



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
7^a legislatura

Presidente
V. Presidente
Assessori

Giancarlo	Galan
Fabio	Gava
Renato	Chisso
Giancarlo	Genta
Marialisa	Coppola
Antonio	De Poli
Marino	Finozzi
Massimo	Giorgetti
Raffaele	Grazia
Antonio	Padoin
Fioriano	Pra
Ermanno	Serrajotto
Raffaele	Zanon

Deliberazione della Giunta

n. **270** del **- 6 FEB. 2004**

Segretario

Antonio

Menetto

OGGETTO: D. L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2004.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie avv. Fabio Gava - riferisce quanto segue:

ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, e del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001 n. 405, la Giunta Regionale è chiamata a programmare l'erogazione, da parte dei soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati, delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza") ed a definire l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

Il sistema introdotto con la DGR. n. 4776 del 30.12.97 ed applicato, con i necessari adattamenti, anche negli anni successivi, verte sostanzialmente sulla predeterminazione del limite massimo di spesa sostenibile nell'anno di riferimento, e sulla correlata conseguente fissazione di una ragionevole quantità e tipologia di prestazioni specialistiche erogabili da ciascun soggetto pubblico e privato preaccreditato.

Il quadro finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'amministrazione regionale per l'anno 2004 è ancora caratterizzato, come per gli anni 2002 e 2003, dalle regole contenute nell'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001 il quale prevede, tra l'altro, che le Regioni si impegnino a mantenere la stabilità della gestione, e quindi l'equilibrio finanziario, applicando direttamente misure di contenimento della spesa, attraverso le manovre previste dalla vigente normativa.

Il rispetto delle suddette regole comporta pertanto che, anche per l'anno 2004, la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale sia gestita attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati preaccreditati che, pur assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti e pur garantendo la libertà di scelta e la mobilità dei cittadini, dia certezza del suo contenimento entro l'inderogabile vincolo di bilancio.

Con riferimento a quest'ultimo è in corso di approvazione, da parte della Giunta Regionale, la ripartizione dei fondi del servizio sanitario regionale per l'anno 2004 tra le Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere venete, e conseguentemente l'individuazione, anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale, del livello di finanziamento da assegnare a ciascuna azienda sanitaria. Le risorse così definite costituiranno il limite massimo di spesa regionale, all'interno del quale rientreranno sia lo stanziamento per gli erogatori privati preaccreditati (determinato in conformità alle disposizioni del presente provvedimento, ed il cui ammontare è ripartito, all'interno dello stanziamento regionale complessivo, con preciso vincolo di destinazione), sia, per differenza, il budget degli erogatori pubblici.

Alcune modificazioni al vigente sistema di remunerazione delle prestazioni, sia di assistenza ospedaliera che specialistica ambulatoriale, attualmente in fase di elaborazione e/o di prima applicazione a livello nazionale (revisione delle tariffe nazionali dei DRGs e delle prestazioni ambulatoriali, conferma anche per l'anno 2004 della Tariffa Unica Convenzionale per la remunerazione tra le Regioni delle prestazioni erogate in mobilità), suggeriscono di non introdurre sostanziali variazioni ai criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2004, ma di applicare il meccanismo dell'anno 2003, con gli opportuni aggiustamenti percentuali sulla base delle attuali esigenze assistenziali, compatibilmente con l'obiettivo di spesa.

Pertanto la determinazione del finanziamento, distinto per macroarea di branca specialistica, da allocare alla parte privata per l'anno 2004, trova riferimento nell'importo corrisposto, a ciascun erogatore privato preaccreditato, nell'anno 2003 (c.d. "liquidato 2003", costituito da quanto liquidato per l'attività effettuata entro il budget assegnato e da quanto eventualmente riconosciuto come regressione finanziaria, esclusa la quota corrispondente all'incremento finanziario dell'8% sul liquidato 2001 previsto dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 3947 del 30 dicembre 2002).

Si ritiene utile ribadire che il "liquidato 2003" è da intendersi, come per gli anni precedenti, al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili, nonché le prestazioni rese agli assistiti di altre regioni, oggetto queste ultime di compensazione interregionale e da remunerarsi a tariffa piena.

Sulla base così determinata vengono riconosciuti alcuni incrementi, giustificati dalla riorganizzazione in atto della rete ospedaliera veneta ai sensi della Deliberazione Giunta Regionale n. 3223/2002, dal progressivo passaggio al più appropriato regime ambulatoriale di alcune prestazioni ospedaliere, dai pregressi maggiori oneri di produzione sostenuti dagli erogatori privati preaccreditati a causa della non adeguata valorizzazione della produzione stessa agli indici di inflazione programmata ed dalla applicazione degli accordi contrattuali relativamente al costo del personale succedutisi negli ultimi anni.

