SCHEMA DI APPLICAZIONE DEI CONTENUTI DELLA DELIBERA REGIONALE N.1920 DEL 10/12/2007
"Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate a decorrere dal 1-1-2007 Regione Emilia-Romagna"

Anno 2007

INDICE

INTRODUZIONE 3
TIPOLOGIE DI RICOVERI 4
TERMINOLOGIA USATA NEL DOCUMENTO 4
CAMPI DELLA SDO UTILIZZATI PER IL CALCOLO DELL'IMPORTO 4
MODALITA' DI CALCOLO 5
VARIE 5
LIBERA PROFESSIONE (onere della degenza 5,6) 5
ASSENZE TEMPORANEE 6
GRANDI USTIONATI dimessi da disciplina 47 6
QUOTE AGGIUNTIVE PER PROTESI 7
TARIFFE TRAPIANTI 9
RADIOTERAPIA 9
AREA ORTOPEDICA 10
NEONATO dimesso dal nido (codice 31) 10
DAY HOSPITAL ONCOLOGICO 11
PSICHIATRIA Tariffazione a giornata (codice disciplina 40) 11
RIABILITAZIONE (codice disciplina 56,75,28) E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (codice disciplina 60) 12
ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE…… ……13
RICOVERI RIPETUTI 14

INTRODUZIONE

Il presente documento tecnico, predisposto dal Servizio Sistema Informativo e Politiche Sociali della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, descrive le modalità di calcolo adottate per la valorizzazione degli importi dei ricoveri nell'archivio regionale della Scheda di Dimissione Ospedaliera in applicazione alla D.G.R. n. 1920/2007 integrazione
Le tariffe trovano applicazione per tutti i dimessi dalle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate a decorrere dall'1 gennaio 2007.

PRECISAZIONI NECESSARIE PER IL CALCOLO DELL'IMPORTO DEL SINGOLO RICOVERO

TIPOLOGIE DI RICOVERI

Ricovero acuto: 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)

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 più aggiunte tariffarie per riconoscimento protesi ecc..)

RICOVERI A CAVALLO DELL'ANNO
Si tratta di ricoveri il cui ingresso in ospedale è avvenuto nell'anno precedente all'anno di dimissione

- Ricoveri per i quali è prevista una tariffa esclusivamente giornaliera (disciplina 60,56,28,75,40) e non siano mai transitati in reparti per acuti (ricovero puro):
  la remunerazione per le giornate maturate nel periodo antecedente l'anno 2007 dovrà far riferimento alla tariffa adottata nel 2006, mentre le giornate di competenza del 2007 faranno riferimento al tariffario corrente. Le giornate di competenza dell'anno 2006 vengono calcolate secondo tale differenza (1 gen 07 – data di ricovero)
  Le giornate di competenza dell'anno 2007 vengono calcolate secondo tale differenza (data di dimissione - 1 gen 07)

- per i ricoveri per i quali è prevista sia una tariffa a DRG che la tariffa giornaliera MDC specifica , transitati pertanto in un reparto per acuti (ricovero misto), si applica all'intero ricovero il tariffario 2007.

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
- NUMERO DI ACCESSI IN DAY HOSPITAL

MODALITA' DI CALCOLO

Per i ricoveri di tipo acuto 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).

- Ai ricoveri in day hospital di 1 accesso non si applica la tariffa del "deceduto/trasferito di 1 giorno"

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 (fase acuta) + tariffa giornaliera della fase riabilitativa

tariffa giornaliera della fase riabilitativa + tariffa DRG (fase acuta)

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

VARIE

- **DRG 323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni**

  in presenza del codice intervento 98.51
  importo forfettario = 80% tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1 giorno
  (per ricoveri 1 giorno di degenza o DH)

  in assenza del codice intervento 98.51
  importo forfettario=124,47 (per ricoveri 1 giorno di degenza o DH <=3 accessi)
  importo forfettario = 80% tariffa DRG prevista per gli ordinari > 1 giorno (per DH>3 accessi)

- **Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare (ex D.G.R. 1121 del 31-7-2006)**
  Codice intervento 39.59 associato ai codici di patologia principale (454.0 o 454.1 o 454.2 o 454.9) associati al DRG 479 , l'episodio di ricovero assume la tariffa del DRG 119 (sia in regime ordinario che in regime di day hospital)

- **Gamma knife (ex D.G.R. 1121 del 31-7-2006)**
  Codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59
  tariffa per caso trattato € 7.500,00

LIBERA PROFESSIONE (onere della degenza 5,6)

L'importo finale del ricovero di tutte le prestazione erogate in libera professione dovrà essere calcolato al 50%, (quota a carico del SSN)

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.

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)

QUOTE AGGIUNTIVE PER PROTESI

Tariffa aggiuntiva alla tariffa DRG specifica applicabile sia ai ricoveri in degenza ordinaria che day hospital

(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
  - Presidi ospedalieri pubblici o istituti privati accreditati con disciplina = 36 (ortopedia)
    importo = tariffa DRG + € 1.740,00

- **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)

  - Presidi ospedalieri pubblici o istituti privati accreditati con disciplina = 36 (ortopedia)
    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)

  - Presidi ospedalieri pubblici o istituti privati accreditati con disciplina = 36 (ortopedia)
    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

  - Presidi ospedalieri pubblici o istituti privati accreditati con disciplina = 30 (neurochirurgia)
    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

  - Presidi ospedalieri pubblici o istituti privati accreditati con disciplina = 30 (neurochirurgia)
    importo = tariffa DRG + € 1.187,85

- **PROTESI SFINTERICHE URINARIE**
  Se esiste un intervento = 58.93 in qualsiasi posizione sia codificato

  importo = tariffa DRG + € 4.131,65

- **PROTESI ENDOAORTICHE**
  Se esistono interventi 39.71 o 39.79, in qualsiasi posizione siano codificati, ed esiste diagnosi principale, con prime tre cifre = 441:

  importo = tariffa DRG + € 5000

- **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), 08005302 (Ospedale Bellaria di Bologna), 08003110 (Ospedale di Baggiovara),
    importo = tariffa DRG + € 16.010,16

- **NEUROSTIMOLATORE SPINALE**
  Se esiste l'intervento 03.93 in qualsiasi posizione sia codificato
  - Presidi ospedalieri pubblici con disciplina = 49 (terapia intensiva) o Casa di Cura Hesperia Ospital di Modena (080213)
    importo = tariffa DRG + € 2.905,00

- **POMPA PER INFUSIONE INTRATECALE**
  Se esiste l'intervento 86.06 in qualsiasi posizione sia codificato
  - Presidi ospedalieri pubblici con disciplina = 49 (terapia intensiva) o Casa di Cura Hesperia Ospital di Modena (080213)
    importo = tariffa DRG + € 1.807,60

- **PROTESI METACARPALE O METACARPOFALANGEA**
  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 MAMMARIA**
  - **(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
    importo = tariffa DRG + € 878,00
  - **(protesi bilaterale)**
    Intervento = 85.54 in qualsiasi posizione sia codificato
    importo = tariffa DRG + € 1.317,00

- **NEUROSTIMOLATORE VAGALE**
  Se esiste un intervento 04.92 in qualsiasi posizione sia codificato associato ai DRG 7 o 8 ed esiste diagnosi, in qualsiasi posizione siano codificate, 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51 e le strutture sono:
  - istituto = 080908 (AOSP Bologna), 08005302 (Ospedale Bellaria di Bologna)
    importo = tariffa DRG + € 15.000

- **PROTESI COCLEARE**
  Se esiste un intervento = 20.96 o 20.97 o 20.98 in qualsiasi posizione sia codificato :
  - istituto = 080909 (AOSP Ferrara), 080902 (AOSP Parma), 080903 (AOSP Reggio E.),
  - 080904 (AOSP Modena),08005301 (Ospedale Maggiore di Bologna), 080031 (Presidio ospedaliero di Modena), 08009501 (Ospedale di Rimini), 080004 (Ospedale di Piacenza), 080203 (Casa di Cura privata accreditata di Piacenza)

    importo = tariffa DRG + € 21.474,27

TARIFFE TRAPIANTI

- **TRAPIANTO DI CORNEA**
  intervento con prime tre cifre = 11.6 associato al DRG 042
  ricovero ordinario > 1 giorno € 2.800
  ricovero ordinario di 1 giorno o in DH (80% della tariffa ordinario > 1 giorno)

- **TRAPIANTO DI PELLE PER RICOVERI NON DIMESSI DALLA DISCIPLINA 47**
  DRG 504 "ustioni estese di terzo grado con innesto di pelle" importo = € 40.814,64
  DRG 506 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di pelle …con CC…" importo = € 26.103,11
  DRG 507 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di pelle … senza CC…" importo = € 9.938,08
  (Aosp Parma 080902 e Bufalini di Cesena 08009101)

- **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 + (€ 1.797,27 solo ospedali autorizzati)

