

„Stempelsteuer auf dem Original in virtueller Form im Ausmaß von 64,00.- Euro entrichtet (Gen. Ag. Einnahmen BZ Nr. 9448/2006)“

“Imposta di bollo assolta sull’originale in modo virtuale (Aut. Ag. Entrate BZ n. 9448/2006) nella misura di 64,00.- Euro”

VERTRAGSABKOMMEN

(Beschluss des Generaldirektors Nr. 461 vom 30.06.2026)
zwischen

dem SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEB

in der Folge **Sanitätsbetrieb** genannt, mit Sitz in Bozen, T.A.-Edison-Straße 10/D, Steuernummer/MwSt.-Nr. 00773750211, vertreten durch den Direktor des Gesundheitsbezirks Bozen, Dr. Umberto Tait, der vom Generaldirektor mit Beschluss Nr. 368 vom 27.09.2007 bevollmächtigt wurde

und

der PRIVATKLINIK „MELITTAKLINIK“ GmbH

in der Folge **Einrichtung** genannt, mit Rechtsitz in Bozen, Laura Contistr. 2/A, St.Nr./MwSt.Nr. 01542250210, die für die Erbringung der vertragsgegenständlichen Betreuung akkreditiert ist, vertreten durch deren gesetzlichen Vertreter, Dr. Andreas Waldner,

für ambulante Leistungen der Rehabilitation

Vorausgeschickt, dass:

- 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;
- die **Einrichtung** für den Abschluss des vorliegenden Vertragsabkommens durch das Dekret des Ressortdirektors für Gesundheitsvorsorge und Gesundheit Nr. 17341 vom 28.10.2025 mit Gültigkeit bis zum 31.12.2030 die Voraussetzungen hat;
- der vorliegende Vertrag stellt keine Rechte für den Abschluss eines nächsten Vertrags dar;
- 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: Grundaussgabenhöchstgrenze, ordentliches Budgets, jährliche Gesamtausgabenhöchstgrenze.

ACCORDO CONTRATTUALE

(deliberazione del Direttore Generale n. 461 del 30.06.2026)
fra

l’AZIENDA SANITARIA DELL’ALTO ADIGE

in seguito, denominata **Azienda Sanitaria**, con sede in Bolzano, via T.A. Edison 10/D, cod. fisc./partita IVA 00773750211 rappresentata dal Direttore del Comprensorio sanitario di Bolzano, dott. Umberto Tait, delegato dal Direttore Generale con deliberazione n. 368 del 27.09.2007

e

la CASA DI CURA “MELITTAKLINIK” S.r.l.

in seguito denominata **Struttura**, con sede legale in Bolzano, via Laura Conti 2/A, c.f./partita IVA 01542250210 accreditato per l’erogazione dell’assistenza oggetto dell’accordo contrattuale, rappresentata dal suo legale rappresentante, Dott. Andreas Waldner,

per prestazioni ambulatoriali di riabilitazione

Premesso che:

- 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;
- la **Struttura** ha i requisiti alla stipula del presente accordo contrattuale, in quanto è accreditata con il decreto del Direttore di Dipartimento alla Prevenzione sanitaria e Salute n. 17341 del 28.10.2025 con validità fino al 31.12.2030;
- il presente accordo non costituisce diritto alla stipulazione di un accordo successivo;
- 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, tetto di spesa totale annuale.

Es wird folgendes vereinbart und festgelegt:

I. RECHTLICHER TEIL

Art. 1 – Gegenstand des Vertragsabkommens

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, für und auf Kosten des LGD ambulante Leistungen für Rehabilitation zu erbringen, welche im Verzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen enthalten sind.

Die Leistungen müssen das gesamte Jahr über erbracht werden und die **Einrichtung** ist verpflichtet, das ordentliche Dienstleistungsangebot gleichmäßig über 12 Monate zu erbringen.

Dem Leistungserbringer gebührt kein Entgelt, keine Entschädigung und kein Schadensersatz für Leistungen, die er ohne Akkreditierung und in den unter Artikel 10 angeführten Fällen 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.

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 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.

Si conviene e si stipula quanto segue:

I. PARTE GIURIDICA

Art. 1 - Oggetto dell'accordo contrattuale

La **Struttura** si impegna ad erogare, per conto e con oneri a carico del SSP le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione indicate nel nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità e la **Struttura** è tenuta a ripartire uniformemente l'offerta prestazionale ordinaria su 12 mesi.

Nulla è dovuto all'erogatore, a titolo di compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni rese in assenza di accreditamento e nei casi di cui all'articolo 10.

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'erogazione 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 e dell'**Azienda Sanitaria**.

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.

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.

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

a) Versicherungsschutz

die **Einrichtung** gewährleistet den Besitz der von den geltenden sektorspezifischen Bestimmungen ausdrücklich vorgesehenen Versicherungspolizzen.

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 Parameter.

Zu Beginn der Gültigkeit dieses Vertrags sendet die **Einrichtung** die Liste des im Dienst befindlichen Personals 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 der geltenden Bestimmungen.

Die **Einrichtung** erbringt die vereinbarten Leistungen mittels Personals, das im Besitz der dem von Gesetz vorgesehenen Titel ist und für das 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 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 setzt diese um; sie steht in den Räumlichkeiten der **Einrichtung** zur Verfügung oder wird auf der Website derselben veröffentlicht.

d) Veröffentlichungen

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

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

a) Coperture Assicurative

La **Struttura** deve garantire il possesso di polizze assicurative previste espressamente dalla normativa vigente del settore.

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** invia 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 contratte attraverso personale che, 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 può 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 di lavoro.

c) Carta dei Servizi

La **Struttura** adotta ed attua una propria Carta dei Servizi sulla base dei principi indicati dalle direttive ministeriali e la mette a disposizione 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.).

Die **Einrichtung** muss dem **Sanitätsbetrieb**, auf Anfrage, alle Informationen über die Privattätigkeit von Selbstzahlern mitteilen .

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

e) Verwendung der Sprache

Die **Einrichtung** gewährleistet den Gebrauch der deutschen und italienischen 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 werden.

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 erforderlichen Unterlagen und die notwendige 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.

Art. 4– Pflichten des Sanitätsbetriebes

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

La **Struttura** deve inviare all' **Azienda Sanitaria su sua richiesta** tutte le informazioni sull'attività svolta in regime di privato pagante e mettere a disposizione la documentazione sanitaria della prestazione sanitaria erogata 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.

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 disposizione 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.

Art. 4 – Obblighi dell'Azienda

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

Art. 5 – Grundaushgabenhöchstgrenze, variable Ausgabenhöchstgrenze, ordentliches Budget

Die Grundaushgabenhöchstgrenze, maximale Ausgabe, die der **Einrichtung** für die Dauer der Gültigkeit des Abkommens anerkannt wird.

Jährlich kann nach Bedarf die Grundaushgabenhöchstgrenze 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.

Die Grundaushgabenhöchstgrenze zuzüglich der variablen Ausgabenhöchstgrenze bilden das jährliche ordentliche Budget.

Wird das ordentliche Budget überschritten wird kein Betrag zuerkannt, mit Ausnahme der Bestimmungen des Art. 6.

Erreicht die **Einrichtung** bis zum Jahresende die zugewiesene Jahresobergrenze nicht, kann der Sanitätsbetrieb in den Monaten vor Abschluss des Geschäftsjahres die Umverteilung des Restkontingents vornehmen, vorrangig zugunsten der im selben territorialen Bereich gelegenen Einrichtungen und nachrangig zugunsten der in den anderen Gesundheitsbezirken gelegenen Einrichtungen, und zwar im Verhältnis zu den von diesen in den vorangegangenen Monaten erbrachten Leistungen.

Für das darauffolgende Jahr behält sich der **Sanitätsbetrieb** vor, die variable Ausgabenhöchstgrenze zu überprüfen.

Der III. Teil des vorliegenden Abkommens enthält die detaillierte Aufschlüsselung der Grundaushgabenhöchstgrenze, der variablen Ausgabenhöchstgrenze und des ordentlichen Budgets für das Jahr 2026, welches auch die im 1. Halbjahr 2026 erbrachten Leistungen umfasst.

Art. 6- Verwaltung des Jahresbudgets

Das zuständige Amt des **Sanitätsbetriebes** ist verpflichtet, die Einhaltung des Budgets der **Einrichtung** zu überwachen

Art. 7 – Vereinbarte Leistungen

Die Typologien der vereinbarten Leistungen zugunsten der beim LGD/NGD eingetragenen Patienten sind jene, die vom diesbezüglichen gültigen Tarifverzeichnis vorgesehen sind; die diesbezügliche Auswahl wird von der **Einrichtung** dem **Sanitätsbetriebes** *zeitgerecht* mitgeteilt und im diesbezüglichen Verwaltungsprogramm eingetragen.

Art. 5- Tetto di spesa base, tetto di spesa variabile, budget ordinario

Il tetto di spesa base corrisponde all'importo massimo riconoscibile alla **Struttura** per la durata di validità dell'accordo stesso.

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.

Il tetto di spesa base più il tetto di spesa variabile costituiscono il budget ordinario.

Al superamento del budget ordinario, non verrà riconosciuto alcun compenso.

Qualora la **Struttura** non consegua, entro il termine dell'anno, il tetto annuale assegnato, l' **Azienda Sanitaria**, nei mesi antecedenti alla chiusura dell'esercizio, potrà procedere alla redistribuzione della quota residua, con priorità in favore delle strutture ubicate nel medesimo ambito territoriale e, in via subordinata, delle strutture ubicate negli altri comprensori, in misura proporzionale alle pre-stazioni dalle stesse erogate nei mesi precedenti.

L'anno successivo l' **Azienda Sanitaria** si riserva di rivedere il tetto variabile.

La III. parte del presente accordo contiene il dettaglio del tetto di spesa base, il tetto di spesa variabile e il budget ordinario per l'anno 2026 che comprende anche le prestazioni erogate nel 1. Semestre 2026.

Art. 6 – Gestione annuale del budget

L'Ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria** è tenuto a monitorare il rispetto del budget della **Struttura**.

Art. 7 – Prestazioni convenzionate

La tipologia delle prestazioni convenzionate a favore dei pazienti iscritti al SSP/SSN sono quelle previste dal relativo nomenclatore tariffario vigente; la relativa scelta viene comunicata tempestivamente dalla **Struttura** all' **Azienda Sanitaria** e inserita nel relativo programma gestionale.

Art. 8 – Personal

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

Bei Beanstandungen von Leistungen, welche in der Mobilität erbracht wurden (provinzfremde Personen), behält sich der **Sanitätsbetrieb** das Recht vor, die beanstandeten Beträge einzuziehen.

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

Art. 10 – Nichteinhaltungen, Aussetzung und Auflösung des Abkommens

a) Nichteinhaltung und Aussetzung

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 Gegenforderungen nicht an, so kann derselbe bei der darauffolgenden Verrechnung den Schaden von der geschuldeten Summe

Art. 8 – Personale

La **Struttura** garantisce il necessario personale 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 vengano contestate prestazioni erogate in regime di mobilità sanitaria a favore di assistiti non residenti in Provincia di Bolzano, l' **Azienda Sanitaria** si riserva la facoltà di procedere al recupero degli importi oggetto di contestazione.

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 e sospensioni

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.

Qualora l' **Azienda Sanitaria** non riconosca le contropretese, la stessa può detrarre il danno dall'importo dovuto

abziehen; und in den schwerwiegendsten Fällen kann die Abkommen ausgesetzt werden.

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 Sanktionen, bis zur Erfüllung der Verpflichtung ausgesetzt werden.

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:

- bei Widerruf oder Aussetzung der Ermächtigung für die Ausübung oder der Akkreditierung **der Einrichtung**;
- nachgewiesener Fall der Unvereinbarkeit gemäß Art. 2 dieses Abkommens, der auf das 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 Rechtsvorschriften.

Art. 11 - Haftungsausschluss

Die **Einrichtung** übernimmt jegliche Haftung für Schäden, die aufgrund ihrer eigenen Unterlassung, Nachlässigkeit oder Nichterfüllung bei der Ausführung der vertraglich vereinbarten Leistungen entstehen und verpflichtet sich, den LGD von etwaigen Schadensersatzforderungen Dritter, die ihm gegenüber aufgrund von Handlungen, Unterlassungen oder Ereignissen bei der Ausführung des vorliegenden Abkommens geltend gemacht werden, schadlos zu halten.

Art. 12 - Schutzklausel

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Abkommens akzeptiert die **Einrichtung** ausdrücklich, vollständig

in sede di liquidazione successiva; nei casi più gravi l'accordo può essere sospeso.

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.

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:

- di revoca o sospensione dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accREDITAMENTO della **Struttura**;
- accertato caso di incompatibilità ai sensi dell'art 2 dell'accordo addebitabile a responsabilità della **Struttura**;
- in caso di condanne penali, ovvero di applicazione di misure di prevenzione o di sicurezza, per reati contro il patrimonio, contro la pubblica amministrazione o per reati di stampo mafioso, ai sensi della normativa vigente;
- in tutti i casi previsti dalla normativa vigente.

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

Art. 12- Clausola di salvaguardia

Con la sottoscrizione del presente accordo la **Struttura** accetta espressamente, completamente ed

und vorbehaltlos die in diesem Abkommen festgelegten Ausgabenobergrenzen und die Maßnahmen der Tarife, sowie jeden weiteren diesen zugrunde liegenden oder damit verbundenen Maßnahmen, insofern diese den Inhalt dieses Abkommens 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 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 Sanitätsbetriebes veröffentlicht sind, eingesehen hat und vollinhaltlich annimmt.

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, bei der Ausübung der mit der gegenständlichen Vereinbarung verbundenen Tätigkeiten Verhaltensweisen einzuhalten, die den oben angeführten Bestimmungen entsprechen, und ist sich bewusst, dass die Verletzung der in den oben genannten Dokumenten sowie in den angeführten Rechtsvorschriften enthaltenen Bestimmungen eine Vertragsverletzung darstellt und zu Maßnahmen führt, die der Schwere der Vertragsverletzung angemessen sind, bis hin zur Auflösung dieses Vertrags.

Das gegenständliche Vertragsabkommen hat eine Dauer für den Zeitraum 01.07.2026 – 31.12.2028 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 Grundausgabenhöchstgrenze, eine jährliche Gültigkeit und können für das darauffolgende Jahr ausschließlich mittels zertifizierter Post - PEC erneuert werden.

incondizionatamente i tetti di spesa del presente accordo e e gli effetti dei provvedimenti delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del presente accordo.

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 in oggetto, comportamenti conformi alle previsioni contenute sopra ed è consapevole che la violazione delle disposizioni normative contenute nei documenti su indicati nonché nelle normative citate, costituirà inadempimento contrattuale e darà luogo a misure proporzionate alla gravità dell’inadempimento, fino alla risoluzione del presente contratto.

Il presente accordo contrattuale ha durata per il periodo 01.07.-2026 – 31.12.2028 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 con posta certificata - pec.

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 mit zertifizierter Post – PEC 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 die **Einrichtung** 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 der Registrierungspflicht unterworfen.

Art. 17 – 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. 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 – Missbräuchliche Vertragsklauseln

Im Sinne und für die Wirkungen von Art. 1322 - 1341 und 1342 des ZGB erklärt die **Einrichtung** in Person des gesetzlichen Vertreters die Art. 1,2,5,9,10,11,12,14,15,17,21,24,26 dieses Abkommens eingesehen zu haben und ausdrücklich anzunehmen.

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 con posta certificata –PEC - 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 la **Struttura** 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

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 specificamente il disposto di cui agli articoli 1,2,5,9,10,11,12,14,15,17,21,24,26 dell'accordo.

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

Letto, approvato e sottoscritto

Für die Privatklinik " Melittaklinik GmbH"
Per la Casa di Cura Privata „Melittaklinik Srl“
Der Gesetzliche Vertreter – Il Legale Rappresentante
Dr. Andreas Waldner (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb - Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Der Direktor des Gesundheitsbezirkes Bozen – Il Direttore del Comprensorio Sanitario di Bolzano
Dr. Umberto Tait (digitale Unterschrift – firma digitale)

II. JURISTISCHER- OPERATIVER TEIL

Art. 20 – Zugang zur Leistung

Der Zugang zu den Leistungen seitens der erwähnten Bürger erfolgt im Regelfall mittels digitaler Verschreibung (ausnahmsweise auf dem Rezeptblock des LGD oder des NGD) gemäß den Bestimmungen dieses Abkommens.

Die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertrages bilden, können nur von Fachärzten verschrieben werden. Der Facharzt muss bei dem LGD/NGD bedienstet oder mit diesem vertragsgebunden sein.

Die Verschreibung von Rehabilitationsleistungen durch die ÄAM/KFW ist nur zulässig, falls dies im Rundschreiben des Sanitätsdirektors Nr. 0154409 vom 28.05.2021 in geltender Fassung vorgesehen ist.

Die Verschreibungen sind für die Vormerkung 180 Tage ab dem Datum der Verschreibung gültig.

Art. - 21 Annahme des Patienten

Auf 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.
- ob der verschreibende Arzt zur Verschreibung ermächtigt ist; wenn es sich um ÄAM/KFW handelt, dass die Verschreibung den Bestimmungen des oben genannten Rundschreibens entspricht (Vorschlag eines Orthopäden einer der akkreditierten privaten Einrichtungen nach einer vereinbarten Visite),
- dass die Nummer der Verschreibung der im „Fluss“ registrierten Nummer entspricht,
- dass das Datum der Verschreibung am selben Tag oder vor der Erbringung der Dienstleistung liegt.

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

Art. 22 - Verwaltung dematerialisierter Verschreibungen

Die Verschreibung muss über das CUPWEB-Programm des **Sanitätsbetriebes** verwaltet werden.

II. PARTE GIURIDICO -OPERATIVA

Art. 20 – Accesso alla prestazione

L'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini avviene di norma con la prescrizione digitale (eccezionalmente con la prescrizione sul ricettario del SSP o SSN) in conformità alle disposizioni di cui al presente accordo.

Le prestazioni oggetto del presente accordo possono essere prescritte solamente da parte di medici specialisti.

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

La prescrizione di prestazioni riabilitative da parte del MMG/PLS è autorizzata solo quando prevista dalla circolare del Direttore Sanitario prot. N. 0154409 del 28.05.2021 versione vigente.

Le prescrizioni hanno validità ai fini della prenotazione di 180 giorni dalla data di prescrizione.

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,
- se il medico prescrittore è autorizzato; se è un MMG/PLS che la prescrizione sia conforme a quanto previsto dalla circolare sopraccitata (suggerimento di un medico ortopedico di una delle strutture private accreditate in seguito a visita convenzionata),
- che il numero dell'impegnativa corrisponda a quello registrato nel flusso,
- che la data dell'impegnativa sia lo stesso giorno o precedente all'erogazione della prestazione.

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

Art. 22 - Gestione impegnative dematerializzate

La gestione dell'impegnativa deve avvenire tramite il programma CUPWEB dell' **Azienda Sanitaria**.

Art. 23 – Kostenbeteiligung

Die **Einrichtung** hebt direkt 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

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

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

Art. 25 – Datenfluss und zu übermittelnde Unterlagen

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 oder Vormerkt im Fall der dematerialisierten Verschreibungen ordnungsgemäß unterschriebenen Verschreibungen.

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.

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

Die Verschreibungen müssen folgendes enthalten:

- die fortlaufende Nummer, die jener Nummer entspricht, welche im Datenfluss angegeben ist,
- nach dieser Nummer geordnet werden,
- den Stempel der Einrichtung sowie das Datum der Erbringung angeben,
- den Kodex und die Anzahl der erbrachten Leistung beinhalten;
- falls die Verschreibung von einem ÄAM/KFW ausgestellt wurde, die Angabe der **Struktur**, in der die Visite durchgeführt wurde;

Art. 23 – Partecipazione alla spesa

Lo **Struttura** incassa direttamente 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

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 vanno incluse nel tetto di spesa, sulla base della normativa vigente.

Art. 25 – Flusso dati e documentazione da consegnare

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 o promemoria se ricetta dematerializzata debitamente firmate dal paziente.

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.

Il flusso deve riportare oltre i dati previsti dalla normativa vigente anche la data dell'impegnativa e la priorità indicata sulla stessa: nel caso l'impegnativa non riportasse la priorità il campo non deve essere compilato.

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

Le impegnative devono:

- 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;
- nel caso sia rilasciata dal MMG/PLS riportare l'indicazione della **Struttura** in cui è stata erogata la visita;

Art. 26 – Zahlungsart

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.

Art. 27 – Fehlende Absage

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 den 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 Verwaltungsstrafe wird nur für den ersten Zyklustermin (in diesen Fällen haben Sie allerdings kein Recht, den verlorenen Termin nachzuholen) angewandt.

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

Für die Privatklinik " Melittaklinik GmbH"
Per la Casa di Cura Privata „Melittaklinik Srl“
Der Gesetzliche Vertreter – Il Legale Rappresentante
Dr. Andreas Waldner (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb - Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Der Direktor des Gesundheitsbezirkes Bozen – Il Direttore del Comprensorio Sanitario di Bolzano
Dr. Umberto Tait (digitale Unterschrift – firma digitale)

Art. 26 – Fatturazione

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.

Art. 27 – Mancata disdetta

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 sanzione amministrativa si applica esclusivamente al primo appuntamento del ciclo; in tali casi, tuttavia, non sussiste il diritto al recupero dell'appuntamento non fruito.

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

III. TEIL – PARTE

JÄHRLICHE GRUNDAUSGABENHÖCHSTGRENZE TETTO DI SPESA BASE ANNUALE 2026- 2028

Leistung- Prestazione	Voraussichtliche Anzahl an Leistungen pro Jahr Stima prestazioni annuale
AMBULANTE LEISTUNGEN DER REHABILITATION PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE FISICA	14.560

GRUNDAUSGABENHÖCHSGRENZE TETTO DI SPESA BASE

Euro 480.480,00.-*

* entspricht dem jährlichen Betrag, welcher der **Einrichtung** für die Dauer der Gültigkeit des Abkommens zusteht; für das Jahr 2026 umfasst dieser Betrag auch die im 1. Halbjahr 2026 erbrachten Leistungen.

* corrisponde all'importo annuale riconoscibile alla **Struttura** per la durata di validità dell'accordo stesso; per l'anno 2026 comprende le prestazioni erogate nel 1. Semestre 2026

VARIABLE AUSGABENHÖCHSGRENZE TETTO DI SPESA VARIABILE

Leistung- Prestazione	Voraussichtliche Anzahl an Leistungen pro Jahr Stima prestazioni annuale
AMBULANTE LEISTUNGEN DER REHABILITATION PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE FISICA	3.640

Euro 120.120,00.-*

* entspricht dem Betrag, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2026 zusteht; diese kann für das darauffolgende Jahr mittels zertifizierter Post – PEC erneuert bzw. bestätigt werden

* corrisponde all'importo riconoscibile alla **Struttura** per l'anno 2026; potrà essere rinnovato/confermato per l'anno successivo con posta certificata - pec.

ORDENTLICHES BUDGET 2026

Für das Jahr 2026 ist eine variable Ausgabenhöchstgrenze vorgesehen; das ordentliche Budget 2026 stellt sich daher wie folgt dar:

BUDGET ORDINARIO 2026

Per l'anno 2026 è previsto un tetto variabile, per cui il budget ordinario 2026 è il seguente:

Leistung- Prestazione	Voraussichtliche Anzahl an Leistungen pro Jahr Stima prestazioni annuale
AMBULANTE LEISTUNGEN DER REHABILITATION PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE FISICA	18.200

**AUSGABENHÖCHSGRENZE - TETTO DI SPESA
JAHR/ANNO
2026**

Euro 600.600,00.-

Für die Privatklinik " Melittaklinik GmbH"
Per la Casa di Cura Privata „Melittaklinik Srl"
Der Gesetzliche Vertreter – Il Legale Rappresentante
Dr. Andreas Waldner (digitale Unterschrift – firma digitale)

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb - Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Der Direktor des Gesundheitsbezirkes Bozen – Il Direttore del Comprensorio Sanitario di Bolzano
Dr. Umberto Tait (digitale Unterschrift – firma digitale)