETO n.15 del 19/03/2010

Oggetto: Recepimento dell'Accordo di confine tra Regione Campania e Regione Molise-

PREMESSO

- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale campano ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in diciotto punti, tenendo conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ed il tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

VISTI

- il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 approvato dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano con Rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009;
- l'Articolo 19 del richiamato Patto per la Salute 2010-2012, rubricato "*Mobilità interregionale*", secondo cui: "*Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano entro tre mesi dalla approvazione della presente Intesa adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria*";

CONSIDERATO che

- la mobilità sanitaria interregionale influisce significativamente sui bilanci delle Regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro, attraverso:
 - a) valori di scambio molto elevati che possono non essere adeguatamente programmabili (vedi tabella 1);
 - b) un saldo differenziale tra le tariffe riconosciute alle strutture private e le tariffe "incassate" con la TUC dalla Regione in cui le stesse insistono;



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL

PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO

(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

- c) un incremento progressivo dei valori addebitati dalle strutture private che spesso considerano extrabudget la produzione per i residenti fuori regione;
 - d) l'erogazione di prestazioni ad elevato rischio di inappropriatazza che - proprio perché coperte economicamente da altre Regioni - potrebbero sfuggire a controlli meno accurati;
- la mobilità sanitaria della Campania nei confronti delle altre regioni è caratterizzata da un saldo medio annuo negativo per circa trecento milioni di euro;

RITENUTO

- pertanto, necessaria la predisposizione di strumenti che consentano di programmare e regolamentare i fenomeni scambiati in mobilità, facendoli rientrare tra gli eventi programmabili in termini economici e governabili quanto ad appropriatezza;
- procedere alla stipula di Accordi di confine contenenti la programmazione delle attività previste in mobilità nell'anno di riferimento e che, favorendo il libero accesso alle prestazioni di alta complessità, definiscano:
 - a) i volumi programmati di ricoveri o di giornate di degenza;
 - b) le tariffe;
 - c) l'abbattimento previsto una volta superato il volume programmato;
 - d) il tetto massimo di ricoveri, superato il quale non verrà riconosciuto alcun valore;
 - e) il tetto massimo per l'attività ambulatoriale con particolare riferimento a quelle che comportano scambi di maggiore rilevanza economica;
 - f) tetti di attività per le strutture con rilevanti volumi di attività in mobilità attiva, ai sensi del punto d) del citato art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012, *“individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda”*;

VISTI

- l'Accordo tra la Regione Campania e la Regione Molise per la regolamentazione generale e la programmazione economica della Mobilità Sanitaria Interregionale sottoscritto a Roma il 23 dicembre 2009 presso la sede dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) dai rispettivi Sub Commissari governativi, Dr. Giuseppe Zuccatelli e Dr. Isabella Mastrobuono, che si allega al presente (Allegato n. 1);
- il Piano delle prestazioni, la Tabella delle Attività, la Tabella sul Controllo esterno su assistenza ospedaliera redatti ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo per disciplinare l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per l'anno 2010 (allegati n. 2, n. 3, n. 4);

RITENUTO

di recepire il citato Accordo di confine tra Regione Campania e Regione Molise, in quanto finalizzato:



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

- al governo della mobilità sanitaria;
- al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
- alla razionalizzazione della spesa;
- alla riduzione del disavanzo della Regione Campania per la mobilità sanitaria interregionale;

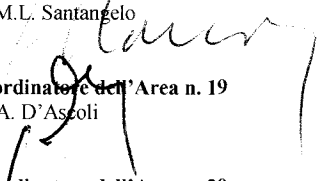
DECRETA

1. di recepire, per le motivazioni espresse in premessa, l'«*Accordo di Confine tra Regione Campania e Regione Molise*» sottoscritto a Roma il 23 dicembre 2009 presso la sede dell' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), riportato nell'allegato n. 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nonché il Piano delle prestazioni, la Tabella delle Attività, la Tabella sul Controllo esterno su assistenza ospedaliera redatti ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo per disciplinare l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per l'anno 2010 (allegati n. 2, n. 3, n. 4);

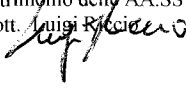
2. di incaricare il Settore Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente provvedimento e dell'invio al BURC per la pubblicazione.


