

LEGA NORD

per l'Indipendenza della Padania



UFFICIO POLITICO FEDERALE

DIPARTIMENTO
WELFARE E SALUTE

PRIMA
IL NORD!

INFORMAZIONI GENERALI SUI SERVIZI SANITARI DI ALCUNI PAESI EUROPEI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI TICKET

(07.08.13)

Responsabile Dipartimento: FABIO RIZZI

Referente Tecnico: FABRIZIO SPINNATO



INDICE

BELGIO.....	PAG. 3
DANIMARCA.....	PAG. 6
FINLANDIA.....	PAG. 8
FRANCIA.....	...PAG. 11
GERMANIA.....	PAG. 13
ISLANDA.....	PAG. 16
NORVEGIA.....	PAG. 18
P.BASSI.....	PAG. 20
PORTOGALLO.....	PAG. 23
R.UNITO.....	PAG. 25
SPAGNA.....	PAG. 27
SVEZIA.....	PAG. 29
SVIZZERA.....	PAG. 31

BELGIO

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

L'assicurazione malattia copre tutte le persone che risiedono in Belgio:

- i lavoratori,
- i disoccupati,
- i pensionati,
- i lavoratori autonomi,
- il personale del settore pubblico,
- gli invalidi,
- i disabili,
- i lavoratori domestici,
- gli studenti,
- i soggetti registrati in Belgio quali persone fisiche nonché i soggetti a loro carico.
- chi è iscritto a una cassa malattia;
- Chi ha versato contributi in misura non inferiore a un importo minimo fissato.

Le persone a carico aventi diritto sono il coniuge, il convivente, i figli di età inferiore ai 25 anni (6 categorie) e gli ascendenti (in alcuni casi i suoceri) il cui reddito professionale o di sostituzione risulta inferiore a 2.265,49 EUR a trimestre.

Rischi coperti

Il costo delle prestazioni che includono prevenzione e assistenza sanitaria è rimborsato in base a tariffe ufficiali.

Cure mediche e dentistiche

In linea di principio, la cassa malattia rimborsa dal 60% al 75% della somma pagata per prestazioni sanitarie quali visite e consulti presso medici generici e specialisti.

Le cure dentali comprendono trattamenti preventivi e conservativi, estrazioni, protesi e trattamenti ortodontici. È previsto un rimborso dei costi relativi a trattamenti, dentiere, ecc.

Medicinali prescritti

Per quanto concerne i prodotti farmaceutici prescrivibili dal medico (ricetta medica), il lavoratore dovrà pagare un importo per ogni ricetta.

Questa prestazione varia a seconda del prodotto. La quota del costo dei medicinali rimborsata dalla cassa malattia varia a seconda della classe di appartenenza dei farmaci (A, B, C, Cs, Cx o medicinali preparati dal farmacista). Solitamente il lavoratore paga al farmacista che esegue la prescrizione solo la quota di costo che non viene rimborsata dalla cassa malattia, sempreché l'interessato sia in possesso di una ricetta medica.

In ospedale i pazienti pagano 0,62 EUR al giorno per i medicinali. Per quanto riguarda il rimborso dei costi di medicinali preparati dal farmacista, la quota massima stabilita corrisponde a 1,15 o a 2,30 EUR per ogni assicurato. Per coloro che beneficiano del regime preferenziale è prevista una riduzione.

Servizi ospedalieri

Il lavoratore subordinato contribuisce con una quota fissa all'atto del ricovero e, successivamente, con una quota fissa per ogni giorno di degenza (14,71 EUR al giorno). Oltre a ciò, contribuirà con una diaria fissa per il costo dei medicinali che gli sono stati somministrati durante il ricovero.

In caso di pazienti ricoverati in una clinica psichiatrica da oltre cinque anni, l'importo equivale a 24,52 EUR al giorno. Il fondo di assicurazione offre un contributo fisso per case di riposo per

anziani, case protette, case di cura, cliniche psichiatriche e strutture di assistenza diurna. Il costo di ammissione è di 41,98 EUR.

È prevista una riduzione per i figli a carico di beneficiari ordinari, per persone che beneficiano del regime preferenziale e per soggetti che nell'arco di dodici mesi risultano disoccupati non coniugati o disoccupati con familiari a carico. La riduzione si applica anche ai loro familiari.

Fisioterapia e assistenza infermieristica

Le spese per le cure fisioterapiche vengono rimborsate solo se prescritte dal medico. Di norma la cassa malattia rimborsa fino al 60% delle spese sostenute per il fisioterapista.

La cassa malattia rimborsa il 75% delle spese sostenute per l'assistenza infermieristica a coloro che non beneficiando del regime preferenziale che si rivolgono a un fornitore di prestazioni sanitarie non convenzionato.

Protesi, occhiali, apparecchi acustici

Il rimborso totale o parziale dipende dal tipo di prestazione e dal beneficiario ed è stabilito tramite accordo.

Altri benefici

Possono essere offerte altre prestazioni, come stabilito nello statuto di una cassa assicurativa.

Per alcuni trattamenti costosi non inclusi nell'elenco ufficiale delle prestazioni rimborsabili è prevista la fornitura di un contributo da parte di un fondo speciale di solidarietà dell'Istituto nazionale di assicurazione malattia - invalidità (*Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité/Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – INAMI/RIZIV*).

Rimborsi di quote superiori

Per taluni assicurati nonché per le persone a loro carico sono previsti, in considerazione della loro situazione finanziaria particolare, rimborsi superiori da parte della cassa malattia. Rientrano in questa fattispecie pensionati, vedovi, orfani, invalidi, persone che percepiscono assegni per disabili, beneficiari di assistenza sociale, ecc.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Cure mediche e dentistiche

Di norma è possibile rivolgersi direttamente al medico o al dentista di propria scelta, al quale dovranno essere pagati gli onorari. I medici possono essere iscritti all'Ordine (*Ordre des médecins/Orde der geneesheren*) e ottenere il riconoscimento del ministro della Pubblica sanità (*Ministre de la Santé publique/Minister van Volksgezondheid*). Tuttavia, non è possibile scegliere liberamente tra le due forme di prestazioni.

Le spese mediche saranno rimborsate in seguito, su presentazione di un attestato rilasciato dal medico o dal dentista comprovante le cure prestate. Se la visita viene effettuata presso lo studio di un medico o di un dentista che non pratica le tariffe ufficiali (non convenzionato), la somma eccedente le tariffe è a carico dell'interessato. A richiesta, la cassa malattia fornisce l'elenco dei medici e dentisti convenzionati che applicano le tariffe ufficiali.

Medicinali prescritti

Solitamente il lavoratore paga al farmacista che esegue la prescrizione solo la quota di costo che non viene rimborsata dalla cassa malattia.

Servizi ospedalieri

Se è necessario il ricovero in ospedale, va anzitutto presentata la domanda alla cassa malattia, che fornirà tutte le informazioni sulle modalità di ricovero. Non è necessario seguire tale prassi per i ricoveri d'urgenza.

DANIMARCA

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Hanno diritto alle prestazioni in natura in caso di ricovero ospedaliero e di maternità e alle prestazioni dell'assicurazione malattia tutti i cittadini residenti in Danimarca.

In caso di trasferimento in Danimarca occorre registrarsi presso l'anagrafe del comune di residenza. Ciò dà diritto all'iscrizione automatica all'assicurazione malattia, alle cure mediche e al rilascio di una tessera sanitaria.

Rischi coperti

Prestazioni dell'assicurazione malattia

Si ha diritto alle seguenti prestazioni:

- cure del medico generico di vostra scelta;
- cure dello specialista dietro prescrizione del medico curante;
- determinate cure dentistiche;
- cure fisioterapiche dietro prescrizione medica;
- trattamento chiropratico;
- podologia per determinati gruppi di pazienti dietro prescrizione medica;
- psicoterapia per determinati gruppi di pazienti dietro prescrizione medica;
- medicinali; preparati nutritivi dietro prescrizione medica.

Le cure prestate dal medico generico e dallo specialista sono gratuite per le persone del gruppo 1.

L'assicurazione malattia copre parzialmente il costo di ulteriori prestazioni, in base al tariffario fissato di concerto con le associazioni dei medici.

L'entità del rimborso per i medicinali dipende dalle spese annuali complessive sostenute per i farmaci che danno diritto a risarcimento. Non sono previsti rimborsi se le spese annuali complessive sono inferiori a 890 DKK (120 EUR). Il rimborso aumenta gradatamente: è pari al 50% per le spese comprese fra 890 (120 EUR) e 1.450 DKK (195 EUR), al 75% per le spese fra 1.450 (195 EUR) e 3.130 DKK (421 EUR) e all'85% per quelle superiori a 3.130 DKK (421 EUR).

Per i ragazzi di età inferiore ai 18 anni i medicinali rimborsabili sono sempre risarciti per almeno il 60% dell'importo.

Cure ospedaliere

Se si deve fare ricorso a cure ospedaliere si può liberamente scegliere tra tutti gli ospedali pubblici del paese in grado di erogare la terapia necessaria. Le cure sono gratuite. Nella maggioranza dei casi il ricovero in ospedale viene fatto dietro prescrizione medica, a meno che non si tratti di infortunio o malattia grave.

In caso di gravidanza e parto si ha diritto a esami preventivi gratuiti da parte di un medico o di un'ostetrica. Il parto in ospedale o presso altro istituto pubblico e l'assistenza ostetrica a domicilio sono gratuiti.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Esistono due tipi di copertura sanitaria e si può decidere se si desidera appartenere al gruppo uno o al gruppo due. Si può passare da un gruppo all'altro una volta all'anno.

Gli assistiti del gruppo 1 vengono assegnati a un determinato medico generico convenzionato con la cassa malattia. Normalmente vengono esentati dalle cure mediche specialistiche solo se inviati dallo specialista su prescrizione del medico curante.

