



# Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

## (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2)

### Modifica del [data]

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,  
visto il messaggio del Consiglio federale del [data] <sup>1</sup>,  
decreta:*

#### I

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

#### *Sostituzione di espressioni*

<sup>1</sup> *Nell'articolo 7 capoverso 2 «Ufficio federale della sanità pubblica (Ufficio federale)» è sostituito con «Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)».*

<sup>2</sup> *Nell'articolo 18 capoverso 1 «Dipartimento» è sostituito con «Dipartimento federale dell'interno (DFI)».*

<sup>3</sup> *Negli articoli 20 capoverso 2, 33 capoverso 5, 40 capoverso 1, 52 capoverso 1 lettera a e 61 capoverso 2<sup>bis</sup> «Dipartimento» è sostituito con «DFI».*

<sup>4</sup> *Negli articoli 20 capoverso 3, 33 capoverso 5, 98 capoverso 1, 99 capoversi 1 e 2 nonché 105a capoverso 3 «Ufficio federale» è sostituito con «UFSP».*

<sup>5</sup> *Nell'articolo 59a capoverso 3 «Ufficio federale della sanità pubblica» è sostituito con «UFSP».*

<sup>1</sup> FF 20XX ...

<sup>2</sup> RS 832.10

*Art. 18 cpv. 2<sup>septies</sup>*

<sup>2septies</sup> Essa gestisce i seguenti fondi:

- a. il fondo per i controlli postdonazione di cui all'articolo 15*b* della legge dell'8 ottobre 2004<sup>3</sup> sui trapianti;
- b. il fondo per le restituzioni di cui all'articolo 52*b*.

*Titolo prima dell'art. 21*

#### **Sezione 4: Trasmissione di dati e statistiche**

*Art. 21*            Dati degli assicuratori

<sup>1</sup> Gli assicuratori sono tenuti a trasmettere regolarmente all'UFSP i dati necessari per l'adempimento dei suoi compiti secondo la presente legge.

<sup>2</sup> I dati devono essere trasmessi in forma aggregata. La trasmissione deve permettere di ripartire i costi tra i singoli fornitori di prestazioni e per ciascuno di essi tra i Cantoni di domicilio degli assicurati curati. Il Consiglio federale può prevedere che debbano essere trasmessi inoltre i dati di ogni assicurato nel caso in cui i dati aggregati non siano sufficienti per l'adempimento dei seguenti compiti e i dati di ogni assicurato non possano essere raccolti in altro modo:

- a. sorvegliare l'evoluzione dei costi secondo il tipo di prestazione e il fornitore di prestazioni nonché elaborare le basi decisionali per misure volte a contenere l'evoluzione dei costi;
- b. analizzare gli effetti della legge e delle sue disposizioni d'esecuzione nonché elaborare le basi decisionali in vista di modifiche della legge e delle sue disposizioni d'esecuzione;
- c. valutare la compensazione dei rischi;
- d. valutare e verificare l'economicità e la qualità delle prestazioni nel settore dei medicinali nonché nel settore dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici.

<sup>3</sup> L'UFSP è responsabile affinché nell'ambito dell'utilizzazione dei dati sia salvaguardato l'anonimato degli assicurati.

*Art. 23, rubrica*

Statistiche

*Art. 25 cpv. 2 lett. h e i*

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

- h. le prestazioni effettuate dai farmacisti:

<sup>3</sup> RS 810.21

1. al momento di fornire i medicinali prescritti dal medico secondo la lettera b;
  2. nell'ambito dei programmi di cui alla lettera i.
- i. le prestazioni effettuate nell'ambito di programmi strutturati sotto la direzione di un medico.

*Art. 32 cpv. 3*

<sup>3</sup> Il Consiglio federale disciplina i particolari del riesame periodico dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità, segnatamente la sua frequenza e la sua entità.

*Art. 33 cpv. 3<sup>bis</sup>*

<sup>3bis</sup> Designa le prestazioni che possono essere fornite nell'ambito dei programmi strutturati sotto la direzione di un medico di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera i. Disciplina le condizioni che i programmi devono soddisfare. I programmi devono essere approvati dal DFI.

*Art. 35 cpv. 2 lett. o*

- <sup>2</sup> Sono fornitori di prestazioni:
- o. le reti di cure coordinate.

*Art. 36b* Reti di cure coordinate

<sup>1</sup>Una rete di cure coordinate è un'istituzione che:

- a. fornisce le prestazioni di cui agli articoli 25-31 in modo ambulatoriale e coordinato; e
- b. garantisce il coordinamento con altri fornitori di prestazioni lungo tutta la catena delle cure.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale stabilisce le condizioni che devono soddisfare le reti di cure coordinate per essere autorizzate. Le condizioni di autorizzazione devono poter garantire la fornitura di prestazioni appropriate e di alto livello qualitativo.

<sup>3</sup> Le condizioni di autorizzazione comprendono:

- a. i requisiti per il medico che dirige la rete;
- b. il personale specializzato di cui deve disporre la rete;
- c. i requisiti per le prestazioni che deve fornire la rete;
- d. il coordinamento delle prestazioni lungo tutta la catena delle cure;
- e. strumenti di gestione che contengano tutti i dati necessari per la valutazione dell'economicità e per la tariffazione;
- f. la gestione elettronica della cartella clinica del paziente;

- g. l'affiliazione a una comunità o comunità di riferimento certificata ai sensi dell'articolo 11 lettera a della legge federale del 19 giugno 2015<sup>4</sup> sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP).

*Inserire dopo il titolo della sezione 2*

*Art. 40a* Prima consulenza

<sup>1</sup> Ogni assicurato deve scegliere un fornitore di prestazioni, che funga da prima consulenza.

<sup>2</sup> La prima consulenza svolge i seguenti compiti:

- a. prestare consulenza all'assicurato in materia di salute;
- b. valutare la necessità di un esame o di un trattamento;
- c. valutare la necessità inviare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni.

<sup>3</sup> Possono fungere da prima consulenza:

- a. i medici in possesso di uno dei seguenti titoli di specializzazione:
  1. medicina interna generale,
  2. pediatria,
  3. medico generico;
- b. gli istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici, se i medici che vi lavorano soddisfano la condizione di cui alla lettera a;
- c. le reti di cure coordinate.

<sup>4</sup> I Cantoni tengono un elenco dei fornitori di prestazioni che esercitano sul loro territorio disposti a fungere da prima consulenza (elenco cantonale delle prime consulenze). Pubblicano l'elenco in modo che gli assicurati possano consultarli in qualsiasi momento.

<sup>5</sup> I fornitori di prestazioni possono presentare al Cantone in cui esercitano una domanda di ammissione nell'elenco cantonale delle prime consulenze. Il Cantone decide in merito alla domanda e, se le condizioni di cui al capoverso 3 sono soddisfatte, inserisce il fornitore di prestazioni nell'elenco.

<sup>6</sup> L'assicurato sceglie liberamente la propria prima consulenza tra i fornitori di prestazioni che figurano in un elenco cantonale delle prime consulenze. Se il fornitore di prestazioni è disposto a svolgere tale funzione per l'assicurato, glielo conferma. L'assicurato trasmette la conferma al proprio assicuratore.

<sup>7</sup> Il Consiglio federale disciplina le condizioni alle quali:

- a. l'assicurato può cambiare la prima consulenza;
- b. l'assicuratore può designare una prima consulenza per gli assicurati che non ne hanno una.

<sup>4</sup> RS 816.1

*Art. 40b*            Principio per l'assunzione dei costi

<sup>1</sup> L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni di cui agli articoli 25-31 unicamente se:

- a. le prestazioni sono fornite dalla prima consulenza;
- b. le prestazioni sono fornite da un altro fornitore di prestazioni, al quale la prima consulenza ha inviato l'assicurato.

<sup>2</sup> Il requisito dell'invio non si applica ai casi d'urgenza.

