

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

Disegno

Modifica del

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. 21 cpv. 4

⁴ Nell'ambito della vigilanza sull'esecuzione della legge, gli assicuratori sono tenuti a fornire annualmente all'Ufficio federale i dati relativi alla fatturazione di prestazioni e all'attività assicurativa.

Art. 21a cpv. 2

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

Art. 22a (nuovo) Dati dei fornitori di prestazioni

¹ 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 del personale 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.

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

¹ FF 2004 4903

² RS 832.10

³ I dati vengono rilevati dall'Ufficio federale di statistica. Per ogni fornitore di prestazioni esso mette i dati di cui al capoverso 1 necessari per l'esecuzione della presente legge a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica, del sorvegliante federale dei prezzi, dell'Ufficio federale di giustizia, dei Cantoni nonché delle istituzioni menzionate nell'articolo 84a. I dati possono venir pubblicati.

⁴ Il Consiglio federale emana prescrizioni dettagliate sulla rilevazione, il trattamento, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, fatto salvo il principio della proporzionalità.

Art. 23 Statistiche

¹ 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.

² Le persone fisiche e giuridiche interpellate sono tenute a fornire le informazioni richieste. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente. Per finanziare la rilevazione e la valutazione di questi dati, gli assicuratori sono tenuti a versare un contributo annuo.

³ Il trattamento di dati a fini statistici è retto dalla legge federale del 9 ottobre 1992³ sulla statistica federale.

Art. 25 cpv. 2 lett. a frase introduttiva, e ed f

² 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;
- f. *abrogata*

Art. 29 cpv. 2 lett. b

² Quest'ultime comprendono:

- b. il parto a domicilio o all'ospedale, come pure l'assistenza del medico o della levatrice.

Art. 35 cpv. 2 lett. i

Abrogata

³ RS 431.01

Art. 39 cpv. 1 lett. d, 2–6 (nuovi)

¹ Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati a fornire le prestazioni assicurate obbligatoriamente ai sensi della presente legge se:

- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero approntata da uno o più Cantoni;

² La pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero 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 I Cantoni sono tenuti ad approntare una pianificazione comune nel settore della medicina altamente specializzata. Se non assolvono questo compito in tempo utile, il Consiglio federale emana la pianificazione.

⁴ L'elenco di cui al capoverso 1 lettera e deve comprendere l'insieme degli ospedali del Cantone necessari per la copertura del fabbisogno e ai quali è stato conferito un mandato di prestazioni; esso può parimenti comprendere ospedali situati in altri Cantoni per i quali il Cantone ha concluso un accordo con uno o più Cantoni oppure direttamente con l'ospedale stesso. I Cantoni possono porre condizioni all'assegnazione di mandati di prestazioni.

⁵ Il Consiglio federale può emanare principi uniformi di carattere generale per la pianificazione, nella misura in cui questo è necessario all'allestimento comune delle pianificazioni da parte di più Cantoni. Esso sente dapprima i Cantoni.

⁶ Le disposizioni riguardanti l'autorizzazione (cpv. 1), la pianificazione (cpv. 2 e 3) e l'approntamento di elenchi (cpv. 4) si applicano per analogia agli stabilimenti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).

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

¹ ... In caso di cura ospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata negli ospedali 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 che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato, se si tratta di cura ospedaliera.

³ In caso di cura ospedaliera, per motivi d'ordine medico, in un ospedale situato fuori dal Cantone di domicilio e non figurante nel suo elenco degli ospedali, il Cantone di domicilio remunera la parte dovuta ai sensi dell'articolo 49.

Art. 47 cpv. 2

² Se non esiste alcuna convenzione tariffale per la cura ambulatoriale di un assicurato fornita fuori da un contratto di autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a oppure per la cura ospedaliera di un assicurato fuori dal 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

¹ Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39), 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 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 diagnostiche o terapeutiche 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 l'altra metà dal Cantone di domicilio dell'assicurato. Il Cantone di domicilio versa la sua parte direttamente all'ospedale. Le remunerazioni non possono contenere costi di ricerca e di formazione. I Cantoni possono stabilire di finanziare separatamente ulteriori settori.

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 tutte le pretese dell'ospedale riguardo alle prestazioni secondo la presente legge.

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

⁷ Gli ospedali 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. 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.

⁸ I governi cantonali e, in caso di bisogno, il Consiglio federale ordinano comparazioni tra ospedali. Gli ospedali e i Cantoni devono fornire i documenti necessari. Se il confronto dimostra che i costi di un ospedale sono sensibilmente superiori a quelli di ospedali comparabili o se i documenti presentati da un ospedale sono insufficienti, gli assicuratori possono denunciare la convenzione secondo l'articolo 46 capoverso 5 e chiedere all'autorità che approva (art. 46 cpv. 4) di ridurre le tariffe in misura adeguata.

Art. 50 Convenzioni tariffali con le case di cura

Per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 6), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio. Può convenire con la casa di cura remunerazioni forfettarie. L'articolo 49 capoversi 7 e 8 è applicabile per analogia.

Art. 51 cpv. 1

¹ 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 49 capoverso 3.

Art. 53 cpv. 1

¹ Contro le decisioni del governo cantonale ai sensi degli articoli 39, 45, 46 capoverso 4, 47, 48 capoversi 1–3, 49 capoverso 8, 51, 54 e 55 può essere interposto ricorso al Consiglio federale.

Art. 79a (nuovo) Diritto di regresso del Cantone di domicilio

Il diritto di regresso secondo l'articolo 72 LPGA⁴ si applica per analogia al Cantone di domicilio per le remunerazioni che esso ha versato ai sensi degli articoli 41 capoverso 3 e 49 capoverso 3.

Art. 84a cpv. 1 lett. f

¹ 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 LPGA⁵:

- 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. 104a cpv. 2

² 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.

⁴ RS 830.1

⁵ RS 830.1

II

Disposizioni transitorie relative alla modifica del ...

¹ Le pianificazioni e gli elenchi cantonali degli ospedali devono adempiere i requisiti di cui all'articolo 39 entro due anni dall'entrata in vigore della presente modifica. La prima pianificazione secondo l'articolo 39 capoverso 3 deve essere decisa entro la fine del 2007 e realizzata entro tre anni.

² Il Consiglio federale determina il momento a decorrere dal quale gli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni secondo l'articolo 49 capoverso 1 devono basarsi su strutture uniformi a livello nazionale. L'introduzione può avvenire a tappe.

³ Con l'entrata in vigore della presente modifica, la parte degli assicuratori e dei Cantoni alle remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 3, negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, è adeguata, a dipendenza delle loro parti rispettive al momento dell'entrata in vigore, in modo da raggiungere la metà delle suddette remunerazioni il terzo anno. La differenza tra la parte attuale e la parte corrispondente alla metà delle remunerazioni è ridotta di un terzo il primo anno e di due terzi il secondo anno dopo l'entrata in vigore. L'inclusione dei costi d'investimento di ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico nel calcolo delle tariffe avviene mediante l'introduzione di importi forfettari che si rifanno alle prestazioni e che si basano su strutture uniformi a livello nazionale. Il Consiglio federale determina in che modo gli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della presente modifica possono essere inclusi nel calcolo delle tariffe.

⁴ Negli ospedali che finora non sono stati sovvenzionati i Cantoni sono tenuti ad assumere la loro parte alle remunerazioni secondo l'articolo 49 capoverso 3, includendo i costi d'investimento, entro tre anni dall'entrata in vigore della presente modifica.

⁵ Il Consiglio federale propone, entro tre anni dall'entrata in vigore della presente modifica, una revisione della legge che preveda il passaggio a un sistema di finanziamento monistico, in modo che i fornitori di prestazioni siano confrontati a un sola unità di costo.

III

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

² Qualora il termine di referendum sia scaduto inutilizzato, entra in vigore il 1° gennaio 2006 o il 1° gennaio dell'anno successivo alla sua accettazione in votazione popolare.