



ALLEGATO A alla Dgr n. 1341 del 22 agosto 2017

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

Operatore/società/gestore di fondi sanitari integrativi, di seguito denominato "operatore/società/gestore" con sede in _____ codice fiscale e partita IVA n. _____ rappresentata dal legale rappresentante _____ codice fiscale _____

PREMESSO CHE

- l'articolo 58 commi 6 e 9 del CCNL dell'8 giugno 2000 dell'Area della dirigenza del ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo prevede 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;
- operatore/società/gestore di fondi sanitari integrativi intende far sì che i propri, assistiti/assicurati, possano usufruire delle prestazioni e dei servizi sanitari in convenzione sia in forma diretta, con pagamento da parte di operatore/società/gestore di tutto o di parte del costo delle prestazioni, sia in forma indiretta ovvero con pagamento del costo delle prestazioni, come da *Allegato 1 Nomenclatore tariffario prestazioni di ricovero*, a carico dell'assistito/ assicurato; 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 fornirà agli assistiti/assicurati degli operatore/società/gestore in forma diretta o indiretta, le prestazioni oggetto della convenzione in ottemperanza della normativa vigente in tema di rispetto delle liste di attesa;
- che la Struttura Sanitaria e operatore/società/gestore condividono quanto indicato con l'Accordo quadro tra la Regione del Veneto e i Fondi/Casse/Gestori approvato in schema con la DGRV n. 2068/2015;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 - AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente convenzione si applica all'erogazione, in favore degli assistiti/assicurati di operatore/società/gestore, di:

- 1) 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;

- 2) prestazioni sanitarie di diagnostica, prevenzione e *check up*; effettuate dal personale sanitario della Struttura 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 delle Aree Dirigenza M.V. e artt. 58, comma 6 Dirigenza S.P.T.A.

Art. 2 – OGGETTO

Sono oggetto della presente convenzione:

- 1) **prestazioni di ricovero ordinario o diurno** indicate nell'*Allegato n. 1 Nomenclatore tariffario prestazioni di ricovero*;
- 2) **prestazioni di diagnostica, di prevenzione e check up** così specificate:
 - visite e altre prestazioni diagnostiche;
 - le visite e le prestazioni diagnostiche sono finalizzate alla valutazione dello stato di salute degli assistiti/ assicurati di operatore/società/gestore;
 - l'elenco delle prestazioni erogate è indicato in *Allegato 2 Nomenclatore tariffario diagnostica prevenzione e checkup*;
 - percorsi Clinico-Diagnostici di Prevenzione (attività di *check up*);

gli accertamenti previsti sono finalizzati ad un controllo generale da effettuarsi in modo tempestivo e completo, su soggetti sani.

Nello specifico il pacchetto comprende indagini cliniche, strumentali, di laboratorio e visite specialistiche volte alla definizione di un quadro complessivo di salute, ricercando anche eventuali specifici fattori di rischio. Le prestazioni rientranti nei Percorsi Clinico Diagnostici di Prevenzione oggetto del presente contratto sono esclusivamente quelle espressamente previste e definite nel contratto esistente tra l'individuo assistito e operatore/società/gestore di fondi sanitari integrativi.

In linea di massima gli esami rientranti nei Percorsi Clinico Diagnostici di Prevenzione devono essere erogati nella stessa giornata e non prevedono degenza salvo che questa non venga espressamente autorizzata da operatore/società/gestore in base a quanto indicato nel contratto che lega questa al soggetto assistito. Gli Operatori/società/gestori di fondi sanitari integrativi sono disponibili a valutare assieme alla Struttura Sanitaria Percorsi Clinico Diagnostici Personalizzati ulteriori, che siano compatibili e coerenti con le indispensabili valutazioni gestionali di operatore/società/gestore.

3) **ticket sanitari**, in conformità a quanto previsto, l'operatore/società/gestore si impegna a sperimentare in coerenza con le necessarie valutazioni gestionali la possibilità di assumere, l'onere del pagamento diretto del ticket, che altrimenti sarebbe a carico del cittadino; operatore/società/gestore si impegna ad effettuare il pagamento delle quote relative ai ticket dovuti dai propri assistiti alle aziende del SSR del Veneto, nei limiti e secondo quanto stabilito dal rapporto giuridico che lega l'assistito alla propria cassa o gestore, entro i termini e secondo le disposizioni contenute nei documenti che descrivono le modalità di presa in carico e di erogazione delle prestazioni ("protocollo delle procedure"), allegati alle singole convenzioni stipulate con ciascun ente del SSR.

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 assistiti/assicurati di operatore/società/gestore un percorso dedicato;
- b) inviare periodicamente a operatore/società/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 3 Protocollo delle procedure*;
- d) offrire agli assistiti/assicurati da operatore/società/gestore, ove consentito dalla legislazione vigente, delle tariffe scontate rispetto a quelle in vigore;
- e) formare e aggiornare il personale della Struttura dedicato alla gestione delle procedure di prenotazione e riscossione;
- f) 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 DEGLI OPERATORI/SOCIETÀ/GESTORI DI FONDI SANITARI INTEGRATIVI

L'operatore/società/gestore assumono i seguenti impegni:

- 1) promuovere la più ampia informazione/pubblicizzazione presso i propri assistiti/assicurati 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 dagli Operatori/società/gestori di fondi sanitari integrativi;
- 3) trasmettere alla Struttura Sanitaria l'autorizzazione al rimborso in forma diretta delle prestazioni richieste nelle seguenti modalità(pec, fax, web etc.);
- 4) pagare le prestazioni effettuate dagli assicurati in forma diretta, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura o secondo quanto diversamente specificato nell'*Allegato 3 Protocollo delle procedure*;
- 5) individuare un referente per i rapporti tra operatore/società/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 come indicato nell'*Allegato 3 Protocollo delle procedure*.

Art. 5 – MODALITÀ 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 3 Protocollo delle procedure*, 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 a operatore/società/gestore, sono riportate in dettaglio nell'*Allegato 1 Nomenclatore tariffario prestazioni di ricovero e Allegato 2 Nomenclatore tariffario diagnostica prevenzione e checkup*, 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. Come indicato nell'*Allegato 1 Nomenclatore tariffario prestazioni di ricovero*

Oltre a quanto indicato nell'articolo 3 lettera "d" è prevista la possibilità di applicare uno sconto ulteriore sulle tariffe concordate al raggiungimento di un fatturato minimo di prestazioni erogate.

Art. 7 – RELAZIONI FINANZIARIE

Per le prestazioni erogate nell'ambito della presente convenzione, per le quali è previsto il rimborso in forma diretta da parte di operatore/società/gestore delle spese sostenute dalla Struttura sanitaria per conto degli assistiti/assicurati nei limiti delle tariffe come precisato nell'Art. 6 e nel rispetto delle procedure descritte nell'*Allegato 3 Protocollo delle procedure*-si stabilisce che:

- la Struttura sanitaria emetterà tempestivamente fattura al singolo cittadino assistito/assicurato e ne invierà copia a operatore/società/gestore di fondi sanitari integrativi 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 secondo quanto specificato nell'*allegato 3 Protocollo delle procedure*;

- operatore/società/gestore procederà alla liquidazione della fattura entro 60 giorni fine mese dalla data di ricevimento o entro i termini diversi se specificati nell'*Allegato 3 Protocollo delle procedure* ;

- è consentito il pagamento massivo dei ricoveri; in tal caso operatore/società/gestore deve trasmettere nelle modalità previste dall'articolo 4 alla Struttura Sanitaria apposita nota, specifica delle prestazioni liquidate, con indicazione dettagliata delle generalità degli assistiti, del numero e della data della fattura e dell'importo liquidato per ciascun assistito; il dettaglio di quanto indicato potrà essere reso disponibile da operatore/società/gestore anche attraverso supporti web;

- nel caso in cui la Struttura Sanitaria non abbia avuto evidenza del pagamento da parte di operatore/società/gestore entro i termini stabiliti, intimerà con posta certificata/raccomandata gli Operatori/società/gestori di fondi sanitari integrativi all'adempimento entro 30 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 dagli Operatori/società/gestori di fondi sanitari integrativi 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 triennale e può essere rinnovata. 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: Nomenclatore tariffario prestazioni di ricovero

Allegato n. 2: Nomenclatore tariffario diagnostica prevenzione e checkup

Allegato 3 Protocollo delle procedure

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 operatore/società/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 operatore/società/gestore), 7 (Relazioni finanziarie), 12 (Controversie)

Letto, firmato e sottoscritto

Per l' Azienda Ulss/Azienda ospedaliera/IRCCS

Il Direttore Generale

Per operatore/società/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 Nomenclatore tariffario diagnostica prevenzione e checkup

Allegato n. 3: Modalità di presa in carico ed erogazione delle prestazioni Protocollo delle procedure