

Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)

Modifica del 27 giugno 2007

*Il Consiglio federale svizzero
ordina:*

I

L'ordinanza del 27 giugno 1995¹ sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 7 cpv. 5

⁵ I richiedenti l'asilo nonché le persone bisognose di protezione devono assicurarsi senza indugio a partire dalla ripartizione ai Cantoni giusta l'articolo 27 della legge del 26 giugno 1998² sull'asilo. Le persone ammesse provvisoriamente devono assicurarsi subito dopo la decisione d'ammissione provvisoria. L'assicurazione inizia il giorno della presentazione della domanda d'asilo o della decisione di ammissione provvisoria o di concessione della protezione provvisoria. L'assicurazione cessa il giorno in cui provatamente queste persone hanno lasciato la Svizzera o con la morte dell'assicurato.

Art. 37a Commissioni consultive

Le commissioni consultive ai sensi dell'articolo 33 capoverso 4 della legge sono:

- a. la Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (Commissione delle prestazioni e delle questioni fondamentali);
- b. la Commissione federale delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi (Commissione delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi);
- c. la Commissione federale dei medicinali.

Art. 37c

Abrogato

¹ RS 832.102
² RS 142.31

Art. 37d Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali

¹ La Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali consiglia il dipartimento riguardo alla designazione delle prestazioni secondo l'articolo 33 e alla definizione delle disposizioni secondo gli articoli 36 capoverso 1, 77 capoverso 4 e 105 capoverso 4, nonché riguardo alla valutazione di questioni fondamentali nell'assicurazione malattie tenendo conto degli aspetti etici nell'ambito della designazione delle prestazioni.

² La Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali ha segnatamente i compiti seguenti:

- a. definizione di principi nel campo delle prestazioni, esame ed elaborazione di proposte di disposizioni d'ordinanza sui principi da osservare nel campo delle prestazioni;
- b. determinazione di principi per garantire la protezione dei dati e degli interessi degli assicurati nell'ambito della designazione delle prestazioni nell'assicurazione malattie;
- c. elaborazione di criteri per la valutazione delle prestazioni secondo l'articolo 33 capoverso 3 della legge e l'articolo 70.

³ La Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali si compone di 20 membri, di cui:

- a. sei medici;
- b. un rappresentante degli ospedali;
- c. un farmacista, che rappresenta contemporaneamente anche la Commissione dei medicinali;
- d. cinque rappresentanti degli assicuratori malattie e degli assicuratori infortuni secondo la legge federale del 20 marzo 1981³ sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), di cui almeno due rappresentanti dei medici di fiducia;
- e. due rappresentanti degli assicurati;
- f. un rappresentante dei Cantoni;
- g. un rappresentante della Commissione delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi;
- h. un docente di analisi di laboratorio (perito scientifico);
- i. due rappresentanti dell'etica medica.

Art. 37e cpv. 2

² La Commissione federale dei medicinali si compone di 20 membri, di cui:

- a. quattro rappresentanti delle facoltà di medicina e di farmacia (periti scientifici);

³ RS 832.20

- b. tre medici;
- c. tre farmacisti;
- d. un rappresentante degli ospedali;
- e. tre rappresentanti degli assicuratori malattie e degli assicuratori infortuni secondo la LAINF⁴;
- f. due rappresentanti degli assicurati;
- g. due rappresentanti dell'industria farmaceutica;
- h. un rappresentante dei Cantoni;
- i. un rappresentante dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (Swiss-medic).

Art. 37f rubrica e cpv. 1 e 2 lett. f, k, l

Commissione federale delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi

¹ La Commissione federale delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi consiglia il dipartimento in merito alla stesura dell'elenco delle analisi ai sensi dell'articolo 34, in merito alla valutazione e alla determinazione dell'importo del rimborso dei mezzi e degli apparecchi di cui all'articolo 33 lettera e, nonché in merito alla definizione delle disposizioni che attengono al proprio ambito ai sensi degli articoli 36 capoverso 1, 75, 77 capoverso 4 e 105 capoverso 4.

² La Commissione federale delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi si compone di 19 membri, di cui:

- f. quattro rappresentanti gli assicuratori malattia e gli assicuratori infortuni secondo la LAINF⁵;
- k. uno rappresentante i centri di consegna dei mezzi e degli apparecchi;
- l. due rappresentanti i fabbricanti e i distributori di mezzi e di apparecchi.

Art. 37g

Abrogato

Art. 59 cpv. 5

⁵ Se gli assicuratori e i fornitori di prestazioni hanno convenuto che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del *terzo pagante*), il fornitore di prestazioni deve far pervenire all'assicurato la copia della fattura prevista nell'articolo 42 capoverso 3 della legge. Può convenire con l'assicuratore che quest'ultimo trasmetta la copia della fattura.

⁴ RS 832.20

⁵ RS 832.20

Art. 59 c Tariffazione

¹ L'autorità che approva ai sensi dell'articolo 46 capoverso 4 della legge verifica che la convenzione tariffaria rispetti segnatamente i principi seguenti:

- a. la tariffa copre al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente;
- b. la tariffa copre al massimo i costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni;
- c. un cambiamento del modello tariffale non deve comportare costi supplementari.

² Le parti contraenti devono verificare regolarmente le tariffe e adeguarle se il rispetto dei principi enunciati nel capoverso 1 lettere a e b non è più garantito. Le autorità competenti devono essere informate dei risultati di dette verifiche.

³ L'autorità competente applica per analogia i capoversi 1 e 2 all'atto di stabilire le tariffe previste negli articoli 43 capoverso 5, 47 o 48 della legge.

Art. 65a Riesame delle condizioni di ammissione entro 36 mesi

L'UFSP riesamina l'economicità dei preparati originali entro 36 mesi dalla loro ammissione nell'elenco delle specialità.

*Art. 69a**Abrogato**Art. 72 lett. e*

Nel Bollettino dell'UFSP sono pubblicate:

- e. le modifiche della lista dei mezzi e degli apparecchi (art. 33 lett. e) che hanno effetto all'infuori delle edizioni annuali.

Art. 85 cpv. 1

¹ Gli assicuratori devono presentare all'UFSP, entro il 31 marzo dell'anno seguente, il bilancio, i conti d'esercizio e un commento vertente sull'anno contabile precedente. La risoluzione di approvazione dei conti da parte dell'organo competente dell'assicuratore può essere trasmessa al più tardi entro il 30 giugno.

Art. 88 cpv. 2

² Due esemplari originali, completi e identici, di ogni rapporto devono essere trasmessi uno al competente organo dell'assicurazione e uno all'UFSP. Il rapporto sulla revisione annua va trasmesso all'UFSP entro il 31 maggio dell'anno seguente e i rapporti sulle revisioni intermedie entro tre mesi dopo essere stati redatti.

Art. 90 Pagamento dei premi

I premi devono essere pagati in anticipo e di regola mensilmente.

*Titolo prima dell'articolo 105a***Sezione 3a:****Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi****Art. 105a** Interessi di mora

Il tasso degli interessi di mora sui premi scaduti secondo l'articolo 26 capoverso 1 LPGa è del 5 per cento all'anno.

Art. 105b Procedura di diffida e di esecuzione

¹ I premi e le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scaduti e non pagati devono essere oggetto, nei tre mesi che seguono la loro esigibilità, di una diffida scritta preceduta da almeno un richiamo e distinta da quelle vertenti su altri eventuali pagamenti arretrati. Con la diffida, l'assicuratore deve impartire all'assicurato un termine di 30 giorni al fine di permettergli di adempiere il suo obbligo e attirare la sua attenzione sulle conseguenze in cui incorre se non paga.

² Se l'assicurato non paga entro il termine impartito, l'assicuratore deve avviare una procedura esecutiva relativa al debito nei quattro mesi successivi, in modo distinto da altri eventuali pagamenti arretrati.

³ Se l'assicurato cagiona per propria colpa spese che avrebbero potuto essere evitate con un pagamento tempestivo, l'assicuratore può riscuotere, in misura appropriata, spese amministrative, se una misura siffatta è prevista dalle disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi dell'assicurato.

Art. 105c Sospensione della presa a carico dei costi delle prestazioni

¹ Se ha depositato una domanda di continuazione dell'esecuzione, l'assicuratore sospende il rimborso dei costi (sistema del *terzo garante*) o la remunerazione delle prestazioni (sistema del *terzo pagante*).

² La sospensione ha effetto il giorno della comunicazione. Essa si applica a tutte le fatture che pervengono all'assicuratore durante il periodo di sospensione del rimborso dei costi o della remunerazione delle prestazioni.

³ La sospensione termina non appena sono stati pagati i premi e le partecipazioni ai costi oggetto della richiesta di continuare la procedura, nonché gli interessi di mora e le spese d'esecuzione scaduti.

⁴ L'assicuratore deve informare il servizio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo di assicurarsi in merito ai certificati di carenza di beni che ha ricevuto. Sono fatte salve le disposizioni cantonali che prevedono una notifica a un altro ufficio.

⁵ Durante la sospensione della presa a carico delle prestazioni gli assicuratori non possono compensare le prestazioni con premi o partecipazioni ai costi loro dovuti.

⁶ Se garantisce la presa a carico o il rimborso forfetario dei premi, delle partecipazioni ai costi, degli interessi di mora e delle spese d'esecuzione irrecuperabili, il Cantone può convenire con uno o più assicuratori le condizioni alle quali gli assicuratori rinunciano a sospendere la presa a carico dei costi.

Art. 105d Cambiamento di assicuratore in caso di mora

¹ L'assicurato è in mora ai sensi dell'articolo 64a capoverso 4 della legge a decorrere dalla notifica della diffida scritta di cui all'articolo 105b capoverso 1.

² Se l'assicurato in mora disdice il rapporto assicurativo, l'assicuratore deve informarlo che la disdetta non ha alcun effetto se i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora oggetto di una diffida fino a un mese prima della scadenza del termine di disdetta o le spese d'esecuzione accumulate fino a tale momento non sono integralmente pagate prima della scadenza di detto termine.

³ Se le somme in arretrato conformemente al capoverso 2 non sono pervenute all'assicuratore entro la scadenza del termine di disdetta, quest'ultimo deve informare l'assicurato che egli continua ad essere assicurato presso di lui e che può cambiare assicuratore soltanto al successivo termine previsto nell'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge.

Art. 105e Assicurati che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia

¹ Se un assicurato residente in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia non paga i premi e le partecipazioni ai costi oggetto di una diffida entro il termine supplementare di 30 giorni, l'assicuratore deve sospendere la presa a carico dei costi delle prestazioni senza avviare previamente una procedura di esecuzione. Deve nel contempo informare l'assicurato e l'istituzione di assistenza competente nel luogo di residenza del medesimo in merito alla sospensione.

² La sospensione termina non appena sono stati pagati i premi e le partecipazioni ai costi oggetto di una diffida, nonché gli interessi di mora scaduti.

³ Durante la sospensione della presa a carico delle prestazioni, gli assicuratori possono compensare le prestazioni con i premi o le partecipazioni ai costi loro dovuti.

Art. 108a Pagamento dei premi, interessi di mora e interessi remunerativi

Gli articoli 90, 90a e 105a sono applicabili per analogia.

II

Disposizioni finali della modifica del 26 aprile 2006, cpv. 4

Abrogato

Disposizioni transitorie del 27 giugno 2007

¹ Per i preparati originali ammessi nell'elenco delle specialità prima dell'entrata in vigore della presente modifica si applica l'articolo 65a nella versione del 26 aprile 2006⁶.

¹ I preparati originali e i generici ammessi nell'elenco delle specialità tra il 1° gennaio 1993 e il 31 dicembre 2002 sono oggetto di un riesame entro il 30 giugno 2008 al fine di controllare se adempiono ancora le condizioni di ammissione. Il Dipartimento definisce la procedura applicabile per il riesame.

² L'articolo 66 si applica anche ai medicinali ammessi nell'elenco delle specialità prima del 10 maggio 2006.

³ L'articolo 105b capoversi 1 e 2 non si applica ai premi scaduti prima del 1° agosto 2007 e alle partecipazioni ai costi delle prestazioni fornite prima del 1° agosto 2007.

⁴ L'articolo 105c capoverso 2 non si applica alle sospensioni della presa a carico delle prestazioni esistenti il 1° agosto 2007.

⁵ I premi e le partecipazioni ai costi, nonché gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non pagati, scaduti prima del 1° gennaio 2006, non impediscono un cambiamento di assicuratore.

III

¹ Fatto salvo il capoverso 2, la presente modifica entra in vigore il 1° agosto 2007.

² Gli articoli 7 capoverso 5, 37a, 37c-g, 85 capoverso 1 e 88 capoverso 2 entrano in vigore il 1° gennaio 2008.

27 giugno 2007

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Micheline Calmy-Rey
La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

⁶ RU 2006 1717

