



Berna, 18 ottobre 2023

Destinatari

i Governi cantonali

Modifiche dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre; RS 832.112.31)

Avvio della procedura di consultazione

Onorevoli Presidenti,
Onorevoli Consiglieri di Stato,

in data 18 ottobre 2023 il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di svolgere una procedura di consultazione presso i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello svizzere dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello svizzere dell'economia e le cerchie interessate in merito alle modifiche dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal) e dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre). L'entrata in vigore delle modifiche è prevista per il 1 luglio 2024.

Organizzazioni di farmacisti e organizzazioni di dentisti

Il diritto vigente prevede per tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali che possono esercitare come persone fisiche a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) la possibilità di essere autorizzati anche come organizzazione, ad eccezione dei farmacisti e dei dentisti. Con l'introduzione nell'OAMal di organizzazioni di farmacisti (nuovo art. 41 OAMal) e di dentisti (nuovo art. 43 OAMal), si creano i presupposti giuridici per l'autorizzazione di tali organizzazioni come fornitori di prestazioni che esercitano a carico dell'AOMS. Il nuovo articolo 41 OAMal riguardante le organizzazioni di farmacisti rende inoltre necessaria una modifica dell'articolo 4a capoverso 1 OPre da parte del DFI.

Fatturazione delle analisi

L'articolo 59 capoverso 3 OAMal stabilisce che nel caso di un'analisi la fatturazione al debitore della remunerazione è effettuata esclusivamente dal laboratorio che ha eseguito l'analisi. Le tariffe forfettarie secondo l'articolo 49 LAMal rimangono tuttavia salve. Il pacchetto 1a per il contenimento dei costi comprende fra le altre cose la promozione di tariffe forfettarie ambulatoriali. Rispetto al nuovo disciplinamento delle tariffe forfettarie nel settore ambulatoriale questo può tuttavia avere un effetto restrittivo, in quanto in fattura le analisi devono essere indicate separatamente e non come componente di importi forfettari. Pertanto, per le analisi che fanno parte di una tariffa forfettaria nel settore ambulatoriale e non vengono quindi fatturate dal laboratorio al debitore, è necessario adeguare l'OAMal. In considerazione dei suddetti motivi, l'articolo 59 OAMal deve essere integrato aggiungendo al capoverso 3 un'ulteriore riserva relativa alle tariffe forfettarie per paziente nel settore ambulatoriale (art. 43 cpv. 5–5^{quater} LAMal).



Passaggio nel corso dell'anno

Gli assicurati con un'assicurazione ordinaria (con franchigia ordinaria di 300 franchi e libera scelta dei fornitori di prestazioni) possono passare nel corso dell'anno a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni (comunemente chiamata modello di assicurazione alternativo, p. es. modello medico di famiglia, HMO, modello telefonico [anche detto Telmed]), mentre tale possibilità è al momento preclusa agli assicurati con franchigie opzionali e libera scelta dei fornitori di prestazioni. Modificando la disposizione dell'articolo 100 capoverso 2 OAMal si concede anche a questi assicurati la possibilità di passare nel corso dell'anno, e non più soltanto alla fine dell'anno civile, a un «modello alternativo» economico e meglio coordinato.

Obbligo di notifica importo di compensazione

Gli assicuratori fissano i premi indipendentemente dal reddito e uniformemente per persona in base a fascia d'età (bambini, giovani adulti e adulti), regione di domicilio, modello assicurativo scelto e ammontare della franchigia scelto. Come correttivo sociale al premio unitario, la LAMal prevede che i premi di assicurati di modeste condizioni economiche siano ridotti attraverso contributi federali e cantonali. In caso di riduzione delle riserve gli assicuratori interessati trasferiscono l'importo di compensazione anche agli assicurati i cui premi sono stati ridotti in tutto o in parte dal Cantone. Attualmente l'assicuratore non ha alcun obbligo legale di comunicare questi pagamenti compensativi al Cantone, anche nel caso in cui quest'ultimo abbia ridotto, del tutto o in parte, i premi di determinati assicurati. Con la modifica dell'articolo 106c capoverso 1 OAMal si vogliono obbligare gli assicuratori a comunicare ai Cantoni l'importo di compensazione in aggiunta al premio approvato. Questo adeguamento consente ai Cantoni di tenere conto dell'importo di compensazione nella determinazione della riduzione dei premi, posto che la legislazione cantonale lo preveda.

Con la presente vi trasmettiamo il progetto nell'ambito della procedura di consultazione, invitandovi a prendere posizione sui progetti di ordinanza e sul rapporto esplicativo. La consultazione si concluderà il

1° febbraio 2024.

La documentazione relativa alla consultazione può essere scaricata all'indirizzo: <https://www.fedlex.admin.ch/it/consultation-procedures/ongoing>.

Ci adoperiamo per pubblicare documenti accessibili ai sensi della legge sui disabili (LDi; RS 151.3). Vi invitiamo dunque a trasmetterci i vostri pareri, se possibile in forma elettronica **tramite il modulo Word messo a disposizione**, entro il termine della consultazione, ai seguenti indirizzi e-mail, indicando anche una persona da contattare in caso di eventuali domande:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

La segreteria della divisione Vigilanza delle assicurazioni dell'Ufficio federale della sanità pubblica (tel. +41 31 32 370 65) è a vostra disposizione per domande ed eventuali informazioni.



Distinti saluti

Alain Berset
Consigliere federale