

„Stempelsteuer auf dem Original in virtueller Form im Ausmaß von 144,00.- Euro entrichtet (Gen. Ag. Einnahmen BZ Nr. 9448/2006)“

**VERTRAGSABKOMMEN
gemäß Beschluss des Generaldirektors
Nr. 923 vom 30.06.2023**

zwischen

dem SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEB

in der Folge **Sanitätsbetrieb** genannt, mit Sitz in Bozen, T.A.- Edisonstr. 10/D, Str.Nr./MwSt.-Nr. 00773750211, vertreten durch den Generaldirektor, Dr. Florian Zerzer

und

„Brixsana Private Clinic“ GmbH

in der Folge **Einrichtung** genannt, mit Sitz in Brixen, Julius Durer Str. Nr. 28 MwSt. Nr. 02801350212, die für die Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen akkreditiert ist, vertreten durch die gesetzliche Vertreterin Frau Dr. Francesca Pasquali

für instrumentaldiagnostische radiologische und senologische Leistungen, und Leistungen in den Fachbereichen Augenheilkunde und Kardiologie

Vorausgeschickt, dass:

- Art. 8-bis Abs. 1 des G.v.D. Nr. 502/1992 vorsieht, dass die Regionen die Erbringung der wesentlichen und einheitlichen Betreuungsstandards auch durch Einbeziehung der akkreditierten Rechtssubjekte gewährleisten, unter Einhaltung der Vertragsabkommen gemäß Art. 8-quinquies;
- gemäß Art. 8-bis Abs. 2 und Art. 8-quarter Abs. 2 des G.v.D. Nr. 502/1992 die Inhalte betreffend die Leistungserbringung und die wirtschaftlichen Inhalte der Vertragsabkommen den Rechtstitel darstellen, auf dessen Grundlage das akkreditierte Rechtssubjekt im Namen und zu Lasten des nationalen Gesundheitsdienstes tätig sein kann und die Bürger die freie Wahl des Betreuungsstandortes haben;
- die Landesregierung die Kriterien und Unterzeichnungsmodalitäten der Verträge nach Art. 8-quinquies G.v.D. Nr. 502/1992 sowie die der Bevölkerung zu garantierenden Leistungsanzahl festlegt;
- der Leistungsbedarf, der von privaten Leistungserbringern angekauft wird, im Einvernehmen mit diesen festgelegt wurde und eine Gültigkeit von drei Jahren, sofern nicht ein erhöhter Bedarf von Seiten des Sanitätsbetriebes festgelegt wird, wel-

„Imposta di bollo assolta sull'originale in modo virtuale (Aut. Ag. Entrate BZ n. 9448/2006) nella misura di 144,00.- Euro“

**ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi della deliberazione del Direttore generale n. 923 del 30.06.2023**

fra

I'AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE

in seguito denominata **Azienda Sanitaria**, con sede in Bolzano, via T.A.-Edison 10/, cod.fisc./partita IVA 00773750211 rappresentata dal Direttore Generale dott. Florian Zerzer

e

la „Brixsana Private Clinic“ Srl

in seguito denominato **Struttura**, con sede in Bressanone via Julius Durst 28, c.f./partita 02801350212, accreditato per l'erogazione delle prestazioni oggetto dell'accordo contrattuale, rappresentata dalla sua legale rappresentante dott.ssa Francesca Pasquali

per prestazioni di radiologia e senologia diagnostica strumentale e prestazioni ambulatoriali nelle branche di oculistica e cardiologia

Premesso che:

- l'art. 8-bis comma 1 del D. Lgs. n. 502/1992 prevede che le Regioni assicurino i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
- ai sensi dell'art. 8-bis comma 2 e 8-quarter comma 2 del D. Lgs. n. 502/1992 i contenuti prestazionali ed economici degli accordi contrattuali costituiscono il titolo in virtù del quale il soggetto accreditato può operare nell'ambito per conto e a carico del Sistema Sanitario nazionale ed i cittadini possono liberamente scegliere il luogo di cura;
- la Giunta Provinciale definisce i criteri e le modalità di sottoscrizione dei contratti ex art. 8-quinquies D. Lgs n. 502/1992 e le quantità di prestazioni da garantire alla popolazione;
- i fabbisogni di prestazioni da acquistare dagli erogatori privati sono stati definiti tramite intese con gli stessi e hanno validità triennale salvo maggiore fabbisogno da parte dell'Azienda sanitaria concordato all'inizio di

cher zu Jahresbeginn vereinbart wird;

- die **Einrichtung** zum Abschluss des vorliegenden Vertragsabkommens berechtigt ist, da diese im Besitz des Akkreditierungsdekretes des Gesundheitslandesrates Nr. 26788 vom 20.12.2019 und gültig bis 31.12.2024;
- der gesetzliche Vertreter der **Einrichtung** erklärt, dass er für keine Straftat rechtskräftig verurteilt wurde, die das Verbot Verträge mit der öffentlichen Verwaltung abzuschließen mit sich bringt und auch keine anderen Unvereinbarkeitsgründe gemäß den geltenden Bestimmungen bestehen;
- der Text des Vertragsabkommens, von den Vertragsparteien gemeinsam ausgehandelt, vereinbart und verfasst wurde und sich aus folgenden drei Teilen zusammensetzt:
 - I. Rechtlicher Teil
 - II. Rechtlicher- Operativer Teil
 - III. Teil: Grundausgabenhöchstgrenze, ordentliches Budgets, Garantiebudget, jährliche Gesamtausgabenhöchstgrenze (Verzeichnis der vereinbarten Leistungen)

Es wird folgendes vereinbart und festgelegt:

I. RECHTLICHER TEIL

Art. 1 – Gegenstand des Vertragsabkommens

Die Prämissen bilden wesentlichen Bestandteil des vorliegenden Vertragsabkommens, welches für den Dreijahreszeitraum 2023-2025 gilt und kein Anrecht auf einen weiterführenden Vertragsabschluss begründet.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich im Namen und zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes die vereinbarten Leistungen zu erbringen, so wie im III. Teil des Vertragsabkommens angeführt.

Die Leistungen müssen das gesamte Jahr über erbracht werden und die **Einrichtung** ist verpflichtet, das ordentliche Dienstleistungsangebot gleichmäßig über 12 Monate zu erbringen und im Falle von nachfolgenden Dienstleistungen aufgrund der vorhergehenden Erstvisiten auch diese proportional gemäß dem vereinbarten Anteil zu erbringen.

Bei der Leistung 13.19.1 Katarakt-OP mit oder ohne Implantation einer Intraokularlinse wird das Verhältnis 1:10 auf die Untersuchungen angewendet, die entweder von der Einrichtung selbst oder von einem öffentlichen Krankenhaus durchgeführt worden sein muss.

Für das Jahr 2023 bis zum 30.06.2023 - verlängerte

ogni anno;

- la **Struttura** è legittimata alla stipula del presente accordo contrattuale in quanto è in possesso del decreto di accreditamento dell'Assessore alla Salute, alla Banda larga e alle Cooperative n. 26788 del 20.12.2019 e valido fino al 31.12.2024;
- il legale rappresentante della **Struttura** dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;
- il testo dell'accordo contrattuale costituito da tre parti è stato redatto, discusso e concordato da entrambe le parti ed è composto dalle seguenti parti:
 - I. parte giuridica
 - II. parte giuridico - operativa
 - III. parte: tetto di spesa base, budget ordinario, budget di garanzia, tetto di spesa totale annuale (elenco prestazioni convenzionate)

Si conviene e si stipula quanto segue:

I. PARTE GIURIDICA

Art. 1 - Oggetto dell'accordo contrattuale

Le premesse costituiscono parte integrante del presente accordo contrattuale, che vale per il triennio 2023-2025 e non costituisce diritto per un accordo contrattuale successivo.

La **Struttura** si impegna ad erogare, per conto e con oneri a carico del Servizio sanitario provinciale, le prestazioni così come indicate nella III. parte del presente accordo contrattuale.

Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità e la **Struttura** è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su 12 mesi e nel caso di prestazioni successive alle visite seguendo la proporzione concordata.

Alla prestazione 13.19.1 Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare si applica la proporzione di 1:10 rispetto alle 1. visite che devono essere state erogate o dalla struttura stessa o da un presidio pubblico.

Per l'anno 2023 fino al 30.06.2023 - accordo in

Vereinbarung - gilt das Verhältnis 1:8; ab dem 01.07.2023 wird das Verhältnis 1:10.

*Das zuständige Amt prüft die erbrachten konventionierten Gesundheitsleistungen und behält sich das Recht vor, nach entsprechender Mitteilung mittels zertifizierter Post (PEC), der **Einrichtung** die Überschreitung der monatlichen Quote der Ausgabenhöchstgrenze im Verhältnis zur Erstvisite, zur Kontrollvisite oder zu den festgelegten Quoten mitzuteilen und diese in Abweichung erbrachten Gesundheitsleistungen nicht zu vergüten.*

Sollte am Jahresende ein Ausgleich zu den vertraglich vereinbarten Gesundheitsleistungen im Rahmen des vereinbarten jährlichen Bedarfs möglich sein, dann werden diese erbrachten Gesundheitsleistungen bis zur vertraglichen Menge erstattet.

Unbeschadet der gerichtlichen Rechtsmittel gebührt dem Leistungserbringer kein Entgelt, keine Entschädigung und kein Schadensersatz für Leistungen, die dieser in Ermangelung der Akkreditierungsvoraussetzungen aufgrund der in nachstehendem Art. 10 angeführten Gründe über die Aussetzung der Wirksamkeit des vorliegenden Vertragsabkommens erbracht hat.

Falls die **Einrichtung** aus einem gerechtfertigten Grund die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertragsabkommens sind, nicht erbringen kann, muss diese den **Sanitätsbetrieb** darüber rechtzeitig informieren. Gleichfalls muss die Wiederaufnahme der Leistungserbringung mitgeteilt werden.

Die Vertragspartner verpflichten sich zur Einhaltung der an den Landesbestimmungen vorgenommenen Änderungen unter Berücksichtigung der Aktualisierung der Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) und der Leistungstarife.

Art. 2 – Pflichten des Leistungserbringers, Voraussetzungen der Dienste

In Bezug auf jeglichen Aspekt der eigenen Tätigkeit gewährleistet die **Einrichtung** ausnahmslos die Einhaltung aller gesetzlichen Bestimmungen und Verwaltungsmaßnahmen jeden Ranges und jedweder Art.

Die Abtretung dieser Abmachung an Dritte ist gegenüber dem **Sanitätsbetrieb** nicht wirksam, mit Ausnahme der Abtretung des Betriebes oder der Änderung der Gesellschaftsbezeichnung vorbehaltlich der Verabschiedung der notwendigen Maßnahmen, welche in die Zuständigkeit des Landes und des Sanitätsbetriebes fallen.

Die **Einrichtung** muss, unter anderem, die organisatorischen, funktionellen und strukturellen Voraussetzungen für die Akkreditierung beibehalten und sich an diese anpassen, sowie die Leistungen gemäß den

proroga - si applica la proporzione 1:8; a partire dal 01.07.2023 la proporzione diventa 1:10.

*L'ufficio competente vigila sull'erogazione delle prestazioni sanitarie convenzionate e si riserva, dopo aver avvisato la **Struttura** con posta certificata (pec) del superamento della quota tetto mensile per quelle definite in proporzione alla 1. Visita, alla visita di controllo o alle quote contingentate e di non riconoscere quelle erogate in precedenza.*

Se, alla fine dell'anno, le prestazioni sanitarie previste su base annua non sono state erogate sarà possibile una compensazione nei limiti del fabbisogno annuale concordato e le prestazioni sanitarie erogate saranno rimborsati fino all'importo concordato.

Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del presente accordo contrattuale di cui al successivo art. 10, ferma restando la tutela giurisdizionale.

Qualora per giustificato motivo la **Struttura** non possa espletare le prestazioni oggetto del presente accordo contrattuale dovrà dare tempestiva comunicazione all'**Azienda Sanitaria**. Analogamente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Le parti si impegnano a rispettare le modifiche introdotte alla normativa provinciale con riguardo all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e alle tariffe delle prestazioni.

Art. 2 – Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi

In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, la **Struttura** garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi di ogni rango e tipo, nessuno escluso.

La cessione dell'accordo a terzi non produce effetti nei confronti dell'**Azienda Sanitaria**, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale subordinatamente all'adozione degli atti di competenza provinciale ed aziendale.

La **Struttura** è tenuta, tra l'altro, a mantenere e adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento ed erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessi-

Standards und Protokollen über die Zugänglichkeit und die klinische Angemessenheit erbringen. Die Pflichten in Bezug auf die Verwaltungsobliegenheiten und die Informationspflicht/Weiterbildung bilden ein wesentliches Element der Leistung.

*Jene Leistungen, die in Abweichung der Standards, der Zugänglichkeitsprotokolle und der Protokolle betreffend die klinische Angemessenheit und der vom **Sanitätsbetrieb** genehmigten oder bereitgestellten Prozeduren erbracht werden, werden wirtschaftlich nicht anerkannt.*

Für den Bereich Radiologie:

Die Leistungen der Magnetresonanz müssen mit mindestens 1,0 Tesla Geräten durchgeführt werden.

Die CT der Zahnreihen muss, aus Gründen der Dosis, mit Cone Beam Geräten durchgeführt werden.

Für diagnostische Senologie:

Die **Einrichtung** ist verpflichtet, die EUSOMA-Richtlinien in Bezug auf die Qualität der erbrachten Leistungen und den Beobachtungszeitraum betreffend der Durchführung nach der Mammographie / Ultraschall einzuhalten und dem zuständigen radiologischen Dienst die entsprechende Mitteilung zu übermitteln. Jede Verzögerung führt zur Verhängung einer Vertragsstrafe in Höhe von 500,00.- Euro und bei wiederholten Verzögerungen zur Minderung / Kündigung des Abkommens selbst.

Das dafür zuständige ärztliche Personal muss die europäischen EUSOMA-Richtlinien einhalten (jährlich mindestens 1000 klinische Mammographien).

Wenn die Patientin nach den durchgeführten Untersuchungen eine Biopsie-Nadelaspiration benötigt, ist die Einrichtung verpflichtet diese Dienstleistung zu erbringen: jede Überweisung der konventionierten Patientin in das Krankenhaus muss mit dem Direktor / der Direktorin des zuständigen radiologischen Dienstes vereinbart werden; andernfalls wird eine Strafe von 300,00.- Euro verhängt.

Für den Bereich Augenheilkunde:

- die **Struktur** ist verpflichtet sich bei den Katarakteingriffen an die chirurgischen Indikationen der SOI und NICE zu halten, welche im Verhältnis 1:10 zu 1. Visiten durchgeführt werden muss.

Für das Jahr 2023 bis zum 30.06.2023 - verlängerte Vereinbarung - gilt das Verhältnis 1:8; ab dem 01.07.2023 wird das Verhältnis 1:10.

bilità e appropriatezza clinica. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

*Le prestazioni erogate in violazione degli standards, protocolli di accessibilità e appropriatezza clinica e procedure approvate o fornite dall'**Azienda Sanitaria** non saranno riconosciute economicamente.*

Per la branca radiologia:

Le prestazioni di risonanza magnetica devono essere erogate con un'apparecchiatura di minimo 1,0 tesla.

La TAC per le arcate dentarie deve essere erogata, per motivi di dose, con apparecchiatura Cone Beam.

Per la senologia diagnostica:

La **Struttura** è tenuta ad osservare le linee guida di EUSOMA in termini di qualità delle prestazioni erogate e osservazioni delle tempistiche di effettuazioni delle prestazioni successive alla mammografia/ecografia e segnalazioni al Servizio radiologico di competenza; l' eventuale ritardo comporterà l'applicazione di una penale di 500,00.- Euro e in caso di reiterati ritardi la riduzione/rescissione dell'accordo stesso.

Il personale medico dedicato deve rispettare le linee guide europee EUSOMA (almeno 1000 mammografie cliniche annue).

Se in seguito agli esami erogati, la paziente ha bisogno di una biopsia - agoaspirato la **Struttura** è tenuta ad effettuare la prestazione: l'eventuale invio della paziente convenzionata in ospedale deve essere concordato con il Direttore/Direttrice del Servizio Radiologico competente; in caso contrario verrà applicata una penale di 300,00.- Euro.

Per la branca di oculistica:

- la **Struttura** deve garantire il rispetto delle linee guida della società scientifica SOI e NICE relativamente alle indicazioni chirurgiche per gli interventi di cataratta, che devono essere erogati con rapporto di 1: 10 rispetto alle 1. Visite.

Per l'anno 2023 fino al 30.06.2023 - accordo in proroga - si applica la proporzione 1:8; a partire dal 01.07.2023 la proporzione diventa 1:10.

- refraktäre chirurgische Eingriffe nicht vertragsgebunden sind da sie außerhalb der WBST sind.

Die **Einrichtung** ist außerdem verpflichtet, folgendes zu beachten:

a) Versicherungsschutz

Zur Deckung der Risiken, die mit den Tätigkeiten verbunden sind, die die **Einrichtung** im Auftrag des **Sanitätsbetriebes** mit eigenen Mitteln, Geräten und eigenem Personal ausführt, erklärt der Unterzeichner ausdrücklich, dass er eine Haftpflichtversicherung mit angemessener Deckungssumme, eine Gebäudebrandversicherung und eine Unfallversicherung zugunsten jener Personen abgeschlossen hat, welche die unter diesen Vertrag fallenden Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

Die **Einrichtung** kann auch andere, in den geltenden Vorschriften des Sektors ausdrücklich vorgesehene Versicherungsformen in Anspruch nehmen, wobei sie sich verpflichtet, den **Sanitätsbetrieb** ausführlich darüber zu informieren.

b) Beschäftigtes Personal und Unvereinbarkeiten

Die **Einrichtung** garantiert das Plansoll des ärztlichen, nicht-ärztlichen Personals und des Hilfs- und Verwaltungspersonals nach den von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Parametern.

Vor Beginn der Wirksamkeit dieses Vertrags übermittelt die **Einrichtung** das Verzeichnis der im Dienst befindlichen Mitarbeiter an die zuständige Verwaltungsstelle des **Sanitätsbetriebes**.

Der Ersatz von MitarbeiterInnen muss innerhalb von fünfzehn (15) Tagen mitgeteilt werden und unter Einhaltung genannter Parameter erfolgen.

Das in der **Einrichtung** tätige Gesundheitspersonal unterliegt der Pflicht der beruflichen Weiterbildung gemäß den geltenden Bestimmungen.

Die **Einrichtung** erbringt die vereinbarten Gesundheitsleistungen mittels Personals, welches im Besitz der von den geltenden normativen Bestimmungen vorgesehenen Titel ist und für welches kein Unvereinbarkeitsgrund gemäß Artikel 4, Absatz 7 des Gesetzes Nr. 412/1991 in geltender Fassung vorliegt.

Die **Einrichtung** darf im Sinne von Artikel 1, Abs. 42, Gesetz Nr. 190/2012 in geltender Fassung, mit ehemaligen Bediensteten des **Sanitätsbetriebes** und der Autonomen Provinz Bozen, die gegenüber der Einrichtung Hoheitsbefugnisse oder propädeutische Befugnisse in Bezug auf deren Geschäftstätigkeit ausgeübt haben, in den drei Jahren nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses keine Verträge über selbständige

- non sono oggetto di convenzionamento interventi di chirurgia refrattiva, in quanto da considerarsi quali extra-LEA.

La **Struttura** inoltre è tenuta ad osservare quanto segue:

a) Coperture Assicurative

A copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'**Azienda Sanitaria** dalla **Struttura** con mezzi, strumenti e personale propri dichiara espressamente di essere in possesso della polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, con massimali adeguati, della polizza assicurativa a copertura del rischio incendio fabbricati, nonché della polizza infortuni, in favore dei soggetti che usufruiscono delle prestazioni oggetto del presente contratto.

La **Struttura** potrà in alternativa, disporre di altre forme assicurative previste espressamente dalla normativa vigente del settore, impegnandosi a darne dettagliata comunicazione **all'Azienda Sanitaria**.

b) Personale impiegato ed incompatibilità

La **Struttura** assicura la dotazione di personale sanitario medico, non medico, ausiliario e amministrativo secondo i parametri previsti dalla vigente normativa.

All'inizio della vigenza del presente contratto la **Struttura** invierà all'ufficio amministrativo competente dell'**Azienda Sanitaria** l'elenco del personale in servizio.

Le sostituzioni di personale devono essere segnalate entro quindici (15) giorni ed avvenire nel rispetto dei succitati parametri.

Il personale sanitario operante presso la **Struttura** è soggetto all'obbligo dell'aggiornamento professionale secondo la normativa vigente.

La **Struttura** erogherà le prestazioni sanitarie contratte attraverso personale che è in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e non versati in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991 versione vigente.

La **Struttura**, ai sensi dell'art. 1, comma 42, L. n. 190/2012 versione vigente, non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti dell'**Azienda Sanitaria** e della Provincia Autonoma di Bolzano che abbiano esercitato nei suoi confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto

oder unselbständige Arbeitsverhältnisse abschließen und diesen auch keine Aufträge erteilen.

c) Charta der Gesundheitsdienste

Die **Einrichtung** verabschiedet ihre eigene Dienstleistungscharta, die auf den in den ministeriellen Richtlinien festgelegten Grundsätzen beruht und macht diese den Nutzern in den Räumlichkeiten der **Einrichtung** zugänglich und veröffentlicht diese auf ihrer Website.

d) Veröffentlichungen

Die **Einrichtung** hält diesbezüglich die geltenden Rechtsvorschriften ein (z.B. Veröffentlichung der Wartezeiten, beglaubigte Bilanz usw.).

Die **Einrichtung** muss dem **Sanitätsbetrieb** gemäß den vereinbarten Modalitäten die Informationen über die ausgeübte Tätigkeit im Bereich der selbstzahlenden Privatpatienten mitteilen und die ärztlichen Berichte / klinischen Untersuchungen/ Röntgen-Bilder der im Abkommen erbrachten Gesundheitsleistungen zur Verfügung stellen.

Wenn die Bereitstellung mit Kosten für Anschlüsse oder anderem verbunden ist, werden diese von der **Einrichtung** getragen.

e) Verwendung der Sprache

Um den Bedürfnissen der Betreuungsberechtigten unter Einhaltung der Bestimmungen laut Art. 2, Abs. 1, des D.P.R. vom 15.07.1988, Nr. 574, und darauffolgender Änderungen besser gerecht zu werden, garantiert die **Einrichtung** den Gebrauch der italienischen und deutschen Sprache.

f) Customer satisfaction

Die **Einrichtung** verpflichtet sich die Zufriedenheit der Nutzer des Dienstes zu ermitteln und falls vom **Sanitätsbetrieb** vorgesehen, die diesbezüglich vorgesehenen Zufriedenheitsbögen zu verwenden, die mit den gleichen oder anderen von ihm angegebenen Methoden erstellt wurden

Art. 3 – Überprüfungen und Kontrollen

Der **Sanitätsbetrieb** und die **Einrichtung** überprüfen periodisch den Verlauf der Leistungserbringung und die Übereinstimmung derselben mit dem vorliegenden Vertragsabkommens. Der **Sanitätsbetrieb** darf jederzeit Inspektionen und Kontrollen unter Einhaltung der geltenden Bestimmungen durchführen.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, die Aufsichtstätigkeit durch den **Sanitätsbetrieb** und die weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Prüfungs- und Kontrollfunktionen des Landes zu unterstützen, indem sie die

di lavoro.

c) Carta dei Servizi sanitari

La **Struttura** adotta ed attua una propria Carta dei Servizi sulla base dei principi indicati dalle direttive ministeriali e la mette a disposizione degli utenti presso i locali della **Struttura** ovvero viene pubblicata sul sito web della stessa.

d) Pubblicità

La **Struttura** si adegua alla normativa vigente (es. pubblicazione della lista d'attesa, del bilancio certificato ecc.).

La **Struttura** deve inviare all' **Azienda Sanitaria** secondo le modalità comunicate le informazioni sull'attività svolta in regime di privato pagante e mettere a disposizione i referti medici/ esami clinici /immagini radiologiche delle prestazioni sanitarie erogate in convenzione.

Qualora la messa a disposizione comportasse dei costi nei collegamenti o altro, questi sono a carico della **Struttura**.

e) Uso della lingua

La **Struttura** garantisce l'uso della lingua italiana e della lingua tedesca al fine di rispondere meglio alle esigenze della popolazione assistita nel rispetto della statuizione di cui all'art. 2, comma 1, del D.P.R. del 15.07.1988, n. 574 e successive modifiche.

f) Customer satisfaction

La **Struttura** si impegna a rilevare il gradimento degli utilizzatori del servizio e se previsto da parte dell'**Azienda Sanitaria** ad utilizzare le schede di rilevamento predisposte dalla stessa o altre modalità indicate dalla stessa.

Art. 3 – Verifiche e controlli

L'**Azienda Sanitaria** e la **Struttura** verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione al presente accordo contrattuale. L'**Azienda Sanitaria** potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto delle disposizioni in materia.

La **Struttura** si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'**Azienda Sanitaria**, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni provinciali di verifica e controllo, mettendo a di-

erforderlichen Unterlagen und die benötigte Dokumentation für die Ausübung der Tätigkeit zur Verfügung stellt.

Der **Sanitätsbetrieb** überprüft auf der Grundlage der durch die geltenden Bestimmungen festgelegten Kriterien stichprobenartig die Übereinstimmung der Erbringungszeiten für die Leistungen in Bezug auf das bedienstete Personal.

Die Qualitätskontrollen von Seiten des Südtiroler Sanitätsbetriebes erfolgen sowohl aus klinischer Sicht, auch mittels der dafür zuständigen Betriebsweiten Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung (NUVAS), als auch aus verwaltungstechnischer Sicht, sowie aus Sicht der Kundenzufriedenheit. Diese Qualitätskontrollen können auch im Rahmen von Mystery-resarch-Tätigkeiten durchgeführt werden, wobei hierzu auch externe Vertragspartner von Seiten des Südtiroler Sanitätsbetriebes beauftragt werden können.

Art. 4- Pflichten des Sanitätsbetriebes

Der **Sanitätsbetrieb** gewährleistet die Funktionsfähigkeit der Verbindung mit dem Programm für die dematerialisierte Verschreibung, der ELVS und aller anderen Programme, die der **Einrichtung** zur Verfügung gestellt werden.

Zur Verbesserung der Arbeitsprozesse und Optimierung der erbrachten Dienste, ist die **Einrichtung** mit dem System „RIC – PACS“ entsprechend der mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten Modalitäten verbunden: die eventuellen Kosten für die Verbindung sind zu Lasten der **Einrichtung**.

Art. 5 – Grundausgabenhöchstgrenze -variable Ausgabenhöchstgrenze und jährliche Ausgabenhöchstgrenze

Die Grundausgabenhöchstgrenze, die der **Einrichtung** im Normalfall für die Dauer der Gültigkeit des Abkommens zuerkannt wird, abgesehen von den Vorgaben laut Artikel 15 bezeichnet:

- die vereinbarten Leistungen (Anzahl und Typologie) zugunsten der Patienten mit Eintragung in den LGD/NGD.

Jährlich kann laut Bedarf die Grundausgabenhöchstgrenze durch zusätzliche Leistungen ergänzt werden, deren Wert die variable Ausgabenhöchstgrenze darstellt; diese Integration kann auch im Laufe des Jahres auf der Grundlage des Bedarfs erfolgen, der vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** nach Rücksprache mit dem Sanitätsdirektor festgestellt wird.

sposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

L'**Azienda Sanitaria** esegue verifiche a campione sui tempi di erogazione delle prestazioni rapportate al personale in servizio, in base ai criteri stabiliti dalla normativa vigente.

