

**SCHEMA DI APPLICAZIONE DEI CONTENUTI DELLA
DELIBERA REGIONALE N.2582 DEL 16/12/2002
“Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera Anno 2002
Regione Emilia-Romagna”**

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
TARIFFAZIONE A DRG.....	6
REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA > 1 GIORNO.....	6
REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA 0-1 GIORNO.....	6
REGIME DAY HOSPITAL.....	6
AREA DAY SURGERY.....	7
RADIOTERAPIA.....	7
TARIFFE AGGIUNTIVE PER PROTESI.....	8
TARIFFE TRAPIANTI.....	10
AREA ORTOPEDICA.....	11
PSICHIATRIA.....	12
NEONATO dimesso dal nido.....	12
RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA.....	13
RICOVERI RIPETUTI.....	15
27 DRG DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE.....	17

**SCHEMA DI APPLICAZIONE DEI CONTENUTI DELLA
DELIBERA REGIONALE N.2582 DEL 16/12/2002
“Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera Anno 2002
Regione Emilia-Romagna”**

INTRODUZIONE

Si trasmettono i criteri di calcolo adottati nell'archivio regionale della Scheda di Dimissione Ospedaliera in applicazione alla D.G.R. n.2582 e precedente D.G.R. n.1505/2001.

Per le strutture pubbliche e private le tariffe trovano applicazione a decorrere con i ricoveri “dimessi” dall'1 gennaio 2002.

Per le prestazioni ospedaliere oggetto di mobilità interregionale compresi gli stranieri, le tariffe da applicarsi e relativi abbattimenti tariffari (ricoveri ripetuti) sono individuate dalle delibere suddette. Per le Aziende ospedaliere di Parma, Modena, Bologna, Ferrara e Istituti Ortopedici Rizzoli gli importi del singolo ricovero di pazienti provenienti da fuori regione, stranieri compresi, andranno incrementati del 5% , quota per i maggiori oneri derivanti dalla presenza dell'università.

Le procedure di abbattimento tariffario per i ricoveri ripetuti e per i 27 DRG (MMG) relativamente al superamento dei tetti stabiliti per i residenti in ambito provinciale (vedi capitolo specifico) verranno effettuate a chiusura banca dati 2002.

PRECISAZIONI NECESSARIE PER IL CALCOLO DELL'IMPORTO DEL SINGOLO RICOVERO

A) TERMINOLOGIA USATA NEL DOCUMENTO

VALORE SOGLIA (trim point) = n° massimo di giornate ammissibili per ogni singolo DRG in degenza ordinaria.

TARIFFA PRO DIE = tariffa giornaliera da applicare per i ricoveri ordinari con degenza > di valore soglia, per la parte eccedente il valore soglia

TARIFFA GIORNALIERA = remunerazione per la singola giornata di degenza per le attività riabilitative, lungodegenza e psichiatria.

IMPORTO = importo finale del ricovero (risultato dei vari passaggi necessari alla tariffazione e relativi abbattimenti tariffari)

- ggdeg → giornate di degenza complessive del ricovero
- gg28 → giornate di degenza in reparti 28
- gg40 → giornate di degenza in reparti 40
- gg56 → giornate di degenza in reparti 56
- gg60 → giornate di degenza in reparti 60
- gg75 → giornate di degenza in reparti 75
- gg-acuti → giornate trascorse in reparti per acuti

B) CAMPI DELLA SDO UTILIZZATI PER IL CALCOLO DELL'IMPORTO

- OSPEDALE . Questo campo determina la fascia tariffaria di appartenenza
- REGIME DI RICOVERO
- REPARTI (Ammissione, trasferimento, dimissione)
- DATE AMMISSIONE/TRASFERIMENTO/DIMISSIONE (per il calcolo delle giornate di degenza nei vari reparti)
- DRG (per i ricoveri tariffati DRG)
- DIAGNOSI (per alcune eccezioni)
- INTERVENTI (per alcune eccezioni)
- MODALITA' DI DIMISSIONE
- ONERE DELLA DEGENZA
- COMUNE DI RESIDENZA
- NUMERO DI ACCESSI IN DAY HOSPITAL

C) TIPOLOGIE DI RICOVERI

Ricovero per acuti: paziente mai transitato per unità operative (56,60,75,28).

Ricovero riabilitativo: paziente transitato esclusivamente per unità operative (56, e/o 60, e/o 75, e/o 28).

