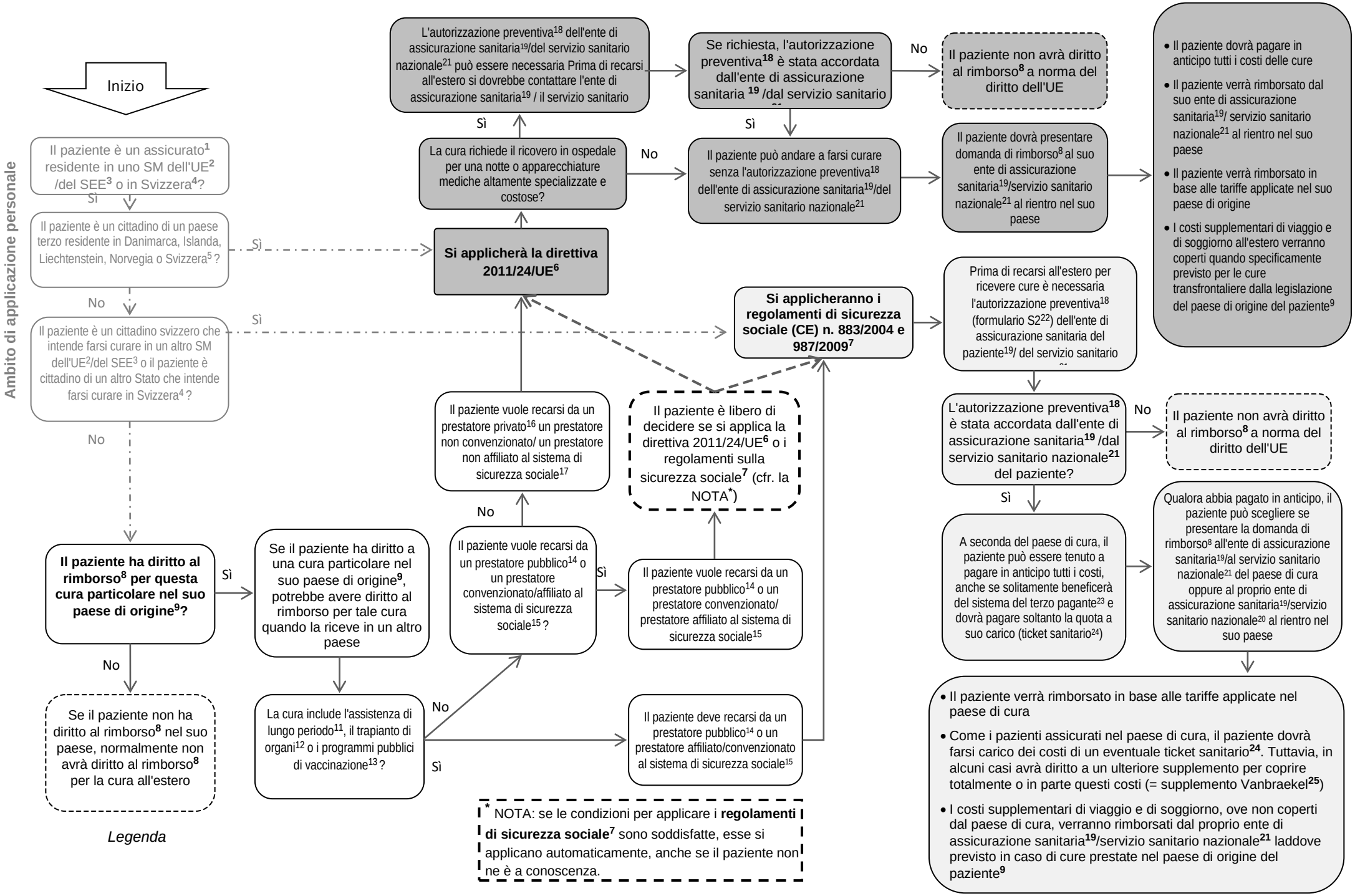
Albero decisionale per i PCN – Cure transfrontaliere programmate

Figura 1. Si applicheranno i regolamenti (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009 relativi alla sicurezza sociale o/e la direttiva 2011/24/UE in caso di assistenza sanitaria transfrontaliera programmata?



= Ambito di applicazione personale

= via della direttiva 2011/24/UE

= via dei regolamenti (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009 relativi alla sicurezza sociale

= Nota: priorità dei regolamenti di sicurezza sociale (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009

! Attenzione: la situazione di seguito illustrata non è contemplata nell'albero decisionale

Quando il paziente lavora in uno Stato membro e risiede in un altro Stato membro avrà diritto all'assistenza sanitaria sia nel suo paese di origine (ovvero lo Stato membro di residenza dove è affiliato al sistema sanitario obbligatorio) sia nello Stato membro di lavoro (ovvero lo Stato membro competente a spese del quale il paziente ha diritto all'assistenza sanitaria nello Stato membro di residenza).
Più specificatamente, la persona assicurata e i suoi familiari hanno diritto all'assistenza sanitaria anche quando soggiornano nello Stato membro competente. Lo Stato membro competente fornirà l'assistenza sanitaria a sue spese, conformemente alla legislazione che esso applica, come se la persona interessata risiedesse in quello Stato membro (art. 18 del regolamento (CE) n. 883/2004). In alcuni Stati membri questo principio continuerà ad applicarsi ai pensionati e ai lavoratori frontalieri pensionati (art. 27 e art. 28 del regolamento (CE) n. 883/2004).
In alcuni Stati membri i familiari di un lavoratore frontaliero sono esclusi da questo regime.

Glossario & spiegazioni:

Ambito di applicazione personale	
[1] Persona assicurata	L'albero decisionale è unicamente applicabile ai dipendenti o ai lavoratori autonomi (attivi o pensionati) e ai loro familiari, che risiedono in uno Stato membro dell'UE[2]/del SEE[3] o in Svizzera[4] e sono soggetti alla legislazione in materia di sicurezza sociale di uno o più di questi Stati. Lo stesso dicasi per i cittadini di paesi terzi e i loro familiari che risiedono legalmente in uno Stato membro dell'UE[2]/del SEE[3] o in Svizzera[4]. (! Nel caso di cittadini di paesi terzi residenti in Danimarca, Islanda, Liechtenstein, Norvegia o Svizzera[5], si applica unicamente la via della direttiva 2011/24/UE[6])
[2] Unione europea (UE)	I 28 seguenti paesi sono membri dell'Unione europea (UE): *Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Ungheria.*
[3] Spazio economico europeo (SEE)	Lo Spazio economico europeo (SEE) comprende, oltre ai 28 Stati membri dell'UE, l'Islanda, il Liechtenstein e la Norvegia.
[4] Svizzera	Poiché la via della direttiva 2011/24/UE[6] esclude la Svizzera, ai sensi della legislazione dell'UE i cittadini svizzeri/i cittadini di paesi terzi (extra UE[2]/del SEE[3]) residenti in Svizzera possono unicamente beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi dei regolamenti (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009 relativi alla sicurezza sociale. Lo stesso dicasi per i cittadini dell'UE[2]/del SEE[3]/i cittadini di paesi terzi (cittadini extra UE[2]/del SEE[3]) che desiderano ricevere cure transfrontaliere in Svizzera. (! Nel caso della Svizzera si applica soltanto la via dei regolamenti di sicurezza sociale).
[5] Cittadini di paesi terzi residenti	I cittadini di paesi terzi (cittadini extra UE[2]/del SEE[3]) residenti in Danimarca, Islanda, Liechtenstein, Norvegia o Svizzera, sono esclusi dai regolamenti (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009 relativi alla sicurezza sociale[7]. (! Nel caso di cittadini di paesi terzi in Danimarca, Islanda, Liechtenstein, Norvegia o Svizzera si applica soltanto la via della direttiva 2011/24/UE[6]).
Diritto dell'UE	
[6] Direttiva 2011/24/UE	La direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.
[7] Regolamenti di sicurezza sociale (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009	- Il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. - Il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.
Glossario	
[8] Rimborso	Rimborso di un paziente da parte del servizio sanitario nazionale/regime nazionale di assicurazione malattia per prestazioni sanitarie coperte dal regime di sicurezza sociale.
[9] Paese di origine	Il paese ai sensi della cui legislazione e al cui sistema di sicurezza sociale l'assicurato risulta iscritto (Stato membro di residenza) per conto o meno di un altro Stato membro (ossia lo Stato membro competente[10]).

[10] Stato membro competente	Lo Stato membro al cui sistema di sicurezza sociale il paziente interessato è iscritto al momento della cura transfrontaliera o per conto del cui sistema di sicurezza sociale il paziente interessato è iscritto al momento della cura transfrontaliera.
[11] Assistenza a lungo termine	Servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza (diversa da quella medica) nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine (ad esempio le case di cura).
[12] Trapianto di organi	L'assegnazione di organi e l'accesso agli stessi a scopo di trapianto (escluso l'effettivo intervento chirurgico di trapianto).
[13] Programmi pubblici di vaccinazione	Programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose, volti esclusivamente a proteggere la salute della popolazione nel territorio di uno Stato membro, e subordinati ad una pianificazione e a misure di attuazione specifiche.
[14] Prestatore di assistenza sanitaria pubblico	Prestatore di assistenza sanitaria che lavora nell'ambito del servizio sanitario nazionale[21]/del regime di assicurazione sanitaria obbligatoria[20].
[15] Prestatore di assistenza sanitaria convenzionato/prestatore di assistenza sanitaria affiliato al sistema di sicurezza sociale	Prestatori di assistenza sanitaria pubblici[14] che lavorano nell'ambito del servizio sanitario nazionale[21]/del regime di assicurazione sanitaria obbligatoria[20], e in alcuni Stati membri i prestatori privati che hanno il diritto di fornire i servizi sanitari coperti dal servizio sanitario nazionale[21]/dal regime di assicurazione sanitaria obbligatoria[20].
[16] Prestatore di assistenza sanitaria privato	Prestatore di assistenza sanitaria che lavora in maniera indipendente dal servizio sanitario nazionale[21]/dal regime di assicurazione sanitaria obbligatoria[20].
[17] Prestatore di assistenza sanitaria non convenzionato/prestatore di assistenza sanitaria non affiliato al sistema di sicurezza sociale	Prestatori di assistenza sanitaria privati[16] che lavorano nel settore sanitario privato e non hanno diritto a fornire i servizi sanitari coperti dal servizio sanitario nazionale[21]/dal regime di assicurazione sanitaria obbligatoria[20].
[18] Autorizzazione preventiva	L'autorizzazione che i pazienti devono ottenere dal loro servizio sanitario nazionale[21]/dal loro ente di assicurazione sanitaria[19] prima di recarsi all'estero per garantirsi il rimborso della cura transfrontaliera.
[19] Ente di assicurazione sanitaria	Fornitore di un'assicurazione sanitaria nel quadro del regime di assicurazione sanitaria obbligatoria[20] (ad esempio, fondo di assicurazione malattia; compagnia di assicurazione malattia).
[20] Assicurazione sanitaria nazionale/assicurazione sanitaria obbligatoria	L'assicurazione sanitaria obbligatoria è il sistema di finanziamento all'interno del regime di sicurezza sociale che copre i cittadini di un determinato paese dalle spese per assistenza sanitaria.
[21] Servizio sanitario nazionale o sistemi di assistenza sanitaria articolati su un servizio sanitario nazionale	Sistemi di assistenza sanitaria gestiti a livello statale responsabili dell'erogazione a tutti i cittadini nazionali di prestazioni sanitarie a finanziamento pubblico (ad es. il servizio sanitario nazionale britannico).
[22] Formulario S2	Prova che attesta il possesso dell'autorizzazione preventiva rilasciata dall'autorità del proprio servizio sanitario nazionale[21]/dall'ente nazionale per l'assicurazione sanitaria[20] per ricevere cure transfrontaliere programmate, ai sensi dei regolamenti di sicurezza sociale (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009[7] (vecchio modulo E112).
[23] Sistema del terzo pagante	Per sistema del terzo pagante si intende la liquidazione diretta del prestatore di assistenza sanitaria da parte del servizio sanitario nazionale[21]/ dell'ente nazionale per l'assicurazione sanitaria[20] competente. In virtù di questo sistema, il paziente accede alle cure gratuitamente sul posto sostenendo soltanto la propria parte delle spese (ticket sanitario).

[24] Ticket sanitario	Un costo vivo di importo predeterminato non soggetto a copertura da parte del servizio sanitario nazionale[21]/dell'assicurazione sanitaria nazionale[20], che l'assicurato deve sostenere personalmente pagandolo direttamente al prestatore di assistenza sanitaria/all'ospedale o a un altro ente, per i servizi sanitari ricevuti; in altre parole, la quota a carico del paziente delle spese mediche.
[25] Supplemento Vanbraekel	Il supplemento Vanbraekel prevede un ulteriore indennizzo nel caso in cui il paziente abbia effettivamente sostenuto totalmente o in parte le spese mediche (ticket sanitario[24]) delle cure transfrontaliere per le quali disponeva di autorizzazione preventiva[18] (formulario S2[22]) e laddove la tariffa di rimborso all'estero sia inferiore all'importo che l'istituzione competente avrebbe dovuto rimborsare qualora il medesimo trattamento fosse stato erogato nello Stato membro del paziente. In tal caso, il servizio sanitario nazionale[21]/l'ente di assicurazione sanitaria[19] competente è tenuto a rimborsare al paziente, su richiesta, le spese sostenute a concorrenza della differenza fra le due tariffe di rimborso (senza superare l'importo delle spese effettivamente sostenute dal paziente) [articolo 26, paragrafo 7, del regolamento (CE) n. 987/2009].