

MOBILITA' SANITARIA IN AMBITO COMUNITARIO Regolamenti 883/2004 e 987/2009 VS Direttiva 2011/24/UE

Dipartimento della Programmazione e del Servizio Sanitario Nazionale
Direzione Generale della Programmazione

Rapporti tra i due strumenti

Entrambi gli strumenti legali affondano le proprie radici nella libera circolazione delle persone, in osservanza delle libertà fondamentali dell'UE.

I Regolamenti rientrano nel quadro della libera circolazione dei lavoratori, mentre la Direttiva ricade nell'ambito della libertà di fornire e fruire dei servizi sanitari.

Scopo

Regolamenti 883/2004 e 987/2009:

Garantire che le persone assicurate – principalmente lavoratori – non perdano la protezione previdenziale e di sicurezza sociale in caso di spostamento in un altro Stato membro dell'Unione Europea, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera.

Direttiva 2011/24/UE:

Facilitare l'accesso ad un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di alta qualità, garantire la mobilità dei pazienti e promuovere la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra gli Stati membri dell'Unione Europea, nel rispetto delle competenze nazionali sull'organizzazione dei propri sistemi sanitari.

Campo di applicazione

- **Rationae materiae:**
 - **I Regolamenti** si applicano a tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale riguardanti, nello specifico, alla lett. a) le prestazioni di malattia e lettera f) le prestazioni per infortunio sul lavoro e malattie professionali;
 - **La Direttiva** si applica alle prestazioni di assistenza sanitaria ai pazienti così come fornite all'interno dell'UE, indipendentemente dalle relative modalità di organizzazione, di prestazione e di finanziamento dei singoli Stati membri.

Campo di applicazione

La Direttiva non si applica:

- ai servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine;
- all'assegnazione e all'accesso agli organi ai fini dei trapianti;
- ai programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose.

Campo di applicazione

Rationae personae:

- **I Regolamenti** si applicano ai cittadini di uno Stato Membro, agli apolidi e rifugiati residenti in uno Stato membro che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri, nonché ai loro familiari e superstiti (Articolo 2 del Regolamento (CE) 883/2004).
- **La Direttiva** si applica alle persone, compresi i loro familiari e superstiti, che sono contemplate all'Articolo 2 del Regolamento (CE) 883/2004 e che sono assicurate, come sancito ai sensi dell'Articolo 1(c) del Regolamento stesso.

Campo di applicazione

Cure:

Sia i Regolamenti che la Direttiva si applicano alle cure programmate e non programmate.

Prestatori:

- **I Regolamenti** contemplano solo i prestatori di assistenza sanitaria pubblici o privati convenzionati.
- **La Direttiva** contempla tutti i prestatori di assistenza sanitaria, sia pubblici che privati convenzionati o non.

Cure programmate

Per poter beneficiare di cure programmate in un altro Stato membro ai sensi dei **Regolamenti** di sicurezza sociale, l'autorizzazione preventiva è un requisito necessario. Infatti, in osservanza dell'Articolo 20(1) del Regolamento (CE) 883/2004, le persone assicurate e i loro familiari che si recano in un altro Stato membro, allo scopo di ricevere delle prestazioni in natura durante il soggiorno, devono richiedere un'autorizzazione allo Stato membro competente.

Cure programmate

Invece, per poter beneficiare di cure programmate ai sensi della **Direttiva**, in osservanza dell'Articolo 8(1), lo Stato membro di affiliazione può prevedere un sistema di autorizzazione preventiva unicamente per alcuni casi di assistenza sanitaria transfrontaliera ed esclusivamente nella misura in cui ciò sia necessario e proporzionato rispetto all'obiettivo da conseguire e laddove non costituisca un mezzo di discriminazione o un ostacolo alla libera circolazione dei pazienti.

Pertanto, l'autorizzazione preventiva rappresenta una eccezione per poter ottenere cure programmate in Europa.

Cure programmate

Nello specifico, l'assistenza sanitaria transfrontaliera, che può essere soggetta all'autorizzazione preventiva, è indicata all'Articolo 8(2) della Direttiva ed è limitata alle cure mediche che:

- comportano il ricovero del paziente per almeno una notte; o
- richiedono l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose; o
- richiedono cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione; o
- sono fornite da un prestatore di assistenza sanitaria che, all'occorrenza, potrebbe suscitare preoccupazione quanto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza erogata.

Cure non programmate

Ai sensi dell'Articolo 19(1) del **Regolamento (CE) 883/2004**, le persone assicurate e i loro familiari residenti in uno Stato membro che non sia lo Stato membro competente, hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura che si rendono necessarie per motivi medici nel corso del loro soggiorno in quello Stato.

Queste prestazioni sono erogate, per conto dello Stato membro competente, dallo Stato membro di dimora, in osservanza della legislazione che questi applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù della sua legislazione. Al fine di fornire accesso a tali prestazioni in natura, lo Stato membro competente, in cui risiede la persona assicurata, emette la tessera europea di assicurazione malattia – TEAM (in applicazione dell'Articolo 25(1) del Regolamento (CE) 987/2009)

Cure non programmate

Ai sensi della **Direttiva**, laddove i termini dei Regolamenti siano soddisfatti e i termini e le condizioni degli stessi siano più favorevoli al paziente, si dovrà fare ricorso ai Regolamenti, se non altrimenti richiesto esplicitamente dal paziente. L'esistenza della Direttiva non può, pertanto, essere considerata, in nessun caso, quale motivo sufficiente per rifiutare l'accesso all'assistenza sanitaria alle persone assicurate in possesso di una tessera europea di assicurazione malattia.

Rimborso dei costi

I Regolamenti e la Direttiva definiscono principi diversi per il rimborso dei costi delle cure ricevute in un altro Stato membro.

- Ai sensi dei **Regolamenti**, le persone assicurate e i loro familiari ricevono le cure programmate, se autorizzate preventivamente, senza dover anticipare i costi. La persona riceve le prestazioni in natura nello Stato membro di cura, a nome dello Stato membro competente (Articolo 20(2) del Regolamento (CE) 883/2004).

La procedura di rimborso avrà luogo tra le istituzioni degli Stati membri coinvolti (Articolo 35 del Regolamento (CE) 883/2004) conformemente alle condizioni e alle tariffe vigenti nello Stato membro di cura (Articolo 26(6) del Regolamento (CE) 987/2009). Tuttavia, qualora la persona assicurata abbia sostenuto i costi delle prestazioni in natura, potrà essere rimborsata direttamente nello Stato membro di cura o nello Stato membro competente (Articolo 26(6) del Regolamento (CE) 987/2009).

Rimborso dei costi

- In base alla **Direttiva**, i pazienti devono corrispondere il pagamento delle cure sanitarie transfrontaliere direttamente al prestatore di assistenza sanitaria. Le spese sostenute sono rimborsate ai pazienti dallo Stato membro di affiliazione al loro rientro, se l'assistenza sanitaria erogata è annoverata tra le prestazioni offerte da questo Stato membro (Articolo 7(1)). Il rimborso viene assicurato in base alle condizioni e ai costi che sarebbero stati coperti per quelle stesse cure mediche sul territorio dello Stato membro di affiliazione, senza tuttavia superare il costo effettivo delle cure sanitarie ricevute (Articolo 7(3) e (4) della Direttiva).

Garanzie informative e procedurali

Garanzie informative:

- **I Regolamenti** contengono l'obbligo generale dello Stato membro, di fornire informazioni alle persone assicurate sui loro diritti ai sensi dei Regolamenti, sulle prerogative e procedure che trovano applicazione allorquando decidono di richiedere le prestazioni. Gli Stati membri designano Organismi di collegamento, in conformità con i Regolamenti (Articolo 1(b) del Regolamento (CE) 987/2009), che hanno l'obbligo di rispondere alle richieste in merito all'esercizio dei diritti (si veda l'Articolo 76(4) del Regolamento (CE) 883/2004, secondo comma e l'Articolo 3 del Regolamento (CE) 987/2009)

Garanzie informative e procedurali

L'Articolo 6 della **Direttiva** richiede agli Stati membri di istituire uno o più Punti di contatto nazionali (PCN). Tali PCN devono fornire, ai pazienti che desiderano ricevere cure mediche in un altro Stato membro, informazioni su:

- autorizzazioni (condizioni e procedure);
- cure rimborsabili;
- termini, condizioni e procedure di rimborso dei costi;
- procedure di ricorso, amministrative e giurisdizionali;
- standard e orientamenti di qualità e sicurezza del sistema sanitario nazionale;
- prestatori di assistenza sanitaria (professionisti sanitari, ospedali e altri centri di cura), anche riguardo alla loro autorizzazione a fornire servizi o su eventuali restrizioni a loro carico;
- accessibilità agli ospedali per le persone con disabilità;
- diritti dei pazienti.

Garanzie informative e procedurali

Invece, tutti i prestatori di assistenza sanitaria devono fornire informazioni specifiche sulle cure da loro fornite, e in particolare su:

- opzioni terapeutiche (tipologie di cure disponibili per una determinata malattia);
- disponibilità delle cure (es. liste di attesa);
- qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria da essi fornita;
- tariffe e onorari delle prestazioni sanitarie, dettagliati e comprensibili;
- iscrizione o autorizzazione a fornire prestazioni sanitarie;
- assicurazione o altri mezzi di tutela per la responsabilità professionale in caso di danni.

Garanzie informative e procedurali

Garanzie procedurali:

- L'Articolo 9 della **Direttiva** esplicita che gli Stati Membri devono garantire che le procedure amministrative relative alla fruizione dell'assistenza sanitaria transfrontaliera e al rimborso dei costi della stessa si fondino su criteri obiettivi, non discriminatori, i quali siano altresì necessari e proporzionati all'obiettivo da conseguire.
- Ogni procedura amministrativa deve essere facilmente accessibile e le relative informazioni devono essere rese pubbliche a livello opportuno.
- Gli Stati membri devono stabilire periodi di tempo ragionevoli entro i quali trattare le richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera.
- Gli Stati membri devono, inoltre, garantire che le decisioni relative alla fruizione dell'assistenza sanitaria transfrontaliera e al rimborso siano debitamente motivate e soggette a revisione e possano essere impugnate con ricorso giurisdizionale.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE