

„Stempelsteuer auf dem Original in virtueller Form im Ausmaß von 96,00 Euro entrichtet (Gen. Ag. Einnahmen BZ Nr. 9448/2006)“

“Imposta di bollo assolta sull’originale in modo virtuale (Aut. A. Entrate BZ n. 9448/2006) nella misura di 96,00 Euro“

VERTRAGSABKOMMENS

zwischen

dem **SANITÄTSBETRIEB DER AUTONOMEN PROVINZ BOZEN**

in der Folge **Sanitätsbetrieb** genannt, mit Sitz in Bozen, Sparkassenstr. 4, Str.Nr./MwSt.-Nr. 00773750211, vertreten vom Generaldirektor, Dr. Florian Zerzer

und

der **MARIENKLINIK Kongregation der Tertiarschweren des Hl. Franziskus**

in der Folge **Einrichtung** genannt, mit Sitz in Bozen, Claudia de Medici St. Nr. 2 MwSt .Nr.- 00218510212, die für die Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen akkreditiert ist, vertreten durch die gesetzliche Vertreterin Frau Rosa Volgger,

für ambulante Leistungen der Fachbereiche Augenheilkunde, Kardiologie und Gastroenterologie,

Vorausgeschickt, dass:

- Art. 8-bis Abs. 1 des G.v.D. Nr. 502/1992 sieht vor, dass die Regionen die wesentlichen und einheitlichen Betreuungsebenen auch durch Einbeziehung der akkreditierten Rechtssubjekte unter Einhaltung der Vertragsabkommen gemäß Art. 8-quinquies gewährleisten;

- gemäß Art. 8-bis Abs. 2 und Art. 8-quarter Abs. 2 des G.v.D. Nr. 502/1992 stellen die Leistungs- und wirtschaftlichen Inhalte der Vertragsabkommen den Rechtstitel dar, auf dessen Grundlage das akkreditierte Rechtssubjekt im Bereich des Interesses im Namen und zu Lasten des nationalen Gesundheitsdienstes tätig werden kann und die Bürger die freie Wahl des Betreuungsstandortes haben;

- die Landesregierung legt die Kriterien und Unterzeichnungsmodalitäten der Verträge nach Art. 8-quinquies G.v.D. Nr. 502/1992 und die der Bevölkerung zu garantierenden Leistungsanzahl fest;

- der Leistungsbedarf, der von privaten Leistungserbringern angekauft wird, wurden im Einvernehmen mit diesen festgelegt und hat eine Gültigkeit von einem/drei Jahr/Jahren, sofern nicht ein erhöhter Bedarf für den Sanitätsbetrieb entsteht, welcher zu Jahresbeginn verhandelt wurde;

- die Struktur ist zum Abschluss des vorliegenden

ACCORDO CONTRATTUALE

fra

I’AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

in seguito denominata **Azienda Sanitaria**, con sede in Bolzano, via Cassa di Risparmio 4, cod.fisc./partita IVA 00773750211 rappresentata dal Direttore Generale dott. Florian Zerzer

e

LA CASA DI CURA PRIVATA S. MARIA Congregazione delle Suore Terziarie di San Francesco

in seguito denominato **Struttura**, con sede in Bolzano via Claudia de Medici 2, partita IVA 00218510212, accreditato per l’erogazione delle prestazioni oggetto dell’accordo contrattuale, rappresentata dalla sua legale rappresentante Signora Rosa Volgger,

per prestazioni ambulatoriali di oculistica, cardiologia e gastroenterologia

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 annuale/triennale salvo maggiore fabbisogno da parte dell’Azienda sanitaria concordato all’inizio di ogni anno;

- la Struttura è legittimata alla stipula del presente accordo

Vertragsabkommens berechtigt, da sie durch das Dekret des Landesrates für Gesundheit Nr. 26832 vom 23.12.2019 mit Gültigkeit bis zum 31.12.2024 akkreditiert ist;

- 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 zieht, und auch keine anderen Unvereinbarkeitsgründe gemäß den geltenden Bestimmungen bestehen;

- der Abkommenstext wurde von den Vertragsparteien gemeinsam ausgehandelt, vereinbart und verfasst.

Es wird folgendes vereinbart und festgesetzt:

Art. 1 – Gegenstand des Vertragsabkommens

Die Prämissen bilden wesentlichen Bestandteil des vorliegenden Vertrages, welcher für den Dreijahreszeitraum 2020-2022 gilt und kein Anrecht auf einen nachfolgenden Vertragsabschluss begründet.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, für und auf Kosten des LGD die ambulanten vereinbarten im Vertragsabkommen bezeichneten Leistungen zu erbringen.

Die Leistungen müssen für das ganze Jahr, mit Ausnahme für das Jahr 2020 erbracht werden.

Unbeschadet des gerichtlichen Rechtsschutzes gebührt dem Leistungserbringer kein Entgelt, keine Entschädigung und kein Schadensersatz für Leistungen, die er trotz Ermangelung der Akkreditierungsvoraussetzungen in den unter Artikel 10 angeführten Fällen über die Aussetzung der Wirksamkeit der vorliegenden Abmachung erbracht hat.

Falls die **Einrichtung** aus einem gerechtfertigten Grund die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertragsabkommens sind nicht erbringen kann, muss sie 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.

contrattuale in quanto è accreditata con il decreto dell'Assessore alla Salute nr 26832 del 23.12.2019 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 è stato redatto, discusso e concordato da entrambe le parti.

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 - Oggetto dell' accordo contrattuale

Le premesse costituiscono parte integrante del presente accordo contrattuale, che vale per il triennio 2020-2022 e non costituisce diritto per un accordo contrattuale successivo.

La **Struttura** si impegna ad erogare, per conto e con oneri a carico del SSP, le prestazioni conformi a volumi e tipologie concordate ed indicate nell'accordo.

Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità ad eccezione per l'anno 2020.

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.

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 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.

Die **Einrichtung** erbringt die vereinbarten Leistungen mittels Personals, das im Besitz der von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Titel ist und für welches keine Unvereinbarkeitsgründe gemäß Art. 4 Abs. 7 Gesetz Nr. 412/1991 vorliegen.

Die **Einrichtung** darf im Sinne von Art. 1 Abs. 42 Gesetz Nr. 190/2012 keine Verträge über selbständige oder unselbständige Arbeitsverhältnisse abschließen oder Aufträge an ehemalige Bedienstete des **Sanitätsbetriebes** und der Autonomen Provinz Bozen erteilen, wenn diese gegenüber der Einrichtung Hoheitsbefugnisse oder propädeutische Befugnisse in Bezug auf ihre Geschäftstätigkeit ausgeübt haben und zwar in den drei darauffolgenden Jahren nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit dem Sanitätsbetrieb oder der Autonomen Provinz Bozen.

Die Abtretung dieses Vertragsabkommens an Dritte ist gegenüber dem **Sanitätsbetrieb** nicht wirksam, mit Ausnahme der Abtretung des gesamten Betriebes oder der Änderung der Gesellschaftsbezeichnung und unter der Voraussetzung des Vorhandenseins der diesbezüglich vorgesehenen und in die Zuständigkeit der Provinz und des Sanitätsbetriebes fallenden Rechtsakte.