Gli assistiti del gruppo 2 possono scegliere il medico curante e lo specialista. Dall'assicurazione malattia ricevono una sovvenzione corrispondente all'importo che la cassa dovrebbe versare per una cura analoga di un paziente del gruppo 1. Il medico stabilisce il proprio onorario.

I ragazzi di età inferiore ai 16 anni hanno lo stesso medico e lo stesso tipo di copertura sanitaria dei genitori o tutori.

Ricorsi

In caso di vertenza su una decisione è possibile presentare ricorso entro quattro settimane dalla notifica presso l’Agenzia nazionale per la difesa dei diritti dei pazienti e per i reclami (*Patientombudet*).

E possibile richiedere ulteriori informazioni all’Agenzia nazionale per la difesa dei diritti dei pazienti e per i reclami.

FINLANDIA

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

La responsabilità di base relativa all'offerta dei servizi sanitari è affidata alle autorità locali. Tutti i residenti dei comuni hanno diritto all'assistenza sanitaria. Oltre ai servizi sanitari pubblici sono previsti servizi sanitari privati.

I lavoratori subordinati e quelli autonomi sono ugualmente coperti da assicurazione in determinati casi, anche se non risiedono in Finlandia in modo permanente.

Rischi coperti

Servizio sanitario pubblico

Gli enti locali sono responsabili dei servizi sanitari e la legge stabilisce quali servizi essi debbano fornire. Il comune può organizzare da solo questi servizi, insieme ad altri comuni o acquistandoli da un altro fornitore pubblico o privato. Tali servizi comprendono l'educazione sanitaria e le visite mediche, le cure mediche, i servizi di rieducazione (che non sono di competenza di un altro sistema), i servizi di salute mentale, il trasporto dei pazienti, le cure dentistiche, i servizi di orientamento, la medicina scolastica, universitaria e la medicina del lavoro, nonché gli esami sistematici e di screening.

Assicurazione malattia

L'assicurazione malattia rimborsa essenzialmente i farmaci prescritti nell'ambito di servizi ambulatoriali e i costi di trasporto necessari sostenuti in caso di malattia; eroga altresì prestazioni in denaro per malattia, maternità e paternità.

Il regime di assicurazione malattia rimborsa altresì i servizi sanitari del settore privato, specialmente parte degli onorari dei medici privati, il costo dell'assistenza privata ospedaliera e medica, compresi i costi delle cure odontoiatriche, dei trattamenti terapeutici, degli interventi di fisioterapia, degli esami psicologici e delle analisi di laboratorio.

I preparati dietetici speciali prescritti per il trattamento di patologie gravi e le pomate per la cura di patologie cutanee croniche sono anch'essi interamente rimborsati.

Le spese di trasporto sono rimborsate con riferimento all'importo eccedente il ticket sanitario forfetario per ogni tragitto. Lo spostamento effettuato può essere il tragitto percorso per sottoporsi alle cure oppure la visita domiciliare del medico specializzato. Se le spese di trasporto superano la franchigia annuale nel corso di un anno di calendario, la parte eccedente viene rimborsata per intero.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Servizio sanitario pubblico

I servizi sanitari pubblici vengono dispensati principalmente da ospedali, ambulatori e altre strutture pubbliche e si rivolgono innanzitutto ai residenti del comune interessato. Negli ambulatori, le cure sono erogate da medici generici. Ove necessario, il medico del servizio pubblico o un medico privato prescrive al paziente la visita di uno specialista che esercita in ospedale. In caso di emergenza, è possibile rivolgersi direttamente all'ospedale senza la previa consultazione del medico generico.

I pazienti possono usufruire dei servizi sanitari anche al di fuori del proprio comune di residenza se soggiornano regolarmente o a lungo termine presso un'altra municipalità, ad esempio per motivi di lavoro, attività ricreative, assistenza a un parente stretto o altri motivi simili. Il paziente è tenuto a informare il centro sanitario attivo presso l'altro comune dei servizi di cui necessita almeno tre settimane antecedenti alla prima visita. Egli, inoltre, deve avere un piano di assistenza formulato dal centro sanitario del comune di residenza, in cui vengano stabiliti i servizi cui il paziente ha diritto

presso un altro ambulatorio. Questo piano viene richiesto per l'erogazione di servizi non urgenti. La possibilità di ricevere servizi presso un comune qualsiasi viene riconosciuta anche in casi di emergenza.

Inoltre, una volta all'anno, il paziente può anche cambiare il proprio centro sanitario all'interno del comune di residenza o l'area di cooperazione. Tre settimane antecedenti alla prima visita, egli è tenuto a comunicare il cambiamento sia al nuovo, sia al vecchio centro sanitario. È altresì possibile scegliere l'unità sanitaria specializzata in una cosiddetta area di responsabilità formata da distretti ospedalieri limitrofi. Il paziente sceglie l'unità per l'assistenza sanitaria specializzata insieme al medico che prescrive le cure.

Le cure urgenti sono somministrate al paziente immediatamente, mentre, per quanto riguarda i trattamenti non urgenti, i termini della prestazione sono fissati dalla legge. Gli ambulatori devono essere contattabili direttamente durante l'orario di apertura. Il trattamento di cui necessita il paziente può spesso essere valutato attraverso una semplice telefonata; in tal caso l'interlocutore può essere un operatore sanitario diverso da un medico. Laddove le cure necessarie richiedano una visita in ambulatorio, questa dovrà essere effettuata entro tre giorni dalla conversazione telefonica. Le cure prestate in ambulatorio iniziano di norma dalla prima visita del paziente e, se ciò non è possibile, il trattamento dev'essere proposto entro e non oltre tre mesi. I pazienti che si rivolgono ad un ospedale devono essere visitati entro tre settimane dal ricevimento della richiesta della loro presa a carico. Se gli accertamenti evidenziano la necessità di cure ospedaliere per il paziente, queste devono essere prestate al più tardi entro sei mesi dall'effettuazione degli esami. I trattamenti ritenuti necessari per i bambini e i giovani in materia di salute mentale devono essere prestati entro tre mesi. Ogni cura dentistica ritenuta necessaria deve essere prestata entro un tempo ragionevole, al più tardi entro sei mesi.

In linea di massima, gli ambulatori finlandesi richiedono un contributo sanitario. Il paziente che si sottopone ad un trattamento ambulatoriale in ospedale è tenuto a pagare una cifra forfetaria, mentre i pazienti ricoverati pagano una somma forfetaria. Le prestazioni di chirurgia ambulatoriale ammontano a 89,90 EUR al giorno.

In caso di malattia di lunga durata, le spese sono essenzialmente stabilite in base al reddito.

I servizi per cui il paziente ha già versato un determinato importo nell'arco di 12 mesi sono gratuiti oltre tale tetto massimo. Per prestazioni di breve durata (meno di tre mesi) l'ospedale può tuttavia chiedere una cifra forfetaria. Può essere presentata richiesta di rettifica di una fattura di cure mediche alla Commissione sanitaria comunale o all'ente corrispondente o, ancora, all'organo che ha prescritto le cure mediche specialistiche.

Può essere presentata richiesta di rettifica per iscritto di una fattura di cure mediche alla Commissione sanitaria comunale o all'ente corrispondente o, ancora, all'organo che ha prescritto le cure mediche specialistiche entro 14 giorni dalla notifica della fattura all'interessato.

Il paziente può sporgere reclamo al direttore della struttura sanitaria o dell'ospedale interessato per qualsiasi altra questione relativa all'assistenza medica e ospedaliera o al trattamento erogato. Il paziente può altresì sporgere reclamo alle autorità di sorveglianza delle strutture mediche e ospedaliere.

Assicurazione malattia

Il rimborso degli onorari, degli esami e delle cure si basa su un tariffario convenzionale, che indica la quota di onorario che l'Istituto per le assicurazioni sociali trattiene come base di rimborso. Per gli onorari dei medici viene rimborsato il 60% della tariffa convenzionale. Per le cure e gli esami è previsto un rimborso del 75% dei costi eccedenti il ticket sanitario, secondo un tariffario di spese. In pratica, però, il rimborso equivale alla quota più bassa dei costi effettivi.

Gli onorari dei dentisti, gli esami, i farmaci prescritti e le spese di trasporto connesse vengono rimborsati secondo quanto previsto per le cure prescritte o prestate da un medico.

L'assicurazione malattia rimborsa parte del costo o l'intero costo rimborsabile dei farmaci prescritti dal medico nell'ambito del trattamento. I rimborsi per i farmaci si effettuano sulla base di tre fasce

di indennizzo e il rimborso è calcolato per ciascun prodotto in percentuale delle spese farmaceutiche. Il paziente deve pagare il ticket per ogni farmaco appartenente alla fascia di rimborso speciale superiore, mentre non è previsto un ticket per i prodotti appartenenti alla fascia base e alla fascia speciale inferiore.

Il rimborso di base dei farmaci acquistati dietro prescrizione medica ammonta al 42% del costo del farmaco. Per talune patologie gravi e di lunga durata viene rimborsato il 72% o il 100% dell'importo eccedente il ticket sanitario a carico dell'assicurato. Le spese farmaceutiche a carico degli assistiti hanno un tetto massimo annuo. Oltre a tale tetto, il paziente paga solo un ticket sanitario EUR per prodotto.

La domanda di rimborso delle spese mediche deve essere fatta entro sei mesi dal pagamento degli onorari o delle cure.

Le decisioni sulla tutela contro la disoccupazione dell'Istituto per le assicurazioni sociali o della cassa di assicurazione contro la disoccupazione sono impugnabili presso l'ufficio di tale ente o presso la cassa che l'ha emessa; se in questa fase non vi sono i requisiti previsti per procedervi, il ricorso viene esaminato dalla Commissione di ricorso delle assicurazioni sociali, la cui decisione è impugnabile dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali.

FRANCIA

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Ha diritto alle prestazioni sanitarie chi svolge un'attività lavorativa (subordinata o autonoma) o risiede stabilmente e regolarmente in Francia, e le persone a suo carico.

