



seduta del 6 OTT 2008
delibera 1330

pag. 2

OGGETTO: Accordo per l'anno 2007 con le Case di Cura private monospecialistiche del settore neuro-psichiatrico della Regione Marche.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera a) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello statuto della regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

D E L I B E R A

1. di recepire ed approvare l'Accordo limitatamente all'anno 2007 - senza che ciò costituisca un automatismo per gli anni successivi - con le Organizzazioni rappresentative di categoria delle Case di Cura Monospecialistiche provvisoriamente accreditate della Regione Marche, come riportato nel testo allegato che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di stabilire che le tariffe da applicare per la specifica attività sono quelle indicate nella Tabella 2 inserita nell'Allegato di cui al punto 1), mentre per le restanti attività di ricovero si deve far riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale che definiscono le tariffe per l'attività di ricovero delle Case di Cura Multispecialistiche;
3. di riconoscere il fatturato per i residenti fuori Regione entro un valore massimo pari al valore della relativa produzione determinato in base alla TUC 2006;

ey



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

4. di stabilire che le Zone Territoriali facciano fronte alla spesa per le prestazioni effettivamente erogate e nei limiti dei budget concordati con le Case di Cura Monospecialistiche provvisoriamente accreditate, così come elencate nella Tabella 1 allegata all'Accordo di cui al punto 1) con la quota del Fondo sanitario assegnato nei limiti della deliberazione amministrativa n. 277/1999 e sue successive modificazioni.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Bruno Brandoni)

B. Brandoni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Dott. Gian Mario Spacca)

G. Spacca

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

**La normativa che regola il rapporto con gli erogatori privati:
dal D.Lgs. 229/99 all'Accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001 e
Accordi successivi**

La normativa "di base" nazionale che regola il rapporto con i privati è rappresentata dal Decreto Legislativo 229/99. I punti fondamentali riguardano:

- la regolamentazione dell'offerta complessiva (pubblica e privata) attraverso la formulazione di piani o programmi che preventivamente orientino e limitino la produzione;
- la stipula di accordi/contratti con i fornitori pubblici e privati nei limiti dei piani di cui al punto precedente;
- i criteri di scelta tra fornitore pubblico e fornitore privato;
- la possibilità di esercitare da parte dei cittadini il principio della libera scelta dei luoghi di cura e dei professionisti.

Quanto ai piani annuali preventivi di attività, dalla normativa si ricava che:

y



- le Regioni debbono secondo il decreto legislativo 229/99 (art. 8 quinquies, comma 1, punto b) formulare al riguardo indirizzi;
- le Regioni debbono individuare i limiti massimi di spesa (art.32, comma 8, della legge 27.12.97 n. 449, collegata alla finanziaria 1998) per ciascuna istituzione sanitaria, pubblica o privata, e per gruppi di istituzioni sanitarie;
- le Regioni nel fissare i limiti di cui sopra devono rispettare i livelli di spesa sostenibile fissati nell'anno precedente (art. 1 comma 32 della legge 662/96, collegata alla finanziaria 1997).

I piani annuali di attività sono dunque fondamentalmente piani economici che debbono operare entro limiti di spesa sostenibili determinati con riferimento alla spesa storica. Il ruolo della Regione è quello di fissare il quadro economico complessivo di riferimento in cui "calare" gli accordi locali.

La normativa di base va riletta alla luce dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e sue successive evoluzioni che ha avviato un rapporto tra Stato e Regioni che può essere così sintetizzato:

- a) le Regioni hanno l'obbligo di programmare la spesa nei limiti finanziati dal livello centrale, a meno di non finanziare il Servizio Sanitario Regionale con una tassazione aggiuntiva e debbono dimostrare di utilizzare strumenti idonei allo scopo;
- b) le Regioni inadempienti non accedono per intero ai finanziamenti di spettanza e debbono predisporre piani di rientro;
- c) tra gli strumenti da mettere in campo per la copertura dei disavanzi l'Accordo Stato-Regioni del 16.12.04 include esplicitamente sia per la spesa ospedaliera che per la spesa specialistica la riduzione delle tariffe e l'introduzione dei tetti di spesa;
- d) le Regioni vengono periodicamente monitorate sia per quanto riguarda il rispetto dei vincoli economici che per quanto riguarda le azioni messe in campo per garantire i livelli essenziali di assistenza ed i relativi risultati.

Lo strumento con cui l'azione di monitoraggio di cui al punto d) viene garantita è rappresentato dal cosiddetto sistema degli *adempimenti*. Gli adempimenti sono un articolato insieme di *compiti* ed *obiettivi* che le Regioni sono chiamate a svolgere e raggiungere per poter accedere al

9



seduta del
6 OTT 2008
delibera
1330

pag.
5

maggior finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007 (articolo 1, comma 176, della Legge 30 dicembre 2004, n.311).

Il sistema degli adempimenti attualmente in vigore si basa sull'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Agli adempimenti previsti da tale intesa si sono aggiunti per l'anno 2007 quelli fissati dalla legge 27 dicembre 2006 n. 296 e dalla legge 24 dicembre 2007 n. 244, nonché quelli inseriti nella legge 3 agosto 2007 n. 120 in materia di attività libero-professionale intramuraria e nel DPCM 17 dicembre 2007 in materia di tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro.

Anche il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa (PNCTA), oggetto di una specifica Intesa Stato-Regioni e cioè quella del 28.3.06, è sottoposto al monitoraggio da parte del Comitato LEA. Lo stesso ha definito una linea guida per la metodologia di certificazione ed ha individuato la metodologia di valutazione (nota del Ministero della Salute, prot. 28107-Dg prog./21/P.1° del 22.12.06). La Regione Marche ha recepito le indicazioni del Comitato LEA con la DGR 494/07. Questa DGR indica i tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero di cui al punto 3) della citata intesa. L'elenco di tali prestazioni (raggruppate nelle macro-aree: oncologia, cardiovascolare, geriatrica, materno-infantile e altre prestazioni) costituisce una ulteriore indicazione di priorità a livello di SSR.

In sostanza con il sistema degli adempimenti il livello centrale verifica che da una parte sia rispettata la spesa programmata e dall'altra che vi sia comunque un mantenimento a livello adeguato dei Livelli Essenziali di Assistenza. Dal momento che l'incremento annuale delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale cresce attorno al 2-3% e che i bisogni della popolazione tra l'invecchiamento da una parte e l'evoluzione tecnologica dall'altra crescono in misura ancora più consistente, è evidente che le scelte programmatiche debbono estremamente attente, comprese quelle relative agli accordi ed ai tetti di spesa in rapporto alle attività delle strutture private.

Il rapporto con i privati nella normativa e negli atti nazionali più recenti: nuovo Patto sulla Salute del 5 ottobre 2006 e Legge 31/08

Il rapporto con i privati ha trovato di recente a livello nazionale alcuni specifici riferimenti, in primo luogo nell'intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 concernente un nuovo Patto sulla Salute (pubblicata nel Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 3 novembre 2006).

9



seduta del 6 OTT 2008
delibera 1330

Questa ha previsto al punto 4.9. quanto segue:

“Per assicurare che l’integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con Intesa Stato-Regioni da stipularsi, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi per l’applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa.

Con l’Intesa, per le medesime finalità:

- si promuoveranno le opportune iniziative per supportare normativamente, per gli aspetti di normazione di principio eventualmente carenti, le politiche regionali in questo settore;*
- si promuoveranno iniziative per l’eventuale messa a punto della metodologia di remunerazione così come normati dal D. Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.*

L’intesa Stato-Regioni prevista entro il 31 dicembre 2006 sugli indirizzi in tema di relazioni con le istituzioni sanitarie private non è in realtà ancora stata stipulata. In ogni caso con tale Accordo si sono comunque fissati alcuni importanti principi e preso alcune importanti decisioni:

- a) verrà emanato un atto di indirizzo centrale sulla corretta modalità di gestione delle relazioni con le istituzioni sanitarie private;
- b) si rivedrà il sistema di remunerazione delle tariffe;
- c) viene fissata nel 1 gennaio 2010 la data di cessazione dei transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate nonché la cessazione degli accreditamenti provvisori delle stesse strutture.

Il Nuovo Patto sulla Salute ha ispirato la Legge 31/08 di conversione in legge del cosiddetto decreto “milleproroghe” del 31.12.07 (n. 248), Legge che prevede assieme a quest’ultimo che:

“1. Ai fini del rispetto degli obiettivi di finanza pubblica e di programmazione sanitaria connessi anche all’attuazione dei piani di rientro dei disavanzi sanitari e alla stipula degli accordi con le strutture erogatrici di

U



prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale sono disposti i seguenti interventi:

a) all'articolo 8-quinquies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo la lettera e) è aggiunta la seguente:

“e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato”.

2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, gli accordi con le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale, eventualmente già sottoscritti per l'anno 2008, e seguenti, sono adeguati alla previsione normativa di cui al comma 1.

3. All'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, l'ultimo periodo è sostituito dai seguenti:

“Con cadenza triennale a far data dall'emanazione del decreto di ricognizione ed eventuale aggiornamento delle tariffe massime di cui al precedente periodo, e comunque, in sede di prima applicazione, non oltre il 31 dicembre 2008, si procede all'aggiornamento delle tariffe massime, anche attraverso la valutazione comparativa dei tariffari regionali, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate.

Con questa legge in sostanza si sanciscono due principi:

- 1. la remunerazione delle strutture private deve avvenire nel rispetto dell'equilibrio economico – finanziario programmato;*
- 2. le tariffe massime verranno definite entro il 31.12.08 e comunque il loro incremento deve eventualmente avvenire nel rispetto del punto precedente.*

Sulla base del Nuovo Patto sulla salute e della Legge n. 31 del 28 febbraio 2008 è stato avviato un tavolo di lavoro centrale Regioni/Associazioni di privati e un gruppo di lavoro ministeriale con rappresentanti regionali sull'aggiornamento delle tariffe.



seduta del 6 OTT 2008
delibera 1330

pag. 8

Considerazioni di sintesi sul quadro di riferimento generale

Il quadro di riferimento generale qui sintetizzato nei diversi paragrafi precedenti del presente documento istruttorio fornisce chiari elementi di indirizzo all'azione programmatica delle Regioni nell'ambito del rapporto con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie:

- a) le Regioni possono incrementare i fondi per la remunerazione delle prestazioni richieste al settore privato in coerenza e nei limiti massimi della propria programmazione economica a sua volta subordinata al rispetto dei vincoli previsti dagli adempimenti dell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- b) in caso di incremento delle tariffe i volumi di attività erogati dalle strutture private a carico del SSR si riducono a meno che non vi sia una specifica copertura economica del corrispondente incremento dei budget da parte della Regione;
- c) le priorità sulla natura delle prestazioni da incrementare vanno fissate in base al sistema di obiettivi e indicatori previsto nel sistema di adempimenti sui Livelli Essenziali di Assistenza previsto dall'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e, all'interno di questo, dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- d) le Regioni sono autorizzate per la copertura dei disavanzi e quindi - per logica - per la loro prevenzione all'utilizzo di tetti di spesa e alla riduzione delle tariffe;
- e) è attivo a livello centrale un gruppo di lavoro dedicato all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza sanitaria.

Ovviamente tale quadro di riferimento trova nelle varie Regioni declinazione diversa nei vari settori (attività di ricovero, attività ambulatoriali, attività residenziali, etc.) a seconda delle specifiche caratteristiche di ognuno e della specifica situazione di ciascuno di essi in ogni Regione.

27



seduta del	6 OTT 2008
delibera	1330

pag.	9
------	---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

Gli atti della Regione Marche nel settore delle Case di Cura monospecialistiche nel periodo 2002-2006

Dal 2002 al 2006 la Regione Marche ha regolamentato i rapporti con le Case di Cura Monospecialistiche con una serie di Accordi ratificati da successive Delibere di Giunta:

- a) la DGR 1295/2003 relativa agli anni 2002-2003;
- b) la DGR 1550/2004 relativa all'anno 2004;
- c) la DGR 1594/2005 relativa all'anno 2005;
- d) la DGR 435/2007 relativa all'anno 2006.

Nel periodo indicato gli obiettivi principali degli accordi sono stati relativi a:

1. riconoscimento di un incremento annuale del budget per i residenti nella Regione Marche ai fini del riconoscimento dell'impatto degli accordi sindacali relativi ai vari bienni contrattuali e del riconoscimento in alcuni anni dell'incremento del costo della vita;
2. definizione di un sistema tariffario coerente con il punto 1. ;
3. definizione di un sistema per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e di un conseguente sistema di abbattimento della produzione a rischio di in appropriatezza;
4. definizione di modalità per la gestione della produzione extra-budget;
5. definizione delle modalità di gestione amministrativa delle prestazioni per i residenti nelle altre Regioni che sono una proporzione consistente della casistica trattata dalle Case di Cura del settore.

Gli accordi hanno consentito il mantenimento dei costi nei limiti di spesa programmati e di riconoscere con l'accordo relativo all'anno 2006 l'impatto di tutti i bienni contrattuali fino al 2004-2005.

Impostazione generale dell'accordo per l'anno 2007

L'Accordo per l'anno 2007 opera in sostanziale continuità con gli Accordi degli anni 2002-2006. Esso consente il riconoscimento sull'anno in questione dell'impatto dell'accordo relativo al biennio contrattuale 2006-2007.



seduta del 6 OTT 2006
delibera 1330

pag 10

I diversi punti all'interno dell'Accordo ricalcano l'impostazione degli accordi relativi agli anni precedenti

Per i motivi esposti si propone di:

1. di recepire ed approvare l'Accordo per l'anno 2007 con le Organizzazioni rappresentative di categoria delle Case di Cura Monospecialistiche provvisoriamente accreditate della Regione Marche, come riportato nel testo allegato che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di stabilire che le tariffe da applicare per la specifica attività sono quelle indicate nella Tabella 2 inserita nell'Allegato di cui al punto 1), mentre per le restanti attività di ricovero si deve far riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale che definiscono le tariffe per l'attività di ricovero delle Case di Cura Multispecialistiche;
3. di riconoscere il fatturato per i residenti fuori Regione entro un valore massimo pari al valore della relativa produzione determinato in base alla TUC 2006;
4. di stabilire che le Zone Territoriali facciano fronte alla spesa per le prestazioni effettivamente erogate e nei limiti dei budget concordati con le Case di Cura Monospecialistiche provvisoriamente accreditate, così come elencate nella Tabella 1 allegata all'Accordo di cui al punto 1) con la quota del Fondo sanitario assegnato nei limiti della deliberazione amministrativa n. 277/1999 e sue successive modificazioni.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dott. Claudio Maria Maffei)



PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione.

Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Carmine Ruta)

La presente deliberazione si compone di n° 6 pagine, di cui n° ⁵ ~~4~~ pagina di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Bruno Brandoni)



seguita del 6 OTT 2008
delibera 1330

pag. 12

ALLEGATO

**ACCORDO PER L'ANNO 2007 CON LE CASE DI CURA
PRIVATE MONOSPECIALISTICHE DEL SETTORE NEURO-
PSICHIATRICO DELLA REGIONE MARCHE.**

Aspetti generali

Il presente Accordo disciplina per l'anno 2007 il rapporto con le Case di Cura monospecialistiche. Il presente Accordo dovrà essere recepito con Delibera di Giunta Regionale.

Si concorda che:

1. il budget di partenza per i residenti è quello previsto dalla DGR 435/2007;
2. tale valore viene incrementato del 3% e garantisce per l'anno 2007 il riconoscimento del biennio contrattuale 2006-2007 (vedi Tabella 1);
3. ogni Casa di Cura stipulerà entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della delibera di recepimento del presente Accordo un contratto con la Zona Territoriale competente per territorio, attuativo delle indicazioni del presente Accordo;
4. in sede di contratto tra Zona Territoriale e Casa di Cura, quest'ultima deve autocertificare il possesso dei requisiti minimi di personale previsti dalla DGR 2200/00 e successive modifiche ed integrazioni;
5. il budget definisce per ogni struttura il massimo di spesa fisso e non superabile sostenibile dalla Regione Marche per i propri residenti;
6. viene riconosciuto il fatturato per i residenti fuori Regione entro un valore massimo pari al valore della relativa produzione determinato in base alla TUC 2006.

Tariffe

Come noto la Legge Finanziaria 2005 prevede tariffe uguali sia per i residenti nella Regione che per i residenti fuori Regione. Pertanto, fermo restando il budget complessivo invalicabile per i ricoveri di cittadini residenti nella Regione Marche riportato nella Tabella 1, le tariffe per i ricoveri sia dei residenti nella Regione Marche che di quelli residenti in altre regioni sono



quelle previste dalla Tabella 2, in cui è previsto un incremento rispetto al 2006 corrispondente all'incremento del budget.

Per le attività per acuti non previste dalla Tabella 2 si farà riferimento al sistema tariffario regionale per le Case di Cura Multispecialistiche previsto nell'Accordo 2007.

Le tariffe di cui sopra verranno utilizzate anche per la valorizzazione delle attività dall'01.01.08 fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo.

Controlli di appropriatezza.

L'appropriatezza dell'attività di ricovero è sottoposta a verifica secondo le indicazioni della DGR 1212/2004 e successive modifiche.

Debiti informativi

Il debito informativo verrà valutato con i seguenti parametri:

- tempestività della trasmissione e completezza dei tracciati infrannuali;
- presenza della data di prenotazione in tutti i ricoveri programmati ordinari e day hospital;
- presenza del codice fiscale in tutte le SDO.

Modalità di accesso all'attività di ricovero

Le modalità di accesso all'attività di ricovero sono quelle previste nell'Accordo del 2006 (DGR 435/07).

Prestazioni per i residenti di altre Regioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale

In ogni caso il limite massimo riconoscibile del valore della produzione 2007 di ciascuna struttura per i non residenti non potrà superare il valore riconosciuto alla Regione Marche sulla base della TUC 2006.

Ovviamente i requisiti di appropriatezza di cui alla DGR 1212/2005 e del relativo decreto applicativo varranno sia per la produzione interna che esterna alla Regione.

9



seduta del 6 OTT 2008
delibera 1330

pag. 14

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

Per la mobilità attiva extraregionale verranno comunicati i ricoveri oggetto di contestazione da parte delle altre Regioni e si deterrà il relativo importo dagli addebiti delle case di cura fino alla conclusione del contenzioso. Ferme restando le attuali procedure relative ai ricoveri contestati in sede di mobilità interregionale, la conclusione delle contestazioni e la relativa regolarizzazione del pagamento da parte delle Zone Territoriali alle Case di Cura dovranno essere completate sulla base degli accordi con la Regione contestante.

In termini operativi, fino a che non verrà chiusa completamente in termini di contestazioni la mobilità interregionale 2007 verranno riconosciuti e liquidati gli addebiti fino al 90 % della mobilità attiva extraregionale della Casa di Cura dell'anno 2006. Il rimanente 10% verrà riconosciuto entro il 31 dicembre 2008 in base ai risultati delle verifiche.

Nei limiti di quanto sopra riportato la liquidazione delle fatture dovrà avvenire, a cura della Zona Territoriale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

4

Y



TABELLA 1

IMPATTO BUDGET 2007 CASE DI CURA PRIVATE MONOSPECIALISTICHE			
ZT	CASE DI CURA	A Budget 2006	B Budget 2007
4	Villa Silvia	1.359.424	1.400.207
5	Villa Jolanda	3.694.088	3.804.911
13	San Giuseppe	1.867.726	1.923.758
	TOTALI	6.921.238	7.128.875

9

7



TABELLA 2

**TARIFFE 2007 DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO SPECIFICHE DELLE CASE DI
CURA PRIVATE MONOSPECIALISTICHE**

	A 2006	B 2007
Tariffe DGR 522	3.239,91	3.337,11
DGR 522 incremento oltre soglia	113,30	116,70
Lungodegenza (die)	157,81	162,54
Lungodegenza valorizzazione oltre soglia (die)	94,69	97,53
Residuo manicomiale (die)	116,26	119,75
Riabilitazione alcoologica (die)	205,02	211,17

9

8