I controlli di qualità da parte dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige vengono effettuati sia dal punto di vista clinico, anche attraverso il nucleo aziendale di verifica dell'Assistenza sanitaria (NUVAS), sia dal punto di vista tecnico-amministrativo nonché della soddisfazione da parte del cliente. Questi controlli di qualità possono essere effettuati anche nell'ambito delle attività di mystery-resarch, per le quali l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige può incaricare anche partner contrattuali esterni.

Art. 4 – Obblighi dell'Azienda

L' **Azienda Sanitaria** garantisce il funzionamento dei collegamenti con il programma della ricetta dematerializzata, del CUPP, e di tutti i programmi messi a disposizione della **Struttura**.

La **Struttura**, al fine di migliorare i processi di lavoro e per l'ottimizzazione dei servizi resi, è collegata in rete con il sistema "RIC- PACS" secondo le modalità concordate con l' **Azienda Sanitaria**: gli eventuali costi per il collegamento sono a carico della **Struttura**.

Art. 5- Tetto di spesa base, tetto di spesa variabile e tetto di spesa annuale

Il tetto di spesa base che corrisponde all'importo riconoscibile alla **Struttura** per la durata di validità dell'accordo stesso, salvo l'effettuazione di prestazioni inferiori alla quantità prevista e fatto salvo quanto previsto dall'art. 15, indica:

- le prestazioni convenzionate (quantità e tipologia) a favore dei pazienti iscritti al SSP/SSN.

Annualmente in base al fabbisogno il tetto di spesa base può essere integrato da ulteriori prestazioni il cui valore costituisce il tetto di spesa variabile; tale integrazione può avvenire anche durante l'anno in base al fabbisogno accertato dall'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria**, sentito il Direttore Sanitario.

Die Grundausgabenhöchsgrenze zuzüglich der variablen Ausgabenhöchstgrenze bilden das ordentliche Budget, zu dem das Garantiebudget, falls vorgesehen, hinzugefügt werden kann, betreffend die innerhalb des von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen zeitlichen Maximalrahmens zu erbringenden Gesundheitsleistungen.

Das Garantiebudget wird durch einen Pauschalbetrag bestimmt: das Verzeichnis der Leistungen im Zusammenhang mit dem Garantiebudget und die entsprechenden Tarife sind im § III. Teil dieses Abkommens enthalten.

Wenn die **Einrichtung** ihre Verfügbarkeit zur Erbringung von Garantieleistungen nicht unverzüglich (innerhalb von 15 Tagen ab der Anfrage) zur Verfügung stellt, behält sich der **Sanitätsbetrieb**, abgesehen von der vertraglichen Nichterfüllung, das Recht vor, das Garantiebudget einer anderen Einrichtung zu übertragen sowie auch das Recht in den darauffolgenden jährlichen Verhandlungen, einen Teil der Dienstleistungen, die das ordentliche Budget betreffen, an eine andere Einrichtung zu vergeben (im Höchstmaß des nicht gewährleisteten Garantiebudgets).

Die jährliche Ausgabenhöchstgrenze, die den Gesamtwert des Abkommens ausmacht, ergibt sich somit aus der Summe des ordentlichen Budgets, welches der ordentlichen Programmplanung zugewiesen wird, und aus einem Garantiebudget für die außerordentliche Programmplanung.

a) Ordentliches Budget

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich die vereinbarten Leistungen zu den Tarifen laut geltenden Tarifverzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen oder zu dem mit den gesamten Einrichtungen vereinbarten Tarif zu vergüten, bis zur Ausgabenhöchstgrenze.

Die detaillierte Liste der vereinbarten Leistungen und deren Tarife sind in III. Teil dieses Abkommens enthalten.

Wird das ordentliche Budget überschritten, unbeschadet im Art. 6, wird kein Betrag zuerkannt.

Die Ärzte der **Einrichtung** sind berechtigt, die mit Verfahren ID256/2021 genehmigten Leistungen zur Vervollständigung des diagnostisch therapeutischen Verlaufs während der Untersuchung/ambulanten Leistung zu verschreiben.

b) Garantiebudget

Die Garantieleistungen werden gemäß dem vom **Sanitätsbetrieb** mittels zertifizierter Post (PEC) genehmigten Verfahren aktiviert, um die laut den gel-

Il tetto di spesa base più il tetto di spesa variabile costituiscono il budget ordinario, al quale si può aggiungere il budget di garanzia, se previsto, dedicato alle prestazioni sanitarie da erogare entro i tempi massimi previsti dalla normativa vigente.

Il budget di garanzia è identificato da un importo forfettario: l'elenco delle prestazioni che afferiscono al budget di garanzia e relative tariffe sono contenute nella III. parte del presente accordo.

Qualora la **Struttura** non dovesse dare prontamente (entro 15 gg dalla richiesta) la propria disponibilità all'erogazione delle prestazioni di garanzia, l'**Azienda Sanitaria** oltre a rilevare l'inadempimento, si riserva la facoltà di spostare il budget di garanzia su altra struttura e nella contrattazione successiva si riserva altresì di spostare su altra Struttura parte delle prestazioni che formano il budget ordinario (nella misura massima corrispondente al budget di garanzia non garantito).

Il tetto di spesa annuale che costituisce il valore complessivo dell'accordo è dato pertanto dalla somma del budget ordinario destinato alla programmazione ordinaria e da un budget di garanzia destinato alla programmazione straordinaria.

a) Budget ordinario

L'**Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare le prestazioni convenzionate alle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario per la specialistica ambulatoriale in forma vigente o alla tariffa concordata con tutte le strutture fino al raggiungimento del budget ordinario.

L'elenco dettagliato delle prestazioni convenzionate e relative tariffe sono contenute nella III. parte del presente accordo.

Al superamento del budget ordinario, salvo quanto previsto nell'art. 6 non verrà riconosciuto alcun compenso.

I medici della **Struttura** sono autorizzati a prescrivere le prestazioni di completamento diagnostico/valutativo o sostitutive autorizzate nella procedura ID256/2021.

b) Budget di garanzia

Le prestazioni di garanzia vengono attivate secondo quanto previsto dalla procedura approvata dall' **Azienda Sanitaria** con posta certificata

tenden Bestimmungen vorgesehenen Wartezeiten, zu den geltenden Tarifen für ambulante fachärztliche Leistungen, einzuhalten, bis zum Erreichen des Garantiebudgets.

Art. 6- Verwaltung des Jahresbudgets und Teilbudgets

Das zuständige Amt des **Sanitätsbetriebes** ist verpflichtet, die Einhaltung, sowohl des ordentlichen Budgets als auch der damit verbundenen Teilbudgets und des Garantiebudgets der **Einrichtung** zu überwachen und im Falle der Notwendigkeit des Abbaus der Wartelisten nach Rücksprache mit den zuständigen Ämtern (ELVZ und dem Amt für Krankenhaus und ambulante fachärztliche Leistungen) die Änderungen der betreffenden Budgets / Teilbudgets durchzuführen.

Es ist zudem möglich ein Teilbudget oder einen Teil des Gesamtbudgets einer anderen konventionierten Einrichtung für dieselbe Leistungsart zu übertragen, falls festgestellt wird, dass die **Einrichtung** nicht im Stande ist die angeforderten Leistungen zu erbringen.

Die Bestätigung der vorgenannten Verschiebung erfolgt mittels zertifizierter Post (PEC) durch das zuständige Amt des **Sanitätsbetriebes**; am Ende des Jahres werden mit einer einzigen Maßnahme die vertraglichen Änderungen in Bezug auf die verschiedenen Fachdisziplinen vermerkt, die den Gesamtwert des Abkommens durch die Aktualisierung verändert haben.

Eine Erhöhung der jährlichen Ausgabenhöchstgrenze, die zu einer Überschreitung der für diesen bestimmten Fachbereich veranschlagten Ausgaben führt, muss nach den vorgesehenen Verfahren laut den geltenden Bestimmungen erfolgen.

Art. 7 – Vereinbarte Leistungen

Die vereinbarten Leistungen sind jene wie im III. Teil angeführt, außer in den vorgesehenen Ausnahmefällen wie im III. Teil dieses Abkommens angegeben. Die Mengenangabe ist kein integrierter Bestandteil derselben.

Wenn sich im Laufe des Jahres die Notwendigkeit ergibt, die konventionierten Leistungen zu ändern / zu integrieren, sowohl was die Anzahl als auch die Typologie der angegebenen Leistungen anbelangt, und der Gesamtwert des Abkommens nicht abgeändert wird, ist dies, mit einer einfachen Abänderung des III. Teils möglich und welcher von der **Einrichtung** und dem **Sanitätsbetrieb** unterzeichnet wird; andernfalls siehe Artikel 6.

Art. 8 – Personal

Die **Einrichtung** gewährleistet, dass sie über das

(PEC) per rispettare i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente alle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario per la specialistica ambulatoriale in forma vigente fino al raggiungimento del budget di garanzia.

Art. 6 – Gestione annuale dei budget e sotto-budget

L'Ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria** è tenuto a monitorare il rispetto del budget sia ordinario e dei relativi sotto-budget che di garanzia della **Struttura** ed in caso di necessità per l'abbattimento delle liste d'attesa, dopo il confronto con gli uffici competenti (CUPP e Ufficio prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale) procede con le variazioni dei budget/sotto budgets interessati.

E' possibile trasferire altresì un sotto-budget o parte del budget ad un'altra struttura convenzionata per la stessa branca preso atto dell'impossibilità della **Struttura** di erogare la prestazione richiesta.

La conferma dello spostamento sopraccitato avviene con posta certificata (PEC) da parte dell'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria**; a fine anno con un unico provvedimento verrà preso atto delle modifiche contrattuali inerenti le diverse branche che hanno modificato il valore complessivo dell'accordo aggiornandolo.

Un aumento del tetto di spesa annuale che comporta lo sfioramento della previsione di spesa per quella determinata branca deve seguire il procedimento previsto dalla normativa vigente.

Art. 7 – Prestazioni convenzionate

Le prestazioni convenzionate sono quelle specificate nella III. parte, salvo casi eccezionali della III. parte del presente accordo. La quantità non è parte integrante dello stesso.

Qualora durante l'anno sorgesse la necessità di modificare/integrare le prestazioni convenzionate indicate sia nel numero che in tipologia se il valore complessivo dell'accordo non viene modificato si può procedere con una semplice modifica della III. parte che sarà sottoscritta dalla **Struttura** e dall' **Azienda Sanitaria**; in caso contrario vedasi articolo 6.

Art. 8 – Personale

La **Struttura** garantisce il necessario personale

notwendige qualifizierte Personal für die zu erbringenden Gesundheitsleistungen verfügt.

Diesbezüglich verpflichtet sie sich, dem **Sanitätsbetrieb** jegliche Abänderung des Personalstandes unverzüglich schriftlich mitzuteilen; dies gilt sowohl für das bedienstete als auch für das freiberufliche Personal.

In diesem Zusammenhang muss der Personalstand auf jeden Fall ausreichend sein, um die Durchführung der Leistungen unter Einhaltung der diesbezüglichen Mindesterbringungsdauer zu gewährleisten.

Art. 9 – Zahlungsart

Die Verrechnung der Leistungen erfolgt monatlich.

Laut Art. 10, Abs. 1 des DPR 663/1972 und darauffolgenden Änderungen sind die Rechnungen MwSt.-frei und stempelgebührenpflichtig.

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich, die Rechnung innerhalb von 45 Tagen ab Erhalt derselben zu vergüten.

Wenn sich die Beanstandungen auf die in der Mobilität erbrachten Leistungen beziehen, behält sich der **Sanitätsbetrieb** das Recht vor, die beanstandeten Beträge von der **Struktur** abzuziehen.

*Die Durchführung der Zahlung der in Rechnung gestellten Leistungen schließt eine nachfolgende Beanstandung von nicht geschuldeten Beträgen durch den **Sanitätsbetrieb** innerhalb der Verjährungsfrist nicht aus, wenn sich aufgrund nachfolgender Kontrollen ergeben sollte, dass die Leistungen in Abweichung der verwaltungsrechtlichen Vorschriften oder der klinischen Angemessenheit oder der organisatorischen Abläufe erbracht wurden.*

Art. 10 – Nichteinhaltungen, Aussetzung und Auflösung des Abkommens

a) Nichteinhaltung, Aussetzung und Strafen

Stellt der **Sanitätsbetrieb** einen Verstoß gegen eine oder mehrere Verpflichtungen des vorliegenden Vertragsabkommens fest, so wird dieser den Verstoß schriftlich mittels zertifizierter Post (PEC) mitteilen; etwaige Gegendarstellungen der **Einrichtung** müssen dem **Sanitätsbetrieb** innerhalb von spätestens 15 Tagen nach Erhalt der Einwände mitgeteilt werden.

Erkennt der **Sanitätsbetrieb** die Einwände nicht an, so verhängt dieser Strafen, die dem entstandenen Schaden entsprechen und je nach Art des Verstoßes

qualificato in relazione alle prestazioni sanitarie da erogarsi.

A tale proposito si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto all'**Azienda Sanitaria** qualsiasi variazione riguardo alla dotazione di personale dipendente o libero professionale.

In tale contesto il personale in dotazione deve essere comunque sufficiente a garantire l'esecuzione delle prestazioni nel rispetto dei relativi tempi minimi di erogazione.

Art. 9 – Modalità di pagamento

La fatturazione delle prestazioni avviene a cadenza mensile.

Le fatture saranno esenti IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18, del DPR 663/1972 e successive modificazioni e sono soggette a bollo.

L'**Azienda Sanitaria** si impegna a liquidare la fattura entro 45 giorni dalla data del suo ricevimento.

Qualora le contestazioni riguardassero le prestazioni messe in mobilità, l'**Azienda Sanitaria**, si riserva di recuperare gli importi contestati dalla **Struttura**.

*Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'**Azienda Sanitaria** per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.*

Art. 10 – Inadempienze, sospensione e risoluzione dell'accordo contrattuale

a) Inadempienze, sospensioni e penali

Ove l'**Azienda Sanitaria** accerti l'inadempimento, concernente una o più obbligazioni del presente accordo contrattuale, è tenuta a contestare per iscritto tramite posta certificata - PEC le inadempienze stesse; le eventuali controdeduzioni da parte della **Struttura** dovranno essere comunicate all'**Azienda Sanitaria** entro e non oltre il termine massimo di 15 giorni del ricevimento delle contestazioni.

In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'**Azienda Sanitaria** procederà all'applicazione delle penalità commisurate al

von mindestens 500,00.- Euro bis höchstens 1.000,00.- Euro, in gestaffelter Form, reichen, gegebenenfalls, auch durch Aufrechnung und in den schwerwiegendsten Fällen durch eine Aussetzung des Vertragsabkommens.

Im Falle eines schwerwiegenden Verstoßes gegen eine oder mehrere vertragliche Verpflichtungen aus diesem Vertragsabkommen kann das Vertragsabkommen, nach erfolgter formeller Beanstandung zusätzlich zu den oben genannten Strafen, bis zur Erfüllung der Verpflichtung ausgesetzt werden.

Die Anwendung der in diesem Artikel vorgesehenen Strafen schließt das Recht des **Sanitätsbetriebes** nicht aus, eine Schadensersatzforderung zu erheben, die sich aus der Nichterfüllung oder der Nichteinhaltung der vertraglichen Verpflichtungen ergibt. Die Einforderung/Zahlung der in diesem Artikel vorgesehenen Strafen stellt für die **Einrichtung** keinesfalls einen Verzicht auf die vertragliche Erfüllung der Verpflichtung dar, mit der sie in Verzug ist und welche die Verpflichtung zur Zahlung der genannten Strafen begründet hat.

In allen in diesem Artikel geregelten Fällen der vertraglichen Aussetzung bringen die von der Einrichtung eventuell erbrachten Leistungen in keinem Fall Verpflichtungen von Seiten des **Sanitätsbetriebes** mit sich.

Die Parteien vereinbaren, dass im Falle schwerwiegender und wiederholter Nichterfüllungen der in den vorhergehenden Artikeln vorgesehenen Verpflichtungen seitens der **Einrichtung** und des **Sanitätsbetriebes**, die vertragserfüllende Partei die Möglichkeit der einseitigen Auflösung des Vertragsabkommens hat, welche mittels einer mit elektronisch zertifizierter Post - „PEC“ übermittelten Mitteilung zu erfolgen hat.

b) Ausdrückliche Kündigungsklausel

Dieses Abkommen wird in folgenden Fällen von Rechts wegen aufgelöst:

- Widerruf der Ermächtigung für die Ausübung oder der Akkreditierung der **Einrichtung** sowie der Aussetzung der Ermächtigung für die Ausübung der Tätigkeit oder der Akkreditierung der **Einrichtung**;
- nachgewiesener Fall der Unvereinbarkeit gemäß Art. 2, welcher auf Verschulden der **Einrichtung** zurückzuführen ist;
- bei strafrechtlichen Verurteilungen oder Präventiv- oder Sicherheitsmaßnahmen wegen Straftaten gegen das Eigentum, die öffentliche Verwaltung oder wegen mafiöser Straftaten nach geltendem Recht;
- in allen Fällen, laut den geltenden Rechtsvor-

danno arrecato e graduate, in base alla violazione, da un minimo di 500,00.- Euro ad un massimo di 1.000,00.- Euro anche tramite compensazione e nei casi più gravi alla sospensione.

In caso di inadempimento grave concernente una o più obbligazioni contrattuali previste dal presente accordo contrattuale, purché contestate formalmente oltre all'applicazione della sopraccitata penalità, il presente accordo contrattuale può essere sospeso fino all'esecuzione dell'obbligazione.

L'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto dell'**Azienda Sanitaria** a richiedere il risarcimento degli eventuali danni derivanti dalla mancata o conforme attività dovuta ai sensi del presente accordo. La richiesta/o il pagamento delle penali di cui al presente articolo non costituisce esonero in alcun caso per la **Struttura** dell'adempimento dell'obbligazione per la quale è inadempiente e che ha fatto sorgere l'obbligo di pagamento della medesima penale.

In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti di questa **Azienda Sanitaria**.

Le parti convengono che in ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati della **Struttura** e dell'**Azienda Sanitaria** alle obbligazioni di cui ai precedenti articoli del presente accordo contrattuale, la parte adempiente avrà facoltà di risolvere unilateralmente l'accordo contrattuale mediante comunicazione da inviarsi con posta elettronica certificata (PEC).

b) Clausola risolutiva espressa

Il presente accordo decade di diritto nei seguenti casi:

- revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della **Struttura** e parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della **Struttura**;
- accertato caso di incompatibilità ai sensi dell'art 2 addebitabile a responsabilità della **Struttura**;
- in caso di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;
- in tutti i casi previsti dalla normativa vigente.

schriften.

Art. 11 - Haftungsausschluss

Die **Einrichtung** übernimmt die Haftung für sämtliche Schäden, die aufgrund ihrer eigenen Unterlassung, Nachlässigkeit oder Nichterfüllung bei der Ausführung der vertraglich vereinbarten Leistungen entstehen und verpflichtet sich, den Landesgesundheitsdienst (LGD) und den Sanitätsbetrieb von etwaigen Schadensersatzforderungen seitens Dritter schadlos zu halten, die ihnen gegenüber aufgrund von Handlungen, Unterlassungen oder Ereignissen geltend gemacht werden, welche aufgrund der Durchführung des vorliegenden Vertragsabkommens entstehen.

Art. 12 - Schutzklausel

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Vertragsabkommens akzeptiert die **Einrichtung** ausdrücklich, vollumfänglich und bedingungslos den Inhalt und die Wirkungen der Maßnahmen, welche die Ausgabenhöchstgrenze und die Tarife festlegen, sowie auch alle weiteren sich ergebenden oder damit zusammenhängenden Maßnahmen, welche den Inhalt der vorliegenden Abmachung bestimmen.

Art. 13 - Datenverarbeitung

Die Vertragsparteien verpflichten sich zur Einhaltung der geltenden Bestimmungen im Bereich des Schutzes der personenbezogenen Daten (EU-Verordnung Nr. 679/2016 und GVD Nr. 196/2003, abgeändert durch das GVD Nr. 101/2018).

Die Vertragspartner vereinbaren, dass der **Sanitätsbetrieb** als Rechtsinhaber der personenbezogenen Daten der Patienten, durch einen getrennten Akt die **Einrichtung** als Verantwortlichen für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 28 der EU-Verordnung Nr. 679/2016 ernennen wird.

Art. 14 - Ethikkodex, Dreijahresplan zur Vorbeugung der Korruption und Kodex der Dienst- u. Verhaltenspflichten

Die **Einrichtung** erklärt, dass sie den Ethikkodex des **Sanitätsbetriebes** sowie den Dreijahresplan zur Vorbeugung der Korruption laut Gesetz Nr. 190/2012 und den Kodex der Dienst- u. Verhaltenspflichten laut DPR Nr. 62/2013, die auf der Webseite des Sanitätsbetriebes veröffentlicht sind, eingesehen hat und vollinhaltlich annimmt.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich bei der Durchführung der Tätigkeiten im Zusammenhang mit diesem Vertragsabkommen die Grundsätze der oben angeführten Vorschriften zu beachten und ist sich bewusst, dass die Verletzung der normativen Bestimmungen, die in den obgenannten Dokumenten enthalten sind, so wie auch die Verletzung der zitierten Vorschriften, eine vertragliche Nichterfüllung darstellen und im

Art. 11- Clausola di manleva

La **Struttura** assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il Servizio Sanitario Provinciale (SSP) e l'Azienda Sanitaria da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questi e, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale.

Art. 12 - Clausola di salvaguardia

Con la sottoscrizione del presente accordo contrattuale la **Struttura** accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del presente accordo contrattuale.

Art. 13 - Trattamento dei dati

Le parti si impegnano ad osservare le disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e Dlgs n. 196/2003 così come modificato dal Dlgs. n. 101/2018).

Le parti convengono che **l'Azienda Sanitaria** in qualità di titolare del trattamento dei dati personali dei pazienti provvederà con atto separato alla presente, alla nomina della **Struttura** a responsabile del trattamento dei dati così come previsto dall'art. 28 del Regolamento UE n. 679/2016.

Art. 14 - Codice etico, Piano triennale di prevenzione e corruzione e Codice di Comportamento

La **Struttura** dichiara di aver preso visione del contenuto del Codice Etico dell'**Azienda Sanitaria** nonché del Piano triennale di prevenzione della corruzione ai sensi della L. n. 190/2012 e del Codice di Comportamento ai sensi del D.P.R. n.62/2013 pubblicati sul sito aziendale.

La **Struttura** si impegna ad adottare, nello svolgimento delle funzioni connesse all'accordo contrattuale in oggetto, comportamenti conformi alle previsioni contenute in quanto sopra illustrato ed è consapevole che la violazione delle disposizioni normative contenute nei documenti su indicati nonché nelle normative citate, costituirà inadempimento contrattuale e sarà sanzionata in misura

Verhältnis zur Schwere bis zur Auflösung des vorliegenden Vertragsabkommens führen können.

Art. 15 – Dauer und Aktualisierung

Das gegenständliche Vertragsabkommen hat eine Dauer für den Dreijahreszeitraum 2023 – 2025 (Wirksamkeit ab 01.07.2023), falls dieses nicht von einem der beiden Vertragspartner mindestens 60 (sechzig Tage) vorher mittels elektronisch zertifizierter Post - „PEC“ gekündigt wird.

Die Vorschriften wirtschaftlicher und leistungsbezogener Natur haben, ausgenommen die vereinbarte Grundaussgabenhöchstgrenze, hingegen eine jährliche Gültigkeit und können für das darauffolgende Jahr ausschließlich mittels PEC erneuert werden.

In Erwartung der Verabschiedung der neuen wirtschaftlichen Maßnahme behalten die leistungsbezogenen und wirtschaftlichen Bestimmungen des vorhergehenden Jahres Gültigkeit, vorbehaltlich einer anderslautenden schriftlichen Regelung des **Sanitätsbetriebes**.

Falls die Parteien während der Laufzeit es nicht schaffen zum Abschluss eines neuen Vertragsabkommens zu kommen, hat der **Sanitätsbetrieb** die Möglichkeit, um die Betreuungskontinuität zu gewährleisten, eine technische Verlängerung des vorliegenden Vertragsabkommens für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten mit einer Vorankündigungsfrist von mindestens 30 Tagen zu aktivieren, vorbehaltlich einer ausdrücklichen Mitteilung des **Sanitätsbetriebes** das Vertragsverhältnis nicht weiterführen zu wollen.

Das vorliegende Vertragsabkommen passt sich an neue zwingende staatliche Vorgaben oder Landesvorschriften an, ohne dass dem **Sanitätsbetrieb** dadurch höhere Kosten erwachsen dürfen, welche sich daraus ergeben, dass der Leistungserbringer Normen und Vorgaben einhalten muss, welche nach dem Abschluss dieses Vertragsabkommens in Kraft getreten sind.

In Folge derartiger Ereignisse kann der Leistungserbringer innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab Veröffentlichung der oben genannten Maßnahmen von diesem Vertragsabkommen mittels förmlicher Mitteilung an den **Sanitätsbetrieb** zurücktreten.

Art. 16 – Stempelgebühren und Registrierung

Die Stempelgebühren sind zu Lasten der **Einrichtung**.

Im Sinne von Artikel 5, Absatz 2, des D.P.R. 26.04.1986, Nr. 131 ist das vorliegende Vertragsabkommen nur im Verwendungsfall der Registrierungspflicht unterworfen.

Art. 17 – Anwendbare Rechtsvorschriften

proportionale alla gravità sino alla risoluzione del presente contratto.

Art. 15 – Durata e aggiornamento

Il presente accordo contrattuale ha durata per il triennio 2023 -2025 (decorrenza 01.07.2023) qualora non venga disdetto da una delle parti almeno 60 (sessanta) giorni prima, con posta elettronica certificata (PEC).

Le previsioni di ordine economico e prestazionali, tranne che la quota relativa al tetto base hanno, invece validità annuale e potranno essere rinnovate/riviste per l'anno successivo solo con pec.

Nelle more dell'adozione del nuovo provvedimento economico, salvo diversa disposizione scritta dell'**Azienda Sanitaria**, si terranno valide le previsioni/previsioni economiche dell'anno precedente.

Qualora le parti non riescano ad addivenire alla conclusione del nuovo accordo contrattuale entro la fine dell'anno di validità, è consentita all'**Azienda Sanitaria**, per garantire la continuità dell'attività assistenziale, la possibilità di attivare, con preavviso di almeno 30 giorni, una proroga tecnica per un massimo di sei mesi, salvo comunicazione espressa da parte dell'**Azienda Sanitaria** di non voler continuare il rapporto contrattuale.

Il presente accordo contrattuale si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale o provinciale, senza che maggiori oneri derivino per l'**Azienda Sanitaria** dalla necessità dell'erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula.

A seguito di tali evenienze l'erogatore potrà recedere dal presente accordo contrattuale, entro 60 (sessanta) giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all' **Azienda Sanitaria**.

Art. 16– Bollo e registrazione.

Le spese di bollo sono a carico della **Struttura**.

Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.04.1986 n. 131 il presente accordo contrattuale è soggetto a registrazione in caso di uso.

Art. 17 – Legge Regolatrice

Dieses Vertragsabkommen und die daraus erwachsenden Rechte und Pflichten der Parteien werden von den geltenden Rechtsvorschriften geregelt und entsprechend selbiger ausgelegt. Für alles was nicht ausdrücklich von diesem Vertragsabkommen geregelt ist, verweisen die Parteien ausdrücklich auf die Bestimmungen der Gesetzesbücher und der geltenden Sondergesetze.

Art. 18 – Zuständiges Gericht

Für eventuelle Streitfälle über die Anwendung und Interpretation dieses Vertragsabkommens bestimmen die Parteien den Gerichtsstand von Bozen als zuständiges Gericht.

