

INFORMATIVA MODALITA' DI TARIFFAZIONE DELLE SPESE SANITARIE SOSTENUTE ALL'ESTERO

Gentile Signore/a

Al fine di rendere note le modalità di rimborso delle spese sanitarie sostenute all'estero durante un temporaneo soggiorno, si comunica quanto prevede la normativa comunitaria.

- Il Ministero della Salute con la nota prot. DGRUERI/7560/I.3.b del 30.08.2005 avente ad oggetto: "Art. 34 del Reg. (CEE) 574/72 Assistenza indiretta – Procedura per il rimborso e criteri per la tariffazione", provvedeva a fornire informazioni in merito alle modalità di rimborso ad assistiti italiani di spese per prestazioni usufruite all'estero in forma indiretta mediante l'utilizzo del Modello "E126".
- Il Regolamento (CE) 631/2004, tra l'altro, ha introdotto il nuovo criterio di assistenza con il c.d. "allineamento dei diritti", per cui a tutte le persone assicurate, in caso di temporaneo soggiorno in un altro Stato membro, viene erogato un livello uniforme di assistenza, a prescindere dalla categoria di appartenenza. Pertanto, con la modifica dell'art. 22.1 comma a) del Reg. 1408/71 (temporaneo soggiorno) e degli altri articoli correlati, viene meno l'accesso ai diversi livelli di prestazioni in base alla categoria a cui appartengono le persone e, soprattutto, la distinzione tra "cure immediatamente necessarie" e "cure necessarie". Venendo meno la suddetta distinzione, non si parla più di cure urgenti e quindi l'art. 34 si applica nei casi di richiesta di rimborsi per prestazioni "medicalmente necessarie" erogate in uno Stato dell'U.E.. ai fini del rimborso, la necessità delle prestazioni deve essere valutata dai sanitari del luogo ove quest'ultima è stata erogata. Tale giudizio non può essere sindacato, ma casi particolari (i quali possono apparire come cure programmate "mascherate") possono essere segnalati al Ministero che provvederà a richiedere all'Organismo di Collegamento competente ulteriori informazioni. Poiché il rimborso deve avvenire sulla base delle tariffe applicate dallo Stato estero, l'ASL AL invia all'Istituzione competente o all'Organismo di Collegamento attraverso il Modello "S067" la richiesta di tariffazione, allegando copia della documentazione sanitaria, nonché copia delle fatture relative alle prestazioni pagate. Nel momento in cui perverrà risposta tramite il Modello "S068" con la tariffazione indicata dall'Istituzione estera, l'ASL AL provvederà secondo quanto accertato.
- Il Regolamento U.E. n. 987/2009, in merito al concetto di "prestazioni medicalmente necessarie", cioè coperte dalla T.E.A.M., o Certificato Sostitutivo, chiarisce che si tratta di prestazioni in natura, ossia sanitarie. Non è previsto un "elenco" di dette prestazioni. Queste, infatti, sono individuate di volta in volta da parte del prestatore di cure dello Stato estero di dimora, sulla base di una duplice valutazione effettuata conformemente alla Legislazione vigente nello Stato estero. Detta valutazione tiene conto della "natura della prestazione" e della "durata prevista del temporaneo soggiorno". La valutazione della "durata del soggiorno" si fonda sul principio che la persona assicurata non debba essere costretta a ritornare nello Stato membro competente prima della conclusione del soggiorno, per ricevere le cure necessarie. Indicativamente, le "prestazioni medicalmente necessarie" comprendono non soltanto le prestazioni urgenti ma anche le prestazioni connesse a malattie croniche o preesistenti, nonché connesse alla gravidanza ed al parto, le cure vitali ottenibili solo presso strutture terapeutiche qualificate e/o con apparecchiature e/o personale specializzato, ad esempio: dialisi renale, ossigenoterapia, trattamento speciale dell'asma, ecocardiografia in caso di malattie croniche autoimmunitarie, chemioterapia, ecc.. naturalmente, non esistendo un "elenco" delle "prestazioni

medicalmente necessarie" l'individuazione è rimessa di volta in volta al prestatore di cure. Questa disposizione è mirata a prevenire le così dette "cure programmate mascherate" (dalle cure medicalmente necessarie) che sono quelle dove l'obiettivo dell'andata all'estero è proprio quella di ricevere delle cure. In tale caso le relative spese saranno a carico dell'assistito. Va ricordato, in proposito, che solo il prestatore di cure dell'altro Stato ha il potere di smascherare le cure programmate "mascherate" e richiedere, eventualmente il Formulario "S2" allo Stato competente o fatturare direttamente all'assistito, che provvederà successivamente, eventualmente, alla richiesta di rimborso delle spese.

- L'art. 25 del Regolamento 987/2009, pur confermando le procedure impartite con la nota prot. DGRUERI/7560/I.3.b del 30.08.2005, ha introdotto alcune novità tali da considerare sostituito l'art. 34 del Regolamento 574/72. occorre peraltro precisare che la ratio della norma è sempre quella di effettuare, da parte dell'Istituzione di affiliazione, il rimborso all'assistito che, per un qualsiasi motivo, abbia pagato direttamente una prestazione medicalmente necessaria, sulla base, ovviamente, delle tariffe del luogo del soggiorno.

Si portano di seguito le novità introdotte.

1. Nel caso in cui lo Stato non abbia tariffe nazionali, come ad esempio la SPAGNA, oppure se l'assistito abbia dato il Suo consenso all'utilizzo delle tariffe nazionali, anche la nuova norma prevede l'utilizzo delle tariffe nazionali vigenti nel Paese dell'assistito.
2. il comma 5 dell'art. 25 prevede espressamente la possibilità di richiedere, ove previsto, il rimborso direttamente all'Istituzione del luogo di dimora.
3. dal 1° Maggio 2010 le Tessere Europee (T.E.A.M.) per i pensionati e familiari di lavoratori, vengono emesse dallo Stato che crea il diritto (ad esempio Stato che eroga la pensione). Il rimborso dovrà essere effettuato anche nei confronti delle suddette categorie di assistiti.

Naturalmente, in tutti i casi rimane confermata la facoltà dell'assistito, qualora per qualsiasi motivo non ritenga di dover o voler chiedere il rimborso all'assicurazione estera, di chiedere il rimborso alla propria Azienda Sanitaria, entro tre (3) mesi dalla data del pagamento della spesa.