Pertanto, a ciascun erogatore privato preaccreditato, viene riconosciuto quanto segue:

- a) un incremento finanziario del 5%, calcolato sul "liquidato 2003";
- b) un incremento finanziario del 3,5%, calcolato sull'importo liquidato nell'anno 2003 per la remunerazione delle prestazioni specialistiche erogate ai cittadini non residenti nella Regione Veneto;
- c) un incremento di attività del 2%, calcolato sul "liquidato 2003";

Inoltre, dato atto della non ancora attuata revisione del nomenclatore tariffario ambulatoriale regionale, si dispone:

- d) un incremento del 2% delle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

- e) un conseguente correlato incremento del 2% dell'attività di ciascun erogatore privato preaccreditato; tale incremento va calcolato sull'importo del "liquidato 2003", maggiorato dell'incremento riconosciuto al suddetto punto c).

Si ritiene opportuno disporre che l'incremento di cui al punto d) abbia effetti con decorrenza 1° marzo 2004 ai fini della partecipazione alla spesa a carico degli assistiti e con decorrenza 1° gennaio 2004 ai fini della remunerazione delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati preaccreditati; che l'incremento di cui al punto e) abbia invece decorrenza dal 1° gennaio 2004, al fine di non penalizzare gli erogatori nel periodo comunque necessario per dare attuazione alla modifica del Nomenclatore Tariffario.

Dunque il "budget" per l'anno 2004 di ciascun erogatore privato preaccreditato è costituito dall'importo corrispondente al "liquidato 2003", a cui vanno aggiunti gli incrementi riconosciuti dai suesposti punti c) ed e).

Gli incrementi finanziari di cui alle lettere a) e b), nonché l'incremento delle tariffe del 2%, dovranno essere applicati anche con riferimento alle prestazioni di RMN Total Body.

L'importo derivante dall'applicazione degli incrementi finanziari di cui alle lettere a) e b) dovrà essere liquidato, dalle Aziende U.L.S.S. competenti, a ciascun erogatore, in dodici rate mensili fisse, distinte dall'importo relativo alla remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo di riferimento. Tale somma, infatti, avendo natura di ristoro esclusivamente finanziario, non contribuisce alla determinazione del budget per l'anno 2004.

Al fine di garantire la continuità assistenziale e di riconoscere eventuali maggiori flussi di afferenza che potrebbero interessare alcuni erogatori privati preaccreditati a seguito della preferenza manifestata dall'utente all'interno del diritto alla libera scelta, si conviene di mantenere il meccanismo della regressione tariffaria, rimodulato rispetto agli anni passati nelle percentuali di abbattimento tariffario e negli intervalli di applicazione delle stesse. Più precisamente si dispone, per le prestazioni erogate in supero al budget ed entro il 110% dello stesso, un abbattimento tariffario del 40%, oltre il 110% ed entro il 115% del budget un abbattimento del 60%, mentre per le prestazioni erogate oltre il 115% del budget un abbattimento dell'80%.

Il meccanismo di regressione tariffaria non trova applicazione, in analogia a quanto disposto per gli anni precedenti, per le "visite specialistiche" erogate dai singoli professionisti nei loro studi privati all'interno della macroarea "branche a visita" in superamento del budget loro assegnato.

Analogamente agli anni trascorsi, non concorrono al raggiungimento del budget della macroarea della branca specialistica di radiologia di ciascun erogatore, le prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare effettuate con attrezzature Total Body, la cui installazione è attualmente ancora soggetta a programmazione regionale; tali prestazioni sono oggetto di specifico budget distintamente determinato all'interno della macroarea di radiologia. Pertanto, salvo eventuali successive nuove disposizioni programmatiche, anche per l'anno 2004 è opportuno mantenere inalterato il numero di tali prestazioni effettuabili a carico del Servizio Sanitario Regionale, entro il quale vengono corrisposte le tariffe intere:

- in strutture ambulatoriali: numero 6.500 prestazioni anno;
- in strutture ospedaliere: numero 6.000 prestazioni anno.

