

Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) Assicurazione di persone detenute

Diritto applicabile	Progetto preliminare per la consultazione dal 22 novembre 2023 al 7 marzo 2024
<i>Art. 3 Persone tenute ad assicurarsi</i> ¹ Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. ² Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 della legge del 22 giugno 2007¹² sullo Stato ospite. ³ Può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che: a. esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPGa); b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera. ⁴ L'obbligo d'assicurazione è sospeso per le persone soggette per più di 60 giorni consecutivi alla legge federale del 19 giugno 1992¹⁶ sull'assicurazione militare (LAM). Il Consiglio federale disciplina la procedura..	<i>Art. 3 cpv. 3 lett. c</i> ³ c. sono detenute in Svizzera.
	<i>Art. 4b Scelta dell'assicuratore e della forma d'assicurazione per persone detenute</i> ¹ Per le persone detenute, i Cantoni possono limitare la scelta dell'assicuratore e della forma d'assicurazione per la durata della detenzione. È competente il Cantone in cui la persona è detenuta. ² I Cantoni possono in particolare limitare la scelta della forma d'assicurazione a una forma d'assicurazione destinata esclusivamente a persone detenute.

	³ Il Consiglio federale può disciplinare i criteri secondo cui limitare la scelta dell'assicuratore o della forma d'assicurazione.
<i>Art. 7 Cambiamento d'assicuratore</i> ¹ L'assicurato può cambiare assicuratore per la fine d'un semestre di un anno civile con preavviso di tre mesi. ² Al momento della notifica dei nuovi premi, l'assicurato può, con preavviso di un mese, cambiare assicuratore per la fine del mese che precede la validità dei nuovi premi. L'assicuratore deve annunciare i nuovi premi approvati dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) a ogni assicurato con almeno due mesi d'anticipo e segnalare il diritto di cambiare assicuratore. ³ Se l'assicurato deve cambiare assicuratore perché trasferisce il suo domicilio o cambia posto di lavoro, l'affiliazione termina al momento del trasferimento del domicilio o dell'inizio dell'attività presso il nuovo datore di lavoro. ⁴ Se un assicuratore, volontariamente o sulla base di una decisione di un'autorità, non esercita più l'assicurazione sociale malattie, il rapporto assicurativo termina con il ritiro dell'autorizzazione secondo l'articolo 43 LVAMal. ⁵ Il rapporto d'assicurazione termina solo se il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che assicura l'interessato senza interruzione della protezione assicurativa. Se omette questa conferma, deve risarcire all'assicurato il danno risultante, in particolare la differenza di premio. L'assicuratore che ha ricevuto la comunicazione informa la persona interessata sulla data a partire dalla quale essa non è più assicurata presso di lui. ⁶ Il precedente assicuratore che impedisce il cambiamento d'assicuratore deve risarcire all'assicurato il danno risultante, in particolare la differenza di premio. ⁷ In caso di cambiamento d'assicuratore, il precedente assicuratore non può costringere l'assicurato a disdire anche le assicurazioni complementari di cui all'articolo 2 capoverso 2 LVAMal stipulate presso di lui. ⁸ L'assicuratore non può disdire le assicurazioni complementari di cui all'articolo 2 capoverso 2 LVAMal per il solo motivo che l'assicurato cambia assicuratore per l'assicurazione sociale malattie.	<i>Art. 7 cpv. 9</i> ⁹ Se il Cantone in cui la persona è detenuta limita la scelta dell'assicuratore secondo l'articolo 4b, il rapporto assicurativo con l'assicuratore precedente termina con la detenzione.

