

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la propria deliberazione n. 732 del 18-5-1999, modificata con successiva deliberazione n. 1439 del 30-7-1999, con la quale si è provveduto alla revisione delle tariffe di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna da valere nell'anno 1999;

Tenuto presente che ai sensi dell'art. 8 sexies del Decreto legislativo n. 502 del 30-12-1992 così come modificato dal Decreto legislativo n. 229 del 19-6-1999 di riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della legge 23-10-1992 n. 421:

- a) la remunerazione delle attività assistenziali, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day-hospital, è determinata in base a tariffe predefinite (comma 4°);
- b) i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta (comma 2°);
- c) il Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa sempre con la Conferenza permanente, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare, determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali calcolati su un campione rappresentativo di

strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza, e stabilisce i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse (comma 5°);

- d) con la stessa procedura di cui alla lettera precedente sono effettuati periodicamente le revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi (comma 6°);
- e) sempre il Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, con apposito Decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in regioni diverse da quelle di residenza (comma 8°);

Ritenuto, nelle more della emanazione dei provvedimenti ministeriali di cui al richiamato art. 8 sexies del Decreto legislativo n. 502 del 30-12-1992 così come modificato dal Decreto legislativo n. 229 del 19-6-1999, di rideterminare le tariffe massime per le prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna da valere per l'anno 2000, sulla base dei criteri generali già individuati nella deliberazione n. 732 del 18-5-1999, così come modificata dalla deliberazione n. 1439 del 30-7-1999, e tenuto presente l'impatto sui costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie per i maggiori oneri conseguenti all'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro per il personale dipendente, nonché per l'adeguamento delle strutture ospedaliere agli obblighi di legge;

Valutato opportuno ricercare una semplificazione della classificazione ai fini tariffari degli stabilimenti ospedalieri della Regione, resa possibile dall'introduzione

dei criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento temporaneo, al fine anche di definire una migliore corrispondenza tra costi e tariffe, rispetto alla precedente classificazione in tre classi;

Visto il documento predisposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale per la classificazione delle strutture ospedaliere della Regione Emilia-Romagna in due classi di ospedali secondo criteri ben individuati che questa Giunta condivide ai fini della determinazione delle tariffe massime dei ricoveri ospedalieri;

Tenuto presente che la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 5-8-1999, per le prestazioni ospedaliere oggetto di mobilità interregionale, ha individuato la tariffa unica da valere su tutto il territorio nazionale, riconducibile alla tariffa prevista dal DM 30-6-1997;

Ritenuto, nelle more del perfezionamento degli atti ufficiali in materia di tariffe ospedaliere oggetto di mobilità extraregionale, e fatta salva ogni successiva diversa decisione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, di applicare la tariffa unica nazionale di cui allo stesso DM 30-6-97 per tutte le prestazioni ospedaliere, fatta eccezione per le prestazioni relative ai DRGs 104, 105, 110, 209, 481 e 483 per i quali si ritiene di individuare un diverso valore soglia e tariffa, come da allegato n.9 costituente parte integrante del presente atto, da valere per gli anni 1999 e 2000;

Valutato, pertanto, di determinare come segue il valore massimo del punto DRG per ciascuna delle due classi di ospedali delineate, nonché le tariffe massime relativamente ai ricoveri di cittadini residenti nella Regione Emilia-Romagna:

Ospedali di fascia A	Lire 5.150.000 pari a Euro 2.659,75
Ospedali di fascia B	Lire 4.700.000 pari a Euro 2.427,35

A) REGIME ORDINARIO

A.1) PER I RICOVERI CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AD 1 GIORNO

- Tariffe massime per DRG DI ALTA COMPLESSITA'

(come da all. n. 2):

Ospedali di fascia A	Tariffa DRG specifica
Ospedali di fascia B	Valore del punto DRG per peso DRG

- Tariffe massime per DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'
(come da all. n. 3):

Ospedali di fascia A	Valore del punto DRG per peso DRG
Ospedali di fascia B	Valore del punto DRG per peso DRG

A.1.1) per i seguenti DRG la tariffa massima di cui sopra
deve essere abbattuta del 50%:

006 C-Decompressione del tunnel carpale
039 C-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
119 C-Legatura e stripping di vene
270 C-Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC
342 C-Circoncisione età >17
343 C-Circoncisione età <18
364 C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per
neoplasia maligna

