



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
9^a legislatura

Struttura amministrativa competente:

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria

			P	A	
Presidente	Luca	Zaia	X		
Vicepresidente	Marino	Zorzato	X		
Assessori	Renato	Chisso	X		
	Roberto	Ciambetti	X		
	Luca	Coletto	X		
	Maurizio	Conte	X		
	Marialuisa	Coppola		X	
	Elena	Donazzan	X		
	Marino	Finozzi	X		
	Massimo	Giorgetti	X		
	Franco	Manzato	X		
	Remo	Sernagiotto	X		
	Daniele	Stival	X		
	Segretario	Mario	Caramel		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 311

15 MAR 2011
del

OGGETTO: D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 e L.R. 16.8.2002, n. 22. Assistenza specialistica ambulatoriale: determinazione dei tetti di spesa e dei criteri di definizione dei volumi di attività per l'anno 2011 degli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati (ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) per le prestazioni rese ai residenti nel Veneto.

NOTE PER LA TRASPARENZA: Determinazione dei tetti di spesa 2011 per gli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati (ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, prevede che le Regioni programmino l'erogazione, da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati, delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e definiscano l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

La Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22, all'articolo 17, attribuisce alla Giunta Regionale il compito di determinare, sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti accreditati pubblici o equiparati e privati non equiparati di cui all'art. 4, comma 12 del D.Lgs. 502/1992, i piani annuali preventivi di attività, indicanti la quantità e la tipologia di prestazioni da erogare, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

Il presente provvedimento si riferisce ai tetti di spesa ed ai volumi di attività con riguardo esclusivamente all'assistenza ambulatoriale erogata da soggetti pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati.

Il sistema di determinazione dei tetti di spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto del presente provvedimento si fonda sui seguenti principi:

- l'esigenza che tutti gli erogatori concorrano all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda ULSS nella quale insistono e delle Aziende ULSS limitrofe, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dell'utente;
- l'abbandono della logica del tetto dinamico e la determinazione dei budget entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa sostenibile per l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'esigenza del rispetto degli obblighi assunti, da ultimo, con il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2010/2012 approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, con atto Rep. N. 243/CSR del 3/12/2009, circa

- l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, intesa sia qualitativamente che quantitativamente e in relazione all'economicità ed efficienza nell'uso delle risorse;
- l'esigenza del rispetto dell'equilibrio di bilancio, in una situazione in cui le risorse finanziarie sono limitate e vi è pertanto la necessità di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, per garantire efficienza a fronte di investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi.

Il presente sistema di determinazione dei tetti di spesa ha valenza annuale, dall'1.1.2011 al 31.12.2011.

Il budget per l'anno 2011 di ogni erogatore pubblico ed equiparato provvisoriamente/definitivamente accreditato per le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita, è costituito dagli importi indicati nell'Allegato A alla presente deliberazione, che ne costituisce parte integrante.

Diversamente dagli anni precedenti, si procede direttamente con la presente deliberazione alla determinazione del budget per ogni erogatore per un'esigenza di semplificazione, certezza e controllo della spesa sanitaria.

Il budget è stato determinato tenendo conto del volume di attività assegnato ad ogni struttura nel 2010, della spesa effettivamente sostenuta dalla Regione e dei nuovi indirizzi di programmazione regionale in tema di assistenza specialistica ambulatoriale adottati nell'ambito delle politiche di appropriatezza ed efficienza.

Le analisi effettuate sui dati disponibili hanno evidenziato una media regionale di prestazioni ambulatoriali per abitante superiore a quanto effettivamente necessario per garantire il fabbisogno di salute nel rispetto dei predetti canoni di efficienza ed appropriatezza. In tale quadro di riferimento, che costituisce la base della nuova programmazione regionale per la specialistica ambulatoriale, basata su numero standard di prestazioni per abitante, come da DGR n. 3140 del 14/12/2010, il dato certo è costituito dal fatto che la garanzia dei livelli essenziali di assistenza agli assistiti veneti non comporta la necessità di una maggiore offerta di prestazioni.

Le valutazioni effettuate in termini sia di fabbisogno, sia di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria escludono quindi la previsione di un aumento di budget.

Inoltre l'applicazione dei suddetti principi impone per la determinazione dei tetti di spesa 2011, anche di tenere conto di eventuali elementi di differenziazione e di peculiarità che caratterizzano le singole Aziende Ulss.