Il Sub Commissario Governativo
Dott. G. Zuccarelli

L'Assessore alla Sanità
Prof. M.L. Santangelo


Il Coordinatore dell'Area n. 19
Dott. A. D'Ascoli


Il Coordinatore dell'Area n. 20
Dott. M. Vaseo

Il Dirigente del Servizio
Compensazione della mobilità
sanitaria intra ed extraregionale.
Patrimonio delle AA.SS
Dott. Luigi Ricciardi


Il Commissario ad acta
Antonio Bassolino



ACCORDO DI CONFINE TRA REGIONE CAMPANIA E REGIONE MOLISE

1. Inquadramento generale degli Accordi di confine

La mobilità sanitaria interregionale influisce significativamente sui bilanci delle Regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro. Tale influenza si esprime in diversi modi:

- a) attraverso valori di scambio molto elevati che possono non essere adeguatamente programmabili;
- b) attraverso un saldo differenziale tra le tariffe riconosciute alle strutture private e le tariffe "incassate" con la TUC dalla Regione in cui le stesse insistono;
- c) mediante un incremento progressivo dei valori addebitati dalle strutture private che spesso considerano extrabudget la produzione per i residenti fuori regione;
- d) attraverso l'erogazione di prestazioni ad elevato rischio di inappropriately che - proprio perché coperte economicamente da altre Regioni - potrebbero sfuggire a controlli meno accurati.

Questo insieme di considerazioni spinge verso la predisposizione di strumenti che consentano di programmare e regolamentare i fenomeni scambiati in mobilità, facendoli rientrare tra gli eventi programmabili in termini economici e governabili quanto ad appropriatezza.

Il recente Patto della Salute, di seguito ripreso, prevede la stipula di tali Accordi entro tre mesi dalla sottoscrizione dello stesso.

2. Il contenuto dell'Accordo di confine.

In primo luogo, l'Accordo di confine deve contenere una programmazione delle attività previste in mobilità nell'anno di riferimento. A questo scopo è utile includere tra i fenomeni da regolamentare sia l'attività di ricovero che quella ambulatoriale.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, verrà proposto l'utilizzo di un piano di attività disaggregato per macrocategorie e, all'interno di queste, per alcune categorie più analitiche.

Per ciascuna di esse, verranno previsti:

- a) i volumi programmati di ricovero o di giornate di degenza;
- b) la tariffa;
- c) l'abbattimento previsto una volta superato il volume programmato;
- d) il tetto massimo di ricoveri, superato il quale non verrà riconosciuto alcun valore.

Ovviamente, per alcune categorie di ricoveri si prevederà l'assenza di tetti (alta specialità), mentre per altre, i tetti potranno essere pari ai volumi di attività scambiati nel triennio precedente o ridotti, rispetto a questi, in funzione del rischio di inappropriately a carico di quella specifica categoria di ricoveri (nel caso dei ricoveri ordinari, per i DRG medici dei LEA potranno essere previsti valori programmati in drastica riduzione).

Su questa base, l'Accordo prevederà un piano di attività "da scambiare" per ciascuna delle due Regioni.

L'Accordo dovrà includere, in ordine alle attività di ricovero, un elenco dei fenomeni considerati a rischio di inappropriately, accompagnato dagli indicatori di monitoraggio ed agli strumenti di verifica proposti.

Dato quanto premesso e visto l'art. 19 dell'Intesa Stato Regioni del 3.12.2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che prevede la stipula di accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria

la REGIONE CAMPANIA

nella persona del Sub Commissario governativo per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, dott. Giuseppe Zuccatelli

e

la REGIONE MOLISE

nella persona del Sub Commissario governativo per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, dott. Isabella Mastrobuono

convengono e stipulano il presente

Accordo
per la regolamentazione generale e la programmazione economica
della Mobilità Sanitaria Interregionale

Articolo 1

Finalità

Il presente accordo stabilisce, per il triennio 2010 - 2012, i criteri di regolazione generale e di programmazione economica della mobilità sanitaria fra le Regioni Campania e Molise, relativamente:

- alle prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che diurna,
- alle prestazioni di specialistica,

effettuate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate.