Die **Einrichtung** muss dem **Sanitätsbetrieb** gemäß den vereinbarten Modalitäten die Informationen über die ausgeübte Tätigkeit im Bereich der selbstzahlenden Privatpatienten mitteilen.

Art. 3 – Zugang zur Leistung

Die Leistungen werden mittels der Einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS), sofern dies technisch möglich ist welche für die Verlegung von Terminen im Falle einer planmäßigen Schließung der **Struktur** zuständig ist, vormerkt; die Nachholung muss innerhalb 30 Tagen erfolgen.

Insofern das Ausmaß der Verschiebungen in einem Semester höher als 10% ist, wird der diesem Prozentsatz entsprechende Betrag vom Gesamtbetrag der im Semester gewährten Leistungen abgezogen.

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

Die Übermittlung an ELVS muss bis zum 20. des

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

La **Struttura** erogherà le prestazioni contratte attraverso personale che è in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e che non versò in situazione d'incompatibilità ex art. 4, c. 7 della Legge n. 412/1991.

La **Struttura**, ai sensi dell'art. 1 c. 42 Legge n. 190/2012, 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 loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Sanitaria o la Provincia Autonoma di Bolzano.

La cessione del presente accordo contrattuale a terzi non produce effetti nei confronti dell'**Azienda Sanitaria**, fatte salve le ipotesi di cessione dell'intera azienda o cambiamento di ragione sociale a condizione della sussistenza di tutti gli atti all'uopo necessari e di competenza provinciale ed aziendale.

La **Struttura** deve inviare all' **Azienda Sanitaria** secondo le modalità comunicate le informazioni sull'attività svolta in regime di privato pagante.

Art. 3 – Accesso alla prestazione

Le prestazioni saranno prenotate tramite la centrale unica di prenotazione provinciale (CUPP), se tecnicamente possibile, a cui spetta la ricollocazione degli appuntamenti in caso di chiusura programmata della **Struttura**; il recupero deve avvenire entro 30 giorni.

Se la percentuale di spostamento degli appuntamenti in un semestre è superiore al 10%, l'importo corrispondente a tale percentuale verrà detratto dall'importo totale delle prestazioni erogate nel semestre.

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% .

La comunicazione al CUPP deve avvenire entro il 20 del mese precedente secondo le modalità stabilite in un

Vormonats gemäß den Modalitäten, welche in einem Protokoll zwischen ELVS, **Struktur** 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 diesem Vertragsabkommen.

Die Verschreibungen haben unbegrenzte Gültigkeit.

Die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertrages bilden, können von Fachärzten oder Basisärzten verschrieben werden.

Der Arzt muss bei dem LGD/NGD bedienstet oder mit diesem vertragsgebunden sein.

Bei der Annahme des Patienten muss die **Einrichtung** die Identität desselben und die Korrektheit der Verschreibung aufgrund der geltenden Bestimmungen einschließlich der Ticketbestimmungen überprüfen.

Die **Einrichtung** gewährleistet allen Nutzern einen gleichberechtigten Zugang zu den erbrachten Leistungen.

Bei Ticketbefreiungen aufgrund von Pathologie muss deren Gültigkeit überprüft werden und auch, ob die Ticketbefreiung die betroffene Leistung umfasst.

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

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

Im Sinne des Art. 36-bis Abs. 1 und 2 des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 in geltender Fassung ist der Patient, der eine ambulante fachärztliche Leistung vorgemerkt hat und diese zum vereinbarten Zeitpunkt nicht wahrnehmen kann oder will, dazu angehalten, den vorgemerkten Termin innerhalb der Fristen und gemäß der Modalitäten, die von der Landesregierung auf Vorschlag des **Sanitätsbetriebes** festgelegt wurden, abzusagen. Andernfalls wird eine Verwaltungsstrafe auch gegenüber jenen Patienten verhängt, die aus irgendeinem Grund von der Kostenbeteiligung befreit sind.

Die **Einrichtung** ist verpflichtet, dem **Sanitätsbetrieb** die Namen der obengenannten Patienten gemäß den vereinbarten Modalitäten mitzuteilen (wenn dies nicht automatisch erfolgt).

Für den Bereich Augenheilkunde:

- die **Struktur** verpflichtet ist sich bei den Katarakteingriffen an die chirurgischen Indikationen der SOI und NICE zu halten, welche im Verhältnis 1:8 zu 1.

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.

Le prestazioni oggetto del presente accordo possono essere prescritte da parte di medici specialisti o di medicina generale.

Il medico deve essere dipendente o convenzionato con il SSP/SSN.

All'accettazione del paziente la **Struttura** è tenuta ad accertare l'identità dello stesso e la corretta compilazione dell'impegnativa in base alla normativa vigente, comprese le disposizioni inerenti al ticket.

Ciascun utente accede alle prestazioni erogate dalla **Struttura** secondo il principio di equità.

Nei casi di esenzione per patologia deve essere verificata la validità dell'esenzione e se la prestazione rientra nell'esenzione stessa.

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

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

Ai sensi dell'art. 36-bis comma 1 e 2 della Legge provinciale n. 7 del 05.03.2001 versione vigente il paziente, che abbia prenotato una prestazione specialistica ambulatoriale e non possa o non intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati, è tenuto a disdire la prenotazione con preavviso secondo i tempi e le modalità definiti dalla Giunta provinciale su proposta dell' **Azienda Sanitaria**. In caso contrario verrà irrogata una sanzione amministrativa applicabile anche ai soggetti esenti per qualsiasi motivo dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

La **Struttura** è tenuta a comunicare i nominativi dei pazienti sopraccitati all' **Azienda Sanitaria** secondo le modalità concordate (se ciò non avviene in automatico).

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

Visiten durchgeführt werden muss; ;

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

Für den Bereich Augenheilkunde, Kardiologie und Gastroenterologie wird die **Einrichtung** genehmigt, die notwendigen Dienstleistungen vorzuschreiben, die im Vertragsabkommen vorgesehen sind.

Art. 4 – Kostenbeteiligung

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

Art. 5 – Überprüfungen und Kontrollen

Der **Sanitätsbetrieb** und die **Einrichtung** überprüfen periodisch den Verlauf der Leistungserbringung und die Übereinstimmung derselben mit der Anlage des vorliegenden Vertragsabkommens. Der **Sanitätsbetrieb** darf jederzeit Inspektionen und Kontrollen unter Einhaltung der Bereichsbestimmungen 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 das erforderliche Material und die benötigte Dokumentation für die Ausübung der Tätigkeit zur Verfügung stellt.

Eventuelle Nichterfüllungen in Bezug auf das vorliegende Vertragsabkommen werden der **Einrichtung** gegenüber förmlich von Seiten des **Sanitätsbetriebes** beanstandet. Innerhalb von 15 (fünfzehn) Tagen kann der gesetzliche Vertreter der **Einrichtung** oder sein Beauftragter Stellungnahmen und Erläuterungen vorlegen, vorbehaltlich des gerichtlichen Rechtsschutzes.

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.

Art. 6 – Pflichten des Sanitätsbetriebes

Der **Sanitätsbetrieb** gewährleistet die Funktionstüchtigkeit der Verbindung mit dem Programm für die dematerialisierte Verschreibung, der ELVS, sobald diese in Betrieb genommen wird, und aller anderen Programme, die der **Einrichtung** zur Verfügung gestellt werden.

devono essere erogati con rapporto di 1: 8 rispetto alle 1. visite;

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

Per la branca di oculistica, di cardiologia e di gastroenterologia la **Struttura** viene autorizzata a prescrivere le prestazioni necessarie previste in accordo.

