

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 70 del 17 gennaio 2006

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 2006.

Il Relatore, Flavio Tosi, Assessore alle Politiche Sanitarie, 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") e a definire l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

Il sistema introdotto con la D.G.R. 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 2006 è caratterizzato:

- dalle regole contenute nell'Intesa Stato Regioni rep. 2271 del 23.3.2005 che subordinano l'accesso delle Regioni ai maggiori finanziamenti a carico dello Stato a specifici adempimenti e al rispetto di determinati vincoli, primo tra tutti quello di garantire, in sede di programmazione regionale, l'equilibrio economico finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso;
- dalle previsioni contenute nella legge nazionale di accompagnamento alla manovra finanziaria per l'anno 2006, la quale dispone che il trasferimento di risorse da parte dello Stato alle Regioni sia di importo pari a quello dell'anno 2005 maggiorato di un 1% circa;
- dall'insufficienza delle succitate risorse a coprire il fabbisogno di assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale nel territorio veneto.

Il rispetto delle suddette regole comporta che, anche per l'anno 2006, 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, la ripartizione dei fondi del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006 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, costituirà 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 il budget degli erogatori pubblici e Aziende Ospedaliere.

Per quanto concerne gli erogatori privati preaccreditati si ritiene di non introdurre sostanziali variazioni ai criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2006, ma di applicare il meccanismo dell'anno 2005, pur con alcuni significativi aggiustamenti percentuali giustificati dalla necessità di effettuare un rigoroso controllo delle dinamiche di spesa.

Alla luce di quanto suesposto, la determinazione del finanziamento, distinto per macroarea di branca specialistica, da allocare alla parte privata per l'anno 2006, trova riferimento nell'importo corrisposto, a ciascun erogatore privato preaccreditato, nell'anno 2005. Tale importo, c.d. "liquidato 2005", è costituito da quanto liquidato per l'attività effettuata entro il budget assegnato, da quanto eventualmente riconosciuto come regressione tariffaria e dall'importo liquidato 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, esclusa la quota corrispondente agli incrementi finanziari previsti dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 4302 del 29.12.2004.

Si ritiene utile ribadire che il "liquidato 2005" 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, salvo quanto verrà definito in materia dai previsti futuri accordi interregionali.

A ciascun erogatore privato preaccreditato viene inoltre riconosciuto quanto segue:

a) un incremento finanziario del 3%, da calcolarsi sul "liquidato 2005" maggiorato dell'importo corrispondente alle prestazioni specialistiche erogate ai cittadini non residenti nella Regione Veneto, motivato dall'opportunità di adeguare la remunerazione dell'attività erogata agli indici di inflazione reale;

b) un incremento del 4% del budget di ciascun erogatore privato preaccreditato, calcolato sull'importo del "liquidato 2005".

Tale ultimo incremento è una conseguenza dell'aumento, pari al 4%, delle tariffe delle prestazioni del vigente Nomenclatore Tariffario Regionale, previsto da un provvedimento, in corso di predisposizione, che verrà sottoposto all'approvazione della Giunta Regionale nella prossima seduta. Tale aumento, già introdotto dalla D.G.R. n. 4304 del 29.12.2004, successivamente congelato dalla D.G.R. n. 61 del 21.1.2005, trova giustificazione nella non più adeguata valorizzazione, nella realtà veneta, dei costi di produzione delle prestazioni in rapporto alla qualità delle stesse e quindi nella necessità di riconoscere, sin d'ora, pur nelle more dell'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale, una maggiore remunerazione delle prestazioni specialistiche erogate dai soggetti pubblici e privati preaccreditati.

Pertanto, con il presente provvedimento e con il separato provvedimento relativo all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, si ritengono assunte tutte le determinazioni in merito all'adeguamento tariffario relativo all'incremento dei costi di produzione pregressi, e in particolare quanto previsto dalla D.G.R. n. 4304 del 29.12.2004, dalla D.G.R. n. 61 del 21.1.2005 e come peraltro indicato al punto 6 del parere n. 46 della V° Commissione Consiliare alla Giunta di cui alla nota prot. gen 13974 del 6.10.2005.

Il suddetto aumento tariffario non ha alcuna ripercussione sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini/utenti che accedono al Servizio Sanitario Regionale, come disposto dalla D.G.R. n. 61 del 21.1.2005, e trova applicazione secondo le modalità già previste da tale Delibera e dalla circolare regionale prot. n. 129405/50.08.00 del 23 febbraio 2005.

Il "budget" per l'anno 2005 di ciascun erogatore privato preaccreditato è costituito, pertanto, dall'importo corrispondente al "liquidato 2005", a cui va aggiunto l'incremento di cui al suesposto punto b).

Gli importi derivanti dall'applicazione dell'incremento finanziario di cui al punto a) dovranno essere liquidati, dalle Aziende U.L.S.S. competenti, a ciascun erogatore, in dodici rate mensili fisse, distinte e indipendenti dall'importo relativo alla remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo di riferimento. Tali somme, infatti, avendo natura di ristoro esclusivamente finanziario, non costituiscono parte del budget per l'anno 2006.

L'esigenza di quantificare a priori, con la maggiore approssimazione possibile, l'ammontare della spesa sanitaria per l'anno 2006, pur assicurando una risposta assistenziale adeguata nell'ambito dei livelli essenziali previsti, determina la necessità di rimodulare consistentemente il meccanismo della regressione tariffaria adottato negli anni passati, sia negli intervalli di applicazione sia nelle percentuali di abbattimento.

Pertanto si dispone, per le prestazioni erogate in supero al budget ed entro il 105% dello stesso, l'applicazione dell'abbattimento tariffario del 25% e per le prestazioni erogate oltre il 105% del budget, l'applicazione dell'abbattimento tariffario dell'80%.

Allo scopo di garantire comunque la continuità assistenziale, è necessario che ciascun erogatore effettui una adeguata programmazione della propria offerta di servizi da erogare per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale. A tale fine i Direttori Generali sono chiamati a notificare a ciascun erogatore del proprio territorio, non appena ne avranno disposizione, il testo del presente provvedimento, secondo le indicazioni che verranno impartite con la nota regionale applicativa dello stesso;

I Direttori Generali dovranno inoltre verificare che gli erogatori del proprio territorio non realizzino né dilazioni nei tempi di attesa programmati né interruzioni nell'erogazione dei servizi o di alcune tipologie di prestazioni ambulatoriali.

Fermo restando il vincolo di destinazione per le somme stanziare a carico del bilancio regionale a favore degli erogatori privati preaccreditati, 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 D.G.R. 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 della somma corrispondente alla fatturazione prodotta nel periodo di riferimento, fino ad un massimo della somma dei tetti di spesa mensili, con eventuale conguaglio di fine anno.

La proposta di legge di accompagnamento alla manovra finanziaria anno 2006 prevede finanziamenti aggiuntivi, da suddividere tra le Regioni e Province Autonome, parte dei quali la Regione Veneto intende utilizzare per l'abbattimento delle liste di attesa. Ciò consente, pertanto, un ulteriore margine di crescita della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale, che vedrà coinvolti anche gli erogatori privati preaccreditati, cui verrà destinata parte di tali risorse.

A tale fine l'Amministrazione regionale procederà, con riferimento alla realtà territoriale e assistenziale di ciascuna Azienda U.L.S.S., all'analisi dei dati rilevati con il nuovo sistema di monitoraggio, relativi alle prestazioni identificate come maggiormente significative per l'aspetto clinico e della domanda assistenziale e caratterizzate da tempi di attesa in sofferenza (c.d. "prestazioni traccianti").

