

Rivista N°: 2/2018  
DATA PUBBLICAZIONE: 13/05/2018

AUTORE: Ulrike Haider-Quercia\*

## LA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI STRANIERI IN AUSTRIA: IL PRECARIO EQUILIBRIO TRA GARANZIA ASSICURATIVA E FINANZIABILITÀ

*Sommario: 1. Introduzione e dati statistici. 2. Le principali caratteristiche del sistema sanitario austriaco: a) L'assenza del diritto costituzionale alla salute e la previsione del principio di solidarietà nella normativa ordinaria. b) L'obbligatorietà del versamento dei contributi assicurativi e il finanziamento dalla fiscalità generale come eccezione. 3. L'attuazione delle garanzie europee di assistenza sanitaria agli stranieri nel quadro delle frammentate competenze costituzionali. 4. Gli stranieri contribuenti al sistema delle casse mutue. 5. L'assicurazione medica temporanea degli stranieri non lavoratori ed economicamente insufficienti. 6. Le criticità del modello dell'assistenza sanitaria degli stranieri: finanziamento e necessità di adattamento della normativa di lavoro. 7. Conclusioni.*

### 1. Introduzione e dati statistici

Nell'ultimo ventennio l'ordinamento austriaco ha fatto consistenti progressi legislativi per estendere le garanzie assicurative sanitarie anche agli stranieri. Il sistema sanitario austriaco, relativamente chiuso in quanto basato sull'attività lavorativa degli assicurati e caratterizzato, storicamente, da un divieto di fornire prestazioni sanitarie agli stranieri<sup>1</sup>, è stato trasformato in un sistema che oggi consente pieno accesso anche a persone che non sono integrate nel tessuto sociale austriaco attraverso un lavoro remunerato o un legame familiare.

Questa caratteristica è importante se si considera che l'Austria è annoverata tra quei Paesi dell'Unione europea che presentano, nella loro popolazione, una percentuale particolarmente elevata di persone con cittadinanza straniera. In tempi più recenti la presenza di

---

\* Associato di Diritto pubblico comparato nell'Università degli studi "Guglielmo Marconi".

<sup>1</sup> Tale divieto è stato stabilito, storicamente, dalla legge sull'organizzazione degli ospedali (*Krankenanstaltengesetz*) del 1920 (StGBI 1920/327), ed in particolare nell'art. 23, 4° c., sostituita dal *Krankenanstaltengesetz* 1956 (BGBl. 1957/1).

stranieri in Austria eccedeva di largo la quota del 10 %, ammontando nel 2017 al 15,3 % della popolazione totale del paese<sup>2</sup>.

Meno della metà delle persone con cittadinanza diversa da quella austriaca sono originarie da altri Paesi dell'Unione europea. Il numero delle persone provenienti da Paesi terzi, invece, è in continuo accrescimento, superando il 51% di tutti gli stranieri residenti in Austria<sup>3</sup>. Questi numeri non comprendono gli stranieri soggiornanti senza titolo sul territorio austriaco né i rifugiati e richiedenti asilo che nel 2015 ammontavano a più di 89.000 persone e nel 2017 a circa 78.000 persone<sup>4</sup>.

Il sistema sanitario austriaco realizza un livello di servizi elevato e superiore alla media dei Paesi OSCE relativamente all'accesso, efficacia e qualità di servizi che sono uniformi in tutto il territorio nazionale. La prestazione dei servizi sanitari costituisce, inoltre, uno dei maggiori fattori di crescita economica<sup>5</sup>.

In compenso, per quanto concerne il finanziamento, l'Austria è uno dei Paesi che più spende per il servizio sanitario. Con una spesa totale per i servizi sanitari corrispondente all'11,1 % del PIL, cioè 3.821 euro *pro capite* annue, il sistema sanitario austriaco si trova nella fascia alta in termini di costi<sup>6</sup>.

Sul versante del finanziamento, il sistema sanitario austriaco può essere caratterizzato come mutualistico, dato che le spese sanitarie sono finanziate per due terzi<sup>7</sup> attraverso i contributi assicurativi versati dai lavoratori e dai datori di lavoro (*Sozialversicherungsbeiträge*) e soltanto un terzo delle spese complessive - quelle relative alle strutture ospedaliere<sup>8</sup> - viene coperto attraverso la fiscalità generale<sup>9</sup>.

Minore risulta la parte di finanziamento proveniente da fonti private, comprese le spese sostenute da assicurazioni private o attraverso i servizi erogati dai medici aziendali (tali spese si aggiungono alle spese finanziate attraverso il sistema pubblico ed ammontano ad un importo equivalente a meno di un quarto delle spese sanitarie complessive)<sup>10</sup>.

---

<sup>2</sup> Dati disponibili su [www.statistik.at](http://www.statistik.at) (20.3.2017).

<sup>3</sup> Nel corso dell'anno 2016 è accresciuto di 35.734 Personen (+5,49%) (20.3.2017).

<sup>4</sup> Dopo l'anno 2015 di fortissimo afflusso di rifugiati, nel 2016 sono state presentate 42.073 nuove domande di asilo con una tendenza decrescente, con 4.602 domande di asilo presentate nei primi mesi del 2017. Dati disponibili su [www.bmi.gv.at/cms/BMI\\_Asylwesen/statistik/files/2017/Asylstatistik\\_Februar\\_2017.pdf](http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/2017/Asylstatistik_Februar_2017.pdf) (20.3.2017).

<sup>5</sup> Cfr. K. HABIMANA ED ALTRI, *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*, 4° ed., Wien, 2015, p. 9

<sup>6</sup> Costi superiori alla media europea (del 10,1 %) con una continua tendenza di aumento delle spese mediche negli ultimi dodici anni (10,3% nel 2003), contro la media a livello dell'UE di 2.988. Dati disponibili su <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (20.3.2017).

<sup>7</sup> Per il 75,8% nel 2013.

<sup>8</sup> Cfr. T. CZYPIONKA/M. RIEDEL/G. RÖHRLING, *Effizienz im Gesundheitssystem: Vorschläge für eine neue Finanzierungsstruktur*, in: *Recht der Medizin*, n. 10, 2008, 42. Alcuni rischi rimangono, tuttavia, esclusi dal sistema di previdenza sociale austriaco qui delineato, e vengono finanziati dal gettito fiscale generale come ad esempio i contributi per le vittime di guerra e di reati penali.

<sup>9</sup> Dati disponibili su [www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Gesundheitsausgaben/](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsausgaben/) (20.3.2017).

<sup>10</sup> Le su indicate proporzioni sono rimaste abbastanza invariate nel corso dell'ultimo decennio.

Questo sistema mutualistico viene generalmente considerato un fattore positivo e stabilizzante, in quanto assicura la costanza nell'erogazione dei servizi, che sono sottratti al gioco politico generale e alla concorrenza nella determinazione delle politiche di bilancio. Dall'altro canto, invece, la struttura mutualistica con l'assicurazione obbligatoria della popolazione attiva<sup>11</sup> rende il sistema sanitario austriaco fortemente protettivo<sup>12</sup> e, in linea generale, di non facile accesso per gli stranieri non integrati da un rapporto di lavoro (o familiare) in Austria.

## 2. Le principali caratteristiche del sistema sanitario austriaco

Le soluzioni legislative scelte e le modalità operate dall'ordinamento austriaco per inserire le varie categorie di stranieri nel sistema sanitario nazionale sono fortemente determinate da alcune caratteristiche strutturali del sistema, che si possono riassumere nei seguenti tre elementi:

- a) l'assenza di un riferimento al diritto alla salute nella Costituzione;
- b) l'obbligatorietà della contribuzione all'assicurazione sanitaria pubblica per le persone che svolgono un'attività economica professionale;
- c) il principio di solidarietà tra gli assicurati della stessa cassa mutua e tra le casse mutualistiche tra di loro.

### a) L'assenza del diritto costituzionale alla salute e la previsione del principio di solidarietà nella normativa ordinaria

Il principio solidaristico che caratterizza il sistema sanitario nazionale tiene fortemente conto della necessità redistributiva, non prevedendo alcun rapporto di equivalenza individuale tra il premio versato e la copertura assicurativa né meccanismi di progressività nell'aliquota. Tale principio non trova alcuna formale consacrazione nella Costituzione austriaca<sup>13</sup>, nella quale si trovano solamente insufficienti riferimenti ai diritti sociali<sup>14</sup>, e che, per-

---

<sup>11</sup> Con estensione della copertura assicurativa ai soli familiari senza proprio reddito.

<sup>12</sup> Cfr. T. CZYPIONKA/M. RIEDEL/G. RÖHRLING, *Effizienz im Gesundheitssystem: Vorschläge für eine neue Finanzierungsstruktur*, in: *Recht der Medizin*, n. 10, 2008, 43.

<sup>13</sup> Cfr. T. TOMANDL, *Die Sozialversicherung*, in H. SCHAMBECK (a cura di), *Das österreichische Bundes-Verfassungsgesetz und seine Entwicklung*, Berlin, 1980, 643.

<sup>14</sup> Cfr. T. ÖHLINGER, *Ein Menschenrecht auf Gesundheit, Sinn und Funktion eines sozialen Grundrechts*, in: O. MARTINEK (a cura di), *Arbeit, Recht und Gesellschaft, Festschrift für Walter Schwarz*, Wien, 1991, 767 ss.; IDEM, *Soziale Grundrechte im Verfassungsrecht*, in: M. APPEL/M. BLÜMEL (cura), *Soziale Grundrechte – Kriterien der Politik*, Wien, 1998, pp. 29ss; H. EBERHARD, *Soziale Grundrechtsgehalte im Lichte der grundrechtlichen Eingriffsdogmatik*, in: *Zeitschrift für öffentliches Recht*, 2012, pp. 512 ss.; M. HOLOUBEK, *Zur Struktur sozialer Grundrechte*, in: M. STELZER/B. WEICHSELBAUM (cura), *Demokratie und sozialer Rechtsstaat*, volume celebrativo per T. Öhlinger, Wien, 2004, pp. 507 ss.

tanto, non sancisce nemmeno il diritto alla salute<sup>15</sup>. La garanzia del suddetto principio solidaristico si trova, invece, a livello della legislazione ordinaria, ed in particolare attraverso la Legge federale sulla previdenza sociale del 1955 (*Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG*)<sup>16</sup>. In questa normativa centrale della previdenza è disciplinata anche l'assicurazione malattia in genere e quella dei lavoratori dipendenti in specie, pari a circa l'80% degli assicurati<sup>17</sup>. Così la tutela della salute costituisce un elemento centrale della forma di stato sociale austriaco, senza, tuttavia, costituire un diritto costituzionale azionabile davanti ai tribunali<sup>18</sup>.

L'unica garanzia costituzionale per la tutela della salute scaturisce dal principio di eguaglianza esplicitamente sancito dall'art. 7 c. 1 della Costituzione federale (*Bundes-Verfassungsgesetz, B-VG*), che in un'accezione formale richiede che la normativa in ambito sanitario deve essere strutturata in modo da non escludere ingiustificatamente individui da prestazioni sociali equivalenti<sup>19</sup>.

Tuttavia, dal principio di eguale trattamento nell'erogazione delle prestazioni sociali non può essere dedotto il diritto dello straniero a cure sanitarie ma solo l'obbligo per i prestatori dell'assistenza sanitaria di trattare in maniera eguale pazienti austriaci e stranieri, sia per quanto riguarda la qualità e l'estensione del trattamento sia per quanto riguarda i costi del servizio medico. In altre parole, ai pazienti stranieri non possono essere fatturate spese maggiori per servizi sanitari equivalenti; di conseguenza, dal principio solidaristico insito nella normativa ordinaria sull'assicurazione sanitaria pubblica non deriva alcun diritto azionabile a favore dello straniero a cure mediche in Austria.

---

<sup>15</sup> Nonostante gli impegni presi a livello internazionale, nella discussione giuridico-politica e nei vari tentativi di far fronte all'estrema frammentazione delle statuizioni dei diritti fondamentali in Austria, il tema del diritto alla salute ha acquisito attualità solamente in tempi più recenti. La commissione politica per i diritti fondamentali ha presentato nel 1987 una bozza per una legge costituzionale sul diritto alla previdenza sociale e all'assistenza sociale e nel 1990 una bozza per una legge costituzionale sui diritti economici e sociali. Entrambe non sono state adottate, e nei documenti di lavoro delle commissioni non si trovano, tuttavia, riferimenti al diritto alla salute.

Nell'ultima commissione del 2005, che ha operato nell'ambito della convenzione per una nuova costituzione per l'Austria, vi è stato un consenso sulla previsione di garanzie dettagliate di diritti sociali. In riferimento all'art. 35 della Carta dei Diritti dell'UE è stata dibattuta anche la previsione di un diritto alla salute che dovrebbe concretizzarsi nella garanzia dell'accesso, in condizioni di parità, di tutti gli individui ai servizi sanitari efficaci e nella prevenzione da condizioni ambientali nocive per la salute. Vi è stata divergenza se il diritto alla salute come tutti gli altri diritti sociali dovessero costituire diritti soggettivi azionabili o meramente mandati per il legislatore. Tuttavia, le proposte della convenzione per l'Austria non si sono tradotte in concrete riforme.

<sup>16</sup> BGBl. I Nr. 189/1955 modificato più volte, e per ultimo nel 2017 BGBl. I Nr. 26/2017, BGBl. I Nr. 29/2017, BGBl. I Nr. 30/2017, BGBl. I Nr. 32/2017, BGBl. I Nr. 33/2017.

<sup>17</sup> Accanto a tale normativa centrale il legislatore federale ha introdotto una serie di leggi specifiche per alcune particolari categorie di lavoratori che, in parte, riprendono le disposizioni del ASVG, ma che per alcuni specifici aspetti introducono discipline differenziate: il *Bauern-Sozialversicherungsgesetz* (BSVG) per gli agricoltori, il *Sozialversicherungsgesetz der freiberuflich selbständig Erwerbstätigen* (FSVG) per i liberi professionisti, il *Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz* (B-KUGV) per i funzionari pubblici, il *Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz* (GSVG) per le persone che svolgono attività commerciali e il *Notarversicherungsgesetz* (NVG) per la previdenza pensionistica dei notai.

<sup>18</sup> Cfr. W. BERKA, *Lehrbuch Verfassungsrecht*, Wien, 2016, 52 e 50.

<sup>19</sup> Cfr. T. ÖHLINGER/H. EBERHARD, *Verfassungsrecht*, Wien, 2014, p. 307.

## b) L'obbligatorietà del versamento dei contributi assicurativi e il finanziamento dalla fiscalità generale come eccezione

L'asse portante del sistema sanitario in Austria è costituito dalle casse mutue (*Krankenkassen*) attraverso le quali passa la domanda di prestazioni sanitarie proveniente dagli assicurati. Il sistema mutualistico austriaco non si basa su una registrazione ma sull'obbligatorietà di versamento dei contributi a partire dal momento in cui si ha un lavoro remunerato e svolto sul territorio austriaco<sup>20</sup>. Tale obbligo esiste non solo nei confronti dei lavoratori subordinati ma anche dei liberi professionisti, compresi gli imprenditori e gli agricoltori, e prescinde dalla cittadinanza austriaca<sup>21</sup>, basandosi unicamente sull'attività economica svolta sul territorio interno<sup>22</sup>. In base a questi principi, gli stranieri (indifferentemente se di cittadinanza europea o di Stati terzi) che risiedono e svolgono un'attività lavorativa in Austria, sono obbligati – sulla stregua dell'obbligo previsto per i cittadini austriaci – ad iscriversi al regime di assicurazione socio-sanitaria prevista per legge.

I contributi assicurativi vengono, di regola, versati in parti eguali dal datore di lavoro e dall'assicurato<sup>23</sup> e vengono calcolati in base al reddito con tassazione e pagamenti diretti. La definizione dell'aliquota contributiva, in seguito alla riforma legislativa del 1973<sup>24</sup>, è stata sottratta alla potestà statutaria delle casse mutue ed è fissata direttamente dalla legge federale che prevede aliquote diverse a seconda dell'occupazione lavorativa e indipendentemente dalla situazione di rischi dell'assicurato<sup>25</sup>.

Da questo principio fanno eccezione solo alcune categorie di persone che anche senza contribuire alle spese sanitarie possono usufruire – ai sensi del principio solidaristico insito nella legge federale sulla previdenza sociale (ASVG) - della copertura assicurativa: questo vale in particolare per i familiari senza reddito dell'assicurato contribuente ai quali viene estesa automaticamente la copertura sanitaria di quest'ultimo, e per persone che per-

---

<sup>20</sup> Cfr. A. LEISCHNER/C. LINDNER./C. KOPETZKY/C. ZEINHOFER, *Medical Law - Country Report Austria*, in H. NYS (a cura di), *International Encyclopaedia of Laws / Medical Law*, Suppl. 66. Alphen aan den Rijn, 2011, 16. Alla luce delle evoluzioni giuridiche europee, va ricordato che in base al principio di precedenza del diritto dell'Unione europea ci possono essere eccezioni specifiche dal principio territoriale. Cfr. VwGH 2010/08/0231.

<sup>21</sup> L'assicurazione malattia arriva così a coprire la quasi totalità della popolazione (99,9 % circa ovvero 8,6 milioni di persone). Cfr. *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung*, 2012, 29, disponibile su [www.bva.at](http://www.bva.at).

<sup>22</sup> In un senso più largo, nel sistema dell'assicurazione obbligatoria è inclusa anche la categoria dei disoccupati, mentre viene esclusa quella dei detenuti. Un'ulteriore eccezione dall'obbligo di assicurazione è prevista, invece, per quei professionisti che, in ragione del loro elevato reddito, possono fruire della cosiddetta assicurazione libera. Cfr. M. COSULICH, *Il sistema sanitario austriaco: un quadro (fortemente) mutualistico in una cornice (debolmente) federale*, in: R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, 2009, p. 109.

<sup>23</sup> L'importo dei contributi da versare viene calcolato indipendentemente dal rischio individuale dell'assicurato. Per la maggior parte degli assicurati l'aliquota costituisce il 7,65 per cento della base contributiva. Cfr. *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung*, 2012, 29, disponibile su [www.bva.at](http://www.bva.at).

<sup>24</sup> Cfr. W. SCHRÄMMEL, *Krankenanstaltengesetz und Sozialversicherungsrecht*, Zeitschrift für Arbeitsrecht und Sozialrecht, 1990, 109.

<sup>25</sup> L'unica differenziazione operata a favore delle categorie dei contribuenti maggiori è la possibilità riconosciuta ad essi di usufruire di servizi e cure sanitari più complete e costose. Cfr. J. DERNTL, § 1 ASVG, in: M. SONNTAG (a cura di), *Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – Jahreskommentar*, Wien, 2013, 78.

cepiscono una pensione dallo Stato austriaco<sup>26</sup>. Nelle categorie di rischio che rimangono escluse dal sistema della contribuzione sanitaria appena delineata - venendo finanziata, non da una propria contribuzione, ma dal gettito fiscale generale - sono compresi, inoltre, i contributi per le vittime di guerra, persone detenute e disoccupati iscritti negli uffici di collocamento.

A queste eccezioni si aggiungono gli stranieri economicamente non-autosufficienti, che, dal primo maggio 2004<sup>27</sup>, possono accedere alla copertura medico-sanitaria mutualistica attraverso il meccanismo di pagamento automatico dei contributi dalla fiscalità generale e quindi senza prestazioni contributive proprie.

In questo modo, se nel diritto dell'immigrazione austriaco (*Fremdenrecht*) viene operata una tripartizione delle fattispecie di stranieri, distinguendo a) persone che beneficiano del diritto europeo, b) richiedenti asilo e rifugiati ai quali l'Austria garantisce l'accoglienza e c) stranieri non rientranti nelle prime due categorie<sup>28</sup>, nell'ambito delle garanzie medico-sanitarie gli stranieri possono essere suddivisi solamente in due categorie: a) gli stranieri contribuenti e 2) gli stranieri non contribuenti.

### **3. L'attuazione delle garanzie europee di assistenza sanitaria agli stranieri nel quadro delle frammentate competenze costituzionali**

L'attuazione degli impegni derivanti dal diritto dell'Unione europea volti a garantire standard minimi nei servizi sanitari per gli stranieri (non contribuenti) ha comportato una modifica dell'assetto costituzionale delle competenze attraverso revisione costituzionale nel 2008<sup>29</sup>. Tale adattamento era necessario per dare efficace attuazione<sup>30</sup> alle direttive europee 2003/9/CE recanti norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo (e la successiva 2013/33/UE) e 2001/55/CE sulle norme minime per la concessione della protezione temporanea in caso di afflusso massiccio di sfollati e sulla promozione dell'equilibrio degli sforzi tra gli Stati membri che ricevono gli sfollati e subiscono le conseguenze dell'accoglienza degli stessi<sup>31</sup>. Con legge di revisione costituzionale del 2008 è stato introdotto il comma 1 lit. 3 nell'art. 10 B-VG che assegna al *Bund* la competenza esclusiva per la materia "asilo e richiedenti asilo"<sup>32</sup>. Per l'assistenza medico-sanitaria riconosciuta agli stranieri, tale nuova competenza deve essere letta, tuttavia, nel contesto della frammentata ripartizione costitu-

---

<sup>26</sup> Art. 10 ASVG.

<sup>27</sup> Cfr. M. MOESTL, *Krankenversicherung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde in Österreich*, in: *Arbeits- und Sozialrechtskartei*, n. 7/2004, pp. 234 ss.

<sup>28</sup> Cfr. R. FEIK, *Fremdenrecht*, in: S. BACHMANN (e.a. cura) *Besonderes Verwaltungsrecht*, Wien, 2016, p. 111.

<sup>29</sup> BGBl I 2008/2.

<sup>30</sup> Cfr. I BGBl. 2004/80.

<sup>31</sup> Alcuni profili dell'impegno di tutelare la salute degli stranieri deriva, in parte, anche dall'art. 3 (proibizione della tortura) e dall'art. 8 CEDU (rispetto della vita privata e familiare), che godono rango di diritto costituzionale in Austria.

<sup>32</sup> Cfr. M. OSWALD, *Aktuelle Fragen zur Grundversorgung von Asylwerbern*, in: *migraLex* 2009, pp. 52 s.

zionale delle competenze che da sempre contraddistingue l'ambito sanitario e<sup>33</sup> che nel corso del tempo aveva dato vita ad una corposa normativa di livello federale, dei *Länder*, dei comuni e delle casse mutue regolante i numerosi aspetti dell'assistenza medico-sanitaria<sup>34</sup>.

Il sistema sanitario austriaco risulta, pertanto, essere fortemente influenzato dalla struttura federale prevista dal B-VG, e da ciò consegue che sono frequenti sovrapposizioni di competenze federali e federate. In virtù di tale circostanza il settore sanitario si caratterizza per forti elementi di cooperazione in senso verticale<sup>35</sup>, e questo specialmente anche nella previsione di una efficace assistenza medico-sanitaria agli stranieri sfollati, che per tale motivo non può che essere regolata con regime uniforme in tutta l'Austria<sup>36</sup>. Ciò deve contribuire alla chiarezza e certezza del regime sanitario riconosciuto agli stranieri e ad evitare sproporzionati sgravi finanziari solamente su alcuni *Länder*<sup>37</sup>. A tale scopo è stato stipulato nel 2004 uno specifico trattato di diritto pubblico tra *Bund* e *Länder* ex. Art.15a B-VG<sup>38</sup> – strumento frequentemente impiegato nell'ambito della sanità per coordinare le competenze che altrimenti dovrebbero essere esercitate separatamente. Tale accordo (*Grundversorgungsvereinbarung*) costituisce la base del quadro giuridico dell'organizzazione dell'assistenza essenziale e temporanea da garantire agli stranieri economicamente non autosufficienti che si trovano sul territorio austriaco. Esso disciplina in generale l'assistenza essenziale e temporanea dei rifugiati, dei richiedenti asilo e di altri stranieri<sup>39</sup>. Per l'assistenza sanitaria tale accordo prevede, nello specifico, un generale ed automatico inserimento degli stranieri nel sistema

---

<sup>33</sup> Tuttavia, la previsione di standard minimi nell'accoglienza degli stranieri e così anche dei servizi sanitari ad essi riconosciuti, per quanto determinati da esigenze internazionali ed europee, non fa eccezione alla *natura federale considerata cooperativa in senso verticale* della forma di Stato austriaca, caratteristica che risulta essere particolarmente evidente proprio nell'ambito della sanità. In essa, come in molti altri settori, emerge la costante prevalenza dei poteri del *Bund* su quelli dei *Länder*, le cui competenze spesso si esauriscono nell'amministrazione degli obiettivi federali, meccanismo che da alcuni viene considerato essere un mero decentramento. Cfr. P. PERNTHALER/F. ESTERBAUER, *Der Föderalismus*, in H. SCHAMBECK (a cura di), *Das Österreichische Bundes-Verfassungsgesetz und seine Entwicklung*, Berlin, 1980, 326. e ULRIKE HAIDER-QUERCIA, *L'organizzazione sanitaria in Austria: il federalismo consociativo e la differenziazione delle casse mutue*, in: R. NANIA (cura) *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Roma, pp. 255-280.

<sup>34</sup> Così, per le cure non ospedaliere spetta al *Bund* la legislazione in maniera esclusiva fra cui quella della materia sanitaria (*Gesundheitswesen*) ai sensi dell'art. 10, c. 1, n. 12 B-VG. Nell'ambito degli ospedali la legislazione di dettaglio e l'amministrazione compete ai *Länder* ai sensi dell'art. 12, c. 1, n. 1 B-VG. La politica e la programmazione strutturale sono funzioni che vengono svolte congiuntamente da *Bund*, *Länder* ed enti assicurativi sanitari. La normazione delle professioni del settore sanitario e i servizi farmaceutici, invece, spetta esclusivamente al *Bund* e al Ministero della salute. La politica di sanità pubblica, il servizio sanitario nazionale e la sua amministrazione (Art. 10, c. 1 B-VG) costituiscono un ambito di competenza ripartita tra *Bund*, *Länder* e Comuni. I *Länder* sono competenti, inoltre, per la garanzia del servizio sanitario locale e l'ambulanza/i servizi di pronto soccorso che ricadono nella loro competenza generale/residuale sulla base dell'art. 15 B-VG. I *Länder* forniscono, inoltre, i servizi per la promozione della salute e la prevenzione di malattie.

<sup>35</sup> Cfr. M. COSULICH, *Il sistema sanitario austriaco: un quadro (fortemente) mutualistico in una cornice (debolmente) federale*, in: R. BALDUZZI, *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, 2009, p. 112.

<sup>36</sup> Cfr. G. MARX, *Umsetzung der Aufnahmeberichtlinie in Österreich*, in: *migraLex*, 2005, p. 82 ss.

<sup>37</sup> Cfr. G. MARX, *Umsetzung der Aufnahmeberichtlinie in Österreich*, in: *migraLex*, 2005, p. 82. VfSlg. 17.942/2006.

<sup>38</sup> Gli accordi in discorso consentono di coordinare le competenze che altrimenti dovrebbero essere esercitate separatamente. Cfr. W. BERKA, *Lehrbuch Verfassungsrecht*, Wien, 2005, 116 s.

<sup>39</sup> Cfr. G. MAIER, *Die Grundversorgung in Österreich. 10 Jahre Grundversorgungsvereinbarung*, in: *SIK-Journal*, 2014, pp. 47 ss.

mutualistico disciplinato dalla legge federale dell'assicurazione previdenziale del 1955 (ASVG), anche senza l'obbligo di contribuire economicamente al finanziamento della previdenza pubblica<sup>40</sup>. Se l'assicurazione sanitaria per tutti gli altri assicurati che svolgono una attività economica avviene attraverso il versamento - da parte del lavoratore e del datore del lavoro - dei contributi alla cassa mutua di appartenenza, per il finanziamento dei contributi da versare per gli stranieri economicamente non autosufficienti viene previsto un *regime di eccezione* che prevede il pagamento dei relativi contributi dalla fiscalità generale, con una ripartizione delle relative spese tra *Bund* e *Bundesländer*, rispettivamente nella proporzione di 60 e 40<sup>41</sup>, con l'unica eccezione dei contributi relativamente agli stranieri prima dell'ammissione al procedimento d'asilo, che vengono versati integralmente a spese del *Bund*. Con questa modalità di assicurazione sanitaria senza controprestazione attraverso la contribuzione direttamente dal gettito fiscale, è stata inserita - in attuazione delle direttive europee su menzionate - un'importante eccezione al tradizionale sistema previdenziale austriaco basato sui contributi da lavoro redditizio.

#### 4. Gli stranieri contribuenti al sistema delle casse mutue

Nella categoria degli stranieri contribuenti rientrano i cittadini europei<sup>42</sup> che soggiornano transitoriamente in Austria e che possono accedere ai servizi sanitari utilizzando la tessera sanitaria europea che attesta l'equivalente copertura sanitaria nel paese di origine. Tale modalità di accesso ai servizi sanitari viene garantita, in base alle modifiche inserite nella normativa sulla previdenza sociale, dalla legge sulla mobilità europea dei pazienti (*EU-Patientenmobilitätsgesetz*)<sup>43</sup> che attua la direttiva europea 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, e si basa inoltre su singoli accordi bilaterali in materia di sicurezza sociale.

In questo modo i cittadini europei e i cittadini di alcuni Paesi extracomunitari con i quali esistono particolari convenzioni<sup>44</sup> che si trattengono temporaneamente in Austria (di regola non più di tre mesi) senza svolgere un'attività lavorativa ai sensi dell'ASVG possono beneficiare della stessa assistenza sanitaria dei cittadini austriaci assicurati presso una delle casse mutue, e quindi di tutte le prestazioni medico-sanitarie, medicinali e ricoveri ospedalieri necessari da un punto di vista medico durante il soggiorno temporaneo in Austria. Sono escluse dalle prestazioni erogate nei confronti dei suddetti cittadini solamente le cure medico-sanitarie di lungo termine, il trapianto di organi e i costi di un eventuale trasporto nel paese di origine. Condizione per la copertura dei costi del servizio medico è che la struttura sanitaria alla quale ci si rivolge è parte contrattuale del sistema sanitario pubblico austriaco; dai

---

<sup>40</sup> Art. 6, 1° c. lit. 5 *Grundversorgungsvereinbarung*.

<sup>41</sup> Art. 11 *Grundversorgungsvereinbarung*. Cfr. M. MOESTL, *Krankenversicherung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde in Österreich*, in: *Arbeits- und Sozialrechtskartei*, n. 7/2004, pp. 234 ss.

<sup>42</sup> Anche cittadini dei paesi EFTA (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Svizzera.

<sup>43</sup> BGBl. 32/2014.

<sup>44</sup> Tra cui Liechtenstein, Norvegia, Islanda e Liechtenstein.



dati della Confederazione delle casse mutue emerge che generalmente il rimborso dei costi delle cure mediche usufruite dai pazienti stranieri in Austria si svolge secondo modalità e in tempi accettabili, con la sola eccezione degli enti di previdenza sociale di alcuni Paesi europei. Specialmente nei confronti di Romania, Grecia e Portogallo, l'Austria vanta un credito elevato di spese mediche non ancora rimborsato<sup>45</sup>, rimane inoltre il problema che alcuni Stati europei contestano i costi assai più elevati per prestazioni sanitarie usufruite in Austria rispetto ai costi sostenuti se la cura fosse svolta nelle proprie strutture sanitarie<sup>46</sup>.

Per gli stranieri che risiedono stabilmente in Austria per motivi di lavoro è applicabile lo stesso regime di assicurazione medica previsto per i cittadini austriaci. Con l'inizio di un'attività economica<sup>47</sup>, essi dovranno iscriversi, ai sensi dell'art. 4 ASVG, alla cassa mutua a loro assegnata. L'iscrizione avviene<sup>48</sup> sulla base del tipo di occupazione lavorativa svolta e del principio di assegnazione alla cassa territorialmente competente<sup>49</sup>. L'ente assicurativo, quindi, non può essere scelto, e di conseguenza non c'è competizione tra gli enti assicurativi. L'importo da versare in contributi viene diviso tra lavoratore straniero e datore di lavoro<sup>50</sup>. In questo modo il lavoratore straniero può accedere a tutti i servizi sanitari offerti dalla sua cassa di appartenenza, comprendenti visite mediche, trattamenti farmacologici e ricoveri ospedalieri. Alcune casse chiedono un contributo unico annuo di 11,35 Euro per la tessera sanitaria elettronica (*E-card*)<sup>51</sup>, mentre viene previsto per legge per tutti gli assicurati (indipendentemente dalla cassa di appartenenza) una quota di 5,85 Euro per ogni ricetta medica prescrivente farmaci. Alcune casse con un numero meno elevato di assicurati richiedono una franchigia fino al 20 % della prestazione sanitaria<sup>52</sup>. La normativa non prevede differenzia-

---

<sup>45</sup> Cfr. D. GOSCINSKA, *Transposition of the Patients' Rights Directive 2011/24/EU. A discourse analysis in Germany, Poland and Austria*, Berlin, 2017, pp. 14 e 27.

<sup>46</sup> Cfr. H. BAUMANN, *Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*, in: *Soziale Sicherheit*, n. 4/2011, pp. 187 ss. e <http://oe1.orf.at/artikel/403788>.

<sup>47</sup> Alcuni assicurati (tra cui liberi professionisti e persone che intendono assicurarsi su base volontaria) devono fare una richiesta di inserimento nella cassa mutua.

<sup>48</sup> In Austria esistono 22 enti assicurativi (casse mutue e enti di assicurazione sociale), raggruppate nella Federazione degli enti di assicurazione sociale (*Hauptverband der Versicherungsträger*).

<sup>49</sup> Il principio territoriale si fonda sulla struttura stessa degli enti di previdenza sanitaria, che sono organizzati su base statale: esiste, infatti, una cassa mutua territoriale (*Gebietskrankenkasse*), per ogni *Land*, nella quale vengono obbligatoriamente assicurati coloro che non fanno capo ad alcuna altra cassa mutua speciale o aziendale (*Betriebskrankenkasse*). È stato più volte rammentato che la divisione della struttura delle casse mutue territoriali per i singoli Länder non costituisce, a ben vedere, espressione della struttura federale dell'ordinamento austriaco, in quanto ciò non richiede la presenza di un ente quale lo Stato membro di una federazione. La coincidenza tra il territorio del Land e quello della corrispondente cassa mutua territoriale ben potrebbe realizzarsi anche in assenza di una struttura federale, ad esempio se i Länder austriaci fossero semplicemente province, prive dei requisiti propri degli Stati membri. Cfr. M. COSULICH, *Il sistema sanitario austriaco*, p. 117.

<sup>50</sup> L'aliquota di ogni singolo assicurato è di 7,31% della base contributiva.

<sup>51</sup> Sul funzionamento delle tessere elettroniche sanitarie vedi V. SCHÖRGHOFER/J. KOGLER, *Fünf Jahre e-card: Entwicklungen und Auswirkungen auf das Verhalten der User*, in: *Soziale Sicherheit*, 2011, 230 ss.

<sup>52</sup> Così, ad esempio, con riferimento alla partecipazione dell'assistito ai costi della prestazione sanitaria: l'ASVG permette di fruire delle prestazioni sanitarie, pagando un corrispettivo fisso annuo di Euro 11,85 per la tessera elettronica assicurativa, ma senza alcun onere aggiuntivo da parte dell'assicurato, mentre il FSVG esclude dalle prestazioni sanitarie prive di oneri per l'assicurato la (sola) assistenza ospedaliera, a carico dell'assicurato in misura pari al 20 %; il B-KUGV estende a tutte le prestazioni sanitarie detto contributo dell'assicurato pari al 20 % della spesa sostenuta; infine, il BSVG contiene la stessa previsione del B-KUGV, ma si basa sull'opposto principio del rimborso, secondo cui l'assicurato sostiene per intero il costo della prestazione sanitaria, che gli viene rimborsato in misura pari all'80 %, mentre il 20 % rimane definitivamente a suo carico.

zioni nelle cure e nei servizi sanitari fruibili dagli assicurati, l'unica differenza può derivare tra le casse mutue diverse, la cui offerta di servizi e prodotti coperti dall'assicurazione possono variare<sup>53</sup>. Dalla copertura assicurativa sono coperti, in base al principio di estensione, anche i familiari dello straniero che non dispongono di un reddito proprio.

## **5. L'assicurazione medica temporanea degli stranieri non lavoratori ed economicamente insufficienti**

In questo sistema di assicurazione sanitaria, basato sulla contribuzione da attività di lavoro, esiste una significativa eccezione a favore di alcune categorie di stranieri, ed in particolare dei richiedenti asilo, rifugiati e persone che soggiornano senza titolo in Austria ma che, per motivi giuridici e fattuali, non possono essere rimpatriati o espulsi<sup>54</sup>. Per questa seconda categoria di stranieri, quella dei non-contribuenti al sistema sanitario, l'estensione della copertura sanitaria è conseguenza dell'attuazione di alcune direttive europee, ed in particolare della direttiva 2003/9/CE sulle norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo e la successiva direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (rifusione)<sup>55</sup>.

La base giuridica principale per l'accesso ai servizi della sanità pubblica per stranieri non coperti da assicurazione è costituita dal già menzionato trattato di diritto pubblico tra *Bund e Länder* ex. art. 15a B-VG<sup>56</sup> sull'assistenza minima garantita a rifugiati e richiedenti asilo (*Grundversorgungsvereinbarung*)<sup>57</sup>, che è stato attuato dalla legge federale riguardante l'organizzazione e il finanziamento dell'assistenza essenziale temporanea degli stranieri economicamente non autosufficienti del 2005 (*Grundversorgungsgesetz des Bundes – GVG-Bund*)<sup>58</sup> e dalle rispettive normative dei Länder<sup>59</sup>.

Nello specifico, il su indicato accordo tra *Bund e Länder*, approvato successivamente dal Parlamento austriaco, ha dato vita ad una ampia normativa federale e federata, prevedendo l'automatico inserimento di ogni straniero nel sistema mutualistico pubblico anche senza l'obbligo, da parte degli stranieri interessati, di contribuire al finanziamento della previ-

---

<sup>53</sup> In tal modo, la differenziazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie si basa sull'appartenenza a una determinata categoria di lavoratori e non sulla residenza in uno dei Länder.

<sup>54</sup> Art. 2 GVV.

<sup>55</sup> Cfr. I BGBl. 80/2004.

<sup>56</sup> Gli accordi in discorso consentono di coordinare le competenze che altrimenti dovrebbero essere esercitate separatamente. Cfr. W. BERKA, *Lehrbuch Verfassungsrecht*, Wien, 2016, 116 s.

<sup>57</sup> L'assistenza essenziale consiste nella predisposizione di servizi come l'alloggio, vitto, denaro per piccole spese, assistenza sanitaria. Cfr. Art. 6 *Grundversorgungsvereinbarung*.

<sup>58</sup> Bundesgesetz, mit dem die Grundversorgung von Asylwerbern im Zulassungsverfahren und bestimmten anderen Fremden geregelt wird.

<sup>59</sup> Wiener Grundversorgungsgesetz – WGVG, LGBl. 56/2010; Tiroler Grundversorgungsgesetz, LGBl. 21/2006; Steiermärkisches Betreuungsgesetz – StBetrG, LGBl. 101/2005; Salzburger Grundversorgungsgesetz, LGBl. 35/2007; Oberösterreichisches Grundversorgungsgesetz 2006, LGBl. 12/2007; Niederösterreichisches Grundversorgungsgesetz LGBl. 9240-0; Kärntner Grundversorgungsgesetz - K-GrvG, LGBl. 43/2006; Burgenländisches Landesbetreuungsgesetz - Bgl. LBetreuG, LGBl. 42/2006 e Vorarlberger Gesetz über die Mindestsicherung, LGBl.Nr. 64/2010.

denza pubblica<sup>60</sup>, come richiesto, invece, per la generalità degli assicurati. Per l'attivazione di questa garanzia, la legge richiede la presenza di un requisito determinante, cioè lo stato di insufficienza economica e il bisogno di protezione dello straniero interessato<sup>61</sup>, cioè la situazione che l'assistito non sia in grado di soddisfare per sé e per le persone che ha a carico i bisogni essenziali di vita<sup>62</sup>.

Con l'entrata in vigore il 1° maggio 2004 del trattato tra *Bund* e *Länder* sull'assistenza minima degli stranieri e della relativa legge federale di attuazione, il sistema sanitario nazionale doveva gestire, da un giorno all'altro, un numero elevatissimo di nuovi iscritti al sistema sanitario mutualistico. Le relative spese per finanziare la copertura assicurativa degli stranieri compresi dall'ambito di applicazione del trattato vengono versate alle casse mutue competenti dai *Länder*, ai quali viene rimborsata una parte dal *Bund* secondo la chiave di ripartizione 40:60, con l'unica eccezione dei contributi relativamente agli stranieri prima dell'ammissione al procedimento d'asilo, che vengono versati integralmente a spese del *Bund*.

L'importo dei contributi da versare è stato fissato per legge con un *forfait* mensile di euro 77,73 per straniero, importo calcolato sulla media dei contributi previsti dalla legge federale della previdenza sociale<sup>63</sup>.

La previsione di questa importante eccezione di automatico inserimento degli stranieri nel sistema assicurativo dell'ASVG comporta anche un'altra significativa novità rispetto al precedente regime.

La prima normativa adottata sul tema<sup>64</sup>, ed in particolare le leggi federali sull'assistenza garantita ai richiedenti asilo del 1990 (*Bundesgesetz über die Bundesbetreuung von Asylwerbern*) e del 1991<sup>65</sup>, non consentiva l'accesso degli stranieri al sistema sanitario pubblico istituito in base all'ASVG, ma prevedeva l'istituzione di un sistema sanitario "parallelo" organizzato con strutture private (*privatwirtschaftlich*). A tale scopo la Federazione aveva trasferito alcune funzioni ad organizzazioni non governative, con le quali aveva stipulato contratti di diritto privato per l'erogazione di servizi medico-sanitari per gli stranieri<sup>66</sup>. In tale quadro normativo i servizi sanitari sono stati forniti attraverso contratti privati tra la Federazione e le organizzazioni non governative, circostanza che precludeva la possibilità dell'esistenza di un diritto a ricevere l'assistenza medico-sanitaria allo straniero da parte dello Stato<sup>67</sup>, pertanto una eventuale (illegittima) esclusione dai servizi sanitari minimi<sup>68</sup> poteva

---

<sup>60</sup> Art. 6, 1° c. lit. 5 *Grundversorgungsvereinbarung*.

<sup>61</sup> Art. 1 GVV.

<sup>62</sup> Cfr. G. MAIER, *Die Grundversorgung in Österreich. Zehn Jahre Grundversorgungsvereinbarung*, in: SI-AK-Journal, 2014, p. 51.

<sup>63</sup> VfSlg 17942/2006 (competenza federale per l'assistenza essenziale degli stranieri).

<sup>64</sup> La prima normativa che garantisce servizi sanitari pubblici agli stranieri risale agli anni '90. Cfr. G. MARX, *Umsetzung der Aufnahme richtlinie in Österreich*, in: *migraLex*, 2005, p. 82 e VfSlg. 17.942/2006.

<sup>65</sup> BGBl. 1991/405.

<sup>66</sup> Cfr. G. MARX, *Umsetzung der Aufnahme richtlinie in Österreich*, in: *migraLex*, 2005, p. 82.

<sup>67</sup> Cfr. Art. 1, 3° c. *Bundesbetreuungsgesetz* 1990 nel quale si stabiliva esplicitamente che non esiste un diritto giudiziabile all'accoglienza nei centri dello Stato e all'assistenza ivi erogata, comprese le cure mediche, da

essere impugnata solamente con atti di diritto civile, basati sull'applicazione del principio di eguaglianza anche nei rapporti tra soggetti privati (*Fiskalgeltung der Grundrechte*)<sup>69</sup>.

Secondo l'attuale normativa, con l'assicurazione nel sistema delle casse mutue, allo straniero viene riconosciuto un diritto, non costituzionale bensì legislativo, alle cure mediche necessarie durante il suo soggiorno in Austria. Esiste pertanto un diritto dello straniero a ricevere un trattamento medico-sanitario, il quale tuttavia può essere, in determinate circostanze<sup>70</sup>, ristretto<sup>71</sup>, anche se in nessun caso revocato del tutto.<sup>72</sup> In effetti, l'art. 4 della legge federale del 2005 (*GVG-Bund*)<sup>73</sup> sull'assistenza minima dei richiedenti asilo e di altre categorie di stranieri prevede che nel caso di comportamenti violenti nella struttura di accoglienza, di pericolosità del soggetto, di reati contro la persona e di rifiuto di collaborare nell'identificazione, la fruizione dei servizi sanitari può essere limitata, ma non revocata del tutto (a differenza delle altre prestazioni riconosciute nell'ambito dell'assistenza essenziale e temporanea), in quanto esiste l'obbligo di garantire le prestazioni sanitarie minime e necessarie di urgenza<sup>74</sup>.

Se l'inserimento in una delle casse mutue avviene automaticamente con la registrazione in uno dei centri di accoglienza<sup>75</sup> e non necessita di un apposito provvedimento<sup>76</sup>, l'esclusione da essa deve essere stabilita con atto amministrativo, che fino al 2014 era impugnabile davanti alla Corte per il diritto d'asilo (*Asylgerichtshof*) ora reintegrato, in seguito

---

parte degli stranieri che intendono presentare una domanda d'asilo. Cfr. inoltre N. LORENZ, *AsylwerberInnen – Jetzt kann der nächste Winter kommen*, in: Juridicum n. 3/20013, pp. 158 ss.

<sup>68</sup> A tale proposito erano molto dibattuti i motivi di esclusione dall'assistenza statale determinati nelle successive circolari del Ministero dell'Interno che prendevano a riferimento, tra l'altro, la cittadinanza e la fase del procedimento d'asilo. In base a queste direttive nell'inverno 2002/2003 numerosi richiedenti asilo sono stati esclusi dall'assistenza durante un procedimento in corso. Cfr. G. MUZAK, *Vorwegnahme des Asylverfahrens von der Bundesbetreuung*, in: migraLex 2003, p. 13.

<sup>69</sup> Cfr. M. OSWALD, *Aktuelle Fragen zur Grundversorgung von Asylwerbern*, in: migraLex 2009, p. 51.

<sup>70</sup> Art. 2, 1° c. *Grundversorgungsgesetz*.

<sup>71</sup> Cfr. Art. 3 comma 1 legge sull'assistenza essenziale del Bund (*GVG-B*).

<sup>72</sup> Bundesgesetz mit dem die Grundversorgung von Asylwerbern im Zulassungsverfahren und bestimmten anderen Fremden geregelt wird (*Grundversorgungsgesetz – Bund*) BGBl 1991/405 nella versione di BGBl I 2015/70. L'art. 4 della legge federale sull'assistenza minima dei richiedenti asilo e di altre categorie di stranieri del 2005 prevede che nel caso di comportamenti violenti nella struttura di accoglienza, di pericolosità del soggetto, di reati contro la persona e di rifiuto di collaborare nell'identificazione, la fruizione dei servizi sanitari può essere limitata, anche se non revocato del tutto (a differenza delle altre prestazioni riconosciute nell'ambito dell'assistenza essenziale e temporanea) in quanto esiste l'obbligo di garantire le prestazioni necessarie di urgenza.

<sup>73</sup> Bundesgesetz mit dem die Grundversorgung von Asylwerbern im Zulassungsverfahren und bestimmten anderen Fremden geregelt wird (*Grundversorgungsgesetz – Bund*) BGBl 1991/405 nella versione di BGBl I 2015/70.

<sup>74</sup> Cfr. Art. 3 comma 1 legge sull'assistenza essenziale del Bund (*GVG-B*).

<sup>75</sup> Cfr. Art. 4 comma 1 regolamento di inserimento nell'assicurazione sanitaria (*Einbeziehungsverordnung*) che stabilisce che per la registrazione e per la comunicazione di modifiche o della sospensione dell'assicurazione si applicano in via di analogia gli artt. 33 e 34 dell'ASVG. L'obbligo di comunicare l'iscrizione alla cassa sanitaria degli stranieri che si trovano in strutture di accoglienza spetta, ai sensi dell'art. 4, 2° c. lit. p del regolamento di inserimento nell'assicurazione sanitaria, al ministro degli affari interni (nel caso di strutture federali) o al Land competente (nel caso di strutture gestite dai Länder).

<sup>76</sup> Cfr. M. OSWALD, *Aktuelle Fragen zur Grundversorgung von Asylwerbern*, in: migraLex, 2009, p. 56.

alla riforma costituzionale della giustizia amministrativa del 2012, nei tribunali amministrativi territorialmente competenti<sup>77</sup>.

Lo straniero interessato viene automaticamente iscritto nella cassa competente territorialmente (*Gebietskrankenkasse*) più vicina alla struttura di assistenza nella quale è collocato<sup>78</sup>. Le prestazioni riconosciute riguardano inizialmente una visita medica con radiografia ai polmoni al momento della domanda di ammissione al procedimento d'asilo e tutti i servizi che si rendono necessari durante il periodo in cui uno straniero sta aspettando l'esito della procedura di richiesta d'asilo. In tale periodo lo straniero ha diritto ad accedere ai servizi sanitari alla pari di un cittadino austriaco o di uno straniero assicurato con contributi da lavoro<sup>79</sup>. Attualmente si trovano nell'assistenza essenziale circa 75.000 stranieri<sup>80</sup> che beneficiano dell'assicurazione sanitaria senza controprestazioni. I costi complessivi annui per la copertura assicurativa degli stranieri economicamente non autosufficienti ammontavano a 23,4 Mio EUR nel 2014; non ci sono dati disponibili per il 2015 e il 2016, anni in cui l'afflusso di rifugiati e migranti è stato superiore rispetto agli anni precedenti<sup>81</sup>.

## **6. Le criticità del modello dell'assistenza sanitaria degli stranieri: finanziamento e necessità di adattamento della normativa di lavoro**

L'attuale sistema di assicurazione sanitaria automatica degli stranieri economicamente non autosufficienti garantisce un livello assai più elevato di servizi sanitari riconosciuti rispetto ai livelli minimi richiesti dalla normativa europea (essa richiede essenzialmente la predisposizione di cure di pronto soccorso e di trattamenti indispensabili). In sostanza, gli stranieri assistiti possono usufruire di tutte le prestazioni coperte dalle casse mutue e riconosciute alle persone contribuenti. In alcuni casi, le prestazioni offerte agli stranieri possono andare anche oltre i servizi coperti dall'assicurazione per i propri contribuenti, qualora nel caso singolo ciò diventi necessario per la cura della salute di uno straniero assistito<sup>82</sup>. La copertura sanitaria è pertanto assai completa, e l'attuazione normativa e regolamentare della *Grundversorgung* ha creato un sistema di assistenza funzionale e amministrativamente ben organizzato. L'unico aspetto critico a livello amministrativo riguarda possibili ritardi

---

<sup>77</sup> Sulla riforma della giustizia amministrativa in Austria vedi E. D'ORLANDO/U. HAIDER-QUERCIA, *La giurisprudenza della Corte costituzionale austriaca nel biennio 2014-2015*, in: *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, p. 269 ss.

<sup>78</sup> Cfr. Art. 3 lit. m regolamento di inserimento nell'assicurazione sanitaria.

<sup>79</sup> Cfr. R. REBHAHN, *Sozialleistungen an „international Schutzberechtigte und Schutzsuchende“ – Möglichkeiten zur Differenzierung gegenüber Staatsangehörigen*, *Gutachten für die österreichische Bundesregierung*, 2016, p. 134.

<sup>80</sup> Circa 5.000 stranieri che non hanno fatto domanda di asilo hanno usufruito nel 2016 dell'assistenza essenziale Cfr. risposta del Ministro dell'Interno W. Sobotka del 4 maggio 2016 all'interrogazione parlamentare n. 8540/J del 8 marzo 2013, disponibile su [www.parlament.at](http://www.parlament.at) (25.3.2015).

<sup>81</sup> Dati disponibili su [www.statistik.at](http://www.statistik.at) (25.3.2017).

<sup>82</sup> Cfr. J. GREGORITSCH, *Zur Gesundheitsversorgung von Asylwerbern in Österreich*, in: *Soziale Sicherheit*, 2006, pp. 57.

nell'inserimento dello straniero in una cassa mutua, quando il *Land* competente sostiene di aver già raggiunto il tetto delle quote di ripartizione dei rifugiati.

L'aspetto più critico rimane, tuttavia, il finanziamento delle prestazioni effettivamente erogate agli stranieri. Se prima si è detto che le spese per i contributi alle casse mutue per l'assicurazione degli stranieri assistiti ammontava nell'anno 2014 a 23,4 Mio EUR, le spese mediche effettivamente sostenute per le cure mediche erogate nell'assistenza essenziale ammontava complessivamente nello stesso anno a più di 34 Mio EUR<sup>83</sup>. Ciò significa che le casse mutue andavano nel 2014 in un deficit, nell'assistenza sanitaria erogata agli stranieri, di più di 10 Mio EUR, deficit che dovrà essere recuperato con il meccansimo annuale di perequazione tra casse e gettito fiscale.

Da queste cifre emerge chiaramente che l'accesso alle prestazioni sanitarie offerte agli stranieri assistiti risulta essere reale ed efficiente; spesso esso viene agevolato da materiale informativo in lingua straniera sul funzionamento dell'erogazione dei servizi sanitari messi a disposizione dalle casse mutue. Esperienze positive si registrano con l'affermarsi di studi medici specializzati nelle cure da prestare agli stranieri, in quanto essi forniscono una sensibilità interculturale nella somministrazione delle cure, oltre che servizi di traduzione e di informazione in lingua straniera.

Gli aspetti critici riguardano, infine, anche la problematica del difficile accesso al lavoro degli stranieri non contribuenti (ed in particolare i richiedenti asilo). Secondo la legge sull'occupazione degli stranieri<sup>84</sup> (*Ausländerbeschäftigungsgesetz*<sup>85</sup>), i richiedenti asilo hanno teoricamente la possibilità di svolgere un'attività lavorativa dopo tre mesi dalla presentazione della domanda, nella prassi però l'accesso al regolare mercato di lavoro si presenta piuttosto difficile, e preclusa risulta, quindi, anche la possibilità di attingere ad una propria assicurazione sanitaria pagata con contributi da attività lavorativa redditizia. A prescindere dalle problematiche linguistiche che spesso costituiscono un reale ostacolo all'accesso al lavoro, secondo la normativa austriaca<sup>86</sup> i richiedenti asilo possono svolgere solamente determinati lavori stagionali o di pubblica utilità o lavori connessi con il loro alloggio temporaneo nella struttura pubblica di accoglienza<sup>87</sup>. Inoltre, la remunerazione per tali lavori che eccede l'importo di 110,00 euro al mese porta a decurtare o, addirittura, ad eliminare le prestazioni in denaro riconosciute dalla *Grundversorgung* (assistenza essenziale), circostanza che contribuisce a far venire meno lo stimolo del richiedente asilo di svolgere un'attività lavorativa. Inoltre, il compenso riconosciuto al richiedente asilo per eventuali lavori svolti non viene considerato come stipendio, ed è pertanto esente da tassazione e dall'obbligo di contribuzione alla previdenza sociale<sup>88</sup>.

---

<sup>83</sup> Dati disponibili su [www.statistik.at](http://www.statistik.at) (24.5.2017).

<sup>84</sup> § 4, c. 1.

<sup>85</sup> BGBl. 218/1975.

<sup>86</sup> In particolare in base al § 7, c. 3 della legge federale sull'assistenza essenziale (*Grundversorgungsgesetz des Bundes*).

<sup>87</sup> Cfr. A. GERHARTL, *Tätigkeiten von Asylwerbern*, in: *ecolex*, n. 2, 2016, pp. 185 ss.

<sup>88</sup> Art. 7, c. 5 legge federale sull'assistenza essenziale.

Un accesso incondizionato al mercato del lavoro esiste solamente successivamente alla positiva conclusione del procedimento d'asilo, ma in tal caso l'accesso al lavoro è determinato dall'ottenimento di un permesso di lavoro (*Beschäftigungsbewilligung*), che a sua volta è condizionato dalle singole quote previste per l'immigrazione e dalle oggettive esigenze del mercato del lavoro<sup>89</sup>.

Come si è visto, le maggiori criticità del modello austriaco di assistenza sanitaria degli stranieri non contribuenti sono costituite dagli elevati costi che vanno a gravare sulla fiscalità generale.

## 7. Conclusioni

In conclusione si può, pertanto, affermare che il modello austriaco per la tutela della salute degli stranieri realizza un livello di assistenza molto elevato, riconoscendo a tutte le categorie di stranieri, e quindi anche agli stranieri economicamente non autosufficienti (con sola eccezione dell'immigrato irregolare), gli stessi servizi sanitari riconosciuti e garantiti agli austriaci regolarmente contribuenti al sistema pubblico di assistenza sanitaria e di previdenza sociale.

Per quanto sia da valutare con favore, da un punto di vista dei diritti fondamentali (pur non riconoscendo la Costituzione austriaca formalmente il diritto alla salute), l'integrale apertura del sistema sanitario pubblico a tutte le tipologie di stranieri (indifferentemente dalla loro contribuzione o meno), va, tuttavia, considerato come ciò costituisca una eccezione importante, non solo in termini giuridici ma anche economici, al tradizionale sistema di assistenza sanitaria e sociale basata sulla contribuzione propria degli assicurati.

La sfida per il futuro mantenimento del livello elevato dei servizi sanitari per la generalità degli assicurati sarà quindi non solo giuridica ma anche economica e si sostanzierà nel ritrovare un equilibrio finanziario tra la generale contribuzione e il numero di utenti più elevato che usufruiranno dei servizi. Attualmente le spese supplementari per le cure degli stranieri che non riescono a essere finanziate con i contributi lavorativi finiscono per gravare sulla fiscalità generale e quindi maggiormente anche su chi ha già contribuito con versamenti propri da lavoro remunerato. Una ipotesi per realizzare una nuova sostenibilità finanziaria sarebbe la riduzione del livello di qualità e del numero dei servizi erogati nel sistema pubblico, anche nei confronti delle persone che in esso hanno fino ad ora regolarmente contribuito.

Altrimenti bisognerebbe riportare l'intero sistema ai suoi tradizionali principi collegando le garanzie medico-sanitarie riconosciute agli stranieri economicamente non autosufficienti a mirate politiche di integrazione in grado di agevolare l'accesso degli stranieri al lavoro, accesso che ad oggi risulta ancora particolarmente difficoltoso per alcune categorie, tra cui i richiedenti asilo e le persone che hanno lo statuto di rifugiato. Solo con l'adeguamento dei contributi realizzati in base ad una attività lavorativa redditizia può essere assicurata anche in futuro la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario pubblico austriaco. Altrimenti,

---

<sup>89</sup> Art. 4 legge sull'occupazione degli stranieri.

l'attuale precario equilibrio finanziario rischia di avere effetti negativi anche nei confronti degli utenti regolarmente contribuenti della sanità austriaca.