Art. 4 – Partecipazione alla spesa

Lo **Struttura** incassa direttamente dal paziente il costo del ticket, se dovuto in base alla vigente normativa.

Art. 5 – Verifiche e controlli

L' **Azienda Sanitaria** e la **Struttura** verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione all'allegato 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 disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

Eventuali inadempienze al presente accordo contrattuale sono formalmente contestate dall' **Azienda Sanitaria** alla **Struttura**. Entro 15 (quindici) giorni il legale rappresentante della **Struttura** o suo delegato possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

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.

Art. 6 – Obblighi dell'Azienda

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

Art. 7 – Ausgabenhöchstgrenze

Die Ausgabenhöchstgrenze setzt sich:

a) aus dem ordentlichen Budget (Basis + Variable + außer Provinz Patienten), das für die ordentliche Programmierung bestimmt ist,

b) aus dem Garantiebudget zusammen, das vom **Sanitätsbetrieb** für einige Leistungstypologie festgelegt wird, die nur bei kritischen Wartezeiten aktiviert werden sollen.

Die Grundaushöchstgrenze wird als Quote definiert, die während der Gültigkeit des Abkommens unverändert bleibt.

Die variable Ausgabenobergrenze ist jährlich gültig und wird gemäß Artikel 16 erneuert bzw. aktualisiert.

Die Ausgabenobergrenze für Patienten außerhalb der Provinz ist die Quote für Patienten, die nicht in der Autonomen Provinz Bozen wohnen, gemeint.

Art. 7 sub 1) Augenheilkunde

a) Ordentliches Budget

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich:

1) die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze auf der Grundlage der Tarife des geltenden Tarifverzeichnisses der ambulanten fachärztlichen Leistungen zu vergüten. Ausnahmen sind die Leistungen Komplete Untersuchung des Auges (95.02) und Kontrollvisite (89.01), für die mit Wirkung ab 15.07.2020 der **Sanitätsbetrieb** mit alle privaten akkreditierten Strukturen vereinbarte Tarif anwendet wird; für die Katarakt Operation (13.19.1) tritt der vereinbarte Tarif am 01.07.2020 im Kraft.

2) die Leistungen für die Patienten außer Provinz auf der Grundlage der geltenden Tarife für die interregionale Mobilität zu vergüten.

Die unten aufgeführten Leistungen bilden die grundlegende Ausgabenhöchstgrenze für den Dreijahreszeitraum 2020-2022:

Art. 7- Tetto di spesa

Il tetto di spesa è composto dal:

a) budget ordinario (base + variabile + pazienti fuori provincia), destinato alla programmazione ordinaria,

b) budget di garanzia, che viene definito dall' Azienda Sanitaria per alcune tipologie di prestazioni da attivare solo in caso di criticità dei tempi di attesa.

Per tetto di spesa base si intende la quota che rimane invariata nel corso della durata dell'accordo.

Il tetto di spesa variabile è valido annualmente e viene rinnovato/rivisto come previsto dall'art. 16.

Per tetto di spesa per i pazienti fuori provincia si intende la quota destinata ai pazienti non residenti in Provincia Autonoma di Bolzano.

Art. 7 sub 1) Oculistica

a) Budget ordinario

L' **Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare

1) il tetto di spesa base e quello variabile in base alle tariffe vigenti del Nomenclatore Tariffario Provinciale per la specialistica ambulatoriale. Fanno eccezione le prestazioni Esame complessivo dell'occhio (95.02) e visita di controllo (89.01) rispetto alle quali l' **Azienda Sanitaria** applicherà la tariffa concordata con tutte le strutture private accreditate con decorrenza 15.07.2020; per l' intervento di cataratta (13.19.1) la tariffa concordata decorre dall' 01.07.2020.

2) le prestazioni per i pazienti residenti fuori provincia alle tariffe in vigore per la compensazione della mobilità interregionale.

Le prestazioni di seguito elencate formano il tetto di spesa base per il triennio 2020-2022:

Leistungen für den Dreijahreszeitraum/Prestazioni per il triennio 2020-2022				
	Leistungen / Prestazioni	Nr./n.	Tarif/ Tariffa	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	1154	30,00	34.620,00
89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione	231	20,00	4.620,00

	abbeviata. Visita successiva alla prima.			
95.05	GESICHTSFELDDUNTERSUCHUNG – Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch STUDIO DEL CAMPO VISIVO – Campimetria, perimetria statica/cinetica	173	30,00	5.190,00
95.13.3	OCT (optic Coherence Tomography) – Optische Kohärenztomographie Tomografia ottica a coerenza	173	36,15	6.253,95
13.19.1*	Katarakt Operation Mit Oder Ohne Implantation Einer Intraokularlinse Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare	144	1.045,00	150.480,00
Euro 201.163,95				

* Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Linsenimplantation, Kontrollvisiten innerhalb 30/45 Tagen, Biometrie * comprende visita preintervento, intervento, visite successive entro 30/45 gg e biometria

Die unten aufgeführten Leistungen sind die Summe der grundlegenden und variablen Leistungen, deren Wert die Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2020 bildet und die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze einschließt: Le prestazioni di seguito elencate sono la somma delle prestazioni di base e prestazioni variabili, il cui valore forma il tetto di spesa per l'anno 2020 e comprende il tetto di spesa base e il tetto di spesa variabile:

AUSGABENHÖCHSGRENZE (BASIS UND VARIABLE) FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA (BASE E VARIABLE) PER ANNO 2020				
	Leistungen / Prestazioni	Nr./n.	Tarif/ Tariffa	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	2308	30,00	69.240,00
89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.	462	20,00	9.240,00
95.05	GESICHTSFELDDUNTERSUCHUNG – Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch STUDIO DEL CAMPO VISIVO – Campimetria, perimetria statica/cinetica	346	30,00	10.380,00
95.13.3	OCT (optic Coherence Tomography) – Optische Kohärenztomographie Tomografia ottica a coerenza	346	36,15	12.507,90
13.19.1*	Katarakt Operation Mit Oder Ohne Implantation Einer Intraokularlinse Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare	288	1.045,00	300.960,00
Euro 402.327,90				

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR PATIENTEN AUßER PROVINZ FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA PER PAZIENTI FUORI PROVINCIA PER L'ANNO 2020	
Euro 18.630,00	

Die **Einrichtung** ist angehalten das ordentliche Leistungsangebot gleichmäßig auf 12 Monate (Ausnahme für das Jahr 2020) zu verteilen, vorbehaltlich jener Ausnahmen, von der **Struktur Sanitätsbetriebes** ermächtigt werden. Sollte dies nicht erfolgen, wird die Struktur im Rahmen der nächsten

La **Struttura** è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su 12 mesi (ad eccezione per il 2020), fatte salve le eventuali eccezioni che dovranno essere richieste dalla Struttura ed autorizzate dall'ufficio competente dell' **Azienda Sanitaria**. Qualora non lo facesse, verrà penalizzata nella successiva contrattazione.

Vertragsverhandlung mit einer Strafe belegt.

