



Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie: misure di contenimento dei costi – pacchetto 2

come controprogetto indiretto all'iniziativa popolare federale «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)»

Rapporto sui risultati della consultazione

Berna, 28 aprile 2021

Indice

1	SITUAZIONE INIZIALE	4
2	PARERI PERVENUTI.....	5
3	PANORAMICA DEI RISULTATI.....	5
4	SINTESI DEI PARERI.....	7
4.1	Pareri sul progetto in generale.....	7
4.2	Pareri sull'introduzione di un obiettivo vincolante	10
4.2.1	Articolo 21 Dati degli assicuratori.....	14
4.2.2	Articolo 54 Obiettivi di costo e disposizioni transitorie	14
4.2.3	Articolo 54a Categorie di costi	15
4.2.4	Articolo 54b Obiettivi di costo dei Cantoni	16
4.2.5	Articolo 54c Termini e conseguenze in caso di inosservanza	16
4.2.6	Articolo 54d Misure nel caso di superamento degli obiettivi di costo e disposizioni transitorie	16
4.2.7	Articolo 54e Commissione federale per gli obiettivi di costo	17
4.2.8	Articolo 55	18
4.3	Pareri sulla prima consulenza.....	18
4.4	Pareri sulle reti di cure coordinate	24
4.4.1	Articolo 35 capoverso 2 lettera o	29
4.4.2	Articolo 36b Reti di cure coordinate	29
4.4.3	Articolo 48a Convenzioni tariffali con reti di cure coordinate e disposizioni transitorie	29
4.5	Pareri sui programmi di assistenza ai pazienti	29
4.6	Pareri sull'articolo 32 capoverso 3 (Basi giuridiche per l'esame differenziato dei criteri di efficacia, appropriatezza e economicità secondo l'articolo 32 LAMal e per il calcolo di una remunerazione il più conveniente possibile).....	31
4.6.1	Articolo 32 capoverso 3	31
4.7	Pareri su modelli di prezzo e restituzioni nonché sulla deroga al diritto d'accesso ai documenti ufficiali	32
4.7.1	Articolo 18 capoverso 2 ^{septies} e disposizioni transitorie	35
4.7.2	Articolo 42 capoverso 2 secondo periodo.....	35
4.7.3	Articolo 52b Restituzioni	35
4.7.4	Articolo 52c Deroga al diritto d'accesso ai documenti ufficiali	36
4.8	Pareri sull'articolo 41 capoverso 1 (Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera) e disposizioni transitorie.....	36
4.9	Pareri sull'articolo 42 capoverso 3^{ter} (Trasmissione elettronica delle fatture) e disposizioni transitorie	37
4.10	Pareri sull'articolo 42a capoversi 2-3 (Tessera d'assicurato).....	38

4.11 Pareri sulle modifiche della LAI	39
4.12 Pareri sull'articolo 64 capoverso 7 lettere b e c (Partecipazione ai costi in caso di maternità: parità di trattamento delle pazienti)	39
4.13 Misure a cui non viene dato seguito.....	40
4.13.1 Introduzione del diritto di ricorso (M33)	40
4.13.2 Budget globale in ambito ambulatoriale (M37)	41
4.14 Ulteriori proposte.....	41
<i>ALLEGATO: ELENCO DEI PARTECIPANTI ALLA CONSULTAZIONE</i>	44

1 Situazione iniziale

Il 19 agosto 2020 il Consiglio federale ha incaricato il DFI di svolgere, entro il 19 novembre 2020, una procedura di consultazione presso i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello svizzere dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello svizzere dell'economia e gli ambienti interessati in merito alla modifica della legge federale sull'assicurazione malattie riguardante le misure di contenimento dei costi – pacchetto 2 come controprogetto indiretto all'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» presentata dal Partito popolare democratico (PPD).

Nel progetto posto in consultazione sono esaminate undici misure in materia di obiettivo, potenziamento delle cure coordinate, competenze della Confederazione nell'ambito della remunerazione delle prestazioni mediche, tariffe di riferimento per le cure stazionarie dispensate al di fuori del Cantone nonché trasmissione elettronica delle fatture. Per nove misure sono proposte modifiche della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) oltre che i corrispondenti adeguamenti della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI). Il pacchetto è completato da una precisazione della partecipazione ai costi in caso di maternità al fine di garantire la parità di trattamento delle pazienti.

Concretamente sono proposte le seguenti modifiche legislative:

1. introduzione di un **obiettivo** vincolante per frenare l'aumento dei costi a carico dell'AOMS incluse misure correttive da adottare in caso di superamento;
2. introduzione di una **prima consulenza** alla quale gli assicurati ricorrono in primis in caso di problemi di salute. La prima consulenza consiglia i pazienti e li tratta direttamente o li invia a un altro fornitore di prestazioni;
3. potenziamento delle cure coordinate mediante la definizione di **reti di cure coordinate** quali fornitori di prestazioni a sé stanti;
4. promozione di **programmi di assistenza ai pazienti** al fine di potenziare le cure coordinate;
5. disciplinamento dell'adozione di **modelli di prezzo e eventuali restituzioni**;
6. **deroga in materia di accesso ai documenti ufficiali** concernenti l'importo, il calcolo e le modalità delle restituzioni nell'ambito dei modelli di prezzo;
7. creazione di **basi legali per un esame differenziato dei criteri EAE** e per il **calcolo di una remunerazione conveniente** delle analisi, dei medicinali nonché dei mezzi e degli apparecchi;
8. fissazione di **tariffe di riferimento per le cure dispensate al di fuori del Cantone** al fine di promuovere la concorrenza intercantonale tra gli ospedali;
9. obbligo per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori di **trasmettere le fatture elettronicamente**;
10. **assicurazione per l'invalidità**: impostazione analoga a quanto previsto nella LAMal per disciplinare l'adozione di modelli di prezzo e di eventuali restituzioni, la deroga in materia di accesso ai documenti ufficiali concernenti l'importo, il calcolo e le modalità delle restituzioni nell'ambito dei modelli di prezzo, la creazione di basi legali per un esame differenziato dei criteri EAE e la trasmissione elettronica delle fatture;
11. **precisazione della partecipazione ai costi in caso di maternità** al fine di garantire la parità di trattamento delle pazienti.

2 Pareri pervenuti

Nell'ambito della procedura di consultazione sono pervenuti 328 pareri dalle seguenti organizzazioni e persone:

- tutti i Cantoni nonché la CDS;
- 8 partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale (PBD, PPD, EVP, pvl, I Verdi, PLR, PSS, UDC) e Alternative Liste Zürich;
- Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB), Unione delle città svizzere (UCS), Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS) e Arbeitsgruppe Berggebiet;
- 7 associazioni mantello dell'economia nazionali (ASSGP, CP, economiesuisse, USI, USS, USAM, scienceindustries) e 3 associazioni mantello dell'economia regionali (FER, GRIP, Handelskammer beider Basel);
- 3 associazioni di consumatori (ACSI, FRC, SKS) nonché la Commissione federale del consumo (CFC)
- 29 associazioni e organizzazioni di pazienti (AGILE.CH, AGSBlau es Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, Ehlers-Danlos Netz Schweiz, Engagés pour la Santé, Evivo, FSP / DVSP, GELIKO, graap, IGSK, kindsverlust.ch, Krebsliga, LdS, Lungenliga Schweiz, Netzwerk Gutes Alter, oncosuisse, PCS, Procap, ProRaris, QCC, RDAF, SF MVB, SGB-FSS, SPO, SSR, VASOS FARES, Verein Morbus Wilson, verein-mps);
- 107 associazioni di fornitori di prestazioni (AllKidS, Argomed, ARLD, ASPS, ASI, ALOSI, AVASAD, BK-Heb, CURAVIVA, DAKOMED, DLV, EVS, FMCH, vaka, H+, imad, IGGH-CH, iph, KSA, KSB, K/SBL / C/APSL, LUPS, MEDGES, mfe, mws, OdA AM, SGP, VSSG, physiosuisse, PKS, PBL, PUK, PULSUS, SBK, SGAP-SPPA, SGPMR, SGI, SNG, SVS, SVPC, SGAIM, SGD V, pharmaSuisse, SDV, SHV, svbg, SVDE ASDD, GSASA, VFP, Spitex Schweiz, SGM, SMHC, SSIPM, unimedsuisse, UPD, USB, FAMH, VPSB, VSVA, vsao, senesuisse, VKZ, FMPP, FMH, VLSS, mediX, VBSAE, VDPS, VKJC, VPPS, vips, ZHAW/IHB, zmed, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ChiroSuisse, Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Sektion Schaffhausen, Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik Birshof AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Insel Gruppe AG, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU, Klinik Schützen Rheinfelden, med-swiss.net, P.IP, Privatklinik Wyss, Psychiatrische Dienste Aargau AG, Salina Medizin AG (Rehaklinik), Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, Spital Zollikerberg, Stadtspital Waid und Triemli, Swiss Cancer Screening, Swiss Dental Hygienists, Swiss Medical Network, Swiss Nurse Leaders, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, Verein Barmelweid, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, KJM, Zur Rose Suisse AG);
- KKA e 11 società mediche (dentistiche) cantonali (AAV, AeGLU, AGZ, ÄTG, BEKAG, BüAeV, KOCH, OMCT, SMVS, SSO, SVM, VKZS);
- 54 membri della SGD V;
- 36 membri della FMPP;
- 5 medici;
- 3 associazioni di assicuratori (curafutura, santésuisse, SVV) e 4 assicuratori (Assura, CSS, Groupe Mutuel, SWICA);
- 17 altre organizzazioni (ABSG, AEG, alliance F, AT, Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen, FGS, fmc, GFCH, IG eHealth, MediData AG, MTK, Öffentlichkeitsgesetz.ch, PHS, Public Eye, PRISM, SAGES, Swiss Medtech) e 6 persone private.

3 Panoramica dei risultati

Qui di seguito sono riepilogate le risposte pervenute per ciascuna delle misure proposte nel progetto posto in consultazione.

Sulla misura **obiettivo** vincolante si sono pronunciati complessivamente 280 partecipanti. La misura è stata respinta da una netta maggioranza. A dirsi contrari, sono soprattutto i fornitori di prestazioni e le associazioni di pazienti e consumatori, ma anche molti degli assicuratori e delle associazioni dell'economia. La maggioranza dei Cantoni esprime invece un parere moderatamente positivo, seppure con numerose riserve e punti interrogativi. Altrettanto eterogenei sono risultati i pareri dei partiti e delle associazioni dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna.

Sulla misura **prima consulenza** si sono espressi complessivamente 301 partecipanti. La misura è stata respinta a grande maggioranza soprattutto dai fornitori di prestazioni, dalle associazioni dell'economia, gli assicuratori, le associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna nonché dalle associazioni e organizzazioni di pazienti. Le associazioni di consumatori, una larga parte dei Cantoni e alcuni partiti politici hanno espresso un parere cautamente positivo in merito.

Sulla misura **reti di cure coordinate** si sono pronunciati complessivamente 282 partecipanti. Quasi tutti si sono detti in linea di principio favorevoli alla promozione delle cure coordinate, ma molti attori hanno respinto la misura concreta proposta. Hanno espresso parere positivo in particolare i Cantoni, le associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni di consumatori e le organizzazioni di pazienti. Si sono invece detti piuttosto contrari la maggior parte dei fornitori di prestazioni, delle associazioni mantello dell'economia, degli assicuratori e dei partiti politici.

Sulla misura **programmi di assistenza ai pazienti** si sono espressi complessivamente 206 partecipanti. La misura è stata approvata da una larga maggioranza. Tra i fornitori di prestazioni le opinioni sono discordi, mentre gli assicuratori respingono la misura.

Sulla misura **basi giuridiche per l'esame differenziato dei criteri EAE secondo l'articolo 32 LAMal e per il calcolo di una remunerazione il più conveniente possibile** si sono pronunciati complessivamente 249 partecipanti. La misura è stata approvata dalla maggioranza degli attori. A sostenerla sono larga parte dei Cantoni, delle associazioni di consumatori e degli assicuratori nonché alcuni partiti politici, organizzazioni di pazienti e fornitori di prestazioni. Le associazioni mantello dell'economia l'hanno invece respinta.

Sulle misure **modelli di prezzo e restituzioni nonché deroga al diritto d'accesso ai documenti ufficiali** si sono espressi complessivamente 126 partecipanti. I modelli di prezzo sono stati approvati da un'ampia maggioranza. Ad esprimersi criticamente sono stati soprattutto alcuni assicuratori e fornitori di prestazioni. La deroga alla legge sulla trasparenza è stata invece respinta dalla maggioranza degli attori, tra cui parte dei partiti politici, delle associazioni mantello dell'economia, dei fornitori di prestazioni, delle organizzazioni di pazienti nonché la maggior parte degli assicuratori e delle associazioni di consumatori.

Sulla misura **tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera** si sono pronunciati complessivamente 102 partecipanti. La misura è stata approvata da una netta maggioranza. Hanno espresso parere negativo parte dei fornitori di prestazioni, dei partiti politici e dei Cantoni.

Sulla misura **trasmissione elettronica delle fatture** si sono espressi complessivamente 145 partecipanti. La misura è stata approvata dalla maggioranza degli attori. A pronunciarsi in modo critico è stata soprattutto una parte dei fornitori di prestazioni. In merito alle modifiche inerenti alla tessera d'assicurato si sono espressi, per lo più favorevolmente, 17 partecipanti.

Sulle **modifiche analoghe nella legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI)** si sono pronunciati complessivamente 48 partecipanti. I giudizi espressi sono in larga parte positivi con alcune riserve avanzate in particolare dalle associazioni e organizzazioni di pazienti.

Sugli adeguamenti inerenti alla **partecipazione ai costi durante la maternità: parità di trattamento delle pazienti** si sono espressi complessivamente 48 partecipanti. La misura è stata approvata da una larga maggioranza. A dirsi contrarie sono state soprattutto le associazioni mantello dell'economia.

4 Sintesi dei pareri

4.1 Pareri sul progetto in generale

La **CDS** e quasi tutti i **Cantoni** (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS, ZH, ZG) approvano l'orientamento del programma di contenimento dei costi e sostengono la maggior parte delle modifiche di legge proposte. Sottolineano l'esigenza di mantenere una visione d'insieme sul sistema sanitario e, in particolare, la necessità di continuare a garantire la sicurezza e la qualità delle cure. Ritengono, per altro, che alcune delle misure, come l'obiettivo e la prima consulenza, non siano ancora del tutto mature ed esortano a focalizzare il pacchetto sulle cure coordinate. Alcuni Cantoni (GL, SG, AI, VS) respingono una delle due misure summenzionate. Secondo GL, l'impostazione proposta farebbe passare ancor più in secondo piano gli elementi di economia di mercato nel settore sanitario. Il Cantone ritiene che sussista il pericolo che lo Stato non possa svolgere la funzione di coordinamento e gestione, considerata cruciale, senza notevoli ripercussioni sulla qualità, la prevenzione e la salute pubblica. Anche SG teme effetti collaterali indesiderati come il razionamento di prestazioni efficaci, appropriate ed economiche. GR rileva come, in particolare nell'attuazione della misura «potenziamento delle cure coordinate», sia necessario fare attenzione a non vanificare gli sforzi dei Cantoni in questo senso. BE fa notare che gli oneri amministrativi non dovrebbero aumentare, altrimenti gli obiettivi di risparmio rischiano di non essere raggiunti, e si chiede se non vi sia il pericolo che, globalmente, le misure non consentano di contenere i costi. VD e NE evidenziano inoltre l'importanza del ruolo dei Cantoni quali responsabili e garanti dell'assistenza sanitaria e si dicono soddisfatti delle nuove competenze cantonali previste dal pacchetto 2. TI rimarca invece che, in linea di principio, ci si dovrebbe focalizzare su misure basate sull'iniziativa dei partner tariffali e dei Cantoni. Dal canto suo, TG boccia il progetto nel suo insieme perché lo ritiene in netto contrasto con gli obiettivi fissati dalla Costituzione federale e il principio di assicurazione sancito dalla legge federale sull'assicurazione malattie. Secondo questo Cantone il processo di approvazione dei premi andrebbe interamente rivisto al fine di tenere conto delle esigenze cantonali, intensificare l'operazionalizzazione dei criteri di efficacia, appropriatezza e economicità nonché attuare la garanzia della qualità nel settore ambulatoriale, alla quale il Consiglio federale è tenuto dal 1998.

I **partiti politici** approvano gli sforzi del Consiglio federale volti ad attuare misure di contenimento dei costi nel settore sanitario. PBD, PPD e pvl sono soddisfatti che con il secondo pacchetto siano proposte misure concrete. PSS e AL ZH sottolineano che si possono attuare misure di contenimento dei costi solo a condizione che non compromettano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti e che non provochino razionamenti e disparità sociali, in particolare per le fasce di popolazione più vulnerabili e più deboli. A loro dire, bisogna evitare di scivolare verso un'assistenza sanitaria a due velocità. EVP ritiene che vada messo in primo piano lo sfruttamento ottimale delle competenze delle diverse professioni per migliorare l'assistenza sanitaria di base e la qualità di vita dei pazienti. PSS e EVP condividono l'idea di fondo dell'iniziativa per un freno ai costi, ma respingono la proposta per diverse ragioni (necessità di una modifica della Costituzione, timore di razionamenti o di un'assistenza medica a due velocità). I Verdi ritengono che il sistema sanitario soffra di problemi strutturali che nemmeno la presente riforma affronta. Molte delle difficoltà odierne sarebbero la conseguenza dell'economizzazione sempre più spinta del settore. Il partito ecologista auspica quindi riforme radicali che consentano di rafforzare l'idea di servizio pubblico nonché di estendere la gestione pubblica e il finanziamento sociale in questo ambito. PLR e UDC rigettano il pacchetto 2 quale controprogetto indiretto perché non rafforza in alcun modo la concorrenza regolamentata nel sistema sanitario, costituisce un ulteriore passo verso la sua completa statalizzazione e non vi intravedono un sicuro potenziale di risparmio.

Tra le **associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna**, SAB, AG Berggebiete e ACS respingono il controprogetto indiretto e dunque il pacchetto di misure. Temono, infatti, che le numerose disposizioni e le direttive rigide rendano più complesso il

settore sanitario, si trasformino in un ostacolo per le cure coordinate e la collaborazione interdisciplinare e manchino quindi il vero obiettivo del contenimento dei costi (ACS); inoltre, le misure proposte allargherebbero ancor più la forbice tra i costi e la qualità delle cure nelle zone rurali (SAB, AG Berggebiete). Solo l'UCS esprime un parere sostanzialmente positivo sulle misure di contenimento dei costi, pur sottolineando che la qualità delle prestazioni mediche e la sicurezza delle cure deve restare garantita e che va evitata un'assistenza a due velocità.

Tra le **associazioni mantello dell'economia**, l'USS mostra comprensione per le ragioni di fondo del Consiglio federale, ma osserva che, a fronte delle attuali carenze sostanziali in termini di personale e delle quote elevate di abbandono della professione da parte del personale infermieristico, va evitato ad ogni costo un ulteriore peggioramento delle condizioni di lavoro nel settore sanitario. Anche FER e USAM sono favorevoli al contenimento dei costi, ma respingono il pacchetto e il controprogetto indiretto. L'USAM critica in primo luogo la mancata individuazione di priorità nel settore sanitario che, a suo dire, consentirebbe di concentrare le misure di risparmio soprattutto negli ambiti a forte intensità di costi a causa dell'offerta eccedentaria di prestazioni. Concorda inoltre con ASSGP sul fatto che nella riflessione riguardo ai costi della sanità bisognerebbe includere sempre anche le categorie di prestazioni non rimborsate dall'AOMS, come p. es. l'automedicazione, che potrebbero in modo comprovato evitare costi in ambiti coperti dall'AOMS. Secondo Scienceindustries, GRIP e Handelskammer beider Basel, il fatto di essere focalizzato unicamente sul contenimento dei costi fa sì che il progetto contribuisca poco alla costruzione di un settore sanitario sostenibile e orientato al futuro, ma provochi soprattutto ulteriori oneri amministrativi a tutti gli attori coinvolti. Prestazioni e qualità ne risulterebbero mutilate, l'accesso all'innovazione ostacolato e la piazza innovativa indebolita. Le misure dovrebbero porre al centro della politica sanitaria l'utilità per i pazienti e favorire un ecosistema di dati sanitari di alto livello qualitativo. Questi attori economici considerano inoltre premature nuove misure in materia di medicinali fintanto che gli effetti del riesame triennale dei prezzi, recentemente ridisciplinato, non abbiano ancora fatto oggetto di una valutazione definitiva.

Le **associazioni di consumatori** hanno espresso pareri in larga parte positivi sul progetto. FRC e ACSI temono tuttavia che la maggioranza delle misure risultino troppo complesse e vaste per essere efficaci e che quindi le loro possibilità di successo in Parlamento o nelle urne, in caso di referendum, siano scarse. SKS ribadisce come sia importante garantire, parallelamente alla riduzione dei costi, anche il mantenimento o il miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti.

Gli **assicuratori** e le loro associazioni sono spaccati sul pacchetto 2. CSS, assura e santésuisse vi individuano importanti approcci per frenare in modo duraturo l'aumento dei costi, ma respingono determinate misure ritenendo che introducano un eccesso di regolamentazione e che siano poco trasparenti (CSS) o ne mettono addirittura in dubbio l'efficacia ai fini del contenimento dei costi (santésuisse). curafutura, SWICA, Groupe Mutuel e SVV rigettano il pacchetto nel suo insieme pur ammettendo la necessità d'intervenire. santésuisse e curafutura ritengono preferibili, in linea di principio, soluzioni che puntino a migliorare gli incentivi nonché a favorire la concorrenza, la libertà contrattuale e le decisioni decentrate. A loro avviso, bisogna quindi in primo luogo migliorare le condizioni quadro e attuare in modo coerente le regolamentazioni in essere (curafutura, SVV). Le previste modifiche della LAMal limiterebbero una benefica concorrenza, peggiorerebbero le condizioni quadro per l'innovazione a tutto svantaggio degli assicurati, indebolirebbero il partenariato tariffale e segnerebbero l'inizio della statalizzazione del settore sanitario (curafutura, SWICA, Groupe Mutuel, SVV). SWICA ritiene inoltre che il progetto sia troppo vasto e politicamente non attuabile e suggerisce una suddivisione del pacchetto. L'assicuratore critica per altro l'assenza di stime riguardanti l'impatto concreto delle misure sui costi e sulle altre revisioni della LAMal in corso. SWICA esige infine che sia fatta chiarezza sulla futura impostazione del sistema sanitario.

Pur respingendo sia l'iniziativa sia il controprogetto indiretto, la maggior parte dei **fornitori di prestazioni**, tra cui p. es. H+ e altri ospedali, riconoscono la problematica dei costi e si dichiarano disposti a collaborare a soluzioni che consentano di sfruttare l'intero potenziale in termini di efficienza. Molti temono gravi ripercussioni sulla sicurezza e la qualità delle cure, che porterebbero a razionamenti e a una medicina a due velocità. A loro modo di vedere, la proposta è deleteria per la libertà di scelta dei pazienti e rischia di portare a disparità sociali (FMH, GFZ, KKA e altre associazioni cantonali di medici, Klinik Schützen Rheinfelden, PKS, SMAG, SSO, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, vaka, vips, VKZS, VLSS, VZK e altri). Si dovrebbero invece prediligere la concorrenza basata sulla qualità e altre revisioni in corso (VZK, Balgrist, PKS, SGDVG). Il controllo basato esclusivamente sulle finanze comporterebbe inoltre il pericolo di perseguire l'aumento di efficienza facendo pressione sul personale sanitario con il rischio di aggravare la penuria di specialisti (ÄTG, SBK-ASI). Secondo VFP, ridurre la preminenza dei medici e potenziare le cure infermieristiche potrebbe essere un'altra strada per contenere i costi. La maggior parte dei fornitori di prestazioni vede delinearsi la trasformazione della concorrenza regolamentata in una gestione del settore sanitario centralizzata e conforme a principi di economia pianificata, che si limita essenzialmente a tagliare i costi. Ciò frenerebbe l'innovazione urgentemente necessaria e sarebbe in contrasto con il partenariato tariffale (FMCH, FMH, GFZ, Hirslanden AG e cliniche del gruppo, iph, IPW, LUPS, PBL, PKS, PUK, SGM, SGAP-SPPA, SGDVG e corrispondente associazione di medici, SMHC, SVPC, Triaplus AG, UPD, vaka, VDPS, VKJC, VLSS, VPPS, VZK, pharmaSuisse, SSO, VKZS, VSVA e altri). Secondo alcuni dei fornitori, sussiste quindi il pericolo che i molteplici ruoli dei Cantoni si complichino ulteriormente con conseguente aumento della burocrazia (Hirslanden Klinik Birshof, PKS). La FMH mette addirittura in dubbio la costituzionalità del progetto. Diversi partecipanti alla consultazione non nascondono una certa irritazione per l'analogia di certe misure a quanto previsto dal progetto Managed Care, bocciato in votazione dal popolo (KKA e associazioni cantonali di medici, VLSS) o criticano il fatto che le misure siano focalizzate principalmente sui fornitori di prestazioni (mfe, KKA e associazioni cantonali di medici, SGP, SGAİM, vaka e altri). Sono soprattutto gli attori del settore stazionario a esprimere incomprensione per la proposta di misure di contenimento dei costi nel momento in cui, a loro dire, gli ospedali sono chiamati a coprire di tasca propria gli elevati costi supplementari provocati dalla pandemia di coronavirus (GFZ, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka). Alcuni fornitori di prestazioni ritengono che l'incremento dei volumi senza giustificazione medica non rappresenti un problema (VBSAE) e che gli ultimi sviluppi mostrerebbero che i costi si sono stabilizzati (SGDVG, unimedsuisse). Secondo essi mancano inoltre una riflessione sui costi giustificati e ingiustificati, l'individuazione urgentemente necessaria di priorità nel settore sanitario (Spitex Schweiz, CURAVIVA, senesuisse) o un profondo ripensamento dell'intero sistema (ASPS).

La grande maggioranza delle **associazioni e organizzazioni di pazienti** esprime un parere positivo sul pacchetto 2. Quasi tutte ribadiscono però che la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti non possono essere messe a rischio da misure di contenimento dei costi e che devono essere garantite le pari opportunità (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, chronischkrank.ch, GELIKO, Krebsliga, Lungenliga Schweiz, oncosuisse, QCC, SGB-FSS, SPO). Secondo diverse associazioni, sarebbero stati trascurati importanti aspetti come le misure in materia di prevenzione e promozione della salute (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, chronischkrank.ch, Engagés pour la Santé, evivo, FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga, Lungenliga Schweiz, oncosuisse, QCC, Seniorenrat, SF MVB, VASOS FARES). L'impostazione poco chiara delle misure renderebbe inoltre incerte le ripercussioni sulla qualità dei trattamenti per i pazienti. Di conseguenza, risulterebbe difficile farsi un'opinione circostanziata. A seconda dell'impostazione, potrebbe sussistere il rischio che le misure si rivelino penalizzanti per le persone affette da malattie rare o determinino razionamenti, ragioni per cui molte associazioni e organizzazioni rigettano esplicitamente l'iniziativa per un freno ai costi (VASOS FARES, Engagés pour la Santé, Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, ProRaris, CFCH). Seniorenrat e VASOS FARES si rammaricano che la politica abbia perso l'occasione per collegare al nuovo modello di finanziamento un obbligo di prova della qualità dell'indicazione e

del trattamento e un rafforzamento della qualità. FSP/DVSP ritiene ingiusto che le modifiche di legge proposte mettano così poco gli assicuratori davanti alle loro responsabilità. Inoltre, la revisione dovrebbe favorire la semplificazione dell'intero sistema e garantire il rispetto dei diritti dei pazienti (FSP/DVSP, Engagés pour la Santé).

Altre organizzazioni criticano il pacchetto 2 ritenendolo non sufficientemente strutturato (BFG, FGS). Le misure non presenterebbero alcun legame sistemico, né avrebbero un provato, plausibile e significativo potenziale di risparmio. Certe misure, a causa dei maggiori oneri burocratici che comportano, potrebbero addirittura provocare un aumento dei costi. Le misure si baserebbero inoltre su un punto di vista unilaterale dello Stato e provocherebbero un aumento massiccio di pianificazione statale senza, in cambio, generare alcuna utilità significativa. IG eHealth ritiene che gli obiettivi di riduzione dei costi e aumento dell'efficienza non possano essere raggiunti con le misure proposte e sottolinea le lacune in fatto di promozione degli strumenti digitali. BFG si rammarica che alcune misure proposte dal gruppo di esperti siano state ignorate. Secondo fmc sussiste il rischio che focalizzandosi unicamente sui costi si trascurino gli aspetti qualitativi. Tutte le misure dovrebbero garantire la qualità delle cure, le pari opportunità e l'equità di accesso.

4.2 Pareri sull'introduzione di un obiettivo vincolante

Su questa misura si sono pronunciati complessivamente **280 partecipanti**. La misura è stata respinta **da una netta maggioranza**. A dirsi contrari sono soprattutto i fornitori di prestazioni e le associazioni di pazienti e di consumatori, ma anche molti assicuratori e associazioni dell'economia. La maggioranza dei Cantoni esprime invece un parere moderatamente positivo, seppure con numerose riserve e punti interrogativi. Altrettanto eterogenei sono risultati i pareri dei partiti e delle associazioni dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna.

La **CDS** e molti **Cantoni** (ZH, LU, UR, ZG, SZ, OW, NW, FR, SO, BS, BL, SH, AR, GR, AG, VD, VS, NE, GE, JU) sono favorevoli alla proposta di controllare l'aumento dei costi accordando ai Cantoni un margine di manovra. Ritengono tuttavia che il progetto non sia sufficientemente concreto e maturo e criticano l'approccio *top-down*, la fattibilità e le conseguenze a livello di assistenza sanitaria. Un adeguamento annuale non è praticabile, soprattutto per i Cantoni più piccoli. Inoltre, le previsioni dei costi sono incerte e un obiettivo vincolante rafforza la tendenza alla compartimentazione in categorie di costi. Alcuni Cantoni valutano la misura con occhio molto critico (BE) o la respingono (AI, GL, SG, TG), in quanto considerano che le restrizioni delle autorizzazioni e la pianificazione ospedaliera siano sufficienti per controllare i costi. Il progetto non è ponderato, ostacola il coordinamento delle cure, genera costi amministrativi e non è praticabile, in particolare per i Cantoni più piccoli. Secondo TI, il controllo della spesa dovrebbe partire dal basso e non dall'alto (*top-down*), ossia dai singoli Cantoni e fornitori di prestazioni nelle regioni, in base a strumenti quali il budget globale ospedaliero, le tariffe degressive o la gestione dell'offerta ambulatoriale. SH suggerisce di esaminare la possibilità di prevedere correttivi basati sui volumi anziché sui prezzi, per esempio attraverso mandati di prestazioni ospedalieri, restrizioni delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale e limitazione del numero di punti tariffali o degli interventi elettivi negli ospedali che figurano negli elenchi cantonali. Gli adeguamenti delle tariffe richiedono anni e sono compensati da un aumento del volume delle prestazioni. Alcuni Cantoni (ZH, VD, VS, NE) auspicano che gli effetti vengano esaminati in dettaglio nell'analisi dell'impatto della regolamentazione e che i risultati siano illustrati nel messaggio. BE segnala che non è ancora chiaro quali saranno le ripercussioni sul settore delle cure di lunga durata. Secondo la CDS e molti Cantoni (ZH, BE, LU, UR, GL, ZG, SZ, OW, NW, FR, SO, BS, BL, AR, AI, SG, GR, AG, VD, VS, NE, JU) l'equivalenza fiscale parla a favore del principio del Cantone di domicilio. Questo comporta tuttavia problemi a livello di attuazione ed è in contrasto con la logica della pianificazione ospedaliera. VD vorrebbe che gli obiettivi si riferiscano al Cantone del fornitore di prestazioni, mentre ZG è esplicitamente a favore del Cantone di domicilio. VS fa notare che è difficile controllare i costi delle cure dispendiate fuori Cantone.

Alcuni **partiti** politici sostengono l'introduzione di obiettivi vincolanti applicabili all'evoluzione dei costi, anche se formulano in parte riserve in merito alla complessità, la praticabilità, il razionamento e la qualità (PSS, PPD, PBD, pvl, EVP); altri, invece, li respingono perché li considerano dispendiosi stanziamenti di bilancio che danno luogo a un effetto di razionamento (PLR, UDC). Secondo i Verdi non è detto che gli obiettivi vincolanti evitino un aumento dei volumi. Pur essendo auspicabile, un maggiore controllo statale non deve compromettere l'accesso all'assistenza sanitaria. AL ZH respinge l'introduzione di obiettivi vincolanti perché ritiene che portino a una medicina a due velocità. EVP preferirebbe obiettivi di costo pluriennali concordati tra i partner tariffali.

Tra le **organizzazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** l'ACS respinge l'obiettivo vincolante perché ritiene che penalizzi chi utilizza le risorse in modo parsimonioso, porti a un razionamento e a una maggiore burocrazia e rafforzi l'approccio a compartimenti stagni. Per questi motivi lo considera controproducente. Per l'UCS molte questioni restano aperte anche perché i risultati dell'AIR non sono ancora disponibili. Il problema dei costi viene scaricato sui fornitori di prestazioni. Così facendo, non si tiene conto della complessità della situazione. Con uno stanziamento globale di bilancio è inevitabile una restrizione dell'offerta di prestazioni. Non è chiaro come si possa evitare una medicina a due velocità e uno smantellamento della qualità e come andranno finanziati i costi amministrativi.

Tutte le **associazioni mantello dell'economia** respingono gli obiettivi di costo perché ritengono che contribuiscano a mantenere le strutture esistenti, ostacolano l'innovazione, non permettano di determinare in modo centralizzato la crescita ottimale dei costi (economiesuisse), portino a un'economia pianificata e a una medicina a due velocità (USAM), perché sono contrari al sistema e dispendiosi dal punto di vista amministrativo e perché potrebbero comportare un razionamento delle prestazioni (economiesuisse, USAM, scienceindustries, ASSGP, Handelskammer beider Basel, GRIP, CP, FER). Secondo CP uno stanziamento globale non creerà maggiori incentivi a fornire cure di migliore qualità al miglior prezzo. L'USAM è disposta ad accettare obiettivi di costo solo se questi saranno concordati su base volontaria tra i partner tariffali. L'USS ritiene che l'assenza di vincoli di bilancio sia estraneo al sistema di un'assicurazione sociale. Tuttavia, è contraria a fissare obiettivi vincolanti in quanto l'effetto di contenimento dei costi è discutibile e la procedura prevista è dispendiosa e lascia troppo margine di manovra.

Alcune **associazioni di consumatori** accolgono con favore l'introduzione di un obiettivo vincolante. Lo ritengono un modo efficace di controllare i costi, anche se la proposta è dispendiosa sul piano amministrativo, manca un'analisi dell'impatto della regolamentazione (SKS, ACSI) e occorre tassativamente un monitoraggio separato della qualità per garantire che le misure di contenimento dei costi incidano sulle prestazioni mediche non necessarie (CFC). Altri considerano la proposta troppo complessa e preferirebbero una procedura più semplice pilotata dalla Confederazione, per esempio con tariffe decrescenti oltre un certo volume (FRC).

Le associazioni degli **assicuratori** considerano l'approccio *top-down* non ottimale e preferiscono un controllo dei costi da parte dei partner tariffali come proposto nel primo pacchetto di misure di contenimento (santésuisse) oppure respingono l'introduzione di obiettivi vincolanti (curafutura, SVV). Sono tuttavia auspicati una maggiore trasparenza e il monitoraggio dei costi e dei volumi (santésuisse, curafutura, SVV). Assura e CSS sostengono gli obiettivi; secondo CSS il partenariato tariffale risulterà rafforzato da un'ulteriore pressione all'efficienza. Groupe Mutuel è favorevole a obiettivi vincolanti solo se verranno attuati dai partner tariffali. SWICA non rifiuta a priori gli obiettivi di costo, ma è del parere che gli effetti debbano essere precisati e che i Cantoni debbano poter intervenire solo se i partner tariffali non raggiungono un accordo.

Quasi tutte le associazioni di **fornitori di prestazioni** si oppongono fermamente agli obiettivi, che considerano di fatto stanziamenti globali di bilancio. Questi stanziamenti hanno un effetto di contenimento dei costi limitato, comportano il rischio di un aumento dei volumi, di un calo della qualità e dell'innovazione, di un razionamento delle prestazioni soprattutto a spese dei malati cronici, di una medicina a due velocità che penalizza le famiglie con redditi bassi o medi e, parallelamente, di un aumento dei costi amministrativi (H+, AllKidS, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen

Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplust AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, PKS, Swiss Medical Network, Verein Barmelweid, VLSS, VBSAE, VNS, Service de Dermatologie et vénérologie HUG, AeGLu, AGZ, Argomed, BEKAG, FMPP e altri 36 pareri, ZGPP, ZGKJPP, SGDv e altri 54 pareri, AAV, SBK, SNL, SGI, VFP, Spitex Schweiz, AVASAD, iph, vips, VSVA, ZRS, IG Schweizer Pharma KMU, VSSG, PharmaSuisse, FAMH, EVS, svbg, SVDE ASDD, FSP, DAKOMED, SDV, OdA AM, Physioswiss, P.IP, vsao, KKA, KOCH, BUAeV, omct, SMVS, SVM, ÄTG, FMCH, mfe, SGP, SGAIM, KJM, SGP, SGPMR, SGR, medswiss.net, zmed, FMH, SSO, VKZS, Chirosuisse, PULSUS, mws, Baur Tobias, Ruoss Cecile). Secondo alcuni (AllKidS, PKS, Swiss Medical Network, IG Schweizer Pharma KMU, PharmaSuisse, FAMH, Physioswiss, mfe, SGP, SGAIM, KJM, SGP) le sanzioni collettive punirebbero i fornitori che operano in modo efficiente. Inoltre, definire obiettivi di costo focalizzandosi unicamente sui costi e non sui benefici è un approccio sbagliato. La remunerazione non sarebbe più basata su dati economico-aziendali. Una remunerazione non equa avrebbe un impatto sulla qualità, con costi che supererebbero i risparmi potenziali (SBK, SNL, SGI, VBSAE, VNS, Physioswiss, AGZ, FMPP e altri 26 pareri, AeGLu, Argomed, KJM, SGP). Se le prestazioni sono fornite in base al criterio di economicità, gli adeguamenti tariffali vanno respinti (DAKOMED, SDV, OdA AM, KJM, SGP). Pur contribuendo a ridurre l'eccesso di offerta, gli obiettivi aggraverebbero la problematica dovuta a prestazioni eccessive, insufficienti o inappropriate (AGZ).

Il progetto non è maturo, non è sufficientemente motivato né coordinato con la revisione della LAMal sul rafforzamento della qualità e dell'economicità e con l'articolo 47c LAMal previsto nel pacchetto 1b (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden AG, Insel Gruppe AG, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplust AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, Spitex Schweiz, AVASAD, SGDv e 54 altri pareri). Gli obiettivi vincolanti sono contrari al principio di assicurazione e, di rimando, alla Costituzione (FMH). Il razionamento delle prestazioni dovrebbe semmai essere giustificato da motivi sociali e non delegato ai fornitori di prestazioni. A decidere quali prestazioni sono assicurate dovrebbe essere la società (AllKidS, AeGLu, mfe, SGP, SGAIM). Gli assicuratori e gli assicurati non saranno tenuti a rispettare gli obiettivi di costo (ÄTG, mfe, SGP, SGAIM).

In Svizzera l'incidenza della spesa per l'assicurazione malattie obbligatoria sul PIL si situa a un livello medio. Gli altri costi sono sostenuti in settori finanziati da soggetti privati, dove le prestazioni sono richieste ma anche autofinanziate. La definizione di obiettivi vincolanti non può essere giustificata sulla base della quota della spesa sanitaria totale. Un aumento superiore alla crescita del PIL non è problematico in sé, poiché la salute è un bene superiore (KKA, AGZ, ZGPP, KOCH, BUAeV, omct, SMVS). L'evoluzione dei costi è sostenibile (AAV). L'onere dei premi è una sfida socio-politica e non dovrebbe sfociare unilateralmente in una discussione sui costi della politica sanitaria (VBSAE, AGZ, KKA, KOCH, BUAeV, omct, SMVS, SGPMR, SGR).

I partner tariffali e i Cantoni diventerebbero gli esecutori di decisioni emanate da autorità federali, i flussi di denaro verrebbero gestiti dalla politica e la concorrenza si sposterebbe sul piano politico (lobbismo) anziché sulla qualità e sul prezzo (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplust AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, Verein Barmelweid, Argomed, ÄTG, mws). Nel clima di competizione permanente che si verrebbe a creare per aggiudicarsi mezzi finanziari, le associazioni più piccole non avrebbero le risorse necessarie e sarebbero messe particolarmente sotto pressione (EVS, svbg, SVDE ASDD).

Rispetto agli studi medici indipendenti, le strutture gestite da investitori sono in grado di reggere meglio un calo dei prezzi dovuto a misure correttive. Queste strutture, che operano sulla

base di obiettivi economici, sosterebbero una diminuzione dei prezzi agendo sui costi (AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Secondo FMPP, ZGPP, ZGKJPP e altri 36 pareri, la libera professione di medico verrebbe di fatto abolita.

Le reti di cure integrate (*managed care*) operano già volontariamente in base a obiettivi vincolanti con budget predefiniti e sistemi di bonus/malus. Gli obiettivi vincolanti minano il coordinamento tra fornitori di prestazioni come pure il modello medico del famiglia, il cui successo poggia sulla volontarietà e sulla capacità innovativa (Argomed, VFP, EVS, svbg, SVDE ASD, AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). pharmaSuisse fa notare che con gli obiettivi vincolanti negoziati tra partner tariffali e gli incentivi bonus/malus le esperienze sono state positive.

Gli obiettivi vincolanti non tengono conto dell'aumento dei costi dovuto al calo del numero dei *caregiver* familiari (VFP). Si prevede uno spostamento verso reparti di pronto soccorso e ospedali fornitori finali che non possono indirizzare i pazienti ad altri fornitori (AllKidS). La riduzione delle tariffe genererebbe uno trasferimento delle cure ambulatoriali verso strutture gestite da investitori e ambulatori ospedalieri. Questi ultimi sono competitivi solo grazie a sovvenzioni incrociate basate su entrate fiscali. Il finanziamento verrebbe garantito con le entrate fiscali senza ottenere risparmi a livello di costi (AGZ).

Gli obiettivi vincolanti accentuano il cumulo di ruoli e i conflitti di interesse tra i Cantoni (PKS, Swiss Medical Network, ÄTG). A decidere le misure correttive devono essere i partner tariffali e i Cantoni, mentre gli obiettivi sono stabiliti dal Consiglio federale. Diritti e obblighi devono corrispondere (ÄTG). Gli assicurati dei Cantoni con costi e un valore del punto tariffale bassi risulterebbero svantaggiati se anche nel loro caso i costi non potessero più aumentare (ÄTG).

Gli obiettivi vincolanti mettono in pericolo il ricambio generazionale dei professionisti della salute (P.IP). Il costante calo dei prezzi rende poco interessante esercitare in uno studio medico indipendente e pregiudica la fornitura di cure (AGZ, ZGPP, AeGLu, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS), poiché le riduzioni delle tariffe colpirebbero in particolare i gruppi di specialisti che già oggi riescono a malapena a coprire i loro costi (AGZ) e le misure correttive vanificherebbero qualsiasi certezza di programmazione (AeGLu).

Alcuni fornitori di prestazioni esprimono comprensione per l'obiettivo generale del progetto e approvano la proposta di fissare obiettivi vincolanti (CURAVIVA, ASPS, Senesuisse). Ritenono tuttavia che i tagli dovrebbero essere mirati anziché lineari. Per contrastare la penuria o l'eccesso di offerta servono criteri chiari e processi snelli. Il potenziamento di prestazioni opportune come le cure palliative non deve risultare ostacolato. Le misure correttive nel settore delle cure non sono chiare (CURAVIVA, ASPS, Senesuisse). Un solo fornitore di prestazioni (IGGH-CH) è favorevole agli obiettivi vincolanti, ma spera in un'implementazione moderata senza un rigido tetto dei costi.

La maggior parte delle **organizzazioni dei pazienti** è contraria all'obiettivo vincolante perché ritiene che l'aumento dei costi non vada corretto mediante il razionamento delle prestazioni (SPO, AGILE.ch, GRAAP, ProRaris, Verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH, QCC, VASOS FARES, SSR, PCS). Gli obiettivi vincolanti non devono portare a un razionamento delle prestazioni, a un calo della qualità e a trascurare la prevenzione (Lungenliga). L'obiettivo non dovrebbe applicarsi ai farmaci orfani in modo da non ostacolare l'innovazione (RDAF). Altre organizzazioni di pazienti, invece, sono favorevoli in linea di principio all'introduzione di obiettivi vincolanti, sebbene la proposta attuale sia eccessivamente onerosa (FSP/DVSP, Engagés pour la Santé, GELIKO, Krebsliga, Oncosuisse). Per evitare un trattamento diverso degli assicurati da un Cantone all'altro occorrerebbe un maggiore coordinamento intercantonale (GELIKO, Krebsliga, Oncosuisse).

Altre organizzazioni respingono gli obiettivi vincolanti perché ritengono che siano contrari al sistema, rafforzino l'approccio a compartimenti stagni e abbiano un impatto anche sugli attori attenti ai costi (Swiss Medtech, BFG, FGS), portino a un razionamento delle prestazioni e a una maggiore burocrazia (BFG, FGS, IG eHealth) e perché sono del parere che i criteri applicati per determinare l'obiettivo siano arbitrari (BFG, Alève Mine). Gli obiettivi non sono realizzabili nei tempi stabiliti e se si perseguono anche obiettivi di politica sanitaria le competenze risultano confuse (FGS). Gli obiettivi di costo devono essere concordati dai partner tariffali (Swiss Medtech, BFG).

