

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1805 del 08 novembre 2011

Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate.

[Sanità e igiene pubblica]

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr) [

Note per la trasparenza:

Vengono indicate le nuove tariffe dei ricoveri ospedalieri e le regole per la loro remunerazione
--

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

L'articolo 8 sexies del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e sue successive integrazioni e modificazioni prevede che la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera sia determinata in base a tariffe predefinite. Il Ministero della Sanità, con proprio decreto, deve individuare i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare, determinare le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, e stabilire i criteri 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.

L'art. 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 dispone che con proprio decreto il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, provvede alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali, assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico del bilancio regionale.

Sempre l'art. 1 sopra menzionato prevede che, con cadenza triennale, si proceda all'aggiornamento delle tariffe massime, anche attraverso la valutazione comparativa dei tariffari regionali, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate.

In applicazione al dettato normativo succitato, con decreto del Ministro della Sanità del 15 aprile 1994 sono stati determinati i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera. Le tariffe rappresentano la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori di cui al decreto legislativo n. 502/1992, a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti.

Con Decreto del Ministero della Sanità del 14 dicembre 1994 sono state, poi, approvate le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera che le Regioni e le Province autonome devono applicare in via transitoria fino alla emanazione di propri provvedimenti di fissazione delle tariffe delle prestazioni. Con il successivo decreto del 30 giugno 1997 sono state aggiornate le tariffe.

Per ultimo con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 12 settembre 2006, si è proceduto alla ricognizione e al primo aggiornamento delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale.

La Regione Veneto, dal 1993, ha adottato la classificazione dell'attività ospedaliera secondo il sistema dei Diagnosis Related Groups (drg) - equivalente in italiano ai "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi" (rod) - e, con successivi provvedimenti, ha definito il sistema tariffario di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero.

Da ultimo, il sistema tariffario è stato approvato con la deliberazione regionale n. 916 del 28 marzo 2006, tutt'ora vigente. La successiva deliberazione n. 204 del 3 febbraio 2009 ha provveduto solamente ad assegnare temporaneamente ai nuovi drg, sorti per effetto dell'adozione della 24 versione del sistema di classificazione, la medesima tariffa, degenza media e valore soglia fissati con la DGR 916/2006.

In considerazione del fatto che le tariffe ad oggi utilizzate per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera non hanno subito modifiche dall'anno 2007 (anno di decorrenza della DGR 916/2006), appare opportuno procedere al loro aggiornamento. Tale aggiornamento, che trova la sua giustificazione nella modifica intervenuta nel frattempo dei fattori produttivi ed organizzativi, dovuti anche ai diversi indici di inflazione programmata che si sono susseguiti negli anni, non può non tener conto, come meglio sotto specificato, dell'esigenza di contemperarlo con i principi di tutela della salute e di razionalizzazione della spesa.

A tal proposito si deve dar evidenza a quanto finora messo in atto dalla Giunta Regionale. Innanzitutto, con deliberazione n. 4547 del 28 dicembre 2007, è stato dato avvio ad una serie di azioni, tra le quali merita qui evidenziare quella relativa all'elaborazione ed alla certificazione di una metodologia di determinazione dei costi delle prestazioni ospedaliere e specialistiche, che si basi sull'analisi dell'attività svolta dalle strutture e sul reale assorbimento delle risorse ad esse associate e che sia il più possibile condivisa dagli operatori del sistema. Per dare attuazione a tutto ciò, è stata affidato un incarico di studio e ricerca al Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) dell'Università "Luigi Bocconi" di Milano.

E' stato, inoltre, istituito un Comitato tecnico-scientifico, nominato con il decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale n. 31 del 30 giugno 2008 e composto da professionalità operanti all'interno della Segreteria Regionale Sanità e Sociale ed all'interno delle Aziende Sanitarie pubbliche e private preaccreditate, per esaminare i risultati dello studio ed approvarli.

Successivamente, considerato che il progetto complessivo, previsto dalla deliberazione n. 4547/2007, che vedeva il coinvolgimento delle aziende sanitarie pilota, era di durata biennale, mentre l'incarico al CERGAS era stato provvisoriamente affidato per un solo anno, la Giunta Regionale, con deliberazione n. 2541 del 4 agosto 2009, ha ritenuto indispensabile conferire un nuovo incarico di consulenza al CERGAS. Ciò, infatti, avrebbe permesso di concludere gli studi già avviati relativamente alle prestazioni ambulatoriali, di definire una metodologia per la rilevazione dei costi delle prestazioni erogate in regime di ricovero e di verificarne la concreta applicazione.

L'incarico di consulenza si è concluso con l'elaborazione del "Manuale per la determinazione dei costi operativi delle prestazioni specialistiche e ospedaliere di laboratorio, radiologia, riabilitazione e oncologia medica" e con l'approvazione dello stesso dal parte del Comitato tecnico-scientifico.

Si deve, altresì, aggiungere che la Giunta Regionale, con la deliberazione n. 312 del 15 marzo 2011 e per le motivazioni esplicitate nella stessa, si è impegnata ad effettuare, nel più breve tempo possibile:

- la revisione delle tariffe associate ai drg, secondo un modello che tenga conto dei costi sostenuti dalle strutture pubbliche e private accreditate;
- la definizione del miglior setting assistenziale, tra ricovero ordinario - diurno ed ambulatoriale, per l'erogazione delle prestazioni e le relative tariffe;
- la revisione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali.

A tale scopo ha demandato ad un decreto del Segretario Regionale per la Sanità l'istituzione di un Comitato tecnico permanente, composto anche da un rappresentante per ciascuna Associazione di categoria Aiop ed Aris.

Con decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 17 del 18 marzo 2011 è stato, quindi, istituito il comitato denominato 'Comitato tecnico permanente per il sistema di erogazione e di remunerazione delle prestazioni sanitarie'.

Prima di entrare nel merito della determinazione del nuovo sistema di remunerazione occorre, però, anche ricordare il quadro normativo/finanziario entro il quale si trova ad operare l'Amministrazione regionale e dal quale discende l'esigenza del rispetto degli obblighi assunti e della coerenza delle azioni regionali. Esso è caratterizzato, prevalentemente, dal "Nuovo patto della salute per gli anni 2010-2012" approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009 e dal recente decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito nella legge 15 luglio 2011, n. 111 (cd. manovra economica).

In linea con lo scenario normativo e finanziario e con l'obiettivo di aumentare gli standard di efficienza, efficacia e qualità dei servizi e di sostenibilità del sistema, l'Amministrazione regionale ha incrementato i processi mirati a:

- razionalizzare la spesa sanitaria;
- razionalizzare la rete ospedaliera nel rispetto del nuovo parametro stabilito con il "Nuovo patto della salute per gli anni 2010-2012", corrispondente a 4 posti letto per mille abitanti di cui 3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungodegenza;
- raggiungere il tasso di ospedalizzazione del 140 per mille abitanti entro l'anno 2012;
- ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato, nel rispetto della sicurezza del paziente e degli operatori;

- ridefinire, alla luce dell'esperienza fino ad ora maturata, il sistema dei controlli sull'appropriatezza clinica del regime di erogazione delle prestazioni sanitarie, valido per tutte le strutture pubbliche e private accreditate;
- attribuire le risorse finanziarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nei confronti degli erogatori pubblici in maniera tale da tener conto dei migliori risultati conseguiti dalle Aziende Ulss, così da contenere gradualmente la costosità del sistema senza ridurre la qualità delle prestazioni;
- determinare i tetti di spesa degli erogatori privati accreditati entro un ammontare predefinito, che consenta di non superare il limite massimo di spesa sostenibile per l'assistenza ospedaliera;
- monitorare il processo di accreditamento.

Entro la cornice sopra delineata va riportata, quindi, la revisione delle tariffe associate ai drg, derivante dall'impegno assunto dalla Giunta Regionale con la DGR 312/2011, oggetto del presente atto.