Art. 19 – Benachteilige Klausel

Im Sinne und für die Wirkungen von Art. 1322 - 1341 und 1342 des ZGB erklärt die **Einrichtung** in Person des gesetzlichen Vertreters die Art. 1,2,5,9,10,11,12,14 und 15 des I. Teil und die Art. 1,2,5,6,7,9 des II. Teil dieses Abkommens eingesehen zu haben und ausdrücklich anzunehmen

Il presente accordo contrattuale ed i diritti e gli obblighi delle parti dallo stesso derivanti saranno retti ed interpretati secondo la legislazione vigente. Per quanto non espressamente previsto dal presente accordo contrattuale le parti fanno espresso rinvio alle norme codicistiche e alle leggi speciali vigenti.

Art. 18 – Foro Competente

Per qualsiasi controversia inerente all'applicazione ed interpretazione del presente accordo contrattuale le parti individuano quale foro competente il Foro di Bolzano.

Art. 19 – Clausole vessatorie

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1322 - 1341 e 1342 C.C., la **Struttura** nella persona del suo legale rappresentante dichiara di aver preso visione e di approvare specificatamente il disposto di cui agli articoli 1,2,5,9,10,11,12,14 e 15 della I. parte e agli articoli 1,2,5,6,7,9 della II. Parte dell'accordo.

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

Letto, approvato e sottoscritto

Für /Per BRIXSANA Private Clinic GmbH/Srl
Die gesetzliche Vertreterin- La Rappresentante Legale
Frau Dr. – dott.ssa Francesca Pasquali (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb
Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale
Dr. Florian Zerzer (digitale Unterschrift – firma digitale)

II. RECHTLICH - OPERATIVER TEIL

Art. 20 – Zugang zur Leistung

Die Leistungen werden mittels der Einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS) vorgemerkt, falls die Durchführung durch die ELVS vorgesehen ist, welche für die Verlegung von Terminen im Falle einer planmäßigen Schließung der **Struktur** zuständig ist; die Erbringung dieses Nachholbedarfes muss innerhalb von 30 Tagen erfolgen.

Die **Struktur** muss die Verfügbarkeit der Vormerkkalender mit einer Zeitprojektion von mindestens 90 Tagen in Höhe von 80 % der Gesamtleistung und monatlich für die restlichen 20 % sicherstellen.

Falls diese Verfügbarkeit nicht mitgeteilt wird, wird eine Vertragsstrafe von 30% des Wertes der im Vorjahr erbrachten Dienstleistungen vorgesehen.

Im Falle eines neuen Vertrags beträgt die Vertragsstrafe 30 % des Wertes der im Vormonat erbrachten Dienstleistungen für den gleichen Zeitraum, der derzeit nicht abgedeckt ist.

Die Übermittlung an ELVS muss bis zum 20. des Vormonats gemäß den Modalitäten, welche in einem Protokoll zwischen ELVS, **Einrichtung** und dem zuständigen Verwaltungsamt des **Sanitätsbetriebs** festgelegt wurden, erfolgen.

Der Zugang zu den Leistungen seitens der Bürger erfolgt mittels digitaler oder materieller Verschreibung des Landesgesundheitsdienstes (LGD) oder des nationalen Gesundheitsdienstes (NGD) gemäß den Bestimmungen des vorliegenden Vertragsabkommen.

Die Verschreibungen haben unbegrenzte Gültigkeit.

Art. 21 - Annahme des Patienten

Bei der Annahme des Patienten muss die **Einrichtung** folgendes feststellen:

- die Identität desselben,
- die Korrektheit der Verschreibung gemäß den geltenden Bestimmungen, einschließlich der Bestimmungen betreffend das Ticket in Bezug auf die für dieses Ticket gültigen Leistungen (wenn die Befreiung der Leistung nicht abdeckt ist, bleibt der Betrag des nicht eingehobenen Tickets zu Lasten der **Einrichtung**;
- falls der Patient das Gesundheitsbüchlein vorlegt, die Gültigkeit der Ticketbefreiung auf-

II. PARTE GIURIDICO - OPERATIVA

Art. 20 – Accesso alla prestazione

Le prestazioni saranno prenotate tramite la centrale unica di prenotazione provinciale (CUPP), se prevista la gestione da parte del CUPP, a cui spetta la ricollocazione degli appuntamenti in caso di chiusura programmata della **Struttura**; L'erogazione di questo recupero deve avvenire entro 30 giorni.

La **Struttura** deve garantire la disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione temporale di almeno 90 giorni nella misura dell'80% delle prestazioni complessive e mensilmente per la parte restante corrispondente al 20%.

Qualora non fosse data questa disponibilità, è prevista l'applicazione di una sanzione pari al 30% del valore delle prestazioni erogate nell'anno precedente stesso periodo attualmente non coperto.

In caso di nuovo accordo la sanzione è pari al 30% del valore delle prestazioni erogate nel mese precedente per lo stesso periodo attualmente non coperto.

La comunicazione al CUPP deve avvenire entro il 20 del mese precedente secondo le modalità stabilite in un protocollo operativo tra CUPP, **Struttura** e Ufficio amministrativo competente dell'**Azienda Sanitaria**.

L'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini avviene con prescrizione digitale o cartacea del Servizio sanitario provinciale (SSP) o del Servizio sanitario nazionale (SSN) in conformità alle disposizioni di cui al presente accordo contrattuale.

Le prescrizioni hanno validità illimitata.

Art. 21 – Accettazione paziente

All'accettazione del paziente la **Struttura** è tenuta ad accertare:

- l'identità dello stesso,
- la corretta compilazione dell'impegnativa in base alla normativa vigente, comprese le disposizioni inerenti al ticket con riferimento alle prestazioni valide per quel ticket (qualora l'esenzione non copra la prestazione l'importo del ticket non incassato verrà conteggiato a carico alla **Struttura**);
- se il paziente espone il libretto sanitario la validità dell'esenzione per patologia (qualora

grund der Pathologie (wenn der Patient das Gesundheitsbüchlein nicht hat und die Befreiung während der Kontrolle abgelaufen oder nicht im Besitz ist, erhält er vom Sanitätsbetrieb eine Rechnung - die **Einrichtung** wird mit keinem Betrag belastet);

- ob der verschreibende Arzt zur Verschreibung ermächtigt ist;
 - dass es sich bei der in der Verschreibung angegebenen Leistung um die von der ELVS vorgemerkte Leistung handelt;
 - dass die Nummer der Verschreibung der im „Daten-Fluss“ registrierten Nummer entspricht;
 - dass das Datum der Verschreibung dem selben Tag oder einem vorhergehenden Datum vor der Erbringung der Dienstleistung entspricht;
 - dass die Verschreibung im Fall von AKP (PAC) die Anforderung von Nr. 1 AKP (PAC) enthält. Es ist nicht möglich, eine Verschreibung mit vorgeschriebenen mehreren verschriebenen AKP (PAC) zu akzeptieren, selbst wenn diese in derselben OP-Sitzung erbracht werden.
- non avesse il libretto e l'esenzione in sede di controllo risulta scaduta o non in possesso gli verrà inviata fattura dall'Azienda Sanitaria - nessun addebito verrà fatto alla **Struttura**);
 - se il medico prescrittore è autorizzato;
 - che la prestazione indicata nell'impegnativa sia quella prenotata dal CUP;
 - che il numero dell'impegnativa corrisponda a quello registrato nel "flusso dati";
 - che la data dell'impegnativa sia lo stesso giorno o precedente all'erogazione della prestazione;
 - che in caso di PAC, l'impegnativa contiene la prescrizione di n. 1 PAC. Non è possibile accettare un'impegnativa con prescritti più PAC anche se sono erogati nella stessa seduta operatoria.

Falls die oben genannten Kontrollen nicht durchgeführt werden, ist der **Sanitätsbetrieb** nicht verpflichtet, die entsprechenden Leistungen hinsichtlich der Vergütung anzuerkennen.

Qualora non vengano rispettate le sopra citate disposizioni, l'**Azienda Sanitaria** non è tenuta a riconoscere le relative prestazioni ai fini del pagamento.

Die **Einrichtung** ist angehalten, die Namen jener Patienten, welche die vorgemerkte ambulante Leistung nicht gemäß Art. 36-bis Absatz 1 und 2 des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 in der geltenden Fassung abgesagt haben, dem **Sanitätsbetrieb** mitzuteilen gemäß den vereinbarten Verfahren (wenn dies nicht automatisch geschieht).

La **Struttura** è tenuta a comunicare i nominativi dei pazienti che non hanno disdetto la prenotazione ai sensi dell'art. 36-bis comma 1 e 2 della Legge provinciale n. 7 del 05.03.2001 versione vigente all' **Azienda Sanitaria** secondo le modalità concordate (se ciò non avviene in automatico).

Art. 22 – Handhabung der Verschreibungen

Art. 22 - Gestione impegnative

Die **Einrichtung** übernimmt die Verschreibung, indem sie alle in der Verschreibung angeführten zu erbringenden Gesundheitsleistungen erbringt; eine Teilerbringung der verschriebenen Gesundheitsleistungen ist nicht zulässig, außer der Patient stimmt zu: in diesem Fall kann die **Struktur** nur die in der Einrichtung möglichen Leistungen erbringen und der Patient muss sich ein neues Rezept für die nicht durchgeführten Dienstleistungen ausstellen lassen.

La **Struttura** prende in carico l'impegnativa erogando tutte le prestazioni sanitarie prescritte nell'impegnativa; non è ammessa un'erogazione parziale delle prestazioni sanitarie prescritte, salvo che il paziente non sia d'accordo: in questo caso la **Struttura** potrà erogare solo quelle possibili ed il paziente dovrà richiedere una nuova prescrizione per le prestazioni non fruite.

Es ist nicht möglich, die gleiche Verschreibung in zwei verschiedenen Einrichtungen zu verwenden.

Non è possibile utilizzare la stessa impegnativa da presso due strutture diverse.

Die **Einrichtung** kann nur die Zahlung der durchgeführten Leistungen verlangen.

La **Struttura** inserirà nel flusso solo le prestazioni erogate.

Über die korrekte Verwaltung der dematerialisierten Verschreibung durch das CUPWEB-Programm werden Schulungen vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** organisiert.

Für die Leistung Magnetresonanz des Gehirns und Hirnstammes erhält die **Einrichtung** autorisiert die dematerialisierte oder rote Verschreibung zu verwenden, beschränkt auf die Verschreibung notwendiger Änderungen im Hinblick auf die verschriebenen Leistungen, entsprechend den Protokollen der radiologischen Dienste des **Sanitätsbetriebes**, in einem in jedem Fall 40% der gesamten erbrachten Leistungen nicht überschreitenden Ausmaß.

Die Befunde müssen innerhalb von 3 Tagen ab Durchführung der Leistung dem Patienten zur Verfügung stehen.

Die Ärzte der **Einrichtung** können nur die zeitgleichen Dienstleistungen zur Vervollständigung der Untersuchung / diagnostischen Leistung verschreiben, auf die im Verfahrens-ID 256/2021 Bezug genommen wird; alle notwendigen Gesundheitsleistungen im Anschluss an die 1. Visite/Kontrollvisite, die der Patient benötigt, sind im ärztlichen Bericht festzuhalten sein und werden dem ÄAM/KFW vorgeschlagen. Die Kontrollvisite muss auch vom ÄAM/KFW verschrieben werden, nachdem diese nicht zeitgleich mit der Untersuchung erfolgen.

Wenn eine Ersatzverschreibung vorgenommen werden muss, z.B. aus diagnostischen Gründen, muss diese zusammen mit der "Hauptverschreibung" vorgelegt werden: in Ermangelung dieser ist es nicht möglich, die erbrachte Leistung anzuerkennen.

Der Arzt der **Einrichtung** wird die gleiche Ticketbefreiung angeben, die bei der Verschreibung der Visite oder derjenigen, welche er ersetzt hat, verwendet wurde.

Art. 23 – Kostenbeteiligung

Die **Einrichtung** hebt direkt vom Patienten den Betrag des Tickets ein, falls dieser aufgrund der geltenden Bestimmungen geschuldet ist. Der Betrag des Tickets ist in der Ausgabenhöchstgrenze enthalten.

Art. 24 – Patienten außer Provinz

Für Patienten, welche außerhalb der Provinz ansässig sind, muss ein Vordruck mit allen Daten ausgefüllt werden, damit die erbrachten Leistungen mittels Mobilität verrechnet werden können.

Sulla corretta modalità di gestione dell'impegnativa dematerializzata tramite il programma CUPWEB verrà organizzata la formazione dall'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria**.

Per la prestazione della risonanza magnetica al cervello e tronco encefalico la **Struttura** viene autorizzata ad usare la prescrizione dematerializzata o ricetta rossa, limitatamente alla prescrizione di variazioni indispensabili rispetto agli esami prescritti conformemente ai verbali dei servizi radiologici dell'**Azienda Sanitaria** e in misura comunque non superiore al 40% dell'erogato complessivo.

I referti devono essere a disposizione del paziente entro 3 giorni dall'esecuzione dell'esame.

I medici della **Struttura** possano prescrivere solo le prestazioni contestuali di completamento valutativo/ diagnostico di cui alla procedura ID 256/2021; tutte le eventuali prestazioni sanitarie necessarie successive alla 1. Visita/visita di controllo che il paziente necessita saranno contenute nella relazione medica e suggerite al MMG/PLS; anche la visita di controllo deve essere prescritta dal MMG/PLS poiché non contestuale alla visita.

In caso si rendesse necessaria la prescrizione di un'impegnativa sostitutiva ad esempio per motivi diagnostici, la stessa deve essere consegnata insieme all'impegnativa "principale": in mancanza di quest'ultima non è possibile riconoscere la prestazione erogata.

Il medico della **Struttura** indicherà la stessa esenzione presente sull'impegnativa della visita o di quella che ha sostituito.

Art. 23– Partecipazione alla spesa

Lo **Struttura** incassa direttamente dal paziente l'importo del ticket, se dovuto in base alla vigente normativa. L'importo del ticket è incluso nel tetto di spesa.

Art. 24 – Assistiti fuori provincia

Per il paziente residente fuori provincia deve essere compilato un modulo con tutti i dati necessari al fine della messa in mobilità della prestazione fruita.

Die eventuellen außerhalb der WBS erbrachten Leistungen an Patienten, die nicht in der Provinz Bozen ansässig sind, werden gemäß geltenden Bestimmungen im Rahmen der Krankenedmobilität oder direkt vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** dem Sanitätsbetrieb, wo der Betreute seinen Wohnsitz hat, in Rechnung gestellt und welcher die Leistungserbringung vorhergehend genehmigen muss.

Nicht vorab vom zuständigen Sanitätsbetrieb genehmigte außer den WBS liegende Gesundheitsleistungen werden der **Einrichtung** nicht anerkannt.

Die Leistungen an Patienten, die nicht in der Provinz Bozen ansässig sind, sind gemäß der geltenden Bestimmung in der Ausgabenhöchstgrenze enthalten.

Art. 25 - Garantiebudget

Die **Einrichtung** muss auf Anfrage des **Sanitätsbetriebes** unverzüglich ihre Verfügbarkeit für die Erbringung von Leistungen angeben, die laut dem Garantiebudget bezahlt werden.

Die **Einrichtung** wird vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** mittels zertifizierter Post (PEC) gemäß dem von Seiten des Sanitätsbetriebes vorgegebenem Verfahren benachrichtigt und muss sich mit der ELVS in Verbindung setzen, um die entsprechenden Verfügbarkeiten mitzuteilen.

*Falls die **Einrichtung** keine Verfügbarkeiten mitteilt, behält sich der **Sanitätsbetrieb** das Recht vor, das Garantiebudget einer anderen Einrichtung zu übertragen und/oder in den nachfolgenden Verhandlungen sich auch vorzubehalten einen Teil der Leistungen, welche die Grundaussgabenhöchstgrenze betreffen, einer anderen Einrichtung zu übertragen.*

Art. 26 – Datenfluss

Die **Einrichtung** übermittelt dem **Sanitätsbetrieb** monatlich in elektronischer Form innerhalb der ersten Woche des darauffolgenden Monats alle Daten in Bezug auf die im vorhergehenden Monat erbrachten Leistungen und die diesbezüglichen ordnungsgemäß unterschriebenen Verschreibungen.

Falls das Garantiebudget aktiviert wurde, müssen die Leistungen im „Datenfluss“ mit dem Buchstaben G und auch die Verschreibungen mit dem Buchstaben G gekennzeichnet werden.

Der Fluss muss zusätzlich zu den von den geltenden Rechtsvorschriften geforderten Daten auch das Datum der Verschreibung und die darin ange-

Le eventuali prestazioni extra LEA erogate ad assistiti non residenti in Provincia di Bolzano sono fatturate direttamente da parte dell'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria** all'Azienda Sanitaria di residenza del paziente che le ha avr  preventive autorizzate.

Non vengono riconosciute alla **Struttura** le prestazioni extra LEA erogate senza preventiva autorizzazione dell'Azienda Sanitaria competente.

Le prestazioni erogate ad assistiti non residenti in Provincia di Bolzano sono incluse nel tetto di spesa, sulla base della normativa vigente.

Art. 25 – Budget di garanzia

La **Struttura** su richiesta dell'**Azienda Sanitaria** deve dare prontamente la propria disponibilit  per l'erogazione delle prestazioni che vengono liquidate con il budget di garanzia.

La **Struttura** viene avvisata con posta certificata - pec dall'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria** in base ad una procedura ad hoc e dovr  contattare il CUPP comunicando le proprie disponibilit .

*Qualora la **Struttura** non dovesse dare la propria disponibilit , l'**Azienda Sanitaria** si riserva la facolt  di spostare il budget di garanzia su altra Struttura e/o nella contrattazione successiva si riserva altres  di spostare su altra Struttura parte delle prestazioni che formano il budget ordinario.*

Art. 26 – Flusso dati

La **Struttura** invia in forma informatizzata all'**Azienda Sanitaria** a cadenza mensile entro la prima settimana del mese successivo tutti i dati relativi alle prestazioni erogate nel mese precedente e le relative impegnative debitamente firmate.

In caso fosse stato attivato il budget di garanzia, le prestazioni dovranno essere identificate nel "flusso dati" con la lettera G e anche le impegnative riportare la lettera G.

Il flusso deve riportare oltre i dati previsti dalla normativa vigente anche la data dell'impegnativa e la priorit  indicata sulla stessa: nel caso

gebene Priorität angeben: wenn die Verschreibung die Priorität nicht angibt, darf das Feld nicht ausgefüllt werden.

Die **Einrichtung** übermittelt die Daten zudem innerhalb der festgesetzten Frist direkt an das Ministerium für Wirtschaft und Finanzen, vorbehaltlich anderslautender Bestimmungen.

Art. 27 – Zu übermittelnde Unterlagen

Am Beginn des Monats nach der Leistungserbringung übermittelt die **Einrichtung** die vom Patienten ordnungsgemäß unterschriebenen Verschreibungen.

Die Verschreibungen müssen außerdem:

- die fortlaufende Nummer, die jener Nummer entspricht, welche im Datenfluss angegeben ist, enthalten;
- nach dieser Nummer geordnet werden;
- den Stempel der **Einrichtung** sowie das Datum der Erbringung angeben;
- den Kodex und die Anzahl der erbrachten Leistung beinhalten;
- im Falle von Leistungen zum Abschluss der diagnostischen Untersuchung ist auf der Verschreibung die fortlaufende Nummer der Verschreibung anzugeben, die sich auf die Visite bezieht, mit der diese zusammenhängt, wenn sie nicht nacheinander eingefügt werden.

Die Unterschrift muss leserlich sein und vom Patienten jedes Mal wenn er eine Leistung in Anspruch nimmt getätigt werden: Die Unterschriften dürfen nicht rückwirkend für alle zuvor bezogenen Leistungen angebracht werden.

*Fehlen die Unterschriften oder die elektronische Bestätigung, welche möglicherweise eingeführt wird, übernimmt der **Sanitätsbetrieb** die Kosten der Leistung nicht.*

Bei PACs oder Akutaufnahmen ist eine Tabelle mit den Daten des Patienten und der Angabe, wann die vertraglich vereinbarte oder öffentliche Visiten, die zur Verschreibung des Eingriffs führte, durchgeführt wurde, hinzuzufügen, wie dies in der Verfahrensnummer ID 256/2021 vorgesehen ist.

Art. 28 – Zahlungsart

l'impegnativa non riportasse la priorità il campo non deve essere compilato.

La **Struttura** invia i dati entro la scadenza pre-stabilita direttamente al MEF, salvo diverse disposizioni.

Art. 27 – Documentazione da consegnare

All'inizio del mese successivo all'erogazione delle prestazioni la **Struttura** consegna le impegnative debitamente firmate dal paziente.

Le impegnative devono inoltre:

- riportare il numero progressivo corrispondente al numero indicato nel flusso dati;
- essere ordinate secondo tale numero;
- riportare il timbro della **struttura** nonché la data di erogazione;
- riportare il codice e la quantità della prestazione eseguita;
- in caso di prestazioni di completamento diagnostico valutativo indicare sull'impegnativa il numero progressivo dell'impegnativa relativa alla visita a cui sono collegate se non sono inserite una successiva all'altra.

La firma, che dovrà essere leggibile, deve essere apposta dal paziente ogni volta che fruisce della prestazione: le firme non possono essere apposte tutte in una volta retroattivamente.

*In difetto di tali firme o della conferma informatica, eventualmente introdotta, l'**Azienda Sanitaria** non assume il costo della prestazione.*

In caso di erogazione di PAC o di ricoveri per acuti deve essere allegata una tabella con i dati del paziente ed indicato quando è stata erogata la visita convenzionata o pubblica che ha portato alla prescrizione dell'intervento, come previsto dalla procedura ID 256/2021.

Art. 28 – Fatturazione

Nach Erhalt der im vorigen Artikel angeführten Unterlagen übermittelt der **Sanitätsbetrieb** der **Einrichtung**, eine diesbezügliche Aufstellung der Leistungen, um die Rechnung auszustellen.

Die **Einrichtung** kann außerdem zu Beginn des Folgemonats nach der Erbringung der Leistungen eine Anzahlungsrechnung in Höhe von 80% des ausgezahlten Nettobetrags des Tickets vorlegen und den Betrag im Voraus mit dem zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebs** vereinbaren.

Der Betrag muss auf Hunderte aufgerundet werden: Rechnungen mit ungerundeten Beträgen werden zurückerstattet.

Ricevuta la documentazione di cui all'articolo precedente l'**Azienda Sanitaria** invia alla **Struttura** il relativo prospetto delle prestazioni per la fatturazione.

La **Struttura** può presentare altresì ad inizio del mese successivo all'erogazione delle prestazioni una fattura di acconto pari al 80% dell'erogato al netto del ticket, concordando preventivamente l'importo con l'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria**.

L'importo deve essere arrotondato alle centinaia: fatture che riportano importi non arrotondati verranno restituite.

Für /Per BRIXSANA Private Clinic GmbH/Srl
Die gesetzliche Vertreterin- La Rappresentante Legale
Frau Dr. – dott.ssa Francesca Pasquali (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb
Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale
Dr. Florian Zerzer (digitale Unterschrift – firma digitale)

III. TEIL

KONVENTIONIERTER LEISTUNGEN

FACHBEREICH KARDIOLOGIE

Dreijahreszeitraum 2023-2025

Nachstehend die Übersicht, die detaillierte Auflistung befindet sich in der Tabelle im Anhang: Tabelle Teil III – Fachbereich Kardiologie

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base *

* entspricht dem jährlichen Betrag, welcher der **Einrichtung** für die Dauer der Gültigkeit des Abkommens zuerkannt wird. selbst erkennbar ist

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile **

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2023 zuerkannt wird.

Aus diesen beiden Beträgen (Grundausgabenhöchstgrenze + Variable Ausgabenhöchstgrenze) ergibt sich die Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2023 (auf Jahresbasis, welche dann proportional für das Jahr 2023 berechnet wird)

Ausgabenhöchstgrenze 2023 / Tetto per l'anno 2023

Die während der technischen Verlängerung bis 2023 erbrachten Leistungen und ihr wirtschaftlicher Wert sind im ordentlichen Haushalt 2023 enthalten.

Zusätzlich zur Ausgabenhöchstgrenze kann der Sanitätsbetrieb wie vorgesehen auch noch ein Garantiebudget aktivieren. Dies beläuft sich:

Garantiebudget / budget di garanzia

Die Garantieleistungen werden gemäß dem vom **Sanitätsbetrieb** mittels zertifizierter Post (PEC) genehmigten Verfahren aktiviert.

Aufgrund obiger Auflistung ergibt sich folglich für das Jahr 2023 ein Vertragswert auf Jahresbasis und eine jährliche Ausgabenhöchstgrenze von:

Vertragswert 2023 / valore contrattuale 2023 (auf Jahresbasis / base annua)

III. PARTE

PRESTAZIONI CONVENZIONATE

BRANCA DI CARDIOLOGIA

triennio 2023-2025

Di seguito la tabella riassuntiva, mentre l'elenco dettagliato è riportato nella tabella in appendice: Tabella Parte III - Branca di Cardiologia

ca. € 42.500,00

* corrisponde all'importo annuale riconoscibile alla **Struttura** per la durata di validità dell'accordo stesso.

ca. € 7.500,00

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2023.

Questi due importi (tetto di spesa di base + tetto di spesa variabile) danno il tetto di spesa per l'anno 2023 (su base annua, che viene poi calcolato proporzionalmente per l'anno 2023).

ca. € 50.000,00

Le prestazioni erogate durante la proroga tecnica del 2023 ed il loro valore economico si intendono compresi nel budget ordinario del 2023.

In aggiunta al tetto annuo previsto l'Azienda Sanitaria può attivare come previsto inoltre il budget di garanzia: Questo ammonta a:

ca. € 7.500,00

Le prestazioni in "garanzia" vengono attivate secondo quanto previsto dalla procedura approvata dall' **Azienda Sanitaria** con posta certificata (PEC).

Sulla base della elencazione di cui sopra, il valore del contratto per l'anno 2023 ed il tetto di spesa annuale è quindi su base annua:

ca. € **57.500,00**

FACHBEREICH AUGENHEILKUNDE

Dreijahreszeitraum 2023-2025

Nachstehend die Übersicht, die detaillierte Auflistung befindet sich in der Tabelle im Anhang: Tabelle Teil III – Fachbereich Augenheilkunde

Für nachstehend angeführte Untersuchungen / Eingriffe gelten nachstehend angeführte Tarife. Für alle anderen Leistungen gelten die vorgesehenen Tarife laut Landestarifverzeichnis:

Kodex / Codice	Leistungen / Prestazioni	Tarif / Tariffa
95.02	KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES – Augenuntersuchung, alle Abschnitte betreffend / ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO – Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	34,34 €*

* 5% Rabatt der geltenden Tarif

BRANCA DI OCULISTICA

triennio 2023-2025

Di seguito la tabella riassuntiva, mentre l'elenco dettagliato è riportato nella tabella in appendice: Tabella Parte III - Branca di Oculistica

Per le visite/interventi elencati di seguito si applicano le seguenti tariffe. Per tutte le altre prestazioni si applicano le tariffe previste dal nomenclatore tariffario provinciale:

Kodex / Codice	Leistungen / Prestazioni	Tarif / Tariffa
13.19.1	Katarakt-Operation mit oder ohne Implantation einer Intraokularlinse Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare	1.045,00 €**

** Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Linsenimplantation, Kontrollvisiten innerhalb 30/45 Tagen, Biometrie

** comprende visita preintervento, intervento, visite successive entro 30/45 gg e biometria

Für das Jahr 2023 bis zum 30.06.2023 – Verlängerungszeitraum der Vereinbarung - gilt das Verhältnis 1:8; ab dem 01.07.2023 wird das Verhältnis 1:9 (N. 1 Augen) angewandt; mit Wirkung ab 01.01.2024 ist das Verhältnis 1:10.