Criteri di ammissibilità

Il diritto si basa in primo luogo e principalmente su un criterio professionale o assimilato. Il riconoscimento è subordinato alla presenza dei seguenti requisiti preliminari: percentuali di ore lavorate o importi di contributi versati. Le persone che non soddisfano più i requisiti previsti per rientrare in un regime di previdenza sociale come assicurati o come aventi diritto continuano a beneficiare del diritto alle prestazioni in natura del regime precedente per un anno, salvo che non soddisfino nuovamente i requisiti previsti per rientrare in un regime obbligatorio.

Le altre persone, iscritte al regime generale secondo il principio della residenza, sono tenute o meno, a seconda del loro reddito, al versamento del contributo specifico (CMU).

In materia di prestazioni sanitarie, il regime generale copre l'85% dei lavoratori subordinati del settore privato, nonché dei funzionari e di coloro che risiedono stabilmente e regolarmente in Francia e che, peraltro, non beneficiano di alcuna copertura assicurativa. Le prestazioni in natura corrisposte agli assicurati del regime agricolo e del regime dei lavoratori autonomi non agricoli sono allineate con le prestazioni del regime generale.

Rischi coperti

L'assicurato e le persone a suo carico (coniuge, figli che abbiano meno di 20 anni, convivente, persona a carico che vive presso il domicilio dell'assicurato, ecc.) hanno diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie.

I diversi regimi generali coprono circa il 75% delle spese mediche dei nuclei familiari.

Una parte dei costi, vale a dire il "ticket modérateur", è a carico del paziente, sebbene, in alcuni casi, possa esserne esentato, in particolare se affetto da patologie riportate nell'elenco delle malattie che necessitano di cure prolungate e terapie particolarmente costose. Questo contributo a carico del paziente sarà più elevato qualora questi non si attenga al cosiddetto "percorso di cura" (parcours de soins).

Oltre al ticket sono a carico del paziente: il ticket forfettario per interventi medici di grave entità (forfait actes lourds); il ticket forfettario per ciascun intervento medico (participation forfaitaire sur les actes médicaux) e le spese mediche extra (franchise médicale) sui medicinali, gli interventi paramedici e i trasporti in ambulanza.

Copertura complementare

Se il datore di lavoro/la società non offre un'assicurazione complementare collettiva, è possibile stipulare un'assicurazione complementare con una mutua, un ente di previdenza o una compagnia di assicurazioni per coprire completamente o parzialmente la parte di spese sanitarie non rimborsata dal regime obbligatorio.

Se il soggetto interessato dispone di scarse risorse economiche, potrà beneficiare gratuitamente di una copertura sanitaria generale complementare (couverture maladie universelle complémentaire), che gli consentirà di essere completamente coperto senza alcun obbligo di pagamento anticipato. Infine, nel caso in cui le risorse economiche dell'interessato superino di poco la soglia che dà diritto a tale copertura sanitaria, questi potrà usufruire di un aiuto economico che andrà a compensare in parte il costo di tale copertura sanitaria complementare.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Ogni paziente di età superiore ai 16 anni è tenuto a scegliere un medico curante che lo guiderà nel percorso di cure e che ne coordinerà la scheda medica personale. Queste misure non riguardano i minori di 16 anni. Il medico curante può essere un medico generico o uno specialista; è sufficiente che l'interessato accetti l'incarico. È possibile cambiare medico effettuando una nuova dichiarazione alla cassa di assicurazione malattia.

Il medico curante aggiorna la scheda medica e prescrive gli accertamenti medici complementari ovvero indirizza il paziente a un altro medico — il medico corrispondente — o a un servizio ospedaliero ovvero, ancora, a un altro operatore sanitario (massaggiatore cinesiterapista, infermiere, ecc.). Le prestazioni mediche sono rimborsate al tasso normale se somministrate o prescritte dal medico curante, poiché ciò significa che rientrano nel percorso di cure coordinate.

Invece, se il paziente non dichiara di aver scelto un medico curante o se consulta direttamente un medico specialista, il rimborso sarà inferiore e l'importo delle spese a carico dell'interessato sarà maggiore rispetto a quello a cui avrebbe avuto diritto se si fosse rivolto al medico curante.

Tuttavia, in caso di emergenza, di assenza del medico curante o del suo sostituto e di allontanamento dal proprio domicilio, il paziente è autorizzato consultare un altro medico. Inoltre, ginecologi, oculisti e psichiatri possono essere consultati direttamente senza l'intervento del medico curante. Il medico consultato, in ogni caso, specificherà la situazione particolare del paziente nella feuille de soins (descrizione delle prestazioni mediche fornite).

Pagamento delle prestazioni

L'assicurato dovrà pagare le parcelle direttamente al professionista sanitario ed esibire la propria carte vitale, vale a dire la tessera sanitaria magnetica che certifica i diritti alle prestazioni e che viene assegnata a tutte le persone di età superiore ai 16 anni, contenente tutte le informazioni amministrative necessarie al rimborso delle cure.

Ciò consente al medico di predisporre una dichiarazione delle cure prestate (feuille de soins) in formato elettronico, che verrà inviata direttamente per via telematica alla cassa malattia competente. La suddetta procedura accelera i tempi di rimborso. Se il medico non è attrezzato per l'uso della tessera sanitaria magnetica, egli redigerà la dichiarazione su carta e l'interessato dovrà trasmetterla alla propria cassa malattia.

La cassa malattia di competenza rimborserà gli onorari in base alla quota fissa autorizzata (tarif de responsabilité). Talune azioni o trattamenti speciali richiedono il previo consenso della cassa di assicurazione malattia e spetterà al medico informare il paziente della necessità di presentare la relativa richiesta.

I farmaci devono essere prescritti dal medico. È anche possibile, presentando la tessera sanitaria, corrispondere al farmacista soltanto la parte di spesa a carico dell'assicurato. In tal caso, la cassa di assicurazione malattia competente verserà al farmacista l'importo scoperto (tiers payant pharmaceutique).

Ricovero

Il lavoratore può farsi ricoverare in qualsiasi ospedale di sua scelta; tuttavia, se si tratta di una struttura privata riconosciuta ma non convenzionata, dovrà anticipare tutte le spese. Per maggiori informazioni è opportuno contattare la cassa malattia di appartenenza.

Nel caso in cui le spese ospedaliere siano rimborsate al 100%, l'assicurato verserà un importo forfetario giornaliero per ogni giorno di ricovero in ospedale o in una struttura medico-sociale (forfait journalier). Tuttavia, sono esonerate da tale pagamento alcune categorie di persone, in particolare le donne negli ultimi 4 mesi di gravidanza e i neonati, i minori disabili, i giovani disabili che frequentano istituti speciali di formazione professionale o di istruzione, e le persone in cura a causa di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale e i beneficiari della copertura sanitaria generale.

GERMANIA

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Tutti i cittadini (tranne quelli con un reddito superiore al tetto massimo per l'assicurazione obbligatoria di 50.850 EUR) hanno l'obbligo di iscriversi all'assicurazione sanitaria obbligatoria o privata.

Hanno diritto alle prestazioni:

- coloro che svolgono un'attività retribuita e che seguono corsi di formazione professionale, compresi gli apprendisti;
- i pensionati purché abbiano maturato i periodi contributivi previsti;
- disoccupati che beneficiano di indennità di disoccupazione;
- i disabili che lavorano in laboratori protetti;
- coloro che prendono parte a corsi di riabilitazione professionale e coloro che vengono formati per poter svolgere alcune mansioni in particolari enti di formazione che offrono assistenza ai giovani (Jugendhilfe);
- gli studenti che frequentano scuole superiori riconosciute;
- gli agricoltori e i membri della famiglia che prestano loro assistenza;
- gli artisti e gli scrittori;
- coloro che non hanno diritto a ricevere servizi di assistenza sanitaria (a determinate condizioni).

Non è richiesto alcun periodo minimo di iscrizione.

Rischi coperti

Esami preventivi

Per la diagnosi precoce delle malattie, il lavoratore e i suoi familiari hanno diritto ai seguenti esami medici preventivi:

- esami per la diagnosi precoce delle patologie dell'infanzia fino al termine del sesto e del decimo anno;
- esami annuali di screening per la diagnosi precoce del cancro a partire dal ventesimo anno di età per le donne e dal quarantacinquesimo anno di età per gli uomini;
- ogni due anni, check-up generale per la diagnosi precoce di patologie cardiache, cardiovascolari e renali, nonché del diabete, per gli assicurati a partire dai 35 anni.

Cure mediche

Per tutta la durata della copertura assicurativa, il lavoratore e i suoi familiari hanno diritto alle cure prestate da medici generici, specialisti e dentisti.

Un adulto è tenuto a versare un'imposta speciale (Praxisgebühr) di 10 EUR ogni trimestre per ogni prima visita medica o dentistica. Tale imposta speciale (Praxisgebühr) non deve essere pagata qualora sia stata richiesta da un medico nello stesso trimestre oppure sia per il controllo dentistico da effettuare ogni due anni.

Farmaci, protesi e trattamenti paramedici

I farmaci sono distribuiti dietro presentazione della ricetta di un medico convenzionato e sono disponibili presso tutte le farmacie. Di norma, per ogni farmaco acquistato in farmacia si deve pagare un supplemento del 10% del prezzo di vendita, con un minimo di 5 EUR e un massimo di 10 EUR. I farmaci contro il raffreddore e le malattie influenzali sono a carico dell'assistito, inclusi quelli destinati al trattamento della congestione nasale, gli antidolorifici, gli antitussivi e gli espettoranti, le terapie per la gola e il cavo orale, ad eccezione degli antimicotici, lassativi e dei farmaci contro la chinetosi.

Anche i prodotti farmaceutici che hanno lo scopo principale di migliorare la qualità della vita, sono esclusi dalla copertura assicurativa. In particolare, sono esenti i farmaci per il trattamento delle disfunzioni erettili, per l'aumento e l'inibizione della potenza sessuale, per smettere di fumare, per la perdita di peso o per limitare l'appetito, per la regolazione del peso corporeo o il miglioramento della crescita dei capelli. Tuttavia, sono previste alcune eccezioni per i farmaci da banco, che sono a carico della cassa malattia. Ad esempio, i farmaci per ragazzi fino ai 12 anni di età affetti da disabilità evolutiva, nonché i medicinali che, secondo le linee guida del Comitato federale comune (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) costituiscono la terapia standard per il trattamento delle malattie gravi, sono (parzialmente) rimborsati.

Gli assicurati hanno altresì diritto a trattamenti paramedici (fisioterapia, logopedia, terapia professionale, podologia). Essi sono tenuti a versare un supplemento del 10% sui costi di tali trattamenti (oltre a 10 EUR per la prescrizione)).

La cassa malattia si assume inoltre l'onere finanziario del costo di audioprotesi necessarie dal punto di vista medico, o di altri presidi e protesi per un importo pari a quello dei prezzi concordati, se necessario, fino a un importo prestabilito. Gli adulti assicurati hanno un diritto limitato per quanto riguarda i sussidi visivi. Per la fornitura di presidi e apparecchi non esenti dalla cassa malattia, è necessaria la previa approvazione da parte della cassa stessa. Il supplemento per i presidi e gli apparecchi corrisponde al 10% del prezzo, con un minimo di 5 EUR e un massimo di 10 EUR; tuttavia, tale supplemento non può superare il prezzo del prodotto. Il supplemento per i presidi finalizzati al consumo non può superare i 10 EUR per la loro fornitura mensile totale.

Cure dentistiche

La cassa malattia provvede al costo totale delle cure di odontoiatria conservativa e chirurgica necessarie dal punto di vista medico.

Per quanto riguarda le spese per le cure ortodontiche (prevenzione e correzione del disallineamento della mascella o dei denti), il contributo dell'assistito è del 20%. L'importo del 20% è rimborsato all'assistito dalla cassa malattia solo al termine del trattamento. Gli assicurati di età inferiore ai 18 anni (in alcuni casi anche di età superiore) ricevono un rimborso totale per le cure ortodontiche necessarie.

Gli assistiti ricevono sussidi prefissati in base alla diagnosi per le protesi dentarie e le capsule, pari al 50% dei costi della cura standard fissa, la cosiddetta prestazione standard (*Regelleistung*). Il sussidio fisso aumenta con una prevenzione regolare comprovata. Oltre al sussidio fisso, i pazienti con reddito inferiore a una certa soglia, hanno diritto allo stesso importo e alle prestazioni standard necessarie dal punto di vista medico senza addebiti irragionevoli.

Assistenza infermieristica a domicilio e assistenza domiciliare

Se l'assistito, in caso di malattia, non può ricevere le cure e l'assistenza necessaria da parte di un membro dello stesso nucleo familiare, la cassa malattia, oltre alle cure mediche, sostiene anche i costi della necessaria assistenza infermieristica professionale a domicilio. Tuttavia, tale diritto spetta solamente nei casi in cui non sia possibile il ricovero ospedaliero del paziente oppure se il ricovero può essere evitato o abbreviato dalle cure domiciliari. In linea di principio, l'assistenza domiciliare è limitata a quattro settimane per episodio patologico.

In linea di principio il diritto a un aiuto domestico è limitato a quattro settimane per ogni episodio di malattia se l'assistito, in seguito a malattia, non può provvedere da sé alle faccende domestiche. Tuttavia, questa prestazione spetta solamente nei casi in cui il nucleo familiare comprenda un bambino che abbia meno di 12 anni o un minore disabile di cui nessun altro familiare convivente potrebbe occuparsi.

Cure ospedaliere

L'assistito ha diritto a qualsiasi forma di cura ospedaliera la cui necessità sia attestata dal medico curante. Salvo in casi urgenti, l'assicurato deve presentare una domanda di assunzione dei costi alla

cassa malattia. L'assistito è tenuto a versare un contributo di 10 EUR per ogni giorno di ricovero ospedaliero, fino a un massimo di 28 giorni all'anno.

Spese di viaggio

In alcuni casi, le spese di viaggio sostenute e necessarie per le cure mediche possono essere parzialmente o interamente coperte dalla cassa malattia. Gli assicurati corrispondono il 10% delle spese di viaggio, con un minimo di 5 EUR e un massimo di 10 EUR per viaggio.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Prima di qualsiasi esame, il lavoratore deve presentare al medico curante la tessera di assicurazione sanitaria (*Krankenversicherungskarte*). In caso di urgenza, il medico presterà le proprie cure senza richiedere la tessera; in tale caso, il paziente è tenuto a presentare la tessera di assicurazione sanitaria entro i dieci giorni successivi..

Le cure sono fornite da medici o dentisti convenzionati, che rappresentano oltre il 90% dei professionisti abilitati, tra cui il lavoratore può scegliere, all'inizio delle cure oppure all'inizio di ogni trimestre di calendario e il cui elenco può essere consultato presso le casse malattia.

L'elenco dei medici convenzionati è disponibile presso l'ente previdenziale di appartenenza.

Qualora il medico ritenga necessario indirizzare il paziente da uno specialista o in una clinica o altro istituto analogo, questi rilascia una lettera di accompagnamento (*Überweisungsschein*).

ISLANDA

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

A tutti i cittadini viene garantita l'assistenza sanitaria come servizio sanitario pubblico. È coperto dall'assicurazione sanitaria chi risiede stabilmente in Islanda e chi vi risiede da almeno 6 mesi (a partire dalla data d'iscrizione al registro dei residenti). Per "residenza" s'intende la residenza ufficiale ai sensi della legge sulla residenza legale.

Rischi coperti

Il servizio sanitario pubblico comprende:

- cure erogate da un medico generico convenzionato;
- ogni esame e trattamento necessario effettuato da specialisti e da cliniche convenzionate;
- ricovero ospedaliero, cure mediche, medicinali e altri servizi ospedalieri per tutta la durata delle cure necessarie, anche in caso di maternità;
- assistenza di un'ostetrica;
- ricovero all'estero;
- medicinali;
- radiografie e radioterapie;
- cure dentistiche e ortodontiche per bambini e pensionati;
- spese di trasporto e di trasferimento in ambulanza;
- assistenza infermieristica a domicilio;
- presidi medici;
- fisioterapia;
- assistenza in case di cura per anziani.

Medicinali prescritti

I prodotti farmaceutici sono suddivisi in quattro principali categorie. A seconda del tipo e della categoria di medicinali, questi possono essere rimborsati dalla cassa statale di assicurazione sanitaria. L'assicurazione sanitaria copre interamente il costo dei farmaci salvavita, ossia dei farmaci che devono essere assunti regolarmente dal paziente. In caso di altre spese farmaceutiche obbligatorie, l'assicurato paga una quota forfetaria o l'intero costo del medicinale.

Cure dentistiche e ortodontiche

L'assicurazione sanitaria copre le cure dentistiche in base a un tariffario stabilito dal ministro competente o dalla Cassa di assicurazione malattia islandese.

L'assicurazione rimborsa in parte le spese per le cure dentistiche somministrate ai bambini e agli adolescenti minorenni.

Non è previsto invece alcun rimborso per gli adulti in età compresa tra i 18 e i 66 anni, fatta eccezione per i casi di difetto congenito, infortunio o malattia, ovvero qualora l'interessato sia titolare di una pensione d'invalidità. Le cure dentistiche vengono inoltre parzialmente rimborsate ai titolari di pensione di vecchiaia o invalidità.

Presidi medici

La cassa statale di assicurazione sanitaria sovvenziona l'acquisto dei presidi medici necessari a causa di disabilità fisica o arti mancanti. In alcuni casi viene corrisposto un importo stabilito, mentre in altre circostanze lo Stato concorre al pagamento di una percentuale della spesa.

Spese di viaggio e di trasporto

Le spese di viaggio e di trasporto possono essere parzialmente rimborsate. Il rimborso parziale delle spese può avvenire anche nel caso in cui i genitori dell'interessato siano lontano da casa per assistere il figlio ricoverato in ospedale.

Le cure fisioterapiche sono parzialmente o totalmente rimborsate dietro prescrizione medica. Anche l'assistenza infermieristica a domicilio è gratuita se la sua necessità è comprovata da una prescrizione medica.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Nel servizio sanitario pubblico il paziente ha la libertà di scegliere il proprio medico generico, i medici generici indipendenti e gli specialisti convenzionati con la Cassa di assicurazione malattia islandese (IHI) (Sjúkratryggingar Íslands). La titolarità alle cure specialistiche è diretta, mentre per il ricovero ospedaliero è necessaria una prescrizione medica.

Le prestazioni sono erogate in natura e i costi sono coperti dalla Cassa di assicurazione sanitaria islandese, benché sia prevista una quota a carico del paziente. Ad esempio, per ogni visita presso un centro sanitario o un medico generico un assicurato doveva versare un importo compreso tra 1 000 (6,35 EUR) e 2 600 ISK (17 EUR). La quota a carico del paziente varia in funzione del tipo di servizio ricevuto. I minori di diciotto anni sono esentati dal pagamento di ticket, mentre per i pensionati si applicano norme specifiche.

Per ogni trattamento specialistico è stato richiesto il pagamento da parte del paziente di un ticket di 4.200 ISK (27 EUR) + il 40% dell'importo restante della spesa (fino a un limite massimo di 29.500 ISK, ossia 187 EUR). Per i pensionati e i minori di 18 anni si applicano norme specifiche.

Per tutti gli assicurati è previsto un tetto massimo per i pagamenti annuali. Questa soglia è stata fissata a 29.500 ISK (187 EUR) per le persone sole, a 8.900 ISK (57 EUR) per i figli dello stesso nucleo familiare e a 7.400 ISK (47 EUR) per i pensionati. Coloro che hanno raggiunto questo tetto massimo possono ottenere una tessera di riduzione (afsláttarkort) da utilizzare per il periodo restante dell'anno.