A.2) PER I RICOVERI DI 1 GIORNO

Tariffe massime (come da all. n. 2 e n. 3):

DRG medici	Lire 234.000 pari a Euro 120,85
DRG chirurgici o non medici	80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni

A.2.1) Per i ricoveri di 1 giorno attribuiti ai seguenti
DRG:

124 M-Malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo car-
diaco e diagnosi complicata
125 M-Malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo car-
diaco e senza diagnosi complicata
373 M-Parto vaginale no CC
323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ul-
trasuoni

per quest'ultimo nei soli casi nei quali sia riportato il
codice di procedura 98.51:

- 80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni

A.2.2) Per i DRG di cui al punto A.1.1 la tariffa massima per i ricoveri di un giorno è la medesima prevista allo stesso punto A.1.1.

A.3) RICOVERI CHE PREVEDONO L'IMPIANTO DI DETERMINATE TIPOLOGIE DI PROTESI

Tariffe massime, negli importi di cui ai precedenti punti A.1 e A.2 incrementate degli importi di cui all'allegato n. 5 solamente per le strutture e con i vincoli ivi specificati;

B) REGIME DI DAY HOSPITAL
Tariffe massime (come da all. n. 4):

B.1) PER DRG CHIRURGICI O NON MEDICI

80% della tariffa massima prevista per i ricoveri ordinari con durata della degenza superiore a un giorno;

B.2) PER DRG MEDICI

con 1, 2, 3 accessi	tariffa forfettaria di Lire 234.000 pari a Euro 120,85
con più di 3 accessi	80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni

B.2.1) per i casi attribuiti ai seguenti DRGs:
409M- radioterapia
410M- chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
492M- chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia:

- casi con un solo accesso:
tariffa forfettaria omnicomprensiva di Lire 234.000 pari a Euro 120,85
- casi con accessi compresi fra 2 e 7:
80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni

- casi con più di 7 accessi:
100% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni
- B.2.2) per i casi attribuiti ai seguenti DRGs:
065M, 134M, 183M, 294M. 321M, 326M, 332M, 369M, 467M,
indipendentemente dal numero di accessi:
- Tariffa forfettaria omnicomprensiva di Lire 200.000 pari a Euro 103,29
- B.2.3) per i casi attribuiti ai seguenti DRGs indipendentemente dal numero di accessi:
124M-malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata
125M-malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e senza diagnosi complicata
323M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni
- per quest'ultimo nei soli casi nei quali sia riportato il codice di procedura 98.51:
- 80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni

C) NEONATO SANO DIMESSO DAL NIDO

- C.1) Per i neonati presso la stessa struttura e ospitati e dimessi dal nido (codice 31), indipendentemente dall'attribuzione al DRG:
- Tariffa massima Lire 600.000 pari a Euro 309,87
- C.2) Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido alla nascita e dimesso dal nido perché trasferito ad altro presidio entro 0/1 giorno dalla nascita.
- C.3) Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido, di una struttura diversa da quella presso la quale è nato o della stessa struttura ma in una fase successiva alla dimissione, per mantenerlo vicino alla madre che sia stata trasferita ad una struttura diversa rispetto a quello nella quale ha avuto luogo il parto o sia stata nuovamente ricoverata presso la stessa struttura in una fase

successiva.

D) Per i DRG 232, 370, 371, 372, 373, 374 e 375 si applicano i pesi così come rideterminati dalla deliberazione della Giunta Regionale 1159 del 20 luglio 1998, come da allegato 3 al presente provvedimento;

E) RICOVERI IN REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AI VALORI SOGLIA

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 (all. 2 e 3)

F) RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI 1 GIORNATA PER PAZIENTI TRASFERITI AD ALTRO ISTITUTO O DECEDUTI

La remunerazione da corrispondere è pari a due volte la tariffa DRG specifica riportata nella colonna (trasferito/deceduto 1g)

G) ASSISTENZA PSICHIATRICA RELATIVAMENTE A RICOVERI IN REPARTI DI DIAGNOSI E CURA DI OSPEDALI PER ACUTI E CASE DI CURA ACCREDITATE

Ospedali pubblici:

- Tariffa pro die per ricoveri ordinari: Lire 370.000 pari a Euro 191,09
- Tariffa per accesso ricoveri in Day-Hospital: 80% della tariffa per ricoveri ordinari