4.2.1 Articolo 21 Dati degli assicuratori

La CDS e molti Cantoni (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, GR, VD, VS, NE, GE, JU) fanno notare che l'UFSP è indicato come unico destinatario dei dati degli assicuratori e che manca una disposizione complementare per l'inoltro dei dati ai Cantoni. FR propone di invertire l'ordine delle due condizioni poste per la trasmissione di dati individuali. Se il Consiglio federale impone agli assicuratori di trasmettere i dati dei singoli assicurati l'IFPDT dev'essere consultato (pvl, CSS). La disposizione sullo scopo di utilizzo è formulata in modo eccessivamente ampio, lo scopo e la periodicità della consegna dei dati nonché il tipo di dati da fornire devono essere precisati nella legge (TG, CSS, SWICA, FGS, FMCH, KKA, KOCH, BÜAeV, omct, SMVS). Per gli scopi indicati non sono necessari dati individuali (BEKAG, AeGLu, AGZ, FMPP e altri 36 pareri, FMH, KKA, ÄTG, Baur Tobias). La raccolta di dati non necessari per gli scopi indicati viola i principi fondamentali della protezione dei dati (SSO, VKZS). Occorre rinunciare alla trasmissione di dati individuali (FGS). La fornitura di dati individuali dovrebbe essere un'eccezione e andrebbe disciplinata in un nuovo paragrafo 2^{bis} (santésuisse). Se forniti, i dati degli assicurati dovrebbero essere trasmessi anche ai Cantoni a fini di pianificazione, il che non è né menzionato né auspicabile (AGZ). Il Consiglio federale non dovrebbe esercitare diritti in relazione alla trasmissione di dati personali (SGDV e 54 pareri). La protezione e l'anonimato dei dati dei pazienti sono fondamentali (VFP, iph, vips, VSSG) e il progetto di modifica li mette a rischio (BEKAG, AAV, AeGLu, FMPP e 36 pareri, SGR). Anche l'anonimato dei fornitori di prestazioni andrebbe preservato (VZK, VNS, SWT, ASI NE/JU). I dati devono essere forniti solo per categoria di fornitori; la verifica del rapporto costo-efficacia di singoli fornitori è di competenza degli assicuratori (santésuisse). L'estensione dell'obbligo di trasmissione dei dati viene bocciata (Physioswiss, mfe, SGP, SGAIM). La raccolta dei dati deve avvenire in modo centralizzato per il tramite dell'UST (BEKAG, AeGLu, FMPP e 36 pareri, FMH, KKA, ÄTG, Baur Tobias). I fornitori di prestazioni non devono essere tenuti a fornire di nuovo i dati che l'UFSP riceve già dagli assicuratori. Poiché l'UFSP non riesce a far fronte alla competenza sussidiaria per l'adeguamento delle tariffe, occorre rinunciare all'analisi sistematica dei dati relativi alla fissazione delle tariffe (medswiss.net, zmed).

4.2.2 Articolo 54 Obiettivi di costo e disposizioni transitorie

La CDS e molti Cantoni (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, FR, SO, BL, AR, AI, SG, GR, AG, VS, NE, JU) auspicano che i Cantoni siano coinvolti adeguatamente nella definizione degli obiettivi di costo rispettivi. UR, ZG, FR, SO, BS, GE sono favorevoli a un orizzonte temporale di quattro anni, VS e VD a un orizzonte di due anni. BS vorrebbe che nella definizione degli obiettivi di costo si tenesse conto anche dell'impatto sulle cure (a livello nazionale e cantonale). GE considera la disposizione troppo restrittiva, in quanto i Cantoni non hanno alcun margine di manovra al di fuori del margine di tolleranza stabilito dal Consiglio federale né alcuna possibilità di ricorso. GR auspica margini di tolleranza più ampi per i Cantoni con costi bassi e questo anche per evitare un'offerta sanitaria insufficiente. Secondo Engagés pour la Santé non è chiaro se i margini di tolleranza verranno definiti in termini assoluti o percentuali.

Gli effetti degli obiettivi sull'evoluzione dei costi e della qualità dovrebbero essere verificati su base annua dal DFI (pvl); le disposizioni del capoverso 3 lettere b e c come pure i capoversi 4 e 5 sono fondamentali per preservare la qualità e le cure (CSS, SKS, ACSI, FSP/DVSP, GE-LIKO, Krebsliga, Oncosuisse). La disposizione del capoverso 5 è ridondante (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg). Vengono già effettuate analisi dei costi e il monitoraggio della qualità è già disciplinato dall'articolo 58 LA-Mal, anche se questo non basta a prevenire un calo della qualità delle prestazioni.

La legge dovrebbe prevedere esplicitamente che gli obiettivi di costo per le prestazioni di cura si riferiscano solo ai contributi dell'AOMS (H+ SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel

Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Per una questione di trasparenza bisognerebbe parlare di stanziamenti globali di bilancio anziché di obiettivi di costo, visto che si tratta di sinonimi (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Il tempo di dimezzamento delle conoscenze mediche è inferiore all'orizzonte del processo di pianificazione degli obiettivi di costo (fino a tre anni) e questo ostacola l'innovazione (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, USB, Insel Gruppe AG).

I parametri applicati all'aumento dei costi sono arbitrari. Nel caso delle cure psichiatriche e della multimorbilità si osserva un andamento inversamente proporzionale a quello dell'economia (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, IG Schweizer Pharma KMU, PharmaSuisse, FSP, AeGLu, AGZ, ZGPP, FMPP e altri 36 pareri, vsao, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS, SGPMR, SGR, medswiss.net, zmed, Baur Tobias). Non è chiaro come viene stabilita la quota dell'aumento dei costi (Spitex Svizzera, AVASAD). L'andamento dell'economia non dovrebbe avere alcun influsso sugli obiettivi di costo; la remunerazione e i costi dovrebbero poggiare unicamente sulla diagnosi, l'indicazione e la qualità della prestazione (FMCH). Se la misura viene mantenuta, l'obiettivo del sistema sanitario di rendere accessibile a tutti un'assistenza medica di qualità andrebbe esplicitato e incluso in sede di determinazione dell'obiettivo vincolante (SBK, SNL, SGI).

Il diritto di essere sentiti dev'essere garantito già in sede di definizione degli obiettivi a livello federale (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

NE e JU sono del parere che i dati di cui al capoverso 5 delle disposizioni transitorie debbano essere messi a disposizione anche dei Cantoni. Secondo CSS, il termine transitorio di cui al capoverso 6 delle disposizioni transitorie andrebbe ridotto e si dovrebbe garantire la coerenza tra il capoverso 5 delle disposizioni transitorie e l'articolo 21.

4.2.3 Articolo 54a Categorie di costi

Le categorie di costi riferite a settori e specialità rafforzano un approccio a compartimenti stagni. Visto che gli ambulatori ospedalieri e gli studi medici utilizzano la stessa struttura tariffale, le categorie di costi dovrebbero essere coerenti con i sistemi tariffari. Considerando 26 cantoni e 15 gruppi di fornitori si ottengono 390 categorie di costi. Un'ulteriore differenziazione cantonale fino a livello dei singoli fornitori rappresenta uno strumento di gestione politico, accentua il lobbismo e porta a un'incertezza giuridica massima. Tutti i fornitori dovrebbero operare in condizioni di parità. Il diritto di essere sentiti dev'essere garantito già in sede di definizione delle categorie di costi a livello federale. La distinzione tra categorie di costi di competenza cantonale e federale, invece, è corretta. La deroga è però formulata in modo troppo vago e lascia spazio a interpretazioni eterogenee (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel

Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplust AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Ulteriori suddivisioni adottate dai Cantoni all'interno delle categorie di costi non hanno senso e ostacolano un monitoraggio adeguato dei costi (AeGLu). Ogni categoria di costi si focalizzerà sul proprio obiettivo e sposterà gli assicurati verso altre categorie di costi; il coordinamento risulterà ostacolato (AGZ). In linea di massima un raggruppamento ha senso, tuttavia occorrerebbe prima ottimizzare le cure coordinate (Argomed, mfe, SGP, SGAİM). Non è opportuno che i Cantoni controllino o contribuiscano a controllare i prezzi dei medicinali. Nel caso di innovazioni terapeutiche, possono subentrare trasferimenti di costi limitati nel tempo; sarebbe dannoso impedire i progressi che comportano costi consequenziali per l'AOMS e altre assicurazioni sociali (scienceindustries).

4.2.4 Articolo 54b Obiettivi di costo dei Cantoni

I Cantoni devono essere tenuti a consultare anche le organizzazioni dei consumatori, dei pazienti e degli assicurati (ACSI, FSP/DVSP, LdS). La partecipazione di 26 cantoni è amministrativamente complicata e sarebbe preferibile ragionare in termini di regioni sanitarie (santésuisse). Gli obiettivi cantonali ostacolano la specializzazione sovracantonale e mantengono – se non addirittura promuovono – insensate strutture cantonali parallele facendo aumentare i costi (AeGLu, AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Con categorie di costi supplementari, i Cantoni potrebbero, per esempio, decidere di definire obiettivi più generosi per determinati fornitori, aprendo la strada a finanziamenti legati a oggetti e a distorsioni della concorrenza (PKS, Swiss Medical Network, BEKAG, Argomed, FMPP e 36 pareri, ÄTG, Baur Tobias).

La libertà evocata è illusoria; i Cantoni verranno relegati a meri esecutori degli ordini nel proprio ambito di competenza poiché adotteranno la raccomandazione del Consiglio federale. Si prevedono anni di competizione tra singole categorie di costi per la ripartizione delle risorse. I dati sul raggiungimento degli obiettivi devono essere trasmessi all'UST anziché all'UFSP. L'UFSP può infatti analizzarli ma non verificarli, in quanto non funge da autorità di vigilanza dei Cantoni (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplust AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

4.2.5 Articolo 54c Termini e conseguenze in caso di inosservanza

Gli obiettivi di costo, se proprio non se ne può fare a meno, dovrebbero essere stabiliti da un organo scientifico e non da un'autorità amministrativa. Non è chiaro perché, nel caso in cui un Cantone non definisca per tempo i propri obiettivi di costo, si debbano applicare gli obiettivi stabiliti dal Consiglio federale senza margine di tolleranza (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplust AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg). Le scadenze previste non sono realistiche (GE, VSVA, ZRS, mfe, SGP, SGAİM, medswiss.net). I termini andrebbero estesi e i Cantoni dovrebbero essere autorizzati a stabilire obiettivi di costo senza consultare tutti gli attori interessati (GE).

4.2.6 Articolo 54d Misure nel caso di superamento degli obiettivi di costo e disposizioni transitorie

La CDS, molti Cantoni e numerose associazioni (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, AR, AI, GR, VS, NE, JU e ACSI, FSP/DVSP, AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH) sono favorevoli alla prima variante, che prevede una disposizione opzionale per le misure correttive.

VD potrebbe immaginare una disposizione obbligatoria purché corredata di deroghe. Nel caso della prima variante (disposizione opzionale), GE teme ritardi dovuti a ricorsi, mentre nel caso

della seconda variante (disposizione obbligatoria) ritiene che vi sia troppo poca flessibilità per le deroghe. Occorrerebbe precisare che sono possibili unicamente misure correttive prospettiche (CDS, ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, AR, AI, GR, VS, NE, GE, JU).

Il PPD, il PBD, il pvl come pure Assura, SKS, Engagés pour la Santé, GELIKO, Krebsliga e Oncosuisse sono favorevoli alla seconda variante che prevede una disposizione obbligatoria per le misure correttive. CSS sostiene la disposizione obbligatoria unicamente se i prezzi sono amministrati, laddove non vi sono partner tariffali. È importante prevedere deroghe per situazioni eccezionali (GELIKO, Krebsliga, Oncosuisse).

H+ e altre organizzazioni (SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg SBK, SGI, SNL) respingono la variante che contempla l'obbligo di misure correttive pur ritenendo che la scelta della variante non sia molto rilevante. Anche se la disposizione opzionale lascia formalmente ai Cantoni la possibilità di adottare misure correttive, il Consiglio federale può aggirarla e intervenire in qualunque momento in virtù dell'articolo 47c del pacchetto 1b, che per la verità dovrebbe far parte del pacchetto 2.

Le misure correttive corrispondono alla «convenzione sulle prestazioni e sui prezzi» (CPP), conclusa tra gli assicuratori malattie e i medici con l'obiettivo di determinare l'aumento dei costi in base ai fattori proposti (demografia, morbidità, progresso medico-tecnico ecc.), peraltro fallita perché non teneva conto dei cambiamenti delle norme sociali, dei valori, delle condizioni di vita ecc. L'esperienza mostra anche che le strutture gestite da investitori, che operano sulla base di obiettivi economici, saranno in grado di sostenere una diminuzione dei prezzi agendo sui costi (AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Inoltre, si è constatato che gli assicuratori non sono disposti a negoziare alternative alla riduzione dei prezzi allo scopo di contenere i costi (KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). L'aumento dei costi è quindi dovuto all'incremento non tanto dei prezzi quanto del volume di prestazioni fornite. Le procedure per la fissazione delle tariffe e i costi amministrativi cresceranno (santésuisse).

Le misure correttive possono essere imposte arbitrariamente dai Cantoni indipendentemente dai motivi dell'inadempienza. Poiché saranno remunerate in misura insufficiente, le prestazioni obbligatorie non saranno più offerte o saranno di qualità inferiore, il che equivale di fatto a un razionamento (FMPP e 36 pareri, SGD e 54 pareri). Le tariffe vanno adeguate solo se le prestazioni non vengono fornite secondo criteri di economicità (IG eHealth). Se le tariffe approvate dall'autorità devono essere modificate perché non sono appropriate, significa che non avrebbero mai dovuto essere approvate (medswiss.net, zmed).

Le misure correttive previste sono unilaterali e mirano unicamente a intervenire sulle tariffe; la gestione della domanda o dell'offerta, come per esempio la chiusura di ospedali, la limitazione di esami e interventi o lo stralcio dal catalogo delle prestazioni, non sono prese in considerazione (Argomed, mfe, SGP, SGAIM).

4.2.7 Articolo 54e Commissione federale per gli obiettivi di costo

Un monitoraggio nazionale dei costi e dei volumi è accolto con favore perché farebbe aumentare la pressione sui fornitori di prestazioni (santésuisse, curafutura). La Commissione potrebbe proporre misure di contenimento dei costi in caso di aumenti inspiegabili dei costi (santésuisse). È auspicabile che vi sia trasparenza sull'entità dell'aumento dei costi che dev'essere giustificato e sulle modalità di motivazione. La Commissione non ha una legittimazione democratica sufficiente (vips).

Una Commissione per gli obiettivi di costo appesantirebbe il processo (ACSI, FSP/DVSP) e il numero dei suoi membri e i relativi costi potrebbe risultare eccessivi (Engagés pour la Santé). La Commissione rappresenta una struttura amministrativa inutile (FGS, Service de Dermatologie et vénérologie HUG, VSVA, ZRS, PULSUS). Poiché i costi e la qualità sono strettamente correlati anche sul piano materiale, basterebbe una sola commissione per entrambi (CURA-VIVA, ASPS, Senesuisse, IG eHealth). Una Commissione per gli obiettivi di costo è superflua

così come lo sono gli obiettivi vincolanti (AeGLu, Argomed, AGZ). Le competenze di questa commissione non sono chiare (SGDV e 54 pareri). Poiché i partner tariffali hanno già presentato un tariffario che contempla misure correttive vincolanti, ossia il Tardoc, non c'è bisogno di creare una commissione (mfe, SGP, SGAİM).

Le esperienze maturate con la commissione di esperti CİCOMS nel progetto MAS suggeriscono che la Commissione sugli obiettivi di costo dovrebbe essere composta da esperti medico-scientifici ma anche da rappresentanti dei portatori di interessi. I compiti della commissione dovrebbero limitarsi alla fissazione dei criteri di cui all'articolo 54 capoverso 3 (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Le associazioni dei pazienti (FSP/DVSP, AGİLE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH), dei consumatori (CFC, FRC, ACSİ) e dei professionisti della salute (PSS, SGB, SNL) dovrebbero essere rappresentati nella Commissione per gli obiettivi di costo e nella Commissione per la qualità da almeno quattro membri (ACSİ, FSP/DVSP) e almeno due di questi dovrebbero essere loro stessi pazienti cronici o portatori di una disabilità (AGİLE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH).

4.2.8 Articolo 55

santésuisse sostiene che l'articolo 55, in combinato disposto con l'articolo 54e, garantisce che le autorità possano attuare anche le misure proposte dalla Commissione e pertanto va mantenuto.

H+ e altre organizzazioni (SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg) vedono nell'abrogazione dell'articolo 55 la prova che si tratti di un rigido progetto centralistico che esclude ogni possibile scappatoia per i Cantoni. Di conseguenza, anche gli attuali articoli 51 e 54 andrebbero abrogati.

4.3 Pareri sulla prima consulenza

Su questa misura si sono pronunciati complessivamente **301 partecipanti**. La misura è stata **respinta da una netta maggioranza**.

La **CDS e molti Cantoni** (AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH) riconoscono gli sforzi per contenere i costi della sanità facendo leva sul modello di *gatekeeping* laddove è possibile evitare gli interventi inutili e i dop-pioni. Tuttavia, considerano che la misura abbia scarse probabilità di successo davanti alle Camere federali. L'introduzione della prima consulenza non deve generare uno svantaggio per le persone anziane e per i malati cronici o con polimorbidità: la prevista remunerazione con un importo forfettario o l'esigenza di chiedere al fornitore di prestazioni la conferma della sua disponibilità a fungere da prima consulenza cela il rischio di una selezione dei rischi. Alcuni Cantoni (tra cui GE, JU, VD) criticano la mancanza di chiarezza sulle prestazioni, coperte o non coperte dalla LAMal, che verranno remunerate con l'importo forfettario. VD suggerisce di pagare tariffe forfettarie diverse a seconda del profilo del paziente in modo da evitare la selezione dei rischi. L'accesso alle prestazioni mediche deve essere sempre garantito, anche nelle zone rurali (JU, NE). FR sottolinea che l'assunzione dei costi per ottenere un secondo parere deve essere garantita anche senza il consenso del fornitore che funge da prima consulenza. GE critica la deroga per i casi d'urgenza perché la ritiene non abbastanza precisa. Dal canto suo, JU chiede che i Cantoni e i medici cantonali partecipino al disciplinamento delle modalità di invio a un altro fornitore di prestazioni e delle relative eccezioni. GR sottolinea che il cambiamento di fornitore di prima consulenza dev'essere per quanto possibile semplice. SZ ritiene importante che a prestare la prima consulenza svolta sia un medico di base. BE e SH suggeriscono al contrario di riflettere sull'effettiva necessità di affidare ai medici di base il compito

del triage e chiedono di considerare l'eventualità di coinvolgere i fornitori di prestazioni non mediche, come farmacisti, infermieri appositamente formati o fisioterapisti. L'onere supplementare per i Cantoni deve rimanere sostenibile (BS, GE, VD, NE e altri) e va chiarita anche la questione del mantenimento degli sconti sui premi. Le competenze dei Cantoni devono essere rispettate e vanno create le premesse necessarie in tal senso (AR). Gran parte dei Cantoni e la CDS ritengono che la misura non sia stata sufficientemente ponderata: se dovesse essere portata avanti, la Confederazione dovrebbe illustrare il rapporto costi-benefici e chiarire le questioni attuative rimaste aperte. Alcuni Cantoni respingono la misura perché incide sulla libertà di scelta degli assicurati e non rispetta la volontà del popolo sul progetto Managed Care (TG), oppure chiedono di adeguare il margine di manovra per la fissazione dei premi delle singole forme di assicurazione al fine di aumentare gli incentivi (GL) o di obbligare gli assicuratori a gestire attivamente il trattamento dei pazienti cronici (AG). ZG sostiene la promozione dei modelli assicurativi alternativi esistenti e propone di obbligare tutte le persone che beneficino di una riduzione del premio ad aderire a un modello di *gatekeeping* o di offrire modelli che, in cambio di un supplemento sul premio, sull'aliquota percentuale o sulla franchigia destinato a coprire i costi, non prevedono l'obbligo di prima consulenza.

I **partiti politici** non sono unanimi sull'introduzione della prima consulenza. PBD, PPD, EVP, PLR, pvl e UDC respingono la misura: per promuovere un approccio coordinato non bisogna limitare la libertà di scelta del medico di primo ricorso, bensì offrire modelli assicurativi più incisivi, che offrano maggiori sconti sui premi, p. es. con aliquote di partecipazione più elevate. Va considerata anche l'introduzione di incentivi negativi per la scelta di un modello senza restrizioni (PBD, PPD). Secondo il PLR e l'UDC sarebbe possibile, per esempio, definire come modello standard un modello assicurativo che preveda una scelta limitata di fornitori di prestazioni. In linea di principio, la decisione del popolo sul progetto Managed Care (bocciato alle urne) dev'essere rispettata. La misura distruggerebbe un sistema che funziona e che permette e promuove l'innovazione (EVP). I partiti dubitano che sia possibile conseguire effettivamente i risparmi prospettati dal Consiglio federale, in quanto la prima consulenza non permetterebbe di eliminare gli incentivi sbagliati. La proposta non farebbe che statalizzare inutilmente il sistema, porterebbe a un aumento della burocrazia ed escluderebbe i partner tariffali. Inoltre accentuerebbe il conflitto di governance dei Cantoni (UDC). Suscita inoltre critiche il fatto che per la prima consulenza sia previsto un importo forfettario per remunerare le prestazioni di coordinamento anche se non sempre vengono fornite (PLR, pvl). Non è chiaro quali prestazioni siano comprese nell'importo forfettario e questo fa aumentare il rischio di duplice fatturazione. PBD, PPD e EVP suggeriscono di autorizzare a fungere da prima consulenza anche fornitori di prestazioni non medici, come i farmacisti o gli infermieri con competenze avanzate (*Advanced Practice Nurses*). EVP sostiene la prima consulenza unicamente se sono soddisfatte determinate condizioni: p. es. se sono garantiti la possibilità di un secondo parere, il cambiamento senza complicazioni del fornitore di prima consulenza e il mantenimento del rapporto di fiducia tra il fornitore di prestazioni e il paziente. pvl ritiene che la prima consulenza abbia senso solo se contribuisce a sgravare gli studi medici, a condizione che una prima informazione o consulenza telefonica non limiti la libertà dei pazienti di decidere se e dove chiedere un trattamento medico. AL ZH, I Verdi e PSS accolgono con favore l'introduzione di una prima consulenza e la considerano un miglioramento dell'assistenza medica di base. Auspicano tuttavia che la libera scelta della prima consulenza – e in un secondo tempo del fornitore di prestazioni – sia garantita (I Verdi, PSS). I fornitori di prestazioni non medici e, vista la crescente penuria di medici di famiglia, i medici specialisti dovrebbero anche essere autorizzati a svolgere il ruolo di prima consulenza (PSS). Si dovrà inoltre prevedere la possibilità per gli assicurati di cambiare la prima consulenza in qualsiasi momento (AL ZH, PSS). I Verdi e AL ZH chiedono che la Confederazione finanzia l'importo forfettario per assicurato con le entrate fiscali e non lo faccia gravare sugli assicuratori. Questo assicurerebbe che i fornitori di prestazioni possano continuare a fatturare tutte le prestazioni mediche fornite in base al tariffario applicabile. Si dovrebbe inoltre considerare l'eventualità di pagare importi forfettari diversi in funzione del profilo del paziente (I Verdi). I Verdi e PSS sottolineano che la prima consulenza, la gestione della documentazione medica del paziente e il coordinamento andrebbero pensati congiuntamente. I partiti sostengono il modello di un centro di consulenza e di coordinamento unico (*Beratungs- und Koordinationsstelle*) proposto dall'USS.

Tra le **associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna**, l'ACS e l'UCS formulano critiche nei confronti della misura. Poiché manca una stima attendibile dei costi, è probabile che l'effetto in termini di contenimento sia inferiore a quanto prospettato (UCS). La prima consulenza potrebbe portare a ritardi nell'accesso alle prestazioni mediche e creare barriere insormontabili all'utilizzo di servizi medici a bassa soglia, effetti che vanno evitati a tutti i costi in un'ottica di salute pubblica (ACS, UCS). I servizi a bassa soglia devono continuare ad essere accessibili senza formalità, p. es. prevedendo una deroga oppure autorizzandoli a operare come prima consulenza (UCS). Nelle zone rurali è importante che anche altri fornitori di prestazioni, come p. es. i farmacisti, siano autorizzati a fungere da prima consulenza, altrimenti c'è il rischio che la penuria di medici porti a un deterioramento dell'assistenza sanitaria (ACS). Le misure della Confederazione devono permettere l'innovazione e la flessibilità necessarie nelle cure coordinate e non devono limitare queste ultime con prescrizioni troppo rigide (ACS). Il beneficio della prima consulenza non è chiaro nel caso di pazienti con polimorbidità. Serve piuttosto un disciplinamento differenziato degli importi forfettari per assicurato in modo da prevenire la selezione dei rischi da parte dei fornitori di prestazioni (ACS, UCS). Le prestazioni di coordinamento devono essere remunerate in base ai benefici e ai costi (ACS).

La maggior parte delle **associazioni mantello dell'economia** respingono la misura. Pur ritenendo sensata la prima consulenza perché considerano che un'assistenza coordinata aumenti l'efficienza, economiesuisse e USAM sono fermamente contrarie a un sistema obbligatorio. L'elevata accettazione dei modelli assicurativi alternativi dimostra che l'idea di una prima consulenza funziona già su base volontaria e non è necessaria una costrizione (ASSGP, CP, economiesuisse, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries, USAM). Una prima consulenza obbligatoria genererebbe strutture monopolistiche, indebolirebbe la concorrenza con altri modelli alternativi e ostacolerebbe la capacità di innovazione (ASSGP, CP, economiesuisse, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries, USAM). Inoltre, la prima consulenza limita la libertà di scelta ed equivale all'abolizione della libera scelta del medico, che è parte integrante del sistema sanitario attuale (ASSGP, CP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries, USAM). Il sistema porterà a tempi di attesa/razionamenti perché non vi saranno abbastanza fornitori a fungere da prima consulenza (ASSGP, CP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries). L'accesso alle cure mediche necessarie risulterebbe ostacolato e la qualità delle cure indebolita (ASSGP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries). L'USAM respinge nettamente la remunerazione mediante importo forfettario. La prima consulenza può generare più costi nel caso di assicurati ben informati, che saranno obbligati a rivolgersi prima a un medico di famiglia anziché direttamente allo specialista (CP). È quindi importante rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione in modo che possa assumersi maggiori responsabilità per la propria salute (CP). Le cure integrate devono quindi essere incentivate aumentando l'attrattiva dei modelli assicurativi alternativi attraverso maggiori sconti sui premi o il finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (ASSGP, economiesuisse, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries, USAM).

L'USS accoglie con favore l'introduzione della prima consulenza, ma rileva che occorre raggruppare i compiti di consulenza, la gestione della documentazione (inclusa la cartella informatizzata del paziente) e il coordinamento delle cure affidandoli a un solo soggetto. Propone quindi la creazione di un centro di consulenza e di coordinamento unico (*Beratungs- und Koordinationstelle*) come auspicato da Plattform Soziale Medizin: gli assicurati sarebbero liberi di scegliere un centro e avrebbero diritto in qualsiasi momento a un secondo parere medico. I centri di consulenza e di coordinamento (studi medici o pediatrici, studi medici associati o ambulatori) sarebbero responsabili della prima consulenza, del coordinamento delle prestazioni e della gestione della documentazione medica. Assicurerebbero la continuità assistenziale e rafforzerebbero la cooperazione interprofessionale con l'obiettivo di permettere ai fornitori di prestazioni non medici di assumere compiti più ampi. La remunerazione forfettaria delle prestazioni di prima consulenza e coordinamento dovrebbe essere concepita in modo da esclu-

dere potenziali abusi. Dovrebbe essere possibile fatturare i compiti di consulenza e coordinamento particolarmente impegnativi in base a tariffe per singola prestazione. L'USS chiede inoltre che gli importi forfettari ancora da definire siano finanziati con le entrate fiscali generali.

Le **associazioni dei consumatori** (ACSI, CFC, FRC, SKS) appoggiano l'introduzione della prima consulenza perché ritengono che un migliore coordinamento delle prestazioni assistenziali e, di rimando, una cooperazione più stretta tra i fornitori di prestazioni assumano un'importanza crescente per i pazienti cronici e con più patologie. Considerano tuttavia un punto debole il fatto che le prestazioni siano finanziate con importi forfettari per assicurato, in quanto ciò potrebbe comportare una selezione dei rischi e quindi un deterioramento della qualità delle cure (ACSI, CFC, FRC, SKS). Si potrebbe quindi immaginare una remunerazione differenziata in base alle condizioni di salute (SKS). SKS ritiene inaccettabile che agli assicurati venga rifiutato il rimborso delle prestazioni se non rispettano la procedura prevista nell'ambito dell'invio da parte della prima consulenza o nell'ambito dei modelli che prevedono restrizioni nella scelta dei fornitori. In alternativa, andrebbero previste sanzioni graduali in funzione della gravità della violazione e definiti tetti massimi per i costi trasferibili agli assicurati. L'ACSI e FRC ritengono inoltre che la proposta sia troppo complicata e limiti considerevolmente le chance di successo della misura. Chiedono che la prima consulenza e il coordinamento siano raggruppati secondo il modello danese in modo da rafforzare sia i medici di base sia le prestazioni di coordinamento. Appoggiano pertanto un approccio graduale e la creazione di centri di consulenza e coordinamento.

La quasi totalità dei **fornitori di prestazioni** e delle loro associazioni si oppongono all'introduzione della prima consulenza. La misura equivale ad abolire la libera scelta del medico e a smantellare un sistema sanitario che funziona. Inoltre, non rispetta la decisione del popolo sul progetto Managed Care (AeGLu, AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, BEKAG, chirosuisse, DAKOMED, Erne Beat, FMCH, FMH, FMPP e 36 pareri, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG e Hirslanden Kliniken Birshof e St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Medswiss.net, medX, mfe, Mohacsi Paul, mws, PBL, PKS, P.IP, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SDV, SGAIM, SGDVG e 54 pareri, SGKJPP, SGM, SGP, SGPP, SMHC, SMVS, SMV, SSCLPP, SSO, SVPA, SVPC, SVS, Swiss Medical Network, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VBSAE, VDPS, Verein Barmelweid, vips, VKJC, VKZS, VLSS, VPPS, VPSB, VSSG, ZGKJPP, ZGPP, zmed, Zur Rose Suisse AG). La misura limiterebbe in modo massiccio la competitività e l'innovazione del sistema svizzero (KSA, KSB, mfe, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, SGAIM, SGDVG e 54 pareri, SGP, VPSB, VSSG).

Molti dubitano che la prima consulenza possa indurre un cambiamento dei comportamenti dei pazienti (AGZ, KKA, KOCH, SMVS, SMV, SSO). Inoltre, l'effetto di contenimento dei costi non è dimostrato (AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, chirosuisse, Erne Beat, FMCH, FSP, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gallmann Martin, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG e Hirslanden Kliniken Birshof e St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, Medswiss.net, medX, mws, PBL, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, Salina Medizin AG, SGR, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDVG und 54 Stellungnahmen, SGM, SGPMR, SMHC, Spitex Schweiz, SSO, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, Verein Barmelweid, vips, VKJC, VKZS, VPPS, VPSB, Zur Rose Suisse AG). La prima consulenza comporterebbe un inutile dispendio amministrativo e un aumento delle prestazioni fornite (AeGLu, AGZ, AllKidS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG e Hirslanden Kliniken Birshof e St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, Medswiss.net, medX, mfe, Mohacsi Paul, mws, PBL, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SGAIM, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDVG e 54 pareri, SGM, SGP, SGPMR, SMHC, SMVS, SMV, SVPC,

SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VBSAE, VDPS, Verein Barmelweid, KJM, vips, VKJC, VPPS, zmed).

Si teme che la misura innalzi le barriere per accedere al sistema sanitario e ostacoli l'accesso all'assistenza di base. Ad essere svantaggiati sarebbero soprattutto i malati cronici, che perderebbero l'accesso diretto agli specialisti (Asana Spital Leuggern AG, AAV, FMPP e 36 pareri, FSP, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG e Hirslanden Kliniken Birshof e St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Medswiss.net, Mohacsi Paul, PBL, physiosuisse, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SGKJPP, SGM, SGPP, SMHC, SMVS, Spitex Schweiz, SSCLPP, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VDPS, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed). La prima consulenza porterebbe a un deterioramento della qualità delle cure, a una medicina a due velocità e alla statalizzazione della medicina (soprattutto in relazione all'introduzione di un obiettivo vincolante). Gran parte dei medici risulterebbe svantaggiata perché non potrebbe svolgere la funzione di prima consulenza (AeGLu, AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, AAV, BEKAG, FMCH, FMH, FMPP e 36 pareri, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG e Hirslanden Kliniken Birshof e St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Mohacsi Paul, mws, PBL, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDv e 54 pareri, SGKJPP, SGM, SGPP, SMHC, SMVS, SSCLPP, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VDPS, KJM, vips, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed, Zur Rose Suisse AG). Per alcuni le regole applicabili alla richiesta di un secondo parere non sono chiare. Se la prima consulenza vietasse questa possibilità, gli interessi personali dei pazienti risulterebbero fortemente limitati (FMCH, KSA, KSB, Medswiss.net, Verein Barmelweid, zmed).

La penuria di medici di famiglia e un tariffario che non riflette adeguatamente le prestazioni di coordinamento peggiorerebbero ulteriormente la situazione (AGZ, KKA, KOCH, SMVS, Spitex Schweiz, SSIPM, unimedsuisse, VFP). Inoltre, la cooperazione interprofessionale non sarebbe incentivata (svbg, SVDE ASDD, VFP). La fiducia nei medici di famiglia diminuirebbe e l'assistenza sanitaria di base risulterebbe indebolita nella sua globalità (AGZ, ÄTG, Erne Beat, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG e Hirslanden Kliniken Birshof e St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, LUPS, PBL, PUK, Salina Medizin AG, SGM, SMHC, SMVS, SMV, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, Verein Barmelweid, VKJC, VPPS, zmed). Vari fornitori di prestazioni temono quindi un controllo dei flussi di pazienti da parte degli assicuratori malattie (Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, KSA, KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB).

La prima consulenza, e in particolare la remunerazione forfettaria proposta, genera incentivi sbagliati, favorisce la selezione dei rischi da parte dei fornitori di prestazioni e aggrava le disuguaglianze, soprattutto se non si precisano le prestazioni coperte dall'importo forfettario. Se verranno introdotti importi forfettari, è imperativo che vengano differenziati in funzione dei bisogni del paziente. (AGZ, ÄTG, DAKOMED, FMCH, FMH, FMPP e 36 pareri, FSP, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG e Hirslanden Kliniken Birshof e St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, mfe, OdA AM, PBL, physiosuisse, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SDV, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGKJPP, SGM, SGP, SGPP, SMHC, SMVS, Spital Zollikerberg, SSCLPP, Stadtsptal Waid und Triemli, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VBSAE, VDPS, VNS, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed). Un importo forfettario per assicurato non è altro che uno stanziamento globale dissimulato

(AeGLu, ÄTG, BEKAG, FMH, FMPP e 36 pareri, FPPBS, MEDGES, SGPP, SSCLPP, SVPA, VAPZ, VLSS, ZGKJPP, ZGPP).

In linea di principio, vanno esaminati e incentivati modelli assicurativi alternativi e reti di cure integrate scelti su base volontaria (ÄTG, Argomed, FSP, mfe, SGAIM, SGP, Spitex Schweiz, Verein Barmelweid). La consulenza, il triage e il coordinamento vanno pensati congiuntamente o la prima consulenza va collegata con le reti di cure coordinate (chirosuisse, EVS, FSP, P.IP, svbg, SVDE ASDD, vsao).

Pochi fornitori di prestazioni accolgono con favore la misura (ASPS, CURAVIVA, pharma-Suisse, senesuisse, SHV). ASPS, SBK, senesuisse, SGI, vsao ritengono che rappresenti il giusto incentivo per ridurre l'onere dei premi, ma chiedono che sia garantita una prima consulenza indipendente nell'interesse dei pazienti. Diversi fornitori di prestazioni sottolineano che la prima consulenza è in conflitto con la libera scelta del medico e che l'abolizione di questa libertà è una questione politica e non medica (BK-Heb, CURAVIVA). BK-Heb, SHV, svbg, SVDE ASDD, ZHAW IHB sostengono il modello di centro di consulenza e coordinamento proposto da Netzwerk Gutes Alter. pharmaSuisse chiede che gli importi forfettari servano a remunerare la disponibilità in via prioritaria per gli assicurati aderenti, il dispendio amministrativo, la responsabilità e l'adempimento dei requisiti per fungere da prima consulenza, ma in nessun caso le prestazioni mediche. vsao chiede che gli importi forfettari per assicurato siano finanziati con le entrate fiscali.

Qualora fosse introdotta una prima consulenza, quasi tutti i fornitori di prestazioni sono favorevoli ad estenderla agli ospedali e ad altri fornitori, quali infermieri con competenze avanzate (*Advanced Practise Nurse*, APN), psichiatri, farmacisti o fornitori di cure infermieristiche stazionarie (Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ASPS, AAV, chirosuisse, CURAVIVA, DAKOMED, Erne Beat, EVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H, Hirslanden AG e Hirslanden Kliniken Birshof e St. Anna, IGGH-CH, Insel Gruppe AG, IPW, Klinik Schützen Rheinfelden, KSA, KSB, LUPS, OdA AM, PBL, pharmaSuisse, Privatklinik Wyss, PDAG, Salina Medizin AG, SBK, SDV, SGI, SGM, SGPMR, SMHC, SNG, Spital Zollikerberg, Spitex Schweiz,SSIPM, Stadtspital Waid und Triemli, svbg, SVDE ASDD, SVPC, SVS, Swiss Nurse Leaders, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, VNS, VFP, VKJC, VPPS, VPSB, VSSG, VSVA, Zur Rose Suisse AG). mfe, Rouss Cécile, SGAIM, SGP, invece, sono del parere che solo i medici di famiglia e i pediatri possano assumere la funzione di prima consulenza e che per questo debbano essere automaticamente inclusi nelle liste cantonali.

Gli assicuratori e le loro organizzazioni respingono l'introduzione di una prima consulenza. La misura complicherebbe notevolmente il sistema e ridurrebbe considerevolmente gli effetti di risparmio perseguiti (CSS, Groupe Mutuel, santésuisse, SWICA). La libertà degli assicurati e dei fornitori di prestazioni, ma anche la concorrenza tra modelli assicurativi alternativi, risulterebbero fortemente limitate (curafutura, Groupe Mutuel, santésuisse, SVV, SWICA). Inoltre, secondo SWICA la misura cristallizza concezioni obsolete riguardo alla cooperazione interprofessionale nel sistema sanitario. Anziché abolire la libera scelta del fornitore di prestazioni (libera scelta del medico), andrebbero promossi maggiormente i modelli assicurativi alternativi che si focalizzano sulle cure coordinate (CSS, curafutura, Groupe Mutuel, santésuisse, SVV, SWICA). Diversi assicuratori propongono modelli alternativi alla prima consulenza. Da un lato, la partecipazione ai costi potrebbe essere aumentata per l'assicurazione standard, mentre rimarrebbe invariata per i modelli che prevedono una scelta limitata di fornitori. Questo incentiverebbe maggiormente il passaggio a un modello con una scelta limitata di fornitori (CSS). D'altro canto, gli attuali modelli con una scelta limitata di fornitori potrebbero essere definiti in futuro quali modelli standard. L'assicurazione con scelta illimitata dei fornitori verrebbe mantenuta ma con un supplemento di premio corrispondente (CSS, Groupe Mutuel, santésuisse). Inoltre, alcuni assicuratori sottolineano le possibilità di triage a costi contenuti offerte dai progressi della digitalizzazione (CSS, Groupe Mutuel). Se la misura dovesse essere mantenuta, santésuisse chiede che siano chiarite diverse questioni in relazione alla fattibilità, alla responsabilità, all'incasso, ai costi supplementari, alle interfacce supplementari ecc. e si rinunci al pagamento di un importo forfettario per assicurato.

La stragrande maggioranza delle **associazioni e delle organizzazioni di pazienti** accoglie molto positivamente l'idea di creare un servizio di triage e di coordinamento, ma ritiene che l'introduzione di una prima consulenza sia un approccio sbagliato (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, GELIKO, graap, kindsverlust.ch, Krebsliga, LLS, Netzwerk Gutes Alter, oncosuisse, PCS, ProRaris, RDAF, SSR, VASOS FARES, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Con una prima consulenza l'autonomia del paziente risulterebbe ridotta, l'asimmetria di potere tra fornitori di prestazioni e pazienti aumenterebbe e – soprattutto nel caso di malattie rare – la diagnosi sarebbe ritardata provocando danni irreversibili (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, Ehlers-Danlos Netz Schweiz, GELIKO, graap, Krebsliga, LLS, oncosuisse, ProRaris, QCC, RDAF, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Nel caso di quadri clinici specifici e vista la penuria di medici, sarebbe inoltre opportuno che anche medici specialisti o altri fornitori di prestazioni possano fungere da prima consulenza (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, Engagés pour la Santé, FSP/DVSP, graap, IGSK, LLS, oncosuisse, PCS, Procap, ProRaris, QCC, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Il ruolo di *gatekeeper* richiede una formazione specifica supplementare (FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga, oncosuisse). Per di più, un importo forfettario per assicurato è inadeguato, in quanto ognuno dovrebbe essere curato in base ai propri bisogni medici specifici (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga, oncosuisse, QCC, SGB/FSS, Verein Evivo Netzwerk). Le probabilità di successo sarebbero maggiori se il Consiglio federale promuovesse attivamente modelli assicurativi alternativi, per esempio mediante campagne nazionali o sconti più elevati (AGILE.CH, CFCH, chronischkrank.ch, graap, ProRaris, QCC, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Come controproposta, alcuni menzionano l'introduzione di un centro di consulenza e coordinamento perché ritengono che consulenza, coordinamento e gestione della cartella medica vadano gestiti congiuntamente (kindsverlust.ch, Netzwerk Gutes Alter, SSR, VASOS FARES). Alcune organizzazioni sostengono l'introduzione di una prima consulenza a condizione però che non comporti un razionamento delle prestazioni, ritardi nella presa in carico dei pazienti o disuguaglianze (Engagés pour la Santé, FSP/DVSP, Procap, SGB/FSS, SPO). Nel limite del possibile le sanzioni per l'inosservanza delle prescrizioni andrebbero limitate o quanto meno applicate in modo graduale (FSP/DVSP).

Altre organizzazioni e singole persone sono per lo più contrari all'introduzione di una prima consulenza, ma sono favorevoli all'idea di un centro di triage e di coordinamento (ABSG, AEG, AT, Guyaz Anne, IG eHealth): è fondamentale garantire l'accesso a bassa soglia all'assistenza sanitaria, alla diagnosi e al trattamento. Le cure di base possono anche essere fornite da vari fornitori di prestazioni. IG-EHealth chiede che gli assicurati siano liberi di scegliere a chi rivolgersi per la prima consulenza. Inoltre, un importo forfettario per assicurato è inadeguato, poiché ognuno deve essere curato secondo i propri bisogni specifici. Association PRISM e fmc chiedono di combinare consultazione, coordinamento e gestione della cartella. Alève Mine, Tobias Baur e altre organizzazioni (p. es. ABSG, AEG, AT, IG eHealth) deplorano lo smantellamento della libera scelta del medico. Tobias Baur teme che, se la prima consulenza fosse limitata ai medici di base, i medici specialisti diventerebbero medici di seconda categoria. BFG e FGS paventano il razionamento delle prestazioni e la selezione dei pazienti e sottolineano che la prima consulenza comporterebbe un aumento della burocrazia e dei costi e una limitazione della libertà di scelta. Avrebbe molto più senso rafforzare i modelli assicurativi alternativi e, per esempio, aumentare gli sconti sui premi (BFG, FGS, fmc). Fredi Rosenblum e Christa Ruggaber caldeggiavano un modello del medico di famiglia obbligatorio ed esteso a tutta la Svizzera.

4.4 Pareri sulle reti di cure coordinate

Su questa misura si sono pronunciati complessivamente **282 partecipanti**. La misura è **sostenuta e osteggiata in proporzioni simili**.

Secondo la CDS e i **Cantoni** ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, TG, TI, VD, VS, NE, JU la misura andrebbe portata avanti perché può contribuire a migliorare la presa in carico dei pazienti e a contenere i costi. Tuttavia, la legge dovrebbe sancire la possibilità per i Cantoni di continuare a svolgere le attività volte a rafforzare le cure

coordinate e ampliarle se necessario, purché non violino il quadro fissato dalla LAMal. Inoltre, è necessario precisare alcuni aspetti attuativi in modo da chiarire quali prestazioni di coordinamento sono remunerate dai diversi importi forfettari, se i Cantoni possono partecipare alla definizione delle condizioni di autorizzazione delle reti e se, in assenza di una convenzione tariffale, spetta al Cantone fissare le tariffe o se invece vi è libertà di contrarre. GE vorrebbe poter continuare a finanziare prestazioni di coordinamento, segnatamente quelle inerenti alle attività di prevenzione. ZG, BS, VD, VS e JU auspicano che siano i Cantoni a decidere in merito all'autorizzazione delle reti di cure coordinate o quantomeno che siano coinvolti nella relativa procedura (BS, JU), dal momento che sono chiamati a sforzi considerevoli, in particolare dal punto di vista finanziario, per crearle (VD, NE). VD vorrebbe rafforzare il ruolo del personale di cura non medico. Vorrebbe inoltre evitare che le reti di cure coordinate siano usate dagli assicuratori per selezionare i rischi e auspica una regolamentazione non troppo dettagliata per preservare la creatività e l'innovazione come pure sufficienti incentivi e libertà riguardo all'impegno del personale medico nelle reti di cure. BE teme che la fatturazione delle prestazioni di coordinamento fornite dalle reti faccia lievitare i costi e chiede che la questione del finanziamento venga precisata. Per i fornitori di prestazioni l'adesione a una rete di cure coordinate deve comportare vantaggi sufficientemente grandi. BS vorrebbe capire se anche i fornitori di prestazioni stazionarie e le cure che forniscono possano far parte di reti di cure coordinate. AG teme difficoltà di finanziamento delle prestazioni fornite dalle reti e finanziate da diversi attori e chiede che si chiarisca quali attività di coordinamento sono remunerate dagli importi forfettari.

Tra i **partiti**, i Verdi e il pvl approvano la misura, mentre il PSS la ritiene inadeguata. I Verdi e il PSS vorrebbero raggruppare la prima consulenza e il coordinamento in un'unica struttura. Secondo il pvl, per migliorare la qualità l'approccio top-down ha senso a livello di autorizzazione, ma per la creazione delle reti è decisiva l'azione dei partner tariffali. Pertanto, potrebbe essere opportuno prevedere incentivi finanziari. I Verdi e il pvl ritengono sensata la remunerazione mediante importi forfettari, ma sono del parere che le reti non debbano necessariamente essere dirette da medici. Per evitare la selezione dei rischi, i Verdi propongono di prevedere anche tariffe per singole prestazioni per i compiti particolarmente dispendiosi e di finanziare gli importi forfettari con le entrate fiscali. Il PBD, il PPD e l'EVP sostengono il rafforzamento delle cure coordinate, ma sottolineano che i modelli esistenti che funzionano bene non debbano essere compromessi da disposizioni eccessivamente rigide. Pur non essendo fondamentalmente contrario alla misura, il PLR non vede la necessità e il valore aggiunto della regolamentazione, in quanto già oggi i fornitori di prestazioni e gli assicuratori possono creare reti di cure. Dato che una regolamentazione troppo dettagliata rischia di ostacolare l'innovazione, suggerisce di definire unicamente condizioni quadro. L'UDC è del parere che non si possa rafforzare il coordinamento puntando sull'uniformazione. Per migliorare la qualità e l'efficienza sarebbe più efficace favorire la concorrenza.

Tra le **organizzazioni dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna**, l'ACS e l'UCS accolgono con favore la misura, anche se andrebbe precisata (UCS). Il coordinamento andrebbe remunerato in funzione del beneficio e del dispendio che comporta, ma è importante che i Cantoni abbiano un margine di manovra per adattare la misura al contesto regionale. Le reti dovrebbero essere create dai fornitori di prestazioni secondo un approccio bottom-up e non essere dirette esclusivamente da medici: questa visione è in contrasto con la collaborazione interprofessionale auspicata.

Tra le **associazioni mantello dell'economia**, il CP approva la misura. L'USAM la trova interessante, ma giudica troppo dettagliata la regolamentazione prevista. Andrebbero stabilite le condizioni di autorizzazione delle reti, ma la disciplina di tutti gli altri aspetti dovrebbe essere lasciata alle parti contraenti. Scienceindustries, ASSGP, Handelskammer beider Basel e GRIP plaudono alla promozione di un'assistenza coordinata ed evidenziano che un finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie sarebbe particolarmente utile. Dovrebbe esserci la possibilità di includere anche prestazioni che esulano dalla LAMal purché contribuiscano a ridurre i costi a carico dell'AOMS, come l'automedicazione con accompagnamento di un professionista (ASSGP, GRIP). Per l'USS la misura è un passo nella giusta direzione, ma la prima consulenza e il coordinamento dovrebbero essere forniti da un'unica fonte. Per evitare

la selezione dei rischi, la remunerazione forfettaria potrebbe essere completata da tariffe per singole prestazioni per i casi complessi. Il coordinamento dovrebbe essere finanziato dalle entrate fiscali piuttosto che dai premi e poter essere effettuato da personale non medico (USS, USAM).

Tra le **associazioni dei consumatori**, SKS, FRC e ACSI appoggiano il rafforzamento delle cure coordinate. Tuttavia, FRC esprime scetticismo per l'eccessiva complessità della proposta. Le reti dovrebbero essere dirette da personale medico in modo da operare secondo un'ottica medica. L'ACSI chiede che sia garantita la partecipazione dei pazienti e esclusa la creazione di reti controllate da assicuratori o da organizzazioni a scopo di lucro. Le reti dovrebbero anche essere attive sul fronte della prevenzione e prendere in considerazione tutti i fattori che hanno un impatto sulle condizioni di salute dei pazienti.

Tra i **fornitori di prestazioni**, Triaplus AG, IPW, Klinik SGM, PBL, UNP, PUK, LUPS, SMHC, VPPS, SVPS, SGAP, VDPS e VKJC sono favorevoli alla misura, a condizione che gli ambulatori psichiatrici possano far parte delle reti. Gli importi forfettari sono una soluzione valida ma devono riflettere anche le prestazioni di coordinamento ed essere completati da un modello ibrido che contempli tariffe per singola prestazione. VSAO e SHV accolgono la proposta, ma sono del parere che la (prima) consulenza e il coordinamento dovrebbero essere forniti dalla stessa struttura, che non dovrebbe avere una funzione di *gatekeeping* e andrebbe escluso dalla franchigia (VSAO). Anche le ostetriche dovrebbero poter dirigere le reti di cure coordinate: occorre quindi prevedere nella legge una funzione con competenze avanzate (*Advanced Practice*) e completare gli importi forfettari con una remunerazione delle singole prestazioni per i casi complessi (SHV). Secondo ÄTG, la misura è probabilmente efficace, ma andrebbero coperti i costi iniziali.

Spitex Schweiz, ASPS, CURAVIVA, senesuisse, SBK, SGI, SNL, SVBG, EVS, VFP, P.IP e SVDE sono fondamentalmente a favore della misura. Tuttavia, chiedono che si rinunci a definire in modo vincolante gli strumenti gestionali (ASPS, CURAVIVA, senesuisse). Le reti non devono comprendere unicamente prestazioni ambulatoriali (ASPS, CURAVIVA, senesuisse) e non devono essere necessariamente dirette da medici (Spitex Schweiz, ASPS, CURAVIVA, senesuisse, SBK, SGI, SNL, SVBG, EVS, SVDE, VFP, P.IP). Occorre inoltre tener conto del fatto che in alcuni Cantoni l'assistenza a domicilio Spitex è disciplinata da un mandato di prestazioni valido per l'intero territorio cantonale e che l'assistenza è fornita da un'unica organizzazione. Una remunerazione basata interamente su importi forfettari versati a una rete globale di cure è destinata a fallire a causa delle diverse modalità di finanziamento delle prestazioni. Secondo Spitex Schweiz è ragionevole prevedere importi forfettari per remunerare il coordinamento. Analogamente agli attuali modelli HMO, si dovrebbe prevedere la possibilità per i fornitori di fatturare direttamente le altre prestazioni. Non è opportuno remunerare tutti i servizi forniti dalla rete con importi forfettari. Tuttavia, occorre farlo tassativamente per le prestazioni di coordinamento (SVBG, EVS, SVDE, VFP, P.IP), comprese quelle erogate da fornitori del settore sociale o da professionisti della psicologia (SVBG, EVS, SVDE). La configurazione delle reti dovrebbe essere più flessibile rispetto a quanto previsto dal progetto (SVBG, EVS, SVDE, P.IP). L'obbligo concernente la cartella informatizzata del paziente è respinto e si chiede di integrare nella rete di cure anche i familiari (P.IP). VFP condivide l'idea della rete di cure come unico soggetto fatturante.

Physioswiss, Chirosuisse, pharmaSuisse, FSP, SDH e SDV sono favorevoli al principio delle reti di cure coordinate. Nel settore ambulatoriale, tuttavia, le reti dovrebbero comprendere almeno i medici di famiglia, i farmacisti e le professioni infermieristiche e non dovrebbero essere necessariamente dirette da un medico (Physioswiss, Chirosuisse, pharmaSuisse, FSP). Anche i chiropratici (Chirosuisse) e i droghieri dovrebbero potersi affiliare, per esempio per l'automedicazione (SDV). La definizione di importi forfettari uniformi e di obblighi relativi alla gestione sono un freno all'innovazione; la chiave del successo è la libertà di concludere contratti individuali, che viene però limitata dal progetto (Physioswiss, SDV, VSVA, ZRS). L'introduzione di importi forfettari per tutte le prestazioni può comportare un deterioramento della qualità per i malati cronici (FSP, VSVA, ZRS) e portare alla creazione di «super reti» (VSVA, ZRS). Anche le prestazioni finora non coperte dall'AOMS che hanno un effetto di contenimento dei costi devono poter essere fornite dalle reti (SDH).

SMN, VAKA, SMAG, Klinik Schützen Rheinfelden, GZF, ASM, ASL, KSB, PKS, Privatklinik Wyss, Psychiatrische Dienste Aargau, KSA, VPSB, die spitäler.be e Verein Barmelweid sono favorevoli al rafforzamento delle cure coordinate. Sottolineano però che una cooperazione imposta dall'alto è destinata a fallire e che le dinamiche esistenti non dovrebbero essere sostituite da una soluzione unica imposta dallo Stato. Secondo SMN e PKS, le condizioni di autorizzazione ostacolano l'innovazione e creano inutili barriere amministrative. Il coordinamento delle cure non dovrebbe limitarsi al settore ambulatoriale. SMN è del parere che le reti non debbano essere necessariamente dirette da medici. Gli importi forfettari possono essere concordati dalle parti contraenti e non devono essere stabiliti dalla legge. Sarebbe più efficace prevedere incentivi per i modelli assicurativi che prevedono cure coordinate, per esempio adeguando le disposizioni sulle riduzioni dei premi di cui agli articoli 90c e 93 segg. OAMaI.

H+, AllKidS, KJM, SVS, Forel Klinik, Insel Gruppe AG, USB, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birshof, VZK e GSASA respingono la misura. Lo sviluppo di modelli di business e il loro recepimento nella legge non è un compito dello Stato ed è in contraddizione con la concorrenza regolamentata. Il ruolo di autorità responsabile dell'autorizzazione e della sorveglianza dei Cantoni non è chiaro, in particolare nel caso di reti di cure intercantionali. Il tipo di remunerazione non dovrebbe essere prescritto dallo Stato, ma concordato dai partner tariffali. La proposta di affidare il controllo dell'intera catena di cure a organismi che non ne hanno la competenza è bocciata. Imporre strutture anziché la trasparenza dei risultati non è la strada giusta e i criteri di autorizzazione sono troppo dettagliati. H+, USB e Insel Gruppe AG sono del parere che anche gli ospedali debbano poter ricoprire il ruolo di reti di cure coordinate. FMH, KKA, Zmed, BEKAG, AeGLU, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, mfe, SGAIM, MSN, mediX, FMCH, OdA AM, Argomed, Unimedsuisse, SGDv e 53 pareri sono favorevoli alle cure coordinate, ma ritengono che le prescrizioni imposte dallo Stato compromettano il dinamismo, la flessibilità e la capacità di innovazione dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. Non è necessaria una nuova categoria di fornitori di prestazioni visto che è già possibile creare strutture che dispensano cure ambulatoriali erogate da medici e queste strutture possono fungere da rete di cure (KKA, Zmed, BEKAG, AeGLU, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, MSN, mediX, OdA AM). Le condizioni da soddisfare in materia di struttura, organizzazione e gestione delle reti sono eccessive e questo riduce l'attrattiva di un eventuale investimento (KKA, Zmed, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, mfe, MSN, mediX, Argomed, SGAIM, OdA AM, FMPP e 9 altre organizzazioni, nonché 27 pareri, SGDv e 53 pareri, PULSUS, FMCH). Già oggi i partner tariffali possono concordare remunerazioni forfettarie; non è quindi necessario introdurre un obbligo in tal senso (Zmed, mfe, MSN, mediX, SGAIM, FMPP e altre 9 organizzazioni e 27 pareri, SGDv e 53 pareri). Gli importi forfettari per l'intero percorso terapeutico si prestano meglio di quelli che per esempio coprono solo i primi accertamenti, ma devono tener conto anche del dispendio legato al coordinamento (KKA, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS). Gli importi forfettari possono essere opportuni per gli atti medici ma non per le attività intellettuali, come per esempio il consulto, altrimenti c'è un rischio di razionamento delle prestazioni (SGDv e 53 pareri, SGPMR, SGR, Ruoss Cecile). Non è possibile introdurre importi forfettari lungo tutta la catena di cure; vi è il rischio che le reti evitino di offrire percorsi terapeutici complessi (FMH, FMCH, Unimedsuisse, SSO, VKZS). A trarre vantaggio dagli importi forfettari sono in primo luogo i fornitori che possono sfruttare economie di scala ma che non trattano pazienti anziani o malati cronici. Questo porta a un deterioramento della qualità dell'assistenza (PULSUS, SGR). Gli studi medici indipendenti risulterebbero perdenti anche se hanno costi comprovatamente inferiori. Questa situazione comporta ulteriori costi per l'AOMS ed esercita una pressione sul personale sanitario, analogamente a quanto avviene con i DRG (SVM). Le reti devono essere incentrate sui medici di famiglia (mfe, SAIM); l'obbligo relativo alla cartella informatizzata del paziente viene respinto (mfe, SGAIM, SGR). Mws boccia la misura perché ritiene che favorisca il paternalismo di Stato e sottolinea che la scelta di ricorrere a una rete di cure coordinate deve restare volontaria. Secondo Unimedsuisse, la proposta non è matura e auspica il lancio di progetti pilota. SSO e VKZS respingono la proposta di considerare le reti nuovi fornitori di prestazioni in quanto le responsabilità non sono sufficientemente chiare, le misure non sono precisate nella legge e c'è il rischio di introdurre la libertà di contrarre in forma dissimulata.

Tra gli **assicuratori**, *santésuisse* è favorevole alle reti di cure pur sottolineando che queste non sono efficienti di per sé: possono infatti far lievitare i costi o sottrarre profitti. È quindi necessario che i partner tariffali elaborino soluzioni contrattuali. *curafutura* è critica nei confronti della misura, *Groupe Mutuel* la respinge, *SWICA* approva l'approccio ma è scettica verso soluzioni imposte dallo Stato. Vanno disciplinati solo i requisiti minimi che tutte le reti devono soddisfare (CSS), mentre gli altri aspetti possono essere regolamentati meglio attraverso partenariati tariffali (*curafutura*, CSS). Le reti non devono essere necessariamente dirette da medici; può essere opportuno coordinare anche solo singole parti della catena di cure (CSS). La remunerazione mediante importi forfettari può incentivare all'efficienza (CSS), ma mancano evidenze delle possibilità di risparmio. Sarebbe meglio introdurre gli incentivi giusti (*SWICA*). L'obbligo di contrarre vanificherebbe gli incentivi all'innovazione (*Santésuisse*, *SWICA*, *Groupe Mutuel*).

Tra le **organizzazioni di pazienti**, *SPO*, *Chronischkrank.ch*, *LLS*, *Evivo*, *AGS*, *Blaues Kreuz Schweiz*, *Verein Morbus Wilson*, *Agile.ch*, *Graap*, *Verein-mps*, *ProRaris*, *CFCH*, *FSP/DVSP*, *Oncosuisse*, *KLS*, *GELIKO*, *QCC*, *Engagés pour la santé*, *PCS* e *SF MVB* sono favorevoli a considerare le reti di cure coordinate una categoria di fornitori di prestazioni a sé stante ma ritengono che non debbano essere gestite da assicuratori, che debbano includere anche la prevenzione e altre prestazioni non coperte dalla *LAMal* (*Chronischkrank.ch*, *LLS*, *Evivo*, *AGS*, *Blaues Kreuz Schweiz*, *Oncosuisse*, *KLS*, *GELIKO*, *QCC*, *Engagés pour la santé*) come pure centri per la cura delle malattie rare (*Verein Morbus Wilson*, *Agile.ch*, *Graap*, *Verein-mps*, *ProRaris*, *CFCH*, *IGSK*) e debbano essere prive di barriere (*SGB-FSS*). *Engagés pour la santé* esprime scetticismo nei confronti della remunerazione forfettaria, in quanto il dispendio può dipendere molto dalle possibilità dei pazienti. *QCC* vorrebbe che le reti siano configurate in modo flessibile poiché i bisogni variano molto da un individuo all'altro.

Netzwerk Gutes Alter, *SSR*, *Kindesverlust.ch* e *VASOS FARES* prediligono l'istituzione di un centro unico di consulenza e coordinamento anziché la creazione di centri di prima consulenza e reti a sé stanti perché considerano che la consulenza, il coordinamento e la gestione della documentazione medica siano compiti interconnessi e interdipendenti tra loro. Per evitare la selezione dei rischi, dovrebbe essere possibile fatturare, per i casi complessi, prestazioni singole oltre che importi forfettari. Bisogna impedire che nei modelli HMO e medico di famiglia vi siano incentivi economici che spingano gli assicurati a rinunciare a prestazioni auspicabili o addirittura necessarie; i contratti tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni devono essere pubblicati e vanno create procedure per verificare l'offerta eccedentaria, deficitaria e inadeguata. *Kindesverlust.ch* vorrebbe che la legge precisi il ruolo degli infermieri con competenze avanzate (*Advanced Practice Nurses*).

Tra le **altre organizzazioni**, *GFCH*, *AT*, *Public Health Switzerland*, *ABSG*, *AEG* e *SAGES* accolgono con favore la misura ma sottolineano che anche le prestazioni di prevenzione e le organizzazioni che le forniscono e quelle attive nel lavoro sociale (*SAGES*) devono farne parte. Le reti non dovrebbero essere gestite da assicuratori o da organizzazioni controllate da questi. *PRISM* sostiene la misura, ma ritiene che dovrebbe includere anche gli ospedali e il coordinamento con essi e, nel limite del possibile, prevedere il lancio di progetti pilota. Le cartelle informatizzate dei pazienti dovrebbero essere strutturate in modo uniforme per garantire l'interoperabilità; inoltre, il coordinamento dovrebbe poter essere affidato anche a professionisti non medici. *Fmc* caldeggia la misura e la remunerazione forfettaria, ma boccia l'obbligo di contrarre: la concorrenza incentrata sulla qualità e sui costi va mantenuta e le reti non dovrebbero essere necessariamente dirette da medici.

IG E-Health accoglie con favore le reti di cure coordinate ma critica la remunerazione con importi forfettari uniformi. Ritiene infatti che il vantaggio delle reti consista nella libertà di concludere contratti individuali con gli assicuratori e che con la misura proposta questa libertà risulterebbe limitata. Anche *FGS* preferisce la stipula di contratti con gli assicuratori e chiede che le reti siano libere di definire la propria organizzazione e le proprie strutture operative. Crede che valga la pena valutare un ulteriore sviluppo delle cure coordinate, ma è del parere che l'attuale dinamica non vada frenata né soppiantata da una standardizzazione forzata imposta dall'alto. Ad essere importanti sono la presenza di incentivi adeguati e la trasparenza sulla qualità. *MTK* teme che i nuovi fornitori di prestazioni facciano aumentare i costi. *vips* appoggia

la misura, ma auspica che le reti siano libere di definire la propria organizzazione e struttura e che i pazienti non debbano essere trattati con condiscendenza.

4.4.1 Articolo 35 capoverso 2 lettera o

Secondo ÄTG, per sgravare i medici di famiglia, ridurre i costi e ottimizzare i trattamenti, nella creazione di reti di cure andrebbe valorizzata la collaborazione interprofessionale con gli assistenti di pratica medica (MPA). A tal fine, andrebbero promosse le formazioni continue di coordinatore in medicina ambulatoriale e nel settore della gestione dei malati cronici (*Chronic Care Management*, CCM), ma soprattutto si dovrebbe garantire una remunerazione delle prestazioni fornite sotto la supervisione del medico di famiglia responsabile.

4.4.2 Articolo 36b Reti di cure coordinate

BS evidenzia una contraddizione: da un lato le reti sono chiamate a fornire le prestazioni di cui agli articoli 25-31 LAMal in modo ambulatoriale e coordinato, dall'altro queste stesse prestazioni comprendono anche cure stazionarie. Le reti includono infatti un centro di coordinamento e i fornitori di prestazioni affiliati per contratto. Questo significa che potranno fornire anche prestazioni stazionarie nella misura in cui sono affiliate strutture sanitarie ospedaliere. Di rimando, ciò è in contraddizione con la definizione di rete di cui all'articolo 36b capoverso 1 lettera a dell'avamprogetto LAMal. Il fatto che l'adesione a una comunità certificata o a una comunità di riferimento certificata sia uno dei requisiti per autorizzare una rete di cure coordinate a operare è accolto con favore. Tuttavia, rimane aperta la questione relativa al sistema di incentivi, dato che attualmente i fornitori di prestazioni ambulatoriali non sono obbligati ad affiliarsi a una comunità di riferimento (doppia volontarietà).

GE vorrebbe che l'avamprogetto chiarisse come procedere per la remunerazione nel caso di un assicurato che si rivolge a una rete di cure ma vorrebbe poter fare ricorso anche a fornitori di prestazioni che non sono affiliati.

QCC sottolinea che in particolare i malati cronici e i pazienti con multimorbilità hanno bisogno di una rete di professionisti che lavorino in modo coordinato, poiché in taluni casi hanno esigenze molto diverse e necessitano di trattamenti specifici. Pertanto, considera il capoverso 3 lettera b un requisito minimo e non una definizione fissa.

La FMH è contraria al fatto che nel quadro della designazione delle prestazioni a livello dell'OPre il Consiglio federale o il DFI stabiliscano quali fornitori non medici possono fornire prestazioni e quali. La fatturazione di tutte le prestazioni erogate dalla rete attraverso un unico fornitore è problematica dal punto di vista della responsabilità civile.

Il Consiglio federale deve poter fissare requisiti di autorizzazione che riguardano la qualità e il suo sviluppo, per esempio l'organizzazione obbligatoria di circoli di qualità (SBK, SGI, SNL)

4.4.3 Articolo 48a Convenzioni tariffali con reti di cure coordinate e disposizioni transitorie

Secondo SMN e mediX, il capoverso 2 introdurrebbe di fatto un'associazione di medici su modello tedesco (*kassenärztliche Vereinigung*) a livello di rete di cure coordinate. La remunerazione delle singole prestazioni all'interno di una rete è una questione che riguarda la singola rete. Questo significa che sarebbero necessari ulteriori negoziati per determinare in che modo gli importi forfettari debbano essere ripartiti tra i vari fornitori di prestazioni.

4.5 Pareri sui programmi di assistenza ai pazienti

Sui programmi di assistenza ai pazienti si sono pronunciati complessivamente **206 partecipanti**. La misura è stata **approvata dalla maggioranza degli attori**.

La **CDS** e i **Cantoni** ritengono che vada portata avanti e chiedono che la competenza cantonale per l'approvazione di tali programmi sia esplicitamente disciplinata a livello legislativo. Alcuni Cantoni propongono aggiunte/adeguamenti di lieve entità. Per VD e NE i programmi

non devono necessariamente essere diretti da un medico, mentre BE e BS ritengono che vadano chiariti alcuni aspetti riguardanti il finanziamento. Anche le competenze dei Cantoni andrebbero precisate (TI e GE).

I **partiti** pvl, PLR, I Verdi, PPD, PSS, EVP sono fundamentalmente favorevoli alla misura. UDC e PLR chiedono che la regolamentazione e l'allestimento dei programmi siano lasciati ai partner tariffali.

Tra le **associazioni dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** l'UCS approva le linee di fondo della misura, ma rivendica per i Cantoni un ruolo centrale ritenendo estremamente importante l'adattamento dei programmi alle specificità regionali. Il progetto andrebbe dunque rivisto in tal senso. L'UCS è inoltre dell'avviso che l'attuale versione manchi di concretezza al punto da rendere difficile qualsiasi giudizio in merito.

