



Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)

(Adeguamento alla modifica dell'ordinanza sullo Stato ospite, adeguamento in seguito alla revisione del 30 settembre 2016 della LAMal, modifica in base a una sentenza del Tribunale federale, modifiche nel capitolo sul mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi, importo restante dalla correzione dei premi)

Modifiche previste per il 1° gennaio 2018 e per il 1° gennaio 2019

Rapporto esplicativo

Berna, novembre 2017

Indice

1	Situazione iniziale.....	3
1.1	Disposizioni con pertinenza internazionale	3
1.2	Sentenza del Tribunale federale secondo cui i premi devono essere riscossi su base giornaliera.....	3
1.3	Richieste della CDS e di santésuisse in riferimento al capitolo " Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi"	3
2	Contenuto della revisione, principali modifiche	4
2.1	Adeguamento alla modifica dell'ordinanza sullo Stato ospite (OSOsp; RS 192.121).....	4
2.2	Adeguamento in seguito alla revisione del 30 settembre 2016 della LAMal	4
2.3	Modifica in base a una sentenza del Tribunale federale secondo cui i premi devono essere riscossi su base giornaliera	5
2.4	Modifiche nel capitolo "Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi" ...	5
2.5	Altre modifiche	5
3	Commento alle singole disposizioni.....	6
3.1	Articolo 6 Persone a beneficio di privilegi in virtù del diritto internazionale	6
3.2	Articolo 19a Ripartizione tra i Cantoni della quotaparte cantonale.....	7
3.3	Articolo 22 Contenzioso.....	8
3.4	Articolo 23.....	8
3.5	Articolo 29 Effettivo medio degli assicurati	9
3.6	Articolo 36a Assunzione dei costi in caso di cooperazione transfrontaliera.....	9
3.7	Articolo 36b Assunzione dei costi per assicurati residenti all'estero.....	11
3.8	Articolo 37 Assunzione dei costi in caso di assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni per persone assicurate all'estero	12
3.9	Articolo 91 Graduazione dei premi	13
3.10	Articolo 99 Assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni a. Principio...	13
3.11	Articolo 105e Notifiche relative alle esecuzioni.....	13
3.12	Articolo 105f Notifiche relative ai certificati di carenza di beni.....	14
3.13	Articolo 105j Organo di revisione	15
3.14	Articolo 105k Pagamenti dei Cantoni agli assicuratori.....	15
3.15	Articolo 136 Importo restante dalla correzione dei premi	17
4	Entrata in vigore	18

1 Situazione iniziale

1.1 Disposizioni con pertinenza internazionale

Il 30 settembre 2016, l'Assemblea federale ha approvato la revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) (FF 2016 6859). Il termine di referendum è scaduto il 19 gennaio 2017. La revisione autorizza il Consiglio federale a emanare disposizioni negli ambiti esposti qui di seguito.

Il Consiglio federale deve stabilire le condizioni per l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite all'estero nel quadro della cooperazione transfrontaliera ad assicurati residenti in Svizzera (art. 34 cpv. 2 lett. a LAMal riv.).

Secondo l'articolo 41 capoverso 2^{ter} della LAMal rivista, le cure ospedaliere fornite in Svizzera ad assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia e percepiscono una rendita svizzera o a loro familiari vengono remunerate al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di riferimento che il Consiglio federale deve designare.

In caso di cure ospedaliere fornite in Svizzera agli assicurati menzionati sopra, i Cantoni sono obbligati ad assumere congiuntamente la quotaparte cantonale fissata dal Cantone di ubicazione e ripartita sui singoli Cantoni proporzionalmente alla popolazione residente (art. 49a cpv. 3^{bis} LAMal riv.). L'attuazione di questa disposizione esige la definizione di una procedura a livello di ordinanza.

Inoltre, il Consiglio federale fissa l'entrata in vigore della revisione della LAMal.

In aggiunta a quelle menzionate, con la presente revisione dell'ordinanza del 27 giugno 1995¹ sull'assicurazione malattie (OAMal) vengono emanate anche altre disposizioni con pertinenza internazionale necessarie ma non connesse con la revisione del 30 settembre 2016 della LAMal.

1.2 Sentenza del Tribunale federale secondo cui i premi devono essere riscossi su base giornaliera

Sino alla fine del 2015, era prassi tra gli assicuratori riscuotere i premi per l'intero mese anche se, in particolare in caso di nascita, decesso, partenza all'estero, arrivo dall'estero o assoggettamento all'assicurazione militare, dovevano garantire la copertura assicurativa solo per una parte di tale periodo.

Il 3 dicembre 2015, il Tribunale federale ha deciso che alla cessazione dell'obbligo d'assicurazione (decesso, partenza all'estero) l'assicuratore deve restituire il premio per la parte rimanente del mese (DTF 142 V 87). In seguito a questa sentenza, ora gli assicuratori calcolano i premi degli assicurati, che nel corso del mese entrano o escono dall'assicurazione, non più per l'intero mese bensì su base giornaliera. Di questo bisognerà tenere conto per il calcolo degli effettivi medi degli assicurati (art. 29).

1.3 Richieste della CDS e di santésuisse in riferimento al capitolo " Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi"

Il 19 marzo 2010, il Parlamento ha modificato il disciplinamento del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi, nonché della riduzione del premio (art. 64a e 65 LAMal). Parallelamente, ha stabilito che l'importo forfetario annuo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) secondo la legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC; RS 831.30) deve essere versato all'assicuratore (art. 21a LPC). Il Consiglio federale ha quindi emanato le pertinenti disposizioni esecutive (art. 105b–106e OAMal, e art. 22 cpv. 5

¹ RS 832.102

e 54 cpv. 5 dell'ordinanza sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, OPC-AVS/AI; RS 831.301). Sia le modifiche delle leggi sia le modifiche delle ordinanze sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

Alla fine del 2015, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e *santésuisse*, gli assicuratori svizzeri, hanno chiesto all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) di far modificare gli articoli 105e, 105f, 105j e 105k OAMal, adducendo un bisogno di precisazioni nell'attuazione dello scambio di dati secondo l'articolo 64a LAMal.

2 Contenuto della revisione, principali modifiche

2.1 Adeguamento alla modifica dell'ordinanza sullo Stato ospite (OSOsp; RS 192.121)

Con la revisione dell'articolo 6 OAMal, gli accompagnatori di beneficiari di privilegi in virtù della legge sullo Stato ospite (LSO; RS 191.12) possono essere esentati dall'affiliazione all'AOMS se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente dell'assicurazione malattie di un'organizzazione internazionale. Lo stesso vale per gli accompagnatori di persone che non esercitano più un'attività presso un'organizzazione internazionale ma che continuano a essere affiliate all'assicurazione malattie di questa organizzazione. Questo disciplinamento serve a impedire le doppie affiliazioni ed è armonizzata con la OSOsp rivista entrata in vigore il 1° gennaio 2016.

2.2 Adeguamento in seguito alla revisione del 30 settembre 2016 della LAMal

Sulla scorta dell'articolo 34 capoverso 2 lettera a della LAMal rivista, il Consiglio federale deve definire le condizioni per l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite all'estero nel quadro della cooperazione transfrontaliera ad assicurati residenti in Svizzera. Al riguardo, le nuove disposizioni dell'articolo 36a OAMal si ispirano ampiamente al vigente articolo 36a OAMal per i progetti pilota.

Conformemente all'articolo 41 capoverso 2^{ter} della LAMal rivista, le cure ospedaliere fornite ad assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia e percepiscono una rendita svizzera o da loro familiari vengono remunerate al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di riferimento. Vista la necessità di disporre di un disciplinamento durevole e attuabile per gli assicuratori-malattie, nell'articolo 36b capoverso 1 OAMal come Cantone di riferimento è designato il Cantone di Berna.