Ricovero misto: paziente che durante lo stesso episodio di ricovero sia transitato per unità operative di tipo acuto e successivamente in unità operative di tipo riabilitativo. (vale il viceversa)

D) MODALITA' DI CALCOLO

Per i ricoveri di tipo acuto (ordinario o DH)

tariffa DRG specifica e fascia ospedale specifica

- Per i ricoveri effettuati in regime ordinario con durata superiore ai valori soglia (DRG specifici), la relativa valorizzazione complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia e la tariffa "pro die" (DRG specifica).
- Per i ricoveri in regime ordinario di 1 giorno trasferiti ad altro istituto od di 1 giorno deceduti, la valorizzazione è pari a due volte la tariffa DRG specifica prevista per il trasferito/deceduto.

Per i ricoveri di tipo riabilitativo

tariffa giornaliera MDC specifica e disciplina specifica

- La valorizzazione complessiva è il prodotto fra le giornate di degenza e la tariffa giornaliera.

Per i ricoveri di tipo misto

tariffa DRG + tariffa giornaliera della fase riabilitativa

- La valorizzazione complessiva è la sommatoria delle due modalità di calcolo suddette.

E) LIBERA PROFESSIONE (onere della degenza 5,6)

Pazienti residenti in Emilia-Romagna:

Se la data di ricovero \geq 1 marzo 2002, abbattimento dell'importo del 50%

Se la data di ricovero $<$ 1 marzo 2002, importo al 100%

Pazienti non residenti in Emilia-Romagna:

Se la data di ricovero \geq 1 marzo 2002, abbattimento dell'importo del 50%

Se la data di ricovero $<$ 1 marzo 2002, abbattimento dell'importo del 30%

F) ASSENZE TEMPORANEE

L'introduzione dell'istituto delle assenze temporanee (permessi) del paziente e la relativa modalità di segnalazione sulla SDO (codice disciplina 99), consente il calcolo delle giornate di degenza al netto dei giorni trascorsi all'esterno dell'ospedale.

Tali giornate non svengono mai incluse nella valorizzazione dell'importo del singolo ricovero.

Esempio:

Il paziente viene ricoverato il 17/01/2002 nel reparto di medicina generale, successivamente dal 20/01/2002 al 22/01/2002 viene concordato un permesso; rientra in ospedale e viene dimesso il 29/02/2002

Giornate in permesso=2.

Giornate di degenza trascorse in ospedale=10.

TARIFFAZIONE A DRG
relativa alla sola parte di degenza trascorsa in unità operative per acuti

REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA > 1 GIORNO

Se $2 \leq \text{gg-acuti} \leq$ valore soglia DRG specifico:

importo = tariffa DRG specifica e fascia ospedale specifica

Se $\text{gg-acuti} >$ valore soglia DRG specifico:

importo = tariffa DRG specifica e fascia ospedale specifica + tariffa prodie * (gg-acuti - valore soglia)

REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA 0-1 GIORNO

Se tipo di dimissione = 1 (deceduto) o 6 (trasferito ad altro istituto):

importo = 2 * tariffa DRG specifica riportata nella colonna (trasferito/deceduto)

Se tipo di dimissione diverso da 1 (deceduto) o 6 (trasferito ad altro istituto):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DRG non 'Medici' | importo = 80% * tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1 giorno |
| <input type="checkbox"/> DRG 'Medici' | importo = tariffa forfettaria di € 124,47 |

Alla regola di tariffazione dei DRG medici fanno eccezione:

- DRG 124 M, 125 M, 373 M e (323 M , per cui esista almeno un codice intervento = 98.51)
importo = 80% * tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1

REGIME DAY HOSPITAL

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DRG non 'Medici' | importo = 80% * tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1 giorno |
| <input type="checkbox"/> DRG 'Medici' <= di 3 accessi | importo = tariffa forfettaria di € 124,47 |
| <input type="checkbox"/> DRG 'Medici' > di 3 accessi | importo = 80% * tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1 giorno |

Alla regola di tariffazione dei DRG medici fanno eccezione:

- DRG 409 M, 410 M, 492 M
accessi = 1
importo = € 124,47
- 2 <= accessi <= 7
importo = 80% * tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1
- accessi >= 8
importo = tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1
- DRG 65 M, 134 M, 183 M, 294 M, 321 M, 326 M, 332 M, 369 M, 467 M
importo = tariffa forfettaria di € 106,39
- DRG 124 M, 125 M e (323 M , per cui esista almeno un codice intervento = 98.51)
importo = 80% * tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1

N.B non si applica la tariffa del deceduto/trasferito in regime di day hospital

AREA DAY SURGERY

DRG	validità	> di 1 giorno			0-1 giorno			Day Hospital			Tariffa pro die	Tariffa deceduto /trasferito 1 g.	Valore soglia
		Fascia A	Fascia B	Strutture private di alta specialità	Fascia A	Fascia B	Strutture private di alta specialità	Fascia A	Fascia B	Strutture private di alta specialità			
006	dimessi dal 1-01-2002 al 2-01-2003	744,73	679,66	723,05	1191,47	1087,66	1156,89	1191,47	1087,66	1156,89	286,19	318,64	5
006	dimessi dal 3-01-2003	800,00	650,00	723,05	800,00	650,00	1156,89	800,00	650,00	1156,89	286,19	318,64	5
039	dimessi dal 1-01-2002 al 2-01-2003	665,20	607,35	665,20	1064,93	971,46	1064,93	1064,93	971,46	1064,93	250,55	346,30	5
039	dimessi dal 3-01-2003	1033,00	900,00	1033,00	1033,00	900,00	1033,00	1033,00	900,00	1033,00	250,55	346,30	5
119	dimessi dal 1-01-2002	1321,61	1206,44	1283,33	2114,89	1930,00	2053,33	2114,89	1930,00	2053,33	252,14	281,93	7
270	dimessi dal 1-01-2002	868,68	792,76	868,68	1390,30	1268,93	1390,30	1390,30	1268,93	1390,30	220,23	253,21	12
342	dimessi dal 1-01-2002	789,66	720,97	789,66	1263,77	1153,25	1263,77	1263,77	1153,25	1263,77	272,89	338,85	5
343	dimessi dal 1-01-2002	526,79	480,82	526,79	842,86	769,00	842,86	842,86	769,00	842,86	251,61	292,57	2
364	dimessi dal 1-01-2002	775,20	707,55	775,20	1240,01	1132,07	1240,01	1240,01	1132,07	1240,01	242,57	343,64	5

RADIOTERAPIA

Diagnosi principale=V58.0 associato a codice di intervento 92.27 (in qualsiasi posizione sia codificato) e DRG=**408** ;
A prescindere dalla fascia ospedaliera

Regime ordinario		Day hospital	Tariffa pro die	Tariffa deceduto/trasferito 1 g.	Valore soglia
Più di 1 giorno	0-1 giorno	6.800	309,6	321,83	12
8.500	6.800				

Diagnosi principale=V58.0 associato a codice di intervento 92.28 (in qualsiasi posizione sia codificato) e DRG=**409**;

Ospedale	Regime ordinario		Day hospital			Tariffa pro die	Tariffa deceduto/trasferito o 1 g.	Valore soglia
	Più di 1 giorno	0-1 giorno	1 accesso	2-7 accessi	>= 8 accessi			
fascia A	8.500	124,47	124,47	2.166,64	2708,30	278,74	188,84	28
fascia B	8.500	124,47	124,47	1.977,41	2471,76	278,74	188,84	28

TARIFFE AGGIUNTIVE PER PROTESI

Tariffa aggiuntiva alla tariffa DRG specifica applicabile solo alle seguenti tipologie di ricoveri:

- regime ordinario di 0-1 giorno o più di 1 giorno
- ricoveri ordinari di 0-1 giorno (trasferiti ad altro istituto o deceduti)

- **SOSTITUZIONE TOTALE O PARZIALE DELLA SPALLA**
Se esiste un intervento = 81.80 o 81.81 in qualsiasi posizione sia codificato
 - istituti con disciplina = 36 pubblici o privati
importo = tariffa DRG + € 1.239,50

- **ARTRODESI VERTEBRALE SENZA INNESTO DI OSSO (ortopedia)**
Se esiste uno degli interventi da (81.04 a 81.08) in qualsiasi posizione sia codificato ed esiste diagnosi ,in qualunque posizione codificata , = 754.2 o da (737.30 a 737.43)
 - istituti con disciplina = 36 pubblici o privati
importo = tariffa DRG + € 2.324,06

- **ARTRODESI VERTEBRALE CON INNESTO DI OSSO (ortopedia)**
Se esistono gli interventi 81.04+78.09
oppure gli interventi 81.05+78.09
oppure gli interventi 81.06+78.09
oppure gli interventi 81.07+78.09
oppure gli interventi 81.08+78.09
in qualsiasi posizione sia codificato

ed esiste diagnosi ,in qualunque posizione codificata , = 754.2 o da (737.30 a 737.43)
 - istituti con reparti di disciplina = 36 pubblici o privati
importo = tariffa DRG + € 2.685,58

- **ARTRODESI VERTEBRALE SENZA INNESTO DI OSSO (neurochirurgia)**
Se esiste uno degli interventi da (81.01 a 81.03) in qualsiasi posizione sia codificato
 - istituti con disciplina = 30 pubblici o privati
importo = tariffa DRG + € 774,69

- **ARTRODESI VERTEBRALE CON INNESTO DI OSSO (neurochirurgia)**
Se esistono gli interventi 81.01+78.09
oppure gli interventi 81.02+78.09
oppure gli interventi 81.03+78.09
 - istituti con reparti di disciplina = 30 pubblici o privati
importo = tariffa DRG + € 1.187,85

- **PROTESI SFINTERICHE URINARIE**
Se esiste un intervento = 58.93 in qualsiasi posizione sia codificato e se le strutture sono:
 - istituto = 080004 (Piacenza), 080903 (AOSP Reggio Emilia), 080030, 080031, 080032 (ex presidio Modena centro), 080904 (AOSP Modena), 080908 (S. Orsola), 080061 (Osp. Cento), 080909 (AOSP Ferrara), 080099 (Osp. Cattolica)
importo = tariffa DRG + € 4.131,65

□ **PROTESI ENDOAORTICHE**

Se esistono contemporaneamente interventi 39.52 e 38.91, in qualsiasi posizione siano codificati, ed esiste diagnosi, in qualsiasi posizione siano codificate, con prime tre cifre = 441 e se le strutture sono:

- istituto = 080004 (Piacenza), 080902 (AOSP Parma), 080903 (AOSP Reggio Emilia), 080030, 080031, 080032 (ex presidio Modena centro), 080908 (S. Orsola), 080909 (AOSP Ferrara), 080072 (Osp. Ravenna), 080095 (Osp. Rimini), 080213 (Hesperia Hospital di Modena), 080239 (Villa Maria Cecilia di Ravenna), 080223 (Villa Torri di Bologna), 080211 (Villa Salus di Reggio Emilia), 080053 (Maggiore)
importo = tariffa DRG + € 3.098,74

□ **DEFIBRILLATORI CARDIACI A PERMANENZA**

Se esiste un intervento = 37.94 in qualsiasi posizione sia codificato e se le strutture sono:

- istituto = 080902 (AOSP Parma), 080908 (S. Orsola), 080211 (Villa Salus RE), 080213 (Hesperia H.), 080223 (Villa Torri), 080239 (V. Maria Cecilia).
Importo = tariffa DRG + € 8.263,31

□ **STIMOLATORE CEREBRALE**

Se esiste un intervento = 02.93 in qualsiasi posizione sia codificato ed esiste diagnosi, in qualsiasi posizione siano codificate, 332.0 o 333.6 o 333.8 e le strutture sono:

- istituto = 080909 (AOSP Ferrara), 080059 (Ospedale Bellaria di Bologna)
importo = tariffa DRG + € 16.010,16

□ **NEUROSTIMOLATORE SPINALE**

Se esiste l'intervento 03.93 in qualsiasi posizione sia codificato

- istituti con disciplina = 49 solo pubblici
importo = tariffa DRG + € 2.324,06

□ **POMPA PER INFUSIONE INTRATECALE**

Se esiste l'intervento 86.06 in qualsiasi posizione sia codificato

- istituti con disciplina = 49 solo pubblici
importo = tariffa DRG + € 1.807,60

□ **PROTESI METACARPALE**

Se esiste un intervento = 81.71 o 81.74 in qualsiasi posizione sia codificato e le strutture sono:

- istituto = 080904 (AOSP Modena)
importo = tariffa DRG + € 1.804,00

I codici di intervento andranno ripetuti per ogni protesi impiantata ad ognuna delle quali si riconosce la maggiorazione

□ **PROTESI BILIARE**

Se esiste l'intervento 51.87 in qualsiasi posizione sia codificato

importo = tariffa DRG + € 413,16

□ **PROTESI COCLEARI**

Se esiste un intervento = 20.96 o 20.97 o 20.98 in qualsiasi posizione sia codificato e le strutture sono:

- istituto = 080902 (AOSP Parma), 080903 (AOSP Reggio Emilia), 080909 (AOSP Ferrara), 080053 (Maggiore)
importo = tariffa DRG + € 21.474,27

TARIFFE TRAPIANTI

Ospedali autorizzati		DRG	REGIME ORDINARIO						DAY HOSPITAL				
			> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	<= 3 accessi		>3 accessi	
			fascia A	fascia B	fascia A	fascia B				fascia A	fascia B	fascia A	fascia B
	042	codice int.11.60 o 11.64 o 11.69	2306,50	2306,50	1845,20	1845,20	10	269,17	202,14				
	042	altri codici intervento	1635,10	1492,04	1308,19	1193,53	10	269,17	202,14	1308,19	1193,53	1308,19	1193,53
<i>S.Orsola</i>	103		62043,00	0	0	0	61	841,01	595,78	0	0	0	0
<i>Aosp PR, S.Orsola</i>	191	codice int.52.80 o 52.82	21866,27	0	0	0	55	401,62	273,95				
<i>tutti gli ospedali</i>	191	altri codici intervento	13344,73	11163,73	10675,68	8931,09	55	401,62	273,95	10675,68	8931,09	10675,68	8931,09
<i>Aosp PR, S.Orsola</i>	192	codice int.52.80 o 52.82	16496,15	0	0	0	46	253,74	221,29				
<i>tutti gli ospedali</i>	192	altri codici intervento	7974,61	4262,84	6379,79	3410,68	46	253,74	221,29	6379,79	3410,68	6379,79	3410,68
<i>Aosp PR, S.Orsola, Aosp MO</i>	302		48011,38	0	0	0	44	958,04	766,54	0	0	0	0
	458	strutture con codice disciplina 47	24557,00	0	0	0	48	394,18	295,76				
	458	altre strutture	11591,36	9697,51	9272,98	7757,70	48	394,18	295,76	9272,98	7757,7	9272,98	7757,7
	472	strutture con codice disciplina 47	38493,08	0	0	0	233	108,52	309,6				
	472	altre strutture	34993,05	29275,36	27994,55	23420,29	233	108,52	309,6	27994,55	23420,29	27994,55	23420,29
<i>S.Orsola, Aosp MO</i>	480		88931,30	0	0	0	66	1131,99	875,06	0	0	0	0
	481		46788,93	46788,93	37431,14	37431,14	44	1888,96	1058,05	37431,14	37431,14	37431,14	37431,14
<i>S.Orsola</i>	495		48572,77	0	0	0	0	298,42	226,61	0	0	0	0

❑ **TRAPIANTO DI OSSO**

Se esiste un intervento principale con prime tre cifre = 780, escluso 78.04, 78.06 e 78.08 ed esiste diagnosi secondaria = V42.4

importo = tariffa DRG + (€ 1797,27 solo ospedali autorizzati) + tariffa pro die * giornate oltre valore soglia

❑ **TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO**

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 e in diagnosi secondaria V42.8 associati ai DRG 148 o 149

➤ istituto = 080904 (AOSP Modena)

importo = € 164.233,29 + tariffa pro die * giornate oltre valore soglia

❑ **TRAPIANTO MULTIVISCERALE**

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 associati ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83

➤ istituto = 080904 (AOSP Modena)

importo = € 236.795,49 + tariffa pro die * giornate oltre valore soglia

❑ **AUTOTRAPIANTO DI INTESTINO**

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.7_ associati ai DRG 148 o 149

➤ istituto = 080904 (AOSP Modena)

importo = € 69.721,68 + tariffa pro die * giornate oltre valore soglia

AREA ORTOPEDICA

codice 81.53	Revisione di sostituzione di articolazione di anca – Tariffa incrementale di € 7633,23
codice 81.55	Revisione di sostituzione di articolazione di ginocchio – Tariffa incrementale di € 7633,23
codice 81.04	Artrodesi dorsale approccio anteriore – Tariffa incrementale di € 11362,05
codice 81.05	Artrodesi dorsale approccio posteriore – Tariffa incrementale di € 11362,05
codice 81.06	Artrodesi lombare approccio anteriore – Tariffa incrementale di € 7633,23
codice 81.07	Artrodesi lombare approcci laterali – Tariffa incrementale di € 7633,23
codice 81.08	Artrodesi lombare approccio posteriore – Tariffa incrementale di € 7633,23
codici da 170.1 a 170.9	Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari – Tariffa incrementale di € 7633,23
codici da 171.2 a 171.9	Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli – Tariffa incrementale di € 7633,23

Interventi in qualsiasi posizione siano codificati nella SDO, i codici di diagnosi solo se in diagnosi principale

Tariffa aggiuntiva alla tariffa DRG specifica applicabile solo agli ospedali di fascia A e per ricoveri in regime ordinario (compresi i ricoveri della durata di 1 giorno trasferiti ad altro istituto e/o deceduti)

❑ **PIEDE TORTO solo ospedali di fascia A in regime di ricovero ordinario**

Per il DRG 225 associato al codice di intervento 83.84 , in qualsiasi posizione sia codificato,

Importo (1) = tariffa DRG 225 + € 2.127,80 + tariffa pro die * giornate oltre valore soglia

in presenza di un ulteriore codice di intervento 83.84 si incrementa del 50% l'importo (1)

Importo (2) = 1,50*importo (1) + tariffa pro die * giornate oltre valore soglia

❑ **CHIRURGIA DELLA MANO solo ospedali di fascia A in regime di ricovero ordinario**

1) Diagnosi principale 728.85 + in altre diagnosi (342.10 o 342.11 o 342.12 o 344.00 o 344.01 o 344.02 o 344.03 o 344.04 o 344.09) associati agli interventi (82.57 o 82.56 o 83.19 o 83.85)

Importo = € 3.450,00 + tariffa pro die * giornate

2) Diagnosi principale (885.0 o 885.1 o 886.0) associati agli interventi (84.21 o 84.22) e DRG 441

Importo = € 4.900,00 + tariffa pro die * giornate

Per ogni codice intervento ripetuto

Importo = € 4.900,00 + (n*2.000)+ tariffa pro die * giornate

PSICHIATRIA Tariffazione a giornata

Disciplina di dimissione = 40 e il paziente non è mai transitato per un reparto 60,56,28,75

	Regime ordinario	Regime di day hospital
Ospedali pubblici	€ 196,77*numero di giornate	€ 157,42* numero di accessi
Case di cura psichiatriche	€ 154,94*numero di giornate	€ 123,95*numero di accessi

NEONATO dimesso dal nido (codice 31)

SE:

- Data di nascita = Data di ricovero
- Disciplina di ammissione e dimissione=31 (assenza di transiti per altre discipline)
- Esito alla dimissione diverso da 'deceduto' o 'trasferito ad altro istituto'

Valorizzazione € 319,17

SE:

- Data di nascita = Data di ricovero
- Disciplina di ammissione e dimissione=31 (assenza di transiti per altre discipline)
- Esito alla dimissione = 'trasferito ad altro istituto'
- Giorni di degenza 1

Valorizzazione € 0,00

**RIABILITAZIONE (codice disciplina 56,75,28)
E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (codice disciplina 60)**

Per i ricoveri di pazienti **transitati o dimessi** dalle suddette discipline la remunerazione massima complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa ad una eventuale fase del ricovero trascorsa in reparto diverso da quelli di cui ai codici di disciplina 56,75,28,60 e il prodotto fra il numero di giornate trascorse in reparti di cui ai codici di disciplina 56,75,28,60 e la valorizzazione pro die specifica per reparto e MDC come specificato nella seguente tabella. L'abbattimento del 40% della tariffa giornaliera qualora il ricovero superi i valori soglia specificati, non dovrà essere inferiore a € 113,62

MDC	SEDI/LIVELLO CODICE DISCIPLINA	TARIFFA giornaliera	Valore soglia in giorni di degenza per l'abbattimento del 40% della tariffa	TARIFFA giornaliera di DH (fino a 3 accessi)	TARIFFA giornaliera di DH (oltre i 4 accessi)
1 e 24	AS III -75	380,63		131,18	279,40
DRG 483	AS III-28	345,77		117,03	250,02
	RI II-56	269,70	60	117,03	175,54
	LPA/RE I-60	132,99	60		
4	AS III -75	206,58			
	AS III-28	191,50			
	RI II-56	191,50	21	117,03	132,99
	LPA/RE I-60	132,99	60		
5	AS III -75	228,38			
	AS III-28	207,46			
	RI II-56	207,46	15	117,03	138,31
	LPA/RE I-60	132,99	60		
8	AS III -75	234,06	40	131,18	155,97
	AS III-28	212,78	40	117,03	148,95
	RI II-56	212,78	40	117,03	148,95
	LPA/RE I-60	132,99	60		
Altre MDC	AS III -75	175,54	30	131,18	131,18
	AS III-28	159,59	30	117,03	117,03
	RI II-56	159,59	30	117,03	117,03
	LPA/RE I-60	132,99	60		

ECCEZIONI PER LE DISCIPLINE 28 E 56

Tali tariffe sono vevoli per quei ricoveri mai transitati per reparti per acuti.

Codice intervento in qualsiasi posizione codificato	DISCIPLINA	TARIFFA giornaliera	Valore soglia in giorni di degenza per l'abbattimento del 40% della tariffa	TARIFFA giornaliera di DH (fino a 3 accessi)	TARIFFA giornaliera di DH (oltre i 4 accessi)
96.70 o 96.71 o 96.72	AS III -28	545,00	0	Tariffa MDC specifica	Tariffa MDC specifica
96.70 o 96.71 o 96.72	RI II-56	457,00	0	Tariffa MDC specifica	Tariffa MDC specifica

L'esplicazione delle modalità di calcolo viene di seguito riportata con alcuni esempi;

n.SDO	Reparto ammissi	Giorni	Reparto 1°trasf.	Giorni	Reparto 2°trasf.	Giorni	Reparto ultimo trasf.	Giorni	Rep dim.	Giornate compless	Regime r	Mdc	Valore soglia mdc	Valore soglia DRG
1	Acuto	25	60	75					60	100	Ord.	01	60	28
2	Acuto	10	56	4	Acuto	50			Acuto	64	Ord.	01	60	10
3	Acuto	10	60	4	Acuto	15	Acuto	6	Acuto	35	Ord.	02	60	40
4	56	10	40	2	Acuto	14	Acuto	5	Acuto	31	Ord.	05	15	4
5	60	80	Acuto	25			Acuto	4	Acuto	109	Ord.	12	60	40
6	60	80	Acuto	10	56	1	40	10	40	101	Ord.	04	60 e 21	10
7	56	80							56	80	Ord.	08	40	
8	56	1							56	1	DH	24		
9	56	5							56	5	DH	24		
10	56	42	60	35					60	77	Ord.	08	40 e 60	

	gg_acuti	gg_60	gg_56	gg_40	gg_totali
1	25	75			100
2	60		4		64
3	31	4			35
4	19		10	2	31
5	29	80			109
6	10	80	1	10	101
7			80		80
8			1		1
9			5		5
10		35	42		77

importo
tar_DRG+(132,99*60)+(113,62*15)
tar_DRG+(tar_prodie*50)+(269,70*4)
tar_DRG+(132,99*4)
tar_DRG+(tar_prodie*15)+(207,46*10)+(tar_40*2)
tar_DRG+(132,99*60)+(113,62*20)
tar_DRG+(132,99*60)+(113,62*20)+(191,50*1)+(tar_40*10)
(212,78*40)+(127,66*40)
(117,03*1)
(175,54*5)
(132,99*35)+(212,78*40)+(127,66*2)

Tar_prodie = tariffa giornaliera DRG specifica da applicare per i ricoveri con degenza > di valore soglia, per la parte eccedente il valore soglia

Tar_DRG = tariffa DRG relativa alla parte di degenza in unità operative per acuti

Tar_40= tariffa giornaliera per la psichiatria

Gg_acuti=giornate trascorse nei reparti per acuti

Gg_60=giornate trascorse nei reparti di lungodegenza

Gg_56=giornate trascorse nei reparti di riabilitazione

Gg_40=giornate trascorse nei reparti di psichiatria

RICOVERI RIPETUTI

Gli abbattimenti tariffari previsti dalla normativa regionale riguardano quella tipologia di ricoveri ripetuti con stessa MDC e finestra temporale 2/7 giorni e 8/30 giorni. Tali abbattimenti trovano applicazione anche sui ricoveri di pazienti provenienti da fuori Regione Emilia-Romagna.

Esclusioni preliminari per calcolare i ricoveri ripetuti:

Le esclusioni preliminari da effettuare dal data base per poter intercettare i ricoveri ripetuti sono:

- Dimissioni dai reparti (56,40,60,75,31,28)
- 27 DRG dei medici di medicina generale
- Ricoveri in day hospital
- Ricoveri con onere degenza (solventi e libera prof)

Ricovero ripetuto:

Ricovero, di durata superiore a 1 giorno, successivo ad un precedente ricovero (ricovero indice) dello stesso paziente classificato nella stessa MDC e avvenuto nello stesso presidio o casa di cura.

Informazione necessaria per intercettare i ricoveri ripetuti è il codice fiscale.

Finestra temporale:

Intervallo di tempo intercorso tra il ricovero indice e il ricovero ripetuto.

Calcolo delle finestra temporale = (data di ammissione del ricovero ripetuto – data di dimissione del ricovero indice).

Ripetuto con finestra temporale 2-7 giorni (abbattimento dell'importo del 50%):

(data di ammissione del ricovero ripetuto – data di dimissione del ricovero indice) compresa tra 2 e 7 giorni.

Da tale conteggio vengono escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente.

Ripetuto con finestra temporale 8-30 giorni (abbattimento dell'importo del 20%):

(data di ammissione del ricovero ripetuto – data di dimissione del ricovero indice) compresa tra 8 e 30 giorni.

Caso in cui esista più di un ricovero ripetuto dello stesso paziente:

Nel caso in cui un paziente venga ricoverato più di 2 volte, il calcolo della finestra temporale viene effettuato tra la data di ammissione di un determinato ricovero e la data di dimissione del relativo precedente ricovero .

Esempio1

1° ricovero:	ammesso il 28/03	dimesso il 2/04	giornate di degenza =5	
2° ricovero	ammesso il 01/05	dimesso il 03/05	giornate di degenza =2	finestra t.= 29gg.
3° ricovero	ammesso il 15/05	dimesso il 16/05	giornate di degenza =1	finestra t.= 12gg.
4° ricovero	ammesso il 20/05	dimesso il 25/05	giornate di degenza = 5	finestra t. =4gg.

Abbattimenti sugli importi finali dei rispettivi ricoveri:

Applicazione all'esempio precedente:

1° ricovero tariffa piena

2° ricovero abbattimento del 20%

3° ricovero nessun abbattimento (essendo un ricovero con giornate di degenza =1)

4° ricovero abbattimento del 50 %

Esempio2

1° ricovero:	ammesso il 28/03	dimesso il 2/04	giornate di degenza =5	
2° ricovero	ammesso il 01/05	dimesso il 01/05	giornate di degenza =1	finestra t.= 29gg.
3° ricovero	ammesso il 02/05	dimesso il 07/05	giornate di degenza =5	finestra t.= 1gg.

Abbattimenti sugli importi finali dei rispettivi ricoveri:

Applicazione all'esempio precedente:

1° ricovero tariffa piena

2° ricovero nessun abbattimento (essendo un ricovero con giornate di degenza =1)

3° ricovero nessun abbattimento (essendo una tipologia di ricoveri ripetuti non contemplata nella Delibera Regionale)

Esempio3

1° ricovero:	ammesso il 28/03	dimesso il 2/04	giornate di degenza =5	
2° ricovero	ammesso il 01/05	dimesso il 04/05	giornate di degenza =3	finestra t.= 29gg.
3° ricovero	ammesso il 08/05	dimesso il 11/05	giornate di degenza =3	finestra t.= 4gg.

Abbattimenti sugli importi finali dei rispettivi ricoveri:**Applicazione all'esempio precedente:**

1° ricovero tariffa piena

2° ricovero abbattimento del 20%

3° ricovero abbattimento del 50%

Ricoveri ripetuti sui quali non applicare gli abbattimenti:

- Ricoveri ripetuti di 1 giorno di degenza
- Ricoveri ripetuti di tipo neoplastici con diagnosi principale compresa fra (140.0 e 208.91) o (230.0 e 239.9) o (V58.0 e V58.1)
- Ricoveri ripetuti attribuiti a DRG 488, 489, 490
- Ricoveri ripetuti attribuiti a DRG chirurgici con peso $\geq 1,5$
- Ricoveri ripetuti con finestra temporale 8-30 gg. in cui siano presenti i codici di intervento (in qualsiasi posizione codificati) 85.53 o 85.54 , successivi a ricoveri attribuiti ai DRG 257, 258, 259, 260.

27 DRG DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Gli abbattimenti tariffari previsti per questa tipologia di ricoveri trovano applicazione solo sui residenti in Emilia-Romagna e limitatamente ai soli ricoveri in regime ordinario di piu' di 1 giorno e dimessi da reparti per acuti il cui onere della degenza si diverso da (solventi e libera prof).

Nello specifico:

- per i ricoveri effettuati in strutture pubbliche o private ubicate nel medesimo ambito aziendale ove risiede il cittadino ricoverato o , limitatamente alla provincia di Bologna, nel medesimo ambito provinciale ove risiede il cittadino ricoverato, che eccedano, per ciascun produttore provinciale, pubblico o privato, il tetto stabilito secondo gli obiettivi di riduzione, abbattimenti progressivi;
- abbattimento del 35% per i ricoveri in strutture pubbliche o private ubicate in un ambito aziendale diverso da quello di residenza del cittadino ricoverato, fatta eccezione per i cittadini residenti nella provincia di Bologna per i quali l'abbattimento riguarderà i soli casi ricoverati in strutture ubicate al di fuori della provincia di Bologna.