<sup>3</sup> Per sottoporsi a esami e trattamenti in Svizzera, gli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia devono essere inviati dalla loro prima consulenza.

<sup>4</sup> Il Consiglio federale disciplina le modalità dell'invio e le altre deroghe al requisito dell'invio.

*Art. 40c*            Rimunerazione della prima consulenza

<sup>1</sup> L'assicuratore remunera i fornitori di prestazioni con un importo forfettario annuo per ogni assicurato per cui fungono da prima consulenza.

<sup>2</sup> Il fornitore di prestazioni ha diritto all'importo forfettario anche se l'assicurato non ricorre alle sue prestazioni.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale stabilisce l'ammontare dell'importo forfettario, sentiti i partner tariffali.

<sup>4</sup> Il Consiglio federale designa le prestazioni coperte dall'importo forfettario.

*Art. 40d*            Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi per gli esami e i trattamenti ambulatoriali

<sup>1</sup> Se la prima consulenza invia l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni per un esame o un trattamento ambulatoriale, l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei all'esame e al trattamento della sua malattia. A sua volta, il fornitore di prestazioni scelto dall'assicurato può inviare quest'ultimo ad altri fornitori di prestazioni. L'assicuratore assume i costi secondo la tariffa valida per il fornitore di prestazioni scelto.

<sup>2</sup> Il capoverso 1 si applica per analogia in caso di deroga al requisito dell'invio per un esame o un trattamento ambulatoriale.

*Art. 41, rubrica, cpv. 1, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2, 3<sup>bis</sup>, frase introduttiva, e 4*

Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi per gli esami e i trattamenti stazionari

<sup>1</sup> Se la prima consulenza invia l'assicurato in ospedale per un esame o un trattamento stazionario, l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). I governi cantonali fissano le tariffe di riferimento per i trattamenti stazionari a scelta in altri Cantoni. L'assicuratore e il Cantone di domicilio remunerano

la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49a secondo la tariffa di riferimento, ma al massimo secondo la tariffa dell'ospedale curante. La tariffa di riferimento si basa sulla remunerazione di un trattamento analogo in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio che fornisce un trattamento della qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso.

<sup>1bis</sup> Il capoverso 1 si applica per analogia:

- a. se il fornitore di prestazioni che ha inviato l'assicurato in un ospedale per un esame o un trattamento stazionario ha agito a sua volta nell'ambito di un invio;
- b. in caso di deroga al requisito dell'invio per un esame o un trattamento stazionario.

<sup>1ter</sup> I capoversi 1 e <sup>1bis</sup> si applicano per analogia alle case per partorienti.

<sup>2</sup> Se assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia sono inviati in un ospedale in Svizzera per sottoporsi a una prestazione stazionaria, possono scegliere liberamente tra gli ospedali figuranti nell'elenco.

<sup>3bis</sup> Sono considerati motivi di ordine medico secondo il capoverso 3 i casi d'urgenza o quelli in cui le prestazioni necessarie non sono dispensate:

<sup>4</sup> *Abrogato*

#### Art. 41a Limitazione della scelta del fornitore di prestazioni

<sup>1</sup> D'intesa con l'assicuratore, gli assicurati possono limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni, compresa la prima consulenza, designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più convenienti (art. 62 cpv. 1 e 3).

<sup>2</sup> Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate.

<sup>3</sup> L'assicuratore deve assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate dai fornitori di prestazioni ai quali la persona assicurata ha limitato il suo diritto di scelta.

<sup>4</sup> L'assicuratore non deve assumere i costi delle prestazioni che sono effettuate o ordinate da altri fornitori di prestazioni, tranne nel caso in cui abbia conferito previamente la garanzia speciale o vi sia un caso d'urgenza. Deve conferire la garanzia speciale se la cura non è offerta dai fornitori di prestazioni da lui scelti.

#### Art. 41b

##### Art. 41a vigente

#### Art. 42 cpv. 2, secondo periodo, e <sup>3ter</sup>

<sup>2</sup> [...] In deroga al capoverso 1, l'assicuratore è debitore:

- a. della sua parte di remunerazione in caso di trattamento stazionario;
- b. della remunerazione delle prestazioni, per le quali l'UFSP o il DFI hanno previsto una restituzione secondo l'articolo 52b capoverso 1 o 2.

<sup>3ter</sup> I fornitori di prestazioni devono trasmettere le fatture al debitore della remunerazione per via elettronica. Su richiesta dell'assicurato trasmettono gratuitamente la fattura in forma cartacea. Per la trasmissione elettronica delle fatture, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori o le loro federazioni convengono uno standard uniforme valido in tutta la Svizzera. In caso di mancato accordo tra le parti, lo standard è stabilito dal Consiglio federale.

*Art. 42a cpv. 2 - 3*

<sup>2</sup> La tessera d'assicurato è utilizzata per la fatturazione delle prestazioni secondo la presente legge.

<sup>2bis</sup> Può essere utilizzata come:

- a. strumento d'identificazione secondo l'articolo 7 capoverso 2 LCIP<sup>5</sup>;
- b. strumento d'identificazione per le comunicazioni con gli assicuratori.

<sup>2ter</sup> Al di fuori del campo d'applicazione della presente legge, la tessera d'assicurato può essere utilizzata unicamente se una base legale formale lo prevede e se lo scopo dell'utilizzazione e le persone autorizzate a utilizzarla sono definiti.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale disciplina il formato della tessera d'assicurato. Può prevedere che, su richiesta dell'assicurato, la tessera sia rilasciata anche in forma elettronica. Sentite le cerchie interessate, il Consiglio federale disciplina la consegna della tessera da parte degli assicuratori nonché le disposizioni tecniche e organizzative da applicare.

*Art. 48a*            Convenzioni tariffali con reti di cure coordinate

<sup>1</sup> Le parti alla convenzione fissano importi forfettari secondo l'articolo 43 capoverso 3 per remunerare:

- a. le prestazioni dispensate dalle reti di cure coordinate;
- b. il coordinamento delle prestazioni da parte delle reti di cure coordinate.

<sup>2</sup> Con la remunerazione ai sensi del capoverso 1 sono tacitate tutte le pretese della rete di cure coordinate riguardo alle prestazioni secondo la presente legge.

*Art. 52 cpv. 1, periodo introduttivo*

<sup>1</sup> Sentite le competenti commissioni e conformemente ai principi di cui agli articoli 32 e 43 capoverso 6:

*Art. 52b*            Restituzioni

<sup>1</sup> Nel fissare i prezzi dei medicinali di cui all'articolo 52 capoverso 1 lettera b, l'UFSP può obbligare i titolari dell'omologazione, sempreché sia necessario per rispettare i principi di cui all'articolo 32, a restituire una parte del prezzo del medicamento:

<sup>5</sup> RS 816.1

- a. all'assicuratore, su richiesta di quest'ultimo; o
- b. al fondo per le restituzioni, su richiesta dell'UFSP.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale può autorizzare il DFI a prevedere restituzioni secondo il capoverso 1 negli elenchi di cui all'articolo 52 capoverso 1 lettera a.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale disciplina:

- a. le condizioni alle quali possono essere previste restituzioni secondo il capoverso 1;
- b. il calcolo e le modalità della restituzione;
- c. la distribuzione tra gli assicuratori degli importi versati nel fondo per le restituzioni;
- d. le spese amministrative del fondo per le restituzioni.

*Art. 52c* Deroga al diritto d'accesso ai documenti ufficiali

L'accesso ai documenti ufficiali secondo l'articolo 5 della legge del 17 dicembre 2004<sup>6</sup> sulla trasparenza è negato se concernono l'importo, il calcolo o le modalità delle restituzioni di cui all'articolo 52b.

*Art. 53 cpv. 1*

<sup>1</sup> Contro le decisioni dei governi cantonali secondo gli articoli 39, 41 capoverso 1, 45, 46 capoverso 4, 47, 48 capoversi 1-3, 51, 54d capoverso 2 e 55a può essere interposto ricorso al Tribunale amministrativo federale.

*Titolo prima dell'art. 54*

## **Sezione 5 Misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi**

*Art. 54* Obiettivi di costo

<sup>1</sup> Il Consiglio federale stabilisce la percentuale massima dell'aumento dei costi delle prestazioni (obiettivi di costo) secondo la presente legge rispetto all'anno precedente:

- a. per la totalità delle prestazioni in Svizzera;
- b. per le singole categorie di costi (art. 54a) in Svizzera.

<sup>2</sup> In base agli obiettivi di costo di cui al capoverso 1, stabilisce:

- a. l'obiettivo di costo di ogni Cantone per la totalità delle prestazioni;
- b. un margine di tolleranza uniforme per tutti i Cantoni, entro il quale essi sono autorizzati a discostarsi dagli obiettivi di costo di cui alla lettera a.

<sup>3</sup> Nel fissare gli obiettivi di costo e il margine di tolleranza, tiene conto segnatamente:

- a. dell'evoluzione economica nonché dell'evoluzione complessiva dei salari e dei prezzi;

<sup>6</sup> RS 152.3



- b. della demografia e della morbilità della popolazione residente;
- c. del progresso medico-tecnico.

<sup>4</sup> Il diritto degli assicurati all'assunzione dei costi delle prestazioni assicurate è in ogni caso garantito.

<sup>5</sup> Gli effetti degli obiettivi di costo sull'evoluzione dei costi e della qualità sono verificati regolarmente.

#### *Art. 54a*            Categorie di costi

<sup>1</sup> Il Consiglio federale attribuisce ogni singola categoria di prestazioni a una categoria di costi.

<sup>2</sup> I Cantoni possono adottare altre suddivisioni in seno a una categoria di costi stabilita dal Consiglio federale.

<sup>3</sup> Analisi, medicinali, mezzi e apparecchi diagnostici e terapeutici nonché prestazioni per i quali i partner tariffali hanno stipulato convenzioni tariffali valide in tutta la Svizzera ai sensi dell'articolo 46 capoverso 4, che prevedono tariffe unitarie a livello nazionale, costituiscono categorie di costi a sé stanti.

<sup>4</sup> Il Consiglio federale può rinunciare ad attribuire a una categoria di costi le categorie di prestazioni che hanno uno scarso influsso sull'evoluzione globale dei costi.

#### *Art. 54b*            Obiettivi di costo dei Cantoni

<sup>1</sup> Tenendo conto dei criteri di cui all'articolo 54 capoverso 3, ogni Cantone stabilisce i propri obiettivi di costo per:

- a. la totalità delle prestazioni;
- b. le singole categorie di costi.

<sup>2</sup> I Cantoni possono derogare agli obiettivi di costo stabiliti dal Consiglio federale per le categorie di costi (art. 54 cpv. 1 lett. b), purché si attengano all'obiettivo di costo cantonale globale, margine di tolleranza incluso, prescritto dal Consiglio federale (art. 54 cpv. 2 lett. a).

<sup>3</sup> Prima di stabilire gli obiettivi di costo e le categorie di costi, i Cantoni sentono i fornitori di prestazioni e gli assicurati.

<sup>4</sup> I Cantoni comunicano gli obiettivi di costo stabiliti all'UFSP. Esso ne verifica il raggiungimento e comunica il risultato ai Cantoni. L'UFSP pubblica i risultati in forma adeguata.

#### *Art. 54c*            Termini e conseguenze in caso di inosservanza

<sup>1</sup> Il Consiglio federale stabilisce gli obiettivi di costo al più tardi 12 mesi prima dell'inizio dell'anno civile per il quale sono applicabili.

<sup>2</sup> Per le categorie di costi di cui all'articolo 54a capoverso 3, esso stabilisce gli obiettivi di costo al più tardi sei mesi prima dell'inizio dell'anno civile per il quale sono applicabili.

<sup>3</sup> Ogni Cantone stabilisce i propri obiettivi di costo al più tardi sei mesi prima dell'inizio dell'anno civile per il quale sono applicabili.

<sup>4</sup> Se un Cantone non stabilisce i propri obiettivi di costo tempestivamente, si applicano gli obiettivi di costo stabiliti dal Consiglio federale senza margine di tolleranza.

*Art. 54d* Misure nel caso di superamento degli obiettivi di costo

<sup>1</sup> Se in un anno gli aumenti effettivi dei costi superano gli obiettivi di costo stabiliti dal Cantone, i partner tariffali devono adeguare le convenzioni in modo da prevedere misure sufficienti a ridurre i costi. L'approvazione della convenzione tariffale adeguata è disciplinata dall'articolo 46 capoverso 4.

<sup>2</sup> Se i partner tariffali non riescono a trovare un accordo sulle misure di riduzione dei costi o convengono misure insufficienti per rispettare gli obiettivi di costo, il governo cantonale è autorizzato a disporre le seguenti misure:

- a. stabilire tariffe ridotte;
- b. stabilire riduzioni tariffali a seconda del volume delle prestazioni;
- c. stabilire, per le prestazioni mediche ambulatoriali non dispensate in un ospedale, tariffe scaglionate secondo la specialità e il genere del fornitore di prestazioni.

<sup>3</sup> Se in un anno gli aumenti effettivi dei costi relativi alle prestazioni di cui all'articolo 52 superano gli obiettivi di costo fissati dal Consiglio federale, il DFI può ridurre le tariffe e i prezzi come segue:

- a. in generale;
- b. a seconda del volume di prestazioni erogato in una o più categorie di prestazioni;
- c. a seconda del volume di prestazioni erogato in uno o più gruppi terapeutici.

<sup>4</sup> Se durante un anno l'aumento effettivo dei costi relativi alle prestazioni oggetto di convenzioni tariffali approvate dal Consiglio federale giusta l'articolo 46 capoverso 4 e che prevedono tariffe uniformi a livello nazionale supera gli obiettivi di costo fissati dal Consiglio federale, i partner tariffali devono adeguare tali convenzioni in modo da prevedere misure sufficienti a ridurre i costi. L'approvazione della convenzione tariffale adeguata è disciplinata dall'articolo 46 capoverso 4. Se i partner tariffali non riescono a trovare un accordo sulle misure di riduzione dei costi o l'approvazione della convenzione è respinta con la motivazione che tali misure non sono sufficienti per rispettare gli obiettivi di costo, il DFI può emanare misure ai sensi del capoverso 2.

<sup>5</sup> Nelle loro misure le autorità competenti tengono conto segnatamente dell'evoluzione dei costi e dei risultati delle misure adottate negli anni precedenti nonché di eventi straordinari come le epidemie.

<sup>6</sup> I Cantoni comunicano le misure adottate all'UFSP. Esso le pubblica.

*Variante 2 relativa all'art. 54d: disposizione obbligatoria anziché opzionale:*

<sup>2</sup> [...], il governo cantonale dispone le seguenti misure:

<sup>3</sup> [...], il DFI riduce le tariffe e i prezzi come segue:

<sup>4</sup> [...], il DFI emana misure ai sensi del capoverso 2.

<sup>5</sup> Nelle loro misure le autorità competenti tengono conto segnatamente dell'evoluzione dei costi e dei risultati delle misure adottate negli anni precedenti nonché di eventi straordinari come le epidemie. Nel caso di eventi straordinari come le epidemie possono rinunciare alle misure.

*Art. 54e* Commissione federale per gli obiettivi di costo

<sup>1</sup> Il Consiglio federale istituisce una Commissione federale per gli obiettivi di costo.

<sup>2</sup> La Commissione consiglia il Consiglio federale nello stabilire gli obiettivi di costo, il margine di tolleranza e le categorie di costi.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale nomina i membri della Commissione. Provvede affinché Cantoni, fornitori di prestazioni, assicuratori, assicurati e specialisti vi siano adeguatamente rappresentati.

*Art. 55*

*Abrogato*

*Art. 64 cpv. 7 lett. b e c*

<sup>7</sup> L'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi per:

- b. le prestazioni di cui agli articoli 25, 25a, 27, 28 e 30, fornite a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto;
- c. le prestazioni della prima consulenza, considerate coperte dall'importo forfetario di cui all'articolo 40c.

II

La modifica di altri atti normativi è disciplinata nell'allegato.

III

*Disposizioni transitorie della modifica del ...*

<sup>1</sup> Fino alla costituzione di una loro federazione, le reti di cure coordinate concludono singole convenzioni sullo sviluppo della qualità con le federazioni degli assicuratori ai sensi dell'articolo 58a secondo la modifica del 21 giugno 2019<sup>7</sup>.

<sup>2</sup> I medici che al momento dell'entrata in vigore della modifica del ... erano autorizzati e dispensavano cure mediche di base nell'ambito della medicina di famiglia da

<sup>7</sup> FF 2019 3715

almeno due anni senza essere in possesso di uno dei titoli di specializzazione richiesti all'articolo 40a capoverso 3 lettera a possono fungere da prima consulenza ai sensi dell'articolo 40a capoverso 3 se hanno acquisito in altro modo le conoscenze, attitudini e capacità specifiche al settore della medicina di famiglia.

<sup>3</sup> Le tariffe cantonali di riferimento per i trattamenti stazionari a scelta in altri Cantoni devono soddisfare i requisiti di cui all'articolo 41 capoverso 1<sup>bis</sup> al più tardi entro due anni dall'entrata in vigore della modifica del ....

<sup>4</sup> Se le parti non riescono a trovare un accordo sullo standard per la trasmissione elettronica delle fatture secondo l'articolo 42 capoverso 3<sup>er</sup> entro due anni dall'entrata in vigore della modifica del ..., lo standard è stabilito dal Consiglio federale.

<sup>5</sup> Gli assicuratori devono mettere a disposizione dell'UFSP le basi statistiche per l'introduzione degli obiettivi di costo ai sensi degli articoli 54-54e al più tardi per il secondo anno dall'entrata in vigore della modifica del ....

*Variante 2 relativa all'art. 54d: disposizione obbligatoria anziché opzionale:*

<sup>6</sup> In caso di superamento degli obiettivi di costo, l'autorità competente è tenuta ad adottare misure secondo l'articolo 54d al più tardi per l'ottavo anno dall'entrata in vigore della modifica del ....

<sup>7</sup> Con l'entrata in vigore della modifica del ..., gli importi restituiti dai titolari dell'omologazione al fondo in caso d'insolvenza in seguito al riesame dell'economicità dei medicamenti dell'elenco delle specialità secondo il secondo il diritto anteriore sono trasferiti nel fondo per le restituzioni di cui all'articolo 18 capoverso 2<sup>septies</sup> lettera b.

#### IV

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

<sup>2</sup> Essa è il controprogetto indiretto all'iniziativa popolare del 10 marzo 2020<sup>8</sup> «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)».

<sup>3</sup> Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

<sup>8</sup> FF 2020 4282

## **Modifica di altri atti normativi**

Gli atti normativi qui appresso sono modificati come segue:

### **1. Legge federale del 19 giugno 1959<sup>9</sup> sull'assicurazione per l'invalidità**

*Art. 14* Estensione dei provvedimenti sanitari e presupposti per l'assunzione delle spese per le prestazioni

<sup>1</sup> I provvedimenti sanitari comprendono:

- a. le terapie ambulatoriali o ospedaliere, con i relativi esami, e le cure in ospedale eseguite:
  1. dal medico,
  2. dal chiropratico,
  3. da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico;
- b. le cure mediche ambulatoriali;
- c. le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico;
- d. i provvedimenti di riabilitazione medica eseguiti o prescritti dal medico;
- e. la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune;
- f. la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti secondo la lettera c;
- g. le spese di trasporto necessarie dal profilo medico.

<sup>2</sup> Ai provvedimenti sanitari si applica per analogia l'articolo 32 LAMal<sup>10</sup>. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici; nel caso delle malattie rare, si tiene conto della frequenza della loro comparsa.

<sup>3</sup> L'assicurazione non assume le spese per i provvedimenti logopedici.

<sup>4</sup> La decisione di concedere cure sanitarie ambulatoriali o ospedaliere deve tenere adeguatamente conto della proposta del medico curante e delle condizioni personali dell'assicurato.

<sup>9</sup> RS 831.20

<sup>10</sup> RS 832.10

Art. 14<sup>bis</sup>      *Rubrica e primo periodo*

*Concerne soltanto il testo francese*

Art. 14<sup>ter</sup>      Designazione delle prestazioni

<sup>1</sup> Il Consiglio federale stabilisce:

- a. le condizioni di cui all'articolo 12 capoverso 3 per i provvedimenti sanitari d'integrazione;
- b. le infermità congenite per le quali sono concessi provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13;
- c. le cure mediche per le quali sono assunte le spese.

Può prevedere che siano assunte le spese per provvedimenti sanitari d'integrazione di cui all'articolo 12 che non soddisfano le condizioni dell'articolo 14 capoverso 2, se questi provvedimenti sono necessari per l'integrazione. Determina la natura e l'entità dei provvedimenti.

<sup>3</sup> Può disciplinare il rimborso delle spese per medicinali:

- a. destinati a un impiego diverso da quello definito:
  1. dalle informazioni professionali omologate dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici,
  2. dalle indicazioni ammesse nell'elenco delle specialità o nell'elenco di cui al capoverso 5;
- b. omologati in Svizzera ma che non figurano nell'elenco delle specialità o nell'elenco di cui al capoverso 5; o
- c. non omologati in Svizzera.

<sup>4</sup> Può delegare al Dipartimento federale dell'interno (DFI) o all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) i compiti di cui ai capoversi 1, 3 e 3<sup>bis</sup>.

<sup>5</sup> L'Ufficio federale competente tiene un elenco dei medicinali per la cura delle infermità congenite secondo l'articolo 13, se non sono già indicati nell'elenco delle specialità di cui all'articolo 52 capoverso 1 lettera b LAMal<sup>11</sup>, inclusi i prezzi massimi.

<sup>6</sup> Nel fissare il prezzo dei medicinali di cui al capoverso 5, l'Ufficio federale competente può obbligare il titolare dell'omologazione a restituire una parte del prezzo del medicamento al Fondo di compensazione AI di cui all'articolo 79, sempreché sia necessario per rispettare i principi di cui all'articolo 32 LAMal.

<sup>7</sup> Il Consiglio federale disciplina:

- a. le condizioni alle quali possono essere previste restituzioni secondo il capoverso 6;
- b. il calcolo e le modalità della restituzione.

<sup>11</sup> RS 832.10

<sup>8</sup> L'accesso ai documenti ufficiali secondo l'articolo 5 della legge del 17 dicembre 2004<sup>12</sup> sulla trasparenza è negato se concernono l'importo, il calcolo o le modalità delle restituzioni di cui ai capoversi 6 e 7.

*Art. 47b* Fatturazione elettronica

L'UFAS designa i fornitori di prestazioni tenuti a trasmettere le fatture per via elettronica. Lo standard per la trasmissione elettronica delle fatture corrisponde allo standard di cui all'articolo 42 capoverso 3<sup>ter</sup> LAMal<sup>13</sup>.

## **2. Legge federale del 26 settembre 2014<sup>14</sup> concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie**

*Art. 48 lett. c*

*Abrogato*

<sup>12</sup> RS 152.3

<sup>13</sup> RS 832.10

<sup>14</sup> RS 832.12