



Berna, 26 novembre 2025

---

## **Modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (Obiettivi di costo e qualità)**

### **Rapporto sui risultati della consultazione**

---

## Contenuto

---

<b>1</b>	<b>Introduzione.....</b>	<b>3</b>
1.1	Necessità di agire e obiettivi .....	3
1.2	Consultazione.....	4
<b>2</b>	<b>Posizioni.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Panoramica .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Sintesi delle prese di posizione sulla modifica dell'OAMal .....</b>	<b>5</b>
4.1	Posizioni sul progetto in generale .....	5
4.2	Posizioni sull'art. 28 cpv. 1 e cpv. 6 OAMal .....	9
4.	Osservazioni generali sulla tariffazione.....	10
4.	Prese di posizione sull'art. 59c OAMal.....	11
4.	Prese di posizione sull'art. 59c <sup>bis</sup> OAMal.....	13
4.	Prese di posizione sull'art. 59c <sup>ter</sup> OAMal.....	14
4.7	Prese di posizione sull'art. 59c <sup>quater</sup> OAMal .....	16
4.	Prese di posizione sull'art. 59d OAMal .....	17
4.9	Prese di posizione sull'art. 75a OAMal .....	18
4.10	Prese di posizione sull'art. 75b OAMal .....	22
4.11	Prese di posizione sull'art. 75c OAMal.....	25
4.12	Posizioni sull'art. 75d OAMal.....	28
4.13	Prese di posizione sull'art. 75e OAMal .....	29
4.14	Prese di posizione sull'art. 75f OAMal .....	30
4.15	Prese di posizione sull'allegato 2 OLOGA .....	31
4.	Altri punti .....	31
<b>5</b>	<b>Allegato: elenco dei partecipanti alla consultazione .....</b>	<b>31</b>

## 1 Introduzione

### 1.1 Necessità di agire e obiettivi

Il 29 settembre 2023 il Parlamento ha adottato la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal<sup>1</sup>) volta a introdurre obiettivi di costo e di qualità. Questa modifica della LAMal è stata presentata come controprogetto indiretto all'iniziativa popolare «Per premi più bassi. Freno ai costi nel settore sanitario («Iniziativa per un freno ai costi»)<sup>2</sup> », respinta dal popolo il 9 giugno 2024.

Si prevede di modificare la LAMal nei seguenti ambiti:

- la definizione di obiettivi relativi alla crescita dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Tali obiettivi di costo e di qualità sono fissati dal Consiglio federale per quattro anni, previa consultazione degli assicuratori, degli assicurati, dei Cantoni e dei fornitori di prestazioni. Nella fissazione si tiene conto di fattori quali l'evoluzione demografica, l'andamento dell'economia, dei salari e dei prezzi, i progressi della medicina e le possibilità di aumentare l'efficienza. Questi obiettivi devono limitare la crescita dei costi nell'AOMS in misura efficace e rafforzare la trasparenza sull'evoluzione dei costi.
- la possibilità per i Cantoni di stabilire i propri obiettivi di costo e di qualità, tenendo conto delle direttive del Consiglio federale e consultando preventivamente gli assicuratori, gli assicurati e i fornitori di prestazioni.
- la creazione di una Commissione federale per il monitoraggio dei costi e della qualità, incaricata di sorvegliare l'evoluzione dei costi e di elaborare raccomandazioni sulle misure appropriate all'attenzione della Confederazione e dei partner tariffali.
- la possibilità di trasmettere i dati per assicurato, anche allo scopo di stabilire gli obiettivi in materia di costi di cui all'articolo 54 N-LAMal e di misurare gli obiettivi in materia di qualità e l'efficienza sotto il profilo dei costi.

In relazione alla fissazione degli obiettivi di costo e di qualità, sono state adeguate le seguenti disposizioni relative alla tariffazione:

- Le convenzioni tariffali devono essere verificate entro un anno dalla loro presentazione. È possibile una sola proroga del termine.
- Quando una convenzione tariffale non soddisfa più i requisiti legali e i partner tariffali non la adeguano o non la denunciano, l'autorità di approvazione competente può esigere un adeguamento. Se i partner tariffali non si accordano entro un anno su un adeguamento della convenzione tariffale, l'autorità stabilisce la tariffa previa consultazione delle parti interessate. Nell'esercizio dei propri poteri l'autorità cantonale competente può, nel caso di strutture tariffali nazionali che si rivelano inadeguate, stabilire tariffe differenziate in base ai campi di specializzazione medica o ai gruppi di fornitori di prestazioni.

Sono state inoltre apportate diverse modifiche in altri ambiti della LAMal come l'Health Technology Assessment (HTA) e l'economicità delle prestazioni:

- le prestazioni che non sono o non sono più efficaci, appropriate o economiche devono essere valutate mediante una procedura basata su dati probanti, secondo criteri trasparenti e in base alle più recenti conoscenze scientifiche. Se, secondo tale procedura, le prestazioni non soddisfano i criteri menzionati, non sono remunerate dall'AOMS. Per quanto riguarda l'economicità delle prestazioni, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni devono definire, all'interno delle convenzioni tariffali, misure volte a garantire un intervento appropriato e il principio di economicità.

---

<sup>1</sup> RS 832.10

<sup>2</sup> Messaggio relativo all'iniziativa popolare «Per premi più bassi. Freno ai costi nel sistema sanitario (iniziativa per un freno ai costi)» e al controprogetto indiretto (modifica della legge federale sull'assicurazione malattie), FF 2021 2819

L'attuazione della modifica della LAMal richiede una modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995<sup>3</sup> sull'assicurazione malattie (OAMal) e dell'allegato 2 dell'ordinanza sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione (OLOGA)<sup>4</sup>. In particolare, tale modifica è volta a disciplinare, in maniera più dettagliata, il quadro giuridico in cui saranno definiti gli obiettivi in materia di costi e di qualità, la composizione, i compiti e le competenze della nuova Commissione federale per il monitoraggio dei costi e della qualità nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Commissione per il monitoraggio dei costi e della qualità, CFCQ) e le sue modalità di collaborazione con la Commissione federale per la qualità (CFQ).

Tale modifica permetterà inoltre di integrare, nell'ambito della tariffazione, i principi alla base delle convenzioni tariffali e i requisiti per le richieste di approvazione.

## 1.2 Consultazione

La procedura di consultazione sulle modifiche elaborate dell'OAMal è stata condotta dal 29 gennaio 2025 al 6 maggio 2025 presso i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna a livello nazionale, le organizzazioni mantello dell'economia, dei consumatori, dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e di altri ambienti interessati a livello nazionale.

## 2 Prese di posizione

Sono stati contattati in totale 125 destinatari. I documenti sottoposti a consultazione sono stati pubblicati anche su Internet, sul sito della Confederazione<sup>5</sup>. Nell'ambito della procedura di consultazione sono pervenute 88 prese di posizione dalle seguenti organizzazioni e persone:

- 26 Cantoni, la CDS;
- 5 partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale (Alleanza del Centro, PLR, PSS, UDC, I Verdi svizzera);
- 3 associazioni mantello dell'economia svizzera (economiesuisse, USS, USAM);
- 40 fornitori di prestazioni e associazioni o organizzazioni di fornitori di prestazioni interessati (AGZ, Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera, AMOS, ARTISET, ASDD, ASE, ASI, ASMAC, ASPI, ASPS, AVASAD, Bündner Ärzteverein, FMCH, FMH, FSL, FSLO, FSP, H+, IGGH-CH, Intergenerika, Interpharma, KAeG SG, mfe, OPS, ospita, Pediatria Svizzera, PAP [SSPP e SMHC], pharmaSuisse, physioswiss, senesuisse, SMCB, SSDV, SSMIG, SMVS, SSO, unimedsuisse, UNION, vaka, vips, VSVA);
- 3 associazioni di assicuratori (HSK, prio.swiss, tarifssuisse SA), un'assicurazione malattia (CSS);
- 6 altre (Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen, FAPAS, Forum des consommateurs, OTMA SA, pro-salute.ch, scienceindustries).

Tre organizzazioni hanno rinunciato a prendere posizione (CTM, Suva e swiss nurse leaders).

L'elenco dei partecipanti alla procedura di consultazione (con le abbreviazioni utilizzate nel presente rapporto) è riportato in allegato.

## 3 Panoramica

La **CDS** e la **maggioranza dei Cantoni** approvano l'orientamento generale della modifica dell'OAMal. In particolare, apprezzano il fatto che nella fissazione degli obiettivi di costo si tenga conto di fattori importanti quali l'evoluzione della morbidità e i progressi medico-tecnici, nonché la decisione del Consiglio federale di non introdurre obiettivi di qualità supplementari oltre a quelli previsti dall'articolo 58 LAMal.

Alcune prese di posizione criticano tuttavia la proposta della Confederazione, nell'ambito del «pacchetto di sgravio 2027», di frenare l'evoluzione delle sue spese per la riduzione dei premi secondo la LAMal collegandole agli obiettivi di costo.

---

<sup>3</sup> RS 832.102

<sup>4</sup> RS 172.010.1

<sup>5</sup> [www.fedlex.admin.ch](http://www.fedlex.admin.ch) > Procedure di consultazione > Procedure di consultazione concluse > 2025 > DFI

I Cantoni **BE, GL e TG** sono più critici nei confronti dell'introduzione di obiettivi di costo. Essi sottolineano la questione della loro applicabilità pratica e delle loro conseguenze per le cure medico-sanitarie. Riten-  
gono inoltre che gli obiettivi comporteranno un notevole onere amministrativo supplementare per i Can-  
toni.

Tra i partiti politici, **l'Alleanza del Centro, il PLR, il PS e i Verdi** sostengono nel complesso il progetto. L'Alleanza del Centro sottolinea l'importanza che tutti gli attori del settore sanitario si assumano le proprie responsabilità di fronte al costante aumento dei costi sanitari. Il PLR insiste invece sull'importanza di evitare oneri amministrativi e di preservare l'efficienza del sistema. I Verdi e il PSS deplorano l'assenza di norme vincolanti in caso di mancato rispetto degli obiettivi di costo, nonché la mancanza di articolazione con le altre riforme in corso, in particolare il programma di sgravio 2027. L'UDC riconosce la necessità di fissare obiettivi di costo e di qualità nel settore sanitario, tenendo conto del calcolo dei costi globali. Si oppone tuttavia alla creazione di una nuova commissione e alla fissazione di obiettivi di costo per gruppi di costo.

Alcune organizzazioni mantello (**economiesuisse, USAM**) respingono il progetto, in particolare la crea-  
zione di una nuova commissione e la nuova regolamentazione in materia di tariffazione, e sottolineano la mancanza di chiarezza sulle modalità di fissazione degli obiettivi. **L'USS**, al contrario, approva le mo-  
difiche proposte, ma dubita dei loro effetti, dato che il superamento degli obiettivi di costo non è accom-  
pagnato da misure vincolanti e che i Cantoni restano liberi di fissare e applicare i propri obiettivi.

Gli **assicuratori** sostengono il progetto nelle sue linee generali, in particolare la fissazione di obiettivi per gruppi di costo, e sottolineano che il coordinamento previsto per gli obiettivi di qualità è essenziale.

Tutti i **fornitori di prestazioni** riconoscono la necessità di contenere i costi, ma temono che le misure proposte possano compromettere la qualità, l'accessibilità e la presa a carico dei casi complessi. Alcuni criticano in particolare la fissazione di obiettivi per gruppi di costo e chiedono una maggiore rappresen-  
tanza dei fornitori di prestazioni nella nuova commissione. Insistono inoltre sulla necessità di consultare tutti gli attori interessati prima di fissare gli obiettivi.

Le **associazioni dei pazienti** esprimono un sostegno critico al progetto. Riconoscono l'obiettivo del contenimento dei costi, ma mettono in guardia contro i rischi di esclusione o di riduzione dell'accesso alle cure medico-sanitarie per le persone vulnerabili. Chiedono che gli obiettivi di costo siano stretta-  
mente coordinati con criteri di qualità ed equità, includendo i fattori sociali, la precarietà e l'età come elementi centrali della gestione.

Gli **altri attori** presentano opinioni diverse, ma nel complesso riservate. Molti di loro riconoscono la ne-  
cessità di un controllo dei costi, ma temono che il progetto penalizzi alcuni settori specifici.

## **4 Sintesi delle prese di posizione sulla modifica dell'OAMal**

### **4.1 Posizioni sul progetto in generale**

#### **Cantoni**

La **CDS** e i Cantoni **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TI, UR, VD, VS e ZG** approvano l'orientamento generale della modifica dell'ordinanza. La CDS accoglie con particolare favore il fatto che nella fissazione degli obiettivi di costo (cfr. art. 75a) si tenga conto di fattori influenti importanti quali l'evoluzione della morbidità e i progressi medico-tecnici. Essa sostiene la posizione del Consiglio federale di non emanare obiettivi di qualità supplementari oltre a quelli volti a garantire e pro-  
muovere la qualità previsti dall'articolo 58 LAMal.

La CDS e i Cantoni si oppongono formalmente al fatto che, nell'ambito del «Pacchetto di sgravio 2027», la Confederazione freni l'evoluzione delle sue spese legate alla riduzione dei premi ai sensi della LAMal collegandole agli obiettivi di costo.

**AR** fa notare che per i Cantoni piccoli la definizione e l'attuazione dei propri obiettivi di costo e di qualità costituiranno una sfida. Per un'attuazione adeguata, data la complessità, sarebbe eventualmente da prendere in considerazione una soluzione intercantonale.

**BE** valuta criticamente l'introduzione di obiettivi di costo. Questi sono definiti dall'alto e ci si interroga sulla loro utilità pratica e sulle loro conseguenze sull'assunzione dei costi. Inoltre, generano un notevole aumento del lavoro amministrativo. Manca una visione d'insieme. Non vengono affrontate le dipendenze, non vengono analizzate ed eliminate le duplicazioni e le questioni relative all'attuazione non sono chiarite in modo adeguato.

**BL** plaude agli sforzi volti a contenere i costi delle cure medico-sanitarie fissando obiettivi realistici senza compromettere la qualità delle cure. BL chiede quindi che le disposizioni di legge siano attuate nel modo più leggero possibile e risparmiando risorse.

**GL** rinuncia a pronunciarsi.

**NE** sottolinea la difficoltà che l'attuazione della fissazione di obiettivi di costo comporterà, in particolare per il Consiglio federale e, qualora dovessero avvalersi della facoltà loro concessa in materia dalla LA-Mal, per i Cantoni.

**NW** e **SZ** approvano il progetto.

**SG** respinge categoricamente il collegamento tra gli obiettivi di costo e il contributo federale alla riduzione individuale dei premi (RIP), poiché è incomprensibile e scandaloso che i Cantoni siano tenuti, con il controprogetto indiretto all'iniziativa per l'alleggerimento dei premi, a mettere a disposizione in futuro mezzi nettamente superiori per la RIP, mentre in cambio la Confederazione, nell'ambito del pacchetto di sgravio 2027, prevede di ridurre il contributo federale alla RIP collegandolo agli obiettivi di costo.

**SH** rimanda alla presa di posizione di H+ sul fatto che occorre garantire che i costi presentati in modo trasparente siano interamente coperti in caso di erogazione efficiente delle prestazioni.

**TG** respinge la modifica nella sua versione attuale, la ripartizione degli obiettivi di costo per gruppi di costo e la creazione di una nuova commissione.

**ZH** accoglie con favore l'obiettivo del progetto, che è quello di frenare l'evoluzione dei costi delle prestazioni a carico dell'AOMS al fine di attenuare l'aumento dei premi per gli assicurati.

#### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

**L'alleanza del Centro** approva la fissazione di obiettivi di costo e di qualità, ma deplora la mancanza di carattere vincolante. Infatti, la legge e l'ordinanza non contengono alcuna disposizione in caso di mancato rispetto degli obiettivi.

Il **PLR** ritiene che alcuni elementi del progetto siano problematici e che sia possibile migliorare le disposizioni relative agli obiettivi di costo, alla fissazione delle tariffe e alla trasmissione dei dati che consentono di misurare gli obiettivi di costo e gli indicatori di qualità.

Il **PS** ritiene che la fissazione di obiettivi di costo e di qualità e i relativi adeguamenti dell'ordinanza rappresentino un passo nella giusta direzione. Deplora tuttavia che non siano stati fissati obiettivi minimi, né a livello di legge né a livello di ordinanza, o che questi non siano o non saranno disponibili. Critica inoltre il fatto che le spiegazioni relative al progetto non contengano alcun riferimento alla consultazione in corso sul pacchetto di sgravio 2027, che contiene adeguamenti in materia a livello di legge.

**L'UDC** ritiene importante attuare l'orientamento degli obiettivi verso il contenimento dei costi. Per quanto riguarda la fissazione delle tariffe, constata che l'accento è posto unilateralmente sugli aspetti dei costi e non sufficientemente sugli obiettivi di qualità.

**I VERDI** non sono contrari alla modifica proposta, ma esprimono due preoccupazioni: in primo luogo, le misure proposte sono solo facoltative. Questa riforma rischia quindi di rivelarsi inefficace, mentre è urgente agire per ridurre il peso della spesa sanitaria nel bilancio delle famiglie. In secondo luogo, è inaccettabile che nella consultazione non si faccia alcun riferimento alle misure di restrizione di bilancio. I VERDI chiedono la creazione di meccanismi di incentivazione positivi per incoraggiare i Cantoni a ridurre i costi, ribadendo al contempo il carattere profondamente ingiusto e inefficace del pacchetto di sgravio.

#### **Associazioni economiche nazionali**

**economiesuisse** spiega che gli obiettivi di costo e qualità proposti nella legge comportano un aumento del lavoro amministrativo inutile per il sistema sanitario, motivo per cui la modifica dell'ordinanza deve rimanere il più leggera e precisa possibile. Il progetto attuale rafforza invece la legge. economiesuisse ritiene inutili le disposizioni relative alla fissazione delle tariffe, che complicherebbero le trattative tra i partner tariffali e limiterebbero il margine di manovra delle autorità di approvazione.

**L'USAM** respinge il progetto e sottolinea che la modifica prevista minaccia non solo l'efficienza del sistema, ma anche la sua capacità di adattarsi alle reali esigenze della popolazione.

**L'USS** può dichiararsi d'accordo con le modifiche proposte all'ordinanza. Tuttavia, non si aspetta che siano efficaci, poiché la revisione decisa è completamente «inadeguata» (zahnlos) e non vincolante. L'USS critica il collegamento tra la revisione della LAMal già decisa in materia di obiettivi di costo e di

qualità e il «pacchetto di sgravio 2027» attualmente in consultazione, nonché il fatto che quest'ultimo non sia menzionato nel rapporto esplicativo della presente revisione dell'OAMal.

### **Organizzazioni del sistema sanitario – Fornitori di prestazioni**

**L'AGZ, l'AMOS, l'ASDD, l'ÄTG, il Bündner Ärzteverein, la FMH, la KAeG SG, la SMCB, la SMVS, la SSMIG e l'UNION** ritengono che l'introduzione di prescrizioni di bilancio sia una misura sproporzionata e non consenta di raggiungere gli obiettivi prefissati. Se, dopo l'entrata in vigore degli obiettivi di risparmio, i margini di tolleranza corrispondenti non saranno rispettati, saranno inevitabili dei tagli. Con le misure in questione, si spenderebbe meno per garantire un trattamento di alta qualità ai pazienti, ma si investirebbe di più nell'amministrazione. **L'AGZ** e la **SMCB** temono inoltre che la fissazione di obiettivi di costo possa compromettere l'adequatezza dell'assistenza o la qualità delle cure medico-sanitarie della popolazione, nonché la sicurezza dei pazienti.

**I Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera** fanno notare che il principio dell'ambulatorio prima dell'ospedaliero è politicamente voluto e che occorre tenere conto di un aumento dei costi delle cure ambulatoriali, anch'esso previsto e auspicato a causa dell'evoluzione demografica, dei progressi della medicina e delle cure (legati a dei soggiorni ospedalieri più brevi). Tuttavia, i **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera** respingono attualmente il collegamento tra gli obiettivi di costo e di qualità e i contributi della Confederazione alla riduzione dei premi.

**ARTISET** ritiene che la definizione di obiettivi di costo sia priva di effetti o che possa potenzialmente portare a una lotta per la ripartizione. Poiché il progetto è stato approvato dal Parlamento, purtroppo deve essere attuato. ARTISET chiede che venga effettuata una valutazione degli adeguamenti legislativi, ad esempio dopo due mandati della commissione (cioè dopo 8 anni).

**L'ASE** e la **FSL** sono piuttosto favorevoli.

Dal punto di vista **dell'ASI**, l'obiettivo di frenare l'evoluzione dei costi sanitari è in linea di principio comprensibile e merita di essere sostenuto. L'ASI esprime tuttavia alcune riserve sul progetto in consultazione.

Per **l'ASMAC**, la fissazione di obiettivi di costo per settore di prestazioni non è opportuna. Essa impedisce il passaggio dall'ospedaliero all'ambulatoriale, che è urgentemente necessario, e quindi una presa in carico efficace; inoltre manca una base legale formale a tal fine.

**L'ASPI** sostiene l'obiettivo di contenere i costi nell'AOMS. Tuttavia, è essenziale che la qualità e la pertinenza delle cure terapeutiche siano preservate e che gli oneri amministrativi supplementari siano limitati allo stretto necessario nell'interesse dei pazienti.

**L'ASPS e senesuisse** chiedono adeguamenti nella misura in cui il progetto deve essere attuato anche in questo settore.

**L'AVASAD** sostiene nel complesso il progetto di ordinanza sottoposto a consultazione. Tuttavia, diversi principi adottati nel corso dei dibattiti parlamentari su questo oggetto, nonché nelle osservazioni al progetto di ordinanza, devono essere chiaramente esplicitati nella versione definitiva della stessa.

**Il Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** ritiene che la presente revisione dell'ordinanza, a causa di una formulazione troppo aperta del testo dell'ordinanza, con numerosi passaggi poco chiari e nozioni giuridiche indeterminate, e di un rapporto esplicativo succinto, non colga l'occasione per evitare un aumento massiccio della burocrazia, dell'incertezza giuridica e delle controversie legali e, in determinate circostanze, persino di blocchi del sistema.

La **FMCH** esprime un giudizio critico sul progetto proposto in merito agli obiettivi di costo e di qualità.

La **FSP, H+** e la **vaka** respingono la revisione dell'OAMal nella sua forma attuale. Nonostante alcuni elementi positivi, troppi temi e la loro attuazione rimangono vaghi.

**L'IGGH-CH** sostiene in linea di principio gli obiettivi del progetto. Sottolinea che l'attuazione delle misure previste deve avvenire in modo differenziato e che occorre tenere conto delle peculiarità dei piccoli fornitori di prestazioni. In particolare, occorre garantire loro la possibilità di partecipare.

**Intergenerika** sottolinea che il progetto deve mirare, per quanto possibile, a disinnescare le tensioni tra l'articolo 47c LAMal e gli «obiettivi di costo e di qualità». Intergenerika richiama inoltre l'attenzione sul fatto che il testo dell'ordinanza contiene alcuni concetti giuridici indeterminati che non sono precisati o concretizzati nel rapporto esplicativo.

**Interpharma** respinge il progetto nella sua forma attuale, poiché ritiene che siano necessari adeguamenti su diversi punti.

**mfe** e **pediatria svizzera** ritengono che a medio termine i pazienti rischiano di risentire delle prescrizioni in materia di costi, poiché la loro definizione e applicazione hanno come conseguenza logica una limitazione delle cure, citando ad esempio i budget globali.

**L'OPS** è favorevole.

**ospita** respinge le modifiche all'ordinanza sull'assicurazione malattie e quindi l'attuazione dei nuovi articoli 54 segg. N-LAMal nella loro forma attuale. Il progetto crea incertezza giuridica per i fornitori di prestazioni, porta a duplicazioni a causa di competenze già esistenti, crea concorrenza e indebolisce le organizzazioni e le istituzioni di garanzia della qualità che hanno dato prova di sé, centralizza, «pianifica» e burocratizza ancora di più l'assistenza sanitaria all'interno del DFI/UFSP invece di consentire la concorrenza, aumenta ulteriormente il costo delle prestazioni medico-terapeutiche e crea nuovi oneri amministrativi non coperti dalle tariffe. Il progetto non è sufficientemente coordinato con altre revisioni sullo stesso tema, confonde ancora una volta i ruoli e rischia di creare così in pratica nuovi conflitti di ruolo.

La **PAP (SSPP e SMHC)** e la **SSDV** si oppongono alla focalizzazione sugli obiettivi di risparmio dei costi nell'AOMS attraverso un aumento delle regolamentazioni. Per il controllo dei costi basato sull'utilità previsto nel progetto non esistono né analisi dell'impatto della regolamentazione né informazioni attendibili sulle misure proposte.

Secondo **pharmaSuisse**, la proposta attuale comporta un onere amministrativo supplementare e costoso senza un evidente valore aggiunto.

**physioswiss** è in linea di principio critica nei confronti dell'introduzione di obiettivi di costo, ma desidera contribuire in modo costruttivo alla loro attuazione.

La **SSO** indica che, ad eccezione di un punto, non ravvisa in linea di principio alcuna divergenza rispetto alle disposizioni di legge.

**Swiss nurse leaders** rinuncia a esprimere un parere.

**unimedsuisse** respinge la revisione dell'OAMal nella sua forma attuale. Sebbene sia apprezzabile il chiarimento di alcuni elementi, ad esempio la precisazione del contenuto di una richiesta di approvazione delle convenzioni tariffali sottoposte al Consiglio federale, troppi aspetti rimangono poco chiari per quanto riguarda le conseguenze della loro attuazione. Gli ospedali universitari non hanno bisogno «al massimo», ma in generale, di una tariffazione adeguata per continuare a mantenere un elevato livello di qualità. È quindi urgente che i costi indicati in modo trasparente siano coperti se le prestazioni sono fornite in modo efficiente.

La **vips** ritiene che l'attuale tariffazione si concentri fortemente sull'efficienza dei costi, mentre spesso mancano obiettivi di qualità chiari e vincolanti. Inoltre, occorrerebbe anche garantire che i forfait non eludano i criteri EAE dell'elenco delle specialità.

#### **Organizzazioni del sistema sanitario - Assicuratori**

La **CSS**, **l'HSK**, **prio.swiss** e **tarifsuisse SA** sottolineano che occorre garantire che non vi siano razionamenti e che il lavoro burocratico supplementare rimanga entro limiti ristretti.

La **CTM** e la **Suva** rinunciano a esprimere il proprio parere.

#### **Associazioni dei consumatori**

Il **kf** ritiene che le modifiche proposte all'OAMal vadano oltre le prescrizioni legali. In particolare, non vi sarebbe alcuna base legale per gli adeguamenti delle prescrizioni relative alla tariffazione.

#### **Altre organizzazioni**

**pro-salute.ch** accoglie con favore il fatto che nella definizione degli obiettivi si tenga conto del punto di vista degli assicurati e sostiene gli adeguamenti proposti.

**sciencesindustries** respinge il progetto nella sua forma attuale, ritenendo necessari adeguamenti su diversi punti.

La **FAPAS** accoglie con favore, in linea di massima, il progetto. Tuttavia, constata in modo critico che si parla soprattutto dell'evoluzione dei costi.

## 4.2 Posizioni sull'art. 28 cpv. 1 e cpv. 6 OAMal

### Cantoni

Secondo la **CDS** e i Cantoni **AI, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, UR, VS** e **ZG**, è indispensabile che i Cantoni dispongano dello stesso accesso ai dati. Si tratta di una condizione fondamentale per fissare obiettivi cantonali adeguati, in grado di controllare la crescita dei costi o di migliorare la qualità del sistema sanitario.

Per fissare gli obiettivi di costo e di qualità, in futuro potrebbe essere necessario creare o mettere a disposizione nuove banche dati. La **CDS** e i Cantoni **BL, BS, FR, GE, GR, JU, NE, OW, SG, SH** e **VS** ritengono che i Cantoni e la CFCQ dovrebbero quindi poter formulare richieste in tal senso all'UFSP, all'UST o alla CFCQ (nel caso dei Cantoni). Una disposizione d'ordinanza che disciplini questo punto deve essere integrata nell'OAMal.

**SO** e **TI** sostengono questa integrazione.

### Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

Il **PLR** accoglie con favore, in linea di massima, la regolamentazione prevista per la trasmissione dei dati che consentono di misurare gli obiettivi di costo e gli indicatori di qualità.

Secondo l'**UDC**, l'attuazione degli obiettivi richiede una base di dati sufficiente per il controllo e la garanzia. La Confederazione deve prestare particolare attenzione affinché le disposizioni in materia di protezione dei dati siano rispettate anche nei Cantoni.

### Associazioni mantello dell'economia svizzera

/

### Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni

**L'AGZ, l'AMOS, l'ASDD, l'ASMAG, l'ÄTG, il Bündner Ärzteverein, la FMH, la KAeG SG, mfe, pediatria Svizzera, la SMCB, la SSMIG e l'UNION** sottolineano che la trasmissione dei dati per fornitore di prestazioni e per persona assicurata è contraria al principio di proporzionalità e deve essere valutata criticamente dal punto di vista della protezione dei dati. **L'ASDD** dubita inoltre che i dati per fornitore di prestazioni e per persona assicurata siano necessari, in particolare dal punto di vista statistico, per l'adeguata esecuzione del mandato legale. La trasmissione dei dati deve avvenire all'Ufficio federale di statistica (UST), poiché quest'ultimo raccoglie già dati sulla salute e dati strutturali. Anche **l'ASE, l'ASI, la FSLO e physioswiss** ritengono che i dati debbano essere trasmessi all'UST, in modo da evitare una trasmissione multipla.

**I Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera, ARTISET, l'ASPS e senesuisse** sottolineano che la raccolta/valutazione di dati ancora più numerosi e dettagliati non migliora la qualità della fornitura delle prestazioni, né tantomeno la riduzione dei costi, ma comporta in primo luogo un aumento del carico di lavoro per tutte le parti interessate. Occorre quindi garantire che la raccolta e l'analisi dei dati siano limitate al minimo necessario.

La **FSL** chiede con quale frequenza si intende il termine «regolarmente».

**Interpharma** e **vips** accolgono con favore l'orientamento della normativa, ma suggeriscono di armonizzarla con il progetto DigiSanté e di chiarire in particolare l'accesso ai dati per la ricerca e la garanzia della qualità.

Secondo **pharmaSuisse**, l'associazione dei dati con altre fonti di dati da parte dell'UFSP è certamente apprezzata, ma la disposizione è formulata in modo così aperto che non è possibile capire con quali fonti di dati tali dati vengono associati. Ciò dovrebbe essere chiaramente definito, almeno a livello di ordinanza.