Oggetto dell'accordo

Art. 2 Piano delle prestazioni per le attività di ricovero

L'attività di ricovero è disciplinata annualmente da Piani di attività definiti entro il 30 novembre dell'anno precedente. Per il 2010 il Piano verrà predisposto e comunicato alle strutture entro il 31.01.2010.

L'attività di ricovero sarà disaggregata per macrocategorie e, all'interno di queste, per alcune categorie più analitiche.

Per ciascuna di esse verranno previsti:

- a) i volumi programmati di ricovero o di giornata di degenza;
- b) la tariffa;
- c) l'abbattimento previsto una volta superato il volume programmato;
- d) il tetto massimo di ricoveri, superato il quale non verrà riconosciuto alcun valore.

Per i DRG e le discipline riabilitative qualificate di alta specialità verrà favorita la libera circolazione dei pazienti.

Art. 3 Limite programmato di spesa 2010 per ricoveri

Sulla base delle analisi condotte sui dati di mobilità 2008 si fissa una riduzione attesa rispetto a tale anno dei volumi economici scambiati di mobilità per i ricoveri pari al 20%, tenuto conto dei criteri di appropriatezza e congruità delle tariffe. Tale percentuale non si applica all'alta specialità.

Art. 4 Limite programmato di spesa per specialistica ambulatoriale

Verrà annualmente definita l'entità della riduzione attesa nei volumi di spesa scambiati per la specialistica ambulatoriale. Per il 2010 essa tale riduzione viene fissata nel 20% con l'esclusione della PET e della radioterapia.

Art. 5 Tetti di attività per specifiche strutture

Sulla base del punto d) del citato art. 19 del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, le due Regioni condivideranno la definizione dei tetti di attività in mobilità per le strutture con volumi di attività in mobilità attiva superiore a ottocentomila euro.

Art. 6 Attività erogata nell'anno 2009

L'intera attività scambiata tra le due Regioni relativa all'anno 2009 sarà sottoposti alle verifiche di appropriatezza con l'applicazione degli indicatori che saranno definiti dal Comitato di cui all'art. 7.



Art. 7 Soggetto preposto al coordinamento

Le parti si impegnano a costituire, entro un mese dalla sottoscrizione del presente Accordo, un comitato di coordinamento per la sua attuazione e verifica.

Il Comitato, presieduto con cadenza annuale da un Dirigente regionale, alternativamente delle due Regioni, è composto da:

- il Responsabile della mobilità sanitaria interregionale della Regione Campania;
- il Responsabile del Servizio ispettivo della Regione Molise;
- un delegato dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Campania;
- il Responsabile della mobilità sanitaria interregionale della Regione Molise

Art. 8 Monitoraggio, controlli e verifiche

Il Comitato di cui all'articolo 7 è deputato alle azioni di monitoraggio, controllo, verifica e valutazione dell'attuazione del presente Accordo.

Le attività di monitoraggio, controllo, verifica e valutazione di attuazione, saranno effettuate secondo le modalità che saranno definite da un apposito regolamento di attuazione redatto dal Comitato stesso.

Il Comitato predisporrà annualmente una Relazione tecnica illustrante il risultato del piano di lavoro dell'anno precedente e il piano di lavoro per l'anno successivo.

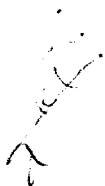
Art. 9 Modificazione e integrazioni dell'accordo

Qualunque integrazione o modificazione all'oggetto o ai contenuti del presente protocollo d'intesa è proposta dal Comitato di Coordinamento di cui al precedente art. 5 e approvata tramite sottoscrizione degli Assessori alla Sanità delle due regioni.

Art. 10 Durata dell'accordo

Il presente accordo è valido dalla data di stipula fino a tutto l'anno 2012.