Case di cura psichiatriche:

- Tariffa pro die per ricoveri ordinari: Lire 267.000 pari a Euro 137,89
- Tariffa per accesso ricoveri in Day-Hospital: 80% della tariffa per ricoveri ordinari

(abbattimento del 40% sulle gg eccedenti il 60° giorno di ricovero in relazione a quanto stabilito nell'accordo di settore sulla psichiatria recepito con DGR n. 405/98)

H) RICOVERI IN REPARTI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (codici 28,56,60,75)

Tariffe massime come da allegato 6. Per i ricoveri ordinari di pazienti transitati o dimessi da reparti di riabilitazione o lungodegenza post acuzie, la remunerazione massima complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa ad una eventuale fase del ricovero trascorsa in un reparto diverso da quelli di cui ai codici di disciplina 28-56-60-75 e il prodotto fra il numero delle giornate trascorse in reparti di cui ai codici di disciplina 28-56-60-75 e la valorizzazione pro die specifica per tipo di reparto ed MDC, ovvero DRG, come specificato nell'allegato 6; L'allegato 6 riporta inoltre i valori soglia in giorni della durata di degenza, oltre i quali deve essere praticato un abbattimento del 40% della tariffa giornaliera fino ad un limite minimo di valorizzazione della giornata di degenza stessa di Lire 214.000 pari a Euro 110,52. Per i ricoveri in Day-Hospital la remunerazione massima complessiva deriva dal prodotto del numero degli accessi per la tariffa pro die specifica per disciplina, MDC ovvero DRG, e tipo di Day-Hospital (cicli fino a 3 accessi ovvero cicli di almeno 4 accessi) riportata in allegato 6.

Le tariffe succitate valgono anche per le strutture di riabilitazione ex articolo 26 per la attività svolta all'interno dei piani aziendali per l'attuazione della rete integrata socio-sanitaria destinata alla riabilitazione e alla Lungodegenza post acuzie-riabilitazione estensiva previsti dall'emanando piano delle attività di riabilitazione nella Regione Emilia-Romagna;

I) PRELIEVI DI ORGANI E TRAPIANTI

Tariffe massime di cui all'allegato n. 7;

L) RICOVERI RIPETUTI

Per i ricoveri ordinari successivi di uno stesso paziente, dimesso da unità operative per acuti, di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Presidio e classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), le tariffe sono ridotte come di seguito specificato:

L.1) INTERVALLO TEMPORALE 2-7 GIORNI: re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, 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, abbattimento del 50% della corrispondente tariffa;

- L.2) INTERVALLO TEMPORALE 8-30 GIORNI - abbattimento tariffario del 20% della corrispondente tariffa;
tali abbattimenti tengono conto dei ridotti costi per procedure diagnostiche in pazienti già noti clinicamente ed hanno l'obiettivo di disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero.
- L.3) I ricoveri ripetuti con intervallo temporale 0-1, avvenuti nello stesso Presidio, comprese 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, non sono ricompresi fra quelli oggetto di abbattimenti tariffari in quanto essi sono oggetto di controllo obbligatorio interno, finalizzato ad evidenziare i casi nei quali si sia verificata una frammentazione dell'episodio di ricovero, per i quali l'importo relativo ad uno dei due episodi deve essere annullato;
- L.4) Fatti salvi i casi in cui, a seguito di attività di controllo interna o esterna i singoli episodi di ricovero ripetuto si dimostrino essere legati a fenomeni di frammentazione o siano ricoveri attribuiti a DRG di tipo medico aventi natura di ricovero per accertamenti pre-operatori, vengono esclusi dagli abbattimenti di cui ai punti L.1 e L.2 le seguenti categorie di ricoveri:
- ricoveri di pazienti neoplastici (diagnosi principale codificata con i codici compresi fra il codice 140.0 e il codice 208.91 o compresi fra il codice 230.0 e il codice 239.9 o codificate con i codici V58.0 o V58.1)
 - ricoveri attribuiti ai DRG 488, 489 o 490
 - casi in cui il ricovero successivo sia stato attribuito ad un DRG di tipo chirurgico avente peso relativo superiore o uguale a 1,9 (vedi colonna "peso" allegati 2 e 3);

M) DRG OGGETTO DI ACCORDO CON MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Con riferimento ai 27 DRG oggetto di accordo vengono riconfermati con effetto sull'intera annualità, gli obiettivi di riduzione concordata della produzione di seguito riportati:

