

**Modifica della legge federale
sull'assicurazione malattie –
Adeguamento delle disposizioni con
valenza internazionale**

**Sintesi dei risultati della consultazione
(rapporto)**

Berna, aprile 2015

Sommario

Sommario.....	2
A Introduzione.....	4
1. Situazione iniziale	4
2. Oggetto della revisione	4
2.1. Cooperazione transfrontaliera (art. 34 cpv. 2 e 3 LAMal).....	5
2.2. Assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera di persone residenti in uno Stato membro dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera (assicurati UE; art. 49a LAMal) 5	
2.4. Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi delle cure ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera (art. 41 cpv. 1 e 2 LAMal).....	5
3. Risultati principali	6
3.1. Cooperazione transfrontaliera (art. 34 cpv. 2 e 3 LAMal).....	6
3.1.1. Favorevoli.....	6
3.1.2. Contrari.....	7
3.2. Assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera di persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera (art. 49a LAMal).....	8
3.2.1. Favorevoli.....	8
3.2.2. Contrari.....	9
3.3. Conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte di assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS (art. 64a cpv. 9 secondo periodo LAMal)	10
3.3.1 Favorevoli.....	10
3.3.2. Contrari.....	10
3.4. Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi delle cure ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera (art. 41 cpv. 1 e 2 LAMal).....	11
3.4.1. Favorevoli.....	11
3.4.2. Contrari.....	12
B. I risultati in dettaglio	13
1. In generale	13
1.1. Cantoni e conferenze cantonali	13
1.2. Partiti politici, organizzazioni mantello dell'economia, dei Comuni, delle città e delle regioni, associazioni dei consumatori	13
1.3. Fornitori di prestazioni e organizzazioni della sanità pubblica	13
1.4. Assicuratori e associazioni di assicuratori.....	14
2. Disposizioni particolari.....	14
2.1. Cooperazione transfrontaliera (art. 34 cpv. 2 e 3 LAMal).....	14
2.1.1. Favorevoli.....	14
2.1.2. Contrari.....	19

2.2. Assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera di persone residenti in uno Stato membro dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera (art. 49a LAMal)	24
2.2.1. Favorevoli.....	24
2.2.2. Contrari.....	26
2.3. Conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte di assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS (art. 64a cpv. 9 secondo periodo LAMal)	27
2.3.1. Favorevoli.....	27
2.3.2. Contrari.....	30
2.4. Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi delle cure ambulatoriali (art. 41 cpv. 1 e 2 LAMal)	31
2.4.1. Favorevoli.....	31
2.4.2. Contrari.....	35

A Introduzione

1. Situazione iniziale

Il 15 ottobre 2014 il Consiglio federale ha avviato la procedura di consultazione concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10, adeguamento delle disposizioni con valenza internazionale). La consultazione si è conclusa il 15 febbraio 2015.

I Cantoni, i partiti politici rappresentati in seno all'Assemblea federale, le organizzazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello svizzere dell'economia, le organizzazioni di protezione dei consumatori, le associazioni dei fornitori di prestazioni, le organizzazioni dei pazienti, gli assicuratori e altre organizzazioni specializzate interessate sono stati invitati a prendere posizione sull'avamprogetto proposto. L'avamprogetto è pubblicato sul sito Internet dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/14968/index.html?lang=it>.

L'UFSP ha ricevuto 66 risposte in totale. Tutti i Cantoni hanno partecipato alla consultazione. La Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha presentato un parere. Alcuni Cantoni si sono tuttavia limitati ad aderire al parere della CDS. Hanno risposto cinque partiti sui dodici invitati a prendere parte alla consultazione (PBD, PPD, PLR, UDC e PS). Si sono espressi anche l'Association patronale suisse de la branche dentaire (ASD), il Centre Patronal, la Fédération des Entreprises Romandes (FER), l'Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM), l'Unione sindacale svizzera (USS), la Fédération romande des consommateurs (FRC), la Communauté d'intérêts eHealth e i laboratori medici della Svizzera (FAMH). Hanno preso posizione i seguenti fornitori di prestazioni: la Federazione dei medici svizzeri (FMH), H+ Gli Ospedali Svizzeri, la Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3, medswiss.net, l'OMCT (Ordine dei medici del Cantone Ticino), l'Associazione svizzera di fisioterapia (Physioswiss), l'Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC), l'Associazione dei farmacisti cantonali (APC), l'Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI), l'Associazione professionale svizzera delle tecniche e dei tecnici in analisi biomediche (labmed Suisse), l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI), The Swiss Leading Hospitals, VAKA Der aargauische Gesundheitspartner, l'Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC) e l'Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere (SWISS REHA). Hanno inoltre preso posizione i seguenti assicuratori: CSS Assicurazione e Helsana Assicurazioni SA. Si sono espresse anche le associazioni di assicuratori Curafutura, santésuisse e l'Associazione svizzera d'assicurazioni ASA, come pure l'Istituzione comune LAMal e la Divisione assicurazione militare della SUVA. Gli altri pareri sono stati presentati dagli ambienti e dalle associazioni interessati.

2. Oggetto della revisione

L'avamprogetto di revisione della LAMal riguarda i quattro settori seguenti e concerne principalmente le disposizioni con valenza internazionale.

2.1. Cooperazione transfrontaliera (art. 34 cpv. 2 e 3 LAMal)

Conformemente all'articolo 36a dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), dal 2006 possono essere condotti, a condizioni chiaramente definite, progetti pilota limitati nel tempo per l'assunzione dei costi di prestazioni fornite all'estero nelle zone di frontiera. I progetti svolti nelle regioni di Basilea/Lörrach e di San Gallo/Principato del Liechtenstein hanno dato buoni risultati. Con la presente revisione di legge (art. 34 cpv. 2 e 3 LAMal), il Consiglio federale propone di rendere definitivo questo tipo di cooperazione in tutte le regioni transfrontaliere.

2.2. Assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera di persone residenti in uno Stato membro dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera (assicurati UE; art. 49a LAMal)

Le nuove disposizioni previste all'articolo 49a LAMal obbligano i Cantoni ad assumere congiuntamente la quotaparte cantonale delle cure ospedaliere prestate in Svizzera agli assicurati dell'UE che hanno un concreto punto di riferimento in Svizzera (p. es. i frontalieri e i loro familiari) secondo le medesime modalità applicate agli assicurati residenti in Svizzera. Per gli assicurati dell'UE senza un concreto punto di riferimento in Svizzera (p. es. i beneficiari di rendite e i loro familiari), i Cantoni devono assumere congiuntamente questa quotaparte, proporzionalmente alla popolazione residente.

2.3. Conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte degli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS (art. 64a cpv. 9 secondo periodo LAMal)

Il Consiglio federale ha peraltro proposto di completare l'articolo 64a capoverso 9 LAMal per creare una base legale sufficiente per la normativa differenziata prevista già all'articolo 105m OAMal. Quest'ultima disposizione disciplina le conseguenze alle quali si espongono gli assicurati UE non pagando i premi e le partecipazioni ai costi.

2.4. Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi delle cure ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera (art. 41 cpv. 1 e 2 LAMal)

Il Consiglio federale ha inoltre proposto di modificare l'articolo 41 capoversi 1 e 2 LAMal, attuando così le due mozioni 12.4224 e 12.4098 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione» adottate dal Parlamento. L'articolo 41 capoversi 1 e 2 LAMal è adeguato in modo tale che gli assicurati possano, come finora, scegliere liberamente un fornitore di prestazioni autorizzato per le cure ambulatoriali e che i costi siano ora assunti in tutti i casi dagli assicuratori-malattie secondo la tariffa in vigore applicata al fornitore in questione. In seguito a questa proposta sarà pure modificata una disposizione analoga all'articolo 17 della legge federale sull'assicurazione militare (LAM).

3. Risultati principali

La maggior parte dei partecipanti alla consultazione si è limitata a dare il proprio parere sui quattro punti concreti della revisione. Sono quindi principalmente presentati i pareri positivi e negativi espressi in merito a questi quattro punti.

3.1. Cooperazione transfrontaliera (art. 34 cpv. 2 e 3 LAMal)

3.1.1. Favorevoli

La CDS e i Cantoni **AG, AR, BE, BL, BS, GE, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, ZG** e **ZH** chiedono che la concessione di prestazioni transfrontaliere nel quadro attuale sia sancita a titolo definitivo nella legge.

La CDS ha sollevato diverse questioni relative all'organizzazione concreta di una tale normativa legale. Per questo motivo, è dapprima avvenuto uno scambio di domande e risposte tra la CDS e l'UFSP. L'UFSP ha confermato che non potrebbe essere conclusa alcuna cooperazione senza il consenso di un Cantone frontaliero, poiché occorrerebbe una convenzione, sottoposta all'approvazione del Consiglio federale, tra i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e il Cantone frontaliero. L'articolo prevede inoltre che le prestazioni saranno comunque accessibili soltanto agli abitanti del Cantone in questione assicurati presso un assicuratore che prende parte alla convenzione; una convenzione sulla cooperazione transfrontaliera non ha quindi nessun effetto sugli assicurati di un altro Cantone. La CDS ha sottolineato che i Cantoni non sono attualmente tenuti a versare un contributo finanziario (quotaparte cantonale) per le cure ospedaliere all'estero. Ciò sarebbe applicabile anche in caso di cooperazione transfrontaliera. Secondo le informazioni fornite dall'UFSP, un tale obbligo non potrebbe essere fissato a livello di ordinanza. Inoltre, le prestazioni che risultano da una cooperazione con fornitori di prestazioni esteri non devono figurare negli elenchi degli ospedali cantonali, poiché nel Cantone frontaliero sono accessibili soltanto a un gruppo di destinatari limitato. Inoltre, le prestazioni offerte da un Cantone sul proprio territorio devono in ogni caso essere adeguate ai bisogni, perché – e questo punto va esplicitamente precisato nell'ordinanza – gli assicurati non possono in nessun caso essere obbligati a farsi curare all'estero. Secondo l'UFSP, spetta alle parti contraenti, vale a dire agli assicuratori e ai Cantoni, verificare il rispetto dei criteri EAE (efficacia, appropriatezza ed economicità delle prestazioni) da parte dei fornitori di prestazioni esteri.

La CDS e la maggior parte dei Cantoni auspicano quindi che nel messaggio al Parlamento siano già formulati gli elementi essenziali delle disposizioni d'esecuzione previste dal Consiglio federale sulla falsariga dell'attuale articolo 36a OAMal, affinché sugli aspetti principali dell'attuazione vi sia certezza già a partire dal processo parlamentare. L'approvazione della CDS e della maggior parte dei Cantoni dipende dal rispetto di queste condizioni. Qualche Cantone pone tuttavia ulteriori domande.

La maggior parte dei partiti approva la modifica di legge. Il **PBD** sottolinea che l'allentamento del principio di territorialità accresce la sicurezza delle cure e la libertà di scelta degli assicurati. Nel contempo rifiuta l'idea di un obbligo di cure all'estero. Il **PLR** accoglie con favore l'allentamento del principio di territorialità a condizioni chiaramente definite. In generale ciò rilancerebbe la concorrenza disciplinata nel sistema sanitario, con effetti positivi sui prezzi e incoraggerebbe a proporre prestazioni di elevata qualità. L'**UDC** insiste sul fatto che le misure possono rafforzare la concorrenza. I costi amministrativi per gli assicurati dovrebbero tuttavia essere nettamente ridotti rispetto alla fase pilota.

La **Communauté d'intérêts eHealth** ritiene fondamentale che le disposizioni siano adeguate in vista dell'introduzione della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP) e che siano dapprima risolte le questioni sollevate in tale ambito. La **Konferenz kantonale Krankenhausverbände** approva in linea di massima la revisione ma sottolinea il rischio di distorsioni della concorrenza dovute a differenze nella densità normativa e nella qualità delle cure. Le condizioni in materia di concorrenza devono essere armonizzate mediante convenzioni quadro.

Curafutura approva l'allentamento del principio di territorialità segnatamente per quanto concerne la libera circolazione degli assicurati e la concorrenza. Anche **Santésuisse** sostiene la creazione di una base legale definitiva. Il ricorso a prestazioni all'estero avviene in un quadro molto ristretto per quanto concerne la cerchia dei fornitori di prestazioni esteri e gli assicurati interessati (piccola portata del progetto senza grande pressione sui prezzi dei fornitori di prestazioni né grandi risparmi sui costi). Anche l'**ASA**, tenuto conto della libera circolazione degli assicurati e della concorrenza, è favorevole all'allentamento del principio di territorialità.

La **FRC** approva l'avamprogetto alle stesse condizioni.

3.1.2. Contrari

Alcuni Cantoni rinunciano a pronunciarsi su questo punto. **AI, VD e VS** sono parzialmente favorevoli a esaminare l'apertura transfrontaliera ma chiedono ulteriori accertamenti, poiché sono piuttosto scettici in merito alla revisione proposta. Pensano che gli effetti di una tale disposizione non siano ancora stati chiariti in maniera soddisfacente.

La grande maggioranza delle organizzazioni dei fornitori di prestazioni è contraria alla disposizione proposta sostenendo che la qualità dei fornitori di prestazioni esteri sia inferiore. Poche di loro approvano la disposizione a condizione che i fornitori di prestazioni esteri soddisfino le medesime condizioni dei fornitori svizzeri. Queste organizzazioni non approvano quindi la revisione nella forma proposta. La **FMH** osserva che non sono state dimostrate né l'utilità della revisione per gli assicurati né la diminuzione dei prezzi. Tutte le prescrizioni e i criteri dei Cantoni devono imperativamente essere applicati anche ai fornitori di prestazioni esteri. L'avamprogetto lascia inoltre in sospeso un gran numero di questioni d'applicazione (p. es. 1. Cosa si intende per regione limitrofa estera? 2. I fornitori di prestazioni esteri sono tenuti a rispettare gli stessi criteri (EAE ecc.)? Qual è il giudice competente?). **H+ Gli Ospedali Svizzeri** sottolinea che i fornitori di prestazioni esteri dovrebbero rispettare le stesse condizioni e le stesse norme di qualità svizzere (legislazione svizzera, condizioni cantonali e convenzioni con i partner sociali). Inoltre, i punti essenziali devono essere disciplinati nella legge e non soltanto a livello di ordinanza. **Medswiss.net, l'Associazione svizzera di fisioterapia, l'Associazione svizzera dei chiropratici, l'Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI), l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI), The Swiss Leading Hospitals, VAKA der Aargauische Gesundheitspartner, l'Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC) nonché I laboratori medici della Svizzera (FAMH)** respingono l'avamprogetto.

Il **PS** non è fondamentalmente contrario alla cooperazione transfrontaliera se quest'ultima aumenta la qualità dell'offerta di cure. Tuttavia sembra che i progetti pilota non abbiano ulteriormente incoraggiato la cooperazione istituzionale nelle regioni transfrontaliere né contribuito a ridurre sostanzialmente i costi. D'altra parte, il PS non è favorevole all'idea di ridurre le nostre capacità in materia di pianificazione delle cure partendo dal presupposto che le cure stesse potranno essere sostenute oltre frontiera. Ciò potrebbe incoraggiare gli assicuratori o i fornitori di prestazioni che inviano il paziente ad altro fornitore a obbligare i pazienti svizzeri a farsi curare all'estero. Inoltre, la modifica prevista avrebbe come

conseguenza quella di attribuire alla Confederazione competenze in materia di pianificazione ospedaliera per le prestazioni fornite all'estero. Il PS ritiene che i Cantoni debbano rimanere competenti in materia di pianificazione, soprattutto se si prevede di obbligarli ad assumere i costi di una parte delle cure secondo il modello del nuovo finanziamento ospedaliero.

L'USS rifiuta la revisione, sostenendo che non abbia alcun effetto positivo sui costi e che la sua utilità per i pazienti non sia stata dimostrata. La pianificazione e la gestione devono rimanere di competenza cantonale per evitare un'esplosione incontrollabile del volume di prestazioni.

Anche il **Centre Patronal** e **l'USAM** rifiutano la revisione. Il livello dei salari in Svizzera è nettamente più elevato che all'estero e le condizioni generali e quelle della politica sanitaria sono talora nettamente diverse da quelle dei Paesi vicini. Tutti i fornitori di prestazioni dovrebbero poter godere delle stesse possibilità.

3.2. Assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera di persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera (art. 49a LAMal)

3.2.1. Favorevoli

Soltanto due Cantoni (**GE** e **NE**) accettano questo punto della revisione a causa del divieto di discriminazione e dello sgravio degli oneri degli ospedali.

La maggioranza dei partiti approva la modifica della legge. Il **PBD** fa notare che finora gli assicurati UE hanno pagato premi più elevati perché i costi erano assunti esclusivamente dall'assicurazione senza alcuna partecipazione del Cantone. Per quanto concerne le eventuali differenze tariffarie legate alla libera scelta dell'ospedale, deve tuttavia essere garantita la parità di trattamento tra pensionati svizzeri e pensionati residenti in uno Stato dell'UE/AELS. Il **PPD** approva il progetto. Il **PLR** sottolinea che il cambiamento di sistema è conforme alla chiave di finanziamento attualmente prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero nella LAMal per le cure ospedaliere stazionarie ed evita la discriminazione dei cittadini dell'UE criticata dall'UE medesima. **L'ASD** sottolinea che l'affiliazione alla cassa malati svizzera dovrebbe essere la condizione imprescindibile in tutti i casi, e quindi anche per le categorie di pazienti menzionate nell'articolo 49a capoverso 2 lettera b LAMal.

La maggior parte dei fornitori di prestazioni che si sono espressi su questo punto è favorevole alla nuova disposizione. **H+ Gli Ospedali Svizzeri** sottolinea quanto sia importante il rimborso integrale delle tariffe ospedaliere e il fatto che eventuali deficit non siano a suo carico. **Medswiss.net, ASMI e The Swiss Leading Hospitals** sottolineano che l'affiliazione all'assicurazione malattie svizzera deve restare in tutti i casi la condizione imprescindibile. **L'ASMAC** sostiene che i Cantoni debbano assumere i costi generati dai frontalieri secondo le medesime modalità che vengono applicate ai residenti in Svizzera.

Le associazioni di assicuratori **Curafutura, Santésuisse e ASA** accettano questo punto della revisione (con riferimento al divieto di discriminazione). Santésuisse propone due modifiche. La discriminazione dei pensionati svizzeri rispetto a quelli dell'UE deve essere eliminata. Occorre anche stabilire le tariffe di cui si devono fare carico gli assicuratori per le cure ospedaliere prestate ai frontalieri in Svizzera.

L'Istituzione comune LAMal si limita a prendere posizione sulle modifiche che la riguardano direttamente. Accetta di farsi carico dei nuovi compiti proposti. Ritiene tuttavia che alcuni punti debbano essere disciplinati a livello di legge (p. es. il finanziamento e la protezione dei dati).

3.2.2. Contrari

Tutti i Cantoni (salvo **GE** e **NE**) e la **CDS** si oppongono alla disposizione proposta. La **CDS** e i Cantoni dubitano che la normativa attuale leda il divieto di discriminazione risultante dall'Accordo sulla libera circolazione (ALC), perché i costi delle cure sono interamente coperti dall'assicurazione malattie. L'esecuzione della nuova disposizione sarebbe problematica e costosa sotto il profilo amministrativo. L'avamprogetto comporta un trasferimento di costi di circa 11,5 milioni di franchi dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (AOMS) ai Cantoni. Dunque, questi ultimi non hanno alcuna competenza in materia di cure di persone residenti all'estero. Pertanto non hanno alcun obbligo di partecipare al finanziamento dei costi.

L'**UDC** fa notare che respinge l'assunzione dei costi delle cure ospedaliere in Svizzera per gli assicurati UE per motivi di fondo, poiché una parte dei costi attualmente finanziati dagli aumenti dei premi – quindi di responsabilità individuale – verrebbe trasferita alla comunità. Vi sarebbe inoltre una disparità di trattamento a scapito dei contribuenti svizzeri.

Per il **PS** che si era opposto alla modifica della LAMal relativa al finanziamento ospedaliero, la revisione in oggetto costituisce de facto un'estensione di tale modello di finanziamento ai frontalieri UE/AELS. Il **PS** critica il fatto che questo nuovo modello di finanziamento abbia permesso agli assicuratori di realizzare lauti guadagni nel settore delle assicurazioni complementari. Tuttavia, non ritiene giusto discriminare in questo modo gli assicurati UE/AELS. Non rifiuta, ma nemmeno approva, le disposizioni sull'assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera da parte dei Cantoni e degli assicuratori-malattie.

Il **Centre Patronal** considera giuridicamente opinabile una tale discriminazione e non ritiene dimostrato l'obbligo di partecipare al finanziamento. Non è convinto che sia assolutamente necessario che i Cantoni assumano il 55 per cento dei costi per evitare ogni discriminazione tra gli assicurati interessati. Si attende che questo punto sia chiarito. Condivide il parere del Cantone di Vaud sugli effetti finanziari della revisione e i suoi dubbi sull'obbligo di partecipare al finanziamento. Attira inoltre l'attenzione sulla tematica dei soggiorni ospedalieri fuori Cantone. Per quanto concerne le cure ambulatoriali, ritiene che la modifica non debba incidere sulle altre quote di finanziamento, in particolare sul finanziamento residuo.

L'**USAM** si oppone alle modifiche proposte.

La **FMH** osserva che la revisione è rifiutata in particolare dalle società dei medici dei Cantoni di frontiera.

3.3. Conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte di assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS (art. 64a cpv. 9 secondo periodo LAMal)

3.3.1 Favorevoli

La **CDS** sottolinea che questo punto della revisione ha natura piuttosto formale perché va colmata soltanto la lacuna nell'attuale base legale (art. 64a cpv. 9 LAMal vigente) riguardo alla normativa adottata a livello di ordinanza e già attuata (art. 105m OAMal). Il Comitato direttivo della CDS approva la modifica proposta.

I Cantoni **AI, AR, BL, GL, GR, JU, NE, OW, SH, SO, TG, VD, VS** e **ZH** sostengono, come la CDS, la revisione prevista. **BS** approva la creazione di una base legale formale all'articolo 64a capoverso 9 LAMal che permette un disciplinamento differenziato nell'articolo 105m OAMal. Vuole però limitarlo per far sì che in futuro lo Stato di residenza offra una garanzia implicita e limitata come quella che assumono i Cantoni per i loro residenti.

I partiti **PBD, PPD, PLR** e **UDC** approvano la modifica di legge. Il **PBD** osserva che occorre imperativamente dare la possibilità di sospendere le prestazioni.

L'ASD attira l'attenzione sul fatto che il «rischio delcredere» non può restare legato all'ospedale, che deve pertanto accordare maggiore importanza alla garanzia anticipata di assunzione dei costi.

L'USAM e il **Centre Patronal** sono favorevoli.

La grande maggioranza delle organizzazioni dei fornitori di prestazioni sostiene questo punto della revisione. La **FMH** rileva che vi è una grande maggioranza a favore della creazione di una base legale in questo settore. Tuttavia, almeno una società di medici di un Cantone di frontiera respinge questa proposta. In ogni caso occorre garantire che gli ospedali non rispondano di eventuali crediti in arretrato. **Medswiss.net, l'ASMI, The Swiss Leading Hospitals** e **l'ASMAC** approvano l'avamprogetto. Secondo alcune di queste organizzazioni va data importanza alla garanzia anticipata di assunzione dei costi.

Curafutura, Santésuisse e **l'ASA** approvano questa modifica di legge.

Gli **assicuratori-malattie CSS** e **Helsana** sostengono la revisione su questo punto. Fanno tuttavia notare le difficoltà di applicare l'ordinanza (art. 105m cpv. 1 lett. b OAMal) ai debitori inadempienti in Germania e Austria. In questo ambito è possibile ottenere le prestazioni senza pagare i premi. In questi casi propongono la sospensione delle prestazioni e l'iscrizione su una lista tenuta dall'istituzione comune LAMal. Presentano una proposta di legge a complemento della corrispondente disposizione.

3.3.2. Contrari

I Cantoni **AG, GE, LU, SZ, UR, TI** e **ZG** sono contrari alla disposizione. Vorrebbero una revisione dell'articolo 105m OAMal che permetta di sospendere le prestazioni in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte degli assicurati UE. Inoltre, sono contrari alla disposizione di cui all'articolo 105m capoverso 1 lettera a OAMal, secondo cui i Cantoni devono, in alcuni casi, assumere l'85 per cento dei certificati di carenza di beni.

Questa disposizione prevede inoltre tre categorie di persone cui non sarebbe accordata la parità di trattamento. Dovrebbe essere adottata una normativa semplice, chiara, unica e uniforme per tutti gli assicurati cui si applica l'articolo 64a capoverso 9 LAMal.

3.4. Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi delle cure ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera (art. 41 cpv. 1 e 2 LAMal)

3.4.1. Favorevoli

La **CDS** attira l'attenzione sul fatto che, conformemente al vigente articolo 41 capoverso 1 LAMal, l'assicuratore deve assumere i costi di cura ambulatoriale secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata. Secondo l'avamprogetto, dovrà essere attuata in ogni caso la tariffa applicata al fornitore di prestazioni scelto; la fatturazione basata su valori del punto cantonali differenti è destinata a sparire.

Questa modifica riguarda le prestazioni sul piano intercantonale. La soluzione attuale comporta un onere amministrativo inutile per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori-malattie. Occorre sincerarsi che una modifica di legge di questo genere non pregiudichi in alcun modo gli altri sistemi di finanziamento (finanziamento ospedaliero, finanziamento residuo delle cure).

Il messaggio relativo al disegno di legge dovrebbe precisare con chiarezza che la revisione dell'articolo 41 capoverso 1 LAMal non pregiudica il finanziamento residuo cantonale delle prestazioni di cure, perché la disposizione fa unicamente riferimento all'assunzione dei costi da parte degli «assicuratori» e non dei Cantoni. Poiché l'articolo 25a LAMal prescrive che l'assicuratore deve versare un contributo alle prestazioni di cure che sia uniforme a livello svizzero, non vi è alcuna differenza tra l'attuale e il futuro articolo 41 capoverso 1 per quanto concerne il finanziamento delle cure. Esistono inoltre settori delle cure ambulatoriali (p. es. le cliniche psichiatriche diurne) in cui l'assunzione dei costi deve fare riferimento agli «assicuratori» e non a eventuali contributi cantonali.

Il Comitato direttivo della CDS approva la modifica proposta a condizione che riguardi soltanto l'obbligo di finanziamento degli assicuratori e che dal messaggio risulti chiaramente che i contributi dei Cantoni non soggiacciono a questa disposizione.

Praticamente tutti i **Cantoni** che si sono pronunciati su questo punto hanno assunto posizioni analoghe. Qualche Cantone lo approva senza riserve, l'approvazione di altri dipende invece dalle due seguenti condizioni: 1. occorre tenere conto del fatto che tutti i residenti in regioni di cure sovracantonali hanno il medesimo accesso a tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali della regione e considerare in modo appropriato anche le future strategie e decisioni in materia d'organizzazione delle tariffe di tutte le parti interessate; 2. occorre indicare chiaramente che la modifica di legge proposta in materia di prestazioni ambulatoriali non pregiudica gli altri sistemi di finanziamento (segnatamente il finanziamento ospedaliero e il finanziamento residuo delle cure).

Il Cantone **NW** assume posizioni analoghe a quelle della CDS ma aggiunge che occorre completare l'articolo 79a lettera a LAMal (in combinato disposto con l'articolo 72 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali; LPGA). Il diritto di regresso nel senso dell'articolo 72 LPGA deve essere applicabile per analogia anche al Cantone di residenza per i contributi da esso pagati conformemente agli articoli 25a, 41 e 49a LAMal.

I **partiti** che si sono espressi su questo punto della revisione approvano la modifica. La approvano anche l'**USAM**, il **Centre Patronal** e la **FRC**. L'**ASD** accetta soltanto il capoverso 1 (per quanto concerne la riserva riguardante il capoverso 2; cfr. n. 3.4.2 Contrari).

Le organizzazioni di fornitori di prestazioni (**FMH, H+ Gli Ospedali Svizzeri, The Swiss Leading Hospitals, ASMI, ChiroSuisse e ASMAC**) approvano la disposizione. La **FMH** approva anche la revisione della legge federale sull'assicurazione militare (LAM). Alcuni però formulano riserve sul capoverso 2 (cfr. n. 3.4.2 Contrari).

Curafutura sostiene la proposta. **Santésuisse** accoglie favorevolmente il fatto che i costi delle cure ambulatoriali siano ora assunti in base alla tariffa applicata al fornitore di prestazioni scelto dall'assicurato. Presenta anche alcune proposte concrete per migliorare il testo di legge. Anche l'**ASA** approva la proposta.

3.4.2. Contrari

Alcune organizzazioni (come l'**ASD, Medwiss.net, The Swiss Leading Hospitals e ASMI**) formulano una riserva sull'articolo 41 capoverso 2 LAMal. La proposta di permettere ai pensionati residenti in uno Stato dell'UE/AELS e ai loro familiari di scegliere liberamente tra gli ospedali figuranti nell'elenco è fonte di disparità con i pazienti svizzeri. Infatti, questi ultimi possono scegliere liberamente, senza subire svantaggi finanziari, tra gli ospedali che figurano nell'elenco del loro Cantone di residenza o del Cantone in cui è situato l'ospedale. Di conseguenza, queste organizzazioni sarebbero abbastanza favorevoli a sperimentare, durante uno studio pilota di durata limitata, i possibili effetti della normativa prevista, prima di adottare una norma in merito.

B. I risultati in dettaglio

1. In generale

Soltanto alcuni partecipanti alla consultazione si sono espressi in generale sui quattro punti della revisione. La maggior parte si è limitata a dare la propria opinione sui seguenti punti concreti.

1.1. Cantoni e conferenze cantonali

Il Cantone **SO** fa notare che la promozione e il disciplinamento di una cooperazione transfrontaliera per la fornitura di cure deve proseguire. In questa prospettiva sostiene anche le modifiche della legge sull'assicurazione malattie. Tuttavia, l'avamprogetto in consultazione non gli pare sufficientemente sviluppato. Propone quindi di chiarire le questioni ancora in sospeso e di analizzare la necessità di regolamentazione che ne risulta.

Il Cantone **ZH** insiste su un'esigenza fondamentale: la revisione non deve essere fonte di oneri supplementari per i Cantoni.

Il Cantone **NE** sottolinea che in quanto Cantone frontaliere approva le modifiche di legge che semplificherebbero la cooperazione transfrontaliera.

1.2. Partiti politici, organizzazioni mantello dell'economia, dei Comuni, delle città e delle regioni, associazioni dei consumatori

Il **PBD** è favorevole alla promozione della cooperazione transfrontaliera e all'allentamento del principio di territorialità a condizione che ciò non implichi l'introduzione di un obbligo di farsi curare all'estero. Il PBD chiede maggiori informazioni sulle future conseguenze finanziarie per i Cantoni dell'assunzione dei costi delle cure ospedaliere prestate agli assicurati dell'UE. Inoltre gli effetti economici degli adeguamenti sono ancora incerti. Il PBD vuole sapere se queste cure possono essere limitate ai frontalieri e alle persone beneficiarie di una rendita per evitare di gravare il sistema sanitario con costi supplementari legati al trattamento dei familiari degli assicurati. Ritiene peraltro necessario prevedere la possibilità di sospendere le prestazioni agli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS che non hanno pagato i premi e le partecipazioni ai costi.

L'**UDC** sostiene soltanto una parte dell'avamprogetto. Ritiene che sia assurdo far credere che per una volta e in una questione insignificante come questa la soppressione delle spese amministrative e il consolidamento della libertà di scelta siano considerati fattori prioritari, mentre in altre tematiche importanti di sanità pubblica prevalgono il centralismo e la tendenza alla statalizzazione. Anche la concorrenza e la responsabilità individuale devono essere imperativamente rafforzate nelle tematiche importanti della sanità.

Il **Centre Patronal** si oppone all'avamprogetto e chiede che si apportino modifiche e complementi prima che la revisione vada avanti.

1.3. Fornitori di prestazioni e organizzazioni della sanità pubblica

L'**ASMAC** respinge la prima delle quattro modifiche di legge proposte (cooperazione transfrontaliera) e sostiene le altre.

1.4. Assicuratori e associazioni di assicuratori

CSS Assurance e **Helsana Assurances SA** sono favorevoli alle proposte di modifica delle disposizioni con valenza internazionale. Su alcuni punti tuttavia propongono alcune modifiche di dettaglio.

Curafutura approva i quattro punti centrali della revisione.

Santésuisse sostiene in linea di massima le proposte di modifica delle disposizioni con valenza internazionale. Su certi punti propone tuttavia modifiche di dettaglio. Per quanto concerne l'assunzione dei costi delle cure ospedaliere, prima di approvare senza riserve la revisione in questo ambito chiede le seguenti modifiche: non devono essere create nuove disparità di trattamento tra i pensionati residenti in uno Stato dell'UE/AELS e quelli residenti in Svizzera. Santésuisse propone quindi un'alternativa per far partecipare gli assicurati provenienti da Stati dell'UE/AELS al pagamento delle differenze tariffarie. Questa soluzione va esaminata. Per quanto riguarda gli assicurati UE/AELS che hanno un punto di riferimento concreto in un Cantone, nel testo degli articoli 41 capoverso 1^{bis} e 49a capoverso 2 lettera b LAMal deve essere previsto di limitare l'assunzione proporzionale dei costi del rimborso alla tariffa in vigore nel Cantone in cui la persona lavora.

L'**ASA** approva i quattro punti della presente revisione parziale.

La **Divisione assicurazione militare della SUVA** fa notare che le proposte di modifica della LAMal riguardano principalmente disposizioni con valenza internazionale. Finché queste disposizioni non hanno ripercussioni sulla legge federale sull'assicurazione militare (LAM), ogni ulteriore considerazione è superflua. Come spiegato alla pagina 15 del rapporto esplicativo, la revisione della LAMal del 21 dicembre 2007 ha abrogato la distinzione tra cura ospedaliera e cura semiospedaliera e lo stesso deve valere per l'assicurazione militare. Di conseguenza, l'espressione «cura semiospedaliera» all'articolo 17, titolo e capoverso 3 primo periodo, nonché all'articolo 71 capoverso 1 LAM, e rispettivamente l'avverbio «parzialmente» all'articolo 16 capoverso 2 primo periodo LAM devono essere stralciati, con gli adeguamenti grammaticali del caso. La Divisione assicurazione militare della SUVA ha esaminato la situazione e approva questa proposta di modifica. Appoggia anche l'obiettivo della revisione della LAMal, secondo cui in Svizzera è possibile scegliere liberamente tra i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale senza costi supplementari per gli assicurati dovuti alle differenze nelle tariffe cantonali. Su questo punto non occorre tuttavia modificare la legge sull'assicurazione militare (contrariamente a quanto sostenuto nel rapporto alla pagina 11). Di conseguenza, l'articolo 17 capoversi 2 e 4 LAM non deve essere modificato come proposto.

2. Disposizioni particolari

2.1. Cooperazione transfrontaliera (art. 34 cpv. 2 e 3 LAMal)

2.1.1. Favorevoli

La **CDS** fa notare che i progetti pilota dei Cantoni di Basilea Città e Basilea Campagna e del distretto di Lörrach, nonché del Cantone di San Gallo e del Principato del Liechtenstein sono stati giudicati in modo complessivamente positivo dai diversi attori e dagli assicurati che hanno beneficiato delle cure. Progetti di questo tipo devono diventare permanenti nei Cantoni di frontiera e, se del caso, essere estesi ad altre regioni di frontiera. Diversi Cantoni di frontiera hanno ritenuto ragionevole dotarsi di una base legale in merito.

Riguardo all'articolazione concreta di una tale normativa legale, la CDS ha posto diverse domande alle quali l'UFSP ha dato risposta. Quest'ultimo ha così confermato alla CDS che le disposizioni dell'ordinanza permettono la collaborazione transfrontaliera soltanto con il consenso del Cantone di frontiera, perché i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e il Cantone di frontiera devono concludere una convenzione che è sottoposta all'approvazione del Consiglio federale. L'articolo prescrive inoltre che le prestazioni potranno essere fornite soltanto alle persone che abitano nel Cantone interessato e assicurate presso un assicuratore partner; una convenzione sulla cooperazione transfrontaliera non ha quindi alcuna ripercussione sugli assicurati di un altro Cantone. La CDS sottolinea che i Cantoni non sono attualmente tenuti a versare un contributo finanziario (quotaparte cantonale) per le cure ospedaliere fornite all'estero. Altrettanto varrebbe per una cooperazione transfrontaliera. Secondo le informazioni fornite dall'UFSP, il corrispondente obbligo non potrebbe essere fissato a livello di ordinanza. Inoltre le prestazioni fornite a titolo di cooperazione con fornitori di prestazioni esteri non devono figurare sugli elenchi ospedalieri cantonali, poiché nel Cantone di frontiera sono accessibili soltanto a un gruppo di persone limitato. Inoltre un Cantone deve, in tutti i casi, mettere a disposizione sul proprio territorio un'offerta di prestazioni adeguata ai bisogni, perché – e questo punto va esplicitamente precisato nell'ordinanza – gli assicurati non possono in nessun caso essere obbligati a farsi curare all'estero. Secondo l'UFSP, l'esame del rispetto dei criteri EAE da parte dei fornitori di prestazioni esteri spetta congiuntamente alle parti contraenti, vale a dire agli assicuratori e ai Cantoni.

La CDS rileva tuttavia che la disposizione di legge riguardante la collaborazione transfrontaliera è formulata in modo molto aperto. Essa delega la fissazione di tutti i parametri essenziali in materia di organizzazione al legislatore dell'ordinanza. Secondo il rapporto sulla consultazione, per i progetti pilota di durata limitata il Consiglio federale intende basarsi sull'attuale articolo 36a LAMal.

La CDS auspica che il messaggio al Parlamento contenga gli elementi essenziali delle disposizioni d'esecuzione previste dal Consiglio federale, per creare certezza sugli aspetti più importanti dell'attuazione. A queste condizioni la CDS approverebbe la modifica di legge prevista.

Numerosi Cantoni aderiscono al parere della CDS. Alcuni hanno consegnato pareri praticamente identici a quello della CDS. I Cantoni **AG, AR, BE, BL, GL, GR, LU, SH, TG, UR** e **ZH** hanno seguito tale orientamento. Altri Cantoni approvano la creazione di una base legale per la cooperazione transfrontaliera, facendo in parte riferimento al parere della CDS ma sollevando ulteriori questioni (**OW, SO** e **ZG**). Il Cantone **SG** accoglie favorevolmente la proposta di modifica della LAMal che permette di prorogare i progetti pilota in modo duraturo.

Il Cantone **BS** rende noto che, dal 1° gennaio 2007, conduce un progetto pilota binazionale di durata limitata in materia di cooperazione transfrontaliera nel settore della sanità con il Cantone di Basilea Campagna e il distretto di Lörrach, basandosi sull'OAMal. In questa prospettiva la Germania ha adeguato la propria legislazione in modo che le prestazioni fornite in Svizzera siano assunte dagli assicuratori-malattie tedeschi fino a concorrenza dei costi che le cure avrebbero generato in Germania. Inoltre, gli assicuratori-malattie tedeschi possono concludere contratti con i fornitori di prestazioni svizzeri. In tal modo, si realizza la parità di trattamento tra la Svizzera e gli Stati dell'UE/AELS.

Durante l'attuazione del progetto pilota è emerso che i requisiti legali del Paese in cui è situato l'ospedale sono determinanti per l'autorizzazione del progetto pilota (per esempio per quanto concerne l'autorizzazione d'esercizio, la prova della qualità ecc.). Le condizioni così ottenute sono sufficienti per i pazienti svizzeri e creano una certezza giuridica sufficiente. Tenuto conto dei requisiti esemplari e a volte superiori che vigono in Germania in materia di qualità e i prezzi notevolmente inferiori, si può ammettere senza ulteriore esame che i criteri EAE (efficacia, appropriatezza ed economicità delle prestazioni) sono rispettati.

Visto il basso numero di pazienti che hanno partecipato al progetto, non è stato finora necessario prendere in considerazione i flussi di pazienti nella pianificazione cantonale delle cure. Ciò diverrebbe necessario in caso di forte aumento del numero di pazienti. Durante il monitoraggio del progetto pilota, l'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è giunto alla conclusione che, per i pazienti, l'offerta transfrontaliera di cure è un complemento ragionevole e molto soddisfacente. Come emerge da quanto precede, il progetto pilota della regione Basilea/Lörrach in materia di cooperazione transfrontaliera in ambito sanitario ha ottenuto riscontri positivi. La presente revisione della LAMal è di conseguenza auspicabile.

In sintesi, BS approva la modifica di legge prevista e fa notare che la disposizione legale sulla cooperazione transfrontaliera è formulata in modo molto aperto. Essa delega al legislatore la definizione di tutti i parametri essenziali in materia d'organizzazione. Secondo il rapporto sulla consultazione, il Consiglio federale intende basare i progetti pilota di durata limitata sull'attuale articolo 36a LAMal. BS auspica che gli elementi essenziali delle disposizioni esecutive previste dal Consiglio federale siano formulati nel messaggio al Parlamento, come confermato dalla CDS nella sua lettera dell'8 gennaio 2015. Ciò permetterà di creare certezza sui principali aspetti in materia d'attuazione.

Il Cantone **GE** ritiene che il progetto debba essere ulteriormente precisato, segnatamente per quanto riguarda l'attuazione della cooperazione. Si tratta in particolare di precisare in quale misura la pianificazione sanitaria dei Cantoni può o deve tenere conto della capacità degli ospedali stranieri e se si possono applicare regole di reciprocità per permettere ai cittadini dell'UE di accedere agli ospedali svizzeri. L'eliminazione di determinati ostacoli allo sviluppo delle politiche transfrontaliere in materia di sanità è indispensabile per creare un vero spazio sanitario franco-ginevrino. In questo contesto, le semplificazioni amministrative proposte sono benvenute. Tuttavia occorre considerare in termini più generali la possibilità per i residenti nella zona di frontiera francese che non sono assicurati secondo la LAMal di superare i reali ostacoli tariffari e la necessità di elaborare una pianificazione sanitaria transfrontaliera. In questo modo, gli Ospedali universitari di Ginevra (HUG) potrebbero fornire le loro prestazioni a un bacino d'utenza più ampio aumentando la loro massa critica a favore dello sviluppo delle prestazioni della medicina di punta.

In quanto Cantone di frontiera e quindi direttamente coinvolto dalla revisione proposta, il Cantone **JU** è particolarmente interessato alla possibilità di instaurare una cooperazione transfrontaliera duratura con le regioni limitrofe. Occorre tuttavia una normativa precisa sull'attuazione di queste cooperazioni che coinvolga direttamente i Cantoni interessati. Il Governo giurassiano ritiene pienamente soddisfacenti le precisazioni fornite alla CDS nella lettera dell'UFSP dell'8 gennaio 2015. Considera tuttavia importante che gli elementi essenziali che dovranno essere chiariti dall'ordinanza siano precisati nel messaggio al Parlamento.

Il Cantone **NE** è molto favorevole alla proposta di modificare l'articolo 36a OAMal per permettere di proseguire o approfondire le cooperazioni transfrontaliere nel settore sanitario in generale e in quello delle cure ospedaliere in particolare. Anche se, nel quadro del vigente articolo 36a OAMal, non è ancora stata avviata alcuna cooperazione di questo genere tra il Cantone di Neuchâtel e la regione della Franche-Comté, entrambe le parti sono animate da

una forte volontà di procedere in tal senso, segnatamente nell'ambito dell'*Agglomération Urbaine du Doubs* (AUD) e in quello dell'*Hôpital neuchâtelois* (HNE). Ogni azione tesa a eliminare o ridurre le difficoltà di realizzare tale cooperazione deve quindi essere sostenuta. Nel settore sanitario vi è la possibilità di condividere determinati servizi e installazioni sanitarie. Il progetto di revisione dell'articolo 36a OAMal deve permettere di dare espressione a questo potenziale, chiaramente nell'interesse delle popolazioni residenti in prossimità della zona di frontiera. La revisione non elimina tuttavia alcuni ostacoli evidenti alla cooperazione transfrontaliera. Non viene affrontata la tematica dei frontalieri assicurati in Francia e curati in Svizzera. La presente situazione potrebbe penalizzare le future cooperazioni in materia di oncologia nel Cantone di Neuchâtel; infatti nell'Alto Cantone vi è un sito dell'HNE con centri di competenza in oncologia e senologia che potrebbe suscitare l'interesse delle autorità sanitarie della Franche-Comté e dell'AUD.

Il Cantone **TI** sostiene la modifica legislativa sulla base delle garanzie fornite dall'UFSP e che saranno concretizzate nell'ordinanza di applicazione. La revisione della legge permetterà infatti ai pazienti ticinesi, che per accedere a determinate prestazioni specifiche devono recarsi in strutture situate oltre Gottardo, di beneficiare di alternative interessanti nella vicina Lombardia.

Il **PBD** ritiene che la cooperazione regionale sia importante per il sistema sanitario. Sebbene la partecipazione agli attuali progetti pilota di promozione della cooperazione transfrontaliera sia ancora scarsa, il **PBD** sostiene l'intento di rendere duratura tale cooperazione in tutte le regioni di frontiera. A suo parere l'allentamento del principio di territorialità aumenta la sicurezza delle cure e consolida inoltre la libera scelta degli assicurati. Nel contempo, respinge l'obbligo per gli assicurati di farsi curare all'estero.

Il **PPD** sostiene una cooperazione illimitata e transfrontaliera nelle regioni limitrofe. Accetta quindi l'allentamento del principio di territorialità. Ha sempre sostenuto e incoraggiato la cooperazione regionale in materia di politica sanitaria. Nel 2006 aveva già approvato i primi progetti pilota.

Il **PLR** è favorevole all'allentamento del principio di territorialità come aveva già indicato nel suo parere del 16 marzo 2006. In un'ottica liberale, sul medio termine il mercato svizzero della salute deve essere progressivamente aperto. La crescente integrazione del mercato delle cure sanitarie non dovrebbe interrompersi alla frontiera. In condizioni quadro chiaramente definite, sopprimere il principio di territorialità permetterebbe di incentivare a livello generale la concorrenza disciplinata nel sistema sanitario, con effetti positivi sui prezzi e sull'offerta di prestazioni di elevata qualità. Il PLR sostiene quindi la creazione di una base legale definitiva che permetta di proseguire nelle regioni frontaliere i progetti pilota in corso.

L'**UDC** fa notare che una cooperazione transfrontaliera durevole per l'assunzione dei costi delle prestazioni nelle regioni estere limitrofe può consolidare la concorrenza. Spera che a medio termine ciò si traduca in una pressione sui costi dei fornitori di prestazioni svizzeri. Rispetto alla fase pilota sarà tuttavia necessario ridurre notevolmente l'onere amministrativo a carico degli assicurati.

La **FER** sostiene la presente modifica a condizione che i fornitori di prestazioni esteri siano assoggettati alle medesime norme di qualità dei fornitori di prestazioni svizzeri.

La **FRC** approva una cooperazione transfrontaliera ben concepita ma a condizione che l'assicurato non sia costretto in alcun caso, se non lo desidera, a farsi curare all'estero e che la qualità delle cure sia la medesima sui due lati della frontiera. Secondo la FRC, lo Stato deve adoperarsi affinché alle casse malati non sia consentito di proporre forme particolari di assicurazione nel cui ambito gli assicurati si impegnano a farsi curare sull'altro lato della

frontiera. L'attuale evoluzione dei tassi di cambio e la pressione della lotta contro l'aumento dei costi della salute potrebbero incitare diversi attori a eludere questo divieto.

La Communauté d'intérêts eHealth fa notare che prende posizione sulla revisione prevista nel settore della cooperazione transfrontaliera soltanto nel contesto dell'introduzione della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP). Poiché la revisione della LAMal prevista si prefigge di migliorare l'offerta di cure nelle regioni transfrontaliere, la Communauté d'intérêts eHealth approva la cooperazione transfrontaliera anche nel settore dell'AOMS, ponendo l'accento sui bisogni dei pazienti. Tuttavia, ritiene che si porranno altre questioni importanti a questo riguardo e nell'ambito dell'entrata in vigore della LCIP. Considera quindi primordiale che la prevista revisione delle disposizioni con valenza internazionale della LAMal abbia luogo nel contesto dell'introduzione della LCIP e che siano innanzitutto chiarite le questioni sollevate.

La Konferenz kantonale Krankenhausverbände approva la revisione ma mette in evidenza il rischio di distorsioni della concorrenza a causa delle disparità nella densità normativa e dei diversi livelli di qualità delle cure. Per disciplinare la cooperazione nelle regioni di frontiera e a livello istituzionale e armonizzare le condizioni concorrenziali, occorre concludere accordi quadro.

Curafutura rammenta che nel quadro dell'AOMS si applica il principio della territorialità. Sono assunti soltanto i costi delle prestazioni fornite in Svizzera. La proposta di modifica dell'articolo 34 LAMal allenta questo principio. Nel quadro della cooperazione transfrontaliera sarà quindi possibile assumere in modo duraturo i costi di prestazioni fornite all'estero ad assicurati domiciliati in Svizzera. Curafutura è favorevole a un allentamento del principio di territorialità nella prospettiva della libera circolazione degli assicurati e della concorrenza.

Santésuisse approva la creazione di una base legale definitiva che consenta di proseguire i progetti pilota in corso nelle regioni di frontiera Basilea/Lörrach e San Gallo/Liechtenstein e di sviluppare nuove forme di cooperazione transfrontaliera.

La prosecuzione dei progetti pilota è ragionevole perché gli assicurati che risiedono nelle regioni di frontiera apprezzano la possibilità di farsi curare all'estero nelle zone di frontiera. Inoltre, vista la crescente integrazione del mercato con altri settori economici, va incoraggiata anche la cooperazione transfrontaliera nel settore della sanità. La qualità delle cure deve essere garantita e la libera scelta del paziente deve essere mantenuta. Nessuno deve essere costretto a farsi curare all'estero.

Le esperienze hanno mostrato che, per gli assicuratori che partecipano ai progetti pilota, l'onere legato al monitoraggio è elevato rispetto all'esiguo numero di progetti. Nella prospettiva della futura ordinanza, occorre adoperarsi per ridurre, rispetto alla fase pilota, l'onere amministrativo sostenuto dagli assicuratori sia per i progetti mantenuti dopo la fase pilota sia per le future cooperazioni transfrontaliere.

In questo contesto Santésuisse ritiene inadeguato discutere ora dell'allentamento del principio di territorialità. Come indicato dal Consiglio federale nel rapporto esplicativo, la futura ordinanza si ispirerà ampiamente al vigente articolo 36a OAMal. In questo modo, le possibilità di assumere i costi delle prestazioni fornite all'estero saranno definite all'interno di un quadro limitato, sia per quanto riguarda la cerchia di fornitori di prestazioni esteri sia per quanto riguarda gli assicurati interessati. Di conseguenza, tenuto conto della portata del progetto, probabilmente limitata, non bisogna attendersi in futuro pressioni e risparmi sui costi dei fornitori di prestazioni.

L'**ASA** sottolinea che soprattutto gli assicurati residenti nelle zone di frontiera apprezzeranno la possibilità di scegliere di farsi curare all'estero nelle zone di frontiera. Il principio di territorialità applicabile nell'AOMS (sono rimborsate soltanto le prestazioni fornite in Svizzera) deve essere in una certa misura allentato. L'ASA approva quindi l'allentamento del principio di territorialità applicabile nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, soprattutto nella prospettiva della libera circolazione degli assicurati e della concorrenza. Nell'interesse degli assicuratori e dei pazienti devono essere incoraggiate forme innovative di cooperazione che rispettino i criteri EAE indipendentemente dalle frontiere. L'ASA ritiene che la qualità delle cure mediche e la libera scelta del paziente siano aspetti importanti. Pensa che non possa essere istituito un obbligo di farsi curare all'estero. Inoltre, considera importante per le future cooperazioni transfrontaliere che l'onere amministrativo degli assicuratori-malattie rimanga limitato.

2.1.2. Contrari

Il Cantone **AI** è piuttosto scettico su questo aspetto della revisione che trova ambiguo in alcuni punti. La creazione di una base legale per la cooperazione transfrontaliera deve certamente essere esaminata. Per aderirvi occorre tuttavia esaminare in modo soddisfacente i suoi effetti sulle persone direttamente interessate e sugli altri Cantoni. Secondo il Cantone **SZ**, le informazioni attuali sull'organizzazione e sugli effetti di una tale base legale non sono sufficienti e numerose questioni restano ancora aperte. Occorrono quindi ulteriori chiarimenti.

Il Cantone **VD** ritiene che gli eventuali rischi finanziari di queste forme di cooperazione avrebbero dovuto essere approfonditi nel rapporto esplicativo. Le informazioni attualmente disponibili in merito alle modalità e agli effetti di una tale base legale (e le disposizioni della relativa ordinanza) non sono sufficientemente chiare.

Pone anche le seguenti domande:

- le capacità degli ospedali stranieri devono essere integrate nella pianificazione sanitaria dei Cantoni?
- Gli ospedali stranieri ammessi hanno gli stessi obblighi degli ospedali svizzeri (protezione dei dati, diritto in materia di appalti pubblici ecc.)?
- Gli ospedali devono adempiere i criteri EAE (economicità, appropriatezza ed efficacia) come gli ospedali svizzeri? Chi effettua questo controllo?
- Vi sono casi di reciprocità (accesso analogo agli ospedali svizzeri per i cittadini UE)?
- Qual è il rapporto con l'Accordo quadro con la Francia (menzionato alla pagina 4 del rapporto esplicativo) e quale il rapporto tra tale accordo e l'articolo 34 del progetto di modifica della LAMal?

Il Cantone **VS** non ritiene sufficientemente chiare le informazioni attualmente disponibili in merito alla struttura e agli effetti di una tale base legale e le disposizioni della relativa ordinanza. Vanno chiariti i possibili rischi finanziari di tali forme di cooperazione, come pure i criteri di economicità, appropriatezza, efficacia e controllo. Nell'attesa dei chiarimenti richiesti, respinge la modifica proposta.

L'**ASD** fa notare che il sistema attuale si è rivelato efficace. Una cooperazione transfrontaliera che equivalga a un'apertura unilaterale ai fornitori di prestazioni esteri non è accettabile, segnatamente se gli assicuratori possono obbligare i loro assicurati a farsi curare all'estero. Se il Consiglio federale dovesse approvare una tale apertura transfrontaliera, dovrebbe anche autorizzare la conclusione di contratti con l'estero in materia di assicurazioni sociali.

Secondo il **PS** la cooperazione transfrontaliera non ha contribuito a una sostanziale riduzione dei costi. Il PS vuole capire se le cure prestate in Germania (nella maggior parte dei casi si tratta di cure di riabilitazione in Germania, in media 3,5 volte più economiche rispetto alla Svizzera) sono state effettivamente fatturate a un prezzo inferiore e sapere chi ha tratto beneficio da questi risparmi. Chiede piena trasparenza sulle differenze di costi tra la Germania e la Svizzera. In Svizzera, il numero di posti a tempo pieno per ogni giornata di cure è in media 2,2 volte più elevato che in Germania. È probabile quindi che il personale tedesco sia sottoposto a una maggiore pressione. D'altronde, non sembra che i progetti pilota abbiano promosso in misura maggiore la cooperazione istituzionale nelle regioni transfrontaliere. Il PS non è contrario alla cooperazione transfrontaliera se ne risulta un plusvalore qualitativo nell'offerta di cure. In generale, in materia di pianificazione delle cure, il PS non accetta l'idea di ridurre le nostre capacità partendo dal presupposto che i costi delle cure potranno essere assunti oltre frontiera. Ciò potrebbe indurre gli assicuratori e i fornitori di prestazioni che inviano i pazienti ad altro fornitore a obbligare i pazienti svizzeri a farsi curare all'estero; nel rapporto esplicativo anche il Consiglio federale si è mostrato prudente escludendo tale eventualità. La modifica prevista avrebbe come conseguenza quella di affidare alla Confederazione competenze in materia di pianificazione ospedaliera delle prestazioni fornite all'estero. La pianificazione deve rimanere di competenza cantonale, soprattutto se si prevede di obbligare i Cantoni ad assumere il finanziamento di una parte delle cure secondo il modello di nuovo finanziamento ospedaliero. Per tutte le ragioni menzionate, il PS richiama alla prudenza e chiede al Consiglio federale di riesaminare il progetto di revisione.

L'USAM rifiuta l'allentamento del principio di territorialità. Il livello salariale è nettamente più elevato in Svizzera che all'estero e, d'altronde, le condizioni generali e le esigenze in materia di politica sanitaria sono nettamente diverse da quelle applicate all'estero nelle zone di frontiera. Per questi motivi non accetta che nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i fornitori di prestazioni svizzeri siano in concorrenza con quelli della zona estera di frontiera. Per l'USAM una tale apertura potrebbe essere presa in considerazione soltanto a condizione che siano garantite le stesse possibilità a tutti i fornitori di prestazioni.

L'USS rifiuta la modifica di legge proposta in materia di cooperazione transfrontaliera. Sottolinea che si era già opposta nel 2006 a un allentamento del principio di territorialità, quando erano state formulate le disposizioni d'ordinanza sui progetti pilota di cooperazione transfrontaliera. La valutazione dei progetti pilota ha rivelato che l'effetto positivo sui costi dell'assicurazione malattie di base, atteso dai loro promotori, non si è prodotto. Di conseguenza, la ragione di un tale allentamento non è chiara. Inoltre, l'utilità dei progetti pilota, segnatamente per i pazienti, non è stata dimostrata. L'USS rifiuta pertanto la disposizione di legge proposta per i seguenti motivi: i Cantoni sono competenti per la sicurezza delle cure. Devono quindi avere la competenza di pianificarle e gestirle. Questo strumento è importante per contrastare un'estensione incontrollata dei volumi. La modifica di legge coinvolge i Cantoni e la Confederazione nella pianificazione ospedaliera. Se si intende garantire una pianificazione e una gestione efficaci, tale competenza non va suddivisa.

Il **Centre Patronal** condivide sostanzialmente il parere del Cantone di Vaud e si pone le stesse domande. Ritiene che in questa situazione non sia possibile sostenere una tale modifica della LAMal.

Per l'**OMCT**, non vi sono indicatori sufficienti che permettano di dimostrare l'effetto positivo che il consolidamento della cooperazione transfrontaliera potrebbe avere sul sistema sanitario svizzero (costi e qualità). In effetti, oltre al fatto che non sono stati realizzati i risparmi auspicati, i due progetti pilota ai quali hanno partecipato soltanto poche centinaia di persone non forniscono indicazioni sufficienti e non possono servire da fondamento per una disposizione definitiva. L'OMCT fa notare che il rapporto esplicativo non contiene alcuna informazione sull'effetto inverso della cooperazione transfrontaliera, vale a dire sull'interesse dei pazienti

che risiedono nella zona limitrofa dell'Italia a farsi curare in Svizzera. Senza questi dati e senza garanzie che una maggiore apertura da parte della Svizzera aumenti la domanda di medici ticinesi, l'OMCT non ritiene opportuno autorizzare e sostenere un ulteriore passo verso la condivisione del sistema sanitario svizzero. In effetti, il principio di territorialità assicura un sistema sanitario di qualità grazie al rispetto di condizioni e criteri rigorosi (p. es. l'obbligo di formazione continua dei medici) che attualmente non sono sufficientemente adempiuti dai fornitori di prestazioni all'estero.

La **FMH** sottolinea che dallo studio pilota del 2006 si attendeva «un effetto positivo sui costi dell'assicurazione malattie». Dalla valutazione degli studi pilota emerge chiaramente che questo non è avvenuto.

1. L'utilità degli studi pilota, segnatamente per i pazienti, non ha potuto essere dimostrata. Soltanto qualche paziente si è fatto curare all'estero. In apparenza, non vi è alcuna urgente necessità. Questa constatazione corrisponde ai risultati della ricerca europea menzionati nel rapporto dell'Obsan secondo cui in generale i pazienti utilizzano le offerte transfrontaliere soltanto se vi hanno interesse. [...] «*All case studies involving patient mobility show how cross-border arrangements are dependent on whether the local population sees a need to cross the boarder – usually a type of treatment not available at proximity within then home system*» (dall'esame di tutti i casi di mobilità transfrontaliera dei pazienti risulta che il ricorso a soluzioni transfrontaliere dipende dalla percezione del bisogno di valicare la frontiera – generalmente per ricevere un tipo di cure che il sistema sanitario non mette a loro disposizione nelle vicinanze). La ricerca mostra anche che la richiesta di cure nelle zone transfrontaliere non proviene dai pazienti ma dagli attori del sistema sanitario. In generale quindi le cure all'estero non servono ai pazienti ma a terzi come gli assicuratori. Pazienti di Sciaffusa hanno riferito che, dopo un'operazione in Svizzera, l'assicurazione aveva approvato il soggiorno di riabilitazione in Germania con il rispettivo congiunto, ma non una riabilitazione in Svizzera.

2. Non è stato possibile dimostrare alcuna diminuzione dei costi.

3. Il principio di territorialità si prefigge di garantire cure di alta qualità e adeguate ai bisogni. La soppressione di questo principio dovrebbe essere tesa a garantire che sia data importanza non soltanto ai costi delle cure ma anche alla qualità e al risultato a lungo termine, come parametri di primo piano. L'offerta di assistenza nelle cliniche svizzere di riabilitazione è nettamente più elevata rispetto alle cliniche estere. La maggiore intensità dell'assistenza (p. es. la densità della terapia) permette una qualità di cure più elevata e quindi costi indiretti minori (p. es. reinserimento professionale più rapido), il che ha un solido fondamento economico. Per la pianificazione ospedaliera e l'attribuzione di contratti di prestazioni numerosi Cantoni si basano sui criteri di Swiss Reha. Gli stessi criteri richiesti dai Cantoni dovrebbero essere applicati anche ai fornitori di prestazioni esteri.

4. In caso di soppressione del principio di territorialità, i fornitori di prestazioni esteri dovrebbero rispettare le stesse condizioni (rispetto delle convenzioni collettive di lavoro o di convenzioni analoghe, obbligo di formazione e di perfezionamento, rispetto della legislazione svizzera, adempimento dei criteri ospedalieri per i contratti di prestazioni ecc.); questi punti non sono previsti dal presente avamprogetto di legge. Il perfezionamento, in particolare dei giovani medici nei Cantoni svizzeri di frontiera, può essere garantita soltanto se essi hanno modo di seguire un numero sufficiente di casi. Una pressione dei costi che spinge i pazienti a farsi curare all'estero nelle zone di frontiera può togliere ai giovani medici la possibilità di conseguire il relativo perfezionamento. Ciò darebbe un pessimo segnale perché i medici che ricevono una formazione e un perfezionamento in Svizzera sono troppo pochi.

5. Non è chiaro in quale misura lo studio pilota possa migliorare l'offerta di cure nelle regioni di frontiera. L'offerta di riabilitazione in Svizzera è esaustiva e la qualità delle cure prestate all'estero non è per nulla stata esaminata.

6. Peraltro, la proposta di attribuire al Consiglio federale la competenza di organizzare la cooperazione transfrontaliera a livello di ordinanza non è convincente. I Cantoni dovrebbero avere il diritto di essere consultati o avere diritto di veto.

7. Il progetto di legge non dà inoltre risposta a molte altre questioni di applicazione: a. cosa si intende con regione estera limitrofa? b. i fornitori di prestazioni esteri devono adempiere i medesimi criteri che valgono per i fornitori di prestazioni svizzeri (EAE ecc.)? c. presso quale tribunale va fatto ricorso? d. qual è il giudice competente per eventuali procedure di risarcimento dei danni causati da errori nelle cure? e. secondo il progetto di legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP), gli ospedali svizzeri devono costituirsi in una comunità certificata per fornire prestazioni nel quadro della LAMal. Le cliniche estere verrebbero dispensate da tale obbligo?

In conclusione: la revisione proposta non ha vantaggi effettivi per i pazienti. Invece ha effetti negativi sui Cantoni che pagano gli elenchi ospedalieri e sulle condizioni concorrenziali in cui operano i fornitori di prestazioni ambulatoriali.

H+ Gli Ospedali Svizzeri approva il progetto soltanto a condizione che i fornitori di prestazioni esteri siano assoggettati alle stesse condizioni e alle stesse norme di qualità valide per gli Svizzeri. Di conseguenza, è necessario che, in caso di soppressione del principio della territorialità, queste condizioni (legislazione svizzera, condizioni cantonali e convenzioni con i partner sociali) siano applicabili anche ai fornitori di prestazioni esteri. Inoltre, la delega legislativa esaustiva al Consiglio federale deve essere rifiutata. Tutti i punti importanti devono essere disciplinati a livello di legge e non soltanto di ordinanza.

Medswiss.net rileva che il sistema attuale si è rivelato efficace. Non ritiene accettabile una cooperazione transfrontaliera nel senso di un'apertura unilaterale ai fornitori di prestazioni esteri, in particolare se gli assicuratori possono imporre agli assicurati di farsi curare all'estero. Se il Consiglio federale approva una tale apertura transfrontaliera, deve autorizzare anche contratti con l'estero in materia di assicurazioni sociali.

Physioswiss respinge chiaramente la revisione con argomenti ancora più dettagliati di quelli della FMH. Il principio di territorialità deve continuare ad essere applicabile all'AOMS.

ChiroSuisse precisa che la qualità della formazione e del perfezionamento dei chiropratici in Svizzera è riconosciuta a livello mondiale e che è nettamente diversa da quella dispensata nei Paesi europei.

L'**ASMI** attira l'attenzione sul fatto che il sistema attuale si è rivelato efficace. Non ritiene accettabile una cooperazione transfrontaliera nel senso di un'apertura unilaterale ai fornitori di prestazioni esteri, in particolare se gli assicuratori possono imporre agli assicurati di farsi curare all'estero. Se il Consiglio federale approva un tale apertura transfrontaliera, deve autorizzare anche contratti con l'estero in materia di assicurazioni sociali.

Da queste considerazioni devono essere esclusi gli assicurati privati (i cosiddetti paganti in proprio) che di loro iniziativa e per diversi motivi preferiscono il sistema sanitario svizzero, soprattutto per gli elevati standard dell'offerta medica, delle cure, della comunicazione e dell'ospitalità. Così, indipendentemente dalla base dell'AOMS, questi assicurati non gravano né sulle casse dello Stato né sulle assicurazioni sociali.

Per quanto concerne la reciprocità della cooperazione transfrontaliera nel settore delle prestazioni ospedaliere, occorre rilevare che i profili delle cure nei Paesi esteri limitrofi non possono essere comparati con l'offerta di cure in Svizzera, in particolare nel settore della riabilitazione. Pertanto, i modelli di cooperazione transfrontaliera limitati alle zone di frontiera devono essere esaminati con prudenza.

L'**ASI** si oppone fermamente a ogni allentamento del principio di territorialità nell'AOMS. Sottolinea che i prezzi dell'offerta sanitaria in Svizzera si fondano su buoni motivi. I fornitori di prestazioni devono soddisfare elevate esigenze (derivanti dalla legislazione federale sull'assicurazione malattie e sulla formazione professionale o dalla legislazione cantonale). I fornitori di prestazioni esteri non sono assoggettati alla legislazione svizzera né alla vigilanza degli organi svizzeri. Ciò vale anche per le condizioni di lavoro del personale impiegato dai fornitori esteri. Nell'allentamento del principio di territorialità è quindi insito il rischio reale e inaccettabile del mancato rispetto o dell'ignoranza delle norme e delle buone pratiche svizzere. Se il Consiglio federale deve autorizzare eccezioni al principio di territorialità, occorre assolutamente escludere ogni forma di pressione – diretta o indiretta (attraverso i premi) – esercitata sugli assicurati per indurli a fare ricorso a prestazioni all'estero.

The Swiss Leading Hospitals precisa che il sistema attuale si è rivelato efficace. Per il resto, il loro parere corrisponde a quello dell'ASMI.

VAKA Der Aargauische Gesundheitspartner rileva che la LAMal prevede alcuni principi fondamentali interconnessi, tra i quali vi sono segnatamente l'obbligo di pianificazione dei Cantoni, il finanziamento, l'organizzazione delle tariffe e il principio di territorialità. Ogni modifica degli aspetti essenziali del sistema sanitario richiede un esame e un'approvazione degli effetti su tutto il sistema. Il concetto di regolamentazione della concorrenza deve essere preso adeguatamente in considerazione. Occorre conservare le basi essenziali per una concorrenza equa. Sotto questo profilo, l'avamprogetto appare incompleto, insufficientemente elaborato e non neutrale dal punto di vista della concorrenza. Per questo motivo, VAKA respinge il progetto di cooperazione transfrontaliera nella sua forma attuale.

L'**ASMAC** fa valere le stesse argomentazioni della FMH. Precisa che potrebbe accettare un allentamento del principio di territorialità soltanto per le cure non proposte in Svizzera. Respinge l'idea di un trasferimento delle prestazioni mediche, di qualità tanto elevata (o migliore) in Svizzera. Se il Consiglio federale volesse comunque mantenere la cooperazione transfrontaliera secondo le modalità previste, l'ASMAC raccomanda espressamente che gli assicurati non siano obbligati a farsi curare all'estero. Per garantire che nella pratica non sia esercitata alcuna pressione, sarà assolutamente necessario effettuare i dovuti controlli presso le casse malati.

La **FAMH** auspica che sia mantenuto il principio di territorialità, essenziale per il sistema sanitario svizzero. La prevista istituzionalizzazione della cooperazione transfrontaliera metterebbe in pericolo la qualità delle cure mediche senza portare vantaggi finanziari.

In sintesi, la FAMH ritiene che nell'ambito delle modifiche finalizzate a permettere una cooperazione transfrontaliera duratura, gli aspetti negativi prevalgono su quelli positivi. Dal punto di vista della FAMH non vi è alcun effetto positivo. L'allentamento del principio di territorialità mette in pericolo la qualità attualmente elevata del sistema sanitario svizzero, il che è particolarmente negativo. Tanto più che il Consiglio federale non prevede misure atte a garantire la qualità delle prestazioni dei fornitori esteri. Per questi motivi, la FAMH respinge il progetto nella sua forma attuale.

2.2. Assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera di persone residenti in uno Stato membro dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera (art. 49a LAMal)

2.2.1. Favorevoli

Per il Cantone **GE**, la disposizione nella forma prevista dalla modifica di legge presenta lo svantaggio di aumentare gli oneri a carico dei Cantoni. Esprime tuttavia parere favorevole in quanto la disposizione consente una maggiore accessibilità degli assicurati coinvolti agli ospedali svizzeri.

Il Cantone **NE** osserva che su questo punto la revisione della LAMal elimina una disparità di trattamento, in quanto le assicurazioni svizzere che assicurano i frontalieri saranno sottoposte alle stesse condizioni di rimborso valide per i loro affiliati residenti in Svizzera. A questo titolo la revisione va sostenuta. Sul piano finanziario potrebbe comportare costi supplementari a carico del Cantone, che dovrebbero tuttavia essere compensati, in virtù di una migliore cooperazione transfrontaliera, da un impiego più razionale delle risorse a disposizione, segnatamente per quanto concerne quelle ospedaliere, di cui il Cantone si assume una parte importante dei costi.

Il **PBD** sottolinea che l'assunzione dei costi da parte dei Cantoni deve essere disciplinata in modo analogo per i frontalieri e per gli assicurati residenti in Svizzera. La normativa attuale ha condotto a premi più elevati per gli assicurati UE rispetto a quelli svizzeri, in quanto i costi sono assunti esclusivamente dall'assicurazione di base, senza partecipazione ai costi da parte dei Cantoni. Per evitare che gli assicurati UE che hanno un concreto punto di riferimento in Svizzera siano discriminati, il PBD approva il nuovo disciplinamento dell'assunzione dei costi. Chiede anche se il diritto di assunzione dei costi di ospedalizzazione può essere limitato ai frontalieri e alle persone beneficiarie di una rendita. In tale contesto è necessario anche garantire che gli svizzeri beneficiari di una rendita non subiscano discriminazioni rispetto alle persone nella stessa situazione che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS per quanto concerne le differenze tariffarie possibili nella libera scelta dell'ospedale.

Il **PPD** è d'accordo con le due disposizioni concernenti le persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera.

Il **PLR** sottolinea che il cambiamento di sistema proposto è conforme alla chiave di finanziamento attualmente prevista dal nuovo finanziamento ospedaliero nella LAMal per le cure ospedaliere stazionarie e permette di evitare – e questo è valutato positivamente – la discriminazione dei cittadini UE criticata dall'UE medesima. Tuttavia il partito attira l'attenzione sul fatto che un finanziamento delle sole cure stazionarie sarebbe opportuno sia per i frontalieri sia per i residenti in Svizzera, in quanto permetterebbe di evitare importanti impulsi negativi nel sistema sanitario.

L'**ASD** sottolinea che gli stranieri residenti in Svizzera, che per determinate ragioni hanno il proprio domicilio all'estero, devono poter beneficiare delle cure ospedaliere in Svizzera. L'assicurazione malattie svizzera deve essere in tutti i casi una condizione *sine qua non*, quindi anche per le categorie di pazienti di cui all'articolo 49a capoverso 2 lettera b LAMal. Infatti, un solo premio dell'assicurazione malattie versato dal capofamiglia non è sufficiente per un'assunzione dei costi proporzionale da parte dei Cantoni delle cure ospedaliere del figlio non assicurato. Inoltre, le nuove disposizioni devono prevedere che la garanzia anticipata dell'assunzione dei costi riconosciuta e praticata sino ad ora si applichi solamente agli assicurati residenti in Svizzera. In ogni caso l'ordinanza deve tenere conto di questa

osservazione. Di questo tenore sono anche i pareri di **Medswiss.net**, **ASMI** e **The Swiss Leading Hospitals**.

La **FER** approva il fatto che i Cantoni debbano assumersi la parte cantonale dei costi, con un minimo del 55 per cento in caso di ospedalizzazione in Svizzera di assicurati dell'UE che hanno un concreto punto di riferimento in Svizzera (p. es. i frontalieri e i loro familiari). Per quanto concerne gli assicurati europei senza punto di riferimento in Svizzera (p. es. i beneficiari di rendite e i loro familiari), la FER è favorevole anche al fatto che i Cantoni si assumano congiuntamente i costi in proporzione alla popolazione residente.

H+ Gli Ospedali Svizzeri approva il nuovo disciplinamento dell'assunzione dei costi per gli assicurati UE che hanno un concreto punto di riferimento in Svizzera (p. es. i frontalieri e i loro familiari) o che non lo hanno (beneficiari di rendite e loro familiari). Per queste persone è importante che le tariffe degli ospedali, delle cliniche e degli istituti di cura siano rimborsate integralmente. Tali strutture non devono farsi carico di eventuali deficit.

L'**ASMAC** sostiene l'assunzione dei costi da parte dei Cantoni per i frontalieri in analogia agli assicurati residenti in Svizzera.

Curafutura approva l'assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera per le persone che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS e sono assicurate in Svizzera. Il divieto di discriminazione recepito con il diritto europeo di coordinamento esige che gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS non ricevano un trattamento diverso rispetto agli assicurati residenti in Svizzera. Curafutura accoglie con soddisfazione le nuove disposizioni concernenti l'articolo 49a LAMal, che creano la base legale affinché in futuro i Cantoni partecipino ai costi delle cure stazionarie in Svizzera degli assicurati europei, così come accade per gli assicurati residenti in Svizzera.

L'**Istituzione comune LAMal** limita la propria presa di posizione alle modifiche che la riguardano direttamente, vale a dire agli adeguamenti previsti all'articolo 18 capoversi 2^{sexies} e 2^{septies}, all'articolo 49a capoverso 3^{bis} e all'articolo 79a capoverso 2 LAMal. Sottolinea che, se del caso, svolgerà volentieri i compiti che tali articoli le attribuiscono. Dal commento emerge che i processi saranno regolati in dettaglio a livello di procedura. Secondo l'organizzazione di quest'ultima, può essere tuttavia necessario definire alcuni punti già a livello di legge; si tratta in particolare del finanziamento e della protezione dei dati, che necessitano di una base legale chiara. L'Istituzione comune LAMal indica dunque gli aspetti che probabilmente non possono essere disciplinati in modo soddisfacente a livello di ordinanza.

Santésuisse sostiene l'assunzione da parte dei Cantoni di almeno il 55 per cento dei costi per le persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera. Ad oggi, l'assicurazione di base si assume tutti i costi di cura in caso di soggiorno ospedaliero di questi assicurati. Di conseguenza, gli assicurati pagheranno premi che coprono questi costi (non assunti dai Cantoni; art. 61 cpv. 4 LAMal). In linea con il Consiglio federale, gli assicuratori-malattie ritengono che questa applicazione *a posteriori* del diritto internazionale sia necessaria per garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati. Al tempo stesso, due punti del progetto di legge dovranno essere adeguati prima che Santésuisse possa approvare senza restrizioni questa parte della revisione.

La revisione di legge determina una disparità di trattamento – che deve essere evitata – tra i beneficiari di rendite di uno Stato dell'UE/AELS e quelli residenti in Svizzera. I primi possono infatti scegliere liberamente l'ospedale senza doversi far carico di eventuali differenze tariffarie, in completa opposizione ai secondi, che devono coprire la differenza tariffaria tra il Cantone di domicilio e quello dove ha sede l'ospedale. Un'alternativa consisterebbe dunque nell'esaminare una variante che preveda il calcolo di una tariffa media. Se la tariffa

dell'ospedale scelto dall'assicurato è superiore alla media, questo dovrà corrispondere la differenza.

Santésuisse ritiene che il progetto di legge concernente l'assunzione dei costi in caso di cura ospedaliera non sia ancora chiaro su un altro punto e necessita pertanto di un adeguamento. Gli assicurati che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS e hanno un concreto punto di riferimento in un Cantone possono infatti scegliere l'ospedale (negli elenchi ospedalieri), ma non si evince in modo sufficientemente esplicito che l'assunzione proporzionale del rimborso si limita alla tariffa applicabile nel Cantone in cui l'assicurato esercita la propria attività lucrativa. Santésuisse avanza proposte concrete per la formulazione del testo di legge.

L'**ASA** sottolinea che il divieto di discriminazione recepito con il diritto europeo di coordinamento non deve implicare una disparità di trattamento tra gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS e quelli residenti in Svizzera. L'ASA approva pertanto la creazione di una base legale che prevede che i Cantoni debbano partecipare ai costi di cura ospedaliera in Svizzera per gli assicurati UE. Ad oggi tale disposizione si applica solo agli assicurati residenti in Svizzera. A tale proposito il nuovo disciplinamento stabilisce una parità di trattamento tra gli assicurati e deve essere accolto con favore in nome del principio del divieto di discriminazione.

2.2.2. Contrari

La **CDS** sottolinea che il disciplinamento concernente l'assunzione dei costi delle cure stazionarie per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS differisce da quello applicato agli assicurati domiciliati in Svizzera in quanto gli assicuratori-malattie devono assumere tutti i costi per i primi (art. 37 OAMal). Al fine di impedire una discriminazione degli assicurati UE/AELS, la revisione dell'articolo 49a LAMal prevede che i costi delle prestazioni stazionarie in Svizzera per gli assicurati che vivono in uno Stato dell'UE/AELS siano assunti sia dagli assicuratori-malattie sia dai Cantoni nella stessa misura dei costi assunti per gli assicurati domiciliati in Svizzera.

La CDS contesta l'osservazione secondo cui il divieto di discriminazione recepito con il diritto europeo di coordinamento non sia considerato dal disciplinamento attuale, in quanto i costi delle cure stazionarie sono interamente coperti (dall'assicurazione malattie) anche per gli assicurati che vivono in uno Stato dell'UE/AELS.

La revisione della legge prevista nell'avamprogetto comporta senza ragione imperativa un trasferimento dei costi di circa 11,5 milioni di franchi dall'AOMS ai Cantoni. Una responsabilità dei Cantoni per quanto riguarda la politica delle cure prestate a persone che non vivono nel Cantone e dalla quale potrebbe derivare un obbligo di cofinanziamento non sussiste.

Per tali ragioni, il Comitato direttivo della CDS respinge il relativo adeguamento della legge.

Solo i Cantoni **GE** e **NE** approvano questo punto della revisione, mentre tutti gli altri Cantoni rifiutano la revisione proposta dell'articolo 49a LAMal. L'argomentazione è la stessa sollevata dalla CDS (cfr. sopra). Alcuni Cantoni insistono ulteriormente sulla mancanza di possibilità di controllo da parte dei Cantoni, sui costi amministrativi elevati e, in generale, su varie questioni concernenti l'attuazione concreta della revisione. Alcuni Cantoni puntualizzano che eventuali riforme in questo ambito devono essere neutre in termini di costi insieme ad altre riforme, altrimenti il finanziamento deve essere assunto dalla Confederazione.

L'**UDC** rifiuta l'assunzione dei costi di cura ospedaliera in Svizzera per gli assicurati dell'UE per ragioni di fondo, in quanto una parte dei costi attualmente finanziati individualmente dagli aumenti dei premi si ripercuoterebbe sulla comunità. Inoltre ciò creerebbe una nuova disparità di trattamento a sfavore dei contribuenti svizzeri.

Il **PS** si era opposto alla modifica della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero. La revisione prevista costituisce *de facto* un'estensione di questo modello di finanziamento ai frontalieri dell'UE/AELS. Il PS deplora i grandi benefici ottenuti dagli assicuratori nell'ambito delle assicurazioni complementari grazie all'introduzione di questo nuovo metodo di finanziamento. Tuttavia, non è corretto nemmeno discriminare in questo modo gli assicurati UE/AELS. Il PS non esprime un rifiuto totale, ma si oppone alle disposizioni relative all'assunzione dei costi delle cure ospedaliere in Svizzera da parte dei Cantoni e degli assicuratori.

Il **Centre Patronal** ritiene che la discriminazione evocata sia giuridicamente discutibile e che l'obbligo di cofinanziamento non sia stabilito. Non è convinto che sia imperativamente necessario che i Cantoni assumano il 55 per cento dei costi per eliminare la discriminazione dal punto di vista degli assicurati interessati. Attende precisazioni su questo punto. Condivide inoltre il parere del Cantone **VD** per quanto concerne l'impatto finanziario e i dubbi in merito all'obbligo di finanziamento. Solleva inoltre il problema dei soggiorni ospedalieri fuori Cantone. Nell'ambito delle cure ambulatoriali, stima inoltre che la modifica apportata non debba incidere sulle altre parti del finanziamento, segnatamente sul finanziamento residuo.

L'**USAM** si oppone agli adeguamenti proposti. Per attuare l'iniziativa contro l'immigrazione di massa, la Svizzera dovrà innanzitutto condurre negoziati complessi con l'UE nel settore della libera circolazione delle persone. L'USAM ritiene dunque che non sia tatticamente opportuno realizzare gli adeguamenti proposti prima di concludere tali negoziati. Ciò fornirebbe una garanzia, sicuramente non importantissima, ma che potrebbe comunque rivelarsi vantaggiosa in alcune circostanze. Inoltre, i costi delle misure proposte non sono trascurabili. Tali oneri supplementari dovrebbero per quanto possibile essere risparmiati ai Cantoni.

La **FMH** sottolinea che le associazioni mediche dei Cantoni frontalieri respingono in particolare un'assunzione dei costi per i frontalieri analoga a quella per gli assicurati residenti in Svizzera da parte dei Cantoni.

Secondo l'**OMCT**, gli assicurati UE non sono discriminati, in quanto l'assicurazione di base copre in ugual misura le prestazioni di cui usufruiscono in Svizzera alle stesse condizioni dei residenti. Il criterio del divieto di discriminazione non è un argomento per sostenere un cambiamento del sistema. Inoltre non ritiene che i Cantoni abbiano o debbano avere delle precise responsabilità nei confronti degli assicurati UE, che giustificerebbero una loro partecipazione ai costi di cura, come per i residenti. L'impostazione riverserebbe ulteriori oneri sui Cantoni di frontiera, i quali si ritroverebbero a dover affrontare un'ulteriore difficoltà, dovuta esclusivamente alla loro situazione geografica.

2.3. Conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte di assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS (art. 64a cpv. 9 secondo periodo LAMal)

2.3.1. Favorevoli

La **CDS** sottolinea che questo punto della revisione ha natura piuttosto formale, perché deve essere creata solo la base legale attualmente lacunosa (art. 64a cpv. 9 LAMal) per il disciplinamento adottato a livello di ordinanze (art. 105m OAMal) e già applicato. Il Comitato direttivo della CDS approva l'adeguamento proposto.