Tra esse verranno, quindi, individuate, con riferimento a ciascuna branca specialistica, le prestazioni caratterizzate da maggiore criticità rispetto agli standard regionali d'attesa, a fronte di fabbisogni comunque appropriati.

Entro il primo semestre dell'anno 2006, determinato l'esatto ammontare finanziario da destinare alla suddetta finalità, e sulla base del trend regionale dei tempi di attesa di ciascuna prestazione individuata, l'Amministrazione regionale, con apposito provvedimento, provvederà ad assegnare alle Aziende U.L.S.S. interessate una frazione delle suddette risorse, proporzionale allo stato di sofferenza rilevato e alla numerosità e tipologia di erogatori presenti.

Tali risorse dovranno essere impiegate dal Direttore Generale per l'acquisto, da ciascun erogatore preaccreditato del proprio territorio, di cui ha accertato la disponibilità, di pacchetti di prestazioni per l'anno 2006 extra budget, in misura proporzionale al budget assegnatogli in base alla presente deliberazione. L'acquisto, le cui modalità di attuazione saranno definite dal provvedimento regionale di cui sopra, dovrà avvenire alla tariffa del Nomenclatore Tariffario vigente, decurtata del 25%.

Qualora nel territorio dell'Azienda U.L.S.S. non insistano sufficienti erogatori preaccreditati per le branche specialistiche ritenute in sofferenza, il Direttore Generale dovrà rivolgersi, adottando gli stessi criteri di acquisto, agli erogatori delle Aziende U.L.S.S. limitrofe.

In tema di abbattimento dei tempi di attesa si richiama la necessità che gli erogatori privati preaccreditati siano inseriti nei CUP aziendali e provinciali, facendo confluire, relativamente alle prestazioni più critiche, una parte della disponibilità delle loro agende.

Inoltre, al fine di soddisfare particolari ulteriori necessità assistenziali sussistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della propria rete erogativa e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico - terapeutici, i Direttori Generali hanno la possibilità di sviluppare accordi aziendali con gli erogatori privati preaccreditati, preferibilmente insistenti nel territorio di competenza.

Tali accordi, che dovranno essere comunicati alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari in base a quanto previsto dalla nota regionale prot. n. 429293/50.08.00 del 13 giugno 2005, potranno consistere, come negli anni precedenti, sia nell'acquisto "extra budget" di pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali, ad una tariffa inferiore di almeno il 25% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale, sia nel riconoscimento di un annuale aumento di budget nelle rispettive macroaree per persistente necessità di integrare l'attività istituzionale delle Aziende U.L.S.S. stesse.

Si ritiene utile ribadire che la stipula degli accordi succitati, sia di quelli rientranti nell'autonomia del Direttore Generale che di quelli previsti dall'Amministrazione regionale, presuppone l'esistenza di un rapporto di preaccreditamento, dell'erogatore privato interessato, nella stessa branca

specialistica in cui sono comprese le prestazioni che si intendono acquistare o riconoscere come aumento di budget.

Allo scopo di non generare nuove situazioni di budget sottostimati e di utilizzare immediatamente le eventuali economie di spesa realizzatesi rispetto alle risorse stanziare ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 4302/2004, si ritiene equo riproporre il meccanismo, introdotto dalla suddetta Delibera, secondo il quale qualora ad un erogatore privato preaccreditato risulti un budget per il 2006 (in applicazione di quanto previsto dal presente provvedimento) inferiore a quello assegnato per il 2005, a detto erogatore deve essere ripristinata la precedente potenzialità erogativa riconoscendo quale budget per l'anno 2006 il budget dell'anno precedente.

Tale meccanismo, salvo esplicita modifica, verrà ripetuto anche per gli anni a venire; nel caso in cui un erogatore privato preaccreditato realizzi per tre anni consecutivi un fatturato inferiore al proprio budget annuale, l'anno successivo il suo budget dovrà essere ridimensionato, sulla base dei fatturati realizzati nei tre anni precedenti, in quanto la reale potenzialità dell'erogatore in questione risulta essere effettivamente inferiore al budget assegnato.

La D.G.R. n. 3292 del 22 ottobre 2004 ha introdotto la soglia di budget minimo di 5.000 euro per tutti gli erogatori privati preaccreditati.

Le motivazioni alla base di tale disposizione, relative alla non utilità di avere erogatori con un budget annuale troppo basso all'interno del servizio di assistenza sanitaria regionale, fanno ritenere opportuna la riproposizione anche per l'anno 2006 di tale soglia minima.

Al fine di evitare il persistere di rapporti di accreditamento provvisorio non concretamente e sufficientemente operativi nell'erogazione dell'assistenza con oneri a carico del servizio sanitario regionale, si ricorda che, come previsto dalla D.G.R. n. 4302/2004, nei confronti degli erogatori che per tre anni consecutivi non fattureranno alcuna prestazione o il cui fatturato resterà al di sotto della suddetta soglia minima, si valuterà l'opportunità di dichiarare la decadenza degli stessi dal rapporto di preaccreditamento.

Analogamente all'anno passato sussistono le condizioni per applicare, anche per il 2006, con le stesse modalità previste dalla D.G.R. n. 4302 del 29 dicembre 2004, il meccanismo di "assestamento" dei budget assegnati, sia per gli erogatori privati preaccreditati per più di una macro area che per erogatori privati titolari di più rapporti di accreditamento provvisorio nella stessa branca specialistica.

Gli assestamenti di budget così realizzati potranno attuarsi una sola volta nel corso dell'anno, alla fine del primo semestre e assolutamente non oltre.

In riferimento agli erogatori pubblici, ivi comprese le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, il tetto assegnato per l'anno 2006 è costituito dalla differenza tra le risorse complessivamente stanziare per l'assistenza specialistica ambulatoriale anno 2006 dal provvedimento annuale di riparto dei fondi del servizio sanitario regionale, e lo stanziamento previsto per gli erogatori privati preaccreditati sulla base del presente provvedimento.

Il sistema di remunerazione definito dal presente provvedimento non è da ritenersi acquisito per gli anni successivi, e potrà quindi essere ridefinito sulla base di quanto verrà stabilito dalla futura programmazione, compatibilmente con le risorse che saranno disponibili.

In considerazione comunque della complessa situazione finanziaria a carico del bilancio regionale per l'anno 2006, dovuta all'inadeguatezza delle risorse stanziare a livello nazionale a coprire il fabbisogno di assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale nel territorio veneto, l'Amministrazione regionale si riserva, anche nel corso dell'anno 2006, di riconsiderarne la determinazione, qualora ciò si rendesse assolutamente necessario per soddisfare le prescrizioni contenute nell'Intesa Stato Regioni n. rep. 2271 del 23.3.2005.

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 riproporre anche per l'anno 2007, con le stesse modalità previste dalla D.G.R. n. 4302 del 29 dicembre 2004, il meccanismo del "budget provvisorio" qualora la Giunta Regionale non approvasse, entro il 31.12.2006, la delibera per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il 2007.

Sul contenuto del presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido, per l'anno 2006, nei confronti degli erogatori pubblici e privati preaccreditati, sono state sentite, previa consultazione avvenuta in

successivi incontri, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati preaccreditati.

Il Relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

la Giunta regionale

Udito il Relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;
Visto il D.Lvo 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 D.M. 26 luglio 1996, Nomenclatore Tariffario Nazionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

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;

Vista l'Intesa Stato Regioni rep. 2271 del 23.3.2005;;

Visto il disegno di legge 22-12-2005 n. S3613-B relativo alla manovra finanziaria 2006;

Vista la Legge regionale n. 22 del 16.8.2002;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 2501 del 6 agosto 2004;

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

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

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. 4776 del 30.12.97;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 5270 del 29.12.1998;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 5122 del 1999;

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

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;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 270 del 6.2.2004;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 3292 del 22.10.2004;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 3535 del 11.12.2004;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 4302 del 29.12.2004;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 4304 del 29.12.2004;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 61 del 21.01.2005;

Vista la nota regionale prot. n. 129405/50.08.00 del 23 febbraio 2005;

Vista la nota regionale prot. n. 429293/50.08.00 del 13 giugno 2005;

Visto il punto 6 del parere n. 46/2005 della V° Commissione Consiliare alla Giunta.

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 2006 per quanto attiene l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dai soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati;

2. di disporre che l'incremento del 4% del budget di ciascun erogatore privato preaccreditato di cui al punto b) della premessa, indipendentemente dalla data di entrata in vigore dell'incremento tariffario previsto, avrà comunque decorrenza a partire dal 1° gennaio 2005;

3. di ritenere assunte, con il presente provvedimento e con il separato provvedimento relativo all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, tutte le

determinazioni in merito all'adeguamento tariffario relativo all'incremento dei costi di produzione pregressi, e in particolare quanto previsto dalla D.G.R. n. 4304 del 29.12.2004, dalla D.G.R. n. 61 del 21.1.2005 e come peraltro indicato al punto 6 del parere n. 46 della V° Commissione Consiliare alla Giunta di cui alla nota prot. gen 13974 del 6.10.2005.

4. di dare mandato ai Direttori Generali di notificare a ciascun erogatore privato del proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento, secondo le indicazioni di cui alla nota regionale applicativa dello stesso;

5. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ad adottare i relativi provvedimenti applicativi entro il 15 marzo 2006, e conseguentemente a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari evidenziando le procedure di calcolo effettuate;

6. di impegnarsi, rinviandone l'applicazione a un successivo proprio provvedimento, da emanarsi nei tempi compatibili con l'effettuazione della relativa istruttoria, ad utilizzare parte delle risorse che si prevede vengano trasferite dallo Stato alle Regioni per l'abbattimento delle liste di attesa, per l'acquisto dagli erogatori privati preaccreditati, secondo le modalità in premessa specificate, di prestazioni per l'anno 2006 extra budget;

7. di impegnare altresì 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 e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico _ terapeutici. I provvedimenti delle Aziende U.L.S.S. con i quali si definiscono tali accordi dovranno essere comunicati alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari;

8. di mantenere, anche per l'anno 2006 e con le modalità evidenziate in premessa, la soglia minima di budget prevista dalla D.G.R. n. 3292 del 22 ottobre 2004, e il meccanismo di riconferma del proprio budget dell'anno precedente per ciascun erogatore privato preaccreditato rimasto al di sotto dello stesso;

9. di richiamare le disposizioni di cui alla D.G.R. n. 4302 del 29 dicembre 2004, relative al meccanismo di "assestamento" dei budget inizialmente assegnati per l'anno 2006, nonché del meccanismo del "budget provvisorio" da applicarsi qualora la Giunta Regionale non approvasse, entro il 31.12.2006, la delibera per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il 2007;

10. di prendere atto delle disposizioni e dei principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nei punti precedenti del dispositivo;

11. di disporre che il sistema di remunerazione definito dal presente provvedimento non è da ritenersi acquisito per gli anni successivi, e potrà quindi essere ridefinito sulla base di quanto verrà stabilito dalla futura programmazione, compatibilmente con le risorse che saranno disponibili. Di disporre, altresì che, in considerazione comunque della complessa situazione finanziaria a carico del bilancio regionale 2006, dovuta all'inadeguatezza delle risorse stanziata a livello nazionale a coprire il fabbisogno di assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale nel territorio veneto, l'Amministrazione regionale si riserva, anche nel corso dell'anno 2006, di riconsiderarne la determinazione, qualora ciò si rendesse assolutamente necessario per soddisfare alle prescrizioni contenute nell'Intesa Stato Regioni n. rep. 2271 del 23.3.2005