

**SCHEMA DI APPLICAZIONE DEI CONTENUTI DELLA
DELIBERA REGIONALE N. 2642 DEL 20/12/2004
“Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera Anno 2004
Regione Emilia-Romagna”**

INDICE

<i>INTRODUZIONE</i>	3
<i>RICOVERI ACUTI IN REGIME ORDINARIO</i>	6
• <i>RADIOTERAPIA</i>	6
• <i>QUOTE AGGIUNTIVE PER PROTESI</i>	7
• <i>TARIFFE TRAPIANTI</i>	9
• <i>GRANDI USTIONATI dimessi da disciplina 47</i>	10
• <i>AREA ORTOPEDICA</i>	10
 <i>RICOVERI ACUTI IN REGIME DI DAY HOSPITAL</i>	11
• <i>DAY HOSPITAL ONCOLOGICO</i>	11
 <i>PSICHIATRIA Tariffazione a giornata</i>	11
 <i>NEONATO dimesso dal nido (codice 31)</i>	11
 <i>RIABILITAZIONE (codice disciplina 56,75,28)</i>	12
 <i>E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (codice disciplina 60)</i>	12
 <i>RICOVERI RIPETUTI</i>	13

SCHEMA DI APPLICAZIONE DEI CONTENUTI DELLA DELIBERA REGIONALE N. 2642 DEL 20/12/2004 “Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera Anno 2004 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. 2642/2004 .

Per le strutture pubbliche e private le tariffe trovano applicazione con riferimento ai ricoveri di cittadini **residenti in Emilia-Romagna e Stranieri** per i dimessi a decorrere dall'1 gennaio 2004.

RICOVERI A CAVALLO DELL'ANNO

Si tratta di ricoveri il cui ingresso in ospedale è avvenuto precedentemente all'entrata in vigore dell'ultima normativa riguardante le tariffe ospedaliere (anno 2004), e la dimissione nell'anno di competenza.

In particolare , per i ricoveri di pazienti per i quali è prevista una tariffa giornaliera (disciplina 60,56,28,75,40) e non siano mai transitati in reparti per acuti, la remunerazione per le giornate maturate nel periodo antecedente l'anno 2004 dovrà far riferimento al tariffario del 2003, mentre le giornate di competenza del 2004 al tariffario corrente; per i ricoveri per i quali è prevista sia una tariffa a DRG che la tariffa giornaliera, transitati pertanto in un reparto per acuti, si applica comunque la tariffa 2004

AZIENDE SEDE DEL TRIENNIO CLINICO DELLA FACOLTA' DI MEDICINA

Per il riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dalla presenza dell'Università, l'importo del singolo ricovero relativamente agli **Stranieri**, andrà incrementato del 5%, in quanto restano invariate le indicazioni di cui al Decreto Ministeriale del 31 luglio 1997 “Linee guida per la stipula dei protocolli d'intesa Università-Regioni”, in merito al riconoscimento dei maggiori costi, ai sensi del decreto ministeriale 15 aprile 1994, costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, per i quali la regione eroga apposito finanziamento a funzione alle Aziende Ospedaliere Universitarie a titolo di integrazione economica per le attività assistenziali erogate a propri cittadini, ed è riconosciuta una maggiorazione tariffaria per i cittadini provenienti da altre regioni del 7% rispetto alla tariffa TUC, così come previsto dal “Testo unico per la mobilità sanitaria del 2004”.

PRECISAZIONI NECESSARIE PER IL CALCOLO DELL'IMPORTO DEL SINGOLO RICOVERO

A) TERMINOLOGIA USATA NEL DOCUMENTO

TARIFFA DRG = tariffa DRG specifica da applicare per i ricoveri acuti

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)

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 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)

L'importo finale del ricovero di tutte le prestazioni erogate in libera professione dovranno essere abbattute del 50%

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 vengono mai incluse nella valorizzazione dell'importo del singolo ricovero.

G) 27 DRG DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Il numero di ricoveri ascrivibili al gruppo dei 27 DRG di MMG si è nel tempo fortemente ridimensionato, pervenendo ad un livello quantitativo accettabile e, per così dire, "fisiologico".

Pertanto, non sono più applicabili gli abbattimenti tariffari previsti per questa tipologia di DRG stabiliti dalle precedenti delibere .

