

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

832.10

del 18 marzo 1994 (Stato il 1° luglio 1995)

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto l'articolo 34^{bis} della Costituzione federale¹⁾;
visto il messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991²⁾,
decreta:

Titolo 1: Disposizioni generali

Art. 1 Campo d'applicazione

¹ La presente legge disciplina l'assicurazione sociale contro le malattie (assicurazione sociale malattie). Questa comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa.

² L'assicurazione sociale malattie accorda prestazioni in caso di:

- a. malattia;
- b. infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni;
- c. maternità.

Art. 2 Definizioni

¹ È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

² È considerato infortunio qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica o psichica.

³ La maternità comprende la gravidanza e il parto come pure la successiva convalescenza della madre.

RU 1995 1328

¹⁾ RS 101

²⁾ FF 1992 I 65

Titolo 2: Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Capitolo 1: Obbligo d'assicurazione

Sezione 1: Disposizioni generali

Art. 3 Persone tenute ad assicurarsi

¹ Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera.

² Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per i dipendenti di organizzazioni internazionali e di Stati esteri.

³ Può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che:

- a. esercitano un'attività in Svizzera o vi risiedono per un periodo prolungato;
- b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera.

Art. 4 Scelta dell'assicuratore

¹ Le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere liberamente l'assicuratore tra quelli designati nell'articolo 11.

² Nei limiti del corrispettivo raggio d'attività territoriale, gli assicuratori devono accettare ogni persona tenuta ad assicurarsi.

Art. 5 Inizio e fine dell'assicurazione

¹ Se l'affiliazione è tempestiva (art. 3 cpv. 1), l'assicurazione inizia dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. Il Consiglio federale stabilisce l'inizio dell'assicurazione delle persone menzionate nell'articolo 3 capoverso 3.

² In caso d'affiliazione tardiva, l'assicurazione inizia dal giorno dell'affiliazione. L'assicurato deve pagare un supplemento di premio se il ritardo non è giustificabile. Il Consiglio federale ne stabilisce i tassi indicativi, tenendo conto del livello dei premi nel luogo di residenza dell'assicurato e della durata del ritardo. Se il pagamento del supplemento risulta oltremodo gravoso per l'assicurato, l'assicuratore lo riduce, considerate equamente la situazione dell'assicurato e le circostanze del ritardo.

³ L'assicurazione ha termine quando l'assicurato cessa di essere soggetto all'obbligo d'assicurazione.

Art. 6 Controllo e affiliazione d'ufficio

¹ I Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione.

² L'autorità designata dal Cantone affilia a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente.

Art. 7 Cambiamento d'assicuratore

¹ L'assicurato può cambiare assicuratore per la fine d'un semestre di un anno civile con preavviso di tre mesi.

² In caso di aumento dei premi, l'assicurato può cambiare assicuratore per la fine di un mese con preavviso di un mese a partire dalla notifica dell'aumento. Gli assicuratori devono notificare gli aumenti dei premi con almeno due mesi d'anticipo e attirare l'attenzione dell'assicurato sul diritto di disdetta.

³ Se l'assicurato deve cambiare assicuratore perché trasferisce il suo domicilio o cambia posto di lavoro, l'affiliazione termina al momento del trasferimento del domicilio o dell'inizio dell'attività presso il nuovo datore di lavoro.

⁴ Se un assicuratore, volontariamente o sulla base di una decisione di un'autorità, non esercita più l'assicurazione sociale malattie, il rapporto assicurativo termina con il ritiro dell'autorizzazione giusta l'articolo 13.

⁵ Il rapporto d'assicurazione termina solo se il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che assicura l'interessato senza interruzione della protezione assicurativa. Se omette questa conferma, deve risarcire all'assicurato il danno risultante, in particolare la differenza di premio. L'assicuratore che ha ricevuto la comunicazione informa la persona interessata sulla data a partire dalla quale essa non è più assicurata presso di lui.

Sezione 2: Sospensione della copertura dell'infortunio

Art. 8 Principio

¹ La copertura di infortuni può essere sospesa fintanto che l'assicurato è interamente coperto per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)¹⁾. L'assicuratore procede alla sospensione su richiesta dell'assicurato, il quale deve provare di essere interamente assicurato ai sensi della LAINF. Il premio è ridotto in proporzione.

² Gli infortuni sono coperti ai sensi della presente legge non appena la copertura dell'infortunio giusta la LAINF cessa in tutto o in parte.

³ L'assicurazione sociale malattie prende a carico tutti i postumi d'infortunio che essa assicurava prima della sospensione dell'assicurazione.

Art. 9 Obbligo d'informare l'assicurato

Al momento dell'affiliazione all'assicurazione sociale malattie, l'assicuratore deve indicare per scritto all'assicurato il suo diritto giusta l'articolo 8.

Art. 10 Fine della sospensione; procedura

¹ Il datore di lavoro informa per scritto la persona che lascia il proprio posto di lavoro o cessa di essere assicurata contro gli infortuni non professionali conformemente alla LAINF¹⁾, sull'obbligo di avvertire il suo assicuratore, in virtù della presente legge. Lo stesso obbligo incombe all'assicurazione contro la disoccupazione, qualora il diritto alle prestazioni di quest'ultima scada prima che l'interessato abbia assunto un nuovo lavoro.

¹⁾ RS 832.20

² Se l'assicurato non adempie il proprio obbligo secondo il capoverso 1, l'assicuratore può esigere il pagamento dell'aliquota del premio corrispondente alla copertura dell'infortunio, inclusi gli interessi di mora, per il periodo compreso tra la cessazione della copertura secondo la LAINF e il momento in cui l'assicuratore è giunto a conoscenza di quest'ultima. Se il datore di lavoro o l'assicurazione contro la disoccupazione non adempiono i loro obblighi in conformità al capoverso 1, l'assicuratore può avanzare pretese analoghe nei loro confronti.

Capitolo 2: Organizzazione

Sezione 1: Assicuratori

Art. 11 Categorie d'assicuratori

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è gestita:

- a. dalle casse malati ai sensi dell'articolo 12;
- b. dagli istituti d'assicurazione privati sottoposti alla legge federale sulla sorveglianza degli assicuratori¹⁾ (LSA) esercitanti l'assicurazione malattie e autorizzati ai sensi dell'articolo 13.

Art. 12 Casse malati

¹ Le casse malati sono persone giuridiche di diritto privato o pubblico senza scopo lucrativo che esercitano in primo luogo l'assicurazione sociale malattie e sono riconosciute dal Dipartimento federale dell'interno (Dipartimento).

² Le casse malati possono offrire, oltre all'assicurazione sociale malattie ai sensi della presente legge, assicurazioni complementari; secondo le condizioni e nei limiti massimi determinati dal Consiglio federale possono pure esercitare altri rami d'assicurazione.

³ Le assicurazioni menzionate al capoverso 2 sono rette dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA)²⁾.

⁴ Le casse malati con almeno un numero d'assicurati pari a quello minimo stabilito dal Consiglio federale possono anche esercitare la riassicurazione ai sensi dell'articolo 14.

Art. 13 Autorizzazione

¹ Il Dipartimento autorizza gli istituti d'assicurazione che adempiono i requisiti della presente legge (assicuratori) a esercitare l'assicurazione sociale malattie. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Ufficio federale) pubblica l'elenco degli assicuratori.

² Gli assicuratori devono in particolare:

- a. esercitare l'assicurazione sociale malattie secondo il principio della mutualità e garantire la parità di trattamento degli assicurati; destinano a soli scopi d'assicurazione sociale malattie i fondi provenienti da quest'ultima;
- b. disporre di un'organizzazione e di una gestione garanti dell'osservanza delle prescrizioni legali;
- c. essere sempre in grado di soddisfare gli obblighi finanziari;

¹⁾ RS 961.01

²⁾ RS 221.229.1

- d. esercitare parimenti l'assicurazione indennità giornaliera individuale secondo la presente legge;
- e. avere una sede in Svizzera.

³ Il Dipartimento ritira il riconoscimento o l'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie se l'assicuratore lo richiede o non adempie più le condizioni legali. Il Dipartimento provvede affinché questo ritiro diventi effettivo solo quando tutti gli assicurati sono stati ripresi da altri assicuratori.

Art. 14 Riassicurazione

¹ Gli assicuratori possono riassicurare mediante contratto determinate prestazioni che versano secondo la presente legge.

² I riassicuratori sottostanno all'autorizzazione del Dipartimento. Per il rilascio, è applicabile per analogia l'articolo 13.

³ Il Consiglio federale stabilisce la parte minima delle prestazioni che gli assicuratori devono assumere a proprio carico.

Art. 15 Responsabilità

Gli assicurati non rispondono degli obblighi degli assicuratori.

Art. 16 Informazioni e consulenza

Gli assicuratori devono informare gli interessati sui loro diritti e obblighi e prestare loro consulenza.

Art. 17 Esenzione fiscale

¹ Gli assicuratori sono esenti dalle imposte dirette della Confederazione, dei Comuni e dei Cantoni e da quelle cantonali e comunali sulle successioni e donazioni, per quanto le loro risorse e i loro beni patrimoniali servano esclusivamente all'attuazione dell'assicurazione sociale malattie e alla fornitura o alla garanzia delle loro prestazioni.

² I documenti utilizzati per la pratica dell'assicurazione sociale malattie nei rapporti con gli assicurati e i terzi o con altre organizzazioni sono esenti da tasse e da emolumenti di diritto pubblico. La riscossione dei premi dell'assicurazione sociale malattie non soggiace alla tassa federale di bollo sulle quietanze dei premi.

³ Il Tribunale federale decide le vertenze inerenti all'applicazione del presente articolo.

Sezione 2: Istituzione comune

Art. 18

¹ Gli assicuratori creano un'istituzione comune nella forma di una fondazione. L'atto di fondazione e i regolamenti dell'istituzione devono essere approvati dal Dipartimento. Se gli assicuratori non creano l'istituzione comune, vi provvede il Consiglio

federale. Esso emana le necessarie prescrizioni se gli assicuratori non s'accordano sulla gestione dell'istituzione.

² L'istituzione comune assume i costi delle prestazioni legali in vece degli assicuratori insolvibili.

³ Il Consiglio federale può assegnare all'istituzione comune altri compiti, segnatamente in materia d'esecuzione di obblighi internazionali.

⁴ Gli assicuratori possono conferirle di comune accordo determinati compiti d'interesse generale, segnatamente d'ordine amministrativo e tecnico.

⁵ Per finanziare l'esecuzione dei compiti secondo i capoversi 2 e 4, gli assicuratori devono versare contributi all'istituzione comune, a carico dell'assicurazione sociale malattie. L'importo di questi contributi è stabilito dai regolamenti dell'istituzione comune.

⁶ Il Consiglio federale disciplina il finanziamento dei compiti assegnati all'istituzione comune giusta il capoverso 3.

⁷ L'istituzione comune tiene conti distinti per ognuno dei compiti. Essa beneficia della stessa esenzione fiscale prevista per gli assicuratori (art. 17).

Sezione 3: Promozione della salute

Art. 19 Promozione della prevenzione delle malattie

¹ Gli assicuratori promuovono la prevenzione delle malattie.

² Essi gestiscono congiuntamente con i Cantoni un'istituzione avente lo scopo di stimolare, coordinare e valutare misure atte a promuovere la salute e a prevenire le malattie. Se l'istituzione non è fondata dagli assicuratori e dai Cantoni, il compito è assunto dalla Confederazione.

³ L'organo direttivo dell'istituzione è composto di rappresentanti degli assicuratori, dei Cantoni, dell'INSAI, della Confederazione, dei medici, delle cerchie scientifiche e delle organizzazioni specializzate nella prevenzione.

Art. 20 Finanziamento; vigilanza

¹ Ogni persona assicurata obbligatoriamente ai sensi della presente legge versa un contributo annuo per la prevenzione generale delle malattie.

² Il Consiglio federale stabilisce il contributo su proposta dell'istituzione.

³ Esso vigila sull'attività dell'istituzione. I bilanci, i conti e il rapporto d'attività sono presentati per approvazione all'Ufficio federale.

Sezione 4: Vigilanza e statistica

Art. 21 Vigilanza

¹ Gli assicuratori e l'istituzione comune soggiacciono alla vigilanza del Consiglio federale.

² Il Consiglio federale provvede all'applicazione uniforme della presente legge e disciplina in particolare la ripartizione delle competenze.

³ L'esercizio delle assicurazioni menzionate nell'articolo 12 capoverso 2 soggiace alla sorveglianza dell'Ufficio federale delle assicurazioni private giusta la legislazione sulla sorveglianza degli istituti privati d'assicurazione.

⁴ L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali può impartire istruzioni agli assicuratori per l'applicazione uniforme del diritto federale, chiedere loro tutte le informazioni e tutti i documenti necessari ed effettuare ispezioni. Gli assicuratori devono inviargli i rapporti e i conti annui.

⁵ Se un assicuratore disattende le prescrizioni legali, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali può, a seconda della natura e della gravità dell'infrazione:

- a. prendere le misure atte a ristabilire l'ordine legale, addebitandone le spese all'assicuratore;
- b. proporre al Dipartimento il ritiro dell'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie.

⁶ Sono salve le disposizioni speciali sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati.

Art. 22 Controllo dei costi amministrativi

¹ Gli assicuratori devono contenere i costi amministrativi dell'assicurazione sociale malattie entro i limiti propri ad una gestione economica.

² Il Consiglio federale può emanare disposizioni concernenti una limitazione dei costi amministrativi. Esso considera in particolare l'evoluzione generale dei prezzi e dei salari.

Art. 23 Statistiche

¹ Il Consiglio federale emana disposizioni sull'allestimento, l'analisi e la pubblicazione delle statistiche necessarie all'applicazione della presente legge come pure sull'accesso ai dati raccolti. In merito provvede a garantire la protezione della personalità.

² Gli assicuratori e le autorità federali e cantonali collaborano all'allestimento delle statistiche. Il Consiglio federale può estendere questo obbligo ad altre persone o organizzazioni previamente sentite.

Capitolo 3: Prestazioni

Sezione 1: Catalogo delle prestazioni

Art. 24 Principio

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25–31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32–34.

Art. 25 Prestazioni generali in caso di malattia

¹ L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi.

² Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura:
 1. dal medico;
 2. dal chiropratico;
 3. da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica;
- b. le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico;
- c. un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico;
- d. i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico;
- e. la degenza nel reparto comune di un ospedale;
- f. la degenza in un istituto che fornisce prestazioni semiospedaliere;
- g. un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio.

Art. 26 Medicina preventiva

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di determinati esami destinati ad individuare precocemente le malattie nonché misure preventive in favore di assicurati particolarmente in pericolo. Tali esami o misure preventive sono effettuati o prescritti da un medico.

Art. 27 Infermità congenite

Per le infermità congenite che non sono coperte dall'assicurazione invalidità, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 28 Infortuni

Per gli infortuni ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 29 Maternità

¹ Oltre ai costi delle prestazioni in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume quelli delle prestazioni specifiche di maternità.

² Quest'ultime comprendono:

- a. gli esami di controllo durante e dopo la gravidanza, effettuati da un medico o da una levatrice o prescritti da un medico;

- b. il parto a domicilio, all'ospedale o in un istituto semiospedaliero, come pure l'assistenza del medico o della levatrice;
- c. la necessaria consulenza per l'allattamento.

Art. 30 Interruzione non punibile della gravidanza

In caso d'interruzione non punibile della gravidanza ai sensi dell'articolo 120 del Codice penale¹⁾, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 31 Cure dentarie

¹ L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie:

- a. se le affezioni sono causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio; o
- b. se le affezioni sono causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi; o
- c. se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi.

² Essa assume pure i costi della cura di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b.

Sezione 2: Presupposti e entità dell'assunzione dei costi

Art. 32 Condizioni

¹ Le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

² L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente.

Art. 33 Designazione delle prestazioni

¹ Il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni.

² Definisce le prestazioni di cui all'articolo 25 capoverso 2 non effettuate da un medico o chiropratico e le prestazioni di cui agli articoli 26, 29 capoverso 2 lettere a e c e 31 capoverso 1.

³ Determina in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi d'una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o economicità sono ancora in fase di valutazione.

⁴ Nomina commissioni che consulta ai fini della designazione delle prestazioni. Provvede al coordinamento dei lavori di queste commissioni.

¹⁾ RS 311.0

⁵ Può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1–3.

Art. 34 Entità

¹ Per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli articoli 25–33.

² Il Consiglio federale può decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 o 29 eseguite all'estero per motivi d'ordine medico. Può designare i casi in cui detta assicurazione assume i costi del parto effettuato all'estero non per motivi d'ordine medico. Può limitare l'assunzione dei costi di prestazioni dispensate all'estero.

Capitolo 4: Fornitori di prestazioni

Sezione 1: Autorizzazione

Art. 35 Principio

¹ Sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i fornitori di prestazioni che adempiono le condizioni giusta gli articoli 36–40.

² Sono fornitori di prestazioni:

- a. i medici;
- b. i farmacisti;
- c. i chiropratici;
- d. le levatrici;
- e. le persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica e le organizzazioni che le occupano;
- f. i laboratori;
- g. i centri di consegna di mezzi ed apparecchi diagnostici e terapeutici;
- h. gli ospedali;
- i. gli istituti che effettuano cure semiospedaliere;
- k. le case di cura;
- l. gli stabilimenti di cura balneare.

Art. 36 Medici

¹ Sono autorizzati i medici titolari del diploma federale che dispongono di un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale.

² Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione dei medici titolari di un attestato scientifico equivalente.

³ Per le prestazioni di cui all'articolo 31, i dentisti sono parificati ai medici.

Art. 37 Farmacisti

¹ Sono autorizzati i farmacisti titolari del diploma federale e che possiedono un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale.

² Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione dei farmacisti titolari di un attestato scientifico equivalente.

³ I Cantoni stabiliscono le condizioni alle quali i medici autorizzati a condurre una farmacia sono parificati ai farmacisti. Considerano segnatamente le possibilità d'accesso dei pazienti a una farmacia.

Art. 38 Altri fornitori di prestazioni

Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere c-g. Esso sente dapprima i Cantoni e le organizzazioni interessate.

Art. 39 Ospedali e altri istituti

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 se:

- a. garantiscono una sufficiente assistenza medica;
- b. dispongono del necessario personale specializzato;
- c. dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali;
- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati;
- e. figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati.

² Le condizioni di cui al capoverso 1 lettere a-c si applicano per analogia agli stabilimenti, agli istituti e ai rispettivi reparti che dispensano cure semiospedaliere.

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

Art. 40 Stabilimenti di cura balneare

¹ Sono autorizzati gli stabilimenti di cura balneare riconosciuti dal Dipartimento.

² Il Consiglio federale stabilisce le condizioni che questi stabilimenti devono soddisfare in materia di direzione medica, personale specializzato necessario, tecniche terapeutiche e fonti termali.

Sezione 2: Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi

Art. 41

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 semiospedaliera,

l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel 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:

- a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale;
- b. nel Cantone di domicilio dell'assicurato o in un ospedale fuori da questo Cantone che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio dell'assicurato, giusta l'articolo 39 capoverso 1 lettera e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera.

³ Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico, o sussidiato dall'ente pubblico, situato fuori dal suo Cantone di domicilio, il Cantone di domicilio assume la differenza tra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone ove si trova il suddetto ospedale. In questo caso, il diritto di regresso giusta l'articolo 79 si applica per analogia al Cantone di domicilio. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

⁴ D'intesa con l'assicuratore, l'assicurato può limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi (art. 62 cpv. 1 e 3). L'assicuratore deve allora assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate da questi fornitori di prestazioni; il capoverso 2 è applicabile per analogia. Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate.

Sezione 3: Debitore della remunerazione; fatturazione

Art. 42

¹ Se assicuratori e fornitori di prestazioni non hanno convenuto altrimenti, l'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicurato ha diritto di essere rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante).

² Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante).

³ 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. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

⁴ L'assicuratore può esigere una diagnosi precisa o raggugli supplementari di natura medica.

⁵ Il fornitore di prestazioni è legittimato, se le circostanze lo esigono, oppure obbligato in ogni caso, su richiesta dell'assicurato, a fornire le indicazioni di natura medica soltanto al medico di fiducia secondo l'articolo 57.

Sezione 4: Tariffe e prezzi

Art. 43 Principio

¹ I fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe o prezzi.

² La tariffa è una base di calcolo della remunerazione. In particolare essa può:

- a. fondarsi sul tempo dedicato alla prestazione (tariffa temporale);
- b. attribuire punti per prestazione e fissare il valore del punto (tariffa per singola prestazione);
- c. prevedere remunerazioni forfettarie (tariffa forfettaria);
- d. a titolo eccezionale, sottoporre le remunerazioni di determinate prestazioni, al fine di garantirne la qualità, a condizioni più severe di quelle previste dagli articoli 36–40, quali in particolare l'esistenza delle infrastrutture necessarie e di una formazione di base, di un aggiornamento o di un perfezionamento idonei (esclusione tariffale).

³ La tariffa forfettaria può riferirsi alla cura del singolo paziente (tariffa forfettaria per paziente) o di gruppi di assicurati (tariffa forfettaria per gruppo d'assicurati). Le tariffe forfettarie per gruppo d'assicurati possono essere stabilite prospettivamente in base a prestazioni fornite in precedenza e a bisogni futuri (stanziamento globale di bilancio prospettivo).

⁴ Le tariffe e i prezzi sono stabiliti per convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (convenzione tariffale) oppure dalle autorità competenti nei casi previsti dalla legge. Occorre vegliare affinché le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate. Nel caso di convenzioni tra associazioni, prima della loro conclusione devono essere sentite le organizzazioni che rappresentano gli interessi degli assicurati a livello cantonale o federale.

⁵ Le tariffe per singola prestazione devono basarsi su una struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. Se le parti alla convenzione non si accordano sulla struttura tariffale uniforme, quest'ultima è stabilita dal Consiglio federale.

⁶ Le parti alla convenzione e le autorità competenti devono vigilare affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti.

⁷ Il Consiglio federale può stabilire principi affinché le tariffe siano calcolate secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate; può anche fissare norme relative all'adeguamento delle tariffe. Esso provvede al coordinamento con gli ordinamenti tariffali delle altre assicurazioni sociali.

Art. 44 Protezione tariffale

¹ I fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall'autorità competente; non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dalla presente legge (protezione tariffale). È salva la disposizione sulla remunerazione dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici (art. 52 cpv. 1 lett. a n. 3).

² Il fornitore di prestazioni che rifiuta di fornire prestazioni conformemente alla presente legge deve dichiararlo all'organo designato dal governo cantonale (ricusa). In tal caso non ha alcun diritto a remunerazioni ai sensi della presente legge. Se l'assi-

curato si rivolge a un tale fornitore di prestazioni, questi deve previamente avvertirlo della propria ricusa.

Art. 45 Garanzia del trattamento

Se la cura degli assicurati secondo la presente legge non è più garantita causa la ricusa di fornitori di prestazioni, il governo cantonale provvede a garantirla. La protezione tariffale vige anche in questo caso. Il Consiglio federale può emanare disposizioni dettagliate.

Art. 46 Convenzione tariffale

¹ Le parti a una convenzione tariffale sono, da un lato, uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, d'altro lato, uno o più assicuratori o federazioni d'assicuratori.

² Se una delle parti alla convenzione è una federazione, la convenzione vincola i membri della federazione solo se hanno aderito alla convenzione. I non membri esercitanti nel territorio previsto dalla convenzione possono parimenti aderire a quest'ultima. La convenzione può prevedere un loro equo contributo alle spese per la sua stipulazione e per la sua esecuzione. La convenzione disciplina le modalità in materia d'adesione e di desistenza e relative pubblicazioni.

³ Sono in particolare inammissibili e dunque nulli i seguenti provvedimenti, indipendentemente dal fatto che essi siano contenuti in una convenzione tariffale, in contratti separati o in disciplinamenti:

- a. il divieto ai membri della federazione di concludere convenzioni separate;
- b. l'obbligo ai membri della federazione di aderire alle convenzioni esistenti;
- c. il divieto di concorrenza fra i membri della federazione;
- d. i trattamenti di favore e le clausole di esclusività.

⁴ La convenzione tariffale dev'essere approvata dal governo cantonale competente oppure, se valevole per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale. L'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità.

⁵ Il termine di disdetta di una convenzione tariffale o di desistenza ai sensi del capoverso 2 è di almeno sei mesi.

Art. 47 Assenza di convenzione tariffale

¹ Se nessuna convenzione tariffale può essere stipulata tra fornitori di prestazioni e assicuratori, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa.

² Se non esiste alcuna convenzione tariffale per una cura ambulatoriale dell'assicurato fuori del suo luogo di domicilio o di lavoro e relativi dintorni oppure per la cura ospedaliera o semiospedaliera 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.

³ Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non s'accordano sul rinnovo d'una convenzione tariffale, il governo cantonale può prorogarla di un anno. Se nessuna

convenzione è stata stipulata entro questo termine, il governo cantonale, consultate le parti interessate, stabilisce la tariffa.

Art. 48 Convenzioni tariffali con associazioni di medici

¹ All'approvazione di una convenzione tariffale con una o più associazioni di medici, l'autorità che approva (art. 46 cpv. 4), sentite le parti alla convenzione, stabilisce una tariffa limite i cui tassi minimi devono essere inferiori e i tassi massimi superiori a quelli della tariffa convenzionale approvata.

² La tariffa limite è applicabile alla scadenza della convenzione tariffale. Trascorso un anno dalla scadenza della convenzione, l'autorità che approva può stabilire una nuova tariffa limite senza tener conto della tariffa convenzionale anteriore.

³ Se una convenzione tariffale con un'associazione di medici non può essere stipulata sin dall'inizio, l'autorità che approva può, a domanda delle parti, stabilire una tariffa limite.

⁴ Per le parti che hanno stipulato una nuova convenzione tariffale, la tariffa limite decade con l'approvazione della convenzione.

Art. 49 Convenzioni tariffali con gli ospedali

¹ Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39 cpv. 1), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Questi coprono, per gli abitanti del Cantone, al massimo il 50 per cento dei costi fatturabili per paziente o gruppo d'assicurati nel reparto comune d'ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. I costi fatturabili sono calcolati alla stipulazione della convenzione. Non sono computate la quota delle spese di gestione derivanti dalla sovraccapacità, le spese d'investimento, di formazione e di ricerca.

² Le parti contraenti possono convenire che prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente. Per queste prestazioni, esse possono al massimo computare, per gli abitanti del Cantone, il 50 per cento dei costi fatturabili, se si tratta di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico.

³ In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dei capoversi 1 e 2 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.

⁴ Con le remunerazioni ai sensi dei capoversi 1–3 sono tacitate tutte le pretese dell'ospedale riguardo il reparto comune.

⁵ Le parti alla convenzione concordano la remunerazione per il trattamento ambulatoriale e per la degenza semiospedaliera.

⁶ Gli ospedali calcolano i propri costi e registrano le proprie prestazioni secondo un metodo uniforme; tengono in proposito una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti. Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni.

⁷ I governi cantonali e, in caso di bisogno, il Consiglio federale ordinano uno studio comparativo delle gestioni ospedaliere. 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. 3), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio. Può convenire con la casa di cura remunerazioni forfettarie. I capoversi 6 e 7 dell'articolo 49 sono applicabili per analogia.

Art. 51 Stanziamento globale di bilancio per gli ospedali e le case di cura

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 1.

² Il Cantone sente dapprima i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

Art. 52 Analisi e medicinali, mezzi e apparecchi

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

- a. il Dipartimento emana:
 1. un elenco delle analisi con tariffa;
 2. un elenco, con tariffa, dei preparati e delle sostanze attive e ausiliarie impiegati per la prescrizione magistrale; la tariffa comprende anche le prestazioni del farmacista;
 3. disposizioni sull'obbligo d'assunzione delle prestazioni e sull'entità della remunerazione di mezzi e d'apparecchi diagnostici e terapeutici;
- b. l'Ufficio federale appronta un elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati, con l'indicazione dei prezzi (elenco delle specialità). Tale elenco deve contenere anche i prodotti generici a prezzi più vantaggiosi che possono sostituire i preparati originali.

² In materia di infermità congenite, le terapie che figurano nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità sono riprese nelle disposizioni e negli elenchi allestiti secondo il capoverso 1.

³ Le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici possono essere fatturati al massimo secondo le tariffe, i prezzi e i tassi di remunerazione ai sensi del capoverso 1. Il Consiglio federale designa le analisi effettuate nel laboratorio del medico, per le quali la tariffa può essere stabilita secondo gli articoli 46 e 48.

Art. 53 Ricorso al Consiglio federale

¹ Contro le decisioni del governo cantonale ai sensi degli articoli 39, 45, 46 capoverso 4, 47, 48 capoversi 1–3, 49 capoverso 7, 51, 54 e 55 può essere interposto ricorso al Consiglio federale.

² La procedura di ricorso è retta dalla legge federale sulla procedura amministrativa¹⁾.

³ Il Consiglio federale decide sui ricorsi entro quattro mesi. Per motivi gravi, il termine può essere superato al massimo di quattro mesi.

Sezione 5:**Misure straordinarie destinate a contenere l'evoluzione dei costi****Art. 54** Stanziamento globale di bilancio da parte dell'autorità che approva

¹ Gli assicuratori possono chiedere al Cantone di stabilire un importo complessivo (stanziamento globale di bilancio), per finanziare gli ospedali o le case di cura, quale provvedimento straordinario e temporaneo per limitare un aumento dei costi al di sopra della media.

² Il Cantone deve decidere in merito all'entrata in materia entro tre mesi dalla presentazione della proposta. Consulta preventivamente le istituzioni e gli assicuratori.

Art. 55 Fissazione di tariffe da parte dell'autorità che approva

¹ Se, per le cure ambulatoriali o in ospedale, i costi medi per assicurato e per anno nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie aumentano almeno del doppio rispetto alla media dei prezzi e dei salari, l'autorità competente può ordinare che le tariffe o i prezzi di tutte o di una parte delle prestazioni non possano essere aumentati, fino a che la differenza relativa del tasso di crescita annuo è di oltre il 50 per cento rispetto all'evoluzione generale dei prezzi e dei salari.

² È competente:

- a. il Consiglio federale, per le convenzioni tariffali da esso approvate giusta l'articolo 46 capoverso 4;
- b. il Dipartimento, per le tariffe e i prezzi di cui all'articolo 52 capoverso 1 lettera a numeri 1 e 2 nonché lettera b;
- c. il governo cantonale, per le convenzioni tariffali da esso approvate giusta l'articolo 46 capoverso 4.

Sezione 6:**Controllo dell'economicità e della qualità delle prestazioni****Art. 56** Economicità delle prestazioni

¹ Il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura.

¹⁾ RS 172.021

² La remunerazione può essere rifiutata per le prestazioni eccedenti questo limite. Al fornitore di prestazioni può essere richiesta la restituzione di remunerazioni ai sensi della presente legge ottenute indebitamente. Possono chiedere la restituzione:

- a. nel sistema del terzo garante (art. 42 cpv. 1), l'assicurato oppure, giusta l'articolo 89 capoverso 3, l'assicuratore;
- b. nel sistema del terzo pagante (art. 42 cpv. 2), l'assicuratore.

³ Il fornitore di prestazioni deve fare usufruire il debitore della remunerazione di sconti diretti o indiretti che ha ottenuti:

- a. da un altro fornitore di prestazioni cui ha conferito mandato;
- b. da persone o enti fornitori di medicinali o di mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici.

⁴ Se il fornitore di prestazioni disattende questo obbligo, l'assicurato o l'assicuratore possono esigere la restituzione dello sconto.

⁵ I fornitori di prestazioni e gli assicuratori prevedono nelle convenzioni tariffali misure destinate a garantire l'economicità delle prestazioni. Essi vegliano in particolare affinché sia evitata una ripetizione inutile di atti diagnostici, quando l'assicurato consulta più fornitori di prestazioni.

Art. 57 Medici di fiducia

¹ Gli assicuratori o le rispettive federazioni designano, d'intesa con le società mediche cantonali, i medici di fiducia. Questi devono soddisfare le condizioni d'autorizzazione ai sensi dell'articolo 36 e avere inoltre, durante almeno cinque anni, esercitato presso uno studio medico o rivestito una funzione medica direttiva in un ospedale.

² I medici di fiducia abilitati ad esercitare in tutta la Svizzera devono essere designati d'intesa con la società medica del Cantone in cui si trova la sede principale dell'assicuratore o la sede della federazione degli assicuratori.

³ Una società medica cantonale può ricusare per gravi motivi un medico di fiducia; in tal caso statuisce in merito il tribunale arbitrale giusta l'articolo 89.

⁴ Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore.

⁵ Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni.

⁶ I fornitori di prestazioni devono trasmettere ai medici di fiducia le informazioni necessarie per l'adempimento dei compiti ai sensi del capoverso 4. Se non è possibile ottenerle altrimenti, il medico di fiducia può esaminare personalmente l'assicurato; ne deve prima informare il medico curante e comunicargli il risultato dell'esame. Tuttavia, in casi debitamente motivati, l'assicurato può esigere che l'esame di controllo sia effettuato da un altro medico. Se l'assicurato non s'accorda in merito con l'assicuratore, la decisione spetta al tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89.

⁷ I medici di fiducia trasmettono agli organi competenti degli assicuratori unicamente le indicazioni necessarie per decidere l'assunzione delle prestazioni, stabilire la remunerazione o motivare una decisione. Ciò facendo salvaguardano i diritti della personalità degli assicurati.

⁸ Le associazioni centrali svizzere dei medici e degli assicuratori disciplinano la trasmissione delle indicazioni ai sensi del capoverso 7, come pure la formazione permanente e lo statuto dei medici di fiducia. Se non giungono ad un accordo, il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni.

Art. 58 Garanzia della qualità

¹ Sentite le organizzazioni interessate, il Consiglio federale può prevedere controlli scientifici e sistematici al fine di garantire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² Ne può affidare l'esecuzione ad associazioni professionali o ad altre istituzioni.

³ Stabilisce le norme intese a garantire o a ristabilire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni. Può segnatamente ordinare che:

- a. prima dell'esecuzione di determinate misure diagnostiche o terapeutiche, segnatamente quelle particolarmente onerose, debba essere ottenuto il consenso del medico di fiducia;
- b. misure diagnostiche o terapeutiche particolarmente onerose o difficili siano assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto se dispensate da fornitori di prestazioni qualificati. Esso può determinare più dettagliatamente questi fornitori di prestazioni.

Art. 59 Esclusione di fornitori di prestazioni

Se per gravi motivi, segnatamente in caso di violazione degli obblighi di cui agli articoli 56 e 58, un assicuratore non vuole o non vuole più permettere a un fornitore di prestazioni d'esercitare secondo la presente legge, la decisione in merito spetta al tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89.

Capitolo 5: Finanziamento

Sezione 1: Sistema finanziario e esposizione dei conti

Art. 60

¹ L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è finanziata secondo il sistema della ripartizione delle spese. Gli assicuratori costituiscono riserve sufficienti per sopperire ai costi delle malattie già insorte e garantire la solvibilità a lungo termine.

² Il finanziamento dev'essere autosufficiente. Nel bilancio, gli assicuratori devono esporre separatamente gli accantonamenti e le riserve per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ Gli assicuratori tengono un conto d'esercizio distinto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'anno contabile corrisponde all'anno civile. I

premi e le prestazioni concernenti i casi di malattia e d'infortunio devono essere indicati separatamente.

⁴ Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni, segnatamente sulla tenuta della contabilità, l'esposizione e il controllo dei conti, la costituzione delle riserve e i collocamenti di capitale.

Sezione 2: Premi degli assicurati

Art. 61 Principi

¹ L'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Sempreché la presente legge non preveda eccezioni, l'assicuratore riscuote dai propri assicurati premi uguali.

² L'assicuratore può graduare i premi se è provato che i costi differiscono secondo i Cantoni e le regioni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. Sono possibili al massimo tre graduazioni regionali per Cantone.

³ Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni, l'assicuratore deve fissare un premio più basso rispetto a quello degli assicurati d'età superiore (adulti). Egli è legittimato a fare altrettanto nel caso di assicurati che non hanno ancora compiuto 25 anni e che stanno svolgendo una formazione.

⁴ L'ammontare dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve essere approvato dal Consiglio federale.

Art. 62 Forme particolari d'assicurazione

¹ L'assicuratore può ridurre i premi delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4.

² Il Consiglio federale può autorizzare l'esercizio di altre forme di assicurazione, in particolare quelle per le quali:

- 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 meno di prestazioni assicurative durante un determinato periodo.

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 105.

Art. 63 Indennizzo di terzi

¹ L'assicuratore versa un congruo indennizzo per il datore di lavoro, l'associazione di datori di lavoro o di lavoratori oppure per un'autorità d'assistenza che assumono compiti nell'ambito dell'esecuzione dell'assicurazione malattie.

² Il Consiglio federale stabilisce i limiti massimi dell'indennizzo di cui al capoverso 1.

Sezione 3: Partecipazione ai costi

Art. 64

¹ Gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute.

² La partecipazione ai costi comprende:

- a. un importo fisso per anno (franchigia) e
- b. il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale).

³ Il Consiglio federale stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale.

⁴ Per gli assicurati fino ai 18 anni compiuti non è dovuta alcuna franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale è dimezzato. Più componenti di una stessa famiglia di età inferiore a 18 anni compiuti, assicurati dal medesimo assicuratore, pagano complessivamente al massimo la franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale di un adulto.

⁵ Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.

⁶ Il Consiglio federale può:

- a. prevedere una partecipazione ai costi più alta per determinate prestazioni;
- b. ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per cure di lunga durata e per cura di affezioni gravi;
- c. sopprimere la partecipazione ai costi per assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4, se la stessa risulta inappropriata.

⁷ Per le prestazioni di maternità l'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi.

Sezione 4: Riduzione dei premi mediante sussidi dell'ente pubblico

Art. 65 Riduzione dei premi da parte dei Cantoni

¹ I Cantoni accordano riduzioni di premi agli assicurati di condizione economica modesta.

² Le riduzioni sono fissate in modo che i sussidi annui della Confederazione e dei Cantoni giusta l'articolo 66 siano di regola versati integralmente.

³ I Cantoni non possono obbligare gli assicuratori, se quest'ultimi non vi acconsentono, a collaborare oltre quanto previsto all'articolo 82 capoverso 3.

Art. 66 Sussidi della Confederazione e dei Cantoni

¹ La Confederazione versa ai Cantoni sussidi annui destinati a ridurre i premi ai sensi dell'articolo 65.

² Questi sussidi sono fissati mediante decreto federale semplice di una durata di quattro anni, tenuto conto dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dello stato delle finanze della Confederazione.

³ Il Consiglio federale determina le quote dei sussidi federali da versare ai singoli Cantoni secondo la loro popolazione residente e la loro capacità finanziaria. Può anche prendere in considerazione il premio medio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di ogni Cantone.

⁴ Il Consiglio federale decide, secondo la capacità finanziaria dei Cantoni, il contributo minimo di questi ultimi ai sussidi federali. Il contributo globale dei Cantoni corrisponde almeno alla metà dell'importo complessivo dei sussidi federali.

⁵ Un Cantone può diminuire al massimo del 50 per cento il contributo che è tenuto a versare giusta il capoverso 4 se è comunque garantita la riduzione dei premi per gli assicurati di condizione economica modesta. Il sussidio federale accordato a questo Cantone è quindi ridotto in modo corrispondente. Il Consiglio federale può emanare disposizioni più dettagliate in materia.

Titolo terzo:

Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera

Art. 67 Adesione

¹ Le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi dell'articolo 68.

² Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da:

- a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti;
- b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri;
- c. associazioni di dipendenti, per i propri membri.

Art. 68 Assicuratori

¹ Gli assicuratori ai sensi dell'articolo 11 devono ammettere, nell'ambito della loro attività territoriale, qualsiasi persona avente diritto d'assicurarsi.

² Il Dipartimento riconosce anche casse malati che limitano la loro attività all'assicurazione d'indennità giornaliera dei membri di un'impresa o di un'associazione professionale, purché adempiano le relative condizioni di cui agli articoli 12 e 13.

³ Gli articoli 11–17 sono applicabili per analogia.

Art. 69 Riserve d'assicurazione

¹ Con l'applicazione di riserve, gli assicuratori possono escludere dall'assicurazione le malattie esistenti all'ammissione. Ciò vale parimenti per le malattie anteriori se, conformemente all'esperienza, è possibile una ricaduta.

² Le riserve decadono al più tardi dopo cinque anni. Prima di questo termine l'assicurato può fornire la prova che una riserva non è più giustificata.

³ La riserva è valida solo se comunicata per scritto all'assicurato e se la malattia posta sotto riserva, l'inizio e la fine della durata della stessa sono indicati con esattezza nella comunicazione.

⁴ I capoversi 1-3 sono applicabili per analogia in caso d'aumento dell'indennità giornaliera e di riduzione del termine d'attesa.

Art. 70 Cambiamento dell'assicuratore

¹ Il nuovo assicuratore non può formulare nuove riserve se l'assicurato cambia assicuratore:

- a. perché l'esige il rapporto di lavoro o la sua cessazione; o
- b. perché esce dal raggio d'attività del precedente assicuratore; o
- c. perché il precedente assicuratore non esercita più l'assicurazione sociale malattie.

² Il nuovo assicuratore può mantenere le riserve formulate dal precedente assicuratore fino alle scadenze inizialmente previste.

³ Il precedente assicuratore provvede affinché l'assicurato sia informato per scritto in merito al suo diritto di libero passaggio. Se omette questa informazione, deve continuare a garantire la protezione assicurativa. L'assicurato deve far valere il diritto di libero passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

⁴ Su domanda dell'assicurato, il nuovo assicuratore deve assicurare l'indennità giornaliera per un importo pari a quello precedente. Può computare l'indennità giornaliera già pagata dal precedente assicuratore nella durata del diritto alle prestazioni ai sensi dell'articolo 72.

Art. 71 Uscita dall'assicurazione collettiva

¹ L'assicurato che esce dall'assicurazione collettiva perché cessa di appartenere alla cerchia degli assicurati definita dal contratto oppure perché quest'ultimo è disdetto, ha diritto al trasferimento nell'assicurazione individuale dell'assicuratore. Se nell'assicurazione individuale l'assicurato non assicura prestazioni più elevate, non possono essere formulate nuove riserve e dev'essere mantenuta l'età d'entrata determinante nel contratto collettivo.

² L'assicuratore deve provvedere affinché l'assicurato sia informato per scritto in merito al suo diritto di passare all'assicurazione individuale. Se omette questa informazione, l'assicurato rimane nell'assicurazione collettiva. L'assicurato deve far valere il diritto di passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

Art. 72 Prestazioni

¹ Gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità.

² Il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà. Per quanto non pattuito altrimenti, il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante

il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione.

³ L'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi.

⁴ In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua.

⁵ Qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovrindennizzo giusta l'articolo 78 capoverso 2, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione.

Art. 73 Coordinamento con l'assicurazione contro la disoccupazione

¹ Ai disoccupati, in caso d'incapacità lavorativa superiore al 50 per cento, è pagata l'intera indennità giornaliera e, in caso d'incapacità lavorativa superiore al 25 per cento ma al massimo del 50 per cento, è pagata la mezza indennità giornaliera, se gli assicuratori, in virtù delle proprie condizioni d'assicurazione o di accordi contrattuali, pagano di massima prestazioni per un corrispettivo grado d'incapacità lavorativa.

² Gli assicurati disoccupati hanno diritto, previo congruo adeguamento dei premi, alla trasformazione dell'assicurazione previgente in un'assicurazione le cui prestazioni decorrono dal 31° giorno, fatto salvo l'ammontare della precedente indennità giornaliera e indipendentemente dallo stato di salute al momento della trasformazione.

Art. 74 Indennità giornaliera in caso di maternità

¹ In caso di maternità e di parto gli assicuratori devono pagare l'indennità giornaliera se, fino al giorno del parto, la partoriente era assicurata da almeno 270 giorni senza interruzione superiore a tre mesi.

² L'indennità giornaliera va pagata durante sedici settimane, di cui almeno otto dopo il parto. L'indennità giornaliera non può essere computata nella durata prevista dall'articolo 72 capoverso 3 e va pagata anche dopo la scadenza di questa durata.

Art. 75 Sistema finanziario ed esposizione dei conti

¹ L'assicurazione d'indennità giornaliera è finanziata secondo il sistema della ripartizione delle spese. Gli assicuratori costituiscono riserve sufficienti per sopperire ai costi delle malattie già insorte e garantire la propria solvibilità a lungo termine. Sono inoltre applicabili per analogia i capoversi 2–4 dell'articolo 60.

² L'assicuratore, se applica nell'assicurazione collettiva una tariffa dei premi differente da quella dell'assicurazione individuale, deve tenere un conto separato per ciascuna di queste assicurazioni.

Art. 76 Premi degli assicurati

¹ L'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Per prestazioni uguali riscuote premi uguali.

² Se per l'indennità giornaliera vi è un termine d'attesa, l'assicuratore deve ridurre corrispettivamente i premi.

³ L'assicuratore può graduare i premi secondo l'età d'entrata e le regioni.

⁴ L'articolo 61 capoversi 2 e 4 è applicabile per analogia.

⁵ Il Consiglio federale può emanare disposizioni particolari sulla riduzione dei premi ai sensi del capoverso 2 e sulla loro graduazione ai sensi del capoverso 3.

Art. 77 Premi dell'assicurazione collettiva

Nell'assicurazione collettiva, gli assicuratori possono prevedere premi differenti da quelli dell'assicurazione individuale. I loro importi devono essere stabiliti in modo che l'assicurazione collettiva sia almeno finanziariamente autosufficiente.

Titolo 4: Regole di coordinamento

Capitolo 1: Coordinamento delle prestazioni

Art. 78

¹ Il Consiglio federale disciplina le relazioni dell'assicurazione sociale malattie con le altre assicurazioni sociali segnatamente per quanto riguarda:

- a. l'obbligo d'anticipare le prestazioni e la susseguente assunzione delle prestazioni anticipate;
- b. l'obbligo reciproco di fornire indicazioni sulla determinazione e la modifica dalle prestazioni;
- c. i limiti dell'obbligo di fornire prestazioni in caso di concomitanza di malattia e infortunio;
- d. il diritto degli assicuratori d'impugnare le decisioni inerenti all'obbligo di fornire prestazioni di un'altra assicurazione sociale.

² Esso provvede affinché le prestazioni dell'assicurazione sociale malattie o la rispettiva concomitanza con quelle d'altre assicurazioni sociali non comportino un sovrindennizzo per gli assicurati o per i fornitori di prestazioni, in particolare in caso di degenza ospedaliera.

Capitolo 2: Surrogazione

Art. 79

¹ Insorto l'evento assicurato, l'assicuratore subentra, fino all'ammontare delle prestazioni legali, nei diritti dell'assicurato contro il terzo responsabile.

² L'assicuratore può esercitare il diritto di regresso nei confronti del coniuge dell'assicurato, dei suoi parenti in linea ascendente e discendente oppure delle persone conviventi solo se esse hanno provocato l'evento assicurato intenzionalmente o per negligenza grave.

³ Il Consiglio federale emana disposizioni dettagliate in materia d'esercizio del diritto di regresso.

Titolo 5: Procedura, contenzioso, disposizioni penali

Capitolo 1: Procedura

Art. 80 Decisione

¹ Se l'assicurato non accetta una risoluzione dell'assicuratore, quest'ultimo deve emanare una decisione scritta entro 30 giorni a decorrere dall'esplicita domanda dell'assicurato.

² L'assicuratore deve motivare la decisione e indicare il rimedio giuridico; la notifica irregolare di una decisione non può essere di pregiudizio all'assicurato.

³ L'assicuratore non può subordinare la notifica della decisione all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso.

Art. 81 Esame degli atti

Gli interessati hanno il diritto di esaminare gli atti. Vanno salvaguardati gli interessi privati degni di protezione dell'assicurato e dei suoi congiunti come pure gli interessi pubblici preponderanti. Il Consiglio federale definisce la cerchia degli interessati e disciplina la procedura.

Art. 82 Assistenza amministrativa e giudiziaria

¹ Su richiesta, le autorità amministrative e giudiziarie della Confederazione, dei Cantoni, dei Distretti, dei Circoli e dei Comuni forniscono gratuitamente ai competenti organi dell'assicurazione sociale malattie le informazioni e i documenti necessari per determinare, modificare o ripetere prestazioni, prevenire pagamenti indebiti, fissare e riscuotere premi o per esercitare il regresso contro terzi responsabili.

² Nel singolo caso, gli assicuratori di cui all'articolo 11 e gli altri assicuratori sociali si prestano reciproca assistenza ai sensi del capoverso 1.

³ Su richiesta, gli assicuratori forniscono gratuitamente alle autorità cantonali competenti le informazioni e i documenti necessari per:

- a. esercitare il diritto di regresso sancito dall'articolo 41 capoverso 3;
- b. stabilire la riduzione dei premi giusta l'articolo 65.

Art. 83 Obbligo del segreto

Le persone incaricate dell'attuazione, del controllo e della sorveglianza dell'assicurazione sociale malattie sono tenute al segreto in merito ai fatti da loro accertati o appresi. Se nessun interesse privato degno di protezione vi si oppone, il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo del segreto.

Art. 84 Protezione dei dati

La protezione dei dati è retta dalla legge federale del 19 giugno 1992¹⁾ sulla protezione dei dati, eccetto i suoi articoli 12–15.

¹⁾ RS 235.1

Capitolo 2: Contenzioso

Art. 85 Opposizione

¹ Le decisioni possono essere impugnate entro trenta giorni facendo opposizione presso l'assicuratore che le ha notificate.

² Le decisioni su opposizione devono essere motivate e indicare il rimedio giuridico.

³ La procedura d'opposizione è gratuita; non possono essere assegnate indennità ripetibili.

⁴ L'assicuratore non può subordinare la notifica della decisione su opposizione all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso.

Art. 86 Tribunale cantonale delle assicurazioni

¹ Le decisioni su opposizione sono impugnabili mediante ricorso di diritto amministrativo. Il ricorso va interposto entro trenta giorni dalla notifica della decisione su opposizione al tribunale delle assicurazioni designato dal Cantone a dirimere le liti che oppongono un assicuratore a un altro assicuratore, a un assicurato oppure a un terzo.

² Ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, malgrado la domanda dell'interessato, non notifica alcuna decisione o decisione su opposizione.

³ È competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dove l'assicurato o il terzo è domiciliato nel momento in cui interpone ricorso, oppure il tribunale del Cantone dove si trova la sede dell'assicuratore resistente. Se l'assicurato o il terzo è domiciliato all'estero, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone del suo ultimo domicilio in Svizzera o quello del Cantone di domicilio dell'ultimo datore di lavoro svizzero; se ambedue questi domicili non possono essere accertati, è competente il tribunale del Cantone in cui ha sede l'assicuratore. In caso di contestazioni tra assicuratori, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone ove ha sede l'assicuratore convenuto.

⁴ L'assicuratore non può subordinare il diritto dell'assicurato di adire il tribunale cantonale delle assicurazioni all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso.

Art. 87 Norme di procedura

I Cantoni regolano la procedura; essa deve soddisfare le seguenti condizioni:

- a. la procedura dev'essere semplice, spedita e gratuita per le parti. In caso di ricorso temerario o per leggerezza possono tuttavia essere addossate una tassa di giustizia e le spese processuali;
- b. l'atto di ricorso deve contenere un'esposizione concisa dei fatti, le conclusioni e una breve motivazione. Se detti requisiti non sono soddisfatti, il tribunale assegna al ricorrente un congruo termine per rimediarsi, con la comminatoria che altrimenti non entrerà nel merito;
- c. il tribunale accerta con la collaborazione delle parti i fatti determinanti per il giudizio; assume le prove necessarie e le valuta liberamente;

- d. le conclusioni delle parti non vincolano il tribunale. Esso può riformare la decisione a detrimento del ricorrente o aggiudicargli più di quanto egli abbia domandato, tuttavia solo dopo aver dato la possibilità alle parti di pronunciarsi;
- e. se le circostanze lo giustificano, le parti sono convocate per un dibattimento;
- f. dev'essere garantito il diritto di patrocinio. Se le circostanze lo giustificano, al ricorrente è accordato il gratuito patrocinio;
- g. il ricorrente che vince la causa ha diritto alla rifusione delle spese ripetibili nella misura stabilita dal tribunale. Il loro importo è determinato in relazione alla fattispecie ed alla difficoltà del processo, senza tener conto del valore litigioso;
- h. le sentenze, motivate e provviste dell'indicazione del rimedio giuridico e dei nomi dei membri del tribunale, sono notificate alle parti per scritto;
- i. dev'essere garantita la revisione delle sentenze se sono scoperti fatti o mezzi di prova nuovi, oppure se un crimine o un delitto hanno influito sulla sentenza.

Art. 88 Esecuzione

¹ Le decisioni e le decisioni su opposizione prolate in virtù della presente legge sono esecutive se:

- a. non possono più essere impugnate giudizialmente;
- b. il rimedio giuridico consentito non ha effetto sospensivo;
- c. al rimedio giuridico è stato ritirato l'effetto sospensivo.

² Le decisioni e le decisioni su opposizione esecutive che condannano al pagamento di una somma in contanti o a fornire una cauzione sono parificate alle sentenze esecutive ai sensi dell'articolo 80 della legge federale sulla esecuzione e sul fallimento¹⁾.

Art. 89 Tribunale arbitrale cantonale

¹ Le liti tra assicuratori e fornitori di prestazioni sono decise dal tribunale arbitrale.

² È competente il tribunale arbitrale del Cantone di cui è applicabile la tariffa oppure del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente.

³ Il tribunale arbitrale è pure competente se l'assicurato è debitore della remunerazione (sistema del terzo garante, art. 42 cpv. 1); in tal caso, l'assicuratore lo rappresenta a proprie spese.

⁴ Ogni Cantone designa un tribunale arbitrale. Il tribunale si compone di un presidente neutrale e, in numero uguale, di una rappresentanza di ciascuno degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni. I Cantoni possono affidare i compiti di tribunale arbitrale al tribunale cantonale delle assicurazioni; in tal caso, detto tribunale è completato da un rappresentante di ciascuna delle parti.

⁵ Il Cantone disciplina la procedura, che dev'essere semplice e spedita. Il tribunale arbitrale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per il giudizio; esso assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

⁶ Le sentenze, motivate e provviste dell'indicazione del rimedio giuridico e dei nomi dei membri del tribunale, sono notificate per scritto.

¹⁾ RS 281.1

Art. 90 Commissione federale di ricorso in materia di elenco delle specialità

¹ Le decisioni concernenti l'ammissione nell'elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati (elenco delle specialità; art. 52 cpv. 1 lett. b) possono essere impugnate davanti alla Commissione federale di ricorso in materia di elenco delle specialità.

² La procedura è retta dalla legge federale sull'organizzazione giudiziaria¹.

Art. 91 Tribunale federale delle assicurazioni

Contro le sentenze dei tribunali cantonali delle assicurazioni, dei tribunali arbitrali o della Commissione federale di ricorso in materia di elenco delle specialità, può essere interposto ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni secondo la legge federale sull'organizzazione giudiziaria¹.

Capitolo 3: Disposizioni penali**Art. 92** Delitti

È punito con la detenzione sino a sei mesi o con la multa, salvo si tratti di un crimine o di un delitto passibile di una pena più grave secondo il Codice penale², chiunque:

- a. mediante indicazioni false o incomplete, oppure altrimenti, si sottrae in tutto o in parte all'obbligo di assicurarsi;
- b. mediante indicazioni false o incomplete, oppure altrimenti, ottiene per sé stesso o per terzi, senza che gli spetti, una prestazione secondo la presente legge;
- c. in veste di organo esecutivo ai sensi della presente legge, viola i suoi obblighi, segnatamente l'obbligo del segreto, o abusa della sua funzione a detrimento altrui, a suo profitto o a profitto indebito di terzi.

Art. 93 Contravvenzioni

È punito con l'arresto o con la multa chiunque intenzionalmente:

- a. violando l'obbligo d'informare, dà informazioni inveritiere o rifiuta di dare informazioni;
- b. si sottrae all'obbligo d'assistenza giudiziaria e amministrativa ai sensi dell'articolo 82;
- c. si oppone a un controllo ordinato dall'autorità di sorveglianza o lo rende altrimenti impossibile.

Art. 94 Infrazioni commesse nella gestione degli affari

Sono applicabili gli articoli 6 e 7 della legge federale sul diritto penale amministrativo³.

Art. 95 Azione penale

L'azione penale spetta ai Cantoni.

¹) RS 173.110

²) RS 311.0

³) RS 313.0

Titolo 6: Disposizioni finali

Capitolo 1: Esecuzione

Art. 96

Il Consiglio federale è incaricato dell'esecuzione della presente legge. Esso emana le necessarie disposizioni.

Capitolo 2: Disposizioni transitorie

Art. 97 Disposizioni cantonali

¹ I Cantoni emanano le disposizioni d'esecuzione dell'articolo 65 prima dell'entrata in vigore della presente legge. Il Consiglio federale stabilisce la data entro la quale i Cantoni devono emanare le altre disposizioni d'esecuzione.

² Se non è possibile emanare tempestivamente le disposizioni definitive per l'articolo 65, il governo cantonale può promulgare un ordinamento provvisorio.

Art. 98 Continuazione dell'assicurazione da parte delle casse malati riconosciute

¹ Le casse malati riconosciute ai sensi della legge federale del 13 giugno 1911¹⁾ che intendono continuare l'assicurazione malattie conformemente alla presente legge, devono dichiararlo all'Ufficio federale al più tardi sei mesi prima dell'entrata in vigore di questa legge. Esse devono al contempo inviargli per approvazione, giusta gli articoli 61 capoverso 4 e 76 capoverso 4 della presente legge, le tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.

² Le casse il cui raggio d'attività era, secondo il diritto previgente, circoscritto a un'impresa o a un'associazione professionale possono continuare l'assicurazione d'indennità giornaliera entro questi limiti. Esse devono indicarlo nella dichiarazione di cui al capoverso 1.

³ Il Consiglio federale emana le disposizioni sulla ripartizione del patrimonio delle casse malati tra le assicurazioni continuate secondo il nuovo diritto.

Art. 99 Rinuncia alla continuazione dell'assicurazione sociale malattie

¹ Le casse malati che non continuano l'assicurazione malattie conformemente alla presente legge cessano di essere riconosciute a decorrere dalla sua entrata in vigore. Devono informarne per scritto i propri membri e l'Ufficio federale al più tardi sei mesi prima dell'entrata in vigore della presente legge.

² Queste casse devono sciogliersi se all'entrata in vigore della presente legge non sono state autorizzate all'esercizio di assicurazioni ai sensi della legge federale del 23 giugno 1978²⁾ sulla sorveglianza degli assicuratori. È salvo l'esercizio dell'assicurazione d'indennità giornaliera limitato a un'impresa o a un'associazione profes-

¹⁾ [CS 8 273]

²⁾ RS 916.01

sionale. Sentito l'Ufficio federale delle assicurazioni private, l'Ufficio federale decide l'entità della destinazione del patrimonio delle casse malati ai sensi del capoverso 3.

³ Se, a seguito di una fusione, il patrimonio della cassa sciolta non è trasferito a un altro assicuratore ai sensi dell'articolo 11, l'eventuale saldo attivo delle casse organizzate secondo il diritto privato è accreditato al fondo in caso d'insolvenza dell'istituzione comune (art. 18).

Art. 100 Altri assicuratori

Gli assicuratori ai sensi dell'articolo 11 lettera b che intendono esercitare l'assicurazione sociale malattie all'entrata in vigore della presente legge devono inoltrare la domanda d'autorizzazione, corredata dei documenti necessari, all'Ufficio federale al più tardi sei mesi prima.

Art. 101 Fornitori di prestazioni e medici di fiducia

¹ Medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, personale paramedico e laboratori autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie secondo il previgente diritto sono considerati fornitori di prestazioni anche ai sensi del nuovo diritto.

² Gli stabilimenti o i loro reparti ritenuti stabilimenti di cura secondo il diritto previgente continuano ad essere autorizzati quali fornitori di prestazioni ai sensi del nuovo diritto finché non è compilato l'elenco degli ospedali e delle case di cura di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettera e. Circa l'obbligo degli assicuratori di fornire prestazioni e l'ammontare della remunerazione sono applicabili, fino alla data stabilita dal Consiglio federale, le previgenti convenzioni o tariffe.

³ I medici di fiducia che esercitavano per un assicuratore sulla base del diritto previgente (art. 11–13) possono, anche ai sensi del nuovo diritto, essere incaricati dagli assicuratori o dalle loro federazioni di eseguire i compiti giusta l'articolo 57. I capoversi 3–8 dell'articolo 57 sono applicabili anche in questi casi.

Art. 102 Rapporti previgenti d'assicurazione

¹ Le previgenti assicurazioni delle cure medico-sanitarie d'indennità giornaliera continuate dalle casse malati riconosciute sono rette dal nuovo diritto a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge.

² Le disposizioni delle casse in materia di prestazioni medico-sanitarie eccedenti quelle menzionate all'articolo 34 capoverso 1 (prestazioni statutarie, assicurazioni complementari) devono essere adeguate al nuovo diritto entro un anno a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge. I diritti e gli obblighi degli assicurati sono retti dal previgente diritto sino all'effettuazione dell'adeguamento. La cassa malati deve offrire ai propri assicurati contratti di almeno pari copertura assicurativa riguardo quella di cui beneficiavano prima. I periodi d'assicurazione compiuti secondo il previgente diritto sono computati per la determinazione dei premi.

³ I rapporti assicurativi stipulati secondo il previgente diritto con le casse malati che perdono il riconoscimento e continuano a esercitare l'assicurazione quali istituti

d'assicurazione ai sensi della legge federale del 23 giugno 1978¹⁾ sulla sorveglianza degli assicuratori (art. 99) decadono all'entrata in vigore della presente legge. L'assicurato può tuttavia domandare la continuazione del rapporto assicurativo se l'istituto d'assicurazione gli offre un'assicurazione corrispondente.

⁴ I contratti stipulati secondo il previgente diritto con assicuratori che non fossero casse malati riconosciute per rischi coperti dall'assicurazione obbligatoria per le spese medico-sanitarie e secondo la presente legge, decadono all'entrata in vigore di quest'ultima. I premi pagati per il periodo posteriore all'entrata in vigore della presente legge devono essere restituiti. Le prestazioni assicurative per infortuni occorsi prima dell'entrata in vigore della presente legge sono concesse secondo i precedenti contratti.

⁵ I contratti stipulati secondo il previgente diritto con assicuratori che non fossero casse malati riconosciute per rischi coperti dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la presente legge, possono, a domanda dello stipulante, essere adeguati al nuovo diritto entro un anno dall'entrata in vigore se l'assicuratore esercita l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera giusta la presente legge.

Art. 103 Prestazioni assicurative

¹ Le prestazioni assicurative per cure effettuate prima dell'entrata in vigore della presente legge sono concesse secondo il diritto previgente.

² Le indennità giornaliere correnti all'entrata in vigore della presente legge e assicurate presso le casse malati riconosciute vanno al massimo concesse durante ancora due anni conformemente al previgente ordinamento sulla durata del diritto alle prestazioni.

Art. 104 Convenzioni tariffali

¹ Le convenzioni tariffali esistenti non decadono all'entrata in vigore della presente legge. Il Consiglio federale stabilisce la data entro la quale esse devono essere adeguate al nuovo diritto.

² Gli assicuratori che iniziano a esercitare l'assicurazione sociale malattie secondo il nuovo diritto possono aderire alle convenzioni tariffali stipulate dalle federazioni di casse malati secondo il previgente diritto (art. 46 cpv. 2).

³ Il Consiglio federale stabilisce la data dalla quale gli ospedali e le case di cura devono soddisfare i requisiti di cui all'articolo 49 capoversi 6 e 7.

Art. 105 Compensazione dei rischi

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.

¹⁾ RS 916.01

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 La compensazione dei rischi è limitata a dieci anni a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge. Il Consiglio federale emana le disposizioni per la compensazione dei rischi, salvaguardando l'incentivo per gli assicuratori di perseguire l'economicità dei costi.

Art. 106 Sussidi federali

¹ Per i primi quattro anni successivi all'entrata in vigore della presente legge, ma al massimo fino al 1999, i sussidi federali giusta l'articolo 66 ammontano a:

- a. 1830 milioni di franchi per il primo anno;
- b. 1940 milioni di franchi per il secondo anno;
- c. 2050 milioni di franchi per il terzo anno;
- d. 2180 milioni di franchi per il quarto anno.

² Per i primi quattro anni successivi all'entrata in vigore della presente legge, ma al massimo fino al 1999, l'importo globale che i Cantoni devono fornire per integrare il sussidio federale rappresenta:

- a. il 35 per cento per il primo anno;
- b. il 40 per cento per il secondo anno;
- c. il 45 per cento per il terzo anno;
- d. il 50 per cento per il quarto anno.

Capitolo 3: Referendum ed entrata in vigore

Art. 107

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

² Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore. Esso può ridurre i termini previsti agli articoli 98 capoverso 1, 99 capoverso 1 e 100.

Data dell'entrata in vigore: 1° gennaio 1996¹⁾

Art. 11 a 14, 18, 61 cpv. 4, 76 cpv. 4, 97 a 104, 107 cpv. 2: 1° giu. 1995¹⁾

¹⁾ Art. 1 dell'O del 12 apr. 1995 (RS 832.101).

*Allegato***Abrogazione e modificazione di leggi federali**

1. La legge federale del 13 giugno 1911¹⁾ sull'assicurazione contro le malattie è abrogata.

2. La legge federale sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati²⁾ è modificata come segue:

Art. 4 cpv. 1 lett. f e g
...³⁾

Art. 5
Abrogato

Art. 47 cpv. 2-4
...³⁾

3. La legge federale sul contratto d'assicurazione⁴⁾ è modificata come segue:

Art. 100 cpv. 2
...³⁾

Art. 101 cpv. 1 n. 2
...³⁾

4. La legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni⁵⁾ è modificata come segue:

Art. 68 cpv. 1 lett. c
...³⁾

5. La legge federale del 19 marzo 1965⁶⁾ sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità è modificata come segue:

1) [CS 8 273; RU 1959 876, 1964 981, 1968 65, 1982 196, 1990 1091, 1991 362 n. II 412, 1992 288 allegato n. 37, 1995 511; RS 220 in fine n. II art. 6 n. 2 disp. fin. e trans. tit. X, 611.04 n. I 611, 832.20 allegato n. 1, 837.0 art. 114, 961.01 allegato n. 4]

2) RS 961.01

3) Testo inserito nella LF menzionata.

4) RS 221.229.1

5) RS 832.20

6) RS 831.30

Art. 3 cpv. 4 lett. d e 4^{bis}

...¹⁾

Disposizione transitoria

...¹⁾

6. La legge federale del 24 giugno 1977²⁾ sulla competenza ad assistere le persone nel bisogno (LAS) è modificata come segue:

Art. 3 cpv. 2 lett. b

...¹⁾

¹⁾ Testo inserito nella LF menzionata.

²⁾ RS **851.1**