Eventuali maggiori flussi di afferenza troveranno comunque ristoro nell'ambito del meccanismo di regressione tariffaria che assicura alle strutture interessate la remunerazione del 65% della tariffa per le prestazioni di RMN Total Body erogate in supero alle quantità sopra definite e comunque verrà effettuata una verifica relativamente a tali budget contestualmente all'assestamento semestrale del budget di Struttura.

Con la Deliberazione n. 2883 del 3 ottobre 2003 la Giunta Regionale ha disposto l'erogabilità, anche in regime ambulatoriale, delle sotto elencate prestazioni:

Codici N.T.	Descrizione	Tariffa
H 13.71	Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta, eseguita in contemporanea.	1.391,00 euro
H 38.59	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore. Stripping della femorale, poplitea, safena, tibiale.	1.197,00 euro
H 04.43	Liberazione del tunnel carpale.	1.093,00 euro

La remunerazione di tali prestazioni, erogate in regime ambulatoriale, con oneri a carico del SSR, anche per l'anno 2004, deve comunque avvenire nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera per ciascuna struttura pubblica e privata preaccreditata finanziata per l'erogazione delle stesse in regime di day surgery (ex DGR n. 3223 dell'8.11.2002).

Ciò in attesa sia di identificare, secondo criteri di appropriatezza ed economicità, sulla base dei dati complessivi (SDO e cartelle ambulatoriali) relativi al primo semestre dell'anno in corso, i valori percentuale/soglia per l'erogazione delle medesime prestazioni in regime di day-surgery, sia di aggiornare conseguentemente le linee guida per i ricoveri diurni e definire eventuali percorsi di accesso a tali prestazioni in regime ambulatoriale.

L'analisi dei dati di attività degli erogatori privati preaccreditati ad oggi pervenuti dalle Aziende U.L.S.S. alla Direzione Regionale (primi nove mesi del 2003) rivela, ancora per quest'anno, la possibile sussistenza di situazioni di budget in sofferenza in capo ad alcune strutture che si trovano ad avere un fatturato liquidato che si scosta fortemente dal fatturato realizzato.

La correzione di tali situazioni potrà eventualmente venire effettuata, non appena disponibili i dati di attività dell'intero anno 2003, sotto forma di aumento di budget per l'anno 2004 della singola macroarea individuata, qualora risultassero delle economie di spesa rispetto alle risorse stanziare ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 3947/2002.

Solamente in tale caso la competente Direzione regionale provvederà al riconoscimento di incrementi di budget secondo una graduatoria realizzata, per macroarea, sulla base dell'ammontare del fatturato non riconosciuto nell'anno 2003, in proporzione al budget assegnato e fino all'esaurimento delle risorse disponibili.

Inoltre, allo scopo di non generare nuove situazioni di budget sottostimati, si ritiene equo prevedere la possibilità, per l'amministrazione regionale, di esaminare, su segnalazione dell'Azienda U.L.S.S. competente, gli specifici casi di erogatori privati pre-accreditati incorsi, nell'anno 2003, in una sospensione totale o parziale dell'attività o in una riduzione della stessa dovute a cause di forza maggiore debitamente documentate, al fine di valutare l'adeguatezza del budget 2004 loro assegnato per apportare eventuali correttivi.

L'esperienza degli anni passati ha evidenziato, per effetto della costante evoluzione dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché della mutevole tipologia delle prestazioni richieste o della modificazione delle loro modalità di erogazione in rapporto all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, il prodursi di variazioni negli equilibri dei budget tra le diverse macro aree, che si ritiene opportuno regolare in prossimità al momento del loro manifestarsi, fermo restando il limite di spesa prefissato dal presente provvedimento.

Pertanto, con riferimento agli erogatori privati preaccreditati per più di una macro area, nei confronti dei quali principalmente si rileva quanto sopra riportato, si introduce, a partire dall'anno 2004, un meccanismo di assestamento dei budget assegnati per ciascuna macroarea. Tale meccanismo consente agli erogatori di cui sopra di ricalibrare i propri budget in rapporto all'effettivo trend di domanda assistenziale, tramite la riduzione di quelli sovrastimati a favore di quelli sottostimati, vale a dire spostando, per ciascuna macroarea, una parte del proprio budget, non oltre il 25%, ad una o più delle altre macroaree, considerate dallo stesso erogatore in sofferenza.

L'assestamento così realizzato, che potrà attuarsi una sola volta nel corso dell'anno, alla fine del primo semestre, varrà come base di partenza per la determinazione dei budget dell'anno successivo.

I Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. sono tenuti ad adottare i provvedimenti applicativi dell'assestamento dei budget inizialmente assegnati per l'anno 2004, comunicandoli all'amministrazione regionale, la quale si riserva comunque di effettuare un controllo complessivo del procedimento, al fine di verificarne la regolarità e la compatibilità con il sistema di finanziamento.

Al fine di soddisfare particolari necessità assistenziali sussistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della propria rete erogativa evidenziabili, anche, ma non solo, in tempi di attesa non conformi agli standard regionali e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico - terapeutici, i Direttori Generali, in particolare quelli delle Aziende U.L.S.S. ove non viene superata la media regionale di numero di prestazioni erogate in rapporto al numero di abitanti, sono chiamati a sviluppare accordi aziendali con gli erogatori privati preaccreditati, preferibilmente insistenti nel territorio di propria competenza. Tali accordi potranno consistere sia nell'acquisto "extra budget" di pacchetti di prestazioni di diverse tipologie per determinati archi temporali, ad una tariffa inferiore di almeno il 20% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale, sia nel riconoscimento di un aumento di budget nelle rispettive macroaree per persistente necessità di integrare l'attività istituzionale delle Aziende U.L.S.S. stesse.

Fermo restando il vincolo di destinazione per le somme stanziare a carico del bilancio regionale a favore degli erogatori privati pre-accreditati, per quanto concerne le modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dagli stessi in corso d'anno da parte delle Aziende U.L.S.S. competenti, si ribadisce che, immutato quanto stabilito al punto 12 del dispositivo della DGR n. 301 dell'1.2.96 (pagamento a 60 giorni dal ricevimento degli addebiti mensili), i Direttori Generali, al fine di realizzare un'equa condivisione di eventuali esposizioni finanziarie, debbano comunque programmare in modo da provvedere con cadenza almeno trimestrale, al versamento, a titolo di acconto, di una somma corrispondente al 25% del tetto di spesa assegnato per l'anno di riferimento, purché l'importo della fatturazione prodotta sia superiore, o quanto meno pari, all'acconto stesso, salvo conguaglio di fine anno.

In riferimento agli erogatori pubblici, il tetto assegnato per l'anno 2004, determinato secondo quanto previsto dal presente provvedimento (differenza tra risorse complessivamente stanziare per l'assistenza specialistica ambulatoriale e lo stanziamento previsto per gli erogatori privati pre-accreditati), deve essere ripartito, a cura delle Aziende U.L.S.S. stesse, tra le macro aree di branca specialistica con la stessa proporzione esistente tra il numero di prestazioni erogate nell'anno 2003 per ciascuna macro area ed il totale delle prestazioni erogate nello stesso anno per tutte le macro aree.

Come già disposto per gli anni precedenti, il tetto di attività relativo alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona sarà predisposto dalla Direzione Regionale per le Risorse Socio Sanitarie sulla base dei dati forniti dalle Aziende stesse.

I budget ed i relativi correttivi definiti in conformità al presente provvedimento non sono da ritenersi acquisiti per gli anni successivi; l'Amministrazione regionale si riserva, infatti, di riconsiderare la loro determinazione sulla base di quanto verrà prossimamente stabilito dalla futura programmazione, contestualmente a quelle che saranno le risorse disponibili.

Tuttavia, al fine di assicurare agli erogatori pubblici e privati preaccreditati la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità nell'arco dell'intero anno a venire, si ritiene opportuno disporre che ove la Giunta Regionale non dovesse approvare entro il 31.12.2004 il meccanismo di budget per il 2005, in via provvisoria e fino alla determinazione dello stesso rimane confermato il budget assegnato a ciascun erogatore nell'anno 2004, comprensivo degli eventuali correttivi riconosciuti ai sensi del presente provvedimento.

Nel caso in cui, il "fatturato realizzato" dall'erogatore sia rimasto nel 2004 al di sotto del budget assegnato nel medesimo anno, l'importo del fatturato sostituirà provvisoriamente il budget da assegnare per l'anno 2005.

Il budget provvisorio così individuato resterà in vigore con scadenza mensile, fino al primo giorno del mese successivo a quello nel quale verrà data comunicazione alle Aziende U.L.S.S. dell'avvenuta adozione del provvedimento regionale relativo all'anno 2005.

Gli importi provvisori sono riconosciuti per dodicesimi per ogni mese di vacanza dei nuovi budget.

Tale meccanismo verrà ripetuto anche per gli anni successivi.

