

ANLAGE B

**FINANZIERUNG PRIVATER EINRICHTUNGEN,
DIE ZUR ERBRINGUNG VON SOZIAL- UND GESUNDHEITSLAISTUNGEN
FÜR PERSONEN MIT BEHINDERUNGEN AKKREDITIERT SIND**

1. VERGÜTUNGSTARIFE

Für die Finanzierung akkreditierter privater Einrichtungen, die die im Beschluss genannten stationären Leistungen erbringen, gelten die folgenden maximalen Vergütungstarife:

Tabelle 1 - Höchstarife für die Vergütung akkreditierter privater Einrichtungen für folgende Tätigkeiten

Tätigkeit	Betreuungsart	Maximaler allumfassender Tarif *	zulasten des Sozialfonds	zulasten des Gesundheitsfonds
a) Sozial-gesundheitliche Leistungen für Personen mit Behinderungen	stationär	342,00 Euro (dreihundertzweiundvierzig/00)	50%	50%
b) Leistungen bei Abwesenheit von der sozial-gesundheitlichen Einrichtung aus therapeutischen Gründen	stationär	257,00 Euro (zweihundertsiebenundfünfzig/00)	50%	50%

() Die Beträge stellen die Höchstvergütung pro Aufenthaltstag für die von der akkreditierten privaten Einrichtung durchgeführten Tätigkeiten dar (ohne Mehrwertsteuer)*

Da die Finanzierung zwischen dem Landessozialfonds und dem Landesgesundheitsfonds aufgeteilt ist, stellt die private Einrichtung den zuständigen Trägern die jeweiligen Tarife für die tatsächlich geleisteten Betreuungstage in Rechnung. Die Träger sind der Südtiroler Sanitätsbetrieb für den gesundheitlichen Teil und die Bezirksgemeinschaften bzw. der Betrieb für Sozialdienste Bozen (BSB) für den sozialen Teil.

Die Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds an die akkreditierte private Einrichtung erfolgt nach dem Abschluss einer Vereinbarung mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb.

A) Zusammensetzung der Tagessätze für die Vergütung der Tätigkeiten

Der maximale allumfassende Tagessatz laut Tabelle 1 wird aufgrund der Standardkosten der folgenden, für die Durchführung der Tätigkeit angewandten Produktionsfaktoren bestimmt:

- a) Kosten des Sozial- und Gesundheitspersonals, die der Tätigkeit direkt zugeordnet werden können, entsprechend den personellen Mindestparametern laut Akkreditierungsrichtlinien (Anhang A, Punkt 4.8), wobei die allumfassenden Tagessätze der akkreditierten privaten Einrichtungen die Kosten der direkt vom Südtiroler Sanitätsbetrieb bereitgestellten sozial-gesundheitlichen Berufsbilder (ärztliches Personal oder anderes sozial-gesundheitliches Personal) nicht einschließen;
- b) sonstige spezifische Kosten der Produktionsfaktoren, die der Tätigkeit direkt zuzuordnen sind;
- c) gemeinsame Allgemeinkosten aufgrund eines Standardanteils der Kosten der Einrichtungen, die diese Tätigkeit durchführen.

Außerdem sind die Tarifbeträge berechnet aufgrund:

- der maximalen Unterbringungskapazität laut institutioneller Akkreditierung von derzeit vorgesehenen sechs Betten (Anhang A, Punkt 2.4),
- der Anzahl der Öffnungstage des Dienstes von derzeit vorgesehenen 365 Tage im Jahr (Anhang A, Punkt 3.5).

B) Vergütungsregelung

Für jeden effektiven Anwesenheitstag des Patienten in der stationären Einrichtung wird der akkreditierten privaten Einrichtung der maximale Tagestarif laut Tabelle 1 Buchstabe a) vergütet.

Für jeden Tag vorübergehender Abwesenheit des Nutzers/der Nutzerin von der stationären Einrichtung ausschließlich aus therapeutischen Gründen (Krankenhauseinweisungen, therapeutische Aufenthalte oder sonstige Abwesenheit aufgrund der Psychopathologie) und aus sozialpädagogischen Gründen laut individuellem Projekt (Rückkehr in die Familie, Rückkehr in die ursprüngliche stationäre Einrichtung in der begleitenden Phase vor der Entlassung) wird der akkreditierten privaten Einrichtung die sogenannte Leistung bei "Abwesenheit aus therapeutischen Gründen" anerkannt, deren maximaler Tagessatz laut Tabelle 1 Buchstabe b) 75 % des in Tabelle 1 Buchstabe a) angegebenen Tagessatzes zur Deckung der Fixkosten beträgt, die der Einrichtung in jedem Fall entstehen. Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, in der Vereinbarung mit der akkreditierten privaten Einrichtungen die Bedingungen für die Anerkennung des Tarifs für Abwesenheiten aus therapeutischen Gründen im Detail zu regeln.

