



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica

Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie: misure di contenimento dei costi – pacchetto 1

Rapporto sui risultati della consultazione

Berna, 21 agosto 2019

Indice

1	SITUAZIONE INIZIALE	3
2	PARERI	4
3	PANORAMICA	4
4	SINTESI DEI PARERI.....	5
4.1	Pareri generali sull'avamprogetto.....	5
4.2	Pareri sull'articolo 42 capoverso 3, terzo periodo, e sull'articolo 59, rubrica, capoverso 1, primo periodo, nonché capoverso 3 lettera g (copia della fattura, comprese le sanzioni)	5
4.3	Pareri sull'articolo 43 capoverso 5, primo periodo (M15 Promuovere importi forfettari)	7
4.4	Pareri sull'articolo 47a Organizzazione delle strutture tariffali per le cure ambulatoriali, compresa la disposizione transitoria (M34 Organizzazione delle tariffe)	10
4.5	Pareri sull'articolo 47b Comunicazione dei dati per le tariffe delle cure ambulatoriali (M25 Comunicazione dei dati)	11
4.6	Pareri sull'articolo 47c Misure di gestione dei costi, compresa la disposizione transitoria	13
4.7	Pareri sul sistema di prezzi di riferimento per i medicinali (M22)	15
4.7.1	Articolo 44 capoverso 1, secondo periodo, e articolo 52 capoversi 1 lettera b, 1 ^{bis} e 3	18
4.7.2	Articolo 52a Remunerazione dei medicinali senza prezzo di riferimento	18
4.7.3	Articolo 52b Remunerazione dei medicinali con prezzo di riferimento, compresa la disposizione transitoria	19
4.8	Pareri sull'articolo 53 capoverso 1 ^{bis} (diritto di ricorso degli assicuratori).....	21
4.9	Pareri sull'articolo 59b (M02 Articolo sulla sperimentazione)	23
4.10	Pareri sulla LAM, la LAINF e la LAI	25
4.11	Misure senza un ulteriore seguito	26
4.11.1	M35 Autorità indipendente di controllo delle fatture.....	26
4.11.2	M09 Potenziare il controllo delle fatture	27
4.11.3	M36 Autorità indipendente per l'approvazione e la fissazione delle tariffe (conflitto in materia di <i>governance</i> dei Cantoni)	27
4.11.4	M16 Effetti delle economie di scala nella struttura tariffale	27
4.12	Altre proposte	27
	ALLEGATO: ELENCO DEI PARTECIPANTI ALLA CONSULTAZIONE	30

1 Situazione iniziale

Il 14 settembre 2018 il Consiglio federale ha incaricato il DFI di consultare i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello nazionali dell'economia e gli altri ambienti interessati sulla modifica della legge federale sull'assicurazione malattie concernente le misure di contenimento dei costi – pacchetto 1. La consultazione è durata fino al 14 dicembre 2018.

Nell'avamprogetto posto in consultazione sono state esaminate 12 misure concernenti l'articolo sulla sperimentazione, il controllo delle fatture, le tariffe e la gestione dei costi, la riduzione del conflitto di *governance* dei Cantoni e il sistema di prezzi di riferimento. Per otto misure sono poi stati proposti adeguamenti della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Contemporaneamente sono stati proposti anche adeguamenti corrispondenti della legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), della legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (LAM) e della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI), tenendo conto delle peculiarità di queste assicurazioni sociali, che non prevedono in particolare alcuna competenza di approvazione e adeguamento da parte del Consiglio federale.

Concretamente sono stati proposti i seguenti adeguamenti legislativi:

1. introduzione di un **articolo sulla sperimentazione**, volto a consentire progetti innovativi e atti a contenere i costi al di fuori del quadro «ordinario» della LAMal (M02);
2. obbligo, per i fornitori di prestazioni, di trasmettere una **copia della fattura** agli assicurati, comprese possibilità di sanzioni (proposta DFI);
3. creazione di un'**organizzazione delle tariffe per il settore ambulatoriale**, competente per l'elaborazione, lo sviluppo, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture tariffali ambulatoriali (M34);
4. obbligo, per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, di comunicare gratuitamente al Consiglio federale i **dati** necessari per fissare, adeguare e approvare le tariffe e i prezzi, comprese possibilità di sanzioni (M25);
5. obbligo, per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, di prevedere **misure di gestione dei costi** in convenzioni valide in tutta la Svizzera. Queste ultime sono sottoposte al Consiglio federale per approvazione e in caso di mancata intesa le misure sono definite dal Consiglio federale (in base all'lv. Pa. 17.402);
6. come le tariffe per singola prestazione, anche le **tariffe forfettarie per paziente** riferite alle cure ambulatoriali dovranno basarsi su una struttura tariffale uniforme valida in tutta la Svizzera. Le competenze sussidiarie del Consiglio federale di fissare e adeguare le strutture tariffali, finora limitate alle tariffe per singola prestazione, sono estese alle tariffe forfettarie per paziente (M15);
7. per i medicinali con il medesimo principio attivo è prevista la fissazione di un prezzo massimo (prezzo di riferimento). L'AOMS remunera solo tale **prezzo di riferimento**. Per evitare di addossare agli assicurati un onere eccessivo è fissato anche il prezzo massimo che possono fatturare i fornitori di prestazioni. Sulla scorta dei sistemi di prezzi di riferimento in vigore all'estero sono messe in discussione due varianti (M22);
8. il **diritto di ricorso** contro le decisioni dei Governi cantonali in relazione alla pianificazione degli ospedali e delle case di cura è esteso alle federazioni di assicuratori d'importanza nazionale o regionale che conformemente agli statuti si dedicano alla tutela degli interessi dei propri membri nell'ambito della presente legge (proposta DFI);
9. **LAINF/LAM/LAI**: impostazione delle misure di gestione di costi e dell'obbligo di fornire dati parallela o analoga a quanto previsto nella LAMal.

2 Pareri

Nell'ambito della consultazione sono pervenuti 150 pareri dalle seguenti organizzazioni e persone:

- tutti i Cantoni e la CDS,
- sette partiti rappresentati nell'Assemblea federale (PBD, PPD, pvl, PES, PLR, PSS, UDC),
- il Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB), l'Unione delle città svizzere [UCS (Zurigo) e UCS (Basilea)], l'Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS) e la Stadtkanzlei Biel (Biel),
- sei associazioni mantello nazionali dell'economia (ASSGP, economiesuisse, USI, USS, USAM, scienceindustries, CP) e un'associazione mantello regionale dell'economia (FER),
- due associazioni dei consumatori (FRC, SKS),
- sette associazioni di pazienti (DVSP, IGPZ, Krebsliga, oncosuisse, Pro Aidants, SPO, VASK),
- 64 associazioni di fornitori di prestazioni (AGPKJP, AllKidS, APA, Argomed, ARLD, ASPS, BBV+, BFG, ChiroSuisse, CURAVIVA, Dakomed, FAMH, FMCH, FMH, FSP, GSASA, H+, IFAK, IG Schweizer Pharma KMU, Intergenerika, iph, K3, Merck, mfe, MSN, Kinder- und Jugendmedizin, OdA KT, pharmalog, pharmaSuisse, physioswiss, P.IP, PKS, RVBB, SBK, SBV, senesuisse, SGAİM, SGC, SGAP, SGDv, SGG/IBDnet/CCS, SGKJPP, SGPP, SGS, SMHC, SOG, Spitex, SSO, SVBG, SVDE, SVKH, swiss orthopaedics, orthoptics, UNION, unimedsuisse, VDPS, VIPs, VLSS, VSAO, VSVA, VUA, ZGKJPP, Zur Rose),
- la KKA e nove società mediche cantonali (BEKAG, BüAeV, AAV, AGZ, AeGLU, AeGBL, GAeSO, SVM, SMVS),
- cinque federazioni di assicuratori (curafutura, HSK, MTK, santésuisse, SVV) e tre assicuratori (CSS, Groupe Mutuel, Helsana),
- otto altri ambienti interessati (GELIKO, GFCH, HKBB, IG eHealth, MediData, SAKK/SPOG, SCTO) e cinque persone private.

3 Panoramica

Qui di seguito sono riassunte brevemente le reazioni a ciascuna delle misure contenute nell'avamprogetto posto in consultazione.

Sulla misura **«Copia della fattura all'assicurato»** si sono espressi complessivamente 109 partecipanti. La maggior parte di essi è favorevole. La misura è criticata in parte dai fornitori di prestazioni, ma anche i Cantoni e gli assicuratori propongono adeguamenti.

Sulla misura **«M15 Promuovere importi forfettari»** si sono pronunciati complessivamente 106 partecipanti. I Cantoni e le associazioni di consumatori e pazienti sono sostanzialmente a favore, mentre la maggior parte dei partiti e degli assicuratori si oppone. Le associazioni di fornitori di prestazioni sono divise.

Sulla misura **«M34 Creazione di un ufficio nazionale delle tariffe (organizzazione delle tariffe)»** si sono espressi complessivamente 114 partecipanti. La misura ha suscitato ampi consensi su tutti i fronti, compresi i fornitori di prestazioni. La necessità di creare un'organizzazione nazionale per il settore ambulatoriale allo scopo di risolvere le attuali situazioni di stallo è riconosciuta da tutti e le possibilità di sanzioni suscitano perlopiù consensi. Sono tuttavia avanzate anche molte piccole proposte di adeguamento.

Sulla misura **«M25 Mantenere la struttura tariffale aggiornata (comunicazione dei dati)»** si sono pronunciati complessivamente 104 partecipanti. L'idea di introdurre un obbligo di fornire dati è sostanzialmente condivisa, in particolare perché i dati consentono di aggiornare regolarmente le strutture tariffali e creano trasparenza. Vi sono tuttavia anche alcune voci critiche, soprattutto sul fronte dei fornitori di prestazioni.

Sulle «**Misure di gestione dei costi**» si sono espressi complessivamente 107 partecipanti. Le misure sono respinte da un'esigua maggioranza di partecipanti (soprattutto i fornitori di prestazioni e una parte degli assicuratori). Sono invece accolte favorevolmente soprattutto dai Cantoni e dai partiti, seppur con varie proposte di modifica.

Sul «**Sistema di prezzi di riferimento per i medicinali (M22)**» si sono pronunciati complessivamente 102 partecipanti. La misura suscita reazioni contrastanti. Più di due terzi dei partecipanti la respingono. Tra i principali critici figurano in particolare le associazioni farmaceutiche, i fornitori di prestazioni, i Cantoni nonché le associazioni dell'economia. A schierarsi a favore del sistema di prezzi di riferimento sono soprattutto i partiti, gli assicuratori nonché le associazioni di consumatori e di pazienti. Non tutti i partecipanti si sono espressi sulla proposta con lo stesso grado di dettaglio: su alcuni articoli sono quindi disponibili solo le reazioni di poche categorie di partecipanti (soprattutto gli assicuratori e i fornitori di prestazioni).

Sulla misura «**Diritto di ricorso delle federazioni di assicuratori contro le decisioni dei Governi cantonali fondate sull'articolo 39 LAMal**» si sono espressi complessivamente 88 partecipanti. La maggior parte di essi, in particolare i Cantoni e i fornitori di prestazioni, si oppone alla misura. La misura è invece sostenuta dai partiti e dagli assicuratori.

Sull'«**Articolo sulla sperimentazione (M02)**» si sono pronunciati 132 partecipanti. Un'ampia maggioranza di essi è sostanzialmente a favore. La misura è respinta da una parte dei fornitori di prestazioni, in particolare da alcune società mediche cantonali.

Sulle «**Misure nella LAM, nella LAINF e nella LAI**» si sono espressi complessivamente 47 partecipanti. La maggior parte di essi, in particolare i fornitori di prestazioni e i Cantoni, è contraria.

Sulle misure per le quali l'avamprogetto posto in consultazione non conteneva adeguamenti legislativi (*M35 Autorità indipendente di controllo delle fatture*, *M09 Potenziare il controllo delle fatture*, *M36 Autorità indipendente per l'approvazione e la fissazione delle tariffe*, *M16 Effetti delle economie di scala nella struttura tariffale*) si sono espressi solo pochissimi partecipanti.

4 Sintesi dei pareri

4.1 Pareri generali sull'avamprogetto

Molti pareri plaudono agli sforzi del Consiglio federale di contenere l'aumento dei costi o esprimono comprensione. Da vari fronti giungono anche critiche. Gli assicuratori mettono in dubbio il potenziale di contenimento dei costi. I Cantoni, i partiti e le associazioni dell'economia segnalano il pericolo di interferenze con altre revisioni in preparazione o in corso. Occorre mantenere una visione globale del sistema. I Cantoni temono inoltre ripercussioni negative su altri finanziatori o sull'approvvigionamento. I fornitori di prestazioni criticano l'attenzione unilaterale ai costi e segnalano possibili conseguenze negative sulla qualità e la sicurezza dell'approvvigionamento: secondo loro, l'avamprogetto è un budget globale mascherato, che favorisce la burocrazia e punta eccessivamente sulla gestione statale. Anche gli assicuratori menzionano questi ultimi due punti.

4.2 Pareri sull'articolo 42 capoverso 3, terzo periodo, e sull'articolo 59, rubrica, capoverso 1, primo periodo, nonché capoverso 3 lettera g (copia della fattura, comprese le sanzioni)

Su questa misura si sono espressi complessivamente **109 partecipanti**. La maggior parte di essi si schiera a favore. La misura è in parte criticata dai fornitori di prestazioni, ma anche i Cantoni e gli assicuratori propongono adeguamenti.

La **CDS e praticamente tutti i Cantoni** approvano l'obiettivo perseguito dalla misura: rafforzare la consapevolezza dei costi da parte degli assicurati aumentando la trasparenza sulle prestazioni fatturate e i relativi costi. Ritengono però che la regolamentazione proposta non sia adatta per raggiungere tale obiettivo, dal momento che addossa ai fornitori di prestazioni un notevole onere supplementare, senza però generare un beneficio corrispondente: per gli

assicurati è infatti difficile interpretare i contenuti della fattura. Invece di inviare una copia della fattura agli assicurati, la CDS e i Cantoni propongono di concedere loro il diritto di chiedere ai fornitori di prestazioni informazioni sulle prestazioni fatturate e i relativi costi. Nel conteggio delle prestazioni fatturate, gli assicuratori dovrebbero inoltre menzionare anche la quota a carico del Cantone, che attualmente non figura. Questa alternativa consentirebbe di raggiungere l'obiettivo della misura, senza appesantire il sistema con un notevole onere amministrativo supplementare.

Tutti i **partiti rappresentati nell'Assemblea federale** approvano la misura. Il **pvl** teme tuttavia che l'incremento delle spese amministrative a carico dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori non sia bilanciato da risparmi corrispondenti. Occorre garantire che l'assicurato legga e capisca la fattura e sia incentivato a segnalare agli assicuratori eventuali errori di fatturazione. A loro volta, gli assicuratori devono contestare le fatture scorrette ai fornitori di prestazioni e la restituzione degli importi fatturati in eccesso non deve costare di più degli importi stessi. Il **pvl** segnala anche la necessità di attuare rapidamente la mozione Grossen (18.3664) «Digitalizzazione anche nel sistema sanitario». Il **PLR** condivide la misura a patto che la trasmissione della fattura ai pazienti avvenga elettronicamente e si provveda a migliorare la leggibilità delle fatture. Per il **PPD** il controllo dei fornitori di prestazioni deve essere assicurato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e non dagli assicuratori; a livello di ordinanza occorrerà inoltre precisare le sanzioni in caso di inadempienza. Anche il **PSS** chiede che le fatture siano rese più comprensibili. A tal fine occorre anche rafforzare le organizzazioni di pazienti e consumatori, affinché possano sostenere i pazienti.

SAB accoglie favorevolmente il maggior coinvolgimento degli assicurati nel controllo delle fatture. Segnala tuttavia che per garantire l'efficacia della misura le fatture devono essere comprensibili e auspica pertanto, in parallelo, una sostanziale semplificazione del TARMED. **UCS (Basilea)** si associa al parere della CDS. **UCS (Zurigo)** teme che l'invio postale di 130 milioni di fatture cartacee provocherà un aumento dei costi e dei premi. Bisognerebbe piuttosto elaborare standard più elevati per un invio o un'archiviazione in forma elettronica, in modo da evitare un invio cartaceo dispendioso ed ecologicamente assurdo.

Le **associazioni mantello dell'economia** sono sostanzialmente favorevoli alla misura, pur restando scettiche su alcuni punti. L'**USAM** può approvare la misura solo a condizione che l'invio possa avvenire in forma elettronica. Dubita inoltre fortemente che la misura sia adatta per contenere, anche solo minimamente, l'aumento dei costi. Anche **FER** e **USS** si schierano a favore di una trasmissione elettronica. **economiesuisse** sostiene la misura, dal momento che rafforza la trasparenza e la responsabilità individuale. Per l'**USS** è inoltre importante che nell'ambito della presente revisione si rafforzi anche il ruolo delle organizzazioni di pazienti e consumatori quali difensori degli assicurati. Con le loro conoscenze, queste ultime possono infatti assistere i pazienti nell'ambito del controllo delle fatture. È nell'interesse degli assicurati e quindi auspicabile per l'**USS** anche la rinuncia alla doppia volontarietà nell'ambito della cartella informatizzata del paziente. Secondo **CP**, per lottare contro l'esplosione dei costi nel sistema sanitario è fondamentale rafforzare la responsabilità degli assicurati. Le misure che facilitano la comprensione devono quindi essere semplici ed economiche e imporre il minor numero possibile di vincoli. Un sito web con delle spiegazioni potrebbe costituire una buona soluzione. In caso di trasferimento agli assicuratori dell'obbligo di inviare una copia della fattura, le possibilità di sanzioni vanno inoltre estese a questi ultimi.

Le **associazioni dei consumatori** accolgono favorevolmente la misura. Per **SKS** occorre assolutamente e immediatamente dare seguito alla proposta di concretizzare ulteriormente, a livello di ordinanza, le disposizioni volte a migliorare la comprensibilità delle fatture per i pazienti. **FRC** chiede inoltre un rafforzamento delle organizzazioni di pazienti e consumatori, affinché possano assistere i pazienti nell'ambito del controllo delle fatture.

Anche le **associazioni di pazienti** sono sostanzialmente favorevoli alla misura. Solo **VASK** ritiene che la misura non sia adeguata, dal momento che solo una piccola parte dei pazienti è in grado di leggere le fatture complicate. **SPO** accoglie favorevolmente il rafforzamento dell'obbligo a livello di legge e l'introduzione di possibilità di sanzioni in caso di infrazione. Sottolinea però che tutte le disposizioni legislative sono inutili se manca l'esecuzione. È quindi indispen-

sabile che si attuino finalmente le disposizioni legislative, si verifichi l'esecuzione e, se necessario, si adottino sanzioni. Occorre inoltre assolutamente e immediatamente dare seguito alla proposta di concretizzare ulteriormente a livello di ordinanza le disposizioni volte a migliorare la comprensibilità delle fatture per i pazienti. **DVSP** auspica aiuti per migliorare la comprensibilità delle fatture per gli assicurati. **IGPZ** propone di impennare lo sviluppo futuro su un'attuazione semplificata e uniforme, fatture comprensibili e la partecipazione degli assicurati, che pagano i premi, al controllo e all'approvazione. Le associazioni di pazienti ritengono sia utile introdurre una fatturazione elettronica ed elaborare un progetto che affronti la tematica. Tale progetto potrebbe essere attuato ad esempio come progetto pilota nell'ambito dell'articolo sulla sperimentazione.

Gli **assicuratori (curafutura, santésuisse, Helsana, Groupe mutuel)** sostengono la trasmissione di una copia comprensibile della fattura ai pazienti dopo ogni visita presso un medico o un ospedale. Per escludere possibili scappatoie, secondo **santésuisse** bisognerebbe però precisare nella legge che la copia della fattura va spedita senza bisogno di richiederla. **Groupe mutuel** ritiene che in caso di inadempienza da parte dei fornitori di prestazioni occorra prevedere la possibilità, per i pazienti, di adire le vie legali. Si oppone però all'adeguamento dell'articolo 59 LAMal, poiché aumenterebbe sensibilmente le spese amministrative a carico degli assicuratori.

Su questa misura, le **associazioni di fornitori di prestazioni** sono divise: due terzi sono favorevoli e un terzo è contrario. Molte associazioni di fornitori di prestazioni non si schierano espressamente né a favore né contro. Per alcune di esse, questo obbligo è già previsto in alcune convenzioni tariffali (p. es. **FMH, SBK, AeGLu, SVBG, VSAO, SVDE, Spitex**). I critici fanno valere il fatto che, pur essendo auspicabile, un inasprimento mediante controlli e possibili sanzioni è praticamente impossibile da attuare (p. es. **VLSS, BEKAG**). Sarebbe più efficiente se a trasmettere la copia della fattura non fossero i fornitori di prestazioni, bensì gli assicuratori: ciò ridurrebbe infatti le spese amministrative (p. es. **BüAeV, AGZ, KKA, MSN, FAMH, SMVS**). Secondo **H+**, l'introduzione di questa misura genererebbe oltre 400 milioni di franchi di spese supplementari. Alcuni dubitano della sua efficacia al fine di contenere i costi: l'esperienza pratica mostra infatti che il controllo da parte degli assicuratori funziona bene e un'ampia maggioranza degli assicurati non è interessata a ricevere una copia della fattura. La misura non rafforzerebbe quindi la consapevolezza dei costi (p. es. **ChiroSuisse, SBV, Argomed, mfe**). Secondo **physioswiss**, l'assicurato controlla la copia della fattura del fornitore di prestazioni solo quando deve pagarla di tasca propria, ossia quando riceve il conteggio dell'assicuratore per la quota a carico dell'assicurato. Per rafforzare la consapevolezza dei pazienti e la responsabilità individuale, bisognerebbe abolire il sistema del terzo pagante e dichiarare obbligatorio quello del terzo garante (p. es. **SBV, swiss orthopaedics**). **H+** e alcuni altri ritengono che i partner tariffali e le autorità dovrebbero elaborare degli standard per una trasmissione o un'archiviazione in forma elettronica, in modo da evitare un invio cartaceo dispendioso ed ecologicamente assurdo. Per ridurre le spese amministrative occorre consentire una trasmissione elettronica della copia della fattura (p. es. **H+, Spitex, SVM, unimedsuisse, AllKidS**). **SGS, SGC** e **FMCH** si dicono disposti a mettere a disposizione la loro esperienza e a partecipare in modo costruttivo all'elaborazione di un'ordinanza concernente la comprensibilità delle fatture.

4.3 Pareri sull'articolo 43 capoverso 5, primo periodo (M15 Promuovere importi forfettari)

Su questa misura si sono espressi complessivamente **106 partecipanti**. I Cantoni e le associazioni di consumatori e pazienti sono sostanzialmente favorevoli, mentre i partiti e gli assicuratori sono perlopiù contrari. Le associazioni di fornitori di prestazioni sono divise.

In linea di principio, la **CDS** e i **Cantoni** sostengono il progetto. Secondo loro, l'estensione della competenza sussidiaria agli importi forfettari aumenterà la pressione sui partner tariffali affinché adottino strutture tariffali forfettarie ambulatoriali. Una struttura nazionale uniforme per le tariffe forfettarie ha però senso solo nei casi in cui l'assistenza è standardizzata in tutta la Svizzera e si riferisce a prestazioni delimitate inequivocabilmente. In molti settori (p. es. riabilitazione cardiaca, strutture psichiatriche diurne e notturne, trattamenti con il metadone) non

ha invece senso poiché le strutture assistenziali non sono omogenee. La CDS auspica pertanto che si applichino tariffe forfettarie per paziente basate su una struttura tariffale uniforme valida in tutta la Svizzera solo per le cure ambulatoriali standardizzate, delimitate inequivocabilmente. Le cure ambulatoriali più complesse dovranno continuare a potersi basarsi su strutture tariffali cantonali.

Una maggioranza dei **partiti rappresentati nell'Assemblea federale** è sostanzialmente favorevole all'uso di importi forfettari nel settore ambulatoriale. La loro determinazione deve però essere lasciata ai partner tariffali (p. es. **PLR, PBD**). Secondo il **PPD**, gli importi forfettari offrono dei vantaggi rispetto alle tariffe per singola prestazione: la fatturazione è semplificata e al tempo stesso l'assicuratore può controllare meglio le fatture dei medici. Gli importi forfettari consentono inoltre di contenere gli aumenti quantitativi all'interno di uno stesso intervento. Per il **pvl**, le tariffe forfettarie rappresentano una buona possibilità per aumentare l'efficienza dei costi dell'assistenza sanitaria. Agli occhi del **pvl** e del **PBD**, tuttavia, l'imposizione di una struttura nazionale uniforme per le tariffe forfettarie limita eccessivamente il margine di manovra dei partner tariffali. Il **PSS** si mostra scettico sull'introduzione di importi forfettari ambulatoriali dal momento che, sulla scorta delle esperienze fatte nel settore stazionario, è prevedibile una caccia ai casi lucrativi. Per l'**UDC**, gli importi forfettari nel settore ambulatoriale possono ridurre gli incentivi controproducenti. Invece di una definizione uniforme a livello nazionale, gli importi forfettari dovrebbero però poter essere convenuti dai partner tariffali a livello bilaterale, in base a una struttura tariffale approvata, valida in tutta la Svizzera. Il contenuto del parere del **PES** coincide con quello della CDS (cfr. sopra).

In linea di principio, le **associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** accolgono favorevolmente la misura (**SAB, UCS [Zurigo], UCS [Basilea]**). **UCS (Basilea)** si associa al parere della CDS. **UCS (Zurigo)** è a favore di importi forfettari ambulatoriali, poiché possono aiutare a eliminare gli incentivi controproducenti che esistono oggi nel sistema. Gli importi forfettari dovranno però essere elaborati prestando attenzione a determinati gruppi di pazienti (p. es. i pazienti con malattie complesse o multimorbilità). Le esperienze con questi gruppi di pazienti nell'ambito del sistema SwissDRG mostrano che le prestazioni fornite dagli ospedali non sono sempre descritte in modo adeguato e si verifica pertanto un sottofinanziamento. **UCS (Zurigo)** auspica però che, accanto a una regolamentazione nazionale uniforme degli importi forfettari ambulatoriali, devono restare possibili anche soluzioni bilaterali, cantonali o regionali come pure nuove soluzioni forfettarie per settori speciali e prestazioni settoriali.

Pur sostenendo per principio importi forfettari nel settore ambulatoriale, le **associazioni mantello dell'economia** ritengono che la legge vigente sia sufficiente. Sia **USS** sia **economiesuisse** non vogliono che l'autonomia tariffale sia limitata. Occorre lasciare ai partner tariffali il margine di manovra di cui beneficiano oggi.

Le **associazioni dei consumatori (SKS e FRC)** sostengono l'avamprogetto. **SKS** ritiene che occorra urgentemente e rapidamente allontanarsi dalle strutture tariffali per singola prestazione per andare verso importi forfettari. Critica tuttavia le tappe esitanti previste dall'avamprogetto. **FRC** sostiene la misura a patto che per classificare la gravità dei casi siano applicati metodi uniformi, in modo da evitare casi di sovradiagnosi e sovramedicalizzazione.

Anche le **associazioni di pazienti** approvano la misura. **DVSP** considera necessaria la competenza sussidiaria del Consiglio federale in relazione alle strutture tariffali e precisa che le strutture forfettarie dovranno essere definite escludendo una selezione dei casi lucrativi. **VASK** sostiene la misura per la psichiatria, a condizione che gli importi forfettari siano fissati in modo non troppo rigoroso né differenziato e non si basino sulle diagnosi. **IGPZ** è favorevole a tariffe forfettarie per paziente uniformi a livello nazionale, a patto che al contempo consentano di ridurre il numero di tariffe per singola prestazione.

Ad eccezione del Groupe mutuel, gli assicuratori si oppongono alla misura (**curafutura, santéuisse, SVV, HSK, Helsana, CSS**). **Groupe Mutuel** approva l'adeguamento proposto. La fissazione degli importi forfettari deve tuttavia spettare ai partner tariffali (tutela della loro autonomia tariffale) e non a un'organizzazione nazionale delle tariffe. Gli importi forfettari devono basarsi su una struttura tariffale nazionale uniforme e tener conto anche di altre prestazioni

(medicamenti, prodotti EMaP ecc.). Pur essendo favorevole a importi forfettari ambulatoriali, **santésuisse** si oppone a una struttura tariffale nazionale uniforme. Ai suoi occhi, le convenzioni concernenti la remunerazione forfettaria di determinate prestazioni sono un elemento di concorrenza importante nella LAMaL. **SVV** teme che la prevista estensione del campo di applicazione dell'articolo 43 capoverso 5 LAMaL porterà a situazioni di stallo anche nell'ambito degli importi forfettari ambulatoriali e di conseguenza respinge la misura. Anche **curafutura** e **Helsana** ritengono che gli importi forfettari ambulatoriali debbano essere promossi dai partner tariffali tenendo conto della situazione individuale. Il ricorso a importi forfettari deve basarsi sul carattere volontario e non essere fissato dalla legge. Secondo **HSK** e **CSS**, la possibilità di prevedere importi forfettari ambulatoriali esiste già: non vi è quindi alcun bisogno di adeguare la disposizione vigente.

Molte **associazioni di fornitori di prestazioni** sostengono sostanzialmente il progetto, pur auspicando integrazioni e adeguamenti della situazione proposta. La maggior parte di esse intravede dei vantaggi negli importi forfettari nel settore ambulatoriale. Sono giudicati favorevolmente in particolare il miglioramento dell'efficienza, l'aumento della trasparenza nonché la comparabilità delle prestazioni. **FMH** sostiene la misura solo se al contempo si stabilisce nella legge che la base di qualsiasi tariffa forfettaria deve essere una tariffa adeguata e calcolata secondo criteri economici (p. es. anche **GAESO**, **pharmaSuisse**, **AllKidS**). **KKA** deplora il fatto che con la soluzione proposta non saranno più possibili importi forfettari limitabili a livello regionale (anche **MSN**, **SMVS**). Questa opinione è condivisa anche da **BüAeV** e **AGZ**, che propongono di prevedere la possibilità di rinunciare alla fissazione di strutture tariffali forfettarie ambulatoriali se le tariffe non possono e non devono essere confrontate a livello nazionale. **VLSS** si mostra sostanzialmente aperto a sistemi tariffali misti e di conseguenza non si oppone a una struttura tariffale uniforme valida in tutta la Svizzera per gli importi forfettari per paziente nel settore ambulatoriale, ma solo dove ciò abbia senso anche dal punto di vista del paziente. **SVBG** condivide l'idea che le tariffe forfettarie nel settore ambulatoriale debbano basarsi su strutture tariffali uniformi valide in tutta la Svizzera. Ai suoi occhi, la determinazione di un valore di base variabile a livello regionale/cantonale è fondamentale e va assolutamente mantenuta (anche **orthoptics**, **SVDE**). Pur intravedendo molti vantaggi in una tariffa forfettaria ambulatoriale, **FMCH**, **SGS** e **SGC** si oppongono a strutture nazionali uniformi, che limiterebbero sensibilmente il margine di manovra previsto attualmente dalla LAMaL, ostacolando notevolmente la loro approvazione. Alcuni ritengono anche che in questo modo si minerebbe l'autonomia tariffale (p. es. **SBV-ASMI**, **SOG**, **BBV+**). Alcune associazioni di fornitori di prestazioni intravedono nell'avamprogetto un obbligo di fissare importi forfettari nel settore ambulatoriale. Secondo **GAESO** sono giustificate remunerazioni forfettarie ad esempio solo nei casi in cui sia effettivamente possibile fornire prestazioni standardizzate. Per **mfe**, nell'assistenza di base molti trattamenti non sono standardizzabili e quindi non possono essere tradotti in importi forfettari. **Kinder- und Jugendmedizin** rileva che le prestazioni della medicina pediatrica sono eterogenee e di conseguenza meno standardizzabili rispetto a quelle di altre discipline. Secondo **ChiroSuisse**, nella chiropratica non sono pensabili tariffe forfettarie per paziente dal momento che il percorso individuale di guarigione è difficile da prevedere vista la variabilità di presupposti complessi. Per quanto riguarda la medicina complementare, per **UNION**, **DAKOMED**, **SVKH** e **OdA KT** nell'assistenza di base importi forfettari per paziente non sono adatti né corretti dal momento che le cure devono essere adattate su misura al singolo paziente. La competenza sussidiaria del Consiglio federale di adeguare le strutture tariffali forfettarie prevista nell'avamprogetto è respinta da varie associazioni di fornitori di prestazioni (p. es. **BüAeV**, **PKS**, **ÄeGLU**, **AAV**, **swiss orthopaedics**, **FMCH**). Secondo **swiss orthopaedics**, tale competenza porta a uno squilibrio tra finanziatori e fornitori di prestazioni: in assenza di un consenso, l'intervento nelle tariffe andrebbe infatti a vantaggio dei finanziatori. **BEKAG** e **SSO** si oppongono a importi forfettari nel settore ambulatoriale per principio. Secondo **SSO** vi è un forte rischio che l'adeguatezza vada persa e si verifichi un amalgama di fattori che influenzano il prezzo.