Ricovero

Gli assicurati hanno diritto gratuitamente al ricovero ospedaliero, anche in caso di maternità, dietro prescrizione medica. Qualora si imponga il ricovero immediato dell'assicurato in una struttura ospedaliera all'estero per l'inadeguatezza delle cure disponibili in Islanda, l'SSI si fa carico delle spese corrispondenti. Il medico curante invia una richiesta in tal senso alla Cassa di assicurazione malattia islandese (IHI). L'IHI valuta la necessità o meno del ricovero all'estero, verifica il soddisfacimento di determinate condizioni e decide in merito al luogo del ricovero.

NORVEGIA

Servizi sanitari

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Tutti i residenti hanno diritto all'assistenza sanitaria. Per beneficiarne non è previsto alcun periodo contributivo minimo.

Rischi coperti

Cure ospedaliere

In caso di ricovero ospedaliero non sono previste quote a carico del paziente. Questo vale anche per i farmaci.

Per le cure ambulatoriali si applicano le normali quote a carico del paziente (cfr. "Altre cure mediche").

In caso di cure in una clinica privata non convenzionata con il sistema sanitario pubblico, il paziente dovrà farsi carico dell'intero costo delle prestazioni.

Altre cure mediche

Consulto medico

Per ricevere un consulto ordinario da parte di un medico generico, il paziente dovrà versare una quota pari a 136 NOK (18 EUR). In caso di visita medica da uno specialista l'importo sale a 307 NOK (41 EUR).

Prodotti farmaceutici

L'acquisto di farmaci meno costosi, anche quando prescritti da un medico, è completamente a carico del paziente. In alcuni casi, è possibile ottenere un rimborso del 90% dei costi annuali superiori a 1.634 NOK (216 EUR).

Per usufruire di farmaci prescritti dal medico e presenti nell'elenco dei medicinali più costosi, il paziente è tenuto a versare un importo pari al 38% del costo del farmaco, fino a un massimo di 520 NOK (69 EUR) per ogni periodo di utilizzo della durata di 3 mesi.

Cure dentistiche

I ragazzi fino ai 20 anni di età hanno diritto a cure dentistiche ordinarie fornite dal servizio pubblico. Fino a 18 anni le prestazioni sono gratuite, mentre per i 2 anni successivi prevedono una contribuzione minima. Le cure odontoiatriche possono essere parzialmente o completamente a carico del paziente, a seconda della gravità della sua condizione. Per gli adulti, la copertura prevista per le cure odontoiatriche è molto limitata.

Tetti delle quote a carico del paziente ed esenzioni

Ogni anno il Parlamento fissa un tetto massimo per l'insieme delle quote a carico del paziente (nel 2012 tale tetto massimo ammontava a 1.980 NOK, pari a 261 EUR). La quota personale include tutte le spese relative a cure prestate da medici generici e psicologi, ai medicinali essenziali o costosi, nonché le spese di trasporto necessarie per sottoporsi a visite o cure. Al raggiungimento del tetto massimo, viene rilasciata una tessera che dà diritto a cure nonché ad altri vantaggi e prestazioni gratuite per il resto dell'anno in corso.

Un secondo tetto di quote comprende invece le cure fisioterapiche, quelle dentistiche per cui è possibile richiedere un rimborso, le spese di soggiorno presso un centro di riabilitazione e le cure ricevute all'estero. Anche questa seconda soglia massima viene fissata annualmente dal Parlamento (nel 2012 essa corrispondeva a un importo di 2 560 NOK, corrispondenti a 338 EUR).

I ragazzi di età inferiore a 16 anni sono esentati da tutti i pagamenti. Per un numero limitato di malattie e per alcune categorie di pazienti si applicano esenzioni speciali. In caso di malattia professionale o incidente sul lavoro l'assicurato non paga alcuna quota.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Se in possesso dei requisiti richiesti, tutti i residenti hanno il diritto di scegliere il proprio medico curante. Massimo due volte all'anno possono decidere di cambiarlo.

Le cure specialistiche possono essere ottenute solo dietro prescrizione del medico curante. Nel caso in cui l'interessato si rivolga direttamente a uno specialista, la quota a suo carico sarà la più elevata, mentre lo specialista potrà ricevere un rimborso più basso.

In questo caso la quota a carico del paziente sarà versata direttamente al medico. In caso di prestazioni fornite da medici privati, la parte delle spese coperta dal regime di previdenza nazionale viene corrisposta secondo la procedura di liquidazione diretta.

PAESI BASSI

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

L'assistenza medica fa capo a due regimi assicurativi distinti e complementari: assicurazione malattia e assicurazione per spese straordinarie di malattia. Quest'ultima è disciplinata dalla legge sulle spese straordinarie di malattia (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ).

L'assicurazione obbligatoria prevista dalla legge sulle spese straordinarie di malattia è rivolta a coloro che risiedono legalmente nei Paesi Bassi o che vivono in un altro paese ma lavorano e pagano l'imposta sul reddito in questo Stato. Queste persone sono tenute a stipulare un'assicurazione sanitaria secondo quanto previsto dalla legge sull'assicurazione malattia (*Zorgverzekeringswet*).

Il governo ha previsto due eccezioni a questa norma generale:

- i membri delle forze armate in servizio attivo sono coperti da assicurazione ai sensi della legge sulle spese straordinarie di malattia, ma non sono obbligati a stipulare un'assicurazione in base alla legge di assicurazione malattia; essi sono presi a carico dai servizi medici militari;
- l'altra eccezione all'obbligo di assicurazione riguarda gli obiettori di coscienza. Coloro che, per principio, si rifiutano di stipulare l'assicurazione, non pagano alcun premio previsto dalla legge sulle spese straordinarie di malattia, né sono tenuti a sottoscrivere l'assicurazione contemplata dalla legge di assicurazione malattia. Tuttavia, pagano i contributi legati al reddito sotto forma di imposta sostitutiva.

Chi è titolare di un'assicurazione malattia, ai sensi della legge in materia, ha diritto all'assistenza sanitaria. Esistono due tipi principali di polizze sanitarie: le polizze basate sulle prestazioni in natura e quelle basate sul rimborso delle spese di malattia. La cassa malattia rilascia al lavoratore una tessera di iscrizione che dimostra, in ogni occasione in cui dovrà ricorrere alle prestazioni mediche, che egli è regolarmente assicurato. La sottoscrizione di una polizza di assicurazione malattia presso un ente assicurativo implica automaticamente l'iscrizione all'AWBZ.

Rischi coperti

L'ente di assicurazione a cui il lavoratore è iscritto può fornire informazioni dettagliate sulle prestazioni cui il lavoratore ha diritto in base alla legge sull'assicurazione malattia e alla legge AWBZ. Le persone assicurate in base alla legge sull'assicurazione malattia hanno diritto alle seguenti prestazioni:

Cure mediche

Le cure mediche comprendono le prestazioni del medico di base, medici specialisti, psicologi e ginecologi. Ciò non significa necessariamente che tali prestazioni debbano essere fornite da questi medici. Infatti, se non si tratta di trattamenti particolari, che devono essere registrati (per cui il cui nome del paziente deve essere protetto in virtù della legge sulle professioni nel settore dell'assistenza sanitaria individuale), le prestazioni in questione possono essere fornite da altri professionisti. Esse comprendono, tra l'altro, gli esami di laboratorio e l'assistenza infermieristica. Queste prestazioni includono anche i test genetici, l'emodialisi a domicilio, i servizi ai pazienti con problemi respiratori cronici intermittenti e la prevenzione delle trombosi. Le apparecchiature necessarie per l'emodialisi a domicilio e per la respirazione artificiale per i pazienti cronici intermittenti fanno parte dei dispositivi medici. Alcuni tipi di prestazioni, che possono essere effettuate da medici specialisti, possono essere esclusi dalle prestazioni rimborsate. Si osservi inoltre che la parte a carico dell'assicurato corrisponde a un importo massimo fissato dalle norme applicative.

Le cure di salute mentale (compreso il sostegno psicologico generale) sono previste dalla legge sull'assicurazione malattia.

Forniture farmaceutiche

Questo tipo di assistenza comprende i medicinali e determinati prodotti alimentari per uso medico. I medicinali autorizzati, in linea di massima, sono suddivisi in classi di sostanze terapeutiche equivalenti. Il limite di rimborso di una classe viene stabilito in base al prezzo medio dei medicinali in essa contenuti. Se l'assicurato sceglie un farmaco il cui costo supera il limite di rimborso, è tenuto a corrispondere la differenza. Non è previsto un limite per il rimborso di un farmaco autorizzato per il quale non esistono sostanze terapeutiche equivalenti. Questa procedura viene chiamata "sistema di rimborso dei farmaci" (geneesmiddelenvergoedingensysteem o GVS).

Gli assicuratori possono limitare il rimborso dei medicinali contenenti alcuni principi attivi. L'ente che eroga le prestazioni sanitarie può decidere (a determinate condizioni) quali medicinali rimborsare.

Trasporti

Previa autorizzazione, i pazienti possono usufruire del trasporto in ambulanza, taxi o mezzo privato, purché ciò sia dettato da motivi medici. È necessaria una prescrizione del medico, che deve rilasciare un apposito certificato. Sono coperti anche i costi dei trasporti pubblici in classe economica, purché si tratti di un viaggio da o per un istituto di cura. In alcuni casi la cassa malattia può autorizzare un mezzo di trasporto eccezionale, come l'elicottero, per esempio.

Indipendentemente dal fatto che si tratti di trasporto pubblico, taxi o auto privata, l'assicurato deve inizialmente pagare di persona un certo importo per 12 mesi. Le spese di trasporto con auto privata vengono rimborsate in base a una tariffa chilometrica fissa.

Il trasporto di pazienti in posizione distesa o che necessitano di sorveglianza continua è autorizzato solamente in quattro casi: pazienti in dialisi, pazienti in chemioterapia o in radioterapia, non vedenti che non possono deambulare autonomamente e pazienti in sedia a rotelle. La distanza è limitata a 200 km (viaggio di andata). Hanno diritto al rimborso delle spese di trasporto su una distanza maggiore i pazienti che sono stati preventivamente autorizzati dal proprio ente assicurativo a richiedere delle cure in un istituto o presso un servizio sanitario più lontano, e che ricevono delle cure a carico dell'assicurazione malattia (sia nei Paesi Bassi che all'estero).

Esiste tuttavia una clausola di mancanza di previsione per cui, in certi casi, anche gli assicurati che non appartengono alle categorie summenzionate possono richiedere un rimborso. Può essere il caso di un assicurato che debba spostarsi per curare un disturbo o una malattia di lunga durata.

Cure dentistiche

Per i bambini e per le persone fino ai 18 anni di età, le cure dentali comprendono: cure preventive, applicazioni di fluoro fino a un massimo di due volte all'anno a partire dai sei anni di età, otturazioni, cure parodontali e trattamenti chirurgici. Gli adulti beneficiano di una copertura per l'applicazione di dentiere e per trattamenti chirurgici specifici.

Protesi, occhiali, apparecchi acustici

Queste spese sanitarie sono soggette ad approvazione preventiva dell'ente che eroga l'assicurazione. Non è prevista alcuna condivisione dei costi, tranne in alcuni casi in cui si richiede l'utilizzo di scarpe ortopediche e di apparecchi acustici.

Ricovero

L'assistenza ospedaliera – fatta eccezione per gli ospedali psichiatrici o i reparti psichiatrici di un ospedale policlinico o universitario – è a carico dell'AWBZ qualora il ricovero duri più di un anno.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

La cassa malattia rilascia al lavoratore una tessera di iscrizione che dimostra, in ogni occasione in cui dovrà ricorrere alle prestazioni mediche, che egli è regolarmente assicurato.

L'interessato può scegliere liberamente un medico abilitato all'esercizio della professione. Tuttavia, per consultare uno specialista, è necessario rivolgersi a un medico generico. Per quanto riguarda le cure ospedaliere, è possibile scegliere liberamente fra ospedali o strutture riconosciute dal ministero della Salute.

I pagamenti saranno effettuati dall'ente privato di assicurazione sanitaria. Per quanto concerne la maggior parte delle cure contemplate dalla legge, gli assicurati al di sopra dei 18 anni sono invitati a contribuire personalmente ai costi. Esiste, tuttavia, una compensazione per i pazienti affetti da malattie croniche.

Per ottenere i prodotti farmaceutici, gli assicurati devono scegliere un farmacista presso il quale iscriversi.

PORTOGALLO

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Hanno diritto all'assistenza sanitaria i cittadini portoghesi, di altri Stati membri dell'UE, degli Stati appartenenti allo Spazio economico europeo e della Svizzera, nonché i cittadini di un paese terzo con residenza in un paese dell'UE e i rifugiati e gli apolidi residenti in uno Stato membro che sono o sono stati soggetti alle norme di previdenza sociale di uno o più Stati membri. Per ricevere questo tipo di assistenza, a cui hanno diritto anche i familiari e i superstiti di detti cittadini, occorre essere iscritti al Servizio sanitario nazionale. Non è richiesto alcun periodo di residenza precedente. Tali prestazioni vengono erogate per tutta la durata della malattia senza limiti di tempo.

Rischi coperti

L'assicurato ha diritto a servizi di prevenzione e di cura. Sono compresi i consulti del medico generico, i consulti specialistici e le visite a domicilio, i trattamenti in caso di malattia, gli accertamenti diagnostici supplementari, i trattamenti specialistici, i farmaci, il ricovero ospedaliero e gli ausili terapeutici supplementari quali occhiali, protesi oculistiche e dentarie.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

L'assegnazione alle unità sanitarie avviene principalmente sulla base di criteri geografici.

L'assistenza sanitaria viene erogata, di norma, dai centri sanitari (centros de saúde) e dalle relative strutture collegate. La consultazione di uno specialista in ospedale deve avvenire nell'arco di 72 ore. In caso di urgenza, è possibile recarsi al servizio di pronto intervento (Serviço de Atendimento Permanente, SAP) più vicino e/o rivolgersi a un centro ospedaliero autorizzato. Se il periodo d'attesa per il ricovero in ospedale è superiore a tre mesi, il malato ha diritto a essere curato in una delle cliniche private convenzionate con approvazione del ministero della Salute..

L'assistito è tenuto al pagamento di una quota fissa (ticket) del costo della maggior parte delle cure mediche e, in particolare, di ogni consulto (sia nei centri sanitari che in ospedale) e degli accertamenti diagnostici supplementari. La parte del costo che supera la quota fissa è a carico del servizio sanitario. Tuttavia, un gran numero di persone è esentato dal pagamento della quota fissa. In particolare sono esenti: in particolare sono esenti le gestanti e le puerpere; i bambini fino a 12 anni; le persone in situazione di bisogno, il cui reddito non superi di 1,5 volte il riferimento di indicizzazione dell'assistenza sociale (indexante dos apoios sociais, IAS); i disoccupati registrati presso il Centro per l'impiego la cui indennità di disoccupazione non superi di 1,5 volte l'IAS e i loro familiari a carico.

Il ricovero ospedaliero in una camera a più letti (o, su consiglio medico, in una camera singola) non prevede il pagamento di un ticket. Se la camera singola viene scelta dal beneficiario, i relativi costi saranno completamente a suo carico, oltre a quelli relativi alle prestazioni fornite da un ospedale o da una clinica privati.

L'importo del ticket varia a seconda del tipo di visita medica, che può essere domiciliare, routinaria o urgente e può essere effettuata in un ospedale centrale o regionale, nonché in un centro sanitario. Potrebbe anche dipendere dalla diagnosi e dagli strumenti utilizzati per la terapia.

Per le cure dentistiche è possibile scegliere liberamente uno specialista del settore privato. Il rimborso avviene in base alla tabella stilata dal governo. Il beneficiario dovrà sostenere i costi delle protesi dentarie, che potranno essergli rimborsati al 75% secondo quanto previsto dall'elenco ufficiale.

I farmaci prescritti dagli enti che erogano assistenza sanitaria possono essere acquistati in qualsiasi farmacia dietro presentazione di una prescrizione medica. A seconda del tipo di malattia, lo Stato offre un sovvenzionamento pari al 15-95% del costo dei farmaci che figurano nell'elenco ufficiale redatto dai servizi sanitari. L'importo rimanente è pagato dal paziente. Per alcuni pensionati che percepiscono pensioni minime si applicano norme specifiche. In questo caso il sussidio statale aumenta dal 5 al 15%. Alcuni medicinali generici sono totalmente a carico dello Stato.

Per quanto riguarda i presidi terapeutici complementari e le protesi (come gli occhiali), i servizi sanitari contribuiscono al loro acquisto fino a un certo importo, in base a percentuali stabilite e secondo determinate modalità. I costi sostenuti per le cure termali possono essere rimborsati sulla base degli elenchi ufficiali, qualora tali cure siano state autorizzate.

Coloro che vivono lontano possono ottenere il rimborso delle spese di trasporto, nel caso in cui soddisfino tutte le condizioni previste.

REGNO UNITO

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

I medici generici sono dei lavoratori autonomi convenzionati che operano per il Servizio sanitario nazionale. A propria discrezione decidono se accettare o meno le richieste di inserimento nell'elenco dei pazienti. Tuttavia non possono rifiutare l'inserimento di un paziente per motivi di razza, sesso e orientamento sessuale, appartenenza a una classe sociale, età, religione, aspetto fisico, disabilità o condizioni di salute. In Irlanda del Nord, per iscriversi all'elenco di pazienti di un medico generico, è necessario essere residenti abituali. I pazienti aventi diritto alle prestazioni di un medico generico, secondo quanto previsto dalle disposizioni sulla tessera europea di assicurazione malattia, riceveranno assistenza gratuita senza obbligo di iscrizione al suddetto elenco.

Se si rende necessario il ricovero ospedaliero o una visita specialistica, è il medico curante dell'NHS a predisporre tale ricovero o visita. Nei casi urgenti è previsto il ricovero diretto in ospedale.

L'iscrizione nell'elenco dei pazienti di un medico generico non implica necessariamente il diritto alle cure ospedaliere gratuite offerte dal Servizio sanitario nazionale. I cittadini che risiedono abitualmente nel Regno Unito (vale a dire stabilmente e a norma di legge) hanno diritto alle cure ospedaliere gratuite del Servizio sanitario nazionale. In alternativa, coloro che ai sensi del regolamento del 1989 relativo alle spese fatturate ai pazienti venuti dall'estero [NHS (*Charges to Overseas Visitors*) Regulations 2011], e successive modifiche, sono esentati dal pagamento (ad esempio in caso di assunzione a norma di legge da parte di un datore di lavoro operante nel Regno Unito), hanno anche diritto alle cure ospedaliere gratuite offerte dal NHS. In Irlanda del Nord la normativa corrispondente è costituita dal regolamento del 2005, concernente l'offerta di servizi sanitari ai residenti non abituali, e successive modifiche. Anche il coniuge/partner civile e i figli minori di 16 anni (o minori di 19 anni nel caso in cui studino a tempo pieno) hanno diritto alle cure ospedaliere gratuite fornite dal NHS se vivono con l'assicurato in modo permanente o risultano idonei ad acquisirlo in virtù di quanto previsto dal suddetto regolamento. Il pagamento dell'assicurazione nazionale o delle tasse non è obbligatorio.

Per poter beneficiare delle cure ospedaliere fornite dal NHS secondo quanto previsto dalla normativa dell'UE, chi soggiorna temporaneamente nel Regno Unito ma continua a risiedere ufficialmente in un altro paese dello Spazio economico europeo o in Svizzera, deve possedere una tessera europea di assicurazione malattia (EHIC) valida rilasciata dal proprio paese. Nel caso in cui non sia possesso di questa tessera, il soggetto interessato dovrà farsi carico delle spese sanitarie. La tessera europea di assicurazione malattia consente di usufruire gratuitamente di qualsiasi trattamento ritenuto clinicamente necessario durante il soggiorno nel Regno Unito, in modo che l'interessato non sia costretto a ritornare nel proprio paese prima della fine del soggiorno programmato. Il possesso di questa tessera non autorizza a recarsi nel Regno Unito per ricevere cure gratuite. Per poter beneficiare gratuitamente di cure programmate, è necessario che l'interessato ottenga il rilascio di un modulo E112/S2 dal proprio paese di appartenenza.

Rischi coperti

Quasi tutti i medici di base e gli oculisti, come pure buona parte dei dentisti, aderiscono al servizio sanitario nazionale. È possibile scegliere in qualsiasi momento un dentista o un oculista convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Poiché i medici, i dentisti e gli oculisti convenzionati con il servizio sanitario nazionale hanno la facoltà di curare i pazienti privatamente, richiedendo il relativo pagamento, è necessario assicurarsi che il medico sia disposto a prestare le cure alle condizioni previste dal servizio sanitario nazionale. I costi delle cure private non sono rimborsati dal servizio sanitario nazionale, ma sono a carico del paziente.

Quest'ultimi devono sostenere una parte del costo dei farmaci prescritti, delle prestazioni dentistiche e di taluni presidi (per esempio, parrucche e prodotti di contenzione in tessuto), pur essendo previste esenzioni totali o parziali per determinate categorie di persone, come adulti e

bambini che godono di determinate prestazioni previdenziali. Solo determinate categorie usufruiscono dell'esame della vista gratuito da parte del sistema sanitario nazionale e del contributo per l'acquisto di occhiali. Tutte le altre persone devono pagare privatamente per ottenere i servizi oculistici.

SPAGNA

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Gli assicurati

- I lavoratori iscritti e aderenti al regime previdenziale o in posizione analoga. I lavoratori sono considerati iscritti a pieno titolo anche nel caso in cui il datore di lavoro non abbia adempiuto ai propri obblighi.
- I pensionati e le persone che percepiscono prestazioni previdenziali periodiche.
- I disoccupati che hanno terminato le prestazioni o l'assegno di disoccupazione

L'accesso all'assicurazione sanitaria è consentito anche ai familiari delle persone assicurate, ai residenti in Spagna, compresi, a determinate condizioni:

- il coniuge dell'avente diritto o il convivente che vive con questi da almeno un anno, oltre ai figli del beneficiario;
- □ i discendenti dell'avente diritto o del coniuge, indipendentemente dalla forma di filiazione che essi abbiano, i fratelli e le sorelle del beneficiario e le persone avute in affidato, di età inferiore ai 26 anni con un certificato di invalidità del 65%;
- i figli adottivi e i minori nel periodo di affidato familiare, fino al completamento della procedura di adozione, di età inferiore ai 26 anni con un certificato di invalidità del 65%;
- gli ascendenti del titolare e del suo congiunto.

I coniugi separati o divorziati e le persone cui è stato annullato il matrimonio che non hanno diritto a simili prestazioni da altre fonti possono comunque avere accesso all'assicurazione sanitaria, purché il titolare abbia diritto alle prestazioni sanitarie.

Alcune categorie di migranti spagnoli e alcuni dei membri delle loro famiglie, nel corso di un soggiorno temporaneo in Spagna o al loro rientro definitivo possono stipulare un contratto di assistenza sanitaria non avendone altrimenti diritto.

Le prestazioni mediche sono anche fornite ai residenti legali il cui reddito non supera il limite stabilito nei termini di legge. Sono previste condizioni particolari riguardanti principalmente la residenza e la mancanza di assicurazione sociale. Se queste condizioni non vengono soddisfatte, le persone saranno curate solo in caso di urgenza, se hanno contratto malattie gravi o sono rimaste vittima di un incidente.

L'assicurazione non è possibile in caso di lavoro retribuito, che viene considerato marginale e non costituisce una fonte di reddito di base per vivere.

Rischi coperti

Servizi sanitari

Il sistema sanitario nazionale copre le cure mediche fornite a domicilio (ayuda domiciliaria, ad esempio per i pensionati e i disabili), in un centro sanitario e in un ospedale (pubblico o privato), convenzionati con le comunità autonome (Comunidades Autónomas) o l'Istituto nazionale di gestione sanitaria (INGESA).

Anche il ricovero ospedaliero e le cure d'urgenza in un centro sanitario (con o senza ricovero) sono coperte dal sistema sanitario nazionale. Qualora il paziente non sia trasportabile con i normali mezzi di trasporto, il sistema sanitario nazionale copre anche il trasporto sanitario (in ambulanza).

Il sistema sanitario nazionale copre le spese relative a farmaci, protesi chirurgiche, materiale ortopedico e sedie a rotelle meccaniche per disabili, ma non copre le protesi dentarie o gli occhiali.

La riabilitazione è gratuita nel caso in cui il medico curante la ritenga necessaria. In certi casi è possibile anche un trattamento con cure termali.

Infine, le navi in navigazione possono ricevere via radio assistenza medica dal centro sanitario dell'Istituto sociale della marina (ISM) a qualsiasi ora della giornata.

Disposizioni specifiche dei regimi speciali

Nel regime speciale per i marittimi esistono disposizioni particolari per le malattie e gli infortuni a bordo o verificatisi in porti stranieri.

Programmi speciali per disabili

Il sistema sanitario nazionale fornisce prestazioni sanitarie e farmaci alle persone disabili. Sono previsti programmi di riabilitazione funzionale e psicoterapeutica, assistenza psicologica e orientamento psicologico, e programmi di istruzione generale e specifica, di riabilitazione professionale, di reinserimento professionale, ecc.

Ai disabili di età superiore ai tre anni con un grado di invalidità minimo del 33% che non possono utilizzare i trasporti pubblici è concesso un aiuto o un'indennità di mobilità per coprire le spese di trasporto.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Per ottenere le prestazioni sanitarie occorre presentare la propria "tessera del sistema sanitario nazionale" (tarjeta de usuario del Sistema Nacional de Salud).

In genere l'assistenza sanitaria è gratuita, ma le cure dentistiche non sono interamente coperte. Nel caso di terapie ambulatoriali per alcuni beneficiari, in particolare per i beneficiari di pensioni non contributive, i disoccupati che hanno esaurito l'assegno di disoccupazione e i titolari di indennità per infortunio sul lavoro o malattia professionale, i medicinali sono gratuiti. Gli altri beneficiari devono versare una quota corrispondente a una parte del costo dei farmaci (tra il 10% e il 60% del prezzo, in base al reddito del beneficiario). I farmaci somministrati durante il ricovero ospedaliero sono gratuiti.

Se si ha diritto all'assistenza sanitaria in qualità di beneficiario del titolare principale (solitamente il coniuge) e non si convive più con questi, è comunque possibile chiedere una tessera sanitaria personale per se stessi e per i figli conviventi. A tal fine, occorre rivolgersi alla direzione provinciale dell'Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) competente per il luogo di residenza.

L'assistenza medica viene prestata esclusivamente dalla rete dei Centri sanitari delle comunità autonome (a eccezione di Ceuta e Melilla, dove le cure mediche sono prestate dall'Istituto nazionale di gestione sanitaria (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA) o presso i Centri medici convenzionati (Centros médicos concertados). Il ricorso ad altri centri sanitari di norma non è coperto dal sistema sanitario nazionale.

Qualora si debba ricorrere a un medico generico, a un pediatra o a un dentista, si può farlo direttamente. Nel caso si debba ricorrere a uno specialista, è indispensabile una prescrizione del medico curante. Nell'ambito di ciascun distretto sanitario corrispondente al domicilio del paziente, quest'ultimo è libero di scegliere il medico generico e il pediatra, purché i pazienti assegnati al medico non superino la quota massima stabilita in funzione delle caratteristiche della zona di competenza. Salvo in caso di emergenza, per essere ricoverato in ospedale il paziente deve presentare una prescrizione di uno specialista.

In genere, non si ha alcuna possibilità di scegliere un ospedale. Ai pazienti viene assegnato un ospedale in base al loro indirizzo.

SVEZIA

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Tutti i residenti hanno diritto all'assistenza sanitaria. Non è richiesto alcun periodo contributivo minimo.

La Svezia ha un sistema regionale di prestazioni mediche in gran parte indipendente dalla previdenza sociale. Ogni provincia (*landsting*) o regione (*region*) e, in un caso, comune (*kommun*) ha l'obbligo di garantire a tutti i residenti sul suo territorio cure mediche soddisfacenti.

La maggior parte delle prestazioni mediche è erogata dalle giunte provinciali o dalle regioni, ma vi sono anche medici privati ad esse convenzionati.

Anche i comuni svedesi gestiscono talune prestazioni mediche. Ciò vale principalmente per le cure prestate, in strutture speciali, agli anziani che, a motivo del loro stato, hanno bisogno di assistenza medica.

Rischi coperti

L'assistenza sanitaria copre le cure mediche generali (comprese le visite presso medici generici e specialisti), le cure ospedaliere, le terapie di riabilitazione e altri trattamenti terapeutici, le cure odontoiatriche e i medicinali.

L'organismo competente nell'ambito dell'assistenza medica è tenuto a rimborsare le spese di viaggio connesse con determinate prestazioni di assistenza medico-sanitaria. Il rimborso è calcolato in base ai principi stabiliti da tale organismo.

In alcuni casi, le giunte provinciali o le regioni forniscono presidi quali protesi, apparecchi acustici, ecc.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Cure mediche

In caso di malattia e consulto di un medico generico, la giunta provinciale copre la maggior parte delle spese. Il malato è chiamato a pagare una quota, il cui importo oscilla tra 100 SEK (11 EUR) e 200 SEK (23 EUR), (fino a un massimo di 400 SEK, ossia 46 EUR, per i casi di emergenza). Per le cure specialistiche, il paziente versa una somma compresa tra 230 SEK (26 EUR) e 320 SEK (37 EUR).

