



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica

Modifica dell'OAMal – criteri di pianificazione, principi di determinazione delle tariffe, calcolo dei costi e remunerazione dei costi da parte dell'assicurazione contro gli infortuni

Rapporto sui risultati della procedura di consultazione

Berna, nel giugno 2021

Indice

1. INTRODUZIONE	5
1.1 Criteri di pianificazione	5
1.2 Determinazione delle tariffe	6
1.3 Procedura di consultazione	6
2. PARERI	6
3. PANORAMICA	7
3.1 Criteri di pianificazione	7
3.2 Principi di determinazione delle tariffe.....	11
4. PARERI SUI CRITERI DI PIANIFICAZIONE.....	13
4.1 Pareri sul progetto in generale	13
4.2 Pareri sull'articolo 58a	33
4.3 Pareri sull'articolo 58b	33
4.4 Pareri sull'articolo 58d	37
4.5 Pareri sull'articolo 58e	49
4.6 Pareri sull'articolo 58f	52
4.7 Pareri sulle disposizioni transitorie della modifica del 23 giugno 2021	70
5. PARERI SUI PRINCIPI DI DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE	71
5.1 Pareri sul progetto in generale	71
5.2 Pareri sull'articolo 59c.....	88
5.3 Pareri sull'articolo 59c capoverso 1	89
5.4 Pareri sull'articolo 59c capoverso 2	90
5.5 Pareri sull'articolo 59c capoverso 3	92
5.6 Pareri sull'articolo 59c capoverso 4	95
5.7 Pareri sull'articolo 59c ^{bis}	96

5.8	Pareri sull'articolo 59c ^{bis} capoverso 1	96
5.9	Pareri sull'articolo 59c ^{bis} capoverso 2	109
5.10	Pareri sull'articolo 59c ^{bis} capoverso 3	111
5.11	Pareri sull'articolo 59c ^{bis} capoverso 4	114
5.12	Pareri sull'articolo 59c ^{bis} capoversi 5 e 6	118
5.13	Pareri sull'articolo 59c ^{bis} capoversi 7 e 8	119
5.14	Pareri sull'articolo 59c ^{bis} capoverso 9	120
5.15	Pareri sulle disposizioni transitorie della modifica del 21 giugno 2021	122
6.	PARERI SUL CALCOLO DEI COSTI	124
6.1	Pareri sul progetto in generale	124
6.2	Pareri sull'articolo 9 capoverso 5 ^{bis} seconda frase	125
6.3	Pareri sull'articolo 10a ^{bis}	127
6.4	Pareri sull'articolo 15 capoverso 1	131
6.5	Pareri sulle disposizioni transitorie della modifica del 21 giugno 2021	131
7.	PARERI SULL'ORDINANZA SULL'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI..	132
7.1	Pareri sul progetto in generale	132
7.2	Pareri sull'articolo 15 capoverso 2 OAINF	132
8.	ALLEGATO: LISTA DEI PARTECIPANTI ALLA CONSULTAZIONE	133
1.	Kantone / Cantons / Cantoni	133
2.	In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell' Assemblea federale	135
3.	Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna	137
4.	Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia	137
5.	Interessierte Kreise / Milieux intéressés / Ambienti interessati	138
5.1	Kantonale Vereinigungen und Konferenzen / Associations et conférences cantonales / Associazioni e conferenze cantonali	138

5.2	Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori	139
5.3	Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica.....	140
5.3.1	Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni	140
5.3.2	Versicherer / Assureurs / Assicuratori	143
5.3.3	PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti	144
5.3.4	Andere / Autres / Altri	144

1. Introduzione

1.1 Criteri di pianificazione

Ai Cantoni compete la pianificazione delle cure stazionarie in ospedali, case per partorienti e case di cura (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal¹), il Consiglio federale emana i criteri di pianificazione (art. 39 cpv. 2^{ter} LAMal).

Le pianificazioni e gli elenchi degli ospedali elaborati dai Cantoni secondo le regole della revisione del finanziamento ospedaliero² forniscono informazioni sugli strumenti e sui metodi di pianificazione sviluppati. Il Tribunale federale (TF) e il Tribunale amministrativo federale (TAF) hanno sviluppato la giurisprudenza, ad esempio in merito alla gestione del volume delle prestazioni e al coordinamento delle pianificazioni cantonali³. Il Consiglio federale ha dal canto suo esposto l'attuazione della pianificazione di ospedali e case per partorienti nel rapporto del 18 dicembre 2013⁴ sulle basi della pianificazione ospedaliera e sulle piste di sviluppo e in quello del 25 maggio 2016, aggiornato il 28 agosto 2019⁵, dedicato alla pianificazione della medicina altamente specializzata (MAS), nello specifico all'attuazione da parte dei Cantoni e alla competenza sussidiaria del Consiglio federale. Sulla base di un rapporto del 24 agosto 2017⁶ sul contenimento dei costi per lo sgravio dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche sanitarie allestito da un gruppo di esperti, il 25 ottobre 2017 ha anche deciso di intensificare gli sforzi per porre un freno ai costi nel settore della salute. Il 25 maggio 2018, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha inoltre deciso e adottato la revisione delle proprie raccomandazioni risalenti al 2009⁷.

Il progetto prevede l'aggiornamento dei criteri di pianificazione entrati in vigore il 1° gennaio 2009 (art. 58a ss. OAMal⁸) allo scopo di ridurre le differenze tra le diverse strategie di pianificazione cantonali e promuovere l'impiego efficiente delle risorse. Tutti i Cantoni sono invitati a elaborare le loro pianificazioni sulla base degli strumenti e dei principi attuali, adempiendo così le condizioni valide a livello nazionale per una fornitura di prestazioni economica e di qualità elevata.

¹ Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, RS 832.10

² RU 2008 2049

³ Raccolta della giurisprudenza della CDS (in tedesco e francese), disponibile online all'indirizzo: <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/rechtsprechung>

⁴ Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung, (in tedesco e francese), rapporto del 18 dicembre 2013 del Consiglio federale in adempimento del postulato 09.4239 «Riduzione del numero di ospedali in Svizzera» dell'11 dicembre 2009 e del postulato 10.3753 «Elenchi degli ospedali. Criteri chiari anziché arbitrarietà dei Cantoni» del 29 settembre 2010, disponibile online all'indirizzo: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁵ Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates (in tedesco e francese), rapporto del Consiglio federale del 25 maggio 2016 e aggiornamento del 21 agosto 2019 in adempimento del postulato 13.4012, Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale, 8 novembre 2013, disponibile online all'indirizzo: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁶ Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe (in tedesco e francese), 24 agosto 2017, p. 34-36, disponibile online all'indirizzo: <https://www.edi.admin.ch/edi/it/home/dokumentation/comunicati-stampa.msg-id-68547.html>

⁷ Raccomandazioni della CDS «Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung», versione parzialmente rivista del 25 maggio 2018 (in tedesco e francese), disponibile online all'indirizzo: <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung>

⁸ Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie, RS 832.102

1.2 Determinazione delle tariffe

Con la revisione del finanziamento ospedaliero, il finanziamento delle prestazioni si rifà alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso (art. 49 cpv. 1 quinta frase LAMal).

Oggetto del presente progetto è la concretizzazione delle prescrizioni in materia di determinazione delle tariffe (art. 59c ss. OAMal, art. 9 cpv. 5^{bis} e 10a^{bis} OCPRe⁹, art. 15 cpv. 2 e 2^{bis} OAINF¹⁰) sulla base della giurisprudenza sviluppata dal TAF e vale sia per le parti tariffali sia per le autorità che approvano o stabiliscono le tariffe. Condizione essenziale per una tariffazione economica è la garanzia della trasparenza e della collaborazione di tutti gli attori coinvolti. Con le prescrizioni concernenti la determinazione e la valutazione uniformi dell'efficienza degli ospedali e delle case per partorienti si intende promuovere la concorrenza tra gli ospedali. I principi di tariffazione vigenti sono integrati da disposizioni specifiche sulla tariffazione con un modello di remunerazione di tipo DRG – attualmente SwissDRG e TARPSY¹¹ – per singolo caso con spiegazioni sul prezzo base. I partner tariffali possono derogare dagli importi forfettari per singolo caso che di norma andrebbero convenuti nella misura in cui secondo lo stato attuale delle conoscenze essi si rivelino (ancora) inappropriati in determinati settori ospedalieri.

Per contrastare gli incentivi all'aumento dei volumi anche tra le tariffe per singola prestazione, i partner tariffali saranno tenuti a esaminare se, in una struttura tariffale per singola prestazione, le posizioni possono essere riunite. Le strutture tariffali per singola prestazione comportano per principio un potenziale incremento dei volumi. Gli importi forfettari costituiscono invece un mezzo consolidato per evitare la fornitura del maggior numero possibile di prestazioni, dato che richiedono il ricorso ottimale alla prestazione entro i limiti dell'importo forfettario. Questa disposizione costituisce un complemento del primo pacchetto di misure di contenimento dei costi che deve permettere, a livello di legge, di incrementare convenzioni su importi forfettari nel settore ambulatoriale¹².

1.3 Procedura di consultazione

La consultazione sulle modifiche dell'OAMal è stata avviata il 12 febbraio 2020 e si è conclusa il 2 settembre 2020. Sono stati interpellati i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello nazionali di Comuni, città e regioni di montagna, le associazioni mantello nazionali dell'economia, dei consumatori, dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e altri ambienti interessati.

2. Pareri

In totale, sono stati invitati a esprimersi 100 partecipanti. La documentazione è stata pubblicata anche sul sito Internet della Confederazione¹³. Complessivamente sono pervenuti 111 pareri da parte di:

⁹ Ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie, RS 832.104

¹⁰ Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni, RS 832.202

¹¹ SwissDRG: <https://www.swissdrg.org/it>

¹² Messaggio 19.046 del 21 agosto 2019 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1)

¹³ [Modifica dell'OAMal: sviluppo dei criteri di pianificazione e completamento dei principi di determinazione delle tariffe \(admin.ch\)](#)

- tutti i Cantoni e CDS;
- 5 partiti rappresentati nell'Assemblea federale (PLR, PS, UDC, PPD, PVL);
- 4 associazioni mantello nazionali dell'economia (CP, USS, USAM, economiesuisse),
- 1 associazione dei consumatori (FRC);
- 55 associazioni od organizzazioni dei fornitori di prestazioni interessati (Aktivkonferenz H+, ospedali universitari della Svizzera, AllKids - Allianz Kinderspitäler der Schweiz, Ärztesellschaft des Kantons Bern, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ASPS, Barmelweid Gruppe AG, Berit Klinik AG, Bündner Spital- und Heimverband, Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz, CHUV, CURAVIVA, Dachverband Komplementärmedizin, diespitaeler.be – Netzwerk der Berner Spitäler, FMH, Società svizzera di patologia, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Hirslanden, H+, Insel Gruppe AG, IGGH-CH, Kantonsspital Aarau, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Cliniche private svizzere, RehaClinic AG (Bad Zurzach), ASI, Schulthess Klinik Zürich, Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali, SSMIG, SVS, See-Spital Horgen, Senesuisse, Société vaudoise de médecine, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg (Stiftung Diakoniewerk Neumünster - Schweizerische Pflegerinnenschule), Swiss Nurse Leaders, swiss orthopaedics, SWISS REHA, uni-medsuisse, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare, Universitäre psychiatrische Dienste Bern AG, Universitätsklinik Balgrist, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich, ASMAC, Verband Zürcher Krankenhäuser, AMOS, Verein integrative-kliniken.ch, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, Zürcher RehaZentren);
- 5 associazioni di assicuratori (santésuisse, curafutura, Helsana Sanitas KPT, KPT, SVV)
- 3 organizzazioni di pazienti (Coalizione svizzera dei pazienti, OSP, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera);
- AGILE.CH, Guido Brusa (avvocato), Pro Mente Sana, ProRaris Alleanza Malattie Rare - Svizzera, Federazione svizzera dei sordi SGB-FSS, Verein Morbus Wilson, Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen, Commissione delle Tariffe Mediche LAINF, ANQ, PflegeART – Verein für integrative Heime.ch, Unione delle città svizzere, Consiglio svizzero degli anziani.

L'elenco dei destinatari della consultazione (con le abbreviazioni usate nel presente rapporto) è riportato nell'allegato.

3. Panoramica

3.1 Criteri di pianificazione

Cantoni

CDS e Cantoni respingono la revisione dei criteri di pianificazione OAMal. Principalmente criticano il modesto valore aggiunto delle modifiche proposte, l'ingerenza sproporzionata nella competenza dei Cantoni, il carente allineamento con la revisione della LAMal sul rafforzamento della qualità e l'economicità, e l'insostenibilità delle modifiche proposte in termini sia di contenuto sia di tempistica. È altresì necessario riconsiderare la revisione alla luce della crisi causata dal coronavirus. Manca inoltre l'obbligo di adottare una sistematica uniforme dei gruppi di prestazioni quale base per mandati di prestazioni uniformi e per pianificazioni comuni. Si pone inoltre l'interrogativo sulla misura in cui tutte le disposizioni valgano anche per la MAS. La maggior parte dei Cantoni preferirebbe una disposizione che preveda l'attribuzione di mandati di prestazioni riferiti alla sede. La disposizione concernente la valutazione dell'economicità

delle case di cura è criticata perché considerata un'ingerenza nella competenza cantonale in materia di assistenza sanitaria visto che il contributo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) ai costi delle cure è fisso e quindi non si nota alcun interesse superiore della Confederazione, rispettivamente dell'AOMS. Andrebbe poi considerato che gli strumenti esistenti per l'accertamento del fabbisogno non sono armonizzati. Sono invece giudicati positivi in particolare l'intento di uniformare le pianificazioni ospedaliere, la possibilità di stabilire volumi massimi di prestazioni o numeri massimi di posti letto oppure il divieto di incentivi economici inappropriati volti all'aumento del volume delle prestazioni.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

PPD concorda con l'orientamento della modifica dell'ordinanza e afferma che i Cantoni non possono sottrarsi al loro obbligo di assunzione di parte dei costi; approva la condizione di vietare sistemi di incentivi economici inappropriati a carico dell'AOMS o volti a eludere l'obbligo di ammissione.

PVL in linea di principio sostiene il progetto e approva in particolare la misura volta a vietare sistemi di incentivi economici inappropriati. Respinge invece i volumi massimi di prestazioni nel settore ospedaliero somatico acuto, che provocherebbero tempi di attesa e limitazioni della libera scelta dei pazienti.

PS respinge il progetto di modifica dell'ordinanza perché teme che le regioni periferiche perdano istituti, e che la maggiore pressione nuoccia al personale curante e peggiori la qualità dell'assistenza. Approva invece il divieto di retrocessioni o bonus, la valutazione della qualità, il criterio della dotazione di personale specializzato e il potenziamento del coordinamento intercantonale. Preferisce tuttavia attendere l'esito delle deliberazioni sui due pacchetti di misure di contenimento dei costi.

Secondo **UDC** Svizzera, i criteri di pianificazione sono un passo nella direzione giusta, sebbene esercizio e protezione della popolazione saprebbero mettere più efficacemente a disposizione capacità di riserva per i periodi di crisi. I criteri di pianificazione devono inoltre contribuire all'abbattimento delle sovracapacità. Per la MAS occorre pensare in termini nazionali per evitare che la sanzione del Cantone per il mancato rispetto delle condizioni o in caso di inefficienze colpisca gli assicurati.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

economiesuisse respinge il progetto di ordinanza. È necessario rinunciare alla mescolanza dei ruoli dei Cantoni e fare in modo che un Cantone non possa liberarsi unilateralmente dall'obbligo di assunzione delle prestazioni se un ospedale non rispetta una o più condizioni. C'è poi da chiedersi perché la Confederazione ingerisca nella competenza dei Cantoni nonostante la pianificazione non funzioni male. L'estensione della libera scelta e la promozione di un impiego efficiente delle risorse sono giudicate positivamente, benché gli strumenti per quest'ultimo caso non siano efficaci. Il progetto di ordinanza è inoltre un voto di sfiducia nei confronti degli ospedali. **CP** si oppone alle misure proposte perché ritiene prematuro modificare l'OAMal quando le modifiche della LAMal previste dai due pacchetti di misure di contenimento dei costi sono (il primo) oggetto di deliberazione parlamentare e (il secondo) in consultazione fino a novembre 2020. Anche **USAM** respinge la prevista revisione dell'OAMal e ne chiede la rielaborazione totale affinché possa essere svolta un'analisi d'impatto della regolamentazione. Il progetto provoca distorsioni della concorrenza per via della concentrazione del panorama ospedaliero e non consente di eliminare il problema dei ruoli multipli dei Cantoni nel settore delle cure stazionarie.

USS approva il numero minimo di casi quale condizione e la definizione di volumi massimi di prestazioni in contropartita. È necessario fare chiarezza sull'ammissibilità dello stanziamento globale di bilancio.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

I pareri delle organizzazioni di pazienti divergono. **AGILE.CH**, **Verein Morbus Wilson** e **Pro-Raris** approvano l'adozione di criteri di pianificazione uniformi, anche se avrebbero preferito un maggiore orientamento al benessere dei pazienti, delle persone con disabilità e con malattie rare. **Pro Mente Sana** respinge la modifica dell'ordinanza. **OSP** approva le misure, in particolare il divieto di sistemi di incentivi, e considera auspicabile la creazione di regioni di pianificazione ospedaliera intercantonali.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Gli **ospedali** respingono il progetto. Numerosi dei seguenti argomenti figurano in svariati pareri, altri sono specifici di singoli partecipanti: ingerenza nella responsabilità cantonale senza basi costituzionali, bisogno di regolamentazione, analisi d'impatto della regolamentazione coordinamento con la modifica della LAMal sul rafforzamento della qualità e l'economicità, compromissione del dibattito politico sul finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, aumento dei costi, creazione di grande incertezza del diritto e non esplicita considerazione delle giurisprudenze del TF e del TAF. Gli ospedali argomentano anche con il carattere legislativo delle disposizioni, in cui sono confluite misure da entrambi i pacchetti di contenimento dei costi, con i ruoli multipli dei Cantoni, con la già avvenuta separazione della remunerazione dei medici dal volume delle prestazioni, con la messa a repentaglio di un'assistenza di qualità con volumi massimi di prestazioni e numeri massimi di posti letto, con il contributo mancante alla correzione dell'organizzazione del panorama ospedaliero svizzero e con l'avvantaggiare gli ospedali di proprietà dei Cantoni. Con la modifica dell'OAMal non si raggiungono nemmeno l'utilizzo di sinergie e il potenziale di ottimizzazione. Quello che serve è un progetto nazionale scientificamente fondato che accerti quali prestazioni devono in futuro essere di prossimità e quali fornite in modo centralizzato. Il progetto rischia di creare nuove possibilità di discriminazione nei confronti degli ospedali privati, peggiora il già insufficiente finanziamento del settore della medicina somatica acuta e induce numerosi ospedali ad abbandonare l'assistenza di base. Le disposizioni che prevedono che i Cantoni intervengano direttamente nel processo di concentrazione del panorama ospedaliero e fissino condizioni per ogni gruppo di prestazioni hanno carattere legislativo. Simili disciplinamenti, che violano le leggi vigenti, vanno respinti. Non è nemmeno accettabile che i fornitori di prestazioni siano soggetti a sempre più norme nazionali che disciplinano nel dettaglio l'esercizio aziendale (p. es. dotazione di personale specializzato). È dunque importante considerare in sede di valutazione dell'economicità il tipo di prestazioni di un ospedale, rispettivamente di procedere a confronti dell'economicità tra ospedali paragonabili. Le modifiche proposte nel settore della riabilitazione sono infine inutili, dato che diversamente dalla psichiatria e dalla medicina somatica ogni ricovero stazionario esige una garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore, oppure non sono attuabili in modo appropriato.

Tra i temi emersi dalle consultazioni in seno alle **società mediche** figurano la necessità di attendere l'attuazione del finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, e di vietare bonus basati sul volume delle prestazioni o versamenti di retrocessioni (kick-back) in un settore soggetto alla LCA¹⁴ e, di fatto, il connesso sistema di medici accreditati

¹⁴ Legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione, RS 221.229.1

negli ospedali figuranti nell'elenco; l'ingerenza nell'autonomia cantonale, il bisogno di ridurre il conflitto di governance dei Cantoni e la mancanza di prove del risparmio sui costi apportato con il divieto di bonus basati sul volume delle prestazioni o di versamenti di retrocessioni (kickback). Nel quadro della trasparenza auspicata e della confrontabilità intercantonale, devono essere chieste chiare uniformazioni strutturali per la pianificazione ospedaliera. A questi argomenti si aggiungono il rifiuto dei volumi massimi, l'aumento dei costi amministrativi e la limitazione della libera scelta degli assicurati.

Dai pareri delle **organizzazioni attive nel settore delle cure infermieristiche a domicilio o in casa di cura** emerge la necessità di avere una visione complessiva della qualità delle case di cura e di accertare l'allineamento con la strategia Sanità2030. La definizione di standard di qualità e di criteri di economicità è inoltre compito delle autorità competenti per il finanziamento residuo. Nell'ambito della pianificazione del fabbisogno, è considerata ragionevole la prescrizione riguardante l'accesso dei pazienti alle cure.

Le **organizzazioni della medicina complementare** chiedono che in ogni Cantone sia attribuito almeno un mandato di prestazioni ogni 250'000 abitanti per offerte stazionarie di medicina complementare. A loro parere, la proposta viola la LAMal, ha in parte carattere legislativo e non si fonda su una valutazione dell'impatto.

IGGH-CH sostiene che il progetto deve essere rielaborato in considerazione delle specificità delle case per partorienti.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Dai pareri degli assicuratori emerge una sostanziale approvazione del progetto, accompagnata però da alcune osservazioni: per gli assicuratori, la definizione dei volumi massimi di prestazioni non è verificabile, il Consiglio federale deve pertanto fare sì che un Cantone non possa liberarsi unilateralmente dall'obbligo di assunzione dei costi se un ospedale viola una o più condizioni. La determinazione del numero minimo di casi consente di migliorare la qualità nell'interesse dei pazienti e di mantenere in misura ragionevole la discrezionalità dei Cantoni in merito alle specificità geografiche e demografiche. La rappresentazione differenziata delle prescrizioni per il coordinamento intercantonale della pianificazione porta a una maggiore concentrazione dell'offerta e a un migliore utilizzo di sinergie nelle cure ospedaliere.

Altre organizzazioni

Secondo **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, l'interpretazione della presente giurisprudenza è selettiva e tendenziosa, il che rafforza ulteriormente l'elemento della pianificazione statale. La consultazione va annullata e ripetuta una volta disponibile un'analisi d'impatto della regolamentazione. Quali criteri di valutazione, l'ordinanza dovrebbe prescrivere la qualità di indicazioni e outcome invece dei volumi massimi di prestazioni

Consiglio svizzero degli anziani in linea di principio approva l'intento di rendere maggiormente vincolanti i criteri di qualità ed economicità nella legislazione. Le modifiche proposte per le case di cura nella presente revisione contengono disciplinamenti che vanno ben oltre le prestazioni di cura secondo la LAMal. La Confederazione ingerisce nella competenza delle autorità preposte al finanziamento residuo, il che contraddice il progetto adottato dal Parlamento sul rafforzamento della qualità e dell'economicità. Consiglio svizzero degli anziani chiede di invertire l'ordine temporale dell'entrata in vigore o almeno di unire le due ordinanze in un pacchetto.

Federazione svizzera dei patriziati respinge con decisione le modifiche dell'OAMal. Favorevole a disciplinamenti ragionevoli in materia di qualità ed economicità delle case di cura, è del

parere che il progetto non apporti alcun valore aggiunto, promuova incentivi sbagliati, limiti le competenze dei Cantoni e non rispetti il principio di sussidiarietà. Gli obiettivi principali delle case di cura devono essere il sostegno e la qualità di vita, ma non ve n'è cenno nella modifica prevista. Confederazione e Cantoni dovrebbero innanzitutto stabilire criteri di qualità uniformi. Una nuova revisione dell'OAMal dovrebbe inoltre essere in linea con la strategia Sanità2030 della Confederazione.

3.2 Principi di determinazione delle tariffe

Cantoni

CDS e tutti i **Cantoni** respingono la determinazione di un percentile massimo e la ponderazione secondo il numero di fornitori di prestazioni. Secondo la grande maggioranza dei Cantoni, in merito alla determinazione delle tariffe il progetto contraddice il primato delle trattative tra i partner tariffali. In particolare, la prescrizione di un percentile massimo limita la competenza legislativa dei governi cantonali in misura inammissibile. La scelta del 25° percentile è immotivata, soprattutto considerato che i tribunali finora hanno protetto valori fino al 50° percentile. Numerosi Cantoni deplorano che questo progetto sia stato proposto senza un'analisi delle ripercussioni sull'autonomia tariffale e sull'assistenza. Temono che le cure ospedaliere vengano stabilite ancora solo in funzione del criterio dei costi. Respingono anche la definizione di un metro dell'efficienza per la struttura tariffale TARPSY, dato che si trova ancora nella fase introduttiva. In generale, i Cantoni approvano l'uniformazione della procedura per determinare i costi per singolo caso o al giorno corretti per grado di gravità, deplorano tuttavia che la regola non sia vincolante.

Alcuni Cantoni sottolineano inoltre il momento infelice per il progetto. Gli ospedali sono stati sotto forte pressione nel quadro della lotta al SARS-CoV-2 e le conseguenze finanziarie della pandemia non sono ancora note. Secondo alcuni Cantoni, allo stato attuale delle conoscenze sarebbe irresponsabile prendere decisioni sulla remunerazione degli ospedali in base alle nuove regole tariffali.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

PPD sostiene in linea di principio le modifiche e approva in particolare la considerazione dell'attuale giurisprudenza in materia di determinazione delle tariffe. Critica tuttavia la proposta che siano gli assicuratori a dover (singolarmente) determinare il valore di riferimento.

PVL sostanzialmente concorda con il progetto, approva in particolare l'uniformazione delle basi di dati. Respinge però il percentile prescritto, perché troppo restrittivo. I partner tariffali dovrebbero piuttosto concordarlo.

PS respinge il progetto di modifica dell'ordinanza per quanto concerne le disposizioni in materia di tariffazione, perché sembrano mirare soprattutto al contenimento dei costi con una centralizzazione indiretta delle strutture di cura.

Per quanto riguarda le disposizioni sulla determinazione delle tariffe con il modello di remunerazione DRG, **UDC** approva la promozione di importi forfettari nel settore ambulatoriale.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

economiesuisse respinge il progetto di ordinanza anche per quanto riguarda la determinazione delle tariffe. Ciò che la infastidisce maggiormente è la prevista determinazione dettagliata dei prezzi che scardinerebbe il primato delle trattative tra i partner tariffali. Oltre all'inge-

renza nel partenariato tariffale, sostiene pure che manchi una base legale per le previste prescrizioni per il calcolo della tariffa. Quest'ultimo aspetto è messo in dubbio anche da **CP**, che considera inoltre pericoloso procedere a riforme in questo settore prima di avere una stima delle conseguenze della crisi causata dalla COVID-19. Pure per **USAM** è rischioso procedere frettolosamente a uno smantellamento strutturale prima della fine della crisi dovuta al coronavirus. Prima di avviare un'ulteriore correzione del panorama ospedaliero vanno inoltre eliminati i ruoli multipli dei Cantoni. Nemmeno **USS** accetta le disposizioni proposte e critica l'ingerenza nel primato delle trattative tra i partner tariffali, la definizione di un irrealistico 25° percentile e i risparmi connessi con il cambiamento di sistema.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

I pareri delle organizzazioni di pazienti divergono. **AGILE.CH**, **Verein Morbus Wilson** e **Pro-Raris** respingono con decisione le proposte perché con il metro dell'efficienza si punirebbero finanziariamente gli ospedali che spiccano per la qualità e l'assistenza basata sul bisogno di persone con esigenze particolari. Anche **Pro Mente Sana** si esprime negativamente, mentre **SGB-FSS** approva – seppure con determinate riserve – l'introduzione di criteri coerenti per la determinazione delle tariffe. **OSP** concorda con l'obiettivo di risparmiare, ma mette in guardia dall'assumere la correzione per il grado di gravità quale metro assoluto e sempre affidabile.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Gli **ospedali** respingono le prescrizioni in materia di determinazione delle tariffe, in parte anche con veemenza, soprattutto per quanto riguarda il 25° percentile e il benchmarking tra tutti gli ospedali, incluse le case per partorienti. Secondo loro, il progetto di ordinanza viola la legge sotto diversi punti di vista ed è privo di una base costituzionale. Mette inoltre a repentaglio l'assistenza medica di base accessibile a tutti e causa un massiccio calo della qualità del sistema sanitario svizzero. Le prescrizioni limitano in misura considerevole l'autonomia tariffale.

Gli ospedali criticano inoltre la comparazione inappropriata tra ospedali fornitori finali di prestazioni e cliniche specializzate o case per partorienti, in particolare il fatto che per far valere i supplementi al valore di riferimento l'onere della prova è unicamente a carico dei fornitori di prestazioni. Nel complesso temono che il progetto e l'abolizione di fatto della realizzazione di utili grazie all'efficienza porti a un drastico calo della qualità e che la garanzia della copertura del fabbisogno possa essere mantenuta soltanto tramite sovvenzioni.

Le **società mediche** avanzano argomenti per lo più simili. Considerano insostenibile il 25° percentile quale valore di riferimento e partono dal presupposto che un'eventuale attuazione richieda ulteriori risparmi. Si esprimono negativamente sulla limitazione dell'autonomia tariffale e della discrezionalità dei Cantoni. Temono inoltre che con il disciplinamento proposto i fornitori di prestazioni non siano più invogliati a investire in misure volte a migliorare l'economicità, ma solo a documentare maggiori costi.

Secondo le **organizzazioni della medicina complementare**, con il criterio del 25° percentile diventa ancora più difficile offrire prestazioni sostenibili, come la medicina complementare. Fanno inoltre notare la necessità di procedere prima a un'analisi dell'impatto della modifica dell'ordinanza. La modifica della struttura ospedaliera in questo modo non dovrebbe inoltre avvenire sulla base della modifica di un'ordinanza, bensì di un dibattito parlamentare.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Le **associazioni di assicuratori** approvano in linea di principio la definizione del 25° percentile e la determinazione delle tariffe degli ospedali secondo un metro uniforme a livello nazionale, benché per una parte di essi i disciplinamenti siano troppo dettagliati e per questo limitino eccessivamente le trattative del singolo ospedale. Sono comunque disposti ad accettare quest'ultima parte a patto che il 25° percentile sia definitivamente inserito nell'OAMal.

Per un **assicuratore** il presente progetto scardina tuttavia il primato delle trattative tra i partner tariffali. Vorrebbe inoltre stralciare le disposizioni riguardanti il calcolo della tariffa perché reputa che non esista alcuna base legale per prescriverlo.

Altre organizzazioni

Per **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, il proposto 25° percentile costituisce un metro dell'efficienza gravemente distorto. La sua applicazione porterebbe a lacune di finanziamento tali da mettere a repentaglio l'esistenza delle strutture. L'organizzazione teme che ne risulterebbero tariffe non sufficienti a coprire i costi che rafforzerebbero il bisogno di un finanziamento trasversale tra assicurazione di base e complementare. Per questa ragione, propone da un lato di ponderare il percentile secondo il caso o casemix (invece che secondo il numero di ospedali) e dall'altro di passare al 40°-50° percentile (invece del 25°).

Consiglio svizzero degli anziani critica che nemmeno questa modifica dell'ordinanza preveda il principio della garanzia della qualità nella tariffazione.

Federazione svizzera dei patriziati respinge con decisione le modifiche dell'OAMal e propone di sospendere la revisione.

4. Pareri sui criteri di pianificazione

4.1 Pareri sul progetto in generale

Cantoni

CDS e tutti i Cantoni respingono la revisione proposta dei criteri di pianificazione nell'OAMal.

Per **CDS** nonché **AI, AR, BE, BS, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH**, il valore aggiunto delle modifiche proposte è relativamente modesto. La pianificazione cantonale è invece fortemente limitata dalle prescrizioni precise della Confederazione, che costituiscono un'ingerenza sproporzionata nella loro competenza. Tranne **AI** e **VS**, gli altri fanno notare che le pianificazioni cantonali sono molto vulnerabili alla luce del diritto di ricorso delle associazioni degli assicuratori proposto dal Consiglio federale nel quadro del primo pacchetto di misure di contenimento dei costi. Ad eccezione di **AI**, tutti dichiarano il progetto scarsamente armonizzato con la revisione della LAMal sul rafforzamento della qualità e l'economicità. Auspicano dunque un'armonizzazione tra le due revisioni.

Tranne **AI** e **VS**, precisano che un adeguamento dei criteri OAMal di pianificazione ospedaliera dovrebbe essere basato su tale revisione, anche in termini temporali. Escluso **AI**, aggiungono che la revisione proposta deve essere riconsiderata nell'ottica della crisi causata dal coronavirus. La revisione dell'OAMal sulla pianificazione ospedaliera dovrebbe tenere conto del bilancio della crisi. Secondo i Cantoni, le modifiche proposte dei criteri di pianificazione per ospedali e case di cura non sono sostenibili né in termini di contenuto né di tempistica. **CDS** nonché **AR, BE, BL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD** e **ZH** deplorano che il Consiglio federale non abbia sospeso come chiesto la procedura di consultazione, dato che per Cantoni e fornitori di prestazioni è molto difficile farsi un'opinione con una crisi da gestire. **AI** è del

parere che con tutte le difficoltà dovute alla gestione della crisi provocata dal coronavirus sia assai infelice procedere proprio ora a una revisione dei criteri di pianificazione.

Secondo **AG** l'adeguamento dell'ordinanza contiene alcuni ottimi disciplinamenti. Approva infatti la prevista uniformazione, gli elementi volti al contenimento dei costi e la promozione della piena trasparenza dei costi, tuttavia il Consiglio federale ingerisce eccessivamente nelle competenze cantonali. Il progetto non è inoltre sufficientemente allineato con l'attuazione della revisione della LAMal sul rafforzamento della qualità e l'economicità. AG approva la direzione imboccata dal Consiglio federale, ma trova eccessivo il grado di dettaglio del progetto.

SO è dell'opinione che soltanto la possibilità di stabilire volumi di prestazioni o numeri di posti letto massimi, il divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati volti ad aumentare il volume di prestazioni a carico dell'AOMS o a eludere l'obbligo di ammissione secondo l'articolo 41a LAMal, e la definizione in base al diritto federale nei mandati di prestazioni di possibili sanzioni in caso di violazioni delle condizioni comportino un valore aggiunto misurabile.

Secondo **VS**, i Cantoni dispongono di grande discrezionalità nell'attuazione della pianificazione ospedaliera e dell'offerta delle case di cura. Con le modifiche proposte, la Confederazione ingerisce in modo determinante in questa discrezionalità e obbliga i Cantoni a rispettare prescrizioni eventualmente in contrasto con la garanzia delle cure ospedaliere e quindi con una pianificazione commisurata al fabbisogno.

Per **CDS** nonché **AG, AI, AR, BE, BS, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, VD, TG, ZG** e **ZH** nel progetto manca l'obbligo di utilizzare una sistematica uniforme dei gruppi di prestazioni, il che consente ai Cantoni di impiegare classificazioni eterogenee e fa venire meno la base per mandati di prestazioni uniformi e pianificazioni comuni. CDS e i Cantoni citati ad eccezione di **LU** fanno notare che in questo modo si manca l'obiettivo del progetto di ridurre le differenze tra le strategie di pianificazione dei Cantoni e si sollevano nuovi interrogativi sull'esecuzione delle disposizioni riferite a gruppi di prestazioni. In merito alle prescrizioni riguardanti tutto quello che il Cantone deve verificare in materia di qualità, va ricordato che la responsabilità per la fornitura di prestazioni di qualità è dell'ospedale e non può essere assunta dai Cantoni. Il compito dei Cantoni è pianificare, non controllare (cfr. commento all'art. 58d cpv. 3 e 4). Le disposizioni dettagliate concernenti l'esame da parte del Cantone del criterio della qualità sono considerate troppo esigenti e causerebbero l'abbandono della procedura attuale che impone ai fornitori di prestazioni di dichiarare la loro conformità o meno ai criteri minimi di qualità quando si candidano per un mandato di prestazioni.

CDS nonché **AG, AI, AR, BE, BS, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** respingono la definizione contenuta nel rapporto esplicativo (cifra I.1., ultima frase) secondo cui «effettuare una pianificazione comune significa accertare la domanda nel settore di prestazioni in questione riferita alla popolazione residente comune e considerare, in fase di determinazione dell'offerta, gli istituti presenti sul territorio comune», perché i Cantoni devono poter disporre di diverse varianti di pianificazione comune. La pianificazione deve tenere sempre conto di tutti gli istituti interessati o rilevanti per l'assistenza, non solo di quelli con sede nei Cantoni pianificanti. Per CDS e i Cantoni citati, tranne **BS, UR** e **VS**, nemmeno l'affermazione della seconda frase alla cifra I.2. del rapporto esplicativo è corretta, perché in nessun caso per i trattamenti senza indicazione medica sussiste un obbligo di finanziamento da parte del Cantone; il caso citato riguarda la fruizione non imposta da regioni mediche delle prestazioni di un istituto che non figura nell'elenco cantonale.

CDS nonché **AG, AI, AR, BE, BS, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** si interrogano sulla misura in cui tutte le disposizioni valgano anche per la MAS, tanto più che è esplicitamente citata nell'articolo 58f capoverso 4. In linea di principio, pure quest'ultima deve attenersi (direttamente o per analogia) alla LAMal, OAMal, ecc. Considerato che i mandati di prestazioni MAS riguardano solo interventi specifici eseguiti in ospedali con mandati di prestazioni cantonali, gli organi della MAS partono dal presupposto di non dover

verificare nel loro specifico l'adempimento dei requisiti, che riguardano l'intero ospedale. Del resto, non ne sarebbero nemmeno in grado. Questo aspetto dovrebbe essere esplicitato nel rapporto esplicativo.

CDS nonché **AG, AI, AR, BE, BS, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, VD, VS, ZG** e **ZH** avrebbero voluto che l'ordinanza specificasse che i mandati di prestazioni devono essere riferiti alla sede e rimandano alle spiegazioni concernenti la raccomandazione 3 e) del 25 maggio 2018 della CDS riguardante la pianificazione ospedaliera: si tratta in particolare di evitare che un nosocomio si sottragga alla pianificazione cantonale trasferendo i mandati di prestazioni a un'altra sede. Secondo **AG**, il TAF ha sancito in più decisioni che le tariffe devono essere determinate in base alla sede. **TG** è invece dell'opinione che i Cantoni debbano essere liberi nell'attribuzione dei mandati di prestazioni. Per i suoi due ospedali cantonali si è infatti dimostrata efficace l'unione di team delle due sedi sotto un'unica direzione e garanzia della qualità, una soluzione che secondo TG sarebbe da estendere. In questo modo, i Cantoni potrebbero assicurare nei mandati di prestazioni che la pianificazione cantonale non venga aggirata con il trasferimento dei mandati di prestazioni a un altro ospedale.

GE è favorevole all'uniformazione dei criteri di pianificazione ospedaliera, perché facilita in particolare la cooperazione intercantonale e l'attuazione del controllo della qualità, e potrebbe essere estesa fino all'obbligo di utilizzare un sistema comune. Il progetto non è tuttavia accettabile allo stato attuale. Il settore delle case di cura e delle case per partorienti è troppo diverso da quello degli ospedali per puntare a un'armonizzazione dei criteri. La questione della qualità nelle case per partorienti dovrebbe essere approfondita per trovare una strategia applicabile a questo tipo di struttura. I criteri relativi alla pianificazione ospedaliera, come specificati nell'articolo 58f, vanno invece verso un'uniformazione dei modelli da approvare ma che potrebbe estendersi fino all'obbligo di utilizzare un sistema comune.

Per **VD** è prematuro procedere a una revisione dei criteri di pianificazione vista la mancanza di dati affidabili per valutare appieno gli effetti della revisione del 2012. La modifica dell'OAMal può solo interferire con la revisione della pianificazione ospedaliera cantonale, non propone alcun chiarimento utile in merito alle questioni aperte e non fa che complicare le regole, paralizzare la giurisprudenza federale e riprendere parti delle raccomandazioni della CDS pienamente riconosciute e applicate come legge dai tribunali. Invece di copiare una giurisprudenza ancora fragile (TF e TAF hanno pareri divergenti sulle quote), il progetto avrebbe dovuto disciplinare e chiarire i punti ancora in sospeso. Le raccomandazioni della CDS sono inoltre state riprese fuori contesto. I tribunali vi fanno riferimento e esse non dovrebbe rimanere rigide, bensì venir sviluppate in base alle esperienze e al bisogno dei Cantoni e sul campo. Uno degli obiettivi del progetto è ridurre fortemente le competenze dei Cantoni in materia di pianificazione. VD non vede come possa ridurre le disparità tra le strategie di pianificazione e promuovere l'utilizzo efficiente delle risorse. Anzi, i Cantoni sarebbero portati a credere che quello che non figura nell'OAMal non deve essere preso in considerazione. Da ultimo, la disposizione concernente la valutazione della qualità è l'unica in grado di apportare un valore aggiunto, nonostante in materia di personale il progetto riprenda solo parzialmente una raccomandazione della CDS.

Per **JU** la data d'entrata in vigore non permette di disporre di gruppi di prestazioni di pianificazione ospedaliera (GPPO) di riferimento per tutti i settori di cura (medicina acuta, psichiatria, riabilitazione), il che darà vita ad approcci cantonali diversi che vanno contro l'armonizzazione delle prassi e la promozione del coordinamento delle pianificazioni cantonali. L'applicazione di un sistema GPPO è tuttavia irrealistica. Senza contare che, vista la crisi causata dalla COVID-19, le cifre dei risultati d'esercizio 2020, probabilmente anche 2021 e persino oltre, non sono più affidabili.

TI riconosce gli obiettivi perseguiti ma non può sostenere il progetto di revisione, in particolare per la sua eccessiva ampiezza ed incisività che mina il margine di manovra dei Cantoni. Sarebbe inoltre inopportuno ridefinire il contesto normativo nella fase di pandemia. Inoltre, la

proposta di modifica riprenderebbe quasi tutti i principi già presenti nella versione attualmente in vigore e la novità consisterebbe nell'introduzione dei fattori per il calcolo del fabbisogno, del ventaglio di requisiti per gruppo di prestazioni e della definizione del concetto di coordinamento intercantonale. Se l'introduzione dei quattro fattori utili al calcolo del fabbisogno potrebbe rappresentare una novità per quei Cantoni che non si sono orientati sul modello zurighese, l'introduzione dei gruppi di prestazioni per la pianificazione ospedaliera e dei rispettivi requisiti non rappresenterebbero una novità. Le proposte di modifica, come d'altronde già fatto da CDS nelle sue raccomandazioni sulla pianificazione, terrebbero pure conto della recente giurisprudenza, in particolare per quanto concerne l'esame dell'economicità, la valutazione della qualità e il coordinamento intercantonale. Il Cantone sostiene le disposizioni concernenti i requisiti minimi di qualità per ospedali e case di cura, disposizioni che dovrebbero favorire anche l'adozione di un procedimento strutturato e comune per tutti gli ospedali, così come per le case di cura, ai fini di garantire la qualità delle cure. Ritiene che non avrà particolari problemi a dimostrare il rispetto dei principali criteri, poiché sono già stati inseriti nella sua strategia di gestione della qualità da molti anni (analisi degli indicatori dell'ANQ, sistema di segnalazione degli errori e altre iniziative in collaborazione con diverse organizzazioni nazionali).

GR respinge la modifica dell'OAMal: il fabbisogno di disciplinamento ai sensi del progetto non è dato, non è indicato procedere a nuove prescrizioni per la pianificazione ospedaliera senza disporre di dati consolidati e ai Cantoni deve essere data la possibilità di sviluppare propri strumenti di pianificazione sulla base delle conoscenze del loro settore ospedaliero specifico. La LAMal non prevede una delega al Consiglio federale della competenza per emanare requisiti minimi per l'attribuzione di mandati di prestazioni agli ospedali. La facoltà del Consiglio federale di emanare criteri di pianificazione uniformi basati su qualità ed economicità gli consente soltanto di stabilire secondo quali criteri i Cantoni devono procedere alla pianificazione. L'apprezzamento del risultato della pianificazione è invece di competenza cantonale. Secondo la LAMal, la pianificazione ospedaliera e il conseguente approntamento di un elenco di ospedali è un compito cantonale. A questo proposito, GR è del parere che i requisiti minimi concernenti la qualità violino l'autonomia cantonale in materia di pianificazione e pure il principio della legalità. Il Cantone teme anche che tali requisiti finiscano con il limitare l'accesso della popolazione alle cure. Nel suo messaggio sulla seconda revisione parziale della LAMal e nel suo parere del 30 settembre 2002 (FF 2003 354), il Consiglio federale dichiara che «tiene conto della ripartizione delle competenze e non prescrive ai Cantoni in che modo devono allestire la pianificazione ospedaliera». Si può comunque immaginare che il legislatore abbia delegato al Consiglio federale la competenza di formulare principi partendo dall'attuale giurisprudenza e di completarli con le modifiche emerse dalla revisione del finanziamento ospedaliero. Il progetto contiene una proposta in questo senso.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

PPD concorda con l'orientamento della modifica dell'ordinanza. La libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera era stato un elemento centrale all'adozione del nuovo finanziamento ospedaliero. Concretamente ciò significa che, in caso di cure in una struttura extracantonale, ogni paziente ha diritto al rimborso da parte del Cantone di domicilio e dell'assicuratore-malattie di un importo pari a quello del costo del trattamento in un ospedale del proprio Cantone di domicilio. Questo principio deve continuare a essere valido e precisato, perché attualmente non è ancora rispettato da tutti i Cantoni. Era inoltre chiaro che un ospedale o una clinica deve figurare unicamente nell'elenco degli ospedali del Cantone in cui ha la sede e che nel quadro delle succitate condizioni deve valere la libera scelta dell'ospedale a livello nazionale. Anche questo principio deve essere mantenuto. Un ospedale extracantonale deve sostanzialmente poter essere considerato quando le prestazioni non vengono offerte nel Cantone di domicilio. Deve inoltre essere sancito che i Cantoni non possono fare ricorso a spese degli assicurati a pre-

scrizioni divergenti da quelle della Confederazione (p.es. definizione di tetti massimi per ospedale di pazienti con assicurazioni complementari) per sottrarsi all'obbligo di partecipare alla copertura dei costi. L'uniformazione delle prescrizioni pianificatorie nonché l'allineamento di dati di riferimento devono inoltre comportare pure uno sgravio amministrativo per gli ospedali. In particolare per quanto riguarda la registrazione di dati da parte degli ospedali, deve valere il principio «once only», ossia che i dati devono essere registrati un'unica volta e trasmessi in un formato uguale per tutti. PPD approva che l'ordinanza preveda per i mandati di prestazioni agli ospedali la condizione del divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati volti ad aumentare il volume di prestazioni a carico dell'AOMS o a eludere l'obbligo di ammissione secondo l'articolo 41a LAMal.

In linea di principio, **PVL** sostiene il progetto, perché promuove la libera scelta e la concorrenza. Si tratta di un passo importante verso una sanità armonizzata e coordinata a livello intercantonale urgentemente necessaria che contrasti la spesso inefficiente pianificazione ospedaliera orientata al Cantone. Inoltre, PVL approva in particolare il divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati volti ad aumentare il volume di prestazioni a carico dell'AOMS o a eludere l'obbligo di ammissione secondo l'articolo 41a LAMal. Respinge invece le condizioni per la valutazione dell'economicità e della qualità connesse con volumi massimi di prestazioni nel settore ospedaliero della medicina somatica acuta. Le conseguenze di un mancato rispetto non sono descritte a sufficienza. Vi è quindi da temere che in caso di superamento di tali volumi, il Cantone si liberi della propria responsabilità finanziaria riducendo o rifiutando di coprire la sua quota parte prevista dalla LAMal e che il paziente venga respinto oppure debba coprire le spese di tasca propria, rispettivamente con l'assicurazione malattie privata. Una limitazione dei volumi massimi porterebbe inoltre a tempi d'attesa, limiterebbe la libera scelta dei pazienti e ostacolerebbe la concorrenza.

PS respinge il progetto di modifica dell'ordinanza, perché gli adeguamenti sono principalmente volti al contenimento dei costi tramite una centralizzazione indiretta delle strutture di cura. L'applicazione di queste nuove disposizioni potrebbe sfociare in una profonda ristrutturazione del panorama ospedaliero svizzero con un maggior rischio per le regioni periferiche di perdere istituti di cura. La ricerca dell'efficacia decretata dalle nuove disposizioni aumenta inoltre la pressione sulle strutture con conseguenze dirette sul personale curante. Oppure, la soppressione di impieghi causerebbe un peggioramento dell'assistenza fornita ai pazienti e quindi della qualità delle cure. Secondo PS, le modifiche all'ordinanza comportano però anche dei miglioramenti: gli ospedali figuranti negli elenchi cantonali non saranno più autorizzati a offrire retrocessioni o bonus basati sul volume delle prestazioni; la valutazione della qualità degli ospedali e delle case di cura terrà conto del criterio della dotazione di personale specializzato; il coordinamento intercantonale della pianificazione ospedaliera sarà rafforzato. Questi miglioramenti sono tuttavia troppo modesti. Il Parlamento si sta inoltre occupando del primo pacchetto di misure di contenimento dei costi a carico dell'AOMS e il secondo pacchetto sarà a sua volta messo in consultazione. Sarebbe meglio attendere l'esito delle deliberazioni sui due pacchetti prima di procedere alle modifiche delle ordinanze.

UDC Svizzera considera i criteri di pianificazione per ospedali, case per partorienti e case di cura passi nella giusta direzione. L'epidemia di COVID-19 ha rivelato che la garanzia di copertura del fabbisogno di un gran numero di ospedali in realtà non è data, vista le scorte insufficienti dei materiali di protezione più semplici. Dal 2018 è disponibile una perizia sul servizio sanitario coordinato. Quest'anno ha ricordato che durante le crisi ci si può affidare soltanto ai mezzi propri. Deve essere nuovamente ponderato meglio sin dalla pianificazione delle infrastrutture quali e quante prestazioni vanno fornite in tempi normali dagli ospedali civili e quali capacità di riserva per i tempi di crisi possono essere messe più efficientemente a disposizione da esercito e protezione della popolazione. Da questi ultimi sono stati eliminati migliaia di posti letto dagli anni 1990, mentre l'eccesso di capacità degli ospedali ha provocato schiacciati aggravii dei premi per il ceto medio. UDC Svizzera si attende dal perfezionamento dei criteri di

pianificazione un contributo all'abbattimento dell'eccesso di capacità per giungere a una misura realmente richiesta. Un maggiore coordinamento sovraregionale aumenta la flessibilità nell'ammissione di pazienti, anche e soprattutto nei momenti di tensione. UDC si sarebbe per questo aspettata che il medico in capo dell'esercito svizzero venisse automaticamente coinvolto nella procedura di consultazione. La sua perizia va qui richiesta a posteriori e in futuro in generale per le consultazioni rilevanti per lui. I Cantoni si trovano oggi in un marcato conflitto di ruoli multipli, dato che sono pianificatori del fabbisogno, finanziatori, autorità che approvano e fissano tariffe, promotori economici. Si giungerà a una reale risoluzione di questo conflitto soltanto quando i Cantoni non gestiranno più ospedali e potranno concentrarsi sul disciplinamento. Per quanto riguarda la MAS, non si dovrebbe puntare solo a una pianificazione regionale, occorre bensì riflettere su scala nazionale. Il problema dei ruoli multipli dei Cantoni nella pianificazione ospedaliera verrebbe attenuato se i criteri di pianificazione per gli ospedali fossero maggiormente uniformi. La discrezionalità dei Cantoni non dovrebbe essere una scusa per non fondare gli standard minimi sui risultati migliori a livello nazionale. Il rapporto esplicativo rimanda qui anche alla chiave di finanziamento di cui all'articolo 49a LAMal. Oggi ci sono singoli Cantoni che si liberano unilateralmente dall'obbligo d'assunzione delle prestazioni sancito da tale articolo quando gli ospedali non adempiono le condizioni. Qui è indispensabile intervenire a livello di ordinanza per evitare che un Cantone faccia ricadere sui pazienti, e sulle assicurazioni complementari, i costi degli ospedali che lavorano in modo poco efficiente o che non adempiono in altro modo le condizioni della pianificazione. La sanzione del Cantone dovrebbe colpire l'ospedale, non i pazienti e chi paga i premi.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

economiesuisse respinge il progetto di ordinanza in questa forma. Le modifiche sono in generale un voto di sfiducia nei confronti dell'intero finanziamento ospedaliero introdotto nel 2012, che però in diverse valutazioni è stato giudicato positivamente. Soltanto l'aspetto della trasparenza in relazione ai dati, alla qualità e al finanziamento di prestazioni economicamente di interesse generale è stato criticato ma proprio qui il progetto non apporta quasi correttivi. Le prestazioni di pubblica utilità e il finanziamento dell'oggetto non sono affrontati, anche se qui si registrano carenze a livello di attuazione cantonale del nuovo finanziamento ospedaliero di gran lunga maggiori rispetto a quelle riscontrate nella pianificazione cantonale. Due elementi sono stati tralasciati. Primo, serve la libertà contrattuale tra assicuratori-malattie e ospedali affinché si possa delegare in modo decentralizzato ai partner tariffali tutte le pianificazioni di dettaglio in materia di fabbisogno e assistenza. Compito delle autorità sarebbe solo garantire la copertura del fabbisogno e – come accade già oggi – vigilare sull'attività degli assicuratori-malattie. Secondo, il finanziamento ospedaliero rientra nel finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, che da anni è ritardato dai Cantoni. Entrambe le riforme sono importanti e attendono di essere attuate. L'uniformazione di criteri di pianificazione dettagliati aumenta i conflitti di interesse dei Cantoni. Le ulteriori prescrizioni in materia di economicità ostacolano la garanzia della copertura del fabbisogno. Il conflitto di interessi è marcato soprattutto nelle regioni rurali. La garanzia della copertura del fabbisogno è il compito principale dei Cantoni, mentre la valutazione dell'economicità spetta agli assicuratori-malattie, ma nel progetto questi ruoli vengono mescolati. Deve poi essere mantenuta la modalità di finanziamento. È dunque tassativo impedire a livello di ordinanza che un Cantone possa liberarsi unilateralmente dal suo obbligo d'assunzione delle prestazioni se un ospedale non adempie una o più condizioni. Per gli assicuratori non è per esempio possibile verificare se un ospedale raggiunge i volumi massimi di prestazioni stabiliti a livello cantonale. Un superamento da parte dell'ospedale porta a un trasferimento della quota parte di finanziamento a carico del paziente, di fatto però al settore dell'assicurazione complementare, in aperta contraddizione con le prescrizioni del nuovo finanziamento ospedaliero vigente dal 2012. Il Cantone resta debitore della

quotaparte di cui all'articolo 49a LAMal anche quando l'ospedale viola una condizione. I Cantoni potrebbero disciplinare le sanzioni nei confronti degli ospedali che violano i mandati di prestazioni nei corrispondenti mandati. Dal punto di vista dell'economia è importante rinunciare a questa mescolanza di ruoli affinché simili distorsioni in fatto di finanziamento non insorgano nemmeno. C'è inoltre da interrogarsi sul perché la Confederazione ingerisca nella competenza dei Cantoni, oltretutto in un settore del finanziamento ospedaliero che non funziona affatto male. Viene da chiedersi se la Confederazione non voglia persino assumersi l'intera pianificazione ospedaliera. Se così fosse, dovrebbe assumersi anche la quotaparte dei Cantoni ai costi ospedalieri. L'economia respinge entrambi gli scenari. Una pianificazione ospedaliera nazionale sarebbe molto più soggetta a errori, perché sarebbe basata su tutte le regioni di erogazione dei servizi sanitari. Senza contare che i Cantoni conoscono meglio il fabbisogno locale, assai divergente tra regioni di campagna e città. Un aspetto positivo della modifica dell'ordinanza è l'estensione della libera scelta grazie alla considerazione degli elenchi dei Cantoni di ubicazione del fornitore di prestazioni e di quelli di domicilio degli assicurati. Anche la promozione di un impiego efficiente delle risorse è ragionevole, benché gli strumenti scelti in quest'ultimo caso non siano pertinenti. Il progetto è pure un voto di sfiducia nei confronti degli ospedali, che verrebbero sottoposti a maggiori verifiche e disciplinati nella fornitura di prestazioni fino al numero di casi. Si vogliono ridurre i costi con un benchmarking basato sul quartile (25%), ma così facendo si imbrigliano gli ospedali: da un lato i nosocomi non avrebbero più libertà nella fornitura di prestazioni, dall'altro si limiterebbero i costi che ne risultano. La libertà imprenditoriale verrebbe così minata, sarebbe la fine di un cambiamento strutturale basato sulla fornitura di prestazioni e il rafforzamento di quello basato sul disciplinamento. Gli ospedali potrebbero salvarsi dalla rovina soltanto disdicendo il mandato di prestazioni. Tutto questo indebolisce la concorrenza tra prestazioni nel finanziamento ospedaliero. Resterebbero – in teoria – soltanto gli ospedali dei grandi centri. Il popolo ha tuttavia affermato in più votazioni di apprezzare una fitta rete di assistenza sanitaria, il che salva gli istituti pubblici dalla chiusura. Gli ospedali pubblici nelle regioni rurali magari sopravviverebbero a questa modifica di ordinanza, ma quelli privati sparirebbero. Si tratta di un'inammissibile distorsione della concorrenza. I volumi minimi sono importanti per la sicurezza dei pazienti, ma non per struttura, bensì per team operatorio. I team operatori dovrebbero poter raggiungere il numero minimo di casi anche lavorando in più ospedali. È inoltre indispensabile rinunciare ai volumi massimi di prestazioni o ai numeri massimi di posti letto, perché sono all'origine di pianificazioni errate e, di conseguenza, di capacità insufficienti. Il superfluo può eventualmente essere evitato con una migliore qualità delle indicazioni, non imponendo volumi massimi e limitando i posti letto.

CP respinge il progetto perché solleva più interrogativi che soluzioni ai problemi. La base legale è oltretutto dubbia. Un determinato numero di modifiche è importante e va contro l'intento del legislatore che ha presieduto le modifiche della LAMal all'epoca del nuovo finanziamento ospedaliero del 2012. È prematuro puntare a una modifica delle disposizioni dell'OAMal quando le modifiche della LAMal previste dai due pacchetti di misure di contenimento dei costi sono oggetto di deliberazione parlamentare (il primo) e di consultazione (il secondo, la procedura si conclude a novembre 2020). Le misure proposte rischiano poi di minare il finanziamento ospedaliero nel settore delle cure stazionarie acute. Vista la crisi causata dalla COVID-19 pare poco opportuno, se non pericoloso, procedere a queste riforme prima di avere una visione più chiara delle conseguenze della crisi e dei danni subiti dagli ospedali.

USAM respinge la proposta revisione dell'OAMal e ne chiede una rielaborazione totale. I dati sulle conseguenze delle modifiche previste non sono affidabili e manca un'analisi d'impatto della regolamentazione. Gli adeguamenti proposti rischiano di avere un impatto considerevole sul panorama ospedaliero, su altri settori dell'assistenza sanitaria e sulla determinazione delle tariffe. Quali ripercussioni siano concretamente da attendersi, però, non emerge dal rapporto esplicativo, giudicato insufficiente e non trasparente. Anche per quanto riguarda l'impatto finanziario i commenti forniscono solo informazioni rudimentali. USAM chiede che nel quadro della rielaborazione del progetto si proceda a un'analisi d'impatto della regolamentazione e

che siano presentati dati più affidabili in merito alle conseguenze finanziarie e agli effetti sull'offerta di cure e sulle tariffe. Concentrando il panorama ospedaliero, il progetto provoca pure distorsioni della concorrenza. Purtroppo non si è ancora riusciti a eliminare il problema dei ruoli multipli dei Cantoni nel settore delle cure stazionarie. Se si dovesse giungere a una riduzione delle capacità in questo settore, come è da presumere, c'è da temere che i Cantoni cercheranno di proteggere per lo più gli ospedali pubblici, violando le prescrizioni di governance generalmente riconosciute. Inoltre, per evitare distorsioni della concorrenza, prima di correggere ulteriormente il panorama ospedaliero occorre eliminare i ruoli multipli dei Cantoni. Soltanto così si può assicurare che sul mercato rimangano gli ospedali migliori e più efficienti, e non quelli finanziati e protetti dalla mano pubblica.

USS accoglie con grande favore l'esplicita possibilità di inserire il numero minimo di casi come condizione nei mandati di prestazioni. Sul piano empirico è stato sufficientemente provato che numeri di casi troppo bassi influiscono negativamente sia sull'efficienza dei costi sia sulla qualità del singolo intervento. Eventualmente va qui distinto tra numero di casi per ospedale, per chirurgo e per team operatorio. Ogni definizione potrebbe essere giustificata e, secondo la sentenza del TAF citata nel rapporto esplicativo, sono anche ammesse dalla legge e dalla modifica proposta dell'OAMal. Un effetto collaterale problematico del numero minimo di casi potrebbe tuttavia manifestarsi in un'offerta specifica eccessiva, sebbene quest'ultima (rispettivamente il suo evitamento) dovrebbe essere in generale un indicatore per la valutazione della qualità del trattamento di singoli ospedali. All'articolo 58f capoverso 5 o all'articolo 58d capoverso 3 va pertanto aggiunta una lettera: «h. (sic) Misure per evitare un'offerta medica eccessiva». Quale contraltare concettuale alla definizione di numeri minimi vincolanti di casi, anche la definizione più precisa dei volumi massimi di prestazioni per il settore somatico acuto è molto importante. Oltre alla possibilità data dalla legge di stabilire uno stanziamento globale di bilancio (art. 51 LAMal), si crea così pure la necessaria chiarezza sull'ammissibilità di questo strumento.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

AGILE.CH, Verein Morbus Wilson e ProRaris in linea di principio approvano l'adozione di criteri di pianificazione uniformi per il finanziamento ospedaliero basati sulla qualità e l'economicità, e sulla garanzia della copertura del fabbisogno. Il progetto dovrebbe tuttavia essere maggiormente volto al bene dei pazienti e tenere maggiormente conto delle esigenze particolari delle persone con disabilità e con malattie rare.

Secondo il **Dr. Guido Brusa** non è indicato affrontare e disciplinare sviluppi fondamentali del settore sanitario nella LAMal, estranea all'argomento. Questo modo di procedere è contrario alla Costituzione. Per questo nuovo disciplinamento, la Confederazione deve creare una base legale formale specifica, magari è necessaria persino una modifica costituzionale. La LAMal è degenerata in una sorta di legge federale di base del sistema sanitario svizzero, una specie di parte generale del diritto in materia di salute. Per consentire un'evoluzione sana, occorre quindi riflettere sulla creazione di un disciplinamento legale a lungo termine quale base sistemica coerente.