Per l'anno 2023 fino al 30.06.2023 - accordo in proroga - si applica la proporzione 1:8; a partire dal 01.07.2023 la proporzione diventa 1:9 (n. 1 occhio); a partire dal 2024 la proporzione è 1:10.

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base * ca. € 461.500,00

* entspricht dem jährlichen Betrag, welcher der **Einrichtung** für die Dauer der Gültigkeit des Abkommens zuerkannt wird. selbst erkennbar ist

* corrisponde all'importo annuale riconoscibile alla **Struttura** per la durata di validità dell'accordo stesso.

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile ** ca. € 79.500,00

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2023 zuerkannt wird.

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2023.

Aus diesen beiden Beträgen (Grundausgabenhöchstgrenze + Variable Ausgabenhöchstgrenze) ergibt sich die Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2023 (auf Jahresbasis, welche dann proportional für das Jahr 2023 berechnet wird)

Questi due importi (tetto di spesa di base + tetto di spesa variabile) danno il tetto di spesa per l'anno 2023 (su base annua, che viene poi calcolato proporzionalmente per l'anno 2023).

Ausgabenhöchstgrenze 2023 / Tetto per l'anno 2023 ca. € 541.000,00

Die während der technischen Verlängerung bis 2023 erbrachten Leistungen und ihr wirtschaftlicher Wert

Le prestazioni erogate durante la proroga tecnica del 2023 ed il loro valore economico si intendono

sind im ordentlichen Haushalt 2023 enthalten.

compresi nel budget ordinario del 2023.

Zusätzlich zur Ausgabenhöchstgrenze kann der Sanitätsbetrieb wie vorgesehen auch noch ein Garantiebudget aktivieren. Dies beläuft sich:

In aggiunta al tetto annuo previsto l'Azienda Sanitaria può attivare come previsto inoltre il budget di garanzia: Questo ammonta a:

Garantiebudget / budget di garanzia

ca. € 79.500,00

Die Garantieleistungen werden gemäß dem vom **Sanitätsbetrieb** mittels zertifizierter Post (PEC) genehmigten Verfahren aktiviert.

Le prestazioni in "garanzia" vengono attivate secondo quanto previsto dalla procedura approvata dall' **Azienda Sanitaria** con posta certificata (PEC).

Für das Jahr 2023 kommen 21 Kataraktoperationen für einen Betrag von ca. 22.000,00 € hinzu, da das Verhältnis 1:9 ist.

Per l'anno 2023, visto che la proporzione è di 1:9, si aggiungono n. 21 interventi di cataratta per un importo di ca. 22.000,00 €.

Aufgrund obiger Auflistung ergibt sich folglich für das Jahr 2023 ein Vertragswert auf Jahresbasis und eine jährliche Ausgabenhöchstgrenze von:

Sulla base della elencazione di cui sopra, il valore del contratto per l'anno 2023 ed il tetto di spesa annuale è quindi su base annua:

Vertragswert 2023 / valore contrattuale 2023 (auf Jahresbasis / base annua) ca. €

620.500,00

Für das Jahr 2023 erhöht sich der Vertragswert um ca. 22.000,00 € betreffend die Kataraktoperationen.

Per l'anno 2023 si aumenta il valore contrattuale di ca. 22.000,00 € relativo agli interventi di cataratta

FACHBEREICH RADIOLOGIE

Dreijahreszeitraum 2023-2025

Nachstehend die Übersicht, die detaillierte Auflistung befindet sich in der Tabelle im Anhang: Tabelle Teil III – Fachbereich Radiologie

**In Bezug auf die Leistung:

- 85.11.1 die Biopsienadel + die Behälter für das Biopsiematerial mit Fixierungsmaterial + die histologische Untersuchung gehen zu Lasten des Sanitätsbetriebs; hingegen gehen zu Lasten der Einrichtung zusätzlich zum Transport, auch das Verbandsmaterial, das lokale Anästhetikum (Lidocain) und alles Notwendige für die Vorbereitung des sterilen Feldes.

- 40.19.1 Behälter für bioptisches Material mit Fixiermittel + die histologische Untersuchung gehen zu Lasten des Sanitätsbetriebs; die Einrichtung übernimmt die Kosten für die Spritze und das Verlängerungskabel sowie für den Transport, sowie auch für das Verbandsmaterial, das Lokalanästhetikum (Lidocain) und für alles, was zur Vorbereitung des sterilen Bereichs erforderlich ist.

Die Zusendung des Biopsiematerials erfolgt nach dem mit dem betrieblichen Dienst für pathologische Anatomie und Histologie des Sanitätsbetriebes vereinbarten Verfahren.

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base *

* entspricht dem jährlichen Betrag, welcher der **Einrichtung** für die Dauer der Gültigkeit des Abkommens zuerkannt wird. selbst erkennbar ist

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile **

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2023 zuerkannt wird.

Aus diesen beiden Beträgen (Grundausgabenhöchstgrenze + Variable Ausgabenhöchstgrenze) ergibt sich die Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2023 (auf Jahresbasis, welche dann proportional für das Jahr 2023 berechnet wird)

Ausgabenhöchstgrenze 2023 / Tetto per l'anno 2023

Die während der technischen Verlängerung bis 2023 erbrachten Leistungen und ihr wirtschaftlicher Wert sind im ordentlichen Haushalt 2023 enthalten.

Zusätzlich zur Ausgabenhöchstgrenze kann der Sanitätsbetrieb wie vorgesehen auch noch ein Garantie-

BRANCA DI RADIOLOGIA

triennio 2023-2025

Di seguito la tabella riassuntiva, mentre l'elenco dettagliato è riportato nella tabella in appendice: Tabella Parte III - Branca di radiologia

**Con riferimento alla prestazione:

- 85.11.1 sono a carico dell'Azienda Sanitaria l'ago per biopsia + contenitore per materiale bioptico con fissativo + esame istologico; sono a carico della Struttura oltre al trasporto anche il materiale per la medicazione, l'anestetico locale (lidocaina) e tutto quanto necessario per la preparazione del campo sterile.

- 40.19.1 sono a carico dell'Azienda Sanitaria contenitore per materiale bioptico con fissativo + esame istologico; sono a carico della Struttura la siringa e la prolunga oltre al trasporto anche il materiale per la medicazione, l'anestetico locale (lidocaina) e tutto quanto necessario per la preparazione del campo sterile.

L'invio del materiale bioptico segue la procedura concordata con il Servizio aziendale di Anatomia e Istologia Patologica dell'Azienda Sanitaria.

ca. € 337.000,00

* corrisponde all'importo annuale riconoscibile alla **Struttura** per la durata di validità dell'accordo stesso.

ca. € 59.500,00

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2023.

Questi due importi (tetto di spesa di base + tetto di spesa variabile) danno il tetto di spesa per l'anno 2023 (su base annua, che viene poi calcolato proporzionalmente per l'anno 2023).

ca. € 396.500,00

Le prestazioni erogate durante la proroga tecnica del 2023 ed il loro valore economico si intendono compresi nel budget ordinario del 2023.

In aggiunta al tetto annuo previsto l'Azienda Sanitaria può attivare come previsto inoltre il budget di

budget aktivieren. Dies beläuft sich:

garanzia: Questo ammonta a:

Garantiebudget / budget di garanzia

ca. €

59.500,00

Die Garantieleistungen werden gemäß dem vom **Sa-
nitätsbetrieb** mittels zertifizierter Post (PEC) ge-
nehmigten Verfahren aktiviert.

Le prestazioni in "garanzia" vengono attivate se-
condo quanto previsto dalla procedura approvata
dall' **Azienda Sanitaria** con posta certificata
(PEC).

Aufgrund obiger Auflistung ergibt sich folglich für das
Jahr 2023 ein Vertragswert auf Jahresbasis und eine
jährliche Ausgabenhöchstgrenze von:

Sulla base della elencazione di cui sopra, il valore
del contratto per l'anno 2023 ed il tetto di spesa
annuale è quindi su base annua:

Vertragswert 2023 / valore contrattuale 2023 (auf Jahresbasis / base annua)

ca. €

456.000,00

Aufgrund obiger Auflistung ergibt sich folglich für das
Jahr 2023 ein Vertragswert auf Jahresbasis und eine
jährliche Ausgabenhöchstgrenze bezogen auf die an-
geführten Fachbereiche von:

Sulla base della elencazione di cui sopra, il valore
del contratto per l'anno 2023 ed il tetto di spesa
annuale è quindi su base annua, in riferimento alle
branche elencate:

Fachbereich Kardiologie

Branca di Cardiologia

Vertragswert 2023 / valore contrattuale 2023 (auf Jahresbasis / base annua)

ca. €

57.500,00

Fachbereich Augenheilkunde

Branca di Oculistica

Vertragswert 2023 / valore contrattuale 2023

ca. €

620.500,00

Fachbereich Radiologie

Branca di Radiologia

Vertragswert 2023 / valore contrattuale 2023 (auf Jahresbasis / base annua)

ca. €

456.000,00

Gesamter Vertragswert 2023 / valore contrattuale complessivo 2023 (auf
Jahresbasis / base annua)

ca. €

1.134.000,00

Für das Jahr 2023 erhöht sich der Vertragswert um
ca. 22.000,00 € betreffend die Kataraktoperationen.

Per l'anno 2023 si aumenta il valore contrattuale di
ca. 22.000,00 € relativo agli interventi di cataratta

CIG-Nummer:

n. CIG

Für /Per BRIXSANA Private Clinic GmbH/Srl

Die gesetzliche Vertreterin- La Rappresentante Legale

Frau Dr. - dott.ssa Francesca Pasquali (digitale Unterschrift - firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Der Generaldirektor - Il Direttore Generale

Dr. Florian Zerzer (digitale Unterschrift - firma digitale)

Tabelle Teil III - Fachbereich Kardiologie - Tabella parte III - branca di cardiologia

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Grundausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa base
88.73.5	Ecocolordopplergrafia dei Tronchi Sovraaortici	850	50,00 €	42.500,00 €
Grundausgabenhöchstgrenze – Tetto di spesa di base				42.500,00 €

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	variable Ausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa variabile
88.73.5	Ecocolordopplergrafia dei Tronchi Sovraaortici	150	50,00 €	7.500,00 €
Variable Ausgabenhöchstgrenze – Tetto di spesa variabile				7.500,00 €

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Garantiebudget Budget di garanzia
88.73.5	Ecocolordopplergrafia dei Tronchi Sovraaortici	150	50,00 €	7.500,00 €
Ausgabenhöchstgrenze für Garantiebudget – Tetto di spesa per budget di garanzia				7.500,00 €

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa base e variabile	Anzahl numero	Garantiebudget Budget di ga- ranzia	Anzahl numero	Totale
88.73.5	Ecocolordopplergrafia dei Tronchi Sovraaortici	1.000	50,00 €	50.000,00 €	150	7.500,00 €	1.150	57.500,00 €
Jährliche Ausgabenhöchstgrenze insgesamt - Tetto di spesa annuale totale 2023				50.000,00 €		7.500,00 €		57.500,00 €

Tabelle Teil III - Fachbereich Augenheilkunde - Tabella parte III - branca di oculistica

Für das Jahr 2023 kommen 21 Kataraktoperationen für einen Betrag von ca. 22.000,00 € hinzu, da das Verhältnis 1:9 ist.

Per l'anno 2023, visto che la proporzione è di 1:9, si aggiungono n. 21 interventi di cataratta per un importo di ca. 22.000,00 €.

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Grundausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa base
95.02	KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES – Augenuntersuchung, alle Abschnitte betreffend ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO – Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	3.200	34,34 €* 34,34 €	109.888,00 €
89.01	Kontrollvisite – Visita di controllo	130	25,00 €	3.250,00 €
95.05	GESICHTSFELDUNTERSUCHUNG – Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch STUDIO DEL CAMPO VISIVO – Campimetria, perimetria statica/cinetica	190	30,00 €	5.700,00 €
95.03.3	OCT (optic Coherence Tomography) – Optische Kohärenztomographie Tomografia ottica a coerenza	225	36,15 €	8.133,75 €
13.19.1**	Katarakt Operation Mit Oder Ohne Implantation Einer Intraokularlinse Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare	320	1.045,00 €	334.400,00 €
Grundausgabenhöchstgrenze – Tetto di spesa di base				461.371,75 €

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	variable Ausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa variabile
95.02	KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES – Augenuntersuchung, alle Abschnitte betreffend ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO – Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	550	34,34 €	18.887,00 €
89.01	Kontrollvisite – Visita di controllo	20	25,00 €	500,00 €
95.05	GESICHTSFELDUNTERSUCHUNG – Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch STUDIO DEL CAMPO VISIVO – Campimetria, perimetria statica/cinetica	35	30,00 €	1.050,00 €
95.03.3	OCT (optic Coherence Tomography) – Optische Kohärenztomographie Tomografia ottica a coerenza	40	36,15 €	1.446,00 €
13.19.1**	Katarakt Operation Mit Oder Ohne Implantation Einer Intraokularlinse Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare	55	1.045,00 €	57.475,00 €
Variable Ausgabenhöchstgrenze – Tetto di spesa variabile				79.358,00 €

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Garantiebudget Budget di garanzia
95.02	KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES – Augenuntersuchung, alle Abschnitte betreffend ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO – Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	550	34,34 €	18.887,00 €
89.01	Kontrollvisite – Visita di controllo	20	25,00 €	500,00 €

95.05	GESICHTSFELDUNTERSUCHUNG – Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch STUDIO DEL CAMPO VISIVO – Campimetria, perimetria statica/cinetica	35	30,00 €	1.050,00 €
95.03.3	OCT (optic Coherence Tomography) – Optische Kohärenztomographie Tomografia ottica a coerenza	40	36,15 €	1.446,00 €
13.19.1**	Katarakt Operation Mit Oder Ohne Implantation Einer Intraokularlinse Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculari	55	1.045,00 €	57.475,00 €
Ausgabenhöchstgrenze für Garantiebudget – Tetto di spesa per budget di garanzia				79.358,00 €

