

## Indirekte Rückvergütung bei stationärem Aufenthalt Marienklinik

Die Südtiroler Landesregierung hat ein neues System für die Rückvergütung der indirekten Krankenhausbetreuung mit Beschluss vom 30. Dezember 2011, Nr. 2081 festgelegt. Der genannte Beschluss sieht vor, dass die Rückvergütung für stationäre Krankenhausaufenthalte an das Einkommen gekoppelt wird, welches aufgrund der vorgegebenen Kriterien der „Einheitlichen Einkommens- und Vermögenserklärung“ – EEVE erhoben wird.

### Zugangsvoraussetzungen für die Rückvergütung

- Der **Wohnsitz in der Provinz Bozen** zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung und die **Eintragung beim Landesgesundheitsamt**;
- **Vorherige Verschreibung des Arztes für Allgemeinmedizin** und im Falle der Verhinderung seines Stellvertreters bzw. eines Facharztes des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder eines vertragsgebundenen Facharztes, welche im spezifischen Fachbereich tätig ist;
- Zusätzlich darf die Familiengemeinschaft des Patienten **nicht die wirtschaftliche Situation mit einem Parameter, der über dem Wert 8 liegt, überschreiten** (siehe Tabelle rechts).

### Patienten mit Privatversicherung

Dem Patienten, der eine Privatversicherung hat oder auf eine andere Entschädigungsform zurückgreifen kann, steht ein Höchstbetrag zu, der insgesamt zu der von der Versicherung abgedeckten Quote, nicht dem effektiv getragenen und vom Landesgesundheitsdienst gewährten Betrag übersteigen darf.

Diese Bestimmung muss in restriktiver Art und Weise verstanden werden und zwar darf keine Zahlung von Seiten des zuständigen Gesundheitsbezirks erfolgen, sollte die Entschädigung der Versicherung den Rückvergütungsbetrag aufgrund des so genannten „DRG- Satzes“, oder des Tagessatzes für den Aufenthalt, unabhängig vom Ausmaß der getragenen Ausgabe durch den Patienten überschreiten.

#### Beispiel:

Kostenpunkt der Leistung: € 3.000,00

Rückerstattung durch die Versicherung: € 1.000,00

Rückvergütung aufgrund des DRG- Satzes: € 900,00

Der zuständige Gesundheitsbezirk wird also keine zusätzliche Rückvergütung zulassen.

Im Gegenzug, im Falle, dass die Entschädigung durch die Versicherung niedriger als der DRG- Satz ausfällt, muss der ausständige Betrag abgegolten werden.

#### Ein konkretes Beispiel:

Kostenpunkt der Leistung: € 3.000,00

Rückerstattung durch die Versicherung: € 2.000,00

Rückerstattung laut DRG- Satz: € 2.500,00

Der zuständige Gesundheitsbezirk muss € 500,00 begleichen.

### Für den Zugang sind folgende Indikationen vorgesehen:

- **EEVE Erklärung**, welche bei den Patronaten oder verschiedenen Steuerberatungsstellen, welche für die Berechnung der EEVE konventioniert sind, durchgeführt wird.

Die wichtigsten Unterlagen zum Ausfüllen der Erklärung sind:

- Steuernummer und Ausweisdokument
- Steuererklärung (730, Unico, CUD)
- Mietvertrag für die Hauptwohnung und Angaben über die öffentlichen Mietbeiträge
- Angaben zu Unterhaltszahlungen für die Kinder

- Angaben zum Finanzvermögen, wie Bankeinlagen, Staatspapiere, Beteiligungen usw.
- Wenn der Patient eine Privatversicherung hat oder auf eine andere Entschädigungsform zurückgreifen kann, muss er sich **nach der Entlassung zuerst an seine Versicherung für die Auszahlung** der Entschädigung wenden.
- **Sobald** der Patient die **Bestätigung** über die **Auszahlung vom Versicherungsinstitut** erhalten hat, kann er **innerhalb 6 Monaten** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen **Antrag um Rückerstattung beim zuständigen Gesundheitsbezirk** stellen. Diesem Antrag sind die originalen Spesenbelege, die Verschreibung des Arztes und der Beleg über die erfolgte Rückerstattung der Versicherungsanstalt beizulegen.
- Der Patient, der sich auf keine private Versicherungsanstalt oder andere anerkannte Entschädigungsform stützt, muss dies mittels Ersatzerklärung des Notariatsaktes bestätigen.

**Tabelle Faktor wirtschaftliche Lage 8**

Anzahl Haushaltsmitglieder	Einkommensgrenze für Faktor wirtschaftliche Lage 8
1	€ 47.001,60
2	€ 61.493,76
3	€ 79.902,72
4	€ 96.353,28
5	€ 111.628,80
6	€ 125.337,60
7	€ 139.046,40
8	€152.755,20

## Assistenza sanitaria indiretta in regime di ricovero presso la Casa di Cura S. Maria

La Giunta Provinciale ha determinato il nuovo sistema di rimborso per l'assistenza sanitaria indiretta con deliberazione n. 2081 del 30.12.2011.

La deliberazione prevede che il rimborso per prestazioni in regime di ricovero sia ancorato al reddito, per la determinazione del quale si sono utilizzati i parametri previsti dalla DURP (dichiarazione unificata di reddito e patrimonio).

### Presupposti per accedere al rimborso sono:

- **residenza nella Provincia di Bolzano** al momento della fruizione della prestazione ed **iscrizione al servizio sanitario provinciale;**
- **preventiva prescrizione del proprio medico di medicina generale** e in sua assenza del suo sostituto da lui designato, ovvero di un medico specialista pubblico o convenzionato per patologie rientranti nella propria disciplina e settore;
- é altresí necessario che **il valore della situazione economica del nucleo familiare del paziente non sia superiore a 8** (vedasi tabella).

### Pazienti con assicurazione privata

Al paziente, che ha un'assicurazione privata o altra forma di indennizzo, spetta un rimborso massimo, che sommato alla quota coperta dall'assicurazione o dall'altra forma di indennizzo, non deve superare le spese effettivamente sostenute e riconosciute dal Servizio sanitario provinciale.

Tale disposizione deve essere intesa in senso restrittivo e cioè che non deve essere effettuato alcun pagamento da parte del Comprensorio sanitario competente nel caso in cui l'indennizzo dell'assicurazione superi il rimborso secondo DRG o secondo tariffa per giornata di degenza, indipendentemente dall'entità della spesa sostenuta dal paziente.

#### Esempio:

Costo della prestazione: € 3.000,00

Rimborso assicurazione: € 1.000,00

Rimborso secondo DRG: € 900,00

Il comprensorio sanitario **non** procederà quindi ad alcun rimborso suppletivo.

Di contro, nel caso in cui l'indennizzo dell'assicurazione si inferiore al rimborso secondo DRG o secondo tariffa per giornata di degenza, si deve provvedere al pagamento della parte residua.

#### Esempio:

Costo della prestazione: € 3.000,00

Rimborso assicurazione: € 2.000,00

Rimborso secondo DRG: € 2.500,00

Il comprensorio sanitario competente **dovrà** liquidare € 500,00

### L'iter da seguire sarà questo:

- La dichiarazione DURP può essere fatta presso gli sportelli dei patronati o dei vari centri di assistenza fiscale convenzionati;

Principali documenti necessari per la compilazione della DURP:

- Codice fiscale e documento d'identità
- Dichiarazione dei redditi (730, Unico, CUD)
- Contratto d'affitto relativo all'abitazione principale e dati sui relativi contributi pubblici percepiti

- Documentazione relativa agli assegni di mantenimento dei figli
  - Documentazione relativa al patrimonio mobiliare, come depositi bancari, titoli di stato, partecipazioni, ecc.
  - Informazioni sul patrimonio immobiliare
- Il **paziente, dopo il ricovero**, se dispone di un'assicurazione privata o di altra forma di indennizzo, **deve inizialmente rivolgersi alla propria assicurazione per avere la liquidazione** di tale indennizzo;
  - Il paziente **una volta ottenuto l'atto di liquidazione** da parte dell'ente assicurativo, potrà presentare **entro 6 mesi** dalla data di dimissione **domanda di rimborso al Distretto sanitario competente** unitamente alla DURP e allegando le fatture in originale, la prescrizione medica e l'atto di liquidazione da parte dell'ente assicurativo;
  - Il paziente che non dispone di un'assicurazione privata o altra forma di indennizzo, deve dichiararlo con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

### Tabella situazione economica 8

Numero nuclei familiari	Limite di reddito
	Fattore sit. economica 8
1	€ 47.001,60
2	€ 61.493,76
3	€ 79.902,72
4	€ 96.353,28
5	€ 111.628,80
6	€ 125.337,60
7	€ 139.046,40
8	€152.755,20