TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2009 secondo CMS-DRG Versione 24

Premessa

Con il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 18 dicembre 2008 si è introdotto, a livello nazionale, l'aggiornamento del sistema di classificazione utilizzato per la codifica delle diagnosi e delle procedure inserite nella scheda di dimissione ospedaliera e del sistema utilizzato per la classificazione della casistica ospedaliera ai fini sia della descrizione e valutazione del case-mix trattato, che della remunerazione dei ricoveri. I due sistemi, in vigore dal primo gennaio 2009, sono la versione italiana 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) e la versione 24.0 del sistema Diagnosis Related Groups (DRG). Il decreto ha definito anche il sistema di pesi-DRG calcolato sulla base di un campione di ospedali italiani ed ha ridefinito i valori soglia DRG specifici.
Pertanto alla luce di tali aggiornamenti si è reso necessario effettuare una attività di aggiornamento della TUC; la 24° versione DRG infatti contiene 54 nuovi DRG, ne revisiona 15 e ne elimina 24. A tale scopo è stato istituito un gruppo di lavoro, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna a cui hanno partecipato le Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Toscana, Molise, Puglia, Campania, e che ha provveduto ad aggiornare, alla luce della 24.0 versione, la classificazione dei DRG di alta complessità e i potenzialmente inappropriati, il valore soglia DRG specifico, ed ad individuare le tariffe per i nuovi DRG ed i modificati .
La definizione delle nuove tariffe è avvenuta sulla base del vincolo di invarianza dei volumi finanziari complessivi, ossia le tariffe dei nuovi DRG non debbono produrre incrementi sul fatturato.

Le tariffe TUC 2008 (base di partenza per l'aggiornamento della TUC 2009) e le tariffe rimodulate per i DRG che a seguito dell'aggiornamento del nuovo sistema di classificazione è stato necessario ridefinire, sono state inoltre incrementate del + 0.8% (tasso di inflazione registrato nel 2009)

Per la propria mobilità attiva la Provincia Autonoma di Bolzano applica le tariffe provinciali. Ciascuna Regione potrà scegliere le tariffe da utilizzare per gli addebiti alla P.A. di Bolzano, la TUC o le proprie tariffe regionali.
La TUC non viene applicata all'attività delle strutture ACISMOM, per le quali verranno invece utilizzate le tariffe regionali.
In tutti i casi sopra indicati in cui non viene applicata la TUC, la Regione creditrice dovrà trasmettere alla Regione debitrice, all'atto dell'invio dei dati di attività, le tariffe utilizzate in formato elettronico e le modalità di calcolo adottate per la determinazione degli importi.

La TUC 2009 si basa su 538 DRG raggruppati secondo 3 classi di DRG:

Alta complessità (91–DRG)

Potenzialmente inappropriati (45–DRG)

Restanti DRG (402–DRG)

Regole di applicazione

- Per l'ospedale pediatrico Gaslini di Genova: per i DRG appartenenti all'alta complessità è previsto un incremento del 5%; per i restanti DRG è previsto un aumento del 15%. A cui va aggiunto l'incremento del +7% previsto per le Aziende miste. Si sottolinea che l'applicazione dei diversi incrementi vanno considerati come somma delle % (ad esempio nel caso del Gaslini nel caso dei DRG di alta complessità 5+7=12%)
  Alta complessità 5+7=12%
  Gli altri 15+7=22%

- Per l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù: fatto salvo quanto verrà deciso dalla Conferenza dei Servizi istituita in applicazione della Legge 18 maggio 1995, n.187, è prevista l'applicazione della TUC con i seguenti incrementi: +5% per i DRG appartenenti all'alta complessità; +15% per i restanti DRG.

- Per ***l'Istituto Ortopedico Rizzoli*** di Bologna è previsto un aumento del 30% limitatamente alle seguenti Unità Operative: Chemioterapia Ortopedica codice 6401, Divisione Ortopedia Traumatologia ad indirizzo Oncologico 3604, Divisione Ortopedia Traumatologia Pediatrica 3603, Servizio di Chirurgia del Rachide 3610. L'incremento del 30% si aggiunge agli altri incrementi previsti (+7% delle aziende miste) sulle tariffe DRG specifiche.

Aziende miste

Si concorda di esplicitare meglio la definizione di azienda mista riportata nel documento approvato dai presidenti per evitare eventuali difformi interpretazioni. Pertanto la definizione risulta essere:
Sono definite Aziende miste tutte le Aziende Ospedaliere o gli istituti (compresi gli IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia. Istituti monospecialistici presso i quali insegnamenti del triennio clinico siano svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso la Azienda di riferimento del corrispondente Ateneo, rientrano nella definizione di Azienda Mista. In tutti i casi sopramenzionati il riconoscimento deve essere supportato da delibere regionali di finanziamento per l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali.
Alle Aziende miste viene riconosciuto dal 1 gennaio 2004 un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca. **L'incremento tariffario viene calcolato esclusivamente sulla tariffa DRG specifica, sulle giornate oltre soglia, e sulla tariffa giornaliera per l'attività riabilitativa/lundodegenza; gli eventuali ulteriori costi aggiuntivi** (prelievo di organi, protesi, ecc.) **non devono essere considerati oggetto di incremento tariffario** -ad esempio, per le cellule staminali limbari (DRG 42 con diagnosi principale=370.62 e diagnosi secondaria=V42.9, e con intervento principale=11.59 e intervento secondario=11.99) si applica l'incremento del 7% alla tariffa di € 2.544,31, poi si aggiungono € 12.290,15 per la fornitura delle cellule -.
L'incremento tariffario del 7% si applica anche alle tariffe specifiche dei trapianti.
Si prevede un range di tolleranza di + 0 - 0,50 Euro per ogni ricovero; ciò vuol dire che quando si effettua il controllo sull'importo (ERR06=5) la segnalazione andrà fatta solo se l'importo addebitato risulterà diverso rispetto a quello calcolato dalla regione debitrice a meno di uno scarto di 0.50 euro, cioè se la differenza (in valore assoluto) tra i due importi risulterà superiore a 0,50

Attività libero professionale

Queste prestazioni (individuate con onere=5 e 6) dovranno avere un importo pari al 60% della tariffa indicata nella TUC. Questa percentuale deve essere calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi, inclusi quelli del 7% delle Aziende miste e del 30% dell'Istituto Rizzoli.

Protesi ed altre procedure

Per il riconoscimento economico di alcune protesi e alcune procedure di alto costo è prevista una quota tariffaria aggiuntiva alla tariffa base del DRG .
Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i codici di seguito esplicitati: per "codice intervento" o "codice diagnosi", qualora non venga espressamente indicato, si intende sia intervento chirurgico principale che secondari e diagnosi principale che secondarie (in qualsiasi posizione di diagnosi secondarie).

DRG per i quali è prevista un'aggiunta tariffaria

- ✓ **Protesi cocleare**

(codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) ***tariffa aggiuntiva*** € **22.366,28**

- ✓ **Stimolatore cerebrale**

(codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) ***tariffa aggiuntiva*** **€ 13.500**

- ✓ **Ombrello atriale settale**

(codice intervento 35.52) associato al DRG 518; ***tariffa aggiuntiva*** **€ 5.800**

*****Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (DRG 545)**
La tariffa DRG specifica *è già omnicomprensiva* della quota di € 1.343,25 per la revisione di sostituzione.

- ✓ **Neurostimolatore vagale**

(codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associati ai DRG 7 e 8 ***tariffa aggiuntiva*** per lo stimolatore (sia impianto che sostituzione) pari a € **15.377,04**

- ✓ **Pompe di infusione totalmente impiantabile**

(codice intervento 86.06) ; ***tariffa aggiuntiva*** **€ 3.500**

- ✓ **Trapianto di cellule staminali limbari**

DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; la tariffa è € ***2.544,31*** alla quale deve essere sommato l'importo di Euro 12.290,15 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (***tariffa aggiuntiva di € 12.290,15)***

- ✓ **Impianto di apparecchio acustico elettromegnetico**

(codice intervento 20.95) associato al DRG 55; ***tariffa aggiuntiva*** **€ 8.568**