Pro Mente Sana respinge la modifica dell'ordinanza.

OSP approva che la Confederazione adotti misure in merito a una definizione più precisa dei criteri di pianificazione dal punto di vista dei pazienti. Trova pure auspicabile la creazione di regioni di pianificazione ospedaliera intercantonali. Il divieto di sistemi di incentivi merita particolare sostegno. OSP concorda anche con l'elenco dei requisiti minimi individuali in materia di qualità.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Secondo **H+** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** la presente procedura di consultazione deve essere annullata e rielaborata. Le disposizioni riguardanti la pianificazione ospedaliera non hanno una base costituzionale e il Consiglio federale non è in grado di dimostrare l'esistenza di un bisogno di disciplinamento o di creare un valore aggiunto riconoscibile. Manca anche un'analisi d'impatto della regolamentazione, ma l'incisività delle misure ne esige una approfondita e accurata in merito alle finanze e alla qualità dell'assistenza sanitaria degli ospedali svizzeri. Nel quadro della procedura di consultazione non è dunque possibile procedere a una valutazione adeguata. Senza contare che il progetto aggira processi legislativi in corso. Ampie parti dell'ordinanza hanno carattere di legge in quanto prevedono l'introduzione di disposizioni sul numero minimo di casi, sui volumi massimi di prestazioni e sui numeri massimi di posti letto che al momento sono dibattuti dal legislatore nell'ambito del primo e del secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi. Il Consiglio federale pregiudica e complica anche il dibattito politico sul progetto relativo al finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. Le presenti revisioni non possono entrare in vigore il 1° gennaio 2021, devono bensì essere rielaborate in modo conforme alla legge al termine della deliberazione parlamentare e dopo la scadenza dei termini per il referendum, e poi mandate nuovamente in consultazione.

Il progetto non è inoltre coordinato con la revisione del 21 giugno 2019 della LAMal sul rafforzamento della qualità e l'economicità e la relativa modifica di ordinanza, anch'essa attualmente in consultazione. Questo progetto è tuttavia prioritario e deve essere portato a termine prima. Una revisione dell'OAMal riguardante la pianificazione ospedaliera può ragionevolmente essere proposta soltanto dopo la conclusione di questa prima revisione.

Il progetto costituisce inoltre, in violazione della Costituzione, una massiccia ingerenza nella responsabilità cantonale per un'assistenza sanitaria commisurata al bisogno e di qualità elevata. Se l'ordinanza dovesse entrare in vigore, Cantoni e Confederazione interferirebbero sempre più in aspetti strategici e operativi degli ospedali, esattamente il contrario di quanto voluto dal legislatore quando, con il nuovo finanziamento ospedaliero, ha accordato maggiore margine di manovra imprenditoriale agli ospedali e promosso la concorrenza.

Il Consiglio federale non spiega che tipo di assistenza sanitaria desidera in futuro per la popolazione svizzera.

Con le sue riflessioni sui criteri della pianificazione ospedaliera, il Consiglio federale provoca un aumento dei costi senza alcun incremento della qualità. Soprattutto le numerose prescrizioni concernenti la qualità della struttura (dotazione di personale) gravano sui costi senza creare un valore aggiunto per i pazienti. Simili misure aprono la via a difensori di interessi particolari. Il Consiglio federale dovrebbe promuovere in modo coerente la qualità dei risultati, non la qualità delle strutture.

La crisi causata dal coronavirus ha inoltre messo in luce i punti forti e deboli del sistema sanitario svizzero. Ora occorre elaborare a fondo la gestione della crisi per trarne insegnamenti e misure di miglioramento, che tangeranno anche la pianificazione ospedaliera. L'OAMal dovrebbe essere modificata alla luce di queste nuove conoscenze, farlo oggi è prematuro.

L'obiettivo dichiarato del progetto, ossia consentire ai Cantoni di procedere a una pianificazione conforme alla legge, viene mancato. Invece di fornire ai Cantoni una base pianificatoria conforme alla legge, il Consiglio federale crea grande incertezza del diritto nel settore della pianificazione ospedaliera, considerato che la giurisprudenza in materia di TF e TAF non è stata esplicitamente considerata.

H+ crede che le disposizioni proposte nel progetto di ordinanza violino la Costituzione per quanto riguarda la ripartizione delle competenze tra Cantoni e Confederazione, in particolare in merito ai requisiti concernenti la dotazione di personale (art. 58d cpv. 3 e 4 lett. a), e per

questo le respinge. H+ reputa che la qualità della fornitura di prestazioni dipenda dalla garanzia della misurazione del risultato e non dai requisiti minimi in materia di dotazione di personale per gruppo di prestazioni. I requisiti di qualità sono per lo più respinti, solo quello concernente l'impiego di un sistema di gestione della qualità è approvato (lett. d).

Kantonsspital Aarau, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG e Gesundheitszentrum Fricktal AG respingono il progetto. È loro parere che le competenze degli assicuratori-malattie siano estese in misura massiccia senza un chiaro disciplinamento e senza l'attribuzione di responsabilità per l'assistenza sanitaria. Le prescrizioni in materia di pianificazione per i Cantoni e i relativi costi amministrativi per i fornitori di prestazioni e i Cantoni aumentano oltretutto in misura considerevole, in totale contraddizione con i requisiti di economicità e qualità posti alla fornitura di prestazioni. Negli ospedali è inoltre in corso da anni il processo di allontanamento dalla remunerazione del corpo medico in funzione dei volumi di prestazioni forniti. Per questo non serve un'ordinanza, né oggi né in futuro. Invece di una pianificazione riferita alle prestazioni, con la revisione dell'OAMal si radica nell'ordinanza la pianificazione riferita alla struttura e al soggetto, e i sciagurati ruoli multipli dei Cantoni restano cementati: fornitori di cure, finanziatori, proprietari di fornitori di prestazioni, redattori di elenchi di ospedali, fissatori di tariffe, controller, responsabili della vigilanza e sviluppatori di GPPO.

Per garantire un'assistenza di qualità a costi contenuti, occorre promuovere e finanziare a copertura dei costi le prestazioni ambulatoriali. Al contempo deve essere mantenuto e creato un numero sufficiente di posti nelle cure stazionarie affinché nei periodi di crisi sia possibile aumentare in tempi rapidi le capacità. La gestione strategica tramite volumi massimi di prestazioni e numeri massimi di posti letto è insensata e mette a repentaglio un'assistenza sanitaria di qualità elevata.

Le citate organizzazioni, tranne Kantonsspital Aarau, fanno anche notare che, in piena pandemia di COVID-19, una revisione dell'OAMal volta a ridurre le capacità nel settore ospedaliero appare totalmente fuori luogo. Finché non saranno stati tratti tutti gli insegnamenti da questa crisi, qualsiasi revisione di LAMal e OAMal andrebbe sospesa (moratoria).

Kantonsspital Aarau chiede che il valore di riferimento basato sull'OCPRe sia sostituito. Un valore di riferimento andrebbe piuttosto stabilito sul modello REKOLE®, poiché soltanto così è possibile ottenere un rendimento durevole. Il progetto non fornisce alcun contributo concreto alla correzione dell'obsoleta organizzazione dispersiva e decentralizzata del panorama ospedaliero svizzero. I piani volti alla correzione del panorama ospedaliero dovrebbero essere portati avanti per aumentare l'efficacia della sanità pubblica. L'obbligo per i Cantoni di sfruttare sinergie e considerare il potenziale di ottimizzazione insito nella concentrazione di gruppi di prestazioni ai fini dell'economicità e della qualità delle prestazioni (art. 58d cpv. 6) è sancito dalla legge e deve essere attuato. Procedere a questa correzione con la presente revisione dell'OAMal non è sostenibile e non tiene conto in alcun modo delle specificità regionali, si può agire solo in via ordinaria e con obiettivi espliciti formulati in collaborazione con Confederazione e Cantoni, proprio come lo prescrive la Costituzione federale. La volontà di ridurre le capacità del settore ospedaliero con la presente revisione dell'OAMal pare inadatta. Dovrebbero piuttosto essere proseguiti gli sforzi volti a correggere la dispersione del panorama ospedaliero svizzero, tuttavia dichiarandolo apertamente e non passando da deviazioni come la definizione di percentili e il trasferimento delle competenze agli assicuratori-malattie, e agendo sotto la guida di Confederazione e Cantoni, come lo prevede la Costituzione federale. In questo senso, l'intero progetto è respinto e se ne chiede la rielaborazione totale. Lo snellimento dell'offerta sanitaria stazionaria deve essere portato avanti, sia per ragioni economiche sia per ottimizzare l'impiego di personale.

Il Consiglio federale omette di illustrare quale strategia sanitaria intende perseguire in futuro e non spiega quale assistenza medica deve essere disponibile nella regione, quali prestazioni

devono essere centralizzate e dove devono sorgere i grandi centri sanitari. Questi interrogativi fondamentali sono rimasti senza risposta. Dopo le esperienze fatte nel 2020 con la pandemia in termini di capacità, serve un progetto nazionale scientificamente fondato che accerti quali prestazioni devono in futuro essere di prossimità e quali fornite in modo centralizzato. È criticato il fatto che per le nuove prescrizioni il Consiglio federale paia non attenersi ad analisi fondate basate su dati e che apparentemente non ha eseguito un'analisi d'impatto. Con il progetto del finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, si sta dibattendo su un grande progetto di politica sanitaria che sostanzialmente riguarda la futura ripartizione dell'onere finanziario tra Cantoni e AOMS. La chiave di ripartizione dei costi è uno dei punti controversi sostanziali ancora irrisolti tra i gruppi di interesse coinvolti. Con il presente progetto, il Consiglio federale stabilisce un metro dell'efficienza che trasferisce il futuro onere finanziario ai Cantoni e che rischia così di pregiudicare le future decisioni del legislatore nel quadro del progetto del finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali.

Secondo **Gesundheitszentrum Fricktal AG** le previste revisioni di ordinanza per la pianificazione finanziaria sono contrarie alla Costituzione e alla legge. Il Consiglio federale supera da più punti di vista le sue competenze, con conseguenze di ampia portata per gli ospedali e le cliniche svizzeri. Le modifiche previste violano il diritto costituzionale e contengono disposizioni con carattere di legge senza che il Parlamento ne abbia sancito le basi. Il Parlamento e il popolo sono stati così aggirati con obiettivi politici non legittimati democraticamente. Prima di tutto, devono essere concluse entro i termini le pianificazioni cantonali avviate secondo il diritto vigente. Considerato che la revisione dell'OCPre vuole introdurre disciplinamenti controversi delle revisioni della LAMal dal primo e dal secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi evitando il Parlamento, le presenti revisioni non possono entrare in vigore il 1° gennaio 2021, devono bensì essere completamente rielaborate nel rispetto dei diritti democratici di partecipazione al termine della deliberazione parlamentare e dopo la scadenza dei termini per il referendum.

Senesuisse, CURAVIVA e Spitex Schweiz chiedono di sospendere la presente revisione. Per loro, **Asana Spital Leuggern AG e Asana Spital Menziken AG** occorre innanzitutto definire quale qualità nel complesso serve per le case di cura. L'obiettivo primario di un istituto per persone con bisogno di sostegno deve essere la qualità di vita dei residenti, aspetto su cui però le basi legali attuali e previste non si focalizzano per nulla. Innanzitutto va dunque creata una visione d'insieme della qualità, poi va stabilito quali attori sono responsabili per che cosa e quali disciplinamenti sono necessari e utili per il raggiungimento dell'obiettivo. Se il Consiglio federale dovesse confermare l'entrata in vigore, le prestazioni di cura di cui all'articolo 25a LAMal andrebbero escluse dal campo d'applicazione dell'ordinanza fino al chiarimento di questi punti con gli attori coinvolti.

Prima di rielaborare e cementare la pianificazione delle case di cura con la presente revisione, va verificato se sia in linea con la strategia Sanità2030 e non ostacoli l'integrazione delle case di cura nella pianificazione dei modelli di cure integrate.

Senza contare che nelle case di cura la qualità e l'economicità sono solo limitatamente disciplinabili da Confederazione e LAMal, e comunque solo nella misura in cui sussista una base legale, rispettivamente ci si limiti alle prestazioni di cura obbligatorie coperte dalla LAMal. Per la maggior parte dei disciplinamenti proposti non esiste alcuna base legale. L'AOMS partecipa esclusivamente alle spese di cura. I grandi finanziatori sono quelli che si assumono il finanziamento residuo (Cantoni/Comuni). Nel risulta che le autorità competenti per il finanziamento residuo dovrebbero stabilire gli standard di qualità e i criteri di economicità, ciò che la maggior parte dei Cantoni già fa. Un'ingerenza a posteriori della Confederazione in violazione del sistema federalista non è necessaria né pertinente, considerato che nei Cantoni funziona così da anni.

Il Consiglio federale avrebbe dovuto riunire il presente progetto e la modifica dell'OAMal sul rafforzamento dell'economicità e la qualità in un unico pacchetto, dato che sono indiscutibilmente legati.

Per **ASI** è in linea di principio ragionevole che una pianificazione del fabbisogno prescriva, oltre a criteri di economicità, anche la qualità della fornitura di prestazioni e l'accesso dei pazienti alle cure.

AllKids respinge con decisione la proposta revisione dell'OAMal riguardante la pianificazione ospedaliera e la determinazione delle tariffe in questi settori parziali fondamentali, e ritiene che la sua attuazione minaccerebbe la propria esistenza. La revisione dell'OAMal è unilateralmente riferita a una riduzione dei costi nel settore dell'AOMS e inciderebbe gravemente sull'assistenza sanitaria in Svizzera.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern, Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz e AMOS chiedono che l'intero progetto torni al DFI per una radicale rielaborazione e che per il momento venga sospeso. Finché non saranno stati tratti i debiti insegnamenti dalla pandemia di COVID-19 e la legislazione non sarà stata adeguata di conseguenza, le modifiche proposte non dovrebbero essere attuate. Si chiede anzi l'introduzione di una moratoria generale per le leggi e le ordinanze. La modifica di legge «Rafforzamento della qualità e dell'economicità» del 21 giugno 2019 e le modifiche dell'ordinanza previste qui, che causeranno maggiori costi ai Cantoni, andrebbero inoltre dibattute solo una volta attuato il progetto del finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali.

Considerata la situazione dovuta alla pandemia, viene da chiedersi se non sia il caso di aumentare in un primo tempo le capacità, piuttosto che ridurle. Nel settore stazionario la pressione dei costi è già oggi quasi insostenibile.

L'implementazione del divieto di bonus basati sul volume delle prestazioni o di versamenti di retrocessioni (kickback) dovrebbe comportare un risparmio parecchie volte superiore all'onere della sua attuazione. Il timore è che implichi anche il divieto delle componenti variabili dei salari legate al raggiungimento di obiettivi a livello di ospedale, dipartimento o reparto, nonché degli onorari nel settore dell'assicurazione complementare. È contrario alla Costituzione affermare di poter disciplinare questi aspetti nella LAMal presupponendo che troppi trattamenti e relativi onorari eccessivi nel settore dell'assicurazione complementare LCA si ripercuotano anche sul settore LAMal dell'AOMS. Per quanto riguarda le componenti variabili del salario, innanzitutto è una questione di misura. Con l'esclusione di onorari, si disciplina poi un ambito che soggiace alla LCA, abolendo di fatto il settore dell'assicurazione complementare: i pazienti con assicurazioni complementari dovrebbero in futuro rinunciare a qualcosa per cui pagano i premi LCA (p. es. libera scelta del medico). E la libertà economica degli ospedali verrebbe abolita senza alcuna base anche nel settore LCA, rispettivamente la concorrenza verrebbe considerevolmente limitata non solo nel settore LAMal, bensì pure nel settore LCA.

Per **Berit Klinik AG**, la revisione contiene per i Cantoni ulteriori possibilità di favorire le proprie strutture o quelle a loro vicine. Berit Klinik AG è dell'opinione che la revisione dovrebbe impedire, non solo ridurre, le differenze tra le strategie di pianificazione dei Cantoni. Soltanto così è possibile raggiungere l'obiettivo di promuovere l'economicità della fornitura di prestazioni e la concorrenza basata sulla qualità.

Bündner Spital- und Heimverband respinge la modifica dell'ordinanza. Il bisogno di disciplinamento ai sensi del progetto non è dato. Gli articoli 58a - 58e dell'ordinanza vigente attuano la prescrizione di cui all'articolo 39 capoverso 2^{ter} LAMal concernente l'emanazione di criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità in modo appropriato e sufficiente in considerazione della competenza di pianificazione dei Cantoni (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal).

La Confederazione non dispone della competenza legislativa per prescrivere requisiti minimi vincolanti ai Cantoni per la valutazione della qualità degli ospedali e delle case di cura, e di

riflesso di requisiti minimi vincolanti per l'attribuzione di mandati di prestazioni da parte dei Cantoni agli ospedali e alle case di cura. Questa prescrizione costituisce una massiccia ingerenza nell'autonomia dei Cantoni e viola il principio della legalità. La delega di cui all'articolo 39 capoverso 2^{ter} LAMal della competenza al Consiglio federale di emanare criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità non è sufficiente come base per l'emanazione del disciplinamento proposto. La prescrizione secondo cui i Cantoni possono attribuire mandati di prestazioni agli ospedali e alle case di cura soltanto se questi adempiono requisiti minimi di qualità prescritti in maniera vincolante dal Consiglio federale va – nella misura in cui sia ammissibile (ciò che Bündner Spital- und Heimverband contesta) sulla base della competenza primaria dei Cantoni in materia di assistenza sanitaria sancita dalla Costituzione federale – tassativamente emanata a livello di legge, ossia nella LAMal.

Questa prescrizione è in contraddizione con l'articolo 117a della Costituzione federale (Cure mediche di base), perché ostacola in ampie parti della Svizzera un rapido accesso alle cure mediche di base.

Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch fanno notare che solo pochi Cantoni hanno già attuato il mandato sancito dall'articolo 118a della Costituzione federale, secondo cui nell'ambito delle loro competenze la Confederazione e i Cantoni provvedono alla considerazione della medicina complementare. L'ordinanza deve assicurare che ogni Cantone attribuisca almeno un mandato di prestazioni ogni 250'000 abitanti per offerte stazionarie della medicina complementare. I Cantoni devono essere obbligati a offrire un volume minimo di prestazioni per regione urbana e rurale.

La proposta viola la LAMal da diversi punti di vista, in parte ha persino carattere di legge.

Considerato che è stata elaborata prima della crisi causata dal coronavirus, le esposizioni sull'assistenza ospedaliera e le capacità di riserva non sono considerate. La proposta è problematica anche per altri aspetti: gli effetti delle ordinanze non sono stati prima verificati e il modo in cui verrebbe modificata la struttura ospedaliera richiede un dibattito parlamentare, non può avvenire con una modifica di ordinanza.

FMH respinge il presente progetto di revisione. A suo parere, le modifiche proposte estendono le competenze della Confederazione a scapito dei Cantoni e dei partner tariffali, e non considerano a sufficienza le specificità dei Cantoni con e senza cliniche universitarie, tanto meno aspetti globali dell'assistenza ai pazienti (situazione psicosociale, polimorbilità ecc.). È inoltre importante trarre gli insegnamenti dalla crisi causata dalla COVID-19 prima di modificare il sistema esistente. Quanto pianificato in periodi tranquilli risulta rapidamente inadeguato in situazioni straordinarie.

Il Consiglio federale non ha svolto una vera e propria analisi d'impatto. Si parla del potenziale di risparmio sui costi, ma non si trova alcuna riflessione su possibili effetti negativi delle modifiche all'ordinanza.

Hirslanden respinge il presente progetto. Il motivo della revisione è in gran parte costituito da un'ulteriore riduzione dei costi a vantaggio dell'AOMS senza tuttavia disporre prima di una fondata analisi d'impatto. Il progetto di ordinanza viola inoltre da diversi punti di vista disposizioni di legge vigenti. Determinate disposizioni del progetto rappresentano un'ingerenza massiccia e soprattutto anticostituzionale nella sovranità cantonale in materia di assistenza sanitaria commisurata al bisogno e di qualità elevata.

IGGH-CH fa notare che l'offerta alternativa delle case di cura può sopravvivere a lungo termine soltanto se vengono rispettate condizioni eque e comprensibili, cosa che purtroppo la prevista revisione non garantisce più in alcuni punti. Nella rielaborazione successiva del progetto andrebbe lasciato uno spazio adeguato alle specificità delle case di cura e al ruolo loro assegnato nel settore dell'ostetricia.

Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz e Zürcher RehaZentren respingono la revisione proposta. Le misure avanzate per la pianificazione limitano eccessivamente l'autonomia cantonale e violano il principio «chi paga comanda».

Nell'ordinanza sono stati inseriti svariati elementi con chiaro carattere di legge e si anticipano progetti o atti parlamentari ancora pendenti. Con la nuova ordinanza, la Confederazione definisce in modo eccessivamente dettagliato come i Cantoni, responsabili per la pianificazione ospedaliera, devono procedere e che cosa devono considerare. Nelle modifiche all'ordinanza sono confluite misure da entrambi i pacchetti di contenimento dei costi, incluso il numero massimo di posti letto o di interventi chirurgici.

La Confederazione rende «la dotazione di personale specializzato e il ricorso a perizie adattate al fabbisogno» criteri per l'attribuzione di un mandato di prestazioni. Fissa inoltre esplicitamente numeri minimi di casi (anche per chirurgo), volumi massimi di prestazioni e numeri massimi di posti letto per le cure somatiche acute, la psichiatria, la riabilitazione e le cure infermieristiche. I succitati fornitori di prestazioni respingono simili limitazioni, in particolare i volumi massimi di prestazioni e i numeri massimi di posti letto.

Sono inoltre dell'opinione che la prevista ingerenza minacci la libertà di scelta dei pazienti, e che porti a razionamenti e a una medicina a due velocità. L'istituto qualitativamente migliore è punito.

Le prescrizioni previste per il benchmarking sono inoltre volte unilateralmente a ridurre i premi dell'AOMS. La prescritta sottocopertura avrebbe gravi ripercussioni sull'assistenza sanitaria alla popolazione e sul finanziamento degli ospedali e degli istituti psichiatrici. Già la determinazione del valore di riferimento da parte degli assicuratori contraddice il primato delle convenzioni tra fornitori di prestazioni e assicuratori-malattie, ed è per questo contraria alla legge.

Il panorama ospedaliero decentralizzato e di prossimità si è dimostrato decisivo per la gestione della crisi dovuta alla pandemia di coronavirus, in particolare ha consentito di ripartire i flussi di pazienti su diverse sedi, sgravando così l'intero sistema. L'intenzione di concentrare sempre più le prestazioni mediche deve per questo essere rivalutata con occhio critico.

Il Consiglio federale deve finalmente decidersi a portare avanti il finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali se davvero vuole frenare in modo efficace l'aumento dei costi della salute. La tariffazione per le cure ambulatoriali nel settore ospedaliero deve inoltre essere aumentata in modo da coprire i costi delle prestazioni fornite.

Spital Männedorf AG fa notare che l'integrazione nella sanità pubblica e la promozione delle cure ambulatoriali consentirebbero un migliore controllo dei costi della salute. Con un'intensiva cooperazione con medici di famiglia, specialisti, servizi di assistenza e cura a domicilio, farmacie e casse malati, tra gli altri con il ricorso ad ausili tecnici e a uno scambio ottimizzato di dati per giungere a prognosi migliori ed evitare l'esacerbazione di malattie croniche, Spital Männedorf AG si sta già attivando in favore della riduzione dei ricoveri ospedalieri. Rientrano qui anche le nuove forme di assistenza a domicilio e le regioni modello introdotte all'estero. Essendo grandi organizzazioni, gli ospedali hanno maggiori possibilità di portare avanti simili iniziative. Servono tuttavia condizioni quadro diverse da quelle previste dal progetto di modifiche dall'OAMal e dell'OCPre

Cliniche private svizzere respinge la presente revisione parziale e ne chiede la rielaborazione totale. Lo sviluppo dell'assistenza ospedaliera in relazione alla gestione della crisi causata dal coronavirus ha confermato che il progetto è sbagliato e inutile. Qualsiasi intervento con carattere di legge nella politica sanitaria deve soddisfare almeno i tre requisiti seguenti: deve migliorare la questione dei ruoli multipli e la mancanza di «ripartizione dei poteri» dei

Cantoni; deve essere adatto a promuovere la qualità terapeutica dei fornitori di prestazioni; deve creare, o perlomeno promuovere, condizioni eque per la concorrenza tra fornitori di prestazioni e assicuratori. Il progetto non dispone di una base legale sufficiente, mette a repentaglio l'assistenza sanitaria nelle regioni, crea nuovi incentivi economici sbagliati e termini giuridici indeterminati, rischia di creare nuove possibilità di discriminazione nei confronti degli ospedali privati, peggiora il già insufficiente finanziamento delle cure somatiche acute e induce numerosi ospedali ad abbandonare l'assistenza sanitaria di base, rispettivamente ne causa la rovina economica. In una revisione snellita a livello di legge potrebbero essere eventualmente riprese le disposizioni di esecuzione concernenti i criteri di qualità.

Il legislatore non ha mai prescritto che solo un determinato numero di fornitori di prestazioni possa essere attivo a livello nazionale o regionale, oppure che occorre puntare a una riduzione in questo senso. L'unica cosa che conta è assicurare che le misure volte a mantenere le strutture non possano essere finanziate con fondi pubblici (oltre le regole della LAMal in vigore) per consentire l'instaurarsi di una concorrenza equa.

L'obbligo dei Cantoni di coordinarsi per la pianificazione ospedaliera apre un nuovo campo di discriminazione, perché i Cantoni che si coordinano tra di loro possono consentire la specializzazione, nonché pianificare e occupare le capacità dei fornitori di prestazioni stazionarie da loro gestiti (o di loro proprietà) attribuendosi pazienti a vicenda. I fornitori di prestazioni privati verrebbero sempre più esclusi o estromessi del settore dell'AOMS.

Le disposizioni che prevedono che i Cantoni intervengano direttamente nel processo di concentrazione del panorama ospedaliero e che fissano condizioni per ogni gruppo di prestazioni hanno carattere di legge, sono dunque contrarie alla legge vigente e per questo vanno respinte.

Il progetto contiene troppi termini giuridici indeterminati soggetti a interpretazione. L'utilizzo di simili termini, soprattutto nella politica sanitaria, è spesso sfociato in processi giudiziari per lottare contro le interpretazioni abusive dei Cantoni. Gli attori hanno bisogno di certezza del diritto, non possono essere introdotte nuove formulazioni indeterminate, come avviene in particolare nell'articolo 58 OAMal («requisiti minimi», «gruppo di prestazioni», «personale specializzato», «perizie adattate al fabbisogno», «applicazione di standard professionali» e «presenza di una cultura della sicurezza»).

Con le nuove misure volte a limitare i volumi a livello di gruppo di prestazioni e con il divieto di sistemi di incentivi, si creano nuovi incentivi economici sbagliati. Invece di combattere in modo mirato prassi scandalose fatturate a carico dell'AOMS da pecore nere, tutti i fornitori di prestazioni stazionarie sono oggetto di un sospetto generalizzato e sottoposti a divieti. Queste limitazioni ostacolano la concentrazione di prestazioni e la specializzazione che lo stesso Consiglio federale in realtà desidera.

Manca inoltre un'analisi d'impatto della regolamentazione. Le conseguenze di questa nuova ondata di disciplinamenti per l'assistenza sanitaria, per i fornitori di prestazioni, per i Cantoni e per gli assicuratori non sono state minimamente considerate né valutate nel progetto.

La presente revisione non affronta le vere cause dell'aumento dei costi della salute, come il fatto di privilegiare ospedali di proprietà cantonale (sovracapacità), incluse le prestazioni economicamente di interesse generale per miliardi (inefficienza) che praticamente vanno a beneficio esclusivo degli ospedali di proprietà pubblica.

Dopo il ritiro del progetto di revisione, andrà composto a livello di legge un pacchetto contenente gli elementi seguenti: più incentivi al contenimento dei costi, alla qualità e alla certezza del diritto per i fornitori di prestazioni; diritto di fatturare a copertura dei costi in funzione del raggiungimento di standard di qualità trasparenti e idoneità in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità che, dopo un periodo transitorio, sostituisca sia gli elenchi cantonali di

ospedali sia gli elenchi di fornitori di prestazioni ambulatoriali (gestione strategica dell'autorizzazione). Meglio i fornitori di prestazioni soddisfano i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità, più supplementi dovrebbero ricevere (sistema di rating). Dovrebbe essere introdotta la libertà di contrarre degli assicuratori con fornitori di prestazioni del settore dell'assicurazione di base, limitata ai fornitori di prestazioni con diritto di fatturare (introduzione progressiva).

Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali è dell'opinione che occorra trarre tutti gli insegnamenti dalla pandemia di COVID-19 prima di modificare il sistema. Il disciplinamento uniforme da parte della Confederazione dei criteri per il mandato di prestazioni è un'ingerenza nell'autonomia cantonale, sebbene sia comprensibile per i casi in cui i Cantoni stabiliscono sulla base dei loro ruoli multipli criteri che distorcono la concorrenza a favore dei propri ospedali. Ridurre questo conflitto di governance è un provvedimento attuato in misura assolutamente insufficiente, nonostante questa sia l'occasione per farlo.

Il progetto può essere interpretato in modo tale da rendere impossibile il sistema dei medici accreditati negli ospedali figuranti nell'elenco. Questo sistema è un pilastro portante del sistema sanitario svizzero. Al di fuori dei centri cittadini, gli ospedali figuranti nell'elenco possono spesso offrire importanti prestazioni mediche solo con il ricorso a medici accreditati, i quali oltretutto sgravano i nosocomi anche per interventi chirurgici di routine. Senza di loro, gli ospedali potrebbero gestire i molti casi solo con lunghi tempi di attesa e medici con meno esperienza. Questo sistema non produce costi supplementari, tutt'altro. Che un intervento sia svolto da un medico accreditato o da uno interno dell'ospedale non cambia nulla dal punto di vista dei costi. Se i medici accreditati venissero a mancare, parte delle cure fornite dagli ospedali figuranti nell'elenco peggiorerebbe in misura consistente e non sarebbe più accessibile a tutti. Grazie alla libera scelta del medico, i pazienti di ogni classe assicurativa hanno oggi accesso diretto a specialisti con una vasta esperienza. Se gli ospedali figuranti nell'elenco non avessero più la possibilità di ricorrere a medici accreditati, questi potrebbero operare solo in ospedali privati convenzionati, il che porterebbe a una medicina a due velocità: chi ha solo l'assicurazione di base dovrebbe fare i conti con tempi di attesa più lunghi e verrebbe curato da medici con minore esperienza. I medici accreditati non sarebbero quindi più accessibili per chi ha solo l'assicurazione di base, causando una netta divisione tra le classi assicurative.

Con l'attuazione del divieto di bonus basati sul volume delle prestazioni o di versamenti di retrocessioni (kickback), il progetto contiene un presunto risparmio sui costi di molte volte superiore all'onere per l'attuazione della misura, ma questa dichiarazione non è supportata da alcuna analisi d'impatto sui costi e quindi da alcuna evidenza.

SSMIG respinge l'articolo 58f capoverso 6. L'introduzione di volumi massimi equivale ad aprire la via allo stanziamento globale di bilancio, che rifiuta.

swiss orthopaedics vede una discrepanza tra la maggiore ingerenza della Confederazione nell'attuale autonomia cantonale e la mancata correzione del problema di governance dei Cantoni. Senza l'eliminazione di questo potenziale di conflitto per i Cantoni, nessuna pianificazione intercantonale/regionale/nazionale o persino cantonale ragionevole e in linea con l'obiettivo della revisione di legge è possibile. Nel quadro della voluta trasparenza e confrontabilità intercantionale devono essere chieste chiare uniformazioni strutturali quale base per la pianificazione ospedaliera, che tuttavia avrebbero dovuto essere elaborate prima di una revisione della legge.

Il progetto può essere interpretato anche in modo da credere che non sia più possibile avere un sistema di medici accreditati in un ospedale figurante nell'elenco. Sono già stati presentati pure atti parlamentari cantonali in questo senso. **swiss orthopaedics** fa notare che una parte rilevante delle prestazioni di ortopedia sono fornite da medici accreditati. In termini di costi, per l'AOMS non fa alcuna differenza se il fornitore di prestazioni è un medico accreditato o interno dell'ospedale. Questo sistema consente la libera scelta del medico per i pazienti di tutte le classi assicurative e non può essere indebolito.

Le esperienze fatte con la gestione della crisi causata dal coronavirus hanno mostrato come la collaborazione intercantonale, l'armonizzazione in sede di emanazione, la ripartizione dei carichi funzioni ancora in modo spiccatamente federalista. Prima di adeguare il sistema, è il caso di attendere altre analisi, in particolare anche in merito alle conseguenze sulla pianificazione ospedaliera cantonale, regionale e nazionale.

SWISS REHA respinge il progetto di revisione nella sua forma attuale. Lo sviluppo dell'assistenza ospedaliera in relazione alla gestione della crisi causata dal coronavirus ha confermato che il progetto è sbagliato e inutile. Tralasciando la maggiore ingerenza statale che comportano, le modifiche proposte per la riabilitazione sono inutili, perché diversamente dalla psichiatria e dalla medicina somatica prima di ogni ricovero stazionario è richiesta la garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore, oppure non attuabili in modo appropriato. Quest'ultimo parere è motivato dal fatto che fino a oggi la Confederazione non ha adempiuto il suo obbligo legale di meglio definire e chiarire il concetto di riabilitazione. La revisione proposta non offre alcuna garanzia per la confrontabilità intercantionale dei fornitori di prestazioni. Ai Cantoni continua a essere lasciata eccessiva discrezionalità nella definizione qualitativa della loro offerta ospedaliera, ciò che nella riabilitazione aumenta ulteriormente il rischio di valori di riferimento sbagliati e la probabilità di elaborare una struttura tariffale ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal inadeguata.

unimedsuisse, CHUV e Universitätsspital Basel approvano il chiarimento dei criteri di pianificazione, ma in singoli punti ritengono che gli adeguamenti proposti necessitino di ulteriore ponderazione.

È pure importante non definire troppo dettagliatamente i requisiti a livello nazionale, considerato che la pianificazione è responsabilità dei Cantoni.

In merito alla valutazione dell'economicità, fanno notare in particolare che soltanto gli ospedali specializzati in interventi chirurgici e trattamenti frequenti possono essere valutati adeguatamente tramite i costi per singolo caso corretti per il grado di gravità. Gli ospedali con tanti casi altamente complessi e rari DRG sono invece molto più difficili da valutare su questa base e difficilmente confrontabili con i primi. Nonostante gli anni di lavoro volto alla differenziazione, SwissDRG non è in grado di rappresentare in modo adeguato i gruppi di casi con numeri bassi. Per questa ragione, nella valutazione dell'economicità è importante tenere conto del tipo di prestazioni di un ospedale, rispettivamente di svolgere confronti dell'economicità tra ospedali comparabili.

Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler respinge il progetto per via della forte ingerenza nella responsabilità e nella competenza pianificatoria dei Cantoni, il che non è conforme alla Costituzione. Auspica una riflessione su quale ruolo attribuire a quali attori in seno alla salute pubblica invece della creazione di nuovi e dettagliati disciplinamenti e condizioni. Si potrebbe adottare un approccio maggiormente volto alle risorse, come già avviene in seno al sistema sanitario e che eventualmente potrebbe portare a nuove sinergie tra i diversi attori (v. p. es. inutile richiesta di un attestato OCPre). Non è però giusto che i fornitori di prestazioni, in quanto aziende esposte per volontà politica alla concorrenza, debbano sottostare a sempre più disciplinamenti nazionali dettagliati (p. es. dotazione di personale specializzato).

Manca un'analisi d'impatto della regolamentazione. L'ordinanza contiene disposizioni con carattere di legge, in parte riprese dall'Iniziativa sulle cure infermieristiche e in parte dal primo e dal secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi, che però devono ancora superare la deliberazione parlamentare. Le competenze degli assicuratori-malattie sono fortemente ampliate senza alcun disciplinamento chiaro, mentre la pianificazione e la gestione strategica del settore della salute devono restare in mano a Confederazione e Cantoni. Una procedura nazionale di benchmarking in un mercato regolato deve tenere conto della diversità dei costi legati agli stipendi e all'ubicazione secondo il Cantone. Per gli ospedali universitari quali fornitori massimi e finali di prestazioni, e per le case per partorienti è giustificato mantenere gruppi

separati di benchmarking. Nonostante la grandissima importanza dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità, fino a oggi non esiste un'interpretazione chiara di come standardizzare questo concetto chiave della LAMal. Questo dovrebbe però avere la priorità assoluta, considerato quanto tale mancanza di chiarezza pesi sui fornitori di prestazioni e che gli assicuratori interpretano in modi diversi tali criteri, in particolare quando si tratta di garantire l'assunzione dei costi. Il progetto ingerisce nella libertà economica. Le prescrizioni riferite alla remunerazione nel settore dell'assicurazione complementare (marketing e informazione al pubblico) intervengono su una componente della normale attività imprenditoriale di un ospedale. Visto che la concorrenza è voluta dalla politica, un divieto sarebbe contraddittorio. Il presente progetto non tiene inoltre conto delle ultime conclusioni in materia di politica di copertura del fabbisogno (necessità di capacità e di capacità di riserva) elaborate alla luce delle esperienze fatte finora con la COVID-19.

Société vaudoise de médecine raccomanda di respingere tutte le modifiche proposte con la presente consultazione perché il sistema attuale la soddisfa. La Confederazione, il cui ruolo è sussidiario, mira in modo inappropriato ad ampliare le proprie competenze disciplinando in dettaglio la pianificazione dei Cantoni. Questo disciplinamento rende più complesso un sistema già troppo complicato e causerà un aumento dei costi amministrativi. Le disposizioni previste tendono a limitare in misura drastica la libera scelta degli ospedali da parte dei pazienti. La Confederazione dovrebbe limitarsi a tracciare a grandi linee la pianificazione in base ai costi e alla qualità. Le disposizioni proposte hanno un impatto negativo sullo sviluppo, sulla competitività e sull'attrattiva degli ospedali pubblici. Nella misura in cui i Cantoni, di concerto con le cliniche e gli ospedali, seguano le raccomandazioni della CDS sulla pianificazione emanate nel 2018 e regolarmente aggiornate, il sistema attuale rispetta il quadro della LAMal e non è dunque necessario legiferare ulteriormente.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

In linea di principio, **curafutura** è d'accordo con l'adeguamento dell'ordinanza in materia di criteri di pianificazione. L'uniformazione a livello nazionale dei criteri di pianificazione ospedaliera era attesa da tempo. La definizione della sistematica dei gruppi di prestazioni e la maggiore ponderazione dell'economicità e della qualità degli ospedali nella pianificazione del fabbisogno potrebbero portare a una precisazione e a un'uniformazione delle procedure cantonali, a patto che vengano attuate in modo uniforme sul piano nazionale tenendo in debita considerazione la discrezionalità dei Cantoni in riferimento alle specificità geografiche e demografiche. La rappresentazione differenziata delle prescrizioni per il coordinamento intercantonale della pianificazione rende possibile una maggiore concentrazione dell'offerta e un migliore utilizzo delle sinergie nell'assistenza sanitaria stazionaria. Le condizioni per l'attribuzione dei mandati di prestazioni per gruppo di prestazioni sono definiti in modo sufficientemente dettagliato – sempre nell'ottica dell'uniformazione a livello nazionale. **curafutura** respinge per questo ulteriori criteri per i Cantoni. In merito alla definizione dei volumi massimi di prestazioni, per gli assicuratori è impossibile verificare il raggiungimento delle quote stabilite per Cantone. È dunque tassativo fare in modo che un Cantone non possa liberarsi unilateralmente dal suo obbligo di assunzione dei costi se un ospedale viola una o più condizioni. In caso di violazione delle disposizioni, il Cantone deve poter sanzionare l'ospedale in questione. Un superamento in eccesso da parte dell'ospedale provoca un trasferimento delle quote parte di finanziamento ai pazienti, di fatto al settore dell'assicurazione complementare, ciò che contraddice le prescrizioni del nuovo finanziamento ospedaliero. Per questa ragione, **curafutura** chiede che il Cantone resti debitore della quota parte di cui all'articolo 49a LAMal anche nel caso in cui l'ospedale non soddisfi una condizione. Al proposito si rimanda alla proposta di aggiungere un capoverso 8 all'articolo 58f.

Helsana Sanitas KPT approva in linea di principio l'adeguamento e l'estensione delle basi legali. Per i Cantoni, l'economicità, la qualità e la trasparenza dovrebbero essere i criteri determinanti per la pianificazione ospedaliera e l'attribuzione dei mandati di prestazioni. In particolare i costi dei singoli ospedali o il numero di casi nonché il numero minimo di casi devono tassativamente essere considerati in misura adeguata. Il diritto in materia di assicurazione malattie ha il compito di attenuare gli incentivi sbagliati provocati dai ruoli multipli dei Cantoni. La garanzia dei diritti acquisiti e le considerazioni in materia di concorrenza non possono andare a scapito degli assicurati. L'obiettivo deve essere che i Cantoni svolgano una determinazione del fabbisogno e una pianificazione ospedaliera intercantionali.

È parere di **KPT** che, se devono essere applicate condizioni nel quadro della pianificazione cantonale del fabbisogno, sia tassativo assicurare che il Cantone non possa liberarsi unilateralmente dall'obbligo di partecipare al finanziamento di prestazioni AOMS sancito dall'articolo 49a LAMal. Per l'assicurazione malattie sociale, la definizione di condizioni costituisce un problema dal momento in cui un Cantone lega nel singolo caso il suo obbligo d'assunzione delle prestazioni di cui all'articolo 49a LAMal all'adempimento della condizione, dato che in linea di principio l'assicuratore non è in grado di verificare il rispetto di condizioni per mancanza di rimedi giuridici. Solo il Cantone può farlo. Se la quotaparte del Cantone viene a mancare perché l'ospedale non ha adempiuto una condizione, i costi di trattamento non coperti potrebbero andare a carico della persona assicurata o, in violazione a quanto previsto dal sistema, di un'eventuale assicurazione complementare, nonostante secondo la LAMal il Cantone resti in linea di principio debitore della sua quotaparte. Nella prescrizione dei criteri di pianificazione, il Consiglio federale è tenuto a garantire l'obbligo d'assunzione delle prestazioni del Cantone nel quadro della LAMal.

santésuisse approva il progetto per il migliore coordinamento della pianificazione ospedaliera. Rispetto ad altri paesi, la Svizzera presenta una densità di ospedali molto alta, il che non è né efficiente né consente di raggiungere livelli di qualità elevati. Con l'uniformazione della determinazione delle tariffe, il Consiglio federale crea una base importante per contenere i costi a medio termine. Con i suoi circa 300 ospedali, la Svizzera registra una delle maggiori densità di nosocomi al mondo. Il Consiglio federale ha giustamente riconosciuto che una simile quantità non è né efficiente né favorisce la qualità. Affinché la qualità dei trattamenti possa essere incrementata a beneficio dei pazienti, servono criteri uniformi e una reale concorrenza. Con il progetto presentato in consultazione, il Consiglio federale crea una base importante in questo senso. La definizione di numeri minimi di casi migliora la qualità ed è nell'interesse dei pazienti, una posizione valida anche alla luce delle esperienze fatte durante la crisi causata dal coronavirus. La pandemia ha innanzitutto mostrato che pure in caso di crisi gli ospedali non raggiungono di gran lunga i limiti delle loro capacità, anzi, con l'impiego più flessibile dell'infrastruttura e con l'approntamento di nosocomi d'emergenza possono essere create in tempi rapidi capacità supplementari. Non è appropriato mantenere capacità per una situazione che forse si presenta ogni secolo.

SVV approva in linea di principio gli adeguamenti dell'ordinanza riguardanti i criteri di pianificazione di cui agli articoli 58a-58f OAMal. Con il presente progetto si tiene debitamente conto di un obiettivo importante del nuovo finanziamento ospedaliero, ossia la definizione della pianificazione ospedaliera cantonale secondo criteri di pianificazione unitari a livello nazionale. La discrezionalità dei Cantoni in riferimento alle specificità geografiche e demografiche è mantenuta in una misura ragionevole. La rappresentazione differenziata delle prescrizioni per il coordinamento intercantionale della pianificazione porta a una maggiore concentrazione dell'offerta e a un migliore utilizzo delle sinergie nell'assistenza sanitaria stazionaria.

Altre organizzazioni

Per **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** il progetto deve essere ritirato e rielaborato, e deve essere garantita un'equilibrata incorporazione, rispettivamente considerazione di tutte le sentenze rilevanti. Nel rapporto esplicativo si fa riferimento esclusivamente a quelle del TAF che motivano una conferma o un inasprimento della competenza pianificatoria della mano pubblica e limitazioni nel quadro del calcolo della tariffa. L'analisi della giurisprudenza è stata selettiva e tendenziosa, il che rafforza ulteriormente l'elemento della pianificazione statale in violazione dei principi della LAMal (disciplinamento minimo della concorrenza). Occorre inoltre procedere a un'analisi d'impatto della regolamentazione e alla rielaborazione del progetto in base ai risultati. La presente modifica comporta massicci cambiamenti nel settore della pianificazione e della determinazione delle tariffe che avranno notevoli ripercussioni sulle cure ospedaliere e sulla tariffazione. È impossibile procedere a un'adeguata valutazione del progetto nel quadro della procedura di consultazione. Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen chiede pertanto di annullare la consultazione e di ripeterla una volta disponibile un'analisi d'impatto della regolamentazione. Dall'articolo 58f capoverso 6 OAMal vanno inoltre stralciati i volumi massimi di prestazioni, occorrono piuttosto una corretta applicazione dei criteri di economicità, appropriatezza ed economicità da standardizzare e l'inserimento nell'ordinanza della qualità dell'indicazione e dell'outcome quali criteri di valutazione.

Consiglio svizzero degli anziani approva gli sforzi sostanzialmente volti a rendere maggiormente vincolanti la qualità e l'economicità nella legislazione. La forte focalizzazione sull'economicità, nell'attuazione va spesso a scapito della qualità di vita dei residenti degli istituti per anziani. Le prescrizioni nel settore della qualità e dell'economicità devono essere coordinate tra assistenza stazionaria e ambulatoriale. La qualità e l'economicità nelle case di cura possono essere disciplinate solo limitatamente nella LAMal, considerato che quest'ultima si riferisce soltanto alle prestazioni obbligatorie. Le modifiche proposte nella presente revisione per le case di cura includono disciplinamenti che vanno ben oltre le prestazioni di cura di cui alla LAMal, rispettivamente all'articolo 7 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre)¹⁵, sono dunque prive di una reale base legale. I contributi alle cure previsti dalla LAMal non coprono in alcun modo i costi totali e non forniscono così nemmeno un contributo finanziario diretto alla qualità dell'assistenza sanitaria. Con il disciplinamento di dettaglio previsto dalla revisione, la Confederazione ingerisce nell'odierna competenza dei Cantoni e mescola le competenze di Confederazione e Cantoni. Ne risulta che tocca all'autorità competente per il finanziamento residuo stabilire in modo uniforme e vincolante gli standard di qualità e i criteri di economicità, ciò che a sua volta contraddice il progetto adottato dal Parlamento sul rafforzamento della qualità e l'economicità. Oltre al presente progetto, è in consultazione un'altra modifica dell'OAMal sul rafforzamento dell'economicità e la qualità. È incomprensibile che la registrazione di informazioni rilevanti per la pianificazione (offerta mancante, insufficiente o eccessiva, incentivi sbagliati che provocano il trasferimento verso altri settori...) debba essere basata su una valutazione cantonale dell'economicità e della qualità (art. 58d OAMal) quando l'entrata in vigore di una comprensione coordinata di queste due termini e dei rispettivi criteri di qualità è prevista solo in un secondo tempo. Consiglio svizzero degli anziani chiede di invertire l'ordine temporale dell'entrata in vigore o almeno l'unione delle due ordinanze in un unico pacchetto.

Federazione svizzera dei patriziati respinge con decisione le modifiche all'OAMal. Disciplinamenti ragionevoli in materia di qualità ed economicità delle case di cura sono sì benvenuti, ma la maggior parte di quelli proposti non dispongono al momento di alcuna base legale. Le auspiccate modifiche non apportano alcun valore aggiunto, incoraggiano incentivi sbagliati e limitano le competenze cantonali, rispettivamente mescolano competenze. Così facendo, si

¹⁵ Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; RS 832.112.31

viola anche il principio di sussidiarietà sancito dalla Costituzione. Gli obiettivi principali delle case di cura devono sempre essere il sostegno e la qualità di vita delle persone bisognose di cure e la garanzia della sicurezza, punti tuttavia non contenuti nel progetto. Numerosi standard di qualità e criteri di economicità sono già oggi applicati e verificati nei Cantoni. La presente revisione dell'OAMal va dunque sospesa. Confederazione e Cantoni devono prima stabilire criteri di qualità uniformi. Una nuova revisione dell'OAMal dovrebbe inoltre essere in linea con la strategia Sanità2030 della Confederazione.

4.2 Pareri sull'articolo 58a

Organizzazioni della sanità – assicuratori

In merito al capoverso 2, **santésuisse** concorda con la verifica periodica della pianificazione. Resta da definire con quale cadenza.

Altre organizzazioni

Consiglio svizzero degli anziani sostiene in linea di principio il capoverso 2 ma chiede che sia l'assistenza sanitaria ambulatoriale sia quella stazionaria vengano verificate periodicamente.

4.3 Pareri sull'articolo 58b

Cantoni

CDS nonché **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, ZG, VD, VS** e **ZH** fanno notare che nel quadro della determinazione del fabbisogno non servono valutazioni o confronti dei fornitori di prestazioni, e chiedono lo stralcio nel rapporto esplicativo della frase «I confronti svolti nel quadro della determinazione del fabbisogno, ossia l'orientamento al meglio, devono consentire un'analisi comparativa (benchmarking), al contrario della prosecuzione delle tendenze in atto». Ad eccezione di **AG**, propongono anche di completare il capoverso 2 («Determinano l'offerta utilizzata *in ospedali figuranti nell'elenco* e in istituti che non figurano nell'elenco da essi emanato») argomentando che sarebbe da determinare pure l'offerta degli ospedali figuranti nell'elenco e degli ospedali convenzionati.

BE respinge le prescrizioni di cui al capoverso 1. I Cantoni devono selezionare autonomamente i fattori che considerano necessari per l'elaborazione della pianificazione del fabbisogno. I Cantoni devono poter continuare a includere fattori diversi per i svariati settori di pianificazione (ospedali, case di cura). La formulazione vigente va mantenuta oppure quella proposta va espressa con il verbo «potere».

BS è del parere che non siano i Cantoni a dover considerare l'evoluzione economica per la pianificazione, è compito di chi fissa, rispettivamente approva le tariffe. L'evoluzione epidemiologica non può essere considerata dato che non si dispone di dati in proposito. Se i Cantoni considerano l'evoluzione demografica e medico-tecnica è più che sufficiente. Anche secondo **TG** l'evoluzione economica non deve essere un criterio per la pianificazione del fabbisogno, dato che quest'ultima deve partire dal punto di vista del fabbisogno.

Secondo **ZG** il capoverso 1 riprende esattamente il modello del Cantone di Zurigo, che è però l'unico a disporre di simili studi, il che vorrebbe dire che gli altri Cantoni dovrebbero incaricarlo di allestire rapporti sul fabbisogno.

GE e **JU** reputano che l'ammontare della remunerazione non debba essere un criterio per la previsione del fabbisogno di cure e chiedono di stralciare «economica» dai criteri.

TI precisa che sarebbero di fatto stati ripresi i quattro fattori definiti dal modello zurighese, ovvero l'evoluzione demografica, medico-tecnica, epidemiologica ed economica, sulle quali il Cantone Ticino si sarebbe fondato. La formulazione aperta utilizzata non precluderebbe la possibilità per i Cantoni di utilizzare altri fattori di influenza. Nella versione italiana bisognerebbe utilizzare «rilevare» ai capoversi 1 e 2, e solo al capoverso 3 il verbo «determinare». Secondo **TI** dovrebbe valere il principio opposto di quello indicato, cioè che dapprima si considerano gli ospedali che vogliono essere inseriti sugli elenchi cantonali e solo nel caso di copertura insufficiente si valuterebbe l'offerta degli ospedali convenzionati.

In merito al capoverso 1, **GR** afferma che per assicurare l'assistenza medica a residenti e turisti vadano considerate pure le specificità geografiche del Cantone. Anche nelle zone periferiche la popolazione deve avere accesso alle prestazioni ospedaliere necessarie entro un lasso di tempo appropriato. Nel rapporto esplicativo, l'ultima frase del secondo paragrafo deve essere completata con la specificazione che per decidere se effettuare un trattamento in modo ambulatoriale o stazionario è determinante unicamente l'indicazione medica.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Secondo **UDC**, c'è da attendersi che i Cantoni perlomeno consultino i loro partner nella Rete integrata Svizzera per la sicurezza tramite il servizio sanitario coordinato se alla luce delle recenti esperienze ponderano maggiormente i fattori epidemiologici per la pianificazione del fabbisogno. Le capacità in eccesso per l'attività quotidiana non devono diventare riserve per le situazioni di crisi. Sono necessarie riserve efficienti in termini di costi a livello di infrastruttura, personale, materiale e medicinali da attivare nel momento del bisogno.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

AGILE.CH, **Verein Morbus Wilson** e **ProRaris** approvano che al capoverso 1 sia precisato che per la pianificazione del fabbisogno debbano essere considerati l'evoluzione demografica, epidemiologica, economica e medico-tecnica, e altri fattori d'influenza.

Secondo **OSP**, in questa disposizione andrebbe aggiunto che il confronto avviene per settore parziale del mandato di prestazioni. La correzione per il grado di gravità secondo SwissDRG va gestita con grande cautela. Si pone la domanda se per l'esame dell'economicità debbano essere considerate differenze dovute al contesto (p. es. tra settori specialistici). Questi confronti dovrebbero avvenire analogamente ai settori parziali specifici della MAS per evitare che problemi con SwissDRG vadano ulteriormente a scapito dell'assistenza medica.

SGB-FSS approva il capoverso 1.

In merito al capoverso 2, **OSP** esprime un parere analogo a quello riguardante il capoverso 1.

AGILE.CH, **Verein Morbus Wilson** e **ProRaris** chiedono che al capoverso 4 lettera b sia esplicitamente stabilito che, come sancito dalla Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità, a tutti i pazienti sia garantito un accesso alle cure paritario e privo di ostacoli entro un termine utile.

SGB-FSS chiede che gli obblighi sanciti dalla Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità in merito alla parità e all'accessibilità dell'assistenza sanitaria per le persone con disabilità uditive e uditivo-visive siano implementati ribadendo esplicitamente come condizione al capoverso 4 lettera e (sic) che tutti i pazienti devono avere un accesso alle cure paritario e senza barriere entro un termine utile.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

In merito ai capoversi 1 e 2, **RehaClinic AG** fa notare che finché non esiste una definizione univoca a livello federale di «riabilitazione» e finché i gruppi di prestazioni nella riabilitazione sono eterogenei non si disporrà di dati significativi per svolgere una pianificazione seria del fabbisogno. La qualità dei dati statistici attualmente consultati per la pianificazione è insufficiente.

ASI approva che oltre ai fattori economico e medico-tecnico debbano esplicitamente essere considerate anche le evoluzioni demografica ed epidemiologica.

Per **H+, Bündner Spital- und Heimverband** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** il capoverso 1 deve essere completato in modo che per la previsione del fabbisogno siano considerate anche le specificità geografiche del Cantone. Pure nelle zone periferiche tutta la popolazione deve poter avere accesso entro un termine utile alle prestazioni ospedaliere di cui necessita.

Secondo **Bündner Spital- und Heimverband**, nel rapporto esplicativo andrebbe spiegato che per decidere se effettuare un trattamento in modo ambulatoriale o stazionario fa stato unicamente l'indicazione medica.

Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e **Verein integrative-kliniken.ch** propongono di completare il capoverso 1 aggiungendo che deve essere considerato anche il fabbisogno di prestazioni della medicina complementare, come sancito nella Costituzione. Senza un esplicito mandato, la medicina complementare spesso è dimenticata nonostante la richiesta da parte della popolazione sia elevata.

Secondo **Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Leuggern AG, Barmelweid Gruppe AG** e **Gesundheitszentrum Fricktal AG** la pianificazione del fabbisogno dei Cantoni dovrebbe basarsi su dati statistici. Finché il termine «riabilitazione» non è univocamente definito a livello nazionale e finché non sussistono gruppi di prestazioni uniformi e dai contenuti comparabili, non è possibile procedere a una pianificazione seria del fabbisogno. Non si capisce come il coordinamento intercantonale e il coinvolgimento di fornitori di prestazioni extracantonali – resi obbligatori dalla presente revisione – possano funzionare a queste condizioni. Tanto meno è immaginabile un confronto dell'economicità delle strutture se «riabilitazione» non ha lo stesso significato per tutti i Cantoni, se il portafoglio di prodotti è estremamente eterogeneo e se il grado di gravità dei pazienti non è considerato.

SWISS REHA fa notare che manca una definizione dell'orientamento al grado di gravità per la riabilitazione considerato che finora non è stata elaborata una corrispondente struttura tariffale, non da ultimo a causa del carente chiarimento da parte della Confederazione del concetto di riabilitazione.

Per **unimedsuisse, CHUV** e **Universitätsspital Basel**, il capoverso 1 deve essere modificato. Il fattore dell'evoluzione economica deve essere stralciato e quello dell'evoluzione epidemiologica aggiunto. L'evoluzione economica non è un fattore di determinazione del fabbisogno secondo i metodi applicati oggi. Dal punto di vista di una previsione scientifica del fabbisogno, l'inclusione di fattori economici è errata. L'inserimento degli aspetti economici consente infatti ai Cantoni di utilizzare come fattori restrittivi l'evoluzione economica e riflessioni finanziarie per i conti cantonali, il che renderebbe la previsione del fabbisogno oggetto di riflessioni politiche e la priverebbe della sua legittimazione scientifica. Se l'evoluzione economica porta effettivamente a un aumento o a un calo della prevalenza di determinate malattie (p. es. malattie psichiche durante una crisi economica), questo risulta comunque dai fattori epidemiologici.

Secondo **Société vaudoise de médecine**, le modifiche della presente disposizione non sono sufficientemente esplicite e rendono tutto solo più confuso. I fattori determinanti dovrebbero essere molto precisi.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG deplorano che la pianificazione del fabbisogno continui a essere riferita all'oggetto, rispettivamente all'istituto e non alle prestazioni. L'articolo 58d capoverso 6 parla di sinergie tra ospedali, ma la pianificazione resta in linea di principio riferita alla sede. Non è inoltre eliminata l'incertezza riguardante la definizione di istituto (sede di ospedale). Occorre infine correggere una sostanziale differenza tra la versione tedesca e francese dell'articolo 39 LAMal – «oder» in tedesco ed «et» in francese.

In merito ai capoversi 3 e 4, **RehaClinic AG** fa notare che la qualità e l'economicità della fornitura di prestazioni nella riabilitazione saranno misurabili soltanto quando per tutti i Cantoni esisterà una definizione univoca di «riabilitazione», il grado di gravità sarà considerato, l'intensità delle cure per gruppo di prestazioni sarà standardizzata e quando riabilitazione geriatrica o internistica, per esempio, avranno lo stesso significato per tutti (gruppi di prestazioni omogenei).

Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch propongono di completare il capoverso 2 inserendo la registrazione delle prestazioni della medicina convenzionale e complementare.

Propongono anche di aggiungere al capoverso 3 che l'offerta del Cantone deve coprire il fabbisogno cantonale o extracantonale di prestazioni della medicina complementare.

Il capoverso 4 lettera b deve essere completato in modo da includere anche le prestazioni della medicina complementare.

Senesuisse, CURAVIVA e Spitex Schweiz concordano in linea di principio con il capoverso 4. Le prescrizioni sono pertinenti e ragionevoli come criteri generali.

swiss orthopaedics è dell'opinione che le associazioni specialistiche debbano essere coinvolte nella considerazione/valutazione della qualità. Queste ultime hanno verificato nel quadro del perfezionamento anche le disposizioni elaborate con l'ISFM.

ASI reputa in linea di principio ragionevole che l'economicità e la qualità siano messe sullo stesso piano nel capoverso 4 lettera b (sic).

Occorre inoltre assicurare che le offerte a bassa soglia fornite al domicilio dei pazienti o in studio siano sostenute da esperti delle professioni sanitarie (infermieri diplomati specializzati nel trattamento delle ferite o che prestano accompagnamento a domicilio a pazienti psichiatrici) e incluse nella pianificazione.

Per **Universitätsspital Basel e Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** il capoverso 4 lettera c va stralciato o precisato. La disponibilità e la capacità ad adempiere il mandato di prestazioni sono concetti troppi vaghi e generano incertezza del diritto.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Il merito al capoverso 1, **santésuisse** fa notare che per la pianificazione del fabbisogno la considerazione e l'inclusione di fattori rilevanti e delle previsioni di questi fattori sono imprescindibili. L'ideale sarebbe che le previsioni siano allestite da tutti i Cantoni secondo gli stessi metodi e da un ufficio centrale al fine di assicurare una qualità uniforme. Il ricorso a scenari nella determinazione del fabbisogno va sostenuta per le previsioni a lungo termine per poter meglio stimare gli elementi di incertezza. **santésuisse** propone inoltre di aggiungere al capoverso 3 che tutti gli assicurati devono avere lo stesso accesso a istituti figuranti nell'elenco.

Altre organizzazioni

Secondo **PflegeART**, il capoverso 1 va modificato affinché per la determinazione del fabbisogno i Cantoni possano basarsi in particolare sulla garanzia dello Stato di diritto nonché su dati statistici fondati e su confronti. L'articolo 118a della Costituzione federale sancisce esplicitamente che, nell'ambito delle loro competenze, la Confederazione e i Cantoni provvedono alla considerazione della medicina complementare. Nel presente progetto questo riferimento manca totalmente. Il capoverso 2 dovrebbe prevedere che i Cantoni determinino negli istituti le offerte di medicina convenzionale e complementare che non figurano negli elenchi da essi emanati. Il capoverso 3 dovrebbe essere modificato in maniera che i Cantoni definiscano secondo criteri dello Stato di diritto l'offerta da assicurare mediante l'inserimento nell'elenco di istituti cantonali ed extracantonali, e garantiscano un finanziamento a copertura dei costi dall'assicurazione di base. Dovrebbe inoltre essere garantita la fornitura di prestazioni di medicina convenzionale e complementare. Nonostante il mandato costituzionale (art. 118a Cost.), nel settore stazionario (settore delle cure di lunga durata: case di cura e per anziani) non esistono mandati di prestazioni statali per la medicina complementare. I Cantoni devono essere vincolati giuridicamente ad assicurare offerte in questo senso.

In merito al capoverso 4 lettera a, **Consiglio svizzero degli anziani** reputa che la considerazione del fattore «economicità» per la determinazione da parte dei Cantoni del fabbisogno di posti in casa di cura non abbia alcun influsso sulla pianificazione del fabbisogno, rispettivamente sui valori determinanti (determinanti del fabbisogno). L'occupazione a lungo termine è l'indizio più importante della presenza di un'offerta insufficiente o eccessiva in una regione.

4.4 Pareri sull'articolo 58d

Cantoni

Secondo **CDS** nonché **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH**, nel commento al capoverso 1 occorre specificare che i Cantoni mantengono l'attuale margine di discrezionalità nella valutazione dell'economicità anche qualora il Consiglio federale decida di mantenere così come presentato l'articolo 59c e seguenti sulla determinazione delle tariffe. Per **CDS** e i Cantoni elencati sopra tranne **FR** ma incluso **UR**, bisogna aggiungere che, nella valutazione dell'economicità, il Cantone può tenere conto anche della stabilità economica dell'ospedale. Inoltre, per **CDS** e i Cantoni menzionati **eccetto UR e FR**, il terzo paragrafo del commento all'articolo 58d deve essere adeguato affinché il confronto dei costi a livello di settore di prestazioni oppure di singoli o più gruppi di prestazioni sia possibile anche al di fuori della MAS e che non sia esclusa una focalizzazione di determinati settori di prestazioni non MAS su singoli gruppi di prestazioni. **BE** segnala che, poiché ad oggi manca una struttura tariffale per la riabilitazione ospedaliera (ST Reha), per questo settore occorre una disposizione transitoria che permetta l'attuazione dell'articolo 58d capoverso 1. Per **GE** bisogna che la valutazione dell'economicità possa essere effettuata sulla base di dati comparabili tra gli istituti. A tale scopo, bisogna precisare che i costi corretti sono stabiliti secondo una contabilità analitica certificata da un organismo indipendente.

Inoltre, secondo **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, ZG, VD, VS** e **ZH** la valutazione dell'economicità delle case di cura di cui al capoverso 2 non è attuabile e va di conseguenza respinta. A loro parere, dato che il contributo dell'AOMS ai costi delle cure è fisso, interviene nella competenza cantonale in materia di assistenza sanitaria e non vedono un interesse preponderante della Confederazione o dell'AOMS. Per i Cantoni citati, i tre strumenti esistenti per la valutazione dei bisogni non sono armonizzati e, di conseguenza, non è possibile effettuare un confronto delle classificazioni dei bisogni di cure tra le varie case. Inoltre, la classificazione dei bisogni di cure di cui all'articolo 7a capoverso 3 OPre non è sufficiente per rappresentare adeguatamente il grado di gravità.

Escluso **GE**, sono quindi del parere che le case di cura più costose possano essere economiche se trattano pazienti particolarmente bisognosi di cure (p. es. pazienti che necessitano di cure palliative, affetti da sclerosi multipla, SLA o pazienti ventilati), che il livello di cure non rappresenti la quota delle cure di trattamento e di base, e che la mancanza di un limite di tempo massimo per il livello di cure più alto renda difficile il confronto dell'economicità. **BE** approva il confronto dell'efficienza che, nel settore delle cure stazionarie di lunga durata, consente di attuare meglio il divieto di finanziamento trasversale (p. es. finanziamento delle cure con le entrate dall'assistenza).

VD propone di prevedere almeno tre articoli separati: uno sull'economicità degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura, uno sulla qualità degli ospedali e uno sulla qualità delle case di cura e delle case per partorienti. Auspica anche che la traduzione in francese dell'espressione tedesca «schweregradbereinigten Kosten für stationäre Leistungen» (cfr. art. 59c^{bis} cpv. 1a OAMal (sic) o art. 10a^{bis} cpv. 3 OCPRe) venga modificata in «coûts des prestations hospitalières ajustés selon le degré de gravité».

GR chiede lo stralcio del capoverso 2. Ritiene infatti che in uno stesso caso i vari strumenti per la valutazione dei bisogni di cure portino a classificazioni e remunerazioni delle prestazioni fornite diverse rendendo così impossibile una verifica dell'efficienza. A differenza del settore ospedaliero, in quello delle cure non esiste uno strumento per la valutazione dell'economicità e, di conseguenza, nel commento mancano anche spiegazioni in merito.

TI condivide l'impostazione della valutazione dell'economicità che del resto riflette quanto già avviene nella prassi.

CDS nonché **AG, GE, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** respingono l'idea che spetti ai Cantoni esaminare se i requisiti minimi in materia di qualità sono rispettati (art. 58d cpv. 3 e 4) in quanto ciò significherebbe abbandonare l'attuale procedura in base alla quale, quando si candidano per ottenere un mandato di prestazioni, i fornitori di prestazioni sono tenuti a dichiarare se adempiono o meno i requisiti minimi. La responsabilità di fornire una prestazione di buona qualità deve rimanere di competenza degli ospedali. A pagina 7 del rapporto esplicativo si fa riferimento alla revisione della LAMal concernente il rafforzamento della qualità e dell'economicità. Per **CDS** e i Cantoni menzionati sopra è indispensabile che le disposizioni proposte siano meglio armonizzate con quelle della LAMal riviste e che, nel quadro della pianificazione ospedaliera, i dati sulla qualità siano confrontabili in tutta la Svizzera. Per garantire la comparabilità delle convenzioni sulla qualità, auspicano che le federazioni degli assicuratori e quelle dei fornitori di prestazioni siano tenute a negoziare convenzioni sulla qualità uniformi nel settore stazionario.

Per **TI**, l'attenzione data ai criteri di qualità è notevolmente aumentata. Il nuovo articolo OAMal elenca ai capoversi 3–8 gli elementi da esaminare per la valutazione della qualità nell'ambito del procedimento pianificatorio. Tuttavia, va osservato che le disposizioni inserite in questi capoversi sono da considerare delle misure di base nell'ambito della gestione della qualità, ad oggi già adottate e implementate dalla maggior parte delle strutture ospedaliere di riferimento a livello nazionale. **TI** sostiene questa modifica che dovrebbe favorire anche l'adozione di un procedimento strutturato e comune per tutti gli ospedali, così come per le case di cura, ai fini di garantire la qualità delle cure.

Secondo **CDS** nonché **AG, GE, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH**, il requisito della dotazione di personale specializzato in relazione ai gruppi di prestazioni proposto nell'articolo 58d capoverso 3 lettera a non si riferisce a tutto l'ospedale bensì ai diversi gruppi di prestazioni. Sono pertanto contrari alla formulazione «per tutto l'ospedale» contenuta nel capoverso 3. Nel rapporto esplicativo si menziona anche la pianificazione sanitaria anticipata (*Advance Care Planning*), ma dato che non ha nulla a che vedere con la dotazione di personale, propongono di ometterla.

CDS e i **Cantoni** osservano altresì che le norme di riferimento nazionali e internazionali nel campo della prevenzione delle infezioni nosocomiali citate nel rapporto esplicativo non esistono. Finché non saranno elaborate, CDS propone di fare riferimento ai requisiti strutturali minimi concernenti l'organizzazione e il personale raccomandati nel quadro dell'attuazione della Strategia nazionale per la sorveglianza, la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali (Strategia NOSO).

GR è del parere che per la dotazione di personale manchi nella LAMal una pertinente delega del potere legislativo per cui la disposizione deve essere stralciata. La qualità della fornitura di prestazioni deve essere garantita tramite misurazioni specifiche (qualità dei risultati) e non attraverso requisiti minimi concernenti il personale specializzato per gruppo di prestazioni. Una qualità elevata è imprescindibile per la fornitura di prestazioni degli ospedali. Tuttavia, le prescrizioni concernenti la dotazione di personale specializzato in relazione ai gruppi di prestazioni non sono efficaci per garantire la qualità necessaria. A tal fine, sono disponibili altri strumenti, tra cui in particolare quelli elencati alle lettere b–f. Inoltre, nel quadro della loro vigilanza di polizia sanitaria, i Cantoni hanno la possibilità e il compito di intervenire in presenza di segnali che indicano una qualità degli ospedali e delle cliniche insufficiente. La qualità della fornitura di prestazioni negli ospedali è già oggi esaminata e valutata con numerose misurazioni (indicatori di qualità dell'UFSP, registrazione obbligatoria delle infezioni dei siti chirurgici da parte di Swissnoso, misurazioni della qualità dell'ANQ p. es. dei tassi di riammissione e di reintervento). Le prescrizioni concernenti la dotazione di personale specializzato in relazione ai gruppi di prestazioni, che secondo il rapporto esplicativo devono basarsi su norme nazionali e internazionali, compromettono il mantenimento dell'assistenza sanitaria nei Cantoni con insediamenti decentralizzati e valli discoste.

Per **CDS** nonché **GE, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH**, la presenza di una cultura della sicurezza imposta come requisito che gli ospedali sono tenuti a rispettare non è un criterio discriminante, giudicabile e verificabile per cui chiedono lo stralcio del capoverso 3 lettera c. **CDS e i Cantoni** respingono il requisito dell'applicazione di un sistema di segnalazione di errori perché un tale sistema ancora non esiste e la situazione giuridica relativa alla protezione della riservatezza per le persone che segnalano errori deve ancora essere chiarita. Anche se l'applicazione di un sistema di questo tipo sull'intero territorio nazionale è auspicabile, i Cantoni non sono in grado di verificare se il suo utilizzo è radicato in seno a un istituto. **CDS e i Cantoni** ritengono che i Cantoni possono sì verificare l'effettiva presenza di un sistema di gestione della qualità, ma non esaminare se tale sistema è impiegato in modo appropriato come richiesto dall'articolo 58d capoverso 3 lettera d. A loro avviso, spetta all'ospedale impiegare un sistema adeguato alla propria offerta di prestazioni e chiedono che ciò sia specificato nel rapporto esplicativo.

CDS nonché **GE, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZG** accolgono favorevolmente il requisito dell'applicazione di standard professionali (art. 58d cpv. 3 lett. e), ma sono del parere che ai Cantoni debba essere garantita la libertà di stabilire il numero e il tipo di standard che intendono esaminare come pure la relativa procedura. Chiedono altresì che nella versione tedesca la formulazione dell'articolo 58d capoverso 3 lettera f sia armonizzata con i termini utilizzati nella legge sugli agenti terapeutici (LATer)¹⁶ (p. es. utilizzo di «Verschreibung» al posto di «Verordnung»).

CDS nonché **AG, AI, GE, GR, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZG** sostengono che l'inserimento delle case di cura e delle case per partorienti nello stesso articolo 58d capoverso 4 violi l'unità della materia, e che tale disposizione non tenga conto delle differenze tra i fornitori di prestazioni. Inoltre, ritengono che la formulazione dei requisiti minimi, il cui soddisfacimento deve essere esaminato per la valutazione della qualità delle case per partorienti, non tenga conto della realtà. Fanno notare che nel

¹⁶ Legge federale del 15 dicembre 200 sui medicinali e i dispositivi medici, RS 812.21

rapporto esplicativo il testo riguardante le case per partorienti è identico a quello riguardante gli ospedali e che non è possibile riprenderlo senza adattamenti.

Secondo i **Cantoni**, l'unico criterio di qualità che le case per partorienti devono rispettare è essere in grado di dimostrare l'esistenza di cooperazioni sancite per iscritto con gli ospedali ai quali sono affiliate. Propongono quindi di inserire una nuova lettera che stabilisca questo criterio.

Per **TI**, i requisiti minimi richiesti per la qualità nell'articolo 58d capoverso 4 sono attuati o in fase di attuazione. I requisiti di cui alle lettere a, e ed f sono soddisfatti, mentre quelli menzionati sotto le lettere b, c e d sono previsti negli obiettivi della pianificazione in corso (Pianificazione integrata LANZ-LACD 2021-2030). Le principali strutture non avranno particolari problemi a dimostrare il rispetto dei criteri di cui al capoverso 4, poiché sono già stati inseriti nella loro strategia di gestione della qualità da molti anni (esistenza di un'équipe dedicata alla gestione della qualità, analisi degli indicatori dell'ANQ, sistema di segnalazione degli errori e altre iniziative in collaborazione con diverse organizzazioni nazionali). La modifica dovrebbe favorire anche l'adozione di un procedimento strutturato e comune per tutti gli ospedali, così come per le case di cura, ai fini di garantire la qualità delle cure.

Secondo **CDS** nonché **AG, GE, GR, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZG**, le case per partorienti non possono partecipare alle misurazioni della qualità su scala nazionale. Attualmente, infatti, fatta eccezione per le rilevazioni puntuali del grado di soddisfazione dell'utenza, non esistono misurazioni della qualità su scala nazionale per queste case, per cui non è possibile imporre loro questo requisito. CDS e i Cantoni menzionati sopra chiedono che la lettera b e il corrispondente paragrafo nel rapporto esplicativo vengano stralciati in quanto i Cantoni non sono in grado di esaminare né la partecipazione né i risultati.

Per **CDS e i Cantoni**, anche la lettera c dell'articolo 58d capoverso 4 deve essere stralciata perché non sono ancora disponibili sistemi di segnalazione di errori per le case di cura e le case per partorienti. Dato che in queste ultime non esistono sistemi di gestione della qualità auspicano che anche la lettera d venga stralciata oppure, vista la possibilità che elaborino una propria certificazione entro la scadenza delle disposizioni transitorie, adattata. Sono inoltre del parere che il requisito dell'applicazione di standard professionali attraverso la dimostrazione dell'esistenza di un piano scritto di trattamento e di cura (lettera e) sia sproporzionato e chiedono che venga stralciato per le case per partorienti. Lo stesso vale per la lettera f. Per le case di cura, la formulazione nella versione tedesca deve essere armonizzata con la LATer (p. es. utilizzo di «Verschreibung» al posto di «Verordnung»).

BE ritiene che, conformemente all'articolo 52 capoverso 1 dell'ordinanza sui medicinali (OM)¹⁷, le levatrici possano solo impiegare ma non dispensare medicinali. Inoltre, ad oggi non esiste una base legale che consenta loro di prescrivere medicinali. Nei requisiti minimi occorre pertanto distinguere tra le case di cura e le case per partorienti: per le prime la garanzia della sicurezza delle terapie farmacologiche deve essere riferita alla prescrizione e alla dispensazione di medicinali, per le seconde, all'impiego di medicinali.

Riguardo al capoverso 5, **CDS e i Cantoni** rimandano alle loro osservazioni sull'articolo 58d capoverso 4 lettera b e propongono di stralciare le case per partorienti da questa disposizione. Fanno altresì notare che, contrariamente a quanto indicato nel secondo paragrafo a pagina 11 del rapporto esplicativo, non esistono misurazioni dell'ANQ per le case per partorienti.

CDS nonché **AG, AI, AR, BE, BL, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, VD, VS, ZG** e **ZH** concordano con il commento al capoverso 6, ma ritengono che la norma giuridica del progetto sia incomprensibile e vada adeguata come segue: «Nel settore ospedaliero occorre tener conto dello sfruttamento di sinergie e del potenziale insito nella concentrazione di

¹⁷ Ordinanza sui medicinali, RS 812.212.21

prestazioni». **GE** chiede di formulare il capoverso come segue: «Nel settore ospedaliero si tiene conto della concentrazione di gruppi di prestazioni ai fini dell'economicità e della qualità delle prestazioni.» **GR** e **TG** auspicano lo stralcio del capoverso 6. A differenza della MAS, nella medicina ordinaria non è dimostrato che una concentrazione delle prestazioni permetta di promuovere la qualità e migliorare l'economicità. Inoltre, nell'impostazione dell'assistenza sanitaria di base sono determinanti anche altri obiettivi tra cui in particolare la possibilità dei pazienti di accedere alle cure in tempo utile. Nel suo messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (finanziamento ospedaliero) (FF 2004 4903), il Consiglio federale sottolinea giustamente che la legislazione della Confederazione nell'ambito dell'assicurazione malattie non può influenzare i vantaggi legati all'esercizio di un ospedale in un Cantone (posti di lavoro, fonte d'introiti, mandati in subappalto).

Per CDS e i Cantoni menzionati sopra tranne **GE**, la disposizione del capoverso 7 è incomprendibile e ridondante, e per questo motivo deve essere stralciata. CDS e i Cantoni menzionati sopra escluso **GE** ma inclusi **TG** e **UR** accolgono favorevolmente la disposizione del capoverso 8, tuttavia, dato che l'economicità e la qualità non devono essere valutate secondo il ventaglio di prestazioni, chiedono lo stralcio di una parte del periodo (proposta: «La valutazione dell'economicità e della qualità può basarsi sulla valutazione di altri Cantoni purché sia recente.»)

Associazioni mantello nazionali dell'economia

economiesuisse ritiene che questa disposizione contenga troppi termini giuridici indeterminati interpretabili e quindi da evitare come per esempio «gruppi di prestazioni», «personale specializzato», «perizie adattate al fabbisogno», «applicazione di standard professionali» e «presenza di una cultura della sicurezza». La formulazione scelta è così aperta da lasciare ai Cantoni un ampio margine di interpretazione. Riguardo ai capoversi 1 e 2, **economiesuisse** chiede lo stralcio delle modifiche proposte e il mantenimento della versione vigente. A suo modo di vedere, il Consiglio federale non ha scelto una formulazione facoltativa perché vuole che con l'esecuzione dell'ordinanza i Cantoni intervengano direttamente nel processo di concentrazione del panorama ospedaliero. Segnala inoltre che il capoverso 7 permette a ciascun Cantone di stabilire condizioni per ogni gruppo di prestazioni. Queste condizioni derivano dal primo e secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi e dal relativo rapporto del gruppo di esperti. Tali pacchetti, basati progetti del Consiglio federale non ancora adottati dal Parlamento o non ancora posti in consultazione, hanno carattere di legge. **economiesuisse** respinge simili disciplinamenti, illegali secondo il quadro giuridico vigente. Dal punto di vista della pianificazione ritiene inoltre che valutare l'economicità degli ospedali e delle case per partorienti unicamente sulla scorta di un confronto dei costi corretti per il grado di gravità (cpv. 1) sia inappropriato. Questa prescrizione riduce la determinazione dell'economicità rilevante ai fini della pianificazione a un'osservazione monocausale e la associa del tutto inutilmente a criteri di tariffazione del diritto delle assicurazioni sociali. Ai Cantoni può così sembrare ovvio che anche le prestazioni economicamente di interesse generale debbano essere fornite nel modo più economico possibile. La disposizione proposta esclude completamente gli elementi che, oltre ai costi per caso, potrebbero essere considerati nella valutazione di un ospedale. Lo stesso vale per il capoverso 2 (economicità delle case di cura). **economiesuisse** auspica pertanto che, in generale, si distingua sistematicamente tra prescrizioni orientate alla pianificazione destinate ai Cantoni e prescrizioni del diritto delle assicurazioni sociali destinate agli assicuratori.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

SGB-FSS auspica l'introduzione di requisiti minimi per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria.

OSP approva il capoverso 6 in particolare per gli effetti sulla qualità generati dalla concentrazione dei gruppi di prestazioni. Tuttavia, fa notare che in settori come per esempio le cure di base, le cure palliative, la geriatria e la riabilitazione anche un'assistenza di prossimità può migliorare la qualità, e che fattori intangibili come la cerchia sociale e le sue possibilità oggettive di visita possono svolgere un ruolo significativo. Soprattutto nelle regioni rurali queste circostanze vanno tenute in considerazione.

OSP accoglie con favore l'elenco dei requisiti minimi individuali concernenti la qualità (cpv. 3 e 4) e il fatto che il rapporto esplicativo menzioni la valutazione dell'applicazione della pianificazione sanitaria anticipata (Advance Care Planning), in quanto lo considera un passo importante per il miglioramento della qualità per i pazienti. Ricorda inoltre che la pianificazione non riguarda esclusivamente gli ospedali, ma deve includere anche altre organizzazioni con esperienza in materia come OSP o Pro Senectute. Infine, ritiene che l'accesso al sistema di segnalazione di errori (lett. c) e a quello di gestione della qualità (lett. d) debba essere garantito anche ai pazienti.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

FMH chiede lo stralcio dei capoversi 1–4 e la loro sostituzione con un nuovo capoverso secondo cui per la valutazione della qualità e dell'economicità degli ospedali e delle case per partorienti si applicano le convenzioni nazionali sulla qualità di cui all'articolo 58a LAMal. FMH deplora che le disposizioni del progetto concernenti l'economicità e la qualità siano formulate senza fare riferimento all'articolo 58 LAMal rivisto (sviluppo della qualità) in vigore dal 1° aprile 2021. Nelle convenzioni sulla qualità di cui all'articolo 58a LAMal, il finanziamento delle varie misure deve essere disciplinato conformemente all'articolo 58a capoverso 2 lettere a–g LAMal. Se i capoversi 1–4 proposti saranno mantenuti, FMH chiede l'inserimento di un nuovo capoverso 4 (nel qual caso il cpv. 4 del progetto diventerebbe il cpv. 5 ecc.) del seguente tenore: «Per poter effettuare la valutazione di cui al capoverso 3 e soddisfare i requisiti minimi definiti nelle lettere a–f, la dotazione di personale medico deve essere organizzata in modo che le prescrizioni della legge sul lavoro¹⁸ relative alla durata massima del lavoro e alla durata del riposo siano sempre rispettate. Inoltre, la qualità del perfezionamento dei medici secondo il Regolamento per il perfezionamento professionale (RPP) deve essere garantita». Nel capoverso 3 sono definiti criteri per la valutazione della qualità di un ospedale. FMH ritiene che per garantirli si debbano tematizzare anche la dotazione di personale e i requisiti per un perfezionamento di qualità dei medici assistenti.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono la procedura per la valutazione dell'economicità proposta nel capoverso 1. A loro modo di vedere, effettuare la valutazione dell'economicità mediante un confronto dei costi per caso corretti per il grado di gravità è troppo poco differenziato e, visti i persistenti limiti di rappresentazione insiti nella struttura tariffale SwissDRG, anche gravemente distorto. Gli ospedali che focalizzano la loro offerta su prestazioni attrattive sarebbero considerati a torto particolarmente efficienti, mentre altri che offrono un ampio ventaglio di prestazioni e rivestono un'importante funzione di assistenza sanitaria sarebbero considerati a torto non economici. Un confronto inappropriato come quello proposto lancia segnali completamente sbagliati per la pianificazione ospedaliera e oltretutto va contro processi di concentrazione ragionevoli. In linea di principio, nell'ambito della tariffazione (art. 59c^{bis}) il Consiglio federale riconosce la necessità di differenziazioni tariffarie. Secondo H+, nel quadro della pianificazione ospedaliera l'economicità di un ospedale deve essere valutata come nel quadro della tariffazione. Ciò che vale per SwissDRG, vale a tanto più per la struttura tariffale TARPSY che si trova ancora nella fase iniziale e rappresenta diversi gradi di gravità in modo ancora ampiamente insufficiente. È inoltre poco chiaro come un tale

¹⁸ Legge federale del 13 marzo 1964 sul lavoro nell'industria, nell'artigianato e nel commercio (LL), RS 822.11

confronto possa tenere conto delle differenze regionali in termini di costi salariali e di infrastruttura.

Un confronto dell'economicità che, per quanto riguarda i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni, si basa sulle vigenti norme in materia di valutazione della OCP^{Pre} viene poi ulteriormente distorto dal fatto che le disposizioni transitorie prevedono una valutazione esclusivamente riferita al passato e all'oggetto (valutazione contabile finanziaria). Secondo H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, queste norme contribuiscono all'«importazione» delle politiche cantonali di investimento e ammortamento sinora praticate nella formazione dei prezzi rimborsati dall'AOMS. Queste disposizioni sono incompatibili con la LAMal perché rendono impossibile un confronto nazionale ragionevole e privo di distorsioni delle prestazioni fornite. Un sistema di prezzi come quello originariamente voluto dal legislatore contempla confronti dei prezzi anziché dei costi.

H+ ritiene che le disposizioni dei capoversi 3 e 4 vadano oltre la Costituzione in materia di ripartizione delle competenze tra Cantoni e Confederazione, in particolare per quanto riguarda la dotazione di personale. Apprezza l'applicazione di un sistema di segnalazione di errori e danni, ma è del parere che tale requisito non possa essere inserito in una disposizione di ordinanza come quella proposta. A suo modo di vedere, le disposizioni determinanti sono piuttosto quelle contenute nella LPD¹⁹, nella LAMal e nel codice penale svizzero, e devono essere imperativamente coordinate tra loro. H+ accoglie favorevolmente il requisito dell'impiego di un sistema di gestione della qualità (lett. d) e sottolinea che i sistemi di gestione della qualità appropriati e adeguati alle dimensioni dell'ospedale costituiscono una base importante per una cultura dell'apprendimento e della sicurezza al suo interno. Per contro, reputa che il requisito dell'applicazione di standard professionali (lett. e) comporti il rischio che ogni organizzazione emetta le proprie linee guida per esempio sugli standard di igiene delle mani, sull'utilizzo di check list per una chirurgia sicura ecc. Nel quadro dell'elaborazione di un nuovo concetto nazionale di qualità, H+, santésuisse e curafutura e altri prevedono esattamente tale elemento.

Secondo H+, la prescrizione elettronica di medicinali (lett. f) è un elemento importante per migliorare la qualità, in quanto rafforza la sicurezza delle terapie farmacologiche. A suo avviso, tuttavia, questa misura comporta nuovi rischi per i pazienti per cui, se non è accompagnata da altre misure, è insufficiente.

Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch sono dell'opinione che la valutazione dell'economicità debba essere effettuata mediante un confronto della qualità dei risultati e propongono di integrare i capoversi 1 e 2 in tal senso. La valutazione dell'economicità non può basarsi esclusivamente su dati riguardanti i costi. Il suo presupposto sono i risultati. L'economicità dipende dalla qualità dei risultati in rapporto ai costi. I costi da soli non sono sufficientemente indicativi dell'effettiva economicità.

In linea di principio, **Hirslanden** respinge la proposta di effettuare la valutazione dell'economicità dei fornitori di prestazioni mediante un confronto dei costi per caso corretti per il grado di gravità. Già nel sistema odierno, nel quale non rientrano le case per partorienti, è evidente che un confronto tra ospedali con un ventaglio di prestazioni di dimensioni diverse non è possibile.

RehaClinic AG chiede in che modo si debba confrontare l'economicità delle cliniche di riabilitazione visto che le prestazioni non sono confrontabili. A differenza delle cliniche per cure acute, nel settore della riabilitazione non esistono né un orientamento al grado di gravità unitario né «costi corretti per il grado di gravità».

¹⁹ Legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati, RS 235.1

Secondo **Swiss Nurse Leaders**, la valutazione dell'economicità basata sui costi corretti per il grado di gravità è irrealistica. In aggiunta a questi bisogna anche tenere conto del tipo di ospedale (centro ospedaliero, quota di urgenze ecc.).

Universitätsspital Basel è del parere che si debba considerare il ventaglio di prestazioni degli ospedali. L'economicità degli ospedali non deve essere valutata insieme a quella delle case per partorienti. Solo gli ospedali dello stesso livello di cura e con la stessa offerta di prestazioni devono essere confrontati. La questione è come effettuare la correzione per il grado di gravità. Dal punto di vista della differenziazione, la struttura tariffale SwissDRG non ha la maturità di altri sistemi (p. es. G-DRG) e questo soprattutto perché mancano le basi statistiche per il suo sviluppo.

Con i suoi costi relativi calcolati, l'attuale struttura tariffale DRG non è in grado di rappresentare i costi attesi per tutti i DRG. Per alcuni, i costi sono sovrastimati, per altri sottostimati. Le valutazioni errate nei DRG sono dovute alla struttura tariffale. Di conseguenza, un ospedale può migliorare la sua posizione nel sistema concentrando strategicamente la sua offerta sulle prestazioni lucrative. Così facendo, in un confronto di prestazioni con costi standard per caso (corretti per il grado di gravità) risulta efficiente anche se ciò non è necessariamente il caso.

L'attuale struttura tariffale DRG non è in grado di rappresentare in modo ottimale le differenze tra gli ospedali. I costi relativi tengono conto unicamente dei costi di un ospedale medio, ma le caratteristiche dei pazienti e delle strutture possono differire sensibilmente da quelle dell'ospedale medio a causa di mandati di prestazioni o di normative cantonali (p. es. sussidi per infrastruttura o prestazioni economicamente di interesse generale differenti). Ciò può comportare costi più alti o più bassi cosicché, in un confronto di prestazioni con costi standard per caso, un ospedale può essere svantaggiato già sulla base di questi criteri. Si tratta di una valutazione sbagliata dovuta a ripartizioni disomogenee dei costi per caso interne ai DRG e non alla struttura tariffale.

Per **Senesuisse**, **CURAVIVA** e **Spitex Schweiz**, il capoverso 2 deve essere stralciato. A loro modo di vedere, la valutazione dell'economicità delle case di cura (art. 58d cpv. 2) non è attuabile per tre motivi. Innanzitutto, perché questa disposizione ingerisce eccessivamente nella competenza cantonale in materia di assistenza sanitaria senza che vi sia un evidente interesse preponderante della Confederazione o dell'AOMS, visto che i Cantoni sono tenuti ad assumere tramite il finanziamento residuo i costi di cura non coperti e che questi ultimi possono essere legati a mandati di prestazioni supplementari. In secondo luogo, perché i tre strumenti per la valutazione dei bisogni esistenti, disponibili ognuno in più versioni, non sono armonizzati e, di conseguenza, non è possibile confrontare le classificazioni dei bisogni di cure tra case di cura che impiegano strumenti diversi. In terzo luogo, perché l'attuale classificazione dei bisogni di cure di cui all'articolo 7a capoverso 3 OPre non soddisfa i requisiti per rappresentare il grado di gravità in modo appropriato. Le case di cura più costose possono benissimo essere economiche se trattano pazienti particolarmente bisognosi di cure e necessitano pertanto di personale altamente qualificato (p. es. istituti pediatrici o di cure palliative). Il confronto dell'economicità è reso difficile anche dalla mancanza di un limite di tempo massimo per i bisogni di cure più elevati (superiori a 220 minuti). Inoltre, un confronto dei costi esige anche un metodo di rilevazione uniforme. Al riguardo, le prescrizioni della OCPRe lasciano ancora un notevole margine di manovra e non soddisfano le richieste di un metodo uniforme formulate dal TAF. Le vistose differenze esistenti tra gli istituti, in particolare nella registrazione delle prestazioni e nella contabilità delle immobilizzazioni, distorcono notevolmente il confronto dell'economicità soprattutto perché, nel loro ruolo di finanziatori residui, i Cantoni definiscono diversamente non solo il finanziamento residuo ma anche le condizioni quadro nel settore dei costi computabili.

Per **Bündner Spital- und Heimverband**, **Asana Spital Leuggern AG**, **Asana Spital Menziken AG**, **Barmelweid Gruppe AG** e **Gesundheitszentrum Fricktal AG**, il capoverso 2 va stralciato. I vari strumenti per la valutazione dei bisogni (BESA, RAI-RUG e Plaisir) utilizzati nelle case di cura portano per lo stesso paziente a classificazioni diverse e quindi a differenti remunerazioni delle prestazioni fornite a carico dell'AOMS. Una verifica dell'efficienza basata

sui costi corretti non è quindi possibile. Diversamente dal settore ospedaliero con il modello di remunerazione del tipo DRG, nel settore delle cure manca uno strumento per la valutazione dell'economicità delle case di cura. Di conseguenza, nel commento al progetto non è indicato come e da chi debba essere effettuata la valutazione dell'economicità delle case di cura.

Secondo **Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch**, il capoverso 2 deve essere stralciato. Attualmente, nelle case di cura è pressoché impossibile misurare l'economicità delle misure in modo adeguato e confrontabile. Occorre pertanto lasciare che siano i Cantoni a decidere se e come valutare l'economicità delle case di cura.

Swiss Nurse Leaders è del parere che anche per le case di cura si debba tenere conto che gli strumenti di classificazione sono limitati verso l'alto e che ciò svantaggia quelle con una quota importante di pazienti geriatrici con quadri clinici molto complessi.

Per **H+, Bündner Spital- und Heimverband, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Gesundheitszentrum Fricktal AG e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG**, il capoverso 6 va stralciato. Nella MAS una concentrazione delle prestazioni è giustificata dal punto di vista della qualità e dell'economicità, mentre nella medicina ordinaria non è provato che ciò promuova la qualità e migliori l'economicità. Inoltre, nella configurazione dell'assistenza sanitaria di base sono determinanti e bisogna tenere conto anche di altri obiettivi tra cui in particolare la possibilità dei pazienti di accedere alle cure in tempo utile (vedi art. 58b cpv. 4 lett. a del progetto). H+ ritiene che debbano essere considerati anche dei criteri come l'importanza regionale, il fattore economico «ospedale» e i costi per caso. La pianificazione ospedaliera e delle prestazioni deve essere pensata anche in un'ottica regionale e non esclusivamente secondo criteri riferiti agli istituti.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG sono dell'avviso che il capoverso 6 ingerisca eccessivamente nella libertà imprenditoriale degli ospedali. Con questa disposizione il Consiglio federale vuole che, con l'esecuzione dell'ordinanza, i Cantoni intervengano direttamente nel processo di concentrazione del panorama ospedaliero, ma questo compito spetta in primo luogo agli ospedali e non alle autorità.

Per **Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch**, i capoversi 6 e 7 devono essere stralciati perché intervengono nella struttura delle cure ospedaliere ciò che non è compito di un'ordinanza. Respingono anche il capoverso 7 in quanto nella LAMal manca la base necessaria.

Hirslanden è del parere che il capoverso 6 ingerisca in misura eccessiva nella libertà imprenditoriale dei fornitori di prestazioni poiché genera un importante onere amministrativo, è prospettivo e quindi inattuabile.

Secondo **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, il capoverso 6 va stralciato. Ritengono infatti che prescrivere la concentrazione per tutti i gruppi di prestazioni non sia opportuno. Se nella MAS la concentrazione e la centralizzazione che ne consegue sono opportune e giustificabili, nella medicina ordinaria occorre considerare anche obiettivi come la prossimità, l'importanza regionale, il fattore economico «ospedale», la raggiungibilità in tempi brevi ecc. A loro parere, bisogna elaborare nuovi piani per convogliare i flussi di pazienti affinché la medicina straordinaria venga effettuata nei centri ospedalieri e quella ordinaria negli ospedali regionali, ciò che renderebbe possibile a una netta diminuzione dei costi per caso. Dato che questa disposizione ingerisce nella sovranità pianificatoria dei Cantoni, il capoverso in questione può essere inserito solo nella LAMal e non nell'ordinanza.

RehaClinic AG ritiene che il capoverso 6 non sia attuabile perché nel settore della riabilitazione i Cantoni continuano ad applicare modelli di gruppi di prestazioni diversi.

Secondo **Swiss Nurse Leaders**, lo sfruttamento di sinergie negli ospedali deve essere rivisto ma si chiede sulla scorta di quali criteri. A suo modo di vedere, la concentrazione di gruppi di prestazioni non va equiparata allo sfruttamento di sinergie.

Per **Universitätsspital Basel**, il capoverso 6 è impreciso e deve essere specificato. Per determinati settori, una concentrazione e la centralizzazione che ne consegue possono essere opportune.

In merito al capoverso 6, **Société vaudoise de médecine** reputa che al di là di tutto una concentrazione non è necessariamente correlata né a una maggiore economicità né a una migliore qualità. Ciò che serve è una sana concorrenza tra gli ospedali. Un ospedale che fa meno ma meglio deve poter essere inserito nell'elenco. Riguardo al capoverso 7, i requisiti devono avere unicamente uno scopo economico o qualitativo. Questo punto non può pertanto essere lasciato alla discrezionalità dello Stato.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono il capoverso 7. A loro modo di vedere, infatti, deriva dal primo e dal secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi che hanno carattere di legge e non sono ancora stati adottati dal Parlamento o posti in consultazione. Questa disposizione viola dunque la legge e la Costituzione. Inoltre, crea un collegamento con l'articolo 58f sugli elenchi e i mandati di prestazioni per cui i GPPO sviluppati dalla Direzione della sanità del Cantone di Zurigo diventerebbero strumento nazionale di pianificazione ospedaliera.

Secondo **Hirslanden**, il capoverso 7 consente ai Cantoni di definire condizioni per gruppo di prestazioni. Ciò favorisce l'eterogeneità non solo tra singoli gruppi di prestazioni ma anche tra i singoli Cantoni e genera una granularità normativa troppo profonda. Inoltre, questa disposizione non è inserita correttamente nella sistematica dell'ordinanza.

RehaClinic AG è del parere che le condizioni per gruppo di prestazioni specifiche per ciascun Cantone debbano essere sostituite da condizioni per gruppo di prestazioni uniformi a livello nazionale. Diversamente, permane il rischio dell'arbitrio cantonale e del «protezionismo» osservato.

SWISS REHA fa notare che nella riabilitazione la determinazione delle condizioni per gruppo di prestazioni non potrà essere effettuata in modo appropriato finché la struttura delle prestazioni non sarà definita in modo uniforme a livello nazionale. Visto il mancato chiarimento del termine «riabilitazione» da parte della Confederazione è praticamente impossibile che tale struttura veda la luce. Questo spalanca le porte all'arbitrio cantonale e al protezionismo proprio in un settore, quello delle cure stazionarie, che registra i flussi intercantionali di pazienti più consistenti e dove il bisogno di chiarimenti è di conseguenza maggiore.

Swiss Nurse Leaders chiede a chi spetti determinare le condizioni per gruppo di prestazioni e teme che vengano definite condizioni burocratiche difficilmente attuabili.

Per **unimedsuisse, CHUV e Universitätsspital Basel**, la nozione di economicità va stralciata dato che le condizioni generano costi. Possono essere necessarie dal punto di vista della qualità, ma non per la valutazione dell'economicità della fornitura di prestazioni ai fini della pianificazione. Inoltre, nel determinare tali condizioni è imperativo prestare attenzione alla loro sostenibilità in termini di costi.

Senesuisse, CURAVIVA e Spitex Schweiz auspicano lo stralcio del capoverso 8. A loro parere, la valutazione della qualità può essere effettuata solo per le prestazioni di cura applicando gli indicatori medici di qualità. La valutazione dell'economicità deve rimanere di esclusiva competenza dei Cantoni pianificatori nonché maggiori finanziatori soprattutto perché l'economicità è direttamente correlata alle condizioni quadro per l'attuazione del finanziamento residuo più di politica finanziaria che sanitaria.

Per **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** non è chiaro come venga valutato il criterio della significatività.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Riguardo ai capoversi 1 e 2, **KPT** ritiene che, dal punto di vista della pianificazione, valutare l'economicità unicamente sulla base di un confronto dei costi corretti per il grado di gravità (ospedali e case per partorienti) non sia appropriato. Questa prescrizione riduce la determinazione dell'economicità rilevante ai fini della pianificazione a un'osservazione monocausale e la associa del tutto inutilmente a criteri di tariffazione del diritto delle assicurazioni sociali. Ai Cantoni può così sembrare ovvio che anche le prestazioni economicamente di interesse generale debbano essere fornite nel modo più economico possibile. La disposizione proposta esclude completamente gli elementi che, oltre ai costi per caso, potrebbero essere considerati nella valutazione di un ospedale. KPT auspica pertanto che, in generale, si distingua sistematicamente tra prestazioni orientate alla pianificazione destinate ai Cantoni e prescrizioni del diritto delle assicurazioni sociali destinate agli assicuratori.

santésuisse propone di integrare il capoverso 1 in modo che si debbano confrontare i costi delle singole prestazioni ospedaliere a carico dell'AOMS. Spesso, nella pianificazione ospedaliera e negli elenchi degli istituti non si tratta di assegnare un posto a un istituto nel suo insieme – ciò accade piuttosto raramente – bensì di attribuire singoli mandati di prestazioni a ospedali selezionati. Pertanto, la valutazione dell'economicità non deve essere effettuata a livello di ospedale, ma essere riferita alle prestazioni. Per esempio, il mandato di prestazioni per l'ostetricia deve essere attribuito all'ospedale che è in grado di adempierlo in modo economico. Inoltre, dal punto di vista degli assicuratori bisogna garantire che l'economicità nella pianificazione ospedaliera non corrisponda a quella nella tariffazione. Per gli assicuratori sarebbe infatti problematico se l'economicità nella pianificazione ospedaliera si basasse su criteri simili a quelli utilizzati per la determinazione delle tariffe, perché ciò autorizzerebbe i Cantoni a implementare le loro raccomandazioni in materia di pianificazione ospedaliera nella procedura tariffaria. In tal caso, agli assicuratori non rimarrebbe che prendere indirettamente atto di quanto, di fatto, i Cantoni hanno già deciso senza che abbiano alcuna voce in capitolo. La disposizione proposta acuisce il problema del duplice ruolo di proprietario e regolatore svolto dai Cantoni e solleva preoccupazioni relative allo Stato di diritto.

Riguardo al capoverso 3, **santésuisse** propone una modifica in base alla quale nella valutazione della qualità degli ospedali si deve tenere conto se soprattutto i requisiti minimi elencati sono rispettati per tutto l'ospedale. L'obiettivo è considerare il rispetto dei requisiti minimi concernenti la qualità lasciando aperto il chi valuta la qualità in un ospedale. Per esempio, l'attuazione delle convenzioni sulla qualità di cui all'articolo 58a LAMal è valutata dalle federazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori-malattie. I Cantoni devono tenere conto dei risultati di queste valutazioni e non effettuarne loro stessi una nuova. Nel capoverso 3 va inoltre inserita una lettera g che aggiunga ai requisiti minimi da esaminare l'attuazione riuscita della convenzione sulla qualità di cui all'articolo 58a LAMal. I Cantoni devono inserire il rispetto dei requisiti stabiliti nelle convenzioni sulla qualità già tra i criteri di pianificazione e, come deriva dall'articolo 58a capoverso 7 LAMal, tenerne conto nel quadro della determinazione dell'offerta da garantire nell'elenco.

santésuisse propone anche di adeguare il capoverso 4 affinché nella valutazione della qualità delle case di cura e delle case per partorienti si debba tenere conto se in particolare i requisiti minimi elencati sono rispettati per tutta la casa di cura o per tutta la casa per partorienti. L'obiettivo è considerare il rispetto dei requisiti minimi concernenti la qualità lasciando aperto il chi valuta la qualità in una casa di cura o in una casa per partorienti. Per esempio, l'attuazione delle convenzioni sulla qualità di cui all'articolo 58a LAMal è valutata dalle federazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori-malattie. I Cantoni devono tenere conto dei risultati di

queste valutazioni e non effettuare loro stessi una nuova. Nel capoverso 4 va inoltre inserita una lettera g che aggiunga ai requisiti minimi da esaminare l'attuazione riuscita della convenzione sulla qualità di cui all'articolo 58a LAMal. I Cantoni devono inserire il rispetto dei requisiti stabiliti nelle convenzioni sulla qualità già tra i criteri di pianificazione e, come deriva dall'articolo 58a capoverso 7 LAMal, tenerne conto nel quadro della determinazione dell'offerta da garantire nell'elenco.

Riguardo al capoverso 5, santésuisse propone una modifica affinché nella valutazione della qualità degli ospedali, delle case di cura e delle case per partorienti siano considerati come criteri di selezione i risultati di misurazioni della qualità condotte su scala nazionale. Le misurazioni della qualità su scala nazionale esistenti ed eventualmente nuove andrebbero effettuate da un'istituzione (p. es. ANQ) in modo uniforme secondo gli stessi standard. La Confederazione o i Cantoni non dovrebbero riprogettarle e risvilupparle con il grande dispendio di risorse e gli ingenti costi che ciò comporterebbe. Inoltre, i dati verrebbero valutati con gli stessi metodi statistici ed econometrici per tutti i fornitori di prestazioni e sarebbero di conseguenza confrontabili. Oltretutto, non ha alcun senso che i fornitori di prestazioni trasmettano gli stessi dati a due organizzazioni/istituzioni diverse. Per contro, sarebbe opportuno obbligare i fornitori di prestazioni a partecipare a queste misurazioni nazionali della qualità.

santésuisse approva il capoverso 6. Ritiene infatti che la concentrazione di gruppi di prestazioni su pochi fornitori consenta di sfruttare il potenziale di ottimizzazione. Sul fronte della qualità cita ad esempio i numeri minimi di casi, mentre per quanto riguarda l'economicità è del parere che la concentrazione permetta di sfruttare meglio le sinergie e gli effetti scala.

santésuisse approva il capoverso 7 e chiede che la valutazione tenga conto del mandato di prestazioni originariamente attribuito.

santésuisse approva il capoverso 8 e osserva che l'economicità può essere legata a un obiettivo (come parametro di riferimento assoluto) oppure determinata sulla base di un confronto tra fornitori di prestazioni di altri Cantoni (come parametro di riferimento relativo).

Altre organizzazioni

PflegeART il capoverso 2 deve essere stralciato, in quanto attualmente gli strumenti per la registrazione delle prestazioni sono calibrati in modo diverso e di conseguenza, malgrado il disciplinamento federale, i loro fruitori vengono valutati diversamente e risultano quindi svantaggiati dal punto di vista dello Stato di diritto. In questo senso, l'economicità nazionale non può essere valutata. Per questo motivo, bisogna lasciare ai Cantoni la libertà di decidere se e come verificare l'economicità nelle case di cura e nelle case per anziani.

Consiglio svizzero degli anziani ritiene che la formulazione del capoverso 2 per le case di cura non sia corretta. Da un lato, l'espressione «cure in caso di malattia» è sbagliata dato che queste prestazioni devono essere fornite durevolmente e non solo in caso di malattia. Dall'altro, non tiene conto del fatto che, per migliorare la qualità, un istituto con bassi costi di esercizio impiega più personale infermieristico di quanto prescritto e risulta complessivamente più economico di quelli che si attengono scrupolosamente al piano dei posti. È quindi necessaria una differenziazione nella valutazione dell'economicità. Al momento, così come proposta quella delle case di cura non è attuabile per tre motivi. Innanzitutto, perché questa disposizione interviene nella competenza cantonale in materia di assistenza sanitaria, visto che i Cantoni sono tenuti ad assumere tramite il finanziamento residuo i costi di cura non coperti e che questi ultimi possono essere legati a mandati di prestazioni supplementari. In secondo luogo, perché i tre strumenti per la valutazione dei bisogni esistenti, disponibili ognuno in più versioni, non sono armonizzati e, di conseguenza, non è possibile confrontare le classificazioni del bisogno di cure tra case di cura che impiegano strumenti diversi. In terzo luogo, perché l'attuale classificazione dei bisogni di cure di cui all'articolo 7a capoverso 3 OPre non soddisfa i requisiti

per rappresentare il grado di gravità in modo appropriato. L'attuale classificazione non garantisce una fornitura di prestazioni né di qualità né economica. Le case di cura più costose possono benissimo essere economiche se trattano pazienti particolarmente bisognosi di cure e necessitano pertanto di personale altamente qualificato (p. es. istituti pediatrici o di cure palliative). Il confronto dell'economicità è reso difficile anche dalla mancanza di un limite di tempo massimo per i bisogni di cure più elevati (superiori a 220 minuti). Inoltre, un confronto dei costi esige anche un metodo di rilevazione uniforme. Al riguardo, le norme della OCPre lasciano ancora un notevole margine di manovra e non soddisfano le richieste di un metodo uniforme formulate dal TAF. Nel loro ruolo di finanziatori residui, i Cantoni definiscono poi diversamente non solo il finanziamento residuo ma anche le condizioni quadro nel settore dei costi computabili. Consiglio svizzero degli anziani ritiene che la garanzia della sicurezza delle terapie farmacologiche mediante la prescrizione elettronica di medicinali debba costituire un requisito anche nella medicina di famiglia e migliorare così i trattamenti farmacologici notoriamente problematici nelle case di cura e nelle case per anziani (art. 58d cpv. 4 lett. f). Riguardo al capoverso 4 lettera a, auspica l'introduzione di determinate norme sulla dotazione di personale e sulle sue qualifiche. Fa notare che, poiché a 24 Cantoni corrispondono 24 valutazioni diverse, un confronto degli standard non è possibile per cui è favorevole a una soluzione federale.

4.5 Pareri sull'articolo 58e

Cantoni

CDS nonché **AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, ZG** e **ZH** chiedono che il primo paragrafo del commento all'articolo 58e venga corretto affinché, conformemente alla LAMal, debbano essere remunerati solo i trattamenti giustificati dal punto di vista medico. In tale paragrafo si tratta di motivi di ordine medico per un trattamento in un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone di domicilio (cfr. art. 41 cpv. 3 LAMal). Inoltre, per **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH**, la lettera b del capoverso 1 deve essere stralciata perché, contrariamente a quanto sostenuto nel rapporto esplicativo (secondo paragrafo del commento all'art. 58e), questa disposizione non è contenuta nel vigente articolo 58d OAMal, riguardo alla sua esecuzione concreta non è attuabile e le espressioni «potenziale di economicità» e «potenziale di qualità» non sono definite. **CDS** nonché **AG, AI, AR, BE, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** chiedono la correzione dell'errore presente nella versione tedesca del capoverso 1 lettera c («Die Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren»). In merito al capoverso 2, **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** osservano che non è necessario definire a livello federale quali Cantoni sono interessati dalla pianificazione di un Cantone e che le raccomandazioni della CDS sulla pianificazione ospedaliera forniscono già indicazioni in proposito. Ritengono pertanto che il capoverso 2 debba essere stralciato. Se questa disposizione sarà mantenuta, occorrerà specificare che sono interessati i Cantoni limitrofi. Inoltre, **CDS** e i Cantoni menzionati sopra **escluso UR** e incluso **AG** sono del parere che la lettera c vada corretta come segue: «i Cantoni per la cui pianificazione sono importanti gli attuali o previsti flussi intercantionali di pazienti dal Cantone che pianifica o negli ospedali con sede nel Cantone che pianifica». **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** chiedono lo stralcio della lettera d adducendo che non è chiaro né quale sia l'intento della disposizione né come debba essere attuata.

SO ritiene problematico il fatto che, in futuro, nel quadro del coordinamento intercantonale delle pianificazioni ospedaliere bisognerà valutare il potenziale di economicità e di qualità di una pianificazione ospedaliera intercantonale. Questa prescrizione, non spiegata più in dettaglio nel rapporto esplicativo, va ben oltre l'obbligo dei Cantoni di coordinare le loro pianificazioni previsto dall'articolo 39 capoverso 2 LAMal.

GE chiede la riformulazione del capoverso 2 lettere a, b e c. Per la lettera a propone: «i Cantoni in cui uno o più istituti figurano o si prevede figureranno nell'elenco del Cantone che pianifica», per la lettera b: «i Cantoni nel cui elenco figurano o si prevede figureranno istituti che hanno sede nel Cantone che pianifica» e per la lettera c: «i Cantoni con (sic) i quali gli osservati o previsti flussi internazionali di pazienti sono importanti per il Cantone pianificatore».

Per **GR** le lettere b e d del capoverso 2 non corrispondono alla motivazione esposta nel rapporto esplicativo e permettono infinite interpretazioni con i reclami che ne conseguono per una pianificazione ospedaliera sbagliata. Una prescrizione formulata in modo così ampio, aperto e lontano dalla pratica pone problemi imprevedibili nella pianificazione ospedaliera. La priorità della pianificazione di un Cantone deve essere quella di garantire l'assistenza medica stazionaria alla sua popolazione.

VD dubita che sia necessario rivedere l'articolo 58e riprendendo una raccomandazione della CDS tolta dal suo contesto e propone di mantenere la formulazione del vigente articolo 58d capoverso 1, fatta salva la lettera b che è nuova, e soprattutto la menzione esplicita dei Cantoni. Riguardo al capoverso 2, se contro ogni previsione la disposizione sarà mantenuta, chiede che venga adottata una formulazione esemplificativa («segnatamente») che lasci aperto il campo ad altri possibili casi di coordinamento.

TI condivide la necessità di coordinamento e non solleva alcuna riserva sulla proposta di modifica. Per determinate prestazioni specialistiche, il Canton Ticino deve inevitabilmente fare riferimento a istituti extracantonali, in particolare agli ospedali universitari. Essendo "isolato" dal resto della Svizzera e considerando il fattore linguistico, il Canton Ticino non è comunque toccato da flussi importanti.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

PVL concorda con questa disposizione. A suo modo di vedere, un migliore coordinamento intercantonale è assolutamente fondamentale. La cooperazione intercantonale deve essere rafforzata. Chiede altresì l'integrazione di un capoverso 3 secondo cui il coordinamento intercantonale deve basarsi su regioni di pianificazione con almeno 1 milione di abitanti e che questo limite minimo può essere all'occorrenza abbassato affinché l'80 per cento degli abitanti di una regione di pianificazione possa raggiungere il più vicino ospedale dotato di pronto soccorso in meno di 90 minuti.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

OSP accoglie favorevolmente questo articolo perché ritiene che la cooperazione intercantonale debba essere promossa. La pianificazione intercantonale deve tenere conto anche dei vantaggi di un'assistenza sanitaria di prossimità in determinati settori specialistici.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

FMH accoglie favorevolmente il rafforzamento del coordinamento intercantonale delle pianificazioni ospedaliere. La mobilità della popolazione richiede infatti una visione più totale del panorama ospedaliero. Tuttavia, i cambiamenti non possono andare unilateralmente a scapito delle regioni più deboli in termini strutturali.

Per **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** questa disposizione va

stralciata. In generale, spetta ai Cantoni, quali principali unità finali d'imputazione, decidere come attuare la loro pianificazione. Ritengono che la disposizione proposta ingerisca in misura sproporzionata nell'autonomia dei Cantoni e che in nessun caso debba essere sancita in un'ordinanza ma almeno a livello di legge.

RehaClinic AG è del parere che la qualità e la significatività dei dati sui flussi di pazienti in riabilitazione siano insufficienti e che, poiché le offerte di prestazioni non sono confrontabili, nemmeno le strutture di riabilitazione lo siano. Per questo motivo, i dati in questione non possono essere utilizzati per una pianificazione seria o per il coordinamento intercantonale. Inoltre, è imperativo tenere conto dei pazienti assicurati contro gli infortuni secondo la LAMal.

SWISS REHA ritiene che le misure proposte nel settore della riabilitazione non saranno efficaci finché la Confederazione non chiarirà cosa si intende per riabilitazione secondo la LAMal. Per esempio, se un Cantone contempla mandati di prestazioni per la riabilitazione geriatrica, ma il suo vicino no, un coordinamento intercantonale dei flussi di pazienti in questo ambito non è possibile. Occorre altresì esaminare il come fare affinché, vista l'evoluzione demografica, i Cantoni tengano conto della garanzia della copertura del fabbisogno per le persone assicurate contro gli infortuni a titolo sussidiario secondo la LAMal. Per esempio, ancora oggi non esiste un mandato di prestazioni per la riabilitazione post-infortunio secondo la LAMal.

ASMAC accoglie favorevolmente il rafforzamento del coordinamento intercantonale delle pianificazioni ospedaliere. La mobilità della popolazione richiede infatti una visione più totale del panorama ospedaliero che tuttavia non può andare unilateralmente a scapito delle regioni più deboli in termini strutturali.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono la disposizione del capoverso 1 perché superflua. A loro modo di vedere, ingerisce in misura sproporzionata nell'autonomia dei Cantoni e deve essere sancita a livello di legge. In linea di principio, ritengono che spetti ai Cantoni, quali principali unità finali d'imputazione, decidere come attuare la loro pianificazione. Respingono anche la disposizione del capoverso 2 in quanto priva di una base legale e superflua dato che il coordinamento intercantonale può essere lasciato ai Cantoni. Sono altresì del parere che, finché la sottostante problematica di governance dei ruoli multipli dei Cantoni non sarà risolta, la pianificazione cantonale sarà almeno potenzialmente discriminatoria nei confronti dei fornitori di prestazioni non cantonali. Non è chiaro nemmeno a chi spetta decidere in caso di pareri divergenti tra i Cantoni. Inoltre, il Consiglio federale va oltre la sua competenza normativa soprattutto nella lettera d che, di fatto, finisce con l'imporre ai Cantoni l'esame di una pianificazione intercantonale. Nella LAMal vigente manca una base legale a tale scopo e un obbligo di questo tipo non può essere introdotto nell'OAMal.

Per **Bündner Spital- und Heimverband** le lettere b e d del capoverso 2 vanno stralciate.

Secondo **H+, Bündner Spital- und Heimverband, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG e Gesundheitszentrum Fricktal AG**, il capoverso 2 permette infinite interpretazioni con i reclami che ne conseguono per una pianificazione ospedaliera sbagliata. Una prescrizione formulata in modo così ampio, aperto e lontano dalla pratica pone ai Cantoni che devono essere coinvolti nel coordinamento delle pianificazioni problemi imprevedibili nella pianificazione ospedaliera. La priorità della pianificazione di un Cantone deve essere quella di garantire l'assistenza medica stazionaria alla sua popolazione.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Santésuisse approva il capoverso 1, ma si chiede cosa farà la Confederazione se i Cantoni non dovessero attenersi del tutto o in misura sufficiente alle prescrizioni. A suo avviso, la lettera a è fondamentale, in quanto i pazienti non si attengono ai confini cantonali e fruiscono di

prestazioni anche al di fuori del loro Cantone di domicilio, mentre la lettera b è particolarmente importante per raggiungere effetti scala (effetti delle dimensioni/dei volumi), potenziali di sinergie o numeri minimi di casi. Riguardo alla lettera c, segnala che un'analisi dei flussi di pazienti mostra in quale Cantone e in quali ospedali i pazienti si fanno curare al di fuori del loro Cantone di domicilio.

Coglie favorevolmente il capoverso 2 e ritiene che le sue prescrizioni siano importanti soprattutto perché nella scelta dell'ospedale per un intervento necessario i pazienti non considerano possibili confini cantonali.

Come **curafutura** e **Helsana Sanitas KPT**, propone di integrare il capoverso 2 con una lettera e secondo cui i Cantoni limitrofi con istituti vicini al confine con il Cantone che pianifica sono interessati dalla pianificazione di tale Cantone.

Altre organizzazioni

Riguardo al capoverso 1 lettera b, **Segretariato generale ANQ** accoglie favorevolmente il fatto che nel quadro del coordinamento intercantonale delle pianificazioni debba essere considerato il potenziale di economicità e di qualità delle cure.

4.6 Pareri sull'articolo 58f

Cantoni

CDS nonché **AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** chiedono che le espressioni «ventaglio di prestazioni», «settori di prestazioni» e «gruppi di prestazioni» siano utilizzate nel modo più uniforme e rigoroso possibile, e che l'espressione «intero ventaglio di prestazioni» sia se possibile sostituita con «tutti i gruppi di prestazioni».

Inoltre, **CDS** nonché **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** ritengono che il testo del secondo periodo del capoverso 3 sia formulato in modo ambiguo. Presumono si tratti dell'idea – che peraltro appoggiano – esposta nelle raccomandazioni della CDS sulla pianificazione ospedaliera (raccomandazione 3 c), secondo cui ogni Cantone deve preoccuparsi di garantire la copertura del fabbisogno in tutti i settori o gruppi di prestazioni. A loro parere, deve essere assolutamente chiaro che questa disposizione non dà alcun diritto a un ospedale di ricevere un mandato di prestazioni per l'intero ventaglio di prestazioni (proposta: «Il Cantone attribuisce per tutti i gruppi [**AG**: «ogni gruppo»] di prestazioni almeno un mandato di prestazioni a un ospedale cantonale o extra-cantonale»). Per **ZG**, se questo capoverso dovesse significare che i Cantoni sono tenuti a pianificare ogni gruppo di prestazioni, è evidente che il progetto proposto ha senso (semmai) solo per i Cantoni popolosi. Sinora, la scelta di **ZG** di non pianificare affatto determinati gruppi di prestazioni con un numero molto esiguo di casi e di rilasciare di volta in volta una garanzia di assunzione dei costi si è rivelata vincente.

Riguardo al capoverso 4, la CDS e i Cantoni elencati sopra osservano che la pianificazione ospedaliera della MAS si basa sul diritto dell'assicurazione malattie per cui, come la giurisprudenza ha sempre confermato, le relative prescrizioni in materia di pianificazione, se ragionevoli, devono essere rispettate anche dagli organi della Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata (CIMAS). Nel capoverso 4 non è chiaro se ciò continui a essere valido oppure no. A questo proposito, **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** chiedono che nel rapporto esplicativo l'espressione «Organo scientifico MAS» (terzo paragrafo del commento all'art. 58f,) venga sostituita con «Organo decisionale della CIMAS». Inoltre, propongono di modificare il testo del

capoverso 4 del progetto come segue: «Nell'ambito della medicina altamente specializzata, il competente Organo decisionale della CIMAS stabilisce i settori e i settori parziali del ventaglio di prestazioni, i relativi requisiti e le relative condizioni». **CDS** nonché **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** si interrogano sull'utilità del capoverso 5 dato che il rapporto esplicativo (quinto paragrafo del commento all'art. 58f) fa riferimento alla raccomandazione della CDS sull'uso di una sistematica unitaria per i GPPO e che questa sistematica contiene già i requisiti elencati nell'articolo 58f capoverso 5 lettere a–g. Se questa disposizione sarà mantenuta, bisognerà precisare che vale solo per la medicina somatica acuta. I criteri stabiliti, infatti, sono inapplicabili per i settori della psichiatria e della riabilitazione (proposta alternativa: «Nei mandati di prestazioni attribuiti per il settore somatico acuto nel quadro delle pianificazioni ospedaliere cantonali è stabilito, per ogni gruppo di prestazioni, quali delle seguenti condizioni devono essere adempiute»).

Inoltre, per **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, VD, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** la condizione sancita nel capoverso 5 lettera a, ossia la «disponibilità di un'offerta di base in medicina interna e chirurgia», non vale per tutte le cliniche specializzate. Nel rapporto esplicativo occorre pertanto indicare esplicitamente che non a tutte le cliniche vanno imposte tutte le condizioni di cui all'articolo 58f capoverso 5 lettere a–h. Secondo i Cantoni menzionati sopra tranne **UR**, anche la lettera b deve essere corretta (proposta: «disponibilità e formazione continua dei medici specialisti») mentre secondo **FR** va corretta la lettera f (proposta: «garanzia della qualità, per esempio discussione interdisciplinare dei casi»).

La possibilità di cui al capoverso 6 di definire volumi massimi di prestazioni è accolta favorevolmente da **AG**. Per **CDS** nonché **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH**, nella lettera c si tratta di sanzioni e non di condizioni, ma non è chiaro cosa si intenda e se sulla base di questa disposizione sia possibile prevedere tariffe degressive.