Roma, 23 dicembre 2009



la REGIONE CAMPANIA

nella persona del Sub Commissario governativo per l'attuazione del piano di rientro dal
disavanzo sanitario, dott. Giuseppe Zuccatelli

e

la REGIONE MOLISE

nella persona del Sub Commissario governativo per l'attuazione del piano di rientro dal
disavanzo sanitario, dott. Mastrobuono

Regione Molise

Sub Commissario governativo

(Dr. Isabella MASTROBUONO)



Regione Campania

Sub Commissario governativo

(Dr. Giuseppe ZUCCATELLI)



Il presente accordo è stato redatto presso l'AGENAS da un gruppo di lavoro costituito da:
Claudio Maffei, esperto designato da AGENAS;
Michele Antonelli, dirigente della Regione Molise;
Luigi Riccio, dirigente della Regione Campania;
Sergio Lodato, dirigente dell'ARSAN Campania.

**Piano delle prestazioni 2010 ex art. 2
dell'Accordo di confine Campania – Molise**

Il piano delle prestazioni 2010 prevede che gli scambi vengano regolamentati dalla tabella allegata che prevede per ogni classe di ricoveri un tetto di riferimento (colonna E) superato il quale viene previsto un abbattimento percentuale della tariffa (colonna G) fino ad un tetto massimo (colonna H) superato il quale i ricoveri non vengono più riconosciuti nemmeno con una scala sconti.

Il piano delle prestazioni prevede inoltre che:

- 1) i ricoveri DRG (R.O. e DH/DS) per acuti ed MDC (riabilitazione) siano erogati nel rispetto delle normative vigenti;
- 2) siano verificate i requisiti medico-formali delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale, che vanno tariffate in conformità al nomenclatore del DM n. 22.07.1996 "Decreto Bindi", nonché, per le prestazioni aggiuntive, ai rispettivi nomenclatori regionali;
- 3) le Regioni si impegnino a sensibilizzare le strutture sanitarie ad una migliore accuratezza nell'acquisizione e nella trascrizione dei dati anagrafici dei pazienti;
- 4) l'iniezione intravitale di farmaci venga, possibilmente, trasferita a livello ambulatoriale, e, comunque, venga remunerata per un valore massimo di 280 euro più il costo del farmaco (ex factory) da addebitare con il file F;
- 5) i trattamenti chemioterapici vengano eseguiti in almeno il 70% dei casi a livello di day hospital (DRG 410) e/o in regime ambulatoriale. Nell'ipotesi in cui siano somministrati farmaci ad alto costo, di cui all'elenco contenuto nel T.U. *Compensazione della mobilità sanitaria interregionale*, i DH saranno remunerati con la tariffa equa omnicomprensiva di € 1.500. Ciascuna Regione vigilerà affinché vi sia un'effettiva diversificazione dei farmaci ad alto costo somministrati;
- 6) gli interventi di legatura e stripping di vene vengano sempre valorizzati con la tariffa TUC del DRG 119, indipendentemente dall'utilizzo della tecnica laser e conseguente codifica che porta ad altro DRG di maggior valore;
- 7) un sistema di controlli che, ad integrazione di quelli già previsti dalle normative vigenti (nota Ministero Sanità n. 100/SCPS/96; DM 380/2000; Linee Guida Ministero Sanità paragrafo 6 GU n. 150/1995; Testo Unico della Mobilità Sanitaria; nonché, per i controlli a carico della Regione Molise, il Decreto del Commissario ad acta n. 3 del 01.02.2010 e, in particolare, la tabella 6 ministeriale, che viene allegato al presente Piano), analizzi la seguente fenomenologia opportunistica:

- a) DRG di alta complessità TUC con frequenza elevata di degenza breve e/o ricoveri ripetuti;
 - b) tasso di occupazione dei posti letto in rapporto al numero di questi autorizzati ed accreditati;
 - c) il verificarsi di ricoveri per DRG medici prima e dopo un ricovero per intervento chirurgico;
 - d) ricoveri brevi; anomali; eccedenti; ripetuti; complicati; incoerenti; trasferimenti inappropriati;
 - e) il rispetto, per i 108 DRG a rischio di inappropriatezza, dei clusters DH/DS e Day Service APAc(Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali chirurgiche) - PACd (Pacchetto Ambulatoriale Complesso diagnostico);
- 8) Ai sensi dell'art. 5 dell'Accordo, vengono definiti i seguenti i seguenti tetti massimi di attività complessivi in aggiunta a quelli specifici del piano delle prestazioni allegato:
per strutture ubicate in Molise:
 ad alta specialità:
 - I.R.C.C.S. Neuromed cod. 140/911;
 - USCS Università Cattolica cod. 140/009;
 case di cura accreditate:
 - Casa di cura Villa Maria cod 140/004;
 - Casa di cura Villa Ester cod 140/005;
 - IGEA Medica (riabilitazione) cod. 140/010;
 Il volume di attività realizzato verso residenti in Campania nel 2008 è abbattuto del 10%, fatto salvo le prestazioni di alta complessità TUC;
- per strutture ubicate in Campania:
 le strutture pubbliche
 - OSP. S. CUORE DI GESU' FATEBENEFRATELLI cod. 150003200
 - IRCCS Fondazione Pascale cod. 150910;
 le case di cura accreditate
 - Casa di cura GE.P.O.S. SRL cod. 15003300;
 - Casa di cura Montevergine cod. 150148
 - Casa di cura Villa dei Platani cod. 150149;
 Volume di attività realizzato verso residenti in Molise nel 2008, abbattuto del 10%, fatto salvo le prestazioni di alta complessità TUC;
- 9) Oltre alle prestazioni di alta complessità, non sono soggette ai tetti massimi di attività gli scambi aventi ad oggetto le prestazioni rendicontate a parte (radiochirurgia stereotassica erogata dal centro di Acropoli e video-elettro-encefalografia -V.E.E.G.- ed impianto di Grids per epilessia -S.E.E.G. resa dall'IRCCS Neuromed di Pozzilli;)
- 10) Medicina specialistica ambulatoriale (file C) e prestazioni rendicontate negli altri file.
 La Regione Campania chiede alla Regione Molise di vigilare affinché siano assicurati rispetto dei principi di appropriatezza clinica delle prestazioni e di congruità delle tariffe, nonché che si predispongano budget di attività, segnatamente, per le prestazioni di chirurgia oftalmologica e di diagnostica oculistica rese dai centri ambulatoriali privati

accreditati insistenti nella regione Molise che erogano prestazioni per cittadini residenti in Campania.

La Regione Molise chiede alla Regione Campania un maggior controllo per le prestazioni di cure termali (File E).

11) il Comitato di Coordinamento per l'attuazione e la verifica del presente Accordo di confine (art. 7 dell'Accordo) è composto da:

- il Responsabile della mobilità sanitaria interregionale della Regione Campania, dott. Luigi Riccio;
- il Responsabile del Servizio ispettivo, nonché Responsabile della mobilità sanitaria interregionale della Regione Molise dott. Michele Antonelli;
- il delegato dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Campania, dott. Sergio Lodato;
- Per l'anno 2010 il Comitato è presieduto dal dott. Luigi Riccio.

12) Entro il 30.06.2010, i dirigenti regionali preposti verificheranno l'adeguatezza e la congruità tariffaria di:

Regione Molise: DRG - Nuovo sistema tariffario ad hoc "similituc";

Medicina Specialistica Ambulatoriale: stesura Nomenclatore regionale;

Sistema di tariffazione dei Service Ambulatoriali.

Regione Campania: DRG - Nuovo sistema tariffario ad hoc "similituc".

I risultati di tali attività saranno concordati e trasmessi da ciascuna Regione all'altra.

13) I controlli sulle prestazioni erogate da strutture sanitarie di una regione a residenti dell'altra, verranno effettuati anche in modo incrociato tra gli organi ispettivi delle due Regioni con l'eventuale partecipazione di un esperto designato dall'AGENAS.

14) Eventuali integrazioni e/o rettifiche saranno effettuate nel corso dell'anno, sulla base del monitoraggio delle prestazioni e del calcolo degli indicatori.