Piacenza	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 14,2%
Parma	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 5,9%
Reggio Emilia	casi ricoverati nel 1998	
Modena	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 7,9%
Bologna Sud	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 19,0%
Imola	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 22,6%
Bologna Nord	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 2,9%
Bologna Città	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 20,5%
Ferrara	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 2,7%
Ravenna	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 14,2%
Forlì	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 32,7%
Cesena	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 29,3%
Rimini	casi ricoverati nel 1998	ridotti del 21,0%

Vengono confermati gli effetti tariffari di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 732/1999, così come modificati alla Delibera di Giunta Regionale n. 1439/1999.

N) ARROTONDAMENTI

Tutti gli importi che si originano a seguito degli abbattimenti di cui ai punti precedenti devono essere arrotondati al migliaio seguendo le regole degli arrotondamenti aritmetici (arrotondamento al migliaio superiore per centinaia uguali o superiori a 5, idem per le decine);

Considerato che, come previsto anche dalla Circolare del Ministero della Sanità di prot. n. 100/SCPS/16678 dell'11 novembre 1996, spetta alla Regione e alle Aziende U.S.L. acquirenti predisporre gli appropriati sistemi di controllo esterno relativamente al comportamento degli erogatori pubblici e privati ed alla corretta osservanza delle regole degli scambi, ivi compresa la garanzia di adeguati livelli di qualità di assistenza erogata, oltre che il controllo interno da parte dei singoli erogatori;

Dato atto che presso la Direzione Generale Sanità è funzionante il gruppo di lavoro costituito con determinazione

n. 4678 del 7/5/98 a norma dell'art. 13 della Legge Regionale n. 44 del 18 agosto 1984 e successive modificazioni per le funzioni di controllo sui dati delle schede nosologiche individuali e sulla mobilità sanitaria;

Ritenuto che i controlli sui comportamenti dei produttori pubblici e privati dovranno effettuarsi secondo i principi sviluppati dal gruppo di lavoro di cui sopra e contenuti nell'allegato 8;

Ritenuto inoltre di specificare che l'attività di controllo esterno regionale e locale potrà tradursi anche nella modifica degli effetti economici dei ricoveri oggetto dei controlli fino all'eventuale azzeramento degli effetti stessi;

Dato atto, ai sensi dell'art. 4, comma 6, della Legge Regionale 19 novembre 1992, n. 41 e della propria deliberazione n. 2541 del 4 luglio 1995, dei pareri favorevoli sulla presente deliberazione espressi:

- dal Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri, dott. Sergio Venturi, in ordine alla regolarità tecnica;
- dal Direttore Generale alla Sanità, dott. Franco Rossi, in ordine alla legittimità;

Acquisito il parere della Commissione Consiliare "Sicurezza Sociale" espresso nella seduta del 17 febbraio 2000;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

- 1) di approvare per l'anno 2000 la classificazione in fascia A e B degli stabilimenti ospedalieri e delle Case di Cura provvisoriamente accreditate della Regione Emilia-Romagna, come da tabelle di cui all'allegato n. 1 che forma parte integrante del presente provvedimento;
- 2) di determinare - fatta salva ogni successiva diversa decisione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome -

l'applicazione, per gli anni 1999 e 2000, ai ricoveri oggetto di mobilità extraregionale la tariffa unica nazionale di cui al DM 30-6-97 prevista per tutte le prestazioni ospedaliere, fatte salve per le prestazioni relative ai DRG di cui in allegato n.9, parte integrante del presente provvedimento, per i quali viene individuato un diverso valore soglia e relativa tariffa;