- ✓ **Protesi dell'aorta addominale**

(codice intervento 39.71) ; ***tariffa aggiuntiva*** **€ 3.528**

- ✓ **Protesi dell'aorta toracica**

(codice intervento 39.73) ; ***tariffa aggiuntiva*** **€ 5.544**

DRG per i quali è prevista una tariffa DRG particolare per singolo episodio di ricovero

- ✓ **Gamma knife**

(codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco) ***tariffa per caso trattato*** pari a € **7.750,03**

- ✓ **Ciber knife**

(codice intervento 92.31) ***tariffa per caso trattato*** pari a € **7.688,52**

- ✓ **Interventi per obesità**

(codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91) associati al DRG 288 ***tariffa per caso trattato*** pari a € **4.093,38**

- ✓ **Neurostimolatore spinale**

(codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98) ***tariffa per caso trattato*** pari a € **9.245,38**

- ✓ **Brachiterapia**

(intervento 92.27-impianto o inserzione di elemento radioattivi), associati alla diagnosi V58.0, ***tariffa per caso trattato*** pari a € **8.568,00**

- ✓ **Termoablazione epatica per via percutanea**

(intervento 50.24), associato al DRG 191 o 192, ***tariffa per caso trattato*** pari a € **5.040,00**

Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo DRG versione 24

▪RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI 0/1 GIORNO (PAZIENTI TRASFERITI AD ALTRO ISTITUTO PER ACUTI O DECEDUTI)

Se la modalità di dimissione =1 e 6 va utilizzata la tariffa DRG colonna (d)

▪RICOVERI IN REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AL VALORE SOGLIA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica colonna (a) ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia (colonna e) e la tariffa "pro die" della colonna (f).
Questa regola vale anche nel caso dei trapianti sia individuati da un DRG specifico che da un codice di intervento.

▪RICOVERI IN REGIME DI DAY HOSPITAL

La tariffa prevista per il day hospital, colonna (c), è da intendersi per accesso.
Fanno eccezione a tale regola

- i DRG medici 124, 125, 323 (tariffa DRG specifica a caso trattato)
- i DRG di tipo chirurgico (tariffa DRG specifica a caso trattato)
- i DRG medici definiti "potenzialmente inappropriati" attribuiti a pazienti con età >14 anni (tariffa DRG specifica a caso trattato)

▪TARIFFE PER I RICOVERI RIABILITATIVI E DI LUNGODEGENZA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dal prodotto della tariffa giornaliera per il numero di giornate o accessi.
Si precisa, come evidenziato nel tariffario allegato, che per i ricoveri in specialità 28 e 75 viene applicata la tariffa ordinaria per tutte le giornate di degenza, mentre per le specialità 56 e 60 la tariffa a partire dal 61° giorno è abbattuta del 40%.

Per i ricoveri ordinari di pazienti riabilitativi transitati o dimessi da reparti per acuti e documentati da un'unica SDO, la remunerazione complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa alla fase acuta e il prodotto fra il numero delle giornate trascorse in unità operative di riabilitazione (codice 75,28,56) o di lungodegenza (codice 60) e relativa tariffa giornaliera MDC specifica.

▪PSICHIATRIA

I ricoveri psichiatrici seguono le regole di tariffazione delle discipline per acuti.

ATTIVITA' DI PRELIEVO E DI TRAPIANTO DI ORGANI

Le attività di trapianto investono anche una precedente fase di osservazione, prelievo e trasporto dell'organo che non viene valorizzata attraverso i DRGs e quindi non rientra tra le attività oggetto di compensazione.
La presente regolamentazione ha lo scopo di incentivare le attività di trapianto e riguarda solo gli aspetti legati alla mobilità sanitaria interregionale, nell'ambito di competenza interna ogni Regione ha chiaramente potestà diversa ed autonoma.
La casistica che è stata presa in esame riguarda esclusivamente prelievi di organi quali cuore, polmoni, reni, fegato, pancreas, intestino da donatore cadavere e non comprende prelievi da donatore vivente.

