**Rapporto esplicativo
concernente la modifica della legge federale
sull'assicurazione malattie (adeguamento di
disposizioni di diritto internazionale)**

Rapporto per la procedura di consultazione

xx.xx.2014

Compendio

La presente revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) riguarda prevalentemente disposizioni di diritto internazionale.

Il primo intervento comporta un allentamento del principio di territorialità nell'assicurazione malattie. Dal 2006 possono essere realizzati, a condizioni ben definite, progetti pilota per l'assunzione dei costi di prestazioni fornite nelle zone di frontiera all'estero (art. 36a dell'ordinanza sull'assicurazione malattie, OAMal; RS 832.102). I progetti pilota realizzati hanno dato buoni risultati. La presente revisione autorizza durevolmente tale cooperazione transfrontaliera nelle regioni limitrofe (art. 34 cpv. 2 e 3 LAMal).

Il secondo e il terzo intervento del progetto riguardano le persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera (assicurati dell'UE).

Le nuove disposizioni dell'articolo 49a LAMal obbligano i Cantoni ad assumere, per gli assicurati dell'UE con un concreto punto di riferimento in Svizzera (p. es. i frontalieri e i loro familiari) sottoposti a cure ospedaliere in Svizzera, il contributo cantonale come per gli assicurati residenti in Svizzera. Per gli assicurati dell'UE senza un concreto punto di riferimento in Svizzera (i beneficiari di rendite e i loro familiari) i Cantoni sono tenuti ad assumere tale contributo congiuntamente, proporzionalmente alla popolazione residente.

L'integrazione dell'articolo 64a capoverso 9 LAMal crea una base legale sufficiente per una regolamentazione differenziata all'articolo 105m OAMal, che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte degli assicurati dell'UE.

In quarto luogo, la revisione della LAMal offre l'occasione di attuare le mozioni 12.4224 e 12.4098 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione», adottate dal Parlamento, che chiedono l'abrogazione dell'articolo 41 capoverso 1, secondo periodo, LAMal. È stralciata anche una regolamentazione analoga nella legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (LAM; RS 833.1) (art. 17 LAM).

Commento

1 Situazione iniziale e necessità di basi legali

1.1 Cooperazione transfrontaliera

Dal 2006 è possibile realizzare progetti pilota, limitati nel tempo, per l'assunzione dei costi di prestazioni fornite all'estero. La presente revisione autorizza durevolmente tale cooperazione transfrontaliera nelle regioni limitrofe.

Il 10 maggio 2006 è entrato in vigore l'articolo 36a OAMal. In base a questa disposizione il Dipartimento federale dell'interno (DFI) può autorizzare progetti pilota presentati congiuntamente da uno o più Cantoni e da uno o più assicuratore-malattie, che prevedono l'assunzione dei costi di prestazioni fornite nelle regioni limitrofe ad assicurati residenti in Svizzera. La durata di validità dei singoli progetti pilota è fissata a quattro anni con la possibilità di una proroga di quattro anni al massimo. Potevano essere presentate domande per nuovi progetti pilota fino al 31 dicembre 2012.

Dal 1° gennaio 2007 è in corso il primo progetto pilota, che riguarda la regione transfrontaliera dei Cantoni di Basilea Città e Basilea Campagna e del Landkreis Lörrach. Il progetto pilota, aperto alle persone assicurate presso un assicuratore-malattie che aderisce al progetto e residenti nei Cantoni di Basilea Città o Basilea Campagna, comprende un elenco di cliniche partecipanti situate nel Landkreis Lörrach. Nell'ambito del progetto pilota è possibile fare ricorso a tutte le prestazioni per le quali tali cliniche tedesche sono state accreditate in base ai contratti stipulati con le assicurazioni malattie e rendite tedesche. Sulla scia del progetto pilota, la legislazione tedesca in materia di assicurazioni sociali è stata adeguata in modo tale che gli assicurati tedeschi possano farsi curare presso fornitori di prestazioni svizzeri al di là delle regolamentazioni previste dal diritto europeo di coordinamento. Per la Svizzera la supervisione scientifica del progetto è assicurata dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan). Dall'avvio del progetto pilota nel 2007 si è fatto ricorso soprattutto a ricoveri di riabilitazione in Germania (97% dei casi). In base all'ultimo rapporto di monitoraggio, pubblicato dall'Obsan nel maggio 2013, il numero di casi è in continua crescita e nel 2012 sono state 260 le persone che si sono fatte curare all'estero nell'ambito del progetto pilota. Benché in Germania i costi delle cure siano inferiori, il rapporto non permette di concludere che il progetto pilota abbia portato a una netta riduzione dei costi per l'assicurazione malattie. Ciò è dovuto presumibilmente anche al numero limitato di persone che si sono fatte curare nelle zone di frontiera all'estero. Il monitoraggio mostra però che i costi non sono aumentati. Secondo gli studi pubblicati dall'Obsan, la maggior parte degli assicurati è soddisfatta delle cure ricevute all'estero. Il progetto pilota proseguirà fino al 31 dicembre 2014.

