

# **Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Finanziamento ospedaliero)**

## **Modifica del 21 dicembre 2007**

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*  
visto il messaggio del Consiglio federale del 15 settembre 2004<sup>1</sup>,  
*decreta:*

I

La legge federale del 18 marzo 1994<sup>2</sup> sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

### *Art. 21 cpv. 4*

<sup>4</sup> Nell'ambito della vigilanza sull'esecuzione della presente legge, gli assicuratori sono tenuti a fornire annualmente all'Ufficio federale i dati risultanti dalla fatturazione delle prestazioni e dall'attività assicurativa.

### *Art. 21a cpv. 2*

<sup>2</sup> In casi particolari, l'Ufficio federale può accordarsi con un Cantone affidandogli l'esecuzione di accertamenti presso gli assicuratori, secondo l'articolo 21 capoverso 3.

### *Art. 22a*            **Dati dei fornitori di prestazioni**

<sup>1</sup> I fornitori di prestazioni sono tenuti a 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. Segnatamente vanno comunicati i seguenti dati:

- a. il genere di attività, l'infrastruttura e le installazioni, la forma giuridica;
- b. il numero e la struttura dei dipendenti e dei posti di formazione;
- c. il numero e la struttura dei pazienti, in forma anonima;
- d. il genere, l'entità e i costi delle prestazioni fornite;
- e. gli oneri, i proventi e il risultato d'esercizio;
- f. gli indicatori medici della qualità.

<sup>1</sup> FF **2004** 4903

<sup>2</sup> RS **832.10**

<sup>2</sup> Le persone fisiche e giuridiche interpellate sono tenute a fornire le informazioni richieste. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente.

<sup>3</sup> I dati vengono rilevati dall'Ufficio federale di statistica. Per ogni fornitore di prestazioni i dati di cui al capoverso 1 necessari per l'esecuzione della presente legge sono messi a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica, del Sorvegliante federale dei prezzi, dell'Ufficio federale di giustizia, dei Cantoni e degli assicuratori, nonché degli organi menzionati nell'articolo 84a. I dati sono pubblicati.

<sup>4</sup> Il Consiglio federale emana prescrizioni dettagliate sulla rilevazione, il trattamento, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, nel rispetto del principio di proporzionalità.

#### *Art. 23*                    Statistiche

<sup>1</sup> L'Ufficio federale di statistica elabora le basi statistiche necessarie per valutare il funzionamento e gli effetti della presente legge. A tale scopo rileva i dati necessari presso gli assicuratori, i fornitori di prestazioni e la popolazione.

<sup>2</sup> Le persone fisiche e giuridiche interpellate sono tenute a fornire le informazioni richieste. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente.

<sup>3</sup> Il trattamento di dati a fini statistici è retto dalla legge federale del 9 ottobre 1992<sup>3</sup> sulla statistica federale.

#### *Art. 25 cpv. 2 lett. a, frase introduttiva, e, f ed f<sup>bis</sup>*

<sup>2</sup> Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure dispensati ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale o in una casa di cura;
- e. la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune;
- f. *abrogata*
- f<sup>bis</sup>. la degenza in caso di parto in una casa per partorienti (art. 29);

#### *Art. 29 cpv. 2 lett. b*

<sup>2</sup> Quest'ultime comprendono:

- b. il parto a domicilio, in ospedale o in una casa per partorienti, come pure l'assistenza del medico o della levatrice;

#### *Art. 35 cpv. 2 lett. i*

<sup>2</sup> Sono fornitori di prestazioni:

- i. le case per partorienti;

<sup>3</sup> RS 431.01

*Art. 38, primo periodo*

Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione per i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere c–g, i e m. ...

*Art. 39 cpv. 2, 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup> e 3*

<sup>2</sup> I Cantoni coordinano le loro pianificazioni.

<sup>2bis</sup> Nel settore della medicina altamente specializzata i Cantoni approntano insieme una pianificazione per tutta la Svizzera. Se non assolvono questo compito in tempo utile, il Consiglio federale stabilisce quali ospedali per quali prestazioni devono figurare negli elenchi dei Cantoni.

<sup>2ter</sup> Il Consiglio federale emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità. Sente dapprima i Cantoni, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

<sup>3</sup> Le condizioni di cui al capoverso 1 si applicano per analogia alle case per partorienti, nonché agli stabilimenti, agli istituti o ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).

*Art. 41 cpv. 1, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2, 3 e 3<sup>bis</sup>*

<sup>1</sup> In caso di cura ambulatoriale l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. L'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni.

<sup>1bis</sup> In caso di cura ospedaliera l'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 al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio.

<sup>1ter</sup> Il capoverso 1<sup>bis</sup> si applica per analogia alle case per partorienti.

<sup>2</sup> Se in caso di cura ambulatoriale, 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.

<sup>3</sup> Se in caso di cura ospedaliera, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assicuratore e il Cantone remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49a. Salvo nei casi d'urgenza, è necessaria un'autorizzazione del Cantone di domicilio.

<sup>3bis</sup> Sono considerati motivi di ordine medico secondo i capoversi 2 e 3 i casi d'urgenza e quelli in cui le prestazioni necessarie non possono essere dispensate:

- a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale;

- b. in un ospedale che figura nell'elenco del Cantone di domicilio, se si tratta di cura ospedaliera.

*Art. 41a*          Obbligo di ammissione

<sup>1</sup> Nei limiti dei loro mandati di prestazioni e delle loro capacità, gli ospedali figuranti nell'elenco sono tenuti a garantire la presa a carico di tutti gli assicurati domiciliati nel Cantone di ubicazione dell'ospedale (obbligo di ammissione).

<sup>2</sup> Per gli assicurati domiciliati fuori del Cantone di ubicazione dell'ospedale figuranti nell'elenco, l'obbligo di ammissione si applica soltanto nei limiti dei mandati di prestazioni e nei casi d'urgenza.

<sup>3</sup> I Cantoni provvedono affinché l'obbligo di ammissione sia rispettato.

*Art. 42 cpv. 2 e 3*

<sup>2</sup> Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante). In deroga al capoverso 1, in caso di cura ospedaliera l'assicuratore è debitore della sua parte di remunerazione.

<sup>3</sup> Il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure trasmettergli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Nel sistema del terzo pagante l'assicurato riceve una copia della fattura che è stata inviata all'assicuratore. In caso di cura ospedaliera, l'ospedale attesta separatamente la quotaparte del Cantone e quella dell'assicuratore. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

*Art. 47 cpv. 2*

<sup>2</sup> Se non esiste alcuna convenzione tariffale per la cura ambulatoriale dell'assicurato fuori del suo luogo di domicilio o di lavoro o fuori dei relativi dintorni oppure per la cura ospedaliera dell'assicurato fuori del suo Cantone di domicilio, il governo del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente stabilisce la tariffa.

*Art. 49*          Convenzioni tariffali con gli ospedali

<sup>1</sup> Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza in un ospedale (art. 39 cpv. 1) o in una casa per partorienti (art. 29), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Tali importi sono fissati di norma per ogni singolo caso. Essi si rifanno alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Le parti alla convenzione possono convenire che prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente. Le tariffe ospedaliere si rifanno alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso.

<sup>2</sup> I partner tariffali istituiscono insieme ai Cantoni un'organizzazione competente per l'elaborazione, lo sviluppo, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture. Per finanziare dette attività può essere riscosso un contributo a copertura dei costi per ogni caso fatturato. Gli ospedali devono fornire all'organizzazione i dati necessari a tal fine relativi ai costi e alle prestazioni. Se siffatta organizzazione manca, il Consiglio federale la istituisce in modo vincolante per i partner tariffali. I partner tariffali sottopongono per approvazione al Consiglio federale le strutture elaborate dall'organizzazione e i loro adeguamenti. Se i partner tariffali non si accordano, le strutture sono stabilite dal Consiglio federale.

<sup>3</sup> Le remunerazioni di cui al capoverso 1 non comprendono le partecipazioni ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale. Dette prestazioni comprendono segnatamente:

- a. il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale;
- b. la ricerca e l'insegnamento universitario.

<sup>4</sup> In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata secondo la tariffa ospedaliera ai sensi del capoverso 1 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.

<sup>5</sup> Con le remunerazioni ai sensi dei capoversi 1 e 4 sono tacitate tutte le pretese dell'ospedale riguardo alle prestazioni secondo la presente legge.

<sup>6</sup> Le parti alla convenzione concordano la remunerazione per la cura ambulatoriale.

<sup>7</sup> Gli ospedali dispongono di strumenti di gestione adeguati; in particolare, per calcolare i propri costi di gestione e di investimento e per registrare le proprie prestazioni tengono una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni secondo un metodo uniforme. Questi strumenti contengono tutti i dati necessari per valutare l'economicità, per effettuare comparazioni tra ospedali, per la tariffazione e per la pianificazione ospedaliera. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti.

<sup>8</sup> In collaborazione con i Cantoni, il Consiglio federale ordina comparazioni tra ospedali a livello svizzero in particolare sui costi e la qualità dei risultati medici. Gli ospedali e i Cantoni devono fornire a tal fine i documenti necessari. Il Consiglio federale pubblica le comparazioni tra ospedali.

#### *Art. 49a* Remunerazione delle prestazioni ospedaliere

<sup>1</sup> Le remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 1 sono assunte dal Cantone e dagli assicuratori secondo la loro quotaparte rispettiva.

<sup>2</sup> Il Cantone fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello stesso, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento.

<sup>3</sup> Il Cantone di domicilio versa la sua quotaparte direttamente all'ospedale. Le modalità vengono concordate tra l'ospedale e il Cantone. L'assicuratore e il Cantone possono convenire che il Cantone paghi la sua quotaparte all'assicuratore e che que-

st'ultimo versi entrambe le quote parti all'ospedale. La fatturazione tra l'ospedale e l'assicuratore è disciplinata dall'articolo 42.

<sup>4</sup> Con gli ospedali o con le case per partorienti che non figurano nell'elenco ospedaliero secondo l'articolo 39, ma che adempiono le condizioni di cui agli articoli 38 e 39 capoverso 1 lettere a–c, gli assicuratori possono concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Detta remunerazione non può essere superiore alla quotaparte secondo il capoverso 2.

#### *Art. 50* Convenzioni tariffali con le case di cura

Per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 3), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio. Può convenire con la casa di cura remunerazioni forfetarie. L'articolo 49 capoversi 7 e 8 è applicabile per analogia.

#### *Art. 51 cpv. 1*

<sup>1</sup> Quale strumento di gestione delle finanze, il Cantone può fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura. È fatta salva la ripartizione dei costi secondo l'articolo 49a.

#### *Art. 53* Ricorso al Tribunale amministrativo federale

<sup>1</sup> Contro le decisioni del governo cantonale ai sensi degli articoli 39, 45, 46 capoverso 4, 47, 48 capoversi 1–3, 51, 54, 55 e 55a può essere interposto ricorso al Tribunale amministrativo federale.

<sup>2</sup> La procedura di ricorso è retta dalla legge del 17 giugno 2005<sup>4</sup> sul Tribunale amministrativo federale e dalla legge federale del 20 dicembre 1968<sup>5</sup> sulla procedura amministrativa (PA). Sono fatte salve le eccezioni seguenti:

- a. nuovi fatti e nuovi mezzi di prova possono essere adottati soltanto se ne dà adito la decisione impugnata; nuove conclusioni non sono ammissibili;
- b. gli articoli 22a e 53 PA non sono applicabili;
- c. il termine fissato dal Tribunale amministrativo federale per presentare eventuali osservazioni è di 30 giorni al massimo; questo termine non può essere prorogato;
- d. di norma non si procede a un ulteriore scambio di scritti secondo l'articolo 57 capoverso 2 PA;
- e. nelle procedure di ricorso contro le decisioni prese conformemente all'articolo 39 non può essere invocata l'inadeguatezza.

<sup>4</sup> RS 173.32

<sup>5</sup> RS 172.021

*Art. 79a* Diritto di regresso del Cantone di domicilio

Il diritto di regresso secondo l'articolo 72 LPG<sup>6</sup> si applica per analogia al Cantone di domicilio per i contributi che esso ha versato ai sensi degli articoli 41 e 49a.

*Art. 84a cpv. 1, frase introduttiva e lett. f*

<sup>1</sup> Purché nessun interesse privato preponderante vi si opponga, gli organi incaricati di applicare la presente legge, nonché di controllarne o sorvegliarne l'esecuzione possono comunicare i dati, in deroga all'articolo 33 LPG<sup>7</sup>:

- f. alle competenti autorità cantonali, qualora i dati rientrino nel campo d'applicazione dell'articolo 22a e siano necessari per la pianificazione degli ospedali e delle case di cura e per l'esame delle tariffe;

*Art. 90a cpv. 2*

<sup>2</sup> Il Tribunale amministrativo federale giudica i ricorsi contro le decisioni del governo cantonale secondo l'articolo 53.

*Art. 104a cpv. 2*

<sup>2</sup> Fintanto che i costi delle prestazioni delle case di cura non sono stabiliti secondo un metodo uniforme (art. 49 cpv. 7 e art. 50), il Dipartimento può fissare mediante ordinanza in che misura queste prestazioni devono essere remunerate.

## II

*Modifica del diritto vigente*

La legge del 17 giugno 2005<sup>8</sup> sul Tribunale amministrativo federale è modificata come segue:

*Art. 34*

*Abrogato*

## III

*Disposizioni transitorie relative alla modifica del 21 dicembre 2007 (finanziamento ospedaliero)*

<sup>1</sup> L'introduzione degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni secondo l'articolo 49 capoverso 1 e l'applicazione delle regole di finanziamento secondo l'articolo 49a, inclusi i costi d'investimento, devono essere concluse al più tardi il 31 dicembre 2011.

<sup>6</sup> RS 830.1

<sup>7</sup> RS 830.1

<sup>8</sup> RS 173.32

<sup>2</sup> Il Consiglio federale determina:

- a. le modalità d'introduzione;
- b. la procedura in base alla quale gli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della presente modifica vengono presi in considerazione nel calcolo della tariffa.

<sup>3</sup> Le pianificazioni ospedaliere cantonali devono adempiere le esigenze di cui all'articolo 39 al più tardi tre anni dopo l'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1. Esse devono basarsi su comparazioni tra ospedali per quanto concerne la qualità e l'economicità.

<sup>4</sup> Fino all'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1, i Cantoni e gli assicuratori partecipano ai costi delle cure ospedaliere conformemente alle regole di finanziamento vigenti prima della presente modifica. Durante il periodo di adeguamento degli elenchi degli ospedali conformemente al capoverso 3 i Cantoni devono assumere la loro quota di partecipazione ai costi in tutti gli ospedali che figurano sugli elenchi aggiornati.

<sup>5</sup> I Cantoni fissano la loro quotaparte di finanziamento secondo l'articolo 49a capoverso 2 al più tardi per il 1° gennaio 2012. I Cantoni in cui il premio medio per gli adulti al momento dell'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1 è inferiore a quello medio a livello nazionale possono stabilire la loro quota di partecipazione alla remunerazione tra il 45 e il 55 per cento. Entro il 1° gennaio 2017 l'adeguamento annuale della quotaparte, a partire dalla prima determinazione, può ammontare a due punti percentuali al massimo.

<sup>6</sup> La normativa di cui all'articolo 41 capoverso 1<sup>bis</sup> è parimenti attuata al momento dell'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1.

#### IV

<sup>1</sup> La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

<sup>2</sup> Essa entra in vigore il 1° gennaio 2009 qualora il termine di referendum sia scaduto inutilizzato o il 1° gennaio dell'anno successivo alla sua accettazione in votazione popolare.

Consiglio degli Stati, 21 dicembre 2007

Il presidente: Christoffel Brändli  
Il segretario: Christoph Lanz

Consiglio nazionale, 21 dicembre 2007

Il presidente: André Bugnon  
Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz



*Referendum inutilizzato ed entrata in vigore*

<sup>1</sup> Il termine di referendum per la presente legge è scaduto inutilizzato il 17 aprile 2008<sup>9</sup>.

<sup>2</sup> Conformemente alla sua cifra IV capoverso 2, la presente legge entra in vigore il 1° gennaio 2009.

18 aprile 2008

Cancelleria federale