Osservazione, prelievo e trasporto
Qualora queste fasi siano effettuate all'interno della Regione sede del trapianto, per cittadini residenti in Regioni diverse da quella sede di trapianto e di osservazione prelievo e trasporto, la tariffa da porre in compensazione e relativa alla fase di osservazione e prelievo è convenzionalmente individuata in quella unica nazionale e con importo di Euro 2.626,39 ad organo trapiantato, come da Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994". La tariffa del trasporto è stata individuata in modo convenzionale e forfettario nell'importo di Euro 331,12.
Se le fasi di osservazione prelievo e trasporto sono effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto, l'Azienda ASL/Ospedaliera sede dell'osservazione richiederà all'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto il rimborso dei costi sostenuti per ciascun organo alla tariffa convenzionalmente stabilità di Euro 2.957,52. Questa attività viene considerata quale acquisizione di prestazione/servizio da parte dell'Azienda che effettua il trapianto e che assicurerà il pagamento di quanto addebitato in via prioritaria entro trenta giorni dal ricevimento dell'addebito.
Se la fase di trasporto viene effettuata a cura dell'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto, l'addebito riguarderà solo la fase di osservazione e quindi con un importo di Euro 2.626,39.
In tutti i casi sopra descritti la Regione sede del trapianto addebiterà alla Regione di residenza del paziente trapiantato, tramite il sistema della compensazione interregionale della mobilità sanitaria, l'importo complessivo convenzionale di Euro 2.957,52.

L'addebito deve essere effettuato ***aggiungendo*** l'importo convenzionale di **Euro 2.957,52** o di **Euro 2.626,39** all'importo del DRG nel campo "importo degenza" del tracciato record relativo ai seguenti casi di ricovero:

- Trapianto cardiaco DRG 103
- Trapianto renale DRG 302
- Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino DRG 480
- Trapianto pancreas DRG 513
- Trapianto pancreas individuato dagli interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293
- Trapianto simultaneo pancreas e rene DRG 512
- Trapianto di polmone DRG 495
- Trapianto multiviscerale individuato dal codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
- Trapianto di intestino isolato individuato dal codice di intervento 46.97

L'inserimento del paziente in lista di attesa non corrisponde alla certezza di effettuare il trapianto, diversamente da qualsiasi altro intervento chirurgico programmato. Di conseguenza, le prestazioni ambulatoriali, eseguite sul paziente in lista di attesa, non rientrano nel DRG e devono essere addebitate dalla Regione erogatrice alla Regione di residenza del paziente, in quanto soggette alla compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

Si riportano di seguito le specifiche per la tariffazione di quei trapianti per i quali è necessario leggere sia i codici di intervento che il DRG. La restante attività trapiantologica, per la quale è sufficiente leggere il singolo DRG è riportata nel tariffario allegato

TRAPIANTO DI CORNEA
Il DRG 42 nei casi di trapianto di cornea (codice intervento 116 da 0 a 9)
Tariffa specifica € 2.544,31

TRAPIANTO MULTIVISCERALE
Se è presente il codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
Tariffa specifica € 246.631,03

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO
Codice di intervento 46.97
Tariffa specifica € 171.054,94

TRAPIANTO DI PANCREAS ISOLATO
Interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293
Tariffa specifica € 61.450,75

Le tariffe dei trapianti (ad esclusione del midollo osseo e del trapianto di cornea) vengono incrementate secondo le regole su indicate .

ATTIVITA' DI RICERCA E PRELIEVO PER TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ANNO 2006 e gennaio 2007 per donatori consanguinei e non consanguinei e dal 1° febbraio 2007 solo per donatori consanguinei

Le attività di trapianto di midollo osseo sono precedute dalla fasi di ricerca del donatore e del prelievo cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione di residenza dell'assistito ricevente.
La presente regolamentazione riguarda solo gli aspetti legati alla compensazione interregionale della mobilità sanitaria ed è valida per l'attività dell'anno 2006. Per le attività dell'anno 2007 (1° febbraio) vengono introdotte regole differenti solo per le ricerche ed i prelievi su donatori non consanguinei. Per i donatori consanguinei restano in vigore le regole descritte.

Ricerca del donatore
Le analisi relative all'iscrizione dei pazienti ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione di residenza.
Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale, anche tramite i Registri regionali, sono a carico della regione di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. La struttura che effettua le indagini fatturerà tali prestazioni direttamente alla ASL/ULS/USL di residenza del paziente candidato ricevente secondo le tariffe previste dal nomenclatore regionale. Le informazioni necessarie per tali fatturazioni sono acquisibili tramite il Registro che ha richiesto le ulteriori ricerche di compatibilità.

