



15.078

Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie

(Adeguamento delle disposizioni con pertinenza internazionale)

del 18 novembre 2015

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie.

Nel contempo vi proponiamo di togliere dal ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| 2013 | M | 12.4098 | Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione (S 18.3.13, Kuprecht; N 12.9.13) |
| 2013 | M | 12.4224 | Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione (N 22.3.13, Humbel; S 9.9.13) |

Gradite, onorevoli presidenti e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

18 novembre 2015 In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Simonetta Sommaruga
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

Compendio

La revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) concerne principalmente le disposizioni con pertinenza internazionale. In futuro nelle regioni di frontiera dovrà essere possibile una cooperazione transfrontaliera nel settore sanitario. Con le nuove disposizioni si mira a istituire una base legale sufficiente per le disposizioni di ordinanza esistenti, concernenti il mancato pagamento dei premi e della partecipazioni ai costi da parte degli assicurati residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS. Inoltre, tutte le persone assicurate in Svizzera dovranno avere la possibilità di scegliere liberamente il proprio medico in tutta la Svizzera, senza subire svantaggi finanziari.

La prima sezione prevede un certo allentamento del principio di territorialità in vigore nell'ambito dell'assicurazione malattie. Dal 2006 possono essere realizzati progetti pilota sull'assunzione dei costi per prestazioni fornite all'estero nelle zone di frontiera, a condizioni chiaramente definite (art. 36a dell'ordinanza sull'assicurazione malattie, OAMal). I progetti pilota condotti nelle regioni di Basilea/Lörrach e San Gallo/Liechtenstein si sono rivelati validi. Il Consiglio federale propone quindi di rendere possibile una cooperazione internazionale duratura in tutte le regioni frontaliere.

La seconda e terza sezione del disegno riguardano le persone residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS e assicurate in Svizzera (assicurati UE/AELS).

In termini di assunzione dei costi in caso di cure ospedaliere, le nuove disposizioni elimineranno l'attuale vantaggio degli assicurati UE/AELS rispetto ai residenti in Svizzera.

Il Consiglio federale propone altresì di completare l'articolo 64a LAMal al fine di istituire una base legale sufficiente per il disciplinamento differenziato nell'OAMal del mancato pagamento di premi e partecipazioni ai costi da parte degli assicurati che risiedono in uno Stato dell'UE o dell'AELS.

Nella quarta e ultima sezione il Consiglio federale propone di adempiere le due mozioni Kuprecht 12.4098 e Humbel 12.4224 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione», accolte dal Parlamento. La LAMal deve essere adeguata affinché tutte le persone assicurate in Svizzera possano, come finora, scegliere liberamente tra i fornitori di prestazioni autorizzati in caso di cure ambulatoriali ed essere certe che in ogni caso i costi saranno assunti dagli assicuratori-malattie conformemente alle tariffe vigenti per il fornitore di prestazioni scelto. In questa occasione sarà adeguata anche una disposizione analogica della legge federale sull'assicurazione militare.

Messaggio

1 Punti essenziali del progetto

1.1 Situazione iniziale

1.1.1 Cooperazione transfrontaliera

Dal 2006 è possibile condurre progetti pilota limitati nel tempo per l'assunzione dei costi di prestazioni fornite all'estero. D'ora in poi una simile cooperazione transfrontaliera dovrà essere sempre possibile nelle regioni di frontiera.

L'articolo 36a dell'ordinanza del 27 giugno 1995¹ sull'assicurazione malattie (OAMal) è entrato in vigore il 10 maggio 2006. In base a tale disposizione, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) può autorizzare progetti pilota presentati congiuntamente da uno o più Cantoni e da uno o più assicuratori malattie, che prevedono l'assunzione dei costi di prestazioni fornite in zone di frontiera per assicurati residenti in Svizzera. La durata di validità dei singoli progetti è stata fissata a quattro anni, con possibilità di proroga una tantum di al massimo altri quattro anni. Le domande relative a nuovi progetti pilota hanno potuto essere presentate fino al 31 dicembre 2012. Il 15 ottobre 2014 il nostro Collegio ha modificato l'articolo 36a capoverso 3 lettera a OAMal affinché i progetti pilota esistenti potessero essere prolungati una seconda volta per al massimo quattro anni in modo tale da essere protratti fino all'entrata in vigore della presente modifica della legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie (LAMal). Questa modifica dell'OAMal è entrata in vigore il 1° novembre 2014.

Il primo progetto pilota, avviato il 1° gennaio 2007, riguarda la regione di frontiera dei Cantoni di Basilea Città e di Basilea Campagna e il distretto tedesco di Lörrach. È rivolto alle persone assicurate presso un assicuratore-malattie partecipante al progetto e residenti nel Cantone di Basilea Città o di Basilea Campagna. Il progetto contiene un elenco delle cliniche del distretto di Lörrach che vi partecipano. Tutte le prestazioni che queste cliniche sono autorizzate a fornire in Germania ai sensi delle convenzioni con gli assicuratori-malattie o gli assicuratori di rendite possono essere fornite nel quadro del progetto pilota. La legislazione tedesca in materia di assicurazioni sociali è stata adeguata di conseguenza, di modo che gli assicurati tedeschi possano usufruire di cure dei fornitori di prestazioni svizzeri in una misura che va ben oltre la regolamentazione del diritto di coordinamento dell'Unione europea (UE). L'accompagnamento del progetto sul piano scientifico in Svizzera è assicurato dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan). Dall'inizio del progetto pilota nel 2007 sono in particolare le cure di riabilitazione, soprattutto ortopediche, ad essere state erogate nelle regioni di frontiera in Germania. Secondo il rapporto di monitoraggio dell'Obsan pubblicato nel giugno 2015 sono poche le persone (2011: 224; 2012: 269; 2013: 251; 2014: 233) ad aver ricevuto delle cure all'estero nell'ambito del progetto pilota. Benché le spese per le cure in Germania siano inferiori a quelle

¹ RS 832.102

² RS 832.10

in Svizzera, dal rapporto non si evince se il progetto pilota abbia contribuito in misura determinante alla riduzione dei costi per l'assicurazione malattie. Ciò dipende probabilmente dal numero esiguo di casi. In base agli studi pubblicati dall'Obsan, la maggior parte degli assicurati si è detta soddisfatta di tali cure. Grazie alla seconda proroga, il progetto pilota può essere protratto fino al 31 dicembre 2018.

Il 1° gennaio 2008 è stato approvato un secondo progetto pilota relativo al Cantone di San Gallo e al Principato del Liechtenstein. Le persone assicurate presso un assicuratore-malattie partecipante al progetto e residenti nel Cantone di San Gallo, possono farsi curare stazionariamente anche nell'ospedale del Liechtenstein. Ad oggi, poche centinaia di persone hanno usufruito di questa possibilità. In base allo studio scientifico, gli attori coinvolti e gli assicurati trattati valutano il progetto in maniera positiva. Siccome le tariffe dell'ospedale del Liechtenstein corrispondono alle tariffe svizzere, il progetto pilota non può comportare nessuna riduzione dei costi per l'assicurazione malattie. D'altro canto, non sono stati registrati costi supplementari per gli assicuratori-malattie svizzeri partecipanti. Il progetto sostituisce la libera circolazione unilaterale, valida da anni, che permetteva soltanto agli assicurati del Liechtenstein di farsi curare negli ospedali del Cantone di San Gallo a carico dell'assicurazione malattie del Liechtenstein. Un ritorno alla 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 tradursi in una riduzione del numero di pazienti del Liechtenstein curati negli ospedali del Cantone di San Gallo. Grazie alla seconda proroga, il progetto pilota può essere protratto fino al 31 dicembre 2019.

L'articolo 36a OAMal non costituisce una base sufficiente per simili progetti. La modifica del 30 settembre 2011³ della legge federale sull'assicurazione malattie (Managed Care) doveva pertanto istituire una base legale formale con l'emanazione dell'articolo 34 LAMal. Come ben noto, questo progetto è stato tuttavia respinto nella votazione popolare del 17 giugno 2012. Considerato che la base legale per progetti pilota era un elemento incontestato del progetto Managed Care, questo tema è nuovamente ripreso con la presente modifica.

Una base legale formale è indispensabile per poter protrarre in modo duraturo i progetti pilota esistenti e creare nuove forme di cooperazione transfrontaliera che hanno già suscitato l'interesse di altri Cantoni di frontiera. Una nuova proroga a livello di ordinanza non è infatti possibile dal profilo giuridico.

Il 16 aprile 2013 il Consiglio federale ha inoltre adottato un mandato di negoziazione per una convenzione quadro con la Francia sulla cooperazione transfrontaliera nel settore sanitario. Lo scopo di questa convenzione quadro è di definire le formalità e il quadro giuridico in cui le collettività pubbliche svizzere e francesi nonché le istituzioni pubbliche e private interessate potrebbero concludere, in funzione dei propri interessi e delle proprie esigenze, delle cooperazioni in ambito sanitario con le regioni e le istituzioni limitrofe. Nel rispetto della suddetta convenzione, la presente modifica della LAMal dovrebbe altresì garantire una cooperazione transfrontaliera a tempo indeterminato con la Francia. Soprattutto il Cantone di Ginevra ha ripetuta-

³ FF 2011 6615

mente espresso il proprio interesse a favore di una cooperazione nel settore sanitario con le zone limitrofe francesi.

Con l'aumento della mobilità e considerati i rischi legati alle crisi sanitarie transfrontaliere, in Svizzera, negli ultimi anni, è aumentato l'interesse per una cooperazione nel settore sanitario con i Paesi limitrofi. Questa tendenza viene confermata anche a livello dell'UE, dove le istituzioni sono consapevoli dell'importanza di una cooperazione transfrontaliera in questo settore. È quanto emerge, in particolare, dall'adozione della direttiva 2011/24/UE⁴.

1.1.2 Assunzione dei costi delle cure ospedaliere in Svizzera di persone residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS e assicurate in Svizzera

L'Accordo del 21 giugno 1999⁵ tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea con i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (Accordo sulla libera circolazione delle persone) entrato in vigore il 1° giugno 2002, e la Convenzione del 4 gennaio 1960⁶ istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AELS) (Convenzione AELS) disciplinano il coordinamento della sicurezza sociale. Con questi accordi, le persone residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS (p. es. i frontalieri e i beneficiari di rendite) devono essere assoggettate all'assicurazione malattie in Svizzera. Per questa ragione la LAMal è stata modificata al 1° giugno 2002⁷, integrando disposizioni per questo nuovo gruppo di assicurati, per esempio l'obbligo d'informazione dei Cantoni (art. 6a LAMal) o la riduzione dei premi da parte dei Cantoni (art. 65a LAMal). Il divieto di discriminazione ripreso con il diritto di coordinamento dell'UE esige che gli assicurati UE/AELS siano trattati come gli assicurati residenti in Svizzera, pur essendo sottoposti a regolamentazioni speciali in situazioni specifiche. La presente revisione include una nuova disposizione relativa all'assunzione dei costi delle cure ospedaliere per gli assicurati UE/AELS.

In questo contesto gli assicurati UE/AELS sono attualmente avvantaggiati rispetto agli assicurati residenti in Svizzera. Per le prestazioni ospedaliere in Svizzera possono scegliere liberamente tra gli ospedali figuranti nell'elenco e l'assicuratore si assume i costi secondo la tariffa dell'ospedale scelto ai sensi dell'articolo 37 OAMal.

4 Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, GU L 88 del 4.4.2011, pag. 45.

5 RS **0.142.112.681**

6 RS **0.632.31**

7 RU **2002 858**

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

Anche l'articolo 64a capoverso 9 LAMal contiene una disposizione che riguarda soltanto gli assicurati UE/AELS. Esso stabilisce che il Consiglio federale emani disposizioni sulla procedura applicabile alle persone soggette all'obbligo di assicurazione residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS che non pagano i premi o le partecipazioni ai costi. Questo è quanto il Consiglio federale ha già fatto con le disposizioni vigenti di cui all'articolo 105m OAMal. Con il divieto di discriminazione ripreso con il diritto di coordinamento dell'UE è stato necessario estendere il più possibile le disposizioni di cui all'articolo 64a LAMal agli assicurati UE/AELS. Costituirebbe una violazione del divieto di discriminazione se gli assicuratori-malattie potessero, a determinate condizioni, sospendere l'assunzione dei costi per le prestazioni di tutti gli assicurati UE/AELS in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi. Per questo motivo, abbiamo dotato l'articolo 105m OAMal di disposizioni differenziate, che si sono rivelate più efficaci nella pratica.

La norma di delega di cui all'articolo 64a capoverso 9 LAMal al momento è tuttavia formulata in modo troppo generico e non costituisce pertanto una base legale sufficiente per le disposizioni dell'articolo 105m OAMal. Siccome tuttavia doveva essere adottato un opportuno disciplinamento a livello di ordinanza, per un breve periodo transitorio ci si era rassegnati ad accettare una base legale insufficiente. Ma in concomitanza con l'adozione della corrispondente revisione d'ordinanza il 22 giugno 2011, il Consiglio federale ha incaricato il DFI di completare l'articolo di legge in occasione della prossima revisione della LAMal, istituendo così la base legale necessaria.

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

Le due mozioni Kuprecht 12.4098 e Humbel 12.4224 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione», praticamente identiche ed entrambe adottate dal Parlamento, richiedono la soppressione dell'articolo 41 capoverso 1, secondo periodo LAMal. Secondo il primo periodo di questo articolo, in caso di cure ambulatoriali, gli assicurati possono scegliere liberamente tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della loro malattia. Tuttavia, in virtù del secondo periodo, l'assicuratore assume al massimo i costi che corrispondono alla tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata. Ricorrere a un fornitore di prestazioni vicino al luogo in cui vive l'assicurato è sostanzialmente conforme a un sistema sanitario basato su strutture federali. Tuttavia, l'attuazione della disposizione richiede dagli assicuratori-malattie una verifica di ogni caso, il che è molto impegnativo a livello amministrativo. La presente modifica intende adempiere queste due mozioni e adeguare di conseguenza l'articolo 41 capoversi 1 e 2 LAMal.

1.2 La normativa proposta

1.2.1 Cooperazione transfrontaliera

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) in Svizzera è soggetta al principio di territorialità. Sostanzialmente vengono assunti dall'assicurazione malattie soltanto i costi per prestazioni erogate in Svizzera da fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare in Svizzera. Secondo l'articolo 34 capoverso 1 LAMal, per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli articoli 25–33 della legge. Il Consiglio federale può tuttavia prevedere eccezioni e decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni erogate all'estero per motivi d'ordine medico (art. 34 cpv. 2 LAMal). Tra queste rientrano i casi d'urgenza, i parti speciali e le cure che, per mancanza di un'offerta medica, non possono essere effettuate in Svizzera (art. 36 cpv. 1–3 OAMal). In virtù dell'articolo 36 capoverso 5 OAMal sono inoltre fatte salve le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni (p. es. diritti della tessera europea d'assicurazione o casi soggetti ad approvazione). La severa applicazione di detto principio viene sempre più messa in dubbio considerata l'evoluzione nell'UE e in Svizzera. In questo contesto, nel 2006 il Consiglio federale ha adottato l'articolo 36a OAMal che consente di condurre progetti pilota sull'assunzione dei costi per prestazioni erogate nelle zone limitrofe estere.

Sono certamente pochi gli assicurati che si avvalgono dei due progetti pilota esistenti. Tuttavia le regioni di frontiera hanno molto bisogno che la cooperazione transfrontaliera rimanga possibile anche dopo la fine del progetto pilota. Del resto, ulteriori Cantoni di frontiera hanno manifestato il loro interesse a una simile cooperazione.

È importante continuare a consolidare le regioni di frontiera della Svizzera. Si deve poter continuare a usufruire delle somme investite da molti anni nei progetti pilota esistenti con fornitori di prestazioni ospedaliere nelle zone di frontiera all'estero e delle esperienze positive raccolte in questo settore. I fornitori di prestazioni delle zone limitrofe possono sfruttare le sinergie venutesi a creare sul piano dell'infrastruttura tecnica e del personale. L'offerta di cure nelle regioni limitrofe viene inoltre migliorata se gli assicurati ivi residenti possono continuare ad avvalersi di cure ospedaliere e ambulatoriali presso determinati fornitori di prestazioni nelle zone di frontiera estere.

La valutazione dei progetti pilota in corso ha mostrato che i costi per l'assicurazione malattie non sono aumentati. Di norma, le spese di cura all'estero sono inferiori a quelle in Svizzera e, nell'ambito dei progetti, possono essere assunte al massimo per un importo pari alle tariffe svizzere. Per di più, i progetti pilota non hanno causato aumenti del volume delle prestazioni. Le conseguenze finanziarie continueranno a essere accompagnate da studi scientifici come è già avvenuto finora nel quadro dei due progetti pilota in corso. Questi studi permetteranno altresì di apprendere di più sulla mobilità transfrontaliera dei pazienti.

Per la cooperazione nelle regioni frontaliere è importante che vi sia una libera circolazione reciproca in merito all'ottenimento di prestazioni sanitarie nelle zone limi-

trofe all'estero. Soltanto se gli assicurati svizzeri si faranno curare nelle zone limitrofe all'estero, le persone residenti nelle zone frontaliere all'estero continueranno a farsi curare, sempre più numerose, in Svizzera, con un beneficio per le regioni limitrofe svizzere. Questa libera circolazione è disciplinata dal diritto degli Stati limitrofi e non costituisce l'oggetto della presente modifica.

Per tutti questi motivi, la LAMal deve essere modificata in modo da permettere di protrarre a lungo termine i progetti pilota esistenti e da creare nuove cooperazioni transfrontaliere. In assenza di una base legale formale i due progetti pilota in corso dovrebbero essere sospesi una volta scaduto il periodo di approvazione. Nella LAMal deve pertanto essere sancita una base legale finalizzata alle cooperazioni transfrontaliere che si limiteranno, come finora, alle zone limitrofe. Il principio di territorialità rappresenta tuttora un principio importante dell'AOMS e non viene messo in dubbio da questo disegno di legge, bensì soltanto allentato.

La proposta di modifica dell'articolo 34 capoverso 2 LAMal comprende una norma di delega al Consiglio federale. Spetterà a quest'ultimo definire la forma di cooperazione transfrontaliera a livello di ordinanza. A tale scopo il Collegio governativo si ispirerà al vigente articolo 36a OAMal. In futuro le cooperazioni transfrontaliere saranno pertanto legate alle seguenti condizioni:

- le cooperazioni si limitano a uno o più Cantoni limitrofi nonché a uno o più assicuratori malattie che devono presentare la rispettiva domanda di approvazione alla Confederazione. Non vi sarà quindi nessuna cooperazione transfrontaliera contro la volontà di un Cantone di frontiera;
- le cooperazioni si limitano alle regioni di frontiera;
- i fornitori di prestazioni esteri che possono erogare prestazioni nel quadro della cooperazione sono iscritti in un elenco. Essi devono soddisfare i requisiti legali in materia di prestazioni e di fornitori di prestazioni secondo LAMal, soprattutto per quanto riguarda la qualità e l'economicità;
- la cooperazione transfrontaliera è accessibile solo alle persone residenti nel Cantone o nei Cantoni di frontiera in questione e assicurate presso un assicuratore-malattie partecipante alla cooperazione;
- le tariffe convenute tra gli assicuratori-malattie svizzeri e i fornitori di prestazioni esteri per le prestazioni erogate all'estero non possono superare le tariffe svizzere del luogo di residenza degli assicurati. In caso di cure ospedaliere s'intende la quotaparte dell'assicuratore-malattie alle remunerazioni secondo l'articolo 49a capoverso 2 LAMal;
- nell'ambito delle cooperazioni, l'assicurazione assume soltanto le prestazioni obbligatorie secondo la LAMal, che possono essere cure sia ambulatoriali sia ospedaliere;
- gli ospedali esteri non devono figurare nel rispettivo elenco ospedaliero cantonale. I Cantoni sono tuttora tenuti a mettere a disposizione di tutti gli assicurati in Svizzera un'offerta di prestazioni orientata alle esigenze sul territorio nazionale;
- gli assicurati non potranno essere obbligati a farsi curare all'estero;

- gli assicuratori-malattie non sono autorizzati a sviluppare forme di assicurazione particolari con riduzione dei premi per coloro che sfruttano la possibilità di farsi curare nelle zone di frontiera all'estero;
- le cooperazioni transfrontaliere saranno accompagnate da studi scientifici.

Il Consiglio federale potrà fissare all'occorrenza altre prescrizioni e condizioni nell'ambito della revisione dell'OAMal. In questo contesto non obbligherà i Cantoni a partecipare finanziariamente alle cure ospedaliere fornite nelle zone di frontiera all'estero. I Cantoni sono tuttavia liberi di fornire un contributo facoltativo.

1.2.2 Assunzione dei costi delle cure ospedaliere in Svizzera di persone residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS e assicurate in Svizzera

Ai sensi delle nuove disposizioni dell'articolo 41 capoversi 2 e 2^{bis} D-LAMal, per le cure ospedaliere in Svizzera i frontalieri e i loro familiari, i familiari non attivi dei dimoranti in Svizzera e i beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari possono scegliere liberamente tra gli ospedali figuranti nell'elenco. L'assicuratore assume la rispettiva parte dei rimborsi forfettari ai sensi dell'articolo 37 OAMal, tuttavia al massimo fino alla tariffa applicabile per le relative cure in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone in cui hanno un punto di riferimento. Qualora questi assicurati UE/AELS si facciano curare in un altro ospedale figurante nell'elenco, senza che ci sia una ragione medica, dovranno farsi carico di eventuali costi aggiuntivi.

È chiaro quali siano i Cantoni in cui gli assicurati UE/AELS hanno un punto di riferimento attuale. Si tratta degli stessi Cantoni che hanno accordato una riduzione dei premi agli assicurati UE/AELS ai sensi dell'articolo 65a LAMal entrato in vigore già il 1° giugno 2002. Il Cantone in cui risiede o, se risiede in uno Stato dell'UE o dell'AELS, in cui lavora la persona che esercita un'attività lucrativa è responsabile sia per detta persona, sia per i suoi familiari. Per le persone che percepiscono prestazioni dall'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari è responsabile il Cantone dell'ultimo domicilio o luogo di lavoro della persona disoccupata. Questo è quanto emerge dal messaggio del 31 maggio 2000⁸ concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie.

In base alle nuove disposizioni dell'articolo 41 capoversi 2 e 2^{ter} D-LAMal, anche i beneficiari di rendite e i loro familiari possono scegliere liberamente tra tutti gli ospedali figuranti sull'elenco cantonale. L'assicuratore assume la rispettiva parte dei rimborsi forfettari in base all'articolo 37 OAMal, tuttavia al massimo fino alla tariffa applicabile per le relative cure in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di riferimento. Qualora questi assicurati UE/AELS si facciano curare in un altro ospedale figurante nell'elenco, senza che ci sia una ragione medica, dovranno farsi carico di eventuali costi aggiuntivi. Il Consiglio federale designerà tramite ordinanza il Cantone di riferimento le cui tariffe per gli ospedali figuranti nell'elenco si avvicino di più alle tariffe medie svizzere.

⁸ FF 2000 3537 3545

Questa nuova regolamentazione sull'assunzione dei costi in caso di cure ospedaliere in Svizzera consente di eliminare un vantaggio degli assicurati UE/AELS rispetto agli assicurati residenti in Svizzera.

1.2.3 Conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte degli assicurati residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS

La norma di delega dell'articolo 64a capoverso 9 LAMal non costituisce una base legale sufficiente per le regolamentazioni differenziate di cui all'articolo 105m OAMal e pertanto deve essere completata in due punti.

L'articolo 105m capoverso 1 OAMal contiene regolamentazioni per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS in cui gli assicuratori-malattie possono avviare procedure esecutive in caso di mancato pagamento dei premi o delle partecipazioni ai costi (attualmente Germania e Austria). Per gli assicurati con un punto di riferimento attuale in Svizzera (frontalieri e i loro familiari, familiari non attivi dei dimoranti in Svizzera, beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i loro familiari) è giustificato che il Cantone in cui viene esercitata l'attività lucrativa e che percepisce i contributi fiscali principali di detti assicurati, o il Cantone responsabile per le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione assuma l'85 per cento dei crediti non pagati. La disposizione dell'ordinanza prevede già quest'obbligo per i Cantoni, ma deve essere ancora istituita una base legale sufficiente che autorizzi il Consiglio federale a obbligare i Cantoni ad assumersi tali costi. Gli assicuratori-malattie competenti saranno tenuti ad assumere i crediti non pagati dei beneficiari di rendite e dei loro familiari che non hanno più nessun punto di riferimento attuale in Svizzera.

L'articolo 105m capoverso 2 OAMal contiene regolamentazioni per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS in cui gli assicuratori-malattie non possono richiedere i premi e le partecipazioni ai costi non pagati (tutti gli Stati, escluse Germania e Austria). Per questi assicurati è giustificato che, a determinate condizioni, gli assicuratori-malattie possano sospendere l'assunzione dei costi per le prestazioni. Affinché la regolamentazione sia diversa da quella per gli assicurati residenti in Svizzera, deve essere istituita una base legale formale sufficiente che autorizzi il Consiglio federale a concedere tale diritto in questi casi agli assicuratori-malattie.

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

L'articolo 41 capoverso 1 secondo periodo LAMal viene adeguato in adempimento delle due mozioni di contenuto identico Kuprecht 12.4098 e Humbel 12.4224 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione» accolte dalle Camere federali. Secondo il primo periodo di questo articolo, in

caso di cure ambulatoriali gli assicurati possono scegliere liberamente tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della loro malattia. Tuttavia, in virtù del secondo periodo oggi l'assicuratore assume al massimo i costi che corrispondono alla tariffa vigente nel luogo di residenza o di lavoro della persona assicurata. Tale disposizione deve essere adeguata in modo che i costi vengano assunti dagli assicuratori-malattie secondo le tariffe applicabili per il fornitore di prestazioni prescelto.

Siccome, a differenza delle prestazioni ospedaliere (art. 49a LAMal), i Cantoni non sono tenuti ad assumere parte dei costi per prestazioni ambulatoriali, tale adeguamento si ripercuoterà soltanto sugli assicuratori-malattie. In futuro, dovranno infatti rimborsare le prestazioni ambulatoriali alla tariffa vigente nel luogo di cura. Per la regolamentazione del finanziamento residuo delle spese di cura da parte dei Cantoni resta applicabile l'ultimo periodo dell'articolo 25a capoverso 5 LAMal. Si tiene a far presente che gli assicurati sono altresì liberi di scegliere il fornitore delle prestazioni di cura.

La legge del 19 giugno 1992⁹ sull'assicurazione militare (LAM) riporta nell'articolo 17 capoversi 2 e 4 disposizioni analoghe all'articolo 41 capoverso 1 LAMal. Con la modifica della LAMal s'intende definire la libera scelta del personale medico appropriato per le cure ambulatoriali anche nell'assicurazione militare, come è il caso per l'assicurazione malattie. La restrizione secondo cui l'assicurato deve rivolgersi a personale medico adeguato esercitante nel suo luogo di residenza o nelle immediate vicinanze, fatti salvi i casi urgenti (art. 17 cpv. 2 LAM), viene soppressa. Ecco perché la disposizione di cui all'articolo 17 capoverso 4 LAM, che prevede costi supplementari nel caso in cui la persona assicurata si rivolga, senza autorizzazione dell'assicurazione militare, a personale medico non esercitante nel luogo di residenza o nelle immediate vicinanze, deve a sua volta essere soppressa.

L'assicurazione militare rimborsa le spese di viaggio necessarie affinché una persona assicurata possa recarsi da un medico (art. 19 LAM). Qualora l'assicurato scelga personale medico esercitante al di fuori del luogo di residenza, gli vengono rimborsate le spese di viaggio pari a quelle sostenute, se avesse consultato personale medico esercitante nel luogo di residenza.

Le disposizioni dell'articolo 17 capoversi 2 e 4 LAM, che saranno soppresse con la presente modifica, sono comunque prive d'effetto, poiché nell'assicurazione militare sono state negoziate tariffe unitarie a livello nazionale per i trattamenti ambulatoriali.

1.2.5 Adeguamenti necessari al diritto dell'UE

La presente modifica deve servire anche ad apportare gli adeguamenti necessari in funzione del diritto dell'UE. Nell'atto normativo nel suo complesso, l'espressione «Comunità europea» deve essere sostituita con «Unione europea». Inoltre, deve essere adeguato l'articolo 95a LAMal che disciplina la relazione con il diritto dell'UE, rimandando, per quanto riguarda gli Stati dell'UE, agli attuali regolamenti europei che vertono sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

⁹ RS 833.1

1.3 Confronto con il diritto del Consiglio d'Europa

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 garantisce il rispetto dei diritti sociali ed economici fondamentali negli Stati contraenti. Il diritto alla sicurezza sociale è sancito nell'articolo 12 della Carta sociale: le parti contraenti s'impegnano a stabilire o a mantenere un regime di sicurezza sociale, a mantenere il regime di sicurezza sociale a un livello soddisfacente, ad adoperarsi per elevare progressivamente il livello del regime di sicurezza sociale e a prendere provvedimenti per garantire la parità di trattamento tra i cittadini di ciascuna delle parti. La Svizzera ha sottoscritto la Carta sociale europea il 6 maggio 1976, ma il Parlamento ne ha rifiutato la ratifica nel 1987.

La Carta sociale europea (riveduta) del 3 maggio 1996 ha aggiornato e adeguato il contenuto materiale della Carta del 1961. Essa costituisce un trattato distinto che pertanto non abroga la Carta del 1961. Anche in questo documento il diritto alla sicurezza sociale è sancito nell'articolo 12. La Carta sociale riveduta è entrata in vigore il 1° luglio 1999. La Svizzera non l'ha ratificata.

Il 16 settembre 1977 la Svizzera ha ratificato il Codice Europeo di Sicurezza sociale del 16 aprile 1964¹⁰ escludendo l'applicazione della parte III sull'assistenza medica. Riguardo all'organizzazione dei sistemi di assicurazione sociale, il Codice Europeo di Sicurezza sociale prevede che rappresentanti delle persone protette debbano partecipare all'amministrazione o esservi associati con potere consultivo secondo condizioni prescritte se l'amministrazione non è a cura di un dipartimento governativo soggetto a un Parlamento. La legislazione nazionale può altresì prevedere la partecipazione di rappresentanti dei datori di lavoro e delle autorità (art. 71). Il Codice Europeo di Sicurezza sociale è completato da un protocollo che fissa norme superiori. La Svizzera non ha ratificato questo protocollo.

Il Codice Europeo di Sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 è un trattato distinto dal Codice Europeo di Sicurezza sociale e pertanto non lo sostituisce. Il Codice riveduto estende le normative precedenti ampliando il campo d'applicazione personale, concedendo nuove prestazioni nonché aumentando l'importo per prestazioni in natura. Introduce parallelamente una maggiore flessibilità semplificando le condizioni di ratifica e riformulando le normative in modo che tengano in debita considerazione le regolamentazioni dei vari Stati. Il Codice riveduto è stato ratificato da uno Stato soltanto e pertanto non è ancora entrato in vigore, poiché a tale scopo servono almeno due ratifiche (art. 84 cpv. 2 del Codice Europeo di Sicurezza sociale).

1.4 Interventi parlamentari

Proponiamo di togliere dal ruolo gli interventi parlamentari 12.4098 mozione Kuprecht «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di

¹⁰ RS 0.831.104

discriminazione» e 12.4224 mozione Humbel «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione».

Secondo le due mozioni accolte dal Parlamento, per avvalersi di cure ambulatoriali tutti gli assicurati in Svizzera possono, come finora, scegliere liberamente tra i fornitori di prestazioni autorizzati ed essere certi che in ogni caso i costi saranno assunti dagli assicuratori-malattie conformemente alle tariffe vigenti per il fornitore di prestazioni prescelto. Il presente disegno attua entrambi gli interventi parlamentari.

1.5 Risultati della procedura di consultazione

Il 15 ottobre 2014 il nostro Collegio ha avviato la procedura di consultazione sulla modifica della LAMal (adeguamento delle disposizioni con pertinenza internazionale). Il termine di consultazione era il 15 febbraio 2015.

La maggior parte dei partecipanti, ad eccezione dei fornitori di prestazioni, ha accolto favorevolmente la disposizione relativa alla cooperazione transfrontaliera.

Tutti i Cantoni, salvo GE e NE, rifiutano le nuove disposizioni in materia di assunzione dei costi per gli assicurati UE/AELS in caso di cure ospedaliere in Svizzera. Non sono disposti a partecipare ai costi ospedalieri degli assicurati UE/AELS come fanno con quelli degli assicurati residenti in Svizzera.

L'istituzione di una base legale sufficiente in relazione alle conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte degli assicurati che risiedono in uno Stato dell'UE o dell'AELS è accettata dalla maggioranza dei partecipanti. Sette Cantoni pretendono invece che le prestazioni di tutti gli assicurati UE/AELS possano essere sospese in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi.

Tutti i partecipanti approvano le modifiche relative alla scelta del fornitore di prestazioni e dell'assunzione dei costi in caso di cure ambulatoriali per tutte le persone assicurate in Svizzera.

Per i dettagli della consultazione si rimanda al rapporto sui risultati della procedura di consultazione¹¹.

A causa dell'opposizione dei Cantoni, il nostro Collegio rinuncia alle disposizioni che costringono i Cantoni ad assumere anche la quotaparte cantonale per le cure ospedaliere in Svizzera degli assicurati UE/AELS, come avviene per gli assicurati residenti in Svizzera. Abbiamo esaminato il vantaggio, individuato durante la procedura di consultazione, di cui godono gli assicurati UE/AELS rispetto agli assicurati residenti in Svizzera per quanto riguarda la scelta dell'ospedale e l'assunzione dei costi, adeguando il disegno di conseguenza. Nel presente messaggio abbiamo inoltre integrato varie precisazioni al fine di tenere in debita considerazione le osservazioni scaturite dalla procedura di consultazione.

¹¹ Il rapporto sui risultati della consultazione è disponibile su www.admin.ch > Diritto federale > Procedure di consultazione > Procedure di consultazione ed indagini conoscitive concluse > 2014 > DFI

2**Commento ai singoli articoli***Art. 34 cpv. 2 e 3*

Il vigente articolo 34 capoverso 2 LAMal deve essere riformulato a causa delle nuove disposizioni relative alla cooperazione transfrontaliera. L'eccezione al principio di territorialità introdotta dalla cooperazione transfrontaliera riguarda il secondo punto dell'articolo 34 capoverso 2 lettera a. Le altre eccezioni menzionate nel capoverso 2 e la regolamentazione nel nuovo capoverso 3 sono invariate e corrispondono al vigente articolo 34 capoverso 2 LAMal.

Con l'introduzione della cooperazione transfrontaliera nell'elenco dell'articolo 34 capoverso 2, al Consiglio federale viene assegnata la competenza di emanare regolamentazioni per una cooperazione transfrontaliera illimitata nel tempo. In questo modo si garantisce che gli assicurati residenti in una zona di confine in Svizzera possano farsi curare nelle zone frontaliere all'estero a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Nell'emanare le disposizioni di ordinanza, il Consiglio federale si ispirerà principalmente ai criteri del vigente articolo 36a OAMal.

Titolo prima dell'art. 41

Al momento dell'introduzione dell'articolo 41a LAMal è stata omessa la rubrica dell'articolo 41 LAMal, benché fosse l'unico articolo della sezione, e dimenticato l'adeguamento del titolo che precede tale articolo. Ecco il motivo per cui ora viene adeguato il titolo che precede l'articolo 41. L'attuale titolo viene trasformato nella rubrica dell'articolo 41 LAMal e la rubrica dell'articolo 41a LAMal viene completata.

Art. 41 cpv. 1, secondo periodo, 2, 2^{bis} e 2^{ter}

In adempimento delle mozioni Kuprecht 12.4098 e Humbel 12.4224 «Abrogare una disposizione della LAMal avulsa dalla realtà e fonte di discriminazione» accolte dal Parlamento, l'articolo 41 capoverso 1 LAMal viene adeguato in modo che, in caso di cure ambulatoriali, gli assicurati abbiano, come finora, libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati, idonei alla cura della loro malattia, e che ora i costi vengano assunti in ogni caso dagli assicuratori-malattie secondo le tariffe applicabili per il fornitore di prestazioni prescelto.

Questo adeguamento rende superfluo il vigente articolo 41 capoverso 2 LAMal, secondo cui per la consultazione di un altro fornitore di prestazioni per motivi d'ordine medico l'assunzione dei costi si orienta alla tariffa valida per questo fornitore di prestazioni; questo capoverso è sostituito da un nuovo capoverso 2, secondo il quale gli assicurati UE/AELS, in caso di cure ospedaliere in Svizzera, hanno libera scelta tra gli ospedali figuranti nell'elenco.

Il nuovo capoverso 2^{bis} prevede che, se gli assicurati UE/AELS hanno un riferimento attuale in un Cantone, quest'ultimo è determinante per la remunerazione della prestazione. L'assicuratore assume la remunerazione secondo l'articolo 37 OAMal

al massimo fino alla tariffa applicabile per questa cura in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone stesso.

Il nuovo capovero 2^{ter} prevede che se gli assicurati UE/AELS non hanno un punto di riferimento in Svizzera, la remunerazione viene assunta dall'assicuratore secondo l'articolo 37 OAMal, tuttavia al massimo fino alla tariffa applicabile in un Cantone di riferimento. Quest'ultimo sarà determinato dal Consiglio federale.

Art. 64a cpv. 9, secondo e terzo periodo

In questa disposizione sono integrati due complementi affinché i disciplinamenti già sanciti nell'articolo 105m OAMal abbiano una base legale sufficiente.

Ora è esplicitamente previsto che, in caso di assicurati residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS, il cui diritto permette agli assicuratori-malattie di recuperare i premi e le partecipazioni ai costi non pagati, il Consiglio federale può obbligare i Cantoni ad assumere l'85 per cento dei crediti, come già fatto nell'articolo 105m capovero 1 OAMal.

Se conformemente al diritto di tale Stato non è possibile recuperare i premi e le partecipazioni ai costi non pagati, il Consiglio federale può inoltre concedere agli assicuratori-malattie il diritto di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni.

Art. 79a

In questo articolo viene unicamente inserito il rinvio all'articolo 25a.

Art. 95a

Affinché le disposizioni di coordinamento convenute nell'Accordo sulla libera circolazione delle persone si applichino in aggiunta alle rispettive disposizioni di legge nazionali e prevalgano su eventuali disposizioni divergenti, in ogni legge sulle assicurazioni sociali è stato precisato che si deve tenere conto dell'Accordo e degli atti normativi ivi designati¹². L'attuale disposizione di rinvio deve essere aggiornata e completata con i nuovi atti normativi dell'Accordo. Dall'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone, la sezione A del relativo allegato II è stata adeguata da quattro decisioni del Comitato misto: la decisione n. 2/2003 del 15 luglio 2003¹³, la decisione n. 1/2006 del 6 luglio 2006¹⁴, la decisione n. 1/2012 del 31 marzo 2012¹⁵ e la decisione n. 1/2014 del 28 novembre 2014¹⁶. Il Consiglio federale ha approvato di moto proprio gli aggiornamenti della sezione A dell'allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone che precisano i principi di coordinamento e la loro esecuzione tecnica senza richiedere adeguamenti materiali sul piano legale. L'aggiornamento dei rispettivi rimandi nelle leggi di sicurezza sociale alla sezione A dell'allegato II all'Accordo sulla libera circolazione

¹² Messaggio del 23 giugno 1999 concernente l'approvazione degli accordi settoriali tra la Svizzera e la CE, n. 275.211, FF 1999 5092 5312.

¹³ RU 2004 1277

¹⁴ RU 2006 5851

¹⁵ RU 2012 2345

¹⁶ RU 2015 333

delle persone e agli atti normativi dell'UE ivi menzionati sono invece di competenza dell'Assemblea federale.

Lo stesso vale per l'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS che finora è stata aggiornata due volte. Il terzo aggiornamento è imminente e richiederà anche l'aggiornamento dei rimandi al diritto dell'UE nelle leggi in materia di assicurazioni sociali.

Per queste ragioni le disposizioni di rinvio nelle leggi sulle assicurazioni sociali sono state riformulate. Il capoverso 1 designerà in modo più preciso il diritto applicabile facendo riferimento al campo d'applicazione personale, ai relativi atti normativi dell'UE e alla versione dell'allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone determinante per la Svizzera. Vengono altresì menzionati i regolamenti (CE) n. 883/2004¹⁷ e n. 987/2009¹⁸ in cui sono stati aggiornati i principi di coordinamento dei regolamenti (CEE) n. 1408/71¹⁹ e n. 574/72²⁰ e che sono determinanti per la Svizzera dal terzo aggiornamento della sezione A dell'allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone. Se nei regolamenti (CE) n. 883/2004 o n. 987/2009 vi si fa riferimento o sono interessati casi del passato, la sezione A dell'allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone continua a riferirsi ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e n. 574/72.

Il capoverso 2 relativo all'allegato K appendice 2 della Convenzione AELS viene riformulato in questa occasione in modo analogo; per i rapporti tra la Svizzera e i suoi partner dell'AELS restano determinanti i regolamenti (CEE) n. 1408/71 e n. 574/72.

Secondo il nuovo capoverso 3, il Consiglio federale è autorizzato ad adeguare autonomamente i rimandi agli atti normativi dell'UE nei capoversi 1 e 2 delle disposizioni di rinvio nelle leggi sulle assicurazioni sociali, ogni qualvolta la sezione A dell'allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone o l'allegato K appendice 2 della Convenzione AELS saranno modificati.

Il capoverso 4 precisa che tutte le espressioni utilizzate per gli Stati membri dell'UE nelle leggi sulle assicurazioni sociali designano gli Stati contraenti ai quali si applica l'Accordo sulla libera circolazione delle persone.

¹⁷ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale; RS **0.831.109.268.1**.

¹⁸ Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale; RS **0.831.109.268.11**.

¹⁹ Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro

familiari che si spostano all'interno della Comunità.

²⁰ Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità.

Modifica di un altro atto normativo

Legge federale sull'assicurazione militare

Siccome con la revisione della LAMal del 21 dicembre 2007²¹ è stata abolita la distinzione tra cure ospedaliere e semiospedaliere, si deve introdurre lo stesso adeguamento anche nell'assicurazione militare. Ecco perché negli articoli 16 capoverso 2 primo periodo, 17 titolo e capoverso 3 primo periodo nonché 71 capoverso 1 LAM viene abolita l'espressione «cura semiospedaliera» e sono apportati gli adeguamenti grammaticali del caso.

Nell'articolo 17 capoverso 2 e 4 LAM per le cure ambulatoriali è stata abolita la limitazione al personale medico adeguato esercitante nel luogo di residenza dell'assicurato o nelle sue immediate vicinanze, ad eccezione dei casi urgenti (cpv. 2), e il conseguente addebito delle spese supplementari in caso di inosservanza di questa limitazione (cpv. 4). Nell'ambito dell'assicurazione militare, come nel caso dell'assicurazione malattie, sussiste pertanto la possibilità di scegliere liberamente il personale medico adeguato in caso di cure ambulatoriali.

3 Ripercussioni

3.1 Ripercussioni per la Confederazione

La modifica della LAMal non comporta ripercussioni né finanziarie, né riguardanti il personale, né di altro tipo per la Confederazione.

3.2 Ripercussioni finanziarie per i Cantoni

La nuova disposizione, che prevede la possibilità di cooperazione transfrontaliera permanente nelle regioni limitrofe svizzere per cui esistono già progetti pilota, intende garantire che possano essere sfruttate le sinergie sul piano tecnico e del personale. In futuro, tutte le regioni limitrofe potranno usufruire di questa nuova cooperazione transfrontaliera. Ai sensi della nuova disposizione, i Cantoni non dovranno sopportare costi. Nell'ambito dei due progetti pilota in corso, i Cantoni assumono la quotaparte cantonale per le cure ospedaliere benché, per legge, non siano costretti a farlo per le cure ospedaliere all'estero. La stessa libertà viene loro concessa con la nuova cooperazione transfrontaliera. Non vengono generati costi supplementari per i Cantoni perché nel contempo viene meno la cura in Svizzera a cui dovrebbero partecipare.

Le altre disposizioni non hanno alcuna ripercussione finanziaria per i Cantoni.

²¹ RU 2008 2049

3.3 Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie

La nuova disposizione relativa alla cooperazione transfrontaliera duratura non dovrebbe causare costi supplementari all'assicurazione malattie, anche se viene ampliata l'offerta. Già oggi a livello di ordinanza è previsto che le tariffe delle prestazioni fornite all'estero non possono superare le tariffe svizzere; i progetti pilota in corso hanno inoltre dimostrato che non vi è stato nessun aumento del volume delle prestazioni.

L'adeguamento dell'articolo 41 capoverso 1 secondo periodo LAMal e la soppressione del vigente capoverso 2 comportano, da una parte, una riduzione dei costi amministrativi per gli assicuratori-malattie: le disposizioni vigenti generano grandi oneri amministrativi, poiché gli assicuratori devono esaminare ogni singolo caso. Dall'altra, la modifica può implicare costi superiori nell'ambito delle cure ambulatoriali. Secondo i calcoli dell'UFSP, l'aumento dei costi delle prestazioni non dovrebbe superare la riduzione dei costi amministrativi per gli assicuratori-malattie. Non risultano pertanto ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie.

Le altre disposizioni non hanno alcuna ripercussione finanziaria per l'assicurazione malattie.

3.4 Ripercussioni per l'economia

Non sono attese ripercussioni per l'economia.

4 Programma di legislatura e strategie nazionali del Consiglio federale

4.1 Rapporto con il programma di legislatura

Il disegno non è annunciato né nel messaggio del 25 gennaio 2012²² sul programma di legislatura 2011–2015, né nel decreto federale del 15 giugno 2012²³ sul programma di legislatura 2011–2015.

La modifica legislativa proposta è comunque opportuna poiché, altrimenti, l'attuale cooperazione transfrontaliera non potrebbe essere proseguita.

4.2 Rapporto con le strategie nazionali del Consiglio federale

Con la disposizione relativa alla cooperazione transfrontaliera del presente progetto viene attuata una misura dell'obiettivo «Rafforzare l'integrazione internazionale» contenuta nella Strategia del Consiglio federale «Sanità2020».

²² FF 2012 305

²³ FF 2012 6413

5 Aspetti giuridici

5.1 Costituzionalità e legalità

Il progetto si fonda sull'articolo 117 della Costituzione federale²⁴. Ai sensi di questa disposizione la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione malattie e l'assicurazione contro gli infortuni.

5.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera

Le presenti modifiche di legge sono compatibili con gli impegni internazionali della Svizzera e, in particolare, con l'Accordo sulla libera circolazione delle persone e con la Convenzione AELS. L'allegato II all'Accordo sulla libera circolazione delle persone e l'allegato K appendice 2 della Convenzione AELS fanno in modo che in Svizzera, nelle relazioni con gli Stati dell'UE o dell'AELS, sia applicabile il diritto di coordinamento dell'UE relativo ai sistemi di sicurezza sociale. Per quanto riguarda la garanzia della libera circolazione delle persone, tale diritto non mira ad armonizzare i sistemi nazionali della sicurezza sociale. Gli Stati membri sono liberi di determinare in ampia misura la struttura concreta, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei sistemi di sicurezza sociale. Devono tuttavia attenersi ai principi di coordinamento come ad esempio il divieto di discriminazione, il calcolo dei periodi assicurativi e la fornitura transfrontaliera delle prestazioni che sono disciplinati nel regolamento (CE) n. 883/2004 e nel rispettivo regolamento d'applicazione (CE) n. 987/2009.

5.3 Forma dell'atto

Le disposizioni proposte riguardano importanti regolamentazioni sui diritti e gli obblighi dei Cantoni, degli assicuratori e degli assicurati. Ecco perché devono poggiare su una chiara base legale formale.

5.4 Subordinazione al freno alle spese

Conformemente all'articolo 159 capoverso 3 lettera b della Costituzione federale, le disposizioni in materia di sussidi nonché i crediti d'impegno e i limiti di spese che comportano nuove spese uniche di oltre 20 milioni di franchi o nuove spese ricorrenti di oltre 2 milioni di franchi richiedono il consenso della maggioranza dei membri di entrambe le Camere. Siccome il progetto non prevede né disposizioni in materia di sussidi né decisioni di finanziamento a carico della Confederazione, non è subordinato al freno alle spese.

²⁴ RS 101

5.5 Delega di competenze legislative

L'articolo 96 LAMal conferisce al Consiglio federale la competenza di emanare disposizioni d'esecuzione nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie.

Il progetto autorizza il Consiglio federale a emanare disposizioni nei seguenti ambiti.

Deve definire le condizioni per l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite nell'ambito della cooperazione transfrontaliera all'estero per gli assicurati residenti in Svizzera (art. 34 cpv. 2 lett. a D-LAMal).

In virtù della nuova disposizione dell'articolo 41 capoverso 2^{ter} D-LAMal, il Consiglio federale deve designare un Cantone di riferimento. Per gli assicurati residenti in uno Stato dell'UE o dell'AELS che percepiscono una rendita svizzera, nonché i loro familiari, le cure ospedaliere sono remunerate al massimo alla tariffa applicabile per la rispettiva cura in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di riferimento predefinito.

Con il complemento alla norma di delega dell'articolo 64a capoverso 9 D-LAMal viene soltanto istituita la base legale necessaria per le disposizioni di ordinanza già esistenti.