La maggior parte dei medici dipende dalla giunta provinciale, ma vi sono anche numerosi medici privati, soprattutto nelle grandi città. Chi si rivolge a un medico privato dipendente del servizio sanitario pubblico a norma di un contratto stipulato con la giunta provinciale paga una quota pari a quella del servizio pubblico.

Per le prestazioni erogate da altri operatori sanitari, come per esempio gli infermieri distrettuali o i fisioterapisti, la quota a carico dell'assistito varia tra 0 e 100 SEK (tra 0 e 11 EUR).

I pazienti ricoverati in ospedale pagano una somma forfetaria il cui limite massimo attualmente è pari a 80 SEK (9,18 EUR) per ogni giorno di degenza.

Le somme pagate dai pazienti non vengono rimborsate dal regime assicurativo.

Medicinali e altri prodotti farmaceutici

Le spese dei farmaci prescritti da un medico sono interamente a carico dell'assicurato fino a un massimo di 1.100 SEK (126 EUR). Per costi superiori a 1.100 SEK (126 EUR) per un periodo di dodici mesi, l'assicurato paga la metà delle spese comprese tra 1.101 SEK (126 EUR) e 2.100 SEK (241 EUR). Se il costo complessivo è superiore a 2.100 SEK (241 EUR), l'assicurato corrisponde una somma pari al 25% dell'importo compreso tra 2.101 SEK (241 EUR) e 3.900 SEK (448 EUR), oppure il 10% dell'importo compreso tra 3.901 SEK (448 EUR) e 4.400 SEK (505 EUR). Ciò significa che, se la spesa complessiva dei farmaci, contando il contributo proprio e i sussidi, supera i 4.400 SEK (505 EUR) nell'arco di 12 mesi, i farmaci che si acquisteranno nella parte restante del

periodo di 12 mesi saranno gratuiti. Si tratta di una soglia massima che garantisce che le spese a carico del paziente nell'arco dei 12 mesi non superino la somma di 2.200 SEK (252 EUR). Tale soglia si applica anche in caso di articoli di consumo prescritti dal medico dopo un intervento di gastroenterostomia. Gli articoli di consumo necessari per la somministrazione dei farmaci sono gratuiti.

L'acquisto di medicinali senza prescrizione medica è totalmente a carico dell'assicurato e lo stesso vale se il medico ha prescritto un medicinale non compreso nella farmacopea dell'assicurazione.

Taluni alimenti per regimi speciali destinati a soggetti di età inferiore a 16 anni, che soffrono, per esempio, di allergia al glutine, possono essere acquistati a prezzo ridotto.

La spese effettuate in farmacia non sono soggette a rimborso.

Cure dentistiche

Chi ha bisogno di cure odontoiatriche, può consultare un dentista o un igienista dentale privato o rivolgersi al servizio odontoiatrico pubblico. Le cure dentistiche sono gratuite per i bambini e i giovani (fino all'anno di calendario in cui l'interessato compie 19 anni).

L'assicurazione comprende un regime di protezione per il contenimento dei costi e buoni acquisto per cure dentistiche, allo scopo di incoraggiare controlli odontoiatrici regolari. Nell'ambito di questo regime, le indennità sono basate su "prezzi di riferimento", ossia sul 50% dei costi a carico del paziente compresi tra 3 000 SEK (344 EUR) e 15 000 SEK (1.721 EUR) e sull'85% dei costi a carico del paziente eccedenti i 15 000 SEK (1.721 EUR).

Il costo a carico del paziente per i diversi interventi può variare in quanto gli specialisti (per esempio, dentisti, igienisti dentali o altri operatori che emettono parcella) decidono autonomamente l'onorario a carico del paziente per gli interventi.

Le spese delle cure dentarie sono rimborsate al medico unicamente per interventi effettuati da un dentista o un igienista dentale autorizzato, di età inferiore ai 70 anni. È possibile chiedere una deroga a questo limite di età.

SVIZZERA

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

L'iscrizione all'assicurazione delle cure medico-sanitarie è obbligatoria per tutti coloro che risiedono in Svizzera.

L'assicurazione è individuale. Chiunque si stabilisca in Svizzera è obbligato ad assicurarsi entro tre mesi. L'iscrizione all'assicurazione sanitaria non spetta al datore di lavoro. Il governo può estendere l'obbligo di assicurazione a coloro che non risiedono in Svizzera oppure escludere alcune categorie di persone dall'assicurazione obbligatoria.

Nel caso in cui il soggetto interessato si assicuri nei termini previsti, l'assicurazione diviene efficace a partire dalla data di dichiarazione di soggiorno in Svizzera. Negli altri casi, l'assicurazione è efficace a partire dalla data dell'iscrizione. La copertura obbligatoria in materia di assicurazione malattia è concessa senza riserva e senza poter tenere conto di una malattia in atto.

È possibile sottoscrivere un'assicurazione complementare privata per le prestazioni non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Gli enti assicuratori sono liberi di assicurare o di rifiutare l'assicurazione complementare a chi gliene faccia richiesta. Essi possono prevedere dei limiti di età e invocare un'esclusione di copertura per problemi di salute esistenti.

Rischi coperti

L'assicurazione delle cure medico-sanitarie eroga prestazioni in natura in caso di malattia, maternità o infortunio (in via sussidiaria, in caso di mancata copertura da parte dell'assicurazione contro gli infortuni).

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie copre i costi delle prestazioni che servono per diagnosticare o curare una malattia e i relativi postumi. Tali prestazioni devono essere efficaci, adeguate ed economiche. Tutti gli enti assicuratori che esercitano l'assicurazione delle cure medico-sanitarie sono tenuti a coprire le prestazioni previste dalla legge, ossia:

- gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure ospedaliere prestate da parte di: medici; chiropratici o persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica;
- un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico;
- le cure acute e transitorie che si rivelano necessarie a seguito di un soggiorno in ospedale e prescritte da un medico operante in questa struttura (per un periodo massimo di due settimane);
- le analisi, i farmaci, i mezzi e gli apparecchi diagnostici o terapeutici prescritti da un medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, da un chiropratico;
- una partecipazione alle spese delle cure balneari prescritte da un medico;
- i provvedimenti di riabilitazione medica effettuati o prescritti da un medico;
- la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune;
- la degenza in una casa per partorienti in caso di parto;
- un contributo alle spese di trasporto necessarie dal punto di vista medico e alle spese di salvataggio;
- le prestazioni effettuate dal farmacista (consulenza) all'atto del rilascio dei farmaci prescritti;
- esami di screening e trattamenti preventivi effettuati o prescritti da un medico;
- le cure dentarie richieste a causa di una malattia grave non evitabile dell'apparato masticatorio o connesse a un'altra malattia grave o ai relativi postumi (ad esempio, leucemia, AIDS), o necessarie per il trattamento di una malattia grave o dei relativi postumi, o qualora le lesioni dell'apparato masticatorio siano dovute a un infortunio non coperto dall'assicurazione contro gli infortuni.

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni destinata ai lavoratori copre gli infortuni non professionali a condizione che il lavoratore svolga un'attività remunerata per almeno otto ore settimanali per lo stesso datore di lavoro.

I lavoratori autonomi e chi non lavora non sono soggetti all'obbligo di assicurazione contro gli infortuni, così che nel loro caso i costi connessi al trattamento di infortuni sul lavoro e non professionali sono coperti dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Il *medico curante* può essere scelto liberamente. L'ente assicuratore paga i costi fino a un massimo corrispondente alle tariffe applicabili nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato o nella zona circostante (tranne nei casi di emergenza o per motivi medici). L'ente può offrire all'interessato una forma di assicurazione che comporta una limitazione della possibilità di scelta (medico di base, HMO) in cambio di una riduzione del premio.

Se non diversamente concordato, il pagamento deve essere effettuato dall'assicurato che, successivamente, riceve un rimborso da parte dell'ente assicuratore (sistema del "terzo garante").

Gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni di cui beneficiano e tale partecipazione, obbligatoria per gli adulti (ossia a partire dai 18 anni compiuti), comprende un importo fisso annuo (franchigia, CHF 300, pari a 250 EUR, per un adulto) e una quota di partecipazione ai costi che superano la franchigia (aliquota percentuale del 10% dei costi che superano la franchigia). I minori pagano solo l'aliquota. È previsto un importo massimo dell'aliquota (CHF 700 per gli adulti, equivalenti a 583 EUR, e CHF 350 per un figlio, pari a 291 EUR, o CHF 1.000 annui, corrispondenti a 832 EUR, per più figli della stessa famiglia). Gli adulti assicurati possono scegliere tra una franchigia maggiore, a fronte di un premio ridotto, o una franchigia per i figli.

L'aliquota percentuale ammonta al 20% per i farmaci il cui prezzo supera di oltre il 20% il costo medio del terzo più economico dei farmaci con gli stessi principi attivi. D'altro canto, non si paga la franchigia per alcune misure preventive attuate nell'ambito di programmi nazionali o cantonali, che attualmente sono i seguenti: programmi cantonali di screening mammografico e programmi cantonali di vaccinazione contro il papilloma virus umano. Le cure medico-sanitarie sono anche assicurate da *ospedali* pubblici e privati inclusi nell'elenco cantonale degli ospedali approvati. Il pagamento viene effettuato direttamente dall'ente assicuratore (sistema del "terzo garante").

Per le cure ospedaliere è prevista una partecipazione pari a quella stabilita per le cure ambulatoriali. Inoltre, gli assicurati che superano i 25 anni di età versano un contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera (CHF 15 al giorno, corrispondenti a 12 EUR).

Gli enti assicuratori adottano decisioni sulle prestazioni. Gli assicurati hanno la possibilità di contestare tali decisioni entro 30 giorni. Se l'interessato non è soddisfatto della nuova decisione, può rivolgersi al tribunale cantonale competente o, se considera ingiustificata la decisione di quest'ultimo, può adire il tribunale federale.