I dirigenti estensori:

Regione Molise - Dr. Michele Antonelli

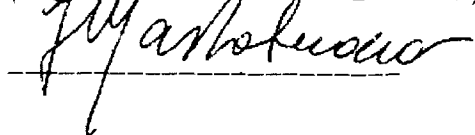
Regione Campania Dr. Luigi Riccio

Napoli, 11 febbraio 2010

Regione Molise

Sub Commissario governativo

(Dr. Isabella MASTROBUONO)



Regione Campania

Sub Commissario governativo

(Dr. Giuseppe ZUCCATELLI)



Piano di attività 2010 - Prestazioni di assistenza ospedaliera - Accordo di confine Campania/Molise

A	B	C	D	E	F	G	H	I
Classi di DRG	Tipologia	Regime di ricovero	Ulteriori specifiche	VOLUME DI RIFERIMENTO NUMERO RICOVERI/NUMERO GIORNATE	TARIFFA	ABBATTIMENTO TARIFFA PER ECCEDENTI	TETTO MASSIMO	NOTE
ALTA SPECIALITA' TUC 2009				nessun tetto	TUC vigente			
DRG, potenzialmente inappropriati Patto per la Salute 2010 - 2012	CHIRURGICI OCULISTICI	Ordinari		n. ricoveri 2008 - 80%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
		DS		n. ricoveri 2008 - 60%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
	MEDICI OCULISTICI	Ordinari		n. ricoveri 2008 - 70%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	Complessivamente ricoveri ordinari e DH devono ridursi del 20%
		DH		n. ricoveri 2008 - 50%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
	ALTRI CHIRURGICI	Ordinari		n. ricoveri 2008 - 30%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
		DS		n. ricoveri 2008 - 30%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
		Ordinari		n. ricoveri 2008 - 10%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
	MEDICI	DH	Con 1 accesso	n. accessi 2008 - 10%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
			Con 2 o più accessi	n. accessi 2008 - 40%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
	CHIRURGICI	Ordinari		n. ricoveri 2008 - 10%	TUC vigente	15%	n. ricoveri 2008	
RESTANTI		DS		n. ricoveri 2008 - 10%	TUC vigente	15%	n. ricoveri 2008	
		Ordinari	DRG 410	vedi testo	TUC vigente			
			Altri	n. ricoveri 2008 - 10%	TUC vigente	15%	n. ricoveri 2008	
	MEDICI	Ordinari	DRG 410	vedi testo	TUC vigente			
		DH	Altri con 1 accesso	n. accessi 2008 - 10%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
			Altri con 2 o più accessi	n. accessi 2008 - 40%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	
				nessun tetto	TUC vigente			
				nessun tetto	TUC vigente			
LUNGO DEGENZA (cod 60)					TUC vigente			
RIABILITAZIONE (cod 56)	MDC 1-4-5-8	R.O. - DH		nessun tetto	TUC vigente			
	ALTRI MDC	R.O. - DH		n. accessi 2008 - 20%	TUC vigente	30%	n. ricoveri 2008	



ALLEGATO N. 4

TABELLA 6

CONTROLLO ESTERNO SU ASSISTENZA OSPEDALIERA

Cod.

TIPOLOGIA CONTROLLI	DRG EROGATI		CONTROLLATI		CONTESTATI		IMPORTO REVISIONI	IMPORTO RECUPERATO
	N°	%	N°	%	N°	%		
1) RICOVERI BREVI (2-3 gg.)								
2) RICOVERI INAPPROPRIATI per i LEA								
3) RICOVERI ANOMALI (> V.S.)								
4) RICOVERI COMPLICATI								
5) RICOVERI RIPETUTI								
6) RICOVERI ECCEDENTI il T.U.								
7) RICOVERI INCOERENTI								
8) TRASFERIMENTI INAPPROPRIATI (2 ^a 3 ^a gg.)								
9) ACCURATEZZA SDO e CODIFICA ICD-9-CM								
10) ALTRI TIPI DI CONTROLLO (Mai definiti etc.)								
11) AUDIT MEDICO SU QUALITA' ASSISTENZA								
TOTALE SDO n°								
TOTALE DIMESSI n°	%		%		%			