La misura è sostenuta dalle **associazioni mantello dell'economia** (scienceindustries, Wirtschaftsverband Chemie, Pharma Life Sciences, ASSGP, Handelskammer beider Basel, GRIP), che sottolineano come un finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS) favorirebbe l'assistenza sanitaria integrata. USS e CP approvano la misura. L'USAM ritiene che valga la pena di vagliarla, ma non condivide la necessità di porre tali programmi strutturati sotto direzione medica.

Le **associazioni di consumatori** FRC, Stiftung für Konsumentenschutz e ACSI esprimono parere positivo. Quest'ultima propone comunque piccoli adeguamenti.

Tra i **fornitori di prestazioni** le opinioni sono discordi. Inselgruppe e USB bocciano la misura in quanto gli ospedali non sono presi in considerazione nelle proposte. KKA, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH e Zmed invece la rifiutano in quanto non adatta ai fini del raggiungimento degli obiettivi. FMCH la respinge ritenendo che l'innovazione e lo sviluppo di prestazioni mediche non possano essere statalizzati, mentre FMH sostiene che non vadano lasciati pieni poteri al Consiglio federale in sede di attuazione. H+, SVS e GSASA propongono di contemplare nella misura le prestazioni fornite dai farmacisti ospedalieri. Anche pharma-Suisse evidenzia questa lacuna del progetto. VSVA e ZRS aggiungono inoltre che andrebbero prese in considerazione anche le prestazioni delle farmacie per corrispondenza. Vaka, SMAG e Klinik Schützen Rheinfelden approvano la misura. mfe e SGAIM ritengono che i programmi di assistenza ai pazienti non possano funzionare senza medici e che dovrebbero favorire una collaborazione interprofessionale strutturata. SBK sottolinea che, parallelamente alle misure di contenimento dei costi, andrebbero promosse l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione nonché l'autogestione dei pazienti. SGDV (53 altri dermatologi) e PULSUS ritengono che il Consiglio federale non debba disporre della competenza esclusiva di definizione delle prestazioni. vsao e ÄTG chiedono che siano prese in considerazione anche le prestazioni di fornitori non riconosciuti dalla LAMal (p. es. MPAs). Un'analogha proposta è formulata anche da Svbg, EVS, VFP e SVDE. SGPMR, Argomed e SHV esprimono grande apprezzamento per la misura, sostenuta anche da Spitex Schweiz, Allkids, FSP, unimedsuisse e physioswiss.

Gli **assicuratori** invece respingono le proposte. Santésuisse e curafutura le bocciano non vedendo la necessità di ulteriori regolamentazioni. Anche CSS, Swica e Groupe Mutuel la pensano allo stesso modo.

Tra le **associazioni di pazienti** la misura è accolta con favore. Chronischkrank.ch, LLS, Oncosuisse, Evivo, KLS, GELIKO, AGS, Blaues Kreuz Schweiz propongono di riformulare l'espressione «programmi strutturati sotto la direzione di un medico», di cui all'articolo 25 capoverso 2 lett. i, in «programmi organizzati a livello nazionale o cantonale sotto sorveglianza medica». SF MVB esorta il Consiglio federale a prendere in considerazione la consulenza ai genitori negli sforzi volti a ridurre i costi nel settore sanitario. AGILE.CH chiede invece che sia incluso nei programmi anche il settore dei malati psichici. FSP e SVSP propongono di

modificare nell'articolo 25 capoverso 2 lettera i il termine «direzione» in «sorveglianza». Infine, SPO, QCC, vips e Engagés pour la Santé approvano la misura con piccoli aggiustamenti.

Tra le **altre organizzazioni**, GFCH, AT, Public Health Schweiz, ABSG e AEG suggeriscono di modificare l'espressione «programmi strutturati sotto la direzione di un medico», di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera i, in «programmi organizzati a livello nazionale o cantonale sotto sorveglianza medica». Proposta identica anche per l'articolo 33 capoverso 3^{bis}. Alève Mine sostiene che la medicina alternativa e complementare può ridurre sostanzialmente i costi sanitari, specialmente in caso di malattie gravi. L'associazione Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen ritiene opportuni un esame approfondito e uno sviluppo della normativa, ma senza imposizione di prestazioni e riserve di approvazione da parte dell'Amministrazione. MTK sostiene in linea di principio la promozione di programmi di assistenza ai pazienti. La responsabilità di determinare i requisiti di tali programmi dovrebbe però essere lasciata come oggi ai partner tariffali. IG e-Health approva la misura con riserva poiché ritiene che bisognerebbe stabilire in via preliminare a quale specialista della salute compete la direzione e, di riflesso, la responsabilità di ciascuna prestazione. FGS invece la rigetta, essendo convinta che programmi strutturati sotto direzione medica possono essere già organizzati con le attuali basi legali. FMC teme che la prevista definizione delle prestazioni e l'approvazione dei programmi da parte dello Stato non generino la stessa dinamica e forza d'innovazione dei partenariati tariffali. Inoltre, non sarebbe opportuno consentire l'attuazione delle misure proposte esclusivamente sotto direzione medica. PRISM approva la misura e propone di aggiungere un'ulteriore lettera all'articolo 25 capoverso 2 per le prestazioni di cura (*care*) e *case management* oltre che di fissare le competenze sul piano giuridico.

4.6 Pareri sull'articolo 32 capoverso 3 (Basi giuridiche per l'esame differenziato dei criteri di efficacia, appropriatezza e economicità secondo l'articolo 32 LAMal e per il calcolo di una remunerazione il più conveniente possibile)

Questa misura è stata **approvata dalla maggioranza dei 249 attori** che si sono pronunciati in merito.

4.6.1 Articolo 32 capoverso 3

La **CDS e i Cantoni** approvano la regolamentazione proposta. ZG chiede inoltre che i parametri essenziali siano fissati nella legge.

PBD e PPD auspicano una precisazione a livello legislativo. Il PSS sostiene la misura, l'EVP ne approva i tratti fondamentali, mentre l'UDC la boccia.

Le **associazioni dell'economia** hanno espresso, nella grande maggioranza dei casi, un parere negativo (FER, vips, CP, scienceindustries, economiesuisse, iph, ASSGP, Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU, Handelskammer beider Basel, GRIP, Swiss Medtech, USAM). Oggetto delle loro critiche è soprattutto la norma di delega, considerata troppo ampia, che andrebbe a discapito della pianificabilità e della certezza del diritto. L'USS approva la misura.

Le **associazioni di consumatori** (CFC, FRC, ACSI e Stiftung für Konsumentenschutz) esprimono parere positivo.

In generale gli **assicuratori** e le loro associazioni (Groupe Mutuel, santésuisse, CURAVIVA) sostengono la misura, tranne SWICA che la respinge.

I **fornitori di prestazioni** sono invece divisi. Gli ospedali (H+, SVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, unimedsuisse, Gesundheitszentrum Fricktal AG, VPPS, Hirslanden Klinik St. Anna, PUK, LUPS, Universitätsklinik Balgrist, VDPS, SMHC, VKJC, VKZ, Hirslanden Klinik Birshof AG, SGM, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, SVPC, UPD, Hirslanden AG, SGAP-SPPA, PBL, Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka, Salina Medizin AG (Rehaklinik),

GSASA, Insel Gruppe AG), Spitex Schweiz, ASPS e Senesuisse approvano la finalità della misura, ma esprimono parere negativo sulla modifica di legge. Secondo gli ospedali, a livello legislativo servono formulazioni ancora più precise. EVS, SVDE ASDD e Allkids ritengono che la regolamentazione riguardante il riesame dei programmi di assistenza ai pazienti debba necessariamente essere sviluppata coinvolgendo gli specialisti interessati o le loro associazioni. SBK, SNL e SGI approvano in linea di principio la misura, ma non è ancora sufficientemente chiaro come il Consiglio federale proceda alla definizione dell'esame. FAMH sottolinea come i confronti di prezzo con l'estero per le analisi di laboratorio siano estremamente delicati. La maggior parte dei fornitori di prestazioni che si sono espressi, tra cui FMH, PKS, Société Médicale du Valais, physiosuisse, mfe, SSO, DAKOMED, FMPP, SGDv, bocciano la misura, considerandola un eccesso di regolamentazione e quindi superflua.

Alcune **organizzazioni di pazienti** (AGILE.CH, Verein Morbus Wilson, ProRaris, CFCH, graap, Verein Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen Schweiz) respingono la misura, temendo che con questa nuova regolamentazione venga attuato il principio di convenienza dei costi e che l'efficacia e l'appropriatezza siano relegate in secondo piano. Altre la trovano invece opportuna pur formulando alcune osservazioni in merito (Oncosuisse, Krebsliga, GE-LIKO, DVSP, FSP, VASOS, Engagés pour la Santé). Procap e RDAF sottolineano che nell'applicazione dei criteri EAE è necessario tenere conto delle malattie rare. BFG e IG eHealth bocciano decisamente la proposta. Dal canto suo, FGS chiede una definizione più precisa del riesame EAE.

4.7 Pareri su modelli di prezzo e restituzioni nonché sulla deroga al diritto d'accesso ai documenti ufficiali

Su queste misure si sono espressi complessivamente **126 partecipanti**. I **modelli di prezzo** sono stati **approvati dalla maggioranza** degli attori, mentre la **deroga alla legge sulla trasparenza** è stata **respinta**.

La CDS e i **Cantoni** ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, GE, JU considerano appropriato un maggior ricorso a modelli di prezzo, anche se deplorano la mancanza di trasparenza in un'ottica di acquisti a prezzi scontati. Tra i beneficiari delle restituzioni devono però necessariamente figurare tutti i soggetti che sostengono i costi, per esempio nel caso delle remunerazioni complementari in ambito stazionario. Una soluzione potrebbe essere rappresentata dal fondo per le restituzioni gestito dall'Istituzione comune LAMal. GL sottolinea inoltre che già ora, in presenza di una forte pressione sui prezzi, molti fornitori, in particolare i fabbricanti di principi attivi, abbandonano il mercato svizzero. Questo provoca regolarmente penurie e problemi di consegna. Malgrado la minore trasparenza, TI sostiene i modelli di prezzo dato che puntano a rendere accessibili i medicinali a prezzi inferiori per i pazienti. Secondo GE sarebbero opportune ulteriori misure in materia di generici, importazioni dei medicinali e digitalizzazione.

I **partiti** PBD, PPD, EVP e pvl approvano i modelli di prezzo con restituzioni. Secondo PBD, PPD e pvl, la Svizzera non potrà cambiare da sola il sistema in essere, ragion per cui, in questo caso specifico, la rinuncia al principio di trasparenza è tollerabile. L'EVP è contrario alla deroga alla legge sulla trasparenza. PBD e PPD ritengono che sia compito delle autorità determinare i prezzi in funzione dei benefici. PLR e UDC non considerano opportuna l'adozione di un sistema opaco. Il PLR si dice favorevole all'esame di modelli di prezzo alternativi per i medicinali più cari, come per esempio i modelli noti come *capping* (rimunerazione in caso di comprovata efficacia) o *pay for performance*. Secondo l'UDC, ai fini della determinazione del prezzo, oltre alla valutazione dei benefici e ai controlli di qualità, devono essere garantiti trasparenza, limiti chiari nonché l'accessibilità fin dal giorno dell'omologazione da parte Swissmedic. Dal punto di vista dell'UDC è del tutto inappropriato introdurre a livello di ordinanza il principio di convenienza per i prezzi dei medicinali. Il PSS e I Verdi sono favorevoli a un approfondimento del coordinamento internazionale per ottenere prezzi adeguati, maggiore trasparenza e migliore accessibilità. Secondo I Verdi la mancanza di trasparenza fa unicamente il gioco dei fabbricanti. Il PSS non si oppone alla creazione di una base legale che garantisca maggiore certezza del diritto ai modelli di prezzo, ma è contrario a derogare al principio di

trasparenza. AL ZH propone di stralciare la misura e rendere invece maggiormente trasparenti i prezzi e il loro processo di definizione.

Le **organizzazioni dell'economia** iph, scienceindustries, ASSGP, GRIP, Handelskammer beider Basel e vips sostengono l'istituzione di un fondo per le restituzioni poiché renderebbe possibile l'attuazione di modelli basati sul prezzo e sui volumi. vips sostiene la proposta per i medicinali dal prezzo elevato ed è favorevole a modelli di prezzo ad hoc basati sui benefici; le associazioni di portatori di interesse devono tuttavia poter negoziare tali modelli di prezzo con l'UFSP e pianificabilità, flessibilità, confronto con i prezzi praticati all'estero e confronto terapeutico trasversale devono essere equilibrati. Secondo scienceindustries i modelli di prezzo non rappresentano soltanto uno strumento di riduzione del prezzo, ma rendono possibile l'accesso anche in caso di elevata incertezza riguardo all'efficacia o ai costi grazie alla ripartizione dei rischi con modelli di tipo *pay for performance* o basati sui volumi. Per IG Schweizer Pharma KMU, pur essendo in linea di principio importanti per gli ambiti innovativi, protetti da brevetto e caratterizzati da prezzi elevati, i modelli di prezzo non dovrebbero impedire la creazione di un nuovo sistema di formazione dei prezzi per tutti i medicinali. Questo dovrebbe includere regole per i medicinali a costi contenuti destinati alle cure di base, per i medicinali dal prezzo elevato, innovativi e protetti da brevetto e anche per i medicinali complementari e fitoterapeutici. Questi ambiti dovrebbero essere trattati separatamente in quanto del tutto diversi tra loro.

vips, scienceindustries, GRIP, Handelskammer beider Basel, iph e ASSGP considerano la deroga alla legge sulla trasparenza una condizione necessaria per i modelli di prezzo. IG Schweizer Pharma KMU è invece contraria a un ulteriore aumento dell'opacità.

Economiesuisse e USAM approvano i modelli di prezzo a condizione che la trasparenza dei prezzi venga di norma garantita (economiesuisse), anche se la deroga alla legge sulla trasparenza è insoddisfacente (USAM). Serve maggiore flessibilità nella determinazione del prezzo al fine di garantire un accesso più rapido ai nuovi medicinali, idealmente fin dal momento dell'omologazione da parte di Swissmedic. L'USAM dubita tuttavia che sia veramente necessario modificare la legge.

L'USS approva in linea di principio i modelli di prezzo. Tutte le restituzioni devono tuttavia essere rese pubbliche e annotate nell'elenco delle specialità, anche se ciò esclude determinati modelli di prezzo. Per il sindacato la deroga alla legge sulla trasparenza rappresenterebbe una capitolazione di fronte agli interessi dell'economia privata.

Le **associazioni di consumatori** ACSI, FRC e SKS approvano i modelli di prezzo dato che per i nuovi medicinali sussistono rischi e incertezze (FRC), solo però a patto che la trasparenza sia totale, che le condizioni dei modelli e delle restituzioni siano rese pubbliche, che si rinunci quindi a una deroga alla legge sulla trasparenza e che i modelli di prezzo non portino a una riduzione dei trattamenti rimborsati (ACSI). La CFC teme un effetto di risparmio solo limitato nel tempo, dato che la misura non ha alcun impatto sui volumi. Bisognerebbe inoltre aumentare la trasparenza e non ridurla.

I **fornitori di prestazioni** FMCH, unimedsuisse, H+, AllKidS, GSASA, Insel Gruppe AG, vaka, Salina Medizin AG, Klinik Schützen Rheinfelden, Triaplast AG, PBL, SGM, IPW, SVPC, UPD, Forel Klinik AG, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birchhof, Gesundheitszentrum Fricktal, SGAP-SPPA, SGR, PUK, LUPS, SVS, SGPMR, VDPS, SMHC, VKJC, VPPS, Verein Barmelweid e VKZ sono favorevoli a modelli di prezzo per i farmaci di prezzo elevato, innovativi, e protetti da brevetto.

KKA, SMVS e BEKAG ritengono invece che le possibili restituzioni siano troppo complicate e poco praticabili. DAKOMED e SDV respingono i modelli di prezzo perché il meccanismo manca di trasparenza e i medicinali a basso prezzo e di provata efficacia impiegati abitualmente sarebbero trattati in modo impari rispetto ai medicinali costosi e innovativi ma dagli effetti ancora incerti. Le organizzazioni di medicina pediatrica (KJM) bocciarono la proposta perché talmente generica da rendere impossibile un giudizio sui contenuti. AeGLU si dice contrariata per il fatto che continuerà a essere possibile esigere un prezzo particolarmente elevato per i medicinali immessi sul mercato svizzero.

Secondo H+, Insel Gruppe AG, Salina Medizin AG, vaka, Klinik Schützen Rheinfelden, Triaplust AG, PBL, SGM, IPW, SVPC, UPD, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birshof, SGAP-SPPA, PUK, LUPS, VDPS, SMHC, VKJC, VKZ, unimedsuisse, Gesundheitszentrum Fricktal, VPPS, SVS e Forel-Klinik AG la deroga alla legge sulla trasparenza è prassi consueta a livello internazionale e indispensabile per garantire ai pazienti l'accesso a terapie innovative. DAKOMED, Medswiss.net, FMCH, SSO, SDV, Verein Barmelweid e zmed non sono invece d'accordo di rinunciare alla trasparenza in tale ambito. vsao pensa che ciò nuocerebbe all'accettazione dei modelli di prezzo. Per SGPMR va perseguita una gestione per quanto possibile trasparente. FMCH teme che la mancanza di trasparenza impedisca il confronto terapeutico trasversale.

Per quanto riguarda le restituzioni, unimedsuisse e USB ritengono che vadano precisati i rapporti tra i diversi processi e le condizioni inerenti al trasferimento incompleto di sconti. A fini statistici, le restituzioni devono inoltre essere attribuite correttamente alle singole categorie di costi. pharmaSuisse, VSVA e VSSG propongono di prevedere remunerazioni anche per i farmacisti che, innovando, sappiano assumere un ruolo di contenimento dei costi orientato al paziente all'atto dell'introduzione di medicinali, della relativa valutazione nonché nella garanzia dell'aderenza terapeutica; si potrebbe inoltre estendere tale responsabilità ai fabbricanti. VSVA e Zur Rose Suisse AG chiedono che nel calcolo dei modelli di prezzo siano incluse anche le prestazioni delle farmacie autorizzate a esercitare per corrispondenza.

Gli **assicuratori** Groupe Mutuel e SWICA e l'associazione santésuisse esprimono parere negativo sulle restituzioni, in particolare attraverso l'Istituzione comune LAMal. Per santésuisse e Groupe Mutuel, le restituzioni comportano oneri troppo elevati per gli assicuratori. I modelli di prezzo dovrebbero restare un'eccezione ed essere applicati solo quando un prezzo fisso non è appropriato, per esempio in caso di terapie combinate. Gli sconti segreti possono inoltre provocare aumenti dei prezzi. Eventualmente si potrebbe valutare la possibilità di limitare a cinque anni la validità dei modelli a partire dall'inserimento nell'elenco delle specialità. Gli assicuratori dovrebbero inoltre essere obbligati a farsi carico dei medicinali il cui costo supera una determinata soglia solo a posteriori e in caso di comprovato successo terapeutico. Secondo santésuisse, curafutura, CSS, Groupe Mutuel e SVV la deroga alla legge sulla trasparenza contraddice principi di governance di centrale importanza. curafutura e CSS propongono in alternativa una combinazione di prezzi di listino pubblici e fatturazione a prezzi effettivi, non pubblici, da parte dei partner tariffali. Almeno gli assicuratori (CSS, SWICA) e i fornitori di prestazioni (CSS) dovrebbero essere a conoscenza dei prezzi netti.

Groupe Mutuel preferisce un miglioramento degli attuali criteri di fissazione del prezzo con introduzione del principio di convenienza dei costi e del riesame annuale. curafutura, CSS e Groupe Mutuel auspicano un diritto di ricorso per gli assicuratori contro la fissazione del prezzo. CSS afferma che restituzioni non corrette in base al rischio significherebbero la fine della compensazione dei rischi. CSS, Groupe Mutuel, SWICA e SVV chiedono un numero ridotto di modelli di prezzo differenti per i quali siano però definiti criteri chiari.

Le **organizzazioni di pazienti** FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga, oncosuisse, RDAF e VASOS FARES sostengono i modelli di prezzo a condizione che non determinino una riduzione dei trattamenti rimborsati (FSP/DVSP) e garantiscano maggiore rapidità di accesso (RDAF). Nei modelli di prezzo dovrebbero essere presi in considerazione anche i benefici (GELIKO, Krebsliga, oncosuisse, RDAF). Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, CFCH, graap, ProRaris e verein-mps auspicano che grazie ai modelli di prezzo i pazienti possano accedere più rapidamente ai nuovi medicinali. L'introduzione di un fondo tramite cui pagare i nuovi medicinali finché sono in corso le trattative inerenti al prezzo potrebbe garantirne una rapida disponibilità. Engagés pour la santé chiede di precisare quando la restituzione va fatta agli assicuratori e quando all'Istituzione comune LAMal.

Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, GRAAP, RDAF e CFCH sostengono la deroga alla legge sulla trasparenza. FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga, oncosuisse, ProRaris e VASOS FARES invece la respingono perché a trarne vantaggio sarebbero esclusivamente i fabbricanti; una fissazione dei prezzi basata sull'evidenza sarebbe più efficace. A livello internazionale, grazie in particolare all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), si sono intensificati gli sforzi per

una maggiore trasparenza. Una maggiore cooperazione tra gli Stati e la creazione di trasparenza sono indispensabili a medio e lungo termine per una politica dei prezzi veramente efficace. Per Engagés pour la santé è necessario puntare alla massima trasparenza possibile.

Per quanto riguarda le **altre organizzazioni**, MTK auspica una base omogenea e trasparente per la formazione dei prezzi dei medicinali e ricorda che questi hanno ripercussioni anche sulle strutture tariffarie in ambito stazionario. Alève Mine teme che la posizione dei fabbricanti risulti ulteriormente rafforzata da queste misure. BFG è favorevole a nuovi modelli di formazione dei prezzi per i farmaci di prezzo elevato, innovativi, e protetti da brevetto; la loro idoneità e compatibilità al sistema va comunque verificata caso per caso. L'associazione si chiede inoltre se le grandi imprese farmaceutiche internazionali siano effettivamente in condizione di sviluppare simili modelli per il mercato svizzero. Sarebbe tuttavia più importante introdurre un sistema di formazione dei prezzi del tutto nuovo con regole per i medicinali convenienti destinati alle cure di base e per i medicinali dal prezzo elevato, innovativi e protetti da brevetto. Questa lacuna va colmata al più presto. L'associazione ritiene che le imprese debbano essere trasparenti per quanto riguarda i costi di fabbricazione e respinge quindi la deroga alla legge sulla trasparenza. FGS approva in linea di principio i modelli di prezzo e potrebbe accettare anche una deroga alla legge sulla trasparenza, a condizione che l'accesso ai medicinali sia garantito fin dal momento dell'omologazione da parte di Swissmedic. IG E-Health auspica che i modelli di prezzo siano disciplinati in modo più preciso a livello legislativo con meccanismi di formazione dei prezzi distinti per i medicinali a basso e ad alto prezzo. Non è invece favorevole a una deroga alla legge sulla trasparenza. Public Eye respinge i modelli di prezzo e ritiene che si dovrebbe esigere maggiore trasparenza da parte dei fabbricanti. Secondo Öffentlichkeitsgesetz.ch, deroghe caso per caso fanno della legge sulla trasparenza un bersaglio per interessi particolari. Un passo indietro in termini di trasparenza per i medicinali sarebbe inoltre in contraddizione con gli sforzi della Svizzera a favore di un coordinamento internazionale.

4.7.1 Articolo 18 capoverso 2^{septies} e disposizioni transitorie

pharmaSuisse propone di utilizzare i mezzi del fondo per il finanziamento di prestazioni che contribuiscono alla qualità e/o all'economicità delle cure di base. In tal modo si potrebbero coprire le prestazioni che non possono essere fatturate a nessun assicurato in particolare come, per esempio, i circoli di qualità interprofessionali, la sostituzione con medicinali generici o deficit nella parte propria alla distribuzione in caso di somministrazione di medicinali molto convenienti.

4.7.2 Articolo 42 capoverso 2 secondo periodo

BS ritiene che l'introduzione del sistema del terzo pagante sarebbe sensato, dato che, in certi casi, il prezzo che la persona assicurata paga per il medicamento non corrisponde al prezzo finale (al netto della restituzione). Questo avrebbe un impatto sulla partecipazione ai costi degli assicurati e, in talune circostanze, porterebbe a rimborsi di remunerazioni onerosi dal punto di vista amministrativo.

4.7.3 Articolo 52b Restituzioni

iph e scienceindustries sono dell'avviso che medicinali o nuove indicazioni debbano essere inseriti nell'elenco delle specialità e rimborsati a partire dalla data dell'omologazione da parte di Swissmedic, al fine di garantire ai pazienti l'accesso a medicinali innovativi. L'inserimento dovrebbe inizialmente essere provvisorio e andrebbe concordato un prezzo non definitivo tramite un modello di rimborso. Un accesso rapido grazie a dati provvisori non dovrebbe portare fin da subito a un prezzo «irreversibile». Ciò consentirebbe anche di limitare le remunerazioni di cui agli articoli 71a-71d OAMal ai singoli casi propriamente detti.

vips auspica un articolo a parte che disciplini in particolare la suddivisione dei medicinali in categorie per il (ri)esame EAE (preparati originali con protezione anti-copia, medicinali con principi attivi noti ma forme di somministrazione innovative, medicinali complementari e

fitoterapeutici, biosimilari, generici, terapie combinate ecc.). Si dovrebbero inoltre regolamentare le applicazioni *off-label* e fuori elenco, in modo che nell'ambito di una proposta terapeutica del medico curante non possa farsi strada la rinuncia alla terapia per ragioni di costo. In linea di principio, ci si dovrebbe attenere al riesame EAE triennale, ma i medicinali con costo terapeutico giornaliero non dovrebbero più essere riesaminati periodicamente al di sotto di una soglia da fissarsi a cura del Consiglio federale.

Secondo CSS, SWICA, medswiss.net e zmed la proposta di modifica non garantisce che gli assicurati ottengano il rimborso di un'eventuale partecipazione ai costi eccessiva rispetto al prezzo di listino pubblico. SWICA ricorda inoltre che nella partecipazione ai costi degli assicurati è inclusa anche l'IVA, mentre le restituzioni avvengono al netto dell'IVA.

4.7.4 Articolo 52c Deroga al diritto d'accesso ai documenti ufficiali

Per quanto riguarda i pareri sull'art. 52c, si fa riferimento al capitolo 4.7.

4.8 Pareri sull'articolo 41 capoverso 1 (Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera) e disposizioni transitorie

Su questa misura si sono espressi complessivamente **102 partecipanti**. La proposta è stata **approvata da una netta maggioranza**.

La CDS e 20 **Cantoni** (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, FR, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, NE, VS, JU) considerano appropriata la proposta. Vengono tuttavia sollevati dubbi sulla sua efficacia in termini di contenimento dei costi, dato che alcuni Cantoni hanno finora optato per tariffe di riferimento basse. I Cantoni chiedono di essere coinvolti nelle precisazioni a livello di ordinanza. Per BS e SG, l'ordinanza dovrebbe precisare che le tariffe di riferimento sono determinate sulla base di numeri di casi ponderati. FR ritiene che sarebbe troppo impreciso orientare la tariffa di riferimento unicamente alla tipologia di ospedale. GE auspica che l'ultimo periodo venga stralciato, altrimenti si rischia di ritrovarsi con tariffe di riferimento differenti per ogni singola prestazione. GL e SG respingono un'attuazione che per prestazioni comparabili preveda sistematicamente l'applicazione della tariffa più elevata. Secondo GE, un'attuazione di questo tipo è menzionata nel rapporto esplicativo, ma non è esplicitamente sancita dalla legge. UR e VS sono del parere che, in un'ottica di contenimento dei costi, per un trattamento fuori Cantone non si dovrebbe pagare più della tariffa minima prevista nel Cantone di domicilio per un trattamento comparabile; in TI si opera già in questo modo.

I **partiti** EVP, PLR, pvl e PSS sono favorevoli alla proposta. Il PLR ritiene che la libera scelta del fornitore di prestazioni in tutta la Svizzera anche in ambito stazionario sarebbe una misura ancora più efficace. Il pvl auspica una formulazione maggiormente vincolante, mentre l'UDC è convinta che esista già un sistema di tariffe di riferimento per la scelta dell'ospedale (SwissDRG). I Verdi sono invece molto critici nei confronti della misura e sono dell'opinione che la concorrenza intercantonale tra ospedali non vada ulteriormente stimolata.

Le **associazioni dell'economia** CP, Economiesuisse, USS e USAM accolgono con favore la proposta. L'USS si dice tuttavia pronta ad accettare tariffe di riferimento basse e quindi protezionistiche, solo se i Cantoni si unissero in regioni di assistenza sanitaria omogenee. CP si rammarica che per rafforzare la concorrenza si scelga la strada dell'ordinanza ed esorta a evitare meccanismi eccessivamente complessi.

Le **associazioni di consumatori** ACSI e FRC sostengono la misura. La CFC mette in guardia dal fatto che se da un lato le tariffe di riferimento stimolano la concorrenza, dall'altro possono provocare razionamenti e perdite di qualità.

I **fornitori di prestazioni** H+ e SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, LUPS, UPD, IPW, PBL e Triaplus AG nonché FMH, vsao, IGGH-CH, VLSS, SGAIM, FMCH, SGR, SGPMR, ÄTG e Verein Barmelweid sono favorevoli a tariffe di riferimento eque. H+ e 15 altre organizzazioni considerano però la formulazione proposta

troppo vaga e accettano le misure a condizione che a livello di OAMal venga stabilito un benchmark equo. vsao respinge qualsiasi aumento della pressione dei costi sugli ospedali. Secondo FMPP e MEDGES, Rohmeder-Arday Katalin e Praxis Welti GmbH la tariffa di riferimento dovrebbe basarsi su quella degli ospedali che forniscono la prestazione nella qualità necessaria, in modo efficiente e conveniente. Unimedsuisse, USB e Insel Gruppe AG chiedono per gli ospedali universitari una propria tariffa di riferimento o la tariffa del Cantone di ubicazione, altrimenti i Cantoni privi di ospedali universitari potrebbero fissare tariffe di riferimento sempre troppo basse. PKS e Hirslenden AG, Hirslenden Klinik Birshof, Hirslenden Klinik St. Anna, VZK, Uniklinik Balgrist, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka, ASL, ASM, KSA, KSB, SWT, Spital Zollikerberg e Swiss Medical Network esigono l'adozione della tariffa del Cantone di ubicazione piuttosto che una disposizione che, a loro dire, manca di chiarezza. Per fine, la libera scelta dell'ospedale da parte degli assicurati è in contrasto con la gestione per reti.

Gli **assicuratori** Groupe Mutuel, SWICA e CSS nonché l'associazione santésuisse accolgono con favore la misura. Groupe Mutuel e santésuisse sono comunque scettici sulla sua efficacia. curafutura chiede l'introduzione della libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera. Dal canto suo, CSS auspica una formulazione maggiormente vincolante.

Le **organizzazioni di pazienti** GELIKO, FSP/DVSP, Krebsliga, Oncosuisse, VASOS FARES approvano la proposta. Engagés pour la Santé invece la respinge, perché ritiene che provochi un aumento degli oneri amministrativi e un calo dei prezzi per effetto di una maggiore concorrenza, che metterebbero a rischio l'esistenza stessa di alcuni ospedali.

Tra le **altre organizzazioni**, BFG condivide pienamente l'obiettivo della misura, ma sostiene che per raggiungerlo basterebbe che tutti i Cantoni applicassero in modo corretto le disposizioni in materia di finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie in vigore dal 2012.

4.9 Pareri sull'articolo 42 capoverso 3^{ter} (Trasmissione elettronica delle fatture) e disposizioni transitorie

Questa misura è stata **approvata dalla maggioranza dei 145 attori** che si sono pronunciati in merito.

La **CDS** e i **Cantoni** accolgono con favore la proposta. TG ritiene che l'articolo 42 avamprogetto LAMal vada integrato in modo da escludere la trasmissione di dati a terzi nel quadro del processo di fatturazione elettronica.

I **partiti** (pvl, PBD, PPD, PSS, UDC e PLR) sono fundamentalmente favorevoli alla misura. Il pvl considera tuttavia necessario precisare la formulazione «per via elettronica» e sostiene che non serve un nuovo standard per lo scambio dei dati.

Le **associazioni mantello dell'economia** (CP, scienceindustries, Wirtschaftsverband Chemie, Pharma Life Sciences, FGS, Economie suisse, ASSGP) approvano la proposta. FGS chiede di sostituire l'aggettivo «elettronica» con «digitale».

Le **associazioni di consumatori** (USS, CFC, FRC, ACSI, Stiftung für Konsumentenschutz) sono favorevoli alla misura.

I **fornitori di prestazioni** vsao, SGPMR, Spitex Schweiz, vips, iph, AGS, SBK, GRIP, KJM, Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi, Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug, PBL, SGM, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, SVPC, UPD, Hirslenden AG, SGAP-SPPA, Hirslenden Klinik St. Anna, PUK, LUPS, VDPS, SMHC, VKJC, Hirslenden Klinik Birshof AG, VPPS, H+, GSASA e Unimedsuisse sostengono la proposta. FMPP, Alber Christoph, Haefelfinger Johannes, Praxis Welti GmbH, Andreas Schneider, Marie-Therese Gombert, Elster Katharina, Jochum Axel, Meng Heiner, Walter Meili, Bende Brigitta, Patrick Brunner, Christine Glauser, Holger Knoch, Ralph Lüthy, Christine Zinkernagel, Ruch Susanna, Büggelen Barbara, Tobias Wilhelm, Schillinger Carola, SGPP, MEDGES, SSCLPP, SGKJPP, FPPBS, Praxis Dr. med. Katalin Rohmeder-Arday, Martin Eichhorn,

Gül Söllick, Philip Onderka, KKA, Société Médicale du Valais, SVPA, BEKAG e VLSS chiedono lo stralcio dei primi due periodi dell'articolo 42 capoverso 3^{ter}. Secondo ASPS, Senesuisse, CURAVIVA, SSO, Verein Barmelweid, Insel Gruppe AG, Société vaudoise de médecine, USB e VKZS, andrebbe invece soppresso l'intero articolo. FMH critica la formulazione inerente all'attuazione, che considera estremamente vaga, ed esige un periodo transitorio di 5 anni.

Gli **assicuratori** CSS, SWICA e Groupe Mutuel e l'associazione Santésuisse sono in linea di principio favorevoli. Santésuisse chiede che l'aggettivo «elettronica» sia sostituito da «digitale».

Le **associazioni di pazienti** (Chronischkrank.ch, Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, RDAF, Swiss cancer screening, Lungenliga Schweiz, Public Health Schweiz, ABSG, AEG, IGGH-CH, DVSP, Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Vasos Fares, oncosuisse, Evivo, GELIKO, ProRaris, Blaues Kreuz Schweiz) approvano sostanzialmente la proposta.

In merito a questa modifica sono pervenuti diversi **altri** pareri. Alève Mine, AT, VFP, MediData AG, MTK, SVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit si dicono essenzialmente d'accordo. Per P.IP, IG eHealth e BFG, invece, lo scopo della misura non è affatto chiaro.

4.10 Pareri sull'articolo 42a capoversi 2-3 (Tessera d'assicurato)

Su questa modifica si sono espressi complessivamente **17 partecipanti**, la **maggioranza** dei quali **approva** la misura.

Tra i **Cantoni**, solo BS si è pronunciato sulla tessera d'assicurato e ritiene che le direttive in materia vadano formulate in modo tecnologicamente neutro. Per poter essere utilizzata anche quale strumento di identificazione per la cartella informatizzata del paziente, la tessera d'assicurato dovrebbe disporre di un sistema di eID incorporato. SASIS AG potrebbe svolgere il ruolo di ID-provider.

L'unica **associazione di consumatori** ad aver fatto pervenire un giudizio in merito è la CFC, che approva in linea di principio gli sforzi di digitalizzazione del settore sanitario.

Hanno espresso un parere sulla tessera d'assicurato anche le **associazioni dell'economia** Scienceindustries, ASSGP, Handelskammer beider Basel e GRIP. Le quattro organizzazioni approvano lo sviluppo tecnologico di questo strumento, dato che consente di migliorare l'efficienza e dunque di contenere i costi.

Tra i **fornitori di prestazioni** sono pervenuti i pareri di Spitex Schweiz, vips, Mfe, SGAIM, SGP, VFP e interpharma. Tutti accolgono con favore la possibilità di rilasciare la tessera anche in forma elettronica. Mfe, SGAIM e SGP chiedono inoltre di ricorrere ad applicazioni compatibili con gli smartphone.

Nella categoria degli **assicuratori** si sono espressi sulla tessera d'assicurato SWICA e l'associazione Santésuisse. Quest'ultima approva la formulazione tecnologicamente neutra dell'articolo, ma propone di sostituire l'aggettivo «elettronica» con «digitale». SWICA accoglie con favore la possibilità di rilascio della tessera in forma elettronica, ma è contraria a limitarne l'utilizzo al campo di applicazione della LAMal.

Sulla proposta si sono espressi inoltre MTK, FGS e Mine Alève. MTK sostiene il potenziamento delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nell'AOMS, perché garantiscono la qualità delle informazioni e consentono di ridurre gli oneri amministrativi. FGS approva la misura, ma rileva che l'aggettivo «elettronica» può essere interpretato in modo estremamente ampio e consiglia di sostituirlo con «digitale». Mine Alève ritiene che la tessera dovrebbe essere intesa come semplice numero o sequenza di caratteri. Il suo smarrimento o la sua momentanea indisponibilità non devono ostacolare eventuali trattamenti sanitari.

4.11 Pareri sulle modifiche della LAI

Su queste misure si sono pronunciati complessivamente **48 partecipanti**. I giudizi formulati sono in larga parte positivi.

Tra i **Cantoni**, solo ZH esprime la preoccupazione che la prevista introduzione di un elenco di medicinali per l'AI possa portare a un peggioramento dell'assistenza sanitaria per le persone invalide.

Per quanto riguarda i **partiti**, l'EVP approva la creazione di basi legali inerenti all'esame EAE per le misure mediche dell'AI come anche l'istituzione di un centro di competenza unico in seno all'UFSP. L'UDC esige in generale la riduzione dei debiti dell'AI nei confronti dell'AVS, la rinuncia ad applicare il principio di convenienza dei costi nel calcolo della remunerazione per i medicinali dell'elenco AI, nonché la promozione della fatturazione elettronica anche in ambito AI.

Le **associazioni mantello dell'economia** (scienceindustries, economiesuisse, ASSGP, GRIP, USAM) sostengono in larga parte la misura. L'applicazione diretta dei criteri EAE previsti per l'elenco delle specialità senza tenere conto degli scopi della LAI viene però respinta.

Le **associazioni di consumatori** (vips, ACSI) si dicono in linea di principio favorevoli alle modifiche.

I **fornitori di prestazioni** sono invece divisi. La FMH boccia le proposte, mentre lph esprime un giudizio fondamentalmente positivo. ARLD, DLV, ALOSI esigono che l'articolo 14 capoverso 3 avamprogetto LAI venga stralciato. Dal canto suo, unimedsuisse chiede che per l'AI l'introduzione dell'esame dei criteri EAE, così come previsto dalla LAMal, sia rinviata fintantoché non saranno stabiliti criteri specifici per le malattie rare.

Gli **assicuratori** Groupe Mutuel e Santésuisse sono in linea di principio favorevoli alla misura. Santésuisse respinge però l'articolo 14^{ter} capoverso 7 avamprogetto LAI.

Il giudizio delle **associazioni di pazienti** è piuttosto critico. Verein Morbus Wilson, ProRaris, AGILE.CH, verein-mps e graap sono contrari a trasporre anche alla LAI la priorità dell'approvvigionamento conveniente in termini di costi, così come proposta dal Consiglio federale nell'articolo 32 capoverso 3 avamprogetto LAMal. Chiedono inoltre che sia ripreso nell'articolo 14 LAI il termine «abilitazione» di cui all'articolo 26 della Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità. RDAF approva fondamentalmente le modifiche, ma esige che si tenga conto delle particolarità delle malattie rare. DVSP, Oncosuisse, Krebsliga e GELIKO condividono in linea di principio il ravvicinamento della LAMal alla LAI, ma ritengono importante che malattia e invalidità siano considerate situazioni di vita differenti. IGSK valuta in modo sostanzialmente positivo le proposte.

Altri pareri sono pervenuti da Alève Mine e FGS. FGS approva le modifiche dell'assicurazione invalidità volte a meglio disciplinare la remunerazione dei medicinali e che prevedono la possibilità di modelli di prezzo confidenziali.

4.12 Pareri sull'articolo 64 capoverso 7 lettere b e c (Partecipazione ai costi in caso di maternità: parità di trattamento delle pazienti)

Questa misura è stata **approvata dalla maggioranza dei 48 attori** che si sono pronunciati in merito.

La **CDS** e i **Cantoni** AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, UR, VD, VS e ZH accolgono con favore la precisazione proposta, ma sottolineano che, se si intende perseguire con coerenza l'obiettivo della parità di trattamento delle pazienti, non bisognerebbe esentare dalla partecipazione ai costi solo le cure prestate a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, bensì tutte le prestazioni fornite a partire dal momento in cui la gravidanza è accertata da un medico. BS ritiene che andrebbero modificate anche alcune disposizioni dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre). SH approva la disciplina proposta per la partecipazione ai costi in caso di gravidanza e non ritiene necessario formulare ulteriori osservazioni. Anche

AG sostiene in linea di principio la precisazione volta a favorire un'attuazione uniforme dell'articolo 64 capoverso 7 lettera b LAMal, ma esprime contrarietà per l'inserimento della misura nel pacchetto per il contenimento dei costi. GE, LU e ZG non si sono espressi sull'articolo 64 capoverso 7 lettera b LAMal.

Tra i **partiti**, l'adeguamento è approvato da EVP e PLR. I Verdi e il PSS chiedono che l'esenzione dalla partecipazione ai costi valga fin dalla prima settimana di gravidanza. Oltre al Consiglio federale e al Consiglio nazionale, anche la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati si è ora pronunciata chiaramente a favore di questa misura, che quindi potrebbe essere attuata velocemente in occasione della presente revisione di legge. Dal canto suo, l'UDC respinge la modifica.

Le **associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** non si sono pronunciate in merito.

Tra le **associazioni mantello dell'economia**, economiesuisse rammenta che il tema è oggetto di due mozioni e di un'iniziativa cantonale e che sarà trattato nella prossima sessione. Dal punto di vista istituzionale, il Consiglio federale dovrebbe quindi evitare fughe in avanti. L'economia respinge pertanto questa misura. L'USS approva invece la modifica e sostiene l'SHV nella sua richiesta di abrogazione del limite temporale attualmente previsto dall'articolo 64 capoverso 7 lettera b LAMal.

Le **associazioni di consumatori** sono favorevoli alla misura. ACSI sostiene la proposta. FRC si spinge oltre e afferma che il problema può essere risolto solo introducendo l'esonero dalla partecipazione ai costi fin dall'inizio della gravidanza.

Tra i **fornitori di prestazioni**, BK-Heb, IGGH-CH, ZHAW IHB e SHV sottolineano che la stretta limitazione a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, attualmente prevista dall'articolo in questione, provoca grossi problemi nella pratica quotidiana. Il disfunzionamento correttamente descritto dalla mozione Kälin non si risolve purtroppo precisando l'articolo 64 capoverso 7 lettera b come proposto, ma esonerando le prestazioni dalla partecipazione ai costi fin dall'inizio della gravidanza. SBK, SGI e SNL approvano il principio della rinuncia alla partecipazione ai costi durante la gravidanza, ma non comprendono per quale ragione dovrebbe valere solo a partire dalla tredicesima settimana. VFP e Spitex Schweiz sono favorevoli alla proposta del Consiglio federale. SSO chiede l'esonero dalla partecipazione ai costi anche per i trattamenti dentistici (art. 31 LAMal).

L'associazione di **assicuratori** santésuisse ritiene che le precisazioni inerenti alle prestazioni durante la gravidanza e all'esonero dalla partecipazione ai costi riducano notevolmente il margine di interpretazione. Il motivo per cui vadano esonerate le prestazioni anche in caso di incidente o di infermità congenite risulta invece oggettivamente difficile da comprendere. Porterebbe infatti a ulteriori disparità di trattamento tra le donne in gravidanza e quelle che non lo sono, ma anche tra assicurate con franchigia ordinaria e assicurate con franchigie opzionali, che si troverebbero a pagare premi diversi per la stessa copertura assicurativa. Per tale ragione, santésuisse sostiene che andrebbe stralciato il riferimento agli articoli 27 e 28. Dal canto suo, Swica approva la modifica.

Engagés pour la Santé e **Fachstelle Kindsverlust** accolgono favorevolmente la proposta, ma chiedono l'esonero dalla partecipazione ai costi anche per le prime dodici settimane di gravidanza.

4.13 Misure a cui non viene dato seguito

4.13.1 Introduzione del diritto di ricorso (M33)

L'**introduzione di un diritto di ricorso** degli assicuratori presso il Tribunale amministrativo federale contro le decisioni dell'UFSP relative alla valutazione dei medicinali inseriti nell'elenco delle specialità è stata menzionata esplicitamente da **7 partecipanti alla consultazione**. A favore si sono espressi in particolare i rappresentanti degli assicuratori (**curafutura** e **CSS**). La misura è inoltre sostenuta da **SKS** e **pvl**, secondo i quali gli assicuratori malfatti e le associazioni di pazienti e di consumatori, pur avendo interesse a contenere i prezzi

dei medicinali, attualmente non dispongono di alcuno strumento per contestare quelli considerati eccessivi. Grazie al diritto di ricorso, questi attori potrebbero intervenire a tutela dei pazienti qualora un medicinale fosse inserito nel catalogo malgrado un esito discutibile dell'esame dei criteri EAE o nel caso in cui il suo prezzo fosse fissato a un livello ritenuto troppo elevato o non giustificato. CSS e pvl sono inoltre dell'opinione che tali ricorsi non dovrebbero avere effetto sospensivo, nemmeno contro le decisioni dei governi cantonali riguardanti gli elenchi degli ospedali. **Unimedsuisse, interpharma e vips** sostengono invece la posizione del Consiglio federale e si dicono contrari all'introduzione di un diritto di ricorso degli assicuratori.

4.13.2 Budget globale in ambito ambulatoriale (M37)

Su questa misura non è pervenuta alcuna osservazione.

4.14 Ulteriori proposte

Nei rispettivi pareri, **diversi partecipanti alla consultazione** hanno formulato ulteriori proposte.

Tra i **partiti politici**, **AL ZH** evidenzia la necessità di rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione. Secondo il partito, infatti, competenze sanitarie ridotte comportano il rischio di un coinvolgimento insufficiente nel processo di cura. I pazienti dovrebbero disporre delle conoscenze necessarie per prendere, insieme ai professionisti della salute, le decisioni necessarie. Un basso livello di alfabetizzazione sanitaria peggiora inoltre la capacità di autogestione dei pazienti e sfocia in un ricorso più intenso all'assistenza sanitaria in caso di malattia. **AL ZH** ritiene inoltre importante rafforzare e finanziare l'assistenza infermieristica di base, che può sostenere i pazienti in particolare nell'ottica dell'autogestione.

Le **associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna SAB e AG Berggebiet** auspicano che il Consiglio federale elabori un controprogetto diretto all'Iniziativa per un freno ai costi che consenta una vera e propria riforma. In quest'ottica, propongono i seguenti orientamenti di fondo: (1) sfruttare i potenziali della digitalizzazione; (2) rivedere il meccanismo di formazione delle tariffe in modo da tenere meglio conto delle differenze tra una regione e l'altra; (3) rinunciare al numero chiuso per i medici che si specializzano in medicina di famiglia; (4) riconoscere e promuovere approcci medici complementari come p. es. l'infermieristica pratica avanzata (*advanced practice nurse*); (5) verificare la capacità in termini di letti ospedalieri per la gestione ordinaria e la gestione di crisi; (6) pianificare l'assistenza medica adottando un approccio geografico integrato; (7) analizzare i problemi di finanziamento del sistema sanitario alla luce del fatto che in taluni casi ostacolano il ricorso ad approcci innovativi e a modelli di cooperazione.

Due **associazioni mantello dell'economia** hanno presentato varie proposte. **CP** chiede la promozione della digitalizzazione tramite la cartella informatizzata del paziente e software di supporto alla terapia farmacologica. Sottolinea inoltre gli effetti positivi della promozione dell'alfabetizzazione sanitaria e dell'autoresponsabilità della popolazione sui costi della sanità. **CP** ritiene altresì che le revisioni di legge sul finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie e sugli indennizzi a titolo forfettario nel settore ambulatoriale, già trattate dalle Camere federali, consentano di ottenere significative riduzioni dei costi. Anche l'**USS** vede un grande potenziale di contenimento dei costi nell'estensione, in corso di attuazione, dei gruppi di interventi remunerati solo se eseguiti ambulatorialmente. L'organizzazione sindacale suggerisce inoltre di migliorare le condizioni di lavoro del personale infermieristico al fine di evitare cali di qualità e, di riflesso, costi superiori. **CP** e **USS** ritengono inoltre che altre misure menzionate nel rapporto degli esperti vadano assolutamente realizzate. **CP** caldeggia, per esempio, la riduzione dei conflitti di governance dei Cantoni (M36), mentre l'**USS** esorta ad eliminare gli incentivi finanziari sbagliati impedendo tariffe abusive nel settore delle assicurazioni complementari (M28).

Tra le **associazioni di consumatori** SKS e FRC auspicano misure volte a rafforzare la prevenzione, la promozione della salute e l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione. La CFC chiede inoltre di introdurre incentivi diretti alla riduzione dei costi sia per i fornitori di prestazioni sia per chi ne beneficia e di rafforzare le possibilità di influsso dei pazienti sostenendo finanziariamente le organizzazioni dei pazienti e dei consumatori. Dal canto suo, SKS è favorevole all'attuazione della misura M21 del rapporto degli esperti, ossia la revoca del principio di territorialità per i medicinali e i dispositivi medici inseriti nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi. FRC ritiene necessario modificare anche la legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie al fine di limitare e uniformare i costi amministrativi degli assicuratori.

Dai **fornitori di prestazioni** sono pervenute le proposte più disparate. P.IP, SBK-ASI, svbg, Swiss Dental Hygienists e Swiss Medical Network si uniscono alla richiesta di misure volte a rafforzare la prevenzione, la promozione della salute e l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione. Diversi fornitori di prestazioni evocano la necessità di rafforzare misure o modifiche di legge già in corso di attuazione. Per H+, SVS e Forel Klinik, le misure del rapporto degli esperti M07 «Trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale», M08 «Potenziamento dell'HTA», M09 «Potenziare il controllo delle fatture», M10 «Potenziare le cure coordinate», M11 «Riunioni consiliari mediche / riunioni consiliari per valutare le indicazioni», M12 «Promozione di linee guida terapeutiche», M13 «Promuovere la richiesta della seconda opinione» sono prioritarie. KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB e DSB chiedono la riduzione del dispendio amministrativo per i fornitori di prestazioni (M05) e, unitamente a Verein Barmelweid e VKZ, sottolineano l'importanza di misure volte a potenziare le cure ambulatoriali tramite remunerazioni forfetarie nonché di una tariffazione delle prestazioni ospedaliere/ambulatoriali equa ai fini dell'attuazione del finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie e dell'eliminazione di incentivi sbagliati per i soggetti che sostengono i costi e i fornitori di prestazioni. PKS, SGR, SBK-ASI e Swiss Medical Network ritengono che solo migliorando e sviluppando costantemente la qualità si possano contenere i costi in modo duraturo. Altre richieste di attuazione di misure incluse nel rapporto degli esperti riguardano la pianificazione regionale delle cure ospedaliere (M14, da parte di Swiss Medical Network), la riduzione dei conflitti di governance dei Cantoni (M36, da parte di PKS e Swiss Medical Network) e l'impedimento di tariffe abusive nel settore delle assicurazioni complementari (M28 da parte di SBK-ASI). SBK-ASI suggerisce inoltre di potenziare le professioni infermieristiche e le cure mediche di base. Verein Barmelweid sollecita l'operazionalizzazione dei criteri EAE. KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB e DSB esigono che anche l'attività degli assicuratori malattie sia orientata e valutata secondo i principi di economicità, appropriatezza ed efficacia. Il settore farmaceutico chiede invece una semplificazione delle disposizioni di legge in materia di medicinali. IG Schweizer Pharma KMU auspica l'introduzione di un sistema di formazione del prezzo unico per tutti i farmaci con una chiara separazione tra medicinali destinati alle cure di base, medicinali dal prezzo elevato, innovativi e protetti da brevetto e medicinali complementari e fitoterapeutici. vips propone invece che le diverse categorie di prestazioni menzionate nell'attuale articolo 52 LAMal (medicamenti, analisi con tariffa, mezzi e apparecchi) siano precisate in modo più chiaro dal legislatore in singoli e specifici articoli. Tra le misure sollecitate dall'associazione e da Interpharma figura tra l'altro l'inserimento temporaneo ma immediato dei medicinali nell'elenco delle specialità fin dal momento dell'omologazione da parte di Swissmedic. Altre proposte formulate per il contenimento dei costi sono la registrazione di dati sanitari qualitativi (Interpharma) e la creazione di condizioni concorrenziali eque per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori (PKS). KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB e DSB ritengono invece che vi siano margini di miglioramento per quanto riguarda la corresponsabilità della popolazione nel consumo di prestazioni sanitarie, gli obiettivi dell'assicurazione sociale di base e l'ampiezza del catalogo di prestazioni. ZGKJPP chiede l'immediata parificazione delle prestazioni fornite in presenza del paziente e quelle di telemedicina.

Per quanto riguarda gli **assicuratori**, sono pervenute ulteriori proposte da parte dell'associazione curafutura e di CSS. curafutura sottolinea il potenziale delle attività già in corso (in materia di qualità, omologazione, TARDOC, parte propria alla distribuzione, EFAS) e del primo

pacchetto di contenimento dei costi. CSS propone invece due modelli di assicurazione alternativi che prevedono, rispettivamente, l'aumento della partecipazione ai costi per l'assicurazione ordinaria e la trasformazione del modello standard in un modello con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.

Anche le **associazioni di pazienti** formulano un ampio ventaglio di spunti di riflessione. DVSP/FSP, QCC, SF MVB, SSR e VASOS FARES sottolineano la necessità della prevenzione, della promozione della salute e del rafforzamento dell'alfabetizzazione sanitaria della popolazione. QCC, SSR e VASOS FARES ritengono inoltre che anche il miglioramento della qualità delle cure o l'introduzione di una strategia qualitativa rigorosa, che includa filiere di approvvigionamento, prestazioni, impianti e medicinali, contribuiscano al contenimento dei costi. DVSP/FSP propone di modificare anche la legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie al fine di limitare e uniformare i costi amministrativi degli assicuratori. SSR e VASOS FARES chiedono l'attuazione della misura del rapporto degli esperti «Impedire tariffe abusive nel settore delle assicurazioni complementari» (M28). Procap sottolinea l'importanza di coinvolgere i pazienti nelle ulteriori revisioni di legge, un'esigenza condivisa anche da altre associazioni che chiedono un potenziamento dei servizi di assistenza (Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, ProRaris, CFCH).

Sono infine pervenute le seguenti proposte: **IG eHealth** chiede, oltre a programmi di trattamento in formato elettronico, l'elaborazione di un piano di misure di trasformazione digitale che preveda: (1) elaborazione di una strategia chiara di trasformazione digitale del sistema sanitario; (2) promozione di standard volti a garantire l'interoperabilità; (3) promozione di approcci e soluzioni centrati sui pazienti incluse iniziative volte a migliorare le loro competenze sanitarie; (4) obbligo per tutti i professionisti della salute di documentare in modo strutturato tutti i dati in formato elettronico; (5) responsabilità della trasformazione digitale affidata al DFI/UFSP in stretta collaborazione con le associazioni professionali del settore sanitario. **Alève Mine** propone di rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione e di promuovere maggiormente la medicina alternativa e complementare, specialmente in caso di malattie gravi.

Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer¹

Annexe: Liste des participants à la consultation²

Allegato: Elenco dei partecipanti alla consultazione³

Abkürzung Abréviation Abbreviazione	Name Nom Nome
Kantone Cantons Cantoni	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel

¹ in alphabetischer Reihenfolge der Abkürzungen

² en ordre alphabétique d'après les abréviations

³ in ordine alfabetico secondo le abbreviazioni

NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
Politische Parteien Partis politiques Partiti politici	
AL ZH	Alternative Liste Zürich
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
PBD	Parti bourgeois-démocratique
PBD	Partito borghese democratico
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico

EVP PEV	Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti Evangélique Suisse
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali
GPS PES PES	Grüne Partei der Schweiz Parti écologiste suisse Partito ecologista svizzero
glp pvl pvl	Grünliberale Partei Parti vert'libéral Partito verde-liberale
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union Démocratique du Centre Unione Democratica di Centro
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete (inkl. Städte) Associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne que oeuvrent au niveau national (y. c. les villes) Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (comprese le città)	
AG Berggebiet	Arbeitsgruppe Berggebiet
SAB SAB SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband (SGV) Association des Communes Suisses (ACS) Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS)
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband (SSV) Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)
Dachverbände der Wirtschaft Associations faîtières de l'économie Associazioni mantello dell'economia	
CP	Centre patronal (CP)
FER	Fédération des Entreprises Romandes (FER)
GRIP	Groupement Romand de l'Industrie Pharmaceutique
	Handelskammer beider Basel
SAV UPS USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV) Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)
ASSGP	Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation Association Suisse des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public Associazione Svizzera dell'Industria Farmaceutica per l'Automedicazione
SGV-USAM USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)

economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
Konsumentenverbände Associations de consommateurs Associazioni dei consumatori	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana
EKK	Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer Organisations du domaine de la santé – Fournisseurs de prestations Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni	
AAV	Aargauischer Ärzteverband
	Aebischer Manfred, derma-murtensee
AeGLu	Aerztegesellschaft des Kantons Luzern
	Alber Christoph
AllKidS	Allianz Kinderspitäler der Schweiz Alliance des Hôpitaux pédiatriques Suisses
AGDC	Arbeitsgruppe Dermatochirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
Argomed	Argomed Ärzte AG
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
ÄTG	Ärztegesellschaft Thurgau
ASL	Asana Spital Leuggern AG
ASM	Asana Spital Menziken AG
ARLD	Association romande des logopédistes
ASI	Association Suisse des infirmières
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
ALOSI	Associazione Logopedisti della Svizzera Italiana
AvariMed	AvariMed West GmbH
	Bader Urs
	Barth Daniel
	Baur Tobias
	Bende Brigitta, Praxis Clara
BK-Heb	Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit
	Blaser Klaus
	Borcea Adrian
	Brunner Patrick
	Büggelen Barbara

BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei meidici grigioni
	Bures Peter
	Büttiker Urs
DAKOMED	Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed) Fédération de la médecine complémentaire (Fedmedcom)
	Daniel Fuchs Partners AG
	Dermacenter AG
	Dermanence AG
	Dermatologikum Zürich
	Dermatologische Klinik Kantonsspital Luzern
DZZ AG	Dermatologisches Zentrum Zürich AG: Kasper, Läuchli
	Dermis Hautklinik Bülach AG
DLV	Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera
DSB	diespitäler.Bern
	Donghi Davide
	Dumont Magali
	Eichhorn Martin
	Elster Katharina
	Enderlin Valérie
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
	Erne Beat, Präsident Sektion Schaffhausen der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
FPPBS	Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt
	Ferretti Andrea
	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
FMCH	Foederation Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) Dachverband 21 chirurgisch und invasiv tätiger Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen Association faîtière de 21 sociétés de Disciplines médicales chirurgicales et invasives et de trois associations professionnelles
	Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
	Gallmann Martin
	Gaviria Morales Elisabeth
vaka	Gesundheitsverband Aargau vaka
GZF	Gesundheitszentrum Fricktal AG
	Glauser Christine
	Gloor Marianne
	Söllick Gül
	Golling Philippa
	Gombert Marie-Theres
	Graf Mario, Praxis im Struppen
	Grieb Isabel
GVPPEA	Groupement vaudois des psychiatres et psychothérapeutes pour enfants et adolescents
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri

	Haefelfinger Johannes
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
	Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG
	Hautarztpraxis Barbara Theler
	Hautarztpraxis Kloten
	Hautspezialisten am Glattpark
	Heinemann Christian
	Hirslanden AG
	Hirslanden Klinik Birshof AG
	Hirslanden Klinik St. Anna
	Huber Clarissa, skinworld AG
	Insel Gruppe AG
imad	Institution genevoise de maintien à domicile
IPW	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
IGGH-CH	Interessengemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser
IG Schweizer Pharma KMU	Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU Groupement d'intérêt PME Pharma Suisse Gruppo d'interessi PMI Pharma Svizzera
	Jeker Florence, Praxis Reinacherhof
	Jochum Axel, Zentrum für Suchtmedizin
KSA	Kantonsspital Aarau AG
KSB	Kantonsspital Baden AG
	Kaufmann-Schad Karin
	Klinik Schützen Rheinfelden
	Knoch Holger
	Koch Susanne
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
KOCH	Konferenz der Ostschweizer Ärztesgesellschaften
K/SBL, C/APSL	Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden
	Krautheim Alexa, Spalenpraxis Dermatologie
	Läuchli Severin
	Lüthy Ralph
LUPS	Luzerner Psychiatrie
	Mahler Daniel, Dermapraxis Luzern
	Maierhofer Kornelia
	Maus Claudia
	Mediplaza AG, Haut.Venen.Allergie.Zentrum Brunnehof
MEDGES	Medizinische Gesellschaft Basel
MSN	medswiss.net - Schweizer Dachverband der Ärztenetze - Association suisse des réseaux de médecins - Associazione svizzera delle reti di medici
	Meili Walter
	Meng Heiner
	Mohacsi Paul
	Mosconi Sandro
mws	mws medical women switzerland – ärztinnen schweiz
	Newzella Peter, Givimed & CLMO
	novaderm SA, S. Gisler Sanez

	Onderka Philip
omct	Ordine dei Medici del Canton Ticino
OdA AM	Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin
VSSG	pharmalog.ch
P.IP	Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires
	Praxis Dr. med. Katalin Rohmeder-Arday
	Praxis für Dermatologie
	Praxis Welte GmbH
	Privatklinik Wyss
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
PBL	Psychiatrie Baselland
PDAG	Psychiatrische Dienste Aargau AG
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
PULSUS	PULSUS
	Ruch Susanna
	Ruoss Cécile
SMAG	Salina Medizin AG (Rehaklinik)
	Scheidegger Paul, Allergie & Haut AG
	Schillinger Carola
	Schneider Andreas
	Schnitzler Hero, dermacompetence
SGAP-SPPA	Schweizer Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée (SPPA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia degli Anziani (SSPA)
physiosuisse	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft Association suisse des chiropraticiens Associazione svizzera dei chiropratici
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG)
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venerologia (SSDV)
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SSPPEA SSPPIA	Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia Infantile e dell'Adolescenza
SSCLPP	Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar -Liaisonpsychiatrie und –Psychosomatik
SGP SSP SSP	Pädiatrie Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Société Suisse de Pédiatrie Swiss Society of Paediatrics
SGPMR	Schweizerische Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) Società Svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP)
SGR	Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI
SNG	Swiss Neurological Society

	Schweizerische Neurologische Gesellschaft Société Suisse de Neurologie Società Svizzera de Neurologia
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren
SVPA	Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Assistenzärztinnen und -ärzte
SVPC	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
SBK ASI ASI	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
SDV	Schweizerischer Drogistenverband
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SVBG FSAS FSAS	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari
SVDE ASDD ASDD	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen Association suisse des diététiciennes Associazione Svizzera delle-dei Dietistei
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
VFP	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
	Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève
	skinworld AG
STDV	Società Ticinese di Dermatologia e Venerologia
SMVS	Société Médicale du Valais (SMVS) Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG)
SVM	Société vaudoise de médecine
	Spillmann Maya
	Spital Zollikerberg
Spitex Schweiz Aide et soins à do- micile Suisse	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SWT	Stadtspital Waid und Triemli
	Stauffer Daniela, Hautarztpraxis Arlesheim
	Steinmann Hanna
	Steinmann Judit Maria
SGM	Stiftung für Ganzheitliche Medizin
	Swiss Cancer Screening
SDH	Swiss Dental Hygienists
SMN	Swiss Medical Network
SMHC	Swiss Mental Healthcare Gesamtschweizerische Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Association regroupant les cliniques et hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble de la Suisse
SNL	Swiss Nurse Leaders
SSIPM	Swiss Society for Interventional Pain Management
	Tamborini Pierre

	Triaplust AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG
	Universitätsklinik Balgrist
	Universitätsklinik für Dermatologie, InseleSpital, InseleGruppe AG
USB	Universitätsspital Basel
	Utermann Sabine, Gesundheitszentrum Allschwil
iph	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharma) Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen Association Spitex privée Suisse (ASPS) Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
VPSB	Verband der Privatspitäler des Kantons Bern
VSVA	Verband der Schweizerischen Versandapotheken
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
VSAO ASMAG ASMAG	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
VZK	Verband Zürcher Krankenhäuser
FMPP	Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
	Verein Barmelweid
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
mediX	Verein mediX schweiz
VBSAE	Vereinigung Bündner Spitalärzte
VDPS ADPS ASDCP	Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse Associazione dei direttori delle cliniche e dei servizi psichiatrici della Svizzera
VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und der Kanton Zahnärzte der Schweiz
vips	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
VAPZ	Vereinigung der psychiatrischen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte von Zürich, Zentral-, Nord-, - Ostschweiz und Aargau
VKJC	Vereinigung Kinder- und jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VNS	Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler
VPPS	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
KJM	Vereinte Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin Organisations de médecine pour enfants et adolescents

	Organizzazioni della medicina per bambini e adolescenti
	Volz Andreas, Dermatologie am Rhein
	Wever Sabine, Dermatologie am Rhein
	Wilhelm Tobias
ZHAW, IHB	ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen
	Zinkernagel Christine
zmed	zmed Zürcher Ärztegemeinschaft AG
ZRS	Zur Rose Suisse AG
	Zürcher Dermatologen Gesellschaft
ZGPP	Zürcher Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zürimed	Zürimed, Bezirksärzterverband der niedergelassenen Aerzte in der Stadt Zürich und im Limmattal
Organisations des Gesundheitswesens – Versicherer Organisations du domaine de la santé – Assureurs Organizzazioni del settore sanitario – Assicuratori	
Assura	Assura
CSS	CSS Versicherung CSS Assurance CSS Assicurazione
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe Mutuel	Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Assicurazioni
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
Swica	SWICA Versicherung
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
Organisations des Gesundheitswesens – PatientInnen / BenutzerInnen Organisations du domaine de la santé – Patients / Usagers Organizzazioni del settore sanitario – Pazienti / Utenti	
AGILE.CH	AGILE.CH Die Organisationen von Menschen mit Behinderungen
AGS	Allianz ‚Gesunde Schweiz‘
	Blaues Kreuz Schweiz
	chronischkrank.ch
CFCH	Cystische Fibrose Schweiz
DVSP	Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen
FSP	Fédération suisse des patients
	Ehrlers-Danlos Netz Schweiz
	Engagés pour la Santé
kindsverlust.ch	Fachstelle kindsverlust.ch, Fachstelle Kindsverlust während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit
graap	groupe d'accueil et d'action psychiatrique
IGSK	IG Seltene Krankheiten

Krebsliga	Krebsliga Schweiz Ligue suisse contre le cancer Lega svizzera contro il cancro
LdS	Ligues de santé du canton de Fribourg
	Lungenliga Schweiz
	Netzwerk Gutes Alter
PCS	Pro Chiropraktik Schweiz PCS - Patientenorganisation
	Procap
ProRaris	ProRaris Allianz Seltener Krankheiten - Schweiz
QCC	QualiCCare
RDAF	Rare Disease Action Forum
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse les ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
Oncosuisse	Schweizerische Vereinigung gegen Krebs Union suisse contre le cancer
SF MVB	Schweizerischer Fachverband Mütter- und Väterberatung
SGB-FSS	Schweizerischer Gehörlosenbund
SSR	Schweizerischer Seniorenrat
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
Verein-mps	Verein „Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen“ Schweiz
Evivo	Verein Evivo Netzwerk
	Verein Morbus Wilson
VASOS FARES	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfeorganisationen der Schweiz
Andere	
Autres	
Altri	
	Alève Mine
	alliance F
ABSG	Allianz Bewegung, Sport und Gesundheit
AEG	Allianz Ernährung und Gesundheit
AT	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention
PRISM	Association PRISM – Promotion des réseaux intégrés de soins aux malades
	Brandenberger Michael
	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
FGS	Forum Gesundheit Schweiz
	Geser Susanna
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera
	Guyaz Anne
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth
	MediData AG
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF
	Öffentlichkeitsgesetz.ch
	Public Eye
	Public Health Schweiz

	Rosenblum Fredi
	Ruggaber Christa
fmc	Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
SAGES	Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
	Swiss Medtech