Die Leistungen außerhalb der WBS, welche ohne vorhergehende Genehmigung von Seiten des zuständigen Sanitätsbetriebes erbracht werden, werden der **Einrichtung** nicht anerkannt.

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

Wird das ordentliche Budget u, unbeschadet des Absatzes 1 Buchstabe c), überschritten, wird kein Betrag anerkannt.

Al superamento del budget ordinario, salvo quanto previsto nel successivo punto c), non verrà riconosciuto alcun compenso.

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR ORDENTLICHES BUDGET FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA PER BUDGET ORDINARIO PER L'ANNO 2020
--

Euro 420.767,60

b) Garantiebudget

Die Garantieleistungen sind nur bei Notwendigkeit von Seiten des zuständigen Amtes des **Sanitätsbetriebes** und zwar zur Einhaltung der von der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Wartezeiten

Diese Leistungen werden auf der Grundlage der geltenden Tarife für die interregionale Mobilität zu vergüten.

Für das Jahr 2020 ist eine Ausgabenhöchstgrenze vorgesehen im Ausmaß von:

b) Budget di garanzia

Le prestazioni di garanzia sono da attivarsi su necessità dell' **Azienda Sanitaria** da parte dell'ufficio competente della stessa per garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente.

Tali prestazioni sono remunerate secondo le tariffe in vigore per la compensazione della mobilità interregionale.

Per l'anno 2020 è previsto un tetto di spesa pari a:

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR GARANTIE BUDGET FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA PER BUDGET DI GARANZIA PER L'ANNO 2020
--

Euro 20.105,00

AUSGABENHÖCHSGRENZE INSGESAM FÜR DIE AUGENHEILKUNDE DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA COMPLESSIVO PER L'OCULISTICA L'ANNO 2020
--

Euro 441.062,90

Art. 7 sub 2) Kardiologie

a) Ordentliches Budget

Art. 7 sub 2) Cardiologia

a) Budget ordinario

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich:

- 1) die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze auf der Grundlage der Tarife des geltenden Tarifverzeichnisses der ambulanten fachärztlichen Leistungen zu vergüten.
- 2) die Leistungen für die Patienten außer Provinz auf der Grundlage der geltenden Tarife für die interregionale Mobilität zu vergüten.

Die unten aufgeführten Leistungen bilden die grundlegende Ausgabenhöchstgrenze für den Dreijahreszeitraum 2020-2022:

Die unten aufgeführten Leistungen sind die Summe der grundlegenden und variablen Leistungen, deren Wert die Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2020 bildet und die Grundl- und variable Ausgabenhöchstgrenze einschließt:

L' **Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare

- 1) il tetto di spesa base e quello variabile in base alle tariffe vigenti del Nomenclatore Tariffario Provinciale per la specialistica ambulatoriale.
- 2) le prestazioni per i pazienti residenti fuori provincia alle tariffe in vigore per la compensazione della mobilità interregionale.

Le prestazioni di seguito elencate formano il tetto di spesa base per il triennio 2020-2022:

Le prestazioni di seguito elencate sono la somma delle prestazioni di base e prestazioni variabili, il cui valore forma il tetto di spesa per l'anno 2020 e comprende il tetto di spesa base e il tetto di spesa variabile:

Leistungen für den Dreijahreszeitraum/Prestazioni per il triennio 2020-2022				
	Leistungen / Prestazioni	Nr./n.	Tarif/Tariffa	Tetto di spesa base
87.7	Erste kardiologische Visite Prima visita cardiologica	327	36,15	11.821,05
89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.	164	25,00	4.100,00
89.43 89.41	Test cardiovascolare da sforzo con o cicloergometro e con pedana mobile	65	55,80	3.627,00
89.52	Elektrokardiogramm (Ecg) Elettrocardiogramma	327	12,80	4.185,60
88.96.1	Motorisierung (über 24 Stunden) des arteriellen Blutdrucks monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa	33	43,30	1.428,90
88.72.2	Ecocolordoppler cardiaco a riposo	327	60,40	19.750,80
88.73.5	Doppler Echographie der supraaortalen Gefäße Ecocolordoppler tronchi sovraaortici	302	50,00	15.100,00
Euro 60.013,35				

Die unten aufgeführten Leistungen sind die Summe der grundlegenden und variablen Leistungen, deren Wert die Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2020 bildet und die Grundl- und variable Ausgabenhöchstgrenze einschließt:

Le prestazioni di seguito elencate sono la somma delle prestazioni di base e prestazioni variabili, il cui valore forma il tetto di spesa per l'anno 2020 e comprende il tetto di spesa base e il tetto di spesa variabile:

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA PER ANNO 2020				
	Leistungen / Prestazioni	Nr./n.	Tarif/Tariffa	Tetto di spesa base
87.7	Erste kardiologische Visite Prima visita cardiologica	654	36,15	23.642,10
89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.	328	25,00	8.200,00
89.43 89.41	Test cardiovascolare da sforzo con o cicloergometro e con pedana mobile	130	55,80	7.254,00
89.52	Elektrokardiogramm (Ecg) Elettrocardiogramma	654	12,80	8.371,20
88.96.1	Motorisierung (über 24 Stunden) des arteriellen Blutdrucks monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa	66	43,30	2.857,80

88.72.2	Ecocolordoppler cardiaco a riposo	654	60,40	39.501,60
88.73.5	Doppler Echographie der supraaortalen Gefäße Ecocolordoppler tronchi sovraaortici	302	50,00	15.100,00
Euro 104.926,70				

**AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR PATIENTEN AUßER PROVINZ FÜR DAS JAHR 2020
TETTO DI SPESA PER PAZIENTI FUORI PROVINCIA PER L'ANNO 2020**

Euro 8.150,00

Die **Einrichtung** ist angehalten das ordentliche Leistungsangebot gleichmäßig auf 12 Monate (Ausnahme für das Jahr 2020) zu verteilen, vorbehaltlich jener Ausnahmen, von der **Struktur** beantragt und vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** ermächtigt werden. Sollte dies nicht erfolgen, wird die Struktur im Rahmen der nächsten Vertragsverhandlung mit einer Strafe belegt.

La **Struttura** è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su 12 mesi (ad eccezione per il 2020), fatte salve le eventuali eccezioni che dovranno essere richieste dalla **Struttura** ed autorizzate dall'ufficio competente dell' **Azienda Sanitaria**. Qualora non lo facesse, verrà penalizzata nella successiva contrattazione.

Die Leistungen außerhalb der WBS, welche ohne vorhergehende Genehmigung von Seiten des zuständigen Sanitätsbetriebes erbracht werden, werden der **Einrichtung** nicht anerkannt.

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

Wird das ordentliche Budget und/oder der einzelnen Unterbudget, unbeschadet des Absatzes 1 Buchstabe c), überschritten, wird kein Betrag anerkannt.

Al superamento del budget ordinario e/o dei singoli sotto budget, salvo quanto previsto nel successivo punto c), non verrà riconosciuto alcun compenso.

**AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR ORDENTLICHES BUDGET FÜR DAS JAHR 2020
TETTO DI SPESA PER BUDGET ORDINARIO PER L'ANNO 2020**

Euro 113.076,70

b) Garantiebudget

b) Budget di garanzia

Die Garantieleistungen sind nur bei Notwendigkeit von Seiten des zuständigen Amtes des **Sanitätsbetriebes** und zwar zur Einhaltung der von der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Wartezeiten

Le prestazioni di garanzia sono da attivarsi su necessità dell' **Azienda Sanitaria** da parte dell'ufficio competente della stessa per garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente.

Diese Leistungen werden auf der Grundlage der geltenden Tarife für die interregionale Mobilität zu vergüten.

Tali prestazioni sono remunerate secondo le tariffe in vigore per la compensazione della mobilità interregionale.

Für das Jahr 2020 ist eine Ausgabenhöchstgrenze vorgesehen im Ausmaß von

Per l'anno 2020 è previsto un tetto di spesa pari a

**AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR GARANTIE BUDGET FÜR DAS JAHR 2020
TETTO DI SPESA PER BUDGET DI GARANZIA PER L'ANNO 2020**

Euro 5.245,00

**AUSGABENHÖCHSGRENZE INSGESAMT FÜR DIE KARDIOLOGIE FÜR DAS JAHR 2020
TETTO DI SPESA COMPLESSIVO PER LA CARDIOLOGIA PER L'ANNO 2020**

Euro 118.321,70

Art. 7 sub 3) Gastroenterologie

Art. 7 sub 3) Gastroenterologia

a) Ordentliches Budget

a) Budget ordinario

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich:

L' **Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare

- 1) die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze auf der Grundlage der Tarife des geltenden Tarifverzeichnisses der ambulanten fachärztlichen Leistungen zu vergüten.
- 2) die Leistungen für die Patienten außer Provinz auf der Grundlage der geltenden Tarife für die interregionale Mobilität zu vergüten.

- 1) il tetto di spesa base e quello variabile in base alle tariffe vigenti del Nomenclatore Tariffario Provinciale per la specialistica ambulatoriale.
- 2) le prestazioni per i pazienti residenti fuori provincia alle tariffe in vigore per la compensazione della mobilità interregionale.

Die unten aufgeführten Leistungen bilden die grundlegende Ausgabenhöchstgrenze für den Dreijahreszeitraum 2020-2022:

Le prestazioni di seguito elencate formano il tetto di spesa base per il triennio 2020-2022:

Leistungen für den Dreijahreszeitraum/Prestazioni per il triennio 2020-2022

	Leistungen / Prestazioni	Nr./n.	Tarif/ Tariffa	Tetto di spesa base
89.7	ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite - Ausgenommen: neurologische Visite (89.13), gynäkologische Visite (89.26), Augenvisite (95.02) VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita - Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	149	36,15	5.386,35
89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.	75	25,00	1.875,00
45.13 45.14 45.16 42.24 42.33.1 43.41.1 44.14 45.14 90.95.1	(Gastroskopie)vollständige Beschreibung siehe Aufstellung Ende Vertragsabkommen/ (gastroscofia) descrizione integrale vedasi elenco alla fine dell'accordo contrattuale	2922	164,40	480.376,80*
45.23 45.23.1 45.23.2 45.25 45.42	(Kolonskopie)vollständige Beschreibung siehe Aufstellung Ende Vertragsabkommen/(colonscofia)descrizione integrale vedasi elenco alla fine dell'accordo contrattuale	1169	99,40	116.198,60*
99.29.A	Sedierung - Sedazione cosciente	2922	19,40	56.686,80

Euro 660.523,55

*die Ausgabenhöchstgrenze wurde mit dem höchsten Tarif in Bezug auf die vereinbarten Leistungen berechnet (45.16 und 45.23.2)

*il tetto è stato calcolato con la tariffa più alta delle prestazioni indicate (45.16 e 45.23.2)

Die unten aufgeführten Leistungen sind die Summe der grundlegenden und variablen Leistungen, deren Wert die Ausgabenhöchstgrenze für das Jahr 2020 bildet und die Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze einschließt:

Le prestazioni di seguito elencate sono la somma delle prestazioni di base e prestazioni variabili, il cui valore forma il tetto di spesa per l'anno 2020 e comprende il tetto di spesa base e il tetto di spesa variabile:

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA PER ANNO 2020				
	Leistungen / Prestazioni	Nr./n.	Tarif/ Tariffa	Tetto di spesa base
89.7	ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite - Ausgenommen: neurologische Visite (89.13), gynäkologische Visite (89.26), Augenvisite (95.02) VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita - Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	249	36,15	9.001,35
89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.	125	25,00	3.125,00
45.13 45.14 45.16 42.24 42.33.1 43.41.1 44.14 45.14 90.95.1	(Gastroskopie)vollständige Beschreibung siehe Aufstellung Ende Vertragsabkommen/ (gastroscoopia) descrizione integrale vedasi elenco alla fine dell'accordo contrattuale	2922	164,40	480.376,80 *
45.23 45.23.1 45.23.2 45.25 45.42	(Kolonskopie)vollständige Beschreibung siehe Aufstellung Ende Vertragsabkommen/(colonscoopia)descrizione integrale vedasi elenco alla fine dell'accordo contrattuale	1169	99,40	116.198,60*
99.29.A	Sedierung - Sedazione cosciente	2922	19,40	56.686,80
Euro 665.388,55				

*die Ausgabenhöchstgrenze wurde mit dem höchsten Tarif in Bezug auf die vereinbarten Leistungen berechnet (45.16 und 45.23.2)

*il tetto è stato calcolato con la tariffa più alta delle prestazioni indicate (45.16 e 45.23.2)

Für das Jahr 2020 entspricht die grundlegende Ausgabenhöchstgrenze der Gesamtausgaben, da keine variable Leistung vereinbart wurde.

Per l'anno 2020 il tetto di spesa base corrisponde al tetto di spesa totale, poiché non è stata concordata alcuna prestazione variabile.

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR PATIENTEN AUßER PROVINZ FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA PER PAZIENTI FUORI PROVINCIA PER L'ANNO 2020	
Euro 30.445,00	

Die **Einrichtung** ist angehalten das ordentliche Leistungsangebot gleichmäßig auf 12 Monate (Ausnahme für das Jahr 2020) zu verteilen, vorbehaltlich jener Ausnahmen, von der **Struktur** beantragt und vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** ermächtigt werden. Sollte dies nicht

La **Struttura** è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su 12 mesi (ad eccezione per il 2020), fatte salve le eventuali eccezioni che dovranno essere richieste dalla Struttura ed autorizzate dall'ufficio competente dell' **Azienda Sanitaria**. Qualora non lo

erfolgen, wird die Struktur im Rahmen der nächsten Vertragsverhandlung mit einer Strafe belegt.

Die Leistungen außerhalb der WBS, welche ohne vorhergehende Genehmigung von Seiten des zuständigen Sanitätsbetriebes erbracht werden, werden der **Einrichtung** nicht anerkannt.

Wird das ordentliche Budget, unbeschadet des Absatzes 1 Buchstabe c), überschritten, wird kein Betrag anerkannt.

facesse, verrà penalizzata nella successiva contrattazione.

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

Al superamento del budget ordinario, salvo quanto previsto nel successivo punto c), non verrà riconosciuto alcun compenso.

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR ORDENTLICHES BUDGET FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA PER BUDGET ORDINARIO PER L'ANNO 2020
Euro 695.833,55

b) Garantiebudget

Die Garantieleistungen sind nur bei Notwendigkeit von Seiten des zuständigen Amtes des **Sanitätsbetriebes** und zwar zur Einhaltung der von der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Wartezeiten

Diese Leistungen werden auf der Grundlage der geltenden Tarife für die interregionale Mobilität zu vergüten.

Für das Jahr 2020 ist eine Ausgabenhöchstgrenze vorgesehen im Ausmaß von

b) Budget di garanzia

Le prestazioni di garanzia sono da attivarsi su necessità dell' **Azienda Sanitaria** da parte dell'ufficio competente della stessa per garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente.

Tali prestazioni sono remunerate secondo le tariffe in vigore per la compensazione della mobilità interregionale.

Per l'anno 2020 è previsto un tetto di spesa pari a

AUSGABENHÖCHSGRENZE FÜR GARANTIE BUDGET FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA PER BUDGET DI GARANZIA PER L'ANNO 2020
Euro 33.270,00
AUSGABENHÖCHSGRENZE INSGESAMT FÜR DIE GASTROENTEROLOGIE FÜR DAS JAHR 2020 TETTO DI SPESA COMPLESSIVO PER LA GASTROENTEROLOGIA PER L'ANNO 2020
Euro 729.103,55

c) Bestimmungen allgemeinen

C) Disposizioni di carattere generale

Der **Sanitätsbetrieb** ist angehalten die Einhaltung des ordentlichen Budgets, seiner entsprechenden Unterbudgets und eventuell des Garantiebudget, wenn es aktiviert wird, und eventuell Umschichtungen ohne wirtschaftliche Belastungen zwischen den beiden Arten des Budgets (ordentliches und Garantie) vorzuschlagen.

Es ist möglich das Unterbudget oder einen Teil des Budgets mit Zustimmung der betroffenen **Einrichtung** und für dieselbe Leistungsart, für welche es vorgesehen ist, auf eine andere Einrichtung zu verlegen.

Der **Sanitätsbetrieb** kann bei der **Einrichtung** eine Erhöhung des Garantiebudgets beantragen, um die von der Landesgesetzgebung vorgesehenen Wartezeiten anzupassen.

Derzeit berücksichtigt jede Ausgabenhöchstgrenze (ordentliche und Garantie) nicht den vom Patienten direkt entrichteten Betrag (Ticket).

Die **Einrichtung** kann Leistungen bis zum Jahresvolumen, welches aus dem Vertragsabkommen resultiert und unter Einhaltung der Beträge der einzelnen Budgets und der entsprechenden Unterbudgets erbringen, unbeschadet des Absatzes 1 Buchstabe c).

Art. 8 – Personal

Die **Einrichtung** gewährleistet das notwendige qualifizierte Personal für die zu erbringenden Leistungen.

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 – 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 Verschreibungen.

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

Auf der Rückseite jeder Verschreibung oder auf einem separaten Dokument muss nebst dem Datum der Erbringung, auch die Unterschrift des Patienten oder, im Falle der Informatisierung der Prozedur, die Bestätigung über die in Anspruch genommene Leistung aufscheinen. Die Unterschrift muss leserlich sein und vom Patienten

L' **Azienda Sanitaria** è tenuta a monitorare il rispetto del budget ordinario ed eventualmente il budget di garanzia, se attivato, ed eventualmente a disporre delle riconversioni senza aggravii di ordine economico tra le due tipologie di budget (ordinario e garanzia).

Nel caso in cui una **Struttura** non riesca ad utilizzare il budget per la/le prestazione/prestazioni contrattate, l' **Azienda Sanitaria** può trasferire il budget o parte del budget ad un'altra **Struttura** per la stessa tipologia di prestazione per cui è previsto.

L' **Azienda Sanitaria** può chiedere alla **Struttura** un aumento del budget di garanzia al fine di adeguare i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente.

Ciascun tetto di spesa (ordinario e di garanzia) attualmente non tiene conto dell'importo corrisposto direttamente dal paziente (Ticket).-

La **Struttura** potrà erogare prestazioni fino al volume annuale risultante dall'accordo contrattuale rispettando l'ammontare dei singoli budget e dei relativi sotto budget, fatto salvo quanto previsto al comma 1 punto c).

Art. 8 – Personale

La **Struttura** garantisce il necessario personale qualificato in relazione alle prestazioni 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 – 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.

La **Struttura** invia altresì i dati entro la scadenza prestabilita direttamente al MEF, salvo diverse disposizioni.

Sul retro di ogni impegnativa o su separato documento dovrà comparire, accanto alla data di erogazione, anche la firma del paziente o, in caso di informatizzazione della procedura, la conferma della fruizione della prestazione. La firma, che dovrà essere leggibile, deve essere apposta dal paziente al momento della fruizione della prestazione.

zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung angebracht werden.

Fehlen die Unterschriften oder die elektronische Bestätigung, übernimmt der **Sanitätsbetrieb** die Kosten der Leistung nicht.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, jeder von der Landesverwaltung geforderten Änderung in Bezug auf die Modalitäten der Datenübermittlung nachzukommen (vor allem Änderungen der Datenstruktur).

Art. 10 – Zahlungsart

Nach Erhalt der im vorigen Artikel angeführten Daten übermittelt der **Sanitätsbetrieb** der **Einrichtung**, unter Berücksichtigung der gemäß Art. 4 bereits eingelösten Summe, eine diesbezügliche Aufstellung der Leistungen.

Bei Übermittlung der Verschreibungen oder nach Eingang der obgenannten Aufstellung wird die **Einrichtung** dem **Sanitätsbetrieb**, die Rechnung in elektronischer Form aufgrund der geltenden Bestimmungen übermitteln.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich in ein und derselben Rechnung zwischen Leistungen, die für das ordentliche Budget, für das Garantiebudget erbracht werden zu unterscheiden.

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich, die Rechnung innerhalb von 45 (fünfundvierzig) Tagen ab dem Datum des Erhalts zu vergüten.

Die Vornahme 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 Voraussetzungen und der klinischen Angemessenheit erbracht wurden.

Art. 11 – Aussetzung und Auflösung des Vertragsabkommens

Der Widerruf der Ermächtigung für die Ausübung der Tätigkeit oder der Widerruf der Akkreditierung der **Einrichtung** bewirkt die automatische und gleichzeitige Auflösung des vorliegenden Vertragsabkommens. Gleichfalls bewirkt die Aussetzung der Ermächtigung für die Ausübung der Tätigkeit oder der Akkreditierung der Einrichtung die automatische und gleichzeitige Aussetzung der Wirksamkeit des vorliegenden Vertragsabkommens.

Sofern eine Partei die Nichterfüllung einer oder mehrerer Verpflichtungen des vorliegenden Vertragsabkommens feststellt, ist sie zur Leistungsaufforderung gemäß Art. 1454 ZGB ermächtigt. In jedem Fall bleibt die Haftung der nichterfüllenden Partei gemäß Art. 1218 ZGB aufrecht.

Die Parteien vereinbaren, dass im Falle schwerwiegender und wiederholter Nichterfüllungen der in den vorhergehenden Artikeln vorgesehen

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

La **Struttura** si obbliga ad adeguarsi ad eventuali modifiche alle procedure di invio dei dati richieste dall'Amministrazione provinciale (soprattutto cambiamenti del tracciato record).

Art. 10 – Modalità di pagamento

Ricevuti i dati di cui all'articolo precedente, l'**Azienda Sanitaria** invia alla **Struttura** il relativo prospetto delle prestazioni, tenendo presente l'importo già incassato in base all'art. 4.

Alla consegna delle impegnative o dopo il ricevimento del prospetto sopraccitato, la **Struttura** invia all'**Azienda Sanitaria**, la fattura in formato elettronico secondo la normativa vigente.

La **Struttura** si impegna a distinguere nella stessa fattura le prestazioni erogate con budget ordinario, con budget di garanzia.

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

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. 11 – Sospensione e risoluzione dell'accordo contrattuale

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accredimento della **Struttura** determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente accordo contrattuale. Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accredimento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente accordo contrattuale.

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente una o più obbligazioni del presente accordo contrattuale, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art. 1454 cc. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 cc della parte inadempiente.

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

Verpflichtungen seitens der **Einrichtung** und des **Sanitätsbetriebes**, die vertragserfüllende Partei die Möglichkeit der einseitigen Auflösung des Vertragsabkommens hat, mittels einer mit elektronisch zertifizierter Post - „PEC“ übermittelten Mitteilung zu erfolgen hat.

Im Falle der schwerwiegenden Nichterfüllung einer oder mehrerer vom vorliegenden Vertragsabkommen vorgesehenen Vertragspflichten kann, vorbehaltlich der förmlichen Beanstandung der Nichterfüllung, das vorliegende Vertragsabkommen von der beanstandenden Partei für die Dauer von mindestens drei (3) Monaten bis höchstens zwölf (12) Monaten ausgesetzt werden.

Im Falle der teilweisen Nichterfüllung von vom vorliegenden Vertragsabkommen vorgesehenen Vertragsklauseln oder Bedingungen, welche nicht von geringfügiger Bedeutung sind, kann die beanstandende Partei, stets vorausgesetzt der vorhergehenden förmlichen Beanstandung, die Wirksamkeit des vorliegenden Vertragsabkommens, auch teilweise, für die Dauer von mindestens 30 (dreißig) und höchstens 90 (neunzig) Tagen aussetzen.

In allen von diesem Artikel vorgesehenen Fällen der Aussetzung der Wirksamkeit des Vertragsabkommens begründet die Erbringung von Leistungen durch die **Einrichtung** keine Pflichten zu Lasten des **Sanitätsbetriebes**.

Wenn gegen den gesetzlichen Vertreter der **Einrichtung**, gegen den wegen Straftaten gegen die Öffentliche Verwaltung ermittelt wird, die im Zusammenhang mit der aus dem vorliegenden Vertragsabkommen resultierenden Tätigkeiten stehen, das Hauptverfahren eingeleitet wird, muss das vorliegende Vertragsabkommen bis zur endgültigen Entscheidung des Gerichtsverfahrens in all seinen Instanzen ausgesetzt werden.

Das vorliegende Vertragsabkommen gilt weiteres als aufgelöst, falls der gesetzliche Vertreter der **Einrichtung** wegen einer Straftat gegen die Öffentliche Verwaltung verurteilt wird, die auf Sachverhalte zurückgehen, die im direkt anzulasten sind.

Art. 12 - 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 können und verpflichtet sich, den LGD von etwaigen Schadensersatzforderungen seitens Dritter schadlos zu halten, die ihm gegenüber aufgrund von Handlungen, Unterlassungen oder Ereignissen geltend gemacht werden könnten, die aus der Ausführung des vorliegenden Vertragsabkommens entstehen.

Art. 13 - Schutzklausel

contrattuale, la parte adempiente avrà facoltà di risolvere unilateralmente l'accordo contrattuale mediante comunicazione da inviarsi con posta elettronica certificata (PEC).

In caso di inadempimento grave concernente una o più obbligazioni contrattuali previsti dal presente accordo contrattuale, purché contestati formalmente, il presente accordo contrattuale può essere sospeso da un minimo di 3 (tre) mesi ad un massimo di 12 (dodici) mesi dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente accordo contrattuale, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale dello stesso per un periodo minimo di 30 (trenta) giorni e massimo di 90 (novanta) giorni.

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

Nel caso in cui il legale rappresentante della **Struttura**, indagato per reati contro la pubblica amministrazione connessi all'esercizio dell'attività di cui al presente accordo contrattuale, venga rinviato a giudizio, l'accordo contrattuale medesimo viene sospeso fino ad esito del giudizio in tutte le sue fasi e gradi.

Il presente accordo contrattuale si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante della **Struttura** per fatti ad esso direttamente imputabili.

Art. 12- 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 SSP da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale.

Art. 13 - Clausola di salvaguardia

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Vertragsabkommens nimmt die **Einrichtung** ausdrücklich, vollumfänglich und bedingungslos den Inhalt und die Wirkungen der Maßnahmen an, welche die Ausgabenhöchstgrenze und die Tarife bestimmen, sowie auch alle weiteren vorausgesetzten oder damit zusammenhängenden Akte, welche den Inhalt der vorliegenden Abmachung bestimmen.

Art. 14 – 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. 15 - Ethikkodex, Dreijahresplanes zur Vorbeugung der Korruption und Kodex der Dienst- u. Verhaltenspflichten

Die **Einrichtung** erklärt, dass sie den Ethikkodex des **Sanitätsbetriebes** sowie den Dreijahresplanes 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 Gesundheitsbetriebes veröffentlicht sind, eingesehen hat und vollinhaltlich annimmt.

Die **Einrichtung** verpflichten 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, die im proportionalen Verhältnis zur Schwere bis zur Auslösung des Vertragsabkommens führen können.

Art. 16 – Dauer und Aktualisierung

Das gegenständliche Vertragsabkommen hat eine Gültigkeit für den Dreijahreszeitraum 2020-2022, falls sie nicht von einem der beiden Vertragspartner mindestens 30 (dreißig) Tage vorher mittels elektronisch zertifizierter Post - „PEC“ gekündigt wird.

Die Vorschriften leistungsbezogener und wirtschaftlicher Natur, mit Ausnahme des Anteils der sich auf die Grundbedürfnisse bezieht, haben hingegen eine jährliche Gültigkeit (variable und für Patienten außer Provinz Ausgabenhöchstgrenze und Garantiebudget) und können für das darauffolgende Jahr ausschließlich mittels PEC erneuert/aktualisiert werden.

Sollte auch die Grundaushöchstgrenze im Einvernehmen mit der **Struktur** aktualisiert werden,

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. 14 – 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. 15 – 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 proporzionale alla gravità sino alla risoluzione del presente contratto.

Art. 16 – Durata e aggiornamento

Il presente accordo contrattuale ha validità per il triennio 2020-2022 qualora non venga disdetto da una delle parti almeno 30 (trenta) giorni prima, con posta elettronica certificata (PEC).

Le previsioni di ordine prestazionali ed economico, di cui all'art. 7 tranne che il tetto di spesa base hanno, invece validità annuale (tetto di spesa variabile, per le prestazioni di pazienti fuori provincia e budget di garanzia) e potranno essere rinnovate/riviste per l'anno successivo solo con pec.

Qualora anche il testo di spesa base dovesse essere aggiornato in accordo con la **Struttura**, l' **Azienda**

ergreift der **Sanitätsbetrieb** eine Maßnahme.

In Erwartung des Erlasses der neuen wirtschaftlichen Maßnahme behalten die leistungsbezogenen und wirtschaftlichen Vorschriften des vorhergehende Jahres Gültigkeit, vorbehaltlich einer anderslautenden schriftlichen Regelung des **Sanitätsbetriebes**.

Falls die Parteien nicht während der Laufzeit 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 verbindliche staatliche 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 30 (dreißig) Tagen ab Veröffentlichung der oben genannten Maßnahmen von diesem Vertragsabkommen mittels förmlicher Mitteilung an den **Sanitätsbetrieb** zurücktreten.

Art. 17 – 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 der Registrierungspflicht unterworfen.

Art. 18 – Anwendbare Rechtsvorschriften

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. 19 – Zuständiges Gericht

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

Art. 20 – Benachteilige Klausel

Sanitaria adotterà un provvedimento.

Nelle more della comunicazione del nuovo atto economico, salvo diversa disposizione scritta dell'Azienda Sanitaria, si riterranno valide le prestazioni/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 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'**Azienda Sanitaria**.

Art. 17 – 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. 18 – Legge Regolatrice

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. 19 – Foro Competente

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

Art. 20 – Clausole vessatorie

Die benachteiligten Klauseln dieses Abkommens sind in der Anlage enthalten und bilden wesentlichen Bestandteil dieses Vertragsabkommens.

Le clausole vessatorie di questo accordo contrattuale sono contenute nell'allegato che costituisce parte integrante di questo accordo contrattuale.

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

Letto, approvato e sottoscritto

Für die Marienlinik – Per la Clinica S. Maria
Der Gesetzliche Vertreter – Il Rappresentante Legale
Frau/Signora Rosa Volgger (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Per l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale
Dr. Florian Zerzer (digitale Unterschrift – firma digitale)

Anl /All. Benachteilige Klausel – Clausole vessatorie
Tabelle Gastroenterologie – Tabella Gastroenterologia

Anlage an das Vertragsabkommen mit der Marienlinik für die ambulanten Leistungen in den Fachbereichen Augenheilkunde, Kardiologie und Gastroenterologie für den Dreijahreszeitraum 2020- 2022

Art. 20 - Benachteilige Klausel

Im Sinne und für die Wirkungen von Artt. 1322 - 1341 und 1342 ZGB erklärt die Einrichtung in Person des gesetzlichen Vertreters die Art. 1, 2, 3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16,18 dieses Abkommens eingesehen zu haben und ausdrücklich anzunehmen.

Für die Marienlinik – Per la Clinica S. Maria
Der Gesetzliche Vertreter – Il Rappresentante Legale
Frau/Signora Rosa Volgger (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Per l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Der Generaldirektor – Il Direttore Generale
Dr. Florian Zerzer (digitale Unterschrift – Firma digitale)

Allegato all'accordo contrattuale con la Casa di Cura S. Maria per le prestazioni ambulatoriali di oculistica, cardiologia e gastroenterologia per il triennio 2020 -2022

Art. 20 - 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, 3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16,18 dell'accordo.

Leistungstabelle der Gastroenterologie im Anhang des Vertragsabkommens 2020-2022

Tabella delle prestazioni della branca Gastroenterologia allegato all'accordo contrattuale 2020-2022

	Codice NTP	Beschreibung DE	Descrizione IT
	89.7	ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite - Ausgenommen: neurologische Visite (89.13), gynäkologische Visite (89.26), Augenvisite (95.02)	VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita - Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)
	89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.
Gastroskopie Gastroscopia	45.13	ÖSOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIE [OeGD] - Dünndarmendoskopie - Ausgenommen: Endoskopie mit Biopsie (45.14-45.16)	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EDG] - Endoscopia dell'intestino tenue - Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)
	45.14	[ENDOSKOPISCHE] DUENNDARMBIOPSIE - Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung. Ausgenommen: Oesophagogastroduodenoskopie [OeGD] mit Biopsie (45.16)	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE - Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)
	45.16	OESOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIE [OeGD] MIT BIOPSIE - Einmalige Biopsie oder mehrfache Biopsien in Oesophagus, Magen oder Duodenum	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA - Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno
	42.24	[ENDOSKOPISCHE] BIOPSIE DES ÖSOPHAGUS - Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung. Ösophagoskopie mit Biopsie. Saugbiopsie des Ösophagus - Ausgenommen: Ösophagogastroduodenoskopie [OeGD] mit Biopsie (45.16)	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO - Brushing o washing per raccolta di campione - Esofagoscopia con biopsia. Biopsia aspirativa dell' esofago. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)
	42.33.1	ENTFERNUNG ODER ABTRAGUNG VON ÖSOPHAGUSLÄSIONEN ODER GEWEBE, ENDOSKOPISCH - Endoskopische Polypektomie und/oder Mukosektomie - Ausgenommen: Ösophagusbiopsie (42.24), Fistelentfernung, Ligatur von Ösophagusvarizen	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee
	43.41.1	ENTFERNUNG ODER ABTRAGUNG VON LÄSIONEN ODER GEWEBE DES OBEREN GASTROINTESTINALTRAKTES, ENDOSKOPISCH - Endoskopische Polypektomie und/oder Mukosektomie - Ausgenommen: Magenbiopsie durch Endoskopie (44.14). Inbegriffen:	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN CORSO DI EGDS - Polipectomia gastrica e/o mucosectomia - Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14). Incluso: EGDS (45.13) e Controllo di emorragia

	Endoskopie (45.13) und Blutungsstillung	
44.14	[ENDOSKOPISCHE] MAGENBIOPSIE - Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung - Ausgenommen: Ösophagogastroduodenoskopie [OeGD] mit Biopsie (45.16)	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO - Brushing o washing per prelievo di campione - Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)
45.14	[ENDOSKOPISCHE] DUENNDARMBIOPSIE - Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung. Ausgenommen: Oesophagogastroduodenoskopie [OeGD] mit Biopsie (45.16)	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE - Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)
90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASE IN BIOPTISCHEM MATERIAL (Biochemische Prüfung)	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)

Colonscopia	45.23	KOLOSKOPIE MIT FLEXIBLEM ENDOSKOP - Ausgenommen: transabdominelle Koloskopie oder durch künstlichem Stoma, Sigmoidoskopie mit flexiblem Endoskop (45.24), Proktosigmoidoskopie mit starrem Endoskop (48.23) transabdominelle Koloskopie	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso
	45.23.1	KOLOSKOPIE - RETROGRADE ILEOSKOPIE	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA
	45.23.2	RETROGRADE ILEOSKOPIE MIT BIOPSIE	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA
	45.25	[ENDOSKOPISCHE] BIOPSIE DES KOLONS - Biopsie aus anderen Darmabschnitten. Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung. Koloskopie mit Biopsie - Ausgenommen: Proctosigmoidoskopie mit Biopsie (48.24)	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO - Biopsia di sedi intestinali aspecifiche. Brushing o washing per prelievo di campione. Colonscopia con biopsia - Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
	45.42	ENDOSKOPISCHE POLYPEKTOMIE DES KOLONS - Endoskopische Polypektomie von einem oder mehreren Polypen - Ausgenommen: abdominell durchgefuehrte Polypektomie	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico - Escluso: Polipectomia con approccio addominale