Il 'Comitato tecnico permanente per il sistema di erogazione e di remunerazione delle prestazioni sanitarie', di cui alla DGR n. 312/2011, per addivenire ad una proposta di revisione, ha proceduto all'analisi dei dati sui ricoveri relativi all'anno 2010, prodotti dagli erogatori pubblici e privati accreditati, ed ha valutato l'ipotesi di un raggruppamento degli stessi nelle quattro classi sotto riportate, senza operare la distinzione tra ricoveri "ordinari", "diurni" e "0-1giorno":

- Classe A: i drg definiti "di alta complessità" dalla "Tariffa Unica per la Compensazione" (TUC) della mobilità sanitaria - anno 2010;
- Classe B: i drg con peso pari o superiore a 2 o svolti per almeno il 60% da unità operative con "alte" specialità - (il Comitato ha condiviso l'identificazione delle "alte" specialità);
- Classe C: i drg rimanenti;
- Classe D: i drg di cui alla deliberazione n. 4277/2009 (ad alto rischio di in appropriatezza, se erogati in regime di ricovero ordinario) operando la suddivisione tra drg medici e drg chirurgici.

Tale raggruppamento in classi ha la finalità di rendere possibile una ipotesi di aggiornamento delle tariffe, adeguata all'impegno delle risorse umane e tecnologiche richiesto per l'erogazione delle prestazioni di ricovero e coerente con i criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Dopo aver preso in esame le proposte formulate dalle Associazioni di categoria, Aiop e Aris, in sede di Comitato Tecnico, e i dati dei ricoveri effettuati nell'anno 2010 da tutti gli erogatori sia pubblici che privati accreditati, secondo il raggruppamento nelle quattro classi sopra riportate, gli uffici regionali competenti in materia e l'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria del Veneto (ARSS), al fine di procedere all'elaborazione di una proposta di revisione, hanno, tuttavia, dovuto tenere in considerazione i sopravvenuti vincoli derivanti dal D.L. n. 98 del 2011, convertito nella legge n. 111 del 2011, che, all'articolo 17, co. 1, lett. a), ha disposto che *"le Regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati."*

La proposta di revisione ha, quindi, preso avvio dall'analisi dei dati dei ricoveri, suddivisi, secondo le modalità sopra menzionate, nelle classi A, B, C e D e distinguendo gli stessi nelle tre fattispecie: ordinari, diurni e "0-1 giorno".

Per quanto riguarda l'importo delle tariffe associate ai drg, si è ritenuto di prendere in considerazione da una parte quei drg delle classi A, B e C le cui tariffe venete attuali hanno un importo inferiore rispetto alla Tariffa Unica Convenzionale (TUC) o rispetto alle tariffe di altri sistemi regionali, dall'altra i rimanenti drg, le cui tariffe venete attuali hanno un importo uguale o superiore. Inoltre, sono state analizzate, oltre alle attuali tariffe venete, anche quelle applicate dalle Regioni Emilia Romagna e Lombardia - che hanno proceduto, di recente, all'aggiornamento dei loro tariffari - e quelle previste dal Testo Unico per la compensazione della mobilità interregionale dell'anno 2010.

Alla luce di quanto finora esposto si propone, quindi, di procedere all'aggiornamento dei valori delle tariffe associate ai drg ed alla ridefinizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, secondo i criteri di seguito indicati.

L'aggiornamento in parola, pur trovando la sua giustificazione anche nell'aumento dei costi di produzione dovuti ai diversi indici di inflazione programmata che si sono susseguiti negli anni, non può non tener conto, oltre a quanto sopra specificato, dell'esigenza di temperarlo al principio di tutela della salute, che viene esplicitato assicurando una appropriata risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, ed al principio dell'inderogabilità del vincolo di bilancio, che viene esplicitato attraverso una appropriata razionalizzazione della spesa.

Inoltre, attraverso la revisione delle tariffe, proprio per la sua determinante capacità di incidere nell'organizzazione dei servizi, si intende rendere possibile anche la modifica della organizzazione delle strutture ospedaliere, in modo da renderle coerenti con il nuovo modello che si intende attuare con la proposta del nuovo Piano Regionale Socio sanitario, approvato dalla Giunta Regionale (DGR 15/DDDL del 26 luglio 2011) ed attualmente al vaglio delle commissioni consiliari competenti.

Si deve tenere conto anche della remunerazione di alcune prestazioni adottata dalle Regioni Emilia Romagna e Lombardia, regioni confinanti e, pertanto, soggette ai fenomeni di mobilità sanitaria, in modo da approvare un sistema sufficientemente coordinato, che eviti non motivate forti diversificazioni nelle tariffe applicate, che avrebbero effetti negativi per la spesa regionale.

Infine, deve essere tenuto in considerazione che, rispetto al passato, alcuni fattori produttivi nell'ultimo periodo non hanno subito incrementi significativi di costo (ad. esempio il blocco dei contratti di lavoro del personale dipendente del settore per un triennio).

Per la determinazione delle tariffe si ricorda, come peraltro innanzi riportato, che si è tenuto conto dei criteri di cui all'art. 8 sexies del d.lgs. 31.12.1992, n. 502 come modificato dall'art. 79 del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge n. 133 del 6 agosto 2008, che individua per la definizione delle tariffe massime nazionali la possibilità di utilizzare anche costi standard e tariffe già utilizzate nelle varie regioni.

Pertanto, per quanto sopra riportato e nelle more dell'aggiornamento delle tariffe massime nazionali previsto dall'art. 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, si propone di approvare le tariffe associate ai Diagnosis Related Groups (drg) così come riportato nell'**allegato A** del presente provvedimento, che costituisce parte integrante dello stesso.

Sempre nell'**allegato A**, vengono indicati, per ogni singolo drg:

- la tariffa per i ricoveri ordinari maggiori di un giorno (colonna A)
- la tariffa per i ricoveri ordinari "0-1 giorno", anche per quelli caratterizzati da trasferimento ad altra struttura di ricovero e dal decesso del paziente (colonna B)
- la tariffa per i ricoveri diurni (day hospital o day surgery) (colonna C)
- il valore soglia della degenza (colonna D)
- la tariffa per ciascuna giornata di degenza oltre la soglia (colonna E)
- il peso (colonna F)

Per quanto riguarda il sistema di remunerazione, l'aggiornamento delle disposizioni di cui all'**allegato B** della DGR n. 916/2006 appare necessario in quanto non solo tale sistema ha già subito nel tempo alcune variazioni - singoli atti giuntali hanno apportato delle modificazioni - ma anche necessita che esso sia coerente con la determinazione dei valori tariffari.

Pertanto, si propone di approvare l'aggiornamento delle regole che sottendono la remunerazione delle prestazioni di ricovero, così come riportato nell'**allegato B** del presente provvedimento, di cui se ne propone l'approvazione quale parte integrante dello stesso.

Si propone, infine, che le tariffe associate ai drg, di cui all'**allegato A**, e le regole del sistema di remunerazione, di cui all'**allegato B**, trovino applicazione a far data dal 1 gennaio 2012.

Si dà mandato al Segretario Regionale per la Sanità di provvedere, con propri atti, ad eventuali aggiornamenti tecnici del sistema di remunerazione di cui all'**allegato B**, ivi compresa la definizione della codifica necessaria per la corresponsione della valorizzazione economica, prevista dal medesimo allegato, per l'utilizzo di robot nell'atto chirurgico.

Infine, si ricorda che la deliberazione n. 4277 del 29 dicembre 2009 (ad oggetto "Diagnosis Related Groups - drg da considerare "ad alto rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di degenza ordinaria e da considerare "ad alto rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di degenza diurna. Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg e adempimenti conseguenti) ha rinviato a successivo provvedimento:

- a) individuazione del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg 563 e 564;
- b) la determinazione dell'importo dell'abbattimento tariffario da applicare in caso di superamento del valore percentuale/soglia di ammissibilità per i drg di cui all'**allegato A** della medesima delibera, con esclusione dei drg 6, 39, 119 e 162;
- c) la determinazione dell'importo dell'abbattimento tariffario da applicare in caso di superamento del valore percentuale/soglia di ammissibilità per i drg 162, 409, 410 e 492 erogati in regime di ricovero diurno.

Per quanto riguarda il punto a) si propone di individuare i valori percentuali/soglie di ammissibilità come di seguito indicati:

- 88% per il drg 563
- 93% per il drg 564

Relativamente ai punti b) e c) si deve ora rappresentare che la determinazione degli abbattimenti tariffari, così come pure una rivalutazione delle valorizzazioni tariffarie già in essere - quest'ultime si riferiscono ai drg 6, 39, 119 e 162 - non può non tener conto delle decisioni già assunte dalla Giunta Regionale con il nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (deliberazione n. 859 del 21 giugno 2011). Tale atto ha, infatti, reso possibile l'erogazione anche in regime ambulatoriale di prestazioni effettuate in regime di ricovero e, conseguentemente, ha individuato le relative tariffe.

Pertanto, a completamento degli adempimenti oggetti del rinvio sopra citato, al fine di favorire l'appropriatezza del regime erogativo e di garantire coerenza nelle azioni amministrative, si propone che:

- i ricoveri ordinari afferenti ai drg chirurgici della classe D ed effettuati oltre il valore percentuale/soglia di ammissibilità siano remunerati con un abbattimento tariffario del 65%;
- i ricoveri ordinari afferenti ai drg medici della classe D ed effettuati oltre il valore percentuale/soglia di ammissibilità siano remunerati con la tariffa prevista per il ricovero diurno di cui alla colonna C dell'**allegato A**.

Inoltre, si propone che, per i ricoveri diurni afferenti ai drg 6, 39, 119, 162, 409, 410 e 492 ed effettuati oltre il valore percentuale/soglia di ammissibilità siano remunerati con un abbattimento tariffario del 65% della tariffa prevista per il ricovero diurno di cui alla colonna C dell'**allegato A** del presente atto.

Tali disposizioni si intendono integrative e modificative di quanto previsto dalle deliberazioni n. 4277/2009, n. 2468/2006, e successive modifiche, e n. 3734/2007.

Si rappresenta che sull'aggiornamento dei valori delle tariffe associate ai drg e sulla ridefinizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere sono state informate e sentite le Associazioni di categoria, Aiop ed Aris, durante vari incontri; per ultimo nei due incontri svoltisi in data 16 e 28 settembre 2011.

Si dà atto che gli oneri derivanti dalla attuazione del presente provvedimento trovano copertura nel capitolo 101177 ad oggetto "Quota del fabbisogno di parte corrente per l'erogazione dei LEA da parte delle Aziende sanitarie del Veneto (art. 51, L. 23.12.1978, n. 833 - art. 12, comma 5, d. lgs. 30.12.1992, n. 502 - art. 52, L.R. 16.02.2010, n. 11)" del bilancio di previsione annuale che presenta sufficiente disponibilità.

Si dà, altresì, atto che gli oneri di cui al punto precedente non rientrano nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. 1/2011.

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

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, 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 regionale e statale;

VISTO l'articolo 8 sexies del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e sue successive integrazioni e modificazioni;

VISTO l'art. 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTO il decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 12 settembre 2006;

VISTO il "Nuovo patto della salute per gli anni 2010-2012" approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009;

VISTO il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito nella legge 15 luglio 2011, n. 111 (cd. manovra economica);

VISTO il "Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria - anno 2010", approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome il 5 maggio 2011 (atto n. 11/57/CR08/C7);

VISTA la deliberazione n. 916 del 28 marzo 2006 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la deliberazione n. 2468 del 1 agosto 2006;

VISTA la deliberazione n. 4450 del 28 dicembre 2006 e successivi decreti attuativi;

VISTA la deliberazione n. 3734 del 20 novembre 2007;

VISTA la deliberazione n. 4547 del 28 dicembre 2007;

VISTA la deliberazione n. 2541 del 4 agosto 2009;

VISTA la deliberazione n. 312 del 15 marzo 2011;]

delibera

1. di rideterminare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, le tariffe, i valori soglia della degenza ed i pesi delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, con decorrenza dal 1 gennaio 2012;
2. di dare atto che le tariffe, i valori soglia della degenza ed i pesi, di cui al punto 1., sono riportati nell'**allegato A** al presente provvedimento;
3. di approvare l'**allegato A** quale parte integrante del presente provvedimento;
4. di rideterminare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, le regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate;
5. di dare atto che le regole di cui al punto 4. sono riportate nell'**allegato B** al presente provvedimento;
6. di approvare l'**allegato B** quale parte integrante del presente provvedimento;
7. di dare atto che gli oneri derivanti dalla attuazione del presente provvedimento trovano copertura nel capitolo 101177 ad oggetto "Quota del fabbisogno di parte corrente per l'erogazione dei LEA da parte delle Aziende sanitarie del Veneto (art. 51, L. 23.12.1978, n. 833 - art. 12, comma 5, d. lgs. 30.12.1992, n. 502 - art. 52, L.R. 16.02.2010, n. 11)" del bilancio di previsione annuale che presenta sufficiente disponibilità;
8. di dare atto che gli oneri di cui al punto 7. non rientrano nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. 1/2011;
9. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
10. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.