RICOVERI ACUTI IN REGIME ORDINARIO

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

- Durata di degenza inferiore o uguale al valore soglia drg specifico:
Tariffe massime drg specifiche come da allegati delibera
- Se il ricovero presenta una durata di degenza superiore al valore soglia drg specifico:
la relativa remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia e la tariffa “pro-die” DRG specifica come da allegati delibera
- DRG 323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni **di 1 giorno di degenza**

in presenza del codice intervento = 98.51

importo forfettario = 80% tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1

in assenza del codice intervento 98.51

importo forfettario=124,47

- DRG 55 C – miscellanea interventi orecchio, naso, bocca, gola in regime ordinario
per un refuso nella tariffa 2004, fascia B, regime ordinario 0/1 giorno, col. 4,, è stato indicato un campo in bianco; poichè il DRG in questione figura nell'allegato 4) tra i DRG a tariffa invariata si applica la tariffa 2003 pari a €1093,86.

RADIOTERAPIA

Regime ordinario con diagnosi principale=V58.0 associato a codice di intervento 92.27 o 92.28 (in qualsiasi posizione siano codificati)

Importo = 8.500 €

QUOTE AGGIUNTIVE PER PROTESI

Tariffa aggiuntiva alla tariffa DRG specifica applicabile solo ai ricoveri in regime ordinario

(solo centri sotto indicati, oltre a quelli formalmente autorizzati con provvedimento del Servizio Regionale Presidi Ospedalieri)

- **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

- ❑ **PROTESI MAMMARIA anche per i casi in day hospital**

 - ❑ **(espansore tissutale nella mammella)**
 Intervento = 85.95 in qualsiasi posizione sia codificato :
 importo = tariffa DRG + €878,00
 - ❑ **(protesi monolaterale)**
 Intervento = 85.53 in qualsiasi posizione sia codificato e associato ai DRG 257,258,259,260,261:
 importo = tariffa DRG + €878,00
 - ❑ **(protesi bilaterale)**
 Intervento = 85.54 in qualsiasi posizione sia codificato e associato ai DRG 257,258,259,260,261:
 importo = tariffa DRG + €1.317,00

TARIFFE TRAPIANTI

- ❑ **TRAPIANTO DI CORNEA**
intervento con prime tre cifre = 11.6 associato al DRG 042
importo = €2.375,70

- ❑ **TRAPIANTO DI PELLE PER RICOVERI NON DIMESSI DALLA DISCIPLINA 47**
DRG 458 “ustioni non estese con trapianto di pelle” importo = €25.293,70
DRG 472 “ustioni estese con intervento chirurgico” importo = €39.647,87
(Aosp Parma e Bufalini di Cesena)

- ❑ **TRAPIANTO PANCREAS E FEGATO**
intervento 52.80 o 52.82:
associato al DRG 191 importo = €22.522,20
oppure DRG 192 importo = €16.991,03

- ❑ **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)

- ❑ **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
importo = €169.160,29

- ❑ **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
importo = €243.899,35

- ❑ **AUTOTRAPIANTO DI INTESTINO**
Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.7_ associati ai DRG 148 o 149
importo = €71.813,33

- ❑ **RENE E PANCREAS**
intervento 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati al DRG 302
importo = €65.027,00

- ❑ **RENE E CUORE**
Se coesistono gli interventi 55.69 e 37.5 associati ai DRG 103 o 302
importo = €80.889,69

- ❑ **RENE E FEGATO**
Se coesistono gli interventi 55.69 e 50.59 associati al DRG 480
importo = €100.652,90

- ❑ **FEGATO E CUORE**
Se coesistono gli interventi 50.59 e 37.5 associati al DRG 480
importo = €110.966,10

GRANDI USTIONATI dimessi da disciplina 47

Ricoveri dimessi dalla disciplina 47 a prescindere dal DRG , tariffa giornaliera pari a €1.751,00.
(Aosp Parma e Bufalini di Cesena)