- **TRAPIANTO DI INTESTINO**
  Se esiste il codice di intervento 46.97
  importo = € 169.160,29 (Aosp di Modena 080904 o Aosp di Bologna 080908)

- **TRAPIANTO MULTIVISCERALE**
  Se esiste il codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
  importo = € 243.899,35 (Aosp di Modena 080904 o Aosp di Bologna 080908) indipendentemente dal DRG

- **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

- **FEGATO E PANCREAS**
  Se coesistono gli interventi 50.59 e 52.83 associati al DRG 480
  importo = € 105.000,00

- **PANCREAS**
  DRG 513
  Oppure DRG 191 o 192 o 292 o 293 associati agli interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83
  importo = € 59.000,00

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 €

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
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,

Importo (1) = tariffa DRG 225 + € 2.127,80

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

Importo (2) = 1,50*importo (1)

- **DRG 209** -
  Per i soli ospedali di fascia B, in presenza dei codici intervento :
  codice 81.53 Revisione di sostituzione di articolazione di anca o del codice 81.55 Revisione di sostituzione di articolazione di ginocchio
  Importo = tariffa DRG + 10%

- **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) e DRG diverso da 226

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

Importo = € 5.047,00

Per ogni codice intervento ripetuto
Importo = € 5.047,00 + (numero di ripetizioni*2.000)

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 € 335,32

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

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=310 € *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) somma tra la tariffa MDC prodie specifica relativa ad una eventuale fase del ricovero trascorsa in reparti riabilitativi/LD e il prodotto fra il numero di giornate trascorse in reparti 40.

	Regime ordinario	**Regime di day hospital**
Ospedali pubblici	€ 287*numero di giornate	€ 229,60*numero di accessi
Case di cura psichiatriche	€ 177,65*numero di giornate	€ 142,12*numero di accessi

L'unità operativa 4002 della Struttura di ricovero 080215 (Villa Igea di Modena), essendo un reparto di diagnosi e cura dell'Azienda di Modena,viene tariffata secondo tariffa 'pubblica'

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 € 120,00

MDC	SEDI/LIVELLO CODICE DISCIPLINA	TARIFFA giornaliera	Valore soglia in giorni di degenza per l'abbattimento	TARIFFA giornaliera abbattuta	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 - AOSP RE)	406,28			140,02	298,23
E DRG 483	AS III -75 HS	338,64			115,13	247,2
	AS III-28	369,07			124,91	266,87
	RI II-56 *	293,53	60	176,11	124,91	187,37
	RI II-56 **	299,40	60	179,64	124,91	187,37
	LPA/RE I-60 *	149,00	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	159,00	60	120	0	0
4	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	406,28			0	0
	AS III -75 HS	338,64			0	0
	AS III-28	206,41			0	0
	RI II-56 *	206,41	21	123,84	124,91	141,95
	RI II-56 **	214,67	21	128,8	124,91	141,95
	LPA/RE I-60 *	149,00	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	159,00	60	120	0	0
5	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	406,28			0	0
	AS III -75 HS	338,64			0	0
	AS III-28	223,61			0	0
	RI II-56 *	223,61	15	134,16	124,91	147,63
	RI II-56 **	232,55	15	139,53	124,91	147,63
	LPA/RE I-60 *	149,00	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	159,00	60	120	0	0
8	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	406,28	40	243,77	140,02	166,48
	AS III -75 HS	338,64	40	203,18	133,53	159,77
	AS III-28	231,57	40	138,94	124,91	158,99
	RI II-56 *	231,57	40	138,94	124,91	158,99
	RI II-56 **	240,83	40	144,5	124,91	158,99
	LPA/RE I-60 *	149,00	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	159,00	60	120	0	0
Altre MDC	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	406,28	30	243,77	140,02	140,02
	AS III -75 HS	338,64	30	203,18	134,14	134,14
	AS III-28	172,02	30	120	124,91	124,91
	RI II-56 *	172,02	30	120	124,91	124,91
	RI II-56 **	178,9	30	120	124,91	124,91
	LPA/RE I-60 *	149,00	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	159,00	60	120	0	0

*** tariffa giornaliera per i casi che nel medesimo episodio di ricovero hanno anche la fase acuta remunerata a DRG**
**** tariffa giornaliera per i casi il cui ricovero avvenga tutto in reparto 60 o in reparto 56**

ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE

Tali tariffe sono valevoli 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, applicabili sia a residenti in Emilia Romagna e non, verranno effettuati dalla Regione a chiusura annuale della banca dati SDO.

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)
- 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 >= 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.