Infatti le analisi ed elaborazioni effettuate in base ai dati del flusso SPS della specialistica ambulatoriale, hanno evidenziato che in alcune Aziende Ulss per ogni assistito residente il numero medio di prestazioni sanitarie utilizzate è sensibilmente superiore rispetto all'attuale media regionale. In assenza di situazioni di elevata morbilità e/o di elementi oggettivi che motivino uno straordinario bisogno di salute, ciò fa ritenere che vi sia una richiesta inappropriata di prestazioni sanitarie. Tra queste vi sono le Aziende Ulss 12 e 19, nel cui ambito territoriale insistono erogatori privati rientranti nella categoria oggetto della presente deliberazione.

Secondo diverso profilo, l'offerta di alcune aziende territoriali è tale da giustificare una riduzione del ricorso agli erogatori privati, seppur equiparati, in considerazione degli investimenti effettuati e della mole delle risorse pubbliche immobilizzate, che pertanto andranno utilizzate prioritariamente, trattandosi di spesa pubblica, pur nel rispetto del diritto di libera scelta del cittadino.

Ciò risulta particolarmente evidente, tra le altre, nell'ambito dell'Azienda Ulss 12 nella quale è stato attivato dal 2008 il nuovo complesso ospedaliero denominato "All'Angelo". Tale struttura pubblica è in grado di ampliare e diversificare l'offerta di prestazioni sanitarie e di raggiungere un livello di gestione ottimale e coerente in termini di efficienza economica con lo strumento scelto del project financing.

Per quanto riguarda, poi, l'Azienda Ulss 19 anche il Direttore Generale ha segnalato la necessità di una riduzione del budget da attribuire per la specialistica ambulatoriale all'erogatore privato.

Pertanto, per assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, valutate le peculiarità dell'offerta prestazionale nell'ambito delle Ulss 12 e 19, il budget

degli erogatori pubblici ed equiparati che insistono nel territorio delle predette, è stato oggetto di opportuno ridimensionamento rispetto all'anno precedente.

Il budget individuato deve intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili.

Ad ogni erogatore pubblico ed equiparato con riferimento alle suddette macroaree/branche specialistiche viene riconosciuto, per l'anno 2011, nelle more dell'adozione del nuovo tariffario regionale, un incremento finanziario pari all'1 % da calcolarsi sul fatturato netto 2011 (con valore massimo fatturato pari al budget) per l'attività effettivamente prestata.

Tale incremento andrà liquidato congiuntamente agli importi previsti in fattura. Lo stesso non sarà più corrisposto dal momento dell'applicazione delle nuove tariffe regionali delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in corso di definizione.

Non saranno remunerate le prestazioni erogate in supero al budget assegnato.

La possibilità di beneficiare, per l'anno 2011, della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata, in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno in corso deve essere preventivamente concessa dalla Segreteria regionale per la Sanità, sentite le Aziende Ulss di riferimento territoriale. Il trasferimento di budget, che comporterà una diminuzione definitiva del budget ospedaliero a fronte di un corrispondente aumento definitivo del budget ambulatoriale, dovrà essere finalizzato prioritariamente alla riduzione dei tempi di attesa presenti nell'Azienda Ulss di riferimento. Tale meccanismo andrà comunque attuato entro il mese di settembre 2011.

Si precisa che, a conferma di quanto previsto dalla DGR n. 2604/2008, per le prestazioni di ricovero ospedaliero la cui erogazione sarà ricondotta anche a regime ambulatoriale, con apposito provvedimento verranno definiti la soglia di appropriatezza, la tariffa e i criteri di quantificazione dell'ammontare del budget da trasferire dall'attività ospedaliera a quella ambulatoriale.

L'Azienda ULSS e l'erogatore devono concordare la tipologia e il numero di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, nella misura non inferiore al 50% del budget assegnato per ogni macroarea, risultante dall'Allegato A, tenendo conto della tipologia e del numero di prestazioni normalmente erogate dalla struttura interessata e della potenzialità erogativa della stessa.

L'accordo sulla contrattazione del budget deve essere comunicato dall'ULSS competente alla Direzione Regionale Attuazione Programmazione Sanitaria.

Della contrattazione di budget possono avvalersi anche i Direttori Generali delle Aziende ULSS limitrofe, preferibilmente della Provincia, a favore dei propri assistiti. In tale caso l'Azienda ULSS deputata a intrattenere i rapporti economici con l'erogatore privato è sempre quella di ubicazione territoriale dell'erogatore stesso, fatto salvo il raccordo tra le Aziende interessate nella definizione e ripartizione delle prestazioni oggetto della contrattazione.

Nel caso in cui l'erogatore si sottragga all'accordo sulla contrattazione del budget, l'originario budget assegnato per ogni macroarea in base all'Allegato A, verrà decurtato del 10%.

L'assestamento di budget, vale a dire la possibilità di spostare quote di budget assegnato da una macroarea ad un'altra è circostanza eccezionale che dovrà essere effettuata solamente nell'ottica di soddisfare particolari necessità assistenziali esistenti nel territorio di riferimento e nella prospettiva dei reali bisogni di salute dei cittadini. In ogni caso l'eventuale spostamento deve essere concordato con il Direttore Generale dell'Azienda Ulss territorialmente competente nell'ambito dell'accordo contrattuale in essere. L'assestamento del budget deve essere comunicato dall'ULSS competente alla Direzione Regionale Attuazione Programmazione Sanitaria. Il budget risultante dall'assestamento costituirà il nuovo budget di riferimento dell'erogatore.

I Direttori Generali delle Aziende Ulss, oltre il budget assegnato, hanno la possibilità di acquistare dagli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati, nell'ipotesi in cui sia stato

contrattato almeno il 50% del budget, ulteriori pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali, con una riduzione tariffaria, già comprensiva dello "sconto" da applicare in base alla legge finanziaria 2007, inferiore di almeno il 25% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale; l'acquisto di pacchetti extra budget potrà effettuarsi solo qualora questo risulti necessario per rispettare quanto previsto dalla DGR 600/2007 e in osservanza del nuovo Piano Nazionale sulle liste d'attesa 2010/2012, in corso di recepimento, per soddisfare necessità assistenziali esistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della rete erogativa, che danno luogo a tempi di attesa oltre gli standard regionali stabiliti, e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici. In ogni caso eventuali acquisti di pacchetti extra budget dovranno essere comunicati per conoscenza alla Direzione Regionale Attuazione Programmazione Sanitaria per il monitoraggio della spesa.

Per quanto riguarda la macroarea di diagnostica di laboratorio, come già evidenziato da uno studio concluso nel 2007 dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, nel Veneto la rete delle strutture pubbliche di laboratorio è capillare ed efficiente in tutto il territorio regionale. Inoltre, negli ultimi anni, è stata oggetto di significative ristrutturazioni strumentali/organizzative che ne hanno accresciuta l'efficienza attraverso l'uso più razionale delle risorse. Nel quadro delineato la politica regionale di questi ultimi anni è stata nei confronti degli erogatori privati, anche equiparati, nel senso di promuovere la loro riorganizzazione secondo modelli di rete e nel consentire la riduzione dell'attività in favore delle altre branche specialistiche, nella prospettiva di un ridotto fabbisogno.

Nell'ambito delle politiche di governo dell'offerta sanitaria e coerentemente all'esigenza del controllo della spesa, si ritiene necessario, diversamente dagli ultimi anni, assegnare un budget anche agli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati per la macroarea di laboratorio. Infatti, in assenza di budget, la spesa sanitaria in relazione alla macroarea di laboratorio per prestazioni rese dagli erogatori equiparati, ha dimostrato un sensibile aumento negli ultimi anni. Pertanto il budget per l'anno 2011, per le predette strutture sarà quello stabilito dall'**Allegato B** che costituisce parte integrante della presente deliberazione.

Il budget individuato deve intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili.

Non saranno remunerate le prestazioni di laboratorio erogate in supero al budget assegnato.

Per quanto riguarda la macroarea di diagnostica di laboratorio, anche per l'anno 2011, la Regione promuove la riorganizzazione dell'attività di laboratorio secondo i modelli di rete definiti dalla DGR n. 4052/2007.

Va precisato che alla remunerazione delle prestazioni di attività specialistica per tutte le macroaree continua ad essere applicato (salvo nuove disposizioni normative) quanto disposto dalla legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 796 lettera "O", L. 27.12.2006 n. 296) relativamente al c.d. "sconto", secondo le indicazioni delle note regionali applicative e della sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09.

E' funzionale al sistema, come già previsto dal Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28.3.2006, dalla DGR n. 600 del 13.3.2007 e, da ultimo, dal nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, Rep. 189/CSR del 28.10.2010, che le prestazioni erogate con oneri a carico del SSR da tutti gli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati, siano gestite tramite il Centro Unico di Prenotazione - CUP - dell'Azienda ULSS di ubicazione territoriale.

In ogni caso nel 2011 l'obiettivo dell'Amministrazione Regionale è quello di inserire a CUP il 100% delle prestazioni fornite per conto del Servizio Sanitario Regionale.

Considerato che il tavolo tecnico istituito in base alla DGR n. 2604/2008 non ha prodotto i risultati attesi, incontrando una serie di oggettive problematiche di tipo prevalentemente informatico, si dà mandato al Servizio Sistema Informatico della Direzione Regionale Controlli e Governo SSR, di individuare le modalità tecniche/informatiche di inserimento delle prestazioni rese da tutti gli erogatori pubblici ed equiparati nei CUP aziendali.

Il rifiuto da parte dell'erogatore dell'inserimento dell'intera offerta delle prestazioni rese per conto del Servizio Sanitario Regionale nel CUP aziendale dal momento in cui ciò sarà tecnicamente ed operativamente

possibile, sarà elemento oggetto di valutazione al fine della conclusione degli accordi contrattuali negli anni successivi.

I Direttori Generali, nell'ambito dell'accordo contrattuale, dovranno concordare con l'erogatore il termine di pagamento delle fatture per l'attività prestata che, in considerazione dei tempi dei trasferimenti del fondo sanitario, non potrà essere inferiore a giorni 60 dal ricevimento della fattura.

Allo scopo di garantire la continuità assistenziale, è necessario che ciascun erogatore effettui un'adeguata programmazione della propria offerta di servizi da erogare con oneri a carico del servizio sanitario regionale, distribuendola, senza soluzione di continuità, nell'arco dell'intero anno.

A tal fine i Direttori Generali sono chiamati a notificare agli erogatori del proprio territorio, non appena ne avranno la disponibilità, il testo del presente provvedimento.

Al fine di assicurare agli erogatori la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31/12/2011, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione. Il budget per ogni mese di "vacatio" sarà pari ad un dodicesimo del budget assegnato all'erogatore nel 2011.

In ordine al presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema dei tetti di spesa e di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido per l'anno 2011, nei confronti degli erogatori pubblici ed equiparati, sono state sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative.

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 statale e regionale;

VISTO il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Legge del 27.12.2006, n. 296 – Finanziaria 2007;

VISTA la Legge regionale del 16.8.2002, n. 22;

VISTA la DGR n. 860 del 27.2.1987;

RICHIAMATE le deliberazioni di determinazione dei tetti di spesa: n. 4776 del 30.12.1997; n. 270 del 6.2.2004; n. 3292 del 22.10.2004; n. 4302 del 29.12.2004; n. 70 del 17.1.2006; n. 4449 del 28.12.2006; n. 452 del 27.2.2007; n. 2604 del 16.9.2008; n. 3097 del 21.10.2008; n. 1672 del 9.6.2009; n. 848, 849 e 850 del 15.03.2010;

VISTA l'Intesa Stato - Regioni sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, Rep. 189/CSR del 28.10.2010;

VISTO il Patto per la salute per gli anni 2010/2012 approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, con atto Rep. N. 243/CSR del 3/12/2009;

VISTA la DGR n. 600 del 13.3.2007;

VISTA la DGR n. 4052 dell'11.12.2007;

VISTA la sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09;

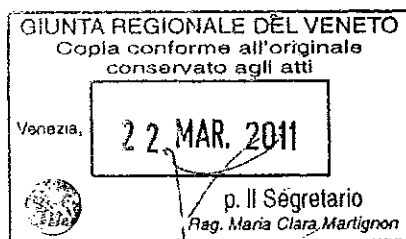
DELIBERA

1. di approvare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, i criteri per la determinazione dei volumi di attività e i tetti di spesa per l'anno 2011 per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dagli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati;
2. di dare atto che il budget di ogni erogatore pubblico ed equiparato per le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita, è costituito dagli importi indicati nell'**Allegato A** alla presente deliberazione;
3. di dare atto che il budget di ogni erogatore pubblico ed equiparato per la macroarea di diagnostica di laboratorio è costituito dagli importi indicati nell'**Allegato B** alla presente deliberazione;
4. di approvare gli **Allegati A e B**, parte integrante della presente deliberazione;
5. di prevedere in relazione alle macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita, nelle more dell'adozione del nuovo tariffario regionale, un incremento finanziario pari all'1% da calcolarsi sul fatturato netto 2011 (con valore massimo fatturato pari al budget) per l'attività effettivamente prestata;
6. di dare mandato al Servizio Sistema Informatico della Direzione Regionale Controlli e Governo SSR, di individuare le modalità tecniche/informatiche di inserimento delle prestazioni rese da tutti gli erogatori pubblici ed equiparati nei CUP aziendali;
7. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende ULSS di notificare a ciascun erogatore del proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il presente provvedimento;
8. di stabilire che, qualora entro il 31.12.2011 non venga approvata la delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione;
9. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo.

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

Il Segretario
F.to Avv. Mario Caramel

Il Presidente
F.to Dott. Luca Zaia





ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 1/1

311

15 MAR 2011

ULSS	EROGATORE PRIVATO EQUIPARATO E PUBBLICO	MACRO AREA	Budget 2011
ULSS 9	Ospedale San Camillo	FKT	320.000,00
ULSS 9	Ospedale San Camillo	Radiologia	2.246.000,00
ULSS 9	Ospedale San Camillo	Altre	2.326.000,00
ULSS 12	Casa di Cura Pol. San Marco	FKT	353.000,00
ULSS 12	Casa di Cura Pol. San Marco	Radiologia	674.000,00
ULSS 12	Casa di Cura Pol. San Marco	Altre	1.238.000,00
ULSS 12	Ospedale S. Raffaele A. Fatebenefratelli	FKT	181.000,00
ULSS 12	Ospedale S. Raffaele A. Fatebenefratelli	Radiologia	111.000,00
ULSS 12	Ospedale S. Raffaele A. Fatebenefratelli	Altre	22.000,00
ULSS 12	IRCCS San Camillo	FKT	185.000,00
ULSS 12	IRCCS San Camillo	Radiologia	188.000,00
ULSS 12	IRCCS San Camillo	Altre	60.000,00
ULSS 12	Ospedale Villa Salus	FKT	304.000,00
ULSS 12	Ospedale Villa Salus	Radiologia	1.532.000,00
ULSS 12	Ospedale Villa Salus	Altre	2.417.000,00
ULSS 16	Casa di Cura Abano Terme spa	FKT	465.000,00
ULSS 16	Casa di Cura Abano Terme spa	Radiologia	3.115.000,00
ULSS 16	Casa di Cura Abano Terme spa	Altre	2.060.000,00
ULSS 19	Casa di Cura Madonna della Salute	FKT	244.000,00
ULSS 19	Casa di Cura Madonna della Salute	Radiologia	2.469.000,00
ULSS 19	Casa di Cura Madonna della Salute	Altre	1.740.000,00
ULSS 20	Ospedale Villa San Giuliana	Altre	20.000,00
ULSS 22	Ospedale Sacro Cuore	FKT	498.000,00
ULSS 22	Ospedale Sacro Cuore	Radiologia	6.440.000,00
ULSS 22	Ospedale Sacro Cuore	Altre	7.036.000,00
ULSS 22	Casa di Cura Dr. Pederzoli	FKT	366.000,00
ULSS 22	Casa di Cura Dr. Pederzoli	Radiologia	4.910.000,00
ULSS 22	Casa di Cura Dr. Pederzoli	Altre	4.110.000,00
AZ. OSP. PD		Radiologia	8.674.000,00
AZ. OSP. PD		Altre	20.017.000,00
AZ. OSP. PD		FKT	612.000,00
IOV		Radiologia	6.967.000,00
IOV		Altre	6.039.000,00
IOV		FKT	0,00
AOUI VR		Radiologia	14.790.000,00
AOUI VR		Altre	25.235.000,00
AOUI VR		FKT	1.406.000,00



ALLEGATO_B_Dgr n.

del

pag. 1/1

311

15 MAR 2011

ULSS	EROGATORE PRIVATO EQUIPARATO E PUBBLICO	MACRO AREA	Budget 2011
ULSS 9	Ospedale San Camillo	Laboratorio	505.000,00
ULSS 12	Casa di Cura Pol. San Marco	Laboratorio	414.000,00
ULSS 12	Ospedale S. Raffaele A. Fatebenefratelli	Laboratorio	146.000,00
ULSS 12	IRCCS San Camillo	Laboratorio	217.000,00
ULSS 12	Ospedale Villa Salus	Laboratorio	783.000,00
ULSS 16	Casa di Cura Abano Terme spa	Laboratorio	942.000,00
ULSS 19	Casa di Cura Madonna della Salute	Laboratorio	906.000,00
ULSS 22	Ospedale Sacro Cuore	Laboratorio	1.609.000,00
ULSS 22	Casa di Cura Dr. Pederzoli	Laboratorio	973.000,00
AZ. OSP		Laboratorio	20.182.000,00
IOV		Laboratorio	1.802.000,00
AOUI		Laboratorio	11.377.000,00