La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo (in regime ordinario di più di 1 giorno)
Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09 ; la tariffa è di Euro 37.495,37. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

Trapianto allogenico (in regime ordinario di più di 1 giorno)
Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 86.447,67.
La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche:

DRG 467: diagnosi ed interventi relativi ad attività di prelievo di midollo osseo.

Diagnosi V593	donatore di midollo osseo
Intervento 4191	aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
Diagnosi V5902	donatore di sangue, cellule staminali
Intervento 9979	altra aferesi terapeutica

dovranno essere inviati con onere della degenza ='9' e ad importo zero.

Nei casi in cui la regione sede del prelievo sia diversa dalla regione sede del trapianto, la struttura in cui viene effettuato il prelievo fatturerà direttamente alla struttura sede del trapianto l'importo di Euro 1.340,88.

Tutti gli oneri relativi all'eventuale trasporto sono a carico della struttura che effettua il trapianto, esclusivamente per i prelievi effettuati in Italia.

ATTIVITA' DI RICERCA E REPERIMENTO DI CSE (MIDOLLARI, CORDONALI E PERIFERICHE) AI FINI DI TRAPIANTO
A PARTIRE DAL 1° FEBBRAIO 2007 per donatori non consanguinei

Le attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) sono precedute dalle fasi di ricerca e di reperimento i cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione di residenza dell'assistito ricevente.
La presente regolamentazione, valida **a partire dalle ricerche attivate dal 1° febbraio 2007** ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni del 5.10.2006 (provv. n. 2637), riguarda gli aspetti legati alla compensazione della mobilità sanitaria di detta attività (ricerca e reperimento di cse midollari, cordonali e periferiche) ai fini di trapianto in Italia da donatori non consanguinei (midollare e periferico) e da banche cordonali. **Per le ricerche e i prelievi effettuati su donatori consanguinei restano in vigore le norme precedenti.**

Ricerca di CSE (midollari, cordonali e periferiche)
Le analisi relative all'iscrizione dei donatori ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione di residenza.
Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale (IBMDR), anche tramite i Registri regionali, sono a carico della regione di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. L'attivazione della ricerca verrà condivisa dal Galliera, ove ha sede l'IBMDR, con l'Azienda USL di residenza del paziente ricevente per il quale tale ricerca viene attivata tramite l'acquisizione di apposita informativa.
I Centri che effettuano le indagini sui candidati donatori e il centro che effettuerà la prestazione legata al prelievo di cellule staminali o le banche di cellule staminali cordonali fattureranno tali prestazioni direttamente a:
Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera"
– Gestione I.B.M.D.R. –
Via Volta 19/5
16128 Genova
cod. fiscale e partita I.V.A.: 00557720109
utilizzando il tariffario predisposto dall'I.B.M.D.R. e di seguito riportato.
Tutte le prestazioni ambulatoriali legate all'attività di ricerca verranno inviate ad importo zero perché già fatturate all'IBMDR.
La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".
Trapianto autologo
Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09; la tariffa è di Euro 37.495,37. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.
Trapianto allogenico
Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 86.447,67.
Prelievo di CSE midollari
I record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche:
DRG 467: diagnosi ed interventi relativi ad attività di prelievo di midollo osseo.

Diagnosi V593	donatore di midollo osseo
Intervento 4191	aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
Diagnosi V5902	donatore di sangue, cellule staminali
Intervento 9979	altra aferesi terapeutica

dovranno essere inviati con onere della degenza = '9' e ad importo zero o comunque così verranno considerati dalla Regione ricevente perché già fatturato all'IBMDR.
La Regione Liguria in sede di ripartizione del fondo sanitario riceverà un anticipo degli importi necessari all'IBMDR per il pagamento delle attività di ricerca. La Regione Liguria provvederà a trasmettere a ciascuna Regione e PP.AA. e al coordinamento gli addebiti riguardanti l'attività di IBMDR nel rispetto della scadenza prevista per l'invio degli altri addebiti di mobilità.