

DECISIONE S5
del 2 ottobre 2009

relativa all'interpretazione della nozione di «prestazioni in natura» definita all'articolo 1, lettera v bis), del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio in caso di malattia o maternità di cui agli articoli 17, 19, 20 e 22, all'articolo 24, paragrafo 1, agli articoli 25 e 26, all'articolo 27, paragrafi 1, 3, 4 e 5, agli articoli 28 e 34 e all'articolo 36, paragrafi 1 e 2, del regolamento (CE) n. 883/2004 nonché alla determinazione degli importi da rimborsare ai sensi degli articoli 62, 63 e 64 del regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio

(Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo CE/Svizzera)

(2010/C 106/18)

LA COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI SICUREZZA SOCIALE,

visto l'articolo 72, lettera a), del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale⁽¹⁾, ai sensi del quale la commissione amministrativa è incaricata di trattare ogni questione amministrativa e di interpretazione derivante dalle disposizioni del regolamento (CE) n. 883/2004 e del 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⁽²⁾,

visti gli articoli 35 e 41 del regolamento (CE) n. 883/2004,

considerando quanto segue:

- (1) Ai fini dell'applicazione degli articoli 17, 19, 20 e 22, dell'articolo 24, paragrafo 1, degli articoli 25 e 26, dell'articolo 27, paragrafi 1, 3, 4 e 5, degli articoli 28 e 34 e dell'articolo 36, paragrafi 1 e 2, del regolamento (CE) n. 883/2004, occorre dare alla nozione di «prestazioni in natura» dell'assicurazione malattia/maternità di cui all'articolo 1, lettera v bis), del regolamento (CE) n. 883/2004 un significato preciso vincolante per tutti gli Stati membri.
- (2) La nozione di «prestazioni in natura» dell'assicurazione malattia/maternità in conformità con la giurisprudenza della Corte di giustizia europea deve includere le prestazioni in natura fornite alle persone che necessitano di cure sanitarie.

Deliberando secondo le modalità stabilite dall'articolo 71, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004,

DECIDE:

I. Disposizioni generali

1. Le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia/maternità, di cui si deve tener conto per determinare i rimborsi di cui

agli articoli 62, 63 e 64 del regolamento (CE) n. 987/2009 (qui di seguito «regolamento di applicazione») sono quelle considerate tali ai sensi della legislazione nazionale applicata dall'istituzione che ha assicurato l'erogazione di tali prestazioni, sempre che queste ultime possano essere ottenute ai sensi degli articoli 17, 19, 20 e 22, dell'articolo 24, paragrafo 1, degli articoli 25 e 26, dell'articolo 27, paragrafi 1, 3, 4 e 5, degli articoli 28 e 34 e dell'articolo 36, paragrafi 1 e 2, del regolamento (CE) n. 883/2004 (qui di seguito «regolamento di base»).

2. Vanno inoltre considerate prestazioni in natura ai sensi dei predetti articoli del regolamento di base:

- a) le prestazioni in natura dell'assicurazione sanitaria che danno titolo all'assunzione di tutte o di una parte delle spese indotte dallo stato di malattia dell'assicurato ed effettuate a suo beneficio diretto, per esempio le cure infermieristiche o di aiuto domestico prestate a domicilio in centri o istituti specializzati, l'acquisto di attrezzature terapeutiche o la realizzazione di migliorie nell'ambiente domestico. Tali prestazioni, dunque, sono finalizzate essenzialmente al completamento delle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia, per migliorare lo stato di salute e le condizioni di vita delle persone che necessitano di cure sanitarie;
- b) le prestazioni in natura, che non rientrano nel regime di assicurazione ma che presentano le stesse caratteristiche e perseguono gli stessi obiettivi delle prestazioni citate alla suddetta lettera a), sempre che esse possano essere considerate come prestazioni in natura di sicurezza sociale ai sensi del regolamento di base e possano essere ottenute nello stesso modo di quelle di cui alla lettera a), conformemente alle disposizioni dei precitati articoli del regolamento di base.

Le prestazioni in natura contemplate alle lettere a) e b), vanno incluse nelle spese contemplate al suddetto punto 1.

3. Non vanno considerati costi per prestazioni in natura ai sensi degli articoli precitati del regolamento di base:

- a) le spese amministrative relative al regime di assicurazione malattia, ad esempio i costi collegati alla gestione e al calcolo dei rimborsi agli individui e tra le istituzioni;

⁽¹⁾ GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.

⁽²⁾ GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1.

- b) le spese legate all'erogazione di prestazioni, come ad esempio gli onorari dei medici per l'emissione di certificati necessari alla valutazione del grado di invalidità o di capacità al lavoro del richiedente;
- c) le spese relative alla ricerca medica e alle sovvenzioni a istituzioni di prevenzione, erogate per un'azione generale di difesa della salute nonché le spese per azioni generali non correlate al rischio assicurato;
- d) le compartecipazioni alle spese a carico dei singoli.

II. Disposizioni relative al calcolo degli importi fissi di cui all'articolo 63 del regolamento di applicazione

- 4. Sono inclusi nel calcolo degli importi fissi mensili e totali di cui all'articolo 64 del regolamento di applicazione:
 - a) l'importo delle prestazioni in natura previste dai regimi nazionali nello Stato membro di residenza in base all'articolo 17, all'articolo 24, paragrafo 1, agli articoli 25 e 26 del regolamento di base;
 - b) l'importo delle prestazioni in natura erogate in base a cure programmate al di fuori dello Stato membro di residenza ai sensi dell'articolo 20 e dell'articolo 27, paragrafi 3 e 5, del regolamento di base;
 - c) il costo delle prestazioni in natura erogate a una persona assicurata durante un soggiorno temporaneo al di fuori dello Stato di residenza, sempre che tali costi debbano essere sostenuti in base alla normativa nazionale; sono

esclusi i costi di cui al punto II, punto 5, lettera a), della presente decisione.

- 5. Sono esclusi dal calcolo degli importi fissi mensili e totali di cui all'articolo 64 del regolamento di applicazione:
 - a) l'importo delle prestazioni erogate durante un soggiorno temporaneo al di fuori dello Stato di residenza ai sensi dell'articolo 19, paragrafo 1, e dell'articolo 27, paragrafo 1, del regolamento di base;
 - b) gli importi delle prestazioni rimborsate in conformità con il regolamento di base o in base ad accordi bilaterali o multilaterali, ad eccezione dei rimborsi per cure programmate.

III. Altre disposizioni

- 6. Per calcolo degli importi da rimborsare, si deve ricorrere, per quanto possibile, alle statistiche ufficiali e ai documenti contabili delle istituzioni del luogo di dimora o di residenza e, preferibilmente, ai dati ufficiali pubblicati. Devono essere indicate le fonti delle statistiche.
- 7. La presente decisione è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*. Si applica dalla data di entrata in vigore del regolamento (CE) n. 987/2009.

La presidente della commissione amministrativa
Lena MALMBERG