

Ufficio di mediazione

dell'assicurazione malattie

Rapporto annuale '21

Indice

Premessa della mediatrice	4
1 Ufficio	5
2 Consiglio di fondazione	5
3 Cifre	6
3.1 Entrate per materia	7
3.2 Entrate per ramo d'assicurazione	8
3.3 Entrate per lingua	9
3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione	10
3.5 Evoluzione delle entrate (riassunto)	11
4 I principi di svolgimento dell'attività di mediazione	12
4.1 Quando è competente l'Ufficio di mediazione?	12
4.2 Quando l'Ufficio di mediazione non può intervenire?	13
4.3 Chi può far capo ai servizi dell'Ufficio di mediazione e come deve procedere?	14
4.4 Cosa accade, se l'assicurato dispone di un'assicurazione di protezione giuridica o è rappresentato da un avvocato?	14
4.5 Cosa si possono attendere gli assicurati dall'Ufficio di mediazione?	14
4.6 L'Ufficio di mediazione può influenzare la politica aziendale degli assicuratori malattia?	15
5 Dalla prassi dell'Ufficio di mediazione	16
5.1 Costi ospedalieri nel settore dell'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal)	16
5.1.1 Le basi legali	16
5.1.2 Alcune spiegazioni sulla retribuzione delle prestazioni ospedaliere in degenza	17
5.1.3 Attuazione con esempi concreti	18
Caso 1: degenza in un ospedale nell'elenco	18

Caso 2: la clinica non è nell'elenco degli ospedali ma nella convenzione ospedaliera	19
Caso 3: indicazione medica	20
Caso 4: urgenza	21
Caso 5: ricovero fuori Cantone, senza indicazione medica	22
5.2 I costi per le cure ospedaliere nell'ambito dell'assicurazione complementare	22
Caso 6: situazione in assenza di convenzione	22
Caso 7: tariffa massima ed elenco ospedaliero limitato	24
5.3 Fattispecie con un legame con l'estero	25
5.3.1 Casi fuori dall'UE/AELS	25
Caso 8: urgenza durante le vacanze in Australia	25
5.3.2 Nessuna assistenza in materia di prestazioni per i cittadini di paesi terzi	25
Caso 9: coppia russa con residenza in Svizzera	25
5.3.3 Casi all'interno dell'UE/AELS	27
Caso 10: urgenza durante le vacanze in Spagna	27
5.4 Risultati e raccomandazioni	27
Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie	29
Contatto	30

Premessa della mediatrice



Stimate lettrici e stimati lettori,
stimate assicurate e stimati assicurati,

nell'anno in esame (2021), due questioni hanno particolarmente interessato gli assicurati: in primo luogo, le richieste di prestazioni in relazione al COVID-19, e in secondo luogo, la situazione d'assenza di convenzione nell'ambito dell'assicurazione complementare in caso di cure ospedaliere.

Sul tema del COVID-19, facciamo riferimento al nostro contributo intitolato "Aus der Praxis der Ombudsstelle Krankenversicherung in Zeiten der COVID-19-Pandemie" in: "Sozialversicherungen und COVID-19-Pandemie", a cura di Sylvie Pétremand, Edizioni Stämpfli SA, Berna 2021, pag. 39 seg.

Per quanto riguarda il secondo argomento, oltre alla mancanza di un contratto nel settore dell'assicurazione complementare in caso di ospedalizzazione sono sorti altri problemi nell'ambito della cura ospedaliera, ed è per questo che abbiamo deciso di concentrarci sull'ospedalizzazione in generale in questo rapporto annuale.

Spero che il rapporto annuale 2021 possa suscitare il vostro interesse.

La vostra mediatrice

Morena Hostettler Socha

Lucerne, 26 aprile 2021

1 Ufficio

Nel 2021 il servizio dell'Ufficio di mediazione è stato gestito dalla mediatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avvocato), da sei collaboratori con formazione giuridica (Barbara Wörsching-Würmli [fino al 28 febbraio 2021], Lorena Tronto, Susanne Müller Ineichen, Caroline Maetzler, Caroline Stocker e Lukas Götz [dal 1° marzo 2021]) come pure da due specialisti in assicurazione malattia (Charles Loréтан e Eliane Brechbühl). Il 31 dicembre 2021 l'Ufficio disponeva di 6,3 posti di lavoro.

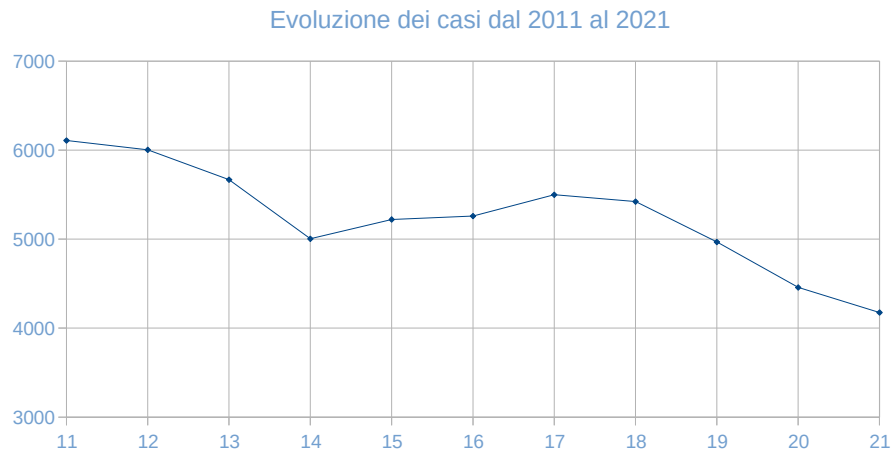
2 Consiglio di fondazione

Il Consiglio di fondazione si è incontrato nel 2021 per due sedute ordinarie (il 30 aprile 2021 e il 19 novembre 2021).

In data **30 aprile 2021** esso ha approvato il conto annuale 2020 e il rapporto annuale 2020, inoltre ha eseguito la propria nuova elezione, poiché l'attuale mandato era giunto al termine. Presenti erano i membri del Consiglio di fondazione che sono già stati rieletti in data 19 novembre 2020: Gabriella Chiesa Tanner, Nikolai Dittli e Jean-François Steiert, così come i neoeletti membri del Consiglio di fondazione: Andrea Azzola, Heinz Brand, Joy Demeulemeester e Ursula Schafroth Stoll, che hanno assunto in data 30 aprile 2021 per la prima volta l'incarico. Il Consiglio di fondazione si è costituito come segue: il presidente è Heinz Brand e la vicepresidente è Gabriella Chiesa Tanner. Il precedente presidente Markus Moser e il precedente vicepresidente Christoffel Brändli come pure la precedente consigliera Fabiola Monigatti non si sono più candidati per una rielezione. Il loro congedo è avvenuto a causa della pandemia solo successivamente alla seduta di novembre sotto forma di un evento culinario e culturale.

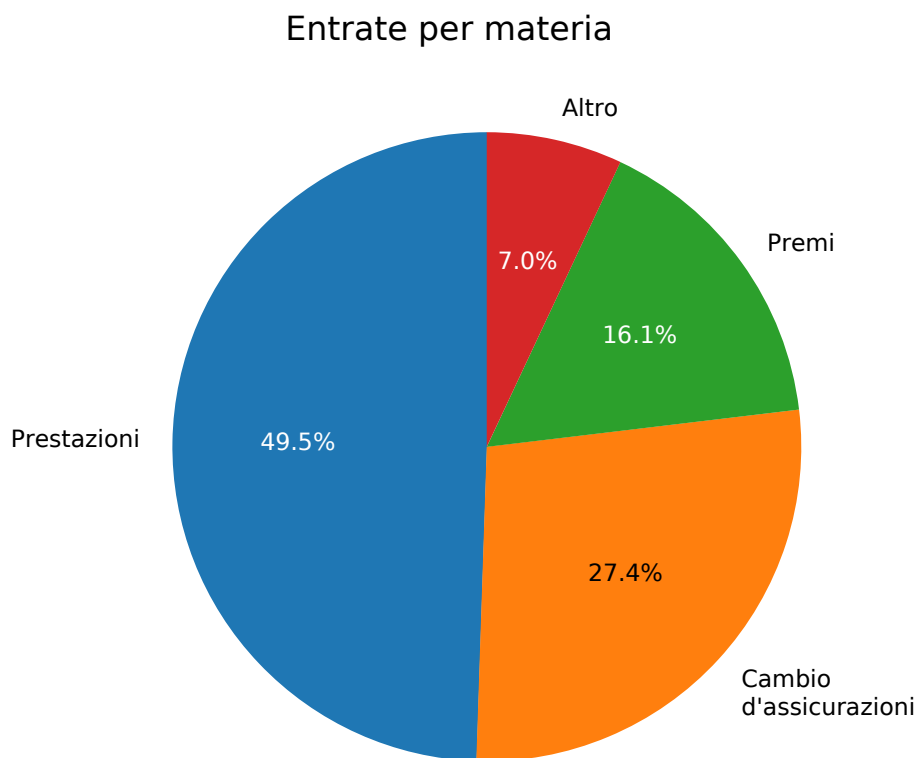
Il **19 novembre 2021** il Consiglio di fondazione si è riunito per la prima volta nella nuova composizione. In discussione è stato il budget 2022 e la gestione in corso dell'Ufficio di mediazione.

3 Cifre



3.1 Entrate per materia

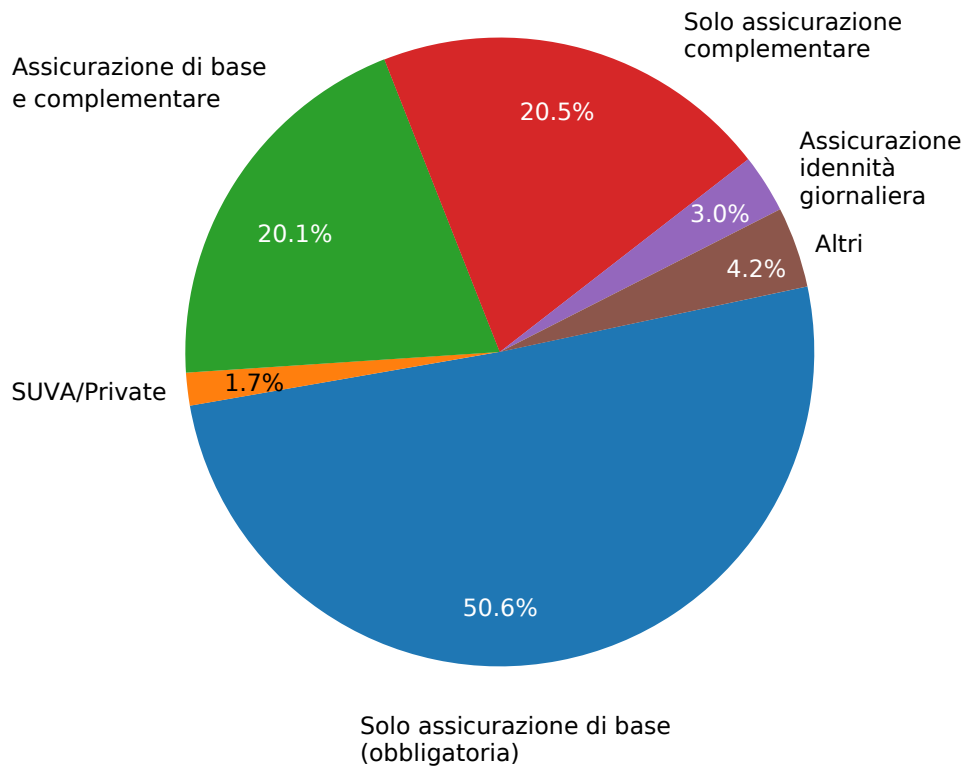
Nel 2021, anno di riferimento del presente rapporto, l'Ufficio di mediazione si è visto confrontato con 4176 entrate (2020: 4457), che rappresenta una diminuzione del ca. 6% rispetto all'anno precedente. La ripartizione delle entrate per materia si presenta come segue: 2133 incarti nel settore delle prestazioni assicurative (2020: 2160), 1090 nell'ambito della conclusione o del cambiamento di assicurazione (2020: 1197) e 557 riguardanti i premi/contributi (2020: 704). I restanti 313 casi concernevano richieste di natura generale (2020: 305).



3.2 Entrate per ramo d'assicurazione

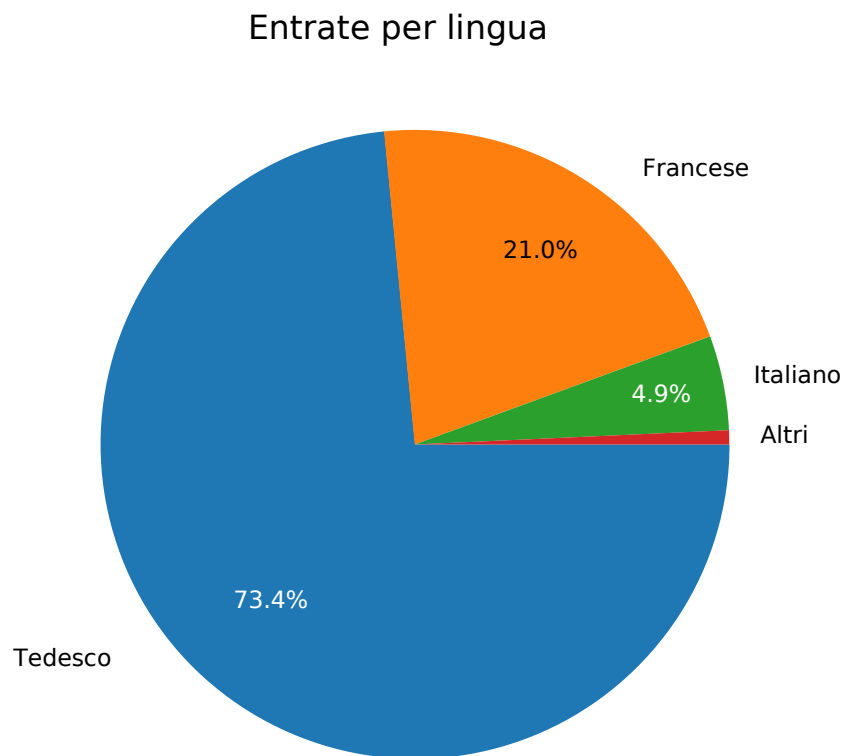
2224 casi riguardavano unicamente l'assicurazione di base (2020: 2253), 769 solo l'assicurazione complementare (2020: 912) e 855 casi in ambedue branche di assicurazione (2020: 894). In 98 casi le richieste riguardavano l'assicurazione indennità giornaliera (2020: 134). In 67 casi dovevamo mandare gli assicurati presso l'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA (2020: 75). Le restanti 163 entrate concernevano questioni di natura generale, in parte non in relazione con l'assicurazione malattia.

Entrate per ramo d'assicurazione



3.3 Entrate per lingua

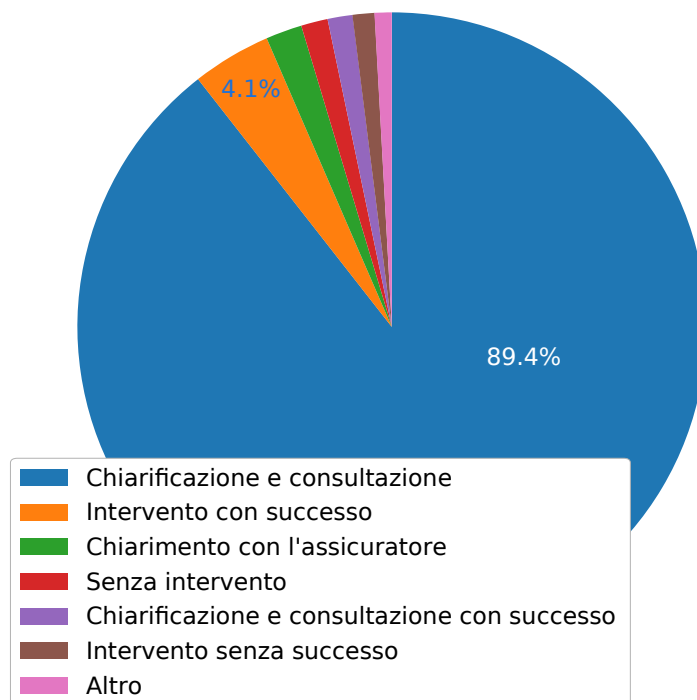
3067 entrate sono state presentate in tedesco (2020: 3283), 876 in francese (2020: 940) e 203 in italiano (2019: 204). In altre lingue (soprattutto in inglese) 30 (2020: 30).



3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione

In 3844 casi il ruolo dell'Ufficio di mediazione è consistito nella conferma della decisione dell'assicuratore o nella spiegazione alla persona assicurata, senza consulto con l'assicuratore malattia (2020: 3986). In 239 casi l'Ufficio di mediazione è intervenuto con una proposta all'assicuratore malattia (2020: 231), che è stata accolta in 185 casi (2020: 181), ossia con una quota di successo di oltre il 77%. In 40 casi abbiamo unicamente richiesto alle casse malati i documenti, che non era stato possibile ottenere dagli assicurati per difficoltà inerenti alla lingua o all'età (2020: 61). In 53 casi abbiamo potuto spiegare la situazione giuridica agli assicurati, in modo che erano in grado loro stessi di liquidare con successo il loro contrasto con l'assicuratore malattia (2020: 57).

Interventi dell'Ufficio di mediazione



3.5 Evoluzione delle entrate (riassunto)

La tendenza alla diminuzione del numero di casi, che è stata evidente a partire dal 2020, è continuata nell'anno in rassegna. Diversi motivi giustificano tale riduzione.

In primo luogo, i premi sono aumentati solo moderatamente nell'anno in esame e, a causa della pandemia, i broker assicurativi non sono stati così attivi come negli anni precedenti e, di conseguenza, vi sono stati meno cambiamenti di cassa malati e meno problemi associati a questi cambiamenti (ad esempio: doppie assicurazioni, violazioni dell'obbligo di notifica ecc.).

Inoltre gli assicuratori vigilano meglio sul modo di lavoro dei broker. Essi sembrano prestare più attenzione alla qualità della consulenza in generale. Oltre a una migliore offerta di formazione per i broker, molti di loro hanno aderito all'accordo di settore "Intermediari", che crea una maggiore sicurezza giuridica a beneficio dei clienti con misure vincolanti di qualità e trasparenza. Gli assicuratori sanitari firmatari si impegnano a lavorare solo con intermediari esterni che si astengono dal chiamare a freddo e rispettano le norme indicate. L'accordo e il regolamento delle sanzioni e delle procedure sono in vigore dal 1° gennaio 2021.

Anche gli uffici interni di reclamo degli assicuratori hanno notevolmente alleviato il nostro carico di lavoro.

4 I principi di svolgimento dell'attività di mediazione

Pure quest'anno risulta indispensabile descrivere i compiti dell'Ufficio di mediazione, in quanto un numero crescente di cittadini trasmette richieste che esulano dalla sua competenza. Alcuni assicurati sono ad esempio dell'avviso che l'attività di mediazione consista nel gratuito patrocinio e ritengono quindi di poter impartire alla mediatrice e ai suoi collaboratori delle direttive; altri scambiano l'Ufficio per un'istanza giudiziaria, ritenendo che l'appello all'Ufficio possa interrompere i termini previsti nella relativa procedura. Dai fornitori di prestazioni inoltre, così come da altre istituzioni e dai rappresentanti di categoria l'Ufficio viene invece considerato un centro peritale competente rispettivamente abilitato a fornire consulenze giuridiche, le cui opinioni possono essere sfruttate anche sul piano politico. Anche per i collaboratori delle casse malati infine non è sempre chiaro, quando gli assicurati possono far capo all'Ufficio di mediazione e quando non lo possono. Secondo l'atto di fondazione e il corrispettivo regolamento il compito principale dell'Ufficio di mediazione consiste nel chiarire eventuali equivoci sorti tra assicurato e assicuratore malattie e altresì mediare delle soluzioni in caso di opinioni contrastanti.

4.1 Quando è competente l'Ufficio di mediazione?

L'Ufficio è competente quando vi è un contratto di assicurazione relativo all'assicurazione malattie obbligatoria secondo la legge federale sull'assicurazione contro le malattie (LAMal) e/o inerente le prestazioni complementari secondo la legge federale sul contratto di assicurazione (LCA) e se la vertenza concerne un assicurato e una cassa malati riconosciuta secondo l'art. 2 e 3 come pure l'art. 4 e 5 LVAMal (legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie) avente sede in Svizzera.

Nell'ambito dell'assicurazione malattie obbligatoria secondo la LAMal gli assicurati sono confrontati soprattutto con i temi seguenti:

- obbligo assicurativo (adesione, esenzione, sospensione);
- modelli assicurativi alternativi (franchigie opzionali, assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, ecc.);
- cambiamento di cassa;
- prestazioni (in caso di malattia, infortunio - in via sussidiaria - e maternità);
- prestazioni all'estero;
- trattamenti dentari;
- premi e partecipazione ai costi;
- incasso;
- assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera;
- protezione dei dati (obbligo di collaborare, visione degli atti), ecc..

Nell'ambito delle assicurazioni complementari secondo la LCA i temi seguenti toccano prevalentemente gli assicurati:

- offerta assicurativa;
- reticenza;
- incasso;
- prestazioni;
- prescrizione;
- giustificazioni incombenti all'avente diritto;
- assicurazione indennità giornaliera;
- obbligo di ridurre il danno;
- doppia assicurazione, ecc..

4.2 Quando l'Ufficio di mediazione non può intervenire?

Le possibilità di intervenire dell'Ufficio di mediazione è limitata. Infatti, se nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria l'assicuratore ha già emanato una decisione formale, l'assicurato deve intraprendere le vie legali. In tali condizioni una mediazione non è infatti più possibile. Ne consegue che l'Ufficio di mediazione non fornisce più valutazioni sul possibile esito del ricorso né dà consigli su come procedere.

L'Ufficio di mediazione non è competente:

- in caso di liti tra fornitori di prestazioni e pazienti, per esempio relative alle cure o alla responsabilità civile. In tal caso l'Ufficio deve rinviare l'assicurato all'Ombudsman dei medici (con sede nel cantone di residenza) oppure ad un'organizzazione di pazienti o a un avvocato specializzato;
- in caso di dispute tra un ente e i cittadini in materia di riduzione dei premi o di prestazioni complementari (ai sensi della legge federale sulle prestazioni complementari, LPC). A dipendenza del cantone o della città esistono degli uffici di mediazione di diritto pubblico, a cui i cittadini si possono rivolgere;
- in caso di conflitti tra singoli enti (ad esempio i servizi sociali), che non concordano sulla ripartizione dei premi non versati;
- per rivedere i premi dell'assicurazione obbligatoria e dell'assicurazione complementare approvati ufficialmente. Gli assicuratori malattia possono applicare unicamente premi approvati e quindi vincolanti, il cui calcolo l'Ufficio di mediazione non può mettere in discussione. Quest'ultimo può intervenire soltanto se, all'interno di una tariffa approvata, un assicurato è stato classificato erroneamente;
- in caso di comportamento scorretto di agenti d'assicurazione indipendenti (cosiddetti intermediari), per i quali l'assicuratore non è responsabile. In tutti questi casi l'Ufficio di mediazione si limita a fornire informazioni verbali brevi.

4.3 Chi può far capo ai servizi dell'Ufficio di mediazione e come deve procedere?

Di regola gli assicurati si rivolgono all'Ufficio personalmente per telefono o per posta, e, in misura crescente, tramite mail. Questo mezzo di comunicazione rende possibile una presa di contatto veloce, tuttavia non è adeguato per trasmettere dati medici. Capita inoltre ripetutamente che molte richieste non vengono documentate correttamente, per cui è necessario sottoporre dei quesiti supplementari. Il sito web dell'Ufficio di mediazione (<https://www.om-kv.ch/it>) contiene un formulario di contatto e indicazioni relative alla sicurezza dei dati.

Sempre più spesso l'Ufficio viene interpellato anche da fornitori di prestazioni e servizi sociali, i quali si adoperano per i loro pazienti e clienti in difficoltà con l'assicuratore malattia. L'Ufficio entra tuttavia nel merito di tali richieste solo se pazienti e clienti lo desiderano espressamente. Non fa infatti parte dei compiti attribuiti al mediatore quello di alleggerire la mole di lavoro di altre organizzazioni oppure di mischiarsi in liti tra fornitori di prestazioni e assicuratori riguardanti la politica tariffale. A questo scopo esistono altre autorità competenti. Nei confronti di richieste formulate da assicurati assistiti dai servizi sociali l'Ufficio di mediazione è di principio reticente, limitandosi a fornire informazioni giuridiche verbali. Di regola inoltre il mediatore non interviene presso gli assicuratori malattia, in quanto non può assumersi compiti che spettano a enti pubblici. Spesso l'Ufficio di mediazione viene contattato anche da fiduciari in nome dei propri clienti. Anche in tale ipotesi l'atteggiamento è reticente. I servizi del mediatore vanno fondamentalmente a favore dell'assicurato e non della ditta che, tramite servizi di consulenza, si procaccia dei guadagni.

4.4 Cosa accade, se l'assicurato dispone di un'assicurazione di protezione giuridica o è rappresentato da un avvocato?

In questi casi l'Ufficio di mediazione non si attiva. Purtroppo accade spesso che, invece di fornire la prestazione assicurata (che consiste nella consulenza giuridica e nella rappresentanza legale), l'assicurazione giuridica rinvia gli assicurati direttamente all'Ufficio di mediazione, affinché li aiuti gratuitamente. Ciò significa che questi assicurati hanno pagato dei premi per una prestazione che, di fatto, non viene fornita. Competente in caso di liti con le assicurazioni giuridiche è l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione privata e dell'INSAI (SUVA) con sede principale a Zurigo (e filiali a Losanna e Lugano), a cui hanno aderito tutte le assicurazioni giuridiche.

4.5 Cosa si possono attendere gli assicurati dall'Ufficio di mediazione?

Gli assicurati ottengono una valutazione dei loro problemi e un sostegno nel caso in cui un'intesa con l'assicuratore malattia non è più possibile. Le questioni sottoposte vengono esaminate in dettaglio. Eventualmente l'Ufficio si rivolge direttamente all'assicuratore malattia. Nella maggior parte dei casi gli interventi così come le prese di posizione delle casse malati vengono effettuati in forma scritta. Se la questione è urgente gli assicuratori malattia vengono interpellati per telefono o per posta elettronica. L'Ufficio di mediazione dispone di persone di contatto presso ogni assicuratore, le quali si occupano direttamente delle istanze, le esaminano internamente e forniscono una risposta. Se accerta che la persona assicurata è in errore l'Ufficio di mediazione le illustra le disposizioni legali e contrattuali, le spiega il sistema assicurativo e le fornisce dei consigli al fine di evitare ulteriori malintesi.

4.6 L'Ufficio di mediazione può influenzare la politica aziendale degli assicuratori malattia?

L'Ufficio di mediazione si occupa di casi concreti e in particolare del diritto applicabile. Non essendo un' autorità di sorveglianza degli assicuratori malattie non può impartire delle direttive né in via generale né in un caso concreto. Il suo compito consiste nella mediazione, la quale presuppone fondamentalmente la fiducia sia della persona assicurata che dell'assicuratore malattie.

Il regolamento autorizza l'Ufficio di mediazione ad informare le Federazioni centrali degli assicuratori malattia o addirittura l'opinione pubblica, nel caso in cui, in un ambito specifico, le rimostranze degli assicurati si accumulano. Preliminarmente si rivolge tuttavia agli assicuratori interessati e sollecita direttamente dei miglioramenti. Con ciò contribuisce ad assicurare la qualità del settore e, in determinati ambiti, può influenzare effettivamente la politica aziendale degli assicuratori malattia.

L'Ufficio di mediazione prende regolarmente contatto con la gestione amministrativa degli assicuratori malattia e segnala ad esempio se dei problemi si cumulano. Di regola gli assicuratori approvano questi interventi e sono disposti a dar man forte ai fini del conseguimento di una soluzione non burocratica.

5 Dalla prassi dell'Ufficio di mediazione

I metodi di lavoro e l'efficacia del nostro Ufficio di mediazione saranno illustrati di seguito attraverso brevi riassunti di casi selezionati, che ci hanno occupato nel corso del 2021. Per ragioni di protezione della personalità, i nomi e i dati sono stati omessi o sono stati modificati. La fattispecie del caso, gli accertamenti e la loro risoluzione sono presentati in forma semplificata.

5.1 Costi ospedalieri nel settore dell'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal)

5.1.1 Le basi legali

L'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi per la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune (art. 25 cpv. 2 lett. e LAMal).

Gli assicurati devono partecipare ai costi delle prestazioni ottenute. Nel caso di una cura ospedaliera in degenza, la partecipazione ai costi comprende un importo fisso per anno scelto dall'assicurato (franchigia), il 10% dei costi che eccedono la franchigia (la cosiddetta aliquota percentuale) e il contributo giornaliero di attualmente fr. 15.- ai costi di degenza ospedaliera (cfr. art. 64 cpv. 1 e 2 come pure cpv. 5 LAMal in relazione all'art. 104 cpv. 1 OAMal). La persona assicurata riceve dal suo assicuratore il conteggio delle prestazioni erogate.

Conformemente all'art. 39 cpv. 1 LAMal, gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione sono autorizzati se, tra l'altro, sono enumerati nell'elenco cantonale degli ospedali cantonali, la quale è suddivisa in categorie secondo i mandati di servizio.

Per l'art. 41 cpv. 1bis LAMal, in caso di cura ospedaliera un assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). In caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco, l'assicuratore e il Cantone di domicilio remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49a cpv. 1 LAMal al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio. La quotaparte cantonale deve essere almeno del 55% (cfr. art. 49a cpv. 2ter LAMal) e il Cantone di domicilio la versa di solito direttamente all'ospedale (cfr. art. 49a cpv. 3 LAMal).

Con gli ospedali che non figurano nell'elenco ospedaliero ma che adempiono le condizioni di cui agli art. 38 e 39 cpv. 1 lett. a-c ed f LAMal, gli assicuratori possono, conformemente all'art. 49a cpv. 4 LAMal, concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il termine "ospedali convenzionati" si è affermato per questi ospedali. Per quanto riguarda la remunerazione delle loro prestazioni, essa non può essere superiore alla quotaparte che l'assicuratore avrebbe dovuto pagare se avesse scelto un ospedale che figura nell'elenco degli ospedali. In altre parole, l'assicuratore paga al massimo il 45% dei costi ospedalieri. Il Cantone di domicilio non contribuisce ai costi rimanenti. Gli ospedali possono qualche volta in questi casi fatturare un importo ridotto.

Se l'assicurato sceglie un ospedale che non è un ospedale elencato né un ospedale convenzionato, egli non ha diritto a prestazioni né dall'assicuratore né dal Cantone.

5.1.2 Alcune spiegazioni sulla retribuzione delle prestazioni ospedaliere in degenza

Il sistema tariffario SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) è in vigore in tutta la Svizzera dal 1° gennaio 2012 per il rimborso delle prestazioni ospedaliere in degenza per cure somatiche acute. Esso si basa su importi forfettari per ogni caso. In ambito psichiatrico si applica dal 1° gennaio 2018 il sistema tariffario TARPSY, anch'esso fondato su un sistema forfettario per ogni caso.

In un sistema DRG (Diagnosis Related Groups), i casi di trattamento sono riuniti in gruppi, che sono il più possibile omogenei secondo criteri medici ed economici. Ogni ricovero ospedaliero viene assegnato a un gruppo (DRG) sulla base di criteri medici (diagnosi, trattamento, ecc.) e di altri criteri (età del/la paziente, ecc.). Questi gruppi di casi sono identici in tutta la Svizzera.

Il campo d'applicazione dei gruppi di casi SwissDRG include il pagamento di tutte le degenze in ospedali per cure somatiche acute, nei servizi di cure acute e nelle case per partorienti, così come tutti i trattamenti palliativi in degenza. La lista cantonale degli ospedali fornisce informazioni sui mandati di prestazione di un ospedale.

Il rimborso secondo il gruppo di casi è il risultato di una moltiplicazione tra un fattore di ponderazione dei costi e un prezzo base (baserate):

$$\text{Costo totale della degenza ospedaliera} = \text{fattore di ponderazione} \times \text{prezzo base (baserate)}$$

Il fattore di ponderazione (cost-weight) di un gruppo di casi riflette i costi relativi – ovvero in confronto ad altri gruppi di casi rappresentati nella struttura tariffaria – delle spese del trattamento medio. I fattori di ponderazione sono calcolati sulla base dei costi per ogni caso degli ospedali selezionati. I costi per ogni caso sono determinati sulla base dei costi per caso di un campione di ospedali.

Il prezzo base (baserate) è una sorta di valore medio per il trattamento ospedaliero in un determinato stabilimento. I prezzi base possono variare da ospedale a ospedale. Il prezzo base è concordato dai partner tariffari (assicuratori e fornitori di servizi) e approvato dal Cantone competente. Se i partner tariffari non sono in grado di accordarsi su un prezzo base, esso viene stabilito dal Cantone.

Il catalogo dei forfait per ogni caso in vigore per le cure somatiche acute è accessibile pubblicamente: [catalogo dei forfait per ogni caso](#)¹ Questo catalogo fornisce anche informazioni su possibili supplementi e detrazioni.

I prezzi base possono anche essere consultati sul sito Internet di ogni Cantone di domicilio (ad esempio per il Canton Lucerna: [tariffa di riferimento del Canton Lucerna](#)²).

La durata della degenza in ospedale svolge un ruolo importante nel computo dei costi, per considerare il grado di gravità di un caso. Secondo SwissDRG essa è calcolata con la formula seguente:

¹<https://www.swissdr.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1002021/fallpauschalenkatalog>

²<https://gesundheit.lu.ch/themen/gesundheitsversorgung/spitalfinanzierung/tarife/referenztarife>

durata della degenza in giorni = data di dimissione ./ data di ammissione ./ eventuali giorni di congedo

Pertanto, sono considerati come giorni di degenza il giorno di ammissione e tutti gli altri giorni di ricovero, ad eccezione del giorno di trasferimento, di decesso o di dimissione. Anche i giorni interi di congedo non contano per la durata della degenza (cfr. art. 3 lit. c-e OCPre [= Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie; RS 832.104]).

5.1.3 Attuazione con esempi concreti

Caso 1: degenza in un ospedale nell'elenco

Anni fa, l'assicurato aveva concluso solo un'assicurazione malattie obbligatoria per le cure medico-sanitarie con una franchigia di fr. 300.- e la libera scelta del medico. Nel corso del 2021, egli ha dovuto sottoporsi a un'operazione e ha trascorso quattro giorni nel reparto comune di un ospedale nel suo Cantone di domicilio. Dopo alcune settimane, egli ha ricevuto dal suo assicuratore malattie un conteggio delle prestazioni che non è riuscito a capire. Per questo motivo, egli ha chiesto al suo assicuratore una copia della fattura dell'ospedale. Esso ha rifiutato indicando che doveva contattare direttamente il fornitore delle prestazioni. Egli lo ha fatto. Successivamente egli ha contattato l'Ufficio di mediazione perché voleva sapere se l'agire dell'assicuratore fosse corretto. Nel contempo l'assicurato ci ha chiesto di aiutarlo nell'esame della fattura dell'ospedale e del conteggio delle prestazioni.

Conformemente all'art. 42 cpv. 3 LAMal il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure fornirgli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Nel sistema del terzo pagante (cioè quando il fornitore di prestazioni trasmette la fattura direttamente all'assicuratore), l'assicurato riceve una copia della fattura che è stata inviata all'assicuratore. Di conseguenza, nel caso concreto, l'ospedale avrebbe dovuto inviare all'assicurato una copia della fattura per norma di legge. L'indicazione dell'assicuratore al suo assicurato era quindi corretta.

La verifica della fattura dell'ospedale: Affinché l'assicurato possa controllare il calcolo dell'assicuratore, deve dapprima ottenere da quest'ultimo, per iscritto, le seguenti informazioni:

- Quale gruppo di casi (codice DRG) è stato preso in considerazione?
- Quale fattore di ponderazione di costi è stato applicato?
- Quale prezzo base è stato preso in considerazione?

Nel caso in esame, l'importo fatturato era stato calcolato nel modo seguente:

Costo totale della degenza ospedaliera = fattore di ponderazione x prezzo base (baserate).

Inoltre la durata della degenza in ospedale deve essere presa in considerazione (nel caso in questione senza giorni di congedo):

Durata della degenza in giorni = data di dimissione ./ data di ammissione.

Abbiamo controllato questi calcoli sulla base del catalogo delle tariffe forfettarie per ogni caso e abbiamo considerato le "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi secondo SwissDRG e TARPSY", versione marzo 2020, valida a partire dal 1° gennaio 2021, e le tariffe LAMal contenute nell'ordinanza del Cantone di domicilio dell'assicurato.

Rinunciamo a ulteriori dettagli su questo punto, poiché questi calcoli richiedono una grande conoscenza specialistica. Se gli assicurati desiderano verificare meglio le loro fatture ospedaliere, devono richiedere il sostegno dell'assicuratore malattie.

Riassumendo, i calcoli del fornitore di prestazioni non hanno dato luogo ad alcuna critica.

Sul totale dei costi di ospedalizzazione, l'assicuratore ha assunto il 45% della fattura e il Cantone di domicilio ha pagato il restante 55%.

Per quanto riguarda il conteggio delle prestazioni, abbiamo constatato che l'assicuratore aveva correttamente fatturato all'assicurato la franchigia annuale concordata di fr. 300.-, il 10% delle spese che eccedono la franchigia (la cosiddetta aliquota percentuale), come pure il contributo alle spese della degenza in ospedale di fr. 15.- al giorno. In particolare anche la partecipazione ai costi è stata fatturata nell'ordine corretto.

A questo proposito, ci riferiamo alla sentenza del Tribunale federale del 14 maggio 2019 (9C_716/2018), secondo cui il contributo alle spese ospedaliere deve prima essere imputato alla fattura dell'ospedale e solo successivamente si deve tener conto della franchigia annuale e dell'aliquota percentuale. Se questo ordine non venisse rispettato, l'assicurato dovrebbe pagare una franchigia sulle sue spese ospedaliere, ciò che, secondo il Tribunale federale, non può essere il senso e lo scopo dell'art. 64 LAMal.

Per quanto riguarda la durata della degenza in ospedale, va anche detto che la tariffa fissa SwissDRG non include il giorno di dimissione, mentre il vecchio art. 104 cpv. 1 OAMal (valido fino al 31 dicembre 2021) permetteva la riscossione del contributo ospedaliero di fr. 15.- anche per l'ultimo giorno di degenza in ospedale. Questa incongruenza è stata eliminata a partire dal 1° gennaio 2022 (cfr. art. 104 cpv. 1bis lit. a OAMal). Nel caso concreto, questa correzione arriva troppo tardi per l'assicurato, dato che la nuova disposizione non è applicabile retroattivamente.

Caso 2: la clinica non è nell'elenco degli ospedali ma nella convenzione ospedaliere

Una donna vodese ci ha interpellato per lamentarsi del fatto che il suo attuale assicuratore LAMal si era rifiutato di riconoscerle la garanzia di assunzione dei costi per un'operazione al ginocchio sinistro (compresa la degenza) perché non aveva concluso una convenzione con la clinica scelta. L'assicurata non era in grado di comprendere questo rifiuto, in particolare perché l'assicuratore di allora si era assunto i costi per la stessa operazione (al ginocchio destro) l'anno precedente.

Dai nostri accertamenti è emerso che la clinica prescelta dall'assicurata non era inclusa nell'elenco degli ospedali del suo Cantone di domicilio. Si trattava di una struttura privata con cui gli assicuratori possono concludere, se lo desiderano, una convenzione nel senso dell'art. 49a cpv. 4 LAMal. Se esiste una tale convenzione, l'ospedale in questione è un cosiddetto ospedale convenzionato.

Nel caso degli ospedali convenzionati, la quotaparte cantonale non si applica. In questo caso, l'assicuratore malattie rimborsa al massimo il 45% dei costi che avrebbe dovuto pagare, se fosse stato scelto un ospedale nell'elenco degli ospedali del Cantone. Il resto deve essere pagato dall'assicurato stesso o dalla sua assicurazione complementare.

Nel caso in rassegna, l'assicuratore precedente aveva concluso una convenzione con il suddetto ospedale, motivo per cui in ambito di assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie ha assunto i costi dell'operazione al ginocchio destro nella misura del 45%, mentre non c'era nessuna convenzione tra la clinica e l'attuale assicuratore. Di conseguenza, la sua decisione di rifiuto in relazione alle prestazioni LAMal non era criticabile. Abbiamo informato l'assicurata che se avesse insistito per una cura in questa clinica, non avrebbe, in ambito di assicurazione malattie obbligatorie delle cure medico-sanitarie, la possibilità di rivendicare le prestazioni né contro l'assicuratore né contro il Cantone. Dovrebbe pagare lei stessa questi costi. Non ha altra scelta che cambiare il suo assicuratore malattie per la prossima scadenza possibile, a condizione che le sia possibile aspettare a fare l'operazione, oppure di far eseguire l'operazione in un ospedale che è incluso nell'elenco degli ospedali cantonale.

Questo caso è un buon esempio per illustrare che non si deve partire dall'idea in generale che, in ambito di assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non vi siano differenze tra gli assicuratori per quanto riguarda l'assunzione dei costi di prestazioni.

Per questo motivo, consigliamo vivamente gli assicurati di non cambiare assicuratore se - come nel caso in esame - sono previste due operazioni a pochi mesi di distanza e se l'assicuratore ha già assunto i costi della prima operazione. Un cambio di assicuratore è pure non consigliabile, se l'assicuratore attuale ha già approvato l'assunzione dei costi per un'operazione pianificata.

Caso 3: indicazione medica

La cura necessaria all'assicurato non poteva essere effettuata nell'ospedale del suo Cantone di domicilio ma in un ospedale fuori Cantone, che non era incluso nell'elenco ospedaliero del suo Cantone di domicilio ma nell'elenco del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. L'indicazione medica era manifestamente data. L'assicurato voleva sapere da noi se dovesse aspettarsi costi non coperti. Egli era solo assicurato con un'assicurazione malattie obbligatoria per le cure medico-sanitarie.

Le degenze ospedaliere fuori Cantone sono soggette ad autorizzazione, per cui è necessario effettuare una procedura cantonale di garanzia di assunzione dei costi (cfr. art. 41 cpv. 3 ultima frase LAMal). Di regola, il medico curante contatta il medico cantonale, che verifica la necessità sul piano medico nella procedura di garanzia di assunzione dei costi e, se pertinente, approva l'intervento.

In caso di necessità medica, non importa se la tariffa del luogo di ubicazione dell'ospedale è più alta della tariffa di riferimento dell'ospedale del Cantone di domicilio. Conformemente all'art. 49a LAMal i costi del trattamento ospedaliero sono ripartiti proporzionalmente tra il Cantone di domicilio (max. 55%) e l'assicuratore (max. 45%). Non ci sono quindi costi per la persona assicurata, con l'eccezione della partecipazione ai costi abituale (franchigia, quotaparte del 10% e contributo dell'ospedale).

Abbiamo informato l'assicurato di questo.

Il risultato sarebbe stato diverso se l'assicurato si fosse potuto sottoporre all'operazione in un ospedale elencato nel suo Cantone di domicilio, ma avesse preferito l'ospedale ubicato fuori Cantone per motivi personali, cioè se non ci fosse stata alcuna indicazione medica per il trattamento fuori Cantone. In questo caso, se la tariffa dell'ospedale esterno è più alta della tariffa di riferimento del Cantone di domicilio, la differenza dei costi è a carico del paziente o, se presente, della sua assicurazione complementare. In effetti, la copertura massima dei costi corrisponde sempre ai costi che sarebbero stati sostenuti se il trattamento fosse stato effettuato in un ospedale elencato nel Cantone di domicilio della persona assicurata.

Caso 4: urgenza

Un pensionato ha subito un grave infortunio su una pista da sci durante una vacanza di sport invernali fuori dal suo Cantone di domicilio. Egli è stato trasportato d'urgenza all'ospedale più vicino, dove è stato successivamente operato. Sua moglie era preoccupata per i costi, dato che non aveva concluso un'assicurazione di cura ospedaliera e neppure un'altra assicurazione complementare; voleva sapere se l'assicuratore avrebbe assunto tutti i costi dell'infortunio.

In caso di infortuni subiti da persone che non sono assicurate secondo la legge sull'assicurazione contro gli infortuni (in particolare le persone senza attività lucrativa come per esempio i pensionati), si applicano le disposizioni della LAMal e quindi anche l'obbligo del Cantone di domicilio di pagare i contributi nel senso dell'art. 41 cpv. 3 LAMal. Secondo detta disposizione, l'assicuratore e il Cantone di domicilio si assumono secondo la loro quotaparte rispettiva la remunerazione in conformità dell'art. 49a LAMal se l'assicurato, per motivi d'ordine medico, ricorre ai servizi di un ospedale che non figura nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio. Di regola è necessaria l'autorizzazione del Cantone di domicilio, salvo nei casi d'urgenza.

Di conseguenza non è necessaria una procedura cantonale di garanzia d'assunzione dei costi nei casi d'urgenza. Tuttavia, se il Cantone di domicilio lo desidera, il modulo della procedura d'autorizzazione dell'assunzione dei costi può essere usato per chiarire se esiste o no un'urgenza. In questi casi il modulo deve essere trasmesso al Cantone entro un termine ragionevole dopo il ricovero del paziente. L'ospedale in questione è responsabile della prova che vi era una situazione d'urgenza.

Vi è urgenza se le condizioni della persona da curare non le permettono di essere trasportata in un ospedale nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio per la fornitura della prestazione richiesta. L'urgenza continua finché un trasferimento in un ospedale nell'elenco del Cantone di domicilio non è consigliabile per ragioni mediche.

Nel caso in esame, la nostra indagine ha rivelato che l'ospedale era sulla lista del Cantone in cui si trovava e la tariffa era inferiore a quella di riferimento nel Cantone di domicilio dell'assicurato. Ciò significa che l'assunzione dei costi completi di questa degenza ospedaliera era data.

Poiché si trattava di un caso d'urgenza, anche una tariffa più alta della tariffa di riferimento nel Cantone di domicilio avrebbe ugualmente portato all'assunzione integrale dei costi. L'unica differenza rispetto al caso con una tariffa più bassa è che, nel caso di una tariffa più alta del fornitore di prestazioni, il Cantone di domicilio può esigere dall'altro la prova che c'era effettivamente un'urgenza. Se non vi fosse stata urgenza, il Cantone di domicilio non si sarebbe dovuto assumere i costi superiori alla propria tariffa di riferimento. Il saldo dei

costi residui andrebbe a carico della persona assicurata o di un'assicurazione complementare esistente.

Abbiamo informato la moglie su quanto sopra esposto. Le abbiamo ugualmente fatto notare che avrebbe comunque dovuto pagare alcune spese per il trasporto di suo marito in ospedale, poiché solo il 50% delle spese di trasporto sono coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. A tal proposito si deve distinguere tra il trasporto in ambulanza di un malato e il trasporto di soccorso. Per il primo, si applica un limite massimo di costo di fr. 500.00 per anno civile, mentre per il secondo vi è un limite di fr. 5'000.00 per anno. Se non vi è un'assicurazione complementare corrispondente, le spese di trasporto e/o di soccorso non coperte sono a carico della persona assicurata.

Caso 5: ricovero fuori Cantone, senza indicazione medica

Un padre, agendo debitamente per suo figlio adulto affetto da turbe psichiche, voleva sapere se era possibile che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si rifiutasse di assumere i costi di una degenza stazionaria in clinica. Il figlio aveva scelto una clinica fuori Cantone perché il suo psichiatra gliel'aveva raccomandata, in quanto offriva una terapia che era perfettamente adatta alla sua affezione psichica.

Nel caso specifico abbiamo constatato che la clinica psichiatrica fuori Cantone non figurava né nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio né in quello del Cantone in cui era ubicata. Di conseguenza non si poteva applicare alcuna tariffa cantonale di riferimento. La tariffa di riferimento è il prezzo forfettario per una prestazione medica nel Cantone.

Purtroppo l'assicuratore non aveva concluso con questa clinica una convenzione nel senso dell'articolo 49a cpv. 4 LAMal. Pertanto non gli si poteva chiedere di assumerne i costi.

Noi abbiamo potuto solamente raccomandare al padre di contattare la clinica per far rideterminare il costo della degenza, se necessario con il supporto dell'Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP). Secondo noi, le possibilità di una riduzione del prezzo erano buone, perché la clinica non aveva manifestamente adempiuto al suo dovere di informazione nei confronti dell'assicurato. Infatti essa avrebbe dovuto sapere che non era iscritta nell'elenco ospedaliero cantonale né nel suo luogo di ubicazione né in quello di domicilio dell'assicurato e che non aveva concluso una convenzione con l'assicuratore in questione.

L'Ufficio di mediazione può solo continuare a consigliare agli assicurati di domandare ai loro assicuratori un'autorizzazione all'assunzione dei costi per iscritto prima della pianificazione di una degenza ospedaliera, per evitare spiacevoli sorprese.

5.2 I costi per le cure ospedaliere nell'ambito dell'assicurazione complementare

Caso 6: situazione in assenza di convenzione

Si rileva preliminarmente che l'ospedale convenzionato secondo la LAMal non ha nulla a che vedere con una situazione senza convenzione nell'ambito dell'assicurazione complementare per le cure ospedaliere, anche se in entrambi i casi si svolgono trattative tra fornitori di prestazioni e assicuratori. Nel primo caso, si tratta di un ospedale con cui l'assicuratore ha concluso una convenzione conformemente all'art. 49a cpv. 4 LAMal, in quanto non figura

nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio e nemmeno in quella del Cantone dove è ubicato. Nel secondo caso, si tratta di una controversia tra il fornitore di prestazioni e l'assicuratore nell'ambito dell'assicurazione complementare delle cure ospedaliere, che non ha potuto essere risolta temporaneamente. Il caso seguente è un esempio:

Un'assicurata arrabbiata ci ha detto che anni fa aveva stipulato un'assicurazione complementare per il ricovero in ospedale in reparto privato; aveva sempre dato per scontato che sarebbe stata ben coperta in caso di degenza ospedaliera. Ora ha dovuto constatare che tale non era il caso. Ci ha detto che avrebbe dovuto subire un'operazione tra tre settimane e che il medico curante aveva già preso tutte le disposizioni nell'ospedale desiderato, quando l'ospedale l'ha chiamata per dirle che non c'era copertura per il reparto privato. Le negoziazioni tariffarie tra l'ospedale e l'assicuratore non avevano raggiunto alcun accordo, ciò che ha condotto a una situazione di vuoto contrattuale in ambito di assicurazione complementare per il ricovero in ospedale. Per i pazienti privati, questo significava che l'assicuratore non assumeva i costi che superavano la tariffa forfettaria per ogni caso secondo SwissDRG. La paziente poteva scegliere allora tra un trattamento nel reparto comune senza costi conseguenti o un trattamento nel reparto privato, dove avrebbe dovuto assumersi lei stessa i costi non coperti. L'assicuratore l'ha anche informata che avrebbe ricevuto un'indennità di fr. 500.00 al giorno se avesse optato per il reparto comune.

Abbiamo spiegato all'assicurata il contesto e abbiamo attirato la sua attenzione sul comunicato stampa dell'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA) del 17 dicembre 2020: in esso, la FINMA ha rilevato che i conteggi di prestazione nell'ambito dell'assicurazione malattie complementare di frequente mancavano di trasparenza e in parte sembravano essere infondati o ingiustificati. Essa si aspettava quindi un controllo più efficace da parte degli assicuratori per contrastare questa situazione insoddisfacente. Essa ha inoltre invitato gli assicuratori a verificare le convenzioni con i fornitori di prestazioni e di migliorarli se necessario. Essa approverà i nuovi prodotti di assicurazione complementare di ricoveri ospedalieri solo a queste condizioni.

Quale autorità di vigilanza, la FINMA persegue l'obiettivo di contenere l'esplosione dei costi nel settore della sanità. Tale obiettivo potrebbe essere raggiunto con elenchi restrittivi di ospedali e con tariffe forfettarie limitate. Le soluzioni convenzionali sono difatti il miglior strumento per offrire agli assicurati una protezione tariffaria in futuro.

In questo contesto, abbiamo informato l'assicurata che la negoziazione di nuove convenzioni tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (di solito ospedali o cliniche) può condurre temporaneamente a una situazione di vuoto convenzionale. Ma la sua copertura assicurativa esiste indipendentemente da una convenzione tra il suo assicuratore malattie e il fornitore di prestazioni. Lei aveva in ogni caso diritto alle prestazioni che le erano state garantite conformemente alle condizioni generali d'assicurazione (CGA) dalla sua assicurazione complementare ospedaliera, ma non sempre nell'ospedale desiderato.

Nel caso specifico, abbiamo fatto notare all'assicurata che non poteva scegliere solo tra le due opzioni che le offriva l'ospedale ma che aveva anche altre opzioni. Lei poteva, per esempio, optare per un altro ospedale nell'elenco degli ospedali del suo Cantone di domicilio e che non si trovava in una situazione di vuoto convenzionale con l'assicuratore per quanto riguarda l'assicurazione complementare ospedaliera. Un'altra opzione era di farsi curare in un ospedale con il quale l'assicuratore aveva concluso una convenzione nel senso dell'art. 49a cpv. 4 LAMal.

Abbiamo raccomandato all'assicurata di discutere prima le varie opzioni con il suo medico curante e solo dopo decidere su una di esse. Successivamente essa dovrebbe contattare il suo

assicuratore e chiedere per iscritto un'autorizzazione all'assunzione dei costi per l'ospedale che ha scelto. In questo modo, essa potrebbe farsi un'idea chiara di eventuali costi non coperti.

Caso 7: tariffa massima ed elenco ospedaliero limitato

Una persona assicurata doveva subire un'operazione entro breve tempo. Essa aveva stipulato un'assicurazione complementare ospedaliera con reparto flessibile negli ospedali di cure acute (valida in tutto il mondo e con inclusione degli infortuni). In risposta alla sua richiesta telefonica, l'assicuratore l'ha informata che avrebbe assunto fr. 4'000,00 per l'operazione chirurgica nel reparto privato e fr. 400,00 per ogni singolo giorno nel reparto privato, rispettivamente fr. 3'000.00 nel reparto semi-privato e fr 300.00 per ogni giorno. L'assicurata ci ha fatto notare che questi importi erano ben lontani dal coprire i costi che l'ospedale auspicato aveva indicato nel suo preventivo. L'assicuratore aveva giustificato la sua decisione affermando che l'ospedale scelto non figurava nel suo elenco. Se lo specialista prescelto voleva operare solo in quell'ospedale e se l'assicurata voleva essere operata solo da lui, allora lei doveva accettare che solo una parte dei costi sarebbe stata coperta, salvo nel reparto comune. L'assicurata ha trovato inaccettabile la proposta di assunzione dei costi dell'assicuratore e ci ha chiesto se la risposta dell'assicuratore fosse corretta.

Le prestazioni delle assicurazioni complementari sono definite nelle condizioni generali di assicurazione (CGA) e (se disponibili) nelle condizioni complementari dei rispettivi prodotti.

L'esame delle condizioni di assicurazione ha mostrato che l'assicuratore aveva incluso una limitazione delle prestazioni nelle sue condizioni complementari, secondo la quale una tariffa massima si applicava a certi ospedali. La disposizione corrispondente stabiliva che l'assicuratore poteva stabilire una tariffa massima, se non vi erano accordi contrattuali tra l'assicuratore e l'ospedale di cure acute. Tale tariffa corrispondeva ai costi massimi assunti dall'assicuratore per la degenza e per il trattamento. Le tariffe comparabili riconosciute per le prestazioni supplementari LCA con altri ospedali di cure acute servivano di base alle tariffe massime riconosciute. L'elenco degli ospedali per le cure acute con cui non vi sono regolamentazioni contrattuali e la tariffa massima stabilita possono essere consultati sul sito Internet.

In caso d'applicazione della tariffa massima, l'assicuratore ha il dovere di fornire informazioni sull'entità dei costi assunti – e questo prima del ricovero in ospedale.

Per l'ospedale auspicato dall'assicurata non vi era infatti alcuna regolamentazione con l'assicuratore. Di conseguenza l'informazione sull'importo dei costi assunti non era criticabile.

L'offerta di ospedali riconosciuti dall'assicuratore era sufficiente nel Cantone di domicilio dell'assicurata. Sarebbe stato problematico se l'assicuratore avesse offerto un prodotto per il quale l'assicurata non aveva alcuna possibilità di ricevere delle prestazioni. Non era questo nel caso di specie.

Secondo noi, l'ampio elenco negativo dell'assicuratore è la ragione del basso premio di questa assicurazione complementare con reparto ospedaliero flessibile. Ovviamente l'assicuratore vuole proteggere il suo prodotto dalle tariffe eccessive di certi ospedali.

5.3 Fattispecie con un legame con l'estero

5.3.1 Casi fuori dall'UE/AELS

Caso 8: urgenza durante le vacanze in Australia

La moglie di un assicurato ha dovuto subire un intervento chirurgico d'urgenza durante le sue vacanze in Australia. L'assicuratore malattie le aveva accordato l'autorizzazione d'assunzione dei costi prima dell'operazione. Quando sono tornati a casa, la coppia ha scoperto dal conteggio delle prestazioni che il loro assicuratore non aveva assunto la totalità dei costi medici sostenuti. Su loro richiesta, l'assicuratore li ha informati che, per legge, esso non era tenuto ad assumersi più del doppio dei costi per la stessa operazione in Svizzera. Il marito voleva sapere da noi come sarebbe stato possibile conoscere quanto sarebbe costata una simile operazione in Svizzera.

Conformemente all'art. 34 cpv. 2 lett. a LAMal in combinazione con l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se la persona assicurata che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di sottoporsi a questo trattamento. Per le cure d'urgenza all'estero, l'assicurazione di base copre al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera (art. 36 cpv. 4 OAMal).

Nel caso di trattamento stazionario, questo significa che l'assicuratore assumerà al massimo il 90% dei costi che questo ricovero avrebbe determinato in Svizzera. La percentuale del 90% può essere spiegata come segue: per le degenze ospedaliere nel reparto comune di un ospedale svizzero, il Cantone di domicilio dell'assicurato assume almeno il 55% dei costi ospedalieri (cfr. art. 49a cpv. 2ter LAMal). I costi rimanenti (= max. 45%) sono a carico della cassa malati (art. 49a cpv. 1 LAMal). Se il trattamento stazionario avviene all'estero, il Cantone di domicilio non partecipa ai costi ospedalieri. Di conseguenza, la cassa malattia deve, conformemente all'art. 36 cpv. 4 OAMal, assumere al massimo il 90% (= 2 x 45%) dei costi che la degenza ospedaliere sarebbe costata in Svizzera.

Il sistema tariffario SwissDRG è applicabile al rimborso delle prestazioni ospedaliere stazionarie. Questo si basa su tariffe forfettarie per ogni caso (cfr. spiegazioni al punto 5.1.2. del presente rapporto annuale).

Nel caso concreto, i calcoli dell'assicuratore non hanno dato luogo a critiche.

Abbiamo solo potuto far notare al marito che i costi non coperti di quasi fr. 2'000,00 sarebbero potuti eventualmente essere rimborsati alla moglie da un'assicurazione viaggi o da un'assicurazione complementare, che copre i costi del trattamento ospedaliero all'estero.

5.3.2 Nessuna assistenza in materia di prestazioni per i cittadini di paesi terzi

Caso 9: coppia russa con residenza in Svizzera

Una coppia russa si è stabilita in Svizzera nell'estate del 2021. Il marito lavora per un'azienda svizzera ed è assicurato obbligatoriamente presso un assicuratore malattie riconosciuto in

Svizzera. La moglie incinta è assoggettata all'assicurazione malattie austriaca (ÖGK) in considerazione del suo impiego in Austria. Dato che la gravidanza arrivava a termine, la coppia si è informata presso l'ÖGK sulla copertura delle spese di parto. La ÖGK li ha informati via mail che i costi, conformemente alle informazioni tariffarie svizzere, sarebbero rimborsati, se maggiori rispetto all'indennità per i costi di cure prevista dalla legislazione austriaca. La coppia ha inoltre chiesto all'ospedale del loro domicilio in Svizzera se le spese per il parto fossero coperte. L'ospedale ha assicurato alla coppia che tale era il caso. Dopo il parto, l'ospedale ha ritrattato la sua dichiarazione e ha addebitato alla coppia un importo di oltre fr. 7'000.00. Esso ha giustificato tale revoca per il fatto che a partire dal 1° giugno 2021 era in vigore un nuovo regolamento dell'Ufficio Federale della Sanità Pubblica (UFSP) sull'assunzione dei costi nel caso di cittadini di paesi terzi.

La coppia voleva sapere da noi se la comunicazione della ÖGK doveva essere intesa come un'autorizzazione di assunzione integrale delle spese di parto in Svizzera. Se tale non fosse stato il caso, volevano anche sapere cosa potevano fare nei confronti dell'ospedale che, dopo la nascita, aveva ritrattato le sue informazioni iniziali sulla copertura dei costi.

La mail della ÖGK che ci è stata trasmessa indicava solamente che secondo la legge austriaca, in caso di ricovero programmato all'estero, euro 309,00 al giorno (= indennità per i costi di cura) sarebbero stati assunti per le "persone auto-assicurate". L'assicuratore malattie aveva apparentemente già inviato un'informazione tariffaria all'istituzione competente in Svizzera.

Le nostre indagini hanno rivelato che l'UFSP ha inviato una lettera d'informazione datata 26 marzo 2021 ai fornitori di prestazioni, per informarli della procedura futura da seguire per i cittadini di Stati terzi non membri dell'UE/AELS che si fanno curare in Svizzera con la carta europea di assicurazione malattia di un paese UE/AELS. In base a ciò, i cittadini di Stati terzi possono richiedere prestazioni tramite la carta europea di assicurazione malattia solo se sono membri della famiglia di una persona assicurata UE/AELS o di un cittadino svizzero. Il motivo è che la Svizzera non ha adottato il Regolamento (UE) n. 1231/2010.

Se un cittadino svizzero o un cittadino UE/AELS che è assicurato in uno Stato membro dell'UE/AELS soggiorna temporaneamente in Svizzera e deve essere ricoverato, allora il conteggio delle prestazioni viene effettuato tramite l'Istituzione comune LAMal (= Istituzione di assistenza in materia di prestazioni). In questo caso, la cassa malati dello Stato di residenza deve assumersi la totalità dei costi di ricovero in ospedale (= quota cantonale di almeno il 55% e parte della cassa malati svizzera di un massimo del 45% dei costi di ricovero ospedaliero), deduzione fatta di un'eventuale partecipazione ai costi dovuta dall'assicurato secondo il diritto svizzero (art. 37 OAMal).

Nel caso della moglie russa, tuttavia, l'assistenza in materia di prestazioni non si applicava. È probabile che la ÖGK abbia inviato la richiesta di tariffa all'Istituzione comune LAMal. Quest'ultima avrebbe dovuto però respingere questa richiesta, poiché non si trattava di un caso di assistenza in materia di prestazione dell'UE/AELS. Per questo motivo si doveva, a nostro avviso, prevedere che la ÖGK avrebbe pagato alla moglie solo l'indennità giornaliera per i costi di cura secondo il diritto austriaco.

Per quanto riguarda l'ospedale, abbiamo raccomandato alla coppia di domandare una sospensione della procedura di riscossione e di aspettare la risposta definitiva della ÖGK. Se quest'ultima dovesse assumere solo l'indennità giornaliera per i costi di cura secondo il diritto austriaco, essi potrebbero ancora rivolgersi all'Ufficio di mediazione per il settore ospedaliero del loro Cantone di domicilio. Eventualmente, quest'ultimo potrebbe intervenire sull'ospedale per ottenere un risarcimento o almeno una riduzione dell'importo della fattura

per l'informazione in definitiva errata.

5.3.3 Casi all'interno dell'UE/AELS

Caso 10: urgenza durante le vacanze in Spagna

L'assicurato, di nazionalità svizzera, è stato vittima di un grave infarto al miocardio durante un soggiorno temporaneo in Spagna, motivo per cui è stato immediatamente trasportato in ambulanza in ospedale ed è stato operato sul posto. Egli ha trascorso lì nove giorni. La fattura dell'ospedale è ammontata all'equivalente di fr 35'000,00. L'assicurato si è arrabbiato per il rimborso di circa fr. 25'000,00 da parte del suo assicuratore, poiché copriva solo il 72% dei costi effettivi dell'intervento. Egli non riusciva a capire questo. È notorio infatti che le spese mediche in Spagna sono significativamente più basse che in Svizzera.

Abbiamo dapprima constatato che l'operazione era stata effettuata in un ospedale privato e quindi non vi era più spazio per un coordinamento attraverso i trattati bilaterali tra la Svizzera e gli Stati UE/AELS.

L'assunzione dei costi poteva effettuarsi solo tramite l'art. 34 cpv. 2 lit. a LAMal in relazione con l'art. 36 cpv. 2 e cpv. 4 OAMal (cfr. caso 8 del presente rapporto annuale).

Nel caso di copertura dei costi nel senso dell'art. 36 cpv. 4 OAMal, l'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve assumere al massimo il 90% dei costi ospedalieri (= 45% x 2) che sarebbero stati sostenuti in Svizzera per un ricovero in un reparto comune. I costi rimanenti di almeno il 55%, che sarebbero stati coperti dal Cantone di domicilio, vengono meno.

Dato che l'importo coperto ci sembrava anche un po' basso, abbiamo detto all'assicurato di chiedere al suo cardiologo dell'ospedale cantonale quanto sarebbe costata l'operazione in Svizzera. Egli è giunto alla conclusione che nel Cantone di domicilio i costi dell'operazione e del trasporto (in reparto semi-privato) sarebbero ammontati a circa fr. 50'000-60'000. Egli ha raccomandato un nuovo calcolo secondo il forfait per ogni caso Swiss-DRG con tutte le diagnosi da lui menzionate per un calcolo equo dei costi (in relazione a un trattamento identico in un ospedale di cure acute in Svizzera).

Sulla base del rapporto dello specialista, siamo intervenuti sull'assicuratore, che ha poi riconosciuto un codice DRG (trattamento medico complesso di cure intensive) determinato dall'ospedale cantonale, compreso un supplemento. In tal modo sono stati assunti tutti i costi ospedalieri sostenuti in Spagna.

5.4 Risultati e raccomandazioni

Prima di programmare una degenza ospedaliera stazionaria, una persona assicurata dovrebbe domandare per tempo un'autorizzazione scritta di assunzione dei costi dall'assicuratore (per motivi di prova), per non trovarsi inaspettatamente di fronte a costi non coperti. Le autorizzazioni di assunzione dei costi per il medico generico e per l'ospedale, di cui l'assicurato di solito riceve una copia per informazione, sono insufficienti per l'assicurato. Nel contempo si dovrebbe cercare un chiarimento con l'assicuratore sui punti seguenti:

1. Nell'ambito dell'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal
 - L'ospedale selezionato è un ospedale elencato?
 - Si trova nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio o di ubicazione dello stabilimento?
 - Se l'ospedale non figura nell'elenco degli ospedali, l'assicuratore ha concluso una convenzione per il reparto comune con l'ospedale prescelto? È un ospedale convenzionato?
 - L'ospedale prescelto ha un mandato cantonale per la prestazione pianificata?
 - Quali costi non coperti devo aspettarmi?

2. Nell'ambito dell'assicurazione complementare di ricovero ospedaliero secondo la LCA
 - C'è una situazione di vuoto convenzionale con l'ospedale selezionato?
 - Con quale ospedale non vi è un vuoto convenzionale?
 - Quali costi non coperti devo aspettarmi?
 - Quali costi aggiuntivi devo aspettarmi, se ho stipulato un'assicurazione complementare ospedaliera con reparto flessibile?
 - In quali casi la mia assicurazione complementare ospedaliera esclude l'assunzione dei costi? Quando secondo il mio assicuratore vi è un abuso di alcol, di tabacco o di droghe?

Fondazione Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie

Consiglio di fondazione (stato al 31.12.2021):

BRAND Heinz	Presidente ; 7250 Klosters
CHIESA TANNER Gabriella	Vice-Presidente ; Dipl. Pharm.; 8002 Zurigo
AZZOLA Andrea	Prof. Dr. med.; 6968 Lugano-Sonvico
DEMEULEMEESTER Joy	Fédération suisse des patients, section romande; 1005 Losanna
DITTLI Nikolai	CEO della CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
STEIERT Jean-François	Lic. phil. I; Staatsrat; 1700 Friburgo
SCHAFROTH STOLLER Ursula	Dr. med.; 3714 Frutigen

Ufficio di Lucerna (stato al 31.12.2021):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Mediatrice , lic. iur., avvocato, specialista in assicurazione malattie con brevetto federale
MÜLLER INEICHEN Susanne	Supplente della mediatrice , lic. iur., avvocato, specialista in assicurazione malattie con brevetto federale
BRECHBÜHL Eliane	Specialista in assicurazione malattie con brevetto federale
GÖTZ Lukas	lic. iur., avvocato
LORÉTAN Charles	Specialista in assicurazione malattie con brevetto federale
MAETZLER Caroline	MLaw, giurista
STOCKER Caroline	MLaw, giurista
TRONTO Lorena	MLaw, giurista, specialista in assicurazione malattie con brevetto federale

Contatto

Per iscritto:

Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie
Morgartenstrasse 9
CP 519
6002 Lucerna

Internet:

<https://www.om-kv.ch> (con formulario di contatto)

A voce viva:

Servizio telefonico ogni mattina dal lunedì al venerdì tra le ore 09.00 e le 11.30:

in tedesco:	041 226 10 10
in francese:	041 226 10 11
in italiano:	041 226 10 12