

„Stempelsteuer auf dem Original in virtueller Form im Ausmaß von 160,00.- Euro entrichtet (Gen. Ag. Einnahmen BZ Nr. 9448/2006)“

**VERTRAGSABKOMMEN
gemäß Beschluss des Generaldirektors
Nr. 1009 vom 14.10.2025**

zwischen

dem SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEB

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

und

„Brixsana Private Clinic“ GmbH

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

für die Erbringung von ambulanten Leistungen in den Fachbereichen Kardiologie, Dermatologie, Augenheilkunde, instrumentaldiagnostische radiologische und senologische Leistungen sowie von ambulanten Leistungen und stationärer Krankenhausbetreuung von Akutpatienten im Fachbereich Orthopädie

Vorausgeschickt, dass:

- Art. 8-bis Abs. 1 des G.v.D. Nr. 502/1992 vorsieht, dass die Regionen die Gewährleistung der wesentlichen und einheitlichen Betreuungsstandards auch unter Einbeziehung der akkreditierten Rechtssubjekte sicherstellen, unter Einhaltung der Vertragsabkommen gemäß Art. 8-quinquies;
- gemäß Art. 8-bis Abs. 2 und Art. 8-quater Abs. 2 des G.v.D. Nr. 502/1992 die leistungsbezogenen und wirtschaftlichen Inhalte der Vertragsabkommen den Rechtstitel darstellen, auf deren Grundlage das akkreditierte Rechtssubjekt im Namen und zu Lasten des nationalen Gesundheitsdienstes tätig werden kann und die Bürger die freie Wahl des Betreuungsstandortes haben;
- die Landesregierung die Kriterien und Unterzeichnungsmodalitäten der Verträge nach Art. 8-quinquies G.v.D. Nr. 502/1992 sowie die der Bevölkerung zu garantierende Anzahl an Leistungen

“Imposta di bollo assolta sull’originale in modo virtuale (Aut. Ag. Entrate BZ n. 9448/2006) nella misura di 160,00.- Euro“

**ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi della deliberazione del Direttore generale n. 1009 del 14.10.2025**

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 Generale Dr. Christian Kofler

e

la „Brixsana Private Clinic“ Srl

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

per l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale nelle branche di cardiologia, dermatologia, oculistica, radiologia diagnostica strumentale e senologia e di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per acuti nella branca ortopedia

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-quater 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;

festlegt;

- der Leistungsbedarf, der von privaten Leistungserbringern angekauft wird, im Einvernehmen mit diesen festgelegt wurde und eine Gültigkeit von drei Jahren hat, sofern nicht ein erhöhter Bedarf von Seiten des Sanitätsbetriebes festgelegt wird, welcher zu Jahresbeginn vereinbart wird;
- die **Einrichtung** zum Abschluss des vorliegenden Vertragsabkommens berechtigt ist, da diese im Besitz des Akkreditierungsdekretes des Ressortdirektors für Gesundheitsvorsorge und Gesundheit Nr. 22185 vom 06.12.2024 und gültig bis 31.12.2029;
- 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. Rechtlich- Operativer Teil
 - III. Teil: Grundaussgabenhöchstgrenze, ordentliches Budget, Garantiebudget, jährliche Gesamtausgabenhöchstgrenze (Verzeichnis der vereinbarten Leistungen)
- i fabbisogni di prestazioni da acquistare dagli erogatori privati sono stati definiti tramite intese con gli stessi e hanno validità triennale salvo maggiore fabbisogno da parte dell'Azienda sanitaria concordato all'inizio di ogni anno;
- la **Struttura** è legittimata alla stipula del presente accordo contrattuale in quanto è in possesso del decreto di accreditamento del Direttore di Dipartimento alla Prevenzione sanitaria e Salute n. 22185 del 06.12.2024 e valido fino al 31.12.2029;
- il legale rappresentante della **Struttura** dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;
- il testo dell'accordo contrattuale costituito da tre parti è stato redatto, discusso e concordato da entrambe le parti ed è composto dalle seguenti parti:
 - I. parte giuridica
 - II. parte giuridico - operativa
 - III. parte: tetto di spesa base, budget ordinario, budget di garanzia, tetto di spesa totale annuale (elenco prestazioni convenzionate)

Es wird folgendes vereinbart und festgelegt:

I. RECHTLICHER TEIL

Art. 1 – Gegenstand des Vertragsabkommens

Die Prämissen bilden wesentlichen Bestandteil des vorliegenden Vertragsabkommens, welches für den Dreijahreszeitraum 2026-2028 gilt und kein Anrecht auf einen weiterführenden Vertragsabschluss begründet.

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

Die Leistungen müssen das gesamte Jahr über erbracht werden und die **Einrichtung** ist verpflichtet, das ordentliche Angebot an Leistungen gleichmäßig über 12 Monate zu verteilen. Im Falle von nachfolgenden Leistungen aufgrund von vorhergehenden Visiten sind diese gemäß der vereinbarten Aufteilung zu erbringen.

Das zuständige Amt überwacht die Erbringung der

Si conviene e si stipula quanto segue:

I. PARTE GIURIDICA

Art. 1 - Oggetto dell'accordo contrattuale

Le premesse costituiscono parte integrante del presente accordo contrattuale, che vale per il triennio 2026-2028 e non costituisce diritto per un accordo contrattuale successivo.

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

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

L'ufficio competente vigila sull'erogazione delle presta-

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

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

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

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

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 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*

zioni sanitäre convenzionate e si riserva, dopo aver avvisato la **Struttura** con posta certificata (PEC) del superamento della quota tetto mensile per quelle definite in proporzione alla prima visita, alla visita di controllo o alle quote contingentate e di non riconoscere quelle erogate in eccedenza.

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

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

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

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

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

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

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

Prozeduren erbracht werden, werden wirtschaftlich nicht anerkannt.

Für den Bereich Augenheilkunde:

- die **Einrichtung** ist verpflichtet sich bei Katarakteingriffen an die chirurgischen Indikationen der SOI und NICE zu halten; diese Eingriffe müssen im Verhältnis 1:8 zu Erstvisiten durchgeführt werden.
- refraktäre chirurgische Eingriffe sind nicht Gegenstand des Vertragsabkommens, da sie nicht unter die WBS fallen.

Für den Bereich Radiologie:

Die Leistungen der Magnetresonanz müssen mit einem Gerät mit einer Magnetfeldstärke von mindestens 1,5 Tesla durchgeführt werden.

Für diagnostische Senologie:

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

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

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

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

a) Versicherungsschutz

Zur Deckung der Risiken, die mit den Tätigkeiten verbunden sind, die die **Einrichtung** im Auftrag des **Sa-nitätsbetriebes** mit eigenen Mitteln, Geräten und eigenem Personal ausführt, erklärt der Unterzeichner ausdrücklich, dass er:

- 1) eine Haftpflichtversicherung mit angemessener Deckungssumme zugunsten jener Personen abgeschlossen hat, welche die unter diesen Vertrag

Per la branca di oculistica:

- la **Struttura** deve garantire il rispetto delle linee guida della società scientifica SOI e NICE relativamente alle indicazioni chirurgiche per gli interventi di cataratta, che devono essere erogati con rapporto di 1:8 rispetto alle prime visite.
- non sono oggetto di convenzionamento interventi di chirurgia refrattiva, in quanto da considerarsi quali extra-LEA.

Per la branca radiologia:

Le prestazioni di risonanza magnetica devono essere erogate con un'apparecchiatura di minimo 1,5 tesla.

Per la senologia diagnostica:

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

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

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

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

a) Coperture Assicurative

A copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'**Azienda Sanitaria** dalla **Struttura** con mezzi, strumenti e personale propri dichiara espressamente di essere in possesso:

- 1) della polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, con massimali adeguati, in favore dei soggetti che usufruiscono delle prestazioni og-

- fallenden Leistungen in Anspruch nehmen;
- 2) eine Versicherungspolizze zur Abdeckung des Brandrisikos für Gebäude abgeschlossen hat;
 - 3) eine Unfallversicherung abgeschlossen hat.

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

b) Beschäftigtes Personal und Unvereinbarkeiten

Die **Einrichtung** garantiert die Personalausstattung mit ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal sowie mit Hilfs- und Verwaltungspersonal nach den von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Parametern.

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

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

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

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

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

c) Charta der Gesundheitsdienste

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

- getto del presente contratto;
- 2) della polizza assicurativa a copertura del rischio incendio fabbricati;
 - 3) della polizza infortuni.

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

b) Personale impiegato ed incompatibilità

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

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

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

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

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

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

c) Carta dei Servizi sanitari

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

d) Veröffentlichungen

Die **Einrichtung** hält diesbezüglich die geltenden Rechtsvorschriften ein (z.B. Veröffentlichung der Wartelisten, des zertifizierten Jahresabschlusses ...).

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

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

e) Verwendung der Sprache

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

f) Zufriedenheit der Leistungsempfänger

Die **Einrichtung** verpflichtet sich die Zufriedenheit der Nutzer des Dienstes zu ermitteln und falls vom **Sanitätsbetrieb** vorgesehen, die zur Verfügung gestellten Erhebungsbögen oder andere von diesem vorgeschriebenen Methoden/Mittel zu verwenden.

Art. 3 – Überprüfungen, Kontrollen und Inspektionen

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 benötigte Dokumentation für die Ausübung der Tätigkeit zur Verfügung stellt.

d) Pubblicità

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

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

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

e) Uso della lingua

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

f) Customer satisfaction

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

Art. 3 – Vigilanza, verifiche e ispezioni

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 direttamente o tramite propri incaricati 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.

Diese Tätigkeiten können mit oder ohne vorherige Ankündigung durchgeführt werden und betreffen – beispielhaft, ohne Anspruch auf Vollständigkeit – folgende Aspekte:

- die hygienisch-sanitären, unterkunftsbezogenen, organisatorischen und betreuungsbezogenen Bedingungen der Räumlichkeiten und Dienstleistungen;
- die Ordnungsmäßigkeit der klinischen, administrativen und buchhalterischen Dokumentation im Zusammenhang mit den im Vertrag vorgesehenen Leistungen;
- die Qualität, Angemessenheit und Sicherheit der erbrachten Leistungen;
- den Einsatz von Personal, das über die gemäß geltenden Vorschriften erforderlichen Qualifikationen verfügt.

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

Die **Einrichtung** ist verpflichtet, im Rahmen der Überprüfung uneingeschränkt mitzuwirken, indem sie den Zugang zu den betreffenden Räumlichkeiten gewährt, die Einsichtnahme in die einschlägige Dokumentation ermöglicht und Gespräche mit den in die überprüften Tätigkeiten involvierten Mitarbeitenden zulässt – unter Beachtung der geltenden Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten, des Berufsgeheimnisses sowie der Vorschriften zur Arbeitssicherheit.

Der **Sanitätsbetrieb** ist berechtigt, das Ergebnis der durchgeführten Kontrollen in einem förmlichen Protokoll festzuhalten und behält sich das Recht vor, bei festgestellten Unregelmäßigkeiten die gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen und den vertraglichen Vereinbarungen vorgesehenen Maßnahmen zu ergreifen, einschließlich – in besonders schwerwiegenden Fällen – der Aussetzung oder Kündigung des Vertragsverhältnisses.

Art. 4 – Pflichten des Sanitätsbetriebes

Der **Sanitätsbetrieb** gewährleistet die Funktionstüchtigkeit der Schnittstellen zum Programm für die dematerialisierte Verschreibung, der ELVS sowie zu allen weiteren Softwarelösungen, die der **Einrichtung** zur Verfügung gestellt werden.

Tali attività possono essere svolte con o senza preavviso, e riguardano, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- le condizioni igienico-sanitarie, alberghiere, organizzative e assistenziali degli ambienti e dei servizi;
- la regolarità della documentazione clinica, amministrativa e contabile relativa alle prestazioni oggetto del contratto;
- la qualità, l'appropriatezza e la sicurezza delle prestazioni rese;
- l'impiego di personale in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

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

La **Struttura** è tenuta a garantire la massima collaborazione, consentendo l'accesso agli ambienti, la visione della documentazione pertinente e il colloquio con il personale coinvolto nelle attività oggetto di verifica, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, segreto professionale e sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'**Azienda Sanitaria** potrà formalizzare l'esito delle verifiche mediante apposito verbale, riservandosi di adottare, in caso di irregolarità riscontrate, i provvedimenti previsti dalla normativa vigente e dalle clausole contrattuali, ivi inclusa, nei casi più gravi, la sospensione o la risoluzione del rapporto contrattuale.

Art. 4 – Obblighi dell'Azienda

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

Zur Verbesserung der Arbeitsprozesse und Optimierung der erbrachten Dienste, ist die **Einrichtung** mit dem System „RIC – PACS“ entsprechend der mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten Modalitäten verbunden.

Die mit der Aktivierung, Verwaltung und Aufrechterhaltung der für die Nutzung der bereitgestellten Unternehmenssysteme erforderlichen IT-Zugänge verbundenen Kosten (wie beispielsweise, aber ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Microsoft-Lizenzen und digitale Signaturen) gehen zulasten der **Einrichtung**.

Art. 5 – Grundaushöchstgrenze -variable Ausgabenhöchstgrenze und jährliche Ausgabenhöchstgrenze

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

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

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

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

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

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

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

I costi connessi all'attivazione, gestione e mantenimento delle utenze informatiche necessarie all'utilizzo dei sistemi aziendali messi a disposizione (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, licenze Microsoft e firma digitale) sono a carico della **Struttura**.

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

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

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

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

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

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

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

budgets).

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

a) Ordentliches Budget

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

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

Bei Überschreitung des ordentlichen Budgets wird, vorbehaltlich der in Artikel 6 vorgesehenen Fälle, keine Vergütung für die betreffenden Leistungen anerkannt.

Die Ärzte der **Einrichtung** sind berechtigt, die mit Verfahren ID256/2020 genehmigten Leistungen zur Vervollständigung des diagnostisch therapeutischen Verlaufs während der Untersuchung/ambulanten Leistung zu verschreiben.

b) Garantiebudget

Die Garantieleistungen werden gemäß dem vom **Sanitätsbetrieb** mittels zertifizierter Post (PEC) genehmigten Verfahren aktiviert, um die laut den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Wartezeiten, zu den geltenden Tarifen für ambulante fachärztliche Leistungen, einzuhalten, bis zum Erreichen des Garantiebudgets.

Art. 6 - Verwaltung des Jahresbudgets und Teilbudgets

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

Es ist zudem möglich, ein Teilbudget oder einen Teil des Gesamtbudgets einer anderen für dieselbe Leistungsart konventionierten Einrichtung zu übertragen,

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

a) Budget ordinario

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

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

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

I medici della **Struttura** sono autorizzati a prescrivere le prestazioni di completamento diagnostico/valutativo o sostitutive autorizzate nella procedura ID256/2020.

b) Budget di garanzia

Le prestazioni di garanzia vengono attivate secondo quanto previsto dalla procedura approvata dall'**Azienda Sanitaria** con posta certificata (PEC) per rispettare i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente alle tariffe previste dal Nomenclatore Tariffario per la specialistica ambulatoriale in forma vigente fino al raggiungimento del budget di garanzia.

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

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

È possibile trasferire altresì un sotto-budget o parte del budget ad un'altra struttura convenzionata per la stessa branca preso atto dell'impossibilità della **Strut-**

falls festgestellt wird, dass die **Einrichtung** nicht im Stande ist die angeforderten Leistungen zu erbringen.

Die Bestätigung der oben genannten Verschiebung erfolgt durch Mitteilung per E-Mail seitens der zuständigen Abteilung des **Sanitätsbetriebs**. Einmal jährlich erfolgt per zertifizierter E-Mail (PEC) die amtliche Feststellung der vertraglichen Änderungen in Bezug auf die verschiedenen Fachbereiche, die den Gesamtwert des Abkommens abgeändert haben, bei gleichzeitiger Aktualisierung des Abkommens.

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

Art. 7 – Vereinbarte und kombinierte Leistungen

Die konventionierten Leistungen und die „kombinierten“ Leistungen sind in Teil III spezifiziert.

Die Nr. 1000 dermatologischen Leistungen (Erstvisite und Kontrollvisiten) werden in Kombination mit Nr. 1000 orthopädischen Erstvisiten vergeben.

Für die Anerkennung der obgenannten Volumen im Fachbereich Orthopädie, die in kombinierter Form erbracht werden, ist es erforderlich, dass das entsprechende Volumen an dermatologischen Leistungen als ambulantes Angebot über die ELVS buchbar zur Verfügung gestellt wird.

Falls diese nicht verfügbar sind, werden die entsprechenden orthopädischen Erstvisiten und damit verbundenen Leistungen nicht anerkannt.

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

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 Änderung des Personalstandes unverzüglich schriftlich mitzuteilen; dies gilt sowohl für das bedienstete als auch für das freiberufliche Personal.

In jedem Fall muss der Personalstand ausreichend

tura di erogare la prestazione richiesta.

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

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

Art. 7 – Prestazioni convenzionate e combinate

Le prestazioni convenzionate e quelle "combinate" sono quelle specificate nella III. parte.

n. 1000 prestazioni dermatologiche (prima visita e visita di controllo) sono assegnate in combinazione con n. 1000 prime visite ortopediche.

Per il riconoscimento dei volumi sopraccitati assegnati in maniera combinata per la branca di ortopedia è necessario che il corrispondente volume di prestazioni dermatologiche siano state rese disponibili come offerta ambulatoriale prenotabile dal CUPP.

Qualora non fossero disponibili, non saranno riconosciute le corrispondenti 1. visite ortopediche e relative prestazioni collegate erogate.

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

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.

Il personale in dotazione deve essere comunque suffi-

sein, um die Durchführung der Leistungen unter Einhaltung der entsprechenden Mindesterbringungsdauer zu gewährleisten

Art. 9 – Zahlungsart

Die Verrechnung der Leistungen erfolgt monatlich.

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

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

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

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

Art. 10 – Nichteinhaltungen, Aussetzung und Auflösung des Abkommens

a) Nichteinhaltung, Aussetzung und Strafen

Die **Einrichtung** verpflichtet sich, jährlich mindestens 90 % des vertraglich vereinbarten Leistungsangebots für die über die Einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS) gebuchten Leistungen zu gewährleisten, andernfalls wird eine Vertragsstrafe in Höhe von 10,00 Euro für jede fehlende Leistung unterhalb der 90 %-Schwelle verhängt;

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

Erkennt der **Sanitätsbetrieb** die Einwände nicht an, so verhängt dieser Strafen, die dem entstandenen Schaden entsprechen und je nach Art des Verstoßes von mindestens 500,00.- Euro bis höchstens 1.000,00.- Euro, in gestaffelter Form, reichen, gegebenenfalls, auch durch Aufrechnung und in den

ciente a garantire l'esecuzione delle prestazioni nel rispetto dei relativi tempi minimi di erogazione.

Art. 9 – Modalità di pagamento

La fatturazione delle prestazioni avviene a cadenza mensile.

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

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

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

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

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

a) Inadempienze, sospensioni e penali

La **Struttura** si impegna a garantire annualmente, per le prestazioni prenotate dal Centro Unico di Prenotazione Provinciale (CUPP), almeno il 90% dell'offerta contrattualizzata, pena l'applicazione di una penale pari a 10,00 euro per ciascuna prestazione mancante rispetto alla soglia del 90%;

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

In caso di non accoglimento delle controdeduzioni da parte dell'**Azienda Sanitaria** procederà all'applicazione delle penalità commisurate al danno arrecato e graduate, in base alla violazione, da un minimo di 500,00.- Euro ad un massimo di 1.000,00.- Euro anche tramite compensazione e nei casi più gravi

schwerwiegendsten Fällen durch eine Aussetzung des Vertragsabkommens.

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

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

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

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

b) Ausdrückliche Auflösungsklausel

Dieses Abkommen wird in folgenden Fällen von Rechts wegen aufgelöst:

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

alla sospensione.

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

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

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

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

b) Clausola risolutiva espressa

Il presente accordo decade di diritto nei seguenti casi:

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

Art. 11 - Haftungsausschluss

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

Art. 12 - Schutzklausel

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Vertragsabkommens akzeptiert die **Einrichtung** ausdrücklich, vollumfänglich und bedingungslos den Inhalt und die Wirkungen der Maßnahmen, welche die Ausgabenhöchstgrenze und die Tarife festlegen, sowie auch alle weiteren sich ergebenden oder damit zusammenhängenden Maßnahmen, welche den Inhalt des vorliegenden Vertragsabkommens 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 Korruptionsvorbeugung und Transparenz sowie Kodex der Dienst- u. Verhaltenspflichten

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

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

Art. 11 – Clausola di manleva

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

Art. 12 – Clausola di salvaguardia

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

Art. 13 – Trattamento dei dati

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

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

Art. 14 – Codice etico, Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) e Codice degli obblighi di servizio e di comportamento

La **Struttura** dichiara di aver preso visione del contenuto del Codice Etico dell'**Azienda Sanitaria** nonché del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ai sensi della L. n. 190/2012 e del Codice degli obblighi di servizio e 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,

wie auch die Verletzung der zitierten Vorschriften, eine vertragliche Nichterfüllung darstellen und im Verhältnis zur Schwere bis zur Auflösung des vorliegenden Vertragsabkommens führen können.

Art. 15 – Dauer und Aktualisierung

Das gegenständliche Vertragsabkommen hat eine Laufzeit für den Dreijahreszeitraum 2026 – 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 hingegen, ausgenommen die vereinbarte Grundaussgabenhöchstgrenze, eine jährliche Gültigkeit und können für das darauffolgende Jahr ausschließlich mittels PEC erneuert werden.

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

Falls es die Parteien innerhalb des letzten Jahres der Gültigkeit des Vertrages nicht schaffen, ein neues Vertragsabkommen abzuschließen, hat der **Sanitätsbetrieb** zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität die Möglichkeit, eine technische Verlängerung des vorliegenden Vertragsabkommens für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten mit einer Vorankündigungsfrist von mindestens 30 Tagen zu aktivieren, vorbehaltlich einer ausdrücklichen Mitteilung des **Sanitätsbetriebes**, das Vertragsverhältnis nicht weiterführen zu wollen.

Das vorliegende Vertragsabkommen passt sich an neue zwingende staatliche Vorgaben oder Landesvorschriften an, ohne dass dem **Sanitätsbetrieb** dadurch zusätzliche Kosten entstehen dürfen, die sich aus der Verpflichtung des Leistungserbringers zur Einhaltung dieser neuen, nach Abschluss des gegenständlichen Vertragsabkommens in Kraft getretenen Bestimmungen ergeben.

In Folge derartiger Ereignisse kann der Leistungserbringer innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab Veröffentlichung der obgenannten 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 Vertragsab-

kommentar inadempimento contrattuale e sarà sanzionata in misura proporzionale alla gravità sino alla risoluzione del presente contratto.

Art. 15 – Durata e aggiornamento

Il presente accordo contrattuale ha durata per il triennio 2026 - 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 solo con pec.

Nelle more dell'adozione del nuovo provvedimento economico, salvo diversa disposizione scritta dell'**Azienda Sanitaria**, si terranno 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 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 regi-

kommen nur im Verwendungsfall der Registrierungs-
pflicht unterworfen.

Art. 17 – Anwendbare Rechtsvorschriften

Dieses Vertragsabkommen und die daraus erwach-
senden Rechte und Pflichten der Parteien werden von
den geltenden Rechtsvorschriften geregelt und ent-
sprechend selbiger ausgelegt. Für alles, was nicht
ausdrücklich von diesem Vertragsabkommen geregelt
ist, verweisen die Parteien ausdrücklich auf die Be-
stimmungen der Gesetzesbücher und der geltenden
Sondergesetze.

Art. 18 – Gerichtsstand

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

Art. 19 – Benachteiligende Klauseln

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

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

Für die "Brixsana" Private Clinic GmbH - Per la Clinica Privata "Brixsana" Srl
Die gesetzliche Vertreterin - La Rappresentante Legale
Frau Dr. Francesca Pasquali (digitale Unterschrift - firma digitale)

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

strazione in caso di uso.

Art. 17 – Legge Regolatrice

Il presente accordo contrattuale ed i diritti e gli obbli-
ghi delle parti dallo stesso derivanti saranno retti ed
interpretati secondo la legislazione vigente. Per quanto
non espressamente previsto dal presente accordo con-
trattuale le parti fanno espresso rinvio alle norme co-
dicistiche 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 Bol-
zano.

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 ap-
provare specificatamente il disposto di cui agli articoli
1,2,5,9,10,11,12,14 e 15 della I. parte e agli articoli
1,2,5,6,7,9 della II. Parte dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto

II. RECHTLICH - OPERATIVER TEIL

Art. 20 – Zugang zur Leistung

Die Leistungen werden über die Landesweite einheitliche Vormerkstelle (ELVS) vorgemerkt, falls die Durchführung durch die ELVS vorgesehen ist und welche auch für die Verschiebung der Termine im Falle einer planmäßigen Schließung der **Einrichtung** zuständig ist; die Erbringung dieser nachzuholenden Leistungen muss innerhalb von 30 Tagen erfolgen.

Die **Einrichtung** muss die Verfügbarkeit der Vormerkkalender sicherzustellen, wobei eine zeitliche Vorausplanung von mindestens 90 Kalendertagen zu gewährleisten ist, welche 100 % der insgesamt vorgesehenen Leistungen umfasst.

Falls die geforderte Verfügbarkeit der Vormerkkalender nicht gewährleistet wird, ist die Verhängung einer Vertragsstrafe vorgesehen, welche 30 % des Wertes, der im entsprechenden Zeitraum des Vorjahres erbrachten Leistungen beträgt.

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

Das Leistungsangebot wird jeweils bis zum 20. eines jeden Monats automatisch um einen weiteren Monat verlängert, sodass immer die nächsten 3 Monate geplant sind. Bis zu diesem Termin müssen eventuelle Änderungen oder Ergänzungen des Angebots für den kommenden Monat mitgeteilt werden.

Die Verwaltung des Leistungsangebots erfolgt gemäß den Modalitäten, die in der Beschlussfassung des Generaldirektors Nr. 1146 vom 05.09.2023 (Genehmigung der „Richtlinien für die Verwaltung der Terminkalender der ELVS“) festgelegt wurden.

Verschreibungen ab dem 30.12.2024 müssen innerhalb von 180 Tagen gebucht werden. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind sie nicht mehr gültig und können nicht mehr gebucht werden.

Verschreibungen bis zum 29.12.2024 müssen bis spätestens zum 31.12.2025 erbracht werden, auch wenn sie in ihrem Code, Inhalt und/oder Tarif geändert wurden – vorbehaltlich einer staatlichen Verlängerung um 6 Monate.

Art. 21 - Annahme des Patienten

Sollte die Verwaltung der Verschreibung mittels des Programms CUPWEB oder einer anderen von der **Sanitätsbetrieb** bereitgestellten Software digitalisiert werden, wird dieser Artikel entsprechend angepasst

II. PARTE GIURIDICO - OPERATIVA

Art. 20 – Accesso alla prestazione

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

La **Struttura** deve garantire la disponibilità delle agende di prenotazione, con proiezione temporale di almeno 90 giorni nella misura dell'100% delle prestazioni complessive.

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

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

L'offerta viene automaticamente prorogata di un mese entro il 20 di ogni mese, garantendo così che siano sempre programmati i 3 mesi successivi. Entro tale data, è necessario comunicare eventuali modifiche o integrazioni all'offerta per il mese successivo.

La gestione dell'offerta è regolamentata secondo le modalità stabilite nella delibera del Direttore Generale n. 1146 del 05.09.2023 (Approvazione delle "Linee guida per la gestione delle agende del CUPP).

Le prescrizioni a partire dal 30.12.2024 dovranno essere prenotate entro 180 giorni, decorso questo periodo non saranno più valide e prenotabili.

Le prescrizioni fino al 29.12.2024 vanno erogate entro il 31.12.2025 anche se sono state modificate nel codice, e/o nel contenuto e/o nella tariffa salvo proroga nazionale di 6 mesi.

Art. 21 – Accettazione paziente

Qualora la gestione dell'impegnativa venga informatizzata mediante il programma CUPWEB o altro software reso disponibile dall'**Azienda Sanitaria**, il presente articolo sarà modificato e aggiornato di conse-

und aktualisiert, unter Beachtung der geltenden Vorschriften und Verfahren.

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

- die Identität desselben,
- die Korrektheit der roten Verschreibung gemäß den geltenden Bestimmungen, einschließlich der Bestimmungen betreffend das Ticket in Bezug auf die für dieses Ticket gültigen Leistungen. Wenn die Befreiung die Leistung nicht abdeckt, geht der Betrag des nicht eingehobenen Tickets zulasten der **Einrichtung**;
- falls der Patient das Gesundheitsbüchlein vorlegt, die Gültigkeit der Ticketbefreiung aufgrund der Pathologie (wenn der Patient das Gesundheitsbüchlein nicht hat und die Befreiung während der Kontrolle abgelaufen oder nicht im Besitz ist, erhält er vom Sanitätsbetrieb eine Rechnung - die **Einrichtung** wird mit keinem Betrag belastet);
- ob der verschreibende Arzt zur Verschreibung ermächtigt ist;
- dass es sich bei der in der Verschreibung angegebenen Leistung um die von der ELVS vorgemerkte Leistung handelt;
- dass die Nummer der Verschreibung der im „Daten-Fluss“ registrierten Nummer entspricht;
- dass das Datum der Verschreibung dem selben Tag oder einem vorhergehenden Datum vor der Erbringung der Leistung entspricht;
- dass die Verschreibung im Falle eines KAV (komplexer ambulatorialer Versorgungsweg, entspricht PAC) die Verschreibung ausschließlich ein (= Anzahl: 1) KAV enthält. Es ist nicht zulässig, eine Verordnung zu akzeptieren, in der mehrere KAVs verordnet sind, auch wenn diese im Rahmen derselben Behandlungssitzung erbracht werden.

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

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

guenza, nel rispetto delle procedure e normative vigenti.

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

- l'identità dello stesso,
- la corretta compilazione dell'impegnativa rossa in base alla normativa vigente, comprese le disposizioni inerenti al ticket con riferimento alle prestazioni valide per quel ticket. Qualora l'esenzione non copra la prestazione l'importo del ticket non incassato verrà conteggiato a carico alla **Struttura**;
- se il paziente espone il libretto sanitario la validità dell'esenzione per patologia (qualora non avesse il libretto e l'esenzione in sede di controllo risulta scaduta o non in possesso gli verrà inviata fattura dall'Azienda Sanitaria - nessun addebito verrà fatto alla **Struttura**);
- se il medico prescrittore è autorizzato;
- che la prestazione indicata nell'impegnativa sia quella prenotata dal CUPP;
- che il numero dell'impegnativa corrisponda a quello registrato nel "flusso dati";
- che la data dell'impegnativa sia lo stesso giorno o precedente all'erogazione della prestazione;
- che in caso di PAC, l'impegnativa contiene la prescrizione di n. 1 PAC. Non è possibile accettare un'impegnativa con prescritti più PAC anche se sono erogati nella stessa seduta operatoria.

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

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

Art. 22 – Handhabung der Verschreibungen

Sollte die Verwaltung der Verschreibung mittels des Programms CUPWEB oder einer anderen von der **Sanitätsbetrieb** bereitgestellten Software digitalisiert werden, wird dieser Artikel entsprechend angepasst und aktualisiert, unter Beachtung der geltenden Vorschriften und Verfahren.

Die **Einrichtung** übernimmt die Verschreibung, indem sie alle darin verschriebenen Gesundheitsleistungen vollständig erbringt. Eine teilweise Erbringung der verschriebenen Leistungen ist nicht zulässig, es sei denn, der Patient stimmt ausdrücklich zu: In diesem Fall darf die **Einrichtung** nur die in der Einrichtung durchführbaren Leistungen erbringen; für die nicht in Anspruch genommenen Leistungen muss der Patient eine neue Verschreibung beantragen.

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

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

Die Verschreibungen werden von der **Einrichtung** über das Programm CUPWEB gemäß den Vorgaben des Sanitätsbetriebs verwaltet.

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

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

Die Befunde müssen innerhalb von 3 Arbeitstagen nach der Durchführung der Untersuchung dem Patienten zur Verfügung stehen.

Die Ärzte der **Einrichtung** sind berechtigt, ausschließlich jene ergänzenden diagnostischen Leistungen zu verschreiben, die gemäß Prozedur ID 256/2021 als kontextbezogen vorgesehen sind. Sämtliche nach der Erstvisite oder Kontrollvisite erforderlichen Gesundheitsleistungen sind in der medizinischen Befundung zu dokumentieren und dem ÄAM/KFW zur weiteren Verschreibung vorzuschlagen. Auch die Kontrollvisite ist vom ÄAM/KFW zu verschreiben, da sie nicht als kontextbezogene Leistung zur Erstvisite gilt.

Art. 22 - Gestione impegnativa

Qualora la gestione dell'impegnativa venga informatizzata mediante il programma CUPWEB o altro software reso disponibile dall'**Azienda Sanitaria**, il presente articolo sarà modificato e aggiornato di conseguenza, nel rispetto delle procedure e normative vigenti.

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

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

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

Le impegnative saranno gestite dalla **Struttura** mediante il programma CUPWEB secondo le indicazioni fornite dall'Azienda Sanitaria.

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

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

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

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

Die Kontrolluntersuchung, die vom Hausarzt/Kinderarzt (ÄAM/KFW) verschrieben wurde, muss von der **Einrichtung** gebucht werden; die Annahme erfolgt direkt im CUPWEB-System.

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

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

Art. 23 – Kostenbeteiligung

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

Art. 24 – Patienten von außerhalb der Provinz

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

Eventuellen außerhalb der WBS erbrachte Leistungen an Patienten, die nicht in der Provinz Bozen ansässig sind, werden direkt vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebes** dem Sanitätsbetrieb, wo der Betreute seinen Wohnsitz hat, in Rechnung gestellt. Dieser muss die Leistungserbringung vorab genehmigen.

Von der **Einrichtung** ohne vorherige Genehmigung durch den zuständigen Sanitätsbetrieb erbrachte Zusatzleistungen außerhalb der WBS (Extra-LEA) werden der **Einrichtung** nicht als vergütungsfähig anerkannt.

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

Art. 25 - Garantiebudget

Auf Anfrage des **Sanitätsbetriebs** muss die **Einrichtung** unverzüglich ihre Verfügbarkeit für die Erbringung von Leistungen angeben, die aus dem Garantiebudget bezahlt werden.

Die **Einrichtung** wird vom zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebs** mittels zertifizierter Post (PEC) ge-

La visita di controllo, prescritta dal MMG/PLS deve essere prenotata dalla **Struttura**; l'accettazione su CUPWEB avviene in modalità diretta.

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

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

Art. 23 – Partecipazione alla spesa

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

Art. 24 – Assistiti fuori provincia

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

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

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

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

Art. 25 – Budget di garanzia

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

La **Struttura** viene avvisata con posta certificata - pec dall'ufficio competente dell'**Azienda Sanitaria** in

mäß dem von Seiten des Sanitätsbetriebes vorgegebenem Verfahren benachrichtigt und muss sich mit der ELVS in Verbindung setzen, um die entsprechenden Verfügbarkeiten mitzuteilen.

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

Art. 26 – Datenfluss

Sollte die Verwaltung der Verschreibung mittels des Programms CUPWEB oder einer anderen von der **Sanitätsbetrieb** bereitgestellten Software digitalisiert werden, wird dieser Artikel entsprechend angepasst und aktualisiert, unter Beachtung der geltenden Vorschriften und Verfahren.

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

Falls das Garantiebudget aktiviert wird, müssen im „Datenfluss“ sowohl die entsprechenden Leistungen als auch die Verschreibungen mit dem Buchstaben G gekennzeichnet werden.

Der Datenfluss 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 innerhalb der festgesetzten Frist direkt an das Ministerium für Wirtschaft und Finanzen, vorbehaltlich anderslautender Bestimmungen.

Sollte die Verwaltung der Verschreibung mittels des Programms CUPWEB oder einer anderen von der **Sanitätsbetrieb** bereitgestellten Software digitalisiert werden, wird dieser Artikel entsprechend angepasst und aktualisiert, unter Beachtung der geltenden Vorschriften und Verfahren.

Art. 27 – Zu übermittelnde Unterlagen

Im Falle einer dematerialisierten Verschreibung, die über CUPWEB oder ein anderes von der **Sanitätsbetrieb** bereitgestelltes Programm verwaltet wird, sind weder eine Unterschrift noch die Übergabe der Verschreibung noch deren Verwaltung gemäß den nach-

base ad una procedura ad hoc e dovrà contattare il CUPP comunicando le proprie disponibilità.

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

Art. 26 – Flusso dati

Qualora la gestione dell'impegnativa venga informatizzata mediante il programma CUPWEB o altro software reso disponibile dall'**Azienda Sanitaria**, il presente articolo sarà modificato e aggiornato di conseguenza, nel rispetto delle procedure e normative vigenti.

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

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

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 stabilita direttamente al Ministero dell'Economia e Finanza, salvo diverse disposizioni.

Qualora la gestione dell'impegnativa venga informatizzata mediante il programma CUPWEB o altro software reso disponibile dall'**Azienda Sanitaria**, il presente articolo sarà modificato e aggiornato di conseguenza, nel rispetto delle procedure e normative vigenti.

Art. 27 – Documentazione da consegnare

Nel caso l'impegnativa sia dematerializzata e gestita tramite CUPWEB o altro programma fornito dall'**Azienda Sanitaria**, non è più necessaria né la firma, né la consegna della stessa, né la gestione come sottoindicata.

folgenden Vorgaben erforderlich.

Am Beginn des Monats nach der Leistungserbringung übermittelt die **Einrichtung** die vom Patienten ordnungsgemäß unterschriebenen Verschreibungen, nur wenn sie „rote“ sind.

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

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

Die Verschreibungen müssen außerdem:

- die fortlaufende Nummer enthalten, 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;
- im Falle von Leistungen zum Abschluss der diagnostischen Untersuchung ist auf der Verschreibung die fortlaufende Nummer der Verschreibung anzugeben, die sich auf die Visite bezieht, mit der diese zusammenhängt, wenn sie nicht nacheinander eingefügt werden.

Im Falle einer dematerialisierten Verschreibung, die über CUPWEB oder ein anderes von der **Sanitätsbetrieb** bereitgestelltes Programm verwaltet wird, sind weder eine Unterschrift noch die Übergabe der Verschreibung noch deren Verwaltung gemäß den oben genannten Vorgaben erforderlich.

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

Art. 28 – Zahlungsart

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

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

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

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

Le impegnative devono inoltre:

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

Nel caso l'impegnativa sia dematerializzata e gestita tramite CUPWEB o altro programma fornito dall'**Azienda Sanitaria**, non è più necessaria né la firma, né la consegna della stessa, né la gestione come sopra indicata.

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

Art. 28 – Fatturazione

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

Die **Einrichtung** kann außerdem zu Beginn des auf die Leistungserbringung folgenden Monats eine Akontorechnung in Höhe von 80% des Nettobetrags der erbrachten Leistungen (abzüglich des Ticketanteils) vorlegen, wobei der Rechnungsbetrag vorab mit dem zuständigen Amt des **Sanitätsbetriebs** abzustimmen ist.

Der Betrag ist auf Hunderterbeträge zu runden: Rechnungen mit unrunder Beträgen werden zurückgewiesen.

Die fehlende Verfügbarkeit der in Teil III genannten kombinierten Leistungen in den Vormerkkalendern der **Einrichtung** führt zur Nichtanerkennung der entsprechenden augenärztlichen und orthopädischen Erstvisiten und der damit verbundenen Leistungen. In der Folge wird die Ausstellung einer entsprechenden Gutschrift verlangt.

Die Überprüfung der tatsächlichen Verfügbarkeit in den Vormerkkalendern erfolgt zum Jahresende im Rahmen der letzten Abrechnung.

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.

La mancata disponibilità delle prestazioni combinate indicate nella III. parte nelle agende di prenotazione della **Struttura** comporta il mancato riconoscimento delle relative prime visite oculistiche e ortopediche e prestazioni correlate e conseguente richiesta della relativa nota di credito.

La verifica della loro effettiva presenza nei calendari di prenotazione viene effettuata al termine dell'anno al momento dell'ultima fatturazione.

Für die "Brixsana" Private Clinic GmbH - Per la Clinica Privata "Brixsana" Srl
Die gesetzliche Vertreterin - La Rappresentante Legale
Frau Dr. Francesca Pasquali (digitale Unterschrift - firma digitale)

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

III. TEIL

KONVENTIONIERTE LEISTUNGEN

Dreijahreszeitraum 2026-2028

Jahr 2026

Nachfolgend finden Sie die zusammenfassende Tabelle der Ausgabenhöchstgrenzen, während die detaillierte Aufstellung für jeden Fachbereich anschließend aufgeführt ist.

Fachbereich Kardiologie
Vertragswert 2026 / valore contrattuale 2026

Fachbereich Dermatologie
Vertragswert 2026 / valore contrattuale 2026

Fachbereich Augenheilkunde
Vertragswert 2026 / valore contrattuale 2026

Fachbereich Radiologie
Vertragswert 2026 / valore contrattuale 2026

Fachbereich Orthopädie
Vertragswert 2026 / valore contrattuale 2026

Gesamter Vertragswert 2026 / valore contrattuale complessivo 2026

III. PARTE

PRESTAZIONI CONVENZIONATE

triennio 2026-2028

Anno 2026

Di seguito la tabella riassuntiva dei tetti di spesa, mentre l'elenco dettagliato per ciascuna branca è riportato successivamente.

Branca di Cardiologia
ca. € 39.882,00

Branca di Dermatologia
ca. € 97.125,00

Branca di Oculistica
ca. € 428.524,00

Branca di Radiologia
ca. € 828.845,00

Branca di Ortopedia
ca. € 2.376.255,00

ca. € **3.770.631,00**

FACHBEREICH KARDIOLOGIE

Dreijahreszeitraum 2026-2028

Jahr 2026

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base *

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

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile **

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2026 zuerkannt wird.

Garantiebudget / budget di garanzia

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

Gesamter Vertragswert 2026 / valore contrattuale complessivo 2026

BRANCA DI CARDIOLOGIA

triennio 2026-2028

Anno 2026

ca. € 27.744,00

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

ca. € 6.936,00

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2026.

ca. € 5.202,00

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

ca. € **39.882,00**

Brixsana Jahr/Anno 2026

Kodex - codice	Beschreibung - Descrizione	Tarif - tariffa	Anzahl - numero base	Grundausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa base	Anzahl - numero variabile	variable Ausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa variabile	Anzahl - numero	Gesamtbetrag - Totale
88.73.5	(FARB)DOPPLER ECHOGRAPHIE DER SUPRAAORTALEN GEFÄSSE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	57,80 €	480	27.744,00 €	120	6.936,00 €	600	34.680,00 €
				27.744,00 €		6.936,00 €	600	34.680,00 €
							Budget di garanzia	5.202,00 €
							Totale	39.882,00 €

FACHBEREICH DERMATOLOGIE

Dreijahreszeitraum 2026-2028

Jahr 2026

BRANCA DI DERMATOLOGIA

triennio 2026-2028

Anno 2026

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base * ca. € 70.500,00

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

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

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile ** ca. € 17.625,00

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2026 zuerkannt wird.

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2026.

Garantiebudget / budget di garanzia ca. € 9.000,00

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

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

Gesamter Vertragswert 2026 / valore contrattuale complessivo 2026 ca. € **97.125,00**

Brixsana Jahr/Anno 2026

Kodex - codice	Beschreibung - Descrizione	Tarif - tariffa	Grund-Anzahl numero base	Grundausgabenhöchst-grenze Tetto di spesa base	Variable Anzahl numero variabile	Variable Ausgabenhöchst-grenze Tetto di spesa variabile	Anzahl - Totale	Gesamtbetrag - totale
89.7A.7	DERMATOLOGISCHE/ALLERGOLOGISCHE ERSTVISITE. Inbegriffen: Evtl. auflichtmikroskopische Beobachtung PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	40,00 €	1200	48.000,00 €	300	12.000,00 €	1500	60.000,00 €
89.01.7	KONTROLLVISITE VISITA DI CONTROLLO	25,00 €	420	10.500,00 €	105	2.625,00 €	525	13.125,00 €
96.59 93.56.1 93.56.3 93.56.4 86.11 86.30.1 86.30.3 86.22 86.28 86.4 86.59.1 86.59.2 86.59.3	*vollständige Beschreibung siehe Aufstellung Ende Vertragsabkommen *descrizione integrale vedasi elenco alla fine dell'accordo contrattuale			12.000,00 €		3.000,00 €		15.000,00 €
				70.500,00 €		17.625,00 €		88.125,00 €
							Budget di garanzia	9.000,00 €
							Totale	97.125,00 €

FACHBEREICH AUGENHEILKUNDE

Dreijahreszeitraum 2026-2028

Jahr 2026

BRANCA DI OCULISTICA

triennio 2026-2028

Anno 2026

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base * ca. € 310.593,00

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

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

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile ** ca. € 103.531,00

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2026 zuerkannt wird.

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2026.

Garantiebudget / budget di garanzia ca. € 14.400,00

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

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

Gesamter Vertragswert 2026 / valore contrattuale complessivo 2026 ca. € **428.524,00**

Brixsana Jahr/Anno 2026

Kodex - codice	Beschreibung - Descrizione	Tarif - tariffa	Anzahl numero base	Grundausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa base	Anzahl numero variabile	Variable Ausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa variabile	Anzahl numero	Gesamtbetrag - Totale
95.02*	KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES -Augenuntersuchung, alle Abschnitte betreffend ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti	40,00 €	1800	72.000,00 €	600	24.000,00 €	2400	96.000,00 €
89.01.D	KONTROLLVISITE VISITA DI CONTROLLO	25,00 €	90	2.250,00 €	30	750,00 €	120	3.000,00 €
13.71**	KATARAKT OPERATION MIT ODER OHNE IMPLANTATION EINER INTRAOKULARLINSE INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	1.050,42 €	225	236.343,38 €	75	78.781,13 €	300	315.124,50 €
				310.593,38 €		103.531,13 €	2820	414.124,50 €
							Budget di garanzia	14.400,00 €
							Totale	428.524,50 €

* das Verhältnis 1:8 / proporzione 1:8

**Rabatt/sconto del 5%

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

FACHBEREICH RADIOLOGIE

Dreijahreszeitraum 2026-2028

Jahr 2026

BRANCA DI RADIOLOGIA

triennio 2026-2028

Anno 2026

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base * ca. € 561.814,00

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

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

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile ** ca. € 162.155,00

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2026 zuerkannt wird.

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2026.

Garantiebudget / budget di garanzia ca. € 104.976,00

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

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

Gesamter Vertragswert 2026 / valore contrattuale complessivo 2026 ca. € **828.945,00**

Brixsana Jahr/Anno 2026

Kodex - codice	Bechreibung - Descrizione	Tarif - tariffa	Grundanzahl - numero base	Grund- und variable Ausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa base	variable Anzahl - numero variabile	variable Ausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa variabile	Anzahl - numero	Gesamtbetrag - Totale
87.37.1	MAMMOGRAPHIE BEIDSEITS MAMMOGRAFIA BILATERALE	74,00 €	825	61.050,00 €	175	12.950,00 €	1000	74.000,00 €
87.37.2	MAMMOGRAPHIE EINSEITIG MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	42,50 €						
88.73.1	ULTRASCHALL DER BRUST- DRÜSE - Beidseitsb ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Bilaterale	63,60 €	825	52.470,00 €	175	11.130,00 €	1000	63.600,00 €
88.73.2	ULTRASCHALL DER BRUST- DRÜSE - Einseitig ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Monolaterale	43,70 €						
40.19.1	ULTRASCHALLGESTEUERTE NA- DELBIOPSIE VON LYMPHKNOTEN AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	176,00 €	17	7.181,63 €	4	1.523,38 €	20	8.705,00 €
85.11.1	ULTRASCHALLGESTEUERTE BIOPSIE DER BRUSTDRÜSE BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA	103,70 €	41		9			
88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBRAU- CHES ECOGRAFIA DELL'ADDOME SU- PERIORE	59,30 €	800	64.560,00 €	200	16.140,00 €	1000	80.700,00 €
88.75.1	ULTRASCHALL DES UNTERBAU- CHES ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	49,80 €						
88.76.1	ULTRASCHALL DES GESAMTEN ABDOMENS ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	80,70 €						
88.91.1	MR DES GEHIRNS (ohne KM) RM ENCEFALO (senza MDC)*	222,00 €	400	103.920,00 €	100	21.030,00 €	500	124.950,00 €
88.91.2	MR DES GEHIRNS (ohne und mit KM) RM ENCEFALO (senza e con MDC)*	330,00 €						

88.91.5	ANGIO-MR DER INTRACRANIEL- LEN GEFÄSSE ANGIO-RM DEL DISTRETTO VA- SCOLARE INTRACRANICO*	212,50 €						
88.93.2	MR DER WIRBELSÄULE RM COLONNA VERTERBRALE*	165,00 €	800	138.944,00 €	200	59.744,00 €	1000	198.688,00 €
88.93.3								
88.93.4								
88.93.5								
88.93.6		231,60 €						
88.93.7		208,40 €						
88.93.8								
88.93.9								
88.93.A		258,20 €						
88.93.B								
88.94.4	MR MUSKEL-SKELETTSYSTEM RM MUSCOLOSCHLETRICHE*	165,00 €	800	133.688,00 €	200	39.638,00 €	1000	173.326,00 €
88.94.5								
88.94.6								
88.94.7								
88.94.8								
88.94.9								
88.94.A								
88.94.B								
88.94.C								
88.94.D								
88.94.E								
88.94.F		207,20 €						
88.94.G								
88.94.H								
88.94.J								
88.94.K								
88.94.L								
88.94.M								
88.94.N								
88.94.P								
88.94.Q								
88.94.R								
88.94.S								
88.84.T								

88.94.U								
88.94.V								
				561.813,63 €		162.155,38 €	5.570	723.969,00 €
Budget di garanzia								104.062,00 €
Totale								828.945,00 €

*Der Betrag wurde proportional zu den erbrachten Leistungen berechnet; es muss der einheitliche Ausgabenhöchstgrenze berücksichtigt werden, nicht die Anzahl der erbrachten Leistungen

*l'importo è stato calcolato in proporzione alle prestazioni; deve essere considerato il tetto unico non il numero delle prestazioni erogate

III. TEIL
KONVENTIONIERTE LEISTUNGEN

FACHBEREICH ORTHOPÄDIE

Dreijahreszeitraum 2026-2028

Nachfolgend finden Sie die zusammenfassende Tabelle der Ausgabenhöchstgrenzen, während die detaillierte Aufstellung für jeden Fachbereich anschließend aufgeführt ist.

III. PARTE
PRESTAZIONI CONVENZIONATE

BRANCA DI ORTOPEDIA

triennio 2026-2028

Di seguito la tabella riassuntiva dei tetti di spesa, mentre l'elenco dettagliato per ciascuna branca è riportato successivamente.

Ambulante fachärztliche Leistungen / Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base *	ca. €	422.170,00
---	-------	------------

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

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

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile **	ca. €	365.881,00
--	-------	------------

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2026 zuerkannt wird.

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2026.

Garantiebudget / budget di garanzia	ca. €	18.480,00
-------------------------------------	-------	-----------

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

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

Gesamtbetrag / Tetto totale	ca. €	806.531,00
-----------------------------	-------	------------

Stationäre Krankenhausbetreuung von Akutpatienten / Assistenza ospedaliera in regime di ricovero per acuti

Grundausgabenhöchstgrenze * / Tetto di spesa base *	ca. €	825.045,00
---	-------	------------

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

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

Variable Ausgabenhöchstgrenze ** / Tetto di spesa variabile **	ca. €	694.679,00
--	-------	------------

** entspricht dem jährlichen Betrag, der jährlich variabel ist, welcher der **Einrichtung** für das Jahr 2026 zuerkannt wird.

** corrisponde all'importo annuo che è variabile ogni anno, riconosciuto alla **Struttura** per l'anno 2026.

Traumatologie / Traumatologia

Vertragswert / valore contrattuale FORFAIT	ca. €	50.000,00
--	-------	-----------

Gesamtbetrag / Tetto totale	ca. €	1.569.724,00
-----------------------------	-------	--------------

Gesamter Vertragswert 2026 / valore contrattuale complessivo 2026	ca. €	2.376.255,00
---	-------	---------------------

Brixsana Jahr/Anno 2026

Kodex - codice	Beschreibung - Descrizione	Tarif-tariffa	Grundanzahl - numero base	Grundaussgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa base	Anzahl - numero variabile	variable Ausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa variabile	Anzahl numero	Gesamtbetrag - Totale
	VISITEN - VISITE							
89.7B.7	ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima Visita	40,00 €	1650	66.000,00 €	1430	57.200,00 €	3080	123.200,00 €
89.01.G	KONTROLLVISITE VISITA DI CONTROLLO	25,00 €	330	8.250,00 €	286	7.150,00 €	616	15.400,00 €
*	Leistungen zur kompletten Diagnose Prestazioni a completamento diagnostico - Forfait			46.200,00 €		40.040,00 €		86.240,00 €
TOTALE				120.450,00 €		104.390,00 €		224.840,00 €
	AMBULANTE CHIRURGIE - CHIRURGIA AMBULATORIALE							
04.43	DEKOMPRESSION DES KARPALTUNNELS LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	825,00 €	75	61.800,75 €	65	53.560,65 €	140	115.361,40 €
77.51**	BURSEKTOMIE, MIT WEICHTEILKORREKTUR UND KORREKTUROSTEOTOMIE WEGEN HALLUX VALGUS ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA CORRETTIVA PER ALLUCE VALGO	1.684,00 €	75	126.148,44 €	65	109.328,65 €	140	235.477,09 €
77.56**	HAMMERZEH-/ KRALLENFINGERKORREKTUR RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO	1.365,00 €	45	61.261,20 €	39	53.093,04 €	84	114.354,24 €
82.91****	TENOLYSE AN DER HAND [bei schnellendem Finger] LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]	1.170,00 €	45	52.509,60 €	39	45.508,32 €	84	98.017,92 €

	TOTALE PAC		301.719,99 €			261.490,66 €		563.210,65 €
		Tot. BASE	422.169,99 €	Tot. VARIABILE		365.880,66 €	4143	788.050,65 €
Budget garanzia								18.480,00 €
TOTALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE								806.530,65 €

* Prozedur ID:256/21

** Kodex 77.51 – falls gemeinsam mit Kodex 77.56 erbracht wird, fällt für Kodex 77.56 ein Tarif von € 1.020,00 an.

***77.56 - für Finger, die zusätzlich zum ersten in der gleichen OP-Sitzung operiert werden, werden 60% des Tarifs für jeden Finger erhoben, was Euro 819,00 entspricht.

**** 82.91 - für Finger, die zusätzlich zum ersten in der gleichen OP-Sitzung operiert werden, werden 60% des Tarifs für jeden Finger erhoben, was Euro 702,00 entspricht.

Grundsätzlich wird die Reduzierung angewandt, falls die Operation am selben Körperteil durchgeführt wird, bei verschiedenen Körperteilen werden die vollen Tarife angewandt.

* Procedura ID:256/21

** codice 77.51 – se erogato insieme al codice 77.56, al codice 77.56 si applica tariffa di € 1.020,00.

*** 77.56 - per le dita operate oltre il primo nella stessa seduta, si applica il 60% della tariffa per ciascun dito, pari a Euro 819,00.

**** 82.91 - per le dita operate oltre il primo nella stessa seduta, si applica il 60% della tariffa per ciascun dito, pari a Euro 702,00.

In generale si applica lo sconto se l'operazione si effettua sullo stesso arto, in caso di arti diversi si applica la tariffa intera.

Brixsana Jahr/Anno 2026

Kodex - codice	Beschreibung - Descrizione	Tariffariffa	Anzahl - numero base	Grundausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa base	Anzahl - numero variabile	variable Ausgabenhöchstgrenze - Tetto di spesa variabile	Anzahl numero	Gesamtbetrag - Totale
	STAT. KRANKENHAUS-BETREUUNG							
DRG 544*	ERSATZ größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten SOSTITUZIONE di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	10.714,78 €	68	723.247,65 €	59	626.814,63 €	127	1.350.062,28 €
DRG 545*	REVISION eines Hüft- oder Kniegelenkersatzes REVISIONE di sostituzione all'anca o del ginocchio	13.572,95 €	8	101.797,13 €	5	67.864,75 €	13	169.661,88 €
				825.044,78 €		694.679,38 €	140	1.519.724,16 €
	TRAUMA-KH-AUFENTHALTE							
DRG vari	TRAUMATOLOGIE TRAUMATOLOGIA					50.000,00 €		
							Totale trauma	50.000,00 €
							TOTALE RICOVERI	1.569.724,16 €
							Jährliche Ausgabenhöchstgrenze insgesamt - Tetto di spesa annuale totale 2026	2.376.254,80 €
Rabatt/ Sconto 3,5%								

Für die "Brixsana" Private Clinic GmbH - Per la Clinica Privata "Brixsana" Srl
 Die gesetzliche Vertreterin- La Rappresentante Legale
 Frau Dr. Francesca Pasquali (digitale Unterschrift - firma digitale)

Nachdem es sich um dringende Krankenhausaufenthalte handelt, ist es nicht möglich, eine diesbezügliche Menge nach Art Eingriffs zu bestimmen. Zudem bilden die nachstehend angeführten Leistungen die Ausgabenhöchstgrenze.

Essendo ricoveri urgenti non è possibile stabilire alcuna quantità per tipologia. Inoltre, le prestazioni di seguito elencate formano il tetto di spesa.

DRG	Leistungen / Prestazioni	Tarif in € / Tariffa in €	
		Ordentlicher Aufenthalt Ricovero ordinario	1 Tages-Aufenthalt Ricovero di 1 giorno
210	Eingriffe an Hüfte u. Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, mit Komplik. Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 con CC	9.387,96	1.998,00
211	Eingriffe an Hüfte u. Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplik. Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 senza CC	6.558,95	2.050,34
212	Eingriffe an Hüfte und Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter < 18 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18	6.598,97	2.564,33
218	Eingriffe an der unteren Extremität u. Oberarmknochen, außer Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter > 17, mit Komplik. Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 con CC	9.057,84	2.272,00
219	Eingriffe an Hüfte u. Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplik. Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 senza CC	6.046,48	1.974,42
220	Eingriffe an der unteren Extremität u. Oberarmknochen, außer Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter < 18 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18	3.199,35	2.481,37
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm, außer Größere Eingriffe an Gelenke, ohne Komplik Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	4.391,20	2.219,42
225	Eingriffe am Fuß Interventi sul piede	4.018,52	1.684,49
226	Eingriffe an Weichteilen, mit Komplik Interventi su tessuti molli con cc	6.165,87	1.758,93
227	Eingriffe an Weichteilen, ohne Komplik Interventi su tessuti molli senza cc	2.384,28	1.530,32
229	Eingriffe an Hand o. Handgelenk, außer größerer Eingriffe an Gelenken, ohne Komplik Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	3.401,52	1.511,05
230	Lokale Exzision und Entfernung von intramedullären Synthesemitteln an Hüfte und Oberschenkel Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.641,72	1.966,45
233	Andere Eingriffe an Knochen-, Muskel- und Bindegewebe, mit Komplik Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con cc	9.348,28	2.714,00
234	Andere Eingriffe an Knochen-, Muskel- und Bindegewebe, ohne Komplik Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza cc	4.987,23	2.296,00
503	Eingriffe am Knie ohne Hauptdiagnose Infektion Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3.370,59	2.565,00
538	Lokale Exzision und Entfernung von internem Osteosynthesematerial, außer Hüfte und Femur ohne Komplik Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza complicanze	2.498,75	2.100,72