



SCHEMA DI CONVENZIONE

TRA

l'**AZIENDA ULSS/AZIENDA OSPEDALIERA/IRCCS** _____, di seguito denominata "Struttura Sanitaria", con sede e domicilio fiscale in _____, Via _____ – codice fiscale e partita IVA n. _____, rappresentata dal Direttore Generale, _____, codice fiscale _____

E

il **FONDO/CASSA/ALTRO OPERATORE ECONOMICO CON FINALITÀ ASSISTENZIALI INTERMEDIARIO DI PRESTAZIONI SANITARIE**, di seguito denominata "Fondo/Cassa/Gestore", con sede in _____, Via _____, codice fiscale e partita IVA n. _____, rappresentata dal legale rappresentante, _____, codice fiscale _____

PREMESSO CHE

- l'articolo 58 comma 9 del CCNL dell'8 giugno 2000 dell'Area della dirigenza medica e veterinaria e l'articolo 58 comma 6 del CCNL dell'8 giugno 2000 dell'Area della dirigenza del ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo prevedono la possibilità di svolgere attività a pagamento in favore di terzi remunerata sotto forma di incentivo di risultato;
- l'articolo 43 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 prevede la possibilità per il personale dipendente di svolgere attività a pagamento in favore di terzi;
- il Fondo/Cassa/Gestore intende far sì che i propri iscritti/clienti, assicurati in forma diretta per i quali funge da terzo pagante, possano usufruire delle prestazioni e dei servizi sanitari in convenzione; il tutto senza alcun obbligo di esclusiva a favore della Struttura e senza l'instaurazione di alcun vincolo di lavoro subordinato, di mandato, di agenzia o di rappresentanza;
- la Struttura Sanitaria intende fornire agli assistiti del Fondo/Cassa/Gestore in forma diretta le prestazioni oggetto della convenzione in ottemperanza della normativa vigente in tema di rispetto delle liste di attesa;
- che la Struttura Sanitaria e il Fondo/Cassa/Gestore hanno aderito all'Accordo quadro tra la Regione del Veneto e i Fondi/Casse/Gestori sottoscritto in data _____;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 - AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente convenzione si applica all'erogazione, in favore degli iscritti/associati del Fondo/Cassa/Gestore, di

prestazioni sanitarie di ricovero ordinario o diurno a pagamento, effettuate dal personale sanitario della Struttura sanitaria in regime di attività aziendale a pagamento, cd. "solvenza" ai sensi degli artt. 55 co. 1 lett. d) e 58 co. 9 CC.CC.NN.LL. 8/6/2000 dell' Area Dir. M.V.

Art. 2 – OGGETTO

Sono oggetto della presente convenzione le prestazioni di ricovero ordinario o diurno indicate nell'*Allegato n. 1*.

Art. 3 - IMPEGNI DELLA STRUTTURA SANITARIA

La Struttura Sanitaria si impegna a:

- a) definire, per le prestazioni di cui all'articolo precedente, apposite procedure amministrative e organizzative al fine di offrire agli iscritti/associati del Fondo/Cassa/Gestore un percorso dedicato;
- b) inviare periodicamente al Fondo/Cassa/Gestore l'elenco aggiornato delle prestazioni di ricovero-disponibili;
- c) predisporre apposite procedure operative per disciplinare le modalità di erogazione e gestione di tali prestazioni, come precisato nell'*Allegato 2*;
- d) formare e aggiornare il personale della Struttura dedicato alla gestione delle procedure di prenotazione e riscossione;
- e) individuare un referente amministrativo per la parte giuridica/economica ed un referente sanitario per l'organizzazione delle prestazioni da erogare, i cui nominativi saranno forniti all'atto della sottoscrizione della presente convenzione.

Art. 4 - IMPEGNI DEL FONDO/CASSA/GESTORE

Il Fondo/Cassa/Gestore assume i seguenti impegni:

- 1) promuovere la più ampia informazione/pubblicizzazione presso i propri iscritti/associati delle prestazioni di ricovero offerte dalla Struttura sanitaria oggetto della convenzione, nonché delle procedure operative al fine di facilitarne l'accesso;
- 2) definire e comunicare alla Struttura sanitaria le modalità di identificazione degli aderenti ai programmi di assistenza sanitaria garantiti dal Fondo/Cassa/Gestore;
- 3) trasmettere alla Struttura Sanitaria l'autorizzazione al rimborso in forma diretta delle prestazioni richieste nelle seguenti modalità(pec, fax, etc.);
- 4) pagare le prestazioni effettuate dagli assicurati in forma diretta, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura;
- 5) individuare un referente per i rapporti tra Fondo/Cassa/Gestore e Struttura Sanitaria, il cui nominativo sarà fornito all'atto della sottoscrizione della presente convenzione e mettere a disposizione della Struttura Sanitaria un recapito telefonico/help desk diretto e operativo tutti i giorni lavorativi.

Art. 5 – MODALITA' DI PRESA IN CARICO ED EROGAZIONE

Per le prestazioni di cui all'Art. 2 sono previste delle modalità di presa in carico ed erogazione personalizzate, come illustrato nell'*Allegato 2*, che costituisce parte integrante della presente convenzione.

Art. 6 – TARIFFE

Le tariffe applicate per l'insieme delle prestazioni previste nell'ambito della presente convenzione e che rappresentano il miglior prezzo garantito dalla Struttura sanitaria al Fondo/Cassa/Gestore, sono riportate in dettaglio nell'*Allegato 1*, che costituisce parte integrante della presente convenzione.

Fatti salvi gli adeguamenti determinati da inderogabili previsioni di legge, le tariffe rimarranno invariate nel periodo di vigenza della presente convenzione.

Alle tariffe indicate la Struttura Sanitaria aggiungerà l'importo giornaliero del diverso comfort alberghiero (pari ad €____, comprensivo di IVA).

Art. 7 – RELAZIONI FINANZIARIE

Per tutte le prestazioni di ricovero erogate nell'ambito della presente convenzione, è previsto il rimborso in forma diretta da parte del Fondo/Cassa/Gestore delle spese sostenute dalla Struttura sanitaria per conto degli iscritti/assistiti, nei limiti delle tariffe come precisato nell'Art. 6 e nel rispetto delle procedure descritte nell'*Allegato 2 Modalità di erogazione e presa in carico*.

In particolare si stabilisce che:

- la Struttura sanitaria emetterà tempestivamente fattura omnicomprensiva al Fondo/Cassa/Gestore entro 30 giorni dalla data di chiusura della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Nella fattura si farà esplicito riferimento alla presente convenzione sottoscritta tra le parti, si riporteranno i dati anagrafici dell'assistito, nonché la descrizione delle singole voci di costo connesse al ricovero e coperte dalla convenzione;
- il Fondo/Cassa/Gestore procederà alla liquidazione della fattura entro 60 giorni dalla data di ricevimento;
- è consentito il pagamento massivo dei ricoveri; in tal caso il Fondo/Cassa/Gestore deve trasmettere nelle modalità previste dall'articolo 4 alla Struttura Sanitaria apposita nota, specifica dei ricoveri liquidati, con indicazione dettagliata delle generalità degli assistiti, del numero e della data della fattura e dell'importo liquidato per ciascun assistito;
- nel caso in cui la Struttura Sanitaria non abbia avuto evidenza del pagamento da parte del Fondo/Cassa/Gestore entro i termini stabiliti, intimerà con posta certificata/fax il Fondo/Cassa/Gestore all'adempimento entro 15 giorni. Trascorsi i suddetti termini, la Struttura Sanitaria procederà al recupero coattivo del credito vantato.

Art. 8 – TRATTAMENTO E TUTELA DEI DATI PERSONALI

Le Parti si danno reciprocamente atto che il trattamento dei rispettivi dati personali avverrà nella piena osservanza delle disposizioni di legge vigenti in materia, esclusivamente per finalità connesse all'esecuzione della convenzione e nella misura a ciò strettamente necessaria.

La Struttura sanitaria, in relazione ai dati personali comunicati dal Fondo/Cassa/Gestore per l'effettuazione delle prestazioni, s'impegna a rispettare la normativa vigente in materia di protezione e trattamento dei dati personali.

Art. 9 - MODIFICHE

Qualsiasi modifica alla presente convenzione ed agli allegati che costituiscono parte integrante della medesima, deve essere approvata per iscritto da entrambi i contraenti; in caso contrario, la modifica non avrà efficacia tra le Parti.

Art. 10 - DURATA

La presente convenzione ha validità dal _____ fino al _____ e può essere rinnovato. Non è previsto il tacito rinnovo.

Le parti possono dare disdetta con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero pec. La disdetta avrà decorrenza dal novantesimo giorno a partire dalla data di ricevimento della comunicazione di disdetta.

Art. 11 - ALLEGATI

Gli allegati alla presente convenzione fanno parte integrante dello stesso.

- *Allegato n. 1: Elenco delle prestazioni di ricovero erogate e relative tariffe*
- *Allegato n. 2: Modalità di presa in carico e di erogazione delle prestazioni*

Art. 12 - CONTROVERSIE

Le parti concordano nel definire amichevolmente qualsiasi vertenza che possa scaturire dall'esecuzione della presente convenzione. In caso contrario per qualunque controversia derivante dalla presente convenzione è esclusivamente competente il Foro del luogo dove insiste la sede legale dell'AULSS/AO/IRCCS

Art. 13 - REGISTRAZIONE

La presente convenzione, redatta in duplice originale, è soggetta a registrazione solo nei casi d'uso ai sensi dell'art. 5 Parte II della Tariffa all. al DPR n. 131/86 ss.mm.ii., a cura e spese della parte richiedente.

L'imposta di bollo verrà assolta da ciascuna parte contraente sul proprio originale.

Art. 14 - NORMA DI RINVIO

Per ogni aspetto non disciplinato dalla presente convenzione si fa rinvio alle norme del codice civile e alla normativa di settore.

Letto, firmato e sottoscritto

Per l'Azienda Ulss/Azienda ospedaliera/IRCCS

Il Direttore Generale

Per il Fondo/Cassa/Gestore

Il Legale Rappresentante

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano e distintamente sottoscrivono le previsioni contrattuali di cui agli Artt. 2 (Oggetto), 4 (impegni del fondo/cassa/gestore), 7 (Relazioni finanziarie), 12 (Controversie)

Letto, firmato e sottoscritto

Per l'Azienda Ulss/Azienda ospedaliera/IRCCS

Il Direttore Generale

Per il Fondo/Cassa/Gestore

Il Legale Rappresentante

Data

Allegato n. 1: Elenco prestazioni di ricovero erogate e relative tariffe

Ogni Struttura Sanitaria indica le proprie prestazioni, cercando di rendere omogenee le tariffe a livello regionale.

Allegato n. 2: Modalità di presa in carico ed erogazione delle prestazioni

Sono previste le seguenti modalità di presa in carico degli iscritti/assistiti:

- 1) L'assistito richiede un preventivo alla Struttura Sanitaria e, dopo averlo ricevuto e sottoscritto, lo trasmette al proprio Fondo/Cassa/Gestore.
 - a. Se il preventivo è ammissibile e può essere interamente coperto dal programma garantito dal Fondo/Cassa/Gestore, quest'ultimo lo autorizza, inviando alla Struttura Sanitaria apposito modulo (Modulo di presa in carico) tramite Posta Elettronica Certificata (PEC), entro due giorni lavorativi antecedenti la data del ricovero. Se il modulo di presa in carico non viene trasmesso entro i termini previsti, la Struttura Sanitaria richiede all'assistito il pagamento anticipato del costo della prestazione. Qualora l'assistito non possa provvedere in tal senso, la prestazione non sarà erogata.
 - b. Se il preventivo non è ammissibile, il Fondo/Cassa/Gestore ne dà apposita comunicazione sia all'utente sia alla Struttura Sanitaria (sempre tramite PEC).
 - c. Se il preventivo della Struttura Sanitaria può essere coperto solo parzialmente dal Fondo/Cassa/Gestore, l'assistito riceve dallo stesso apposita nota relativa alla quota che dovrà versare direttamente alla Struttura Sanitaria prima della data del ricovero. Qualora l'assistito non possa provvedere al pagamento anticipato di tale quota, la prestazione si intende non autorizzata.
- 2) In caso di autorizzazione, la Struttura sanitaria provvede a programmare il ricovero inserendo la richiesta del ricovero autorizzato in apposita lista; in caso di mancata ricezione della presa in carico o in caso di diniego da parte del Fondo/Cassa/Gestore, la Struttura Sanitaria non programma il ricovero.
- 3) La Struttura sanitaria provvede a:
 - a) ricoverare l'assistito in camera a pagamento con comfort alberghiero;
 - b) richiedere all'assistito la sottoscrizione dell'atto di delega al rilascio della documentazione sanitaria al Fondo/Cassa/Gestore ed a riscuotere i corrispettivi dal Fondo/Cassa/Gestore;
 - c) acquisire dall'assistito l'atto di impegno a corrispondere alla Struttura Sanitaria eventuali ulteriori spese - di cui al successivo punto 5 - e a saldare gli importi richiesti al Fondo/Cassa/Gestore e dallo stesso/a non corrisposti.
- 4) Nel caso in cui si rendesse necessaria una proroga del ricovero, con conseguente revisione del preventivo, la Struttura sanitaria trasmette al Fondo/Cassa/Gestore apposita richiesta di autorizzazione ed estensione del rimborso a beneficio dell'assistito, allegando la documentazione sanitaria che certifica la necessità della proroga.
 - a. Se la richiesta di proroga e il nuovo preventivo ad essa associato è ammissibile e può essere interamente coperto dal Fondo/Cassa/Gestore, quest'ultimo invia apposita autorizzazione alla Struttura Sanitaria tramite PEC.

- b. Se il preventivo connesso alla richiesta di proroga può essere coperto solo parzialmente dal Fondo/Cassa/Gestore, è possibile autorizzarlo solo se l'assistito è disponibile a saldare direttamente alla Struttura la quota eccedente. In caso contrario, la proroga non è concessa.
- 5) La struttura sanitaria provvede a richiedere direttamente all'assistito, dopo il ricovero, le ulteriori spese per le quali non è previsto alcun rimborso da parte del Fondo/Cassa/Gestore (es. spese telefoniche o pasti dell'accompagnatore).
- 6) Dopo l'erogazione della prestazione, la Struttura Sanitaria emetterà un'unica fattura, intestata all'assistito che sarà trasmessa in originale al Fondo/Cassa/Gestore unitamente alla documentazione sanitaria ed amministrativa (copia della cartella clinica del paziente e indicazione del "codice cliente -assistito o familiare- " o numero polizza dell'assicurato) ed in copia all'assistito.
- 7) Il Fondo/Cassa/Gestore procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura entro 60 giorni dal ricevimento.