Ciò non esime comunque l'amministrazione regionale dal determinare annualmente, in adempimento delle disposizioni legislative, i volumi di attività e dei tetti di spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Sul contenuto del presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido, per l'anno 2004, nei confronti degli erogatori pubblici e privati preaccreditati, sono state sentite, previa consultazione avvenuta in successivi incontri tenutisi presso la sede regionale, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati preaccreditati.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie avv. Fabio Gava - conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore Vice Presidente Assessore alle Politiche Sanitarie, avv. Fabio Gava, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2° dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTO il Decreto Legislativo del 30.12.92 n. 502 così come, da ultimo, modificato dal Decreto Legislativo n. 229 del 19.6.99;

VISTO il Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, dalla Legge 16 novembre 2001 n. 405;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO l'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001;

VISTO il disegno di Legge Regionale n. 22 del 16.8.2002;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3051 del 16.11.2001;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 4776 del 30.12.97;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3223 dell'8.11.2002;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 120 del 19.1.2001;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3882 del 3.11.1999;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 301 dell'1.2.96;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 2204 del 3.8.2001.

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 617 del 22.3.2002.

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 2218 del 9.8.2002.

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3947 del 30.12.2002.

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 3357 del 7.11.2003.

DELIBERA

1. di approvare, sulla base delle motivazioni in premessa esplicitate, i criteri per la determinazione dei budget di attività e del complessivo stanziamento di spesa a valere per l'anno 2004 per quanto attiene l'assistenza specialistica ambulatoriale degli erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati;
2. di disporre l'incremento del 2% delle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla D.G.R. 3051/2001, rinviando a successivo provvedimento l'adozione del nuovo documento aggiornato;
3. di disporre che l'incremento di cui al punto precedente ha effetti con decorrenza 1° marzo 2004 ai fini della partecipazione alla spesa a carico degli assistiti e con decorrenza 1° gennaio 2004 ai fini della remunerazione delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati preaccreditati;
4. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ad adottare i relativi provvedimenti applicativi entro il 15 marzo 2004, e conseguentemente a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
5. di rinviare, a successivi distinti provvedimenti, l'individuazione degli eventuali aumenti dei budget anno 2004 degli erogatori privati pre-accreditati in situazione di sofferenza, secondo le modalità ed i criteri indicati in premessa, subordinatamente al concretizzarsi di economie di spesa rispetto alle risorse stanziare per l'anno 2003 con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3947/2002;
6. di rinviare, a successivi distinti provvedimenti l'individuazione degli eventuali aumenti dei budget anno 2004 degli erogatori privati pre-accreditati, incorsi nell'anno 2003 in una sospensione totale o parziale dell'attività o in una riduzione della stessa dovute a cause di forza maggiore debitamente documentate;
7. di approvare il meccanismo di assestamento dei budget gli erogatori privati preaccreditati per più di una macro area, descritto in premessa, impegnando i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. a comunicare entro il 31 luglio 2004 i provvedimenti applicativi all'amministrazione regionale, dando atto che la stessa si riserva di effettuare un controllo complessivo del procedimento, al fine di verificarne la regolarità e la compatibilità con il sistema di finanziamento;
8. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. a sviluppare, secondo quanto in premessa esplicitato, accordi aziendali con gli erogatori privati preaccreditati, preferibilmente insistenti nel territorio di propria competenza, al fine di soddisfare particolari necessità assistenziali sussistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della propria rete erogativa, evidenziabili, anche, ma non solo, in tempi di attesa non conformi agli standard regionali e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico - terapeutici;
9. di disporre che i budget ed i relativi correttivi definiti in conformità al presente provvedimento non sono da ritenersi acquisiti per gli anni successivi; l'Amministrazione regionale si riserva, infatti, di riconsiderare la loro determinazione sulla base di quanto verrà prossimamente stabilito dalla futura programmazione, contestualmente a quelle che saranno le risorse disponibili;
10. di disporre che ove la Giunta Regionale non dovesse approvare entro il 31.12.2004 il meccanismo di budget per il 2005, in via provvisoria e fino alla determinazione dello stesso rimane confermato il budget assegnato a ciascun erogatore nell'anno 2004, comprensivo degli eventuali correttivi riconosciuti ai sensi del presente provvedimento, o in alternativa il "fatturato realizzato" nell'anno 2004, secondo le modalità descritte in premessa;

11. di prendere atto delle disposizioni e dei principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nei punti precedenti del dispositivo, e di fare salvi i principi e le disposizioni di cui alle precedenti deliberazioni di pari contenuto, che non risultano in contrasto con il presente provvedimento.

Sottoposto a votazione, il presente provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan