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Grund- und variable Au- sgabenhöchstgrenze Tetto di spesa base e va- riabile	Anzahl numero	Garantiebudget Budget di ga- ranzia	Anzahl numero	Totale
95.02	KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES – Au- genuntersuchung, alle Abschnitte betreffend ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO – Visita ocu- listica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	3.750	34,34 €	128.775,00 €	550	18.887,00 €	4.300	147.662,00 €
89.01	Kontrollvisite – Visita di controllo	150	25,00 €	3.750,00 €	20	500,00 €	170	4.250,00 €
95.05	GESICHTSFELDDUNTERSUCHUNG – Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch STUDIO DEL CAMPO VISIVO – Campimetria, pe- rimetria statica/cinetica	225	30,00 €	6.750,00 €	35	1.050,00 €	260	7.800,00 €
95.03.3	OCT (optic Coherence Tomography) – Optische Kohärenztomographie Tomografia ottica a coerenza	265	36,15 €	9.579,75 €	40	1.446,00 €	305	11.025,75 €
13.19.1**	Katarakt Operation Mit Oder Ohne Implantation Einer Intraokularlinse Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare	375	1.045,00 €	391.875,00 €	55	57.475,00 €	430	449.350,00 €
Jährliche Ausgabenhöchstgrenze insgesamt - Tetto di spesa annuale totale 2023				540.729,75 €		79.358,00 €		620.087,75 €

<p>Obige jährliche Ausgabenhöchstgrenze erhöht sich für das Jahr 2023 um ca. 22.000,00 € aufgrund der zusätzlichen Kataraktoperationen. Il tetto di spesa annuale totale sopra indicato viene incrementato di ca. 22.000,00 € a seguito degli ulteriori interventi di cataratta.</p>	22.000,00 €
---	--------------------

Tabelle Teil III - Fachbereich Radiologie - Tabella parte III - branca di radiologia

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Grundausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa base
87.37.1 87.37.2	MAMMOGRAPHIE BEIDSEITS - (2 Projektionen) MAMMOGRAFIA BILATERALE - (2 proiezioni) MAMMOGRAPHIE EINSEITIG - (2 Projektionen) MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - (2 proiezioni)	850	65,00 €	55.250,00 €
88.73.1 88.73.2	ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Beidseits ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Bilaterale ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Einseitig ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Monolaterale	340	54,10 €	18.394,00 €
85.11.1	BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER BRUST- DRÜSE BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMEL- LA	17	60,00 €	1.020,00 €
40.19.1	ULTRASCHALLGESTEUERTE NADELBIOPSIE VON LYM- PHKNOTEN AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	17	59,30 €	1.008,10 €
87.41 87.41.1	COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum] TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum] TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, media- stino]	51	140,00 €	7.140,00 €
88.01.1 88.01.3 88.01.5 88.01.2 88.01.4 88.01.6	CT des Abdomens (Oberbauch, Unterbauch, gesamter Abdomen) TC addome (superiore, inferiore, completo) CT des Abdomens ohne und mit Kontrastmittel (Ober- bauch, Unterbauch, gesamter Abdomen) TC addome senza e con mdc (superiore, inferiore, com- pleto)	68	176,00 €	11.968,00 €
88.74.1 88.75.1 88.76.1	Ultraschall des Abdomens (gesamter Abdomen, Ober- bauch, Unterbauch) Ecografia addome (completo, superiore, inferiore)	722	75,00 €	54.150,00 €
88.93	MAGNETRESONANZ (MRI) DER WIRBELSÄULE - Zervi- kal, thorakal, lumbosakral RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA CO- LONNA - Cervicale, toracica, lombosacrale	595	146,68 €	87.274,60 €
88.94.1	MAGNETRESONANZ (MRI) DER MUSKELN UND DES SKELETTES - MR der Schulter und des Oberarmes [Schulter, Oberarm]. MR des Ellbogens und Unterarmes [Ellbogen, Unterarm]. MR des Handgelenkes und der Hand [Handgelenk, Hand]. MR des Beckens [Becken]. MR des Coxofemoralgelenkes und des Oberschenkels [Coxofemoralgelenk, Oberschenkel]. MR des Knies und des Unterschenkels [Knie, Unterschenkel]. MR des Sprunggelenkes und des Fußes [Sprunggelenk, Fuß] - Inbegriffen: Gelenk, Weichteile, Gefäße RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLO- SCHELETRICA - RM di spalla e braccio [spalla, braccio]. RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]. RM di polso e mano [polso, mano]. RM di bacino. RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione co- xo-femorale, femore]. RM di ginocchio e gamba [ginoc- chio, gamba]. RM di caviglia e piede [caviglia, piede] - Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	595	168,81 €	100.441,95 €

Grundausgabenhöchstgrenze – Tetto di spesa di base
336.646,65 €

KodexCodice	Leistungen / Prestazioni	Anzahlnumero	Tariftariffa	variable Ausgaben- höchstgrenzeTetto di spesa variabile
87.37.1 87.37.2	MAMMOGRAPHIE BEIDSEITS - (2 Projektionen) MAMMOGRAFIA BILATERALE - (2 proiezioni) MAMMOGRAPHIE EINSEITIG - (2 Projektionen) MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - (2 proiezioni)	150	65,00 €	9.750,00 €
88.73.1 88.73.2	ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Beidseits ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Bilaterale ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Einseitig ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Monolaterale	60	54,10 €	3.246,00 €
85.11.1	BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER BRU- STDRÜSE BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	3	60,00 €	180,00 €
40.19.1	ULTRASCHALLGESTEUERTE NADELBIOPSIE VON LYMPHKNOTEN AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	3	59,30 €	177,90 €
87.41 87.41.1	COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum] TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX, OH- NE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum] TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORA- CE, SENZA E CON CONTRASTO - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	9	140,00 €	1.260,00 €
88.01.1 88.01.3 88.01.5 88.01.2 88.01.4 88.01.6	CT des Abdomens (Oberbauch, Unterbauch, gesam- ter Abdomen) TC addome (superiore, inferiore, completo) CT des Abdomens ohne und mit Kontrastmittel (Oberbauch, Unterbauch, gesamter Abdomen) TC addome senza e con mdc (superiore, inferiore, completo)	12	176,00 €	2.112,00 €
88.74.1 88.75.1 88.76.1	Ultraschall des Abdomens (gesamter Abdomen, Oberbauch, Unterbauch) Ecografia addome (completo, superiore, inferiore)	128	75,00 €	9.600,00 €
88.93	MAGNETRESONANZ (MRI) DER WIRBELSÄULE - Zervikal, thorakal, lumbosakral RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - Cervicale, toracica, lombosacrale	105	146,68 €	15.401,40 €

88.94.1	MAGNETRESONANZ (MRI) DER MUSKELN UND DES SKELETTES - MR der Schulter und des Oberarmes [Schulter, Oberarm]. MR des Ellbogens und Unterarmes [Ellbogen, Unterarm]. MR des Handgelenkes und der Hand [Handgelenk, Hand]. MR des Beckens [Becken]. MR des Coxofemoralgelenkes und des Oberschenkels [Coxofemoralgelenk, Oberschenkel]. MR des Knies und des Unterschenkels [Knie, Unterschenkel]. MR des Sprunggelenkes und des Fußes [Sprunggelenk, Fuß] - Inbegriffen: Gelenk, Weichteile, Gefäße RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOSCHELETRICA - RM di spalla e braccio [spalla, braccio]. RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]. RM di polso e mano [polso, mano]. RM di bacino. RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]. RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba]. RM di caviglia e piede [caviglia, piede] - Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	105	168,81 €	17.725,05 €
Variable Ausgabenhöchstgrenze – Tetto di spesa variabile				59.452,35 €

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Garantiebudget Budget di garanzia
87.37.1 87.37.2	MAMMOGRAPHIE BEIDSEITS - (2 Projektionen) MAMMOGRAFIA BILATERALE - (2 proiezioni) MAMMOGRAPHIE EINSEITIG - (2 Projektionen) MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - (2 proiezioni)	150	65,00 €	9.750,00 €
88.73.1 88.73.2	ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Beidseits ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Bilaterale ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Einseitig ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Monolaterale	60	54,10 €	3.246,00 €
85.11.1	BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER BRUSTDRÜSE BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	3	60,00 €	180,00 €
40.19.1	ULTRASCHALLGESTEUERTE NADELBIOPSIE VON LYMPHKNOTEN AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	3	59,30 €	177,90 €
87.41 87.41.1	COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum] TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum] TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	9	140,00 €	1.260,00 €
88.01.1 88.01.3 88.01.5 88.01.2 88.01.4 88.01.6	CT des Abdomens (Oberbauch, Unterbauch, gesamter Abdomen) TC addome (superiore, inferiore, completo) CT des Abdomens ohne und mit Kontrastmittel (Oberbauch, Unterbauch, gesamter Abdomen) TC addome senza e con mdc (superiore, inferiore, completo)	12	176,00 €	2.112,00 €
88.74.1 88.75.1 88.76.1	Ultraschall des Abdomens (gesamter Abdomen, Oberbauch, Unterbauch) Ecografia addome (completo, superiore, inferiore)	128	75,00 €	9.600,00 €
88.93	MAGNETRESONANZ (MRI) DER WIRBELSÄULE - Zervikal, thorakal, lumbosakral RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA CO-	105	146,68 €	15.401,40 €

	LONNA - Cervicale, toracica, lombosacrale			
88.94.1	MAGNETRESONANZ (MRI) DER MUSKELN UND DES SKELETTES - MR der Schulter und des Oberarmes [Schulter, Oberarm]. MR des Ellbogens und Unterarmes [Ellbogen, Unterarm]. MR des Handgelenkes und der Hand [Handgelenk, Hand]. MR des Beckens [Becken]. MR des Coxofemoralgelenkes und des Oberschenkels [Coxofemoralgelenk, Oberschenk]. MR des Knies und des Unterschenkels [Knie, Unterschenkel]. MR des Sprunggelenkes und des Fußes [Sprunggelenk, Fuß] - Inbegriffen: Gelenk, Weichteile, Gefäße RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - RM di spalla e braccio [spalla, braccio]. RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]. RM di polso e mano [polso, mano]. RM di bacino. RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]. RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba]. RM di caviglia e piede [caviglia, piede] - Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	105	168,81 €	17.725,05 €
Ausgabenhöchstgrenze für Garantiebudget – Tetto di spesa per budget di garanzia				59.452,35 €

Kodex Codice	Leistungen / Prestazioni	Anzahl numero	Tarif tariffa	Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze Tetto di spesa base e variabile	Anzahl numero	Garantiebudget Budget di garanzia	Anzahl numero	Totale
87.37.1 87.37.2	MAMMOGRAPHIE BEIDSEITS - (2 Projektionen) MAMMOGRAFIA BILATERALE - (2 proiezioni) MAMMOGRAPHIE EINSEITIG - (2 Projektionen) MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - (2 proiezioni)	1.000	65,00 €	65.000,00 €	150	9.750,00 €	1.150	74.750,00 €
88.73.1 88.73.2	ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Beidseits ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Bilaterale ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Einseitig ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Monolaterale	400	54,10 €	21.640,00 €	60	3.246,00 €	460	24.886,00 €
85.11.1	BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER BRUSTDRÜSE BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	20	60,00 €	1.200,00 €	3	180,00 €	23	1.380,00 €
40.19.1	ULTRASCHALLGESTEUERTE NADELBIOPSIE VON LYMPHKNOTEN AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	20	59,30 €	1.186,00 €	3	177,90 €	23	1.363,90 €
87.41 87.41.1	COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum] TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum] TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	60	140,00 €	8.400,00 €	9	1.260,00 €	69	9.660,00 €
88.01.1 88.01.3 88.01.5 88.01.2 88.01.4 88.01.6	CT des Abdomens (Oberbauch, Unterbauch, gesamter Abdomen) TC addome (superiore, inferiore, completo) CT des Abdomens ohne und mit Kontrastmittel (Oberbauch, Unterbauch, gesamter Abdomen) TC addome senza e con mdc (superiore, inferiore, completo)	80	176,00 €	14.080,00 €	12	2.112,00 €	92	16.192,00 €

88.74.1 88.75.1 88.76.1	Ultraschall des Abdomens (gesamter Abdomen, Oberbauch, Unterbauch) Ecografia addome (completo, superiore, inferiore)	850	75,00 €	63.750,00 €	128	9.600,00 €	978	73.350,00 €
88.93	MAGNETRESONANZ (MRI) DER WIRBELSÄULE - Zervikal, thorakal, lumbosakral RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - Cervicale, toracica, lombosacrale	700	146,68 €	102.676,00 €	105	15.401,40 €	805	118.077,40 €
88.94.1	MAGNETRESONANZ (MRI) DER MUSKELN UND DES SKELETTES - MR der Schulter und des Oberarmes [Schulter, Oberarm]. MR des Ellbogens und Unterarmes [Ellbogen, Unterarm]. MR des Handgelenkes und der Hand [Handgelenk, Hand]. MR des Beckens [Becken]. MR des Coxofemoralgelenkes und des Oberschenkels [Coxofemoralgelenk, Oberschenkel]. MR des Knies und des Unterschenkels [Knie, Unterschenkel]. MR des Sprunggelenkes und des Fußes [Sprunggelenk, Fuß] - Inbegriffen: Gelenk, Weichteile, Gefäße RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - RM di spalla e braccio [spalla, braccio]. RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]. RM di polso e mano [polso, mano]. RM di bacino. RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]. RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba]. RM di caviglia e piede [caviglia, piede] - Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	700	168,81 €	118.167,00 €	105	17.725,05 €	805	135.892,05 €
Jährliche Ausgabenhöchstgrenze insgesamt - Tetto di spesa annuale totale 2023				396.099,00 €		59.452,35 €		455.551,35 €