**L'OPS** è favorevole.

La **vaka** sottolinea che la raccolta dei dati non deve rappresentare un onere sproporzionato per i fornitori di prestazioni e che il principio dell'«once-only» (inserire ogni informazione una sola volta) e l'utilizzo delle fonti di dati esistenti devono essere rigorosamente rispettati.

### **Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori**

**prio.swiss** concorda con la modifica e ritiene opportuno che la Confederazione riceva i dati necessari per migliorare l'economicità e la qualità delle prestazioni. Tuttavia, è opportuno utilizzare dati aggregati e discostarsi da essi solo in casi eccezionali, molto rari e giustificati.

### **Associazioni dei consumatori**

/

### **Altri**

/

## **4.3 Osservazioni generali sulla tariffazione**

### **Cantoni**

La **CDS** e i Cantoni **AI, BL, BS, GE, NE, OW, SG, SH, TI e VS** approvano gli adeguamenti derivanti dal capitolo 3, sezione 1 «Tariffazione e contributo per ogni caso», che corrispondono essenzialmente a procedure e norme collaudate.

Per **BE**, i nuovi art. 46, cpv. 4<sup>bis</sup> e 46a, N-LAMal devono strutturare le norme tariffali, ma mancano disposizioni di applicazione essenziali. Sebbene sia previsto un termine di un anno per l'approvazione delle convenzioni tariffali, spesso si verificano ritardi che sfuggono al controllo del Cantone. BE ritiene che tale termine sia inefficace e chiede un chiarimento delle conseguenze in caso di superamento del termine, ad esempio se interviene un'approvazione automatica. Per quanto riguarda l'articolo 46a, non è nemmeno precisato in base a quali criteri le convenzioni tariffali sono considerate non più conformi alla legge e chi decide dell'adeguatezza delle strutture tariffali nazionali. Un semplice adeguamento del livello delle tariffe non è sufficiente per ovviare alle carenze strutturali: la struttura tariffale stessa deve essere concepita in modo adeguato e differenziato.

**SO** accoglie con favore la struttura più chiara dei principi di formazione delle tariffe e dei compiti dell'autorità di approvazione. SO sostiene inoltre gli adeguamenti e i chiarimenti apportati all'OAMal per quanto riguarda i requisiti relativi a una richiesta di approvazione delle convenzioni tariffali indirizzata al Consiglio federale, nonché il chiarimento dei principi applicabili alle convenzioni tariffali che contengono una struttura tariffale.

Secondo il **VD**, l'articolo 46a N-LAMal solleva diversi punti oscuri che meriterebbero di essere chiariti. I criteri che consentono a un'autorità di approvare o revocare una convenzione tariffale quando questa non soddisfa più i requisiti legali non sono sufficientemente definiti. Inoltre, la possibilità per un Cantone di revocare una convenzione è una decisione eminentemente politica, le cui implicazioni non sembrano ancora pienamente valutate in questa fase. Con l'entrata in vigore della presente modifica della LAMal, i Cantoni dovrebbero revocare eventuali convenzioni tariffali esistenti, il che rappresenterebbe una sfida importante. Inoltre, dovrebbe essere indicato l'organo competente a decidere che una struttura tariffale nazionale non è più adeguata. Infine, sembra importante chiarire l'intenzione del legislatore e l'attuazione da parte dei Cantoni in merito alla fondatezza di tariffe differenziate per determinati settori di specializzazione medica o gruppi di fornitori di prestazioni in alcuni Cantoni.

### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

/

### **Associazioni economiche mantello a livello nazionale**

/

### **Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni**

Per l'**ASPI**, la ricerca di una coerenza tariffale non deve portare a un'eccessiva uniformazione. La fisioterapia copre un'ampia varietà di contesti di cura, dall'ambulatorio alla terapia specialistica a domicilio. È quindi necessaria una flessibilità tariffale che rifletta la diversità clinica e regionale.

### **Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori**

/

## Associazioni dei consumatori

/

## Altri

/

### **4.4 Posizioni sull'art. 59c OAMaI**

#### Cantoni

**AI, LU e TI** accolgono con grande favore l'aggiunta all'articolo 59c, cpv. 3, secondo cui le modalità di applicazione delle strutture tariffali devono essere parte integrante delle convenzioni tariffali, poiché ciò evita possibili malintesi.

Per **BS** è opportuno precisare i principi tariffali nel senso che devono coprire i costi presentati in modo trasparente, maggiorati del rincaro previsto per l'anno di applicazione.

**SH** ritiene che l'attuale formulazione dell'articolo 59c, cpv.1, let. a e b rischi di non coprire interamente i costi effettivamente sostenuti per una fornitura efficiente delle prestazioni.

#### Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

/

#### Associazioni mantello dell'economia a livello nazionale

/

#### Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni

**L'AGZ, l'AMOS, l'ASDD, l'ASMAC, l'ÄTG, il Bündner Ärtzeverein, la FMH, la KAeG SG, mfe, la SMCB, la SMVS, la SSMIG e l'UNION** propongono diverse modifiche e nuove formulazioni relative all'articolo 59c, cpv.1 e 2. È necessario che le «tariffe economiche» siano applicate in senso generale e non in modo unilaterale, concentrandosi esclusivamente sull'evoluzione dei premi/costi. È quindi fortemente auspicabile che i costi presentati in modo trasparente siano coperti quando le prestazioni sono fornite in modo efficiente. Il requisito secondo cui le convenzioni o le strutture tariffali devono essere «basate su criteri economici» è senza dubbio condiviso da tutti. Tuttavia, è necessario che le «tariffe economiche» siano applicate in senso generale e non in modo unilaterale, concentrandosi esclusivamente sull'evoluzione dei premi/costi. È quindi fortemente indicato che i costi presentati in modo trasparente debbano essere coperti quando le prestazioni sono fornite in modo efficiente (modifica precedente all'art. 59c, cpv. 1, lett. a e b). Inoltre, per quanto riguarda il cpv. 2, let. b: la struttura tariffale non dovrebbe basarsi solo su criteri economici (costi sanitari), ma anche su criteri di gestione aziendale (prezzo di costo adeguato). I fornitori di prestazioni devono vedere i propri costi riflessi e pagati attraverso le tariffe se sono in grado di presentarli in modo trasparente e se forniscono le prestazioni in modo efficiente.

Dal punto di vista dei **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera**, è indispensabile che una tariffa copra i costi, come previsto anche dal progetto EFAS. Per questo motivo, il termine «al massimo» di cui all'articolo 59c, cpv. 1, let. a e b non è sufficiente e dovrebbe essere sostituito come proposto. La let. c precisa che il cambiamento del modello tariffale non deve comportare costi supplementari. I **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera** tengono a precisare che il finanziamento delle prestazioni di assistenza domiciliare non è attualmente soggetto a un modello tariffale, ma è disciplinato in altro modo nell'OPAS. Con l'attuazione dell'EFAS si tratta di un modello tariffale completamente nuovo e non di una modifica. La let. c non ha quindi alcuna rilevanza per i nuovi accordi tariffali da stipulare nel settore dell'assistenza ambulatoriale nell'ambito dell'EFAS.

Per **ARTISET** è necessario definire cosa si intende per “fornitura efficiente delle prestazioni”. Inoltre, tutti i fornitori di prestazioni hanno bisogno di una tariffazione adeguata per poter fornire prestazioni della qualità richiesta. Di conseguenza, ARTISET parte dal presupposto che la neutralità dei costi non è rilevante per l'attuazione dell'EFAS, tanto più che non si tratta di un «cambiamento del modello tariffale», ma di una nuova creazione di convenzioni tariffali, che deve naturalmente basarsi sui costi dell'assistenza dichiarati finora (statistiche SOMED e Spitex).

Secondo **I'ASE**, la rappresentatività deve essere valutata caso per caso e l'al. 3 deve essere completato con strutture tariffali «adeguate».

**L'ASI** accoglie con favore la concretizzazione dei principi di formazione delle tariffe, la definizione più chiara dei compiti dell'autorità di approvazione e dei requisiti richiesti per la domanda di approvazione, nonché l'esplicita menzione del criterio di rappresentatività. Il passaggio «al massimo» è certamente usuale, ma implica implicitamente che è possibile una tariffa inferiore. Ciò riduce, tra l'altro, l'efficacia delle prestazioni.

**L'ASPI** chiede di rendere più flessibile il cpv. 1, let. c, per consentire riforme tariffali con costi giustificati e il riconoscimento esplicito della rappresentatività delle associazioni professionali di piccole dimensioni e propone di riformare l'articolo 59c, cap. 1, let. a e b.

**L'ASPS e senesuisse** accolgono con favore la ristrutturazione delle tariffe e dei prezzi, che apporta maggiore chiarezza. Per l'attuazione dell'EFAS occorre ancora chiarire il fatto che l'al. 1, lett. c («neutralità dei costi») non ha alcun significato, tanto più che non si tratta di un «cambiamento del modello tariffale», ma di una nuova creazione di convenzioni tariffali, che deve naturalmente basarsi sui costi delle cure presentati finora (statistiche SOMED e Spitex e contabilità analitica). Nel complesso, la nuova regolamentazione non deve portare a una visione ristretta dei costi, poiché l'obiettivo di «cure di alta qualità» è altrettanto ben radicato nella legge.

La **FMCH** è contraria alla modifica di questo articolo.

La **FSLO** chiede come e da chi viene valutata la rappresentatività e propone un'aggiunta.

La **FSP** critica il fatto che le norme tariffali proposte utilizzano termini giuridici poco chiari, in particolare l'espressione «costi indicati in modo trasparente». Non è chiaro cosa si intenda esattamente con questo, come questi costi debbano essere pubblicati e come ciò sia compatibile con la protezione dei dati. La mancanza di precisione nell'ordinanza è considerata un'occasione mancata. Inoltre, non viene presa in considerazione la situazione dei nuovi fornitori di prestazioni. Poiché le loro prestazioni – ad esempio nel campo dell'assistenza o della psicoterapia – spesso non sono comparabili con le attività precedenti, i loro costi devono essere determinati in modo diverso. La FSP chiede quindi una definizione chiara dei «costi presentati in modo trasparente» e un'adeguata considerazione della situazione di partenza specifica dei nuovi fornitori nel sistema tariffale.

**H+ e unimedsuisse** accolgono con favore, in linea di massima, il chiarimento contenuto nel presente progetto sui contenuti che deve comprendere una richiesta di approvazione indirizzata al Consiglio federale. Le disposizioni previste agli articoli 59c e seguenti comporteranno tuttavia inevitabilmente spese supplementari che aumenteranno notevolmente i costi degli ospedali universitari e ritarderanno ulteriormente l'approvazione e l'entrata in vigore delle convenzioni tariffali.

Per **Interpharma**, l'integrazione di requisiti di qualità nei principi delle convenzioni tariffali garantisce, oltre all'economicità, che la fornitura delle prestazioni soddisfi standard elevati e che sia preservata la fiducia dei pazienti.

**mfe e pediatria svizzera** sottolineano che le sezioni di nuova concezione relative alla «tariffa» costituiscono una complicazione con una violazione dell'autonomia tariffale. Il principio secondo cui tali tariffe devono essere adeguate e conformi alla gestione aziendale non è né migliorato né concretizzato dai nuovi articoli, ma reso più difficile. Un'ulteriore restrizione attraverso le prescrizioni previste dall'articolo 59c renderà impossibile un rinnovo globale e un adeguamento fondamentale.

**L'OPS** è favorevole alla modifica di questo articolo.

Dal punto di vista di **pharmaSuisse**, le disposizioni proposte non apportano sufficiente chiarezza. Non è chiaro cosa si intenda per «costi trasparenti»: oltre ai costi correnti, dovrebbero essere presi in considerazione anche gli investimenti, senza i quali non è possibile alcuno sviluppo. I criteri di efficacia devono tenere conto delle differenze tra i fornitori di prestazioni, ad esempio tra le farmacie di città e quelle di campagna, poiché queste ultime, nonostante la loro minore efficacia, svolgono un ruolo importante nel servizio pubblico. Il requisito della neutralità dei costi in caso di cambiamento di modello è sostenibile solo se le tariffe possono essere adeguate anche all'aumento dei prezzi. Inoltre, è necessario un margine di manovra per le innovazioni che contribuiscono a lungo termine all'efficienza o a una migliore assistenza. Inoltre, il concetto di «modalità di applicazione» di cui al cpv. 3 rimane vago, il che è fonte di incertezza nei negoziati. Infine, nella valutazione dell'equità occorrerebbe tenere adeguatamente conto della situazione di partenza diseguale dei diversi fornitori di prestazioni.

Per **physio.swiss** è necessario garantire, caso per caso, che le parti che rappresentano i fornitori di prestazioni o gli assicuratori rappresentino effettivamente gli interessi della maggioranza. Le strutture tariffali devono sempre portare a una tariffazione adeguata.

La **SSDV** è contraria.

Secondo la **vaka**, le tariffe devono coprire i costi effettivi e non solo «al massimo». La formulazione proposta comporta incertezza giuridica e mette a rischio la redditività economica di numerose istituzioni.

#### **Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori**

Secondo la **CSS**, l'**HSK** e **tarifsuisse SA**, l'inserimento della rappresentatività nelle strutture tariffali uniformi per tutta la Svizzera è ben accolto. Questa precisazione riflette la posizione finora adottata dall'UFSP in materia di strutture tariffali uniformi per tutta la Svizzera. Senza precisazioni - da cui la formulazione del progetto «convenzioni tariffali contenenti una struttura tariffale» - il testo potrebbe anche essere inteso come un requisito di rappresentatività delle strutture tariffali, ad esempio nei forfait regionali ai sensi dell'art. 43, cpv. 5<sup>(quater)</sup> LAMal. Ciò è da respingere, poiché renderebbe impossibile la conclusione di contratti tra determinati fornitori di prestazioni e determinate società di acquisto.

**prio.swiss** osserva che, sebbene vi siano molti costi dichiarati, la loro trasparenza è dubbia e accoglie con favore l'introduzione della rappresentatività.

#### **Altri**

Il 30 aprile 2025 il Consiglio federale ha approvato il sistema tariffale globale composto dai forfait ambulatoriali e dal TARDOC. **L'OTMA SA** sostiene la modifica della legge a condizione che il legislatore parta dal presupposto che l'OTMA SA ha applicato un modello tariffale coerente per la tariffazione delle prestazioni mediche ambulatoriali. L'aggiunta della let. c all'articolo è motivata dal fatto che, al momento della tariffazione delle prestazioni, spesso non sono disponibili i dati relativi ai costi e alle prestazioni necessari per l'elaborazione di un modello tariffale coerente. Tuttavia, la tariffazione rapida delle nuove prestazioni è necessaria e costituisce il mezzo più rapido per generare dati sui costi e sulle prestazioni mediante l'applicazione di una tariffa transitoria. Senza questa integrazione, l'OTMA SA non sarà in grado di soddisfare la richiesta del Consiglio federale e dei partner tariffali e di tariffare rapidamente le nuove prestazioni.

**pro-salute.ch** rinuncia a commentare le strutture tariffali e i principi che regolano le convenzioni tariffali, poiché non è previsto che in futuro le rappresentanze degli assicurati e dei pazienti diventino partner contrattuali nella fissazione delle tariffe. **pro-salute.ch** ritiene opportuno che i partner contrattuali delle convenzioni tariffali siano le organizzazioni degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni e che la Confederazione possa intervenire in caso di mancato accordo.

#### **Associazioni dei consumatori**

/

#### **Altri**

/

### **4.5 Prese di posizione sull'art. 59c<sup>bis</sup> OAMal**

#### **Cantoni**

Secondo **LU**, occorre chiedersi se la precisazione secondo cui «la natura e l'intensità» delle prestazioni fornite sono definite dalla «complessità e dall'estensione» debba figurare tale e quale nell'ordinanza (art. 59c<sup>bis</sup>).

Per **SH**, la differenziazione in base al tipo e all'intensità della prestazione dovrebbe applicarsi a tutti gli importi forfettari, e non solo a quelli del settore ospedaliero. Questa restrizione deve essere soppressa.

**TG** fa notare formalmente che la seconda frase del nuovo art. 59c<sup>bis</sup> nel presente progetto di modifica dell'OAMal è una ripetizione della prima frase.

**TI** è favorevole.

#### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

/

#### **Associazioni mantello dell'economia a livello nazionale**

/

## Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni

**L'AGZ, l'AMOS, l'ASDD, l'ASMAC, l'ÄTG, il Bündner Ärzteverein, la FMH, la KAeG SG, mfe, SMCB, SMVS, SSMIG e UNION** ritengono che, in vista dell'imminente introduzione dei forfait ambulatoriali e della futura parità di trattamento tra ambulatorio e ospedalerio nell'ambito dell'attuazione dell'EFAS, il principio recentemente formulato dovrebbe applicarsi a tutti i forfait.

I **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera** e l'**ASPS** ritengono corretto tenere conto anche del tipo e dell'intensità della prestazione nella definizione delle tariffe forfetarie. Nel settore dell'assistenza, ciò vale in particolare per le persone affette da demenza o malattie psichiatriche, per le quali è necessario più tempo per fornire le stesse prestazioni di assistenza. L'ASPS rileva che è conforme alla volontà del Parlamento tenere maggiormente conto delle circostanze nel finanziamento delle cure palliative e quindi delle spese supplementari.

Per la **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, non è spiegato da nessuna parte cosa si intenda per «intensità della prestazione» né secondo quali criteri debba essere valutata l'«intensità della prestazione». Per una remunerazione forfettaria, non è rilevante l'«intensità» – qualunque cosa si intenda con questo termine –, bensì l'omogeneità della prestazione nei singoli casi.

La **FSLO** e l'**OPS** sono favorevoli.

**Interpharma** sottolinea che i principi che regolano gli importi forfettari legati alla presa in carico nel settore ambulatoriale devono essere concepiti fin dall'inizio in modo da evitare falsi incentivi e incompatibilità con l'elenco delle specialità.

Secondo **pharmaSuisse**, la distinzione prevista tra le prestazioni in base al tipo e all'intensità comporta un notevole aumento della complessità del sistema di fatturazione. Un sistema così dettagliato è in netto contrasto con l'approccio di rimborso forfettario perseguito, come attualmente praticato ad esempio nel settore ambulatoriale con forfait. Se la Confederazione continua a puntare su una remunerazione forfettaria, deve rimanere logica e coerente nella sua regolamentazione. L'introduzione simultanea di categorie di prestazioni fortemente differenziate mina la logica del sistema e porta inevitabilmente a incoerenze e a un aumento del carico amministrativo. Senza una linea chiara e uniforme, il sistema rischia di diventare caotico, il che non sarebbe gestibile né per i fornitori di prestazioni né per gli assicuratori.

**senesuisse** ritiene corretto tenere conto del tipo e dell'intensità della prestazione nella definizione delle tariffe forfetarie.

## Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori

/

## Associazioni dei consumatori

/

## Altri

**L'OTMA SA** applica tariffe solo alle prestazioni nel settore ambulatoriale e non è interessata dal presente articolo.

## **4.6 Posizioni sull'art. 59c<sup>ter</sup> OAMal**

## Cantoni

La **CDS** e i Cantoni **AI, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, OW, TG, TI, SH, UR** e **VS** non sono convinti che sia possibile attuare facilmente nella pratica il principio di cui all'art. 59c<sup>ter</sup>, cpv. 2, secondo cui, per gli importi forfettari legati alle prestazioni, la stima deve comprendere i settori interessati prima e dopo il ricovero ospedaliero. Inoltre, l'articolo 59c<sup>ter</sup> dovrebbe precisare che, oltre al Consiglio federale, anche il Cantone competente è autorizzato a ottenere i documenti menzionati.

Secondo **BS**, l'articolo 59c<sup>ter</sup> deve essere precisato a livello di ordinanza affinché siano definiti le condizioni alle quali una richiesta di approvazione della tariffa soddisfa il requisito di completezza.

Per **FR**, non è chiaro cosa esattamente richieda l'articolo 59c<sup>ter</sup>, cpv. 2, in particolare per quanto riguarda la stima degli effetti degli importi forfettari sui trattamenti prima e dopo il ricovero ospedaliero. Il testo è troppo vago per poter essere attuato in modo pertinente nella pratica, ad esempio per l'analisi degli effetti sulle prestazioni nel settore ambulatoriale o sulla durata della degenza ospedaliera. Se questo punto viene mantenuto, sono necessarie indicazioni più precise.

Dal punto di vista di **LU** e **SO**, ci si può chiedere se il principio prescritto all'art. 59c<sup>ter</sup>, cpv. 2, relativo alla stima degli importi forfettari legati alle prestazioni, che deve comprendere i settori interessati prima e dopo il ricovero in ospedale, possa essere applicato senza difficoltà nella pratica.

Per **SH** e **TG** è inoltre opportuno definire, in relazione all'art. 59c<sup>ter</sup>, cpv. 2, cosa si intende per «i settori interessati prima e dopo il ricovero». Per **SH** occorre inoltre precisare cosa si intende esattamente per «il rapporto esplicativo sulla convenzione tariffale trasmessa (art. 59c<sup>ter</sup>, cpv. 1, lett. b). Occorre inoltre garantire che le versioni tedesca, francese e italiana concordino chiaramente dal punto di vista del contenuto.

**TI** è critica riguardo all'applicabilità dell'art. 59c<sup>ter</sup>, cpv. 2, che richiede che i settori interessati prima e dopo il ricovero in ospedale siano presi in considerazione anche nella stima dei compensi forfettari - ciò sembra lontano dalla pratica.

**ZG** accoglie con favore la differenziazione tra l'approvazione delle tariffe da parte della Confederazione e quella da parte dei Cantoni. Le approvazioni cantonali sono spesso molto meno complesse, per cui i documenti e i dati necessari sono meno completi. È quindi opportuno che i requisiti (elevati) di cui al cpv. 1 si limitino alle richieste di approvazione delle convenzioni tariffali rivolte al Consiglio federale. Il cpv. 2 è troppo complesso e il testo esplicativo non chiarisce la disposizione. Le spiegazioni devono essere precisate.

#### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

/

#### **Associazioni mantello dell'economia a livello nazionale**

/

#### **Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni**

Per **l'AGZ**, **l'AMOS**, **l'ASDD**, **l'ASMAG**, **l'ÄTG**, il **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG** e **l'UNION**, la stima degli effetti dell'applicazione della tariffa sul volume delle prestazioni e sui costi (cpv. 1, lett. e) dovrebbe tenere conto anche delle modifiche legislative (come ad esempio EFAS).

Per i **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera**, **l'ASPS** e **senesuisse**, il contenuto presentato nel progetto si concentra sulle convenzioni tariffali in settori già esistenti come gli ospedali o i medici. Resta da chiarire quali contenuti sono necessari e utili per la richiesta di approvazione della nuova convenzione tariffale per le cure (EMS, Spitex, indipendenti).

Secondo la **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, mancano spiegazioni sul concetto di «metodi di calcolo». Non si fa inoltre riferimento alla «pertinenza» delle tariffe, anch'essa sancita dalla LAMal. All'art. 59c<sup>ter</sup>, cpv. 1, lett. e, è richiesta una «stima degli effetti dell'applicazione della tariffa sul volume delle prestazioni e sui costi». Non viene tuttavia spiegato come e secondo quali criteri tali stime debbano essere effettuate.

La **FSLO** auspica che venga chiarito in che modo i costi dei documenti richiesti e della loro elaborazione vengono integrati e considerati nei calcoli di redditività della tariffa. Inoltre, la **FSLO** richiama l'attenzione sul fatto che devono essere garantiti il rispetto della protezione dei dati e l'anonimato/la reidentificazione.

Per la **FSP** non è chiaro cosa si intenda con «inclusi i settori interessati prima e dopo il ricovero». Nella versione francese si parla di « y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation ». Questo paragrafo deve essere assolutamente chiarito. È necessario garantire che tutte le versioni linguistiche siano chiaramente concordanti. Tali compiti richiedono molto tempo e non è chiaro quali conseguenze possano avere i risultati corrispondenti sulla possibilità di approvare la tariffa. Dal punto di vista della **FSP**, sarebbe opportuno rinunciarvi.

**H+** e **unimedsuisse** ritengono che le direttive siano eccessive e comportino un aumento del carico amministrativo. Inoltre, non è chiaro cosa si intenda con «il rapporto esplicativo sulla convenzione tariffale trasmessa» (art. 59c<sup>ter</sup>, cpv. 1, lett. b). Nell'interesse della certezza del diritto, questo punto deve essere chiarito o soppresso senza essere sostituito.

Per **Interpharma**, una dichiarazione dettagliata sulla garanzia della qualità nella domanda di autorizzazione favorisce la trasparenza e la fiducia e garantisce l'effettiva attuazione dei meccanismi di miglioramento continuo della qualità delle cure.

**L'OPS** è favorevole.

Secondo **pharmaSuisse**, nella valutazione dell'impatto dell'applicazione della tariffa sul volume delle prestazioni e sui costi occorre tenere sistematicamente conto anche delle evoluzioni legislative rilevanti, ad esempio l'introduzione dell'EFAS, poiché queste possono influire in modo considerevole sulle condizioni quadro e sui flussi finanziari.

Per quanto riguarda il cpv.1, lett. f, **physioswiss** si interroga sull'obiettivo della modifica. Per quanto riguarda il cpv. 1, lett. e, già oggi i fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale sono tenuti a effettuare una stima dei costi di follow-up. L'obiettivo di questa modifica non è chiaro.

Il concetto «inclusi i settori interessati prima e dopo il ricovero» non è chiaro per la **vaka**. Questo passaggio deve essere precisato o soppresso per evitare qualsiasi margine di interpretazione, in particolare nel settore ospedaliero, dove è essenziale una delimitazione chiara.

#### **Organizzazioni del sistema sanitario - Assicuratori**

**prio.swiss** è generalmente d'accordo, ma la precisazione proposta alla lett. f deve orientarsi alla formulazione dell'art. 47c LAMal. Occorre precisare cosa si intende concretamente per «settori interessati prima e dopo il ricovero». La proposta corrisponde alla prassi attuale nel settore dei DRG. Non è chiaro come ciò si ripercuoterebbe sul settore ambulatoriale (parola chiave: nuova tariffa medica, compresi i forfait ambulatoriali).

#### **Associazioni dei consumatori**

/

#### **Altri**

**L'OTMA SA** concorda con la limitazione dei cpv. 2 e 3 alle prestazioni nel settore ospedaliero. L'OTMA SA non è interessata da questo articolo.

#### **4.7 Posizioni sull'art. 59c<sup>quater</sup> OAMal**

#### **Cantoni**

Secondo **LU**, sarebbe preferibile parlare di fissazione delle tariffe (e non di convenzioni tariffali) piuttosto che, come nel rapporto esplicativo, «Il capoverso 1 si riferisce all'esame e alla fissazione delle convenzioni tariffali da parte delle autorità competenti».

**TI** e **ZG** sono favorevoli.

#### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

/

#### **Associazioni mantello dell'economia a livello nazionale**

/

#### **Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni**

Secondo **I'AGZ**, **I'AMOS**, **I'ASDD**, **I'ASMAC**, **I'ÄTG**, il **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, **SMCB**, **SMVS**, **SSMIG** e **UNION**, l'autorità di approvazione deve verificare se, a causa di una tariffazione insufficiente delle prestazioni obbligatorie, la fornitura di tali prestazioni non può più essere garantita, in quanto non vengono più fornite (ciò costituirebbe una violazione del principio di assicurazione della LAMal). Occorre garantire che gli obiettivi di costo definiti non limitino l'accesso alle prestazioni necessarie e assicurate.

La **FMCH**, la **FSLO**, **Interpharma** e **I'OPS** sono favorevoli.

**pharmaSuisse** ritiene che la disposizione relativa al riesame periodico delle tariffe da parte dei partner tariffali ai sensi dell'articolo 59d debba applicarsi per analogia anche alle tariffe fissate ufficialmente. Di conseguenza, l'articolo 59c<sup>quater</sup>, cpv. 2, dovrebbe essere adattato in modo tale che gli obblighi di adeguamento e di verifica previsti dall'articolo 59d siano applicabili per analogia anche alla disposizione dell'art. 59c, cpv. 3, dell'attuale versione dell'OAMal. Inoltre, l'autorità di approvazione dovrebbe limitarsi a verificare il rispetto dei principi applicabili alle convenzioni tariffali (art. 59c OAMal). Gli accordi innovativi tra i partner tariffali che rispettano le prescrizioni del diritto dell'assicurazione malattia devono essere rispettati, pena l'impossibilità di sviluppare i sistemi tariffali, con conseguente paralisi della tariffazione.

### Organizzazioni del sistema sanitario - Assicuratori

La **CSS**, l'**HSK** e **tarifsuisse SA** ritengono che non sia chiaro perché la fissazione e l'approvazione debbano essere disciplinate sotto il titolo «Compiti dell'autorità che approva» e quale debba essere il ruolo del Consiglio federale in materia di «fissazione». Inoltre, la frase «Se l'approvazione compete al Consiglio federale, quest'ultimo applica inoltre per analogia gli articoli 59c capoversi 2 e 3 e 59c<sup>bis</sup> » corrisponde già alla seconda frase del cpv. 1 «Se l'approvazione compete al Consiglio federale, quest'ultimo verifica inoltre che la convenzione tariffale rispetti i principi di cui agli articoli 59c cpv. 2 e 3 e 59c<sup>bis</sup>». Essi propongono di sopprimere la seconda frase.

### Associazioni dei consumatori

/

### Altri

/

## **4.8 Prese di posizione sull'art. 59d OAMaI**

### Cantoni

La **CDS** e i Cantoni **BL**, **GE**, **NE**, **OW**, **SG**, **SH** e **VS** propongono che questo articolo imponga ai partner tariffali di rivedere una tariffa non appena essa non corrisponda più alla situazione attuale.

Secondo **FR**, la formulazione relativamente aperta dell'articolo 59d, cpv. 1, secondo cui il rispetto delle disposizioni degli art. 59c e 59c<sup>bis</sup> deve essere verificato regolarmente, lascia un ampio margine di manovra ai partner tariffali. L'introduzione di una periodicità garantirebbe un monitoraggio più ravvicinato. L'articolo potrebbe ad esempio prevedere una revisione della tariffa ogni cinque anni al più tardi o prima qualora essa non corrisponda più alla situazione attuale.

Per **LU** e **SO**, ad esempio, gli obblighi di revisione e adeguamento del prezzo dei medicinali figuranti nell'elenco delle specialità devono essere esplicitamente fissati nella legge.

**ZG** è favorevole.

### Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

/

### Associazioni economiche mantello a livello nazionale

/

### Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni

**L'AGZ**, **l'AMOS**, **l'ASDD**, **l'ASMAC**, **l'ÄTG**, il **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **FMCH**, **Interpharma**, la **KAeG SG**, **l'OPS**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSDV**, la **SSMIG** e **l'UNION** sono favorevoli.

Per i **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera**, l'obiettivo di questo articolo deve essere quello di garantire che le convenzioni tariffali siano e rimangano attuali, ovvero che vengano adeguate se necessario. D'altra parte, è importante che l'obbligo di verifica non comporti oneri amministrativi inutili. Se necessario, è opportuno fissare dei termini o, in caso contrario, lasciare alle parti contraenti il compito di definire o fissare i termini di comune accordo.

Per **ARTISET**, **ASPS** e **senesuisse** è sicuramente opportuno procedere a una revisione periodica delle tariffe in funzione dell'evoluzione delle circostanze, ma il termine previsto a tal fine dovrebbe essere sufficientemente lungo (senza eccessiva burocrazia) e precisato. L'obiettivo deve essere quello di mantenere aggiornati gli accordi tariffali, ovvero di adeguarli in tempo reale in caso di cambiamenti significativi. A tal fine, occorre inoltre definire un quadro temporale entro il quale gli accordi tariffali devono essere approvati o respinti dall'autorità competente.

Secondo **l'ASE**, il concetto di «verificazione regolare» deve essere concretizzato.

Per **l'ASI**, gli obblighi di verifica e adeguamento dei partner tariffali devono garantire che le tariffe siano conformi ai principi degli articoli 59c e 59c<sup>bis</sup> e che soddisfino nel tempo i requisiti legali di economicità, adeguatezza e trasparenza. Se ciò dovesse significare che i partner tariffali sono responsabili della realizzazione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie (HTA), l'ASI ritiene che ciò non sia realizzabile. L'ASI chiede un chiarimento sul significato esatto di questo articolo.

Per la **FSLO**, il termine «regolarmente» non è sufficientemente definito. Deve essere soppresso e sostituito con «su richiesta di un partner tariffale o dell'autorità di approvazione entro un termine di 2 anni». La revisione deve poter essere programmata per tutti i partner tariffali affinché possano agire di concerto. L'orizzonte temporale apporta chiarezza.

Per **pharmaSuisse**, la disposizione relativa alla verifica regolare delle tariffe da parte dei partner tariffali deve applicarsi per analogia anche alle tariffe fissate ufficialmente. Di conseguenza, l'art. 59c<sup>quater</sup>, cpv. 2, dovrebbe essere adattato in modo tale che gli obblighi di adeguamento e revisione di cui all'art. 59d siano applicabili per analogia, come previsto dall'art. 59c, cpv. 3, dell'attuale OAMal. Deve essere garantita una rapida approvazione delle tariffe verificate e successivamente riviste dal Consiglio federale o dall'autorità competente.

**physioswiss** ritiene che il cpv. 1 debba essere chiarito fissando un periodo definito («...ogni 2-3 anni...») entro il quale una tariffa deve essere riesaminata.

### **Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori**

/

### **Associazioni dei consumatori**

/

### **Altri**

/

## **4.9 Posizioni sull'art. 75a OAMal**

### **Cantoni**

La **CDS** e i Cantoni **AI, BL, BS, FR, GE, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TG, TI, VS** e **ZH** criticano il fatto che le disposizioni dell'ordinanza relative alla fissazione degli obiettivi di costo siano formulate in modo troppo vago. Manca una base legale chiara su cui poter fondare sanzioni o contromisure in caso di mancato rispetto sistematico, ingiustificato e prolungato degli obiettivi. I Cantoni sottolineano la necessità di poter adattare le direttive nazionali a livello regionale per poter tenere conto delle condizioni specifiche e delle differenze tra i gruppi di fornitori di prestazioni. Chiedono inoltre uno stretto coordinamento tra gli obiettivi di costo nazionali della Confederazione ai sensi dell'art. 54 N-LAMal e gli obiettivi cantonali ai sensi dell'art. 54a N-LAMal. Inoltre, non è chiaro quale tipo di obiettivi sia consentito fissare, ad esempio se debbano essere formulati in termini assoluti o relativi e se debba essere garantita la comparabilità tra i gruppi di costo. La CDS propone quindi di completare l'art. 75a, cpv. 1, al fine di garantire che la fissazione di obiettivi di costo non comporti un ritardo nella fornitura delle prestazioni già erogate o l'impossibilità di fatturarle correttamente.

Inoltre, secondo la **CDS** e i Cantoni **AI, BL, BS, FR, GE, LU, OW, NE, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VS** e **ZG**, è importante coinvolgere in modo adeguato i Cantoni, che sono i primi responsabili della fornitura delle cure, nel coordinamento degli obiettivi di costo e di qualità, integrando l'art. 75a, cpv. 3.

**AG** constata che tra i criteri di cui all'art. 75a, cpv. 2 non sono menzionati in particolare i criteri demografici e tra questi specificamente l'evoluzione dell'età della popolazione, che è generalmente considerata un fattore determinante dei costi della sanità. Per una disposizione d'ordinanza, l'art. 75a rimane inoltre notevolmente impreciso e mancano in particolare indicatori quantitativi o definizioni.

**BE** e **BS** ritengono che il termine concesso ai Cantoni per fissare eventuali obiettivi propri sarà molto breve e, a seconda delle circostanze, inferiore a dodici mesi. L'organizzazione dei lavori di base, la consultazione degli ambienti interessati, i processi decisionali cantonali e la successiva comunicazione degli obiettivi cantonali su quattro anni saranno difficilmente realizzabili. Per **BE** manca inoltre qualsiasi spiegazione sui dati di cui dispongono i Cantoni, con quale granularità, periodicità e modalità, per poter fissare i propri obiettivi di costo per le prestazioni da fornire sul loro territorio. Non è stato chiarito il fabbisogno di dati dei Cantoni e restano aperte le questioni relative alle conseguenze del mancato raggiungimento degli obiettivi di costo e alla responsabilità di una correzione del percorso.

Per **BS**, i Cantoni dovrebbero essere liberi di formulare solo obiettivi di costo o solo obiettivi di qualità. Anche in questo caso il testo di legge è ambiguo, poiché si parla sempre di «obiettivi di costo e di qualità». Sarebbe quindi auspicabile chiarire questo punto. Si giudica positivo il fatto che sia previsto un coordinamento con l'art. 58 LAMal per quanto riguarda gli obiettivi di qualità e che le disposizioni di esecuzione dell'ordinanza facciano riferimento solo agli obiettivi di costo.

**GE** ritiene che l'elenco dei fattori da prendere in considerazione per fissare obiettivi applicabili a tutti i costi dovrebbe tenere conto anche dell'evoluzione demografica. Inoltre, sebbene il progetto precisi che l'elenco dei fattori non è esaustivo, sembra comunque importante aggiungere questo fattore, data la sua influenza sui costi sanitari.

**GR** suggerisce di regolamentare il processo di consultazione.

**LU** ritiene difficile rendere oggettivamente operativo il parametro «progresso medico-tecnico». Anche le possibilità di guadagno in termini di efficienza non sono facili da determinare, ma possono essere valutate meglio.

**SG** ritiene che occorra anche disciplinare le modalità di coordinamento delle audizioni per la fissazione degli obiettivi di costo nazionali e cantonali. Manca inoltre una base giuridica per misure o sanzioni in caso di mancato rispetto ingiustificato e persistente degli obiettivi di costo.

Per **SH**, occorre esaminare in che misura i parametri da prendere in considerazione debbano essere integrati da un fattore relativo all'evoluzione specifica dei costi salariali nel settore sanitario, da un fattore relativo all'evoluzione demografica e da un fattore relativo all'evoluzione del comportamento dei pazienti (compresa la copertura assicurativa). Occorre inoltre precisare che devono essere prese in considerazione solo le possibilità di guadagno in termini di efficienza «comprovate».

Secondo **SO**, l'ancoraggio degli obiettivi di costo nell'OAMal, previsto dal Consiglio federale, aumenterà certamente la trasparenza dei costi e dei volumi nel sistema sanitario. Tuttavia, finché non sarà definito con quali misure il Consiglio federale imporrà il rispetto degli obiettivi di costo o quali saranno le conseguenze del mancato rispetto degli stessi, è prevedibile solo un modesto effetto frenante sui costi delle prestazioni a carico dell'AOMS. SO chiede quindi al Consiglio federale di elaborare rapidamente un piano di attuazione e di prestare particolare attenzione all'interazione tra la Confederazione e i Cantoni.

**VD** sottolinea che gli obiettivi di qualità, in particolare per i medicinali, sono ancora insufficientemente sviluppati nell'OAMal. Raccomanda un miglior coordinamento con la CFQ e chiede una base legale chiara per la valutazione degli obiettivi, sia cantonali che federali. Per gli ospedali, tali obiettivi dovrebbero essere allineati alla convenzione sulla qualità approvata dal Consiglio federale e all'art. 58, let. a, LAMal. È necessario prevedere strumenti e procedure che consentano ai Cantoni di accedere facilmente ai dati pertinenti. Infine, il Cantone di Vaud rileva un'incoerenza tra l'art. 75a, cpv. 2 e il rapporto esplicativo concernente i criteri da prendere in considerazione per fissare gli obiettivi. Propone di includervi esplicitamente il fattore demografico.

**ZH** sottolinea che, nell'introduzione degli obiettivi di costo e di qualità, occorre garantire un'attuazione snella. È necessario evitare duplicati e delimitare chiaramente i compiti e i ruoli della CFCQ e della CFQ. È inoltre importante che gli obiettivi di costo o la presente ordinanza siano concepiti in modo tale da evitare, per quanto possibile, qualsiasi incentivo a modificare il comportamento di fatturazione sulla base degli obiettivi. Il comportamento dei fornitori di prestazioni in materia di fatturazione può infatti influenzare l'evoluzione dei costi osservata.

### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

**Il Centro** critica il fatto che il mancato rispetto degli obiettivi non comporti alcuna conseguenza.

Secondo il **PLR**, gli obiettivi di qualità dovrebbero avere un ruolo più importante nella fissazione delle tariffe. Sarebbe quindi ipotizzabile aggiungere obiettivi di qualità all'art. 75a.

**L'UDC** deplora inoltre l'assenza di obiettivi di qualità chiari o la loro definizione insufficiente.

### **Associazioni economiche nazionali**

**economiesuisse** sostiene che i concetti non sono chiari e che ciò solleva diverse questioni, come ad esempio il modo in cui vengono misurati gli obiettivi di costo.

**L'USAM** rileva che il progetto non precisa né la forma né i criteri degli obiettivi di costo e che l'approccio uniforme non tiene conto delle differenze regionali o settoriali, ad esempio nella riabilitazione ospedaliera o nella psichiatria, dove le esigenze sono tuttavia destinate ad aumentare. In caso di superamento degli obiettivi di costo, le misure correttive previste sono vaghe e potenzialmente arbitrarie.

**L'USS** ritiene che i parametri scelti per fissare gli obiettivi di costo siano corretti e sostiene la loro integrazione nel testo dell'ordinanza.

## Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni

**L'AGZ, l'AMOS, l'ASDD, l'ASMAG, l'ÄTG, il Bündner Ärtzeverein, la FMH, la KAeG SG, la SMCB, la SMVS, la SSMIG e l'UNION** respingono espressamente l'art. 75a OAMal. A livello di ordinanza, il contenuto deve prevedere che la definizione degli obiettivi di costo e di qualità sia fissata previa consultazione dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e degli assicurati. Occorre garantire che gli obiettivi di costo non limitino l'accesso alle prestazioni necessarie e assicurate. Il cpv. 2 contiene un elenco non esaustivo dei fattori da prendere in considerazione. Il rapporto esplicativo relativo al cpv. 2 indica che « il potenziale in termini di efficienza è notevole » e rivela l'obiettivo perseguito dagli obiettivi di costo e di qualità. Il potenziale di risparmio generale del 20% rivendicato da Infrass è decisamente contestato. Secondo Infrass, tali misure, soprattutto se basate su semplici sospetti « ex ante », non sono ammissibili. Infatti, un tale fattore di riduzione generale annullerebbe a priori i diritti legittimi a un adeguamento regolare al rincaro, che esistono in tutti i settori economici, tranne quello sanitario. L'art. 75a, cpv. 3 ha l'effetto di sovraccaricare la LAMal. Quando le modifiche dell'OAMal rimandano all'art. 58 LAMal, che ha un'influenza diretta sulle convenzioni di qualità ai sensi dell'art. 58a LAMal, esse indicano esplicitamente che è indispensabile un'analisi dell'impatto della regolamentazione sul contenuto o che le implicazioni di tale rinvio nell'OAMal devono essere esposte nell'art. 58 LAMal.

**I Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera** accolgono con favore il riferimento a cure mediche adeguate e di alta qualità. Tuttavia, l'art. 75a, cpv. 2 non tiene sufficientemente conto dell'assistenza. L'evoluzione dei relativi costi non dipende solo da fattori economici, ma anche da cambiamenti demografici e sociali, come l'aumento delle famiglie monopersonali o la multimorbidità tra gli anziani. Inoltre, i progressi medico-tecnici offrono poche possibilità di guadagno in termini di efficienza nell'assistenza, poiché molte attività non possono essere digitalizzate. È inoltre importante integrare negli obiettivi di costo sia l'evoluzione dei prezzi che quella dei quantitativi. È necessario un coordinamento con gli obiettivi di qualità per evitare analisi unilaterali. Pertanto, anche evoluzioni quali l'evoluzione demografica, il trasferimento al settore ambulatoriale, le crisi o le tendenze sociopolitiche dovrebbero essere integrate negli obiettivi generali.

Per **ARTISET**, molti termini utilizzati, come « cure di alto livello » o « costi il più possibile convenienti », non sono chiari e lasciano troppo spazio all'interpretazione, creando incertezza giuridica. Per non concentrarsi esclusivamente sui costi, tutte le parti interessate dovrebbero essere consultate anche sul concetto di attuazione. In settori come l'assistenza a lungo termine, spesso mancano i mezzi necessari per attuare miglioramenti in termini di efficienza, dove comunque le possibilità di guadagno sono limitate. I costi supplementari voluti a livello politico, ad esempio attraverso lo sviluppo delle prestazioni nel settore ambulatoriale, devono rimanere possibili. Inoltre, nell'ambito della definizione degli obiettivi di costo occorre tenere conto dell'evoluzione demografica, del fabbisogno di cure e della carenza di personale qualificato. Infine, è necessaria una chiara delimitazione rispetto alla CFQ per evitare sovrapposizioni di competenze.

**L'ASE** auspica un chiarimento della definizione delle possibilità di guadagno in termini di efficienza.

Per **l'ASI**, il coordinamento degli obiettivi di costo è di fondamentale importanza. I diversi settori di spesa non devono essere messi in contrapposizione tra loro. Occorre garantire che venga perseguita una strategia globale. Se, ad esempio, un obiettivo politico è quello di promuovere maggiormente le prestazioni nel settore ambulatoriale e ciò comporta un aumento dei costi nel settore ambulatoriale, ciò non deve comportare svantaggi nella definizione degli obiettivi di costo per questo settore o per i settori a valle. **L'ASI** accoglie con favore la consultazione di tutti gli attori, il fatto che gli obiettivi di costo siano fissati in relazione agli obiettivi di qualità e l'introduzione di un monitoraggio che garantisca almeno il mantenimento della qualità dell'assistenza medica e la sicurezza delle cure. È necessario garantire che venga perseguita una strategia globale.

**L'ASPI** chiede che gli obiettivi siano integrati con criteri qualitativi e risultati clinici e che si tenga conto dell'evoluzione dei costi dei fornitori di prestazioni. Le possibilità di guadagno in termini di efficienza dovrebbero essere solo quelle dimostrate e dovrebbero essere sviluppati indicatori di efficienza adeguati alla fisioterapia, in collaborazione con le associazioni professionali.

**L'ASPS e senesuisse** accolgono con favore i cpv. 1 e 3. Dal cpv. 2 emerge invece che l'elaborazione del progetto è avvenuta prima dell'adozione dell'EFAS e che quindi l'assistenza infermieristica non è stata presa in considerazione. In questo ambito, tra i criteri menzionati, è sicuramente pertinente la lett. c) proposta (sviluppo economico ed evoluzione dei salari/prezzi), in particolare alla luce dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, l'evoluzione dei salari (« migliori condizioni di lavoro per il personale infermieristico »). Altri fattori sono molto più importanti per l'evoluzione dei costi dell'assistenza, in particolare l'evoluzione demografica e sociale (compresa la dimensione delle famiglie e le possibilità di sostegno all'interno della famiglia) nonché l'evoluzione delle malattie (soprattutto la demenza) e del bisogno di

assistenza (determinante per la necessità di entrare in un EMS). Inoltre, contrariamente a quanto affermato nel rapporto esplicativo, le possibilità di guadagno in termini di efficienza nel settore dell'assistenza non sono «notevoli», ma molto limitate: le prestazioni di assistenza quotidiane non possono essere digitalizzate, sostituite o eseguite più rapidamente grazie al progresso tecnico.

**L'AVASAD** propone di reintrodurre il concetto di margine di tolleranza, presentato nel progetto di legge sottoposto al Parlamento. Nel fissare gli obiettivi quadriennali in materia di costi, sembra quindi importante tenere conto dei fattori di precarietà, dell'evoluzione demografica e delle priorità politiche in materia di salute.

La **FMCH** esprime un giudizio critico sul progetto proposto in materia di obiettivi di costo e di qualità. La FMCH si pronuncia a favore di un sistema sanitario aperto, in cui le prestazioni necessarie possano essere fornite al momento richiesto. Di ciò si deve tenere conto nella definizione degli obiettivi di costo concreti. Pertanto, in caso di potenziali conflitti tra gli obiettivi di costo e quelli di qualità, nonché nel passaggio dalla cura ospedaliera a quella ambulatoriale, la FMCH chiede che gli obiettivi di qualità e l'elenco "Ambulatoriale prima di stazionario" abbiano chiaramente la priorità sugli obiettivi di costo.

Per la **FSP**, ciò che è considerato un «sviluppo indesiderabile» rimane vago e, in assenza di direttive, è lasciato alla discrezione delle autorità. Ciò comporta il rischio di correzioni cantonali non uniformi e indebolisce la certezza del diritto. Anche se durante il lungo periodo di validità degli obiettivi dovessero emergere nuovi sviluppi, non è previsto alcun processo di adeguamento. Sono quindi necessarie direttive chiare sui fattori che il Consiglio federale deve assolutamente tenere conto nella fissazione degli obiettivi di costo, anche come base per il lavoro della CFCQ. I termini chiave menzionati finora, come morbidità o possibilità di efficienza, sono troppo vaghi. Inoltre, dovrebbe essere esplicitamente preso in considerazione il mercato dei professionisti disponibili. Dal punto di vista della FSP, occorre tenere conto degli sviluppi specifici nel campo della salute mentale (ad esempio, maggiore sensibilizzazione e destigmatizzazione), della prevalenza e dell'evoluzione demografica. Inoltre, devono essere dimostrate le possibilità di guadagno in termini di efficienza.

La **FSSF** propone di sostituire «possibilità di guadagni di efficienza» con «situazione dell'offerta» e di sopprimere il termine «in particolare».

**H+ e unimedsuisse** ritengono che gli obiettivi di costo in un sistema sanitario aperto siano poco rilevanti, in particolare per i fornitori di prestazioni che intervengono solo su prescrizione medica e la cui retribuzione è regolata dalla legge. L'onere burocratico che ne deriva costituisce un carico aggiuntivo per gli ospedali universitari. unimedsuisse respinge l'approccio pianificato dell'economia e degli obiettivi di costo e chiede invece strumenti di qualità più efficaci, come la trasparenza delle indicazioni e dei risultati. Il rifiuto da parte del Parlamento dei gruppi di costo per gruppo di fornitori di prestazioni è stato accolto con favore. Il fatto che il progetto preveda nuovamente obiettivi di costo per alcuni gruppi (art. 75b), nonostante non vi sia alcuna base legale in tal senso, è giudicato ancora più critico: questo articolo dovrebbe essere soppresso. Inoltre, il testo dell'ordinanza non contiene strumenti giuridici per contrastare obiettivi di costo irrealistici. Sono necessarie direttive chiare su ciò che il Consiglio federale deve assolutamente tenere conto al momento della fissazione, in particolare la demografia, il comportamento dei pazienti e le possibilità di guadagno in termini di efficienza dimostrabili.

**Interpharma** chiede che venga condotta una consultazione sul concetto di attuazione degli obiettivi di costo e propone integrazioni ai fattori da considerare nella fissazione degli obiettivi di costo (art. 75a, cpv. 2).

**mfe e pediatria Svizzera** ritengono che a livello di ordinanza il contenuto debba prevedere che la definizione degli obiettivi di costo e di qualità sia fissata previa consultazione dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e degli assicurati.

**La SPS** accoglie con particolare favore il fatto che in futuro si tenga conto anche dell'evoluzione economica e dell'andamento dei salari e dei prezzi.

L'**ospita** fa notare che l'unità di misura dovrebbe essere chiaramente definita, proprio in vista della possibilità di una pianificazione corrispondente da parte dei Cantoni, e auspica che il cpv. 2 sia completato con le particolarità e le differenze regionali e/o specifiche del settore, nonché con gli oneri derivanti dalla regolamentazione da parte della Confederazione e dei Cantoni. Occorre spiegare come possa funzionare un tale coordinamento tra grandezze quantitative (obiettivi di costo) e qualitative (obiettivi di qualità).

**pharmaSuisse** constata che il testo di legge e il progetto di ordinanza fanno ripetutamente riferimento a «obiettivi di costo», senza tuttavia precisare in quale forma o con quali criteri di misurazione questi debbano essere concretamente fissati. Al fine di garantire una base di pianificazione affidabile per i Cantoni e consentire una gestione efficace, è indispensabile definire questi parametri in modo chiaro e

trasparente. Devono essere integrati anche altri fattori quali le differenze regionali e settoriali, le condizioni strutturali e gli oneri finanziari supplementari che dovrebbero derivare dalle prescrizioni normative della Confederazione e dei Cantoni. È necessaria un'analisi metodologica chiara per garantire un nesso coerente e pratico, senza concentrarsi unilateralmente sui costi.

Secondo **physioswiss**, l'elenco di cui al cpv. 2 dovrebbe essere esaustivo.

La **SSDV** è contraria.

Per la **vaka**, oltre allo sviluppo economico e al progresso medico-tecnologico, occorre tenere conto anche dei cambiamenti demografici, del comportamento dei pazienti e dei cambiamenti strutturali voluti dalla politica (ad esempio, l'assistenza ambulatoriale prima di quella ospedaliera).

### **Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni**

Secondo **prio.swiss**, l'introduzione di nuovi concetti quali «costi necessari» per la copertura (...), «bisogni medici» e «di alto livello qualitativo» non è comprensibile. prio.swiss è sostanzialmente d'accordo con l'aggiunta delle possibilità di guadagno in termini di efficienza. Questo concetto deve essere chiaramente definito, anche ai fini di una ragionevole operatività. In generale, va osservato che la fissazione di obiettivi quadriennali è poco praticabile e comporta numerose incertezze.

Secondo la **CSS**, **HSK** e **tarifsuisse SA**, il concetto di «possibilità di guadagni di efficienza» dovrebbe essere chiaramente definito.

### **Associazioni dei consumatori**

**kf** fa notare che gli obiettivi di costo e di qualità sono in contrasto con altre disposizioni della LAMal, in particolare con l'art. 47c LAMal. Inoltre, diversi concetti relativi agli obiettivi di costo non sarebbero chiari.

### **Altri**

**pro-salute.ch** suggerisce che la Confederazione garantisca, mediante disposizioni d'ordinanza corrispondenti, che i Cantoni procedano a un'audizione ai sensi dell'art. 54, cpv. 2, N-LAMal quando fissano essi stessi gli obiettivi di costo. Inoltre, pro-salute.ch propone di completare il cpv. 2, let. b, con i termini «di cura, consulenza e terapia» al fine di coprire tutti gli aspetti dell'assistenza medica.

**scienceindustries** chiede, in accordo con il Parlamento, che gli obiettivi di qualità siano presi in considerazione in modo più chiaro e vincolante nell'ordinanza. È essenziale che la qualità dell'assistenza medica sia misurabile e inclusa negli obiettivi allo stesso titolo dei costi, al fine di garantire che i risparmi previsti non vadano a scapito dell'assistenza ai pazienti. Saranno indispensabili linee guida pratiche per misurare gli obiettivi di qualità al fine di garantire un buon equilibrio tra costi e qualità.

## **4.10 Posizioni sull'art. 75b OAMal**

### **Cantoni**

Secondo la **CDS** e i Cantoni **AG, AI, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TI, VD, VS** e **ZG**, non è chiaro perché questi gruppi, e solo questi, figurino nel progetto di ordinanza. Dovrebbe essere possibile definire obiettivi di costo anche per altri fornitori di prestazioni, se non addirittura per tutti. Inoltre, la let. d non dovrebbe limitarsi ai medicinali, ma includere i prodotti terapeutici in generale, che comprendono anche i dispositivi medici. Se la Confederazione non intendesse ampliare i gruppi di costo, i Cantoni dovrebbero avere esplicitamente la possibilità di andare oltre l'elenco di cui all'art. 75b.

**BE** constata che anche i gruppi di costo definiti all'art. 75b non sono elencati in modo esaustivo e che non esiste alcuna disposizione relativa alla definizione del periodo di consultazione. Non vi sono inoltre spiegazioni sui dati a disposizione dei Cantoni per prendere posizione sulle proposte di obiettivi del Consiglio federale, né sulla granularità, la periodicità e le modalità di tale presa di posizione. Una presa di posizione fondata comporta inevitabilmente oneri amministrativi supplementari. Il Consiglio federale ha omesso di chiarire le esigenze dei Cantoni in materia di dati in occasione della revisione dell'ordinanza. Di conseguenza, le disposizioni di esecuzione relative agli obiettivi di costo da fissare a livello federale sono insufficienti. Esse lasciano ancora aperte numerose questioni relative all'attuazione.

**GE** raccomanda di integrare esplicitamente nell'art. 75b le garanzie di accesso alle cure e di qualità di cui all'art. 75a. Sarebbe inoltre opportuno precisare, come in quest'ultimo articolo, i fattori che il Consiglio federale terrà in considerazione, in particolare il tasso di copertura tariffale e gli effetti di sostituzione tra i settori. Le riduzioni dei costi dovrebbero mirare ai settori con margini elevati ed evitare di incidere su quelli già in deficit (ad es. cure di base complesse). È essenziale tenere conto degli effetti intersettoriali

(ad es. trasferimento dall'ospedale all'ambulatorio o al domicilio), che alleggeriscono i costi complessivi ma aumentano alcune spese specifiche.

**GR** constata che l'art. 75b elenca i gruppi di costo per i quali devono essere fissati obiettivi di costo a partire dall'introduzione di queste modifiche, senza che tale elenco sia esaustivo. La let. e di questo articolo menziona tra l'altro le cure in EMS o a domicilio. Il finanziamento residuo delle prestazioni di cura è assicurato dai Cantoni. Un obiettivo nazionale di costo non potrà tenere conto delle diverse soluzioni di finanziamento residuo delle cure nei vari Cantoni senza uno sforzo sproporzionato. Fino a quando la situazione rimarrà invariata, GR raccomanda di sopprimere questa disposizione o almeno di lasciare ai Cantoni il compito di definire gli obiettivi di costo.

**SG** ritiene incomprensibile che la definizione degli obiettivi di costo da parte della Confederazione sia limitata a cinque gruppi di costo nell'art. 75b.

**TG** ritiene che la ripartizione degli obiettivi di costo in gruppi di costo non sia pertinente. Una tale differenziazione incoraggia il pensiero a compartimenti stagni e non favorisce la trasparenza.

**VS** constata una divergenza nei documenti di consultazione: l'art. 75b, let. e, fa riferimento alle cure ambulatoriali prestate da medici fuori dall'ospedale, mentre nella versione francese della tabella comparativa tra il diritto in vigore e il progetto preliminare per la consultazione si parla di «cure ambulatoriali fuori dall'ospedale» senza limitarle ai medici.

**ZH** fa notare che la let. d) non si limita ai medicinali, ma si riferisce in generale ai prodotti terapeutici, che comprendono anche i dispositivi medici.

#### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

Il **PRD** e l'**UDC** ritengono che la fissazione di obiettivi di costo per gruppi di costo sia contraria alla volontà del Parlamento e favorisca il pensiero a compartimenti stagni criticato, motivo per cui la disposizione corrispondente deve essere soppressa.

Il **Centro** è critico nei confronti della fissazione di obiettivi di costo per gruppi di costo specifici, poiché ciò è in contrasto con un trattamento coordinato e integrato.

#### **Associazioni mantello dell'economia a livello nazionale**

Secondo **economiesuisse**, occorre rinunciare alla fissazione di obiettivi di costo per gruppi di costo, poiché ciò è già stato respinto dal Parlamento, incoraggerebbe la mentalità compartimentata e renderebbe l'assistenza meno efficiente.

L'**USS** accoglie con favore la scelta dei gruppi di costo e la loro esplicita menzione nell'ordinanza.

#### **Organizzazioni del sistema sanitario - Fornitori di prestazioni**

L'**AGZ**, l'**AMOS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, il **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG** e l'**UNION** respingono l'ancoraggio di obiettivi di costo per gruppi di costo specifici. Per i gruppi di costo di cui alla lettera b. cure ambulatoriali in ospedale e alla lettera c. cure ambulatoriali dispensate da medici al di fuori degli ospedali, la neutralità dinamica dei costi con l'introduzione del TARDOC e dei forfait ambulatoriali impone di fatto obiettivi di costo rigorosi. Di ciò si deve assolutamente tenere conto nella fissazione degli obiettivi di costo per questi gruppi di costo.

Per i **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera**, la pertinenza di obiettivi di costo nazionali nel settore dell'assistenza a domicilio è discutibile, poiché molte prestazioni sono prescritte dai medici e finanziate dai Cantoni/Comuni. Una differenziazione per gruppi di costo è certamente comprensibile, poiché i costi seguono leggi diverse. Allo stesso tempo, questa separazione di una regolazione rende difficile una valutazione globale, ad esempio in caso di trasferimenti di costi voluti dalla politica. Inoltre, non è chiaro come garantire la rappresentanza di tutti i parametri rilevanti da parte dei fornitori di prestazioni. È comprensibile che il Consiglio federale si concentri sui blocchi di costi più consistenti della SSA. È tuttavia incomprensibile che venga data maggiore importanza all'assistenza, mentre blocchi di costi più consistenti o rilevanti come le «altre prestazioni» non vengono presi in considerazione. Il loro ruolo (circa il 15 % dei costi della SSA) deve essere tenuto conto nella discussione.

Secondo **ARTISET**, l'adeguamento deve garantire che il mancato raggiungimento degli obiettivi di costo non si ripercuota negativamente sugli obiettivi di costo degli altri gruppi di costo. Non devono essere effettuate compensazioni a scapito di altri gruppi di costo. Secondo l'**ASE**, il termine «in particolare» significa che l'elenco non è esaustivo e può essere integrato in qualsiasi momento con altri gruppi di

costo. Secondo questo elenco, nell'ambito dell'ergoterapia sarebbe interessato solo il settore ospedaliero ambulatoriale, ma non quello ambulatoriale. La formulazione «in particolare» crea incertezza giuridica. L'ASE chiede che i fornitori di prestazioni siano consultati prima che il Consiglio federale ampli i gruppi di costo.

**L'ASI** accoglie con favore la suddivisione dei gruppi di costo per la fissazione di obiettivi per settore di spesa. Dal punto di vista dell'ASI, tuttavia, MedTech dovrebbe essere aggiunto come gruppo di costi supplementare. La dinamica nei diversi settori è diversa. In particolare, nel settore dell'assistenza si prevede una crescita dinamica a causa dell'evoluzione demografica. Una considerazione separata consente di tenere conto di questa evoluzione.

Per **l'ASMAC**, la fissazione di obiettivi per gruppi di costo non ha senso, manca una base legale formale. Deve essere possibile trasferire le prestazioni a settori ambulatoriali più vantaggiosi.

Per **l'ASPS** è importante che i gruppi di costo siano considerati separatamente e che il Consiglio federale fissi così obiettivi autonomi per i diversi settori di prestazioni.

La **FMCH**, la **PAP (SSPP e SMHV)** e la **SSDV** sono contrarie.

**H+** e **unimedsuisse** ritengono che questa disposizione non sia conforme alla LAMal. Manca una base legale per definire i gruppi di costo nell'OAMal. Inoltre, gli obiettivi di costo non sono realizzabili a questo livello di aggregazione. L'articolo 75b deve quindi essere completamente soppresso.

**Intergenerika**, **Interpharma** e la **vips** si pronunciano contro la definizione di obiettivi di costo per gruppo di costi, poiché anche il Parlamento si è espresso contro. Inoltre, **Interpharma** critica la scelta dei gruppi di costo come incomprensibile e formula raccomandazioni per altre categorie, nel senso di una possibile proposta.

**L'OPS** e **senesuisse** sono favorevoli.

Secondo **ospita** e **pharmaSuisse**, i gruppi di costo menzionati costituiscono una discriminazione inaccettabile. A tal fine è essenziale integrare l'articolo 75b, cpv. 2 con particolarità e differenze specifiche del settore.

**physioswiss** ritiene che l'elenco dei gruppi di costo debba essere esaustivo.

La **vaka** ritiene che questo articolo debba essere soppresso. Separare gli obiettivi di costo per gruppi di fornitori di prestazioni comprometterebbe l'assistenza integrata e non è sufficientemente motivato nella LAMal.

### **Organizzazioni del sistema sanitario - Assicuratori**

**prio.swiss** ritiene che anche i laboratori e la fisioterapia debbano essere presi in considerazione.

### **Associazioni dei consumatori**

**kf** si oppone alla fissazione di obiettivi di costo per gruppo di costi, dato che anche il Parlamento si è espresso contro.

### **Altri**

Per **OTMA SA**, i gruppi di costo di cui all'articolo 75b non sono insiemi di costi indipendenti l'uno dall'altro. Da un lato, il principio dell'ambulatorio prima dell'ospedaliero comporta un trasferimento di prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale. D'altro canto, le modifiche della struttura dell'offerta nel settore medico ambulatoriale comportano trasferimenti dal settore degli studi medici al settore ospedaliero.

Per **scienceindustries**, l'introduzione di obiettivi separati per gruppi di costo, in particolare nel settore dei medicinali, deve essere chiaramente respinta dal punto di vista della politica industriale e della politica sanitaria.

**pro-salute.ch** auspica che la lettera c sia completata («... e altri fornitori di prestazioni...»), poiché anche altri professionisti della salute hanno il diritto, secondo la legge, di prendere disposizioni rimborsabili dalle casse malati.

#### 4.11 Posizioni sull'art. 75c OAMal

##### Cantoni

La **CDS** e i Cantoni **BL, GE, LU, NE, OW, SG, SH, TI** e **VS** ritengono necessarie precisazioni sulla ripartizione dei compiti tra la CFCQ e la CFQ. Sono inoltre favorevoli alla composizione della commissione e alla rappresentanza della CFQ.

**BE** sottolinea che è indispensabile chiarire la ripartizione dei compiti tra la CFQ, esistente dal 2021, e la CFCQ, che deve essere istituita. **BE** teme che la nuova commissione renda ancora più complesso e meno trasparente il sistema già oggi complesso. A causa delle sovrapposizioni e al fine di evitare duplicati, occorre quindi esaminare se i nuovi compiti non dovrebbero essere assunti dalla CFQ già esistente.

**GR** afferma che la consultazione degli attori del sistema sanitario non è disciplinata nelle disposizioni dell'ordinanza sulla CFCQ. Sarebbe opportuno procedere a tale consultazione prima che il Consiglio federale fissi gli obiettivi di costo. **GR** propone di integrare l'articolo 75c in tal senso.

**SO** ritiene che la creazione della CFCQ sia opportuna. **SO** accoglie inoltre con favore le disposizioni di coordinamento di questa commissione con la CFQ e la presenza di un membro della CFQ in seno alla CFQ a tal fine.

**TG** respinge la creazione della CFCQ, dato che tutti gli specialisti dovrebbero già essere rappresentati in seno alla CFQ e che i settori di attività si sovrappongono ampiamente. **TG** propone di ampliare opportunamente il mandato della CFQ.

##### Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

L'**UDC** ritiene che non sia opportuno creare una commissione supplementare. Sarebbe sufficiente un adeguamento del mandato della CFQ.

I **Verdi** chiedono, per motivi di efficienza e trasparenza, che si valuti la possibilità di fondere le due commissioni in un'unica commissione o di garantire una chiara ripartizione dei compiti che si rifletta nel titolo stesso della commissione.

##### Associazioni mantello dell'economia a livello nazionale

**economiesuisse** ritiene che una commissione supplementare sarebbe dannosa, poiché aumenterebbe i costi di coordinamento e la complessità delle normative LAMal. La fissazione degli obiettivi di costo potrebbe essere affidata alla Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (CFPF). Secondo **economiesuisse**, anche l'industria farmaceutica dovrebbe essere rappresentata in questa commissione.

L'**USAM** respinge la creazione di una nuova commissione parallela, che introdurrebbe una doppia regolamentazione inutile, fonte di confusione, oneri amministrativi supplementari e costi aggiuntivi non coperti. Inoltre, il rischio di una rappresentanza squilibrata e priva di reale indipendenza e parità tra le parti interessate è reale.

##### Organizzazioni del sistema sanitario – Fornitori di prestazioni

L'**AGZ**, l'**AMOS**, l'**ASDD**, l'**ASMAC**, l'**ÄTG**, il **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, **PAP** (**SSPP** e **SMHC**), **SSPP**, **SMCB**, **SMHC**, **SMVS**, **SSDV**, **SSMIG** e **UNION** constatano che è previsto un solo rappresentante dei fornitori di prestazioni, contro sette rappresentanti dei circoli scientifici, degli assicuratori, degli assicurati, dei Cantoni e della CFQ. La proporzionalità o l'adeguatezza non sono evidentemente garantite e devono essere corrette di conseguenza. Inoltre, occorre garantire che i piccoli gruppi professionali, in particolare, siano adeguatamente rappresentati nella composizione della commissione.

I **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera**, l'**ASI**, l'**ASPS** e **senesuisse** chiedono che i fornitori di prestazioni siano rappresentati da due persone e **physioswiss** e la **FSP** da tre persone, poiché altrimenti la diversità dei numerosi fornitori di prestazioni non sarebbe sufficientemente presa in considerazione e poiché anche i pagatori delle prestazioni (assicuratori e Cantoni) sono rappresentati da due persone. Inoltre, **physioswiss** ritiene che le qualifiche delle persone di cui alla lettera f («persone rappresentano il campo scientifico») dovrebbero essere definite con maggiore precisione. I **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera**, l'**ASPS** e **senesuisse** ritengono che, data la vastità dell'argomento, sarebbe anche possibile ampliare la composizione della commissione fino a un massimo di 15 membri, al fine di tenere conto del maggior numero possibile di aspetti.

Per i **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera**, occorre evitare che alla fine venga eletta una rappresentanza dell'associazione più forte o del blocco di costi più consistente. I **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera** sconsigliano quindi una rappresentanza puramente associativa e propongono di eleggere persone con esperienza in diversi settori e che apportino in particolare una comprensione trasversale. Una rappresentanza puramente professionale non sarebbe accettata dai fornitori di prestazioni.

**ARTISET** guarda già con occhio critico alla creazione di una nuova commissione. Ciò comporta un onere amministrativo supplementare che non apporta alcun valore aggiunto. Inoltre, è inaccettabile che una sola persona possa rappresentare il punto di vista dei fornitori di prestazioni. Se la Confederazione non si lascia dissuadere dalla creazione di una nuova commissione, ARTISET propone che la persona che rappresenta il campo scientifico in seno alla CFQ sieda automaticamente in nome del campo scientifico in seno alla CFCQ. In questo modo si libera un seggio, che deve essere assegnato a una rappresentanza supplementare dei fornitori di prestazioni.

**L'ASE** ritiene che una sola persona che rappresenti tutti i fornitori di prestazioni non sia realistica data la diversità dei fornitori stessi. Proposta: occorre distinguere i fornitori comparabili e integrarli con rappresentanti corrispondenti.

**L'ASDD** sottolinea la necessità che gli esperti scientifici dichiarino i loro legami di interesse e gli eventuali conflitti di interesse che potrebbero derivarne. L'aspetto della «neutralità» è essenziale per non creare squilibri all'interno della commissione.

Secondo **l'ASPI**, è indispensabile un chiaro coordinamento tra la CFQ e la CFCQ.

**L'AVASAD** propone di raddoppiare il numero dei rappresentanti dei fornitori di prestazioni, dei Cantoni, degli assicuratori e degli assicurati all'interno della CFCQ. Per i fornitori di prestazioni, un rappresentante sarebbe coinvolto negli obblighi di presa a carico ospedaliera e l'altro negli obblighi di presa a carico ambulatoriale.

Per la **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** e **Intergenerika**, la nuova commissione deve essere composta in modo tale da non creare conflitti di interesse fin dall'inizio. Con questa marginalizzazione del diritto di controllo dei fornitori di prestazioni a una sola persona, il fallimento è inevitabile. Si rischiano conflitti di interesse e distorsioni del sistema.

La **FSL** propone tre persone in rappresentanza dei fornitori di prestazioni e tre persone provenienti dalla ricerca sanitaria e dall'economia sanitaria.

**H+ e unimedsuisse** respingono la nuova CFCQ. I compiti potrebbero essere assunti dai partner tariffari esistenti e dalla CFQ. Una nuova commissione crea duplicati, aumenta l'onere amministrativo e non tiene sufficientemente conto della realtà pratica. I punti critici sono i seguenti: un onere supplementare per i fornitori di prestazioni a causa di nuovi processi, il rischio di raccomandazioni inutilizzabili a causa della mancanza di esperienza pratica, la rappresentanza insufficiente dei fornitori di prestazioni (solo 1 persona), la «competenza professionale» dei membri non chiaramente definita, la mancanza di chiarezza sulle fonti dei dati utilizzati e la doppia rilevazione deve essere esclusa. Si chiede un'attuazione il più possibile semplificata, con almeno tre rappresentanti dei fornitori di prestazioni per garantire la parità. La commissione deve avere accesso solo a dati già esistenti e ufficiali.

**IGGH - CH** ritiene che i piccoli fornitori di prestazioni senza rappresentanza diretta siano svantaggiati, poiché alla commissione prevista vengono attribuiti compiti e competenze di ampia portata. IGGH - CH chiede che nella commissione siano integrati specialisti del settore dell'ostetricia non ospedaliera o che questi siano almeno formalmente coinvolti nel processo di consultazione.

**Intergenerika**, **Interpharma** e la **visp** non riconoscono la necessità di una nuova commissione e propongono di ampliare il mandato della CFQ e di adeguarne la composizione. Ritengono inoltre che anche l'industria (farmaceutica) dovrebbe essere adeguatamente rappresentata in seno alla commissione.

**Interpharma** raccomanda di ampliare il mandato della CFQ esistente e di adeguarne la composizione, piuttosto che creare una commissione separata. È essenziale che l'industria, in quanto parte importante del sistema sanitario svizzero, sia adeguatamente rappresentata. Per la composizione delle commissioni è opportuno ispirarsi alla composizione della Commissione federale dei medicinali.

**ospita** ritiene che la proposta di composizione della commissione faccia temere un grave problema di governance: le «rappresentanze» proposte lasciano supporre che i membri della commissione dovranno innanzitutto difendere gli interessi del loro «gruppo di provenienza» piuttosto che essere a disposizione del Consiglio federale in qualità di esperti. Essa propone che la commissione sia composta da esperti indipendenti (con chiari divieti di mandati nel settore sanitario e presso le autorità competenti) oppure da rappresentanti di interessi. In questo caso, le due parti che finanziano l'AOMS - i fatturanti (fornitori di

prestazioni) e i pazienti da un lato, e i pagatori dall'altro (assicuratori e Cantoni) - dovrebbero essere rappresentate in modo paritetico all'interno della commissione, con voto preponderante di un presidente indipendente.

**L'OPS** è favorevole. Chiede che vengano comunicate le associazioni che, dal lato dei fornitori di prestazioni, entrano in linea di conto per un seggio. Occorre garantire che gli oneri amministrativi non aumentino ulteriormente, né per i fornitori di prestazioni direttamente, né per le associazioni.

**Pediatria Svizzera** e **mfe** propongono di rinunciare a una nuova commissione e raccomandano di affidare all'UFSP il compito di monitorare i costi. Gli obiettivi di qualità possono infatti essere affidati alla già esistente CFQ, che può anche occuparsi del monitoraggio della qualità. In questo modo si potrebbero facilmente evitare sovrapposizioni e quindi sforzi di coordinamento.

Per **pharmaSuisse** è estremamente dubbio che una sola persona possa rappresentare adeguatamente i diversi tipi di fornitori di prestazioni. La diversità dei diversi fornitori di prestazioni deve essere presa in considerazione in modo adeguato. In generale, pharmaSuisse è critica nei confronti di una commissione supplementare, che comporta costi aggiuntivi e non apporta alcun valore aggiunto. Inoltre, la composizione proposta lascia supporre che i rispettivi membri della commissione debbano innanzitutto rappresentare e difendere gli interessi delle organizzazioni rappresentate piuttosto che apportare competenze effettive. Sarebbe più opportuno concepire la commissione come un gruppo di esperti senza rappresentanti di interessi o come una commissione composta da tutti i rappresentanti di interessi. In tal caso, occorrerebbe tenere conto delle commissioni già esistenti.

La **SSO** si oppone alla sovrarappresentanza delle «persone rappresentando il campo scientifico». Non è comprensibile né equilibrato prevedere in questo caso tre rappresentanti, mentre in altri casi ce n'è solo uno. Se si rendono necessari chiarimenti scientifici, la commissione può chiedere il parere di esperti. Una sovrarappresentanza non ha alcun fondamento giuridico. La legge non prevede una sovrarappresentanza degli esperti. L'art. 54e, cpv. 3, LAMal recita: «Il Consiglio federale nomina i membri della Commissione. Provvede affinché Cantoni, fornitori di prestazioni, assicuratori, assicurati e specialisti vi siano adeguatamente rappresentati».

La **vaka** si oppone alla creazione di una commissione supplementare, poiché comporterebbe un aumento del carico amministrativo e farebbe doppiare con la CFQ.