- 3) di determinare per l'anno 2000 le tariffe massime per le prestazioni ospedaliere di ricovero per acuti di cittadini residenti in regione Emilia-Romagna riferite a ciascuna fascia di classificazione degli stabilimenti ospedalieri, fasce individuate come da allegato 1, quali risultano dagli allegati contraddistinti dai numeri 2, 2bis, 3, 3 bis, 4, 4bis, 5, 6, 6bis e 7 pure essi parte integrante del presente provvedimento, concernenti:
- l'allegato n. 2, le tariffe in Lire relative ai DRGs di alta complessità;
 - l'allegato n. 2bis, le tariffe in Euro relative ai DRGs di alta complessità;
 - l'allegato n. 3, le tariffe in Lire dei DRGs non di alta complessità;
 - l'allegato n. 3bis, le tariffe in Euro dei DRGs non di alta complessità;
 - l'allegato n. 4, le tariffe in Lire relative ai ricoveri in regime di Day-Hospital;
 - l'allegato n. 4bis, le tariffe in Euro relative ai ricoveri in regime di Day-Hospital;
 - l'allegato n. 5, gli importi, le modalità di codifica e i centri che possono beneficiare della remunerazione aggiuntiva per gli impianti di determinate protesi;
 - l'allegato n. 6, le tariffe in Lire relative alla attività di riabilitazione intensiva e di lungodegenza post-acuzie;
 - l'allegato n. 6bis, le tariffe in Euro relative alla attività di riabilitazione intensiva e di lungodegenza post acuzie;
 - l'allegato n. 7, le tariffe relative ai prelievi, ai trapianti e al trasporto degli organi prelevati da cadavere e conseguenti modalità di addebito;
- 4) di prevedere gli abbattimenti tariffari per i ricoveri ripetuti relativamente ai cittadini residenti in

Emilia-Romagna così come esplicitato al punto L delle premesse;

- 5) di stabilire che le tariffe così come determinate al precedente punto 3 devono intendersi comprensive dei pasti consumati dall'accompagnatore del minore degli anni 12 o del soggetto portatore di handicap ai sensi della Legge 104/92;
- 6) di fissare, con le precisazioni di cui in premessa, in Lire 600.000 pari ad Euro 309,87 la tariffa massima per il neonato sano ospitato e dimesso dal nido, per il quale deve essere obbligatoriamente compilata la scheda di dimissione;
- 7) di fissare in Lire 370.000 pro die pari ad Euro 180,76 la tariffa per l'assistenza psichiatrica, relativamente a ricoveri ordinari in reparti di diagnosi e cura di stabilimenti ospedalieri pubblici per acuti, e di fissare per le case di cura psichiatriche le relative tariffe giornaliere in Lire 267.000 pari Euro 137,89.
Per i ricoveri in Day-Hospital la tariffa per ogni accesso è fissata all'80% di quella prevista per i ricoveri ordinari;
- 8) di confermare per i 27 DRG proposti per gli accordi con i Medici di Medicina Generale gli abbattimenti e gli obiettivi di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 732/1999, così come modificata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1439/1999;
- 9) di stabilire che le tariffe così come sopra determinate e fissate, trovino applicazione con gli ammessi dal 1 gennaio 2000;
- 10) di dare atto che le tariffe stesse sono da considerarsi come valori massimi di riferimento e, come tali, soggette a negoziazione fra soggetto produttore e Azienda USL territoriale di competenza;
- 11) di prevedere che gli incrementi tariffari contenuti nel presente provvedimento e relativi in particolare al valore del punto DRG, ai ricoveri durante i quali siano state impiantate le protesi di cui al punto A.3 delle premesse,

alla attività dei reparti di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, siano riconosciuti solo nei casi in cui si sia provveduto alla contrattazione richiamata in premessa;

- 12) di disporre sulla base della normativa nazionale di riferimento e della presente deliberazione, che i contenuti della presente sono da ritenersi validi per tutti i produttori pubblici e privati accreditati per l'anno 2000, anche in relazione a quanto espressamente previsto dagli accordi contrattuali di cui alle deliberazioni nn. 1384/99 2439/99;
- 13) di confermare la tariffa di Lire 42.592.000 pari a Euro 21996,93 per il DRG 458C (ustioni non estese con trapianto di pelle) limitatamente all'attività dei Centri Grandi Ustionati (codice disciplina 47)
- 14) di stabilire altresì che le Aziende Sanitarie debbano sviluppare sistemi di controllo dei volumi di produzione e dei costi, al fine di perseguire il contenimento della spesa sanitaria per i ricoveri ospedalieri e l'equilibrio economico di gestione;
- 15) di dare atto che la Regione eserciterà le funzioni di controllo sulla base dei criteri definiti come dall'allegato 8 che forma parte integrante del presente provvedimento;
- 16) di rinviare a successiva separata determinazione i provvedimenti di competenza in applicazione delle disposizioni di cui al decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124, concernente la ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50 della legge 27 dicembre 1997 n. 449;
- 17) di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo degli allegati, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - -