



**Beschluss
der Landesregierung**

**Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Nr. 450
Sitzung vom 15/04/2014
Seduta del

Betreff:

Genehmigung der Kriterien für die indirekte fachärztliche Betreuung laut Artikel 34 Absatz 1 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 und Widerruf des Landesbeschlusses Nr. 1687 vom 12. November 2012.

Oggetto:

Approvazione dei criteri per l'assistenza specialistica indiretta di cui all'articolo 34 comma 1 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 e revoca della delibera provinciale n. 1687 del 12 novembre 2012.

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.2

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

nach Einsichtnahme in den Artikel 34, Absatz 1 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 in geltender Fassung, der vorsieht, dass die beim Landesgesundheitsdienst eingeschriebenen Personen mit Wohnsitz in der Provinz Bozen, die fachärztliche ambulante Leistungen, einschließlich der Rehabilitation, der instrumentaldiagnostischen Untersuchungen und der Laboruntersuchungen, in Anspruch nehmen, Anrecht auf Vergütung der Kosten haben, die sie effektiv getragen haben und die vom Landesgesundheitsdienst anerkannt sind;

nach Einsichtnahme in den Artikel 34, Absatz 3 des LG 7/2001, der außerdem vorsieht, dass die vom Facharzt für die Diagnose beantragten instrumental-diagnostischen Leistungen und Laborleistungen, die in Einrichtungen, welche nicht mit dem nationalen Gesundheitsdienst verträglich sind, erbracht werden, vergütet werden;

nach Einsichtnahme in den Artikel 34, Absätze 4 und 6, des oben genannten Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, die vorsehen, dass die Landesregierung zur Regelung der indirekten fachärztlichen Betreuung die betreffenden Fachrichtungen und Leistungsarten, die Höhe der vergütbaren Beträge, die Vorgangsweise für deren Inanspruchnahme sowie die Ausschlussfristen und die Vorgangsweise für die Einreichung des Antrages samt Unterlagen bestimmen muss;

nach Einsichtnahme in den eigenen Beschluss Nr. 1687 vom 12. November 2012, mit welchem die Kriterien für die indirekte fachärztliche Betreuung festgelegt werden;

als notwendig erachtet, den eigenen Beschluss Nr. 1687 vom 12. November 2012 zu widerrufen und die neuen Kriterien für die indirekte fachärztliche Betreuung festzulegen, um sie an die Richtlinie 2011/EU/24 und das gesetzesvertretende Dekret Nr. 38 vom 4. März 2014 anzupassen;

zur Kenntnis genommen, dass die Kriterien für die indirekte fachärztliche Betreuung nicht auf die Fachrichtung „Zahnheilkunde“ angewandt werden;

nach Einsichtnahme in die Richtlinie 2011/24/EU zu den Patientenrechten in der grenzüberschreitenden

La Giunta Provinciale

visto l'articolo 34, comma 1, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, che prevede che le persone residenti in provincia di Bolzano iscritte al Servizio sanitario provinciale che fruiscono di prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, abbiano diritto al rimborso di spese effettivamente sostenute e riconosciute dal Servizio sanitario provinciale;

visto l'articolo 34, comma 3 della L.P. 7/2001 che prevede che siano inoltre rimborsate le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate da strutture non aventi rapporti contrattuali con il Servizio sanitario nazionale e prescritte dal medico specialista, necessarie ai fini della determinazione della diagnosi;

visto l'articolo 34, commi 4 e 6, della sopraccitata legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, che prevedono che la Giunta Provinciale debba determinare, ai fini della regolamentazione dell'assistenza specialistica indiretta, le relative branche specialistiche e tipologie di prestazioni, la misura degli importi rimborsabili, la modalità del relativo accesso nonché i termini perentori e le modalità per la presentazione della domanda e della relativa documentazione;

vista la deliberazione provinciale n. 1687 del 12 novembre 2012 con cui si determinano i criteri per l'assistenza specialistica indiretta;

ritenuto necessario revocare la propria delibera n. 1687 del 12 novembre 2012 e stabilire i nuovi criteri per l'assistenza specialistica indiretta al fine di adeguarli alla direttiva 2011/24/UE ed al decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38;

preso atto che i criteri per l'assistenza specialistica indiretta non verranno applicati alla branca specialistica "odontostomatologia";

vista la direttiva 2011/24/UE relativa ai diritti del paziente nell'ambito dell'assistenza sanitaria transfrontaliera (cd. "mobilità dei

Gesundheitsversorgung (sog. "Patientenmobilität"), in der Folge "Richtlinie" genannt, die am 25. Oktober 2013 in Kraft getreten ist;

nach Einsichtnahme in das gesetzvertretende Dekret Nr. 38 vom 4. März 2014, ("Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU betreffend die Anwendung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowie der Richtlinie 2012/52/EU über die Maßnahmen für die Erleichterung bei der Anerkennung der in einem anderen Mitgliedsstaat ausgestellten ärztlichen Verschreibungen"), in der Folge "Dekret" genannt, das die genannten Richtlinien im italienischen Rechtssystem umgesetzt hat;

festgestellt, dass das Dekret Umfang und Kriterien für die Kostenerstattung von Gesundheitsdienstleistungen, welche ein Patient in einem anderen Mitgliedsstaat in Anspruch genommen hat, festsetzt;

festgestellt, dass der Wirkungsbereich der Richtlinie und des Dekrets sich teilweise mit jenem Bereich, in dem der eigene Beschluss Nr. 1687 vom 12. November 2012 für bestimmte Fälle der indirekten gesundheitlichen Betreuung eine Kostenrückerstattung vorsieht, überlappt;

daher soll in die Kriterien der Artikel eingefügt werden, dass bei Inanspruchnahme einer vom zuständigen Arzt verschriebenen Gesundheitsdienstleistung aus den staatlichen "Wesentlichen Betreuungsstandards" (auf die der in den Landesgesundheitsdienst Eingetragene mit Wohnsitz in Südtirol auf Kosten des Landesgesundheitsdienstes Anrecht hat) in einem anderen EU-Mitgliedsstaat die Richtlinie 2011/24/EU und das gesetzvertretende Dekret Nr. 38 vom 4. März 2014 zur Anwendung kommen;

als notwendig erachtet, die Kriterien für die indirekte fachärztliche Betreuung laut Artikel 34 Absatz 1 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung abzuändern;

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

pazienti"), di seguito nominata "direttiva", che è entrata in vigore il 25 ottobre 2013;

visto il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38 recante "attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro, di seguito "decreto" che ha recepito la suddetta direttiva nell'ordinamento giuridico italiano;

considerato che il decreto stabilisce i limiti e le modalità per il rimborso delle prestazioni di assistenza sanitaria usufruite da un paziente in uno altro stato membro dell'Unione Europea;

considerato che l'ambito di applicazione della direttiva e del decreto si sovrappongono in parte con l'ambito di applicazione della delibera n. 1687 del 12 novembre 2012, la quale prevede il rimborso di determinati costi sostenuti in regime di assistenza sanitaria indiretta;

ritenuto pertanto necessario stabilire che i criteri prevedano l'applicazione della direttiva 2011/24/UE e del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38 nel caso in cui una persona usufruisca di una prestazione in un altro stato UE, purché questa sia contenuta nei "Livelli essenziali di assistenza" nazionali (per la quale l'iscritto al Servizio Sanitario Provinciale residente in Alto Adige ha diritto con costi a carico del Servizio Sanitario Provinciale) e sia prescritta dal medico competente;

ritenuto necessario modificare i criteri che disciplinano l'assistenza specialistica indiretta di cui all'articolo 34 comma 1 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche;

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. die Kriterien für die indirekte fachärztliche Betreuung laut Artikel 34 Absatz 1 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung gemäß Anlage A, die integrierender Bestandteil dieses Beschlusses bilden, zu genehmigen;
2. festzusetzen, dass die Kriterien gemäß Anlage A dieses Beschlusses nicht auf die Fachrichtung Zahnheilkunden angewandt werden, für die spezifische Kriterien festgelegt werden;
3. vorliegenden Beschluss am 1. Mai 2014 in Kraft treten zu lassen und das in Bezug auf die ab diesem Datum ausgestellten Rechnungen bzw. Honorarnoten;
4. in Anbetracht zu ziehen, dass die Finanzierung der indirekten fachärztlichen Betreuung laut Artikel 34 Absatz 1 des Landesgesetzes Nr. 7/2001, in geltender Fassung, über die Pro-Kopf-Quote innerhalb des Landeshaushaltskapitels der ungebundenen Zuweisung für laufende Ausgaben an den Südtiroler Sanitätsbetrieb erfolgt (Kapitel 10100.00);
5. den Beschluss der Landesregierung Nr. 1687 vom 12. November 2012 zu widerrufen;
6. vorliegenden Beschluss im Amtsblatt der Region Trentino-Südtirol zu veröffentlichen;

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

1. di approvare i criteri per l'assistenza specialistica indiretta di cui all'articolo 34 comma 1 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche di cui all'allegato A, che fanno parte della presente deliberazione;
2. di stabilire che i criteri di cui alla presente deliberazione non vadano applicati alla branca specialistica "odontostomatologia", per la quale verranno stabiliti criteri specifici;
3. di far entrare in vigore la presente deliberazione a partire dal 1 maggio 2014 in relazione alle fatture o note onorario rilasciate dopo tale data;
4. di prendere atto che il finanziamento dell'assistenza specialistica indiretta di cui all'articolo 34 comma 1 della legge provinciale n. 7/2001, e successive modifiche, avviene attraverso la quota pro-capite all'interno del capitolo del bilancio provinciale di assegnazione indistinta di parte corrente all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige (capitolo 10100.00);
5. di revocare la delibera provinciale n. 1687 del 12 novembre 2012;
6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino Alto Adige.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

Anlage A

Kriterien für die indirekte fachärztliche Betreuung laut Artikel 34 Absatz 1 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung

Art. 1 Zielsetzung

1. Mit vorliegenden Kriterien wird die indirekte fachärztliche Betreuung laut Artikel 34 Absatz 1 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, geregelt.

Art. 2 Begriffsbestimmung

1. Unter indirekte fachärztliche Betreuung laut Artikel 34 Absatz 1 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, ist die Vergütung durch den Südtiroler Sanitätsbetrieb von privat beanspruchten fachärztlichen Leistungen gegen Vorlegung einer von einem freiberuflich tätigen Facharzt oder von einer nicht mit dem gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst vertragsgebundenen Einrichtung ausgestellten bezahlten Originalrechnung bzw. -honorarnote zu verstehen.

Art. 3 Zulassungskriterien

1. Für die Zulassung zur indirekten fachärztlichen Betreuung laut Artikel 34 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, gelten folgende Grundsatzkriterien:
 - a. Wohnsitz in Südtirol und Eintragung beim Landesgesundheitsdienst. Diese Voraussetzungen müssen sowohl im Moment der Ausstellung der entsprechenden Rechnung bzw. Honorarnote als auch im Moment der Einreichung des Antrages um Vergütung samt Unterlagen beim Gesundheitsbezirk, der für die Arztwahl des Betreuten zuständig ist, bestehen. Für die Personen mit Wohnsitz in Südtirol, welche Gäste von stationären bzw. teilstationären Einrichtungen (Altersheime, Therapiegemeinschaften, Gefängnisse, usw.) außerhalb Südtirols sind, wird von der Eintragungspflicht beim Landesgesundheitsdienst abgesehen.
 - b. Verschreibung des eigenen Wahlarztes

Allegato A

Criteri per l'assistenza specialistica indiretta di cui all'articolo 34 comma 1 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche

Art. 1 Finalità

1. Con i presenti criteri si disciplina l'assistenza specialistica indiretta di cui all'articolo 34 comma 1 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 e successive modifiche.

Art. 2 Definizione

1. Quale assistenza specialistica indiretta di cui all'articolo 34 comma 1 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, s'intende il rimborso da parte dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige di prestazioni mediche specialistiche fruite privatamente, dietro presentazione di una fattura o nota onoraria originale saldata, rilasciata da un medico specialista libero professionista o da una struttura non convenzionata con il Servizio sanitario nazionale.

Art. 3 Criteri d'accesso

1. Ai fini dell'accesso all'assistenza specialistica indiretta di cui all'articolo 34 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, valgono i seguenti criteri fondamentali:
 - a. residenza in provincia di Bolzano ed iscrizione al Servizio sanitario provinciale. Tali requisiti devono sussistere sia all'atto dell'emissione della relativa fattura o nota onoraria, sia all'atto della presentazione della domanda di rimborso e della relativa documentazione presso il Comprensorio sanitario di competenza per scelta medica dell'assistito. Per le persone residenti in provincia di Bolzano, ospiti di strutture residenziali o semiresidenziali (case di riposo, comunità terapeutiche, carceri, ecc.), situate al di fuori della provincia di Bolzano, si prescinde dall'obbligo d'iscrizione al Servizio sanitario provinciale.
 - b. prescrizione del proprio medico di scelta

(Arzt für Allgemeinmedizin bzw. frei wählbarer Kinderarzt) oder eines Arztes des Landesgesundheitsdienstes für eine fachärztliche Visite oder instrumentaldiagnostische Leistung unter Verwendung des Rezeptblockes des gesamtstaatlichen Gesundheitsdienstes; diese Verschreibung muss ein Ausstellungsdatum, welches vor dem Ausstellungsdatum der entsprechenden Rechnung bzw. Honorarnote liegt, enthalten;

c. für die Fachrichtungen, für welche aufgrund des geltenden Vertrages auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. mit den frei wählbaren Kinderärzten der Zugang zu den öffentlichen gesundheitlichen Einrichtungen ohne Antrag des behandelnden Arztes vorgesehen ist (Fachrichtungen mit direktem Zugang), wird von der Pflicht des Besitzes obgenannter Verschreibung abgesehen.

2. Für die von Artikel 34, Absatz 1, des Landesgesetzes Nr. 7/2001, in geltender Fassung, vorgesehene Rückvergütung der im Ausland erbrachten Leistungen ist der entsprechenden Rechnung bzw. Honorarnote, falls nicht in deutscher, italienischer oder englischer Sprache verfasst, eine auf das Wesentliche (Beschreibung der Leistung/en) beschränkte Übersetzung in einer der beiden Landessprachen beizulegen. Diese Übersetzung kann entweder vom Betroffenen selbst anhand einer Erklärung laut Artikel 47 des Dekretes des Präsidenten der Republik Nr. 445 vom 28. Dezember 2000 oder von einem qualifizierten Übersetzer bzw. professionellen Übersetzungsbüro vorgenommen werden.

3. Wird eine vom zuständigen Arzt verschriebene Gesundheitsdienstleistung, die Teil der Wesentlichen Betreuungsstandards ist, in einem anderen EU-Mitgliedsstaat in Anspruch genommen, so erfolgt die Rückvergütung gemäß der Kriterien zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung laut Richtlinie 2011/24/EU und der staatlichen Regelung für deren Umsetzung."

Art. 4
Freiberuflich tätige Fachärzte

1. Damit festgestellt werden kann, dass es

(medico di medicina generale, rispettivamente pediatra di libera scelta) o di un medico del Servizio sanitario provinciale per una visita specialistica o prestazione di diagnostica strumentale dietro utilizzo del ricettario del Servizio sanitario nazionale; tale prescrizione deve avere una data di rilascio anteriore a quella di emissione della relativa fattura o nota onorario;

c. per le branche specialistiche, per le quali ai sensi del vigente accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale o con i pediatri di libera scelta è previsto l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche senza richiesta del medico curante (branche specialistiche ad accesso diretto), si prescinde dall'obbligo dell' possesso della predetta prescrizione.

2. Ai fini del rimborso delle prestazioni fruite all'estero, previsto dall'articolo 34, comma 1, della legge provinciale n. 7/2001, e successive modifiche, alla relativa fattura o nota onoraria, qualora non redatta in lingua italiana, tedesca o inglese, deve essere allegata una traduzione dei contenuti fondamentali (descrizione della/delle prestazioni) in una delle due lingue provinciali. Tale traduzione può essere effettuata dall'interessato stesso mediante dichiarazione di cui all'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, da un traduttore qualificato o da uno studio di traduzioni professionale.

3. Se una prestazione sanitaria, facente parte dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e prescritta dal medico competente, viene fruita in uno degli altri paesi facenti parte della Comunità europea, il relativo rimborso segue i criteri sull'assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi della direttiva 2011/24/UE e della disciplina statale di recepimento.

Art. 4
Medici specialisti liberi professionisti

1. Al fine di poter stabilire che trattasi di un

sich um einen freiberuflich tätigen Facharzt handelt, muss der Rechnung bzw. Honorarnote eine Erklärung des Facharztes beigelegt werden, aus welcher hervorgehen muss, dass er für die in der Rechnung bzw. Honorarnote angeführten Leistungen nicht mit dem gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst vertragsgebunden ist.

2. Als freiberuflich tätige Fachärzte laut Artikel 34, Absatz 1, des Landesgesetzes Nr. 7/2001, in geltender Fassung, gelten auch die Ärzte laut Artikel 1, Absatz 4, des Gesetzes vom 5. Februar 1992, Nr. 175, bezüglich Bestimmungen über die gesundheitliche Werbung und die Bekämpfung der widerrechtlichen Ausübung der Gesundheitsberufe.
3. Als freiberuflich tätige Fachärzte laut Artikel 34, Absatz 1, des Landesgesetzes Nr. 7/2001, in geltender Fassung, gelten nicht die Krankenhausärzte, welche freiberufliche innerbetriebliche oder außerbetriebliche Tätigkeit in den für den entsprechenden Fachbereich vertragsgebundenen gesundheitlichen Einrichtungen ausüben.

Art. 5

Fachrichtungen und Leistungsarten

1. Es werden die fachärztlichen Visiten und die instrumentaldiagnostischen Leistungen vergütet, welche in einem entsprechenden Verzeichnis enthalten sind.
2. Dieses Verzeichnis wird vom Südtiroler Sanitätsbetrieb für jeden Gesundheitsbezirk in Anlehnung an die auf der eigenen Webseite veröffentlichten nicht dringenden Leistungen mit Vormerkzeiten von mehr als 60 Tagen ausgearbeitet und monatlich auf den geltenden Stand gebracht (dieses Verzeichnis wird ebenfalls auf der Webseite des Südtiroler Sanitätsbetriebes veröffentlicht).
3. Insbesondere enthält dieses Verzeichnis die im Zentralkrankenhaus von Bozen und in den Schwerpunktkrankenhäusern von Meran, Brixen und Bruneck aufgrund folgender Kombinationen gewährbaren Leistungen, deren Vormerkzeiten die 60 Tage überschreiten:
 - für das Verzeichnis des Gesundheitsbezirkes von Bozen:

medico specialista libero professionista, alla fattura o nota onoraria deve essere allegata una dichiarazione del medico specialista, dalla quale deve risultare che per le prestazioni indicate nella fattura o nota onoraria lo stesso non abbia un rapporto contrattuale con il Servizio sanitario nazionale.

2. Quali medici specialisti liberi professionisti di cui all'articolo 34, comma 1, della legge provinciale n. 7/2001, e successive modifiche, valgono anche i medici di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 5 febbraio 1992, n. 175, concernente norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.
3. Quali medici specialisti liberi professionisti di cui all'articolo 34, comma 1, della legge provinciale n. 7/2001, e successive modifiche, non valgono i medici ospedalieri esercenti attività libero-professionale intramuraria o extramuraria presso strutture sanitarie convenzionate per la relativa branca specialistica.

Art. 5

Specialità (branche specialistiche) e tipologie di prestazioni

1. Sono rimborsate le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale contenute in un apposito elenco.
2. Tale elenco è predisposto ed aggiornato mensilmente dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per ciascun Comprensorio sanitario, in appoggio alle prestazioni non urgenti, pubblicate nella propria pagina web, i cui tempi di prenotazione superano i 60 giorni (anche tale elenco è pubblicato nella pagina web dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige).
3. In particolare, tale elenco contiene le prestazioni erogabili presso l'Ospedale centrale di Bolzano e presso gli Ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico, in base alle seguenti combinazioni, i cui tempi di prenotazione superano i 60 giorni:
 - per l'elenco del Comprensorio sanitario di Bolzano:

Krankenhäuser von Bozen, Meran und Brixen;

- für das Verzeichnis des Gesundheitsbezirkes von Meran: Krankenhäuser von Meran, Bozen und Brixen;
- für das Verzeichnis des Gesundheitsbezirkes von Brixen: Krankenhäuser von Brixen, Bozen, Meran und Bruneck;
- für das Verzeichnis des Gesundheitsbezirkes von Bruneck: Krankenhäuser von Bruneck, Brixen und Bozen;

4. Falls für eine Leistung eine Vormerkzeit binnen 60 Tagen bei irgendeiner öffentlichen oder privat vertraggebundenen gesundheitlichen Einrichtung, welche sich im Einzugsgebiet eines Gesundheitsbezirkes befindet, besteht, darf dieselbe Leistungsart, obwohl deren Vormerkzeit im obgenannten eigenen Krankenhaus die 60 Tage überschreitet, nicht in das für diesen Gesundheitsbezirk geltende Verzeichnis aufgenommen werden.

5. Ab dem 1. Tag der Gültigkeit des Verzeichnisses, kann der Bürger die Leistungen innerhalb der nächsten 3 Monate im Rahmen der indirekten fachärztlichen Betreuung beanspruchen. Dazu ist das Ausstellungsdatum der Rechnung bzw. Honorarnote ausschlaggebend.

6. Der in Rechnung gestellter Gesamtbetrag muss mindestens 50,00 € ausmachen.

Art. 6 Vergütbarer Betrag

1. Als vergütbarer Betrag laut Artikel 34, Absatz 4, des Landesgesetzes Nr. 7/2001, in geltender Fassung, gilt der Höchstbetrag von 50,00 € pro Rechnung bzw. Honorarnote.
2. Die Rückvergütung von 50,00 € erfolgt unabhängig, ob der Betreute im öffentlichen Gesundheitsdienst eine Kostenbeteiligung entrichten hätte müssen.
3. Dieser Betrag wird für die Fachrichtungen mit direktem Zugang, einmalig je Fachrichtung, Kalenderjahr und Person vergütet.

Art. 7

ospedali di Bolzano, Merano e Bressanone;

- per l'elenco del Comprensorio sanitario di Merano: ospedali di Merano, Bolzano e Bressanone;
- per l'elenco del Comprensorio sanitario di Bressanone: ospedali di Bressanone, Bolzano, Merano e Brunico;
- per l'elenco del Comprensorio sanitario di Brunico: ospedali di Brunico, Bressanone e Bolzano;

4. Qualora per una prestazione sussista un tempo di prenotazione entro i 60 giorni presso una qualsiasi struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata ubicata entro i confini territoriali di un Comprensorio sanitario, la stessa tipologia di prestazione, sebbene abbia un tempo di prenotazione presso il predetto proprio ospedale di oltre 60 giorni, non può essere inserita nell'elenco valido per tale Comprensorio sanitario.

5. A decorrere dal 1° giorno di validità dell'elenco, il cittadino può usufruire delle prestazioni entro i prossimi 3 mesi nell'ambito dell'assistenza specialistica indiretta. A tal fine fa fede la data di emissione della fattura o nota onoraria.

6. L'importo complessivo fatturato deve essere di almeno 50,00 €.

Art. 6 Importo rimborsabile

1. Quale importo rimborsabile di cui all'articolo 34, comma 4, della legge provinciale n. 7/2001, e successive modifiche, vale l'importo massimo di 50,00 € per fattura o nota onoraria.
2. Il rimborso di 50,00 € avviene indipendentemente dal fatto che l'assistito abbia dovuto versare, nell'ambito del Servizio sanitario pubblico, una partecipazione alla spesa.
3. Per le branche specialistiche ad accesso diretto, tale importo è rimborsato una sola volta per branca specialistica, anno civile e persona.

Art. 7

Fristen für die Einreichung des Antrages um
Vergütung

1. Als Ausschlussfristen laut Artikel 34, Absatz 6, des Landesgesetzes Nr. 7/2001, in geltender Fassung, gilt der Termin von 6 Monaten ab Ausstellungsdatum der entsprechenden bezahlten Rechnung bzw. Honorarnote.

Art. 8
Erhebung der Ausgabe

1. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb sorgt für die Erhebung der Ausgabe je Fachrichtung und legt der Abteilung Gesundheitswesen einen jährlichen Bericht vor.

Termini di presentazione della domanda di
rimborso

1. Quali termini perentori di cui all'articolo 34, comma 6, della legge provinciale n. 7/2001, e successive modifiche, vale il termine di 6 mesi dalla data di emissione della relativa fattura o nota onoraria saldata.

Art. 8
Rilevazione della spesa

1. L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige provvede alla rilevazione della spesa per branca specialistica e presenta una relazione annuale alla Ripartizione Sanità.