

Delibera 30 dicembre 2011, n. 2081

Determinazione del nuovo sistema di rimborso per l'assistenza indiretta in regime di ricovero (modificata con delibera n. 1216 del 14.10.2014 e delibera n. 211 del 23.02.2016) (vedi anche delibera n. 1036 del 26.09.2017)

La Giunta Provinciale

L'articolo 33 della [legge provinciale 05.03.2001 n. 7](#), e successive modifiche, prevede l'assistenza ospedaliera indiretta a favore di persone residenti in Provincia Autonoma di Bolzano, iscritte al Servizio sanitario provinciale che si ricoverano in strutture pubbliche o private, non aventi per quella tipologia di prestazioni rapporti contrattuali, con il Servizio sanitario nazionale;

la legge finanziaria 2012, della Provincia Autonoma di Bolzano, ha apportato sostanziali modifiche al predetto art. 33 della [L.P. 7/2001](#) ancorando tra l'altro il rimborso alle fasce di reddito approvate dalla Giunta provinciale;

con riferimento alla legge finanziaria 2012 della Provincia Autonoma di Bolzano e visto l'articolo 33 della [Legge Provinciale 5 marzo 2001 n. 7](#), che prevedono che la Giunta Provinciale determini le tariffe, le modalità di accesso alla struttura ed i termini di presentazione della domanda e della relativa documentazione ai fini del rimborso tramite il Comprensorio sanitario di appartenenza;

alla luce di un'attenta analisi del sistema di rimborso per l'assistenza ospedaliera indiretta in regime di ricovero si è ritenuto necessario apportare ad esso sostanziali e complessive modifiche.

Considerato che:

- l'art. 33 della [L.P. n. 7/2001](#) così come modificato, prevede che il rimborso per l'assistenza ospedaliera in regime di degenza erogata in forma indiretta sia stabilito secondo la tariffa predeterminata dalla Giunta provinciale in misura inferiore a quella fissata per le prestazioni erogate in forma diretta;

- le vigenti tariffe sono aggiornate sulla base di un incremento medio del rimborso pari al +5%, tenendo comunque conto che le tariffe dell'assistenza indiretta devono essere determinate in misura inferiore a quelle previste per le prestazioni erogate in forma diretta (art. 33 comma 1 [L.P. 7/2001](#));

vista la deliberazione della G.P. n. 1039 del 1.8.2011, con cui viene modificata la modalità di calcolo per la tariffazione dei ricoveri erogati in regime diurno;

considerato il parere favorevole del Comitato provinciale per la programmazione sanitaria, che alla riunione tenutasi in data 02.12.2011, ha determinato e approvato le modalità di rimborso nell'ambito dell'assistenza indiretta.

Tutto ciò premesso e sentito il relatore la Giunta provinciale a voti unanimi, espressi nelle forme di legge

delibera:

1) di applicare ai fini della fruizione dell'assistenza ospedaliera in forma indiretta di cui all'articolo 33 della [legge provinciale 5 marzo 2001 n. 7](#), e successive modifiche, il "Regolamento relativo al rilevamento unificato di reddito e patrimonio", emanato con [decreto del Presidente della Provincia 11 gennaio 2011 n. 2](#) e pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige n. 6/1-II dell'8 febbraio 2011;

2) per quanto riguarda le definizioni, rispettivamente, di "valore della situazione economica" (VSE) e di "dichiarazione unificata di reddito e patrimonio" (DURP), utilizzate nella presente delibera, si rimanda, rispettivamente, all'articolo 8 e all'articolo 3 del [decreto del Presidente della Provincia 11 gennaio 2011 n. 2](#);

3) di adottare i seguenti criteri e indicazioni per l'accesso all'assistenza ospedaliera indiretta di cui all'art. 33 della L.P. 5 Marzo 2001, n. 7 e successive modifiche:

a) hanno diritto al rimborso le persone, le quali al momento della fruizione della prestazione sono residenti in provincia di Bolzano ed iscritte al Servizio sanitario provinciale;

b) conformemente alle indicazioni di cui all'articolo 11 del [decreto del Presidente della Provincia 11 gennaio 2011, n. 2](#), l'assistenza ospedaliera in forma indiretta è una prestazione di primo livello;

c) ai fini del rilevamento e della determinazione del reddito e patrimonio familiare e dei relativi componenti familiari si applicano in particolare le disposizioni di cui ai capi I e II del [decreto del Presidente della Provincia 11 gennaio 2011, n. 2](#), integrate dalle disposizioni sulla valutazione del patrimonio di cui ai commi successivi;

d) il patrimonio del nucleo familiare è costituito dalla somma degli elementi immobiliari e mobiliari ai sensi degli articoli dal 21 al 25 compreso del [decreto del Presidente della Provincia 11 gennaio 2011, n. 2](#);

e) il patrimonio del nucleo familiare è valutato nella misura del 20% sino ad un importo di 50.000,00 € e nella misura del 50% per l'importo eccedente;

f) sono considerati i dati della DURP relativa all'ultima dichiarazione dei redditi presentata al fisco o ad altra documentazione relativa al medesimo periodo;

g) per la concessione del rimborso, il nucleo familiare del paziente non deve disporre di un valore della situazione economica superiore a 8;

4) di stabilire che, in caso di assicurazione privata o di altra forma di indennizzo, che coprano solo in parte la spesa sanitaria sostenuta dall'utente, a quest'ultimo spetti un rimborso massimo, che, sommato alla quota coperta dall'assicurazione o dall'altra forma di indennizzo, non superi le spese effettivamente sostenute e riconosciute dal Servizio sanitario provinciale;

5) di approvare le tariffe all'Allegato 1, parte integrante della presente deliberazione, che costituiscono la base per il calcolo delle relative quote di rimborso come definite al punto 7);

6) di approvare le seguenti quote di rimborso delle prestazioni di ricovero per acuti, erogate in strutture ospedaliere non operanti per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale:

RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO E DIURNO

Rimborso per singolo ricovero, secondo la classificazione DRG (Diagnosis Related Groups)

Ricoveri chirurgici: -10% (vedasi Allegato 1 della presente deliberazione).

Ricoveri medici: -20% (vedasi Allegato 1 della presente deliberazione).

Le quote massime di rimborso per ricoveri legati all'evento parto per i DRG come di seguito elencati effettuati in strutture di ricovero non convenzionate, vengono determinate nella misura del 90% rispetto alla relativa tariffa DRG come da allegato 1 alla presente deliberazione.

DRG	Tipo/Typ	DESCRIZIONE
370	C	PARTO CESAREO CON COMPLICAZIONI
371	C	PARTO CESAREO SENZA CC

372	M	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI
373	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI
374	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO
375	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO
376	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO
377	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO
378	M	GRAVIDANZA ECTOPICA
379	M	MINACCIA DI ABORTO
380	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO
381	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA
382	M	FALSO TRAVAGLIO
383	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE
384	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE
385	M	NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI
386	M	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO
387	M	PREMATURITÀ CON AFFEZIONI MAGGIORI

388	M	PREMATURITÀ SENZA AFFEZIONI MAGGIORI
389	M	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI
390	M	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE
391	M	NEONATO NORMALE

La tariffa di rimborso è onnicomprensiva.

A partire dal 31° giorno di degenza, rispettivamente dalla soglia DRG specifica se superiore ai 30 giorni, la quota di rimborso viene determinata nella seguente misura: Euro 92,40 per giornata di degenza.

In considerazione del fatto che le strutture ospedaliere fuori provincia (non operanti per conto e a carico del SSN) e le strutture all'estero, non sono tenute alla compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e alla classificazione dei ricoveri secondo il sistema DRG (Diagnosis Related Groups), le quote di rimborso vengono determinate nella seguente misura: .

Rimborso a tariffa per giornata di degenza

Ricoveri chirurgici: Euro 173,25 ad esclusione delle protesi e dei tessuti di trapianto, che sono rimborsati a parte sulla base dei seguenti importi massimi:

- Protesi totale: fino a 2.712,15 Euro
- Endoprotesi: fino a 1.356,60 Euro
- Protesi del ginocchio: fino a 4.881,45 Euro
- Tessuti di trapianto: fino a 1.084,65 Euro
- Protesi lantari: 100% del prezzo della protesi.

Ricoveri medici: Euro 121,80.

A partire dal 31° giorno di degenza, la quota di rimborso viene determinata nella seguente misura: Euro 92,40 per giornata di degenza.

7) Le quote di rimborso delle prestazioni di ricovero per post-acuti sono così determinate:

RICOVERI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

Rimborso a tariffa per giornata di degenza

Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie: Euro 121,80

A partire dal 31° giorno di degenza, la quota di rimborso viene determinata nella seguente misura: Euro 92,40 per giornata di degenza.

8) L'accesso presso le strutture ospedaliere non operanti per conto e a carico del SSN dovrà avvenire sulla base di una prescrizione del medico di medicina generale nonché del medico specialista pubblico o convenzionato per patologie rientranti nella loro disciplina. Sono fatti salvi i casi urgenti, che devono essere certificati all'atto di entrata dal medico curante della struttura;

9) La domanda di rimborso corredata dai relativi allegati dovrà essere presentata entro il termine di 6 mesi dalla dimissione della struttura al Comprensorio sanitario di appartenenza, che dovrà in primo luogo verificare lo stato di residenza in provincia di Bolzano del richiedente e la relativa iscrizione al Servizio sanitario provinciale.

10) Ai fini del rimborso dovrà essere presentata:

a) la documentazione originale quietanzata delle spese sostenute, corredata da referto medico e relazione dalle quali dovranno risultare la diagnosi, la durata e la necessità del ricovero;

b) la prescrizione del medico di medicina generale nonché del medico specialista pubblico o convenzionato per patologie rientranti nella loro disciplina, che accerti la necessità del ricovero, ovvero la certificazione del medico curante della struttura all'atto di entrata del paziente, se trattasi di caso urgente.

11) Il rimborso complessivo all'utente non può comunque superare il 90% del costo sostenuto, cioè dell'importo totale della(e) fattura(e).

12) Per le seguenti patologie: "palatoschisi" e "reumatismo in età pediatrica" si autorizza il rimborso nella misura del 100%, per le spese sostenute presso i centri nei quali sono state erogate le relative prestazioni sanitarie.

13) Il Decreto Ministeriale 3.11.1989 si applica altresì ai ricoveri in strutture pubbliche o private non convenzionate altamente specializzate site in Italia.

14) Per le patologie non previste dal Decreto Ministeriale 24.1.1990 e successive integrazioni, la Commissione provinciale per la decisione dei ricorsi di cui all'art. 33, comma 3 della [L.P. 7/2001](#) decide sulle richieste di integrazione delle rette applicabili per cliniche altamente specializzate non convenzionate in Italia e all'estero. Il rimborso avviene nei limiti previsti dal decreto Ministeriale 3.11.1989;

15) per la concessione del rimborso, di cui ai punti precedenti della presente delibera ad eccezione dei punti 12, 13 e 14, il valore del nucleo familiare non deve disporre di un valore della situazione economica superiore a 8;

16) le strutture ospedaliere, che erogano prestazioni di ricovero in forma indiretta operanti in Provincia di Bolzano e i Comprensori sanitari provinciali, dovranno adeguare il sistema informativo in conseguenza all' applicazione del presente provvedimento;

17) la presente deliberazione trova applicazione a partire dall'entrata in vigore della legge finanziaria 2012 della Provincia Autonoma di Bolzano. Vale per le ammissioni al ricovero a partire da tale data;

18) il presente provvedimento non deve comportare una maggiore spesa per l'assistenza indiretta rispetto alla spesa sostenuta nell'anno 2011. Pertanto la spesa derivante dall'aggiornamento delle tariffe e delle quote di rimborso verrà monitorata ogni tre mesi a partire dal 2012, e qualora risultasse maggiore di quella sostenuta nel 2011, si procederà ad una revisione delle tariffe in diminuzione.

19) le disposizioni di cui alla presente deliberazione, ad eccezione di quelle ai punti 12) e 14), si applicano unicamente alle prestazioni erogate sul territorio nazionale. Le spese sanitarie per cure effettuate in un altro Stato membro dell'Unione Europea sono rimborsate secondo la disciplina di cui al decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38, e alla [legge provinciale 19 giugno 2014, n. 4](#).

Allegato 1 ...omissis...