

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Managed Care)

Modifica del 30 settembre 2011

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del 15 settembre 2004¹,
decreta:

I

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

Art. 12 cpv. 5

⁵ Le casse malati non possono gestire istituti che dispensano cure mediche agli assicurati né avere una partecipazione finanziaria in simili istituti.

Art. 34 cpv. 3

³ Il Consiglio federale può, nell'ambito di progetti pilota limitati nel tempo, prevedere l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite all'estero. Si adopera affinché lo Stato interessato accordi la reciprocità.

Art. 41 cpv. 4

Abrogato

Titolo prima dell'art. 41b

Sezione 2a: Forme particolari d'assicurazione

Art. 41b Principio

¹ L'assicurato può convenire con l'assicuratore di chiedere prestazioni unicamente presso una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c con la quale l'assicuratore ha concluso un contratto relativo alla cura e alla gestione della stessa (cure integrate).

¹ FF 2004 4951

² RS 832.10

Le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono comunque assicurate.

² Il Consiglio federale può autorizzare l'esercizio di altre forme d'assicurazione non considerate reti di cure integrate, segnatamente quelle secondo cui:

- a. l'assicurato assume partecipazioni ai costi superiori a quelle previste nell'articolo 64, beneficiando di una riduzione del premio;
- b. l'ammontare del premio dell'assicurato dipende dall'ottenimento o no di prestazioni durante un determinato periodo;
- c. l'assicurato limita la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi, beneficiando di una riduzione del premio.

Art. 41c Reti di cure integrate

¹ Un gruppo di fornitori di prestazioni raggruppati allo scopo di coordinare le cure mediche costituisce una rete di cure integrate. Nella rete di cure integrate il processo di cura degli assicurati è gestito durante l'intera catena terapeutica. La rete di cure integrate deve garantire l'accesso a tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² Gli assicuratori concludono con la rete di cure integrate un contratto che disciplina in particolare la collaborazione, lo scambio di dati, la garanzia della qualità e la remunerazione delle prestazioni. L'articolo 46 non è applicabile a questi contratti. In deroga all'articolo 34 capoverso 1, nell'ambito del processo di cura stabilito si possono prevedere prestazioni che vanno oltre le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ La rete di cure integrate sceglie per la sua organizzazione una forma giuridica che garantisca l'adempimento degli impegni assunti nel contratto con gli assicuratori.

⁴ I fornitori di prestazioni raggruppati in una rete di cure integrate assumono, nella misura stabilita contrattualmente, la responsabilità finanziaria delle cure mediche fornite agli assicurati (corresponsabilità budgetaria).

⁵ Il Consiglio federale può stabilire i criteri di qualità necessari delle reti di cure integrate e la portata della corresponsabilità budgetaria.

Art. 41d Durata del rapporto d'assicurazione

¹ Per le forme particolari d'assicurazione di cui all'articolo 41b per le quali accorda una riduzione dei premi l'assicuratore può prevedere, oltre alla durata di un anno, anche una durata fino a tre anni del rapporto d'assicurazione. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4.

² L'assicurato che opta per una forma particolare d'assicurazione la cui durata è prolungata conformemente al capoverso 1 può cambiare assicuratore, ma non la forma d'assicurazione, prima della scadenza di tale durata:

- a. in caso di modifiche rilevanti delle condizioni d'assicurazione;
- b. in caso di aumento del premio superiore all'aumento medio dei premi nel Cantone.

³ Dietro pagamento del premio di uscita convenuto contrattualmente, l'assicurato può cambiare sia l'assicuratore sia la forma d'assicurazione prima della scadenza della durata di cui al capoverso 1. Al momento della conclusione del contratto l'assicuratore concorda con l'assicurato le modalità di uscita; è fatto salvo l'articolo 7.

Art. 57 cpv. 9

⁹ Gli assicuratori possono concordare contrattualmente con i fornitori di prestazioni raggruppati in reti di cure integrate secondo l'articolo 41c di trasferire loro i compiti e le competenze dei medici di fiducia.

Art. 62 cpv. 1, 2 e 2^{bis}, primo periodo

¹ L'assicuratore può ridurre i premi degli assicurati che optano per una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c o prevedere rimborsi.

² Abrogato

^{2bis} La partecipazione ai costi e la perdita delle riduzioni di premio in caso di forme particolari d'assicurazione di cui all'articolo 41b capoverso 2 non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. ...

Art. 64 cpv. 2 lett. b e c, 2^{bis}, 3, 3^{bis}, 6 lett. c e d nonché 7

² La partecipazione ai costi comprende:

- b. il 15 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale); è fatta salva la lettera c;
- c. il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) per le prestazioni fornite o prescritte nell'ambito di una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c.

^{2bis} Gli assicuratori possono rinunciare in tutto o in parte a riscuotere la partecipazione ai costi per le prestazioni fornite o prescritte nell'ambito di una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c.

³ Il Consiglio federale stabilisce la franchigia. L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale ammonta a 1000 franchi. Per gli assicurati che hanno optato per una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c, l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale ammonta a 500 franchi.

^{3bis} Il Consiglio federale può adeguare gli importi annui massimi dell'aliquota percentuale di cui al capoverso 3 all'evoluzione dei costi nel settore dell'assicurazione malattie.

⁶ Il Consiglio federale può:

- c. *abrogata*
- d. ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per singole misure di prevenzione attuate nell'ambito di programmi di prevenzione organizzati su scala nazionale o cantonale.

⁷ L'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi per le seguenti prestazioni:

- a. le prestazioni di cui all'articolo 29 capoverso 2;
- b. le prestazioni di cui all'articolo 25 fornite a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto.

II

Disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007³ (Compensazione dei rischi)

N. 2 cpv. 2 e 5, secondo periodo

2. Nuova compensazione dei rischi

² I criteri determinanti per valutare il rischio di malattia elevato sono la degenza di oltre tre giorni in un ospedale o in una casa di cura (art. 39) nel corso dell'anno precedente e la morbidità degli assicurati determinata in base a indicatori appropriati.

⁵ ... Precisa la nozione di degenze in un ospedale o in una casa di cura determinanti per la compensazione dei rischi, designa le eccezioni e stabilisce altri indicatori di morbidità.

III

Disposizioni transitorie della modifica del 30 settembre 2011 (Managed Care)

¹ L'attuazione dell'articolo 64 capoversi 2 lettere b e c e 3 avviene entro tre anni dall'entrata in vigore della modifica del 30 settembre 2011. Se in determinati Cantoni vi è un'offerta di una o più reti di cure integrate secondo l'articolo 41c prima di questo termine, il Consiglio federale decide, dopo aver sentito i Cantoni, che in questi Cantoni la partecipazione ai costi degli assicurati è retta dall'articolo 64 capoversi 2 lettere b e c e 3.

² Durante la fase d'introduzione triennale il Consiglio federale svolge, in collaborazione con gli assicuratori, i fornitori di prestazioni e i Cantoni, una valutazione dell'esecuzione e degli effetti della modifica del 30 settembre 2011. Se la modifica non ha portato a un'offerta capillare di reti di cure integrate, il Consiglio federale

³ RU 2009 4755

propone altre misure al Parlamento. Fino all'entrata in vigore di nuove disposizioni, ma al più tardi cinque anni dopo l'entrata in vigore della modifica del 30 settembre 2011, il Consiglio federale può obbligare gli assicuratori a offrire ai loro assicurati, da soli o in collaborazione con uno o più assicuratori, una o più forme particolari d'assicurazione che comprendano le prestazioni di reti di cure integrate secondo l'articolo 41c. Il Consiglio federale può sospendere l'attuazione dell'articolo 64 capoversi 2 lettere b e c e 3 nei Cantoni in cui la misura non è ancora applicabile. In questi Cantoni si applica un'aliquota percentuale del 10 per cento e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale ammonta a 700 franchi.

³ L'attuazione dell'articolo 64 capoverso 3^{bis} avviene per la prima volta tre anni dopo l'entrata in vigore della modifica del 30 settembre 2011.

⁴ Gli istituti e le partecipazioni di casse malati di cui all'articolo 12 capoverso 5 esistenti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 30 settembre 2011 possono sussistere per un periodo massimo di cinque anni.

IV

¹ La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

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

Consiglio degli Stati, 30 settembre 2011

Il presidente: Hansheiri Inderkum

Il segretario: Philippe Schwab

Consiglio nazionale, 30 settembre 2011

Il presidente: Jean-René Germanier

Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

Data della pubblicazione: 11 ottobre 2011⁴

Termine di referendum: 19 gennaio 2012