Riguardo al capoverso 7, i Cantoni appena menzionati tranne **FR** e **CDS** fanno notare che, finché il settore delle assicurazioni complementari non sarà toccato, il divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati potrà avere solo effetti limitati. Di fatto, finché l'assicurazione complementare prevedrà remunerazioni lucrative per gli interventi, un ospedale come azienda rimarrà incentivato ad aumentare i volumi anche con un divieto di versare bonus. Per **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** e **ZH**, non è chiaro cosa si intenda con (volti al) «non rispetto dell'obbligo di ammissione ai sensi dell'articolo 41a della legge» e come ciò debba essere formulato concretamente dai Cantoni nell'ambito di un «divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati» posto come condizione. Chiedono quindi che questa parte venga stralciata. In linea di principio, **BS** approva l'introduzione del divieto di versare bonus legati ai volumi e retrocessioni (kickback). Ritiene infatti che, insieme alle limitazioni dei volumi massimi previste dal progetto, possano contribuire a contenere l'aumento dei volumi anche nei pazienti con assicurazioni complementari.

Con riferimento al capoverso 3, **GR** osserva che non viene spiegato il motivo per cui occorra attribuire mandati per l'intero ventaglio di prestazioni degli ospedali. A suo modo di vedere, un mandato di prestazioni deve essere attribuito a un ospedale solo se esiste un corrispettivo fabbisogno. Di conseguenza, chiede lo stralcio del secondo periodo di questo capoverso.

Inoltre, per **GR** e **TG** la formulazione del capoverso 5 secondo cui i Cantoni devono stabilire per ogni gruppo di prestazioni quali requisiti devono essere adempiuti per quali dei parametri elencati o degli eventuali ulteriori parametri è in contraddizione con il commento secondo cui i singoli Cantoni che pianificano hanno la facoltà di decidere in merito ai requisiti da adempiere relativamente all'offerta di cure ospedaliere di livello qualitativo il più possibile elevato. Questa facoltà deve essere stabilita nel capoverso 5 del progetto al posto dell'elenco di condizioni da

adempiere proposto. Inoltre, ritengono che l'argomento esposto nel commento secondo cui in un Cantone-città è possibile che gli ospedali debbano adempiere requisiti più elevati vada assolutamente corretta. A loro parere, i Cantoni-città non possono imporre agli ospedali requisiti più elevati bensì altri requisiti. Una copertura del fabbisogno di cure ospedaliere di qualità elevata può essere realizzata anche in altri modi che non attraverso numeri minimi di casi il cui effetto in termini di miglioramento della qualità non è dimostrato. GR e TG propongono che i mandati di prestazioni attribuiti nel quadro delle pianificazioni ospedaliere debbano stabilire i requisiti da adempiere in vista di un'offerta di cure ospedaliere di livello qualitativo il più possibile elevato, ciò che di fatto comporta lo stralcio delle lettere a–h. A loro parere, anche la disposizione sui numeri minimi di casi deve essere stralciata. Ritengono infatti che, fatti salvi pochi interventi nel settore MAS, non vi siano prove scientifiche che dimostrano un miglioramento significativo della qualità dei risultati con un numero di casi più elevato. Esistono per contro numerosi studi che ne mettono sostanzialmente in dubbio l'efficacia nel garantire o migliorare la qualità. Anche secondo il Consiglio federale il legame tra numeri minimi di casi e qualità dei risultati non è dimostrato. Nel suo rapporto del 18 dicembre 2013 sulle basi della pianificazione ospedaliera e sugli approcci per l'ulteriore sviluppo sostiene infatti che sarà opportuno procedere con pragmatismo e cautela finché non saranno disponibili le basi scientifiche per determinare numeri minimi di casi in molti settori. Nemmeno i trattati scientifici o le misurazioni della qualità effettuati dall'ANQ dimostrano l'efficacia dei numeri minimi di casi nell'assicurazione di base. Questa richiesta è inoltre in contrasto con il rapporto del 24 agosto 2017 del gruppo di esperti sulle misure volte a contenere l'aumento dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: laddove sono prescritti numeri minimi di casi esiste un notevole incentivo a effettuare anche interventi non necessari dal punto di vista medico. Se i numeri minimi di casi sono richiesti anche per chirurgo, gli ospedali diventano ampiamente dipendenti dai medici che li raggiungono e questi incentivi finiscono inevitabilmente per generare costi supplementari.

Riguardo al capoverso 6, **GR** scrive che, in contrasto con la concorrenza tra assicuratori-malattie auspicata dalla LAMal, i volumi massimi di prestazioni portano a una limitazione dei volumi. A suo modo di vedere, riducono o eliminano la libertà di scelta dell'assicurato stabilita nell'articolo 41 capoverso 1 LAMal e, di conseguenza, penalizzano gli ospedali con un livello qualitativo elevato, ciò che è incompatibile con un'assistenza sanitaria di qualità elevata. Per questo motivo, i volumi massimi di prestazioni devono essere sanciti nella legge.

Per **VD**, al capoverso 3 bisogna mantenere la versione dell'articolo 58e capoverso 2. A suo avviso, il secondo periodo non aggiunge nulla ed è oltretutto in contraddizione con il capoverso 4. Nel capoverso 5 lettera f, la «discussione interdisciplinare dei casi» fa riferimento all'approccio peer-review che, tuttavia, oltre a richiedere molte risorse è difficilmente attuabile negli ospedali di piccole dimensioni. Propone quindi di menzionare questo tipo di approccio come esempio possibile ma non obbligatorio.

TI osserva che il capoverso 5 elenca i requisiti definiti dal modello di pianificazione del Canton Zurigo (quali la disponibilità di medici, pronto soccorso e reparto di cure intense, il numero minimo di casi o la garanzia della qualità) e che al capoverso 6 è introdotta la possibilità di definire dei vincoli quantitativi. TI ha effettuato la sua pianificazione ospedaliera basandosi integralmente sul modello zurighese. Pertanto, per quanto concerne l'elenco dei requisiti, inclusa la possibilità di definire dei volumi massimi, condivide la proposta di modifica, pur riconoscendo che in taluni casi, essi potrebbero essere troppo vincolanti. A suo parere, un margine di apprezzamento a discrezione dei Cantoni dovrebbe essere mantenuto.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

PVL approva il capoverso 5 lettera g, ma propone di integrarlo affinché vengano utilizzati due valori soglia diversi: un numero minimo di casi più alto per la prima ammissione nell'elenco e

un numero minimo di casi più basso per il rinnovo del mandato. Infatti, se un ospedale riceve un mandato per un nuovo gruppo di prestazioni, ma raggiunge a malapena il numero minimo di casi, vi è costantemente il rischio che scivoli di nuovo sotto questa soglia. Ciò può spingerlo a «cercare/trovare» casi per rimanere sopra tale limite. L'integrazione proposta consente di contrastare questo incentivo sbagliato. PVL chiede anche che nel capoverso 5 venga inserita una lettera g^{bis} secondo cui i numeri minimi di casi devono garantire che solo le persone con sufficiente esperienza possono effettuare interventi o trattamenti. Se la persona curante o il relativo team è attivo in più ospedali, bisogna tenerne conto nella determinazione dei numeri minimi di casi. Attualmente, questi numeri vengono determinati separatamente per ogni ospedale e non riferiti alla persona curante. Tuttavia, visto che oggi è assolutamente normale che la stessa persona esegua interventi in più ospedali occorre tenere presente questo aspetto e integrarlo nel testo dell'ordinanza. PVL propone inoltre di inserire nell'articolo 58f un capoverso 5^{bis} secondo cui i mandati di prestazioni sono attribuiti separatamente per adulti e bambini. Infine, non concorda con le lettere a e b del capoverso 6. A suo parere, infatti, i mandati di prestazioni legati a un numero massimo di interventi possono creare incentivi sbagliati, ossia comportare l'esaurimento della quota o, qualora venga superata, conseguenze finanziarie per il paziente. Dall'ordinanza vanno quindi eliminati i volumi massimi di prestazioni. In compenso, bisogna menzionare esplicitamente la qualità delle indicazioni e disciplinare le conseguenze del mancato rispetto.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

Secondo **economiesuisse**, con gli adeguamenti dei capoversi 5 e 7 proposti nel progetto, ai Cantoni viene consentito tramite ordinanza di vincolare i mandati di prestazioni all'adempimento di condizioni. La LAMal non prevede esplicitamente questa possibilità ed è giusto che sia così perché nell'ambito della loro attività di polizia sanitaria i Cantoni devono concentrarsi sulla sicurezza dei pazienti e sulla garanzia della copertura del fabbisogno indipendentemente da chi paga le prestazioni. Se venissero applicate condizioni nel quadro della pianificazione cantonale del fabbisogno, sarebbe imperativo garantire che i Cantoni non possano abolire unilateralmente il finanziamento delle prestazioni AOMS secondo la loro quotaparte giusta l'articolo 49a LAMal. L'imposizione di condizioni per l'assicurazione sociale malattie diventa un problema se, nel singolo caso, il Cantone subordina al loro adempimento il suo obbligo di assunzione delle prestazioni di cui all'articolo citato, in quanto la mancanza di rimedi giuridici impedisce sostanzialmente agli assicuratori di verificarne il soddisfacimento. Questo compito spetta esclusivamente al Cantone interessato. Se la quotaparte di quest'ultimo viene a mancare per il mancato adempimento di condizioni, i costi di trattamento non coperti potrebbero andare a carico della persona assicurata o, in violazione a quanto previsto dal sistema, di un'eventuale assicurazione complementare, malgrado il Cantone resti in linea di principio debitore della sua quotaparte secondo la LAMal. In altre parole: la possibilità di stabilire condizioni può consentire a un Cantone di sottrarsi parzialmente all'obbligo di assunzione delle prestazioni giusta la LAMal. Questo fenomeno è già oggi chiaramente visibile nell'esempio dei volumi massimi (mandati di prestazioni limitati). Se ora la modifica dell'ordinanza rendesse possibile stabilire altre condizioni, il problema si aggraverebbe ulteriormente. Ovviamente questo sviluppo non corrisponde alla volontà del legislatore.

CP chiede lo stralcio dei capoversi 5 e 6, in quanto contraddicono lo spirito nel nuovo finanziamento ospedaliero entrato in vigore nel 2012, il cui intento è segnatamente quello di migliorare la qualità promuovendo la concorrenza tra gli istituti. Il fatto di determinare volumi massimi di prestazioni paralizzerebbe le attività degli ospedali, impedirebbe per definizione ai migliori istituti di aumentare il numero di prese a carico a costi inferiori e, di conseguenza, favorirebbe gli istituti meno performanti. Queste disposizioni non prendono inoltre in considerazione gli ultimi sviluppi della giurisprudenza in materia del TAF riguardante la pianificazione ospedaliera ginevrina e ticinese.

Per **economiesuisse** il capoverso 7 deve essere stralciato. A suo parere non è chiaro che cosa significhi «inappropriato» e a partire da quando si possa parlare di un «aumento del volume delle prestazioni». Concetti giuridici imprecisi come questi vanno evitati. Ritiene inoltre che gli incentivi economici possano essere definiti in modo ragionevole e più flessibile in accordi tariffali che non in leggi e ordinanze, e che pertanto non debbano essere generalmente vietati.

Riguardo al capoverso 7, **USS** accoglie con grande favore l'inasprimento delle condizioni per l'attribuzione di mandati di prestazioni cantonali attraverso il «divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati». In generale, ma soprattutto nell'assistenza sanitaria pubblica di base, il versamento di bonus per il raggiungimento di determinati obiettivi è completamente fuori luogo. Questi incentivi legati ai volumi oltre che sbagliati e costosi sono anche controproducenti e doppiamente onerosi. Dato che i pazienti assicurati in reparto privato o semiprivato sono finanziariamente interessanti – per i medici curanti anche in virtù di bonus generosi – essi sono sistematicamente vittima di sovratrattamenti. Le modifiche dell'ordinanza proposte, tuttavia, non affrontano questa situazione deplorabile. I costi inutili di ciascun trattamento superfluo su pazienti con assicurazioni complementari sono in massima parte sostenuti dall'assicurazione di base, perché anche per questi interventi la tariffa medica è a carico di quest'ultima. Non è quindi accettabile che si adduca la distinzione tra LCA e LAMal per giustificare l'immobilismo normativo e legislativo nel settore delle assicurazioni complementari che è indubbiamente quello dell'assistenza sanitaria con gli incentivi sbagliati più consistenti e costosi. Il rapporto del gruppo di esperti sulle misure di contenimento dei costi chiede esplicitamente che si impediscano tariffe abusive nel settore delle assicurazioni complementari (M28). USS esige quindi che sia la decisione definitiva del Consiglio federale in merito alla modifica dell'OAMal presentata sia il progetto di legge a lungo atteso sul secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi tengano debitamente conto del problema dei costi supplementari causati dagli incentivi sbagliati delle assicurazioni complementari e propongano o stabiliscano misure in tal senso. Sul fronte della trasparenza delle remunerazioni occorrono ulteriori passi che vadano oltre l'ordinanza, tra cui un'attuazione rapida e rigorosa della mozione Heim 18.3107 sulla trasparenza delle retribuzioni e degli onorari dei medici con funzioni direttive, recentemente trasmessa al Consiglio federale e da esso sostenuta.

economiesuisse propone eventualmente di inserire nell'articolo 58f un capoverso 8 secondo cui se un ospedale viola una o più condizioni ciò non esonera il Cantone dall'obbligo di assunzione dei costi secondo la sua quotaparte giusta l'articolo 49a capoverso 1 LAMal. Ritiene infatti che, nello stabilire i criteri di pianificazione, il Consiglio federale debba garantire l'obbligo del Cantone di assumere le prestazioni nel quadro della LAMal. Per **economiesuisse** questo è esattamente ciò che il finanziamento ospedaliero dovrebbe fare e l'argomentazione secondo cui non compete al Consiglio federale disciplinare questioni quali la delimitazione dell'assunzione dei costi da parte di un Cantone è sbagliata.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

AGILE.CH, **Verein Morbus Wilson** e **ProRaris** chiedono che nell'elenco di condizioni di cui al capoverso 5 venga inserita la disponibilità e il livello dei requisiti dell'assistenza sanitaria coordinata per le persone affette da comorbidità. Per le persone le cui malattie psichiche e fisiche necessitano di un trattamento acuto, i modelli di trattamento integrato sono fondamentali. Verein Morbus Wilson auspica la creazione di un servizio di controllo indipendente che verifichi i certificati medici nonché gli interventi e altre prestazioni di tutti i medici.

OSP giudica complessivamente molto positiva la proposta di sancire nell'OAMal le condizioni per gruppi di prestazioni.

A suo modo di vedere, nel capoverso 5 lettera e bisogna considerare che la cooperazione con altri ospedali ha dei limiti e si deve prestare attenzione ai gruppi di prestazioni per i quali la presenza sul posto di un medico in grado di riconoscere una complicazione grazie alla sua formazione e alla sua esperienza può essere determinante.

Ritiene inoltre che la lettera g debba essere integrata in modo che i numeri minimi di casi vengano legati a una verifica a campione della qualità delle indicazioni. I numeri minimi di casi per ospedale (team) e per chirurgo sono importanti al fine di creare i presupposti che consentano di migliorare la qualità, ma chi li prescrive non lo può fare senza nel contempo verificare la qualità delle indicazioni. In questo contesto, i colloqui sulle indicazioni (vedi lett. f) sono un elemento importante, ma è altresì fondamentale una verifica retrospettiva a campione delle indicazioni, soprattutto per gli interventi minori. Solo in questo modo è possibile prevenire il rischio di sovratrattamento.

Secondo OSP, il capoverso 6 lettera a deve essere integrato come il capoverso 5 lettera g affinché i numeri minimi di casi siano legati a una verifica a campione della qualità delle indicazioni.

AGILE.CH, Verein Morbus Wilson e ProRaris accolgono favorevolmente il capoverso 7 che vieta di inserire nei mandati di prestazioni incentivi per interventi inutili.

OSP approva il divieto di sistemi di incentivi volti soprattutto al non rispetto dell'obbligo di ammissione.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

SWISS REHA ritiene che le misure proposte nel settore della riabilitazione non saranno efficaci finché la Confederazione non avrà chiarito il concetto di riabilitazione secondo la LAMal.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono la disposizione del capoverso 3 perché, a loro modo di vedere, consente un margine di interpretazione troppo ampio e in parte contrario alla LAMal. Se questa disposizione va intesa nel senso che agli ospedali è vietato offrire prestazioni che esulano dai mandati di prestazioni ricevuti dai Cantoni, allora viola la LAMAL e deve essere respinta. In tal caso, infatti, infrangerebbe l'autonomia contrattuale che permette ai partner tariffali di stipulare contratti concernenti prestazioni che non figurano negli elenchi degli ospedali elaborati dai Cantoni.

Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler chiedono lo stralcio del capoverso 3.

Per **H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, Hirslanden, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** un divieto per gli ospedali figuranti negli elenchi costituisce un'ingerenza nella libertà di commercio e di industria nonché una palese penalizzazione nei confronti degli ospedali convenzionati. Ritengono infatti che la norma proposta sfavorisca gli ospedali figuranti negli elenchi nello sviluppo di innovazioni e di nuove offerte di prestazioni. Sono inoltre del parere che questa prescrizione costituisca un freno all'innovazione nella misura in cui un ospedale non può effettuare lavori preparatori in vista di un

nuovo mandato di prestazioni. Questa disposizione è perciò incompatibile con la LAMal e la LCA e crea incertezza giuridica.

Hirslanden, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler ritengono anche che rientri nell'autonomia contrattuale dei partner tariffali (assicuratori e ospedali) stipulare contratti concernenti prestazioni non riportate negli elenchi cantonali degli ospedali.

Secondo **H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** se il capoverso 3 va inteso nel senso che, per l'intero ventaglio di prestazioni offerte nel settore stazionario dell'AOMS, nell'elenco deve figurare almeno un ospedale che le fornisce, allora questa disposizione può essere approvata. Ritengono inoltre questa disposizione permetta di attribuire mandati di prestazioni solo per l'intero ventaglio di prestazioni di un ospedale, ciò che contrasta con l'articolo 39 LAMal secondo cui anche i singoli reparti di un ospedale possono essere autorizzati. Anche per questo motivo il capoverso 3 viola la LAMal.

Bündner Spital- und Heimverband è del parere che il secondo periodo del capoverso 3 debba essere stralciato perché manca il motivo per cui occorra attribuire mandati di prestazioni per l'intero ventaglio di prestazioni degli ospedali. A suo modo di vedere, i mandati di prestazioni devono essere attribuiti a un ospedale solo se esiste un pertinente bisogno di cure.

Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch propongono di aggiungere nel capoverso 3 che i Cantoni attribuiscono almeno un mandato di prestazioni a un ospedale cantonale o extracantonale per prestazioni specifiche della medicina complementare.

Per **unimedsuisse, CHUV e Universitätsspital Basel**, il capoverso 3 deve essere integrato affinché i mandati di prestazioni siano attribuiti anche per tutti i livelli di cura. Per la completezza dei mandati di prestazioni, infatti, occorre considerare anche la fornitura finale di prestazioni da parte degli ospedali universitari. Pertanto, non basta coprire il ventaglio di prestazioni nel senso dei gruppi di prestazioni secondo la sistematica GPPO, ma bisogna anche che siano rappresentati tutti i livelli di cura e ciò va precisato nel commento. Al riguardo, unimedsuisse, CHUV e Universitätsspital Basel fanno notare che le funzioni della medicina universitaria quale «fornitore finale di prestazioni» non sono sufficientemente rappresentate nelle pianificazioni cantonali vigenti. Gli oneri dell'assistenza sanitaria universitaria, sia essa stazionaria o ambulatoriale, ricadono soprattutto sui Cantoni di ubicazione, mentre la maggior parte di quelli non universitari vi partecipano solo parzialmente. Ciò è ingiusto visto che gli ospedali universitari fungono da fornitori finali di prestazioni per tutta la Svizzera. È pertanto importante garantire che, nel quadro della pianificazione intercantionale, le pianificazioni cantonali coprano tutti i livelli di cure incluso quello fornito da un ospedale fornitore finale di prestazioni. Per questo motivo, il ventaglio di prestazioni che deve figurare negli elenchi e nei mandati di prestazioni deve includere, oltre a tutti i gruppi di prestazioni secondo la sistematica GPPO, anche tutti i livelli di cure, dalle cure di base e quelle finali.

Per **Société vaudoise de médecine**, nel capoverso 4 è opportuno aggiungere «in collaborazione con le società mediche specialistiche», in quanto lo Stato deve agire di concerto e con competenze mediche sufficienti. Riguardo al capoverso 5, chiede che venga stralciata la «discussione interdisciplinare dei casi» dato che questa condizione è già parte integrante della qualità e ingerisce eccessivamente nell'operatività degli ospedali. A suo modo di vedere, spetta ai medici dell'ospedale garantire la qualità. Chiede anche lo stralcio della lettera g visto che l'imposizione di un numero minimo di casi non genera alcun beneficio. Ritiene inoltre che la lettera h sia pericolosa perché spalanca la porta a una pianificazione clientelare e inutile in

termini di qualità ed economicità. Il diritto cantonale deve essere conforme agli obiettivi federali. Infine, auspica lo stralcio della lettera a del capoverso 6 poiché ritiene incomprensibile limitare i volumi di prestazioni nel settore ospedaliero somatico acuto.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono la disposizione del capoverso 5. Secondo il suo tenore, le condizioni di cui alle lettere a–h vanno intese come un catalogo di condizioni a scelta e dal rapporto esplicativo si evince che l'elenco del progetto non è esaustivo visto che sono i Cantoni che pianificano ad avere la facoltà di decidere in merito ai requisiti da adempiere relativamente all'offerta di cure ospedaliere di livello qualitativo il più possibile elevato. I parametri menzionati alle lettere a–h sono tutti senza eccezione criteri strutturali. Anche gli esempi citati nel commento alla lettera f (garanzia della qualità), ossia discussione multidisciplinare, tumorboard, colloquio sulle indicazioni, sono criteri puramente strutturali. Non vi è invece traccia di criteri riguardanti la qualità dei risultati o delle indicazioni. Così, con il pretesto di un'assistenza sanitaria di livello qualitativo elevato, si legittima qualsiasi prescrizione strutturale concepibile per ogni singolo gruppo di prestazioni lasciando campo libero alla realizzazione di interessi particolari. A conti fatti, questa disposizione causerà un'impenata imprevedibile dei costi e innescherà una proliferazione di offerenti di sistemi per la misurazione della qualità a livello nazionale in netto contrasto con gli obiettivi della revisione dell'ordinanza che mira esplicitamente a ridurre le differenze tra le strategie di pianificazione cantonali e a promuovere l'impiego efficiente delle risorse. In questo modo, il Consiglio federale non adempie il compito conferitogli dalla LAMal di emanare criteri di pianificazione uniformi sulla base della qualità e dell'economicità (art. 39 cpv. 2^{ter} LAMal). Il rapporto esplicativo fa riferimento alla sistematica dei GPPO sviluppati e costantemente aggiornati dal Cantone di Zurigo. H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG sono però del parere che i GPPO siano stati sviluppati unilateralmente e che non vengano applicati in tutti i Cantoni. Oltretutto, in alcuni ospedali sono oggetto di controversie. Ritengono inoltre che sia il tipo di requisiti minimi sia il livello/la «quota di volo» per gruppo di prestazioni oppure per procedura o codice CHOP a cui questi requisiti si applicano siano estremamente problematici. Nei GPPO, determinate linee guida di alcune società specialistiche sono state dichiarate vincolanti senza essere state sottoposte a una procedura nazionale di riconoscimento. Ciò costituisce un problema nella misura in cui tali linee guida fissano requisiti minimi per esempio relativi alla struttura, alla dotazione di personale e alla formazione minima, e di conseguenza esigono requisiti minimi in termini di risorse impegnate. Ad oggi, gli organi direttivi strategici degli ospedali, responsabili degli investimenti necessari a tale scopo, non sono stati consultati in merito. Un altro aspetto problematico è il fatto che i requisiti alla base del modello dei GPPO sono stati in parte determinati unilateralmente dai Cantoni senza coinvolgere né esperti o società specialistiche né, di nuovo, gli organi direttivi strategici degli ospedali. Visto che tali requisiti influiscono sul calcolo del peso dei costi nella struttura tariffale SwissDRG e che con il presente progetto di revisione dell'OAMal tale influsso aumenta drasticamente, H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern ritengono che i requisiti minimi applicati sinora debbano essere verificati e quelli futuri definiti coinvolgendo gli organi direttivi strategici e operativi degli ospedali. Inoltre, occorre che la dichiarazione della loro obbligatorietà per i gruppi di prestazioni sia coordinata e disciplinata in modo uniforme a livello svizzero. Se i requisiti saranno disciplinati a livello cantonale, nel peggiore dei casi a un sistema nazionale di determinazione dei prezzi si contrapporranno 26 diverse pianificazioni degli investimenti, in altre parole il caos sarà assicurato. Purtroppo, la modifica dell'ordinanza proposta prevede esattamente questo scenario. Inoltre, visto che i Cantoni sono liberi di stabilire autonomamente e senza coordinarsi tra loro i requisiti per i singoli gruppi di prestazioni, lo stesso discorso vale anche per i requisiti concernenti la garanzia della qualità nei GPPO. I Cantoni potranno così creare doppi o, peggio ancora, contraddizioni con le convenzioni nazionali sulla qualità stipulate tra partner contrattuali. Su questo punto vi è urgente bisogno di chiarimenti e di coordinamento, non da ultimo ai fini di una gestione attenta delle risorse di tutti gli attori coinvolti.

Per **H+**, **Kantonsspital Aarau**, **Bündner Spital- und Heimverband**, **Asana Spital Leuggern AG**, **Asana Spital Menziken AG**, **Barmelweid Gruppe AG**, **Gesundheitszentrum Fricktal AG** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG**, il sesto paragrafo del commento all'articolo 58f secondo cui in un Cantone-città è possibile che gli ospedali debbano adempiere requisiti più elevati va assolutamente corretto. I Cantoni-città possono imporre obiettivi diversi, ma non più elevati, ma possono imporre requisiti diversi rispetto ai Cantoni di campagna. Una copertura del fabbisogno di cure ospedaliere di livello qualitativo elevato può essere attuata anche senza numeri minimi di casi il cui effetto in termini di miglioramento della qualità non è dimostrato. Secondo H+, il commento deve recitare: in un Cantone-città è possibile che gli ospedali debbano adempiere requisiti diversi.

Per **Kantonsspital Aarau**, **Bündner Spital- und Heimverband**, **Asana Spital Leuggern AG**, **Asana Spital Menziken AG**, **Barmelweid Gruppe AG**, **Gesundheitszentrum Fricktal AG** e **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, al posto delle lettere a–h del capoverso 5 va inserito che i mandati di prestazioni attribuiti nel quadro della pianificazione ospedaliera cantonale riportano quali requisiti devono essere soddisfatti per una copertura del fabbisogno di cure ospedaliere di livello qualitativo il più possibile elevato.

Kantonsspital Aarau, **Bündner Spital- und Heimverband**, **Asana Spital Leuggern AG**, **Asana Spital Menziken AG**, **Barmelweid Gruppe AG** e **Gesundheitszentrum Fricktal AG** ritengono che la formulazione del progetto sia in contraddizione con il sesto paragrafo del commento all'articolo 58f in base al quale i singoli Cantoni che pianificano hanno la facoltà di decidere in merito ai requisiti da soddisfare relativamente all'offerta di cure ospedaliere di livello qualitativo il più possibile elevato. Chiedono quindi che questo potere discrezionale venga inserito nel capoverso 5 al posto dell'elenco di condizioni che devono essere adempiute.

Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler è del parere che disciplinare in dettaglio in un'ordinanza i requisiti per gruppo di prestazioni sia eccessivamente rigido e non abbia senso. Ritiene che su questo punto occorra più flessibilità e uno scambio di opinioni tra specialisti. In alternativa, propone di specificare nell'ordinanza che valgono i requisiti GPPO.

Berit Klinik AG osserva che secondo l'ordinanza rivista ogni Cantone deve definire per sé le condizioni per ogni gruppo di prestazioni e gli stessi gruppi di prestazioni. In questo modo, l'obiettivo di uniformazione o di standardizzazione della medicina attraverso requisiti di qualità nazionali viene mancato e i Cantoni continuano ad avere troppo potere discrezionale nell'impostazione qualitativa della loro offerta ospedaliera.

RehaClinic AG fa notare che nella riabilitazione mancano gruppi di prestazioni unitari a livello svizzero per cui è impossibile stabilire requisiti unitari per ogni gruppo di prestazioni. I diversi requisiti rendono a loro volta impossibile un confronto della qualità. Gli istituti che in virtù delle prescrizioni cantonali devono adempiere requisiti più severi (p. es. chiave di ripartizione del personale più alta, più medici specialisti ecc.) sono economicamente svantaggiati rispetto a quelli con sede in Cantoni con requisiti meno rigorosi. La conseguenza è una distorsione della concorrenza.

Secondo **Swiss Nurse Leaders**, la disposizione del capoverso 5 costituisce un'ingerenza eccessiva nella sovranità cantonale. I numeri minimi di casi non sempre sono garanzia di buona qualità e alcuni pazienti vengono operati solo per raggiungerli.

Per **Dachverband Komplementärmedizin**, **UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare** e **Verein integrative-kliniken.ch**, nel capoverso 5 lettera a bisogna aggiungere che la condizione della disponibilità di un'offerta di base in medicina interna e chirurgia comprende anche offerte di medicina complementare selezionate per le quali esiste un attestato di formazione complementare riconosciuto dall'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM).

Hirslanden segnala che manca una definizione chiara di cosa si intenda con l'espressione «offerta di base» e ritiene che proprio in questo settore sarebbe utile specificarlo ai fini della compatibilità con il fabbisogno.

swiss orthopaedics chiede che questa disposizione venga modificata in «disponibilità di un'offerta di base in medicina operatoria e non operatoria».

Per **unimedsuisse**, **CHUV** e **Universitätsspital Basel**, la lettera a deve essere modificata affinché la condizione della disponibilità di un'offerta di base riguardi i campi di specializzazione medicina interna o chirurgia. L'offerta di base non deve necessariamente comprendere entrambi. Devono poterci essere anche ospedali che forniscono cure di base che non includono un'offerta chirurgica.

swiss orthopaedics chiede se con il capoverso 5 lettera b si intende che ai medici in perfezionamento deve essere garantito il perfezionamento oppure la formazione continua.

Hirslanden osserva che nella lettera c l'espressione «pronto soccorso» non è ben definita. Non è chiaro se si intendono solo i pronti soccorso riconosciuti o anche quelli non riconosciuti.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono il capoverso 5 lettera f. Ritengono infatti che questo non sia né il posto né il livello giusto per disciplinare la garanzia della qualità a livello di gruppi di prestazioni. Tutti gli strumenti di garanzia della qualità devono essere sanciti e gestiti in modo uniforme in un contesto nazionale. Infine, manca un coordinamento con la revisione del 21 giugno 2019 della LAMal concernente il rafforzamento della qualità e dell'economicità nonché con la relativa modifica dell'ordinanza pure in consultazione.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG sono contrari al numero minimo di casi proposto al capoverso 5 lettera g come condizione isolata stabilita per gruppo di prestazioni. L'esistenza di una correlazione tra numero minimo di casi e qualità dei risultati è stata dimostrata per alcune prestazioni ma non per altre. Correlazione, tuttavia, non è sinonimo di causalità. Un semplice innalzamento del numero di casi non implica automaticamente un miglioramento della qualità.

Hirslanden è del parere che i Cantoni abbiano un margine di discrezionalità troppo ampio nel decidere come definire i numeri minimi di casi e che ciò sia contrario all'auspicata uniformazione nazionale.

Bündner Spital- und Heimverband, **Asana Spital Leuggern AG**, **Asana Spital Menziken AG**, **Barmelweid Gruppe AG** e **Gesundheitszentrum Fricktal AG** sottolineano che non esiste alcuna prova scientifica che la qualità dei risultati migliori sensibilmente con un numero di casi più alto. A questo proposito, **H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** osservano che né le misurazioni dell'ANQ né i vari trattati scientifici dimostrano l'efficacia dei numeri minimi di casi per la garanzia o il miglioramento della qualità nell'assicurazione di base.

H+ è del parere che i numeri minimi di casi siano opportuni per evitare numeri di casi molto bassi e quindi le operazioni cosiddette occasionali, ossia gli interventi e i trattamenti complessi solitamente attribuiti alla MAS. **H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** ritengono inoltre che una valutazione troppo rigida dei numeri di casi non tenga conto del fatto che, da un anno all'altro, essi possono variare sensibilmente a dipendenza dell'incidenza della malattia o dell'infortunio e che per questo motivo non può costituire un criterio giudicabile.

Per **H+**, **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG**, **Bündner Spital- und Heimverband**, **Asana Spital Leuggern AG**, **Asana Spital Menziken AG**, **Barmelweid Gruppe AG**, **Gesundheitszentrum Fricktal AG**, **Hirslanden** e **Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali**, i numeri minimi di casi creano un notevole incentivo sbagliato ad aumentare i volumi, in altre parole inducono a effettuare anche interventi non necessari dal punto di vista medico al fine di raggiungerli.

Secondo **H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, Hirslanden e Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali**, il Consiglio federale crea una contraddizione se da un lato vieta i sistemi di incentivi volti ad aumentare i volumi delle prestazioni (vedi art. 58f cpv. 7) e dall'altro con i numeri minimi di casi prescrive un incentivo opposto.

H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG e Hirslanden fanno altresì notare che, se non sono raggiunti, i numeri minimi di casi possono portare anche a una limitazione sproporzionata del ventaglio di prestazioni (regola dello stop-and-go). In entrambi gli scenari, i numeri minimi di casi non contribuiscono affatto a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, ma piuttosto a peggiorarla.

H+, Bündner Spital- und Heimverband, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG e Gesundheitszentrum Fricktal AG ritengono inoltre che, se i numeri minimi di casi sono richiesti anche per chirurgo, gli ospedali diventano ampiamente dipendenti dai medici che li raggiungono e che questi incentivi finiscano inevitabilmente per generare costi supplementari.

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG sono anche dell'opinione che, purtroppo, nel settore LAMal i numeri minimi di casi siano spesso utilizzati come criterio di pianificazione e non come criterio di garanzia della qualità. Prescrivere ai Cantoni un requisito minimo con un effetto leva di questa portata può essere pericoloso e per questo va respinto. Applicati in modo sbagliato, i numeri minimi di casi possono addirittura annientare la promozione della cultura della sicurezza e della qualità dell'indicazione. In tal caso, a farne le spese è unicamente il paziente.

Per **H+** urge elaborare regole lungimiranti per la gestione dei numeri minimi di casi, affinché vengano impiegati in modo ragionevole e a beneficio del paziente con l'obiettivo di promuovere la sua sicurezza, la qualità delle prestazioni nonché un trattamento che soddisfi i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità, e di conseguenza non siano utilizzati solo come semplice strumento (sbagliato) per gestire la politica regionale di copertura del fabbisogno. **H+** raccomanda pertanto i tre principi seguenti: innanzitutto, i requisiti minimi per i numeri minimi di casi devono essere definiti focalizzando esclusivamente l'attenzione sulla sicurezza e sulla soddisfazione del paziente, tenendo conto di una qualità dell'indicazione che deve essere valutata dal punto di vista di quest'ultimo. In secondo luogo, occorre stabilire numeri minimi di casi laddove vi è un'evidenza medica pertinente e a condizione che ciò non infici il primo principio. In terzo luogo, i requisiti minimi per i numeri minimi di casi devono essere definiti con l'obiettivo esplicito di gestire la pianificazione della copertura del fabbisogno e ospedaliera solo nei grandi centri o nelle regioni in cui è stata comprovata una sovraofferta e altre misure non hanno sortito effetti, purché ciò non infici il primo principio.

Allianz Kinderspitäler der Schweiz ritiene che nel settore pediatrico e della chirurgia pediatrica eventuali numeri minimi di casi devono essere stabiliti in modo nettamente separato dal settore degli adulti, sia per il singolo ospedale sia per il singolo chirurgo. Tuttavia, si aspetta che in generale ci si asterrà dal fissare numeri minimi di casi nel settore pediatrico. Al riguardo, fa notare che in Svizzera, in base alle cifre di morbidità tra i bambini e gli adolescenti in molti settori specialistici, i numeri di casi in pediatria e chirurgia pediatrica sono di gran lunga inferiori a quelli nella medicina degli adulti.

Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch respingono i numeri minimi di casi, in quanto le persone che fruiscono di prestazioni della medicina complementare sono poche. Nel contempo, è solo in parte dimostrato che i numeri minimi di casi portano a una migliore qualità dei risultati. Per contro, possono costituire un incentivo sbagliato che contribuisce ad aumentare i volumi di prestazioni.

Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren chiedono che il capoverso 5 lettera g venga adeguato rinunciando a stabilire numeri minimi di casi per persona. Nella stragrande maggioranza dei casi a essere determinante per la qualità non è il singolo chirurgo da solo bensì il team. Inoltre, il requisito riferito alla singola persona fa lievitare i costi in quanto crea una concorrenza per accaparrarsi determinati medici.

swiss orthopaedics ritiene che questa disposizione vada stralciata oppure integrata con l'indicazione «in collaborazione con le società specialistiche», e sostiene con forza una gestione delle autorizzazioni legata alla qualità.

Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali fa notare che i numeri minimi di casi sono incontestabilmente un fattore di qualità, ma solo uno di tanti e nemmeno il principale. In mancanza di evidenze scientifiche sorge il sospetto che questa condizione abbia motivazioni politiche. Occorre comunque evitare che i trattamenti chirurgici standard vengano eseguiti da medici con poca esperienza.

swiss orthopaedics e **Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali** ritengono che stabilire numeri minimi di casi costituisca una notevole ingerenza nella libertà economica. Anche se è giuridicamente coperta dai mandati di prestazioni, per i fornitori di prestazioni il suo effetto all'atto pratico, ossia una limitazione dell'esercizio della professione, è evidente. Una simile limitazione deve sempre rispettare il principio di proporzionalità ciò che dubitano sia il caso. Per esempio, complicazioni, riammissioni e altri deficit di qualità dovuti a scarsa esperienza, hanno raggiunto livelli insostenibili. Non basta dunque che una misura come quella proposta abbia un obiettivo, occorre anche monitorare se tale obiettivo può essere raggiunto.

Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali fa altresì notare che i numeri minimi di casi sono problematici anche per quanto concerne la formazione continua e l'innovazione, che frenano il progresso medico e che nella MAS rivestono un'importanza diversa. Sottolinea che negli interventi complessi come quelli MAS anche la qualità del processo è nettamente più importante e che per questo motivo deve interessare l'intero team chirurgico. I numeri minimi di casi vanno quindi stabiliti per ospedale o team chirurgico ma non per medico. Infine, questi numeri non dicono nulla sulla qualità delle indicazioni che, benché sia di gran lunga più importante, con questa misura viene addirittura osteggiata. Per questi motivi, i numeri minimi di casi da soli non sono quasi mai un mezzo adeguato per migliorare la qualità. Inoltre, non risolvono il problema delle assenze per gravidanza, servizio militare o altre attività fuori Cantone e rendono pressoché impossibile aprire uno studio. Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali si chiede anche quali sarebbero le conseguenze se i numeri minimi per caso non venissero raggiunti a causa di un divieto parziale di esercizio della professione come quello ordinato durante la pandemia di COVID-19 quando era consentito effettuare solo interventi urgenti. A suo modo di vedere, più che con i numeri minimi di casi, la qualità va garantita attraverso appositi marchi delle società specialistiche e solo se questa soluzione si rivela inefficace e la situazione concreta risulta davvero insostenibile, misure come quella proposta possono entrare in linea di conto.

Per **unimedsuisse, CHUV e Universitätsspital Basel**, il capoverso 5 lettera g deve essere riformulato in modo che i numeri minimi di casi si applichino solo a trattamenti specifici o a un gruppo di varianti di trattamento. La loro applicazione per interi gruppi di prestazioni costituisce una novità e non ha alcuna base scientifica. Per questa ragione, i numeri minimi di casi devono essere utilizzati non come parametro pianificatorio per interi gruppi di prestazioni bensì come strumento di garanzia della qualità per singoli trattamenti o gruppi di opzioni di trattamento.

A questo proposito, unimedsuisse, CHUV e Universitätsspital Basel fanno notare che i numeri minimi di casi per gruppo di prestazioni non hanno alcuna base scientifica. I numeri minimi di casi sono importanti per la garanzia della qualità e a tal fine riguardano interventi e trattamenti specifici oppure l'uso di diverse opzioni di trattamento per una malattia specifica. Molti studi dimostrano che i numeri minimi di casi per ospedale contribuiscono a garantire la qualità nella fornitura di prestazioni. I numeri minimi di casi sono pertanto uno strumento importante, ma devono riguardare prestazioni specifiche. Come parametro pianificatorio – applicato a un intero gruppo di prestazioni – vanno invece respinti.

H+ respinge la disposizione del capoverso 5 lettera h. Se i requisiti minimi saranno stabiliti a livello cantonale, a un sistema nazionale di determinazione dei prezzi (SwissDRG) si contrapporranno 26 diverse pianificazioni degli investimenti e questo causerà un'incoerenza di vaste dimensioni.

Per **Hirslanden**, la formulazione di questa disposizione amplia sensibilmente il potere discrezionale dei Cantoni che potrebbero così prendere decisioni arbitrarie. Tuttavia, si devono applicare solo criteri conformi alla LAMal e stabiliti a livello nazionale.

H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, Kantonsspital Aarau, Bündner Spital- und Heimverband, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Hirslanden, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz e Zürcher RehaZentren respingono la disposizione del capoverso 6. A loro modo di vedere, i volumi massimi di prestazioni comportano di fatto una limitazione dei volumi e sono incompatibili con l'idea di concorrenza della LAMal e con la revisione parziale del finanziamento ospedaliero del 21 dicembre 2007. La limitazione a volumi massimi effettivi di prestazioni riduce la libertà di scelta dei pazienti di cui all'articolo 41 capoverso 1 LAMal e così facendo penalizza gli ospedali di alta qualità ciò che è contrario a un'assistenza sanitaria di livello qualitativo elevato e alla concorrenza basata sulla qualità voluta dal legislatore.

A questo proposito, **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz e Zürcher RehaZentren** segnalano che la limitazione a volumi massimi effettivi di prestazioni è qualcosa di completamente diverso dalla determinazione di volumi di prestazioni pianificati e che la limitazione della libertà terapeutica e della fornitura di prestazioni è sensibilmente maggiore che nel caso di una prescrizione fissata in un piano. È perciò necessaria una base legale che, tuttavia, al momento manca nella LAMal, per cui la prescrizione di volumi massimi di prestazioni viola la legge.

H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, Hirslanden, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz e Zürcher RehaZentren fanno presente che, se l'ospedale scelto liberamente da un paziente ha superato il volume massimo della prestazione di cui necessita, egli dovrà eventualmente ripiegare su un altro ospedale. Nel peggiore dei casi, un nosocomio dovrà respingere pazienti o ritardare ricoveri. Ciò equivale per certi versi a una forma di razionamento che può avere come conseguenza una medicina a due velocità e anche questo è contrario a un'assistenza sanitaria di livello qualitativo elevato.

Secondo **H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG**, è inappropriato giustificare la disposizione sui volumi massimi di prestazioni adducendo che l'articolo 51 LAMal prevede già esplicitamente la possibilità per i Cantoni di determinare uno stanziamento globale di bilancio. A loro parere, non si può derivare un obbligo nazionale sancito a livello di ordinanza da una possibilità per i singoli Cantoni contemplata dalla legge. Così facendo, il Consiglio federale va chiaramente oltre le sue competenze. Inoltre, lo stanziamento globale di bilancio ai sensi dell'articolo 51 LAMal è uno strumento di gestione delle finanze, ma anche se può avere un impatto sul volume delle prestazioni non può essere utilizzato per limitare i volumi delle prestazioni fornite.

Kantonsspital Aarau, Bündner Spital- und Heimverband, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG e Gesundheitszentrum Fricktal AG ritengono che, viste le ripercussioni sul panorama ospedaliero, per collegare i mandati di prestazioni a volumi massimi di prestazioni occorra perlomeno una base legale che nella LAMal non è data.

Per **Kantonsspital Aarau, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG e Gesundheitszentrum Fricktal AG**, nel settore della riabilitazione i volumi massimi di prestazioni e i numeri massimi di posti letto non hanno alcun senso perché i flussi di pazienti sono gestiti dagli assicuratori-malattie (garanzia di assunzione dei costi). La gestione dei volumi, quindi, non dipende dalle cliniche di riabilitazione. Inoltre, i numeri alti di casi sono indicativi di una qualità e di un'economicità elevate dato che molti invii significano che gli assicuratori-malattie sono convinti della prestazione. Chiedono anche che si spieghi come debba funzionare la gestione dei volumi visto che molte cliniche di riabilitazione trattano pazienti provenienti da 15–20 Cantoni. Per garantire la qualità, vanno stabiliti volumi minimi anziché massimi.

Secondo **Klinik Merit AG**, i volumi massimi di prestazioni contraddicono il principio di concorrenza che garantisce l'economicità della fornitura di prestazioni e la concorrenza qualitativa, e possono essere utilizzati per limitare l'attività di nosocomi di successo e attribuire più quote di mercato a ospedali pubblici.

Per **Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch**, il capoverso 6 deve essere stralciato in quanto la LAMal non prevede alcun controllo dei volumi e questa proposta può ampiamente limitare la libertà di scelta dei pazienti.

Anche **Universitätsklinik Balgrist** chiede lo stralcio di questa disposizione. A suo parere, la determinazione di volumi massimi di prestazioni nel settore ospedaliero somatico acuto costituisce un primo passo verso il razionamento nonché uno strumento di pianificazione economica in contrasto con gli obiettivi della LAMal, mina la libertà imprenditoriale degli ospedali e punisce quelli che, grazie alla qualità e alla reputazione della loro offerta terapeutica, sono in grado di attirare ulteriori pazienti.

Dal punto di vista di **FMH**, le lettere a e b del capoverso 6 vanno stralciate. La possibilità di stabilire condizioni relative a volumi massimi di prestazioni e numeri massimi di posti letto è problematica perché segna un passo verso lo stanziamento globale di bilancio che FMH respinge categoricamente.

unimedsuisse, CHUV e Universitätsspital Basel chiedono lo stralcio delle lettere a e b, adducendo che, ad oggi, la LAMal non prevede volumi massimi di prestazioni. A loro modo di vedere, una novità di questa portata richiede un'analisi dell'efficacia dettagliata che esamini a fondo gli effetti sui processi cantonali di pianificazione e di gestione e le conseguenti ripercussioni sull'assistenza sanitaria. Il disciplinamento dei volumi massimi di prestazioni non è ancora maturo.

AllKids è del parere che un aumento possibile e ingiustificato dei numeri di casi vada evitato mediante controlli della qualità. La determinazione di volumi massimi di prestazioni penalizzerebbe gli ospedali altamente efficienti e con un livello qualitativo elevato ciò che limiterebbe la libertà di scelta dei pazienti. I volumi massimi di prestazioni vanno quindi evitati, soprattutto nella medicina pediatrica.

Swiss Nurse Leaders ritiene che questa disposizione introduca indirettamente uno stanziamento globale di bilancio al quale è contraria perché metterebbe a repentaglio un'assistenza adeguata e paritaria ai pazienti (medicina a due velocità).

Riguardo al capoverso 6 lettera b, **RehaClinic AG** fa notare che nelle cliniche di riabilitazione i volumi di prestazioni sono gestiti dagli assicuratori-malattie attraverso il rilascio o il rifiuto della garanzia di assunzione dei costi e che gli stessi assicuratori-malattie influenzano in gran parte anche i flussi di pazienti. Le cliniche di riabilitazione, quindi, non possono né gestire né influenzare i volumi. Inoltre, di norma, un numero alto di casi è indicativo di una qualità e di un'economicità elevate nonché di una grande fiducia nella competenza della clinica di riabilitazione (non da ultimo anche da parte degli assicuratori-malattie che rilasciano la garanzia di assunzione dei costi). RehaClinic AG chiede altresì che si spieghi come debba funzionare nella pratica la gestione dei volumi da parte dei Cantoni per le cliniche di riabilitazione con un bacino di pazienti nazionale (invio di pazienti da 15 o più Cantoni).

Per **SWISS REHA**, i volumi massimi di prestazioni sono incompatibili con i requisiti di qualità della LAMal. Se proprio si devono fissare volumi di prestazioni, allora devono essere volumi minimi necessari per l'autorizzazione. I volumi massimi penalizzerebbero gli istituti che di norma grazie alla loro qualità sono i più richiesti. Questo vale ancor di più per la riabilitazione dato che – a differenza delle degenze della somatica e della psichiatria – ogni invio di un paziente deve essere dapprima controllato dal medico di fiducia della sua assicurazione malattie nel quadro di una procedura separata per la garanzia di assunzione dei costi. Per questo motivo, anche l'equiparazione con la psichiatria è inappropriata. L'eventuale prescrizione di un numero massimo di posti letto è in contrasto con l'obiettivo dell'orientamento alle prestazioni previsto anche nella riabilitazione – purtroppo con largo ritardo a causa del chiarimento pendente di questo termine da parte della Confederazione.

Riguardo al capoverso 7, **H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** e **Hirslanden** ritengono sia giusto impedire gli abusi commessi con i bonus legati al raggiungimento di determinati obiettivi quantitativi o con i kickback per l'invio di pazienti. Tuttavia, questa disposizione può mettere in discussione la remunerazione dei medici accreditati che non percepiscono un salario, ma vengono remunerati per le prestazioni fornite. Se non si vuole mettere a repentaglio il sistema consolidato e ampiamente diffuso di questi medici, è nell'interesse della certezza del diritto chiarire che non si tratta di un «sistema di incentivi economici inappropriato». Secondo H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG è altresì ipotizzabile che una remunerazione dei medici per prestazione medica nel settore ambulatoriale, per onorari nel settore delle assicurazioni complementari o per quote DRG nel settore stazionario possa comportare il non inserimento di un ospedale nell'elenco. In ultima analisi, si chiedono se la struttura tariffale per singola prestazione TARMED non sia già di per sé un «sistema di incentivi economici inappropriato». Una questione di tale portata può essere decisa solo a livello politico e in nessun caso tramite un'ordinanza.

Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, die Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz e Zürcher RehaZentren concordano con il motivo alla base del capoverso 7, ma ritengono che tale disposizione debba essere rielaborata.

H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz e Zürcher RehaZentren fanno notare che la LAMal prescrive remunerazioni legate alle prestazioni che costituiscono sistemi di incentivi economici appropriati. La nuova disposizione non può rendere impossibile il sistema dei medici accreditati e pregiudicare la libertà di scelta dei pazienti prescritta dalla LAMal. Nella misura in cui nel rapporto di mandato di tali medici le remunerazioni sono pagate caso per caso, ciò non è inappropriato. Ciò nonostante, approvano che il testo dell'ordinanza limiti la disposizione alle cure medico-sanitarie obbligatorie. Un disciplinamento delle remunerazioni nel settore dell'assicurazione complementare secondo la LCA sarebbe illecito e violerebbe la libertà di commercio e di industria. Ritengono inoltre che sia giusto impedire gli abusi commessi con i bonus legati al raggiungimento di determinati obiettivi quantitativi o con i kickback per l'invio di pazienti, ma contestano l'utilità pratica della disposizione.

Per **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz e Zürcher RehaZentren**, l'accusa secondo cui i sistemi di remunerazione causano un aumento dei volumi è discutibile. **H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** sono dell'avviso che già oggi esistano diverse procedure riconosciute per escludere dall'AOMS prestazioni che non soddisfano (più) i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità. A questo proposito, **H+** cita in particolare la strategia Health Technology Assessment (HTA) della Confederazione, le attività HTA del Swiss Medical Board e la campagna Choosing Wisely di Smarter Medicine.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern, Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz, AMOS e Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali auspicano lo stralcio di questa disposizione. Sia il termine «inappropriato» sia l'espressione «sistemi di incentivi economici inappropriati volti a un aumento del volume delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie» costituiscono concetti giuridici indeterminati che, a dipendenza di come vengono interpretati, possono andare addirittura oltre i requisiti formulati dal gruppo di esperti nel rapporto del 24 agosto 2017 sulle misure volte a contenere l'aumento dei costi. L'incertezza del diritto che ne consegue non è tollerabile in quanto impedisce agli ospedali di prevedere in modo affidabile quando violano la condizione in questione e quando no. In alternativa, **Ärztegesellschaft des Kantons Bern, Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz e AMOS** chiedono che venga apportata la seguente precisazione: «I mandati di prestazioni degli ospedali prevedono come condizione il divieto di prescrizioni in materia di volumi o di bonus nonché di rimborsi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie oppure (sic) volti al non rispetto dell'obbligo di ammissione. Il divieto è violato se il raggiungimento di determinati obiettivi o un rimborso legato ai volumi genera un aumento della remunerazione dei fornitori di prestazioni superiore al 10 per cento del reddito complessivo conseguito presso l'ospedale».

Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali è inoltre dell'opinione che, a dipendenza di come viene interpretata, questa disposizione vieti agli ospedali che figurano nell'elenco di stipulare contratti con i medici accreditati. Il progetto non vuole più consentire remunerazioni legate al volume di trattamenti effettuati. La legge prevede che un medico accreditato che fa nascere tre bambini uno in fila all'altro non può essere remunerato più di uno che effettua un solo intervento. Se i medici accreditati vengono remunerati non in base al loro output (numero di interventi) bensì al loro input (tempo di presenza), non sono più specialisti liberi professionisti, bensì impiegati a tempo parziale di un ospedale. La disposizione proposta costituisce un'ingerenza eccessiva nella libertà economica dei medici indipendenti accreditati.

Tale ingerenza è grave in quanto, in ultima analisi, impedisce in gran parte a questi medici di svolgere la loro attività come imprenditori privati. Inoltre, Confederazione e Cantoni non sono sinora riusciti a dimostrare che i trattamenti effettuati da medici indipendenti accreditati contribuiscono in misura significativa agli aumenti ingiustificati dei volumi nel settore stazionario. Pertanto, la grave ingerenza nel diritto fondamentale citato difficilmente può essere giustificata da un interesse pubblico preponderante.

Berit Klinik AG segnala che in ospedale i medici accreditati sono remunerati in base al numero di interventi in quanto non si tratta di impiegati fissi e che il sistema dei medici accreditati non è utilizzato come sistema di incentivi. A causare gli interventi sono semmai le indicazioni fornite dai medici. Nel singolo caso è garantito che tutte le terapie conservative possibili sono state esaurite.

FMH ritiene che, nell'articolo 58f capoverso 7, la formulazione «sistemi di incentivi economici inappropriati» sia molto generica e alimenti il timore che in futuro si cercherà di influenzare anche gli onorari nel settore delle assicurazioni complementari retto dalla LAC, ciò che la FMH respinge. Infatti, con un'esclusione di onorari si disciplinerebbe un settore soggetto alla LAC. Propone pertanto di riformulare la disposizione in questione come segue: «I mandati di prestazione degli ospedali prevedono come condizione il divieto di convenzioni sui bonus legati al raggiungimento di determinati obiettivi quantitativi e il divieto di pagamenti volti all'invio di pazienti trattati a carico dell'AOMS o al mancato rispetto dell'obbligo di ammissione di cui all'articolo 41a della legge».

Per **Società svizzera di patologia**, questa disposizione deve essere integrata con un nuovo capoverso 8 che obblighi gli ospedali a creare un sistema di registrazione delle prestazioni che non possa essere utilizzato indebitamente per sistemi di incentivi economici. Negli ospedali, la registrazione delle prestazioni avviene perlopiù sulla scorta delle posizioni TARMED che a loro volta sono legate alla remunerazione indiretta per i pazienti stazionari e diretta per quelli ambulatoriali. Il TARMED è un tariffario per singola prestazione basato sul tempo. Un divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati deve di conseguenza poggiare su un altro sistema di registrazione delle prestazioni negli ospedali e questo dovrebbe essere stabilito come condizione nell'ordinanza.

RehaClinic AG è del parere che per le cliniche di riabilitazione questo capoverso possa essere stralciato. Ritiene infatti che, a causa della procedura obbligatoria per la garanzia di assunzione dei costi, un incentivo economico possa essere utilizzato in modo improprio solo dagli assicuratori-malattie e che, di fatto, il divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati eliminerebbe il settore delle assicurazioni complementari.

Anche secondo **SWISS REHA** la condizione del divieto di sistemi di incentivi economici inappropriati va stralciata per la riabilitazione dato che la procedura separata per la garanzia di assunzione dei costi tramite il medico di fiducia dell'assicurazione malattie – procedura che la Confederazione ha imposto unicamente alla riabilitazione – ne impedisce la creazione. Per la riabilitazione occorre semmai valutare una disposizione che impedisca sistemi di incentivi economici inappropriati per il rifiuto (deliberato) di prestazioni autorizzate da parte dei medici di fiducia degli assicuratori.

Per **swiss orthopaedics** questa disposizione deve essere stralciata.

ASMAC propone un'integrazione finalizzata alla garanzia della qualità per quanto riguarda le condizioni di perfezionamento e alla creazione di incentivi positivi. A suo modo di vedere, occorre che, nel quadro di sistemi bonus-malus, i mandati di prestazioni attribuiti agli ospedali generino incentivi finanziari che garantiscano la qualità del perfezionamento dei medici secondo il regolamento per il perfezionamento professionale (RPP).

Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler dubita dell'utilità pratica di questa disposizione, in quanto non ci sono prove che incentivi finanziari sbagliati causino sistematicamente un aumento dei casi stazionari riducibile con una limitazione del modello salariale.

FMH e ASMAC propongono l'inserimento di un capoverso 8 in base al quale i mandati di prestazioni attribuiti agli ospedali garantiscono il costante rispetto delle prescrizioni della legge sul lavoro in materia di durata massima del lavoro e del riposo, e la qualità del perfezionamento dei medici deve essere garantito conformemente alle norme del RPP.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Per **curafutura** e **Helsana Sanitas KPT** il capoverso 3 non è chiaro. Entrambi i suoi periodi, infatti, sono suscettibili di interpretazioni equivocate. Chiedono quindi che sia formulato in modo più comprensibile.

santésuisse concorda in linea di principio con il capoverso 4. In passato, tuttavia, è purtroppo capitato che considerazioni di politica regionale abbiano prevalso sulla sicurezza dei pazienti. A suo parere, nell'attribuzione dei mandati di prestazioni agli ospedali, i Cantoni devono assumersi una maggiore responsabilità in materia di politica sanitaria.

santésuisse approva il capoverso 5. La prescrizione di condizioni crea una certa sistematica e impedisce che ogni Cantone emani un proprio disciplinamento sulla pianificazione ospedaliera, mentre per gli ospedali ciò significa che i mandati di prestazioni di diversi Cantoni sono strutturati in modo uniforme. Riguardo alla lettera g, **santésuisse** osserva che, nel panorama ospedaliero svizzero, i numeri di casi sono bassi rispetto ad altri Paesi e di conseguenza i rischi della cosiddetta «chirurgia occasionale» sono alti. Una giusta qualità delle prestazioni richiede un minimo di routine. Per questo motivo, i numeri minimi di casi per gli interventi sono assolutamente necessari.

Per **curafutura** e **Helsana Sanitas KPT**, la lettera h deve essere stralciata. Il principale obiettivo della revisione dell'ordinanza consiste nell'uniformare i criteri di pianificazione. I Cantoni possono limitarsi ai criteri contemplati nelle lettere a–g senza imporne altri.

Riguardo al capoverso 6, **santésuisse** critica gli stanziamenti globali di bilancio che, a suo modo di vedere, portano inevitabilmente tutti gli istituti con un mandato di prestazioni ad adottare misure di risparmio indipendentemente da quanti sforzi in tal senso abbiano già compiuto in passato. Questi limiti di costo penalizzano gli istituti più efficienti e orientati alla qualità. Occorre evitare le perdite di qualità e i razionamenti: non sono accettati dalla popolazione ed eventuali reazioni negative minano gravemente la fiducia nel sistema. Con un obiettivo di crescita anche i settori con una crescita «inferiore alla media» potrebbero avanzare pretese (p. es. aumento delle tariffe) mentre i settori in forte crescita addurrebbero sempre circostanze speciali (p. es. spostamenti di prestazioni stazionarie).

curafutura e **Helsana Sanitas KPT** accolgono favorevolmente il capoverso 7, ma respingono l'obbligo degli assicuratori di collaborare alla verifica dell'adempimento delle condizioni dei mandati di prestazioni.

Dal punto di vista di **Associazione svizzera d'assicurazioni**, il capoverso 7 lancia un segnale importante per contenere il sovratrattamento causato da incentivi economici. Il compito di controllare l'applicazione di questo divieto spetta oltre che ai Cantoni anche agli assicuratori, mentre quello di verificare i mandati di prestazioni compete ai Cantoni.

curafutura, **Helsana Sanitas KPT**, **santésuisse** e **KPT** propongono di inserire un capoverso 8 in base al quale, se un ospedale non adempie una o più condizioni del mandato di prestazioni, il Cantone non è esonerato dall'obbligo di assunzione dei costi secondo la sua quotaparte giusta l'articolo 49a capoverso 1 LAMal.

Per curafutura, Helsana Sanitas KPT e santésuisse, il nuovo capoverso deve anche stabilire che i Cantoni possono disciplinare nei mandati di prestazioni le sanzioni nei confronti degli ospedali che non adempiono le condizioni.

curafutura e Helsana Sanitas KPT fanno notare che le prescrizioni pianificatorie proposte riguardano l'offerta di prestazioni secondo la LAMAL e sono legate all'obbligo di assunzione delle prestazioni che la LAMAL impone ai Cantoni. Il raggiungimento degli stanziamenti globali di bilancio e dei limiti massimi non può essere verificato dagli assicuratori e trasferisce costi al settore delle assicurazioni complementari ciò che è contrario ai principi della LAMAL. Per questo motivo, è imperativo stabilire sanzioni in caso di violazione delle condizioni da parte di Cantoni e ospedali.

Per **santésuisse**, le condizioni previste nell'articolo 58^f capoverso 6 consentono ai Cantoni di stabilire un contingentamento. Un eventuale cambiamento nella ripartizione dei costi che ne dovesse risultare violerebbe i principi della LAMAL, segnatamente quello della parità di trattamento degli assicurati nonché l'articolo 51 capoverso 1 secondo periodo. Inoltre, occorre prevedere sanzioni specifiche nel caso gli ospedali sforino i contingenti.

Altre organizzazioni

Secondo **PflegeART**, il capoverso 3 deve essere modificato in modo che negli elenchi degli istituti per le cure acute e di lunga durata sia riportato il ventaglio di prestazioni previsto dal mandato di prestazioni. I mandati di prestazioni per la medicina tradizionale e complementare devono essere attribuiti a istituti per le cure acute e di lunga durata. I Cantoni devono garantire che, conformemente al mandato costituzionale (art. 118a Cost.), in questi istituti sia praticata la medicina complementare.

Per **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, le limitazioni quantitative proposte nel capoverso 6 violano i principi fondamentali del finanziamento ospedaliero e quindi la LAMAL, e costituiscono interventi pianificatori estranei al sistema. La verifica delle prestazioni fornite deve giustamente avvenire attraverso la corretta applicazione dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità. Bisogna pertanto evitare le gestioni dei volumi motivate da considerazioni pianificatorie e puntare piuttosto sulla qualità delle indicazioni e dei risultati come criterio decisionale per la valutazione delle prestazioni.

4.7 Pareri sulle disposizioni transitorie della modifica del 23 giugno 2021

Cantoni

CDS nonché **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, LU, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** ricordano che attualmente i Cantoni stanno elaborando una nuova pianificazione ospedaliera e che non bisogna impedire loro di completarla come previsto. Se dovessero ricominciare ancora una volta tutto daccapo e attendere che gli ospedali si preparino a soddisfare i requisiti prima di poter avviare la procedura di candidatura, ciò causerebbe lunghi ritardi e le disposizioni transitorie dovrebbero tenerne conto. Per i Cantoni citati e **AG** occorre anche armonizzare i contenuti e i tempi con la modifica dell'ordinanza per l'attuazione della revisione della LAMAL concernente il rafforzamento della qualità e dell'economicità. **UR** chiede di fissare a sei anni il termine per l'adeguamento degli ospedali somatici acuti e per gli istituti psichiatrici e di riabilitazione. Per **JU**, le disposizioni transitorie devono tenere conto che diversi Cantoni stanno elaborando la nuova pianificazione ospedaliera o prevedono di avviare il relativo processo.

Riguardo al capoverso 3, **CDS** nonché **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** rinviando al loro parere sull'articolo 58d capoverso 2. Dato che il numero delle case di cura che devono essere messe a confronto è nettamente superiore a quello degli ospedali, chiedono che il termine di adeguamento per le prime sia fissato a cinque anni anche perché, secondo i Cantoni menzionati, l'articolo 8b della modifica del 2 luglio 2019 dell'OPre prescrive un nuovo strumento per la valutazione dei bisogni elaborato sulla scorta di studi dei tempi scientificamente riconosciuti, che deve essere introdotto prima che possa fungere da base per una valutazione.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Poiché a suo modo di vedere il progetto proposto è in molte sue parti contrario alla legge o anticipa progetti legislativi, **H+** respinge anche le disposizioni transitorie.

Per **CURAVIVA** e **Senesuisse**, il periodo di tre anni fissato nelle disposizioni transitorie è troppo breve. Dato che i Cantoni sono obbligati ad adeguare o a introdurre ex novo la propria legislazione, chiedono che qualora il progetto venga posto in vigore così come presentato il periodo di adeguamento per le case di cura sia portato a sei anni come per gli ospedali.

5. Pareri sui principi di determinazione delle tariffe

5.1 Pareri sul progetto in generale

Cantoni

Tutti i **Cantoni** e **CDS** respingono il progetto relativo alla tariffazione. Secondo **CDS** nonché **AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH**, rimette in discussione il primato delle trattative tra partner tariffali. Inoltre, i Cantoni succitati, ad eccezione di **BS, GE, JU, SO, VS**, reputano che manchino le basi costituzionali.

CDS nonché **AR, BS, BL, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, SO, SZ, VD, VS, ZG** e **ZH** ritengono che il progetto limiti i Cantoni nella loro competenza legale di esaminare dal punto di vista dell'economicità le tariffe negoziate e di approvarle o, in alternativa, di fissarne di nuove.

Secondo **AG**, alcune delle norme contenute nell'adeguamento dell'ordinanza sono molto valide, come per esempio la prevista armonizzazione di elementi volti al contenimento dei costi e a imporne la piena trasparenza. Con le modifiche proposte tuttavia il Consiglio federale interviene eccessivamente nelle competenze cantonali in materia di definizione delle tariffe ospedaliere. **AG** quindi sostiene l'Esecutivo nella direzione intrapresa, ma rifiuta l'elevato livello di complessità del progetto. Anche **ZG** in linea di principio apprezza l'idea che la determinazione unitaria delle tariffe per tutta la Svizzera e la valutazione dell'economicità dei fornitori di prestazioni siano fissate a livello di ordinanza. In questo modo infatti si recepiscono nel testo dell'ordinanza alcuni punti centrali della giurisprudenza (prescrizioni relative al calcolo della tariffa, garanzia della trasparenza, base di dati). Ciò agevola i Cantoni nella gestione delle procedure e consente di prendere decisioni unitarie a livello nazionale. Secondo **ZG** attualmente le procedure di fissazione delle tariffe sono aumentate rispetto al passato, cosa che sta mettendo a dura prova i Cantoni. Poiché i partner tariffali hanno avuto difficoltà sempre crescenti ad accordarsi sulle tariffe, **ZG** accoglie positivamente un disciplinamento valido per tutti, anche in considerazione del fatto che ciò può semplificare le trattative fra partner tariffali e ridurre il numero di procedure di fissazione delle tariffe.

GR e **TG** non ritengono sia necessario un disciplinamento come quello proposto nel progetto posto in consultazione e reputano comunque che in larga parte ciò non rientri nella competenza normativa della Confederazione.

NE ritiene che un progetto in tal senso sia inammissibile in quanto viola l'autonomia cantonale non solo nel settore sanitario, ma anche in quello sociale e ambientale: *de facto* diventa impossibile tenere conto delle legislazioni cantonali specifiche e nei settori citati si dà adito a un livellamento a ribasso (p. es. nell'ambito degli assegni familiari, del finanziamento dell'apprendistato, della formazione, degli asili nonché delle strutture parascolastiche o nell'ambito energetico e ambientale). In generale, tali esigenze sono contemplate nelle legislazioni cantonali e possono essere a monte dei costi per le istituzioni; per questo devono venire considerate in modo appropriato e non solo come fonti d'inefficienza per le istituzioni che devono farsene carico.

CDS nonché **AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** non ritengono necessario che la Confederazione partecipi alla fissazione dei prezzi mediante principi di determinazione delle tariffe. Ciò infatti riduce il margine di manovra dei partner tariffali e limita le competenze cantonali immotivatamente, senza analizzare le ripercussioni sull'autonomia tariffale e le cure mediche.

Secondo **TI** il progetto, oltre a essere troppo rigido, rappresenta un'ingerenza sproporzionata della Confederazione nelle competenze cantonali e mette in discussione il primato dei partner tariffali riducendone il margine di manovra.

CDS nonché **AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** fanno sapere che fissare il valore di riferimento al 25° percentile limita considerevolmente il margine di azione nelle trattative tariffali: si teme infatti che in futuro, con tutta probabilità, nessun assicuratore approverà mai una tariffa al di sopra del valore di riferimento stabilito. Inoltre, **JU** sottolinea che ridurre il margine di manovra dei partner tariffali nelle trattative sicuramente si ripercuoterà sull'autonomia tariffale e sulle cure mediche.

Secondo **BE**, la scelta del 25° percentile è inconcepibile, tanto più alla luce del fatto che nelle sue sentenze il TAF sinora ha appoggiato valori di riferimento fino al 50° percentile. La fissazione di un metro dell'efficienza non è conforme al sistema, ma qualora si decidesse comunque di imporre il 25° percentile come limite massimo dovranno essere date spiegazioni. Lo stesso dicasi per la ponderazione, in quanto non è appropriato definire un valore di riferimento in base al numero di fornitori di prestazioni. Inoltre è indispensabile creare un gruppo di comparazione separato per ospedali fornitori finali di prestazioni e ospedali universitari per scongiurare drastiche e costanti lacune nella copertura.

Secondo **JU** l'unico obiettivo è la riduzione delle tariffe senza tuttavia riuscire a garantire la fornitura di cure di qualità elevata in funzione dei bisogni della popolazione, né tanto meno contenere i costi a carico della LAMal. La tariffazione come unico criterio non è sufficiente per frenare l'aumento dei costi, pertanto è fondamentale che i Cantoni continuino ad avere un ruolo centrale nella determinazione complessiva delle tariffe (prezzi relativi, quantità). **JU** inoltre fa notare che creare un quadro giuridico per attuare il progetto dell'OAMal «Qualità ed economicità» è prioritario rispetto all'adattamento dei criteri di tariffazione e che le presenti modifiche dovrebbero fondarsi su di esso e non ostacolarne l'implementazione.

AI ritiene che le proposte del Consiglio federale rappresentino un'ingerenza sproporzionata nelle competenze cantonali e che non generino alcun valore aggiunto degno di nota.

Secondo **CDS** nonché **AR, BL, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH**, a lungo termine tale modifica implica che l'unico criterio fondante della pianificazione delle cure ospedaliere saranno i costi. **CDS** nonché **AR, BL, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, VD, VS, ZG** e **ZH** non accettano questa prospettiva, rimarcando che la loro priorità è assicurare che le cure siano qualitativamente elevate e rispondano al fabbisogno.

OW è del parere che, diversamente da quanto illustrato nelle motivazioni del Consiglio federale, le misure proposte non incentivino la qualità delle cure. Determinare le tariffe in modo

unitario mediante un valore di riferimento massimo appena al 25° percentile avrebbe infatti l'effetto contrario.

SO è dell'avviso che fissare il valore di riferimento al 25° percentile comporterà che in futuro le cure ospedaliere saranno gestite quasi esclusivamente in base al criterio dei costi. Ciò implica che, presto o tardi, anche gli ospedali che lavorano in modo efficiente non saranno più in grado di coprire i costi delle prestazioni fornite, né di fare i necessari investimenti aziendali. Inoltre, si teme un peggioramento della qualità dei trattamenti che si ripercuoterà negativamente sulla popolazione.

CDS nonché **AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** ritengono che l'armonizzazione della procedura di calcolo dei costi per singolo caso o giornalieri, corretti per il grado di gravità, sia uno dei rari elementi apprezzabili del progetto. Se in futuro i partner tariffali, i Cantoni e la Sorveglianza dei prezzi calcoleranno i costi di gestione determinanti per il valore di riferimento basandosi sulle stesse basi di dati, tale modo di procedere aumenterà l'efficienza rispetto alla prassi attuale producendo molto probabilmente risultati intermedi più attendibili e incontestabili al momento della tariffazione. Tuttavia, secondo **CDS** e i Cantoni ad eccezione di **VS**, il ricorso a una disposizione facoltativa che lascia gli attori liberi di attuare o meno le comparazioni tra ospedali secondo l'articolo 49 capoverso 8 LAMal è una reticenza inutile della Confederazione.

CDS nonché **AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** fanno notare che nell'attuale contesto di lotta al SARS-CoV-2 gli ospedali sono confrontati a una situazione difficile. Inoltre, sono unanimi nell'affermare che, in alcuni istituti, il potenziamento delle capacità necessarie a curare i pazienti affetti da COVID-19 ha generato costi ingenti e che, a seguito del divieto del Consiglio federale di eseguire gli interventi d'elezione in vigore dal 13 marzo 2020 al 26 aprile 2020, gli ospedali hanno registrato considerevoli perdite di guadagno. Peraltro, sottolineano che al momento non è ancora possibile stimare in che modo tale crisi si ripercuoterà sulla situazione finanziaria degli ospedali. Nel contesto attuale e con il livello di conoscenze disponibili, al momento è irresponsabile decidere su una questione di portata così ampia come la remunerazione degli ospedali basandosi su nuove tariffe, soprattutto se si intende preservare la stabilità della copertura dei costi. Anche secondo **TI** va considerato il contesto storico della pandemia e le relative ripercussioni sull'offerta ospedaliera.

BE auspica che il Consiglio federale effettui un'analisi d'impatto della regolamentazione completa e motivata prima di portare avanti la revisione e caldeggia che ne siano illustrati gli effetti sugli attori e sui sistemi interessati (Confederazione, Cantoni, assicuratori-malattie, fornitori di prestazioni, assicurazioni sociali, ecc.).

AI ritiene molto inopportuno rivedere radicalmente i criteri di pianificazione e le disposizioni per determinare le tariffe in questo momento, anche alla luce dell'impegnativa gestione della crisi causata dalla COVID-19. Vista la già tesa situazione finanziaria degli ospedali a causa della pandemia e del lockdown, è irresponsabile prendere decisioni di ampia portata proprio ora sulla remunerazione degli ospedali secondo nuove regole tariffali. Inoltre, si sta perdendo l'opportunità di fare un bilancio della gestione della crisi esaminando quali insegnamenti trarne in materia di pianificazione ospedaliera.

Anche **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** sollevano una critica al rapporto esplicativo nell'ambito della determinazione delle tariffe: per quanto concerne il raggiungimento dell'obiettivo della concorrenza, il TAF ha constatato la necessità di misure nel settore degli ospedali per le cure acute e delle case per partorienti, ma in merito alla TARPSY non è stata emanata alcuna sentenza. In tal senso, ritengono che il campo d'applicazione della modifica dell'OAMal proposta sia troppo ampio. Secondo **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH**, al suo attuale stato di sviluppo, la struttura tariffale TARPSY – ancor più della SwissDRG, presenta limiti considerevoli per quanto concerne la rappresentazione

della durata della permanenza, riducendo la comparabilità delle cliniche psichiatriche. Anche la qualità dei dati sui costi e sulle prestazioni deve essere migliorata: per questo **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ TG, VD, VS, ZG** e **ZH** fanno sapere che definire nell'ambito della psichiatria un valore di riferimento valido per tutta la Svizzera con lo stesso periodo transitorio e lo stesso metro dell'efficienza non è appropriato. Quest'ultimo deve essere concretizzato semmai solo per la struttura tariffale SwissDRG e non per il «modello di remunerazione di tipo DRG». Se tuttavia si dovessero comunque emanare prescrizioni nazionali uniformi per il valore di riferimento nell'ambito della TARPSY, è bene ricordare che un valore di riferimento basato unicamente sui costi giornalieri non è appropriato per calcolare i costi medi giornalieri di una prestazione economica ed efficiente, poiché la durata media di degenza in psichiatria varia molto in base ai diversi piani terapeutici, e tali differenze non si riflettono nei costi giornalieri. **CDS** nonché **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** sottolineano inoltre che, in questo contesto, la riabilitazione disporrà a breve della struttura tariffale uniforme a livello nazionale «ST Reha» che risponde ai criteri di definizione specificati (tipo DRG).

JU fa notare che il benchmarking nel settore della psichiatria e della riabilitazione deve essere rimandato fintantoché non sarà possibile applicare in tutta la Svizzera una regolamentazione nazionale contenente i criteri di comparazione adattati a questi due settori.

BE evince che, all'articolo 59c capoverso 3 OAMal, in relazione alla determinazione delle tariffe sia proposta una modifica nel settore ambulatoriale volta alla forfettizzazione delle tariffe per singola prestazione. In linea di principio, laddove si rivelino appropriate, **BE** si dichiara favorevole a tariffe forfettarie ambulatoriali. Queste tuttavia fanno anche parte del pacchetto 1 delle misure per il contenimento dei costi attualmente al vaglio del Parlamento, pertanto emanare disposizioni esecutive in materia è prematuro. Nel rapporto esplicativo il Consiglio federale ha confermato la possibilità per i fornitori di prestazioni di conseguire e trattenere i guadagni di efficienza nel quadro della fornitura di prestazioni a carico dell'AOMS: secondo **BE** ciò costituisce un presupposto per una gestione aziendale economica, cosa che rende inconcepibile il motivo per cui non sia stata modificata la formulazione dell'articolo 59c capoverso 1 lettera a OAMal secondo il quale una tariffa può coprire al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente. Più appropriata sarebbe per esempio una limitazione dei dividendi. Anche **ZG** fa notare che il settore ambulatoriale è completamente escluso, benché anche in tale ambito sarebbero necessarie norme unitarie. **VD** propone di semplificare procedendo come nel caso delle cure di lunga durata presso le case di cura, ambito in cui il Consiglio federale emana le tariffe e i Cantoni garantiscono il finanziamento residuo.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PPD in linea di principio sostiene le modifiche e apprezza in particolare che si tenga conto dell'attuale giurisprudenza sulla determinazione delle tariffe, sottolineando che la libertà di scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera è stato un elemento centrale nell'adozione del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero. In caso di trattamento fuori dal Cantone di residenza, ogni paziente riceve dal Cantone di residenza e dall'assicuratore sanitario lo stesso importo che pagherebbe per un trattamento ospedaliero dov'è domiciliato. Secondo **PPD**, questo principio deve continuare a essere applicato chiaramente ed essere precisato, perché al momento non tutti i Cantoni lo rispettano.

PVL in linea di principio è favorevole al progetto in quanto promuove la libertà di scelta per i pazienti e la concorrenza per gli ospedali. L'armonizzazione delle basi di dati consente di eseguire comparazioni tra ospedali in tutta la Svizzera (art. 49 cpv. 8 LAMal). Tuttavia, gli adeguamenti dell'ordinanza devono essere limitati ai compiti fondamentali della Confederazione, vale a dire la definizione delle condizioni quadro e dei principi per una concorrenza libera e leale. Non è compito della Confederazione limitare l'autonomia tariffale e fissare i prezzi. **PVL**

propone di completare l'articolo 59c capoverso 1 nel senso che le tariffe devono includere adeguati contributi di ammortamento dei costi di investimento.

PS respinge il progetto di modifica dell'ordinanza nella parte concernente le disposizioni relative alla tariffazione. Gli adeguamenti sembrano puntare essenzialmente a un contenimento dei costi mediante una centralizzazione indiretta degli istituti di cura. PS ritiene che l'applicazione di queste nuove disposizioni potrebbe comportare un profondo cambiamento dello scenario ospedaliero svizzero, con il crescente rischio per le regioni periferiche di perdere gli stabilimenti di cura. Le disposizioni previste per fissare le tariffe delle prestazioni ospedaliere stazionarie, combinate alle misure di definizione del valore di riferimento, potrebbero avere pesanti ripercussioni sulle condizioni finanziarie degli istituti ospedalieri periferici di piccole dimensioni. Secondo PS, il metodo proposto dalle nuove disposizioni mette gli ospedali pubblici e quelli privati in una situazione di concorrenza attraverso una selezione basata sui costi lordi senza considerare le specificità delle diverse strutture. Questa non è la strada giusta per contenere i costi. Inoltre, PS osserva che la ricerca dell'efficacia nelle infrastrutture di cura delineata nelle nuove disposizioni mette ulteriormente sotto pressione gli istituti, con effetti negativi per il personale curante, oltre al fatto che l'eliminazione di posti di lavoro all'interno delle strutture sanitarie peggiorerà la presa in carico dei pazienti e di conseguenza anche la qualità delle cure.

Per quanto concerne le disposizioni sulla determinazione delle tariffe del modello di remunerazione di tipo DRG, **UDC** plaude alla proposta di tariffe ambulatoriali forfettarie, che rappresentano uno strumento utile per contrastare l'incremento dei volumi delle prestazioni. Esse tuttavia non devono solo essere «esaminate» ma anche attuate ogni qualvolta sia possibile.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

In merito al progetto di revisione, **CP** si chiede se vi siano sufficienti basi legali e, alla luce della crisi causata dalla COVID-19, ritiene che sia pericoloso eseguire una riforma prima che si possano valutare le conseguenze della crisi e i relativi danni causati agli ospedali.

economiesuisse valuta le modifiche dell'ordinanza come inefficaci, pertanto le respinge e richiede lo stralcio dell'articolo 59c^{bis}, in quanto rappresenta un'ulteriore ingerenza nelle trattative tra partner tariffali. La dettagliata determinazione dei prezzi mina il primato delle trattative basato sul partenariato tariffale. Inoltre, non esiste una base giuridica per le prescrizioni di calcolo delle tariffe. L'attuazione a livello di ordinanza dei risultati dell'autonomia tariffale, come indicato nel rapporto esplicativo, risulta illogica, in quanto l'autonomia tariffale è tale proprio perché non ha bisogno di essere (ri)disciplinata mediante un'ordinanza. Le prescrizioni per la determinazione delle tariffe non sono equiparate all'obbligo di comparazioni tra ospedali sancito dall'articolo 49 capoverso 8 LAMaI, cui peraltro il Consiglio federale non sta ancora adempiendo. Infine, la fissazione di un determinato percentile mediante ordinanza presuppone che ci sia una soglia di economicità chiaramente determinabile e tale ipotesi oggettivamente non è sostenibile. Il calcolo delle tariffe infatti è sì semplificato, ma solo se nel singolo caso viene considerata l'economicità, e ciò tipicamente è compito degli assicuratori. Si teme inoltre una nuova ondata di procedure di fissazione delle tariffe a causa dei chiarimenti che si renderanno necessari a fronte di numerosi supplementi e deduzioni, senza che ciò apporti benefici degni di nota.

USS rifiuta le disposizioni proposte. La fissazione di un valore di riferimento da parte della Confederazione è intrinsecamente in antitesi con il primato delle trattative tra partner tariffali e la definizione del 25° percentile è irrealistica anche in termini di dimensioni. Si suppone che ciò limiti fortemente il margine di manovra nelle trattative tariffali, in quanto gli assicuratori non accetteranno più alcuna tariffa che superi questo valore. La proposta di modifica dell'ordinanza

peraltro riduce la competenza dei Cantoni, che attualmente hanno l'obbligo legale di esaminare le tariffe negoziate in merito alla loro economicità e di approvarle senza una rigida regolamentazione del valore di riferimento. La diminuzione dei costi dell'AOMS stimata fino a 250 milioni di franchi che si otterrebbe passando al nuovo sistema rappresenta in definitiva un risparmio «tagliato con l'accetta» che interesserebbe soprattutto il personale curante. Ciò, in luogo di una gestione ragionata dell'assistenza sanitaria, implica solamente l'introduzione di una gestione dei costi nel settore stazionario.

USAM considera estremamente rischioso un cambiamento nell'ambito della tariffazione in quanto causa ridimensionamento incontrollato di ospedali e cliniche. Prima di smantellare la struttura tariffale in maniera affrettata conviene aspettare che si risolva la crisi causata dal coronavirus e se ne traggano gli opportuni insegnamenti. Inoltre, per evitare distorsioni della concorrenza, prima di correggere ulteriormente il panorama ospedaliero occorre eliminare i ruoli multipli dei Cantoni. Soltanto così si può assicurare che sul mercato rimangano gli ospedali migliori e più efficienti, e non quelli finanziati e protetti dalla mano pubblica.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Secondo **AGILE.CH**, **ProRaris** e **Verein Morbus Wilson**, la struttura tariffale SwissDRG causa una grande pressione finanziaria e lascia poco spazio per tener conto di situazioni e condizioni individuali. Da quando è stata introdotta questa struttura tariffale, gli oneri amministrativi degli ospedali sono in continuo aumento. Per questi motivi, i destinatari succitati chiedono che la SwissDRG sia sottoposta a una valutazione globale e che al contempo venga ulteriormente sviluppata, in particolare per quanto concerne il rimborso dei trattamenti di malattie senza una chiara diagnosi e delle malattie rare, nonché nel settore della medicina pediatrica. Finché non si correggono le lacune nel modello di remunerazione SwissDRG, un metro dell'efficienza che si basa su un sistema carente è da considerarsi insensato. Un metro dell'efficienza siffatto penalizzerà dal punto di vista finanziario gli ospedali che eccellono sia per la qualità che per un'assistenza particolarmente orientata alle esigenze di persone con bisogni speciali. Per questi motivi, AGILE.CH, ProRaris e Verein Morbus Wilson respingono il metro dell'efficienza proposto.

Se gli ospedali dovranno corrispondere a un valore di riferimento basato sul numero di fornitori di prestazioni e fissato al massimo al 25° percentile, **Pro Mente Sana** teme che essi saranno esposti a un'enorme pressione aggiuntiva sui costi e costretti di conseguenza a tralasciare quei trattamenti che non rientrano nell'onere di trattamento e cura strettamente necessario. In particolare, è possibile che le cliniche psichiatriche con una vasta offerta di prestazioni di psichiatria sociale e progetti in corso mirati allo sviluppo di una psichiatria moderna e d'avanguardia si trovino costrette a finanziarsi con l'aiuto di terzi o a interrompere questi servizi. In psichiatria la conseguenza sarebbe una crescente somministrazione di terapie farmacologiche, dato che ciò comporta un onere inferiore. La presente revisione di ordinanza causa quindi l'aumento e il trasferimento dei costi delle cure psichiatriche stazionarie invece della loro riduzione.

SGB-FSS plaude all'introduzione di criteri uniformi per la determinazione delle tariffe. Ritiene tuttavia che i bisogni delle persone con disabilità, per esempio quelle affette da sordità o sordocecità, sono ancora ignorati. Inoltre, i criteri per la determinazione delle tariffe devono prendere in considerazione gli obblighi derivanti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità²⁰ e dalla ²¹. SGB-FSS richiede che le prestazioni legate all'accessibilità vengano prese in considerazione nella determinazione delle tariffe e che il livello di

²⁰ Convenzione 13 dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità, RS 0.109

²¹ Legge del 13 dicembre 2002 sull'eliminazione di svantaggi nei confronti dei disabili, RS 151.3

accessibilità diventi il criterio minimo per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria. Inoltre, non ritiene opportuna la definizione del valore di riferimento come valore di efficienza, in quanto l'attuale struttura tariffale SwissDRG complica la remunerazione delle prestazioni orientate alle situazioni individuali dei pazienti. Fintantoché il modello di remunerazione SwissDRG non sarà rivisto, SGB-FSS respinge la determinazione di un valore di riferimento dell'efficienza

OSP condivide l'obiettivo di risparmiare, ma mette in guardia dal prendere la correzione basata sul grado di gravità come unità di misura assoluta e sempre affidabile. Si chiede se non sia necessaria una maggiore cautela durante le comparazioni, in quanto questi presunti costi comparabili calcolati non possono raggiungere l'obiettivo sperato. Inoltre, richiede che la struttura tariffale SwissDRG venga esaminata per individuarne le distorsioni sistematiche.

Organizzazioni del settore sanitario – fornitori di prestazioni

H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono le disposizioni riguardo i principi alla base della determinazione delle tariffe. Le prescrizioni rappresentano un'ingerenza profonda nel partenariato tariffale sancito nella legge e limitano fortemente il margine di manovra sia dei fornitori di prestazioni che delle unità finali di imputazione. Inoltre, il progetto contiene disposizioni chiaramente riprese dal primo pacchetto di misure di contenimento dei costi attualmente in discussione in Parlamento: non si tratta quindi di disposizioni d'esecuzione di leggi esistenti, ma di un'ordinanza avente carattere di legge. Le disposizioni riguardo il valore di riferimento (art. 59 c lett. c) privano gli ospedali della possibilità di realizzare profitti, impedendo loro di rifinanziare ristrutturazioni, innovazioni e nuove costruzioni. Ciò è in contrasto con la revisione della LAMal sul finanziamento ospedaliero, che, come confermato dal TAF, ammette i guadagni di efficienza. Tenendo conto delle dettagliate prescrizioni ora esistenti per una «determinazione e una valutazione uniformi dell'efficienza dei singoli ospedali», si deve inoltre presumere che si dovrà eliminare la creazione di gruppi di comparazione omogenei – seppur essa sia riconosciuta dalla giurisprudenza come correzione dei limiti di rappresentazione delle strutture tariffali come SwissDRG o TARPSY –, ciò che sarebbe sbagliato con il modello di benchmarking attualmente impiegato. In futuro, l'oggetto delle trattative non sarà più il valore massimo di efficienza, poiché questo sarà fissato nell'ordinanza, ma piuttosto il contenuto e l'importo dei supplementi e delle deduzioni riferiti agli ospedali in base al benchmarking. Secondo H+ e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, la fase di introduzione del sistema tariffale SwissDRG non è terminata. Non sono state ancora corrette le distorsioni principali, come il finanziamento di casi altamente deficitari, nonché la rappresentazione di capacità di riserva differenti e prestazioni aggiuntive a seconda della loro importanza nella catena delle cure, ma anche la definizione e valutazione delle prestazioni economicamente di interesse generale a livello nazionale, il disciplinamento del loro finanziamento e molto altro ancora. Ciò peraltro è confermato dagli studi condotti su mandato dell'UFSP e recentemente pubblicati da ECOPLAN. Fissare il valore di riferimento al 25° percentile vuol dire semplicemente che il 75 per cento degli ospedali svizzeri sono giudicati inefficienti, cosa che non corrisponde al vero e di cui non esiste la benché minima evidenza. Non è chiaro come l'UFSP possa raggiungere l'auspicato risparmio di 250 milioni di franchi nell'AOMS, ma questa proiezione è certamente esagerata e troppo semplificata. L'unico scopo di questa misura è limitare l'aumento dei premi dell'AOMS, ignorando completamente che dal punto di vista del cittadino, che paga sia premi che tasse, il risparmio equivale a zero. Rimane oscuro in che modo gli ospedali efficienti e di qualità elevata possano sopravvivere nel regime di un valore di riferimento fissato al 25° percentile. Gli ospedali pubblici possono ricevere finanziamenti per vie traverse mediante le prestazioni economicamente di interesse generale, e anche le infrastrutture ospedaliere possono essere salvaguardate per motivi di geopolitica regionale. Tuttavia, questo tipo di finanziamento contraddice la legge vigente che, almeno per gli ospedali efficienti, prescrive la copertura della totalità dei costi mediante le tariffe dell'AOMS e stigmatizza

sovvenzioni e altri finanziamenti trasversali dell'AOMS. Nel migliore dei casi, a sopravvivere saranno le cliniche specializzate che operano al di sotto della cosiddetta soglia di efficienza o quegli ospedali il cui ventaglio di prestazioni, benché limitato, gode di una buona o eccellente rappresentazione nel sistema SwissDRG. Al contrario, gli ospedali con un ventaglio di prestazioni completo o gli ospedali fornitori finali di prestazioni non saranno veramente in grado di operare in modo «efficiente», e ciò non a causa di un uso inefficiente delle risorse, ma a causa unicamente dei limiti di rappresentazione intrinseci della struttura tariffale. Il nostro attuale modello di formazione dei prezzi SwissDRG (struttura tariffale SwissDRG e benchmarking dell'AOMS) è afflitto da variabili distorsive non influenzabili dai fornitori di prestazioni e che non hanno niente a che vedere con l'aumento dell'efficienza. Infine, con la presente ordinanza i Cantoni, che sono anche proprietari di ospedali, possono adattare liberamente la pianificazione ospedaliera (pianificazione del fabbisogno, stesura degli elenchi ospedalieri e conferimento di mandati di prestazioni attraverso GPPO) e i requisiti minimi per gruppo di prestazioni.

Secondo **Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Verband Zürcher Krankenhäuser**, le misure proposte per la determinazione delle tariffe limitano eccessivamente l'autonomia dei Cantoni e violano il principio secondo il quale è chi paga ad avere potere decisionale. Le prescrizioni previste riguardo alla definizione del valore di riferimento sono unilateralmente a favore della riduzione dei premi dell'AOMS. La copertura insufficiente generata dalle presenti disposizioni avrà pesanti conseguenze per l'assistenza sanitaria della popolazione svizzera e per la situazione finanziaria degli ospedali e delle cliniche psichiatriche. La determinazione del valore di riferimento unicamente da parte degli assicuratori è in contraddizione con il primato delle convenzioni che sussiste tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori-malattie ed è dunque illegale. Il valore di riferimento proposto del 25° percentile comporta una riduzione della qualità e un aumento della pressione sul personale, con conseguenti licenziamenti. L'alta qualità dell'assistenza sanitaria fornita alla popolazione svizzera è dunque in pericolo e il settore sanitario, che rappresenta il maggiore fattore economico svizzero, ne uscirà indebolito. La pandemia di coronavirus ha dimostrato che, per superare la crisi, è stato decisivo avere un panorama ospedaliero decentralizzato e di prossimità: in particolare, si è potuto sgravare l'intero sistema perché le ondate di pazienti si sono distribuite in diverse sedi. Il progetto di concentrare sempre più le prestazioni mediche va quindi ripensato con uno sguardo critico. Alla luce di queste considerazioni, i partecipanti succitati respingono la revisione proposta. Se il Consiglio federale ha seriamente intenzione di frenare la crescita dei costi del sistema sanitario, è necessario che proceda con il progetto relativo al finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. Inoltre, occorre aumentare le tariffe ambulatoriali del settore ospedaliero per permettere che i costi delle prestazioni fornite in regime ambulatoriale siano coperti (**Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz** si dissocia da questo punto). Inoltre, **Spital Männedorf AG** rileva con sconcerto la mancanza di idee da parte dell'UFSP emersa dalla revisione: esistono infatti modi molto migliori di controllare l'incremento dei costi, introducendo per esempio incentivi corretti e conseguenti modelli basati sugli esiti (value-based medicine) o attuando un trasferimento verso il settore ambulatoriale.

Secondo **Kantonsspital Aarau**, il presente progetto è mirato a una riduzione dei costi non provata scientificamente e mette dunque a rischio l'elevata qualità dell'assistenza sanitaria svizzera. Il settore sanitario è già esposto a un'enorme pressione sui costi in condizioni normali, e a causa della sua struttura diffusa generalmente non dispone di riserve sufficienti di personale e infrastrutturali. Kantonsspital Aarau critica che, a quanto pare, il Consiglio federale non basi la definizione delle nuove prescrizioni su fondate analisi di dati e che palesemente non abbia eseguito alcuna analisi d'impatto, o comunque non vi siano riferimenti a riguardo nel rapporto esplicativo. Evidentemente, prevale solo la prospettiva di risparmiare sui costi in

favore dell'AOMS e a scapito degli ospedali. Il Consiglio federale non ha minimamente dimostrato che una riduzione dei costi di questo tipo sia oggettivamente opportuna o giustificata sulla base delle tariffe attualmente in vigore. Particolarmente opinabile è inoltre l'ingerenza ora prevista dal Consiglio federale, in quanto il finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali è un grande progetto di politica sanitaria incentrato essenzialmente sulla futura ripartizione degli oneri finanziari tra i Cantoni e l'AOMS. La chiave di ripartizione dei costi è un'altra delle principali questioni controverse ancora irrisolte tra i portatori di interessi coinvolti. In questo contesto, a maggior ragione sembra più appropriato che l'Esecutivo in questo momento eviti di avviare lavori a livello di ordinanza che influirebbero negativamente sulla distribuzione degli oneri finanziari. Con il presente progetto, tuttavia, il Consiglio federale fa il contrario, fissando un metro dell'efficienza che trasferisce il futuro onere del finanziamento ai Cantoni e rischia così di pregiudicare le decisioni del legislatore ancora pendenti nel quadro del finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. In questo contesto, una revisione dell'OAMal volta a ridurre i costi trasferendo unilateralmente le competenze agli assicuratori-malattie senza imporre loro un chiaro disciplinamento e una precisa responsabilità in materia di assistenza sanitaria non sembra sensata. Altrettanto negativamente è giudicato l'obiettivo di ridurre la capacità del sistema ospedaliero contenuto nella presente revisione della OAMal. Al contrario, è necessario proseguire con gli sforzi per intervenire sul diffuso panorama ospedaliero svizzero. Ciò deve avvenire alla luce del sole e sotto la guida della Confederazione e dei Cantoni come previsto dalla Costituzione, e non in modo indiretto fissando percentili e trasferendo le competenze agli assicuratori-malattie. Pertanto il progetto è respinto affinché sia rielaborato nella sua interezza.

Secondo **Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG e Gesundheitszentrum Fricktal AG**, il presente progetto si concentra sulla riduzione dei costi e mette a rischio l'elevata qualità dell'assistenza sanitaria svizzera. Durante la crisi causata dalla COVID-19, il nostro Paese si è dimostrato impreparato su tutti i livelli ad affrontare una simile pandemia ed è emersa l'enorme vulnerabilità dell'intero sistema sanitario svizzero, il quale, oltre all'enorme pressione sui costi a cui è già esposto in condizioni normali, non dispone generalmente di sufficienti riserve di personale e infrastrutturali. Ci sono stati momenti in cui i materiali di protezione, gli agenti terapeutici e i dispositivi medici scarseggiavano. Fortunatamente però in termini quantitativi la crisi causata dalla COVID in Svizzera non ha preso il corso più temuto. Alla luce di ciò, una revisione dell'OAMal con l'obiettivo di ridurre la capacità del sistema ospedaliero all'ora attuale sembra completamente insensata, mentre è auspicabile la richiesta di una moratoria, ovvero la sospensione di qualsiasi revisione della LAMal e dell'OAMal, finché non si sarà fatto tesoro degli insegnamenti impartiteci dalla pandemia. L'intero progetto viene pertanto respinto perché sia rielaborato nella sua interezza dal DFI.

Secondo **CHUV, Insel Gruppe AG, Universitätsspital Basel e unimedsuisse** l'introduzione a livello nazionale di un unico valore di riferimento per i costi di tutti i fornitori di prestazioni (dalle case per partorienti fino agli ospedali universitari), unito a un metro dell'efficienza con valore di riferimento del 25° percentile, minaccia la sopravvivenza della medicina universitaria in Svizzera e dell'innovazione medica ad essa connessa, poiché una non può sopravvivere senza l'altra. Gli ospedali universitari sono i fornitori di prestazioni alla fine della catena di presa a carico e al contempo la colonna portante delle cure ospedaliere svizzere, ma saranno più penalizzati dalle conseguenze negative di questa revisione. Eppure, proprio durante la pandemia di coronavirus, hanno pienamente dimostrato la loro fondamentale importanza per il sistema sanitario svizzero. Alla luce dell'esperienza internazionale in materia di sistemi DRG e della giurisprudenza svizzera riguardo la SwissDRG, è facile riconoscere che una struttura tariffale basata sugli importi forfettari ha dei limiti di rappresentazione intrinseci nel sistema e segnatamente non riesce a rappresentare adeguatamente le prestazioni aggiuntive degli ospedali universitari in qualità di fornitori finali di prestazioni. Il TAF ha sancito quanto segue: esaminando i sistemi DRG dal loro interno, qualora vi siano prezzi base uniformi, gli ospedali fornitori finali di prestazioni che trattano un numero sproporzionatamente alto di casi complessi

sarebbero penalizzati rispetto agli ospedali con un'offerta mirata al trattamento di casi redditizi (cherry picking). Una crescente differenziazione della struttura tariffale e una maggiore omogeneità dei sistemi DRG possono aiutare a mitigare il problema, ma non a eliminarlo, in quanto è una conseguenza intrinseca del sistema della tariffazione forfettaria e della moltitudine di funzioni a cui gli ospedali assolvono nella catena di presa a carico. Adottare come misura correttiva la fissazione di prezzi base differenziati non costituisce dunque un'ingerenza nella struttura tariffale incoerente col sistema stesso (sentenza 2014/36, consid. 22.7). Dall'introduzione della SwissDRG nel 2012, sono stati apportati continui miglioramenti al sistema al fine di ottenere una migliore differenziazione delle prestazioni, ma, con il tempo, questo sviluppo ha fatto emergere sempre più i limiti di rappresentazione intrinseci nel sistema: per esempio, secondo i calcoli di SwissDRG SA, applicando a livello nazionale un prezzo base uniforme di 10 745 franchi in base alla versione SwissDRG 10.0 applicabile nell'anno tariffario 2021, gli ospedali universitari continueranno a disporre di un finanziamento nettamente insufficiente (circa 220 milioni di franchi) con una copertura dei costi di appena il 92,8 per cento (dati estrapolati dall'incontro informativo di SwissDRG SA del 30 aprile 2020). Se il prezzo di base reale degli ospedali universitari – che oggi si avvicina al valore ideale per il sistema, dovesse spostarsi verso o al di sotto della media del prezzo base di tutti gli ospedali, le perdite strutturali annue previste ammontano a più di mezzo miliardo di franchi all'anno. Determinare le tariffe in base a un benchmarking eseguito a livello nazionale tra tutti gli ospedali e applicare supplementi e deduzioni scarica unicamente sugli ospedali fornitori finali di prestazioni la responsabilità di dimostrare mediante raccolta dati i difetti di rappresentazione della struttura tariffale SwissDRG. Ad oggi, nemmeno SwissDRG SA è riuscita ad assolvere a questo compito. Gli ospedali universitari hanno sviluppato un modello basato sui dati in grado di illustrare e quantificare le differenze di costo ascrivibili alle prestazioni tra gli ospedali (cfr. Widmer, Spika e Telser, cfr. <https://www.usz.ch/fuer-mehr-chancengleichheit-in-der-spitalfinanzierung/>). Questo modello tuttavia non trova l'appoggio degli assicuratori-malattie. Sebbene anche gli assicuratori-malattie di tarifsuisse e della cooperativa di acquisti Helsana Sanitas KPT stiano valutando possibili modelli per la differenziazione dei prezzi di base, è improbabile che in un futuro prossimo si riesca ad approdare a un modello riconosciuto da tutte le parti. Secondo la Commissione federale delle tariffe mediche (CTM), l'applicazione di un prezzo base più alto per i cinque grandi ospedali fornitori finali in Svizzera è un principio inoppugnabile. Quanto accaduto negli ultimi anni lo dimostra molto chiaramente: il sistema basato su importi forfettari e su DRG non è in grado di rappresentare con precisione neanche le particolarità dei grandi ospedali fornitori finali in Paesi con un numero di casi molto superiore rispetto a quello della Svizzera (p. es. in Germania), né di determinare pesi dei costi statisticamente affidabili ed equi. Per questo motivo, anche i Paesi che impiegano il sistema DRG da più tempo hanno adottato soluzioni sostitutive o complementari al sistema, come per esempio la remunerazione separata o il pagamento aggiuntivo per determinati gruppi di pazienti o determinati ospedali (cfr. Stephani V. et al. (2020) Vergütung von spezialisierten, seltenen und kostenvariablen Fällen außerhalb des DRG-Systems: Erfahrungen aus Deutschland, Dänemark, England, Estland, Frankreich und den USA. In: Klauber J. et al. (eds), Krankenhaus-Report 2020, edizione Springer, Berlino, Heidelberg; https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_4). Per scongiurare che nella LAMal ci sia un sottofinanziamento cronico degli ospedali universitari, bisogna abbandonare l'idea prescritta dal TAF di un benchmarking nazionale tra ogni ospedale. Al contrario, un benchmarking tra gli ospedali universitari è assolutamente fattibile, e sarà sufficiente a mantenere a un buon livello e conformi alla legge sia la pressione sull'evoluzione dei costi che l'incentivo all'efficienza.

diespitaeler.be e **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** respingono il progetto innanzitutto perché punta principalmente a ridurre la densità ospedaliera su tutto il territorio svizzero e, conseguentemente, all'auspicato contenimento dei costi nel settore della sanità fino a 250 milioni di franchi. Dall'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero del 2012, il

processo di concentrazione e razionalizzazione ha subito una forte accelerazione e non richiede ulteriori interventi né da parte della Confederazione, né tanto meno a livello di ordinanza. Il progetto in discussione inoltre avrà conseguenze drammatiche sulla situazione finanziaria degli ospedali per le cure acute, delle cliniche psichiatriche e delle cliniche di riabilitazione e, secondo le valutazioni di H+, ciò rappresenta una sciagura per più di 100 ospedali operanti nel settore delle cure di base (cfr. l'ultimo studio di Polynomics). Probabilmente, la perdita per gli ospedali sarà di gran lunga maggiore rispetto ai 1,2 miliardi di franchi stimati, con conseguenze negative per la qualità, la sicurezza dei pazienti e l'assistenza sanitaria in toto, in particolare nelle regioni periferiche. Il metro dell'efficienza deve essere fissato in modo tale che porti all'esclusione dei fornitori di prestazioni inefficienti, senza rappresentare però un salasso per gli ospedali che si sobbarcano l'onere di garantire la copertura del fabbisogno. Scegliendo il 25° percentile, questo principio viene invece disatteso. In una situazione di sottofinanziamento degli ospedali, per garantire la copertura del fabbisogno i Cantoni e, se del caso, i comuni dovranno concedere sovvenzioni che sarebbero in contrasto con il sistema, ma inevitabili proprio per ragioni politiche. L'ultimo studio di Polynomics analizza le conseguenze che la scelta del 25° percentile avrà sugli ospedali, per i quali prevede un enorme sottofinanziamento dovuto a una spirale verso il basso delle tariffe. Da quanto emerge da una simulazione effettuata utilizzando il 25° percentile, già dopo sette anni, tutti gli ospedali universitari e molti ospedali regionali operanti nel settore delle cure di base perderanno il proprio capitale a causa dei deficit che si troveranno ad affrontare e, da un punto di vista economico, saranno esclusi dal mercato. A causa del ribasso dei prezzi base, nel corso degli anni il sottofinanziamento aumenterà costantemente per tutti gli ospedali, lasciando una voragine di miliardi e, da un punto di vista strettamente economico, costringendo molti di essi a ritirarsi dal mercato. La procedura di benchmarking presenta gravi lacune. È quindi evidente che gli istituti come le case per partorienti, gli ospedali privi di reparti di primo soccorso e/o di reparti di cure intense, come le cliniche specializzate con un'offerta di prestazioni selezionata, in virtù delle loro strutture dei costi più semplici, non possono essere confrontati con gli ospedali per le cure somatiche acute, psichiatriche o riabilitative meglio attrezzate, e nemmeno con gli ospedali universitari. Proprio gli istituti che, a causa della loro conformazione, calcolano tariffe più basse sono decisamente sovrarappresentati al di sotto del 25° percentile e comportano quindi una significativa distorsione del quadro generale. Per scegliere un percentile appropriato è quindi indispensabile tener conto dell'eccessiva rappresentazione di istituti che per loro natura hanno costi più contenuti. Una procedura di benchmarking nazionale in un mercato regolamentato deve tener conto soprattutto dei diversi costi legati ai salari e alla sede all'interno dei Cantoni, in quanto questi costi non sono fissi. L'attuale procedura di benchmarking mette a confronto entità che non hanno nulla a che vedere le une con le altre. È discutibile il fatto che, da quanto si evince, il Consiglio federale non si basi su alcun dato e abbia tralasciato di effettuare un'analisi d'impatto della regolamentazione di questo progetto nonostante le conseguenze manifestamente nefaste per il settore ospedaliero e sanitario svizzeri in caso di entrata in vigore della revisione dell'OAMal proposta. Peraltro quest'ultima anticipa in parte alcune disposizioni dell'iniziativa sulle cure infermieristiche del primo e secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi, per i quali l'iter legislativo non è ancora concluso. È quindi inaccettabile che esso venga affossato anzitempo mediante un'ordinanza. Particolarmente opinabile inoltre è il fatto che il Consiglio federale intervenga nella ripartizione dei costi tra i Cantoni e l'AOMS mentre è in corso una controversa discussione sul grande progetto di finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, che riguarda essenzialmente proprio questa ripartizione dei costi. Il progetto vede gli assicuratori-malattie come unici detentori del diritto di elaborare il valore di riferimento dei costi per poi poterlo utilizzare per la determinazione delle tariffe, benché essi non abbiano alcuna responsabilità per quanto concerne l'assistenza sanitaria. La determinazione di un valore di riferimento nazionale è di competenza della Confederazione e dei Cantoni, ma idealmente dovrebbe essere un organo esterno e neutrale a occuparsene. Il progetto non è abbastanza chiaro a questo proposito ed è stato un'occasione persa per emanare una prescrizione sulla fissazione di un valore di riferimento nazionale basato su fondamenti scientifici. Per il benchmarking, a partire dall'anno tariffario 2023 si dovrà fissare il

25° percentile a livello di ordinanza. In questo modo la Confederazione si assumerà il compito, attualmente svolto in maniera restrittiva dagli assicuratori-malattie, di fissare il valore di riferimento, e ciò è inaccettabile. Questo metro dell'efficienza è insostenibile, è una minaccia per il primato delle trattative stabilito per legge tra ospedali e assicuratori e se ne fa beffe. Inoltre, un benchmarking basato sul numero di ospedali è distorsivo e poco equo. Per raggiungere risultati adeguati, è necessario effettuare una ponderazione dei singoli casi. Il metro dell'efficienza deve rimanere al 40° percentile o essere fissato a un percentile maggiore. Già attualmente, il 40° percentile non assicura il finanziamento sostenibile degli istituti rilevanti per il fabbisogno e per il sistema. Durante la crisi causata dalla COVID-19, la Svizzera si è dimostrata impreparata su tutti i fronti ad affrontare una tale pandemia e abbiamo visto quanto velocemente anche il nostro eccellente sistema sanitario ha raggiunto i suoi limiti. Fortunatamente, nonostante il reale pericolo, durante la prima ondata lo scenario non è stato catastrofico. Al momento, l'andamento della pandemia e l'arrivo di una possibile seconda ondata rimangono un'incognita. Alla luce di quanto appena verificatosi a causa della COVID-19, questo progetto di ordinanza è in contrasto anche con quello che abbiamo appena scoperto essere importante da un punto di vista di politica sanitaria (necessità di prestazioni di riserva e capacità). Per le ragioni appena menzionate, il progetto non si trova in linea con l'attuale panorama generale e sembra nascere da una stesura affrettata. **diespitaeler.be** invita quindi il Consiglio federale a ritirare il presente progetto di ordinanza e a interrompere la revisione dell'ordinanza in questa forma. Le richieste legittime e le proposte di ottimizzazione devono essere riesaminate nella loro interezza nell'ordinario processo legislativo e integrate in una revisione della LAMal e, se necessario, insieme al primo e secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi (con scadenza al termine di referendum).

In linea di principio **Hirslanden** accoglie positivamente l'idea di una revisione dell'OAMal per attuare l'articolo 39 capoverso 2^{ter} LAMal. Un adeguamento dell'OAMal ai criteri sviluppati dalla giurisprudenza per calcolare il valore di riferimento ne semplifica l'applicazione e ne migliora la conformità al diritto. Tuttavia, Hirslanden respinge l'attuale progetto per le seguenti ragioni: lo scopo della presente revisione dell'OAMal è innanzitutto un'ulteriore riduzione dei costi a favore dell'AOMS, senza aver prima però condotto una analisi d'impatto fondata. Inoltre, il progetto viola diversi aspetti delle disposizioni legali esistenti. Fissare il limite del valore di riferimento al 25° percentile non rappresenta solo un'ingerenza del Consiglio Federale nell'autonomia tariffale delle parti, ma anche una sproporzionata limitazione del loro margine di trattativa. Con questa limitazione, gli ospedali si vedrebbero negare 1,2 miliardi di franchi ogni anno e, come mostrato da una perizia di Polynomics del 4 giugno 2020, i fornitori di prestazioni non sarebbero più in grado di sopravvivere a causa delle nuove disposizioni. La qualità e la garanzia della copertura del fabbisogno saranno pregiudicate da queste perdite finanziarie negative che colpiranno gli ospedali. Non essendo in grado di realizzare guadagni di efficienza, anche gli ospedali più virtuosi, a lungo termine, dovranno lottare per sopravvivere. A quel punto quale ospedale potrà ancora permettersi di investire? Come conseguenza, non solo le infrastrutture diventeranno obsolete, ma anche i trattamenti non redditizi non saranno più offerti, pregiudicando la garanzia della copertura del fabbisogno in Svizzera.

Universitätsspital Basel cita lo studio di Polynomics: elemento decisivo per il finanziamento del sistema è la scelta del percentile. Scegliendo il 25° percentile come valore di riferimento, il sottofinanziamento è stimato tra 600 milioni e un miliardo di franchi nell'anno tariffario corrispondente a seconda della ponderazione. Ciò significa che i profitti derivanti degli importi forfettari per singolo caso non sono minimamente sufficienti a coprire i costi derivanti dalle strutture DRG degli ospedali. Il sottofinanziamento è maggiore in assenza di una ponderazione in funzione delle dimensioni dell'ospedale. In questo caso, con il 25° percentile, è destinato a una copertura insufficiente il 75 per cento degli ospedali, che da soli sono responsabili per il trattamento dell'87 per cento di tutti i pazienti in Svizzera. Le poche strutture i cui costi sono completamente coperti sono per la maggior parte cliniche specializzate. Le nostre analisi mostrano anche che con un percentile basso, gli ospedali con caratteristiche specifiche al di sotto

del valore di riferimento saranno sistematicamente sottorappresentati e sovrarappresentati. [...] Mostriamo con una semplice simulazione che la scelta del 25° percentile porterà in pochi anni la maggior parte degli ospedali all'esaurimento del proprio capitale a causa delle perdite subite, costringendo gli ospedali a ritirarsi dal mercato a meno che non ricevano fondi aggiuntivi (sovvenzioni, donazioni) o nuovi capitali da parte dei proprietari («Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking», Polynomics, Dr Barbara Fischer, Marc Bill, Dr Beatrice Mäder, Dr Harry Telser, 4 giugno 2020). È un affronto definire antieconomico un insieme di ospedali che da soli trattano l'87 per cento dei pazienti solo perché non rientrano nel 25° percentile. Il rapporto (ratio) su cui si basa tale revisione è controproducente. Sorge la domanda di come un benchmarking siffatto, e in particolare la scelta di un basso percentile, possa influenzare a lungo termine le finanze dei singoli ospedali e la situazione della loro offerta di cure. Dall'introduzione di SwissDRG, gli ospedali universitari soffrono a causa della mancanza di precisione del sistema per quanto riguarda la rappresentazione. Non è una sorpresa, considerando la limitata quantità di casi statisticamente rilevanti, eppure è un problema reale per il quale mancano soluzioni sostenibili. La lotta per la sopravvivenza dei fornitori massimi di prestazioni nel sistema causerà un'ondata di nuovi procedimenti giudiziari (a carico del TAF) per legittimare le rappresentazioni palesemente errate del sistema in materia dei prezzi di base più elevati. Questa avventata modifica dell'ordinanza non risolverà il problema del sistema DRG, ma lo accentuerà, e invece che fornire soluzioni sostenibili, terrà impegnati i fornitori di prestazioni con una presa a carico massima e i tribunali in complicati procedimenti legali. Nella revisione si tiene conto unicamente di tutte le richieste degli assicuratori-malattie, ma non esistono soluzioni che migliorino l'accuratezza della rappresentazione e delle remunerazioni. Se i fornitori massimi di prestazioni registrano costi che li collocano al di sopra del 25° percentile ci sono delle buone ragioni e chiarire tali ragioni trovando la compensazione giusta è compito dell'istituzione responsabile della struttura tariffale (SwissDRG SA). Un numero sufficiente di studi, per esempio quelli di Polynomics, hanno mostrato problemi intrinseci al sistema. Invece che risolverli, li si affida ai tribunali, perché non è pensabile che le assicurazioni-malattie accettino o paghino di loro iniziativa prezzi superiori al 25° percentile. Affermare che il 75 per cento degli ospedali è considerato non economico perché opera al di sotto del 25° percentile, ivi inclusi tutti gli ospedali universitari e tutti i fornitori con una presa a carico massima di prestazioni, è sconcertante. Per concludere, questo approccio denota una comprensione distorta del sistema sanitario svizzero che ha appena dimostrato il suo funzionamento in un contesto di pandemia, non da ultimo grazie agli ospedali universitari.

Secondo Cliniche private svizzere, il consolidamento del paesaggio ospedaliero, voluto dal Consiglio federale per ragioni puramente politiche, è in pieno svolgimento. Sinora il legislatore (con la revisione del finanziamento ospedaliero avviata nel 2012) ha chiaramente creato una base legale per la concorrenza basata sulla qualità tra i fornitori di prestazioni. Tuttavia, non ha mai stabilito una norma secondo cui solo un certo numero di fornitori di prestazioni può essere attivo in tutta la Svizzera o in una regione, o che si debba cercare di ridurre il numero. Sembra presuntuoso e dovrebbe essere considerato illegale il fatto che il Consiglio federale prenda decisioni di principio di tale importanza a livello di ordinanza senza coinvolgere il Parlamento. Inoltre, in considerazione del trasferimento forzato delle prestazioni che sinora erano stazionarie al settore ambulatoriale, ma anche delle condizioni tariffali che già non coprono i costi a causa delle riduzioni lineari della Confederazione, si sta già verificando uno sfoltimento e un consolidamento del panorama ospedaliero. È di fondamentale importanza però assicurare che siano vietate le misure mirate al mantenimento della struttura tramite fondi pubblici (al di là delle attuali norme previste dalla LAMal), in modo da stimolare una concorrenza equa. Estendere il valore di riferimento a tutti i fornitori di prestazioni significa che tale valore diminuirà nettamente. Impendendo di uscire dallo strettissimo tracciato del 25° percentile (già descritto dal TAF come un metro dell'efficienza con gravi distorsioni), gli ospedali con quote di costi fissi relativamente alte (p. es. gli ospedali specializzati e/o i più piccoli) saranno costretti a uscire dal mercato, per un totale di quasi 120 tra ospedali e cliniche la cui esistenza è a repentaglio. Le trattative tariffali tra ospedali e assicuratori, nonché l'approvazione delle tariffe

da parte dei Cantoni, saranno fortemente svalutate e diventeranno così una farsa. Ancora una volta, non è ammissibile che si legiferi su un cambiamento così drastico delle condizioni quadro economiche per gli ospedali senza passare per il Parlamento. In totale, la lacuna nel finanziamento ammonterà a 1,2 miliardi di franchi annui, aggiungendosi alle sostanziali perdite già subite a causa del divieto di eseguire gli interventi d'elezione imposto agli ospedali e ai costi aggiuntivi per le misure di protezione per pazienti e personale ospedaliero nel quadro della crisi causata dal coronavirus. È ovvio che la mano pubblica proteggerà dalla rovina economica solo gli ospedali di sua proprietà, mediante sovvenzioni dirette, coperture dei deficit e un ulteriore massiccio ampliamento delle prestazioni economiche di interesse generale. Così facendo, quella stessa concorrenza che il legislatore aveva prescritto in considerazione dei fornitori di prestazioni privati sarà ulteriormente indebolita e lo scontro sarà sempre più impari. La presente revisione non tocca le vere fonti dei costi del sistema sanitario: non sono affrontati infatti il trattamento privilegiato riservato agli ospedali di proprietà cantonali (capacità eccedenti) né le prestazioni economiche di interesse generale corrispondenti a importi miliardari (inefficienza), di cui beneficiano quasi esclusivamente gli ospedali di proprietà statale. Cliniche private svizzere chiede quindi il ritiro del progetto.

Secondo **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, l'obiettivo del presente progetto è uniformare il processo di determinazione delle tariffe per ospedali, cliniche e case di cura e adeguarlo alla giurisprudenza del TF e del TAF. In linea di principio, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler accoglie con favore un'armonizzazione dei criteri. Tuttavia, critica in particolare il fatto che il progetto consideri unicamente gli interessi degli assicuratori-malattie. Con un metro dell'efficienza inflessibile, il progetto persegue chiaramente l'obiettivo di ridurre i costi dell'AOMS e di correggere il panorama ospedaliero. Circa cento ospedali rischiano la rovina economica e ciò rappresenta un pericolo enorme per l'assistenza sanitaria, nonché per la sicurezza dei pazienti e per la qualità dell'offerta. Invece di creare nuovi e dettagliati requisiti e regolamenti, sarebbe auspicabile considerare quale ruolo occupi esattamente ogni singolo attore all'interno del sistema sanitario. Inoltre, si dovrebbe adottare un approccio alle risorse per individuare da un lato i successi già esistenti nella sanità e dall'altro dove si possono creare sinergie tra i diversi attori (v. p. es. l'inutile imposizione di un attestato OCPre). Ad ogni modo è inammissibile che i fornitori di prestazioni, in quanto imprese, che per ragioni politiche si voleva esporre alla concorrenza, si vedano sempre più spesso oggetto di dettagliate norme aziendali a livello nazionale. Questo è un segnale di grande sfiducia verso gli ospedali ricchi di competenze specialistiche. Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler respinge la proposta per i seguenti motivi: un recente studio di Polynomics sulla scelta del percentile ha esaminato gli effetti del 25° percentile sugli ospedali. Essi si dovranno confrontare con sempre maggiore frequenza con una profonda lacuna nel finanziamento, dovuta a una spirale verso il basso delle tariffe conseguente al 25° percentile. Da quanto emerge da una simulazione effettuata utilizzando il 25° percentile, dopo soli sette anni tutti gli ospedali universitari avranno esaurito il proprio capitale proprio a causa dei deficit e scompariranno dunque dal mercato. Si prevede che la mancata copertura dei costi scatenata dal calo del prezzo base aumenterà nel corso degli anni per tutti gli ospedali, lasciando un buco di miliardi e costringendo così molti di essi a ritirarsi dal mercato.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern, ASB e AMOS richiede lo stralcio della disposizione dell'articolo 59c^{bis} OAMal, in quanto considerano il 25° percentile un valore di riferimento assolutamente inammissibile. Suppongono inoltre che il risparmio sul valore di riferimento superi significativamente i 500 milioni di franchi, invece dei 200-250 milioni di franchi stimati e, di conseguenza, molti ospedali dovranno chiudere, a meno che il Cantone non li tenga in vita artificialmente, il che sarebbe diametralmente opposto al finanziamento delle prestazioni sancito nella LAMal. Per legge, sussiste una certa autonomia contrattuale tra i partner tariffali. Allo stesso tempo, i guadagni di efficienza devono tassativamente rimanere possibili. Con il disciplinamento proposto invece questo può avvenire solo per gli ospedali al di sotto del 25° percentile. Chi si colloca al di sopra di questo valore può invece unicamente coprire i propri costi, ma solo se l'ospedale in questione è in grado di dimostrare che i supplementi sul valore di

riferimento sono giustificati. Dal punto di vista degli assicuratori-malattie, non ci sarebbe quindi più motivo di stipulare convenzioni tariffali. Inoltre, il livello di dettaglio di questa disposizione è estremamente elevato per una tariffazione a discrezione dei partner tariffali, e ciò non corrisponde a quanto voluto dal legislatore. Il rigido disciplinamento priva inoltre i Cantoni della loro indipendenza nell'approvazione delle tariffe. I disciplinamenti proposti violano l'autonomia tariffale stabilita per legge dall'articolo 46 capoverso 1 nonché dall'articolo 49 capoverso 1 LAMal, il diritto a una tariffazione adeguata stabilito dall'articolo 43 capoverso 6 LAMal e l'autonomia dei Cantoni nell'approvazione delle tariffe stabilita dall'articolo 46 capoverso 4 LAMal. Analogamente all'articolo 59c^{bis} OAMal della presente revisione, anche il vigente articolo 59c OAMal deve essere rivisto con urgenza in quanto già non conforme alla legge. La revisione deve muoversi nella direzione esattamente opposta rispetto a quella prevista dal DFI e dall'UFSP. **ASB** sottolinea inoltre che attualmente molti ospedali generano profitti molto bassi. D'altronde, per constatare quanto lacunoso sia il regime tariffale già allo stato attuale basta osservare che praticamente nessun ospedale durante i tempi non pandemici possedeva sufficienti scorte di materiale di protezione.

