

Stempelsteuer auf dem Original in virtueller Form im Ausmaß von 16 Euro angewandt (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 16 Euro

## ERGÄNZUNG ZUM VERTRAGSABKOMMEN

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 **Privatklinik Villa Sant'Anna GmbH**

in der Folge **Einrichtung** genannt, mit Sitz in Meran, Cavourstr. 58, St.Nr./MwSt.Nr. – 01272510213, die für die Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen akkreditiert ist, vertreten durch deren gesetzlichen Vertreterin Frau Anna Bortolotti Crespi,

für ambulante Leistungen der Fachbereiche **Gastroenterologie, Radiologie, Kardiologie und Rheumatologie, welches mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2017-A-000247 vom 13.06.2017 abgeschlossen und mit den Beschlüssen des Generaldirektors Nr. 2017-A-000467 vom 24.11.2017, Nr. 2017-A-000561 vom 29.12.2017, 2018-A-000139 vom 21.03.2018 und Nr. 2018-A-000737 vom 27.12.2018 ergänzt wurde,**

es wird vereinbart und festgesetzt:

1) ab 01.10.2019 den Art. 7 des Vertragsabkommens wie folgt zu ersetzen:

### Art. 7 – Ausgabenhöchstgrenze – Garantiebudget

Der **Sanitätsbetrieb** verpflichtet sich für das Jahr 2017, 2018 und 2019 die Leistungen gemäß den Tarifen, die im geltenden Tarifverzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen bis zur Ausgabenhöchstgrenze, im folgenden Ausmaß zu vergüten:

## INTEGRAZIONE ALL'ACCORDO CONTRATTUALE

fra

**L'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

**Casa di cura Villa Sant'Anna s.r.l.**

in seguito denominata **Struttura**, con sede a Merano via Cavour 58, c.f./partita IVA 01272510213, accreditato per l'erogazione delle prestazioni oggetto dell'accordo contrattuale, rappresentata dal suo legale rappresentante Sig.ra Anna Bortolotti Crespi,

per prestazioni ambulatoriali di **gastroenterologia, radiologia, cardiologia e reumatologia, che è stato stipulato con delibera del Direttore Generale n. 2017-A-000247 del 13.06.2017 ed è stato integrato con le delibere del Direttore Generale n. 2017-A-000467 del 24.11.2017, n. 2017-A-000561 del 29.12.2017, n. 2018-A-000139 del 21.03.2018 e n. 2018-A-000737 del 27.12.2018,**

si conviene e si stipula:

1) di sostituire dall'01.10.2019 l'art. 7 dell'accordo contrattuale come segue:

### Art. 7 – Tetto di spesa e Budget di Garanzia

L'**Azienda Sanitaria** si impegna a remunerare per l'anno 2017, 2018 e 2019 le prestazioni alle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario per la specialistica ambulatoriale in forma vigente fino al raggiungimento del tetto di spesa come segue:

	Ausgabenhöchstgrenzen Tetti di spesa		
	2017	2018	2019
<b>Radiologie *) Radiologia *)</b>	350.000	150.000 + 50.000	251.380 + 120.842,60
<b>Gastroenterologie **) Gastroenterologia **)</b>	100.000	150.000	150.000
<b>Kardiologie Cardiologia</b>	30.000	30.000	30.000
<b>Rheumatologie Reumatologia</b>	15.000	15.000	15.000

\*) Im Jahr 2019 werden im Fachbereich der Radiologie folgende Leistungen vertragsgebunden:

a) die Leistungen des Fachbereiches Radiologie, die von dieser Vereinbarung vorgesehen sind, zu den vom geltenden Landestarifverzeichnis der fachambulanten Leistungen vorgesehenen Tarif bis zum Erreichen der Ausgabenhöchstgrenze von Euro 150.000,00;

b) Nr. 575 (500 + 75 zusätzliche) Leistungen Magnetresonanz (MRI) der Muskeln und des Skelettes (Kodex 88.94.1) zum konventionellen Einheitstarif der interregionalen Mobilität von Euro 133,28 für insgesamt Euro 76.636,00;

c) Nr. 465 (300 + 165 zusätzliche) Leistungen Magnetresonanz (MRI) der Wirbelsäule (Kodex 88.93) zum konventionellen Einheitstarif der interregionalen Mobilität von Euro 115,80 für insgesamt Euro 53.847,00;

d) Nr. 60 Leistungen Magnetresonanz (MRI) des Gehirns und des Hirnstammes (Kodex 88.91.1) zum konventionellen Einheitstarif der interregionalen Mobilität von Euro 166,58 für insgesamt Euro 9.994,80;

e) Nr. 140 Leistungen Magnetresonanz (MRI) des Gehirns und des Hirnstammes, ohne und mit Kontrastmittel (Kodex 88.91.2) zum konventionellen Einheitstarif der interregionalen Mobilität von Euro 247,50 für insgesamt Euro 34.650,00;

Die Kosten für die Leistungen gemäß Punkt a), b), c), d) und e) stellen die Ausgabenhöchstgrenze von Euro 325.127,80.- für die ordentliche Vormerkung (allgemeines Budget) dar.

Die nachfolgend gelisteten Leistungen werden nur aufgrund der von der Einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS) festgestellten Notwendigkeit aktiviert, um die von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Wartezeiten zu gewährleisten:

f) Nr. 45 Leistungen Magnetresonanz (MRI) der Muskeln und des Skelettes (Kodex 88.94.1) zum konventionellen Einheitstarif der interregionalen Mobilität von Euro 133,28 für insgesamt Euro 5.997,60;

g) Nr. 105 Leistungen Magnetresonanz (MRI) der Wirbelsäule (Kodex 88.93) zum konventionellen Einheitstarif der interregionalen Mobilität von Euro 115,80 für insgesamt Euro 12.159,00;

h) Nr. 40 Leistungen Magnetresonanz (MRI) des Gehirns und des Hirnstammes (Kodex 88.91.1) zum konventionellen Einheitstarif der interregionalen Mobilität von Euro 166,58 für insgesamt Euro 6.663,20;

\*) Nella branca della Radiologia per l'anno 2019 vengono convenzionate le seguenti prestazioni:

a) le prestazioni della branca di Radiologia previste dalla presente convenzione alle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario per la specialistica ambulatoriale provinciale in forma vigente fino al raggiungimento del tetto di spesa pari a Euro 150.000,00;

b) n. 575 (500 + 75 aggiuntive) prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM) muscoloscheletrica (codice 88.94.1) alla tariffa del Tariffario unico convenzionale per la mobilità interregionale pari ad Euro 133,28 per un totale di Euro 76.636,00;

c) n. 465 (300 + 165 aggiuntive) prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM) della colonna (codice 88.93) alla tariffa del Tariffario unico convenzionale per la mobilità interregionale pari ad Euro 115,80 per un totale di Euro 53.847,00;

d) n. 60 prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico (codice 88.91.1) alla tariffa del Tariffario unico convenzionale per la mobilità interregionale pari ad Euro 166,58 per un totale di Euro 9.994,80;

e) n. 140 prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto (codice 88.91.2) alla tariffa del Tariffario unico convenzionale per la mobilità interregionale pari ad Euro 247,50 per un totale di Euro 34.650,00;

Gli importi delle prestazioni a), b), c), d) ed e) formano il tetto di spesa di Euro 325.127,80.-, destinato alla programmazione ordinaria (Budget ordinario).

Le prestazioni di seguito elencate sono da attivarsi solo sulla base dell'accertata necessità da parte del Centro unico di prenotazione provinciale (CUPP) alla fine di garantire i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente:

f) n. 45 prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM) muscoloscheletrica (codice 88.94.1) alla tariffa del Tariffario unico convenzionale per la mobilità interregionale pari ad Euro 133,28 per un totale di Euro 5.997,60;

g) n. 105 prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM) della colonna (codice 88.93) alla tariffa del Tariffario unico convenzionale per la mobilità interregionale pari ad Euro 115,80 per un totale di Euro 12.159,00;

h) n. 40 prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico (codice 88.91.1) alla tariffa del Tariffario unico convenzionale per la mobilità interregionale pari ad Euro 166,58 per un totale di Euro 6.663,20;

i) Nr. 90 Leistungen Magnetresonanz (MRI) des Gehirns und des Hirnstammes, ohne und mit Kontrastmittel (Kodex 88.91.2) zum konventionellen Einheitstarif der interregionalen Mobilität von Euro 247,50 für insgesamt 22.275,00.-.

Die Gesamtkosten für die Leistungen gemäß Punkte f), g), h) und i) stellen das wie vorhergehend definierte Garantiebudget mit einem Gesamtvolumen von Euro 47.094,80.- dar.

Die Leistungen gemäß der Punkte b), c), d), e), f), g), h) und i) müssen mit Geräten von mindestens 1,5 Tesla erbracht werden.

Die mit Wirksamkeit 01.10.2019 vertragsgebundenen Leistungen müssen, ausgenommen der Leistungen des Garantiebudgets, im Trimester gleichmäßig verteilt und bis zum 31.12.2019 erbracht werden.

Die zusätzlichen Leistungen, die ab 2019 erworben werden, stellen im Falle eines folgenden Abkommens nicht die Ausgabenhöchstgrenze dar.

Die Ausgabenhöchstgrenze einschließlich des Garantiebudgets berücksichtigt nicht die vom Patienten als Beteiligung an der Gesundheitsausgabe bezahlten Beträge (Ticket).

Die Leistungen werden mittels der Einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS) vorgemerkt.

Der ELVS sorgt für die Verschiebung der Vormerkungen aufgrund programmierter Schließung der Struktur. Die Nachholung muss innerhalb 30 Tagen erfolgen.

Insofern das Ausmaß der Verschiebungen in einem Semester höher als 10% ist, werden die über diese Grenze hinausgehenden erbrachten Leistungen, die aufgrund einer verschobenen Vormerkung erbracht wurden, nur mit 80% des vereinbarten Tarifes vergütet.

\*\*) Am Ende des Jahres darf die Anzahl der Gastroskopien (45.16) nur maximal 50% der Anzahl der Koloskopien (45.23) und der Koloskopien-retrograde Ileoskopien (45.23.1) betragen. Die Gastroskopien, die diese 50%-Grenze überschreiten, werden nicht vergütet.

Es wird festgehalten, dass die Privatklinik Villa Sant'Anna GmbH die betrieblichen Standardkriterien für die Vormerkung ambulanter Gesundheitsleistungen einhalten muss.

Leistungen an Patienten, die nicht in der Provinz Bozen ansässig sind, werden gemäß geltenden Bestimmungen zur Krankenmobilität vergütet. Diese werden gemäß den geltenden Landesbestimmungen für die Ausgabenhöchstgrenze hinzugezählt.

Für den Bereich **Gastroenterologie** erhält die Einrichtung die Autorisierung den roten Rezeptblock

i) n. 90 prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico senza e con contrasto (codice 88.91.2) alla tariffa del Tariffario unico convenzionale per la mobilità interregionale pari ad Euro 247,50 per un totale di Euro 22.275,00.-.

Gli importi complessivi delle prestazioni f), g), h) ed i) formano il budget di garanzia come definito *supra* e che ammonta a Euro 47.094,80.-.

Le prestazioni alle lettere b), c), d), e), f), g), h) ed i) devono essere erogate con apparecchiature di minimo 1,50 tesla.

Le prestazioni acquistate a partire dall'01.10.2019 devono essere, salvo le prestazioni di garanzia, ripartite uniformemente nel trimestre ed erogate entro il 31.12.2019.

Le prestazioni aggiuntive acquistate a partire dal 2019 non costituiscono il tetto di spesa in caso di un accordo successivo.

Il tetto di spesa compreso il budget di garanzia non tiene conto dell'importo corrisposto direttamente dal paziente in forma di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Le prestazioni sono prenotate tramite il Centro unico di prenotazione provinciale (CUPP).

Il CUPP provvede alla ricollocazione degli appuntamenti in caso di chiusura programmata della Struttura. Il recupero deve avvenire entro 30 giorni.

Se la percentuale di spostamento in un semestre è superiore al 10%, le prestazioni erogate a fronte di appuntamenti spostati oltre a questa percentuale vengono remunerati al 80% della tariffa concordata.

\*\*) Alla fine dell'anno il numero delle gastroscopie (45.16) effettuate può ammontare al massimo al 50% del numero delle colonscopie (45.23) e delle colonscopie-ileoscopie retrograde (45.23.1). Le gastroscopie che supereranno la soglia del 50% non verranno rimborsate.

Viene sottolineato che la Casa di cura Villa Sant'Anna Srl deve attenersi ai criteri standard aziendali per la prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni erogate ad assistiti non residenti in Provincia di Bolzano sono remunerate secondo le disposizioni vigenti in tema di mobilità sanitaria. Esse vanno incluse nel tetto di spesa, sulla base della normativa provinciale vigente.

Per la branca di **gastroenterologia** la struttura viene autorizzata ad utilizzare il ricettario rosso del

des Landesgesundheitsdienstes, bzw. die dematerialisierte Verschreibung zu verwenden, beschränkt auf die Verschreibung notwendiger Zusatzleistungen und notwendiger Änderungen bei den erbrachten Leistungen im Hinblick auf die verschriebenen Leistungen, entsprechend den Protokollen der gastroenterologischen Dienste des Sanitätsbetriebes.

Für den Bereich der **Kardiologie** erhält die Einrichtung die Autorisierung den roten Rezeptblock des Landesgesundheitsdienstes bzw. die dematerialisierte Verschreibung, beschränkt auf die im Rahmen einer kardiologischen Erstvisite sich als notwendig ergebende instrumentaldiagnostische Untersuchung 89.52 Elektrokardiogramm (EKG), zu verwenden.

Für den Bereich der **Rheumatologie** erhält die Einrichtung die Autorisierung den roten Rezeptblock des Landesgesundheitsdienstes, bzw. die dematerialisierte Verschreibung zu verwenden, beschränkt auf unbedingt notwendige instrumentaldiagnostische Untersuchungen oder Laboruntersuchungen.

Für den Bereich **Radiologie** erhält die Einrichtung die Autorisierung den roten Rezeptblock des Landesgesundheitsdienstes, bzw. die dematerialisierte Verschreibung zu verwenden, beschränkt auf die Verschreibung notwendiger Änderungen im Hinblick auf die verschriebenen Leistungen, entsprechend den Protokollen der radiologischen Dienste des Sanitätsbetriebes bei den erbrachten Computertomographien (CT) und der erbrachten Magnetresonanzen (MRI) des Gehirns und des Hirnstammes (Kodex 88.91.1 und 88.91.2), bei letzteren Leistungen in einem in jedem Fall 50% der gesamten erbrachten Leistungen nicht überschreitenden Ausmaß.

Für den Bereich **Radiologie** verpflichtet sich die **Einrichtung** die vom **Sanitätsbetrieb** verabschiedeten Qualitätsstandards, sog. Untersuchungsprotokolle, welche für die gesamten radiologischen Dienste des Betriebes gültig sind der **Einrichtung** übermittelt werden, einzuhalten. Die Befunde müssen innerhalb von 3 Tagen ab Durchführung der Leistung vom Patienten zur Verfügung stehen.

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

Für die Einrichtung – Per la Struttura  
Die Gesetzliche Vertreterin – La Rappresentante Legale  
Anna Bortolotti Crespi (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)

Servizio Sanitario Provinciale rispettivamente la prescrizione in forma dematerializzata, limitatamente alla prescrizione di prestazioni aggiuntive ed eventuali modifiche per le prestazioni erogate ritenute necessarie riguardo alle prestazioni prescritte conformemente ai verbali dei servizi gastroenterologici dell'Azienda Sanitaria.

Per la branca della **cardiologia** la struttura viene autorizzata ad utilizzare il ricettario rosso del Servizio Sanitario Provinciale rispettivamente la prescrizione in forma dematerializzata limitatamente alla prestazione di diagnostica strumentale 89.52 Elettrocardiogramma (ECG), la cui necessità è stata accertata nell'ambito di una prima visita cardiologica.

Per la branca di **reumatologia** la struttura viene autorizzata ad utilizzare il ricettario rosso del Servizio Sanitario Provinciale rispettivamente la prescrizione in forma dematerializzata limitatamente ad esami di diagnostica strumentale o di esami di laboratorio ritenuti indispensabili.

Per la branca di **Radiologia** la struttura viene autorizzata ad utilizzare il ricettario rosso del Servizio Sanitario Provinciale rispettivamente la prescrizione in forma dematerializzata, limitatamente alla prescrizione di variazioni indispensabili rispetto agli esami prescritti conformemente ai verbali dei servizi radiologici dell'Azienda Sanitaria per gli esami di tomografia assiale computerizzata (TC) e – in misura comunque non superiore al 50% dell'erogato complessivo – gli esami di risonanza magnetica nucleare del cervello e del tronco encefalico (codice 88.91.1 e 88.91.2).

Per la branca **radiologia** la **Struttura** si impegna a rispettare i criteri di qualità, cd. Protocolli d'esame, valevoli per tutti i servizi radiologici aziendali, stabilita dall'**Azienda Sanitaria**, la quale si impegna a fornirli alla **Struttura**. I referti devono essere a disposizione del paziente entro 3 giorni dall'esecuzione dell'esame.

Letto, approvato e sottoscritto