Il 1° gennaio 2008 è stato autorizzato un secondo progetto pilota, che riguarda il Cantone di San Gallo e il Principato del Liechtenstein. Nell'ambito di questo progetto, le persone assicurate presso un assicuratore-malattie partecipante al progetto e residenti nel Cantone di San Gallo possono sottoporsi a cure ospedaliere

presso l'ospedale del Principato del Liechtenstein. Finora si è avvalso di questa possibilità qualche centinaio di assicurati. Nel complesso, gli operatori partecipanti e gli assicurati curati finora giudicano favorevolmente il progetto, come emerge dallo studio scientifico che lo accompagna. Siccome le tariffe dell'ospedale del Principato del Liechtenstein corrispondono alle tariffe svizzere, il progetto pilota non può tradursi in una riduzione dei costi per l'assicurazione malattie. È però stato constatato che gli assicuratori-malattie partecipanti non hanno registrato alcun incremento dei costi. I promotori del progetto pilota ritengono che la libera circolazione reciproca nel ricorso a servizi sanitari all'estero nelle zone di frontiera sia importante per la cooperazione generale nelle regioni limitrofe. Il progetto ha infatti permesso di sostituire l'ormai pluriennale libera circolazione unilaterale, che consentiva solo agli assicurati liechtensteinesi di farsi curare negli ospedali del Cantone di San Gallo a carico dell'assicurazione malattie liechtensteinese. Un ripristino della libera circolazione unilaterale al termine del progetto pilota potrebbe rivelarsi un ostacolo per la cooperazione tra il Cantone di San Gallo e il Principato del Liechtenstein e portare a una diminuzione del numero di pazienti provenienti dal Liechtenstein ricoverati negli ospedali del Cantone di San Gallo. Il progetto pilota proseguirà fino al 31 dicembre 2015.

L'articolo 36a OAMal non rappresenta una base legale sufficiente per i progetti pilota. Tale base doveva essere creata con una modifica dell'articolo 34 LAMal, prevista nel progetto Managed Care¹. Come noto, quest'ultimo è stato respinto in votazione popolare il 17 giugno 2012. Non essendo contestata nel progetto Managed Care, la base legale per i progetti pilota è riproposta nell'ambito della presente revisione.

Per poter portare avanti durevolmente i progetti pilota esistenti e introdurre altre forme di cooperazione transfrontaliera, per le quali altri Cantoni di frontiera hanno già manifestato interesse, occorre una base legale formale.

Il 16 aprile 2013 il Consiglio federale ha inoltre adottato un mandato per negoziare un accordo quadro concernente la cooperazione transfrontaliera nel settore sanitario con la Francia. Lo scopo perseguito è di definire prescrizioni formali e il quadro giuridico, entro i quali gli enti territoriali svizzeri e francesi e le relative istituzioni pubbliche e private possano poi convenire cooperazioni nel settore sanitario con regioni e istituzioni limitrofe, conformemente ai propri interessi e bisogni. La presente revisione della legge deve garantire anche la cooperazione transfrontaliera con la Francia ai sensi di tale accordo a tempo indeterminato. Soprattutto il Cantone di Ginevra ha già manifestato a più riprese il proprio interesse a una cooperazione nel settore sanitario con le regioni limitrofe francesi.

A causa della maggiore mobilità delle persone e dei rischi legati a crisi sanitarie transfrontaliere, negli ultimi anni in Svizzera è cresciuto l'interesse a una cooperazione con i Paesi limitrofi nel settore sanitario. Questa tendenza si sta consolidando anche a livello dell'Unione europea, le cui istituzioni sono consapevoli dell'importanza di una cooperazione transfrontaliera nel settore sanitario. Ne è un segno tangibile l'adozione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei

¹ FF 2004 4951

diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Attualmente tale direttiva non comporta alcun obbligo per la Svizzera.

La revisione deve permettere di continuare a sfruttare le risorse investite nei due progetti pilota esistenti e le esperienze positive maturate. Gli assicurati residenti in un Cantone di frontiera che ha istituito una cooperazione transfrontaliera possono farsi curare anche all'estero, nelle zone di frontiera, il che migliora l'offerta sanitaria nelle regioni limitrofe.

1.2 Assunzione dei costi per le prestazioni ospedaliere fornite in Svizzera a persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera

L'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone e la Convenzione istitutiva dell'AELS del 21 giugno 2001, entrati in vigore il 1° giugno 2002, disciplinano il coordinamento della sicurezza sociale. Tali accordi assoggettano all'assicurazione malattie in Svizzera persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS (p. es. i frontalieri e i beneficiari di rendite). Per questo motivo il 1° giugno 2002 la LAMal è stata riveduta con l'inserimento di disposizioni relative a questi nuovi assicurati, ad esempio l'articolo 6a LAMal concernente l'obbligo d'informazione dei Cantoni e l'articolo 65a LAMal concernente la riduzione dei premi da parte dei Cantoni. Il divieto di discriminazione adottato con il diritto europeo di coordinamento stabilisce che gli assicurati dell'UE devono essere trattati esattamente come gli assicurati residenti in Svizzera. Per determinati aspetti sono però necessarie regolamentazioni speciali. Con la presente revisione sono adottate ulteriori disposizioni per gli assicurati dell'UE in relazione al finanziamento ospedaliero.

L'articolo 37 lettera a OAMal stabilisce che per le persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate per legge in Svizzera per le prestazioni ospedaliere in Svizzera sono fatturati e assunti dall'assicuratore-malattie competente gli importi forfettari di cui all'articolo 49 capoverso 1 LAMal (senza il contributo del Cantone). Questa era l'unica soluzione possibile a livello di ordinanza: i Cantoni non potevano infatti essere obbligati ad assumere i costi delle cure ospedaliere. Per una modifica di tale regolamentazione in modo da obbligare i Cantoni a partecipare anche ai costi delle cure ospedaliere fornite in Svizzera ad assicurati dell'UE, come per gli assicurati residenti in Svizzera, occorre una base legale. Solo una regolamentazione di questo tenore rispetta il divieto di discriminazione.