Secondo **Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch**, il metro dell'efficienza basato sul 25° percentile contraddice l'articolo 49 capoverso 1 LAMal, che prescrive prezzi equi per ospedali operanti con sufficiente efficienza. Il metro dell'efficienza deve riferirsi a un ospedale nella media con prestazioni nella media. L'applicazione del criterio del 25° percentile comporta gravi conseguenze secondo Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch, diventerà ancora più difficile offrire prestazioni sostenibili come la medicina complementare; la qualità rischia di diminuire a causa dell'eccessiva importanza data all'efficienza dei costi e il principio dell'autonomia tariffale e del partenariato tariffale verranno violati, così come il principio del finanziamento fisso duale. Il progetto compromette la LAMal sotto diversi aspetti e a tratti ha persino carattere di legge. I risultati relativi alle cure ospedaliere e alle capacità di riserva non sono contemplati perché la stesura del progetto risale a prima della crisi causata dal coronavirus. Inoltre, Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch considerano problematico sia il fatto che non abbia avuto luogo una preventiva analisi degli effetti dell'ordinanza, sia che il fatto che una trasformazione della struttura ospedaliera di questo tipo dovrebbe avvenire a seguito di una discussione parlamentare, e non di una modifica dell'ordinanza. Rifiutano l'articolo 59c proposto e ne richiedono lo stralcio senza sostituzioni. La proposta rappresenta un'ingerenza nel partenariato tariffale sancito per legge e limita fortemente il margine di manovra nella tariffazione sia dei fornitori di prestazione che delle unità di costo. Inoltre, le disposizioni contenute nel progetto derivano chiaramente dal primo pacchetto di misure di contenimento dei costi, attualmente in discussione in Parlamento. Le prescrizioni di questo articolo rappresentano un'ingerenza nel partenariato tariffale sancito per legge e limitano notevolmente il margine di manovra sia dei fornitori di prestazioni che delle unità di costo. Inoltre, contiene disposizioni manifestamente ispirate al primo pacchetto di misure di contenimento dei costi, attualmente in discussione in Parlamento. Il processo legislativo e la creazione di fondamenti giuridiche a livello di legge hanno la priorità su una disposizione di ordinanza.

Secondo **FMH**, il livello di dettaglio con cui l'articolo 59c^{bis} disciplina il benchmarking per la tariffazione limita eccessivamente l'autonomia tariffale e il margine discrezionale dei Cantoni. FMH critica la rigidità del valore di riferimento al 25° percentile da un punto di vista metodologico. Il metodo scelto per il benchmarking è discutibile sotto diversi aspetti: da un lato, il valore di riferimento è fissato solo sulla base del numero di ospedali e, dall'altro, non viene eseguita alcuna ponderazione in base al volume delle prestazioni o al grado di gravità. Così, per esempio, le case per partorienti si ritrovano ad avere un'importanza sproporzionata nella determinazione del prezzo base, ed è per questo che sono soprattutto le case per partorienti a dover essere rimosse dal gruppo di comparazione degli ospedali di riferimento. Secondo FMH, deve

essere applicata una ponderazione non distorsiva, essa non deve quindi basarsi sul numero di fornitori di prestazioni e il benchmarking deve essere il risultato dello sforzo congiunto dei partner tariffali. Con il disciplinamento proposto, i fornitori di prestazioni non sono più incentivati a investire in misure mirate al miglioramento dell'efficienza, bensì in misure mirate alla giustificazione di costi elevati. FMH richiede lo stralcio della disposizione dell'articolo 59c^{bis} (ad eccezione del cpv. 5 lett. b) e propone anche un'aggiunta all'articolo 59c capoverso 1 lettera c in cui sia sancito che un cambio di modello tariffale non deve causare né l'aumento né la riduzione dei costi. La neutralità dei costi, come definita dal Consiglio federale per il cambio del modello tariffale nel testo dell'ordinanza proposta, è applicata solo unilateralmente, almeno secondo l'attuale formulazione. Ciò che attualmente è impedito infatti è solo l'aumento dei costi, mentre la vera neutralità dei costi esclude anche la riduzione dei costi.

RehaClinic AG fa notare che l'articolo 59c OAMal impedisce agli istituti del settore sanitario di realizzare profitti, ma senza profitti nessuna impresa può svilupparsi, permettersi investimenti di sostituzione e di ristrutturazione e promuovere l'innovazione. Per quanto riguarda l'articolo 59c^{bis}, RehaClinic AG ritiene che un'analisi comparativa nazionale per il settore della riabilitazione sia assolutamente irrealistica, poiché non esiste un concetto uniforme di «riabilitazione», gruppi di prestazioni molto differenti rientrano nella stessa categoria e tali gruppi di prestazioni – nonostante l'identica denominazione – non sono comparabili tra di loro. Per esempio, i pazienti anziani in riabilitazione sono registrati come casi geriatrici in alcuni Cantoni, ma questo gruppo di prestazioni non è presente in tutti i Cantoni. Nella riabilitazione neurologica si usano tassi misti e, a seconda della gravità del caso, tassi differenziati.

SSMIG ritiene che alcuni aspetti della struttura tariffale prevista siano problematici e non più conformi alla LAMal. Respinge l'articolo 59c nella forma proposta. È consapevole della necessità di sfruttare il potenziale di risparmio, ma rifiuta sistemi di incentivo inappropriati. Le presenti modifiche dell'ordinanza sono in gran parte giustificate dalla premessa di una riduzione dei costi, che avrà un notevole impatto negativo sul finanziamento degli ospedali e quindi minerà la loro sopravvivenza finanziaria. Secondo SSMIG, le prescrizioni del Consiglio federale avranno prevedibili effetti nefasti sulla situazione finanziaria degli ospedali e dunque sull'assistenza sanitaria in Svizzera. Soprattutto i casi di pazienti complessi e affetti da patologie multiple sono già oggi economicamente svantaggiati nella struttura tariffale SwissDRG. In tempi di crisi, un sistema sanitario che ha come priorità mantenere i costi bassi raggiunge molto rapidamente il limite della propria capacità e non riesce sempre soddisfare il fabbisogno. Inoltre, secondo SSMIG, un valore di riferimento separato per i fornitori di prestazioni specializzati ha dato prova della sua efficacia in passato, in quanto la struttura tariffale non è ancora in grado di garantire una rappresentazione adeguata di questi ospedali utilizzando un prezzo base unitario. Ciò è stato confermato dalla stessa SwissDRG. Il sistema non è ancora sufficientemente differenziato per l'introduzione di un prezzo base unitario.

Secondo **Società svizzera di patologia**, la combinazione delle disposizioni delle lettere a, b e c dell'articolo 59c capoverso 1 rende impossibile garantire le entrate necessarie per finanziare gli investimenti e l'evoluzione sanitaria. L'articolo 59c capoverso 1 lettera a deve stabilire che la tariffa tiene conto di tutte le prestazioni obbligatorie da fornire nel quadro delle prescrizioni legali. È logico che la tariffa debba contenere al massimo i costi comprovati in modo trasparente, ma occorre che comprenda anche quelle prestazioni che devono essere fornite in conformità con le prescrizioni legali (p. es. la fornitura di dati al registro dei tumori ecc.) e che non possono essere rifiutate. Società svizzera di patologia propone che l'articolo 59c capoverso 1 lettera b sia completato con un'aggiunta che preveda che la tariffa garantisca la possibilità dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria in Svizzera. Giustifica la propria richiesta dichiarando che anche gli investimenti nell'innovazione devono poter essere ammessi, altrimenti suggerisce una modifica dell'ordinanza a riguardo. Propone infine di stralciare l'articolo 59c capoverso 1 lettera c, in quanto un cambiamento del modello tariffale causa in linea di principio un elevato aumento dei costi per via, per esempio, della formazione del personale,

dell'acquisto e dell'adattamento dei sistemi di fatturazione e di registrazione delle prestazioni e dell'ammodernamento delle interfacce informatiche, ed è chiaro che è sostanzialmente impossibile riuscire a scongiurare un aumento dei costi. Propone anche l'aggiunta di una lettera d, secondo la quale la tariffa deve essere definita in modo tale da garantire l'evoluzione sanitaria a beneficio della popolazione domiciliata in Svizzera.

swiss orthopaedics fa notare che la Confederazione, stabilendo i principi di tariffazione, vuole ora estendere la propria sfera di influenza nella determinazione dei prezzi. Ritiene che questo sia un notevole allontanamento dalla precedente forma di trattativa basata sul partenariato tariffale con l'approvazione da parte del Consiglio federale della struttura da elaborare. Questo cambiamento netto proposto in una consultazione, combinato alla volontà di legiferare in tempi brevi da un punto di vista costituzionale è da ritenersi piuttosto discutibile. Un confronto con altri Paesi mostra che una politica di pianificazione e di ammissione ospedaliera puramente orientata ai costi ostacola sempre l'accessibilità alle prestazioni mediche e può generare una medicina a due velocità. A dover pagare le conseguenze sono non solo gli istituti, alcuni dei quali sono già in situazioni economiche precarie, ma anche i pazienti e i contribuenti, che devono finanziare i deficit (aggiuntivi) degli ospedali finanziati dalla mano pubblica. Occorre infine ricordare che tutte le forme di implementazione degli standard e dei meccanismi di controllo generano oneri amministrativi aggiuntivi e dunque anche costi aggiuntivi.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura respinge nettamente le riduzioni e i supplementi sul valore di riferimento previsti nell'adeguamento dell'ordinanza, in quanto minano l'autonomia tariffale sancita dall'AOMS. Norme «meccanicistiche» ed eccessivamente dettagliate limitano enormemente le possibilità di differenziazione dei prezzi e le trattative individuali degli ospedali. curafutura è favorevole alla regolamentazione prevista nell'ambito della fissazione del valore di riferimento solo se anche il 25° percentile sarà definitivamente incluso nell'OAMal. Scegliere un percentile basso come metro dell'efficienza per il benchmarking è indispensabile per incoraggiare una definizione efficiente delle prestazioni nonché per evitare l'espansione indesiderata delle capacità nel settore ospedaliero. A fronte della debole concorrenza tipica del mercato della salute, un valore di riferimento basso produce l'incentivo necessario a fornire prestazioni efficienti, ottimizzare i processi e rafforzare le cooperazioni. Al contempo, è utile per ridurre le capacità eccedenti nel settore ospedaliero, cosa necessaria con una certa urgenza.

Helsana Sanitas KPT esprime il suo pieno plauso alle modifiche proposte nell'ambito della determinazione delle tariffe, in quanto si riscontra ampia corrispondenza con la sua prassi attuale. Dall'introduzione nel 2012 della struttura tariffale SwissDRG, Helsana Sanitas KPT infatti ha svolto una procedura di comparazione e da allora ha progressivamente ridotto il proprio metro dell'efficienza, un tempo al 40° percentile. Dall'anno tariffario 2019 la soglia di efficienza è stata portata al 25° percentile. A causa della fase di introduzione della TARPSY, analogamente alla fase di introduzione della SwissDRG, Helsana Sanitas KPT ha fissato il percentile attuale al 40 per cento come già l'anno precedente, e successivamente lo ridurrà anche in questo settore. La trasparenza è di grande importanza per un impiego efficace del valore di riferimento nonché per la determinazione delle tariffe. Da un lato, per definire il calcolo delle tariffe e il valore di riferimento, le cooperative di acquisto e gli assicuratori sono obbligati a tener conto dei costi per singolo caso o giornalieri di tutti i fornitori di prestazioni in Svizzera, di cui possono avvalersi secondo l'articolo 59c^{bis} capoverso 1 lettera a. A tal fine, tutti gli ospedali, le case per partorienti e le case di cura sono tenuti a fornire dati in materia ai sensi dell'OCPre, e questo a prescindere dal fatto che il fornitore di prestazioni sia convenzionato o meno o che siano previste imminenti trattative. Se un fornitore di prestazioni si rifiuta di fornire i dati necessari al calcolo delle tariffe, ci devono essere conseguenze. Peraltro, per promuovere in Svizzera un'assistenza sanitaria di qualità elevata e in costante evoluzione, Helsana

Sanitas KPT sostiene le riduzioni e i supplementi in base al risultato (definizione dei prezzi outcome-based). A tale scopo tuttavia deve esserci la massima trasparenza in materia di dati.

Secondo **KPT**, il presente progetto prevede una determinazione dei prezzi dettagliata e compromette il primato delle trattative tra partner tariffali. Per il calcolo delle tariffe non esistono basi legali. Il ragionamento illustrato nel rapporto esplicativo in merito ai risultati dell'autonomia tariffale a livello di ordinanza risulta inconcepibile da un punto di vista logico. Le norme per la determinazione delle tariffe non devono essere equiparate alle comparazioni (obbligatorie) tra ospedali di cui all'articolo 49 capoverso 8 LAMal, obbligo che comunque al momento non è ottemperato dal Consiglio federale. Infine, secondo KPT, l'ipotesi di una soglia di economicità chiaramente determinabile non è sostenibile. Il calcolo delle tariffe infatti è sì semplificato, ma solo se nel singolo caso viene considerata l'economicità. Si teme inoltre una nuova ondata di procedure di fissazione delle tariffe a causa dei chiarimenti che si renderanno necessari a fronte di numerosi supplementi e deduzioni, senza che ciò apporti benefici degni di nota. Le disposizioni sulla determinazione delle tariffe sono inefficaci e vanno pertanto stralciate. La norma per la definizione delle tariffe contenuta all'articolo 59c OAMal invece è semplice e deve essere adeguata in modo mirato alle attuali esigenze.

santésuisse è favorevole alla proposta di uniformare la determinazione delle tariffe. Con la modifica dell'ordinanza in programma la determinazione delle tariffe degli ospedali avverrà in tutta la Svizzera secondo un parametro unitario. Le prestazioni sul lungo periodo saranno più efficienti, più economiche e, pur mantenendo una qualità elevata, genereranno consistenti risparmi sui costi a vantaggio degli assicurati. Per quanto concerne il disciplinamento del valore di riferimento, **santésuisse** è favorevole al tetto massimo del 25° percentile. Un valore più elevato infatti graverebbe ulteriormente sugli assicurati.

Altre organizzazioni

CSA stigmatizza che il principio della garanzia della qualità non trovi ancora spazio nella definizione delle tariffe nemmeno con questa modifica dell'ordinanza e critica il fatto che le casse malati debbano determinare il valore di riferimento sulla base dei dati a loro disposizione. Ciò risulta in contraddizione con il principio dell'equivalenza dei partner tariffali, ostacola la discrezionalità delle autorità che approvano quali i Cantoni e, sussidiariamente, la Confederazione. **CSA** sottolinea che in linea di principio l'AOMS non può avere come scopo la realizzazione di utili. L'autorità che approva deve infatti verificare se la convenzione tariffale soddisfa anche i requisiti di una strategia di qualità e sicurezza dimostrabile e propone a questo proposito diverse modifiche alla formulazione dell'articolo 59c capoverso 1 lettere a–c OAMal.

Federazione svizzera dei patriziati respinge fermamente la presente modifica dell'ordinanza, in quanto la maggior parte delle norme proposte non ha alcuna base legale, non apporta alcun beneficio aggiuntivo, promuove incentivi sbagliati e confonde le competenze, limitando quelle cantonali. Anche il principio costituzionale di sussidiarietà è disatteso. **Federazione svizzera dei patriziati** pertanto propone di sospendere la revisione.

5.2 Pareri sull'articolo 59c

Cantoni

BE fa notare che, nell'ambito del finanziamento ospedaliero nonché in quello del calcolo delle tariffe, la definizione del valore di riferimento ha indubbiamente un'importanza centrale. Secondo il TF, nel settore delle cure stazionarie di lunga durata invece tale modo di procedere nel contesto della fissazione dei costi residui delle cure non è ammissibile. Come stabilito nella sua sentenza del 20 luglio 2018 (9C_446/2017), ciò non è compatibile con l'obbligo dei Cantoni di finanziamento residuo secondo l'articolo 25a LAMal qualora i tassi massimi cantonali

non coprano i costi nei singoli casi. Poiché l'economicità delle prestazioni fornite è un elemento fondamentale e i Cantoni dovrebbero tenerne conto nella pianificazione del fabbisogno (art. 58b OAMal), la definizione del valore di riferimento deve essere applicata anche nel quadro del finanziamento delle cure e della fissazione dei costi residui delle cure. L'ordinanza quindi va adeguata in tal senso.

5.3 Pareri sull'articolo 59c capoverso 1

Cantoni

Lettera a:

GR e **TG** richiedono lo stralcio della lettera a in quanto tale formulazione in passato (in particolare con l'introduzione della SwissDRG) ha causato fraintendimenti. In seguito a ciò, nella sentenza C-1698/2013 il TAF ha stabilito che i guadagni di efficienza sono ammessi. La tariffa quindi può essere più elevata rispetto ai costi dimostrati grazie alla trasparenza del fornitore di prestazioni (ossia l'ospedale).

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Secondo **Swiss Nurse Leaders**, l'intero articolo 59c interferisce con la fissazione delle tariffe dei diversi partner, quando invece a tale scopo esistono partenariati tariffali stabiliti per legge.

Secondo il **Gesundheitszentrum Fricktal AG**, l'intero articolo intacca il partenariato tariffale sancito per legge e limita massicciamente il margine di manovra dei fornitori di prestazioni e dei soggetti che sostengono i costi. Anche qui figurano disposizioni che provengono chiaramente dal pacchetto 1 delle misure per il contenimento dei costi, ma che sono attualmente in fase di trattazione presso la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N). Ancora una volta, non si tratta di disposizioni d'esecuzione di leggi esistenti, ma di un'ordinanza avente carattere di legge. Inoltre, il previsto articolo 59c impedirebbe agli ospedali di potersi rifinanziare attraverso la possibilità di generare utili per ristrutturazioni, innovazioni e nuove costruzioni.

Per **Hirslanden**, l'intero articolo 59c rappresenta un intervento massiccio nel partenariato tariffale legalmente prescritto e compromette drasticamente il margine di trattativa dei partner tariffali. Le future trattative tariffali infatti saranno maggiormente incentrate sul contenuto e l'importo di supplementi e deduzioni legati all'ospedale e determinati dal valore di riferimento e non più sull'ammontare della soglia di efficienza. Inoltre, non vi sono i presupposti per affermare che la fase introduttiva della struttura tariffale SwissDRG sia già stata completata e ad oggi non si è riusciti a correggerne le distorsioni (cfr. lo studio Polynomics svolto nel 2015 su mandato dell'ospedale universitario di Zurigo). Fissare il valore di riferimento al 25° percentile significa che il 75 per cento dei fornitori di prestazioni è ritenuto inefficiente ed è un mistero come gli ospedali efficienti con trattamenti di alta qualità potranno sopravvivere con un metro dell'efficienza di questo tipo. Una tale disposizione crea anche un margine per una disparità di trattamento ancora più grave tra ospedali privati e pubblici, in quanto questi ultimi possono ricevere sostegni finanziari dalle prestazioni economicamente di interesse generale. Le infrastrutture ospedaliere possono essere mantenute per ragioni di politica regionale, mentre gli ospedali privati dipendono da un metro dell'efficienza che permette anche guadagni di efficienza. Peraltro, le attuali disposizioni consentono anche ai Cantoni, che sono anche proprietari di ospedali, di adattare a loro discrezione i requisiti minimi per gruppo di prestazioni. Il capoverso 1 deve essere integrato con la giurisprudenza attualmente vigente in materia di guadagni di efficienza, in modo che anche questi ultimi restino ammissibili, come già confermato più volte dal TAF.

Universitätsspital Basel richiede di stralciare l'articolo 59c nella sua interezza. Tra le criticità segnala l'interferenza nel partenariato tariffale, la drastica riduzione del margine di manovra di fornitori di prestazioni e centri di costi, nonché l'impossibilità di realizzare utili per ristrutturazioni, nuove costruzioni e innovazioni.

Lettera a

Secondo **H+**, **diespitaeler.be** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG**, questa disposizione deve essere adattata alla giurisprudenza del TAF invece di essere ripresa senza modifiche dall'OAMa vigente. Questa disposizione ha causato molta confusione in passato, in particolare con l'introduzione della SwissDRG. Successivamente, con la decisione principale C-1698/2013 LUKS il TAF ha chiarito la fattispecie: non erano i costi individuali che dovevano essere remunerati, ma il valore di riferimento. Ciò significa che i guadagni di efficienza sono ammessi e pertanto la tariffa può essere più elevata rispetto ai costi dimostrati grazie alla trasparenza del fornitore di prestazioni (ossia l'ospedale). Invece di lasciare questa disposizione invariata, si deve riprendere esplicitamente e senza limitazioni il risultato della decisione del TAF. La formulazione della limitazione al capoverso 2 in materia di modelli di remunerazione di tipo DRG è imprecisa, pertanto non è sufficiente per fare finalmente chiarezza, nonostante il riferimento alla decisione C-1698/2013 riportato nel rapporto esplicativo sia corretto.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG e Kantonsspital Aarau richiedono lo stralcio della presente lettera. Questa formulazione infatti ha causato molta confusione in passato, in particolare con l'introduzione della SwissDRG. Il TAF ha quindi precisato in una sentenza che i guadagni di efficienza sono ammessi, pertanto la tariffa può essere più elevata rispetto ai costi dimostrati grazie alla trasparenza del fornitore di prestazioni (ossia l'ospedale).

5.4 Pareri sull'articolo 59c capoverso 2

Cantoni

BE ritiene sensato che nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG, per quanto riguarda la struttura tariffale SwissDRG, i principi di cui all'articolo 59c capoverso 1 si riferiscano al fornitore di prestazioni che funge da riferimento ai sensi dell'articolo 59c^{bis} capoverso 1. Propone quindi di sostituire il termine «tipo DRG» con «tipo SwissDRG».

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+, **diespitaeler.be** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** richiedono un limite di efficienza ponderato. La ponderazione è ricavabile mediante due fattori: 1) il grado di gravità del caso e 2) il numero di casi o dell'insieme di casi. Il presente capoverso tiene conto di questa istanza solo parzialmente: posto che il peso dei costi (cost weight) è 1, il valore di riferimento è calcolato solo in funzione dei valori di base legati ai fornitori di prestazioni, pertanto si tiene conto del grado di gravità, ma non della quantità di casi.

FMH richiede lo stralcio dell'articolo 59c capoverso 1 lettera a nonché l'accorpamento dell'articolo 59c capoversi 1 e 2 completamente riformulati, al fine di rendere chiaro una volta per tutte che i guadagni di efficienza sono ammessi.

Universitätsklinik Balgrist si esprime in favore dello stralcio della disposizione per diversi motivi: da una parte, il fatto che il Consiglio federale prescriva uno schema di calcolo e l'ammontare del percentile limita nettamente l'autonomia tariffale in modo sostanziale. Dall'altra, facendo calcolare il valore di riferimento unilateralmente agli assicuratori, si indebolisce fortemente il ruolo degli ospedali nelle trattative tariffali. Il 25° percentile come metro dell'efficienza

non è appropriato, soprattutto se nel valore di riferimento sono inclusi tutti gli ospedali (dalle piccole cliniche specializzate ai grandi ospedali universitari). Inoltre, se utilizzato come metro dell'efficienza per il valore di riferimento (in particolare perché ponderato in base al numero degli ospedali), non assicura un finanziamento ospedaliero sostenibile ma piuttosto ostacola i guadagni di efficienza causando sul medio periodo la chiusura di molti ospedali e mettendo a rischio la garanzia della copertura del fabbisogno. Inoltre, la disposizione proposta rafforza i limiti intrinseci di rappresentazione del sistema e le distorsioni della SwissDRG in cui, in particolare, i costi degli ospedali universitari sono rappresentati in modo insufficiente sotto forma di capacità di riserva elevate e casi ad alto costo a causa alla fornitura di cure terziarie. In questo modo si indebolisce la medicina universitaria, avvantaggiando invece ospedali che, grazie a particolari fattori specifici (p. es. una gamma ristretta di prestazioni), hanno bassi costi per singolo caso corretti per il grado di gravità. Una breve perizia commissionata dall'associazione H+ mostra che con la disposizione proposta il Consiglio federale da diversi punti di vista va oltre le sue competenze d'ordinanza e che le norme previste sono contrarie o minano gli obiettivi della legge. La Confederazione interferirebbe quindi con la responsabilità dei Cantoni nella pianificazione ospedaliera. La prescrizione del 25° percentile prevedibilmente avrà gravi conseguenze sulla situazione finanziaria dei principali pilastri delle cure ospedaliere. Ponendo come base gli attuali valori di riferimento, si causa una lacuna permanente nel finanziamento di ben oltre mezzo miliardo di franchi annui rispetto alla situazione corrente. Questa lacuna nel finanziamento rischia di colpire gli ospedali essenziali alle cure, riducendo così la qualità o trasferendo gli oneri finanziari ai Cantoni (cosa che a sua volta comporterebbe un possibile aumento delle tasse). La dottrina giuridica si chiede quindi addirittura se un tale disciplinamento non debba essere qualificato come del tutto arbitrario (Moser/Locher, Tarife und Tarifverträge - keine Reformen ohne Grundsatzdiskussion, Jusletter dell'8 giugno 2020, marg. 79). Secondo Universitätsklinik Balgrist, con la disposizione proposta il Consiglio federale sconfinava oltre le sue competenze esecutive. Secondo l'articolo 39 capoverso 2^{ter} LAMal il Consiglio federale emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità e nell'OAMal ciò è disciplinato sistematicamente alla sezione «Criteri di pianificazione». L'articolo 59c^{bis} del progetto dell'OAMal posto in consultazione concerne invece il campo d'applicazione delle tariffe e dei prezzi. Le corrispondenti disposizioni della LAMal in nessun caso danno al Consiglio federale il potere di emanare disposizioni a livello di ordinanza che si sostituiscono alla legge. Secondo l'articolo 49 capoverso 1 ultimo periodo LAMal le tariffe ospedaliere si rifanno alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso. La convenzione tariffale dev'essere approvata dal Governo cantonale competente oppure, se valevole per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale. L'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal). Il legislatore quindi non consente al Consiglio federale, in qualità di organo deputato all'emanazione di ordinanze, di imporre prescrizioni vincolanti ai governi cantonali responsabili per legge del calcolo o dell'approvazione delle tariffe. È quindi alle autorità d'esecuzione che, nel quadro dell'approvazione delle tariffe – o nel quadro della loro definizione qualora non vi sia una convenzione tariffale, spetta di valutare l'economicità delle effettive tariffe ospedaliere. Il metro di valutazione a tal fine è costituito dalla «rimunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso». Il Consiglio federale, che ai sensi dell'articolo 96 LAMal e dell'articolo 182 della Costituzione federale è autorizzato a emanare solo disposizioni esecutive e attuative, non può disciplinare definitivamente tali concetti giuridici indefiniti mediante un'ordinanza. Ordinanze di questo tipo infatti servono a concretizzare le disposizioni legali ed eventualmente colmare lacune minori fintantoché ciò risulta necessario ai fini dell'attuazione della legge. Inoltre, devono attenersi al quadro legale e segnatamente non devono generare nuove disposizioni che limitano i diritti o prevedono nuovi obblighi, anche qualora tali norme siano conciliabili con lo scopo della legge (Giovanni Biaggini, Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

Zurigo 2007, art. 182 n. 4; Pierre Tschannen, Staatsrecht der Schweizerischen Eidgenossenschaft, terza edizione, Berna 2011, § 46 marg. 20). Impiegando concetti giuridici indefiniti, il legislatore della LAMal intende creare un disciplinamento di ampio respiro che consenta di tener conto di particolari circostanze dei singoli casi. Nel quadro di un'ordinanza attuativa il Consiglio federale pertanto non può emanare prescrizioni definitive (per un'applicazione concreta cfr. p. es. la sentenza del Tribunale amministrativo del Cantone di Zurigo del 3 dicembre 2014, VB.2014.00536). Alla luce delle obiezioni sollevate contro gli articoli 59c capoverso 2 e 59c^{bis} del progetto dell'OAMal posto in consultazione, Universitätsklinik Balgrist reputa politicamente insostenibile introdurre al livello di ordinanza disposizioni che risultano estremamente opinabili dal punto di vista della costituzionalità e della conformità alla legge e che peraltro sono di importanza assoluta per l'assistenza sanitaria fornita alla popolazione in Svizzera nell'ambito dei trattamenti ospedalieri stazionari. In ogni caso, se contrariamente alle aspettative l'UFSP dovesse sottoporre tali disposizioni al Consiglio federale per emanarle, dovrebbe consultare l'Ufficio federale di giustizia (UFG) per ottenere un parere giuridico completo che valuti la compatibilità di tali disposizioni con le disposizioni legali e il diritto costituzionale sovraordinati (in particolare il principio di legalità).

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Secondo **santésuisse**, è difficile provare che un fornitore di prestazioni fornisce effettivamente prestazioni minori e ha quindi costi inferiori, in quanto i dati al riguardo non sono disponibili o perché ciò potrebbe derivare da una combinazione di cause diverse (efficienza e fornitura di prestazioni nel segmento lucrativo). Attualmente, vari fornitori di prestazioni sono disposti a negoziare prezzi base inferiori al valore di riferimento, a dimostrazione che non c'è una necessità impellente di sfruttare completamente il valore di riferimento in ogni caso. La concessione agli ospedali di guadagni di efficienza molto elevati può trasformarsi in una strategia di crescita, che avrebbe un effetto trainante sui costi, pertanto **santésuisse** propone un compromesso: parte dei guadagni di efficienza deve rimanere all'ospedale, mentre parte della differenza tra i costi per singolo caso e valore di riferimento non deve essere tariffata. Ciò è applicabile partendo dal presupposto che il valore di riferimento corrisponda al massimo al 25° percentile. Se quest'ultimo invece sarà allentato nel corso della consultazione, ciò significherà che anche la quota che rimane al fornitore di prestazioni dovrà subire una riduzione. Viceversa, questo deve valere anche qualora il percentile venga inasprito.

5.5 Pareri sull'articolo 59c capoverso 3

Cantoni

CDS nonché **AI, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, UR, TG, VD, VS** e **ZH** sono fundamentalmente favorevoli alla promozione di tariffe forfettarie ambulatoriali fintantoché sono pertinenti, ma sottolineano che fanno parte del pacchetto 1 delle misure per il contenimento dei costi attualmente discusso in Parlamento. È quindi prematuro introdurre una disposizione nell'ordinanza. I Cantoni succitati pertanto auspicano lo stralcio di questo capoverso.

Secondo **BE**, con questo disciplinamento il legislatore anticipa che in futuro nel settore ambulatoriale si applicherà un sistema il più possibile forfettario per contenere i volumi.

ZG plaude al fatto che l'obbligo di verifica sia stato esteso all'intero capoverso 1 e che comprenda anche la lettera c del capoverso 1. In particolare dopo l'introduzione della TARPSY, era necessario che le parti contraenti verificassero che il modello applicato fosse neutrale rispetto ai costi e in determinate circostanze ciò potrebbe richiedere alcuni anni. L'aggiunta «le autorità competenti devono essere informate dei risultati di dette verifiche» è fuorviante. Se i

partner tariffali verificano e adeguano le tariffe, queste devono essere approvate. La semplice «informazione» pertanto non è sufficiente. Anche se viene concordato un importo forfettario invece che una tariffa per singola prestazione, è necessaria l'approvazione dell'autorità competente (qui si pone la questione se si tratti del Consiglio federale o del governo cantonale). Neanche in questo caso una semplice «informazione» è sufficiente, cosa che può essere evinta dal commento ma che tuttavia rimane poco chiara nel testo dell'ordinanza. Contrariamente alle tariffe per singola prestazione, nel settore ambulatoriale le tariffe forfettarie sono spesso calcolate allo stesso modo per tutti i fornitori di prestazioni in tutti i Cantoni e presentate contemporaneamente a tutti i governi cantonali. Negli ultimi anni, ciò ha dato adito a problemi sulle competenze, poiché non era sempre chiaro se delle approvazioni fossero responsabili il Consiglio federale o i governi cantonali.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PVL sostiene il disciplinamento proposto, ma reputa che valutare regolarmente la possibilità di riunire le prestazioni ambulatoriali singole in un importo forfettario non sia abbastanza. In ragione di ciò richiede che, qualora la verifica abbia esito positivo e da essa emerga la possibilità di fissare un importo forfettario, entro un termine utile avvenga anche la concreta attuazione della struttura tariffale.

Organizzazioni del settore sanitario – pazienti/fruitori

In linea di principio **OSP** si dice in favore della proposta di ridurre gli incentivi all'incremento dei volumi. Il raggruppamento delle prestazioni individuali in tariffe forfettarie è opportuno fintantoché ciò non generi nuove differenze. In particolare, è ipotizzabile che i casi più complessi non possano più essere sufficientemente rappresentati nei pagamenti ricevuti e in tal caso si potrebbe optare per la strategia di selezionare casi più semplici e/o pazienti nel settore stazionario con assicurazioni complementari. In generale, si corre il rischio che un sistema mal concepito con tariffe forfettarie potrebbe portare a un ulteriore «allargamento del divario» tra ospedali non redditizi, generalisti e per lo più pubblici, e ospedali specializzati, lucrativi e per lo più privati.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+, diespitaeler.be e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG sono contrari alla presente disposizione poiché prevarica la legislazione vigente in modo inammissibile. Manca infatti un elemento centrale, ossia la base di valutazione della verifica. Che si tratti di tariffe per singola prestazione o di tariffe forfettarie, la valutazione deve in ogni caso essere basata sui costi reali e non sui costi standard. In un sistema forfettario che punta a fornire la copertura del settore ambulatoriale è prioritario tenere conto prioritariamente della permeabilità tra il settore ospedaliero e quello ambulatoriale nonché della centralità dei costi reali. I costi standard e qualsiasi modello tariffale incentrato su standardizzazioni non sono decisamente più attuali. Dal rapporto esplicativo emerge che la disposizione secondo cui le parti contraenti devono valutare se nelle strutture tariffali per singola prestazione si possono riunire determinate posizioni è un'integrazione del pacchetto 1 delle misure per il contenimento dei costi, che deve permettere, a livello di legge, di incrementare convenzioni su importi forfettari nel settore ambulatoriale. Più avanti il rapporto recita: «è ovviamente ipotizzabile che gli elementi forfettizzati vengano perfezionati e concordati quali importi forfettari in convenzioni tariffali separate. Tali importi possono essere concordati separatamente dalla struttura tariffale per singola prestazione e richiedono l'approvazione da parte dell'autorità preposta». In tal proposito va osservato

quanto segue: al Consiglio federale evidentemente è sfuggito il fatto che il pacchetto 1 attualmente è in discussione in Parlamento. Tale processo legislativo va rispettato e non può essere anticipato in alcun modo: l'ordinanza deve seguire la legge, non viceversa. In assenza di una base legale corrispondente, ai sensi della vigente LAMal questa disposizione costituisce quindi un'inammissibile ingerenza nell'autonomia tariffale. Questo chiarisce ancora una volta che la modifica dell'OAMal è prematura e avrebbe senso solo dopo l'approvazione delle leggi pertinenti. È sorprendente e al contempo sconcertante constatare che, a livello dell'ordinanza, il raggruppamento delle posizioni delle tariffe per singola prestazione sia presentato come la promozione di tariffe forfettarie ambulatoriali. Un sistema tariffale composto da un mix di singole prestazioni e tariffe forfettarie causa problemi difficilmente risolvibili nell'applicazione delle tariffe e non comporterebbe mai i vantaggi di una «vera» tariffa forfettaria ambulatoriale. Non è solo «ipotizzabile» stipulare tariffe forfettarie ambulatoriali in convenzioni tariffali separate – come formulato in modo alquanto incerto nel rapporto esplicativo, ma è anche possibile un'alternativa alle tariffe per singola prestazione, come stabilito sin da principio per legge all'articolo 43 capoverso 2 lettera c LAMal. Inoltre, nella sentenza C-5123/2018 del 4 luglio 2019, il TAF ha stabilito che le tariffe ambulatoriali forfettarie valide a livello nazionale devono essere approvate dal Consiglio federale. Se il Consiglio federale intende davvero promuoverle, deve fondare il suo intervento sulle basi legali attualmente in vigore. Ancora meglio sarebbe se aspettasse il risultato delle consultazioni parlamentari sul pacchetto 1 delle misure per il contenimento dei costi, il quale contiene disposizioni sulle tariffe forfettarie ambulatoriali che devono essere prese in considerazione durante l'attuazione. Di ciò va tenuto conto nell'OAMal: la modifica proposta pertanto è prematura e dovrebbe essere ritirata, essendo in ogni caso ampiamente illegale.

Secondo **Ärztegesellschaft des Kantons Bern**, il disciplinamento proposto esclude anche i guadagni di efficienza nel settore ambulatoriale per una parte significativa dei suoi membri praticanti. Ciò è particolarmente vero se anche al valore del punto nel settore ambulatoriale saranno applicati i percentili corrispondenti, cosa che **Ärztegesellschaft des Kantons Bern** teme e rifiuta nettamente. Qualsiasi valore di riferimento basato su un percentile troppo basso porterà a una permanente spirale di prezzi verso il basso. I membri praticanti di **Ärztegesellschaft des Kantons Bern** trovano sempre più difficile accettare che, come lavoratori indipendenti, debbano semplicemente sopportare tutti i rischi di un imprenditore e al contempo non avere alcuna prospettiva di un reddito adeguato.

Secondo **FMH**, l'obbligo di valutare se le prestazioni rimborsate nell'ambito di strutture tariffali per singola prestazione possano essere riunite di fatto anticipa il pacchetto 1 delle misure per il contenimento dei costi (misura «Promozione d'importi forfettari nel settore ambulatoriale») che è ancora in discussione in Parlamento. Tuttavia, conviene che i partner tariffali debbano valutare se le posizioni delle prestazioni sono raggruppabili in una struttura tariffale per singola prestazione, a condizione che si tratti di una tariffa impiegata in un partenariato tariffale. Nell'attuale controverso dibattito in materia di politica sanitaria e a fronte delle crescenti pressioni volte al risparmio nella sanità, tuttavia, la tariffa forfettaria viene erroneamente decantata come la panacea a tutti i problemi. Una tariffa forfettaria nel settore ambulatoriale non potrà mai sostituire completamente la tariffa per singola prestazione, poiché ci saranno sempre sintomatologie combinate, esami e trattamenti che non possono essere adeguatamente rappresentati nelle tariffe forfettarie, in particolar modo nei settori delle cure di base e della psichiatria, che sono decisivi in termini di volume del valore del punto. Inoltre, una tariffa forfettaria con scarsa differenziazione può creare incentivi a selezionare il rischio da parte dei fornitori di prestazioni. Le tariffe forfettarie, che di per sé possono essere strutturate in modi estremamente diversi, sono una forma complessa di remunerazione: se non sono appropriate, cioè se non rendono giustizia alla situazione specifica di cura dei fornitori di prestazioni ambulatoriali, o se sono fissate a livelli troppo bassi, causano irreversibili incentivi sbagliati e potrebbero dare adito a un approvvigionamento di cure insufficiente per i pazienti. A livello internazionale gli importi forfettari non sono l'unica forma di remunerazione affermatasi nel settore ambulatoriale. Nella

larghissima maggioranza dei Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), sono ancora determinanti le tariffe mediche per singola prestazione ambulatoriale, che sono talvolta legate a forme supplementari di remunerazione, come le tariffe forfettarie per determinati trattamenti. In linea di principio, non è solo necessario applicare importi forfettari corretti, ma lo si deve fare anche unicamente su prestazioni che si prestano a questo genere di tariffazione. Le tariffe forfettarie possono essere impiegate qualora vi siano grandi quantitativi di prestazioni dell'AOMS, un pacchetto di prestazioni può essere standardizzato o rimanere invariato in tutta la Svizzera, può essere delimitato in modo chiaro e corretto e il tempo necessario per fornire la prestazione presenta poche variazioni (p. es. in chirurgia o nel settore della diagnostica per immagini). Le prestazioni riunite in un importo forfettario devono quindi richiedere all'incirca la stessa quantità di tempo sulla collettività dei pazienti. In tal caso, la fatturazione aggiuntiva di singole prestazioni va esclusa o definita chiaramente per evitare un aumento dei volumi, che va a sommarsi agli svantaggi derivanti dalla tariffa forfettaria. Gli impianti e i prodotti di consumo integrati nelle tariffe forfettarie forniscono un incentivo per l'uso efficiente dei materiali. Dal punto di vista dei due partner tariffali FMH e curafutura, l'esistenza di una tariffa per singola prestazione aggiornata e appropriata, che soddisfi i criteri di appropriatezza, efficacia ed economicità, è un presupposto per ulteriori progressi verso le tariffe forfettarie. L'attuale struttura per singola prestazione TARDOC può servire come base per creare tariffe forfettarie in ambiti specialistici selezionati e per trattamenti chiaramente definiti. Sulla base della struttura TARDOC, sarà possibile, nel corso delle annuali revisioni delle tariffe, riunire gradualmente le posizioni della tariffa per singola prestazione in adeguate prestazioni basate sull'attività o in tariffe forfettarie che verranno poi integrate nella struttura tariffale (procedura snap-in). Se una tariffa forfettaria separata è in vigore contemporaneamente a una tariffa per singola prestazione, è importante, secondo FMH, che per una determinata prestazione, intervento o trattamento, la prestazione possa essere remunerata solo mediante la tariffa forfettaria o solo mediante la tariffa per singola prestazione per impedire che non si possa decidere sulla base della rispettiva situazione nel singolo caso quale tariffa applicare.

SSMIG fa notare che se l'articolo 59c capoverso 3 si riferisce a elenchi di esami e trattamenti da effettuare ambulatorialmente secondo lo studio di fattibilità sui «forfait ambulatoriali» effettuato da SwissDRG AG, bisogna fare attenzione che queste prestazioni siano adeguatamente remunerate e che non siano effettuati tagli finanziari a scapito delle cure mediche sulla base di un presunto potenziale di risparmio.

Società svizzera di patologia sottolinea che le tariffe per singola prestazione di per sé creano un sistema di incentivi quantitativi, generando una contraddizione con l'articolo 58 capoverso 7. Per Società svizzera di patologia il secondo periodo deve riportare che le tariffe forfettarie sono applicabili. Inoltre, vanno considerati i costi legati all'allestimento dei programmi di screening e i costi di fornitura dei dati (p. es. ai registri dei tumori) e questi devono anche essere indicati al capoverso 3. Infine si dovrebbe evitare che questi costi continuino ad essere sovvenzionati in modo incrociato.

5.6 Pareri sull'articolo 59c capoverso 4

Cantoni

BE ritiene che l'adeguamento sia sensato e si esprime in suo favore.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+, diespitaeler.be e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG rimandano ai loro commenti all'articolo 59c capoverso 3.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern, ASB e AMOS respingono la generale applicabilità dei capoversi 1 e 2 nelle questioni tariffarie della LAMal, comprese le fissazioni e gli adeguamenti delle strutture tariffali (come previsto dall'art. 59c cpv. 4 LAMal).

Altre organizzazioni

CSA richiede che, secondo il presente capoverso, le autorità competenti debbano applicare anche le prescrizioni introdotte con la modifica della LAMal «Rafforzamento della qualità e dell'economicità».

5.7 Pareri sull'articolo 59c^{bis}

Cantoni

ZG fa notare che non è chiaro a chi sia rivolta l'intera disposizione: è applicabile solo alle procedure di approvazione e fissazione delle tariffe ed è quindi rivolta ai Cantoni, oppure è applicabile anche alle trattative e quindi ai partner tariffali? Se la disposizione è applicabile anche alle trattative tariffali, si pone la questione se i governi cantonali debbano esaminare tutte queste prescrizioni al momento di approvare una tariffa e se, in caso di difformità dalla procedura dell'ordinanza, non abbiano la facoltà di approvare la tariffa. Tali punti devono essere chiariti di conseguenza.

5.8 Pareri sull'articolo 59c^{bis} capoverso 1

Cantoni

In generale:

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, TG, VD, VS** e **ZH** auspicano una semplificazione del presente capoverso, insieme a una formulazione che sottolinei il ruolo preponderante dei partner tariffali e dei Cantoni.

GR fa notare che al presente capoverso non è chiaro chi determini o abbia il dovere di determinare il valore di riferimento. Qualora quest'ultimo debba essere determinato coinvolgendo a livello nazionale tutti i fornitori di prestazioni interessati aventi costi per singolo caso o giornalieri corretti per il grado di gravità e ricavati in modo trasparente, da ciò inevitabilmente risulterà un solo valore di riferimento per ragioni puramente aritmetiche. Di conseguenza, il valore di riferimento applicabile a tutte le parti dovrebbe essere determinato da un organo indipendente riconosciuto da tutte le parti o incaricato da esse.

Secondo **CDS** nonché **AI, AR, BL, BS, AR, FR, GL, JU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, VD, VS** e **ZH**, la struttura tariffale TARPSY non rappresenta sufficientemente l'intensità dei trattamenti: il confronto dei costi giornalieri corretti per il grado di gravità penalizza le cliniche che forniscono ai pazienti cure di breve durata ma intensive, che naturalmente presentano costi giornalieri più elevati. Ne consegue una riduzione dell'intensità dei trattamenti e un aumento della durata dei ricoveri. Alla luce di ciò, si raccomanda, per quanto concerne la psichiatria, di confrontare anche i costi per singolo caso corretti per il grado di gravità.

In generale **TI** condivide l'obiettivo perseguito e l'approccio metodologico indicato (molto simile a quello già illustrato da CDS). Nondimeno, alcune parti dell'articolo sono troppo dettagliate e incisive: benché sia giusto puntare a uniformare la determinazione delle tariffe, le disposizioni contenute nel presente capoverso sono decisamente eccessive perché riducono la tariffazione a un meccanismo quasi completamente sistematico in cui non si contempla il margine discrezionale delle autorità cantonali, le quali sono incaricate di approvare ed eventualmente fissare le tariffe.

BE osserva che con «tipo DRG» il Consiglio federale intende non solo il sistema tariffale SwissDRG per la medicina somatica acuta introdotto nel 2012, ma anche il sistema TARPSY per la psichiatria introdotto solo nel 2018 – ovvero addirittura nel 2019 se si considera l'intero settore psichiatrico compresa la psichiatria dell'età evolutiva. Su questo tema al momento non esiste alcuna giurisprudenza. La TARPSY non dispone ancora della rappresentatività necessaria, ovvero della necessaria qualità di struttura tariffale per la definizione di un analogo valore di riferimento in tutta la Svizzera. Il Consiglio federale stesso ha dichiarato che il presupposto per un valore di riferimento siffatto è che i dati degli ospedali abbiano la qualità necessaria e siano disponibili in tempo utile. **BE** ritiene quindi che le norme per definire il valore di riferimento nazionale nell'ambito della TARPSY – specialmente con lo stesso periodo transitorio fino all'anno tariffario 2023 e lo stesso metro dell'efficienza – siano inappropriate e le respinge. Il campo d'applicazione della modifica dell'OAMaI proposta è troppo ampio. Se del caso, il metro dell'efficienza dovrebbe essere concretizzato unicamente in relazione alla struttura tariffale SwissDRG e non in relazione al «modello di remunerazione di tipo DRG». In questo contesto, **BE** sottolinea che con ST Reha viene sviluppata una struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera anche per la riabilitazione. Inoltre è indispensabile creare un gruppo di comparazione separato per fornitori di prestazioni finali o per gli ospedali universitari per scongiurare drastiche e costanti lacune nella copertura. **BE** respinge la definizione di un valore di riferimento tra gli ospedali di medicina somatica acuta di tutti i livelli di cura e richiede che i Cantoni continuino ad avere la competenza di mettere in atto o delineare i valori di riferimento. Propone quindi di stralciare l'espressione «tipo DRG» e di sostituirla con «tipo SwissDRG» nonché di aggiungere la frase «...si determina un valore di riferimento per ogni gruppo di comparazione...».

Secondo **ZG**, la limitazione della disposizione a un modello di remunerazione di tipo DRG è problematica. Da un lato, le norme derivanti sono troppo ampie e non tengono conto delle particolarità della psichiatria e della riabilitazione (infatti è rappresentata solo la medicina somatica acuta) e dall'altro, il settore ambulatoriale è completamente escluso, in quanto continuano a mancare regole uniformi per il calcolo delle tariffe ambulatoriali. Una comparazione a livello nazionale di «tutti i fornitori di prestazioni» è una prescrizione rigida e presuppone che la SwissDRG sia una «struttura tariffale ideale» con la quale tutti i fornitori di prestazioni possono essere confrontati. Tuttavia, ci sono fattori che mostrano che non tutti sono comparabili: per esempio, si riscontrano una distribuzione disomogenea dei casi (i grandi ospedali tendono a trattare casi più gravi e hanno costi per singolo caso corretti per il grado di gravità più elevati), diversi costi di mantenimento, oltre al fatto che alcuni ospedali non sono comparabili a causa della loro struttura (ospedali universitari, case per partorienti). Poiché non sembra possibile cambiare tali circostanze nel prossimo futuro, la comparazione di tutti i fornitori di prestazioni risulta impraticabile.

Lettera a:

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH** ritengono essenziale continuare ad accordare un margine di manovra ai partner tariffali e ai Cantoni nella scelta dei dati utilizzati.

Secondo **CDS** nonché **AG, AI, AR, BL, BS, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH** il fatto che partner tariffali e Cantoni utilizzino un insieme di dati non idoneo alle rispettive esigenze minime di qualità (a seguito di possibili correzioni) o l'eventualità che escludano alcuni dati dalla definizione del valore di riferimento dipende dal numero, talvolta insufficiente, di ospedali rilevanti per la comparazione dell'economicità messi a loro disposizione.

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH** sottolineano che l'attestato OCPre non si sostituisce al controllo di attendibilità e non costituisce una garanzia della qualità dei dati.

UR caldeggia lo stralcio dell'ultima parte (a partire da «Non vengono utilizzati i dati che:...»).

Secondo **VD**, il grado di gravità non è un buon criterio, in quanto non è misurato da nessuna parte: piuttosto dovrebbe essere determinante il grado dell'onere relativo del caso (ossia il peso economico).

BE richiede che l'ambito della TARPSY non sia incluso. Se tuttavia ciò non dovesse avvenire, andrebbe necessariamente stralciato il concetto di costi giornalieri. La durata del ricovero media in psichiatria varia molto e i costi giornalieri non rappresentano tali oscillazioni: poiché la durata del ricovero ha un effetto decisivo sui costi effettivi per singolo caso, può capitare che le cliniche psichiatriche aventi costi giornalieri elevati siano più economiche rispetto ad altre che hanno costi inferiori. Al contrario, potrebbe essere scelta come valore di riferimento una clinica con costi giornalieri contenuti in cui però i costi per singolo caso sono più elevati rispetto alle cliniche che nella comparazione tra ospedali presentano costi giornalieri più alti. Per questo motivo, nel quadro della struttura tariffale TARPSY, anche la psichiatria deve essere necessariamente sottoposta a una valutazione dell'economicità sui costi per singolo caso e non sui costi giornalieri.

Lettera b:

CDS nonché **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, TI, UR, VD, VS** e **ZH** respingono nettamente la fissazione di un percentile massimo, sottolineando che esula dalla competenza Consiglio federale di stabilire principi volti a una definizione delle tariffe in base alle regole di una sana gestione economica.

TI fa notare che, date le specificità regionali, si deve lasciare ai Cantoni una certa discrezionalità sul percentile da adottare.

Secondo **CDS** nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** e **ZH**, fissare il 25° percentile nell'ordinanza peraltro non rispetta né il margine di manovra dei Cantoni né l'autonomia tariffale dei partner contraenti.

CDS nonché **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** e **ZH** osservano che la scelta del 25° percentile è ancora più incomprensibile se si considera che nelle sue sentenze il TAF ha avvallato valori di riferimento sino al 50° percentile. Se si dovesse fissare il 25° percentile come limite massimo, saranno necessarie spiegazioni. **CDS** nonché **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** e **ZH** segnalano che ciò vale anche per la prescrizione secondo cui il valore di riferimento deve essere definito rispetto al numero di fornitori di prestazioni. Prima di procedere con il progetto di revisione, la Confederazione dovrebbe condurre per lo meno un'analisi d'impatto della regolamentazione.

GE e **NE** auspicano lo stralcio totale della lettera b della presente disposizione. Secondo **NE**, viola l'autonomia dei Cantoni e causerà inevitabilmente un livellamento al ribasso delle condizioni sociali ed ambientali nella gestione delle istituzioni di cura.

NE stigmatizza il progetto definendolo inammissibile, in quanto trascura l'autonomia dei Cantoni in molti ambiti di loro competenza. Ridurre a un'inefficienza economica la presa in considerazione delle legislazioni cantonali specifiche concernenti ad esempio il livello di assegni familiari, imponendo ai datori di lavoro di partecipare ai costi della formazione professionale o degli asili e delle strutture di accoglienza per bambini, introducendo esigenze ambientali o proponendo il salario minimo è insostenibile e rappresenta una grave violazione dei principi del federalismo.

Secondo **GR**, il commento alle modifiche previste dimostra chiaramente che la fissazione del percentile serve esclusivamente a ridurre i costi a carico dell'AOMS e a sgravare la Confederazione dai contributi per la riduzione individuale dei premi. In particolare, mancano informazioni sugli effetti del valore di riferimento sugli ospedali. La proposta del 25° percentile è arbitraria, in quanto segue unilateralmente il punto di vista degli assicuratori e qualifica gran parte degli ospedali che assicurano un'offerta di assistenza completa come non economica. Per gli

ospedali che si collocano al di sopra del valore di riferimento, la fissazione al 25° percentile comporta una crescente pressione sul personale con conseguenti tagli in molte strutture. Nel complesso, la qualità dell'assistenza sanitaria in Svizzera, che attualmente risulta elevata, è a rischio o addirittura compromessa. Anche un valore di riferimento al 50° percentile, che è quello concretamente proposto da GR, avrebbe un sufficiente effetto di contenimento dei costi. Visti le conseguenze sulla qualità delle prestazioni degli ospedali e/o sul panorama ospedaliero, nonché la massiccia ingerenza nell'autonomia negoziale dei partner tariffali che ne deriverebbe, la fissazione di un valore di riferimento al di sotto del 50° percentile – a meno che non si abbandoni il proposito di definirne uno, deve avvenire necessariamente a livello di legge. Infine, il valore di riferimento deve essere necessariamente definito sulla base dei casi corretti per il grado la gravità di tutti i fornitori di prestazioni.

JU osserva che il progetto rimette in discussione il primato delle trattative tra i partner tariffali limitando la competenza legale dei Cantoni, i quali non potranno più valutare, approvare e fissare le tariffe. Le modifiche proposte inoltre riducono il margine di manovra dei partner tariffali nelle trattative, con ripercussioni certe sull'autonomia tariffale e le cure mediche.

Secondo **BS** la scelta del percentile è arbitraria e inconcepibile.

Secondo **CDS** nonché **AI, AR, BL, BS, BE, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** e **ZH**, ponderare il 25° percentile in base al numero dei fornitori di prestazioni implica che alle case per partorienti e alle cliniche che offrono un ventaglio ristretto di cure o prestazioni di durata limitata sarà attribuito un peso eccessivo. **CDS**, i Cantoni succitati e **TI** respingono quindi la ponderazione in base al numero di fornitori di prestazioni (contrapponendola a quella basata sul numero di casi).

CDS nonché **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** e **ZH** ricordano che, qualora si decida di includere comunque un metro dell'efficienza nella TARPSY, è indispensabile che nel definirlo si tenga conto dei costi per singolo caso degli ospedali.

TG fa notare che il calcolo del risparmio sui costi a carico dell'AOMS nel rapporto esplicativo è spiegato in modo incomprensibile: si deve presumere che se il 25° percentile è fissato come metro dell'efficienza, i Cantoni dovranno intervenire mediante contributi per le prestazioni economicamente di interesse generale o a copertura di eventuali deficit per garantire la fornitura delle cure. Ciò rappresenta uno spostamento dei costi a scapito del finanziamento derivante dalle tasse invece che dall'AOMS.

Se, nonostante la richiesta di stralcio, sarà fissato un metro dell'efficienza, secondo **BE** dovranno essere fornite spiegazioni riguardo la scelta dell'importo e le competenze del Consiglio federale in materia. Nel benchmarking, **BE** inoltre propone l'alternativa di basarlo sul numero di casi o sul case mix index (CMI). Il metodo proposto dal Consiglio federale, secondo cui nella comparazione tra ospedali si considera unicamente il numero dei fornitori di prestazioni coinvolti ma non le loro dimensioni, nasconde grandi rischi.

Secondo **BS** anche il commento del Consiglio federale alla presente disposizione è poco preciso: «Il valore di riferimento (benchmark) fissato al 25° percentile invece che al 40° percentile, bisogna supporre una diminuzione dei costi per l'AOMS attorno ai 200 fino ai 250 milioni di franchi». Non vengono fornite ulteriori spiegazioni, quindi non si riesce a capire perché sia stato scelto proprio il 25° percentile come valore determinante. Inoltre va fatta una riflessione sulle implicazioni concrete della fissazione del percentile a questo livello: il 75% dei fornitori di prestazioni inclusi nel valore di riferimento risulterebbe inefficiente. Questa è un'ipotesi estremamente azzardata che, se confrontata con altri settori, non corrisponde alla realtà.

Secondo **ZG**, la ponderazione in base al numero di ospedali presenta i seguenti punti deboli: innanzitutto, il volume delle prestazioni dei singoli fornitori non viene preso in considerazione, motivo per cui quelli che ne hanno uno molto basso possono talvolta vedersi attribuita la stessa

ponderazione di quelli con volumi molto elevati. Inoltre, non è del tutto chiaro quale sia la ponderazione corretta, ma rispondere a questa domanda è un compito che va lasciato all'autorità che approva o fissa le tariffe.

La giurisprudenza ha ritenuto ammissibile un metro dell'efficienza con un valore di riferimento fino al 50° percentile. La definizione del metro dell'efficienza deve continuare a essere competenza dell'autorità che approva o fissa le tariffe.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PVL plaude al disciplinamento proposto alla lettera a, ma in aggiunta richiede che i trattamenti molto rari non siano fatturati mediante il sistema DRG e sottolinea che sono necessarie disposizioni speciali in materia. PVL propone inoltre lo stralcio della lettera b: un percentile predefinito, come proposto dal Consiglio federale, è troppo restrittivo e sono i partner tariffali che devono accordarsi sul percentile. Benché in una fase iniziale il 25° percentile potrebbe essere fattibile perché c'è bisogno di recuperare, a lungo termine non sarebbe sostenibile. In altre parole, va evitata una «corsa al ribasso» scatenata da effetti dinamici. Infine, PVL ritiene che l'obiettivo di fornire prestazioni nel modo più efficiente possibile e nella qualità richiesta sia stato fissato chiaramente.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

CP reputa il 25° percentile troppo restrittivo perché riduce o addirittura indebolisce l'autonomia tariffale dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori-malattie. Rimandando alla giurisprudenza del TAF, sottolinea l'insensatezza di includere nell'ordinanza il riferimento a un percentile definito.

Anche **USAM** respinge la proposta del 25° percentile. In molti casi, il valore proposto darebbe adito a tariffe che non garantirebbero la copertura dei costi. In particolare, gli ospedali con costi fissi relativamente alti sarebbero probabilmente costretti a uscire dal mercato e aumenterebbe la pressione per compensare i costi non coperti nell'ambito dell'AOMS mediante sovvenzioni trasversali provenienti dalle assicurazioni complementari. Nel caso degli ospedali pubblici, USAM teme che nel sistema sarà convogliato ancora più denaro dei contribuenti, con una conseguente distorsione della concorrenza che andrà chiaramente a scapito degli ospedali privati, cosa che risulta inaccettabile da ogni punto di vista.

Organizzazioni del settore sanitario – pazienti/fruitori

In linea di principio **Pro Mente Sana** è contraria all'articolo 59c^{bis} proposto nel progetto. Da un lato, esso contraddice palesemente l'articolo 49 capoverso 1 LAMal, che, secondo la volontà del legislatore, tradizionalmente prescriveva prezzi equi per ospedali «ragionevolmente efficienti»; dall'altro è in antitesi anche con la giurisprudenza del TAF, il quale ha sancito che il metro dell'efficienza deve essere delineato in maniera «piuttosto rigorosa», ma in modo tale che non sia pregiudicata la garanzia della copertura del fabbisogno. Recentemente il TAF ha stabilito anche che un valore di riferimento al 25° percentile ponderato secondo il numero degli ospedali come previsto nella presente revisione presenta una «grave distorsione» che potrebbe mettere in pericolo la garanzia della copertura del fabbisogno e quindi non è conciliabile con gli obiettivi della LAMal.

Secondo **OSP** fissare il valore di riferimento al 25° percentile dal punto di vista dei costi è vantaggioso, tuttavia, considerato che la correzione in base al grado di gravità secondo il tipo

DRG è altamente opinabile, un valore di riferimento basso rischia di causare preferenze in favore dei pazienti più sani a scapito di quelli gravemente malati.

Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler ritiene che si debba precisare il tipo DRG poiché anche la TARPSY e ST Reha ne fanno parte.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Secondo **AllKidS**, le disposizioni dell'intero articolo 59c^{bis} ruotano attorno al concetto secondo cui tutti gli ospedali, le case per partorienti e le case di cura devono presentare i loro costi giornalieri o per singolo caso corretti per il grado di gravità e, in relazione al numero di ospedali, si determina il valore di riferimento al 25° percentile. Questo metodo porterà i piccoli ospedali e/o gli ospedali che operano in singoli ambiti specialistici, le case per partorienti e le case di cura a formare il valore di riferimento per i grandi ospedali, che in relazione ai mandati di prestazioni presentano differenze più nette. Le case per partorienti di dimensioni ridotte, per esempio, determineranno il valore di riferimento per i grandi ospedali cantonali, gli ospedali universitari e gli ospedali pediatrici. La scelta del 25° percentile, ponderato in base al numero di ospedali, è un metro dell'efficienza che il 75 per cento degli ospedali non è in grado di soddisfare, finendo in rosso. Anche se si ottenessero grandi risparmi nei singoli ospedali, questo processo ripetitivo di definizione del valore di riferimento porterebbe comunque il 75 per cento degli ospedali a operare in perdita. Soprattutto negli ospedali fornitori finali di prestazioni, tra cui figurano gli ospedali AllKidS, questo meccanismo è applicabile solo a fronte di drastiche riduzioni della qualità. La pressione sulla medicina pediatrica aumenterebbe nettamente e le innovazioni, le ristrutturazioni e i nuovi edifici urgentemente necessari verrebbero messi a repentaglio. La sopravvivenza economica degli ospedali pediatrici indipendenti, indispensabile per un'assistenza sanitaria di alta qualità nel settore pediatrico, sarebbe gravemente compromessa o possibile solo mediante i sussidi dei Cantoni. Perdere i tre ospedali pediatrici indipendenti in Svizzera, che si sobbarcano l'onere principale della garanzia della copertura del fabbisogno nel settore pediatrico e della chirurgia pediatrica, sarebbe fatale. Per queste ragioni, il valore di riferimento deve essere ponderato con il numero di casi come requisito minimo e deve essere scelto in modo tale da non mettere in pericolo la base finanziaria e lo sviluppo di gran parte degli ospedali. Inoltre, si prevedono possibili supplementi in misura considerevole per gli ospedali fornitori finali. Tuttavia, vi è il rischio che autorità e assicurazioni impongano requisiti irraggiungibili per dimostrare prestazioni e costi aggiuntivi, con conseguenti lunghe controversie. A fronte di questa situazione, gli ospedali pediatrici chiedono che l'OAMal preveda un valore di riferimento separato per gli ospedali universitari e gli ospedali pediatrici indipendenti, allo scopo di compensare le lacune di rappresentazione ancora esistenti nella SwissDRG per i trattamenti rari e complessi nel settore pediatrico. La revisione dell'OAMal è concepita in modo completamente unidimensionale per ridurre i costi nell'ambito dell'AOMS e avrà gravi conseguenze per l'assistenza sanitaria in Svizzera. Per quanto attiene a questi importanti settori parziali, All-KidS respinge nettamente la proposta di revisione dell'OAMal concernente la pianificazione ospedaliera e la determinazione delle tariffe e ne considera la attuazione una minaccia alla propria esistenza.

Secondo **Gesundheitszentrum Fricktal AG**, l'intero articolo 59c^{bis} punta a individuare un prezzo base uniforme; inoltre, la definizione fissa del valore di riferimento «al massimo al 25° percentile» mina quasi completamente il margine di trattativa esistente. Nell'attuazione, questo implicherà una spirale verso il basso per tutti i prezzi base. Includendo le case per partorienti e gli istituti specializzati, il valore di riferimento massimo del 25° percentile comporterà inevitabilmente che almeno il 90 per cento di tutte le prestazioni negli ospedali di medicina somatica acuta in Svizzera avrà tariffe che non coprono i costi. I cambiamenti strutturali non saranno quindi più intrapresi a causa dei costi. Gli incentivi per una maggiore efficienza sono efficaci solo se sono equi e realizzabili. Il valore di riferimento proposto del 25° percentile comporta

una riduzione della qualità e un aumento della pressione sul personale, con conseguenti licenziamenti. L'alta qualità dell'assistenza sanitaria fornita alla popolazione svizzera è dunque in pericolo e il settore sanitario, che rappresenta il maggiore fattore economico svizzero, ne uscirà indebolito.

In linea di principio, **Hirslanden** respinge l'articolo 59c^{bis}. In sintesi, il valore di riferimento previsto al 25° percentile comporterà un peggioramento della qualità e la riduzione del personale, cosa estremamente deleteria per l'assistenza sanitaria della popolazione. Il fatto che siano solo gli assicuratori a essere responsabili del valore di riferimento è, in linea di principio, incompatibile con il partenariato tariffale tra fornitori di prestazioni e assicuratori sancito per legge.

Universitätsklinik Balgrist richiede lo stralcio dell'articolo 59c^{bis} nella sua interezza (cfr. il parere relativo all'art. 59c cpv. 2).

In generale:

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG e Kantonsspital Aarau richiedono la modifica della presente disposizione. Al presente capoverso non è chiaro chi determini o abbia il dovere di determinare il valore di riferimento. Qualora quest'ultimo debba essere determinato coinvolgendo a livello nazionale tutti i fornitori di prestazioni interessati aventi costi per singolo caso o giornalieri corretti per il grado di gravità e ricavati in modo trasparente, da ciò inevitabilmente risulterà un solo valore di riferimento per ragioni puramente aritmetiche. Di conseguenza, il valore di riferimento applicabile a tutte le parti deve essere determinato da un organismo indipendente riconosciuto da tutte le parti o incaricato da esse.

In alternativa **Ärztegesellschaft des Kantons Bern** e **AMOS** richiedono che, in luogo del 25° percentile, il valore di riferimento sia fissato al 50° percentile, conformemente alla giurisprudenza del TAF. **Ärztegesellschaft des Kantons Bern** e **AMOS** non sono disposti a scendere al 30° o 40° percentile.

CHUV, Insel Gruppe AG, Universitätsspital Basel e unimeduisse richiedono che alla disposizione sia aggiunta una lettera c avente il seguente contenuto: «c. per la definizione del valore di riferimento secondo le lettere a e b, gli ospedali che secondo la classificazione UST* rientrano nel gruppo ospedaliero K111 costituiscono un gruppo separato per il valore di riferimento». Le comparazioni tra ospedali volte a definire le tariffe ospedaliere secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal devono avvenire tra ospedali che forniscono prestazioni sufficientemente simili. In ogni caso, almeno per gli ospedali universitari vanno effettuate comparazioni separate. È inoltre necessario introdurre una nuova lettera c all'articolo 59c^{bis} capoverso 1.

Dal punto di vista di **Universitätsspital Basel**, il capoverso 1 va respinto, in quanto rappresenta un'ingerenza della Confederazione nel calcolo delle tariffe, che è invece di competenza dei partner tariffali. Nel fissare il percentile massimo nell'ordinanza, si accetta implicitamente che il 75 per cento degli ospedali è inefficiente. Non viene presa in considerazione nemmeno la struttura delle prestazioni, né si chiarisce se il fornitore di prestazioni di riferimento soddisfa pienamente i requisiti strutturali e procedurali. I cambiamenti strutturali sarebbero ostacolati da tariffe che non coprono i costi. Al contempo, l'ordinanza deve contenere requisiti per ogni gruppo di prestazioni al fine di valutarne l'economicità.

Secondo **Berit Klinik AG**, l'inclusione delle case di cura nella definizione del valore di riferimento nel quadro della SwissDRG rappresenta un'ingerenza eccessiva nella tariffazione nei confronti degli altri ospedali coinvolti. Le case per partorienti devono pertanto essere escluse dalla definizione del valore di riferimento per gli ospedali per le cure acute, in quanto questi ultimi dispongono di capacità di riserva inferiori e una comparazione sarebbe quindi iniqua. Inoltre, **Berit Klinik AG** rimarca che nelle sue sentenze precedenti il TAF ha avallato i valori di riferimento fino al 50° percentile, mentre ora con il 25° percentile il Consiglio federale ha optato

per un metro dell'efficienza in linea con le più severe esigenze degli assicuratori-malattie. Visti i limiti della SwissDRG nella rappresentazione tuttora esistenti e le conseguenti distorsioni nella definizione del valore di riferimento su percentili bassi, sorgono seri dubbi sulla legalità di tale metro dell'efficienza. Le norme previste sono pensate unicamente per ridurre i costi a carico dell'AOMS e avranno gravi conseguenze sulla situazione finanziaria degli ospedali.

Dachverband Komplementärmedizin, UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare e Verein integrative-kliniken.ch rifiutano il valore di riferimento proposto perché è incentrato sulla riduzione dei costi e non sulla qualità dei risultati. Le conseguenze previste sono una riduzione della qualità e un ulteriore aumento della pressione sul personale, e ciò interferisce con l'autonomia tariffale. Poiché non esistono basi legali in materia, il progetto deve essere stralciato e si deve ripensare il modello del valore di riferimento. In generale, i progetti che implicano grandi oneri burocratici senza contribuire alla qualità vanno respinti.

FMH respinge la fissazione a livello di ordinanza di un percentile così specifico e basso come valore di riferimento, in quanto nelle attuali strutture tariffali di tipo DRG (cioè SwissDRG e TARPSY) al momento vi sono ancora differenze di costi troppo ampie che devono ancora essere chiarite. Inoltre, un valore di riferimento così rigido dà adito a tendenze nella direzione di un nuovo finanziamento dell'oggetto, in contrasto con l'idea di fondo su cui si basa il nuovo finanziamento ospedaliero. Alla luce di ciò FMH richiede lo stralcio della disposizione. Eventualmente, per la lettera b propone che dai fornitori di prestazioni si escludano le case per partorienti e si scelga un valore di riferimento corrispondente al 50° (invece che al 25°) percentile in base all'insieme di casi o al numero di casi (invece che in base al numero dei fornitori di prestazioni).

IGGH-CH respinge fermamente la riduzione del valore di riferimento al 25° percentile e propone di lasciarlo a 40, sottolineando che con una riduzione è minacciata l'esistenza delle case per partorienti, sia per quanto riguarda il personale necessario, sia per quanto riguarda la garanzia di tutte le condizioni richieste in materia di gestione della qualità e della sicurezza. I tagli derivanti da questa riduzione spingerebbero implicitamente l'ostetricia alternativa fuori dal mercato.

RehaClinic AG fa notare che il calcolo del valore di riferimento non tiene conto del volume delle prestazioni né del mandato sanitario, ma solo del numero di ospedali e teme che l'elevata quantità di ospedali non rilevanti per il sistema distorca il risultato.

Secondo **ASI**, la scelta del 25° percentile non è comprensibile ed è ritenuta sbagliata in quanto il valore fissato è troppo basso.

SSMIG considera il 25° percentile inadeguato e lo respinge. Abbassare il valore di riferimento in questo modo significa che il 75 per cento degli ospedali svizzeri opera in modo troppo costoso. Il disciplinamento vigente ha già causato una riduzione dei prezzi base e notevoli deficit nella remunerazione delle prestazioni mediche per pazienti con multimorbidità.

Secondo **swiss orthopaedics**, la definizione del 25° percentile come valore massimo è anti-tetica rispetto all'autonomia tariffale dei partner e alla discrezionalità dei Cantoni, oltre che non corrispondere a un livello di dettaglio significativo. Una ponderazione che non considera i volumi di prestazioni molto diverse è da ritenersi generalmente problematica.

In linea di principio, fintantoché i termini attinenti alla riabilitazione non sono chiariti a livello federale rendendo possibile la proliferazione di termini a livello cantonale, **SWISS REHA** non ritiene che il valore di riferimento in due fasi proposto per determinare il corrispondente valore della riabilitazione sia praticabile in maniera adeguata. Si pone anche la questione delle tariffe di riferimento qualora, per esempio, in determinati Cantoni manchino i mandati di prestazioni per la riabilitazione geriatrica e i pazienti ivi domiciliati si rechino presso istituti al di fuori del proprio Cantone per ottenere tale servizio. Queste tariffe di riferimento tuttavia non hanno nulla

a che vedere con i principi menzionati all'articolo 59c capoverso 1 OAMal, né possono essere citate in riferimento al gruppo di prestazioni per la riabilitazione geriatrica.

Lettera a:

H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono la presente disposizione, secondo cui i costi per singolo caso o giornalieri corretti per il grado di gravità di tutti i fornitori di prestazioni che fatturano con una specifica struttura tariffale DRG devono essere inclusi in un unico sistema di valori di riferimento nazionale. Nell'ambito della SwissDRG, questo significa che anche le case per partorienti devono essere incluse nella definizione del valore di riferimento per determinare le tariffe ospedaliere. Ciò tuttavia porterà a risultati illegali e va quindi respinto: sebbene anche le case per partorienti utilizzino SwissDRG, per legge esse rappresentano una categoria di fornitori di prestazioni separata che deve essere distinta dagli ospedali e per la quale – cosa fondamentale, si applicano condizioni quadro normative diverse da quelle degli ospedali. In particolare, le case per partorienti non sono tenute ad assicurare alcuna assistenza medica e possono fornire le loro prestazioni mediante un'infrastruttura tecnicamente molto più semplice. In ragione di queste differenze nelle prestazioni, i costi per singolo caso corretti per il grado di gravità degli ospedali e delle case per partorienti non possono essere comparati in modo equo. Inoltre, i costi per singolo caso corretti per il grado di gravità delle case per partorienti sono fortemente falsati dalle contingenze che cambiano annualmente a causa del ristretto numero di casi. La loro inclusione nel benchmarking quindi sarebbe tanto più distorsiva se si dovesse effettivamente prescrivere una ponderazione del valore di riferimento in funzione del numero di istituti. Per gli ospedali e le case per partorienti quindi occorre prescrivere due valori di riferimento separati.

Anche secondo **Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Verband Zürcher Krankenhäuser** nel benchmarking ospedali e case per partorienti devono essere separati, come si evince dalla decisione del TAF. Il rimando al numero di fornitori di prestazioni è inammissibile, in quanto predilige ottusamente l'aspetto imprenditoriale, senza considerare l'importanza dell'assistenza sanitaria. I fornitori di prestazioni specializzati e di dimensioni ridotte primeggiano nel quarto più basso del valore di riferimento. Poiché con la ponderazione del caso secondo il tipo DRG sono considerati anche i costi, è più appropriato inserire il riferimento al CMI o al singolo caso. Il periodo transitorio è ritenuto inutile in quanto i fornitori di prestazioni non si prepareranno ai rovinosi prezzi derivanti dal 25° percentile e addirittura intraprenderanno nuovi investimenti.

Hirslanden segnala che nella legge le case per partorienti fanno parte di una categoria di fornitori di prestazioni separata e distinta dagli ospedali, per la quale sono già stati allestiti altri requisiti regolatori, si pensi per esempio al fatto che le case per partorienti non devono garantire assistenza medica. Alla luce di queste lampanti differenze è inappropriato che tali istituti siano inclusi nel benchmarking per fissare le tariffe ospedaliere e si consiglia piuttosto di elaborare un valore di riferimento separato.

Lettera a numero 1:

H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG richiedono, per quanto possibile, che sia definito il termine «inidonei», o in alternativa di stralciarlo. Inoltre, si deve stabilire chi decide cos'è «idoneo» e cos'è «inidoneo».

Lettera b:

H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG respingono con decisione la presente disposizione perché illegale e pericolosa per la qualità della sicurezza della fornitura di prestazioni del settore stazionario in Svizzera. Fissare un

valore di riferimento massimo mediante ordinanza mina l'autonomia tariffale, sia per quanto riguarda la scelta del metodo di definizione delle tariffe che per l'importo del valore di riferimento stesso. Con questo sistema, i partner tariffali sarebbero degradati a meri esecutori di ordini e le trattative diventerebbero quindi superflue. Secondo il progetto, il valore di riferimento fissato al 25° percentile deve essere calcolato in base ai costi standard per caso di tutti i fornitori di prestazioni della Svizzera che utilizzano lo stesso modello di remunerazione: una procedura di questo tipo tuttavia non tiene conto delle differenze tra fornitori di prestazioni quali cliniche specializzate, fornitori centrali di prestazioni e case per partorienti, avvantaggiando in maniera sproporzionata le organizzazioni specializzate che offrono un ventaglio ristretto di prestazioni. Il risultato è ulteriormente distorto dall'inaccettabile inclusione di strutture prive di reparti di primo soccorso e dalle differenze a livello regionale dei costi strutturali (legati ai salari e alla sede). Sapendo che né la SwissDRG né la TARPSY (né in futuro tantomeno la ST Reha) sono sviluppate al meglio e che esse avranno sempre dei limiti sistemici, si farà di tuttata un'erba un fascio riunendo tutte le prestazioni e tutti i fornitori di prestazioni. In questo modo, invece che colmare o far colmare le lacune esistenti, il Consiglio federale le calcifica. Al contrario, o si migliora la struttura tariffale SwissDRG o si sviluppa ulteriormente il modello di benchmarking, per esempio nella direzione di un impianto basato sui «costi standard per caso corretti». Oltre allo sgravio dell'AOMS e della Confederazione, nel rapporto esplicativo non si trova alcuna motivazione aggiuntiva alla fissazione del valore di riferimento al 25° percentile e in particolare mancano informazioni in merito agli effetti di tale valore di riferimento sugli ospedali. Le analisi d'impatto della regolamentazione tuttavia devono essere eseguite sui progetti di legiferazione a ogni livello, in particolare se si tratta di proposte che hanno un impatto decisamente massiccio in singoli settori, com'è senza dubbio il caso del presente progetto di ordinanza per il settore ospedaliero. Il previsto valore di riferimento al 25° percentile è arbitrario, si concentra unicamente sul punto di vista degli assicuratori e qualifica come non economica gran parte degli ospedali che assicurano un'offerta di assistenza completa, cosa che può comportare una riduzione della qualità. Nel complesso, la qualità dell'assistenza sanitaria in Svizzera, che attualmente risulta elevata, è a rischio o addirittura compromessa e questo evidentemente non può essere l'effetto di un valore di riferimento. Poiché il TAF ha avallato i valori di riferimento sino al 50° percentile, non c'è alcun motivo di fissarne uno così basso nell'ordinanza. Solo un valore di riferimento al 50° percentile garantisce che almeno gli ospedali per le cure acute che si collocano nella media e assicurano un'offerta di assistenza completa siano sufficientemente e correttamente rappresentati e possano generare i mezzi finanziari necessari a un esercizio efficiente e di qualità elevata. Le esperienze conseguite sinora in Svizzera e all'estero dimostrano che valori di riferimento inferiori al 50° percentile sono pericolosi per il sistema tariffale. Al contrario, una prospettiva affidabile a medio e lungo termine di una remunerazione al 50° percentile ha un effetto sufficientemente mitigatore sui costi. Un'altra osservazione emersa è che i valori estremi, sia positivi che negativi, non devono essere considerati nella definizione del valore di riferimento. Visti gli effetti sulla qualità delle prestazioni degli ospedali e/o sul panorama ospedaliero, nonché la massiccia ingerenza nell'autonomia negoziale dei partner tariffali che ne deriverebbe, la fissazione di un valore di riferimento al di sotto del 50° percentile deve avvenire necessariamente a livello di legge. Se, come previsto nella proposta di revisione, il percentile di riferimento sarà basato sul numero di fornitori di prestazioni, agli ospedali di piccole dimensioni con un numero di casi inferiore alla media sarà attribuito un peso eccessivo. Ciò è tanto meno giustificabile perché questi ospedali sono spesso casi speciali i cui costi per singolo caso corretti per il grado di gravità sono fortemente influenzati, tra l'altro, da fluttuazioni casuali nel numero di casi. Includere nel benchmarking allo stesso modo tutti gli ospedali, a prescindere dal numero di casi e dal loro grado di gravità genererebbe un metro dell'efficienza distorto e diluirebbe la rappresentatività del valore di riferimento. Quest'ultimo, invece, deve fondarsi su dati rappresentativi e contenere una ponderazione dei diversi istituti sulla base dell'insieme dei casi (quantità e grado di gravità dei casi trattati). Secondo il commento all'articolo 59c^{bis} capoverso 4, le remunerazioni devono orientarsi in base agli ospedali che forniscono la prestazione assicurata nella qualità necessaria.

Nelle fasi contenute al capoverso 1 per determinare il valore di riferimento, tuttavia, la fornitura della prestazione assicurata nella qualità necessaria non costituisce un criterio corrispondente. Alla luce del commento quindi si evince che gli ospedali che non forniscono la prestazione assicurata nella qualità necessaria non possono affatto essere coinvolti nella definizione del valore di riferimento. Per gli istituti che si collocano al di sopra del 25° percentile, questa disposizione comporta una riduzione della qualità e una crescente pressione sul personale con conseguenti tagli in molte strutture. Inoltre, il settore sanitario, che rappresenta il maggiore fattore economico svizzero, ne uscirà indebolito. Se il 75 per cento dei fornitori di prestazioni stazionarie sarà dichiarato sistematicamente e permanentemente non economico, si darà adito a una spirale verso il basso, alla fine della quale si trovano i Cantoni che, essendo al di fuori della legislazione relativa alla LAMal, per mantenere in vita l'assistenza sanitaria, dovranno intervenire nel finanziamento ospedaliero, cosa che sono comunque tenuti a fare in virtù del loro mandato sancito nella Costituzione. Lo studio di Polynomics «Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking» del 4 giugno 2020 dimostra le lacune degli attuali approcci incentrati sui valori di riferimento e in una simulazione illustra come evolverà il panorama ospedaliero mantenendo il 25° percentile ed escludendo dalla proiezione il versamento agli ospedali di eventuali mezzi supplementari (sussidi, donazioni) o nuovi capitali da parte dei proprietari: dopo sette anni, a causa dei deficit gli ospedali universitari avranno terminato il capitale proprio e saranno spariti dal mercato; dopo 14 anni esisteranno la metà degli ospedali, dopo 25 anni un quinto e dopo 46 anni ne rimarrebbe solo uno. In tutto il periodo, nel sistema vi sarebbe una copertura insufficiente che solo nei primi nove anni corrisponderebbe a un ammanco di 3,7 miliardi franchi. La riduzione dei costi a carico dell'AOMS calcolata dall'UFSP per 200–250 milioni di franchi qualora il metro dell'efficienza passi dal 40° percentile al 25° è decisamente sottostimata, tanto più perché è riferita comunque solo alla quota del finanziamento dell'AOMS al 45 per cento. Le perdite nei profitti dei fornitori di prestazioni si attesterebbero a 1,2 miliardi, ossia in misura da cinque a sei volte superiore. I risparmi sui costi e le lacune nella copertura degli ospedali stimati da **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** si basano sul consuntivo del 2018 e sono stati calcolati dall'associazione Spital Benchmark.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Verband Zürcher Krankenhäuser richiedono lo stralcio della disposizione. Fissare un valore di riferimento massimo mediante ordinanza mina l'autonomia tariffale, sia per quanto riguarda la scelta del metodo di definizione delle tariffe che per l'importo del valore di riferimento stesso. La disposizione quindi è illegale e va stralciata. Il valore di riferimento previsto al 25° percentile avvantaggia esageratamente gli istituti specializzati e l'inclusione di organizzazioni prive di reparti di primo soccorso distorce in modo inaccettabile il risultato, che è ulteriormente alterato dalle differenze a livello regionale dei costi strutturali (legati ai salari e alla sede). Il 66 per cento (cioè due terzi) delle cliniche specializzate ha tariffe in grado di coprire i costi, se non fosse che questo tipo di cliniche rappresentano solo un terzo di tutti gli ospedali. Il valore di riferimento al 25° percentile rappresenta il panorama ospedaliero in modo completamente distorto. Gli ospedali non specializzati, e in particolare quelli dotati di un reparto di primo soccorso o di cure intense, non riuscirebbero a coprire i costi. Anche qualora il prezzo di riferimento degli importi forfettari per singolo caso sia fissato al 50° percentile, la comparazione deve avvenire mediante ponderazione per singolo caso. Solo così si può rendere giustizia al gran numero di prestazioni fornite alla popolazione generale dagli ospedali non specializzati. La pandemia di coronavirus ha dimostrato che, per superare la crisi, è stato decisivo avere un panorama ospedaliero decentrato e di prossimità. In particolare, si è potuto sgravare l'intero sistema perché le ondate di pazienti si sono distribuite in diverse sedi. Il progetto di concentrare sempre più le prestazioni mediche va quindi ripensato con uno sguardo critico. A lungo termine, il 25° percentile implica

che gli ospedali saranno obbligati ad arrestare le proprie attività, com'è stato dimostrato nello studio di Polynomics «Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking». Per gli istituti che si collocano al di sopra del 25° percentile, ciò comporta una riduzione della qualità e una crescente pressione sul personale con conseguenti tagli. Inoltre, il settore sanitario, che rappresenta il maggiore fattore economico svizzero, ne uscirà indebolito. Che il 75 per cento dei fornitori di cure ospedaliere sia sistematicamente e permanentemente dichiarato non economico è uno scenario dipinto a tinte fosche. Le esperienze conseguite sinora in Svizzera e all'estero dimostrano che valori di riferimento inferiori al 50° percentile sono pericolosi per il sistema tariffale, mentre una prospettiva affidabile a medio e lungo termine di una remunerazione al 50° percentile ha un effetto mitigatore sui costi. I risultati degli ospedali svizzeri sono già decisamente sulla buona strada, con circa l'80 per cento degli ospedali e delle cliniche che si attestano su un margine del +/- 8 per cento dal 50° percentile. Un'altra osservazione emersa è che i valori estremi, sia positivi che negativi, non devono essere considerati nella definizione del valore di riferimento.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG e Kantonsspital Aarau richiedono l'adeguamento della lettera come segue: «[...] che [...] corrisponde al massimo al 40° percentile dei casi ponderati per grado di gravità (casemix) di tutti i fornitori di prestazioni» o, in alternativa, il suo completo stralcio (**Gesundheitszentrum Fricktal AG**). Il commento a pagina 17 del rapporto esplicativo relativo alle modifiche previste dimostra chiaramente che la fissazione del percentile serve esclusivamente a ridurre i costi a carico dell'AOMS e a sgravare la Confederazione dai contributi per la riduzione individuale dei premi. Oltre allo sgravio dell'AOMS e della Confederazione, nel rapporto esplicativo non si trova alcuna motivazione aggiuntiva alla fissazione del valore di riferimento al 25° percentile. In particolare, nel rapporto esplicativo mancano informazioni sugli effetti del valore di riferimento sugli ospedali e sui Cantoni. Il previsto valore di riferimento al 25° percentile è arbitrario, si concentra unicamente sul punto di vista degli assicuratori e qualifica come non economica grandissima parte degli ospedali che hanno un'offerta di assistenza completa. Al di sotto del 25° percentile si trovano principalmente fornitori di prestazioni con un'offerta specializzata (cherry picking), ospedali privi di reparti di primo soccorso o di cure intense e case per partorienti. Questi fornitori di prestazioni distorcono la valutazione dell'economicità degli ospedali in un modo iniquo e ingiustificabile che, peraltro, non è nemmeno auspicato dal legislatore stesso. Un'ulteriore distorsione deriva poi dalle differenze a livello regionale dei costi strutturali (legati ai salari e alla sede). Per gli ospedali che si collocano al di sopra del valore di riferimento, la fissazione al 25° percentile comporterebbe una crescente pressione sul personale con conseguenti tagli in molte strutture e riduzione della qualità. Nel complesso, la qualità dell'assistenza sanitaria in Svizzera, che attualmente risulta elevata, sarebbe a rischio o addirittura compromessa e questo evidentemente non può essere l'effetto di un valore di riferimento. Poiché il TAF ha avvallato i valori di riferimento sino al 50° percentile, non c'è alcun motivo di fissarne uno più basso nell'ordinanza. Un valore di riferimento al 40° percentile garantisce che anche gli ospedali che si collocano nella media e assicurano un'offerta di assistenza completa siano sufficientemente e correttamente rappresentati e possano generare i mezzi finanziari necessari a un esercizio efficiente e di qualità elevata. Un valore di riferimento al 40° percentile avrebbe quindi un sufficiente effetto di contenimento dei costi. Visti gli effetti sulla qualità delle prestazioni degli ospedali e/o sul panorama ospedaliero, nonché la massiccia ingerenza nell'autonomia negoziale dei partner tariffali che ne deriverebbe, la fissazione di un valore di riferimento al di sotto del 40° percentile – a meno che non si abbandoni il proposito di definire uno, deve avvenire necessariamente a livello di legge. Se, come previsto nella proposta di revisione, il percentile di riferimento sarà basato sul numero di fornitori di prestazioni, agli ospedali di piccole dimensioni con un numero di casi inferiore alla media sarà attribuito un peso eccessivo. Includere nel benchmarking allo stesso modo tutti gli ospedali, a prescindere dal numero di casi e dal loro grado di gravità genererà un metro dell'efficienza distorto. Il valore

di riferimento, se come si suppone ha lo scopo di comparare realisticamente l'efficienza degli ospedali, deve assolutamente fondarsi sui casi corretti per il grado di gravità di tutti i fornitori di prestazioni. Secondo il commento all'articolo 59c^{bis} capoverso 4, le remunerazioni devono orientarsi in base agli ospedali che forniscono la prestazione assicurata nella qualità necessaria. Nelle fasi contenute al capoverso 1 per determinare il valore di riferimento, tuttavia, la fornitura della prestazione assicurata nella qualità necessaria non costituisce un criterio corrispondente. Alla luce del commento quindi si evince che gli ospedali che non forniscono la prestazione assicurata nella qualità necessaria non possono affatto essere coinvolti nella definizione del valore di riferimento. Nel rapporto esplicativo infine non si chiarisce nemmeno quale sia la qualità necessaria.

Secondo **Hirslanden** la prassi attuale, che peraltro è stata ripetutamente appoggiata dal TAF, aveva stabilito il valore di riferimento per il metro dell'efficienza intorno al 40°–50° percentile ponderato in base ai casi. Nelle sentenze C-4374/2017 e C-4461/2017 consid. 8.6 il TAF recentemente ha confermato che un valore di riferimento al 25° percentile ponderato per il numero di ospedali presenta una grave distorsione che può mettere a repentaglio la garanzia della copertura del fabbisogno. Anche lo studio di Polynomics (già nel 2015) ha dimostrato che l'attuale procedura di definizione del valore di riferimento è lacunosa, tra l'altro a causa dell'inclusione dei costi di utilizzo degli impianti. In particolare, lo studio mette in luce che con un percentile a 25 gli ospedali senza un reparto di primo soccorso e le cliniche specializzate più piccole (con un mandato di prestazioni molto limitato) sono sovrarappresentati.

Universitätsspital Basel fa notare che la procedura di definizione del valore di riferimento non tiene conto delle differenze fra cliniche specializzate e fornitori centrali di prestazioni. Ogni ricalcolo del valore di riferimento si tradurrebbe in una definizione della tariffa al ribasso senza alcuna garanzia che l'ospedale di riferimento (nuovo ogni anno) rispetti i requisiti strutturali e procedurali previsti dalle altre modifiche dell'OAMal. In questo modo non c'è alcuna garanzia che il fornitore di prestazioni di riferimento preso a metro di paragone sia realmente più efficiente.

Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler ritiene che un valore di riferimento al 25° percentile massimo comporti un metro dell'efficienza molto rigido e significativamente inferiore alla pratica attuale e reputa che ciò, come dimostrato dall'ultimo studio di Polynomics sulla scelta del percentile, causerà una spirale verso il basso delle tariffe che si rivelerà drammatica per molti ospedali e cliniche. Lo studio in particolare mette in luce che l'attuale procedura di benchmarking è lacunosa, tra l'altro a causa delle differenze di valutazione in materia di costi di utilizzo degli impianti. Inoltre nello studio emerge che con un percentile a 25 gli ospedali senza un reparto di primo soccorso e le cliniche specializzate più piccole (con un mandato di prestazioni molto limitato) sono sovrarappresentati. Infine, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler critica il fatto che la Confederazione non abbia effettuato un'analisi d'impatto della regolamentazione in tal senso.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Secondo **santésuisse** il termine «calcolo della tariffa» al titolo e al capoverso 1 riferito al benchmarking crea confusione e deve essere sostituito dal termine «tariffazione». santésuisse plaude alla fissazione di un percentile rigoroso. Con la corrente attuazione del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero sono state attuate diverse procedure rigide a livello federale, il che è in antitesi con la concorrenza desiderata e contraddice il principio della parità di condizioni. Tuttavia, si deve tenere conto di qualsiasi cambiamento nei valori di riferimento dovuto all'andamento di volumi e costi inefficienti. santésuisse ritiene inoltre che gli effetti derivanti da variazioni inefficienti di volumi e costi non devono causare un aumento superiore alla media del percentile. Per questo motivo, dopo il capoverso 1 lettera b («al massimo») andrebbe aggiunto un nuovo capoverso dove si prevede una possibilità di attuazione.

Altre organizzazioni

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen ritiene che, in base a tutti i valori di riferimento presentati a livello nazionale dai partner tariffali sinora, il 25° percentile (ponderato in funzione del numero di ospedali) rappresenti un metro dell'efficienza decisamente distorto il cui utilizzo causerà lacune finanziarie pericolose per l'esistenza stessa degli istituti. La conseguenza sarebbero tariffe che non coprono i costi e che aumenterebbero la necessità di un finanziamento trasversale fra assicurazione di base e supplementare, cosa che rappresenterebbe una chiara aberrazione del sistema. Inoltre viene fatto notare che con l'introduzione del tipo DRG in Svizzera si è stabilito un metro dell'efficienza con un valore di riferimento che si attesta tra il 40° e il 50° percentile, cosa che ripetutamente è stata confermata dalla giurisprudenza. La disposizione proposta viola l'articolo 49 capoverso 1 LAMal, in quanto il Consiglio federale sconfinava al di là della sua competenza esecutiva. Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen pertanto richiede di innalzare il valore di riferimento dal 25° al 40° – 50° percentile (ponderato in base ai casi o all'insieme di casi).

5.9 Pareri sull'articolo 59c^{bis} capoverso 2

Cantoni

Secondo **CDS** nonché **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS** e **ZH**, i dati utilizzati per definire il valore di riferimento costituiscono l'unico elemento nell'ambito della fissazione delle tariffe per cui può eventualmente avere senso creare uniformità mediante ordinanza. Secondo i destinatari succitati nonché **AG**, nel 2020 per la prima volta i diversi attori hanno avuto una visione d'insieme su scala nazionale dei costi per singolo caso (e giornalieri) corretti per il grado di gravità per la fissazione delle tariffe (art. 49 cpv. 8 LAMal), basandosi su dati resi plausibili da criteri uniformi. Benché sia possibile effettuare la comparazione, è bene notare che i dati utilizzati continuano a essere eterogenei.

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** quindi propongono che l'applicazione della comparazione fra ospedali di cui all'articolo 49 capoverso 8 LAMal diventi obbligatoria fintantoché questa contiene i costi per singolo caso o i costi giornalieri corretti per il grado di gravità appropriati.

Secondo **CDS** nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH**, a livello federale deve essere garantito che anche la Sorveglianza dei prezzi si basi su questi dati.

CDS nonché **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** per il momento auspicano che si punti a una comparazione basata sui costi per singolo caso.

Inoltre, **CDS** nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** fanno sapere che la comparazione dovrebbe essere pubblicata al massimo quattro mesi dopo la scadenza dell'anno civile determinante per il rilevamento dei dati, di modo che sia utilizzata nelle negoziazioni tariffali; a tal fine quindi dovrebbe essere aggiunto un periodo al presente capoverso.

Dal punto di vista di **AG**, definire una base di dati unitaria per il valore di riferimento applicabile a tutte le parti coinvolte nella fissazione della tariffa è un elemento centrale.

BE fa notare che quest'anno il Consiglio federale per la prima volta adempie l'obbligo di pubblicare la comparazione tra ospedali di cui all'articolo 49 capoverso 8 LAMal, ma unicamente per il settore della medicina somatica acuta. Quando sarà disponibile una comparazione rappresentativa nel settore della psichiatria non è dato a sapersi. Per questo motivo è difficile

comprendere perché anche la struttura tariffale TARPSY debba essere inclusa nel tipo DRG. La definizione del valore di riferimento deve necessariamente avvenire sulla base della comparazione tra ospedali ai sensi dell'articolo 49 capoverso 8 LAMal. Il Consiglio federale presuppone che per i partner tariffali e le autorità i dati necessari siano pubblicati e verificati in anticipo, ma in questo frangente a BE non è chiaro come possa essere garantito che la pubblicazione avvenga in modo puntuale. Per la verifica, il Consiglio federale rimanda al nuovo attestato OCPre previsto nel progetto, che garantisce che i dati dei costi degli ospedali presentati siano conformi alla OCPre. Il Governo cantonale bernese tuttavia non vede quale sia il valore aggiunto che tale attestato OCPre dovrebbe apportare e pertanto nella formulazione «Per il benchmarking è possibile avvalersi della comparazione tra ospedali» consiglia di sostituire «è possibile» con «è necessario».

SO auspica che l'applicazione della comparazione tra ospedali ai sensi dell'articolo 49 capoverso 8 LAMal sia dichiarata obbligatoria mantenendo i costi giornalieri o per singolo caso corretti per il grado di gravità. Infine, la comparazione tra ospedali deve essere pubblicata al massimo quattro mesi dopo la scadenza del rilevamento dei dati del rispettivo anno civile.

Organizzazioni del settore sanitario – pazienti/fruitori

In linea di principio, **OSP** considera un miglioramento il fatto che nella definizione del valore di riferimento siano inclusi ulteriori dati comparativi. Tuttavia, osserva che quelli raccolti dalla Confederazione riguardo alla qualità dei risultati non possono essere utilizzati nella comparazione, poiché, per esempio, se la mortalità è corretta solo per età e sesso, tali dati difficilmente riflettono la situazione reale di pazienti con diversi gradi di malattia (alla stessa età). Vi è quindi il rischio di generare nuove distorsioni e selezionare persone sane.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** respingono con decisione la presente disposizione, poiché causa uno spreco di risorse e potenzia un apparato amministrativo completamente inutile. Il motivo di questa situazione è l'assenza di fiducia tra fornitori di prestazioni e assicuratori-malattie, che ora si trova ai minimi storici. Il presente progetto di ordinanza contempla almeno tre attori competenti per il benchmarking: 1) i Cantoni (cfr. il piano «Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten im Rahmen von Artikel 49 Absatz 8 KVG»); 2) gli assicuratori; 3) le associazioni di assicuratori. Si aggiunge il fatto che ogni attore, ossia i Cantoni e gli assicuratori, verifica l'attendibilità dei dati degli ospedali secondo le proprie valutazioni, nonostante essa sia già valutata da terzi (certificazione REKOLE®, procedura di registrazione online ITAR_K®). Infine, né i Cantoni né gli assicuratori sono imparziali e secondo i principi dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) sono entrambi inadatti a ricoprire tale ruolo. In luogo della presente disposizione, **H+** richiede: 1) un'unica procedura riconosciuta per l'individuazione dei costi d'esercizio rilevanti per l'AOMS e una procedura di verifica dell'attendibilità riconosciuta e comprensibile; 2) un modello adeguato e professionale per la definizione del valore del riferimento che finalmente rispetti il principio legale del «confronto tra pari»; 3) un'istanza neutrale e indipendente (scuola universitaria professionale o università) che ogni anno individui e pubblichi i valori di riferimento.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Verband Zürcher Krankenhäuser caldeggiavano che si possa utilizzare come base decisionale un valore di riferimento valido per tutta la Svizzera determinato da un organo neutrale, che potrebbe essere

l'UFSP, la CDS o un'organizzazione comune dei partner tariffali. Altrimenti, la Confederazione può delineare le prescrizioni metodologiche in modo che i risultati dei valori di riferimento definiti da diverse istituzioni e partner tariffali non siano in contraddizione.

Secondo **Universitätsspital Basel** gli ospedali che hanno ottenuto una certificazione REKOLE© applicano correttamente l'OCPre, quindi l'attestato OCPre è inutile e genera costi evitabili. Tale disposizione deve pertanto essere stralciata.

Anche **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** non vede il motivo per cui gli ospedali debbano dotarsi di un altro attestato per dimostrare i costi secondo l'OCPre (cfr. anche l'art. 9 cpv. 5^{bis} dell'OCPre riveduta).

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Secondo **Helsana Sanitas KPT**, per determinare i costi computabili e il valore di riferimento gli assicuratori hanno bisogno di dati dei costi e delle prestazioni che siano dettagliati e completi (versione completa di ITAR_K©). Le basi utilizzate nelle trattative dell'anno X costituiscono i dati dei costi e delle prestazioni per l'anno X-2.

5.10 Pareri sull'articolo 59c^{bis} capoverso 3

Cantoni

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** auspicano lo stralcio di questo capoverso per rendere obbligatoria l'applicazione della comparazione secondo l'articolo 49 capoverso 8 LAMal. In quest'ottica, **AG** sottolinea l'importanza dell'uniformità e dell'efficienza. **CDS** e i Cantoni succitati escluso **AG** intendono evitare la sovrapposizione con altre comparazioni tra istituti.

JU richiede lo stralcio del presente capoverso in quanto non spetta agli assicuratori, né individualmente né mediante associazioni di settore, di calcolare il valore di riferimento e di presentare ai Cantoni le modalità di calcolo. **JU** quindi respinge categoricamente questa posizione.

Secondo **BS** solitamente le trattative tariffali sono condotte da singoli assicuratori o dalle rispettive cooperative di acquisto. Gli assicuratori, le loro associazioni e le loro cooperative di acquisto sono responsabili di definire per convenzione le strutture tariffali con le organizzazioni dei fornitori di prestazioni. Con la presente modifica, gli assicuratori avranno anche la competenza di determinare il valore di riferimento e di esporlo ai Cantoni. Spesso tuttavia gli assicuratori non dispongono della documentazione completa (p. es. versione completa di ITAR_K©). Desta scetticismo anche il fatto che un assicuratore con un buon profilo di rischio potrebbe negoziare una tariffa più vantaggiosa (avendo un valore di riferimento più basso), riuscendo così a offrire premi più competitivi con le pericolose conseguenze del caso. È importante quindi non perdere mai di vista l'importanza dei Cantoni in qualità di autorità che approvano e fissano le tariffe.

GR richiede lo stralcio dell'articolo, rimarcando che la motivazione non è convincente. Se un fornitore di prestazioni non mette a disposizione per tempo i dati dei costi e delle prestazioni, ne pagano le conseguenze tutte le associazioni di assicuratori. Oppure può capitare che un fornitore di prestazioni li metta a disposizione di una sola associazione. In ogni caso, alla luce delle prescrizioni contenute al capoverso 1 relative al valore di riferimento, in una fase transitoria sarà necessario stabilirne uno diverso per ogni associazione di assicuratori. Infine **GR** rimanda al parere espresso sul capoverso 1.

Secondo **TI**, il presente capoverso è incompleto e inadeguato perché rende gli assicuratori gli unici responsabili del benchmarking mentre anche i Cantoni dovrebbero essere citati nell'articolo, visto che il loro compito di approvare e fissare le tariffe li mette sullo stesso piano degli assicuratori.

BE fa notare che con la presente modifica gli assicuratori avranno la competenza di determinare il valore di riferimento e di esporlo ai Cantoni: che questo sia compito unicamente degli assicuratori o delle cooperative di acquisto secondo **BE** è inaccettabile. In qualità di autorità che approvano e fissano le tariffe, anche ai Cantoni spetta la competenza di determinazione e verifica. **BE** propone quindi di sostituire la formulazione «Gli assicuratori determinano individualmente o per associazione di assicuratori il valore di riferimento ed espongono ai Cantoni le modalità di determinazione con i dati pertinenti dei costi e delle prestazioni dei fornitori di prestazioni» con «I partner tariffali o i Cantoni determinano un valore di riferimento per ogni gruppo di comparazione».

SO richiede lo stralcio del presente capoverso perché l'applicazione del confronto tra ospedali secondo l'articolo 49 capoverso 8 LAMal deve diventare vincolante.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PPD critica la proposta che gli assicuratori siano gli unici a dover determinare il valore di riferimento: è fuori discussione che ogni assicuratore calcoli il proprio valore di riferimento e gli ospedali debbano fornire dati predisposti diversamente per ciascuno di essi. Ci dovrebbero essere sufficienti possibilità di differenziazione tra assicuratori grazie a prestazioni e modelli innovativi, come le tariffe forfettarie complesse per la medicina somatica acuta e la riabilitazione. Inoltre, nel valore di riferimento devono essere inclusi anche i criteri di qualità. Un sistema di valori di riferimento infatti non deve concentrarsi solo sui costi, ma anche tenere conto dalla qualità fornita.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern**
AG respingono con decisione la presente disposizione, in quanto lede l'autonomia tariffale. Il valore di riferimento deve essere determinato, fissato e pubblicato o dai partner tariffali o da un'istanza neutra. Lo stesso Consiglio federale sottolinea l'importanza dell'autonomia dei partner tariffali. Pertanto, mettere nelle mani di un solo partner della trattativa un importante strumento per la fissazione del metro dell'efficienza non è accettabile e viola i principi dell'uguaglianza giuridica (art. 8 della Costituzione federale) e dell'equità (art. 46 cpv. 4 LAMal). Gli assicuratori negli ultimi anni hanno dimostrato di non essere in grado di determinare i valori di riferimento: essi infatti non utilizzano i dati presentati secondo **ITAR_K©**, ma piuttosto apportano correzioni più o meno arbitrarie che sinora solo di rado vengono pubblicate e che ancora più di rado risultano corretti. I loro calcoli sono unilaterali e sbagliati, mancano di trasparenza e hanno colore politico. La fiducia dei fornitori di prestazioni nelle assicurazioni malattie ne esce quindi erosa e al momento è ai minimi storici. Attualmente le associazioni di assicuratori creano valori di riferimento non trasparenti che contengono deduzioni ed elementi arbitrari e ne è la prova il fatto che negli anni, nonostante basi di dati identiche, sono stati presentati valori di riferimento completamente diversi. In Svizzera al momento vengono determinati sette diversi valori di riferimento, ma seguendo le proposte del Consiglio federale in futuro potrebbero essercene molti di più. Ciò darebbe adito da ambo le parti (fornitori di prestazioni e incaricati di determinare il valore di riferimento) alla creazione di un mastodontico apparato burocratico, senza nessun valore aggiunto. Eppure dovrebbe essere nell'interesse del Consiglio federale che ci sia un solo valore di riferimento in Svizzera. Infine, nonostante tutta la buona volontà, è impossibile capire che senso abbia imporre una comparazione tra ospedali a livello

nazionale a fronte di valori di riferimento diversi. Come il capoverso 2, anche il capoverso 3 causa uno spreco di risorse e potenzia un apparato amministrativo completamente inutile. Infine, non è chiaro quando si debba applicare il valore di riferimento nazionale secondo il capoverso 2 (risp. art. 49 cpv. 8 LAMal) e quando invece si debba applicare il valore di riferimento degli assicuratori secondo il capoverso 3.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Verband Zürcher Krankenhäuser richiedono un adeguamento della disposizione. Lo stesso Consiglio federale sottolinea l'importanza dell'autonomia dei partner tariffali. Pertanto, mettere nelle mani di un solo partner della trattativa un importante strumento per la fissazione del metro dell'efficienza non è accettabile. Inoltre, è inefficiente prescrivere tre valori di riferimento simili ma aventi coperture diverse quando a livello nazionale è già obbligatoria un'altra comparazione tra ospedali. Se i supplementi e le deduzioni sono ammessi, è sufficiente un solo valore di riferimento per tutta la Svizzera.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG e Kantonsspital Aarau richiedono lo stralcio della presente disposizione rimarcando che la motivazione non è convincente. Se un fornitore di prestazioni non mette a disposizione per tempo i dati dei costi e delle prestazioni, ne pagano le conseguenze tutte le associazioni di assicuratori oppure un fornitore di prestazioni potrebbe metterli a disposizione di una sola associazione. In ogni caso, alla luce delle prescrizioni contenute al capoverso 1 relative al valore di riferimento, in una fase transitoria sarà lecito stabilirne uno diverso per ogni associazione di assicuratori. Infine i destinatari succitati rimandano al parere espresso sul capoverso 1.

Secondo **Hirslanden AG** la negoziazione delle tariffe si fonda sul partenariato tra assicuratori e fornitori di prestazioni, ma la presente disposizione avvantaggia i primi rispetto ai secondi, attribuendo unicamente agli assicuratori la competenza di fissare il valore di riferimento. Inoltre, non si tiene più conto dei calcoli eseguiti dall'associazione Spital Benchmark. Si noti infine che Helsana Sanitas KPT e tarifsuisse ag hanno due sistemi di calcolo dei costi diversi che nella sentenza del TAF sugli ospedali di Svitto sono stati respinti (sentenza del 15 maggio 2019 sul prezzo base SwissDRG 2016 ospedali di Svitto C-4373/2017, C-4461/2017, consid. 7.3.1.4. ss.). Per questo motivo il valore di riferimento deve essere calcolato da un organo indipendente.

Secondo **Universitätsspital Basel** il valore di riferimento deve essere definito collettivamente dai partner tariffali e una fissazione unilaterale da parte degli assicuratori è inaccettabile. Nella peggiore delle ipotesi, ogni assicuratore applicherebbe il proprio valore di riferimento definendo autonomamente riduzioni e supplementi per ogni fornitore di prestazioni. Cosa c'è di efficiente in questo? Tale disposizione deve quindi essere stralciata.

unimedsuisse richiede lo stralcio della disposizione in quanto il valore di riferimento deve essere definito collettivamente dai partner tariffali e una fissazione unilaterale da parte degli assicuratori è inaccettabile. Nella peggiore delle ipotesi, ogni assicuratore applicherebbe il proprio valore di riferimento definendo autonomamente deduzioni e supplementi per ogni fornitore di prestazioni.

Secondo **CHUV** non è ammissibile che gli assicuratori siano i soli a determinare il valore di riferimento. Ciò è in contraddizione con il principio delle trattative tariffali tra assicuratori e fornitori di prestazioni sancito dagli articoli 46 e 49 LAMal. Per questo motivo, il valore di riferimento deve essere determinato congiuntamente da assicuratori e ospedali.

Secondo **Ärztegesellschaft des Kantons Bern, FMH, ASB e AMOS** il benchmarking determinato individualmente da parte degli assicuratori non prevede più la collaborazione con i partner tariffari, che invece è necessaria. Inoltre gli assicuratori devono definire il valore di riferimento con un metodo che porta a risultati arbitrari: poiché la ponderazione non considera volumi di prestazioni molto diversi tra i fornitori di prestazioni e si basa solo sul numero di ospedali, un gran numero di piccoli istituti, in certi casi non rilevanti per il sistema, sono svantaggiati.

FMH propone eventualmente che i fornitori di prestazioni e gli assicuratori (invece che solo gli assicuratori) determinino un valore di riferimento per ogni associazione (invece che per ogni assicuratore).

Secondo **SWISS REHA** ai sensi dell'articolo 49 capoverso 8 LAMal si deve necessariamente ricorrere ai dati. Tuttavia, rimane poco chiaro quando, secondo la disposizione, si debbano presentare i dati e di che tipo debbano essere, quali sono i requisiti per il loro utilizzo (p. es. la pertinenza statistica) e cosa si debba intendere per «associazione di assicuratori».

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Secondo **curafutura e Helsana Sanitas KPT** agli assicuratori/alle cooperative di acquisto deve essere data la possibilità di menzionare effettivamente i fornitori di prestazioni alle autorità che approvano e fissano le tariffe. Propongono quindi di aggiungere un'integrazione secondo cui anche la chiara indicazione dei nomi dei fornitori di prestazioni deve essere esposta ai Cantoni.

5.11 Pareri sull'articolo 59c^{bis} capoverso 4

Cantoni

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS e ZH** auspicano che l'applicazione di supplementi e riduzioni da parte degli assicuratori o delle rispettive cooperative di acquisto nonché delle autorità cantonali che approvano e fissano le tariffe rimanga facoltativa, nell'ottica di una differenziazione tariffale in base alle specificità dei diversi ospedali. Inoltre, sottolineano il ruolo in questo capoverso degli assicuratori, delle rispettive cooperative di acquisto e dei Cantoni, rilevando che quanto previsto al presente capoverso deve rimanere un'opzione.

BE fa notare che la giurisprudenza accetta valori di riferimento separati tra ospedali universitari, in particolare in ragione del volume delle prestazioni e della rappresentazione ancora insufficiente dei fornitori finali di prestazioni (si pensi p. es. ai costi aggiuntivi nei casi altamente deficitari o alla rappresentazione insufficiente nella struttura tariffale). Se si punta a definire un valore di riferimento tra ospedali di medicina somatica acuta di tutti i livelli di cura, le particolarità citate devono anch'esse essere effettivamente calcolate e considerate in base al valore di riferimento, ossia ci deve essere tassativamente la possibilità di differenziare i prezzi. Come il Consiglio federale ha giustamente sottolineato nelle varie approvazioni delle versioni della SwissDRG fino ad oggi, la struttura tariffale non è in grado di rappresentare completamente gli oneri dei fornitori finali di prestazioni. Non è infatti possibile calcolare i supplementi necessari in modo differenziato. Se così fosse la struttura tariffale SwissDRG rappresenterebbe già in modo più adeguato gli oneri dei fornitori finali. Alla luce di ciò, **BE** richiede che la disposizione sia modificata come segue: «Al valore di riferimento determinato per un gruppo di comparazione i partner tariffari e i Cantoni possono applicare supplementi per quei fornitori di prestazioni che [...]»

ZG richiede lo stralcio o il relativo adeguamento della presente disposizione, in quanto la facoltà di applicare supplementi o deduzioni deve continuare a essere lasciata ai partner tariffali ovvero alle autorità che approvano e fissano le tariffe. Qualora tale capoverso non sia stralciato, nell'ordinanza va aggiunta l'ultima frase del commento alla presente disposizione (p. 26): «Non può essere fatto valere alcun diritto alla copertura completa dei costi delle prestazioni supplementari con i supplementi».

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PVL è contrario al capoverso 4, che va stralciato e sostituito con una formulazione che consenta i supplementi sul valore di riferimento qualora essi siano dimostrati in modo trasparente, basati sui dati e non coperti dal valore di riferimento. Una definizione rigida delle prestazioni che rischia di generare supplementi sul valore di riferimento non è né efficiente né necessaria e ciò va comunque lasciato alla trattativa tra i partner tariffali. Tuttavia, per poter applicare supplementi per le prestazioni, la trasparenza dei dati dei costi e delle prestazioni è indispensabile, pertanto deve assolutamente essere definita in questo capoverso.

Organizzazioni del settore sanitario – pazienti/fruitori

In linea di principio, **OSP** accoglie con favore la possibilità di applicare supplementi sul valore di riferimento, nonostante alcuni dubbi sulla procedura di definizione del valore di riferimento e le possibili drastiche conseguenze sui pazienti. Tuttavia, si chiede quali prestazioni siano effettivamente rappresentate in modo oggettivo nella struttura tariffale di cui all'articolo 49 capoverso 1 LAMal (SwissDRG). Per esempio, le differenze nei prezzi base attualmente concesse nel Cantone di Zurigo in base alla presenza o meno di un reparto di pronto soccorso non sembrano sufficienti a rappresentare, e quindi remunerare, il vantaggio degli interventi esclusivamente elettivi. Inoltre, c'è da chiedersi se sia sempre possibile rappresentare tali costi in modo trasparente (p. es. i costi ripartiti del trattamento di un'urgenza).

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG plaudono al fatto che, con la presente disposizione, il Consiglio federale riconosce che un valore di riferimento unico per tutta la Svizzera genererebbe risultati iniqui che necessiterebbero correzioni. Altrettanto ingiusto è fissare inizialmente un percentile decisamente troppo basso per poi scaricare sugli ospedali l'intero onere di dimostrare eventuali supplementi. L'esperienza passata ha dimostrato che le interdipendenze legate alla struttura tariffale sono incredibilmente complesse, per cui bisogna investire molte risorse per fornire prove adeguate. Va inoltre sottolineato che per gli ospedali l'accesso ai dati necessari è quasi impossibile e anche qualora presentino mezzi probatori con basi scientifiche, questi sono guardati con diffidenza dagli assicuratori, che in ultima istanza non li riconoscono comunque. Alla luce di ciò ci si deve quindi chiedere seriamente se i supplementi e le deduzioni debbano essere lasciati alle trattative dei partner tariffali o se non sia meglio che sia un'istituzione neutrale a stabilire le regole del gioco. I vantaggi di questa seconda opzione sono i seguenti: i fornitori di prestazioni non verrebbero messi da parte; i supplementi si fonderebbero su dati; i costi delle prestazioni efficienti e di qualità sarebbero completamente coperti; i supplementi sarebbero applicati in un periodo di tempo ragionevole e sarebbe possibile rimandarli a un secondo momento. Inoltre, i Cantoni e gli assicuratori avrebbero una rappresentanza all'interno della suddetta istituzione e non dovrebbero quindi verificare le condizioni una seconda volta. L'esecuzione delle regole sarebbe disciplinata uniformemente a livello nazionale, mentre la loro applicazione potrebbe comunque essere strutturata individualmente per ogni ospedale (principio di

equità). Una soluzione di questo tipo quindi sottrae ai partner tariffali un elemento delle trattative e solleva le autorità che approvano da una competenza decisionale. Rimane tuttavia il fatto che SwissDRG SA sino all'ora attuale non è riuscita a includere nel sistema DRG la remunerazione dei «casi altamente deficitari» e dei «casi con guadagni elevati». Non è neppure stato possibile finora avere una discussione obiettiva con i rappresentanti degli interessi degli assicuratori, né tanto meno sviluppare proposte per soluzioni comuni. Se tuttavia, contrariamente a quanto auspicato dai destinatari succitati, nemmeno l'istituzione neutrale riuscirà a calcolare le riduzioni e i supplementi, per i singoli fornitori di prestazioni diventerà sicuramente impossibile dimostrare le perdite e chiedere una remunerazione agli assicuratori. L'attuazione dell'articolo 59c^{bis} capoverso 4 infine causerà un onere sproporzionato per i fornitori di prestazioni, che saranno costretti a potenziare ulteriormente i propri sistemi di contabilità.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e Verband Zürcher Krankenhäuser richiedono l'adeguamento della lettera d, che a loro avviso deve essere considerata nella definizione del valore di riferimento. Finché gli ospedali di medicina somatica acuta e le cliniche senza reparti di pronto soccorso si attesteranno sulle posizioni migliori nel benchmarking, tale distorsione dovrà essere corretta già durante la stessa procedura di benchmarking. Inoltre, se le prestazioni sono fornite in modo efficiente e con una qualità elevata, i supplementi devono coprirne i costi.

Hirslanden in linea di principio è favorevole alla possibilità di applicare supplementi. Soddisfare tutti i presupposti elencati alle lettere a – d tuttavia sembra un ostacolo insormontabile, tanto più che per gli ospedali l'accesso ai dati necessari in passato è stato pressoché impossibile.

Secondo **Universitätsspital Basel**, determinare i supplementi e le deduzioni sarà fonte di pareri discordanti. I soggetti che sostengono i costi e la Sorveglianza dei prezzi infatti ostacoleranno i supplementi e pretenderanno riduzioni. Tale disposizione deve quindi essere stralciata.

Secondo **Ärztegesellschaft des Kantons Bern, FMH, ASB, swiss orthopaedics e AMOS**, la possibilità di applicare supplementi non cambia in nessun modo il fatto che, con il modello proposto, il 75 per cento degli ospedali non potrà più generare guadagni di efficienza. Inoltre, gli ospedali dovranno comprovare di fronte a un tribunale l'entità della mancata copertura dei costi: nella migliore delle ipotesi ciò consentirebbe loro di ottenere la copertura dei costi, il che sarebbe ingiusto. Secondo **Ärztegesellschaft des Kantons Bern, swiss orthopaedics e AMOS**, una possibile conseguenza è che gli assicuratori-malattie non vedano più la necessità di una convenzione tariffale, perché in ogni caso intraprendendo le vie legali non ne uscirebbero peggio e forse addirittura ci guadagnerebbero. Inoltre, FMH fa notare che non è chiaro perché, nel caso di una clinica i cui costi corretti per il grado di gravità si collocano al di sotto del valore di riferimento, non debbano essere consentiti anche supplementi per singoli fornitori di prestazioni (come nel caso di una clinica i cui costi invece si collocano al di sopra del suddetto valore). C'è l'impressione che si stia cercando di continuare a penalizzare, almeno in parte, i guadagni di efficienza, anche se i tribunali hanno ripetutamente stabilito che questi fondamentalmente non sono in conflitto con la LAMal.

RehaClinic AG ricorda che si deve fare particolare attenzione anche al pagamento delle prestazioni economicamente di interesse generale che, come è noto, sono gestite in modo molto diverso da Cantone a Cantone e possono essere definite come sussidi (nascosti). In linea di principio, il modello di finanziamento deve essere sviluppato al meglio, tanto da non necessitare supplementi e deduzioni. Queste variabili infatti aprono la strada alla discrezionalità e alle diverse interpretazioni cantonali.

Secondo **SSMIG**, l'esperienza acquisita finora ha dimostrato quanto sia difficile rappresentare adeguatamente i fornitori di cure specialistiche (ospedali pediatrici e universitari). L'introduzione di un nuovo sistema di supplementi rischia di aumentare l'onere amministrativo senza apportare un miglioramento della remunerazione.

SWISS REHA deplora che molti dei termini utilizzati non siano formulati in maniera precisa. Se per di più essi non corrispondono nemmeno al termine di riabilitazione imprecisamente formulato dalla Confederazione, ciò può aumentare il rischio di prassi non trasparenti e divergenti da parte dei Cantoni (soprattutto in combinazione con le prestazioni economicamente di interesse generale) che potrebbero promuovere arbitrariamente le proprie istituzioni rispetto a quelle dei concorrenti.

Lettera a:

Secondo **H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** va precisato chi decide quali prestazioni non sono riprodotte in modo appropriato. Inoltre occorre anche tener presente che gli ospedali che hanno l'onere di fornire prove in merito possono non essere in grado di farlo a causa della loro impossibilità di accedere ai dati di base dettagliati della struttura tariffale.

Lettera c:

Secondo **H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** va precisato chi decide cos'è trasparente. Ciò deve avvenire a livello nazionale, visto che a loro parere non possano esserci differenze cantonali o regionali in quest'ambito. Se i supplementi e le deduzioni individuali saranno ammessi dalla legge, l'onere della prova rimarrà a carico degli ospedali. L'esperienza ha dimostrato che la fornitura delle prove richiede grandi risorse. Anche qualora si presentino mezzi probatori con basi scientifiche, questi sono guardati con diffidenza dagli assicuratori, che in ultima istanza non li riconoscono comunque. Inoltre, basarsi sui costi effettivi dei singoli ospedali contraddice i principi del finanziamento delle prestazioni e potrebbe portare alla reintroduzione del finanziamento dell'oggetto. Per la tariffazione non devono essere decisivi i costi effettivi (aggiuntivi) dei singoli ospedali, ma piuttosto i costi aggiuntivi stimati per una fornitura delle prestazioni efficiente. Altrimenti, i guadagni di efficienza saranno esclusi per tutti gli ospedali con costi superiori al 25° percentile.

Lettera d:

Secondo **H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders e Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** il modello del valore di riferimento va ripensato in maniera sostanziale, in quanto si devono contemplare gli effetti distorsivi. Finché gli ospedali di medicina somatica acuta e le cliniche senza reparti di pronto soccorso si attesteranno sulle posizioni migliori nel benchmarking, tale distorsione dovrà essere corretta già durante la stessa procedura di benchmarking. Per quanto concerne l'inaccettabile reintroduzione del finanziamento dell'oggetto, si rimanda al parere relativo all'articolo 59c^{bis} capoverso 4 lettera c.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura e Helsana Sanitas KPT respingono le prescrizioni dettagliate per determinare supplementi e riduzioni sul valore di riferimento riportate al capoverso 4. Oltre ai punti elencati nel loro parere al paragrafo «Allgemeine Bemerkungen zu den Änderungen der KVV im Bereich der Tarifiermittlung», giudicano opinabile la rigida definizione fornita per i suddetti supplementi e riduzioni. In materia di informazioni, gli ospedali dispongono di un vantaggio intrinseco rispetto agli assicuratori e ciò complica o talvolta addirittura impedisce di tracciare in modo trasparente i supplementi e le riduzioni. Per gli ospedali inoltre non vi è alcun incentivo a rendere noti i motivi che hanno portato alle deduzioni. Ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal, la rappresentazione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali non computate

nell'importo forfettario può essere convenuta dai partner tariffali. La possibilità di remunerare tali prestazioni aggiungendo un supplemento al valore di riferimento risulta inappropriata. Infine, per quanto riguarda la trasparenza dei dati dei costi e delle prestazioni, ossia il presupposto indispensabile affinché si tenga conto delle divergenze rispetto al valore di riferimento (differenziazione dei prezzi mediante supplementi e riduzioni), curafutura e Helsana Sanitas KPT propongono una nuova formulazione.

santésuisse propone una precisazione al capoverso 4 lettera a per quanto riguarda chi dovrebbe/potrebbe esprimersi sull'inappropriatezza della rappresentazione nella struttura tariffale e in che modo. Così facendo si evita che la struttura tariffale venga costantemente messa in discussione dalle aziende di consulenza, cosa che costringe i partner tariffali e SwissDRG SA a doversi esprimere in merito.