4.4 Pareri sull'articolo 47a Organizzazione delle strutture tariffali per le cure ambulatoriali, compresa la disposizione transitoria (M34 Organizzazione delle tariffe)

Su questa misura si sono espressi complessivamente **114 partecipanti**. La misura ha suscitato ampi consensi su tutti i fronti, compresi in particolare i fornitori di prestazioni. La necessità di creare un'organizzazione nazionale per il settore ambulatoriale per risolvere le situazioni di stallo esistenti è generalmente riconosciuta e le possibilità di sanzioni sono perlopiù approvate. Sono tuttavia avanzate anche numerose piccole proposte di adeguamento.

Pur schierandosi sostanzialmente a favore della misura, la **CDS** e i **Cantoni** auspicano che ai Cantoni sia garantita una partecipazione paritetica all'organizzazione delle tariffe, che la competenza dell'organizzazione delle tariffe si limiti alle strutture tariffali valide in tutta la Svizzera e che nella fase iniziale anche le strutture tariffali per le prestazioni mediche siano di competenza dell'organizzazione delle tariffe. Inoltre anche le strutture tariffali elaborate dall'organizzazione devono essere sottoposte per approvazione al Consiglio federale dall'organizzazione stessa. Solo **NW** si oppone alla creazione di un'altra organizzazione delle strutture tariffali per le cure ambulatoriali: l'organizzazione SwissDRG SA, che esiste già, potrebbe eventualmente assumere compiti nell'ambito delle strutture tariffali ambulatoriali.

I **partiti rappresentati nell'Assemblea federale**, ad eccezione dell'**UDC**, accolgono favorevolmente la misura (**pvl, PES, PBD, PLR, PSS, PPD**). **pvl, PES, PBD** e **PLR** chiedono che l'organizzazione delle tariffe si limiti alle strutture tariffali per singola prestazione nell'ambito medico o al TARMED. **pvl** e **PBD** ritengono che le strutture tariffali debbano continuare a essere sottoposte al Consiglio federale dai partner tariffali e non dall'organizzazione delle tariffe, mentre il **PES** è di parere opposto. Secondo il **PES** deve essere prevista una partecipazione paritetica dei Cantoni all'organizzazione delle tariffe. Il **PSS** è sorpreso che le organizzazioni di pazienti e consumatori non siano rappresentate nell'organizzazione delle tariffe.

Le **associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** accolgono favorevolmente la misura (**UCS [Zurigo], UCS [Basilea] SAB**). **UCS (Basilea)** si associa al parere della CDS. **UCS (Zurigo)** ritiene che l'organizzazione delle tariffe dovrebbe concentrarsi principalmente sulla tariffa medica.

Ad eccezione di **economiesuisse**, le **associazioni mantello dell'economia** approvano la misura (**FER, USAM, USS, CP**). **economiesuisse** vi si oppone poiché ritiene che indebolisca il partenariato tariffale. L'ingerenza del Consiglio federale nel partenariato tariffale deve essere ridotta allo stretto necessario. **USAM** approva la misura solo se in una prima fase la competenza dell'organizzazione delle tariffe è limitata alle tariffe mediche e sia poi progressivamente estesa ad altri settori. Accanto agli assicuratori e ai fornitori di prestazioni, secondo **USS** nel consiglio di amministrazione dell'organizzazione delle tariffe dovrebbero essere rappresentate anche le organizzazioni dei pazienti e l'organizzazione dovrebbe fare trasparenza sul suo operato anche nei confronti del pubblico. Per il **CP** occorre rafforzare ulteriormente il principio dell'autonomia tariffale anche nel testo della legge.

Le **associazioni dei consumatori** sostengono la misura (**SKS, FRC**). **FRC** si augura però una maggior partecipazione degli assicurati, dal momento che gli assicuratori non difendono necessariamente gli interessi degli assicurati. Anche **SKS** deplora l'assenza, nell'organizzazione delle tariffe, dei Cantoni nonché delle organizzazioni di pazienti e consumatori.

Ad eccezione di **VASK**, anche le **associazioni di pazienti** sostengono la misura proposta (**DVSP, SPO, IGPZ**). **VASK** respinge la misura poiché è associata a un notevole onere amministrativo e l'effetto di contenimento dei costi non è accertato. **SPO** e **IGPZ** deplorano l'assenza, nell'organizzazione delle tariffe, dei Cantoni nonché delle organizzazioni di pazienti e consumatori e delle associazioni di assicurati. **DVSP** si augura che l'organizzazione delle tariffe possa elaborare nuove strutture tariffali sia nel settore ambulatoriale sia in quello stazionario. Dovrebbero essere valutate anche nuove forme, ad esempio importi forfettari complessi.

In linea di principio, anche gli **assicuratori** sostengono la misura (**curafutura, santésuisse, MTK, SVV, HSK, CSS, Helsana, Groupe mutuel**). Secondo **curafutura, santésuisse, HSK, CSS** e **Groupe mutuel**, l'organizzazione delle tariffe dovrebbe tuttavia limitarsi alle strutture tariffali per le prestazioni mediche. Ai loro occhi, l'elaborazione di tutte le strutture tariffali ambulatoriali da parte dell'organizzazione è una soluzione inefficace, inefficiente e burocratica.

santésuisse propone di prevedere la possibilità di incaricare l'organizzazione delle tariffe della manutenzione e dello sviluppo delle strutture tariffali per gli altri fornitori di prestazioni ambulatoriali. **curafutura, santésuisse, Helsana e CSS** considerano superfluo il fatto di autorizzare il Consiglio federale a emanare principi relativi alla forma e all'esercizio dell'organizzazione. Anche **MTK** vorrebbe partecipare all'organizzazione delle tariffe.

L'organizzazione delle tariffe per il settore ambulatoriale è approvata in particolare anche dalle **associazioni di fornitori di prestazioni**, che tuttavia avanzano anche alcune proposte di adeguamento. Alcune di queste associazioni ritengono che un'unica organizzazione delle tariffe per l'intero settore ambulatoriale non sia una soluzione praticabile (p. es. **physioswiss, H+, SVBG, SBK, KKA**). Occorre un'organizzazione separata per ogni categoria di fornitori di prestazioni, o perlomeno per il TARMED, nonché per le prestazioni di cura (**CURAVIVA, senesuisse**). **H+, FMCH e BEKAG** ritengono che i processi decisionali all'interno dell'organizzazione delle tariffe dovrebbero essere disciplinati in modo da obbligare l'organizzazione a sottoporre per approvazione al Consiglio federale anche le decisioni prese a maggioranza. È inoltre auspicata la partecipazione di altri attori all'organizzazione delle tariffe, ad esempio i Cantoni (**H+, VLSS**), i partner tariffali del settore LAINF/LAI e del settore LAM (**H+**) o le organizzazioni di pazienti (**VLSS**). **swiss orthopaedics** precisa che anche l'ufficio nazionale delle tariffe deve avere una composizione paritetica per quanto riguarda i medici, ossia non solo in relazione alla quantità di fornitori di prestazioni per disciplina, bensì anche e soprattutto in relazione ai motivi specifici delle consultazioni pubblicati dall'UST. La competenza sussidiaria del Consiglio federale di emanare principi relativi alla forma e all'esercizio dell'organizzazione prevista dall'avamprogetto è respinta da alcune associazioni di fornitori di prestazioni (p. es. **FMH, APA, AIIKIDS, SVBG, SBK, AAV, AeGLU, AeGBL, VDPS, SGPP, swiss orthopaedics**). L'autonomia strutturale e organizzativa dei partner tariffali va garantita. È in parte criticata anche la competenza sussidiaria del Consiglio federale di istituire l'organizzazione, se i partner tariffali non raggiungono un'intesa (**H+, AAV, swiss orthopaedics**). Il Consiglio federale può già emanare, a titolo sussidiario, tariffe ufficiali o rivedere le strutture. Per **FMCH e physioswiss** è necessaria una disposizione sul finanziamento dell'organizzazione. **PKS, VUA, MSN, SVM, Kinder- und Jugendmedizin** approvano la misura senza avanzare proposte di modifica concrete. **ZGKJPP, BBV+, SSO e UNION** si oppongono a un'organizzazione delle tariffe per il settore ambulatoriale: secondo loro, si tratta di una dispendiosa soluzione burocratica, che potrebbe risentire delle situazioni di stallo tra i decisori e sfociare in un sistema statale di fissazione delle tariffe.

4.5 Pareri sull'articolo 47b Comunicazione dei dati per le tariffe delle cure ambulatoriali (M25 Comunicazione dei dati)

Su questa misura si sono espressi complessivamente **104 partecipanti**. In linea di principio, l'introduzione di un obbligo di fornire dati suscita consensi, in particolare perché i dati consentono di aggiornare regolarmente le strutture tariffali e creano trasparenza. Vi sono tuttavia anche voci critiche, soprattutto tra i fornitori di prestazioni.

La **CDS** e i **Cantoni** sono sostanzialmente favorevoli all'obbligo di fornire dati al Consiglio federale. Chiedono però un'estensione di tale obbligo: anche i Cantoni devono poter ricevere dati per le procedure cantonali di approvazione o fissazione e adottare sanzioni in caso di inadempienza. La possibilità di sanzioni deve essere prevista anche nel settore stazionario (art. 49 LAMal). Per NW l'articolo 47b LAMal è obsoleto: il suo Consiglio di Stato ne ha infatti già proposto lo stralcio.

I **partiti rappresentati nell'Assemblea federale** approvano la misura con alcune riserve. Al **pvl** preme che le forniture di dati rispettino la legge federale sulla protezione dei dati e non comportino oneri amministrativi sproporzionati o ingiustificati per i partner tariffali. Devono essere messi a disposizione del Consiglio federale unicamente i dati necessari per approvare le convenzioni sulle strutture tariffali ed esercitare le competenze sussidiarie. L'obbligo di fornire dati deve inoltre limitarsi alle strutture tariffali per singola prestazione in ambito medico. Il **PES** auspica che sia inserita nella legge anche la fornitura dei dati ai Cantoni, compresa la possibilità di sanzioni. Il **PBD** condivide l'obbligo di fornire dati, compresa la possibilità di sanzioni, a patto che si limiti ai dati necessari per approvare le strutture tariffali. **PLR e UDC** approvano

l'obbligo di fornire dati, ma solo quando ciò sia strettamente necessario e non intacchi l'autonomia tariffale dei partner tariffali. **PSS** e **PPD** accolgono favorevolmente la misura.

Anche le **associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** approvano la misura (**SAB**, **UCS [Zurigo]**, **UCS [Basilea]**). Secondo **UCS (Zurigo)**, l'impostazione della fornitura di dati (modalità, entità, periodicità ecc.) deve essere disciplinata in modo uniforme tra i partner tariffali e la futura organizzazione delle tariffe.

La misura è sostenuta anche dalle **associazioni mantello dell'economia (FER, economie-suisse, USAM, USS, CP)**. **economiesuisse** è tuttavia a favore solo se lo scopo della rilevazione dei dati è chiaro, l'obbligo di fornire dati è obiettivamente giustificato e i dati sono resi accessibili al pubblico. **USAM** chiede che la fornitura di dati non sia gratuita e, per motivi di efficienza, che i dati siano forniti principalmente dall'organizzazione delle tariffe al Consiglio federale. Inoltre il Consiglio federale deve poter utilizzare i dati esclusivamente per svolgere i compiti previsti all'articolo 47b capoverso 2 LAMal. Per **CP** è importante che le forniture di dati si orientino al principio di proporzionalità.

Le due **associazioni dei consumatori (FRC e SKS)** sostengono la misura. **SKS** deplora tuttavia che la proposta del gruppo di esperti sia stata annacquata e il Consiglio federale non debba adeguare il TARMED annualmente. Con questa misura, il Consiglio federale disporrebbe di uno strumento efficace per gestire i costi.

Le associazioni di pazienti **DVSP**, **SPO** e **IGPZ** sostengono la misura. **DVSP** approva la possibilità di sanzioni in caso di mancata fornitura dei dati. Le associazioni di pazienti fanno notare che la struttura tariffale deve essere aggiornata regolarmente – il gruppo di esperti propone una cadenza annuale. **SPO** si associa al parere di **SKS** (cfr. sopra). Secondo **IGPZ** i dati devono essere comunicati anche ai governi cantonali e la trasmissione dei dati deve avvenire, in linea di principio, in forma elettronica.

Gli **assicuratori** sono sostanzialmente disposti a fornire i dati, ma solo a determinate condizioni o con determinate restrizioni. **santésuisse**, **curafutura** e **HSK** vorrebbero che l'obbligo di fornire dati al Consiglio federale fosse limitato in primo luogo al caso dell'approvazione delle strutture tariffali e solo in secondo luogo esteso alle competenze sussidiarie. La forma e l'entità dei dati da fornire dovrebbero essere stabilite dall'organizzazione delle tariffe. In linea di principio i tre assicuratori respingono inoltre la responsabilità delle federazioni nell'ambito delle sanzioni e le disposizioni sulle sanzioni. Secondo **CSS** le sanzioni dovrebbero limitarsi ai fornitori di prestazioni che non adempiono l'obbligo di fornire dati all'organizzazione comune. Per quanto riguarda le sanzioni, per **MTK** l'importo delle multe è troppo basso. Secondo **curafutura** occorre intervenire in particolare a livello delle strutture tariffali per singola prestazione nel settore medico ambulatoriale. Se l'organizzazione delle tariffe funziona bene, l'obiettivo della presente misura potrà essere raggiunto in modo più snello completando altre disposizioni della LAMal. Secondo **Groupe mutuel**, il Consiglio federale dovrebbe ricevere solo i dati di cui ha bisogno per fissare o approvare la struttura. In questi casi dovrebbe essere l'organizzazione delle tariffe a fornirglieli. Per **Helsana** e **CSS**, l'obbligo generale di fornire sistematicamente tutti i dati è sproporzionato. I dati dovrebbero essere messi a disposizione solo se il Consiglio federale deve intervenire a titolo sussidiario. **HSK** sottolinea che la necessaria trasparenza dei dati non riguarda solo le trattative, l'approvazione e la fissazione delle strutture tariffali, ma in virtù del primato delle trattative nella LAMal anche i partner tariffali. **SVV** approva l'obbligo di fornire dati nella misura in cui consentano al Consiglio federale di svolgere i suoi compiti e si chiede se a tal fine sia veramente necessario creare una base legale supplementare.

Un'ampia maggioranza delle **associazioni di fornitori di prestazioni** respinge la misura e chiede vari adeguamenti. I fornitori di prestazioni criticano in particolare la gratuità della fornitura di dati al Consiglio federale. Secondo loro, il finanziamento dovrebbe essere disciplinato analogamente a quanto previsto per SwissDRG SA. Molti ritengono che il loro obbligo sia già adempiuto con la rilevazione MAS dell'Ufficio federale di statistica. È inoltre criticato l'obbligo, per i singoli fornitori di prestazioni, di fornire direttamente dati al Consiglio federale. Il Consiglio federale dovrebbe poter ricevere tutti i dati dall'organizzazione. **FMH**, **APA** e **AllKids** si dicono sostanzialmente favorevoli alla misura. Secondo **FMH**, il Consiglio federale dovrebbe tuttavia

ricevere i dati solo al termine dell'adeguamento delle tariffe da parte dell'organizzazione delle tariffe; altrimenti si tratta di un'ingerenza nell'autonomia tariffale. **H+** sostiene un aggiornamento regolare delle strutture tariffali nel settore ambulatoriale, a condizione che tutti i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, le loro federazioni e la nuova organizzazione nazionale delle tariffe siano tenuti a mettere a disposizione del Consiglio federale i dati necessari per approvare le tariffe e i prezzi. L'impostazione della fornitura di dati (modalità, entità, periodicità ecc.) deve essere disciplinata in modo uniforme tra i partner tariffali e la futura organizzazione delle tariffe. **physioswiss** non può sostenere la misura in questa forma: manca infatti un raggruppamento delle disposizioni sulla fornitura e il trattamento dei dati. Inoltre la fornitura gratuita e l'obbligo, per le federazioni, di fornire dati sono problematici. Dato che l'organizzazione rileva i dati dei fornitori di prestazioni, secondo **physioswiss** occorre obbligare solo quest'ultima a comunicare i dati al Consiglio federale. **FMCH** è critica nei confronti della misura. Occorre evitare la creazione di nuovi flussi di dati e i doppioni. Inoltre dal punto di vista giuridico non si possono incaricare le federazioni di fornire i dati.

4.6 Pareri sull'articolo 47c Misure di gestione dei costi, compresa la disposizione transitoria

Su questa misura si sono espressi complessivamente **107 partecipanti**. Un'esigua maggioranza di essi (soprattutto i fornitori di prestazioni e una parte degli assicuratori) vi si oppone, mentre soprattutto i Cantoni e i partiti sono favorevoli, seppur con varie proposte di modifica.

La **CDS** e i **Cantoni** riconoscono che con la nuova disposizione è proposto uno strumento potenzialmente efficace per contenere i costi: in un mercato guidato dall'offerta consente infatti di rafforzare la responsabilità dei fornitori di prestazioni in relazione ai costi. La regolamentazione proposta non tiene però abbastanza conto del fatto che la responsabilità per l'approvvigionamento e la competenza gestionale devono restare nelle mani dei Cantoni. La disposizione va pertanto riveduta tenendo conto di alcuni capisaldi. La responsabilità cantonale per la pianificazione dell'approvvigionamento non deve essere scalzata. Occorre rispettare il primato della gestione statale sulla gestione convenuta dai partner tariffali, prevedere un meccanismo di gestione in caso di offerta insufficiente nonché escludere interferenze con altri progetti di revisione della LAMal in corso. Le disposizioni previste per le convenzioni valide in tutta la Svizzera dovrebbero applicarsi per analogia alle convenzioni tariffali cantonali: in altre parole, i meccanismi di gestione dovrebbero essere inseriti anche nelle convenzioni cantonali, che devono essere approvate dai governi cantonali.

Una maggioranza dei **partiti rappresentati nell'Assemblea federale** si schiera sostanzialmente a favore di una gestione dei costi: si tratta di un elemento importante per contenere i costi, che aumenta la pressione sui partner tariffali. Due partiti si oppongono (**PLR, PBD**). Dei partiti rappresentati in Consiglio federale, **PPD** e **PSS** sostengono la misura. Il **PPD** auspica un obbligo di adottare misure vincolanti di contenimento dei costi non appena l'andamento dei costi supera chiaramente quello dei salari, analogamente all'«iniziativa per un freno ai costi» lanciata dal partito stesso. L'**UDC** è scettica in merito all'attuazione pratica della misura e il **PLR** la respinge. Il **pvl** sostiene la proposta del Consiglio federale nella misura in cui crea degli incentivi a inserire nelle convenzioni tariffali strumenti di contenimento dei costi. Si oppone tuttavia a un obbligo. Anche per il **PBD** un obbligo di adottare misure non farebbe che ostacolare ancora di più le trattative. Il **PES** sottoscrive il parere della CDS.

UCS (Zurigo) sostiene l'obiettivo di contenere i costi, ma respinge gli interventi della Confederazione a livello di gestione dei volumi e dei costi, dal momento che ostacolano la fornitura di prestazioni necessarie dal punto di vista medico. **SAB** approva l'obbligo per i partner tariffali e la competenza sussidiaria del Consiglio federale. Suggerisce di prevedere, oltre al monitoraggio dell'evoluzione quantitativa delle varie posizioni e dei costi fatturati, anche obiettivi vincolanti in relazione all'evoluzione dei costi.

Le **associazioni mantello dell'economia** sono divise. **USS** e **FER** ritengono che la misura sia corretta, **economiesuisse**, **CP** e **USAM** tendono a opporsi. **USAM** ritiene che non possa essere compito dei fornitori di prestazioni e delle loro federazioni elaborare misure di gestione dei costi, negoziare con gli assicuratori e sottoporre il risultato per approvazione al Consiglio

federale. USAM considera molto problematica la competenza sussidiaria del Consiglio federale, poiché porta a un'ulteriore statalizzazione della nostra sanità, introducendo di fatto un budget globale. **economiesuisse** si oppone alla misura, ma intravede un potenziale in un monitoraggio dei volumi, che permetterà di analizzare le evoluzioni impreviste e di adottare eventuali misure (anche **CP**). Per **economiesuisse** la competenza sussidiaria è inutile: il Consiglio federale può infatti esercitare una pressione sufficiente nell'ambito dell'approvazione delle tariffe e con l'articolo 47a LAMal dispone di uno strumento di pressione supplementare. **CP** teme che questa misura porti a un razionamento delle prestazioni in una medicina a due velocità. Per **USS** la misura è corretta, ma l'elemento decisivo è che la gestione avvenga in linea di principio mediante adeguamenti tariffali progressivi e non mediante limitazioni quantitative e che nella valutazione delle misure sia inclusa la componente correttiva specifica (come nuove prestazioni obbligatorie o l'evoluzione demografica).

L'**associazione di consumatori SKS** approva la misura, ma i relativi principi devono applicarsi in modo analogo anche a livello cantonale. Le **associazioni di pazienti (VASK, IGPZ)** ritengono che dovrebbero essere coinvolte anche le organizzazioni di pazienti e famigliari o le federazioni degli assicurati e che, assieme alle misure di gestione dei costi, dovrebbero essere rafforzate anche la solidarietà e l'appropriatezza delle prestazioni mediche.

Sul fronte degli **assicuratori, santésuisse e Groupe mutuel** si schierano a favore della misura proposta nell'avamprogetto posto in consultazione, mentre gli altri assicuratori sono scettici (**curafutura, SVV, CSS, Helsana, HSK**). **santésuisse** approva l'obbligo, per i partner tariffali, di gestire i costi, ma propone vari adeguamenti. Gli obiettivi e i correttivi dovrebbero essere definiti in convenzioni tariffali cantonali, mentre nelle convenzioni valide in tutta la Svizzera dovrebbero essere fissati esclusivamente i principi comuni. Gli aumenti ingiustificati dei volumi e dei costi non dovrebbero essere rilevati necessariamente rispetto all'anno precedente; per motivi di comparabilità nel tempo e rappresentatività dei risultati potrebbe essere opportuno considerare periodi più lunghi o valori medi. Inoltre i settori da gestire dovrebbero essere determinati in linea di principio a livello di partner tariffali. Anche **Groupe mutuel** è favorevole alla misura, ma chiede lo stralcio delle competenze sussidiarie del Consiglio federale ivi contenute. Per **SVV, curafutura, CSS, Helsana** e anche **HSK**, la misura è inutile: già oggi, infatti, i partner tariffali possono includere nelle convenzioni tariffali meccanismi di gestione dei costi ed esistono anche già degli esempi. Bisognerebbe quindi rinunciare a un obbligo; si temono infatti maggior stalli nelle trattative tra i partner tariffali. Agli occhi di **CSS** occorre anche la pressione di obiettivi vincolanti relativi ai costi, conformemente alla misura 1 del rapporto degli esperti del Consiglio federale. Per **curafutura, CSS, Helsana** e **HSK** sarebbe più efficace un adeguamento delle condizioni quadro abolendo l'obbligo di stipulare convenzioni tariffali.

La maggior parte delle **associazioni di fornitori di prestazioni** si oppone all'obbligo di convenire misure di gestione dei costi. Sia i favorevoli sia i contrari chiedono vari adeguamenti dell'avamprogetto posto in consultazione. Molte associazioni di fornitori di prestazioni temono l'introduzione, per vie traverse, di un budget globale, che porterà a razionamenti, a una medicina a due velocità e a un'erosione della qualità (p. es. **VLSS, SBV, VSAO, FMH, mfe, SGPP, KKA, SMVS, VSÄG, BüAeV, AeGLu, GAeSO, Argomed, AeGBL, AAV, AGZ, SVM, SSO, AllKidS**). Alcuni respingono la competenza sussidiaria del Consiglio federale prevista nell'avamprogetto (**H+, AllKidS, ChiroSuisse, BFG**). Si tratta di un trasferimento di potere verso il Consiglio federale o gli assicuratori. Per alcune associazioni di fornitori di prestazioni occorre definire più esattamente cosa s'intenda per aumento ingiustificato dei volumi e dei costi e quali fattori debbano confluire in tale valutazione (p. es. **K3, Kinder- und Jugendmedizin, SGAP**). In particolare anche i fornitori di prestazioni criticano la durata troppo breve del periodo di osservazione, pari a un anno (p. es. **mfe, UNION, Kinder- und Jugendmedizin, SBK, orthoptics, SVDE**). Per poter constatare la presenza di un aumento ingiustificato dei volumi e dei costi è infatti necessario un periodo di osservazione superiore a un anno. Alcune associazioni di fornitori di prestazioni ritengono che non in tutti i settori abbia senso prevedere misure di gestione dei costi: è il caso in particolare dei settori in cui è lo Stato a fissare le tariffe e gli importi o dove le remunerazioni massime dell'AOMS non sono stabilite dai fornitori di

prestazioni (**CURAVIVA, Spitex, ASPS**). L'obbligo, per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, di fornire dati al Consiglio federale, previsto nell'avamprogetto posto in consultazione, è criticato dalle associazioni di fornitori di prestazioni (**CURAVIVA, RVBB, KKA**). Occorre specificare il più esattamente possibile di quali dati si tratti al fine di ridurre al minimo l'onere amministrativo ed evitare raccolte di dati inutili. Al posto di tale obbligo, **KKA, SMVS e VSÄG** propongono che i partner tariffali prevedano nelle loro convenzioni tariffali un monitoraggio congiunto, che tenga conto in modo corretto e trasparente dei vari fattori noti e convengano correttivi in caso di sviluppi imprevisti e ingiustificati in materia di sicurezza e qualità dell'approvvigionamento nonché di aumento dei volumi e dei costi.

4.7 Pareri sul sistema di prezzi di riferimento per i medicinali (M22)

Sul sistema di prezzi di riferimento si sono espressi **102 partecipanti**. La misura suscita reazioni contrastanti. Più di due terzi dei partecipanti sono contrari. Tra le voci più critiche figurano in particolare le associazioni farmaceutiche, i fornitori di prestazioni, i Cantoni e le associazioni dell'economia. Sono favorevoli all'introduzione di questo sistema soprattutto i partiti, gli assicuratori nonché le associazioni di consumatori e pazienti. Non tutti i partecipanti si sono espressi sulla proposta con lo stesso grado di dettaglio: su alcuni articoli sono quindi disponibili solo le reazioni di poche categorie di partecipanti (soprattutto gli assicuratori e i fornitori di prestazioni).

La maggior parte dei **Cantoni** e la **CDS** si oppongono all'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento, poiché presumono che esso non potrà risolvere il problema dei medicinali veramente costosi. Temono inoltre che la regolamentazione proposta possa portare a una situazione estremamente confusa per i fornitori di prestazioni e gli assicurati. Solo i Cantoni **TG, TI, GE, JU e VD** sono favorevoli all'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento.

La maggior parte dei **partiti rappresentati nell'Assemblea federale** accoglie favorevolmente l'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento. Il **PES** è favorevole alla proposta. Sono sostanzialmente d'accordo anche **PPD, PLR, pvl e PSS**. Il **PPD** è tuttavia scettico nei confronti dei modelli proposti e incarica il Consiglio federale di esaminare se un sistema di prezzi di riferimento basato sulla concorrenza non sarebbe più semplice da attuare rispetto ai modelli proposti. Il rapporto degli esperti contiene inoltre altre misure nel settore dei medicinali che sarebbe utile attuare (in particolare la riduzione degli ostacoli per i generici). Il **PLR** mette in guardia soprattutto sull'eccesso di burocrazia e invita alla prudenza per quanto riguarda la sicurezza dell'approvvigionamento. Anche per il **PSS** è assolutamente necessario rispettare i motivi medici contro la sostituzione di un medicamento senza addossare costi supplementari ai pazienti. **PBD** e **UDC** respingono la proposta poiché non credono che sia efficace e hanno dei dubbi quanto alla sicurezza dei pazienti e dell'approvvigionamento.

Le **associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** sono divise. **SAB** approva l'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento e chiede che i criteri prioritari alla base della scelta del modello siano il risparmio realizzato e la sicurezza dell'approvvigionamento. **UCS (Zurigo)** e **UCS (Basilea)** sono chiaramente contrari a un sistema di prezzi di riferimento poiché così come è impostato metterebbe in pericolo la sicurezza dell'approvvigionamento. **UCS (Basilea)** presume inoltre che in futuro le farmacie consegneranno ai pazienti soprattutto specialità al di sotto del prezzo di riferimento, il che porterà a una lotta sui prezzi tra le imprese farmaceutiche e di riflesso a una flessione dei prezzi. A prima vista la spirale verso il basso risultante è auspicabile quale misura di riduzione dei costi, ma cela il pericolo che al paziente sia consegnato ogni volta un generico differente.

La maggior parte delle **associazioni mantello dell'economia** si oppone alla misura. **ASSGP, scienceindustries, economiesuisse** e **HKBB** ritengono che l'attuale sistema di fissazione dei prezzi vada sostanzialmente mantenuto, completandolo però con i giusti incentivi alla consegna di generici. **scienceindustries** fa notare che è prematuro proporre nuove misure nel settore dei medicinali, dal momento che gli effetti positivi del nuovo riesame triennale dei prezzi non possono ancora essere valutati in modo definitivo. **economiesuisse** intravede nel sistema di prezzi di riferimento una nuova regolamentazione complicata, inutile nell'ambito di una fissazione amministrata dei prezzi. **ACS** e **CP** temono che i prezzi troppo bassi possano

minacciare la sicurezza dell'approvvigionamento, bloccando l'ulteriore sviluppo di preparati con principi attivi noti e di conseguenza innovazioni utili per i pazienti. La libertà di scelta dei medici, dei fornitori di prestazioni e anche e soprattutto dei pazienti risulterebbe inoltre limitata in modo sproporzionato. **HKBB** e **scienceindustries** si oppongono al fatto che il Consiglio federale determini parametri come la differenza di prezzo o il nuovo sconto senza coinvolgere i partner industriali interessati. Ciò genera incertezze inaccettabili per i fabbricanti e i distributori di medicinali. **HKBB** esprime forti dubbi anche sull'introduzione del principio della convenienza. Considera particolarmente problematica la fissazione a livello di ordinanza delle condizioni che definiscono i medicinali di pari idoneità medica. Inoltre l'efficacia farmacologica sul paziente non dipende solo dal principio attivo, bensì anche dalla formulazione galenica e di conseguenza dalla farmacocinetica (confronto Voltaren-Voltaren Rapid). Non da ultimo **HKBB**, **ASSGP** e **scienceindustries** si oppongono fermamente all'equiparazione dei biosimilari e dei preparati di riferimento ai generici e ai preparati originali. A differenza dei generici, i biosimilari non sono identici al preparato di riferimento per quanto riguarda il principio attivo e non possono essere sostituiti né con il preparato di riferimento né tra di loro. **USS** e **FER** si schierano a favore dell'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento. **FER** esprime però anche grandi dubbi, che riguardano da un lato possibili difficoltà di approvvigionamento e dall'altro la sicurezza dei pazienti. Oltre che del principio attivo bisogna tener conto anche di aspetti medici (efficacia e risposta del paziente). **USS** vorrebbe impostare il sistema di prezzi di riferimento in modo sensibilmente più incisivo (p. es. riesame annuale dei prezzi dei medicinali, introduzione del principio di convenienza, estensione del confronto con i prezzi praticati all'estero ad altri Paesi europei più economici). Teme inoltre che, a causa della definizione rigorosa dei gruppi di principi attivi (livello ATC 5) e della regolamentazione secondo cui i principi attivi sono inseriti nel sistema di prezzi di riferimento solo se nell'elenco delle specialità (ES) sono iscritti almeno tre medicinali, il sistema di prezzi di riferimento si applicherà a un numero troppo esiguo di medicinali.

Le due **associazioni dei consumatori (SKS e FRC)** approvano l'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento. **FRC** attira però l'attenzione sui problemi strutturali del sistema sanitario, che restano irrisolti, e su una possibile minaccia per la sicurezza dell'approvvigionamento. Ritiene inoltre che non si debba considerare solo il principio attivo, bensì anche le classi di principi attivi e le indicazioni della stessa forma galenica.

Le **associazioni di pazienti** accolgono favorevolmente la misura. In linea di principio **DVSP**, **SPO** e **VASK** approvano l'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento per i medicinali con brevetto scaduto. Per **DVSP** è importante che agli assicuratori non siano attribuite competenze supplementari e che il controllo resti nelle mani dell'UFSP. Sottolinea inoltre che la sicurezza dei pazienti deve essere garantita per quanto riguarda sia i medicinali sia i principi attivi. I costi supplementari per la consegna di preparati originali non devono essere addossati ai pazienti. In proposito **SPO** chiede una regolamentazione derogatoria per i (pochi) casi giustificati dal punto di vista medico. Propone che sia presentata una domanda di garanzia di assunzione dei costi al medico di fiducia dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In attesa della decisione del medico di fiducia e della decisione definitiva in caso di ricorso contro tale decisione dovrebbe tuttavia essere pagato il preparato più costoso.

IGPZ si oppone all'introduzione di prezzi di riferimento, dal momento che non sono solidali né utili per ridurre durevolmente i costi dei medicinali e al tempo stesso suscitano problemi di approvvigionamento e compliance. **IGPZ** intravede un bisogno d'intervento soprattutto nell'ambito dei medicinali protetti da un brevetto e ipotizza che l'UFSP stabilisca prezzi massimi, che però non devono limitarsi ai medicinali con brevetto scaduto. I prezzi massimi corrisponderebbero quindi al tempo stesso ai prezzi dei medicinali iscritti nell'ES. **IGPZ** chiede inoltre l'elaborazione di una proposta alternativa, volta a promuovere la concorrenza e a escludere una monopolizzazione. **BFG** respinge la proposta poiché erode lo Stato di diritto, dal momento che per i generici non è prevista alcuna decisione impugnabile. Inoltre l'effetto di risparmio di un sistema di prezzi di riferimento non è per niente chiaro e vi è da temere che molti generici spariscano dal mercato.

Gli **assicuratori** approvano espressamente l'introduzione nella LAMal di un sistema di prezzi di riferimento (**santésuisse**, **curafutura**, **CSS**, **Helsana**, **Groupe Mutuel**, **SVV**). **curafutura**

sottolinea che la proposta accoglie una richiesta avanzata da anni dalle assicurazioni malattie, dal Sorvegliante dei prezzi e dalle associazioni dei consumatori. **santésuisse** è convinta che l'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento permetterà di risparmiare circa 400 milioni di franchi all'anno, senza intaccare minimamente la qualità dei medicinali a carico delle casse malati. Fa tuttavia notare che il sistema di prezzi di riferimento per i generici è solo un primo passo e in un secondo tempo dovrà essere esteso agli altri medicinali. Pur ritenendo che il sistema di prezzi di riferimento abbia senso, **Helsana** definisce i modelli proposti dal Consiglio federale irrealistici. Secondo lei, nella LAMal pochi principi sono più che sufficienti.

L'ampia maggioranza dei **fornitori di prestazioni** si schiera contro un sistema di prezzi di riferimento. Sono poche le associazioni o le società (tra l'altro **SGAIM, SGAP, SGG, SVM, VUA**) per le quali gli effetti positivi di un sistema del genere prevalgono. La maggior parte dei fornitori di prestazioni respinge la proposta perché minaccia la sicurezza dell'approvvigionamento e dei pazienti (tra l'altro **FMH, H+, unimedsuisse, K3, Intergenerika, vips, SGDv, SGPP, KKA/SMVS, VSAO, AeGBL, AeGLU, AllKidS, ChiroSuisse, GAeSO, Spitex**). Vi è una grande preoccupazione che il sistema di prezzi di riferimento generi una pressione sui prezzi dei generici e dei preparati originali nella fascia bassa di prezzi. Ciò provocherebbe ulteriori ritiri dal mercato, dal momento che in un mercato piccolo come la Svizzera la distribuzione di tali medicinali non converrebbe più. Di conseguenza, la quota di generici e biosimilari diminuirebbe. **MSN** ritiene che si verificherebbe un riporto dei costi sui pazienti. Per **pharmaSuisse** bisogna assolutamente correggere gli incentivi controproducenti di cui all'articolo 38 OPre. Alcuni partecipanti prevedono inoltre una sorta di medicina di Stato attraverso sistemi di prezzi dettati dall'ente pubblico (**BBV+, VSVA, Zur Rose**). Molti fornitori di prestazioni temono che il fatto che il sistema di prezzi di riferimento emanerà disposizioni sui prezzi limiterà la libertà terapeutica dei medici e la libertà di scelta dei pazienti. A causa dei continui cambiamenti di prezzo, i pazienti dovrebbero continuamente adattarsi a nuovi medicinali, il che provoca costi della salute inutili e riduce l'adesione alla terapia (compliance) (tra l'altro **Intergenerika, MSD, pharmaLog, SVM, APA, BEKAG, VLSS, IFAK**). Alcuni fornitori di prestazioni osservano che, per motivi di parità di trattamento, il sistema di prezzi di riferimento dovrebbe includere e remunerare tutti i medicinali (**SVKH, Dakomed/OdA KT, UNION**). Molti fornitori di prestazioni (tra l'altro **APA, Argomed, GSASA, SSO, IG Schweizer Pharma KMU**) temono un notevole onere burocratico supplementare (in particolare per le spese d'informazione), dal momento che nella maggior parte degli studi medici i dipendenti sono pochissimi. Devono avvenire adeguamenti amministrativi dei prezzi al massimo una volta all'anno. Il giorno di riferimento e i nuovi prezzi devono inoltre essere resi noti con ampio anticipo. Per la maggior parte dei partecipanti, la costituzione di gruppi di riferimento basati unicamente sulla presenza del medesimo principio attivo è assolutamente inadeguata (**H+, unimedsuisse, mfe, pharmaLog, Kinder- und Jugendmedizin, SGG, GSASA, Rey**). Per la sicurezza dei pazienti, la compatibilità e l'efficacia, oltre al principio attivo è essenziale anche la galenica del medicamento. È problematico anche il fatto che nella formazione dei prezzi di riferimento sono inclusi i preparati originali e i biosimilari (tra l'altro **Iph, Dakomed/OdA KT, Intergenerika**). Non essendo intercambiabili, i biosimilari non vanno inseriti in un sistema di prezzi di riferimento. Per **SGAP**, in caso di intolleranza a un medicamento deve essere possibile optare per un preparato più costoso della stessa classe di principi attivi con la medesima composizione galenica. Se tali preparati non sono pagati si rischia di creare una medicina a due velocità, una cosa da evitare (tra l'altro **vips**). Alcuni fornitori di prestazioni sottolineano inoltre che sarebbero più utili proposte alternative. Secondo **FMCH**, in Svizzera il problema della scarsa penetrazione del mercato dei generici pesa nettamente di più rispetto ai prezzi elevati dei generici nel raffronto internazionale. Creando adeguati incentivi a una maggior penetrazione del mercato per i generici, a lungo termine si potrà risparmiare di più. Anche **Argomed** intende aumentare la quota dei generici, dando ai medici un incentivo con la dispensazione diretta nell'ambito di modelli di assicurazione alternativi.

4.7.1 Articolo 44 capoverso 1, secondo periodo, e articolo 52 capoversi 1 lettera b, 1^{bis} e 3

Gli **assicuratori curafutura, CSS e Helsana** rilevano che l'ES deve contenere tutti i prezzi delle confezioni di medicinali iscritti. Accanto al prezzo di riferimento deve essere indicato anche il prezzo massimo del preparato originale, in modo da aumentare la trasparenza. **Santésuisse** auspica che gli assicuratori malattie possano impugnare l'ES dell'UFSP con i prezzi. **Helsana** suggerisce di fissare i prezzi di riferimento mediante una decisione e non un'ordinanza. Il prezzo di riferimento va fissato in modo da garantire un approvvigionamento sicuro ed economico, tenendo conto dell'andamento dell'offerta e dei prezzi dei medicinali corrispondenti in Svizzera e all'estero. La fissazione del prezzo massimo va inoltre prevista solo sotto forma di disposizione facoltativa e accompagnata da sanzioni, poiché in certi casi la fissazione generale di prezzi massimi potrebbe anche essere vista come un riconoscimento ufficiale di un determinato supplemento al prezzo di riferimento. Se il titolare di un'omologazione non rispetta il prezzo massimo, il medicinale deve essere stralciato dell'ES mediante una decisione impugnabile. Non da ultimo **Helsana** chiede di completare la LAMal, precisando che agli accordi in materia di concorrenza si applicano le disposizioni della legge sui cartelli. L'obiettivo del sistema di prezzi di riferimento è di rafforzare la concorrenza dei prezzi tra i titolari dell'omologazione di medicinali intercambiabili. Tale concorrenza non va ostacolata o annullata mediante accordi in materia di concorrenza.

Sul fronte dei **fornitori di prestazioni, KKA/SMVS** temono che i fornitori di prestazioni siano costretti a vendere mezzi o apparecchi e medicinali a un prezzo inferiore al prezzo di costo. Se le tariffe riconosciute non coprono i costi, i fornitori di prestazioni devono avere la possibilità di esigere la differenza al di fuori dell'assicurazione di base. **BüAeV** teme che i pazienti saranno costretti a pagare il supplemento o ad accettare continui cambiamenti della terapia. Secondo **IG Schweizer Pharma KMU, vips e Intergenerika**, la regolamentazione prevista eroderà lo Stato di diritto, dal momento che la fissazione dei prezzi in un'ordinanza non consentirà ai fabbricanti di impugnare i prezzi mediante ricorso. Inoltre non sono definiti i diversi rapporti tra il prezzo massimo e quello di riferimento nonché rispetto al prezzo di fabbrica per la consegna, il che indebolisce ulteriormente la certezza del diritto.

4.7.2 Articolo 52a Remunerazione dei medicinali senza prezzo di riferimento

In linea di principio, gli **assicuratori (santésuisse, curafutura, Helsana e Groupe Mutuel)** sostengono la nuova formulazione dell'articolo 52a: il sistema di sostituzione proposto aumenterà infatti notevolmente la quota di generici, determinando una riduzione dei costi. **Curafutura e Helsana** fanno notare che il diritto di sostituzione dovrebbe tuttavia applicarsi anche ai medicinali con prezzo di riferimento e non solo a quelli senza prezzo di riferimento. Agli occhi di **santésuisse**, la limitazione della sostituzione all'idoneità medica è problematica: offre infatti un ampio margine d'interpretazione. **santésuisse** dubita della capacità del Consiglio federale di adempiere tale compito e suggerisce di stralciare questa restrizione dall'avamprogetto. In caso di medicinali con il medesimo principio attivo, in ogni caso l'AOMS assume unicamente quello meno caro. Anche **Helsana** ritiene che la questione dell'intercambiabilità dei medicinali possa dipendere dalla situazione individuale del paziente. Per questi casi piuttosto rari bisogna quindi prevedere una deroga al sistema di prezzi di riferimento. Il fornitore di prestazioni che li ha prescritti o consegnati è però tenuto a spiegare all'assicuratore perché, per motivi medici, per una determinata persona è esclusa la sostituzione con un medicinale meno caro. **Santésuisse e Helsana** suggeriscono inoltre di obbligare espressamente il fornitore di prestazioni che prescrive o consegna il medicinale a informare il paziente sul prezzo di riferimento rimborsato, se non gli viene consegnato il medicinale meno caro.

Per la remunerazione dei medicinali senza prezzo di riferimento (ossia fino all'arrivo sul mercato di almeno tre medicinali con brevetto scaduto), i **fornitori di prestazioni** chiedono di mantenere il diritto vigente (tra l'altro **FMH, Iph/MSD, BüAeV, VLSS**). **UNION, H+, uni-medsuisse, Dakomed/Oda KT, SVKH, KKA/SMVS** ed altri suggeriscono di stralciare il principio della convenienza, essendo questo contrario al principio dell'ES, secondo cui la remunerazione dei medicinali è disciplinata nell'ES. Inoltre la sicurezza dell'approvvigionamento e

il principio della libertà di prescrizione medica sono minacciati e la disposizione proposta non è compatibile con il principio della sicurezza dei pazienti. **IG Schweizer Pharma KMU** argomenta dicendo che non tutti i medicinali con il medesimo principio attivo hanno anche le stesse indicazioni: un obbligo di sostituzione è quindi inadeguato. Secondo **SGAP e pharma-Suisse**, anche qui bisogna tener presente che, oltre alla composizione di principi attivi, svolge un ruolo anche la galenica: il capoverso dovrebbe quindi essere completato di conseguenza. È messo in dubbio anche il criterio della «parità di idoneità medica». Non è chiaro cosa s'intenda e chi debba definirla (tra l'altro **FMH, GAESO, AeGBL, SGKJPP, SGDV/SGPP**). **Intergenerika** e **vips** chiedono che i criteri siano definiti nella LAMal, dal momento che l'OAMal e l'OPre sono solo ordinanze di esecuzione. Ciò non può né deve tuttavia essere compito del Consiglio federale. Per **Intergenerika** e **vips**, la formulazione è fuorviante e magari anche scorretta. Secondo **BEKAG** e **VLSS**, l'articolo 52a LAMal dovrebbe essere completato con un capoverso che precisi che la limitazione, secondo cui in presenza di due medicinali paragonabili è remunerato solo quello meno caro, non si applica perlomeno se il medico ordina espressamente la consegna o la somministrazione di un determinato medicinale all'interno di un gruppo di principi attivi. **pharmaSuisse** auspica che sia prevista anche la possibilità di una motivazione farmaceutica (che dovrà essere documentata dal farmacista), allo scopo di prevenire un'eventuale pericolosa sostituzione di un medicinale.

4.7.3 Articolo 52b Remunerazione dei medicinali con prezzo di riferimento, compresa la disposizione transitoria

Qualche **Cantone** preferisce il «modello con sconto» [modello 1] (**GE, TI, AI**) rispetto al «modello con sistema di notifica» [modello 2] (**BL**). In alternativa, **ZH** suggerisce inoltre di adeguare sistematicamente e regolarmente i prezzi nell'ES in base a un confronto con i prezzi praticati all'estero. L'attuazione di questa variante sarebbe più semplice per tutti gli operatori che dispensano medicinali e quindi anche più efficace. L'obiettivo principale deve tuttavia essere quello di escludere difficoltà ad approvvigionare la popolazione con medicinali.

Per quanto riguarda i **partiti**, **PLR, pvl** e **PSS** si schierano a favore del modello 2, poiché è visto come più efficace e contiene incentivi che dovrebbero garantire la concorrenza dei prezzi. Il **PSS** non approva tuttavia il diritto degli assicuratori di remunerare solo singoli medicinali.

Quanto alle **associazioni mantello dell'economia, HKBB, ASSGP** e **scienceindustries** giungono alla conclusione che nessuno dei due modelli proposti è adatto per raggiungere gli obiettivi perseguiti. Entrambi comportano invece notevoli incertezze e rischi per i pazienti, i fornitori di prestazioni e gli offerenti di medicinali fuori brevetto. Con entrambi i modelli, per evitare un'esosa partecipazione ai costi i pazienti che necessitano di cure di lunga durata dovrebbero accettare di cambiare ripetutamente la terapia farmacologica. Tali cambiamenti si ripercuoterebbero negativamente sulla compliance e il successo terapeutico, generando inevitabilmente ulteriori costi. **USS** considera invece troppo poco ambizioso il modello 1 e preferisce pertanto il modello 2.

Sul fronte delle **associazioni dei consumatori**, **FRC** si schiera a favore del modello 1, poiché con il modello 2 teme che le casse malati potrebbero decidere da sole in merito alla remunerazione dei medicinali e cambiamenti frequenti dei medicinali comprometterebbero la compliance. **SKS** sostiene invece il modello 2, che creerà concorrenza e porterà a risparmi.

Quanto alle **associazioni di pazienti**, **SPO** non predilige nessuno dei due modelli: entrambi presentano infatti importanti vantaggi e svantaggi. **DSVP** preferisce tendenzialmente il modello 2, ma si riserva un giudizio definitivo più avanti.

Per quanto riguarda le varianti di attuazione, gli **assicuratori** hanno una chiara preferenza per il modello 2, imperniato sulla concorrenza. Solo **Helsana** raccomanda di abrogare l'intero articolo 52b, poiché ritiene che i modelli proposti dal Consiglio federale non siano ancora attuabili. **curafutura** suggerisce inoltre di elaborare, partendo dal modello 2, una proposta semplificata, in modo tale che nel settore con brevetto scaduto possa vigere la concorrenza basata sui prezzi e la qualità e al tempo stesso sia garantito l'approvvigionamento. Per **CSS** e **SVV**, il modello 1 è troppo poco dinamico e troppo complicato. Negli ultimi dieci anni, una regolamentazione analoga aveva fatto sì che, in media, il livello del prezzo di fabbrica per la consegna

dei generici era il doppio che all'estero. **Santésuisse** considera troppo poco ambizioso il potenziale di riduzione dei costi del modello 1, ma lo sostiene lo stesso quale «seconda miglior» soluzione. **Groupe Mutuel** e **CSS** sono a favore del modello 2, poiché gli assicuratori potranno negoziare con i produttori prezzi ancora più vantaggiosi. Nascerà così la possibilità di soluzioni competitive, che porteranno a un risparmio ottimale. In ogni caso dovranno essere garantite la praticabilità amministrativa e condizioni adeguate per gli assicurati. Per **CSS** e **curafutura**, due medicinali con il medesimo principio attivo (invece di tre) sono già sufficienti per negoziare un prezzo di riferimento. Il prezzo di riferimento deve corrispondere al minor prezzo notificato per confezione e dosaggio e valere fino alla notifica successiva. Inoltre dopo la scadenza del brevetto i prezzi dovranno essere limitati al livello generico dei Paesi di confronto e il prezzo massimo non dovrà superare di più del 20 per cento il livello medio dei prezzi dei generici nei Paesi di riferimento. Quanto alla sicurezza dell'approvvigionamento, nella maggior parte dei casi le minacce non sono legate al prezzo. Se i prezzi dovessero essere troppo bassi e quindi non coprissero i costi di produzione, in un sistema di concorrenza i fabbricanti di generici potrebbero offrire prezzi più alti. **Santésuisse** è convinta che per realizzare i potenziali di riduzione dei costi occorra stimolare la concorrenza dei prezzi tra i medicinali con il medesimo principio attivo. L'associazione critica la scelta della fissazione del prezzo di riferimento in base al terzo meno caro, ma vi intravede anche dei vantaggi in termini di stabilizzazione del sistema. **Santésuisse** chiede inoltre che le agevolazioni convenute contrattualmente tra i titolari dell'omologazione e gli assicuratori non siano sottoposte all'obbligo di notifica. Per finire, gli assicuratori devono poter prevedere che siano remunerati solo alcuni dei medicinali di cui al capoverso 1, se ciò garantisce un approvvigionamento meno caro di medicinali. A tal fine dovranno pubblicare un elenco di tali medicinali e dei loro principi attivi.

Essendo contrari in generale ai sistemi di prezzi di riferimento, i **fornitori di prestazioni** si oppongono a entrambi i modelli, troppo complessi per poter essere attuati in modo soddisfacente. **pharmaSuisse** e **AeGBL** argomentano dicendo che il criterio del numero di generici nell'ES non è sufficiente per evitare che l'approvvigionamento mondiale di principi attivi sia assicurato prevalentemente da fabbricanti indiani o cinesi. Il criterio determinante dovrebbe essere piuttosto il numero di fornitori del principio attivo. **H+** osserva che l'esperienza del passato insegna che, in caso di difficoltà di fornitura, i medicinali commercializzati in Svizzera solo da tre titolari dell'omologazione non sono reperibili sull'intero territorio. Secondo **SGDV** e **SGKJPP**, oltre al principio attivo per la sicurezza dei pazienti svolge un ruolo anche la galenica e la legge deve tenerne conto. **pharmaSuisse** si oppone alla fissazione di un prezzo massimo che supera l'importo assunto dall'AOMS. Il mercato regolamentato riguarda unicamente la quota dei costi assunta dall'AOMS. Il «resto» deve essere lasciato al libero mercato e pagato dai pazienti di tasca propria. Un adeguamento unilaterale dei prezzi solo verso il basso è contrario alla parità di trattamento ed è respinto risolutamente da **Intergenerika** e **vips**. Lo stesso vale per la competenza del Consiglio federale di fissare differenze di prezzo, prezzi di riferimento ecc. e prevedere deroghe. **Intergenerika**, **vips** e **SO** ritengono che per queste disposizioni manchi la base legale, dal momento che l'OAMal e l'OPre sono solo ordinanze di esecuzione. Attualmente nelle disposizioni manca qualsiasi indicazione o criterio, ad esempio sulle modalità di calcolo delle differenze di prezzo. Per finire, secondo **Intergenerika** e **vips** in entrambi i modelli non si capisce in base a quali criteri il Consiglio federale stabilirà che l'approvvigionamento è minacciato. **SGAIM** privilegia il modello 1, dal momento che l'onere burocratico sembra inferiore e l'approccio – fissazione schematica dei prezzi di riferimento e dei prezzi massimi – più pragmatico. Pur essendo contrario a un sistema di prezzi di riferimento, se proprio fosse necessario **APA** opterebbe per il modello 1. **FMH**, **lph**, **Intergenerika**, **vips** ecc. respingono su tutta la linea il modello 1, poiché a medio termine distruggerebbe il mercato dei generici e dei biosimilari. I prodotti meno cari sparirebbero dal mercato, il che a medio e lungo termine farebbe lievitare i costi, minando gli obiettivi della LAMal. A breve termine porterebbe a una riduzione dei prezzi dei generici, ma anche a una flessione della sicurezza e della qualità dell'approvvigionamento. Per poter continuare ad assumere i medicinali comprovati, i pazienti dovrebbero pagare un supplemento. L'entità della differenza di prezzo non dovrebbe essere fissata (unicamente) dal Consiglio federale in un'ordinanza (tra l'altro **vips**). I fabbricanti hanno bisogno di certezza del diritto. Di conseguenza, se il Consiglio federale potrà modificare autonomamente gli sconti, non potranno più pianificare e produrre in anticipo. **Intergenerika**

e **vips** deplorano il fatto che non è chiaro in base a quali criteri saranno calcolati la differenza di prezzo adeguata e lo sconto e se il confronto con i prezzi praticati all'estero sarà effettuato secondo le regole attuali. **SO** chiede che i prezzi siano calcolati in seno all'ufficio paritetico delle tariffe, tenendo conto anche degli aspetti medici, oltre a quelli economici. Secondo **AeGBL**, **SGDV** e **SGKJPP**, inoltre, la periodicità del riesame dei prezzi dovrebbe essere di almeno tre anni. Un riesame annuale dei prezzi massimi e dei prezzi di riferimento richiederebbe più personale amministrativo, generando inutili spese supplementari (tra l'altro **vips**). **FMH**, **AeGLU**, **AeGBL**, **APA**, **VLSS**, **chiroSuisse**, **GAESO/SGKJPP**, **Iph**, **K3**, **mfe** e altri partecipanti alla consultazione si oppongono inequivocabilmente al modello 2, poiché porterebbe a un notevole onere amministrativo supplementare e non sarebbe compatibile con la dispensazione diretta da parte degli studi medici. Per **BüAeV** e **KKV** non è chiaro ad esempio il prezzo incassato dal fabbricante. Tra l'altro è assurdo che la periodicità delle notifiche dei prezzi da parte dei fabbricanti non corrisponda a quella della selezione da parte degli assicuratori. Secondo **Intergenerika** e **vips**, il modello 2 erode sia la qualità delle cure (libertà di prescrizione medica) e la compliance sia la libertà di scelta dei pazienti e dei fornitori di prestazioni. Questo modello comporterà inevitabilmente cambiamenti di medicinali. Sul mercato svizzero dei generici si verificherà così una situazione di monopolio o duopolio. Modifiche contrattuali tra gli assicuratori malattie e i fabbricanti di generici farebbero sì che singoli medicinali non sarebbero più venduti e, alla scadenza della data limite di conservazione, dovrebbero essere smaltiti. A **SGG** dà inoltre fastidio il fatto che i pazienti avrebbero unicamente un accesso selettivo ai medicinali e un singolo attore (l'assicuratore malattie) beneficerebbe di una posizione speciale nel valutare le terapie ammesse. Per **Intergenerika** non si capisce inoltre quali siano i prezzi da notificare all'UFSP. È problematico che, per lo stesso prodotto, a seconda dell'assicuratore (e del singolo contratto) siano notificati prezzi diversi. Inoltre la frequenza prevista per le notifiche è troppo alta e addossa ai fabbricanti un onere burocratico sproporzionato.

Per poter contare su un sistema ordinato, che non minacci la sicurezza dell'approvvigionamento, **santésuisse** si schiera a favore di un'introduzione progressiva del sistema di prezzi di riferimento sull'arco di tre anni. **Intergenerika** e **vips** mettono in dubbio i criteri volti a determinare il volume di mercato (solo in base al preparato originale o includendo i generici) e suggeriscono di stralciare la disposizione transitoria.

4.8 Pareri sull'articolo 53 capoverso 1^{bis} (diritto di ricorso degli assicuratori)

Su questa misura si sono espressi complessivamente **88 partecipanti**. Una maggioranza di essi, formata in particolare dai Cantoni e dai fornitori di prestazioni, la respinge, mentre i partiti e gli assicuratori si schierano a favore.

La **CDS** e i **Cantoni** si oppongono con decisione al diritto di ricorso delle federazioni di assicuratori, poiché invece di contribuire a contenere i costi li farà lievitare: genererà infatti un'incertezza del diritto in relazione alla validità dei mandati di prestazioni e degli elenchi ospedalieri. I Cantoni temono che i ricorsi degli assicuratori possano minare la pianificazione ospedaliera in funzione dei bisogni. Solo **ZH** aggiunge che agli assicuratori deve essere concesso il diritto di ricorso per motivi sistemici.

Per quanto riguarda i **partiti rappresentati nell'Assemblea federale**, **PBD**, **UDC**, **PLR**, **PPD** e **pvl** sono sostanzialmente favorevoli alla misura. **PBD** e **UDC** salutano il fatto che, grazie a essa, in futuro i fornitori di prestazioni e gli assicuratori saranno posti su un piano di parità e saranno introdotti più *checks and balances* nel sistema sanitario. Il **PLR** sostiene la misura poiché consentirà di limitare le istituzioni mediche che non si orientano alla domanda. Anche il **PPD** approva la misura, perché permetterà di tener conto di tutte le posizioni. Gli assicuratori malattie non dovranno però assumere una parte del ruolo di pianificazione dei Cantoni. Pur sostenendo la misura, il **pvl** fa notare che non avrà un effetto di contenimento dei costi di per sé. **PES** e **PSS** si oppongono al diritto di ricorso delle federazioni di assicuratori poiché crea incertezza del diritto ed erode la competenza di pianificazione dei Cantoni e sottoscrivono sostanzialmente l'argomentazione della CDS e dei Cantoni (cfr. sopra).

La maggior parte delle **associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** respinge la misura. **ACS** si oppone a un diritto di ricorso degli assicuratori malattie in materia di pianificazione degli ospedali e delle case di cura poiché potrebbe minacciare gli sforzi fatti dai Cantoni e dai Comuni per promuovere l'elaborazione di offerte integrate. Anche **UCS (Zurigo e Basilea)** è contraria al diritto di ricorso, in quanto provocherebbe ritardi e incertezza del diritto. **SAB** approva l'idea di porre nuovamente i fornitori di prestazioni e gli assicuratori su un piano di parità.

Le **associazioni mantello dell'economia** hanno opinioni divergenti sul diritto di ricorso delle federazioni di assicuratori. **FER** sostiene la misura poiché consente di far confluire nella pianificazione cantonale sia gli interessi degli assicuratori sia quelli dei fornitori di prestazioni. **USAM** è favorevole perché la compilazione degli elenchi ospedalieri ha un notevole influsso sui costi che gli assicuratori malattie dovranno poi assumere. Pur essendo a favore di un rafforzamento degli interessi degli assicurati, **economiesuisse** è scettica nei confronti del diritto di ricorso delle federazioni e concederebbe un diritto di ricorso ai singoli assicuratori. **scienceindustries** e **ASSGP** sono contrarie alla misura poiché non vedono alcun bisogno degli assicuratori degno di protezione e il sistema attuale offre già agli assicurati garanzie sufficienti per una pianificazione ospedaliera orientata ai bisogni. Anche **USS** respinge la misura: agli assicuratori non legittimati democraticamente non si può infatti attribuire la competenza di impugnare le decisioni dei Cantoni, legittimati democraticamente, in materia di elenchi degli ospedali e delle case di cura. **CP** si oppone con decisione a questa misura poiché non farebbe che rafforzare il potere concesso alle federazioni di assicuratori e potrebbe perturbare l'attuale equilibrio.

Le **associazioni dei consumatori** sono divise. **SKS** sostiene il diritto di ricorso delle federazioni di assicuratori, poiché garantirebbe una miglior tutela degli interessi dell'AOMS. Bisognerebbe tuttavia coinvolgere anche i pazienti e i consumatori, perché gli assicuratori non sempre difendono i loro interessi. **FRC** si oppone alla misura, in quanto paralizzerebbe durevolmente il sistema a scapito dei consumatori.

La maggior parte delle **associazioni di pazienti** sostiene la misura. **SPO** approva il diritto di ricorso delle federazioni di assicuratori, poiché garantirebbe una miglior tutela degli interessi dell'AOMS. Bisognerebbe tuttavia coinvolgere anche i pazienti e i consumatori, perché gli assicuratori non sempre difendono i loro interessi. Anche **DVSP** e **IGPZ** sono favorevoli al diritto di ricorso, ma secondo loro andrebbe esteso anche ai rappresentanti dei pazienti e agli assicurati. **VASK** respinge la misura. Fintanto che le assicurazioni e i fornitori di prestazioni promuoveranno, con la loro pubblicità in parte aggressiva, il ricorso a prestazioni sanitarie non bisogna concedere alle assicurazioni alcun diritto di ricorso.

Gli **assicuratori** sono favorevoli all'introduzione di un diritto di ricorso delle federazioni di assicuratori. Secondo **Groupe Mutuel**, in questo modo saranno tutelati anche gli interessi degli assicuratori e di riflesso degli assicurati. **Helsana** e **curafutura** fanno tuttavia notare che la vera e propria pianificazione ospedaliera non è compito degli assicuratori malattie e quindi gli assicuratori non dovranno sottrarre ai Cantoni una parte del loro ruolo di pianificazione. **santésuisse** chiede che siano legittimati a ricorrere anche gli assicuratori stessi e non solo le federazioni di assicuratori e che sia possibile impugnare anche atti legislativi dei Cantoni e non solo singole decisioni. **Helsana**, **HSK** e **santésuisse** rilevano che il potenziale di contenimento dei costi è molto più grande per il diritto di ricorso nell'ambito dei prezzi dei medicinali amministrati dal dipartimento (ES).

Le **associazioni di fornitori di prestazioni** si oppongono chiaramente, con qualche eccezione, al diritto di ricorso delle federazioni di assicuratori. La loro legittimazione a ricorrere potrebbe paralizzare parte del sistema sanitario stazionario o ostacolarlo con annose controversie (p. es. **VLSS**, **BEKAG**). Il potere degli assicuratori malattie sarebbe ampliato ulteriormente e il loro veto creerebbe incertezza tra i Cantoni e gli ospedali in relazione alla pianificazione con ripercussioni imprevedibili sull'assistenza prestata ai pazienti (p. es. **FMH**, **APA**, **GAESO**, **mfe**, **SSO**, **VSAO**). **K3** rileva che spetta ai Cantoni autorizzare gli ospedali e che gli assicuratori malattie non hanno alcuna responsabilità per l'assistenza sanitaria prestata agli assicurati. Secondo **AllKidS**, agli assicuratori mancano sia la legittimazione sia la competenza. **physioswiss** vede nell'estensione del diritto di ricorso alle federazioni di assicuratori il

pericolo che siano avviati costosi procedimenti, i cui costi alla fine saranno addossati ai contribuenti. **MSN** chiede che sia concesso il diritto di ricorso anche alle federazioni dei fornitori di prestazioni. Secondo **CURAVIVA**, nelle cure di lunga durata stanno nascendo innovativi modelli di cure integrate e unità che raggruppano prestazioni di cura ambulatoriali, intermedie e stazionarie. Un diritto di ricorso contro l'autorizzazione di case di cura potrebbe minacciare lo sviluppo di intere unità sanitarie e rivelarsi un freno all'innovazione. Qualcuno sostiene, in parte, la misura. Invece che alle federazioni di assicuratori, il diritto di ricorso dovrebbe però essere concesso esclusivamente ai singoli assicuratori (p. es. **PKS**).

4.9 Pareri sull'articolo 59b (M02 Articolo sulla sperimentazione)

Sull'articolo sulla sperimentazione si sono espressi complessivamente **132 partecipanti**. Un'ampia maggioranza di essi sostiene in linea di principio la misura, mentre una parte dei fornitori di prestazioni, in particolare alcune società mediche cantonali, vi si oppone.

La **CDS** e i **Cantoni** sono sostanzialmente favorevoli alla creazione di un articolo sulla sperimentazione. Ritengono però che il contenuto dell'avamprogetto sia troppo restrittivo e raccomandano di estendere il campo d'applicazione anche ai progetti pilota nell'ambito delle cure integrate e della prevenzione. I Cantoni sottolineano inoltre che il DFI può essere competente solo per autorizzare progetti pilota con un campo d'applicazione nazionale. I progetti pilota a livello cantonale e regionale devono poter essere autorizzati dai Cantoni. In generale si fa notare che non bisogna intaccare le competenze costituzionali dei Cantoni. I Cantoni chiedono inoltre una garanzia che tutti i progetti siano reversibili. Un obbligo dei Cantoni a partecipare a progetti pilota è respinto. Anche un obbligo degli assicurati a partecipare a progetti pilota solleva critiche. Al termine di un progetto, secondo i Cantoni le disposizioni dovrebbero inoltre restare in vigore al massimo per altri tre anni, sempreché la valutazione abbia mostrato che il modello collaudato consente di contenere efficacemente l'aumento dei costi e sia avviato immediatamente un progetto legislativo. I Cantoni aggiungono che alcuni progetti pilota richiedono un finanziamento particolare per poter essere attuati e di conseguenza il finanziamento deve essere disciplinato adeguatamente nella LAMal. **BS** auspica inoltre che siano disciplinate anche eventuali indennità finanziarie, che potrebbero incentivare la partecipazione a un progetto pilota. **ZH** respinge la proposta. Dubita della legalità dell'articolo sulla sperimentazione, poiché potrebbe scalzare il principio della parità di trattamento degli assicurati garantito dalla Costituzione e il principio di proporzionalità. Se l'articolo sulla sperimentazione dovesse comunque restare parte del disegno, il Cantone si associa al parere della CDS. Per **ZH** è indispensabile che la partecipazione a progetti pilota resti facoltativa per tutti e che al momento dell'introduzione di progetti pilota sia dapprima disciplinato il finanziamento, rispettando il principio dell'equivalenza fiscale. L'attuazione dovrebbe poi avvenire senza addossare oneri supplementari ai Cantoni oppure prevedendo eventuali possibilità di compensazione.

La maggior parte dei **partiti rappresentati nell'Assemblea federale** accoglie favorevolmente l'articolo sulla sperimentazione. **PPD** e **PES** rimandano però al margine di manovra che la LAMal offre già agli attori del settore sanitario per realizzare progetti pilota. Ad eccezione del **PBD**, che chiede che ci si limiti a progetti di contenimento dei costi, i partiti si esprimono, analogamente ai Cantoni, per un ampliamento del campo d'applicazione dei progetti pilota. **PBD**, **PLR**, **pvl**, **PES** e **UDC** sottolineano inoltre che la partecipazione a progetti pilota deve restare di carattere volontario. Il **PLR** rimanda inoltre al carattere reversibile dei progetti pilota. Per il **pvl** bisognerebbe anche verificare se non possa essere opportuno un (co)finanziamento di progetti pilota da parte della Confederazione. Il **PSS** considera troppo restrittivo il campo d'applicazione ed è tendenzialmente contrario all'introduzione di un articolo sulla sperimentazione.

Le **associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna** sono perlopiù favorevoli all'articolo sulla sperimentazione. **UCS (Zurigo e Basilea)** e **ACS** approvano la sua introduzione, ma chiedono un ampliamento del campo d'applicazione. **ACS** chiede che siano garantite la reversibilità e la limitazione a tre anni dei progetti pilota. Esprime inoltre dubbi sull'efficacia dell'articolo, dal momento che già oggi il margine di manovra esistente non è sfruttato. Anche **SAB** è favorevole all'articolo sulla sperimentazione, ma vorrebbe

mantenere il principio di territorialità vigente. Suggerisce inoltre di prevedere, in caso di valutazione positiva, una proroga dell'ordinanza che disciplina i diritti e gli obblighi dei partecipanti ai progetti pilota e le deroghe alla legge, in modo tale che i progetti pilota di successo possano essere proseguiti anche dopo la scadenza approvata inizialmente dal Consiglio federale. **Biel** si oppone all'articolo, temendo che i progetti pilota trasferiranno gli oneri sui Comuni.

La maggior parte delle **associazioni mantello dell'economia** approva l'introduzione dell'articolo con riserva. Contrariamente a **FER, economiesuisse, USAM, sciencesuisse, HKBB e ASSGP** sono a favore di un ampliamento del campo d'applicazione dei progetti allo scopo di rafforzare la qualità, l'efficienza e l'efficacia. Occorre concretizzare anche le condizioni quadro, come la reversibilità o la limitazione temporale dei progetti. **Scienceindustries, HKBB e ASSGP** sottolineano inoltre che il principio di territorialità non deve essere annacquato. **HKBB** ribadisce che bisogna consentire di proporre progetti nell'ambito dell'articolo sulla sperimentazione anche all'industria delle scienze della vita. **CP** e **USS** respingono l'introduzione di un articolo sulla sperimentazione, tra l'altro perché già oggi la LAMal prevede un ampio margine di manovra per i progetti pilota.

Le due **associazioni dei consumatori** sono a favore di un articolo sulla sperimentazione a patto che siano realizzati esclusivamente progetti che consentano effettivamente di ridurre i costi (**SKS**) e che la partecipazione sia volontaria (**FRC**).

Le **associazioni di pazienti** sostengono l'introduzione di un articolo sulla sperimentazione. **Pro Aidants** e **VASK** approvano la proposta senza riserve. Ad eccezione di **SPO**, che vorrebbe autorizzare solo progetti atti a contenere i costi, le associazioni di pazienti chiedono un ampliamento del campo d'applicazione. L'articolo sulla sperimentazione deve servire a migliorare la qualità, il sistema di rimborso e in particolare le cure integrate. **KLS** e **GELIKO** chiedono che i progetti siano autorizzati in base ai risultati della ricerca sulle cure o della ricerca clinica accademica. **KLS** e **oncosuisse** si oppongono all'obbligo di partecipazione a un progetto pilota. **DVSP** sottolinea inoltre che la valutazione deve essere imperniata sui benefici per il paziente e non sull'effetto di contenimento dei costi. **SPO** sottolinea che le esperienze fatte finora con misure di contenimento dei costi evidenziano un pericolo per la qualità delle cure dispensate al paziente. I gruppi di pazienti vanno assolutamente coinvolti, in modo da far valere il loro punto di vista.

BFG e **P.IP** approvano l'articolo sulla sperimentazione a condizione che il campo d'applicazione dei progetti pilota sia ampliato, i progetti siano reversibili e non sussista alcun obbligo di partecipazione. **GFCH** chiede l'estensione del campo d'applicazione a progetti volti a favorire la prevenzione nell'assistenza sanitaria. **SCTO, SAKK, SPOG** e i loro oncologi ricercatori sono favorevoli alla proposta di un articolo sulla sperimentazione e chiedono che il campo d'applicazione sia esteso a progetti in materia di ottimizzazione dell'uso dei medicinali.

In linea di principio, gli **assicuratori** sostengono l'articolo sulla sperimentazione. Ad eccezione di **santésuisse**, ritengono tuttavia che occorra ampliare il campo d'applicazione dei progetti pilota e dichiarare volontaria la partecipazione ai progetti (tra l'altro **HSK, MTK, SVV**). **Santésuisse** accetta l'obbligo di partecipazione sempreché per determinati progetti sia necessario coinvolgere tutti i fornitori di prestazioni interessati. In questi casi bisogna però assicurarsi che la maggioranza di essi sostenga il progetto. Se è previsto un obbligo di partecipazione, **Groupe Mutuel** respinge l'articolo sulla sperimentazione. **CSS** auspica che per i progetti pilota siano dichiarati vincolanti i criteri EAE e sia introdotta una procedura di autorizzazione flessibile e non burocratica, che consenta all'UFSP di intervenire se i progetti non soddisfano i criteri. Secondo **Curafutura** e **helsana**, inoltre, la valutazione del progetto pilota deve essere di competenza dei partner di progetto (autovalutazione mediante un rapporto destinato all'UFSP).

Buona parte delle **associazioni di fornitori di prestazioni** approva l'articolo sulla sperimentazione con riserva. **AVV, FSP, SMHC** e **VDPS** sono perlopiù favorevoli. La maggior parte dei fornitori di prestazioni chiede un ampliamento del campo d'applicazione nonché una limitazione esplicita dei progetti a livello contenutistico, territoriale e temporale nella legge. Anzi che limitarsi a misure di risparmio, gli obiettivi stabiliti dalla Confederazione devono essere completati in generale ed estesi ai trattamenti appropriati dal punto di vista medico (p. es.

H+, **Médecine universitaire suisse**, **K3**, **AllKidS**, **orthoptics**, **UNION**, **Dakomed**, **physiosuisse**, **chirosuisse**, **SVKH**, **SVBG**, **SGPP**, **SVDE**, **SGAP**, **SBK-ASI**). Soprattutto i rappresentanti delle associazioni farmaceutiche e dei laboratori fanno tuttavia notare che i progetti pilota non devono scalzare il principio di territorialità e che le sperimentazioni devono essere realizzate unicamente in Svizzera (p. es. **interpharma**, **pharmasuisse**, **FAMH**, **MSD Merck Sharp & Dohme AG**, **vips**). Spesso si sottolinea inoltre che i criteri EAE devono essere dichiarati vincolanti anche per i progetti pilota. Praticamente tutti i fornitori di prestazioni si esprimono in modo molto critico sull'obbligo di partecipazione e ne chiedono lo stralcio. Solo **SGAIM** approva espressamente l'obbligo di partecipare, poiché consente di accedere ai dati esistenti. Chiede tuttavia anche l'obbligo di coinvolgere in ogni progetto i pazienti e il pubblico. **FMH** sostiene l'articolo sulla sperimentazione solo a patto che i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e i Cantoni siano partner equivalenti. I progetti dovranno essere avviati, proposti, realizzati e valutati congiuntamente da tutte le parti coinvolte (p. es. **VSAO**, **SGKJPP**, **FSP**, **VUA**). Anche **SSO** si esprime in tal senso e chiede di precisare a livello di legge l'obbligo di coinvolgere e consultare i fornitori di prestazioni e gli assicuratori nei progetti pilota. Per quanto riguarda la valutazione, molti fornitori di prestazioni deplorano che debba essere dimostrata unicamente l'efficacia del progetto pilota in termini di risparmio. Bisognerebbe valutare e, se possibile correggere, anche gli effetti negativi sulla qualità dell'assistenza sanitaria (p. es. **VLSS**, **BEKAG**, **BüAeV**). **CURAVIVA**, **senesuisse** e **swiss orthopaedics** chiedono inoltre una regolamentazione chiara dell'assunzione dei costi dei progetti. Vari fornitori di prestazioni vorrebbero creare un fondo per l'innovazione, destinato a promuovere piccoli progetti innovativi, o obbligare la Confederazione a sostenere finanziariamente i partecipanti ai progetti (p. es. **mfe**, **Kinder- und Jugendmedizin**, **Spitex Schweiz**, **ASPS**). I fornitori di prestazioni contrari all'articolo esprimono dubbi sulla legalità e l'opportunità dell'avamprogetto: temono infatti che nell'ambito delle sperimentazioni si possano violare principi vincolanti (p. es. **KKA**, **FMCH**, **SGC**, **SGS**, **SMVS**). A lungo termine, si teme un «budget globale» con un'altra etichetta e l'erosione della legittimità democratica. Per **BBV+**, **GAESO**, **AGZ** e **Argomed**, le soluzioni innovative ed efficienti non nascono perseguendo l'obiettivo di contenere i costi. Anche **FMCH** dubita che l'articolo presentato darà una spinta all'innovazione. È convinto che le autorità federali potrebbero ottenere molto di più incoraggiando gli attori a sfruttare i margini di manovra già previsti dalla legge e, nei limiti del possibile, sostenendoli. Pur dubitando dell'efficacia della misura, **PKS** e **SBV-ASMI** sono disposti ad accettare l'introduzione dell'articolo.

4.10 Pareri sulla LAM, la LAINF e la LAI

Su queste misure si sono espressi complessivamente **47 partecipanti**. La maggioranza, in particolare i fornitori di prestazioni e i Cantoni, le respinge.

La maggioranza dei **Cantoni** (**AR**, **BL**, **BS**, **GL**, **GR**, **OW**, **SG**, **SH**, **SO**, **SZ**, **TG**, **UR**, **VD**, **VS**, **ZG**, **ZH**), la **CDS** e **UCS (Basilea)** criticano le modifiche: la LAI si basa infatti sul principio delle prestazioni in natura e di conseguenza non prevede né l'obbligo di contrarre né l'obbligo di ammissione. Anche alcuni principi disciplinati nella LAMaI non sono disciplinati nella LAI. Non è quindi chiaro il motivo per cui debba essere prevista tale regolamentazione a livello di legge. Andrebbe piuttosto inserita nelle convenzioni tariffali, analogamente alla struttura tariffale, all'ammontare delle tariffe e all'obbligo di ammissione. Se fosse mantenuta la regolamentazione proposta bisognerebbe garantire che con queste misure gli assicuratori non minaccino la sicurezza dell'assistenza. Già oggi vi sono settori di prestazioni in cui i Cantoni devono provvedere al finanziamento residuo, dal momento che le tariffe dell'AINF e dell'AI non coprono tutti i costi. **BE** approva le misure concernenti la LAM, la LAINF e la LAI, ma sottolinea che occorre garantire che con queste misure gli assicuratori non minaccino la sicurezza dell'assistenza. **JU** definisce legittime le misure concernenti la LAM, la LAINF e la LAI, pur mettendo in dubbio la loro correlazione con il pacchetto di misure.

Dei **partiti rappresentati nell'Assemblea federale**, il **PES** fa notare che bisogna assicurarsi che con queste misure gli assicuratori non minaccino la sicurezza dell'assistenza.

Le **associazioni mantello dell'economia** sono divise. **FER** accoglie favorevolmente le misure, poiché porterebbero a un'applicazione più rigorosa dei principi di efficacia, appropriatezza ed economicità. **USAM** si oppone all'idea che i fornitori di prestazioni siano costretti a convenire misure di gestione delle prestazioni assicurative o dei relativi costi con l'assicurazione militare o gli assicuratori infortuni. **economiesuisse** approva le misure relative alla fornitura di dati a condizione che sia chiaramente visibile quali dati sono necessari e per quale scopo. Le misure con funzione gestionale sono invece respinte: una gestione quantitativa è infatti incompatibile con una concorrenza regolamentata.

La maggior parte dei **fornitori di prestazioni** si oppone alle misure, in particolare i medici e le associazioni di ospedali (**AAV, K3, AeGLU, AeGBL, SBV-ASMI, iph, SGPP, SGKJPP, mfe, GAESO, FMH, APA, SGDv, SSO, UNION, AllKids**). Si fa notare che una revisione della LAINF, della LAM e della LAI dovrebbe essere trattata separatamente e che non è chiaro il motivo per cui dovrebbero essere adottate misure in questo settore (**UNION, SGDv, mfe, AeGLU, AllKids**) oppure che le misure non sono compatibili con il sistema (**AAV, AeGLU, mfe**). **Spitex** respinge le misure precisando che per spitex la quota di casi delle assicurazioni infortuni e militare è esigua e sarebbe pertanto sproporzionato adottare misure in questo settore. **physioswiss** fa notare che nell'ambito della LAM e della LAI si applica il principio delle prestazioni in natura. Respinge quindi un ridisciplinamento dell'articolo 26 capoverso 1 LAM e dell'articolo 27^{bis} capoverso 1 LAI. Inoltre non sussiste alcun bisogno di intervenire nelle tariffe, motivo per cui respinge anche l'articolo 27^{bis} capoversi 2-5 LAI. Si oppone infine all'idea di obbligare i fornitori di prestazioni a trasmettere dati nell'ambito della LAM, della LAINF e della LAI. Per **swiss orthopaedics**, l'assicurazione militare dovrebbe disciplinare i punti menzionati nell'avamprogetto con l'ufficio nazionale delle tariffe, dove sono rappresentate in modo paritetico tutte le parti. Obbligare unicamente i fornitori di prestazioni a trasmettere dati gratuitamente è inaccettabile: l'articolo 26 capoversi 1 e 3^{bis} LAM va quindi adeguato di conseguenza. La revisione degli articoli della LAI e della LAINF è respinta. **Kinder- und Jugendmedizin** fa notare che attualmente la riduzione delle rendite per i giovani affetti da malattie mentali è una delle priorità per l'AI. Una riduzione dell'offerta di prestazioni mediche destinate ai bambini e agli adolescenti andrebbe in direzione diametralmente opposta rispetto a questi sforzi e sarebbe assurda anche dal profilo economico. **SVM** è l'unico fornitore di prestazioni che approva le misure concernenti la LAM, la LAINF e la LAI.

Per quanto riguarda gli **assicuratori**, l'unico parere pervenuto è quello di **MTK**, che accoglie favorevolmente le misure, facendo notare che, nel caso in cui l'organizzazione nazionale delle tariffe non fosse competente per tutte le tariffe ambulatoriali, bisognerebbe logicamente inserire nella LAINF o nella LAM l'obbligo di fornire dati.

4.11 Misure senza un ulteriore seguito

4.11.1 M35 Autorità indipendente di controllo delle fatture

L'istituzione di un'autorità indipendente di controllo delle fatture è menzionata espressamente da **13 partecipanti**. **La maggior parte di essi è contraria** (in particolare gli assicuratori e i fornitori di prestazioni e le loro federazioni nonché **USAM**). Si sottolinea che al controllo delle fatture è già riservata grande attenzione: si tratta infatti di uno dei compiti primordiali degli assicuratori malattie vista la forte pressione della concorrenza. La misura è considerata una centralizzazione forzata, contraria al sistema, senza alcun valore aggiunto riconoscibile e senza alcuna garanzia di risparmi sul fronte delle prestazioni. Le organizzazioni di pazienti e consumatori deplorano invece la temporanea rinuncia e chiedono l'istituzione immediata di un'autorità indipendente di controllo delle fatture. Si tratta di una misura che porterebbe a un'unione delle risorse e a un controllo più efficiente, garantendo così la parità di trattamento degli assicurati.

4.11.2 M09 Potenziare il controllo delle fatture

Il potenziamento del controllo delle fatture e dell'economicità è menzionato espressamente da **24 partecipanti**, che esprimono ampi consensi. Una vigilanza più rigorosa garantirebbe l'attuazione sistematica delle prescrizioni di legge e aumenterebbe l'uniformità e la standardizzazione del controllo delle fatture. Tale controllo rientra tra i compiti fondamentali degli assicuratori e dovrebbe per principio restare di loro competenza. Il potenziamento del controllo delle fatture dovrebbe migliorare la qualità del controllo e consentire nuove possibilità di controllo, senza compromettere il quadro fissato dal legislatore per gli assicuratori. Dapprima bisognerebbe inoltre esaminare il rapporto costi/benefici della misura. Per poter garantire un controllo efficace ed efficiente delle fatture bisognerebbe tuttavia attuare anche altre misure, come la trasmissione sistematica delle fatture agli assicuratori in forma elettronica nonché un'ulteriore standardizzazione delle fatture. Sono inoltre chieste misure come l'attribuzione di ogni prestazione LAMal all'esecutore mediante un codice d'identificazione o la fornitura all'assicuratore di informazioni complementari relative alla codifica delle diagnosi e dei trattamenti nel settore ambulatoriale. Infine bisognerebbe anche ampliare le misure di sanzione nei confronti dei fornitori di prestazioni.

4.11.3 M36 Autorità indipendente per l'approvazione e la fissazione delle tariffe (conflitto in materia di *governance* dei Cantoni)

Solo **quattro pareri (SKS, ACS, economiesuisse, UDC)** fanno espressamente riferimento al conflitto di *governance* dei Cantoni. Tutti deplorano che tale conflitto non sia ridotto ulteriormente.

4.11.4 M16 Effetti delle economie di scala nella struttura tariffale

I partecipanti alla consultazione non si sono espressi su questa misura.

4.12 Altre proposte

Nei pareri pervenuti, **31 partecipanti** hanno avanzato altre proposte.

Per quanto riguarda i **Cantoni, VD e GR** propongono un adeguamento dell'articolo 49 capoverso 2 LAMal, in modo da risolvere il problema dell'integrazione di curafutura in SwissDRG SA. L'inoltro della domanda di approvazione al Consiglio federale potrebbe essere affidato all'organizzazione nazionale delle tariffe.

Due **partiti rappresentati nell'Assemblea federale** hanno avanzato vari suggerimenti. Il **pvl** rimanda a tre mozioni, che consentirebbero di contenere ulteriormente i costi: «Promuovere il coordinamento e ridurre le sovracapacità con al massimo sei regioni di assistenza sanitaria» (mozione 18.3294), «Nessun incentivo salariale legato al volume delle prestazioni per i medici ospedalieri» (mozione 18.3293) e «Controllo indipendente delle fatture per evitare prestazioni sanitarie inutili» (mozione 18.3296). L'**UDC** rimanda al potenziale di risparmio della digitalizzazione e chiede che siano attuate anche le altre misure contenute nel rapporto degli esperti.

Quanto alle **associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, ACS** propone di inserire nel pacchetto 1 la Strategia nazionale in materia di cure palliative. **SAB** chiede che nel presente pacchetto di riforma siano creati gli incentivi necessari per rafforzare la medicina generale e ridurre le disparità regionali a livello di qualità dell'assistenza. **SAB** chiede inoltre di inserire nella legge, nell'ambito della revisione in corso, un sistema di incentivi volto a promuovere l'assistenza medica di base, segnatamente nelle regioni di montagna e nelle regioni rurali.

Per quanto riguarda le **associazioni mantello dell'economia** sono pervenuti tre pareri contenenti altre proposte. **economiesuisse** fa notare che le riforme dovrebbero far leva sull'outcome, in modo da essere misurabili. **ASSGP** auspica che nell'ambito delle discussioni sui costi nel sistema sanitario si esaminino, elaborino e attuino maggiormente anche misure volte a rafforzare l'automedicazione e si coinvolgano maggiormente gli stakeholder e gli specialisti di

questo settore. **USS** propone di attuare la misura M28 «Impedire tariffe abusive nel settore delle assicurazioni complementari» del rapporto degli esperti.

Le **associazioni di pazienti** avanzano molti suggerimenti. **SPO** si aspetta dal Consiglio federale il trattamento dei seguenti punti: evitare i trattamenti inutili, orientare sistematicamente i processi e l'infrastruttura al beneficio per i pazienti (comprese le cure integrate) e promuovere l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti. **Oncosuisse** e **Krebsliga** chiedono misure volte a rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti e auspicano una legge sull'informazione dei pazienti. **Pro Aidants** chiede che le persone bisognose di aiuto possano decidere autonomamente da chi farsi assistere e curare. In questo contesto auspica più flessibilità nel conteggio delle cure di base a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, in modo da equiparare i familiari curanti, gli assistenti o gli ausiliari assunti privatamente con la relativa formazione in cure di base ai fornitori di prestazioni ambulatoriali. Sarebbe così garantita una vera libertà di scelta per tener conto di situazioni complesse, come l'assistenza 24/7 a domicilio. Si chiede inoltre di migliorare l'indennizzo finanziario dei familiari assistenti o curanti, ampliare la competenza decisionale dei curanti e adeguare il sistema sanitario tenendo conto dell'immagine attuale della famiglia.

Sul fronte degli **assicuratori** avanzano altre proposte **Curafutura** e **Helsana**. Entrambi propongono di completare la LAMal in modo tale che ogni prestazione LAMal possa essere attribuita all'esecutore mediante un codice d'identificazione. Tale codice servirebbe al monitoraggio sistematico degli studi medici associati, degli studi medici specialistici non omogenei, del settore ambulatoriale ospedaliero o dei medici accreditati nel settore stazionario. **Curafutura** e **Helsana** propongono inoltre un adeguamento dell'articolo 42 capoverso 3 LAMal, in modo tale che la fattura debba essere trasmessa all'assicuratore in forma elettronica e strutturata. Chiedono inoltre di modificare l'articolo 59 capoverso 1 lettera c OAMal allo scopo di consentire la codifica delle diagnosi e dei trattamenti, senza la quale è difficile effettuare un controllo sistematico dell'economicità nonché della qualità delle indicazioni e dell'output nelle fatture per le prestazioni ambulatoriali. **Helsana** propone inoltre un adeguamento dell'articolo 84a capoverso 5 lettera b LAMal, in modo tale che le prestazioni fatturate dagli assicuratori malattie nell'ambito di un trattamento siano accessibili ai fornitori di prestazioni.

I **fornitori di prestazioni** avanzano le più svariate proposte. **SVKH** e **UNION** propongono che, dopo un adeguato periodo transitorio, l'intero processo di medicazione sia informatizzato, basandosi su quanto elaborato dal gruppo di lavoro interprofessionale nell'ambito della cartella informatizzata del paziente. **AeGBL** e **Kinder- und Jugendmedizin** fanno notare che i costi del sistema sanitario svizzero potrebbero essere ridotti anche adottando misure di protezione adeguate ed efficaci e proteggendo i bambini e gli adolescenti dalla pubblicità per il tabacco nell'ambito della revisione della legge federale sui prodotti del tabacco. **CURAVIVA** chiede di completare l'articolo 7 capoverso 2 OPre in modo da contemplare e finanziare adeguatamente le prestazioni nell'ambito delle cure palliative. Inoltre, un completamento dell'articolo 7a capoverso 3 OPre dovrebbe far sì che i contributi AOMS per le prestazioni nelle case di cura siano calcolati in blocchi di 20 minuti anche se il fabbisogno di cure supera 220 minuti al giorno; il numero di blocchi passerebbe così da 12 a 18. **CURAVIVA** chiede inoltre di integrare già nel primo pacchetto di misure di contenimento dei costi dell'AOMS la proposta M10 «Potenziare le cure coordinate». Come **senesuisse**, fa anche notare che la Strategia nazionale in materia di cure palliative riduce i costi e va quindi attuata. Anche **Spitex** si schiera a favore di una promozione delle cure palliative. Sostiene inoltre la misura volta a potenziare le cure coordinate e chiede una regolamentazione rapida e chiara della remunerazione del materiale di cura. **Pharmasuisse** chiede l'attuazione della mozione 16.4049 Humbel, della mozione 18.4079 Ettlin, della mozione 18.3977 Humbel e della mozione 18.3397 CSSS-N. Invita inoltre il Consiglio federale a rinunciare a ogni altra riduzione dei ricavi dei farmacisti e delle farmacie non giustificata da motivi materiali o economici. **SGAP** fa notare che, presumibilmente, un incremento (e un'uniformazione) della qualità delle prestazioni dei singoli fornitori di prestazioni e una miglior cooperazione permetterebbero di risparmiare di più rispetto a un'onerosa rilevazione e analisi di dati nonché a una limitazione delle prestazioni in base a criteri puramente economici.

Sono inoltre pervenuti i seguenti suggerimenti: **Stephan Lehner** chiede di inserire nell'elenco di cui all'articolo 31 capoverso 1 LAMal (cure dentarie dovute a malattia) i pazienti affetti da sindrome da post-poliomielite. **Peter Zürrer** propone una revisione totale dell'organizzazione degli ospedali. **Kathrin Weber** chiede una soluzione della questione ospedaliera a livello nazionale. Fa inoltre notare che le casse malati dovrebbero essere organizzazioni senza scopo di lucro e non essere soggette al libero mercato. **GFCH** suggerisce di ampliare la prospettiva nell'ambito del secondo pacchetto di misure e promuovere concretamente misure efficaci dal punto di vista dei costi in materia di promozione della salute e prevenzione. **IG eHealth** e **GELIKO** propongono di dichiarare obbligatoria la eMedication e di consentire l'uso della cartella informatizzata del paziente nei modelli di assicurazione alternativi. **Medidata** fa infine notare che da alcuni anni esistono già piattaforme per l'invio di fatture elettroniche.

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	
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
PBD	Parti bourgeois-démocratique
PBD	Partito borghese democratico
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico

FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
glp	Grünliberale Partei
pvl	Parti vert'libéral
pvl	Partito verde-liberale
GPS	Grüne Partei der Schweiz
PES	Parti écologiste suisse
PES	Partito ecologista svizzero
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
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)	
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband (SGV)
ACS	Association des Communes Suisses (ACS)
ACS	Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS)
SSV (Zürich)	Schweizerischer Städteverband (SSV) – Stadt Zürich
UVS (Zurich)	Union des villes suisses (UVS)
UCS (Zurigo)	Unione delle città svizzere (UCS)
SSV (Basel)	Schweizerischer Städteverband (SSV) – Stadt Basel
UVS (Bâle)	Union des villes suisses (UVS)
UCS (Basilea)	Unione delle città svizzere (UCS)
Biel	Stadtkanzlei Biel
Bienne	Chancellerie municipale de Bienne
Dachverbände der Wirtschaft Associations faîtières de l'économie Associazioni mantello dell'economia	
ASSGP	Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation Association Suisse des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public Associazione Svizzera dell'Industria Farmaceutica per l'Automedicazione
CP	Centre patronal (CP)
FER	Fédération des Entreprises Romandes (FER)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV)
UPS	Union patronale suisse (UPS)
USI	Unione svizzera degli imprenditori (USI)
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)

SGV-USAM USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
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	
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 (AAV)
AegBL	Ärztegesellschaft Baselland
AeGLU	Ärztegesellschaft des Kantons Luzern
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
AGPKJP	Aargauische Gesellschaft für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
AllKidS	Allianz Kinderspitäler der Schweiz Alliance des Hôpitaux pédiatriques Suisses
APA	Schweizerische Vereinigung der Ärzte mit Patientenapotheke (APA)
Argomed	Argomed Ärzte AG
ARLD	Association romande des logopédistes
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen Association Spitex privée Suisse (ASPS) Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
BBV+	Berner Beleg-Ärzte Vereinigung+ (BBV+)
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei medici grigioni
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG) Association suisse des chiropraticiens (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz (CURAVIVA) Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
Dakomed	Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed) Fédération de la médecine complémentaire (Fedmedcom)

FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera
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
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération Suisse des Psychologues (FSP) Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi (FSP)
GAeSo	Gesellschaft der Solothurner Ärztinnen und Ärzte
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
IFAK	Verein für die unabhängige Apotheke (IFAK Verein) Association pour la pharmacie indépendante
IG Schweizer Pharma KMU	Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU Groupement d'intérêt PME Pharma Suisse Gruppo d'interessi PMI Pharma Svizzera
Intergenerika	Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller Organisation faîtière des fabricants de génériques et de biosimilaires
iph	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharma) Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände (K3)
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
Merck	MSD Merck Sharp & Dohme AG
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
MSN	medswiss.net - Schweizer Dachverband der Ärztenetze - Association suisse des réseaux de médecins - Associazione svizzera delle reti di medici

Kinder- und Jugendmedizin	Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin/Organisations de médecine pour enfants et adolescents/Organizzazioni della medicina per bambini e adolescenti – Vertretung Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC) Représentation Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique (SSCP) Rappresentazione Società Svizzera di Chirurgia Pediatrica (SSCP) – Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA) – Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) Société Suisse de Pédiatrie (SSP) Swiss Society of Paediatrics (SSP) – Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie (SKJP) Association Suisse de Psychologie de l'Enfance et de l'Adolescence (ASPEA) Associazione Svizzera di Psicologia dell'Età Evolutiva (ASPEE) Swiss Medi Kids
OdA KT	OdA KomplementärTherapie OdA KT
Pharmalog	Pharmalog.ch
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
P.IP	Plattform Interprofessionalität in der primären Grundversorgung Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
RVBB	Regionalverband beider Basel physioswiss
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG)
SGC	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) Société Suisse de Chirurgie (SSC)
SGAP	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)
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venereologia (SSDV)

SGG, IBDnet, CCS	Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie, IBDnet (Inflammatory Bowel Disease), Crohn Colitis Schweiz Société Suisse de Gastroentérologie (SSG), IBDnet, Crohn colite suisse Società Svizzera di Gastroenterologia (SSG), IBDnet, Colite di crohn svizzera
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents (SSPPEA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapie Infantile e dell'Adolescenza (SSP-PIA)
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) Società svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP)
SGS	Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie (SGS) Société Suisse de Chirurgie Du Rachis Società Svizzera di Chirurgia Spinale
SMHC	Swiss Mental Healthcare Gesamtschweizerische Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Association regroupant les cliniques et hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble de la Suisse
SMVS	Société Médicale du Valais (SMVS) Walliser Ärztgesellschaft (VSÄG)
SOG	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG) Société Suisse d'Ophtalmologie (SSO) Società Svizzera di Oftalmologia (SSO)
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft (SSO) Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari (FSAS)
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD) Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i (ASDD)
SVKH	Schweizerischer Verband für komplementärmedizinische Heilmittel (SVKH) Association suisse pour les médicaments de la médecine complémentaire (ASMC) Associazione Svizzera per i medicinali della medicina complementare (ASMC)
SVM	Société vaudoise de médecine
swiss orthopaedics	Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie Società Svizzera di Ortopedia e Traumatologia
orthoptics	Swiss Orthoptics Schweizer Berufsverband der Orthoptistinnen und Orthoptisten Association professionnelle suisse des orthoptistes
UNION	UNION schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen UNION des sociétés suisses de médecine complémentaire UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare

unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
VDPS	Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS) Associazione dei direttori delle cliniche e dei servizi psichiatrici della Svizzera (ASDCP)
VIPS	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
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)
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
VSVA	Verband der Schweizerischen Versandapotheken (VSVA)
VUA	Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte und Medizinstudierender
ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (ZGKJPP)
Zur Rose	Zur Rose Suisse AG
Organisations des Gesundheitswesens – Versicherer Organisations du domaine de la santé – Assureurs Organizzazioni del settore sanitario – Assicuratori	
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
Helsana	Helsana Versicherungen AG Helsana Assurance SA Helsana Assicurazioni SA
HSK	Einkaufsgemeinschaft HSK Communauté d'achat HSK Cooperativa di acquisti HSK
MTK	Medizinertarif-Kommission UVG (MTK) Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientInnen / BenutzerInnen Organisations du domaine de la santé – Patients / Usagers Organizzazioni del settore sanitario – Pazienti / Utenti	
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Fédération suisse des patients (FSP)
IGPZ	Interessengemeinschaft Prämienzahler IGPZ
Krebsliga	Krebsliga Schweiz Ligue suisse contre le cancer Lega svizzera contro il cancro
oncosuisse	Schweizerische Vereinigung gegen Krebs Union suisse contre le cancer
Pro Aidants	Verein Pro Aidants
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
VASK	Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker (VASK)
Andere Autres Altri	
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse les ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera
HKBB	Handelskammer beider Basel
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth
MediData	MediData AG
SAKK/SPOG	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung und Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe
SCTO	Swiss Clinical Trial Organisation
Privatpersonen Personnes privées Persone private	
Gonella	Gonella Beatrice
Lehner	Lehner Stephan
Rey	Marie-Josèphe Rey
Weber	Weber Kathrin
Zürrer	Zürrer Peter