

Importi aggiuntivi per le attività che prevedono l'impianto di protesi o altre particolari procedure

Tipologia di protesi o di procedura	DRG	Codici di diagnosi	Modalità di codifica dell'intervento *	Importo previsto a copertura costo della protesi o della particolare procedura	Centri che possono beneficiare dell'importo aggiuntivo **
Protesi cocleare	49		20.96 o 20.97 o 20.98	Tariffa aggiuntiva Euro 22.366,28	Ospedale aziendale di Merano, disciplina 38 Otorinolaringoiatria
Procedura di replicazione cellulare (interventi di cartilagine al ginocchio)			Costo effettivamente sostenuto dall'azienda, documentato da fattura emessa dal Centro che ha effettuato la procedura (es. USA)		Tutti gli Ospedali pubblici dotati di reparto 36 Ortopedia

* Tali codici o associazioni di codici sono da utilizzare solo nei casi in cui siano state effettivamente impiantate le protesi specificate (intervento chirurgico sia principale che secondario) o effettuata la procedura di replicazione cellulare.

** Ulteriori centri, per beneficiare dell'importo aggiuntivo, dovranno sottoporre formale richiesta all'ufficio provinciale competente (Ufficio Economia Sanitaria).

MODALITÀ DI RECUPERO DEGLI IMPORTI:

Tipologia di protesi o di procedura	Modalità di recupero in caso di paziente residente in un altro Comprensorio Sanitario della provincia	Modalità di recupero in caso di paziente residente fuori provincia
Protesi cocleare	<u>Compensazione della mobilità sanitaria (ex mobilità infraprovinciale)</u> : nel finanziamento dei Comprensori sanitari si tiene conto della produzione misurata in base al sistema tariffario, secondo l'art. 28, comma 7 della legge provinciale n. 7 del 5/3/2001 e successive modifiche.	<u>Compensazione mobilità sanitaria</u> : qualora presenti i codici di intervento riportati in Tabella 1, il DRG viene maggiorato dell'importo di Euro 22.366,28
Procedura di replicazione cellulare	<u>Fatturazione diretta</u> : va addebitato il costo effettivamente sostenuto, e documentato dalla fattura emessa dal Centro che ha eseguito la procedura (es. USA). La fattura va trasmessa insieme con la richiesta di addebito al Comprensorio sanitario di residenza del paziente beneficiario dell'intervento.	<u>Fatturazione diretta</u> : va addebitato il costo effettivamente sostenuto, e documentato dalla fattura emessa dal Centro che ha eseguito la procedura (es. USA). La fattura va trasmessa insieme con la richiesta di addebito all'Azienda sanitaria di residenza del paziente beneficiario dell'intervento.

Zusatzbeträge für Tätigkeiten, die die Implantation einer Prothese oder andere besondere Verfahren vorsehen

Prothesentyp oder Verfahrensart	DRG	Diagnosecode	Kodierungsart des Eingriffs *	Vorgesehener Betrag, um die Kosten der Prothese oder des besonderen Verfahrens zu decken	Einrichtungen, die Anrecht auf diesen Zusatzbetrag haben **
Cochleaprothese	49		20.96 oder 20.97 oder 20.98	Zusatztarif: 22.366,28 Euro	Betriebskrankenhaus Meran, Fachrichtung 38, Hals-Nasen-Ohren-Abteilung
Verfahren zur Knorpelzellularimplantation (Eingriff auf dem Knieknorpel)			Vom Sanitätsbetrieb tatsächlich getragene Kosten, die durch eine von der behandelnden Einrichtung (jene, die den Eingriff durchgeführt hat) ausgestellte Rechnung nachzuweisen sind (z. B. USA)		Alle öffentlichen Krankenhäuser, die eine Abteilung 36 - Orthopädie besitzen

* Diese Codes oder Code-Gruppen sind nur in jenen Fällen anzuwenden, in denen die spezifischen Prothesen effektiv implantiert (sei es als primäre als auch als sekundäre Eingriffscodes) oder die Knorpelzellularimplantation effektiv durchgeführt worden sind.

** Um den Zusatzbetrag beanspruchen zu können, müssen die weiteren Einrichtungen dem zuständigen Amt (Amt für Gesundheitsökonomie) eine formelle Anfrage unterbreiten.

RÜCKERSTATTUNGSMODALITÄTEN DER BETRÄGE:

Prothesentypen oder Verfahrensweisen	Rückerstattungsmodalitäten bei Patienten, die in einem anderen Gesundheitsbezirk des Landes ansässig sind	Rückerstattungsmodalitäten bei Patienten mit Wohnsitz außerhalb der Provinz
Cochleaprothese	<u>Verrechnung der Krankenmobilität</u> (ehemals landesweite Krankenmobilität): bei der Finanzierung der Gesundheitsbezirke werden die erbrachten (und mit dem Tarifsysteem bemessenen) Leistungen berücksichtigt laut Art. 28, Abs. 7 des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 in geltender Fassung.	<u>Verrechnung der Krankenmobilität</u> : falls die in der Tabelle 1 aufgelisteten Eingriffscodes vorliegen, wird der DRG um 22.366,28 Euro erhöht.
Verfahren der Knorpelzellularimplantation	<u>Direkte Verrechnung</u> : Es müssen die tatsächlich getragenen Kosten angelastet werden, die durch eine von jener Einrichtung ausgestellten Rechnung zu belegen sind, die das Verfahren durchgeführt hat (z. B. USA). Die Rechnung muss gleichzeitig mit der Anlastungsanfrage an den Gesundheitsbezirk des Patienten, an dem der Eingriff vorgenommen wurde, übermittelt werden.	<u>Direkte Verrechnung</u> : Es müssen die tatsächlich getragenen Kosten angelastet werden, die durch eine von jener Einrichtung ausgestellten Rechnung zu belegen sind, die das Verfahren durchgeführt hat (z. B. USA). Die Rechnung muss gleichzeitig mit der Anlastungsanfrage an den Gesundheitsbezirk des Patienten, an dem der Eingriff vorgenommen wurde, übermittelt werden.