5.12 Pareri sull'articolo 59c^{bis} capoversi 5 e 6

Cantoni

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH** caldeggiavano la riformulazione della presente disposizione analogamente al capoverso 4. Inoltre, **CDS**, i cantoni sopraccitati e **NE** richiedono che la lettera a sia stralciata o precisata in quanto l'attuale formulazione è poco chiara. **CDS** nonché **AI, AR, BL, BS, FR, JU, GL, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH** auspicano che, in alternativa, sia corretto il quadro quantitativo.

BE osserva che, per quanto concerne le deduzioni secondo il capoverso 5, non si capisce cosa si intenda per «forniscono sistematicamente meno prestazioni che la struttura tariffale non riproduce in modo appropriato» e richiede quindi una precisazione. Inoltre, non viene spiegato nemmeno come misurare le deduzioni secondo il capoverso 5 lettera b. Infine, **BE** richiede il seguente adeguamento: «Al valore di riferimento determinato per un gruppo di comparazione i partner tariffali e i Cantoni possono applicare deduzioni per quei fornitori di prestazioni che [...]».

Anche **TG** auspica la riformulazione del capoverso, mentre **ZG** rimanda al proprio parere relativo all'articolo 59c^{bis} capoverso 4. **VD** suggerisce di migliorare la traduzione francese.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

OSP si chiede chi controlli l'applicazione delle deduzioni al valore di riferimento e se queste compensino effettivamente la rappresentazione inappropriata derivante per esempio dall'inesistenza di un reparto di pronto soccorso.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern** **AG** respingono con decisione la lettera b: una deduzione al valore di riferimento rappresenta una sanzione grave per una (presunta) fornitura dei dati inadeguata. La LAMal in quest'ambito non prevede alcuna base legale, pertanto si deve rinunciare alla disposizione, onde evitare di spianare la strada alla discrezionalità. Nell'ordinanza infatti non sono definiti nel dettaglio i criteri secondo cui i dati sono sufficienti per essere considerati nel benchmarking, pertanto risulta completamente oscuro quali siano gli ospedali soggetti a tale obbligo. In particolare, non è accettabile che gli assicuratori-malattie determinino unilateralmente questi criteri come stanno facendo attualmente. La sanzione si rivela tanto più sproporzionata in quanto non è previsto alcun avvertimento preventivo e nessuna possibilità di miglioramento. Al capoverso 6, infine, non è chiaro di quale percentuale si tratti ed è quindi necessaria una precisazione.

Secondo **Hirslanden** la disposizione contenuta nel capoverso 5 genera un incentivo ad avere costi elevati. Inoltre, le situazioni citate alla lettera a sono già contemplate nel valore di riferimento. Anche la data di valutazione delle deduzioni (1° maggio) è quasi impossibile da rispettare per gli ospedali che non chiudono l'esercizio annuale al 31 marzo. La disposizione al capoverso 6 sdogana deduzioni arbitrarie, perché non è definito con chiarezza l'importo massimo di una deduzione.

Universitätsspital Basel richiede di stralciare il capoverso 5, poiché determinare i supplementi e le deduzioni sarà fonte di pareri discordanti. I soggetti che sostengono i costi e la Sorveglianza dei prezzi infatti ostacoleranno i supplementi e pretenderanno riduzioni.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura e **Helsana Sanitas KPT** respingono le prescrizioni dettagliate riportate al capoverso 5 lettera a per determinare supplementi e deduzioni sul valore di riferimento e richiedono lo stralcio o l'abbreviazione della formulazione. Per quanto riguarda la lettera b, secondo **Helsana Sanitas KPT** è inammissibile che i dati (cfr. 59c^{bis} cpv. 3 OAMal) forniti dopo la metà dell'anno confluiscono nel valore di riferimento. I dati inviati dopo il 1° luglio dell'anno corrente quindi devono essere considerati come non forniti.

santésuisse propone una precisazione al capoverso 5 lettera a per quanto riguarda chi dovrebbe/potrebbe esprimersi sull'inappropriatezza della rappresentazione nella struttura tariffale e in che modo. Così facendo si evita che la struttura tariffale venga costantemente messa in discussione dalle aziende di consulenza, cosa che costringerebbe i partner tariffali e **SwissDRG SA** a doversi esprimere in merito.

5.13 Pareri sull'articolo 59c^{bis} capoversi 7 e 8

Cantoni

Secondo **CDS** nonché **AG, AI, AR, BL, BS, BE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, TI, VD, VS** e **ZH**, tali capoversi devono essere stralciati perché la formula di calcolo deriva dal modello di base DRG e non vi è alcun bisogno di specificarlo a livello di ordinanza. Vieppiù **JU** fa notare che il capoverso 8 deve essere adeguato alla disposizione dell'articolo 59c^{bis} capoverso 9.

Secondo **BS**, i supplementi devono essere possibili in casi eccezionali dovuti a caratteristiche specifiche dell'ospedale, anche se i costi corretti per il grado di gravità sono inferiori al valore di riferimento. Se a questi ospedali valgono solo le deduzioni, la prestazione più economica possibile non è più rilevante. In un valore di riferimento valido per tutta la Svizzera infine deve essere necessariamente contemplata la possibilità di differenziazione dei prezzi. Tuttavia, i supplementi non devono essere possibili solo se i costi aggiuntivi sono dimostrati, ma anche in caso di rappresentazione insufficiente nella struttura tariffale (fornitori finali di prestazioni od ospedali universitari).

Secondo **VD**, il grado di gravità non è un buon criterio: piuttosto deve essere determinante il grado dell'onere relativo del caso (ossia l'onere economico), dato che la gravità del caso non è misurata da nessuna parte.

Per **ZG** al capoverso 7 si pone la questione di quali siano i "casi eccezionali motivati" e in quali casi la deduzione possa essere sospesa per al massimo due esercizi. **ZG** osserva che il capoverso 8 accrescerà i costi. Gli ospedali di Zugo spesso hanno tariffe inferiori al valore di riferimento: se quest'ultimo venisse loro applicato, ciò avrebbe un effetto trainante sui costi e potrebbe portare il valore di riferimento a spostarsi ulteriormente verso l'alto negli anni successivi.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Poiché la struttura e i possibili errori sistematici della SwissDRG giocano un ruolo sia nella determinazione dei prezzi base che nei pesi dei costi, secondo **OSP**, il calcolo degli importi forfettari rischia di causare non solo una somma, ma addirittura una moltiplicazione di questi errori sistematici. Se al contempo aumenta la pressione a comportarsi in modo economico selezionando pazienti il più possibile sani su cui eseguire interventi il più possibile pianificabili, ciò può avere effetti drammatici sulle cure fornite ai pazienti.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Secondo **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** la presente disposizione deriva dalla struttura tariffale SwissDRG ed è pertanto superflua.

Universitätsspital Basel richiede di stralciare la disposizione, in quanto rappresenta un'ingerenza nel processo di approvazione dei Cantoni e nel calcolo delle tariffe, che invece compete ai partner tariffali. **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** contestano il capoverso 8 lettera a della presente disposizione. Se, per esempio, un ospedale è al 24° percentile e ha milioni di costi giustificati per prestazioni aggiuntive non rappresentate nella struttura tariffale, l'applicazione è possibile fino a un massimo del 25° percentile. **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** respingono con decisione la lettera b della presente disposizione, perché toglie al 75 per cento degli ospedali la possibilità di generare guadagni di efficienza. Ciò è in conflitto con i principi fondamentali del finanziamento delle prestazioni e potrebbe comportare la reintroduzione del finanziamento dell'oggetto.

Per quanto concerne il capoverso 8 lettera a, **FMH** richiede che si tenga conto anche dei supplementi di cui al capoverso 4 (e non solo delle deduzioni di cui al capoverso 5).

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura e **Helsana Sanitas KPT** respingono i capoversi 7 e 8 e ne richiedono lo stralcio. Il calcolo della tariffa è un elemento di base della struttura tariffale SwissDRG e viene approvato dal Consiglio federale. Inoltre, i termini si riferiscono unicamente alla struttura tariffale per la medicina somatica acuta e non sono adatti ai sistemi forfettari TARPSY e ST Reha. Infine, i commenti sul tasso di base sono ritenuti superflui.

Pur lamentando l'imprecisione della disposizione, **santésuisse** fa notare che può essere formulata in modo quantitativamente aperto, poiché ci possono/devono essere diversi ordini di grandezza.

5.14 Pareri sull'articolo 59c^{bis} capoverso 9

Cantoni

CDS nonché **AG**, **AI**, **AR**, **BL**, **BS**, **GL**, **JU**, **LU**, **NE**, **NW**, **OW**, **SG**, **SH**, **SZ**, **SO**, **TG**, **VD**, **VS** e **ZH** fanno notare che i prezzi base sono definiti al capoverso 8 e pertanto va modificato il riferimento. **AG** precisa che qualora nel progetto si mantenga il capoverso 8, si deve adeguare il rimando.

Secondo **BS** è possibile rinunciare a questa disposizione, perché in ultima istanza sono i Cantoni a pubblicare le tariffe stazionarie e quindi a essere informati al meglio sullo stato della

procedura di approvazione e fissazione. Non si riscontra quindi l'apporto di alcun valore aggiunto.

Pur ritenendo la frequenza trimestrale troppo serrata, **TI** sostiene l'obbligo imposto ai partner tariffali di pubblicare i prezzi base e le procedure pendenti. In generale tuttavia le tariffe hanno una validità di un anno. Pertanto, dal punto di vista amministrativo, è più adeguata una frequenza annuale.

BE segnala la necessità di chiarire il capoverso 9. La trasparenza infatti non è importante solo per assicurati e pazienti, ma anche per i finanziatori e per questo sinora la pubblicazione in questione era garantita dal Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. Sorge quindi la domanda di come gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possano effettuare la pubblicazione congiuntamente e in modo significativo (matrice per assicuratori e fornitori di prestazioni) e perché debbano pubblicare procedure di approvazione e fissazione pendenti, che (per la maggior parte) sono di competenza dei Cantoni. Secondo **BE** non è chiaro se per pubblicazione di prezzi base di cui al capoverso 7 si intendano le tariffe negoziate e aventi valore legale. I prezzi non cambiano quasi mai ogni tre mesi, perché sono calcolati una volta all'anno. Secondo il Governo cantonale si deve stralciare il capoverso 7 in quanto va definito cosa bisogna pubblicare. Suggestisce pertanto la seguente modifica:

«~~Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni~~ I Cantoni pubblicano [...] ~~ogni tre mesi~~ [...] su:

a. ~~i prezzi base di cui al capoverso 7~~tariffe; *(da definire)*;».

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

OSP plaude al presente capoverso per la trasparenza, specialmente per quanto riguarda le procedure pendenti (lettera b).

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

In merito alla pubblicazione come segno di trasparenza, **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** fanno notare che con la presente disposizione si darà luogo a una soluzione poco economica per gli ospedali, suggerendo di consultare la piattaforma spitalinfo.ch. È importante che la pubblicazione sia vincolata a un piano corrispondente che i portatori di interessi siano obbligati a riconoscere prima che si investano risorse nello sviluppo della soluzione informatica. Inoltre, bisogna assicurarsi che vi sia un unico spazio ufficiale, riconosciuto da tutti i partner sanitari, dove tali informazioni sono pubblicate in modo professionale e aggiornate in modo tempestivo. Infine, l'utilità di una pubblicazione trimestrale dei prezzi base è discutibile, poiché questi sono determinati solo annualmente in funzione dei calcoli dei costi dell'anno «x-2».

Secondo **Universitätsspital Basel** la disposizione genera costi inutili e deve quindi essere stralciata.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura e **Helsana Sanitas KPT** sono favorevoli a questa trasparenza di ampio respiro. Tutte le cerchie interessate tuttavia possono già oggi consultare le tariffe presso le cooperative di acquisto, mentre l'attuazione qui prevista comporta un ampio onere nella coordinazione ed è da ritenersi superflua.

Secondo **santésuisse**, gli assicuratori dispongono già di tali elenchi di tariffe e sono pronti a pubblicarli ogni sei mesi. Tuttavia, la preparazione congiunta con i fornitori di prestazioni implica un enorme sforzo di coordinamento aggiuntivo senza apportare ulteriori benefici. Si consiglia pertanto di farne a meno.

5.15 Pareri sulle disposizioni transitorie della modifica del 21 giugno 2021

Cantoni

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** e **ZH** auspicano lo stralcio del capoverso 4 (come anche dell'art. 59c^{bis} cpv. 1 lett. b) perché ritengono necessari chiarimenti metodologici aggiuntivi in merito alla definizione del metro dell'efficienza nella TARPSY. Inoltre, l'introduzione di ST Reha è prevista per il 2022 e il periodo transitorio sino al 2023 è decisamente troppo breve per i due ambiti.

Qualora il nuovo disciplinamento interessi sia la psichiatria che la riabilitazione, **CDS** nonché **AI, AR, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS** e **ZH** richiedono che le disposizioni transitorie siano adeguate o differenziate di conseguenza.

BS attualmente sta svolgendo il processo di ripianificazione ospedaliera. È importante evitare che l'ordinanza impedisca di portarlo a termine e sottolinea che le disposizioni transitorie devono tenerne conto. Inoltre, va sottolineato che il contenuto e i tempi di questa revisione devono essere coordinati con la modifica della LAMal «Rafforzamento della qualità e dell'economicità». Il numero di case di cura da confrontare è massicciamente più alto del numero di ospedali che verranno sottoposti alla comparazione, ed è per questo che il periodo di adeguamento per le case di cura dovrebbe essere fissato a cinque anni. Ciò in particolare perché l'articolo 8b della modifica della OPre del 2 luglio 2019 prescrive un nuovo strumento di valutazione dei bisogni basato su studi dei tempi scientificamente riconosciuti che deve essere introdotto prima di potervi basare una valutazione.

Per **BE** le disposizioni transitorie non sono valide, visto che il Cantone respinge il progetto e ne richiede una rielaborazione. In una nuova consultazione si dovranno definire nuove disposizioni e termini transitori.

Secondo **SO** non si deve impedire ai Cantoni di portare a termine le loro regolari pianificazioni e le disposizioni transitorie devono tenerne conto in modo appropriato. Inoltre, poiché le case di cura che saranno sottoposte alla comparazione sono decisamente di più rispetto agli ospedali, per le prime il termine transitorio deve essere fissato a cinque anni.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+, diespitaeler.be e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** ritengono che il progetto dell'ordinanza viola ampiamente la legge o anticipa altri progetti di legge. Respingendolo ne rifiutano anche le disposizioni transitorie.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e **Verband Zürcher Krankenhäuser** richiedono lo stralcio della disposizione transitoria. Includendo le case per partorienti e gli istituti specializzati, il valore di riferimento massimo del 25° percentile comporterà inevitabilmente che almeno il 90 per cento di tutte le prestazioni negli ospedali di medicina somatica acuta in Svizzera avrà tariffe che non coprono i costi. I cambiamenti strutturali non saranno quindi più intrapresi a causa dei costi. Gli incentivi per una maggiore efficienza sono efficaci solo se sono equi e realizzabili. Rispetto a una piccola clinica aperta solo nei giorni

feriali, per un ospedale dell'Altopiano svizzero con un reparto di primo soccorso la possibilità di avere una tariffa a copertura dei costi è praticamente pari a zero. In sintesi, il valore di riferimento proposto del 25° percentile comporta una riduzione della qualità e un aumento della pressione sul personale, con conseguenti licenziamenti. L'alta qualità dell'assistenza sanitaria fornita alla popolazione svizzera è dunque in pericolo e il settore sanitario, che rappresenta il maggiore fattore economico svizzero, ne uscirà indebolito.

Gesundheitszentrum Fricktal AG non ritiene che le modifiche in programma debbano essere poste in vigore il 1° gennaio 2021. Le pianificazioni ospedaliere in corso saranno interessate direttamente dalle norme relative ai vari termini transitori. Se del caso, le modifiche devono entrare in vigore al più presto fra due/cinque anni, prima che il Parlamento decida in merito al primo e secondo pacchetto delle misure per il contenimento dei costi e che scadano i termini di referendum. A quel punto tuttavia l'ordinanza, in qualità di atto di esecuzione, andrà riscritta completamente ex novo.

Universitätsspital Basel richiede di stralciare il capoverso 4.

FMH ritiene che il termine transitorio previsto per l'introduzione del 25° percentile (sino all'anno tariffario 2023) sia assolutamente insufficiente, in particolare in relazione alle strutture tariffali TARPSY e ST Reha.

Secondo **RehaClinic AG**, il termine transitorio di sei anni per la riabilitazione potrebbe non essere sufficiente per attuare seriamente i nuovi criteri di pianificazione. Ad oggi non è nota alcuna attività da parte del Consiglio federale o del dipartimento competente per definire a livello federale il termine «riabilitazione» o delineare gruppi di prestazioni uniformi in tutta la Svizzera. ST Reha sarà introdotta al più presto nel 2022, ma i primi dati rappresentativi di maggiore rilievo per la pianificazione ospedaliera saranno disponibili solo cinque anni dopo tale data. Inoltre, dal 2024 negli elenchi degli ospedali saranno riportati solo quelli che soddisfano la nuova norma del valore di riferimento. Si deve dunque supporre che il valore di riferimento al 25° percentile causerà una correzione di tali elenchi. Di conseguenza, i Cantoni saranno costretti a pubblicare nuovi elenchi degli ospedali anche entro il 1° gennaio 2024. Se si considera che la revisione parziale dell'OAMal può entrare in vigore al più presto nel 2021, il termine transitorio di rispettivamente quattro e sei anni è impossibile da rispettare.

SWISS REHA trova opinabile che i termini al capoverso 1 e 2 siano differenti, in quanto potrebbero verificarsi distorsioni, per esempio, a dipendenza se una riabilitazione precoce con obbligo di sorveglianza è svolta in un ospedale di medicina somatica acuta o in una clinica riabilitativa. Al contempo non si capisce perché riabilitazione e psichiatria abbiano gli stessi termini nonostante, secondo il rapporto esplicativo, la seconda presenti una struttura tariffale di tipo DRG, mentre la prima no.

Secondo **CHUV**, al capoverso 4 delle disposizioni transitorie il percentile utilizzato per il valore di riferimento deve poter essere superiore al valore di cui all'articolo 59c^{bis} capoverso 1 lettera b fino all'anno tariffario 2023 oppure sei anni dopo l'entrata in vigore della struttura tariffale degli importi forfettari per singolo caso. Per la riabilitazione, la cui nuova struttura tariffale sarà introdotta appena nel 2022, l'entrata in vigore dell'articolo 59c^{bis} capoverso 1 è troppo affrettata. L'esperienza ha dimostrato che le strutture tariffali nuove devono essere impiegate diversi anni prima che si possano introdurre le migliorie necessarie a un utilizzo nel quadro di un benchmarking. Se il benchmarking avviene troppo presto, si va incontro inevitabilmente a gravi iniquità tra i fornitori di prestazioni. Per questo motivo CHUV richiede un termine di sei anni a partire dall'introduzione della struttura tariffale nazionale, anche alla luce del fatto che fra l'anno del rilevamento dei dati e l'anno della validità della versione ne passano almeno tre (dato che una versione in vigore nell'anno T è calcolata sui dati dell'anno T-3).

Organizzazioni della sanità – assicuratori

santésuisse è favorevole alle norme proposte ma ritiene che sia necessario un termine di scadenza. Le disposizioni per un nuovo finanziamento ospedaliero infatti esistono già dal 2012. Diversi Cantoni sono dell'avviso che, come negli anni passati, si debba dare agli ospedali il tempo di adeguarsi e 11 anni sono un periodo sufficiente. Così facendo sarà possibile applicare la disposizione di cui al capoverso 4 che prevede di utilizzare il nuovo valore di riferimento a partire dall'anno tariffario 2023.

6. Pareri sul calcolo dei costi

6.1 Pareri sul progetto in generale

Cantoni

In linea generale, **VD** ritiene che il progetto di revisione dell'OCPre sancisca a livello di ordinanza una questione di buon senso, fissando prassi ampiamente ispirate alle raccomandazioni di CDS in materia (p. es. art. 10a^{bis} OCPre). Inoltre, fa notare che il progetto proposto, in linea di principio, rientra nella competenza di SwissDRG SA. VD fa notare che alle case di cura richiede unicamente la contabilità finanziaria (reporting dei conti), rimandando agli obblighi sanciti dall'OCPre, ma senza intervenire. Secondo VD, dal 2011 per le case di cura l'OCPre è senza scopo (salvo quello di partecipare alla statistica degli istituti medico-sociali SOMED), in quanto è volta a «determinare le prestazioni e i costi delle cure come pure le altre prestazioni dispensate nelle case di cura e nell'ambito della cura per pazienti lungodegenti in ospedale che sono prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e i loro costi», mentre il nuovo regime di finanziamento delle cure di lunga durata stabilisce la partecipazione all'AOMS in modo normativo senza basarsi su elementi di economia e le prestazioni corrispondono ai «tempi di cura richiesti» determinati dagli strumenti di valutazione. Se i Cantoni dovranno controllare la contabilità analitica delle case di cura (cosa che implicherà in pratica l'allestimento di un secondo reporting), si genererà a loro carico un considerevole onere aggiuntivo senza alcun valore aggiunto. Alla luce di ciò, VD richiede di mettere in programma una revisione del finanziamento delle cure in funzione dei costi, dando nuovamente ragion d'essere all'OCPre, o di confermare il nuovo regime di finanziamento delle cure, escludendone in tal caso le case di cura.

Secondo **NE**, i costi per singolo caso non sono corretti in base al CMI (ovvero il grado di gravità medio di un ospedale), bensì in base ai diversi gradi di gravità (casemix). corretti per il grado di gravità, e lo stesso vale per i costi giornalieri. NE pertanto richiede che, nel rapporto, l'espressione «costi per singolo caso corretti per il grado di gravità, rispettivamente per il CMI» sia sostituita con «costi per singolo caso corretti per il casemix» e che l'espressione «costi giornalieri corretti per il Day Mix Index (DMI)» sia sostituita con «costi giornalieri corretti per day mix».

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

UDC si dichiara favorevole a completare l'OCPre con disposizioni per determinare dei costi corretti per il grado di gravità nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

santésuisse auspica una precisazione dell'articolo 9 capoverso 5 OCPre, osservando che i fornitori di prestazioni e gli assicuratori hanno due diverse concezioni di trasparenza in materia di basi di dati destinate alla tariffazione. Attualmente la difficoltà sta nel fatto che gli ospedali

dimostrano i costi in modo rudimentale, pertanto non è possibile verificare l'attendibilità delle limitazioni di costi eseguite. *santésuisse* auspica che in futuro gli assicuratori e i fornitori di prestazione, nonché il DFI in via sussidiaria, convengano sul contenuto e il formato dei dati messi a disposizione. Inoltre, rileva quanto sia importante che i dati siano forniti agli assicuratori effettivamente entro il 30 aprile. L'associazione degli ospedali infatti dopo il 30 aprile avvia un ulteriore processo di verifica che rende impossibile la messa a disposizione dei dati agli assicuratori già dal 30 aprile.

6.2 Pareri sull'articolo 9 capoverso 5^{bis} seconda frase

Cantoni

In generale, secondo **CDS** nonché **AG, AI, AR, BL, BS, BE, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** e **ZH**, l'introduzione di un attestato OCPre è auspicabile: l'estensione della certificazione REKOLE® al trattamento della presentazione delle unità finali d'imputazione ITAR_K® contribuisce ulteriormente affinché l'attestato OCPre migliori la qualità dei dati, in quanto, al momento della verifica dell'attendibilità dei dati ITAR_K® nel quadro dell'esame dell'economicità, i Cantoni si assicureranno regolarmente che REKOLE® non è stato allestito correttamente dagli ospedali nonostante l'attestato.

BS nota che il testo legislativo e i commenti non illustrano i dettagli della disposizione. Innanzitutto si deve dare la possibilità agli ospedali di assegnare tale compito al loro regolare organo di revisione in questo settore, per esempio attraverso procedure di verifica definite. Secondo i commenti, tuttavia, l'attestato OCPre deve diventare obbligatorio già per l'anno contabile 2019, ma poiché le revisioni degli ospedali per l'anno precedente sono già state parzialmente completate ciò non risulta realizzabile. Anche in quest'ambito va quindi definito un periodo di transizione.

TI plaude all'aggiunta di questo nuovo capoverso che impone un attestato di un organo di revisione esterno per certificare che la contabilità analitica è pienamente conforme alla legge.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Secondo **H+**, **diespitaeler.be** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG**, alla fine del 2019, l'82 per cento dei costi d'esercizio degli ospedali svizzeri avevano ricevuto la certificazione REKOLE®. Tale certificazione assicura che la contabilità analitica degli ospedali coinvolti è conforme all'OCPre e ai requisiti di REKOLE®. In tal senso quindi il Consiglio federale sfonda una porta aperta. Purtroppo però, la certificazione non sostituisce la consultazione dei documenti secondo l'articolo 15 OCPre, ma è semplicemente introdotta come requisito aggiuntivo. Tale procedura è estremamente insoddisfacente, soprattutto perché si tratta di certificazioni molto costose. I fornitori di prestazioni dovranno continuare a dimostrare i propri costi fino a quando gli assicuratori-malattie non saranno convinti delle basi (di una tariffa da negoziare) ed evidentemente in questo frangente la certificazione non ha alcuna rilevanza. In altre parole, sebbene sia necessario un attestato esterno – anche se la totale attuazione dell'OCPre è già assicurata dalla certificazione REKOLE®, tale attestato non cambia il fatto che gli assicuratori-malattie e i Cantoni possono apportare modifiche ai dati a propria discrezione. Prescrivere oneri di questo tipo, che come unico risultato generano costi aggiuntivi senza alcun miglioramento, è semplicemente inaccettabile. Si raccomanda quindi con urgenza di svolgere una stima dei costi che ne deriverebbe. In alternativa, viene proposta la certificazione REKOLE®, in quanto è già stata introdotta con successo. In linea di principio, **H+**, **diespitaeler.be** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** sono favorevoli alla determinazione dei costi per singolo caso o giornalieri corretti per il grado di gravità e auspicano che, per assicu-

rare l'imparzialità, l'attestato sia prodotto almeno da un organo di revisione esterno (altro elemento già attuato dalla procedura di certificazione REKOLE®), evitando che, come avviene nel settore della pianificazione ospedaliera, i Cantoni debbano intervenire come revisori o, come nel benchmarking, che la procedura debba essere garantita da Cantoni, assicuratori e associazioni di assicuratori.

Secondo **Universitätsklinik Balgrist** la disposizione deve essere stralciata: il previsto attestato di un organo di revisione esterno è superfluo, in quanto le vigenti linee guida dei Cantoni prevedono già una certificazione proprio da parte di REKOLE®.

Secondo **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, se un ospedale è certificato da REKOLE® significa che applica l'OCPre correttamente. Un attestato di un organo di revisione esterno quindi rappresenta per gli ospedali un altro onere inutile fonte di ulteriori costi aggiuntivi.

IGGH-CH prende atto dell'ampliamento previsto delle vigenti prescrizioni in materia di revisione nonché della certificazione REKOLE® proposta dai Cantoni. In questo contesto fa notare che gli ostacoli derivanti dalla revisione non devono essere così complessi da andare oltre le possibilità dei singoli istituti. In particolare, consiglia di verificare la possibilità di raggiungere l'obiettivo di informazione auspicato con mezzi più semplici.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura accoglie con favore gli adeguamenti dell'OCPre. L'articolo 43 capoverso 4 LAMal sancisce che le tariffe siano stabilite secondo le regole dell'economia e siano adeguatamente strutturate. L'articolo 59c capoverso 1 OAMal stabilisce che le tariffe coprono al massimo i costi comprovati in modo trasparente di una fornitura efficiente delle prestazioni. Per le convenzioni tariffali e per la fissazione delle tariffe, agli assicuratori e alle cooperative di acquisto spetta di ottenere i dati relativi ai costi d'esercizio necessari e rilevanti per determinare la succitata fornitura efficiente delle prestazioni. Per il settore stazionario ciò è disciplinato nell'OCPre. Tale diritto degli assicuratori evinto dall'OCPre non esiste attualmente per il settore ambulatoriale perché mancano le basi legali in merito e il diritto alla consultazione dei dati può essere ottenuto solo indirettamente mediante il diritto di essere sentito. Da ciò ne consegue che la base di dati (eventualmente di ogni singolo fornitore di prestazioni) deve essere identificabile, poiché solo così è possibile verificarne l'attendibilità. Il diritto di essere sentito tuttavia può essere invocato solo durante la fissazione delle tariffe, ma non nelle trattative. Per questo secondo caso ad oggi non esistono infatti basi legali per richiedere i dati dei costi ai fornitori di prestazioni o alle loro associazioni. È per questo motivo che l'OCPre deve essere estesa anche al settore ambulatoriale.

Helsana Sanitas KPT ritiene che gli adeguamenti siano appropriati, a condizione che gli assicuratori ricevano dati dei costi e delle prestazioni dettagliati e completi (versione completa di ITAR_K®).

santésuisse suggerisce che la disposizione sia precisata, altrimenti non è completamente chiaro quando una contabilità analitica è ancora conforme alla OCPre e quando no, in quanto tendenzialmente nella precisione e nella correttezza dell'imputazione dei costi a chi li cagiona (precisione della registrazione della prestazione) in ambito di una contabilità dei costi e delle prestazioni ci sono molte opzioni. Gli articoli aggiuntivi 5^{bis} e 5^{ter} proposti da santésuisse puntano a fornire le precisazioni necessarie.

6.3 Pareri sull'articolo 10a^{bis}

Cantoni

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH** approvano che nell'OCPre sia definita una procedura uniforme, visto che il metodo consigliato da CDS garantisce la coerenza con l'utilizzo delle comparazioni tra ospedali secondo l'articolo 49 capoverso 8 LAMal e dovrebbe quindi diventare obbligatorio.

CDS nonché **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH** caldeggiavano lo stralcio del termine «costi giornalieri» in linea con il parere relativo all'articolo 59c^{bis} capoverso 1.

CDS nonché **AI, AR, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** e **ZH** aggiungono un'osservazione al rapporto esplicativo in merito al «mantenimento della sicurezza». Secondo il rapporto questo è in linea di principio un compito del Comune o del Cantone e non può essere imputato all'AOMS. Come esempio d'eccezione vengono citate le cure ospedaliere prestate nel reparto chiuso di psichiatria a pazienti violenti. CDS nonché i Cantoni citati sottolineano che tra le eccezioni rientrano anche i vigili del fuoco e i servizi isolati negli ospedali (cfr. Raccomandazioni sull'esame dell'economicità della CDS del 27.6.2019, sezione 2.2.3, lett. b).

VD richiede la correzione del termine «per unità finale di imputazione».

GR e **TG** richiedono lo stralcio della lettera a. Contrariamente a quanto illustrato nel rapporto, il mantenimento della sicurezza in un ospedale è un compito interno che sta acquisendo crescente importanza. Le relazioni pubbliche si rivolgono anche alle persone assicurate dall'AOMS e puntano a informarle sull'offerta di prestazioni e sugli sforzi qualitativi degli ospedali allo scopo di permettere loro di esercitare la libertà di scelta tra i fornitori di prestazioni cui hanno diritto ai sensi dell'articolo 41 LAMal.

GR afferma con chiarezza che le deduzioni di cui alle lettere b, c, e ed f non possono avvenire sulla base dei costi, ma solo in modo normativo. Se si volessero escludere i costi effettivi, nella creazione della contabilità analitica emergerebbero diverse questioni di delimitazione e l'onere derivante dalla registrazione delle prestazioni corrispondenti aumenterebbe massicciamente.

Secondo **BS**, alle lettere b e c si parla di «tipo DRG» (SwissDRG e Tarpsy), ma l'elenco è basato solo sulla SwissDRG. Inoltre alle lettere d, e ed f manca una definizione di come si calcolino i costi o su quale metodo di calcolo ci si basi: da tempo il dibattito sul calcolo dei costi vede contrapporsi i Cantoni (raccomandazioni della CDS), gli ospedali (H+ e attuazione in ITAR_K©) e la Sorveglianza dei prezzi. Per determinare i costi delle assicurazioni complementari gli attori impiegano metodi diversi, il che può portare a grandi differenze nei costi d'esercizio rilevanti per il benchmarking. Solo il metodo di CDS finora è stato approvato dal TAF, pertanto dovrebbe essere incluso nell'OCPre. Anche qui, manca una definizione per l'organo di revisione esterno che deve rilasciare un attestato sulla contabilità analitica.

Secondo **BS**, le perdite su debitori non devono essere definite come deduzione nelle lettere g e h, poiché non sono registrate come spese ma come riduzioni dei ricavi nei gruppi di conti 609 e 689. Né le perdite su crediti (né gli accantonamenti per crediti inesigibili) sono inclusi nella contabilità analitica e non vi sono registrati come riduzione dei ricavi.

BS ritiene che, al capoverso 2, oltre al supplemento per gli interessi calcolatori sull'attivo circolante, manchi anche la compensazione dei ricavi del gruppo di conti 66 (ricavi finanziari, nella misura in cui questi sono riportati come riduzione dei costi nel centro di costo).

TI sostiene pienamente i chiarimenti riguardanti la determinazione dei costi corretti per il grado di gravità nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG, poiché poggiano su quanto già elaborato dai Cantoni mediante CDS, la quale da alcuni anni emana raccomandazioni per il

calcolo dei costi caso per caso e, più ampiamente per la valutazione dell'economicità nel settore ospedaliero. In quest'ambito da diversi anni è attivo un gruppo di lavoro speciale che coinvolge circa la metà dei Cantoni tra cui TI.

In linea di principio **BE** ritiene che la definizione di una procedura uniforme per la determinazione dei costi corretti per il grado di gravità sia necessaria per assicurare la comparabilità nella comparazione tra ospedali, applicabile in maniera vincolante ai sensi dell'articolo 49 capoverso 8 LAMal. In questo contesto, l'orientamento al metodo di CDS (raccomandazioni sull'esame dell'economicità) risulta ragionevole, anche alla luce del riconoscimento da parte della giurisprudenza e del Consiglio federale nell'ambito della presente modifica.

Nella lettera a riguardante le prestazioni economicamente di interesse generale BE fa notare che non esiste ad oggi una definizione giuridicamente vincolante. Almeno l'UFSP ha riconosciuto il consenso dei Cantoni nelle raccomandazioni di CDS sui costi assunti dall'AOMS per la prima pubblicazione dei dati sui costi dei casi. Per esempio, garantire la sicurezza dei pazienti, degli ospiti e del personale (in particolare i vigili del fuoco e le spese aggiuntive per il reparto di isolamento) rientra fra i costi assunti dall'AOMS e non dalle prestazioni economicamente di interesse generale. BE dubita dell'utilità pratica delle attuali regolamentazioni sulle prestazioni economicamente di interesse generale (sotto forma di una lista breve e non esaustiva) e di come un organo di revisione esterno debba rilasciare un attestato sulla corretta esclusione dei costi corrispondenti. In materia di registrazione ed esclusione dei costi delle prestazioni economicamente di interesse generale infatti non esiste una giurisprudenza concreta. La gestione e il finanziamento delle prestazioni economicamente di interesse generale sono molto diversi tra Cantoni. È quindi imperativo chiarire o definire in che modo le diverse prassi cantonali debbano essere considerate nel benchmarking. Inoltre occorre chiarire quali sono le competenze del Consiglio federale per quanto concerne il disciplinamento dell'entità di tali prestazioni non coperte dall'AOMS. Le deduzioni menzionate alle lettere b, c, d, e, g ed h corrispondono alla prassi corrente di BE e alla procedura raccomandata da CDS. Cionondimeno, alla lettera f non esiste una definizione dei costi corrispondenti allo standard per i pazienti con assicurazioni complementari. I Cantoni, i partner tariffali e la Sorveglianza dei prezzi utilizzano metodi diversi per determinare tali costi, cosa che può causare grandi differenze nei costi d'esercizio rilevanti per il valore di riferimento. Solo il metodo di CDS (raccomandazioni sull'esame dell'economicità) è avallato dalla giurisprudenza e per questo il Consiglio governativo di BE ne richiede l'inclusione nell'OCPRe. Anche qui, manca una definizione corrispondente per l'organo di revisione esterno che deve rilasciare un attestato sulla contabilità analitica. Infine, BE ritiene opinabile applicare gli interessi sull'attivo circolante basati sul rendimento medio annuo delle obbligazioni della Confederazione, poiché queste sono negative da anni, e consiglia di definire in quest'ambito un valore ragionevole. Alla luce di ciò richiede quindi il seguente adeguamento: *«basati sul rendimento medio annuo delle obbligazioni della Confederazione con scadenza a 10 anni e termine di pagamento di 40 giorni (aggiungere una definizione conforme ai tempi e ragionevole)»*. Al capoverso 3 richiede infine il seguente adeguamento: *«I costi per singolo caso e giornalieri»*.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

OSP è contrario alla deduzione dei costi relativi al personale di sicurezza (capoverso 1 lettera a), in quanto il trattamento delle dipendenze per esempio è un ambito che ne richiede un elevato impiego per proteggere il personale ospedaliero e gli altri pazienti dall'evidente pericolo di violenza e furti. OSP pertanto richiede che almeno una parte dei costi per il personale di sicurezza – nella misura in cui possono essere attribuiti a specifici trattamenti e gruppi di pazienti (casi, DRG), possano essere imputati all'AOMS. Inoltre, OSP solleva il dubbio su cosa si intenda esattamente per «costi corrispondenti allo standard per i pazienti con assicurazioni complementari» (cpv. 1 lett. f) e se tali costi possano sempre essere delimitati con precisione

solo per i pazienti con assicurazioni complementari. Infine, è inaccettabile che una clinica sia avvantaggiata se ha le possibilità finanziarie e/o soddisfa i requisiti vigenti per poter essere più generosa in quest'ambito.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+ ritiene che la disposizione al capoverso 1 debba essere stralciata, poiché l'elenco contiene attività in parte ovvie, in parte incomprensibili e talvolta poco chiare. Peraltro sorgono dubbi sul significato di alcune di esse. Anche **H+**, **diespitaeler.be**, **Limmatklinik AG**, **Paracelsus-Spital Richterswil AG**, **Schulthess Klinik Zürich**, **SVS**, **See-Spital Horgen**, **Spital Affoltern AG**, **Spital Limmattal Schlieren**, **Spital Männedorf AG**, **Spital Uster**, **Spital Zollikerberg**, **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG**, **Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz**, **Zürcher RehaZentren** e **VKZ** respingono il capoverso 1 lettera a perché in contraddizione con il principio di concorrenza sancito nella LAMal. I costi per il personale sicurezza, le relazioni pubbliche e il marketing attualmente possono essere remunerati ai sensi dell'articolo 49 capoverso 3 LAMal e fanno parte dei normali costi di produzione di un'impresa. Il mantenimento della sicurezza pubblica è compito dello Stato, ma ciò non si estende anche alla sicurezza interna dell'azienda. Le misure di sicurezza sono indispensabili per il buon funzionamento di un ospedale, quindi deve esserci la possibilità di finanziarle mediante le tariffe. Per quanto riguarda le relazioni pubbliche e il marketing, manca completamente una motivazione per dedurre i costi: una scelta sconcertante, dato che si tratta di normali attività di una qualsiasi entità economica. Cos'altro si dovrebbe fare per informare i cittadini dell'offerta di un ospedale? Cosa si direbbe di un ospedale che non ha un sito internet o che non risponde alle domande della stampa? È imprescindibile che un ospedale informi adeguatamente la comunità, i pazienti e i fornitori di prestazioni e tali attività devono essere incluse nelle tariffe. Su questo punto i partecipanti alla consultazione succitati fanno notare anche che i costi di marketing degli assicuratori superano di gran lunga quelli dei fornitori di prestazioni. Secondo **H+**, **diespitaeler.be** e **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG** il capoverso 1 lettere b, d ed e ha un'importanza centrale, ma è ovvio, mentre alla lettera c fanno notare che la determinazione dei costi per casi DRG non valutati è equivoca, poiché non si capisce come si debbano finanziare tali casi e in materia ad oggi non esiste alcun disciplinamento. Al capoverso 1 lettera f lamentano che non si capisce di quale standard si parli e si chiedono se tali standards esistano, visto che a loro non è noto. Inoltre, contestano la logica che sottende il capoverso 1 lettera g e respingono la lettera h, facendo notare che – anche con le migliori intenzioni, è impossibile capire cosa il Consiglio federale intenda ottenere con questa disposizione: parafrasando si evince che un ospedale che subisce una perdita su debitori perdendo i ricavi per la prestazione fornita è penalizzato due volte, dato che deve dedurre nuovamente i ricavi persi. Una disposizione così concepita non è lontanamente conciliabile con i valori della nostra società. Secondo **H+** il capoverso 2 è complicato. È molto più semplice e auspicabile rettificare l'applicazione del tasso d'interesse WACC nell'OCPre e correggere e aggiornare il calcolo. Con questa disposizione invece si sancisce nell'ambito dell'AOMS una strana teoria: A) in linea di principio, per calcolare gli interessi sulle immobilizzazioni necessarie per l'esercizio si impiega il metodo WACC con un tasso di interesse del 3,7 per cento sancito nell'OCPre. Tale tasso d'interesse è rimasto invariato per più di 15 anni senza mai essere aggiornato ed è stato utilizzato solo nel calcolo degli interessi sull'attivo immobilizzato. B) L'applicazione degli interessi sull'attivo circolante non è regolato con il metodo WACC, bensì con la metodologia della Sorveglianza dei prezzi, la quale sarebbe accettabile se gli ospedali potessero ottenere un finanziamento dalla Confederazione a questo tasso d'interesse. Questo non è il caso. Pertanto si deve fissare un tasso di interesse realistico. Inoltre, il termine di pagamento a 40 giorni è troppo stringente: da un lato si deve prendere in considerazione il periodo di fatturazione (compresa la documentazione medica e

la codifica), dall'altro, va tenuto conto che il periodo medio di pagamento effettivo degli assicuratori è significativamente più alto.

Infine, secondo **H+, diespitaeler.be Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Zürcher RehaZentren e VKZ** il capoverso 3 costituisce una base accettabile per il confronto dei costi. Per il calcolo della tariffa, tuttavia, questo significa che i cambiamenti causati da una modifica della struttura tariffale (p. es. il passaggio dal conteggio dei giorni di ricovero al conteggio delle notti) devono poi essere ripresi nella determinazione della tariffa.

Secondo **Società svizzera di patologia**, i costi delle autopsie non sono rappresentati nel sistema sanitario e propone quindi di completare la determinazione dei costi con un passaggio sulla remunerazione delle autopsie. L'articolo 10a^{bis} deve quindi sancire che i costi per il numero di autopsie eseguite devono essere presi in considerazione secondo le quote minime prescritte nella determinazione dei costi corretti per il grado di gravità secondo un modello DRG.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG e Kantonsspital Aarau richiede lo stralcio dell'espressione «il personale di sicurezza, le relazioni pubbliche e il marketing» alla lettera a: contrariamente a quanto illustrato nel rapporto, il mantenimento della sicurezza in un ospedale è un compito interno che sta acquisendo crescente importanza. Le relazioni pubbliche si rivolgono anche alle persone assicurate dall'AOMS e puntano a informarle sull'offerta di prestazioni e sugli sforzi qualitativi degli ospedali, allo scopo di permettere loro di esercitare la libertà di scelta tra i fornitori di prestazioni cui hanno diritto ai sensi dell'articolo 41 LAMal. Inoltre, alle lettere b, c, e ed f è necessario stabilire chiaramente che le deduzioni non possono avvenire sulla base dei costi, ma solo in modo normativo: se si volessero escludere i costi effettivi, nella creazione della contabilità analitica emergerebbero diverse questioni di delimitazione e l'onere derivante dalla registrazione delle prestazioni corrispondenti aumenterebbe massicciamente.

Secondo **Universitätsklinik Balgrist** i costi per il personale di sicurezza, le relazioni pubbliche e il marketing rientrano nel normale esercizio e servono all'adempimento dei mandati di prestazioni. Non si tratta quindi di prestazioni economicamente di interesse generale di cui all'articolo 49 capoverso 3 LAMal. Il relativo passaggio deve quindi essere stralciato.

Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler richiede l'adeguamento della lettera a, perché i costi per il personale di sicurezza, le relazioni pubbliche e il marketing fanno parte dei compiti interni di un ospedale. Il personale di sicurezza sta acquisendo sempre maggiore importanza e la politica vuole che tra gli ospedali vi sia concorrenza. Coerentemente con questo approccio, si devono pertanto riconoscere i costi di marketing e relazioni pubbliche come parte dei normali costi di un ospedale o di una clinica. Infine, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler ricorda che vige la libertà di commercio e industria.

CHUV propone di stralciare «il personale di sicurezza, le relazioni pubbliche e il marketing» al capoverso 1 lettera a, in quanto le motivazioni avanzate per giustificare tali deduzioni sono fallaci. La sicurezza è un compito dello Stato solo in ambito pubblico, mentre nell'ambito privato, in cui rientrano le strutture degli ospedali, la polizia interviene solo in caso di problemi gravi e sicuramente non si fa carico di controllare gli accessi agli edifici o le soste dei veicoli. Le misure di sicurezza sono indispensabili al buon funzionamento di un ospedale e per questo il loro finanziamento deve avvenire mediante le tariffe. Lo stesso vale per le relazioni pubbliche: per gli ospedali è essenziale poter informare adeguatamente la comunità, i pazienti e i fornitori di prestazioni e deve esserci quindi la possibilità di finanziare i costi che ne derivano. Al capoverso 2, il supplemento previsto per gli interessi sull'attivo circolante necessario

all'esercizio basati sul rendimento da applicare ai costi corretti in base al capoverso 1 si deve fondare sul tasso d'interesse di cui all'articolo 10a capoverso 4 con un termine di pagamento di 90 giorni. Calcolare l'onere degli interessi mediante il rendimento delle obbligazioni della Confederazione sarebbe ammissibile se gli ospedali avessero la possibilità di finanziarsi con questo tasso presso la Confederazione. Poiché non è questo il caso, occorre fissare un tasso realistico. Il termine di pagamento di 40 giorni inoltre è troppo ottimista: da un lato si deve prendere in considerazione il periodo di fatturazione (compresa la documentazione medica e la codifica), dall'altro, va tenuto conto che il periodo medio di pagamento effettivo degli assicuratori è significativamente più alto.

Secondo **Société vaudoise de médecine**, il presente articolo aumenta nettamente la complessità senza apportare il minimo beneficio. La lettera a del capoverso 1 sembra utile per la trasparenza, ma non per la problematica delle remunerazioni, pertanto se ne auspica lo stralcio. Per quanto riguarda la lettera e, Société vaudoise de médecine ritiene che in questa ordinanza non si debba considerare il costo degli onorari dei medici, in quanto non hanno alcun impatto sulla pianificazione ospedaliera.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Secondo **Helsana Sanitas KPT**, ad oggi non esiste una precisazione sulle prestazioni economicamente di interesse generale e di conseguenza la loro definizione e struttura differiscono nei vari Cantoni. Ciò rende difficile determinare i costi d'esercizio rilevanti per il valore di riferimento in modo uniforme in tutta la Svizzera.

santésuisse afferma che il progetto lascia irrisolto il problema delle prestazioni fornite all'esterno. La struttura tariffale SwissDRG prevede l'inclusione di tali prestazioni nella codifica. I nuovi principi proposti intendono risolvere una situazione che non è stata chiarita né nella legge e né nell'ordinanza.

6.4 Pareri sull'articolo 15 capoverso 1

Cantoni

Secondo **GR**, per motivi tecnici (revisione, ecc.) gli ospedali non sono in grado di fornire i dati per il benchmarking agli assicuratori entro il 1° maggio dell'anno successivo. Onde evitare deduzioni ingiustificate a causa di una fornitura dei dati tardiva, la relativa scadenza dovrebbe essere fissata di conseguenza al 1° giugno dell'anno successivo.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG e Kantonsspital Aarau fanno notare che per motivi tecnici (revisione, ecc.) gli ospedali non sono in grado di fornire i dati per il benchmarking agli assicuratori entro il 1° maggio dell'anno successivo. Onde evitare deduzioni ingiustificate a causa di una fornitura dei dati tardiva, la relativa scadenza dovrebbe essere fissata di conseguenza al 1° giugno dell'anno successivo.

6.5 Pareri sulle disposizioni transitorie della modifica del 21 giugno 2021

Secondo **GR** e **TG**, la conferma che la contabilità analitica sia conforme all'OCPre non può essere ottenuta retroattivamente per l'anno contabile 2019, come ipotizzato nel commento a pagina 21, in quanto ospedali e revisori esterni hanno bisogno di tempi di attuazione più lunghi.

In considerazione della sicurezza della pianificazione degli ospedali, alle disposizioni transitorie va aggiunto un nuovo capoverso 5 che stabilisce che l'obbligo dell'attestato OCPre si applica per la prima volta per l'anno contabile 2021.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG e Kantonsspital Aarau richiedono la modifica della presente disposizione. La conferma che la contabilità analitica sia conforme all'OCPre non può essere ottenuta retroattivamente per l'anno contabile 2019, come ipotizzato nel commento a pagina 21, in quanto ospedali e revisori esterni hanno bisogno di tempi di attuazione più lunghi. In considerazione della sicurezza della pianificazione degli ospedali, alle disposizioni transitorie va aggiunto un nuovo capoverso 5 che stabilisce che l'obbligo dell'attestato OCPre si applica per la prima volta per l'anno contabile 2021.

7. Pareri sull'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni

7.1 Pareri sul progetto in generale

Cantoni

ZH si dichiara in favore della modifica proposta.

Pur non opponendosi formalmente alla revisione, **VD** non la ritiene necessaria, in quanto basterebbe rispettare l'articolo 15 capoverso 2 vigente.

TI appoggia il breve completamento dell'OAINF nella misura in cui per la remunerazione dei costi della degenza ospedaliera assunti dall'assicurazione infortuni vengono ripresi i principi già validi in ambito LAMal.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Société vaudoise de médecine ritiene che l'articolo 15 capoverso 2^{bis} debba essere stralciato in quanto mette in discussione la libertà di scelta terapeutica.

7.2 Pareri sull'articolo 15 capoverso 2 OAINF

Altre organizzazioni

CTM ritiene che l'adeguamento previsto rafforzi il principio delle prestazioni in natura, il primato e la selettività delle convenzioni e per questo si esprime in suo favore.

8. Allegato: lista dei partecipanti alla consultazione

1. Kantone / Cantons / Cantoni

Staatskanzlei des Kantons Zürich	Neumühlequai 10 8090 Zürich staatskanzlei@sk.zh.ch
Staatskanzlei des Kantons Bern	Postgasse 68 3000 Bern 8 info@sta.be.ch
Staatskanzlei des Kantons Luzern	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern staatskanzlei@lu.ch
Standeskanzlei des Kantons Uri	Rathausplatz 1 6460 Altdorf ds.la@ur.ch
Staatskanzlei des Kantons Schwyz	Regierungsgebäude Bahnhofstrasse 9 Postfach 1260 6431 Schwyz stk@sz.ch
Staatskanzlei des Kantons Obwalden	Rathaus 6061 Sarnen staatskanzlei@ow.ch
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	Dorfplatz 2 Postfach 1246 6371 Stans staatskanzlei@nw.ch
Staatskanzlei des Kantons Glarus	Rathaus 8750 Glarus staatskanzlei@gl.ch
Staatskanzlei des Kantons Zug	Seestrasse 2 Regierungsgebäude am Postplatz 6300 Zug info@zg.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg chancellerie@fr.ch

Staatskanzlei des Kantons Solothurn	Rathaus Barfüssergasse 24 4509 Solothurn kanzlei@sk.so.ch
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	Marktplatz 9 4001 Basel staatskanzlei@bs.ch
Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	Regierungsgebäude Rathausstrasse 2 4410 Liestal landeskanzlei@bl.ch
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen staatskanzlei@ktsh.ch
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	Regierungsgebäude Postfach 9102 Herisau Kantonskanzlei@ar.ch
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden	Marktgasse 2 9050 Appenzell info@rk.ai.ch
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen info.sk@sg.ch
Standeskanzlei des Kantons Graubünden	Reichsgasse 35 7001 Chur info@gr.ch
Staatskanzlei des Kantons Aargau	Regierungsgebäude 5001 Aarau staatskanzlei@ag.ch
Staatskanzlei des Kantons Thurgau	Regierungsgebäude Zürcherstrasse 188 8510 Frauenfeld infodienst.sk@tg.ch
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Piazza Governo 6 6501 Bellinzona can-sGDK@ti.ch

Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	Place du Château 4 1014 Lausanne info.chancellerie@vd.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	Planta 3 1950 Sion Chancellerie@admin.vs.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	Le Château Rue de la Collégiale 12 2000 Neuchâtel Secretariat.chancellerie@ne.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	Rue de l'Hôtel-de-Ville 2 Case postale 3964 1211 Genève 3 chancellerie@etat.ge.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura	2, rue de l'Hôpital 2800 Delémont chancellerie@jura.ch
Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) Conferenza dei Governi cantonali (CdC)	Sekretariat Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 3001 Bern mail@kdk.ch

2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell' Assemblea federale

Bürgerlich-Demokratische Partei BDP Parti bourgeois-démocratique PBD Partito borghese democratico PBD	Postfach 119 3000 Bern 6 mail@bdp.info
Christlichdemokratische Volkspartei CVP Parti démocrate-chrétien PDC Partito popolare democratico PPD	Generalsekretariat Hirschengraben 9 Postfach 3001 Bern info@cvp.ch
Eidgenössisch-Demokratische Union (EDU) Union Démocratique Fédérale (UDF) Unione Democratica Federale (UDF)	Postfach 3602 Thun info@edu-schweiz.ch

Ensemble à Gauche	Case postale 2070 1211 Genève 2 info@eag-ge.ch
Evangelische Volkspartei der Schweiz EVP Parti évangélique suisse PEV Partito evangelico svizzero PEV	Nägeligasse 9 Postfach 3001 Bern vernehmlassungen@evppev.ch
FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR.I Liberali Radicali	Generalsekretariat Neuengasse 20 Postfach 3001 Bern info@fdp.ch
GRÜNE Schweiz GPS Les VERTS suisses I VERDI svizzera	Waisenhausplatz 21 3011 Bern gruene@gruene.ch
Grünliberale Partei Schweiz GLP Parti vert'libéral Suisse PVL Partito verde liberale svizzero PVL	Monbijoustrasse 30 3011 Bern schweiz@grunliberale.ch
Lega dei Ticinesi (Lega)	Via Monte Boglia 3 6900 Lugano lorenzo.quadri@mattino.ch info@lega-dei-ticinesi.ch
Schweizerische Volkspartei SVP Union Démocratique du Centre UDC Unione Democratica di Centro UDC	Generalsekretariat Postfach 8252 3001 Bern gs@svp.ch
Sozialdemokratische Partei der Schweiz SP Parti socialiste suisse PS Partito socialista svizzero PS	Zentralsekretariat Theaterplatz 4 Postfach 3001 Bern info@spschweiz.ch verena.loembe@spschweiz.ch franziska.tlach@spschweiz.ch
Partei der Arbeit PDA Parti suisse du travail PST Partito operaio e popolare	Postfach 8721 8036 Zürich pdaz@pda.ch

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna

Schweizerischer Gemeindeverband	Laupenstrasse 35 3001 Bern verband@chgemeinden.ch
Schweizerischer Städteverband SSV	Monbijoustrasse 8 Postfach 3001 Bern info@staedteverband.ch
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Seilerstrasse 4 Postfach 3001 Bern info@sab.ch

4. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Centre Patronal (CP)	Route du lac 2 1094 Paudex info@centrepatronal.ch
economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich info@economiesuisse.ch bern@economiesuisse.ch sandra.spieser@economiesuisse.ch
Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce Società svizzera degli impiegati di commercio	Hans-Huber-Strasse 4 Postfach 1853 8027 Zürich politik@kfmv.ch
Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich verband@arbeitgeber.ch

Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB) Swiss Bankers Association	Postfach 4182 4002 Basel office@sba.ch
Schweizer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	Laurstrasse 10 5201 Brugg info@sbv-usp.ch
Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)	Schwarztorstrasse 26 Postfach 3001 Bern info@sgv-usam.ch
Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23 info@sgb.ch
Travail.Suisse	Hopfenweg 21 Postfach 5775 3001 Bern info@travailsuisse.ch

5. Interessierte Kreise / Milieux intéressés / Ambienti interessati

5.1 Kantonale Vereinigungen und Konferenzen / Associations et conférences cantonales / Associazioni e conferenze cantonali

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (GDK) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (GDK)	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7 office@gdk-GDK.ch
Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS) Associazione dei medici cantonali della Svizzera (AMCS)	Dr. med. Rudolf Hauri Präsident Gartenstrasse 3 6300 Zug rudolf.hauri@zg.ch

Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de la Suisse (AMDCS) Associazione dei Medici Dentisti Cantionali della Svizzera (AMDCS)	Dr. med. Dent Peter Suter Kantonszahnarzt des Kantons Luzern Präsident VKZS Schuelgass 9 6215 Beromünster info@kantonszahnaerzte.ch
Kantonsapothekervereinigung (KAV / APC) Association des pharmaciens cantonaux (KAV / APC) Associazione dei farmacisti cantionali (KAV / APC)	c/o Dr. Samuel Steiner Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern Kantonsapothekeramt Rathausgasse 1 Postfach 3000 Bern 8 samuel.steiner@be.ch

5.2 Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori

Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana ACSI	Strada di Pregassona 33 6963 Pregassona info@acsi.ch
Fédération romande des consommateurs FRC	Rue de Genève 17 CP 6151 1002 Lausanne info@frc.ch
Konsumentenforum kf Forum des consommateurs Forum dei consumatori	Geschäftsstelle Konsumentenforum kf Belpstrasse 11 3007 Bern forum@konsum.ch
Stiftung für Konsumentenschutz SKS Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23 info@konsumentenschutz.ch

5.3 Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica

5.3.1 Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

Association Spitex privée Suisse (ASPS)	Uferweg 15 3000 Bern 13 info@spitexprivee.swiss
CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	Hauptsitz Bern Zieglerstrasse 53 Postfach 1003 3000 Bern 14 info@curaviva.ch
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15 direction@fmh.ch
H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4 A 3013 Bern geschaefsstelle@hplus.ch
Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinder-ärztInnen Schweiz Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	Effingerstrasse 2 3001 Bern gs@hausarztesschweiz.ch
Konferenz kantonale Krankenhausverbände K3	c/o Verband Zürcher Krankenhäuser VZK Nordstrasse 15 8006 Zürich info@vzk.ch
Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Nordstrasse 15 8006 Zürich info@kka-ccm.ch
Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere	Zieglerstrasse 29 Postfach 530 3000 Bern 14 info@privatehospitals.ch

pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Stationsstrasse 12 3097 Bern – Liebefeld info@pharmaSuisse.org
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI) Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali	Moosstrasse 2 3073 Gümligen info@sbv-asmi.ch
Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)	Rolf Gilgen, CEO Spital Bülach AG Spitalstrasse 24 8180 Bülach info@spitaldirektoren.ch
Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (asi)	Gesellschaftsstelle Schweiz Choisystrasse 1 Postfach 8124 3001 Bern info@sbk-asi.ch
Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	Rosenweg 25 C 3000 Bern 23 info@hebamme.ch
Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH)	c/o Geburtshaus Delphys Badenerstrasse 177 8003 Zürich info@geburtshaus.ch
Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospitali (GSASA)	3000 Bern gsasa@gsasa.ch
Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)	Co-Präsidentin Frau Regula Lüthi Pflegedirektorin Psychiatrische Dienste Thurgau Postfach 154 8596 Münsterlingen info@swissnurseleaders.ch

Senesuisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse	Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bern info@senesuisse.ch
Spitex Schweiz Aide et soins à domicile suisse Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera	Geschäftsstelle Effingerstrasse 33 3008 Bern info@spitex.ch
SWISS REHA Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera	Geschäftsstelle Laurenzvorstadt 77 Postfach 5001 Aarau info@swiss-reha.com
Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) Médecine Universitaire Suisse Medicina universitaria svizzera	Haus der Akademien Laupenstrasse 7 Postfach 3001 Bern info@unimedsuisse.ch
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe) de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)	Bahnhofplatz 10A Postfach 3001 Bern sekretariat@vsao.ch
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione dei Medici Dirigenti Ospedalieri Svizzeri (AMOS)	Sekretariat Postgasse 19, Postfach 3000 Bern 8 info@vlss.ch
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)	Erlenauweg 17 3110 Münsingen info@sfgg.ch

5.3.2 Versicherer / Assureurs / Assicuratori

curafutura Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern info@curafutura.ch
Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn info@kvq.org
Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux de l'assurance-accidents	Fluhmattstrasse 1 6002 Luzern info@mtk-ctm.ch
RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	Haldenstrasse 25 6006 Luzern info@rvk.ch
santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses	Römerstrasse 20 4502 Solothurn mail@santesuisse.ch
Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14 Postfach 8022 Zürich info@svv.ch
SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureursmaladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malatia	Muttenstrasse 3 4502 Solothurn info@svk.org

5.3.3 PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti

ASSUAS Schweizerischer Verband der Versicherten Association Suisse des Assurés Associazione Svizzera degli Assicurati	Avenue Vibert 19 casa postale 1911 1227 Carouge assuas.ch@bluewin.ch
Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Organisation faîtière des associations suisses de défense et d'information des patients Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'informazione dei pazienti	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich dvsp@patientenstelle.ch
Schweizerischer Seniorenrat SSR/CSA Conseil suisse des aînés Consiglio svizzero degli anziani	Worblentalstrasse 32 3063 Ittigen / Bern info@ssr-csa.ch
Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)	Geschäftsstelle Häringstrasse 20 8001 Zürich spo@spo.ch

5.3.4 Andere / Autres / Altri

Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera	Dufourstrasse 30 Postfach 311 3000 Bern 6 office.bern@promotionsante.ch
Patientensicherheit schweiz sécurité des patients suisse sicurezza dei pazienti svizzera	Stiftung für Patientensicherheit Asylstrasse 77 8032 Zürich info@patientensicherheit.ch
Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera	Effingerstrasse 54 3001 Bern info@public-health.ch
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) Académie suisse des sciences médicales (ASSM) Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM)	Generalsekretariat Petersplatz 13 4051 Basel mail@samw.ch

Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC)	c/o MBC Markus Bonelli Consulting Industriestrasse 24 8404 Winterthur info@vertraensaerzte.ch
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) Société suisse pour la politique de la santé (SSPS) Società svizzera per la politica della salute (SSPS)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8 info@sggp.ch
Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute	Josefstrasse 92 8005 Zürich info@geliko.ch
Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen	St. Jakobs-Strasse 25 Postfach 135 4010 Basel buendnis@bluewin.ch