	Il rapporto assicurativo per persone detenute termina nel momento in cui il detenuto è rilasciato. Il Consiglio federale stabilisce le condizioni alle quali avviene il cambiamento d'assicuratore nel caso di trasferimento di una persona detenuta in un altro Cantone.
<i>Art. 25a Cure in caso di malattia</i> ¹ L'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura. La remunerazione dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici utilizzati per le cure è retta dall'articolo 52. ² I costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfettari. La remunerazione dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici utilizzati per le cure acute e transitorie è retta dall'articolo 52.. ³ Il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno. ⁴ Il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo della qualità. Il Consiglio federale determina le modalità. ⁵ I costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo. La determinazione e il versamento del finanziamento residuo competono al Cantone nel quale l'assicurato è domiciliato. Nel caso delle cure ambulatoriali, il finanziamento residuo è retto dalle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. La degenza in una casa di cura non fonda una nuova competenza. Se, al momento del ricovero, nel Cantone di domicilio non vi è disponibilità di posti letto in una casa di cura situata nei pressi del domicilio dell'assicurato, il finanziamento residuo è assunto dal	<i>Art. 25a cpv. 5, terzo periodo</i> ... La determinazione e il versamento del finanziamento residuo competono al Cantone nel quale l'assicurato è domiciliato; per le persone detenute non domiciliate in Svizzera è competente il Cantone che ha disposto la detenzione. ...

Cantone di domicilio conformemente alle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. Questo finanziamento residuo e il diritto dell'assicurato alla degenza nella casa di cura in questione sono garantiti senza limiti di tempo.	
<i>Art. 41 Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi</i> ¹ In caso di cura ambulatoriale l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. L'assicuratore assume i costi secondo la tariffa applicata al fornitore di prestazioni scelto. ^{1bis} In caso di cura ospedaliera l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). In caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco, l'assicuratore e il Cantone di domicilio remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49a al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio. ^{1ter} Il capoverso 1^{bis} si applica per analogia alle case per partorienti. ² In caso di cura ospedaliera in Svizzera, gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia hanno la libera scelta tra gli ospedali figuranti nell'elenco. ^{2bis} Se i seguenti assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia si avvalgono di cure ospedaliere in un ospedale figurante nell'elenco, l'assicuratore e il Cantone con cui essi hanno un rapporto assumono la remunerazione al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco di tale Cantone: a. i frontalieri e i loro familiari; b. i familiari dei domiciliati, dei dimoranti annuali e dei dimoranti temporanei; c. i beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari. ^{2ter} Se gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia e percepiscono una rendita svizzera o i loro familiari si avvalgono di cure ospedaliere in un ospedale figurante nell'elenco, l'assicuratore e tutti i Cantoni congiuntamente assumono la remunerazione al massimo secondo la tariffa applicata per la cura	<i>Art. 41 cpv. 5</i>

in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di riferimento. Il Consiglio federale designa il Cantone di riferimento. ³ Se in caso di cura ospedaliera, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assicuratore e il Cantone remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49a. Salvo nei casi d'urgenza, è necessaria un'autorizzazione del Cantone di domicilio. ^{3bis} Sono considerati motivi di ordine medico secondo i capoversi 2 e 3 i casi d'urgenza e quelli in cui le prestazioni necessarie non possono essere dispensate: a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale; b. in un ospedale che figura nell'elenco del Cantone di domicilio, se si tratta di cura ospedaliera. ⁴ D'intesa con l'assicuratore, l'assicurato può limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi (art. 62 cpv. 1 e 3). L'assicuratore deve allora assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate da questi fornitori di prestazioni; il capoverso 2 è applicabile per analogia. Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate.	⁵ Per le persone detenute, i Cantoni possono limitare la scelta dei fornitori di prestazioni per la durata della detenzione. Il Consiglio federale può disciplinare i criteri secondo cui limitare la scelta dei fornitori di prestazioni.
<i>Art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere</i> ¹ Le remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 1 sono assunte dal Cantone e dagli assicuratori secondo la loro quotaparte rispettiva. ² I Cantoni assumono la quotaparte cantonale: a. per gli assicurati domiciliati nel loro territorio; b. in caso di cura ospedaliera in Svizzera, per i seguenti assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia: 1. i frontalieri e i loro familiari,	<i>Art. 49a cpv. 2 lett. c e cpv. 2^{bis}</i>

2. i familiari dei domiciliati, dei dimoranti annuali e dei dimoranti temporanei, 3. i beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari. ^{2bis} Il Cantone che assume la quotaparte cantonale per un assicurato di cui al capoverso 2 lettera b è considerato Cantone di domicilio secondo la presente legge. ^{2ter} Ogni Cantone fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello stesso, la rispettiva quotaparte. Essa ammonta almeno al 55 per cento. ³ Il Cantone di domicilio versa la sua quotaparte direttamente all'ospedale. Le modalità vengono concordate tra l'ospedale e il Cantone. L'assicuratore e il Cantone possono convenire che il Cantone paghi la sua quotaparte all'assicuratore e che quest'ultimo versi entrambe le quote parti all'ospedale. La fatturazione tra l'ospedale e l'assicuratore è disciplinata dall'articolo 42. ^{3bis} Per gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia e che percepiscono una rendita svizzera, nonché per i loro familiari, in caso di cura ospedaliera in Svizzera i Cantoni assumono congiuntamente la quotaparte cantonale fissata dal Cantone di ubicazione. Tale quotaparte è ripartita sui singoli Cantoni proporzionalmente alla popolazione residente. ⁴ Con gli ospedali o con le case per partorienti che non figurano nell'elenco ospedaliero secondo l'articolo 39, ma che adempiono le condizioni di cui agli articoli 38 e 39 capoverso 1 lettere a–c e f, gli assicuratori possono concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Detta remunerazione non può essere superiore alla quotaparte secondo il capoverso 2.	c. per le persone detenute non domiciliate in Svizzera la cui detenzione è stata disposta dal Cantone. ^{2bis} Il Cantone che assume la quotaparte cantonale per un assicurato di cui al capoverso 2 lettere b e c è considerato Cantone di domicilio secondo la presente legge.
<i>Art. 65 Riduzione dei premi da parte dei Cantoni</i> ¹ I Cantoni accordano riduzioni dei premi agli assicurati di condizione economica modesta. Versano l'importo per la riduzione del premio direttamente agli assicuratori presso i quali queste persone sono assicurate. Il Consiglio federale può estendere la cerchia degli aventi diritto a persone tenute ad assicurarsi che non hanno il domicilio in Svizzera, ma che vi soggiornano per un lungo periodo.	<i>Art. 65 cpv. 1^{ter}</i>

^{1bis} Per i redditi medi e bassi i Cantoni riducono di almeno l'80 per cento i premi dei minorenni e di almeno il 50 per cento quelli dei giovani adulti in formazione. ² Lo scambio di dati fra i Cantoni e gli assicuratori avviene sulla base di uno standard uniforme. Il Consiglio federale disciplina le modalità dopo aver sentito i Cantoni e gli assicuratori. ³ I Cantoni provvedono affinché nell'esame delle condizioni d'ottenimento vengano considerate, su richiesta particolare dell'assicurato, le circostanze economiche e familiari più recenti. Stabilita la cerchia dei beneficiari, i Cantoni vegliano affinché il versamento delle riduzioni di premio avvenga in modo che i beneficiari non debbano adempiere in anticipo il loro obbligo di pagare i premi. ⁴ I Cantoni informano regolarmente gli assicurati del loro diritto alla riduzione dei premi. ^{4bis} Il Cantone comunica all'assicuratore il nome degli assicurati che hanno diritto a una riduzione dei premi e l'importo della riduzione con un anticipo sufficiente, affinché gli assicuratori possano tenere conto della riduzione al momento della fatturazione dei premi. L'assicuratore informa gli aventi diritto dell'importo effettivo della riduzione al più tardi in occasione della fatturazione successiva. ⁵ In caso di riduzione dei premi, gli assicuratori sono tenuti a collaborare oltre quanto previsto dalle disposizioni concernenti l'assistenza amministrativa e giudiziaria di cui all'articolo 82. ⁶ I Cantoni forniscono alla Confederazione dati anonimi concernenti gli assicurati beneficiari, così da permetterle di verificare l'attuazione degli scopi di politica sociale e familiare. Il Consiglio federale emana le necessarie prescrizioni.	^{1ter} Il Cantone che assume la quota parte cantonale per un assicurato di cui al capoverso 2 lettere b e c è considerato Cantone di domicilio secondo la presente legge.
--	---