L'articolo 49a capoverso 3^{bis} della LAMal rivista obbliga i Cantoni, in caso di cure ospedaliere fornite in Svizzera ad assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia e percepiscono una rendita svizzera o a loro familiari, ad assumere congiuntamente la quotaparte cantonale fissata dal Cantone di ubicazione e ripartita sui singoli Cantoni proporzionalmente alla popolazione residente. Affinché questa disposizione di legge possa essere attuata, a livello di ordinanza viene definita una procedura semplice. Gli assicuratori versano all'ospedale entrambe le quote parti e per ottenere il rimborso dell'anticipo della quotaparte cantonale presentano all'istituzione comune i loro crediti nei confronti dei Cantoni (art. 36b cpv. 2 OAMal). In questo contesto, all'istituzione comune vengono assegnati i nuovi compiti seguenti: ricevimento dei crediti degli assicuratori-malattie, calcolo del contributo che ogni Cantone deve versare, riscossione di tale contributo da ogni Cantone e pagamento dei crediti degli assicuratori. Dato che l'istituzione comune assolve già compiti a livello internazionale e che in virtù dell'articolo 18 capoverso 3 LAMal il Consiglio federale può assegnarle altri compiti, segnatamente in materia di esecuzione di obblighi internazionali, è naturale affidarle anche i nuovi compiti citati (art. 19a OAMal).

2.3 Modifica in base a una sentenza del Tribunale federale secondo cui i premi devono essere riscossi su base giornaliera

Sulla base di questa sentenza gli assicuratori devono calcolare gli effettivi medi degli assicurati non più su base mensile bensì su base giornaliera (art. 29).

2.4 Modifiche nel capitolo "Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi"

Per migliorare l'attuazione dell'articolo 64a LAMal da parte dei Cantoni e degli assicuratori, alla fine del 2015 la CDS e santésuisse hanno richiesto le seguenti modifiche:

- l'assicuratore deve comunicare al Cantone non solo i dati personali dei debitori nei confronti dei quali avvia una procedura di esecuzione, ma anche quelli di eventuali altri assicurati coinvolti (p. es. bambini) (art. 105e cpv. 1);
- l'assicuratore deve informare il Cantone sull'evoluzione dei certificati di carenza di beni rilasciati dall'inizio dell'anno entro due settimane dalla fine di ogni trimestre (art. 105f cpv. 1);
- l'organo di revisione deve essere obbligato a verificare le informazioni fornite dagli assicuratori concernenti anche le restituzioni al Cantone secondo l'articolo 64a capoverso 5 LAMal (art. 105j);
- per quanto riguarda i pagamenti del Cantone agli assicuratori, occorre un nuovo disciplinamento che indichi come procedere in caso di riduzione del premio per un periodo per il quale il Cantone ha già assunto un credito giusta l'articolo 64a capoverso 4 LAMal (art. 105k).

2.5 Altre modifiche

L'entrata in vigore il 1° gennaio 2016 della legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal; RS 832.12) rende necessaria una modifica dell'articolo 23. Inoltre, viene introdotto un nuovo articolo 136 che disciplina la destinazione dell'importo restante dalla correzione dei premi. L'importo restante dal supplemento di premio e dal contributo degli assicuratori deve essere versato nel fondo per i casi d'insolvenza. L'importo restante dal contributo della Confederazione deve essere utilizzato innanzitutto per coprire i costi di attuazione derivanti all'istituzione comune e un eventuale ulteriore resto versato nel fondo citato.

3 Commento alle singole disposizioni

3.1 Articolo 6 Persone a beneficio di privilegi in virtù del diritto internazionale

Capoverso 3

In occasione della modifica OSOsp, entrata in vigore il 1° gennaio 2008, l'articolo 6 capoverso 3 OAMal era stato modificato e, nella nuova versione, erano stati involontariamente omessi i familiari. Il Dipartimento federale degli affari esteri (DFAE) intende ora eliminare questa lacuna. Per evitare casi di doppia assicurazione, propone di reintrodurre la possibilità di esentare dall'obbligo d'assicurazione le persone assicurate insieme al titolare principale presso l'assicurazione malattie della sua organizzazione precedente. La definizione del campo d'applicazione personale di cui al capoverso 3 è semplificata per rispecchiare meglio la realtà. In effetti, secondo la prassi attuale, solo le organizzazioni intergovernative, le istituzioni internazionali, i segretariati o gli altri organi istituiti da un trattato internazionale e i tribunali internazionali di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere a, b, i e k della legge sullo Stato ospite (LSO; RS 192.12) offrono al loro personale una copertura assicurativa per le cure in Svizzera. Per evitare un lungo elenco di beneficiari istituzionali, si rimanda semplicemente alle lettere pertinenti di cui all'articolo 2 capoverso 1 LSO. Lo stesso vale per il capoverso 4.

Secondo il vigente capoverso 3, gli ex funzionari in pensione devono beneficiare di una copertura assicurativa «equivalente» per poter essere esentati dall'obbligo d'assicurazione e anche i capoversi 2, 4 e 7 dell'articolo 2 OAMal relativi ai motivi di esenzione pongono la condizione di una copertura assicurativa «equivalente». Nell'interesse degli assicurati coinvolti, occorre fare in modo che questi ultimi siano esentati dall'obbligo d'assicurazione unicamente se la loro copertura assicurativa privata equivale a tutti gli effetti a quella della LAMal. Per facilitare la comprensione delle condizioni necessarie per un'esenzione, è opportuno armonizzare la loro formulazione nel vigente capoverso 3 e nel nuovo capoverso 4 inserendovi esplicitamente la condizione di una copertura assicurativa equivalente.

Nei capoversi 3 e 4 è opportuno precisare che l'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione dall'obbligo assicurativo. L'aggiunta di questa frase (*in fine*) è giustificata dal fatto che tali persone non beneficiano di alcun privilegio in virtù del diritto internazionale o vi hanno rinunciato, per cui non vi è motivo di permettere loro di ritornare sulla loro scelta assicurativa come prevede l'articolo 7 capoverso 6 OAMal per i beneficiari di privilegi ai sensi dell'articolo 6 capoverso 1. Trattandosi di persone che risiedono stabilmente in Svizzera è opportuno evitare un andirivieni tra diversi sistemi assicurativi per motivi particolari (finanziari o di altra natura). Inoltre, sarebbe contrario al principio di solidarietà consentire a tali persone di entrare nel sistema LAMal quando sono anziane malate, senza avervi mai contribuito.

Il termine per la presentazione della domanda di esenzione, come per gli altri motivi di esenzione, è di tre mesi a partire dall'inizio dell'obbligo di assicurazione o tre mesi dall'inizio del motivo di esenzione. Lo stesso vale per il capoverso 4.

Capoverso 4

Le persone autorizzate ad accompagnare le persone beneficiarie, di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettera c LSO in combinato disposto con l'articolo 11 capoversi 1 lettera f, 2 lettera f e 3 lettera g OSOsp, non sono soggette all'assicurazione malattie obbligatoria e possono affiliarsi presso l'assicurazione dell'organizzazione internazionale insieme al titolare principale. Sinora questa regola si applicava unicamente alle persone che non esercitavano alcuna attività lucrativa. Quelle che lavoravano dovevano assicurarsi in Svizzera, anche se beneficiavano della copertura assicurativa dell'organizzazione internazionale. Per evitare casi di doppia imposizione, il DFAE ha rivisto l'articolo 24 OSOsp. Dal 1° gennaio 2016, i familiari e altre persone autorizzate ad accompagnare il titolare principale (secondo l'art. 22 OSOsp) che scambiano la loro carta di legittimazione con un permesso Ci per poter esercitare un'attività lucrativa in Svizzera non sono più soggetti all'assicurazione malattie obbligatoria. Queste persone non appartengono al campo d'applicazione del capoverso 4 bensì a quello del capoverso 1. Secondo l'articolo 20 LSO, esse

beneficiano degli stessi privilegi, immunità e facilitazioni del beneficiario principale. La rinuncia ai privilegi concerne unicamente l'esercizio di un'attività lavorativa (art. 22 cpv. 4 OSOsp). Ne fanno eccezione le persone che secondo l'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALCP: RS 0.142.112.681) sono assicurate in uno Stato membro dell'UE/AELS insieme al beneficiario principale. Se iniziano a esercitare un'attività lucrativa in Svizzera, queste persone soggiacciono all'obbligo di assicurazione.

Tuttavia, l'OSOsp non si applica alle persone che non beneficiano di privilegi in virtù del diritto internazionale. Pertanto, i loro familiari e le persone che le accompagnano in possesso di un permesso di soggiorno o di domicilio, o di un permesso per frontalieri, nonché le persone di nazionalità svizzera, rimangono soggetti all'assicurazione malattie obbligatoria anche se possono affiliarsi all'assicurazione dell'organizzazione internazionale insieme al titolare principale. La presente revisione vuole evitare casi di doppia assicurazione anche per queste persone.

3.2 Articolo 19a Ripartizione tra i Cantoni della quotaparte cantonale

In caso di cure ospedaliere fornite in Svizzera ad assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia e percepiscono una rendita svizzera, o a loro familiari, i Cantoni sono obbligati conformemente all'articolo 49a capoverso 3^{bis} della LAMal rivista ad assumere congiuntamente la quotaparte cantonale fissata dal Cantone di ubicazione e ripartita sui singoli Cantoni proporzionalmente alla popolazione residente. Affinché questa disposizione possa essere attuata, a livello di ordinanza viene definita una procedura. I compiti che quest'ultima comporta devono essere affidati a un'istituzione.

L'istituzione comune esegue già diversi compiti per i beneficiari di rendite e i loro familiari che risiedono in uno Stato membro dell'UE/AELS: decide delle loro domande di esenzione dall'obbligo d'assicurazione (art. 18 cpv. 2^{bis} LAMal), assegna a un assicuratore quelli che non hanno assolto tempestivamente l'obbligo d'assicurazione (art. 18 cpv. 2^{ter} LAMal) e effettua per loro la riduzione dei premi (art. 18 cpv. 2^{quinqüies} LAMal). In base all'articolo 18 capoverso 3 LAMal, il Consiglio federale ha la facoltà di assegnare all'istituzione comune altri compiti, segnatamente in materia d'esecuzione di obblighi internazionali. Per tutti questi motivi, appare naturale conferire all'istituzione comune anche i nuovi compiti per il gruppo di persone citato.

Per ridurre al minimo i costi per l'esecuzione dei nuovi compiti da parte dell'istituzione occorre prevedere una procedura semplice che eviti doppioni. Nel nuovo articolo 36b capoverso 2 OAMal viene pertanto disciplinato che, in caso di cure ospedaliere fornite a questo gruppo di persone, gli assicuratori versano all'ospedale entrambe le quoteparti e per ottenere rimborso della prestazione anticipata presentano all'istituzione comune i loro crediti nei confronti dei Cantoni. Compiti come la verifica degli aventi diritto e il controllo delle fatture degli ospedali rimangono perciò esclusivamente di competenza degli assicuratori-malattie.

All'istituzione comune vengono assegnati i nuovi compiti seguenti: ricevimento dei crediti degli assicuratori-malattie, calcolo del contributo di ciascun Cantone giusta l'articolo 49a capoverso 3^{bis} della LAMal rivista, riscossione di tale contributo da ogni Cantone e pagamento dei crediti degli assicuratori.

Capoverso 1

Questo capoverso stabilisce che, dopo la presentazione dei crediti degli assicuratori secondo l'articolo 36b capoverso 2 OAMal, l'istituzione comune calcola a quanto ammonta il contributo della quotaparte cantonale che ogni Cantone deve assumersi. Inoltre, dato che sulla base dell'articolo 49a capoverso 3^{bis} della LAMal rivista la quotaparte cantonale deve essere ripartita tra i singoli Cantoni proporzionalmente alla popolazione residente, questo capoverso stabilisce che per il calcolo di quest'ultima l'istituzione comune deve attenersi alle cifre dell'ultimo censimento della popolazione residente permanente media effettuato dall'Ufficio federale di statistica (UST), consultabile e riconosciuto da tutte le parti coinvolte. L'istituzione comune è altresì tenuta a riscuotere da ciascun Cantone l'importo calcolato.

Capoverso 2

Una volta ricevuti i pagamenti dei Cantoni, l'istituzione comune salda i crediti degli assicuratori.

Capoverso 3

In virtù dell'articolo 18 capoverso 6 LAMal, in questo capoverso il Consiglio federale disciplina il finanziamento dei nuovi compiti assegnati all'istituzione comune. Dato che i Cantoni devono assumersi congiuntamente la quotaparte cantonale proporzionalmente alla popolazione residente, appare naturale che si facciano carico nelle stesse proporzioni anche del finanziamento dei nuovi compiti dell'istituzione comune. I costi per l'esecuzione di tali compiti saranno relativamente bassi in quanto all'istituzione comune non vengono trasferiti i compiti di verifica dei casi singoli e poiché essa può stabilire in un regolamento una procedura unitaria valevole per tutti i Cantoni e tutti gli assicuratori. Secondo le stime dell'istituzione comune, i costi ammonteranno a un massimo di 100 000 franchi all'anno.

Capoverso 4

Per strutturare in modo preciso i nuovi compiti dell'istituzione comune, il suo Consiglio di fondazione deve emanare un regolamento nel quale si devono disciplinare, tra le altre cose, la verifica dei conti, il controllo delle prestazioni, l'attuazione della restituzione delle prestazioni anticipate degli assicuratori-malattie e l'esercizio del diritto di regresso da parte dei Cantoni. Grazie al regolamento si garantirà che la ripartizione della quotaparte cantonale tra i Cantoni sia attuata in modo unitario tra tutti i Cantoni e gli assicuratori-malattie. Dato che il regolamento ha ripercussioni sia sui Cantoni sia sugli assicuratori, entrambi devono essere consultati da parte dell'Istituzione comune prima della sua stesura definitiva. Inoltre, secondo l'articolo 18 capoverso 1 LAMal il regolamento necessita l'approvazione del Dipartimento.

3.3 Articolo 22 Contenzioso

Capoverso 3, frase introduttiva e lettera d

Attualmente, l'articolo 22 capoverso 3 OAMal disciplina in quali contestazioni che l'oppongono a un assicuratore, l'istituzione comune statuisce pronunciando una decisione secondo l'articolo 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA; RS 172.021). Si tratta segnatamente di contestazioni in merito alla redistribuzione delle riserve (lett. a), alla riscossione di contributi al fondo per i casi d'insolvenza, al pagamento di prestazioni da parte di detto fondo (lett. b) e al versamento dell'eccedenza di entrate secondo l'articolo 67 capoverso 2^{ter} (lett c). La nuova lettera d autorizza l'istituzione comune a statuire pronunciando una decisione anche nelle contestazioni con gli assicuratori-malattie connesse con la ripartizione della quotaparte cantonale tra i Cantoni. Inoltre, nella frase introduttiva del capoverso viene aggiunta l'abbreviazione (PA) della legge federale menzionata visto che anche nel nuovo capoverso 3^{bis} si rimanda allo stesso atto normativo.

Capoverso 3^{bis}

Questo nuovo capoverso stabilisce che l'istituzione comune può anche statuire pronunciando una decisione secondo l'articolo 5 PA in caso di una contestazione che l'oppona a un Cantone in merito alla ripartizione della quotaparte cantonale tra i Cantoni, per esempio se un Cantone contesta la propria partecipazione a tale quotaparte. Con l'assegnazione di nuovi compiti all'istituzione comune in virtù dell'articolo 18 capoverso 3 LAMal, il Consiglio federale deve conferirle anche la competenza decisionale affinché possa realizzarli.

3.4 Articolo 23

Capoverso 1

Conformemente al vigente articolo 23 capoverso 1, due disposizioni dell'OAMal valide per l'istituzione comune si applicano per analogia anche all'istituzione di cui all'articolo 19 LAMal. Entrambe le disposizioni sono però state abrogate con effetto dal 1° gennaio 2016 e riformulate nella nuova LVAMal negli articoli 45 e 46 applicabili all'istituzione comune. È ragionevole che, sulla falsariga delle due disposizioni

dell'ordinanza abrogate, anche queste nuove disposizioni elevate a livello di legge siano applicabili per analogia all'istituzione di cui all'articolo 19 capoverso 2 LAMal. Inoltre, occorre eliminare l'aggettivo «prevista».

Capoverso 3

Attualmente, il termine «rapporto d'attività» è spesso sostituito – anche dalla fondazione Promozione Salute Svizzera – con il termine «rapporto di gestione». L'ordinanza è adeguata in tal senso e la disposizione in questione trasferita dal capoverso 1 al capoverso 3.

3.5 Articolo 29 Effettivo medio degli assicurati

Nel capitolo «Vigilanza» sezione «Dati relativi alla vigilanza», l'ordinanza vigente prevede che l'UFSP pubblici per assicuratore, tra l'altro, l'effettivo degli assicurati (art. 28b cpv. 2 lett. h OAMal) e stabilisce che, se l'assicurazione è durata meno di un anno, per il calcolo degli effettivi medi degli assicurati che vanno comunicati dagli assicuratori è determinante il numero totale dei mesi d'assicurazione diviso per dodici (art. 29 OAMal). L'UFSP pubblica l'effettivo medio degli assicurati nei dati relativi alla vigilanza degli assicuratori (vedi «Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria», tabella 5.01).

In seguito alla sentenza del Tribunale federale DTF 142 V 87, gli assicuratori calcolano il premio degli assicurati che nel corso del mese entrano o escono (nascita, decesso, partenza all'estero, arrivo dall'estero o assoggettamento all'assicurazione militare) non più su base mensile bensì giornaliera. Di conseguenza, per calcolare i loro effettivi medi degli assicurati ora devono sommare i giorni di assicurazione e dividere il totale per 365 o per 366 se l'anno è bisestile.

Esempio: in un anno bisestile (=366 giorni) un assicuratore assicura tre persone. La prima è assicurata dal 1° gennaio al 31 dicembre ($366/366 = 1$), la seconda dal 15 marzo, giorno in cui viene al mondo ($((17+275)/366 = 0,797814)$), la terza fino al 3 luglio, giorno in cui muore ($((182+3)/366 = 0,505464)$). L'effettivo medio degli assicurati di questo assicuratore è pari a $2.30328 (1 + 0,797814 + 0,505464)$.

Dato che il vigente articolo 28b capoverso 2 lettera h OAMal utilizza il termine «effettivo degli assicurati», quest'ultimo deve essere utilizzato anche nella rubrica dell'articolo 29 in sostituzione dell'attuale «effettivo del rischio», e poiché la disposizione disciplina il calcolo dell'effettivo medio degli assicurati, occorre aggiungere l'aggettivo «medio» nella rubrica. Infine nella disposizione è precisato che per calcolare gli effettivi medi degli assicurati da comunicare, gli assicuratori devono sommare i giorni di assicurazione di tutti gli assicurati e dividere il totale per il numero di giorni *dell'anno in questione*.

3.6 Articolo 36a Assunzione dei costi in caso di cooperazione transfrontaliera

Dal 2006, visto l'articolo 36a OAMal, l'AOMS può, nell'ambito di progetti pilota, assumere i costi di cure mediche fornite all'estero nelle zone di frontiera. Attualmente, i progetti in corso di questo tipo sono tre – due nella zona di Basilea/Lörrach e uno nella zona di San Gallo/Liechtenstein – ed entrambi si stanno dimostrando validi. Questa soluzione consolida le regioni di frontiera svizzere e attraverso il miglioramento dell'offerta di cure in tali regioni, risponde anche a un loro bisogno.

Per poter proseguire nel lungo termine i progetti pilota in corso e creare nuove forme di cooperazione transfrontaliera era indispensabile una base legale formale creata con la revisione del 30 settembre 2016 della LAMal.

Poiché l'articolo 34 capoverso 2 della legge rivista contiene unicamente una norma di delega al Consiglio federale, nel suo messaggio del 18 novembre 2015 (FF 2016 1) quest'ultimo ha dichiarato che nel definire la cooperazione transfrontaliera si atterrà al quadro dei progetti pilota in corso e indicato a quali condizioni concrete sarà legata tale cooperazione. Il relativo elenco si ispira ampiamente al vigente articolo 36a OAMal relativo ai progetti pilota. Un'ulteriore apertura non rientra tra gli obiettivi perseguiti.

Per i motivi sopra esposti, le vigenti condizioni per i progetti pilota vengono nel limite del possibile riprese anche per la cooperazione transfrontaliera sul lungo periodo. Pertanto, in alcune disposizioni dell'articolo 36a OAMal la revisione si limita a sostituire il termine «progetti pilota» con «programmi di cooperazione transfrontaliera» dato che in futuro avranno una durata illimitata. La disposizione, secondo cui la domanda deve essere presentata congiuntamente da uno o più Cantoni di frontiera e da uno o più assicuratori, è trasferita dal capoverso 3 al capoverso 2 in quanto riguarda appunto la domanda e non un'esigenza che il programma deve adempiere. La disposizione relativa alla durata limitata dei progetti pilota è abolita. Queste e altre modifiche comportano inoltre uno spostamento dei capoversi e delle lettere vigenti. I commenti sottostanti riguardano unicamente le disposizioni oggetto di una modifica materiale.

Capoverso 1

Dal punto di vista materiale, il capoverso 1 rivisto corrisponde a quello vigente, salvo che ora è l'UFSP e non più il Dipartimento federale dell'interno (DFI) a poter autorizzare programmi di cooperazione transfrontaliera. L'articolo 56 LVAMal stabilisce che l'UFSP esercita la vigilanza ai sensi di tale legge. Spetta quindi a quest'ultimo, per esempio, rilasciare a un assicuratore l'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie e perciò autorizzare una cooperazione transfrontaliera. Questo è il motivo per cui è l'UFSP a dover assumere la responsabilità di autorizzare la cooperazione transfrontaliera. L'autorizzazione da parte della Confederazione va mantenuta, poiché il Consiglio federale nel suo messaggio concernente la modifica della LAMal ha già ricordato che questo punto rappresenta una condizione per l'esecuzione della cooperazione. Inoltre, nell'ambito dell'allentamento del principio di territorialità la Confederazione intende riservarsi un margine nel diritto alla partecipazione.

Capoverso 3 lettera a

La sostituzione nel vigente articolo 36a capoverso 3 lettera c OAMal dell'espressione «che dimorano abitualmente» con l'espressione «che risiedono» chiarisce che il programma è aperto alla popolazione residente del Cantone di frontiera che partecipa alla cooperazione transfrontaliera.

Capoverso 3 lettera b

L'inserimento di questa nuova lettera risponde alla richiesta avanzata sia durante la consultazione (vedi Sintesi dei risultati della consultazione [rapporto] dell'aprile 2015 all'indirizzo <https://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2014.html#DFI> Procedure di consultazione concluse, 2014, DFI) sia nel corso dei dibattiti parlamentari di fissare come condizione per la cooperazione transfrontaliera il divieto agli assicuratori di obbligare gli assicurati a farsi curare all'estero nel quadro di tale cooperazione. Questo è il motivo per cui questa condizione per la cooperazione transfrontaliera viene ora introdotta.

Capoverso 3 lettera e seconda condizione

Dal punto di vista del contenuto, questa disposizione corrisponde a quella del vigente articolo 36a lettera f numero 2 OAMal, ma è formulata in modo più chiaro. Conformemente a tale disposizione, i Cantoni e gli assicuratori-malattie possono remunerare esclusivamente le prestazioni fornite nel quadro di una cooperazione transfrontaliera, le cui tariffe o i cui prezzi non superano quelle e quelli applicabili nel Cantone di frontiera in cui risiede la persona assicurata. I programmi di cooperazione transfrontaliera non si basano sul diritto comunitario in materia di coordinamento delle assicurazioni sociali, recepito dalla Svizzera con l'Accordo del 21 giugno 1999² tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone e con la convenzione del 4 gennaio 1960³ istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AELS) (Convenzione AELS). La decisione di disciplinare il rimborso dei costi delle prestazioni in questione separatamente dall'assistenza reciproca in materia di prestazioni è pertanto giustificato.

Progetti pilota in corso

² RS 0.142.112.681

³ RS 0.632.31

In virtù delle decisioni del 3 novembre 2015 e del 31 dicembre 2015 del DFI, i tre progetti pilota in corso nelle zone di Basilea/Lörrach e di San Gallo/Liechtenstein potranno essere protratti fino al 31 dicembre 2018 rispettivamente fino al 31 dicembre 2019. Se dopo queste scadenze i Cantoni di frontiera e gli assicuratori-malattie che partecipano a questi progetti pilota vorranno proseguire la cooperazione transfrontaliera con fornitori di prestazioni esteri dovranno presentare una nuova domanda all'UFSP sulla base delle nuove disposizioni di cui all'articolo 36a OAMal.

3.7 Articolo 36b Assunzione dei costi per assicurati residenti all'estero

Capoverso 1

Giusta la nuova disposizione dell'articolo 41 capoverso 2^{ter} LAMal rivista, gli assicuratori-malattie e tutti i Cantoni assumono congiuntamente la remunerazione delle cure ospedaliere fornite in Svizzera ad assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia e percepiscono una rendita svizzera, o a loro familiari, al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di riferimento designato dal Consiglio federale.

I beneficiari di rendite ai quali si applica tale disposizione sono persone assicurate che non possono essere assegnate direttamente ad alcun Cantone, in quanto non per tutti è possibile stabilire l'ultimo luogo di residenza in Svizzera. La mancanza di un punto di riferimento attuale in Svizzera obbliga il Consiglio federale a designare un Cantone di riferimento.

A livello di ordinanza, occorre pertanto introdurre una disposizione che sia praticabile per gli assicuratori-malattie chiamati ad applicarla e che non debba essere adeguata ogni anno dal Consiglio federale. Al riguardo, è opportuno sottolineare che la designazione come Cantone di riferimento non ha alcuna conseguenza, nemmeno di natura finanziaria, per il Cantone in questione.

Nel messaggio del 18 novembre 2015 (FF 2016 1) il Consiglio federale asserisce di voler designare come Cantone di riferimento un Cantone le cui tariffe per gli ospedali figuranti nell'elenco si avvicinano di più alle tariffe medie svizzere.

Secondo calcoli eseguiti in quest'ottica, il Cantone che soddisfa questo requisito è quello di Berna. Sulla base delle cifre chiave degli ospedali svizzeri⁴ degli anni 2014 e 2015 sono stati calcolati i costi medi per caso standardizzati per tipo di trattamento, per Cantone e per anno nel settore ospedaliero (standardizzazione in base al Case Mix Index, CMI). A tale scopo, sono stati considerati unicamente gli ospedali per cure acute con costi medi per caso standardizzati CMI compresi tra 5000 e 15 000 franchi. Nella prima fase, sono stati calcolati i costi per caso standardizzati CMI per ospedale. I costi per caso per Cantone si ottengono nella seconda fase come media aritmetica ponderata per il numero di casi dell'ospedale per Cantone.

È necessario verificare periodicamente se il Cantone di riferimento designato continua ad adempiere questi criteri o se è necessario designarne uno nuovo; un tale adeguamento necessiterebbe una pertinente modifica dell'OAMal.

Capoverso 2

In caso di cure ospedaliere fornite in Svizzera ad assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia e beneficiano di una rendita svizzera, o a loro familiari, tutti i Cantoni sono obbligati conformemente all'articolo 49a capoverso 3^{bis} della LAMal rivista ad assumere congiuntamente la quotaparte cantonale fissata dal Cantone di ubicazione e ripartita tra i singoli Cantoni proporzionalmente alla popolazione residente. Affinché tale disposizione possa essere attuata, a livello di ordinanza viene definita una procedura che comporta l'assegnazione all'istituzione comune di nuovi compiti descritti nell'articolo 19a OAMal.

⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

Come già illustrato nel commento all'articolo 19a OAMal, al fine di ridurre al minimo i costi per l'esecuzione dei nuovi compiti occorre prevedere una procedura semplice che eviti doppioni. Per questo motivo, nel nuovo articolo 36b capoverso 2 OAMal è stabilito che, in questi casi, gli assicuratori versano all'ospedale entrambe le quote parti e che, per ottenere il rimborso della prestazione anticipata, presentano all'istituzione comune i loro crediti nei confronti dei Cantoni. In questo modo, i compiti come la verifica delle persone aventi diritto e il controllo delle fatture degli ospedali rimangono di competenza degli assicuratori-malattie com'è il caso per tutti gli altri assicurati.

L'articolo 49a capoverso 3 della LAMal stabilisce che per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere l'assicuratore e il Cantone possono convenire che il Cantone paghi la sua quota parte all'assicuratore e che quest'ultimo versi entrambe le quote parti all'ospedale. Pur trattandosi di una disposizione potestativa, in questo caso speciale, è giustificato per i motivi sopra esposti disciplinare nell'ordinanza l'obbligo di prestazione anticipata degli assicuratori.

Assunzione dei costi dei lavoratori distaccati all'estero e delle persone al servizio di una collettività pubblica residenti all'estero

Le disposizioni di legge riviste obbligano i Cantoni ad assumere la quota parte cantonale anche per le cure ospedaliere fornite in Svizzera ad assicurati residenti in Stati membri dell'UE/AELS. Per gli assicurati con un punto di riferimento attuale in un Cantone l'obbligo citato incombe a quest'ultimo. Nell'articolo 49a capoverso 2 lettera b della LAMal rivista è fornito un elenco esaustivo degli assicurati in questione: frontalieri e loro familiari, familiari dei domiciliati, dei dimoranti annuali e dei dimoranti temporanei, beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e loro familiari. Per i beneficiari di rendite e i loro familiari senza un punto di riferimento attuale in Svizzera, in virtù dell'articolo 49a capoverso 3^{bis} della LAMal rivista la quota parte cantonale deve essere assunta congiuntamente da tutti i Cantoni.

I lavoratori distaccati (art. 4 OAMal) e le persone che soggiornano all'estero al servizio di una collettività pubblica (art. 5 OAMal), che risiedono all'estero (all'interno o all'esterno di uno Stato membro dell'UE/AELS), che sono soggetti all'assicurazione svizzera e che hanno rinunciato al loro domicilio in Svizzera, non vengono menzionati nell'articolo 49a LAMal. Questo significa che per questo gruppo di persone i Cantoni non possono essere obbligati ad assumersi la quota parte cantonale per le cure ospedaliere fornite in Svizzera. Un tale obbligo può essere disciplinato unicamente a livello di legge e non di ordinanza. Pertanto, per questo gruppo di persone i costi delle cure ospedaliere sono interamente a carico dell'assicuratore-malattie. Non è necessario un disciplinamento esplicito nell'ordinanza, poiché ciò risulta e *contrario* dalle disposizioni di legge (art. 49a cpv. 2 lett. b e cpv. 3^{bis} LAMal). L'assicuratore-malattie può coprire i costi supplementari così generati tramite i premi.

3.8 Articolo 37 Assunzione dei costi in caso di assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni per persone assicurate all'estero

Dal punto di vista materiale, questa disposizione corrisponde a quella del vigente articolo 37 lettera b OAMal, fatta salva la sostituzione, in linea con l'articolo 49a capoverso 1 della legge, del termine «importi forfettari» con «rimunerazioni», motivata dal fatto che oltre agli importi forfettari è ancora possibile fatturare singole prestazioni. Inoltre, l'articolo rivisto chiarisce che le persone aventi diritto sono assicurate all'estero. Nella disposizione deve essere menzionato anche il Liechtenstein, dato che l'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni è applicabile anche nelle relazioni tra Svizzera e, appunto, Liechtenstein. Per citare un esempio, questo articolo trova applicazione anche in caso di una cura necessaria dispensata in Svizzera su presentazione della tessera europea di assicurazione malattie a persone assicurate in Liechtenstein.

Le disposizioni di cui all'articolo 41 capoversi 2^{bis} e 2^{ter} e all'articolo 49a capoversi 2 e 3^{bis} della LAMal rivista obbligano i Cantoni ad assumere la quota parte cantonale anche per le cure ospedaliere fornite

in Svizzera a persone residenti in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia e assicurate in Svizzera. Per questo motivo, la vigente disposizione di cui all'articolo 37 lettera a OAMal che obbliga gli assicuratori-malattie ad assumere la totalità dei costi di tali cure fornite a questi assicurati deve essere abrogata. Le disposizioni di legge citate non menzionano il Liechtenstein in quanto valgono per persone assicurate in Svizzera che risiedono in Stati membri dell'UE/AELS. Dato che, per quanto riguarda l'assicurazione malattie obbligatoria, nella convenzione AELS (allegato K appendice 2, protocollo 2 all'appendice 2) la Svizzera ha concordato con il Liechtenstein il principio del domicilio, non esistono persone assicurate in Svizzera che risiedono in Liechtenstein.

3.9 Articolo 91 Graduazione dei premi

Capoverso 2

Questa disposizione disciplina i premi per i lavoratori distaccati all'estero (art. 4 OAMal) nonché per le persone che soggiornano all'estero al servizio di una collettività pubblica (art. 5 OAMal), che non risiedono in uno Stato membro dell'UE/AELS, sono assicurati in Svizzera e hanno rinunciato al loro domicilio in Svizzera. Per gli assicurati che risiedono in Svizzera, gli assicuratori graduano i premi giusta l'articolo 61 capoversi 2 e 2^{bis} LAMal in funzione delle differenze tra i costi dei vari Cantoni e delle varie regioni. Sulla base dell'articolo 61 capoverso 4 LAMal, per gli assicurati residenti in uno Stato membro dell'UE/AELS i premi devono essere calcolati in funzione dello Stato di residenza. Per le persone che non risiedono in uno Stato membro dell'UE/AELS, sono soggette all'assicurazione svizzera e hanno rinunciato al loro domicilio in Svizzera, è giustificato che gli assicuratori possano d'ora in poi fissare un solo premio uguale per tutte in base ai costi comprovati, indipendentemente dallo Stato in cui esse risiedono. Qualora, in considerazione del numero esiguo delle persone interessate, ciò risulti nella maggior parte dei casi sproporzionato, l'assicuratore può applicare i premi svizzeri del loro ultimo domicilio in Svizzera o della sua sede.

3.10 Articolo 99 Assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni **a. Principio**

Capoverso 1^{bis}

Sia durante la consultazione (cfr. Sintesi dei risultati della consultazione dell'aprile 2015 all'indirizzo <https://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2014.html#DFI> Procedure di consultazione concluse, 2014, DFI) sia nel corso dei dibattiti parlamentari è stata avanzata la richiesta di non autorizzare gli assicuratori-malattie a sviluppare programmi di cooperazione transfrontaliera basati sull'articolo 34 capoverso 2 lettera a LAMal come forma di assicurazione particolare con riduzione dei premi. Questo nuovo capoverso fissa tale richiesta come condizione per i programmi di cooperazione transfrontaliera. Poiché si tratta di una deroga all'articolo 99 capoverso 1 OAMal, questa deve essere disciplinata in tale articolo e non nell'articolo 36a OAMal.

3.11 Articolo 105e Notifiche relative alle esecuzioni

Capoverso 1

Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato, l'assicuratore deve richiedere l'esecuzione. Il Cantone può esigere che l'assicuratore comunichi all'autorità cantonale competente il nome dei debitori escussi (art. 64a cpv. 2 LAMal).

Nel suo rapporto del 28 agosto 2009 sull'iniziativa parlamentare 09.425 «Articolo 64a LAMal e premi non pagati», la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N), commentando l'articolo 64a capoverso 2 LAMal, ha asserito che l'autorità cantonale deve avere la possibilità di agire a favore dell'assicurato prima che la procedura di esecuzione si concluda con un attestato di carenza di beni. Per questo motivo può chiedere all'assicuratore di comunicarle i nomi dei debitori

perseguiti per debiti (FF 2009 5760).

In virtù di questa disposizione, il vigente articolo 105e capoverso 1 OAMal obbliga gli assicuratori a comunicare all'autorità cantonale competente determinati dati personali dei debitori.

La prassi mostra che in determinati casi il Cantone non ha informazioni sufficienti per decidere se gli assicurati in questione sono di sua competenza e se deve assumere crediti secondo l'articolo 64a capoverso 4 LAMal. Visto l'obbligo di mantenimento dei genitori verso i figli sancito dal codice civile, gli assicuratori possono avviare una procedura di esecuzione nei confronti dei genitori per i premi dei loro figli. Dato che madre, padre e figli possono essere assicurati presso assicuratori diversi, un assicuratore può per esempio richiedere una procedura di esecuzione nei confronti di una madre per il premio di suo figlio anche se la madre non è assicurata presso di lui. In tal caso, il Cantone vuole che gli siano comunicati oltre ai dati personali della madre, anche quelli del figlio.

Purché nessun interesse privato preponderante vi si opponga, gli organi incaricati di applicare la LAMal o la LVAMal, o di controllarne o sorvegliarne l'esecuzione possono comunicare dati in deroga all'articolo 33 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) ad altri organi incaricati di applicare la LAMal o la LVAMal, nonché di controllarne o sorvegliarne l'esecuzione, qualora ne necessitino per adempiere gli obblighi conferiti loro dalla LAMal o dalla LVAMal (art. 84a LAMal). Sulla scorta di questa disposizione, gli assicuratori possono comunicare ai Cantoni i dati personali degli assicurati, purché i Cantoni ne abbiano bisogno per eseguire l'articolo 64a LAMal.

Secondo l'articolo 64a capoverso 2 LAMal, il Cantone può esigere che l'assicuratore gli comunichi il nome dei debitori escussi. Il fatto che questa disposizione menzioni unicamente i debitori non esclude che gli assicuratori siano autorizzati a comunicare i dati relativi agli assicurati non debitori. Il Cantone può pertanto esigere che l'assicuratore gli comunichi il nome dei debitori nei confronti dei quali avvia una procedura di esecuzione e quello di eventuali altri assicurati interessati da tale procedura (familiari).

Tuttavia l'assicuratore può notificare i dati del debitore solo se ne è a conoscenza. Se il debitore non è un suo affiliato, l'assicuratore di norma non può conoscere il relativo numero AVS, la data di nascita e il sesso del debitore. Pertanto, il capoverso 1 sancisce che l'assicurato può essere obbligato alla comunicazione solo se è a conoscenza dei dati. In linea di principio il debitore è anche un affiliato dell'assicuratore. In questo caso l'assicuratore deve notificare i dati secondo l'articolo 105g OAMal. Se invece questo non fosse il caso, l'assicuratore è tenuto a comunicare unicamente i dati di cui è a conoscenza.

Capoverso 1^{bis}

In linea di principio, sono soggette all'obbligo d'assicurazione unicamente le persone fisiche (art. 3 LAMal). Tuttavia, vi sono persone giuridiche che pagano regolarmente premi di assicurati (p. es. Comuni tramite i loro servizi sociali). Per questi casi l'articolo 105e è completato con un nuovo capoverso 1^{bis} come segue: se un assicurato comunica al proprio assicuratore che i suoi premi sono pagati da una persona giuridica, l'assicuratore è tenuto a notificare alle autorità cantonali competenti il nome di tale persona e, se ne è a conoscenza, il relativo numero d'identificazione delle imprese (UID). Dal 2011, l'Ufficio federale di statistica (UST) assegna a ogni azienda un UID univoco (al riguardo vedi: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/registri/registro-imprese/numero-identificazione-imprese.html>).

Le unità UID non sono solo soggetti giuridici iscritti al registro di commercio, bensì anche unità della pubblica amministrazione che devono essere identificate a causa dei compiti che svolgono. Con l'UID è stato creato un identificatore univoco che facilita lo scambio automatico di dati.

3.12 Articolo 105f Notifiche relative ai certificati di carenza di beni

Capoverso 1

Il vigente capoverso 1 obbliga l'assicuratore, alla fine di ogni trimestre, a informare l'autorità cantonale competente sull'evoluzione dei certificati di carenza di beni rilasciati dall'inizio dell'anno. Per precisare

lo scadenziario, l'assicuratore è obbligato a comunicare questa informazione *entro due settimane dalla fine di ogni trimestre*.

3.13 Articolo 105j Organo di revisione

Capoverso 2 lettera a

Attualmente l'organo di revisione è tenuto a verificare l'esattezza delle informazioni fornite dagli assicuratori sul pagamento dei crediti in arretrato da parte degli assicurati dopo il rilascio di un certificato di carenza di beni.

CDS e santésuisse chiedono di eliminare da questa disposizione il complemento «*da parte degli assicurati*», adducendo che ai fini della realizzazione del certificato di carenza di beni non ha alcuna importanza chi ha saldato il credito, tanto più che potrebbe essere stato il debitore o terzi. Conformemente all'articolo 64a capoverso 5 LAMal, non appena l'assicurato ha saldato tutto o in parte il debito verso l'assicuratore, questi restituisce al Cantone il 50 per cento dell'importo ricevuto dall'assicurato. Anche la legge quindi prevede che il debito venga saldato dalla persona assicurata, ma poiché per l'assicuratore è irrilevante chi sia a farlo, il complemento «*da parte degli assicurati*» va eliminato.

CDS e santésuisse chiedono che l'organo di revisione sia obbligato a verificare non solo l'esattezza ma anche la completezza di tali informazioni.

Lettera b

In base all'articolo 64a capoverso 5 LAMal, l'assicuratore è tenuto a restituire al Cantone il 50 per cento dell'importo pagato per i crediti in arretrato. CDS e santésuisse chiedono di obbligare l'organo di revisione a verificare l'esattezza e la completezza delle informazioni concernenti queste restituzioni. Dato che l'articolo 105f capoverso 2 OAMal include nel conteggio finale sia una ricapitolazione delle domande di assunzione dei crediti ai sensi dell'articolo 64a capoverso 3 LAMal sia una ricapitolazione delle restituzioni ai sensi dell'articolo 64a capoverso 5 LAMal, è necessario che l'organo di revisione le verifichi entrambe.

L'articolo 64a capoverso 3 LAMal prevede solamente che l'assicuratore chieda all'organo di revisione designato dal Cantone di confermare l'esattezza dei dati che ha comunicato al Cantone secondo lo stesso capoverso. All'interrogativo se il Consiglio federale possa obbligare gli assicuratori ad assegnare a loro spese altri compiti al proprio organo di revisione si può rispondere affermativamente, in quanto con il capoverso 3 citato il legislatore voleva sostanzialmente fissare il principio della conferma da parte dell'organo di revisione dei dati che l'assicuratore comunica al Cantone e non escludere tale conferma per i dati citati in altri capoversi.

Pertanto l'organo di revisione avrà l'obbligo di verificare l'esattezza e la completezza anche di queste restituzioni.

Capoverso 3

Attualmente, il Cantone assume i costi dell'organo di revisione qualora ne designi uno diverso da quello di cui all'articolo 86 (art. 105j cpv. 3). Con l'entrata in vigore della OVAMal tale articolo è stato abrogato. Al capoverso 1 esso stabiliva che ogni assicuratore designa un organo di revisione esterno. Oggi, l'articolo 25 capoverso 1 LVAMal prevede che gli assicuratori designino un ufficio di revisione esterno abilitato. Per questo motivo d'ora in poi si rimanderà a questa disposizione.

3.14 Articolo 105k Pagamenti dei Cantoni agli assicuratori

Capoverso 3

Il vigente articolo 105k capoverso 3 OAMal recita: «Se una riduzione del premio è accordata retroatti-

vamente per un periodo coperto da un certificato di carenza di beni che è stato messo in conto al Cantone, e la riduzione del premio è stata notificata all'assicuratore prima del conteggio finale, l'assicuratore deduce la riduzione del premio dal suo prossimo conteggio finale.» Tale disposizione può essere interpretata in diversi modi.

CDS e *santésuisse* propongono di modificarla come segue: «Se una riduzione del premio è accordata retroattivamente per un periodo coperto da un certificato di carenza di beni che è stato messo in conto al Cantone *con il conteggio finale*, e la riduzione del premio è stata notificata all'assicuratore prima del conteggio finale, l'assicuratore deduce l'85 per cento di tale riduzione del premio dal suo prossimo conteggio finale. Il credito riconosciuto nel certificato di carenza di beni è ridotto dell'intero importo della riduzione del premio. Se il periodo della riduzione del premio accordata retroattivamente coincide solo parzialmente con quello coperto da un certificato di carenza di beni, sia per la riduzione del premio sia per il certificato della carenza di beni è presa in considerazione la quota *pro rata temporis* corrispondente al periodo di sovrapposizione.» (N.d.t.: libera traduzione dal tedesco). Tale modifica, spiegano, riguarda la gestione delle riduzioni del premio accordate dal Cantone dopo l'assunzione dei crediti sul certificato di carenza di beni. La riduzione del debito (pari al 100 % della riduzione del premio) non corrisponde all'importo restituito (pari all'85 % della riduzione del premio) al Cantone. Il termine «coperto» che figura nella prima frase è soddisfatto solo se e nella misura in cui il periodo coperto da un certificato di carenza di beni e quello della riduzione del premio accordata retroattivamente coincidono.

Vista la richiesta avanzata da CDS e *santésuisse*, è necessario rivedere la disposizione di cui al capoverso 3. Innanzitutto occorre chiarire se l'articolo 64a capoverso 5 LAMal deve essere applicato alle riduzioni del premio accordate retroattivamente. Posto che l'intento di tale disposizione è indennizzare l'assicuratore per le spese sostenute per recuperare crediti oggetto di certificati di carenza di beni e che una riduzione del premio accordata retroattivamente non gli arreca praticamente alcuna spesa supplementare, è lecito desumere che la disposizione in questione non debba essere applicata a tali riduzioni. Vi è quindi una lacuna legislativa che il Consiglio federale può eliminare applicando la ripartizione tra Cantone e assicuratore prevista dall'articolo 64a capoverso 4 LAMal (85 contro 15%). Se un Cantone accorda una riduzione del premio per un periodo per il quale l'assicuratore gli ha già notificato un credito ai sensi dell'articolo 64a capoverso 3 LAMal, l'assicuratore deduce l'85 per cento di tale riduzione del premio dal suo prossimo conteggio finale. In altre parole, l'assicuratore può trattenere il rimanente 15 per cento.

Tuttavia, dato che la persona assicurata ha diritto all'intera riduzione del premio, tale riduzione deve essere computata per intero dal credito nei suoi confronti.

Se il periodo della riduzione del premio accordata retroattivamente dal Cantone coincide solo parzialmente con quello del credito da lui assunto, sia per la riduzione del premio sia per il credito è presa in considerazione solo la quota proporzionale al periodo di sovrapposizione.

Esempio: da gennaio a marzo, la persona assicurata non è in grado di pagare il suo premio mensile di 400 franchi. L'assicuratore avvia una procedura di esecuzione nei suoi confronti e riceve un certificato di carenza di beni per un importo di 1300 franchi (1200 franchi di premi ai quali si aggiungono gli interessi di mora e le spese di esecuzione). L'assicuratore notifica tale certificato al Cantone che gli rimborsa l'85 per cento della somma in questione, ossia 1'105 franchi. I rimanenti 195 franchi restano a carico dell'assicuratore. Da aprile, la persona assicurata riprende a pagare i premi. Il Cantone accorda retroattivamente alla persona assicurata una riduzione del premio pari a 300 franchi per i mesi di marzo e aprile e la versa all'assicuratore. Questi restituisce al Cantone l'85 per cento della riduzione del premio (255 franchi) per il mese di marzo, mentre il rimanente 15 per cento (45 franchi) rimane all'assicuratore in quanto in precedenza il Cantone gli aveva corrisposto solo l'85 per cento del credito. Il credito riconosciuto nel certificato di carenza di beni viene ridotto di 300 franchi e ora ammonta a 1000 franchi. Poiché al Cantone non è stato presentato alcun certificato di carenza relativo ad aprile, la riduzione del premio per questo mese non rientra nel campo d'applicazione dell'articolo 105k capoverso 3 rivisto.

Analogamente all'articolo 64a capoverso 5 LAMal, la seconda parte del primo periodo è modificata come segue: l'assicuratore *restituisce al Cantone* l'85 per cento di tale riduzione del premio.

3.15 Articolo 136 Importo restante dalla correzione dei premi

Tra il 1° gennaio 1996 e il 31 dicembre 2013, in alcuni Cantoni sono stati pagati premi dell'AOMS in eccesso e in altri premi insufficienti. Il 21 marzo 2014, il Parlamento ha deciso di correggere questi squilibri con l'approvazione di una revisione della LAMal (art. 106–106c LAMal; RU 2014 2463). Tale revisione prevede una correzione dei premi su tre anni (2015–2017). Concretamente, un importo complessivo di 800 milioni di franchi sarà ridistribuito agli assicurati domiciliati nei Cantoni nei quali sono stati pagati premi troppo elevati.

La correzione dei premi è finanziata in parti uguali da tre fonti diverse:

- gli assicurati domiciliati in un Cantone in cui tra il 1° gennaio 1996 e il 31 dicembre 2013 sono stati riscossi premi insufficienti devono pagare un supplemento di premio; la somma dei supplementi di premio non può superare i 266 milioni di franchi (art. 106 cpv. 6 LAMal nella versione della modifica del 21 marzo 2014);
- la Confederazione versa un contributo speciale unico di 266 milioni di franchi in tre rate annuali di uguale valore (art. 106a cpv. 5 e 6 LAMal nella versione della modifica del 21 marzo 2014);
- gli assicuratori contribuiscono alla correzione dei premi riscuotendo un supplemento di premio unico pari a 33 franchi per persona assicurata; possono finanziare tale contributo anche attingendo alle riserve, qualora siano eccessive (art. 106a cpv. 2 e 3 LAMal nella versione della modifica del 21 marzo 2014).

Il supplemento di premio che deve essere riscosso l'anno successivo e il supplemento di premio unico sono stati calcolati sulla base di un effettivo degli assicurati stimato. Inoltre, l'effettivo comunicato dagli assicuratori per i Cantoni nei quali sono stati pagati premi in eccesso non corrisponde esattamente al numero di assicurati che di fatto beneficiano della correzione dei premi. Queste differenze incidono sul risultato annuale della correzione dei premi. Dato che per definizione la correzione si fonda su stime, il legislatore è implicitamente partito dal presupposto che vi sia un importo restante.

L'importo restante dalla correzione dei premi 2015 è stato utilizzato per la correzione dei premi 2017.

Per gli anni 2016 e 2017 si procede in modo diverso a dipendenza della fonte di finanziamento:

- l'importo restante dal contributo degli assicurati e degli assicuratori è versato nel fondo per i casi d'insolvenza (art. 136 cpv. 1 OAMal);
- l'importo restante dal contributo della Confederazione è utilizzato per coprire i costi derivanti all'istituzione comune dalla sua attività per la correzione dei premi, ossia per indennizzarla per i lavori di amministrazione del fondo per la correzione dei premi nonché, una volta assolto tale compito, di stesura e presentazione all'UFSP di un rapporto esauriente (art. 106b cpv. 3 LAMal nella versione della modifica del 21 marzo 2014); un eventuale ulteriore resto dopo l'indennizzo di tali costi viene versato nel fondo per i casi d'insolvenza (art. 136 cpv. 2 OAMal).

L'importo restante dalla correzione dei premi versato nel fondo per i casi d'insolvenza torna a beneficio degli assicurati, poiché il fondo ha lo scopo di assumere i costi delle prestazioni legali in vece degli assicuratori insolvibili (art. 47 LVAMal). L'impiego dell'importo restante dalla correzione dei premi è quindi conforme all'articolo 5 lettera f LVAMal, in quanto i fondi dell'assicurazione sociale malattie non sono destinati ad altri scopi che non siano quelli di quest'ultima.

La correzione dei premi avrà luogo fino al 31 dicembre 2017. Di conseguenza, l'importo restante non potrà essere utilizzato giusta l'articolo 136 OAMal prima del 2018 e sarà versato nel fondo per i casi d'insolvenza fino al 31 dicembre 2018. L'articolo 136 OAMal rimane in vigore fino a tale data.

4 Entrata in vigore

Gli articoli 36a e 99 OAMal sull'assunzione dei costi in caso di cooperazione transfrontaliera, rivisti sulla base della revisione del 30 settembre 2016 della LAMal, devono entrare in vigore già il 1° gennaio 2018 affinché possano essere allestiti nuovi programmi. La stessa data è prevista per altre modifiche non connesse con la revisione della LAMal e che non richiedono una fase di attuazione, ossia le modifiche degli articoli 6 capoversi 3 e 4, 23 capoverso 1 e 3, 29, 91 capoverso 2, 105e capoverso 1 e 1^{bis}, 105f capoverso 1, 105j capoversi 2 e 3, 105k capoverso 3, nonché 136. A partire da tale data gli assicuratori dovranno calcolare l'effettivo degli assicurati del 2017 secondo la nuova disposizione (art. 29) e gli organi di revisione dovranno verificare i dati dell'assicuratore per il 2017 secondo la nuova disposizione (art. 105).

Dato che le modifiche restanti dell'OAMal connesse con la revisione del 30 settembre 2016 della LAMal, ossia le modifiche degli articoli 19a, 22 capoverso 3 frase introduttiva, lettera d e capoverso 3^{bis}, 36b e 37, necessitano di un periodo di preparazione per i Cantoni, gli assicuratori-malattie e l'istituzione comune, e incidono sul calcolo dei premi, possono essere poste in vigore solo il 1° gennaio 2019.