1.3 Conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte di assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS

Anche l'articolo 64a capoverso 9 LAMal contiene una disposizione che riguarda unicamente gli assicurati dell'UE. Si tratta della procedura in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte di assicurati dell'UE. La presente integrazione di questa norma di delega crea la base legale necessaria per le disposizioni già vigenti a livello di ordinanza.

Secondo l'articolo 64a capoverso 9 LAMal, il Consiglio federale emana disposizioni relative al mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi per le persone tenute ad assicurarsi che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS. Questa norma di delega è formulata in termini troppo generici e di conseguenza non rappresenta una base legale sufficiente per le disposizioni di cui all'articolo 105m OAMal. Siccome però a livello di ordinanza occorreva adottare una regolamentazione logica è stato accettato il fatto che per un breve periodo transitorio la base legale fosse lacunosa. Al momento dell'adozione della revisione dell'ordinanza, il 22 giugno 2011, il Consiglio federale ha incaricato il DFI di completare l'articolo della legge in occasione della successiva revisione della LAMal, in modo tale da creare la base legale necessaria.

1.4 Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi delle prestazioni ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera

Le due mozioni 12.4224 e 12.4098 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione», accolte dal Parlamento, chiedono l'abrogazione dell'articolo 41 capoverso 1, secondo periodo, LAMal. Il primo periodo dell'articolo 41 capoverso 1 della legge stabilisce che in caso di cura ambulatoriale l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In base al secondo periodo dell'articolo 41 capoverso 1 LAMal, però, l'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni. Il fatto di fare appello ai fornitori di prestazioni locali corrisponde in linea di massima a un sistema sanitario fondato su strutture federalistiche. L'attuazione della disposizione impone tuttavia agli assicuratori-malattie un esame caso per caso, oneroso sul piano amministrativo. La presente revisione adempie le due mozioni, adeguando di conseguenza l'articolo 41 capoversi 1 e 2 LAMal.

2 Punti essenziali del progetto

2.1 Cooperazione transfrontaliera

In Svizzera l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) sottostà al principio di territorialità. In linea di massima, l'assicurazione malattie assume unicamente le prestazioni fornite in Svizzera da fornitori di prestazioni autorizzati in Svizzera. Secondo l'articolo 34 capoverso 1 LAMal, per l'AOMS gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre a quelli delle prestazioni di cui agli articoli 25-33 LAMal. Il Consiglio federale può tuttavia prevedere delle deroghe e stabilire che l'AOMS assuma i costi delle prestazioni fornite all'estero per motivi d'ordine medico (art. 34 cpv. 2 LAMal), ossia di casi urgenti, parti in situazioni particolari e cure non disponibili in Svizzera a causa dell'offerta medica insufficiente (art. 36 cpv. 1-3 OAMal). Secondo l'articolo 36 capoverso 5 OAMal sono inoltre fatte salve le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni (p. es. i diritti garantiti dalla tessera europea di assicurazione malattia e i casi soggetti ad autorizzazione). Sempre più spesso l'applicazione rigorosa di tale principio è messa in dubbio dagli sviluppi nell'Unione europea, negli Stati dell'UE e in Svizzera. Su questo sfondo, nel 2006 il Consiglio federale ha

approvato l'articolo 36a OAMal, che consente progetti pilota per l'assunzione dei costi di prestazioni fornite all'estero nelle zone di frontiera.

Sono pochi gli assicurati che fanno ricorso ai due progetti pilota esistenti. Per le regioni limitrofe interessate, il bisogno di poter attuare un'adeguata cooperazione transfrontaliera anche al termine del progetto è tuttavia grande. Inoltre altri Cantoni di frontiera hanno manifestato interesse a una cooperazione transfrontaliera.

È importante che le regioni limitrofe svizzere continuino a essere rafforzate. Le risorse investite e le esperienze positive maturate da anni nei progetti pilota con fornitori di prestazioni ospedaliere nelle zone di frontiera all'estero devono poter essere sfruttate anche in futuro. Lo stesso vale anche per le sinergie a livello di infrastruttura tecnica e di personale tra i fornitori di prestazioni di frontiera. Gli assicurati residenti in un Cantone di frontiera che ha istituito una cooperazione transfrontaliera possono far ricorso a cure stazionarie e ambulatoriali presso fornitori di prestazioni selezionati nelle zone di frontiera all'estero. La revisione migliora quindi anche l'offerta sanitaria nelle regioni limitrofe.

L'evaluazione dei progetti pilota esistenti ha mostrato che i costi per l'assicurazione malattie non aumentano. Di norma i costi delle cure all'estero sono più bassi che in Svizzera e nell'ambito dei progetti possono essere assunti solo fino a concorrenza delle tariffe svizzere. I progetti pilota non hanno inoltre comportato alcun aumento quantitativo. Le conseguenze sui costi dovranno continuare a essere monitorate mediante studi scientifici, come avviene già ora nell'ambito dei due progetti pilota in corso. Gli studi permetteranno anche di ottenere ulteriori conoscenze sulla mobilità transfrontaliera dei pazienti.

Per la cooperazione nelle regioni limitrofe è importante che sia garantita reciprocamente la libera circolazione delle persone in materia di prestazioni sanitarie fornite nelle zone di frontiera all'estero. Solo se anche gli assicurati svizzeri si faranno curare nelle zone di frontiera all'estero, le persone provenienti dalle regioni limitrofe straniere continueranno a farsi curare sempre più spesso in Svizzera, a tutto vantaggio delle regioni limitrofe svizzere. Questa libera circolazione delle persone deve essere disciplinata nel diritto sugli stranieri e non nella presente revisione.

Per tutti questi motivi, la presente revisione della legge deve consentire di portare avanti durevolmente i progetti pilota esistenti e introdurre nuove cooperazioni transfrontaliere. Senza la presente revisione, al termine della durata approvata i due progetti pilota esistenti dovrebbero essere interrotti. La nuova disposizione di legge offrirà la base per cooperazioni transfrontaliere, limitate come finora alle regioni limitrofe. Il principio di territorialità resta un fondamento essenziale dell'AOMS e non è rimesso in questione dal presente progetto, ma semplicemente allentato.

La presente revisione dell'articolo 34 capoverso 2 LAMal contiene una norma di delega al Consiglio federale. Spetta al Collegio di governo disciplinare l'impostazione della cooperazione transfrontaliera a livello di ordinanza, orientandosi all'articolo 36a OAMal vigente, che riguarda i progetti pilota limitati nel tempo. Le cooperazioni transfrontaliere sono vincolate alle condizioni vigenti e anche in futuro dovranno essere autorizzate dal DFI. Si limitano alle regioni limitrofe, a uno o più Cantoni di frontiera e a uno o più assicuratori-malattie. Alla

domanda va allegato un elenco dei fornitori di prestazioni stranieri autorizzati a fornire prestazioni, sia ambulatoriali sia ospedaliere, nell'ambito della cooperazione. Le prestazioni devono soddisfare i requisiti di legge relativi alle prestazioni e ai fornitori di prestazioni secondo la LAMal, soprattutto in relazione alla qualità e all'economicità. Alla domanda devono essere allegate anche le convenzioni stipulate dagli assicuratori-malattie svizzeri con i fornitori di prestazioni stranieri sulle tariffe delle prestazioni fornite all'estero, che non possono superare le tariffe svizzere. La cooperazione transfrontaliera è aperta unicamente agli assicurati residenti in questo o in questi Cantoni di frontiera e assicurati presso un assicuratore-malattie partecipante alla cooperazione (AOMS secondo la LAMal), ma gli assicurati non possono essere costretti a farsi curare all'estero. Nell'ambito delle cooperazioni sono assunte solo prestazioni dell'AOMS secondo la LAMal. Se del caso, il Consiglio federale potrà emanare altre disposizioni e condizioni nell'ambito della revisione dell'ordinanza.

2.2 Assunzione dei costi per le prestazioni ospedaliere fornite in Svizzera a persone residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurate in Svizzera

Di norma le cure ospedaliere sono finanziate mediante importi forfettari per caso, che si rifanno alle prestazioni (art. 49 cpv. 1 LAMal). Per gli assicurati residenti in Svizzera, gli importi forfettari sono assunti dai Cantoni (finanziamento tramite le entrate fiscali) e dagli assicuratori-malattie secondo la loro quotaparte rispettiva; la quotaparte dei Cantoni ammonta almeno al 55 per cento e quella degli assicuratori-malattie al 45 per cento (art. 49a cpv. 1 e 2 LAMal). La regolamentazione vigente per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS e assicurati in Svizzera si scosta da questa regolamentazione: secondo l'articolo 37 lettera a OAMal gli assicuratori-malattie devono infatti assumere gli importi forfettari integralmente.

Il divieto di discriminazione, recepito con il diritto europeo di coordinamento, stabilisce che gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS non possono essere trattati diversamente rispetto agli assicurati residenti in Svizzera. Essi devono quindi essere trattati esattamente allo stesso modo per quanto riguarda l'assistenza medica e l'assunzione dei costi. La Commissione europea ha già contestato a più riprese l'applicazione delle «tariffe più elevate» per le cure ospedaliere in Svizzera fornite a frontalieri residenti in uno Stato dell'UE/AELS, scorgendovi una discriminazione inammissibile di questi assicurati.

Gli assicurati dell'UE costituiscono un piccolo gruppo, che secondo una stima effettuata nel 2013 comprende circa 38'000 assicurati, di cui circa 30'000 frontalieri e loro familiari e circa 7'000 beneficiari di rendite e loro familiari. I Cantoni di lavoro incassano notevoli entrate fiscali, a seconda della convenzione sulla doppia imposizione applicabile, soprattutto dai frontalieri. Ma anche i beneficiari di rendite che percepiscono prestazioni della previdenza professionale sono in parte tassati in Svizzera. Tutte le persone assicurate in Svizzera che risiedono in uno Stato dell'UE/AELS possono farsi curare a scelta nel loro Paese di residenza o in Svizzera. Di conseguenza non ricorreranno sempre a fornitori di prestazioni ospedaliere svizzeri.

L'adeguamento dell'assunzione dei costi per le prestazioni ospedaliere degli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS in modo tale che anche per questi assicurati i costi delle prestazioni ospedaliere siano assunti dagli assicuratori-malattie e dai Cantoni nelle stesse proporzioni come per gli assicurati residenti in Svizzera è giustificato.

Come per il controllo dell'obbligo di assicurazione e la riduzione dei premi, per cui sono state adottate regolamentazioni distinte per le persone con un concreto punto di riferimento in un determinato Cantone e le persone senza un concreto punto di riferimento in Svizzera, s'impone una regolamentazione distinta anche per l'assunzione dei costi per le prestazioni ospedaliere.

Per i frontalieri e i loro familiari, i familiari senza attività lucrativa di persone dimoranti in Svizzera nonché i beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari, che hanno tutti un concreto punto di riferimento in un Cantone, quest'ultimo è tenuto ad assumere il contributo cantonale per le prestazioni ospedaliere fornite in Svizzera (art. 49a cpv. 2 lett. b LAMal).

I beneficiari di rendite e i loro familiari non possono più essere attribuiti direttamente a un Cantone. Una ripartizione dei costi delle cure ospedaliere tra i Cantoni in base all'ultimo luogo di domicilio dei beneficiari di rendite è pertanto inaccettabile sia per motivi materiali sia per motivi economico-amministrativi. Siccome in base al diritto vigente i costi delle cure ospedaliere sono assunti dall'assicurazione malattie e dai Cantoni, una ripartizione dei contributi cantonali per le cure ospedaliere tra i Cantoni è giustificata e necessaria malgrado questi problemi di attribuzione. Finora, infatti, la Confederazione non ha partecipato in alcun modo ai costi ospedaliere. Il settore degli ospedali e il finanziamento delle cure ospedaliere sono di competenza dei Cantoni assieme all'assicurazione malattie. Se la Confederazione assumesse questi costi, si verificherebbe un trasferimento ingiustificato di oneri dai Cantoni alla Confederazione. Per questo motivo, anche per questi assicurati bisogna attenersi al principio del finanziamento delle cure ospedaliere da parte degli assicuratori-malattie e dei Cantoni secondo la loro quotaparte rispettiva, come per gli assicurati svizzeri e gli altri assicurati dell'UE. Siccome i beneficiari di rendite e i loro familiari non possono più essere attribuiti a un Cantone, occorre prevedere una regolamentazione secondo cui per questi assicurati per le prestazioni ospedaliere in Svizzera i Cantoni assumano congiuntamente la quotaparte cantonale fissata dal Cantone di ubicazione dell'ospedale. Questi costi vanno ripartiti tra i singoli Cantoni proporzionalmente alla popolazione residente (art. 49a cpv. 3^{bis} LAMal). Questo criterio rispecchia infatti relativamente bene le cause principali che fanno scattare costi per le cure ospedaliere fornite a questo gruppo di assicurati. I fattori che influenzano i costi nei singoli Cantoni sono infatti la struttura dell'età, i tassi di morbilità e le probabilità di una partenza dalla Svizzera. Nel complesso non dovrebbero risultare grandi differenze. Calcoli hanno infatti rivelato che, ad esempio, le differenze tra le quote di popolazione dei Cantoni sulla popolazione totale della Svizzera e di persone di 65 e più anni dei Cantoni sulla popolazione anziana in Svizzera sono contenute. Si può anche partire dal presupposto che l'inclusione dei tassi di morbilità e delle probabilità di una partenza non modifichino il quadro in misura sostanziale. Una

ripartizione dei costi tra i Cantoni in base alla popolazione è quindi una soluzione giustificata, materialmente corretta nonché trasparente. Inoltre l'attuazione di questa ripartizione dei costi tra i Cantoni è relativamente semplice ed economica.

Analogamente alla riduzione dei premi secondo l'articolo 66a LAMal, che secondo l'articolo 18 capoverso 2^{quinquies} LAMal deve essere effettuata dall'istituzione comune, a quest'ultima possono essere affidati anche i seguenti nuovi compiti relativi alle cure ospedaliere fornite in Svizzera a beneficiari di rendite e a loro familiari: fissazione del contributo di ogni Cantone, riscossione presso i Cantoni e versamento della quotaparte cantonale agli ospedali. La procedura esatta per lo svolgimento di questi compiti da parte dell'istituzione comune sarà disciplinata dal Consiglio federale a livello di ordinanza.

Siccome gli assicurati dell'UE sono poco numerosi, le ripercussioni finanziarie per i Cantoni saranno piuttosto esigue. In base alla statistica dell'AOMS dell'Ufficio federale della sanità pubblica e al pool di dati di santésuisse per il 2012, ai Cantoni saranno addossati costi annui dell'ordine di circa 4 milioni di franchi soprattutto per i frontalieri e i loro familiari e di circa 7,5 milioni di franchi per i beneficiari di rendite e i loro familiari, per un totale di circa 11,5 milioni di franchi.

Secondo l'articolo 41 capoversi 1^{bis}, 1^{ter}, 3 e 3^{bis} LAMal, i frontalieri e i loro familiari hanno la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del Cantone di lavoro o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). La remunerazione degli importi forfettari è assunta dal Cantone di lavoro e dall'assicuratore secondo la loro quotaparte rispettiva (art. 41 cpv. 1^{bis} e 3, art. 49 cpv. 1 e art. 49a cpv. 1-3 LAMal). In caso di cura in un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone di lavoro senza motivi d'ordine medico, l'assicurato deve sostenere gli eventuali costi supplementari (art. 41 cpv. 1^{bis} LAMal).

Secondo la nuova disposizione dell'articolo 41 capoverso 2 LAMal, anche i beneficiari di rendite e i loro familiari hanno la libera scelta tra tutti gli ospedali che figurano in un elenco cantonale. Siccome non possono più essere attribuiti a un Cantone, è esclusa l'eventualità che debbano sostenere costi supplementari.

2.3 Conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte di assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS

Siccome non costituisce una base legale sufficiente per la regolamentazione differenziata di cui all'articolo 105m OAMal, la norma di delega di cui all'articolo 64a capoverso 9 LAMal va completata in due punti.

L'articolo 105m capoverso 1 OAMal contiene disposizioni per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS, in cui gli assicuratori-malattie possono avviare una procedura d'esecuzione in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi (vigono attualmente per la Germania, prossimamente saranno applicabili anche in Austria). Per gli assicurati con un concreto punto di riferimento in Svizzera (frontalieri e i loro familiari, familiari senza attività lucrativa di persone dimoranti in Svizzera, beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari), è giustificato che il Cantone di lavoro competente, che incassa notevoli entrate fiscali rispettivamente il Cantone

competente per le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione assunta l'85 per cento dei crediti in arretrato. La disposizione dell'ordinanza obbliga già i Cantoni a farlo, ma occorre anche una base legale che autorizzi il Consiglio federale a obbligare i Cantoni. Per i beneficiari di rendite e i loro familiari che non hanno più un concreto punto di riferimento in Svizzera spetta agli assicuratori-malattie competenti assumere i crediti in arretrato.

L'articolo 105m capoverso 2 OAMal contiene disposizioni per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS, in cui i premi e le partecipazioni ai costi non pagati non possono ancora essere recuperati dagli assicuratori-malattie (tutti gli Stati salvo la Germania e, prossimamente, l'Austria). Per questi assicurati è giustificato che, a determinate condizioni, gli assicuratori-malattie possano sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni. Anche per la regolamentazione distinta rispetto agli assicurati residenti in Svizzera occorre una base legale formale sufficiente, che autorizzi il Consiglio federale a concedere, in questi casi, tale diritto agli assicuratori-malattie.

2.4 Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi delle prestazioni ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera

L'articolo 41 capoverso 1, secondo periodo, LAMal è adeguato in adempimento delle mozioni 12.4224 e 12.4098 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione», accolte dalle Camere federali. Il primo periodo dell'articolo 41 capoverso 1 LAMal stabilisce che in caso di cura ambulatoriale l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In base al secondo periodo dell'articolo 41 capoverso 1 LAMal, però, l'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni. Questa disposizione è adeguata precisando che i costi sono assunti dagli assicuratori-malattie secondo la tariffa applicabile al fornitore di prestazioni scelto. In seguito a questo adeguamento, l'articolo 41 capoverso 2, che stabilisce che in caso di ricorso a un altro fornitore di prestazioni, per motivi d'ordine medico, l'assunzione dei costi è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni, è superfluo e di conseguenza va abrogato.

Il nuovo articolo 41 capoverso 2 LAMal stabilisce che per le cure ospedaliere in Svizzera i beneficiari di rendite e i loro familiari residenti in uno Stato dell'UE/AELS hanno la libera scelta tra gli ospedali figuranti nell'elenco.

La legge sull'assicurazione militare contiene regolamentazioni analoghe a quelle dell'articolo 41 capoverso 1 LAMal (art. 17 cpv. 2 e 4 LAM). Con la presente revisione della LAMal si coglie l'occasione per disciplinare, anche per le cure ambulatorie nell'assicurazione militare, la libertà di scelta tra il personale medico adeguato, come per l'assicurazione malattie. La limitazione al personale medico adeguato esercitante nel luogo di residenza dell'assicurato o nelle immediate vicinanze salvo nei casi urgenti (cpv. 2) è abrogata. Per questo motivo anche al capoverso 4 occorre abrogare l'addebito delle spese supplementari all'assicurato, se quest'ultimo, senza l'autorizzazione dell'assicurazione militare, ha scelto personale

medico non esercitante nel luogo di residenza dell'assicurato o nelle immediate vicinanze.

L'assicurazione militare rimborsa le spese di viaggio necessarie per rivolgersi al personale medico (art. 19 LAM). Se l'assicurato sceglie personale medico che esercita al di fuori del suo luogo di residenza, gli sono rimborsate le spese di viaggio fino a concorrenza dell'importo necessario per rivolgersi a personale medico che esercita nel suo luogo di residenza.

Le disposizioni di cui all'articolo 17 capoversi 2 e 4 LAM, stralciate con la presente revisione, sono comunque irrilevanti dal momento che nell'assicurazione militare per le cure ambulatoriali sono negoziate tariffe unitarie per tutta la Svizzera.

2.5 Adeguamenti necessari in relazione al diritto europeo

La presente revisione è sfruttata anche per apportare i necessari adeguamenti al diritto europeo. In tutta la legge l'espressione «Comunità europea» è sostituita con «Unione europea». Inoltre l'articolo 95a LAMal, che disciplina il rapporto con il diritto europeo, è aggiornato con il rinvio, per quanto riguarda gli Stati dell'UE, ai regolamenti europei relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale attuali.

3 Rapporto con il diritto europeo

Le modifiche della legge sono compatibili con gli impegni internazionali della Svizzera e in particolare con l'Accordo sulla libera circolazione delle persone. In virtù dell'allegato II ALC, in Svizzera è applicabile il diritto di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale dell'Unione europea. Il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale² contiene disposizioni chiare concernenti l'accesso a prestazioni mediche e l'assunzione dei costi per varie categorie di persone, compresi i frontalieri e i beneficiari di rendite nonché i loro familiari.

4 Commento alle singole disposizioni

Sostituzione di un'espressione

In tutta la legge «Comunità europea» è sostituito, con i necessari adeguamenti grammaticali, con «Unione europea».

Articolo 18 capoversi 2^{sexies} e 2^{septies}

² RS 0.831.109.268.1

La nuova disposizione dell'articolo 49a capoverso 3^{bis} LAMal assegna nuovi compiti all'istituzione comune. Quest'ultima svolge già oggi vari compiti in adempimento degli impegni internazionali della Confederazione. È quindi logico assegnare all'istituzione comune anche il compito di fissare il contributo di ciascun Cantone per le cure ospedaliere fornite in Svizzera a beneficiari di rendite e loro familiari secondo l'articolo 49a capoverso 3^{bis} LAMal, riscuoterlo presso i Cantoni e versare la quotaparte cantonale agli ospedali. La procedura esatta deve essere disciplinata a livello di ordinanza. Questi nuovi compiti sono menzionati all'articolo 18 capoverso 2^{sexies} LAMal.

Siccome l'articolo 18 capoverso 2^{sexies} LAMal vigente costituiva una disposizione generica («ulteriori compiti d'esecuzione»), la nuova disposizione deve precedere quest'ultima. Il capoverso 2^{sexies} vigente diventa quindi il capoverso 2^{septies}.

Articolo 25a capoverso 2, primo periodo

In questa disposizione è semplicemente apportato un adeguamento necessario in seguito alla nuova regolamentazione all'articolo 49a capoverso 3^{bis} LAMal: ora devono essere menzionati anche i Cantoni congiuntamente.

Articolo 34 capoversi 2 e 3

L'articolo 34 capoverso 2 LAMal vigente deve essere riveduto a causa della nuova disposizione concernente la cooperazione transfrontaliera. La modifica riguarda solo la nuova deroga al principio di territorialità al secondo punto dell'articolo 34 capoverso 2 lettera a. Le altre deroghe menzionate al capoverso 2 e la disposizione al nuovo capoverso 3 corrispondono esattamente all'articolo 34 capoverso 2 LAMal vigente.

Il secondo punto dell'articolo 34 capoverso 2 lettera a LAMal contiene un'ulteriore norma di delega al Consiglio federale, che lo autorizza a emanare disposizioni concernenti una cooperazione transfrontaliera a tempo indeterminato. Agli assicurati residenti nelle zone di frontiera in Svizzera è così garantita la possibilità di farsi curare nelle zone di frontiera all'estero a carico dell'AOMS. La disposizione si orienterà sostanzialmente ai criteri previsti all'articolo 36a OAMal vigente.

Articolo 41 capoversi 1 e 2

L'articolo 41 capoverso 1 LAMal è adeguato in adempimento delle mozioni 12.4224 e 12.4098 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione», accolte dal Parlamento: come finora, in caso di cura ambulatoriale gli assicurati hanno la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della loro malattia; ora, però, i costi sono assunti dagli assicuratori-malattie in tutti i casi secondo la tariffa applicabile al fornitore di prestazioni scelto.

In seguito a questo adeguamento, l'articolo 41 capoverso 2 LAMal, che stabilisce che in caso di ricorso a un altro fornitore di prestazioni, per motivi d'ordine medico, l'assunzione dei costi è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni, è superfluo e di conseguenza va abrogato.

Il nuovo articolo 41 capoverso 2 LAMal stabilisce che per le cure ospedaliere in Svizzera i beneficiari di rendite e i loro familiari residenti in uno Stato dell'UE/AELS hanno la libera scelta tra gli ospedali figuranti nell'elenco.

Articolo 49a capoversi 2, 2^{bis}, 2^{ter} e 3^{bis}

L'articolo 49a capoverso 2 lettera b LAMal stabilisce che in caso di cure ospedaliere fornite in Svizzera ad assicurati dell'UE con un concreto punto di riferimento in un Cantone (frontalieri e i loro familiari, familiari senza attività lucrativa di persone dimoranti in Svizzera, beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari) i Cantoni devono assumere la quotaparte cantonale secondo l'articolo 49a capoverso 2^{ter} LAMal. È competente il Cantone in cui la persona esercita la sua attività lucrativa (questo Cantone incassa infatti le entrate fiscali) rispettivamente il Cantone competente per le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione. Il nuovo capoverso 2^{bis} stabilisce che questo Cantone è considerato il Cantone di domicilio ai sensi della legge.

L'articolo 49a capoverso 3^{bis} LAMal obbliga i Cantoni ad assumere congiuntamente, in caso di cure ospedaliere fornite in Svizzera a beneficiari di rendite e a loro familiari residenti in uno Stato dell'UE/AELS, la quotaparte cantonale secondo l'articolo 49a capoverso 2^{ter} LAMal. Questa quotaparte è ripartita tra i singoli Cantoni proporzionalmente alla popolazione residente. Siccome questo gruppo di persone non ha più un concreto punto di riferimento in Svizzera, non è possibile obbligare un determinato Cantone ad assumere tali costi.

A causa delle nuove disposizioni inserite nell'articolo 49a LAMal, il nuovo capoverso 2 lettera a stabilisce che i Cantoni assumono la quotaparte cantonale per gli assicurati residenti nel Cantone. Attualmente ciò è disciplinato al capoverso 2 (per gli abitanti del Cantone). Il capoverso 2 vigente diventa inoltre il capoverso 2^{ter} senza il riferimento agli abitanti del Cantone.

Articolo 64a capoverso 9, secondo e terzo periodo

In questa disposizione sono aggiunte due precisazioni, in modo tale da dare alle disposizioni già esistenti all'articolo 105m OAMal una base legale sufficiente.

Per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS, in cui gli assicuratori-malattie possono avviare una procedura d'esecuzione in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi, il Consiglio federale può obbligare i Cantoni ad assumere l'85 per cento dei crediti.

Per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE/AELS, in cui non è possibile recuperare i premi e le partecipazioni ai costi non pagati, il Consiglio federale può concedere agli assicuratori-malattie il diritto di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni. L'articolo 105^m capoverso 2 OAMal prevede già la possibilità, per l'assicuratore-malattie, di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine stabilito.

Articolo 79a

In questo articolo sono apportati gli adeguamenti necessari in seguito alla nuova regolamentazione all'articolo 49a capoverso 3^{bis} LAMal. Al capoverso 1 lettera b è menzionato il diritto di regresso dei Cantoni congiuntamente. Il capoverso 2 incarica l'istituzione comune di far valere il diritto di regresso per i Cantoni congiuntamente.

Articolo 95a

Affinché le disposizioni sul coordinamento previste dall'Accordo sulla libera circolazione delle persone si applichino a complemento delle disposizioni di legge nazionali e, in caso di disposizioni divergenti, prevalgano, in ogni legge concernente le assicurazioni sociali, è stato precisato che occorre tenere conto dell'Accordo e degli atti giuridici in esso designati (cfr. messaggio concernente l'approvazione degli accordi settoriali, n. 275.211). La disposizione di rinvio vigente deve essere aggiornata e completata con i nuovi atti giuridici menzionati nell'Accordo. Dall'entrata in vigore dell'Accordo, l'allegato II ALC è stato adeguato da tre decisioni del Comitato misto: la decisione n. 2/2003 del 15 luglio 2003 (RU 2004 1277), la decisione n. 1/2006 del 6 luglio 2006 (RU 2006 5851) e la decisione n. 1/2012 del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345). Il Consiglio federale ha approvato, in virtù della sua competenza, gli aggiornamenti dell'allegato II ALC che precisano i principi di coordinamento e la loro attuazione tecnica e non richiedono adeguamenti materiali a livello di legge. L'aggiornamento dei rinvii all'allegato II ALC e agli atti giuridici comunitari in esso menzionati nelle leggi concernenti le assicurazioni sociali spetta invece all'Assemblea federale.

Lo stesso vale per l'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS, che finora è stato aggiornato a due riprese. È previsto un terzo aggiornamento, che richiederà anche un adeguamento dei riferimenti al diritto comunitario nelle leggi concernenti le assicurazioni sociali.

Per questi motivi la disposizione di rinvio nelle leggi concernenti le assicurazioni sociali è stata riformulata. Al capoverso 1 è prevista una designazione più precisa del diritto applicabile mediante un riferimento al campo d'applicazione personale, agli atti giuridici comunitari applicabili e alla versione dell'allegato II ALC applicabile alla Svizzera. Sono ora menzionati i regolamenti (CE) n. 883/2004 e 987/2009, in cui sono stati aggiornati i principi di coordinamento dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e 574/72, applicabili alla Svizzera a partire dal terzo

aggiornamento dell'allegato II ALC. Nella misura in cui vi si fa riferimento nei regolamenti (CE) n. 883/2004 o 987/2009 o entrano in gioco casi del passato, l'allegato II ALC continua tuttavia a rimandare ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e 574/72.

Al contempo è riformulato anche il capoverso 2 concernente l'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS; nelle relazioni tra la Svizzera e i suoi partner dell'AELS restano tuttavia determinanti i regolamenti (CEE) n. 1408/71 e 574/72.

È inoltre previsto un nuovo capoverso 3, che autorizza il Consiglio federale ad adeguare autonomamente i riferimenti agli atti giuridici comunitari ai capoversi 1 e 2 della disposizione di rinvio nelle leggi concernenti le assicurazioni sociali non appena saranno modificati l'allegato II ALC o l'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS.

Il capoverso 4 precisa che tutte le espressioni che si riferiscono a Stati membri dell'UE nelle leggi concernenti le assicurazioni sociali designano gli Stati contraenti a cui è applicabile l'Accordo sulla libera circolazione delle persone.

Modifica di altri atti normativi

Siccome la revisione della LAMal del 21 dicembre 2007³ ha abrogato la distinzione tra cura ospedaliera e semiospedaliera, ciò va tenuto presente anche nell'assicurazione militare. Per questo motivo agli articoli 16 capoverso 2, primo periodo, 17, rubrica e capoverso 3, primo periodo, nonché 71 capoverso 1 LAM l'espressione «semiospedaliera» (rispettivamente «parzialmente in ospedale») è stralciata, con i necessari adeguamenti grammaticali.

All'articolo 17 capoversi 2 e 4 LAM sono stralciati la limitazione, per le cure ambulatorie, a personale medico adeguato esercitante nel luogo di residenza dell'assicurato o nelle immediate vicinanze fatti salvi i casi urgenti (cpv. 2) e di conseguenza l'eventuale addossamento delle spese supplementari all'assicurato (cpv. 4). Nell'assicurazione militare, per le cure ambulatorie sussiste quindi la libertà di scelta tra il personale medico adeguato, come per l'assicurazione malattie.

³ RU 2008 2049