

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Disegno

Modifica del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del 18 settembre 2000¹,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Ingresso

visto l'articolo 34^{bis} della Costituzione federale³,

Art. 13 cpv. 2 lett. f (nuova)

² Gli assicuratori devono in particolare:

- f. da soli o in collaborazione con uno o più altri assicuratori, offrire una o più forme particolari d'assicurazione che contemplino una scelta limitata, ai sensi degli articoli 41 capoverso 4 e 62 capoverso 2, del fornitore di prestazioni.

Art. 21 cpv. 4

⁴ Gli ospedali, le case di cura e gli istituti di cure semiospedaliere devono comunicare alle competenti autorità federali i dati di cui necessitano per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni. L'anonimato degli assicurati deve essere garantito.

Art. 25 cpv. 2 lett. e, f

² Queste prestazioni comprendono:

- e. la degenza in un ospedale;
- f. la degenza in un istituto di cure semiospedaliere;

¹ FF **2001** 631

² RS **832.10**; RU **2000** 2305

³ Questa disposizione corrisponde all'articolo 117 della Costituzione federale del 18 aprile 1999 (RS **101**).

Art. 35 cpv.1 e 2 lett. i

¹ Sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i fornitori di prestazioni che:

- a. adempiono le condizioni giusta gli articoli 36-40 e
- b. sempreché esercitino nel settore ambulatoriale, abbiano compiuto i 65 anni e abbiano stipulato una convenzione d'autorizzazione con uno o più assicuratori.

² Sono fornitori di prestazioni:

- i. gli istituti di cure semiospedaliere;

Art. 39 cpv. 1 frase introduttiva e lett. d, e nonché cpv. 2, 3 e 4 (nuovo)

¹ Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali), nonché gli stabilimenti, gli istituti o i rispettivi reparti che dispensano cure semiospedaliere (istituti di cure semiospedaliere), sono autorizzati se:

- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno di cure, approntata da uno o più Cantoni;
- e. figurano nell'elenco compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di ospedali e istituti di cure semiospedaliere.

² La pianificazione intesa a coprire il fabbisogno di cure di cui al capoverso 1 lettera d deve riferirsi alla copertura del fabbisogno di tutte le persone tenute ad assicurarsi in virtù della presente legge (art. 3) e considerare i flussi di pazienti tra i Cantoni. Gli enti privati vanno inclusi adeguatamente nella pianificazione.

³ L'elenco di cui al capoverso 1 lettera e deve comprendere l'insieme degli ospedali e degli istituti di cure semiospedaliere del Cantone necessari per la copertura del fabbisogno e ai quali è stato conferito un mandato di prestazioni; esso può parimenti comprendere ospedali e istituti di cure semiospedaliere situati in altri Cantoni per i quali il Cantone ha concluso un accordo con uno o più Cantoni oppure direttamente con l'ospedale o l'istituto di cure semiospedaliere.

⁴ Le disposizioni riguardanti l'autorizzazione (cpv. 1), la pianificazione (cpv. 2) e l'approntamento di elenchi (cpv. 3) si applicano per analogia agli stabilimenti, gli istituti o i rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).

Art. 41 cpv. 1, 2 lett. b e 3

¹ L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei dintorni. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliere, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata negli ospedali o negli istituti di cure semiospedaliere che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato.

² Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate:

- b. negli ospedali o negli istituti di cure semiospedaliere che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera.

³ In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, per motivi d'ordine medico, in un ospedale o in un istituto di cure semiospedaliere situati fuori dal Cantone di domicilio, quest'ultimo remunera la parte dovuta ai sensi dell'articolo 49.

Art. 49 Convenzioni tariffali con gli ospedali e gli istituti di cure semiospedaliere

¹ Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39 cpv. 1) e della cura semiospedaliera, compresa la degenza in un istituto di cure semiospedaliere (art. 39 cpv. 1), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Tali importi si rifanno alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Queste ultime possono essere suddivise in categorie. Esse sono concordate dalle parti alla convenzione. Se i partner tariffali non si accordano, le strutture sono stabilite dal Consiglio federale.

² Le parti contraenti possono convenire che prestazioni speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente.

³ Le remunerazioni di cui ai capoversi 1 e 2 sono assunte per metà dall'assicuratore e per metà dal Cantone di domicilio dell'assicurato. Le remunerazioni non possono contenere costi di formazione e di ricerca. I Cantoni possono stabilire di finanziare separatamente determinate prestazioni.

⁴ In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dei capoversi 1-3 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50.

⁵ Con le remunerazioni ai sensi dei capoversi 1-4 sono tacitate le pretese dell'ospedale e dell'istituto di cure semiospedaliere riguardo le prestazioni secondo la presente legge.

⁶ Le parti alla convenzione concordano la remunerazione per il trattamento ambulatoriale.

⁷ Gli ospedali e gli istituti di cure semiospedaliere dispongono di strumenti di gestione adeguati; in particolare, tengono secondo un metodo uniforme una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni per calcolare i propri costi di gestione e di investimento e per registrare le proprie prestazioni. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti. Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni.

colo 89. Dopo avere consultato il fornitore di prestazioni, l'assicuratore o la federazione di assicuratori lo diffidano in forma scritta.

² Gravi motivi ai sensi del capoverso 1 sono in particolare:

- a. la polipragmasia;
- b. il mancato o difettoso adempimento dell'obbligo di informazione di cui all'articolo 57 capoverso 6;
- c. il rifiuto di partecipare alle misure intese a garantire la qualità di cui all'articolo 58;
- d. l'inosservanza della protezione tariffale di cui all'articolo 44;
- e. il non avere fatto usufruire di sconti secondo l'articolo 56 capoverso 3 il debitore della remunerazione;
- f. la manipolazione fraudolenta di conteggi o il rilascio di attestati non veritieri.

Art. 61a (nuovo) Mancato pagamento di premi e di partecipazioni ai costi

¹ Se premi o partecipazioni ai costi scaduti non sono pagati, l'assicuratore deve diffidare per scritto l'assicurato accordandogli un termine suppletorio di trenta giorni. L'assicuratore lo avverte sulle conseguenze della mora (cpv. 2).

² Se, malgrado la diffida, il pagamento non è effettuato, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi per le prestazioni alla scadenza del termine suppletorio finché i premi o le partecipazioni ai costi dovuti non siano stati interamente pagati. Nel contempo l'assicuratore informa la competente autorità d'assistenza sociale del luogo di domicilio dell'assicurato in merito alla sospensione delle prestazioni. Sono salve le disposizioni cantonali, segnatamente quelle che prevedono la previa notifica all'autorità preposta alla riduzione dei premi.

³ Se i premi e le partecipazioni ai costi dovuti sono interamente pagati, l'assicuratore assume i costi delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione.

⁴ Se l'assicurato in mora cambia assicuratore, il vecchio assicuratore informa il nuovo assicuratore in merito alle diffide emesse e alle esecuzioni promosse. I crediti oggetto di diffide o esecuzioni da parte del vecchio assicuratore comportano anche per il nuovo assicuratore la sospensione delle prestazioni. Non appena i premi e le partecipazioni ai costi che gli sono dovuti gli vengono interamente pagati, il vecchio assicuratore informa il nuovo.

⁵ Il Consiglio federale disciplina i dettagli dell'incasso, della procedura di diffida e quelli riguardo alle conseguenze della mora.

Art. 62 cpv. 3

³ Il Consiglio federale disciplina in dettaglio le forme particolari d'assicurazione. Stabilisce segnatamente, in base alle necessità dell'assicurazione, i limiti massimi di riduzione dei premi e i limiti minimi dei supplementi di premio. Rimane in tutti i casi salva la compensazione dei rischi secondo l'articolo 66a.

Sezione 5: Compensazione dei rischi

Art. 66a (nuovo)

¹ Gli assicuratori il cui effettivo di donne e di persone anziane assicurate è inferiore a quello medio dell'insieme degli assicuratori devono versare un contributo all'istituzione comune (art. 18) a favore degli assicuratori il cui effettivo di donne e di persone anziane assicurate supera questa media; detto contributo è destinato a compensare integralmente le differenze medie dei costi tra i gruppi di rischio determinanti.

² Il confronto è effettuato, per Cantone e per assicuratore, sulla base della struttura dell'effettivo degli assicurati.

³ L'istituzione comune esegue la compensazione dei rischi tra assicuratori in ogni singolo Cantone.

⁴ Il Consiglio federale emana le disposizioni per la compensazione dei rischi salvaguardando l'incentivo per gli assicuratori di perseguire l'economicità dei costi.

⁵ Il Consiglio federale disciplina inoltre:

- a. la riscossione degli interessi di mora e il rimborso degli interessi retributivi;
- b. il risarcimento del danno;
- c. il termine scaduto il quale l'istituzione comune può rifiutare di ricalcolare la compensazione dei rischi.

Art. 79 cpv. 2^{bis} (nuovo)

^{2bis} Il Cantone di domicilio ha un diritto di regresso analogamente ai capoversi 1 e 2 per le remunerazioni versate secondo gli articoli 41 capoverso 3 e 49 capoverso 3.

Art. 104a cpv. 2

² Fintanto che i costi delle prestazioni delle case di cura non sono calcolati secondo un metodo uniforme (art. 49 cpv. 7 e art. 50), il Dipartimento può stabilire mediante ordinanza in quale misura possono essere assunte queste prestazioni.

Art. 105

Abrogato

II

Disposizioni transitorie

¹ Il Consiglio federale determina il momento in cui gli assicuratori devono offrire le forme particolari d'assicurazione di cui all'articolo 13 capoverso 2 lettera f.

² Il Consiglio federale determina il momento in cui gli importi forfettari di cui all'articolo 49 capoverso 1 devono basarsi su strutture uniformi. L'introduzione può avvenire a tappe. Parimenti, esso determina in quale modo possono essere conside-

rati nel calcolo delle tariffe gli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della presente modifica.

³ Con l'entrata in vigore della presente modifica, la parte degli assicuratori alle remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 3 viene aumentata di un punto percentuale all'inizio di ogni anno civile, così che la metà della parte a suddette remunerazioni è raggiunta nel quinto anno civile.

III

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

² Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

2347