Die Tätigkeiten laut Tabelle 1 Buchstaben a) und b) sind alternativ zu verstehen. Sie können daher nicht kumulativ für denselben Tag und denselben Nutzer/dieselbe Nutzerin vergütet werden.

C) Tarife für die Verrechnung der Patientenmobilität

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb stellt die Leistungen für Patienten mit Wohnsitz in der Provinz Trient und in anderen Regionen Italiens direkt dem Sanitätsbetrieb des Wohnorts des Patienten in Rechnung, wobei die Tarife der Tabelle 1 (maximaler allumfassender Tagessatz) gelten.

2. AUSGABENHÖCHSTGRENZE

Die private Einrichtung legt ein jährliches Produktionsbudget für stationäre Tätigkeiten vor. Auf der Grundlage des Produktionsplans der Leistungen (einschließlich der Tätigkeiten bei Abwesenheit aus therapeutischen Gründen), der im Einvernehmen mit den Trägern (Sanitätsbetrieb und Bezirksgemeinschaften/BSB) aufgrund des Pflegebedarfs berechnet wird, wird eine jährliche Ausgabenhöchstgrenze festgelegt.

Tabelle 2 – Festlegung der allgemeinen Ausgabenhöchstgrenze

Tätigkeit	Betreuungsart	Berechnungskriterium
a) Sozial-gesundheitliche Leistungen für Personen mit Behinderungen	stationär	Anzahl der Tage der stationären Betreuung mal dem allumfassenden Tagessatz gemäß Tabelle 1 Buchstabe a)
b) Leistungen bei Abwesenheit von der sozial-gesundheitlichen Einrichtung aus therapeutischen Gründen	stationär	Anzahl der Tage der Abwesenheit von der Einrichtung aus therapeutischen Gründen mal dem allumfassenden Tagessatz gemäß Tabelle 1 Buchstabe b)
ALLGEMEINE AUSGABENHÖCHSTGRENZE FÜR DIE STATIONÄRE BETREUUNG (*)		

* Ausgabenhöchstgrenze ohne die gesetzlich vorgeschriebene Mehrwertsteuer

Die Endfinanzierung der jährlich durchgeführten Tätigkeit erfolgt immer im Rahmen der im Voraus festgelegten jährlichen Ausgabenhöchstgrenze.

Die Finanzierung aufgrund der Endabrechnung erfolgt abzüglich eventueller Erträge oder Zuwendungen anderer öffentlicher Einrichtungen für die gemäß diesem Beschluss finanzierten Tätigkeiten. Bei etwaigen Beitragsanträgen an die Autonome Provinz Bozen oder an andere öffentliche Einrichtungen muss die akkreditierte private Einrichtung vorab die Landesabteilungen für Soziales und für Gesundheit und die Träger verständigen, damit Mehrfachfinanzierungen und daraus folgende ausgleichende Berechnungen durch die Träger beurteilt werden können.

3. ÜBERWACHUNG DER TÄTIGKEIT

Für jeden stationär betreuten Patienten erfasst die akkreditierte private Einrichtung sowohl die geplanten als auch die tatsächlichen Werte gemäß den "Akkreditierungsrichtlinien" laut Anhang A.

4. DOKUMENTE UND KONTROLLE

Zur durchgeführten Tätigkeit und als Rechnungslegung liefert die private Einrichtung jährlich den Trägern und den Landesabteilungen für Soziales und für Gesundheit folgende Daten:

- Abschlussrechnung zu den für die Tätigkeit getragenen Kosten
- Bericht zur durchgeführten Tätigkeit
- Offizielle Jahresbilanz der Einrichtung
- Produktionsvolumen für jede Tätigkeit und entsprechenden Leistungen
- Von den jeweiligen gesundheitlichen bzw. sozialen Berufsbildern geleistete Stunden
- Stunden für die Ausbildung der gesundheitlichen bzw. sozialen Berufsbilder
- Auflistung der öffentlichen Beiträge, Zuwendungen und Einnahmen, die im Bezugsjahr eingegangen sind, mit Angabe des Gegenstandes der Finanzierung und der finanzierenden Stelle
- Alle weiteren Unterlagen, die die Träger und die Landesverwaltung für die Kontrolle und Überprüfung für notwendig erachten.

5. FINANZIERUNGSMODALITÄT

In Bezug auf die Zahlungsmodalitäten und -fristen legt die Verwaltung mit den privaten Einrichtungen die geeignetsten Methoden und Zeitabstände fest. Die jährliche Saldozahlung zur Nettofinanzierung der Tätigkeiten erfolgt im Folgejahr, nachdem ein endgültiger Abschlussbericht (wie in Punkt 4 vorgesehen) vorgelegt wird.

Die Kündigung der Vereinbarung oder die Aussetzung/Einstellung/Unterbrechung der Tätigkeit, aus welchem Grund auch immer, hat die sofortige Beendigung der Finanzierung der Tätigkeit zur Folge.

ALLEGATO B

FINANZIAMENTO DEI SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ

1. TARIFFE DI REMUNERAZIONE

Per il finanziamento delle strutture private accreditate eroganti le prestazioni in regime residenziale di cui alla presente deliberazione si applicano le seguenti tariffe massime di remunerazione:

Tabella 1 - Tariffe massime di remunerazione di strutture private accreditate eroganti le seguenti prestazioni

Attività		Regime assistenziale	Tariffa massima giornaliera omnicomprensiva (*)	A carico del Fondo sociale	A carico del Fondo sanitario
a)	Prestazioni sociosanitarie a favore di persone con disabilità	Residenziale	euro 342,00	50%	50%
			(trecentoquarantadue/00)		
b)	Prestazioni in caso di assenza terapeutica dalla struttura sociosanitaria	Residenziale	euro 257,00	50%	50%
			(ducentocinquantesette/00)		

(*) Gli importi costituiscono la remunerazione massima applicabile alla giornata di degenza per la prestazione erogata dalla struttura privata accreditata e si intendono Iva esclusa

Poiché il finanziamento è ripartito tra il Fondo sociale provinciale e il Fondo sanitario provinciale, la struttura si farà carico di fatturare agli Enti gestori competenti le rispettive tariffe relative alle giornate di assistenza effettivamente erogate. Per Enti gestori si intendono l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per la parte della Sanità e le Comunità Comprensoriali o l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano (ASSB) per la parte del Sociale.

Il finanziamento a carico del Fondo sanitario viene erogato alla struttura privata accreditata in seguito alla stipula di una convenzione con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

A) Composizione delle tariffe giornaliere di remunerazione dell'attività

L'ammontare della tariffa massima giornaliera omnicomprensiva di cui alla *Tabella 1* è determinato in base alla valorizzazione a costo standard dei fattori produttivi impiegati per l'erogazione dell'attività, come indicati di seguito:

- a) costi del personale sociosanitario direttamente imputabili all'attività, secondo l'impiego minimo di cui ai criteri di accreditamento (*punto 4.8 dell'Allegato A*); a tal proposito, si specifica che le tariffe giornaliere omnicomprensive di cui alla *Tabella 1* non comprendono i costi delle figure professionali sociosanitarie fornite direttamente dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (personale medico o altro personale sociosanitario);
- b) altri costi specifici relativi ai fattori produttivi direttamente imputabili all'attività;
- c) costi generali comuni, attribuiti secondo una quota standard rilevata nei costi delle strutture eroganti questo tipo di attività.

Gli importi tariffari sono inoltre commisurati a:

- capienza massima ricettiva prevista dall'accreditamento istituzionale attualmente prevista in sei posti letto (*punto 2.4 dell'Allegato A*);
- alle giornate di apertura del servizio (*punto 3.5 Allegato A*) attualmente previste in 365 giorni all'anno.

B) Regole di remunerazione

Si riconosce alla struttura privata accreditata, per ciascuna effettiva giornata di presenza dell'utente nella struttura residenziale, la tariffa giornaliera massima definita alla *Tabella 1, lettera a)*.

Per ogni giornata di assenza temporanea dell'utente in carico alla struttura residenziale, dovuta esclusivamente a motivi riconducibili a scopi terapeutici (ricoveri ospedalieri, soggiorni utili a scopo terapeutico o altra assenza dovuta alla psicopatologia) e a motivi socio-pedagogici che sono parte del progetto individuale (rientri in famiglia, rientri nel servizio residenziale di provenienza nella fase di accompagnamento precedente alla dimissione), si riconoscono alla struttura privata accreditata le cd. prestazioni di "assenza terapeutica" la cui tariffa massima giornaliera indicata nella *Tabella 1, lettera b)* è pari al 75% della tariffa giornaliera di cui alla *Tabella 1, lettera a)* a copertura dei costi fissi comunque sostenuti dalla struttura. L'Azienda Sanitaria è tenuta a disciplinare in dettaglio nell'accordo contrattuale con il privato accreditato i presupposti per il riconoscimento della tariffa per assenze terapeutiche.

Le prestazioni corrispondenti alle attività di cui alla *Tabella 1, lettere a), b)* sono da considerarsi alternative tra loro. La loro remunerazione non può pertanto avvenire in maniera cumulativa nell'arco della medesima giornata, per un medesimo utente.

C) Tariffe per l'addebito in mobilità

Le prestazioni erogate a pazienti residenti in altre Regioni italiane vengono fatturate direttamente dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige all'ASL di residenza del/la paziente, applicando le tariffe di cui alla Tabella 1 "Tariffa giornaliera omnicomprensiva".

2. TETTO DI SPESA

La struttura privata presenta un budget annuo preventivo di produzione dell'attività residenziale. In base al piano di produzione di prestazioni (incluse quelle preventivate per assenza terapeutica) calcolato sul fabbisogno assistenziale in accordo con gli Enti gestori (Azienda Sanitaria e Comunità comprensoriale / ASSB), si determina un tetto di spesa annuo.

Tabella 2 – Definizione del tetto di spesa complessivo

Attività		Regime assistenziale	Criterio di calcolo
a)	Prestazioni sociosanitarie a favore di persone con disabilità	Residenziale	q.tà giornate di assistenza residenziale x tariffa giornaliera omnicomprensiva di cui alla Tabella 1, lettera a)
b)	Prestazioni in caso di assenza terapeutica dalla struttura sociosanitaria	Residenziale	q.tà giornate di "assenza terapeutica" dalla struttura x tariffa giornaliera omnicomprensiva di cui alla Tabella 1, lettera b)
TETTO DI SPESA COMPLESSIVO DELL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA RESIDENZIALE (*)			

**Tetto di spesa al netto dell'Iva applicabile ai sensi di legge*

Il finanziamento a consuntivo dell'attività prestata annualmente avviene sempre nel limite massimo del tetto di spesa annuo preventivamente determinato.

Il finanziamento in sede di consuntivo dovrà essere al netto di eventuali ricavi o vantaggi economici erogati da altri enti pubblici per le stesse attività finanziate ai sensi della presente delibera. Eventuali richieste di contributo alla Provincia autonoma di Bolzano o altri enti pubblici dovranno essere preventivamente comunicate dalla struttura privata accreditata alle Ripartizioni provinciali Politiche sociali e Salute e agli enti gestori, al fine di valutare casi di sovrapposizione di finanziamento ed eventuale conseguente calcolo di conguagli da parte degli enti gestori.

3. MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ

Per ogni paziente in carico alla struttura residenziale, la struttura privata accreditata rileva i dati a preventivo e a consuntivo come indicato nei criteri di accreditamento di cui all'Allegato A.

4. DOCUMENTAZIONE E CONTROLLO

La struttura privata fornisce annualmente a consuntivo agli Enti gestori e alle Ripartizioni Salute e Sociale della Provincia autonoma di Bolzano i dati sull'attività e i dati necessari per la rendicontazione, con particolare riferimento a:

- rendiconto economico a consuntivo costi-attività;
- rendiconto a consuntivo dell'attività svolta;
- bilancio d'esercizio ufficiale della struttura;
- volumi di produzione erogati per ogni tipologia di attività e relative prestazioni;
- ore erogate dalle diverse figure professionali sanitarie / sociali;
- ore di formazione delle figure professionali sanitarie / sociali;
- elenco dei contributi, delle entrate o di altri vantaggi economici di natura pubblica percepiti nell'esercizio di riferimento, con la specifica dell'oggetto del finanziamento e dell'ente pubblico erogatore;
- ogni altra documentazione che gli Enti gestori e l'Amministrazione provinciale ritengano necessaria per l'attività di controllo e verifica.

5. MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL FINANZIAMENTO

Con riferimento alle modalità e ai tempi di pagamento, l'Ente gestore stabilisce con le strutture private la modalità e le periodicità più adeguate. Il saldo annuo relativo al finanziamento netto delle attività viene erogato nell'anno seguente, in seguito a presentazione della rendicontazione definitiva a consuntivo di cui al punto 4). La revoca della convenzione o la sospensione/chiusura/interruzione dell'attività, per qualsiasi motivo, comporta di diritto l'immediata cessazione del finanziamento.