Come la CDS, anche i Cantoni **AI, AR, BL, GL, GR, JU, OW, SH, SO, TG, VS** e **ZH** sostengono la revisione proposta. Il Cantone **BS** approva la creazione di una base legale formale all'articolo 64a capoverso 9 LAMal per il disciplinamento differenziato dell'articolo 105m OAMal con una restrizione: in futuro bisognerà prevedere che lo Stato di residenza assuma una garanzia implicita e limitata in analogia a quella che i Cantoni assumono per i propri residenti.

Il Cantone **NE** approva le precisazioni e i complementi apportati all'articolo 64a capoverso 9 LAMal che permettono di disciplinare le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte degli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'UE/AELS. Sostiene altresì la sospensione dell'assunzione delle prestazioni per gli assicurati che risiedono in un Paese membro il cui diritto non consente di recuperare i crediti non pagati. È dell'opinione che, per ragioni di equità e solidarietà, sia pienamente giustificato non far sopportare all'insieme degli assicurati il peso dei costi delle prestazioni LAMal rimborsate non coperte da un versamento dei premi.

Il Cantone **VD** ritiene che un impatto finanziario sarebbe probabile unicamente concludendo un accordo con la Francia in materia di procedure d'esecuzione, ma non gli risulta che vi siano trattative in corso in tal senso.

Il **PBD** sottolinea che la creazione di una base legale in questo ambito è urgente e pertanto la sostiene. Tuttavia ritiene che dovrebbe essere creata una possibilità di sospendere le prestazioni per gli assicurati che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS, nel caso questi non versino i premi e le partecipazioni ai costi.

Il **PPD** ritiene opportuna l'integrazione dell'articolo 64a capoverso 9 LAMal, che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi degli assicurati UE.

Il **PLR** insiste sul fatto che la modifica di legge proposta crea una base legale (ora sufficiente) per il disciplinamento già esistente dell'articolo 105m OAMal. Prima che tale disposizione entrasse in vigore nel 2011, la CDS, gli assicuratori-malattie e il Consiglio federale avevano cercato una soluzione. Il PLR ritiene che il disciplinamento contenga una base legale sufficiente.

L'**UDC** sottolinea che la legittimazione *a posteriori* della disposizione d'ordinanza concernente il mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi degli assicurati UE lasci un retrogusto amaro a livello politico, ma ritiene di poter comunque sostenere questo punto sotto l'aspetto materiale.

L'**ASD** non oppone a questo proposito alcuna obiezione a livello di diritto formale, ma presenta alcune riflessioni pratiche in merito agli effetti. All'articolo 64a capoverso 9 terzo periodo LAMal si può infatti supporre che in questi casi il «rischio delcredere» resti all'ospedale, che dovrà dare pertanto maggiore importanza alla garanzia di assunzione dei costi. **Medswiss.net**, **l'ASMI** e **The Swiss Leading Hospitals** sono dello stesso parere.

L'**USAM** approva gli adeguamenti proposti.

Come il Cantone **VD**, anche il **Centre Patronal** ritiene che un impatto finanziario sarebbe probabile unicamente concludendo un accordo con la Francia in materia di procedure d'esecuzione, ma non gli risulta che vi siano trattative in corso in tal senso.

La **FER** ritiene che le misure in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni debbano essere applicate anche agli assicurati residenti europei.

La **FMH** sottolinea che la creazione di una base legale in questo ambito è sostenuta da una grande maggioranza, ma almeno una società medica di un Cantone frontaliere la rifiuta. In ogni caso bisogna garantire che gli ospedali non debbano rispondere di eventuali crediti in arretrato dei frontalieri, nel caso in cui le loro fatture non vengano rimborsate dalle casse malati.

L'**ASMAC** precisa che sostiene l'assunzione dei costi da parte dei Cantoni per i frontalieri al pari degli assicurati residenti in Svizzera, ritenendo che si tratti di una soluzione opportuna e logica.

Curafutura sottolinea che la regolamentazione della procedura esistente (art. 105m OAMal) necessita di una base legale sufficiente. Accoglie con favore l'eliminazione di questa incertezza giuridica mediante la modifica proposta dell' 64a capoverso 9 LAMal e la forza esecutoria che ne risulta. Ciò è importante perché la mancanza di conseguenze potrebbe costituire un forte incoraggiamento a non pagare i premi e le partecipazioni ai costi.

Santésuisse richiama l'attenzione sul fatto che gli assicuratori-malattie delle regioni frontaliere e delle zone turistiche che impiegano lavoratori UE/AELS sono interessati da questa modifica di legge. Santésuisse si è già impegnata in occasione del progetto di ordinanza per l'attuazione dell'articolo 64a LAMal (mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi) affinché fosse concessa la possibilità vincolante di una sospensione delle prestazioni per gli assicurati UE/AELS. All'epoca il Consiglio federale aveva soddisfatto questa richiesta con l'articolo 105m capoverso 2 OAMal. Dal punto di vista degli assicuratori-malattie, è dunque logico creare una base legale sufficiente per questa disposizione d'ordinanza.

L'**ASA** sottolinea che è coerente creare una base legale per la disposizione d'ordinanza già in vigore (art. 105m OAMal) e che questa serve solo alla sicurezza giuridica. La modifica di legge crea la forza esecutoria necessaria quando una persona tenuta ad assicurarsi che risiede in uno Stato dell'UE/AELS non versa i premi o la partecipazione ai costi. In questo modo si elimina la tendenza a non pagare i premi e/o la partecipazione ai costi.

CSS Assicurazione afferma di sostenere gli adeguamenti proposti delle disposizioni con valenza internazionale. Ha già reso nota la propria approvazione con la presa di posizione di Curafutura del 23 gennaio 2015. Ciononostante, nel quadro di questa procedura di consultazione, CSS Assicurazione tiene a segnalare all'UFSP le difficoltà di attuazione della disposizione d'ordinanza nel caso di persone che non rispettano gli obblighi di pagamento in Germania e in Austria. Il diritto vigente non permette agli assicuratori-malattie di sospendere le prestazioni dei beneficiari di rendite che risiedono in Germania e in Austria e dei loro familiari (cfr. art. 105m cpv. 1 let. b OAMal). Pertanto, in assenza di mezzi finanziari, le persone in questione possono beneficiare delle prestazioni in caso di mancato pagamento dei premi. Infatti, in questo caso, gli assicuratori non possono prevedere il successo di un'eventuale procedura di ricorso. L'impossibilità di sospendere le prestazioni contiene un potenziale di abuso a carico della comunità solidale nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Un'integrazione alla disposizione corrispondente all'articolo 105m capoverso 1 lettera b OAMal permetterebbe di modificare questa situazione intollerabile. Nella sua presa di posizione, CSS Assicurazione formula pertanto una proposta di legge in tal senso.

Helsana Assicurazioni SA è dello stesso parere.

2.3.2. Contrari

Il Cantone **AG** rifiuta fermamente il disciplinamento in vigore nell'ordinanza e la modifica di legge prevista. Propone che gli assicuratori possano sospendere le prestazioni in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi.

Anche il Cantone **LU** propone che gli assicuratori possano in linea generale stabilire una sospensione delle prestazioni nei confronti delle persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS in caso di crediti non pagati. L'obbligo dei Cantoni secondo cui in alcuni casi (Paesi in cui il diritto nazionale permette agli assicuratori di avviare una procedura d'esecuzione, dunque segnatamente la Germania) devono farsi carico degli attestati di carenza di beni dovrebbe essere abrogato. Il rapporto costi-benefici di una tale procedura non è ragionevole.

Il Cantone **SZ** è contrario all'integrazione proposta per l'articolo 64a capoverso 9 LAMal e propone altresì di sopprimere l'obbligo dei Cantoni di farsi carico degli attestati di carenza di beni delle persone tenute ad assicurarsi che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS. Per contro, in caso di crediti non pagati, gli assicuratori dovrebbero essere obbligati a sospendere le prestazioni. Questa proposta è motivata dal fatto che la nuova disposizione legale comporta un trattamento troppo iniquo per le tre categorie di persone già create con l'articolo 105m OAMal e può portare a una discriminazione degli Svizzeri. Le tre categorie di persone menzionate di seguito ricevono pertanto un trattamento non equo: 1. gli assicurati che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS nel quale è possibile avviare una procedura d'esecuzione (p. es. la Germania e in futuro anche l'Austria) e che hanno un punto di riferimento concreto in un Cantone: in tal caso, il Cantone con il quale sussiste il legame deve assumere l'85 per cento dei crediti non pagati. Secondo la regolamentazione cantonale è possibile una sospensione delle prestazioni; 2. gli assicurati che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS nel quale è possibile avviare una procedura d'esecuzione e che sono beneficiari di una rendita svizzera: gli assicuratori-malattie competenti devono assumere i crediti in arretrato; 3. gli assicurati che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS nel quale non è possibile avviare una procedura d'esecuzione: in tal caso è prevista una sospensione delle prestazioni in caso di crediti non pagati. Questa situazione contravviene chiaramente al principio della parità di trattamento. Una regolamentazione semplice, chiara, univoca e uniforme deve essere definita per tutti gli assicurati che rientrano nel campo d'applicazione dell'articolo 64a capoverso 9 LAMal. Poiché l'articolo 64a capoverso 7 LAMal prevede la possibilità di una sospensione delle prestazioni, gli assicurati residenti all'estero non devono essere in una posizione di vantaggio rispetto agli svizzeri. Su queste persone andrebbe piuttosto esercitata una pressione affinché corrispondano il pagamento dei premi e della partecipazione ai costi. È intollerabile che persone residenti in Germania (e in futuro anche in Austria) beneficiarie di una rendita svizzera che non pagano i premi continuino a usufruire impunemente delle prestazioni svizzere a carico dell'AOMS. In tal caso, gli Svizzeri subirebbero una netta discriminazione. Inoltre, la competenza ricadrebbe unicamente sugli assicuratori, in quanto questi assicurati non risiedono in Svizzera e i Cantoni non rispondono delle persone che non vi risiedono.

Anche i Cantoni **UR** e **ZG** si esprimono in questo senso.

Il Cantone **GE** si oppone al fatto che i Cantoni debbano rimborsare agli assicuratori gli eventuali crediti degli assicurati residenti all'estero. Ritiene che gli assicuratori debbano continuare ad assumersi questo rischio, dal momento che possono avvalersi della possibilità di sospendere le prestazioni in caso di mancato pagamento dei premi, a differenza di quanto possono fare per gli assicurati domiciliati in Svizzera. Fa notare che, nel contesto

internazionale, le procedure di recupero possono rivelarsi particolarmente complesse e costose.

Per il Cantone **TI**, la modifica non cambia la sostanza dell'ordinamento in vigore. Quest'ultimo opera una distinzione tra i Cantoni chiamati ad assumersi l'85 per cento dei crediti in arretrato: per gli assicurati con un concreto punto di riferimento in Svizzera, segnatamente i frontalieri, l'onere è a carico del Cantone in cui viene svolta l'attività professionale, mentre per i beneficiari di rendite che non hanno più un concreto punto di riferimento in Svizzera tale onere è a carico degli assicuratori-malattie. Il Cantone Ticino ritiene inammissibile questa distinzione e chiede che nell'ambito del consolidamento a livello legislativo di questa regolamentazione la soluzione in vigore per gli assicurati che non hanno concreti punti di riferimento in Svizzera sia applicata a tutti gli assicurati residenti in Stati UE/AELS.

Anche l'**OMCT** è contraria a questa modifica di legge per le stesse ragioni di cui al punto 2.2.2. (assunzione dei costi di cura ospedaliera di persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera).

2.4. Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi delle cure ambulatoriali (art. 41 cpv. 1 e 2 LAMal)

2.4.1. Favorevoli

La **CDS** segnala che, conformemente all'articolo 41 capoverso 1 LAMal vigente, in caso di cura ambulatoriale l'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato. Il nuovo diritto prevede di utilizzare una tariffa applicabile di volta in volta al fornitore di prestazioni scelto; in futuro dovrebbe dunque decadere la fatturazione sulla base dei valori del punto tariffale differenziati a livello cantonale.

Questa modifica concerne le prestazioni a livello intercantonale. La soluzione in vigore comporta un onere amministrativo inutile per i fornitori di prestazioni e per gli assicuratori-malattie. Con una tale modifica di legge bisogna comunque garantire che non vengano pregiudicati gli altri sistemi di finanziamento (finanziamento ospedaliero, finanziamento residuo delle cure).

Il messaggio relativo al disegno di legge dovrebbe precisare chiaramente che la disposizione rivista dell'articolo 41 capoverso 1 LAMal non concerne il finanziamento residuo cantonale per le prestazioni di cura, in quanto questa disposizione riguarda unicamente l'assunzione dei costi da parte degli «assicuratori» e non dei Cantoni. Dal momento che, secondo l'articolo 25a LAMal, l'assicuratore deve versare un contributo alle prestazioni di cura uniforme a livello svizzero, non emerge alcuna differenza relativa al finanziamento delle cure tra l'articolo attuale e il futuro articolo 41 capoverso 1. Inoltre, esistono ambiti ambulatoriali (p. es. cliniche diurne per la psichiatria) in cui l'assunzione dei costi deve riferirsi agli «assicuratori» e non a eventuali contributi cantonali.

Il Comitato direttivo della CDS approva l'adeguamento proposto a condizione che il messaggio definisca esplicitamente che i contributi dei Cantoni non sono interessati da questa disposizione, che dovrà riguardare soltanto l'obbligo di finanziamento degli assicuratori.

I Cantoni **BL, BS, BE, FR, GE, GL, GR, TG, VD** e **ZH** sono dello stesso parere.

Il Cantone di **AG** approva questa modifica, che corrisponde probabilmente alla prassi già adottata oggi da numerose assicurazioni, che in genere non conoscono il luogo di lavoro dei propri clienti.

Il Cantone **AI** evidenzia che questa modifica concerne la fornitura di prestazioni intercantonale. L'adeguamento della regolamentazione concernente l'assunzione delle prestazioni ambulatoriali da parte degli assicuratori-malattie è opportuna e va sostenuta. La soluzione esistente genera costi amministrativi inutili per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori-malattie.

Le nuove disposizioni possono essere approvate solo se sono soddisfatte due condizioni. In primo luogo, il fatto che tutti gli abitanti delle regioni di cura sovracantonali abbiano il medesimo accesso a tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali della regione deve essere preso adeguatamente in considerazione per le future strategie e decisioni relative alla formazione delle tariffe di tutte le parti coinvolte. In secondo luogo, è necessario chiarire se la modifica di legge prevista per le prestazioni ambulatoriali possa pregiudicare gli altri sistemi di finanziamento (in particolare il finanziamento ospedaliero e il finanziamento residuo delle cure).

Il messaggio concernente il disegno di legge dovrà precisare chiaramente che la disposizione rivista dell'articolo 41 capoverso 1 LAMal non concerne il finanziamento residuo cantonale per le prestazioni di cura, in quanto questa disposizione riguarda unicamente l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori e non dei Cantoni. Dal momento che, secondo l'articolo 25a LAMal, l'assicuratore deve versare un contributo alle prestazioni di cura uniforme a livello svizzero, non emerge alcuna differenza relativa al finanziamento delle cure tra l'articolo attuale e il futuro articolo 41 capoverso 1. Inoltre, esistono ambiti ambulatoriali (p. es. cliniche diurne per la psichiatria) in cui l'assunzione dei costi deve riferirsi agli «assicuratori» e non a eventuali contributi cantonali.

I Cantoni **AG** e **LU** accolgono favorevolmente il disciplinamento proposto.

Il Cantone **NW** condivide il parere della CDS ma fa notare anche che l'articolo 79a lettera a LAMal (in combinato disposto con l'art. 72 LPGa) dovrebbe essere completato. Il diritto di regresso secondo l'articolo 72 LPGa dovrebbe essere applicabile per analogia anche al Cantone di residenza per i contributi da versare conformemente agli articoli 25a, 41 e 49a LAMal.

Il Cantone **NE** evidenzia che questo progetto permetterebbe ai frontalieri che hanno sottoscritto l'assicurazione LAMal in Svizzera di scegliere l'ospedale, nel quale desiderano essere curati, nell'elenco delle strutture riconosciute nella pianificazione ospedaliera cantonale.

Per il Cantone **SH**, la modifica è importante perché la regione di cure di Sciaffusa presenta notevoli sovrapposizioni con il Cantone confinante di Zurigo, dove le prestazioni mediche, ospedaliere e terapeutiche presentano talvolta valori del punto tariffale molto più elevati. La creazione di una libera circolazione illimitata su tutte le zone tariffarie potrebbe quindi rafforzare una tendenza già esistente oggi a collocare i fornitori di prestazioni ambulatoriali nel Cantone vicino a tariffe più convenienti. Una tale tendenza comporterebbe notevoli inconvenienti per la popolazione del Cantone interessato (tasse più elevate per tragitti più lunghi e accesso più difficile ai fornitori di prestazioni).

Il Cantone è consapevole del fatto che l'attuale regolamentazione è troppo complessa dal punto di vista formale e che è molto difficile da applicare. In tale contesto, il disciplinamento

proposto sembra logico e opportuno. Tuttavia, potrà approvarlo solo se saranno soddisfatte le seguenti due condizioni:

1. il fatto che tutti gli abitanti delle regioni di cura sovracantonali abbiano il medesimo accesso a tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali della regione deve essere preso adeguatamente in considerazione per le future strategie e decisioni relative alla formazione delle tariffe di tutte le parti coinvolte;
2. occorre chiarire se la modifica di legge prevista per le prestazioni ambulatoriali possa pregiudicare gli altri sistemi di finanziamento (in particolare il finanziamento ospedaliero e il finanziamento residuo delle cure).

Il messaggio concernente il disegno di legge dovrà precisare chiaramente che la disposizione rivista dell'articolo 41 capoverso 1 LAMal non concerne il finanziamento residuo cantonale per le prestazioni di cura, in quanto questa disposizione riguarda unicamente l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori e non dei Cantoni. Dal momento che, secondo l'articolo 25a LAMal, l'assicuratore deve versare un contributo alle prestazioni di cura uniforme a livello svizzero, non emerge alcuna differenza relativa al finanziamento delle cure tra l'articolo attuale e il futuro articolo 41 capoverso 1. Inoltre, esistono ambiti ambulatoriali (p. es. cliniche diurne per la psichiatria) in cui l'assunzione dei costi deve riferirsi agli «assicuratori» e non a eventuali contributi cantonali.

Il Cantone **SO** è soddisfatto del nuovo disciplinamento. È necessario tuttavia assicurarsi che i contributi dei Cantoni non siano toccati da tale regolamentazione.

I Cantoni **OW, SG, SZ, UR e ZG** approvano la modifica proposta. La regolamentazione attuale comporta un onere amministrativo inutile per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori-malattie. La modifica proposta è pertanto approvata. Il messaggio dovrà tuttavia definire chiaramente che questa nuova regolamentazione concerne solo l'obbligo di finanziamento degli assicuratori e non pregiudica gli altri sistemi di finanziamento (finanziamento ospedaliero, finanziamento residuo delle cure).

Il Cantone **TI** ritiene che la normativa oggi in vigore risulti onerosa dal profilo amministrativo, poiché impone agli assicuratori un esame caso per caso al fine di applicare la giusta tariffa. Essa è inoltre particolarmente discriminante per gli assicurati che potrebbero agevolmente accedere a cure meno onerose in Cantoni confinanti, ma anche per gli altri assicurati in ragione dell'accresciuta mobilità. L'abolizione del limite di copertura, infine, accrescerebbe la concorrenza fra fornitori di Cantoni diversi, dando un impulso all'auspicato allineamento delle tariffe cantonali, oggi ancora molto diverse fra loro. Il Cantone TI chiede comunque che nel messaggio venga precisato come l'adeguamento proposto riguardi esclusivamente l'obbligo di finanziamento da parte degli assicuratori e non crei pregiudizi per altri sistemi di finanziamento, segnatamente il finanziamento cantonale relativo ai ricoveri ospedalieri fuori Cantone. Il Cantone Ticino sostiene la modifica legislativa proposta, con le richieste di precisazioni indicate.

Il **PBD** approva questa modifica di legge che permette di ridurre gli oneri burocratici eliminando gli ostacoli intercantonali.

Il **PPD** approva l'attuazione della mozione 12.4224 della propria consigliera nazionale Ruth Humbel.

Il **PLR** sottolinea di aver sostenuto le due mozioni 12.4224 e 12.4098 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione» nelle due Camere. La verifica caso per caso comporta un onere amministrativo troppo elevato per gli assicuratori e

non commisurato ai costi. La modifica proposta è dunque più vantaggiosa, elimina la burocrazia, è più semplice per i pazienti e promuove nel contempo la concorrenza tra i fornitori di prestazioni ambulatoriali.

L'**UDC** sottolinea che l'assunzione delle cure ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera rafforza la libertà di scelta e riduce gli oneri burocratici.

L'**ASD** approva il disciplinamento proposto (soppressione) nel secondo periodo dell'articolo 41 capoverso 1. La proposta secondo la quale gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS e beneficiari di una rendita svizzera nonché i loro familiari possano scegliere liberamente tra gli ospedali elencati (art. 41 cpv. 2 LAMal) genera comunque una disparità per i pazienti svizzeri. Questi infatti possono scegliere solamente tra gli ospedali elencati nel Cantone di residenza o in quello dove ha sede l'ospedale senza conseguenze finanziarie. L'ASD accoglierebbe con favore un esame preliminare degli effetti della regolamentazione prevista senza nuove norme legali, per un tempo limitato e nell'ambito di uno studio pilota. **Medswiss.net, The Swiss Leading Hospitals** e l'**ASMI** sono dello stesso parere.

L'**USAM** approva queste modifiche.

Il **Centre Patronal** approva la modifica proposta, ritenendo che la soluzione esistente generi un onere amministrativo inutile per i fornitori di prestazioni e per assicuratori-malattie.

La **FER** sostiene questa nuova regolamentazione che promuove la concorrenza tra i fornitori di prestazioni ambulatoriali.

La **FRC** accoglie con favore la nuova regolamentazione. Ritiene che la nuova formulazione chiarisca l'assunzione dei costi da parte dell'assicuratore qualunque sia il fornitore di prestazioni.

La **FMH** è favorevole a questa modifica, che sostiene la libera scelta del medico. Il fatto che la nuova regolamentazione permetterà agli assicurati di scegliere il Cantone in cui farsi curare senza temere costi supplementari va considerato positivamente sia dal punto di vista dei pazienti sia da quello dei medici. La regolamentazione attuale ha generato non soltanto oneri legati alla burocrazia in seno alle casse malati, ma anche insicurezza nei fornitori e nei beneficiari delle prestazioni. Per quanto concerne la revisione della legge sull'assicurazione militare, la FMH approva la soppressione delle cure semiospedaliere nell'ambito della LAM. È altresì favorevole al principio della libera scelta del fornitore di prestazioni ambulatoriali che sostiene la libera scelta del medico.

H+ Gli Ospedali Svizzeri approva il fatto di equiparare tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali con l'assunzione delle tariffe applicabili al fornitore di prestazioni scelto dall'assicurato (art. 41 cpv. 1 LAMal e art. 17 cpv. 2 e 4 LAM).

ChiroSuisse sostiene in particolare la libera scelta del fornitore di prestazioni.

L'**ASMAC** approva la libera scelta del medico e sostiene pertanto il progetto di legge previsto in questo senso. Il fatto che la nuova regolamentazione permetterà agli assicurati di scegliere il Cantone in cui farsi curare senza temere costi supplementari va considerato positivamente sia dal punto di vista dei pazienti sia da quello dei medici. La regolamentazione attuale ha generato non soltanto oneri legati alla burocrazia in seno alle casse malati, ma anche insicurezza nei fornitori e nei beneficiari delle prestazioni.

L'**OMCT** condivide l'abrogazione di un articolo che imponeva un limite anacronistico, non più giustificato, né veramente applicato.

Trattandosi della scelta del fornitore di prestazioni e dell'assunzione delle cure ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera, **Curafutura** sostiene la proposta secondo la quale tutti gli affiliati all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possono scegliere il proprio medico in tutta la Svizzera senza incorrere in eventuali inconvenienti finanziari. La proposta di revisione è moderna e merita di essere accolta con favore nella prospettiva della libera scelta degli assicurati.

Santésuisse sottolinea, come giustamente constatato nel rapporto esplicativo, che la disposizione legale secondo cui l'assunzione delle prestazioni ambulatoriali avviene sino al raggiungimento della tariffa applicabile al luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato comporta una costosa verifica caso per caso. Santésuisse sostiene pertanto la proposta in base alla quale i costi delle cure ambulatoriali saranno assunti secondo la tariffa applicata al fornitore di prestazioni scelto dall'assicurato. Questo disciplinamento semplifica i processi amministrativi e genera risparmi sulle relative spese, incoraggiando la concorrenza tra i fornitori di prestazioni ambulatoriali. Santésuisse aggiunge proposte concrete per migliorare il testo di legge.

L'**ASA** sostiene la proposta. Ritiene che la «vecchia» regolamentazione comporti oneri amministrativi elevati e impedisca una fatturazione automatica che contribuisce a ridurli. L'eliminazione degli inconvenienti finanziari rafforza inoltre la libera circolazione degli assicurati, aspetto che l'ASA considera particolarmente positivo dal punto di vista della concorrenza.

2.4.2. Contrari

In merito alla modifica proposta non è stato espresso alcun parere negativo.

**Liste der Vernehmlassungsteilnehmer
Liste des participants à la consultation
Elenco dei partecipanti alla consultazione**

**1. Kantone und kantonale Konferenzen / Cantons et conférences cantonales /
Cantoni e conferenze cantonali**

Abk. / Abrév. Abbrev.	Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'Etat du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden

	Chancellerie d'Etat du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'Etat du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'Etat du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK CDS CDS	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abk. / Abrév. Abbrev.	Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
PBD	Parti bourgeois-démocratique
PBD	Partito borghese democratico
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico

FDP	Die Liberalen
PLR	Les Libéraux-Radicaux
PLR	I Liberali Radicali
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti Socialiste Suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft, der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières de l'économie, des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dell'economia, dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Abk. / Abrév. Abbrev.	Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione
asd	Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche Association patronale suisse de la branche dentaire Centre Patronal
FER	Fédération des entreprises romandes
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
UPS	Union patronale suisse
USI	Unione svizzera degli imprenditori
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USS	Union syndicale suisse
USS	Unione sindacale svizzera
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
USAM	Union suisse des arts et métiers
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri
SSV	Schweizerischer Städteverband
UVS	Union des villes suisses
UCS	Unione delle città svizzere

4. Organisationen für Konsumentenschutz / Organisations de protection des consommateurs / Organizzazioni per la protezione dei consumatori

Abk. / Abrév. Abbrev.	Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori

**5. Organisationen des Gesundheitswesen und Leistungserbringer
Organisations de santé publique et fournisseurs de prestations
Organizzazioni della sanità pubblica e fornitori di prestazioni**

Abk. / Abrév. Abbrev.	Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione
CURAVIVA	CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse Laboratori medici della Svizzera
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
IG eHealth	eHealth Interessengemeinschaft
KAV APC APC	Schweizerische Kantonsapothekervereinigung Association des pharmaciens cantonaux Associazione dei farmacisti cantonali
	Konferenz kantonale Krankenhausverbände
labmed Schweiz labmed Suisse	Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales
labmed Svizzera	Associazione professionale svizzera delle tecniche e dei tecnici in analisi biomediche
medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione delle reti di medici
omct	Ordine dei medici del cantone Ticino
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia
SBK ASI ASI	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
SBV ASMI ASMI	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private
SCG ASC ASC	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera
	The Swiss Leading Hospitals
VAKA	Der Aargauische Gesundheitspartner
VSAO ASMAC ASMAC	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica

6. Versicherer / Assureurs / Assicuratori

Abk. / Abrév. Abbrev.	Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione
CSS	CSS Versicherung CSS Assurance CSS Assicurazione
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
GE KVG IC LAMal IC LAMal	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal
	Helsana Versicherungen AG Helsana Assurances SA Helsana Assicurazioni SA
santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses
Suva	Suva Abteilung Militärversicherung Suva Division Assurance militaire Suva Divisione Assicurazione militare
SVV ASA ASA	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni