



Berna, 20 novembre 2024

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)

(Fatturazione delle analisi, passaggio nel corso
dell'anno e obbligo di notifica dell'importo di
compensazione)

Rapporto esplicativo



Indice

1	Situazione iniziale	3
2	Punti essenziali del progetto	3
2.1	Fatturazione delle analisi	3
2.2	Passaggio nel corso dell'anno	5
2.3	Obbligo di notifica importo di compensazione	6
3	Commento ai singoli articoli.....	7
4	Ripercussioni	8
4.1	Ripercussioni per la Confederazione	8
4.2	Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna.....	9
4.3	Ripercussioni sull'economia.....	9
4.4	Ripercussioni sulla società, sull'ambiente e altre ripercussioni	10
5	Aspetti giuridici	10
5.1	Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera	10
5.2	Delega di competenze legislative.....	10
5.3	Subdelega di competenze legislative	10
6	Entrata in vigore	10

Rapporto esplicativo

1 Situazione iniziale

Il 18 giugno 2021 il Parlamento ha adottato la modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) concernente misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1a. Con questa modifica, entrata in vigore il 1° gennaio 2023, il legislatore ha disciplinato per legge le tariffe forfettarie per paziente per le cure ambulatoriali, che devono basarsi su una struttura tariffale uniforme stabilita per convenzione a livello nazionale. La disposizione è contenuta nell'articolo 43 capoversi 5, 5^{ter} e 5^{quater} LAMal. In seguito all'entrata in vigore di suddetta modifica è emersa la necessità di adeguare l'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) riguardo alla fatturazione per le analisi.

Il Consiglio federale coglie inoltre l'occasione per predisporre ulteriori adeguamenti nell'OAMal. Fra questi, intende concedere maggiore libertà agli assicurati, per esempio in caso di eventi imprevisti (trasferimento del domicilio in una regione con premi più alti, disoccupazione, perfezionamento ecc.). Chi ha un'assicurazione con franchigie opzionali e libera scelta dei fornitori di prestazioni potrà passare a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni nel corso dell'anno. Infine i Cantoni hanno chiesto che agli assicuratori sia imposto l'obbligo di comunicare loro l'importo di compensazione della riduzione volontaria delle riserve oltre al premio approvato.

La presente modifica entra in vigore il 1° gennaio 2025.

2 Punti essenziali del progetto

2.1 Fatturazione delle analisi

Introduzione

In materia di laboratori, regole generali relative alla fatturazione sono state definite per la prima volta con la modifica dell'OAMal del 6 giugno 2003 (RU **2003** 3251, in vigore dal 1° gennaio 2004). Esse stabiliscono che per le analisi la fatturazione al debitore della remunerazione è effettuata esclusivamente dal laboratorio che ha eseguito l'analisi. Le tariffe forfettarie di cui all'articolo 49 LAMal rimangono salve. La modifica dell'OAMal qui proposta integra tale disposizione, tenendo conto del disciplinamento relativo agli importi forfettari ambulatoriali entrato in vigore il 1° gennaio 2023 (RU **2021** 837; FF **2019** 4981).

Secondo l'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 1 LAMal, il DFI redige un elenco delle analisi con tariffa. L'elenco delle analisi (EA), che costituisce l'allegato 3 dell'OPre, contiene le analisi svolte ambulatorialmente remunerate come prestazione obbligatoria dall'assicurazione malattie nel quadro dell'AOMS. L'EA¹ è un elenco positivo, vale a dire che soltanto le analisi ivi elencate possono essere remunerate dall'assicurazione malattie (art. 34 cpv. 1 LAMal). Inoltre i laboratori rientrano tra i fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal. Nel settore delle analisi i soggetti che possono fornire o fatturare prestazioni a carico dell'AOMS sono disciplinati in via esaustiva.²

¹ Allegato 3 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31).

² Possono essere autorizzati rispetto all'AOMS i laboratori di gabinetti medici, i laboratori d'ospedale e quelli privati nonché le officine dei farmacisti. Necessitano tutti di un'autorizzazione (di polizia sanitaria) secondo il

La fatturazione disciplinata all'articolo 42 capoverso 3 LAMal è un importante strumento di controllo dell'economicità, perciò a livello di ordinanza è stato stabilito che la fattura deve riportare, fra i vari elementi, le date delle cure e le prestazioni erogate (cfr. art. 59 OAMal). Particolare attenzione è rivolta alla denominazione dell'emittente della fattura. Le prestazioni a carico dell'AOMS possono essere fatturate al paziente soltanto dall'effettivo fornitore di prestazioni (art. 42 cpv. 3 LAMal). Tanto le condizioni di autorizzazione di cui all'articolo 35 segg. LAMal, la fatturazione e tariffazione secondo l'articolo 42 segg. LAMal quanto il controllo dell'economicità e la garanzia della qualità ai sensi dell'articolo 56 segg. LAMal si collegano al concetto di fornitore di prestazioni.

La legge definisce all'articolo 42 capoversi 1 e 2 LAMal chi è debitore dell'onorario nei confronti del fornitore di prestazioni. In linea di principio le persone assicurate sono debentrici della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni e hanno diritto a essere rimborsate dal proprio assicuratore (sistema del terzo garante). È tuttavia possibile derogare contrattualmente a tale principio: gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore sia il debitore della remunerazione (art. 42 cpv. 2 LAMal; sistema del terzo pagante).

La fattura intestata al debitore dell'onorario in relazione a un'analisi di laboratorio deve essere emessa dal fornitore di prestazioni (medico, laboratorio privato, farmacista, ospedale) che ha effettivamente eseguito le analisi (art. 42 cpv. 3 LAMal e art. 59 cpv. 1 e 3 OAMal). Questo vale in particolare anche quando l'analisi è stata svolta da un laboratorio privato su indicazione di un medico o un ospedale. Fanno eccezione le analisi di laboratorio effettuate nell'ambito di cure ospedaliere. In questo caso il laboratorio privato incaricato dall'ospedale emette fattura direttamente all'ospedale incaricante secondo l'articolo 49 LAMal. Una fatturazione veritiera non presuppone soltanto che il fornitore di prestazioni che ha effettivamente fornito la prestazione emetta la fattura sulla quale compare come creditore, bensì che anche l'importo della fattura corrisponda al vero. Questo è particolarmente importante perché il medico fare usufruire il debitore dell'onorario (paziente, assicuratore-malattie) di sconti diretti o indiretti eventualmente ottenuti dal laboratorio nel quadro dell'esecuzione di un'analisi di laboratorio (art. 56 cpv. 3 LAMal).

Questa disposizione sulla fatturazione ha come obiettivo una rappresentazione trasparente delle prestazioni effettuate dal relativo fornitore. I fornitori di prestazioni che eludono le disposizioni sulla fatturazione non indicando come tali le prestazioni fornite da terzi per trarre vantaggi per sé stessi a discapito di chi sostiene i costi sono passibili di pena (art. 92 cpv. 1 lett. d LAMal). Pertanto si è migliorata la trasparenza relativamente alla fatturazione di prestazioni di laboratorio, disponendo che in fattura le analisi i cui costi sono assunti dall'AOMS siano chiaramente distinte dalle altre prestazioni³.

Motivi della revisione

Nel 2019 il Consiglio federale ha adottato il messaggio concernente la modifica della LAMal riguardo a misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1. Il Parlamento ha suddiviso il pacchetto nei due pacchetti 1a e 1b, il primo dei quali (1a) è stato approvato

diritto cantonale, delle attrezzature adeguate e del personale specializzato e devono prevedere misure di garanzia della qualità (art. 53 OAMal). Se eseguono analisi per la diagnosi di malattie trasmissibili necessitano inoltre autorizzazione da parte di Swissmedic (art. 53 cpv. 3 KVV). Se eseguono test citogenetici o di genetica molecolare, è necessaria una corrispondente autorizzazione dell'UFSP (art. 53 cpv. e^{bis} OAM). Si applicano requisiti specifici in materia di formazione e perfezionamento a coloro che dirigono in particolare laboratori privati e in parte laboratori d'ospedale (art. 54 cpv. 2 e 3 OAMal; art. 42 e 43 OPre).

³ [RAMI 1/2005](#), pag. 22 segg. cons. 7.3.

il 18 giugno 2021. Il pacchetto 1a comprende fra le altre cose la promozione di tariffe forfettarie ambulatoriali. I nuovi capoversi 5, 5^{ter} e 5^{quater} dell'articolo 43 LAMal entrati in vigore il 1° gennaio 2023 prevedono al riguardo che anche le tariffe forfettarie per paziente riferite alle cure ambulatoriali devono basarsi ognuna su una rispettiva struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. Le tariffe forfettarie prevalgono sulle strutture tariffali per singola prestazione, se concordate dai partner tariffali. Il senso e lo scopo di una tariffa forfettaria per paziente consistono nella possibilità di includere in un forfait ambulatoriale, oltre alle prestazioni mediche e non mediche, anche medicinali, analisi ecc. L'obiettivo delle tariffe forfettarie è quello di rendere le prestazioni e i prezzi più trasparenti e comparabili in tutta la Svizzera.

L'articolo 59 capoverso 3 OAMal stabilisce che la fatturazione delle analisi al debitore della remunerazione è effettuata esclusivamente dal laboratorio che ha eseguito l'analisi. In questo modo, come spiegato in precedenza, è stata migliorata la trasparenza relativamente alla fatturazione delle prestazioni di laboratorio. 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 questo modo l'UFSP apporta chiarezza in merito alle analisi di laboratorio e alla loro fatturazione per tutti i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e gli assicurati. Spetta ai partner tariffali assicurarsi che, quando si includono analisi coperte dall'AOMS nell'ambito della tariffazione di importi forfettari ambulatoriali per paziente, vi confluiscono solo i costi effettivi di un'analisi, tenendo conto anche di eventuali sconti. Nell'ambito delle tariffe forfettarie basate sui costi, gli sconti sono generalmente inclusi nel calcolo delle tariffe attraverso i minori costi d'esercizio, e gli assicurati nell'ambito dell'AOMS beneficiano delle tariffe o dei prezzi più bassi che ne derivano. A seconda della tariffa (modello), lo sconto non deve quindi essere indicato separatamente nella fattura (cfr. art. 76a OAMal), poiché i costi inferiori sono già inclusi nel calcolo delle tariffe forfettarie.

2.2 Passaggio nel corso dell'anno

Introduzione

Per assicurazione ordinaria s'intende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie senza forma particolare d'assicurazione (art. 62 LAMal) con franchigia ordinaria di 300 franchi, senza bonus e con libera scelta dei fornitori di prestazioni. Questo è quanto si evince dall'interpretazione degli articoli relativi alle forme particolari d'assicurazione nella sezione 2 dell'OAMal, dove il termine «assicurazione ordinaria» ricorre più volte (art. 93, 95–100 OAMal). Il passaggio dall'assicurazione ordinaria a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni è sempre possibile ai sensi dell'articolo 100 capoverso 2 OAMal.

Il concetto «forma particolare d'assicurazione» indica l'assicurazione con franchigie opzionali, l'assicurazione con bonus e l'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Gli assicurati con una di queste forme particolari d'assicurazione possono cambiare modello soltanto alla fine dell'anno civile. Questo vale in particolare per gli assicurati con franchigie opzionali (art. 93–95 OAMal) e libera scelta dei fornitori di prestazioni. Attualmente non è possibile passare a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni nel corso dell'anno. Questa situazione deve essere modificata.

Motivi della revisione

In occasione di un'interrogazione in Parlamento (18.1084) è stato chiesto al Consiglio federale di spiegare più precisamente l'articolo 100 capoverso 2 OAMal. In tale sede si è constatato che le persone assicurate con franchigie opzionali non hanno la possibilità di passare 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]) durante l'anno, anche quando hanno un'assicurazione con libera scelta dei fornitori di prestazioni.

Il Consiglio federale è a favore di soluzioni assicurative con forme alternative e desidera concedere maggiore libertà agli assicurati, per esempio in caso di eventi imprevisti (trasferimento del domicilio in una regione con premi più alti, disoccupazione, perfezionamento ecc.). Occorre quindi modificare di conseguenza l'OAMal. Si crea così la possibilità per tutti gli assicurati con libera scelta dei fornitori di prestazioni (a prescindere dall'adesione a un'assicurazione ordinaria o a un'assicurazione con franchigie opzionali) di passare nel corso dell'anno (e non soltanto alla fine dell'anno civile) a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni rimanendo presso lo stesso assicuratore. Il passaggio durante l'anno a un altro assicuratore continua a non essere possibile. Così come continua a non essere possibile passare nel corso dell'anno da un modello assicurativo alternativo a un altro modello alternativo all'interno dell'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.

La modifica agevola la possibilità degli assicurati con libera scelta del medico di optare per un modello economico. Questa flessibilizzazione non deve tuttavia essere estesa a passaggi ad altri assicuratori o tra modelli nel corso dell'anno, perché per la determinazione dei premi si calcolano anni civili interi.

L'attuazione richiede una modifica dell'articolo 100 capoverso 2 OAMal. Viene stralciata la specificazione «dall'assicurazione ordinaria». Nel contempo si aggiunge a titolo di precisazione che il passaggio da un'assicurazione senza scelta limitata dei fornitori di prestazioni a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni è possibile in ogni momento. Di conseguenza, è necessaria anche la modifica dell'articolo 94 capoverso 2 dell'OAMal. Il paragrafo stabilisce che il passaggio a un'altra forma di assicurazione è possibile solo per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti nell'articolo 7 capoverso 1 e 2 della legge. Il termine "a un'altra forma di assicurazione" deve essere cancellato. In questo modo si evita una contraddizione con l'articolo 100 capoverso 2 OAMal.

2.3 Obbligo di notifica importo di compensazione

Introduzione

L'assicurazione sociale malattie è finanziata secondo il sistema di copertura dei bisogni. La legge federale del 26 settembre 2014 concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (LVAMal; RS 832.12) prevede che i premi debbano coprire i costi attesi. Per determinare i premi dell'anno successivo gli assicuratori si basano sulle cifre degli anni precedenti, sulle proiezioni dell'anno in corso e sulle stime per l'anno seguente. Dal momento che le ultime due componenti contengono per loro natura determinati fattori di incertezza, non si può escludere che a posteriori i premi approvati non corrispondano appieno ai costi effettivi. Mentre eventuali profitti confluiscono interamente nelle riserve degli assicuratori, eventuali perdite vengono coperte dalle riserve.

Gli assicuratori possono ridurre volontariamente le riserve, a condizione che dopo la riduzione queste continuino ad avere una quota di solvibilità almeno del 100 per cento. La riduzione avviene innanzitutto riducendo al massimo i margini di calcolo dei premi. Se dopo tale operazione continuano a disporre di riserve eccessive, gli assicuratori possono versare agli assicurati un importo di compensazione. L'importo fissato è ripartito tra gli assicurati nel raggio d'attività territoriale dell'assicuratore in base a una chiave di ripartizione adeguata, definita da quest'ultimo. L'assicuratore deduce l'importo di compensazione dal premio approvato e lo segnala separatamente nella fattura (art. 26 cpv. 5 dell'ordinanza del 18 novembre 2015 sulla vigilanza sull'assicurazione malattie, OVAMal; RS 832.121).

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 così come eventuale copertura contro gli infortuni. Come correttivo sociale al premio unitario, la LAMal prevede che i Cantoni riducano i premi degli assicurati di modeste condizioni economiche.

Gli assicuratori trasferiscono la riduzione volontaria delle riserve mediante importo di compensazione anche agli assicurati i cui premi sono stati ridotti 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.

Motivi della revisione

I Cantoni chiedono di imporre agli assicuratori di comunicare loro l'importo di compensazione oltre 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.

Questa revisione prevede innanzitutto che gli assicuratori comunichino ai Cantoni l'importo di compensazione nell'ambito della riduzione volontaria delle riserve. In una seconda fase, i Cantoni possono tenere conto dell'importo di compensazione per gli assicurati che ricevono una riduzione dei premi, a condizione che il loro sistema di riduzione dei premi lo preveda. La notifica dell'importo di compensazione vale per tutti gli assicurati. Il principio dell'articolo 65 capoverso 1 LAMal, secondo il quale i Cantoni concedono riduzioni dei premi agli assicurati in condizioni economiche modeste, continua a essere applicato. La menzione esplicita dell'obbligo di notifica nell'ordinanza facilita la modifica del concetto scambio di dati per le riduzioni dei premi e l'attuazione nello scambio di dati. Non è previsto il versamento degli importi di compensazione ai Cantoni da parte degli assicuratori. Come in precedenza, il Cantone notifica all'assicuratore gli assicurati che hanno diritto a una riduzione dei premi e l'ammontare ai sensi dell'articolo 106b capoverso 2 lett. b OAMal.

3 Commento ai singoli articoli

Articolo 59 capoverso 3 OAMal: Fatturazione delle analisi

In considerazione dei motivi sopra esposti, 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).

Articolo 94 capoverso 2 OAMal: b. Adesione e uscita, cambiamento di franchigia

Nell'articolo 94 capoverso 2 OAMal, la parte della frase: "in un'altra forma di assicurazione" viene eliminata. Non vi è pertanto alcuna contraddizione con l'articolo 100 capoverso 2 KVV rivisto.

Articolo 100 capoverso 2 OAMal: Passaggio nel corso dell'anno

Nell'articolo 100 capoverso 2 OAMal viene stralciato il termine «assicurazione ordinaria». Inoltre si aggiunge a titolo di precisazione che per gli assicurati senza scelta limitata dei fornitori di prestazioni è possibile in ogni momento passare in un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori. In questo modo si garantisce che coloro che hanno optato per la libera scelta dei fornitori di prestazioni e una franchigia opzionale possano passare durante l'anno a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni con lo stesso assicuratore.

Articolo 106c capoverso 1 OAMal: Obbligo di notifica importo di compensazione

All'articolo 106c capoverso 1 OAMal viene inserita una nuova frase integrativa, che stabilisce che l'assicuratore comunica al Cantone, oltre al premio approvato, anche l'importo di compensazione secondo l'articolo 26 capoverso 4 OVAMal.

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni per la Confederazione

Fatturazione delle analisi

L'integrazione dell'articolo 59 capoverso 3 OAMal secondo cui nell'applicazione di tariffe forfetarie per paziente nel settore ambulatoriale ai sensi dell'articolo 43 capoversi 5–5^{quater} LAMal le analisi non devono essere fatturate separatamente può avere un effetto di contenimento dei costi. Promuovendo le tariffe forfetarie ambulatoriali ci si aspetta infatti un effetto generale di contenimento dei costi a medio termine a vantaggio dell'AOMS. Pertanto, si può rimandare all'attuazione del pacchetto 1a di misure di contenimento dei costi riguardante le tariffe forfetarie ambulatoriali (cfr. FF 2019 5070 e segg.) per quanto concerne le ripercussioni a livello finanziario e di organico per la Confederazione (ma anche degli altri soggetti).

Passaggio nel corso dell'anno

La modifica non ha ripercussioni per la Confederazione. Al contrario viene adottata una misura nell'interesse degli assicurati che permette loro, per esempio di fronte a eventi imprevisti (trasferimento del domicilio in una regione con premi più alti, disoccupazione, perfezionamento ecc.), di passare nel corso dell'anno a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.

Obbligo di notifica importo di compensazione

La modifica non ha ripercussioni per la Confederazione.

4.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna

Fatturazione delle analisi

La modifica non comporta alcun onere supplementare per i Cantoni, che già dispongono della competenza per approvare le convenzioni tariffali cantonali in essere secondo il diritto vigente. Parimenti, le autorità cantonali già conoscono in virtù del diritto vigente la riserva del disciplinamento speciale per la fatturazione di cure ospedaliere ai sensi dell'articolo 49 LAMal. Pertanto occorre soltanto prestare attenzione affinché nell'ambito di una tariffazione forfettaria si tenga conto di eventuali sconti e si definisca chiaramente la regolamentazione tariffale. Per il resto non si attendono ripercussioni per i Comuni, le città, gli agglomerati e le regioni di montagna.

Passaggio nel corso dell'anno

I Cantoni stabiliscono, nel quadro delle prescrizioni del diritto federale (art. 65 LAMal, art. 10 cpv. 3 lett. d legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, LPC; RS 831.30) a chi possono ridurre i premi e in che misura. La citata disposizione della LPC e alcuni Cantoni prevedono una riduzione massima corrispondente all'importo del premio effettivo. Inoltre un Cantone concede per esempio un bonus agli assicurati che sottoscrivono un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. L'assicuratore deve pertanto comunicare il nuovo premio al Cantone, affinché questi possa modificare la riduzione dei premi. Il passaggio durante l'anno si ripercuote quindi sulla riduzione dei premi da parte dei Cantoni.

Non si attendono invece ripercussioni per i Comuni, le città, gli agglomerati e le regioni di montagna.

Obbligo di notifica importo di compensazione

Questa modifica di ordinanza è stata richiesta dai Cantoni. Consente loro di tenere conto dell'importo di compensazione nella determinazione della riduzione dei premi, posto che la legislazione cantonale lo preveda.

Per il resto non si attendono ripercussioni per i Comuni, le città, gli agglomerati e le regioni di montagna.

4.3 Ripercussioni sull'economia

Fatturazione delle analisi

Eventuali conseguenze sui costi riguardano soprattutto l'onere iniziale per l'introduzione di tariffe forfettarie per paziente sia per i partner tariffali sia per le autorità coinvolte. Pertanto si può rimandare all'attuazione del pacchetto 1a di misure di contenimento dei costi riguardante le tariffe forfettarie ambulatoriali per quanto concerne le ripercussioni economiche.

Passaggio nel corso dell'anno

L'introduzione della possibilità di passare durante l'anno da un'assicurazione con libera scelta dei fornitori di prestazioni a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di

prestazioni ha ripercussioni soprattutto sulle persone assicurate che effettuano questo passaggio, le quali possono ridurre l'onere del premio attraverso una limitazione. Le assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni abbassano i costi e consentono un miglior coordinamento.

Obbligo di notifica importo di compensazione

La modifica non ha ripercussioni sull'economia.

4.4 Ripercussioni sulla società, sull'ambiente e altre ripercussioni

Non sono attese ripercussioni sulla società, per nessuna delle disposizioni presentate.

5 Aspetti giuridici

5.1 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera

Le presenti modifiche dell'OAMal non hanno ripercussioni rilevanti al di fuori della Svizzera.

5.2 Delega di competenze legislative

Queste modifiche si basano sulle competenze esecutive del Consiglio federale (art. 96 LAMal). La modifica dell'articolo 59 capoverso 3 OAMal poggia sull'articolo 42 capoverso 3 LAMal. Le modifiche dell'articolo 100 capoverso 2 OAMal e dell'articolo 94 capoverso 2 OAMal si basano sull'articolo 41 capoverso 4 LAMal (e art. 62 LAMal). La modifica dell'articolo 106c capoverso 1 OAMal poggia sull'articolo 65 LAMal (e art. 14 LVAMal).

5.3 Subdelega di competenze legislative

Il nuovo articolo 106c capoverso 1 OAMal riguardante l'obbligo di notifica rende necessaria una modifica dell'ordinanza del DFI del 13 novembre 2012 sullo scambio di dati relativi alla riduzione dei premi (OSDRP-DFI; SR 832.102.2) dopo l'entrata in vigore della presente ordinanza.

Non è prevista alcuna subdelega di competenze legislative per la modifica relativa alla fatturazione delle analisi e il passaggio nel corso dell'anno.

6 Entrata in vigore

La presente modifica entra in vigore il 1° gennaio 2025.