AREA ORTOPEDICA

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

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

❑ **PIEDE TORTO**

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

$$\text{Importo (1)} = \text{tariffa DRG 225} + €2.127,80$$

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

$$\text{Importo (2)} = 1,50 * \text{importo (1)}$$

❑ **DRG 209** - tariffa : fascia A €9738,58 , fascia B €8777,74

Per i soli ospedali di fascia B, in presenza dei codici intervento :

codice 81.53 Revisione di sostituzione di articolazione di anca – Tariffa incrementale del 10% (€877,78)
o del

codice 81.55 Revisione di sostituzione di articolazione di ginocchio – Tariffa incrementale del 10% (€ 877,78)

❑ **CHIRURGIA DELLA MANO**

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)

$$\text{Importo} = €3.553,00$$

2) Diagnosi principale (885.0 o 885.1 o 886.0 o 886.1) associati agli interventi (84.21 o 84.22) e DRG 441

$$\text{Importo} = €5.047,00$$

Per ogni codice intervento ripetuto

$$\text{Importo} = €5.047,00 + (\text{numero di ripetizioni} * 2.000)$$

RICOVERI ACUTI IN REGIME DI DAY HOSPITAL

- Tariffe massime drg specifiche come da allegati delibera
- DRG 323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrixxia mediante ultrasuoni:

in presenza del codice intervento = 98.51

**importo forfettario = 80% * tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1
(indipendentemente al numero di accessi)**

in assenza del codice intervento = 98.51

il ricovero viene tariffato come un normale DRG medico erogato in regime di day hospital

N.B Ai ricoveri in day hospital di 1 accesso non si applica la tariffa del “deceduto/trasferito di 1 giorno”

DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

DRG 410 M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta,

DRG 409 M-radioterapia

DRG 492 M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia:

importo=300 €*numero di accessi

PSICHIATRIA Tariffazione a giornata (codice disciplina 40)

Per i ricoveri di pazienti transitati o dimessi dalla suddetta disciplina, la remunerazione massima complessiva viene così calcolata:

- 1) somma tra la tariffa DRG specifica relativa ad una eventuale fase del ricovero trascorsa in reparti per acuti e il prodotto fra il numero di giornate trascorse in reparti 40.
- 2) La stessa metodologia di calcolo viene applicata ai ricoveri di pazienti transitati anche per reparti riabilitativi e successivamente psichiatrici

	Regime ordinario	Regime di day hospital (DRG chirurgici)	Regime di day hospital (DRG non chirurgici)
Ospedali pubblici	€250*numero di giornate	€200*numero di accessi	€160* numero di accessi
Case di cura psichiatriche	€162,70*numero di giornate	€130,16*numero di accessi	€128,40*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 €328,75

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 H (AOSP FE)	398,32		137,28	292,39
E DRG 483	AS III -75 HS	332,00		112,88	242,36
	AS III-28	361,84		122,47	261,64
	RI II-56	282,24	60	122,47	183,70
	LPA/RE I-60	143,94	60		
4	AS III -75 H (AOSP FE)	216,18			
	AS III -75 HS	208,29			
	AS III-28	200,40			
	RI II-56	200,40	21	122,47	139,17
	LPA/RE I-60	143,94	60		
5	AS III -75 H (AOSP FE)	239,00			
	AS III -75 HS	227,13			
	AS III-28	217,10			
	RI II-56	217,10	15	122,47	144,74
	LPA/RE I-60	143,94	60		
8	AS III -75 H (AOSP FE)	244,94	40	137,28	163,22
	AS III -75 HS	233,80	40	130,92	156,64
	AS III-28	222,67	40	122,47	155,87
	RI II-56	222,67	40	122,47	155,87
	LPA/RE I-60	143,94	60		
Altre MDC	AS III -75 H (AOSP FE)	183,70	30	137,28	137,28
	AS III -75 HS	175,35	30	131,51	131,51
	AS III-28	167,01	30	122,47	122,47
	RI II-56	167,01	30	122,47	122,47
	LPA/RE I-60	143,94	60		

ECCEZIONI PER LE DISCIPLINE 28, 56,75

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

Codice intervento in qualsiasi posizione codificato	disciplina	TARIFFA giornaliera Per regime ordinario	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	28	545,00	0	Tariffa MDC specifica	Tariffa MDC specifica
96.70 o 96.71 o 96.72	56 e 75	457,00	0	Tariffa MDC specifica	Tariffa MDC specifica

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 SOLO sui ricoveri di pazienti residenti in 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 della 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.