### **Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori**

**prio.swiss** accoglie con favore la partecipazione di esperti scientifici. Tuttavia, non è chiaro di quali discipline si tratti, il che rende difficile comprendere la loro ponderazione con tre seggi nella commissione. Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni sono particolarmente importanti per la definizione di obiettivi di costo misurabili e adeguati alla pratica. Si propone quindi di rafforzare la loro rappresentanza assegnando loro due seggi ciascuno, uno per il settore ambulatoriale e uno per il settore ospedaliero. Si dovrebbe inoltre esaminare la possibilità di integrare membri di commissioni esistenti al fine di sfruttare le sinergie. Il cpv. 3 è sostenuto perché garantisce che tutti i membri della commissione dispongano di una vasta competenza nel campo della gestione dei costi, dei dati e delle statistiche, indipendentemente dalla loro rappresentanza di interessi.

### **Associazioni dei consumatori**

**kf** fa notare che una nuova commissione comporterebbe sovrapposizioni con altre commissioni (CFQ e CFPF). Il progetto creerebbe duplicati, competenze poco chiare e incertezze giuridiche.

### **Altri**

**pro-salute.ch** è favorevole a una rappresentanza degli assicurati da parte di due persone, poiché spesso si pensa solo alla prospettiva del «paziente e della paziente». Tuttavia, ci sono anche molte persone in buona salute, che attualmente non necessitano di cure, che sono interessate all'adempimento dei compiti di questa commissione e che dispongono delle competenze necessarie. Se fossero rappresentate da due persone, sarebbe possibile ottenere una certa diversità.

**scienceindustries** ritiene che l'introduzione di una CFCQ supplementare comporti il rischio di duplicazioni e di una maggiore complessità. Dal suo punto di vista, è importante che un'eventuale nuova commissione abbia una composizione equilibrata dal punto di vista tecnico e istituzionale. O sarà composta da esperti indipendenti, con l'esclusione dei rappresentanti di interessi istituzionali, oppure prevederà una rappresentanza paritaria dei diversi gruppi di attori (fornitori di prestazioni, assicuratori, Cantoni, industria) con una presidenza indipendente. Occorre tenere conto del fatto che l'industria farmaceutica non è classificata come fornitore di prestazioni ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (LAMal),

ma che avrà comunque un seggio in seno alla commissione in qualità di attore importante del sistema sanitario, qualora dovesse essere mantenuto un obiettivo di costo separato per i medicinali.

#### **4.12 Prese di posizione sull'art. 75d OAMal**

##### **Cantoni**

**AG** si chiede se le raccomandazioni possano o debbano riferirsi anche agli obiettivi di cui all'art. 75a segg.

**BE** sottolinea la necessità di armonizzare il monitoraggio dei costi ai sensi dell'articolo 47c LAMal e le direttive relative agli obiettivi di costo ai sensi dell'art. 54 N-LAMal. I due strumenti si rivolgono a destinatari diversi. Nel rapporto esplicativo, l'UFSP non spiega tuttavia in che modo la fissazione di obiettivi di costo da parte della Confederazione e, se del caso, dei Cantoni (art. 54-54b N-LAMal), il monitoraggio dei costi da parte della nuova commissione federale da istituire (art. 54c N-LAMal) e le misure dei partner tariffali (art. 47c LAMal) debbano integrarsi per consentire un controllo efficace dei costi. Nell'ambito dei preparativi per l'attuazione, BE avrebbe atteso un esame da parte della Confederazione e le relative spiegazioni. Inoltre, nell'ottica globale dell'esecuzione, si attendeva che fossero esaminati e discussi i punti di congiunzione con gli altri due strumenti del progetto, ovvero «l'adeguamento di una convenzione tariffale che non soddisfa più i requisiti legali» (art. 46a N-LAMal) e «le misure adottate dai partner tariffali per rafforzare i criteri EAE» (art. 56, cpv. 5, N-LAMal), fossero esaminati e discussi.

Al fine di mantenere entro limiti ragionevoli gli oneri di coordinamento e amministrazione connessi alla creazione della CFCQ, **SH** ritiene opportuno che la CFCQ non raccolga dati propri, ma si basi su raccolte di dati già esistenti e coordini le proprie attività con la CFQ già esistente. Per SH, questi due aspetti sono tuttavia già sufficientemente coperti dagli articoli 75d, cpv. 3 e 75f.

Per **SO**, ci si può chiedere perché la CFCQ dovrebbe basarsi solo sugli strumenti di monitoraggio esistenti della Confederazione per le sue analisi e raccomandazioni volte a contenere l'evoluzione dei costi, senza tenere conto di fattori quali l'evoluzione della morbidità, il progresso medico-tecnico, l'evoluzione economica e l'evoluzione dei salari e dei prezzi, nonché le possibilità di guadagno in termini di efficienza. In qualità di organo di esperti confermati, proprio la CFCQ sarebbe nella posizione migliore per integrare adeguatamente tali indicatori nelle sue analisi e sollevare la Confederazione e i Cantoni dal lavoro impegnativo e dispendioso in termini di risorse richiesto dall'articolo 75a. SO si aspetta che il Consiglio federale migliori il progetto in tal senso, affinché le risorse di personale dei Cantoni non siano eccessivamente gravate da questo compito.

**TI** è favorevole.

##### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

/

##### **Associazioni mantello dell'economia a livello nazionale**

/

##### **Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni**

**L'AGZ, l'AMOS, l'ASDD, l'ASMAC, l'ÄTG, il Bündner Ärzteverein, la FMH, la KAeG SG, mfe, la SMCB, la SMVS, la SSMIG e l'UNION** chiedono, nello spirito dell'EAE, che le numerose normative che perseguono più o meno lo stesso obiettivo siano coordinate e armonizzate tra loro per quanto riguarda il monitoraggio dei costi. I dati della CFQ citati dall'art. 75d, cpv. 3, non hanno ragion di essere qui, poiché al cpv. 2 non è previsto alcun compito relativo alla qualità.

Per i **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera** è importante che questi compiti siano obbligatori e coordinati con altri compiti previsti per la sorveglianza dei costi. Si tratta ad esempio degli obblighi necessari di revisione e adeguamento delle convenzioni tariffali (art. 59d): misure che perseguono lo stesso obiettivo, in particolare le norme relative alla sorveglianza dei costi. Queste misure devono essere coordinate e armonizzate tra loro.

**ARTISET** e **vaka** sottolineano che non si deve imporre ai fornitori di prestazioni la trasmissione di dati supplementari. La CFCQ deve quindi basarsi sulle raccolte di dati esistenti. L'attuale sottofinanziamento dell'assistenza a lungo termine e gli sviluppi voluti dalla politica (trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale) devono essere presi in considerazione nella fissazione degli obiettivi di costo.

**L'ASPS** e **senesuisse** concordano sulla rinuncia a un nuovo sistema di sorveglianza, ma dubitano dell'utilità di una sorveglianza dettagliata e di una valutazione dei dati (in genere già obsoleti). Dal punto di

vista della **FSP**, per frenare la crescita dei costi sarebbe molto più efficace valutare regolarmente i processi amministrativi esistenti e accelerarne la razionalizzazione.

La **FSL** desidera sopprimere il termine «in particolare».

**Interpharma** fa notare che anche in questo caso mancano riferimenti alla qualità, mentre ci si concentra esclusivamente sui costi. Interpharma raccomanda inoltre l'elaborazione di linee guida e percorsi terapeutici obbligatori per almeno cinque diagnosi particolarmente importanti.

**L'OPS** è favorevole.

**ospita** fa notare che non è affatto chiaro come la sorveglianza supplementare dei costi della commissione proposta nel progetto si configurerà rispetto a questi lavori ai sensi dell'art. 47c LAMal. Il doppione è evidente e deve essere risolto rinunciando di conseguenza nella OAMal ai compiti della CFCQ. L'obiettivo delle raccomandazioni della nuova commissione, i loro effetti e le modalità di comunicazione rimangono del tutto aperti e saranno probabilmente lasciati alla prima composizione della commissione.

**pharmaSuisse** si chiede perché la commissione introduca un ulteriore monitoraggio dei costi, che è già effettuato attraverso le convenzioni tariffali tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori o le loro associazioni (art. 47c LAMal). Ciò comporta un inutile doppione e una doppia sorveglianza dei costi. Sarebbe più sensato che, sulla base del monitoraggio effettuato nell'ambito delle convenzioni tariffali, non solo venissero adottate misure correttive in caso di evoluzioni inspiegabili, ma che potessero anche essere formulate raccomandazioni all'attenzione della Confederazione e dei partner tariffali. In caso di decisioni del Consiglio federale o di un'altra autorità basate sulle raccomandazioni della commissione, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori o le loro associazioni devono sempre essere consultati.

Secondo **physioswiss**, la commissione deve vigilare non solo sui costi, ma anche sulla sicurezza dell'approvvigionamento. Inoltre, occorre garantire che le raccomandazioni della commissione si basino sempre su dati aggiornati.

#### **Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori**

**prio.swiss** accoglie con favore l'utilizzo delle raccolte di dati esistenti e quindi l'eliminazione dei dopponi. La commissione non ha potere decisionale, il che è comprensibile. Tuttavia, le vengono affidati compiti, in particolare in materia di sorveglianza dei costi, che richiedono un certo margine di manovra e soprattutto risorse. Né dalle spiegazioni fornite nel commento né dal testo dell'ordinanza risulta con quali mezzi e risorse ciò debba essere attuato.

#### **Associazioni dei consumatori**

/

#### **Altri**

/

#### **4.13 Posizioni sull'art. 75e OAMal**

##### **Cantoni**

**BE** constata che l'art. 75d e le relative spiegazioni non forniscono informazioni più concrete sui compiti della CFCQ, sulle misure possibili e sulla responsabilità dell'esecuzione e del controllo delle correzioni. Inoltre, si precisa che, nel determinare gli indicatori da monitorare, essa dovrebbe anche tenere conto del fatto che gli obiettivi di costo (e di qualità) possono talvolta determinare trasferimenti indesiderati verso settori che non sono soggetti al controllo dello Stato.

**TI** è favorevole.

##### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

/

##### **Associazioni economiche nazionali**

/

#### Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni

**ARTISET** desidera che venga aggiunto che i costi della commissione sono a carico della Confederazione.

**L'OPS** svizzera è favorevole.

**Interpharma, mfe e pediatria svizzera** sono contrarie.

#### Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori

/

#### Associazioni dei consumatori

/

#### Altri

/

#### **4.14 Prese di posizione sull'art. 75f OAMal**

##### Cantoni

**TI** è favorevole.

**VD** sottolinea che la questione degli obiettivi di qualità è ancora poco sviluppata e dovrebbe essere precisata maggiormente nell'OAMal, in particolare per quanto riguarda i medicinali. Raccomanda un coordinamento con la CFQ prima di fissare qualsiasi obiettivo, nonché una base legale chiara che consenta di valutare e convalidare gli obiettivi, siano essi fissati a livello cantonale o federale.

##### Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

/

##### Associazioni mantello dell'economia a livello nazionale

/

#### Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni

Per l'**AGZ**, l'**AMOS**, l'**ASDD**, l'**ASMAC**, l'**ÄTG**, il **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, **PAP** (**SSPP** e **SMHC**), **SMCB**, **SMVS**, **SSDV**, **SSMIG** e **UNION**, la delimitazione tra la CFQ e i relativi obiettivi di qualità da un lato e la CFCQ e i relativi obiettivi di costo e di qualità dall'altro non sembra chiara. Inoltre, l'**AGZ**, l'**ASDD**, l'**AMOS**, l'**ASMAC**, l'**ÄTG**, il **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, la **PAP** (**SSPP** e **SMHC**), la **SMVS**, la **SSMIG** e l'**UNION** ritengono che le modifiche alla LAMal e all'OAMal non indichino chiaramente perché siano denominate «obiettivi di costo e di qualità». Sono visibili solo gli obiettivi di costo. Il cpv. 1 recita: «La commissione (si tratta della CFCQ) si basa sui lavori della CFQ per il monitoraggio della qualità». Non è chiaro né comprensibile quale sia l'impatto di questo «coordinamento» sulle convenzioni di qualità ai sensi dell'art. 58a LAMal.

I **Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera** ritengono indispensabile un coordinamento chiaro e efficiente dei lavori della CFCQ e della CFQ. Nell'elaborazione del regolamento interno e del capitolato d'onori occorre assolutamente evitare duplicati, in particolare per quanto riguarda gli obiettivi di qualità.

**ARTISET** ritiene che l'articolo 75f debba essere completamente soppresso. La CFQ ha una missione e obiettivi completamente diversi da quelli della CFCQ. I compiti e gli obiettivi della CFQ e della CFCQ non devono quindi essere confusi. La garanzia della qualità dell'assistenza non deve in alcun caso essere utilizzata per contenere i costi.

**L'OPH** è favorevole.

Secondo la **vaka**, i compiti e le responsabilità delle due commissioni devono essere chiaramente separati. Mescolare la sorveglianza dei costi e la misurazione della qualità creerebbe un'inutile confusione e aumenterebbe ulteriormente l'onere amministrativo.

#### **Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori**

**prio.swiss** accoglie con favore il coordinamento con la CFQ e lo considera importante. La presenza di un membro della CFQ garantisce tale coordinamento. È opportuno esaminare la possibilità che un membro della CFCQ faccia parte della CFQ al fine di garantire la reciprocità.

#### **Associazioni dei consumatori**

/

#### **Altri**

/

### **4.15 Posizioni sull'allegato 2 OLOGA**

#### **Cantoni**

/

#### **Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale**

/

#### **Associazioni economiche mantello a livello nazionale**

/

#### **Organizzazioni del settore sanitario - Fornitori di prestazioni**

**L'AGZ, l'AMOS, l'ASDD, l'ASMAC, l'ÄTG, il Bündner Ärzteverein, la FMH, Interpharma, la KAeG SG, la SMCB, la SMVS, la SSDV, la SSMIG e l'UNION** sono contrari alla modifica dell'allegato 2 OLOGA.

#### **Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori**

/

#### **Associazioni dei consumatori**

/

#### **Altri**

/

### **4.16 Altri punti**

Nel quadro della consultazione, i partecipanti hanno talvolta sollevato altri punti relativi al controllo dei costi.

**L'UDC** sottolinea la necessità di stabilire un certo rapporto tra la durata del pagamento dei premi e le prestazioni delle casse malati.

## **5 Allegato: elenco dei partecipanti alla consultazione <sup>6</sup>**

### **Cantons / Kantone / Cantoni**

<b>Abrév.</b>	<b>Destinataires / Adressaten / Destinatari</b>
<b>Abk.</b>	

<sup>6</sup> in ordine alfabetico in base all'abbreviazione

Abbrev.	
AG	Chancellerie d'État du canton d'Argovie Staatskanzlei des Kantons Aargau Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Chancellerie d'État du canton de Berne Staatskanzlei des Kantons Bern Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Chancellerie d'État du canton de Fribourg Staatskanzlei des Kantons Freiburg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Chancellerie d'État du canton de Genève Staatskanzlei des Kantons Genf Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Chancellerie d'État du canton de Glaris Regierungskanzlei des Kantons Glarus Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Chancellerie d'État du canton des Grisons

	<p>Standeskanzlei des Kantons Graubünden</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni</p>
JU	<p>Chancellerie d'État du canton du Jura</p> <p>Staatskanzlei des Kantons Jura</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura</p>
LU	<p>Chancellerie d'État du canton de Lucerne</p> <p>Staatskanzlei des Kantons Luzern</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna</p>
NE	<p>Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel</p> <p>Staatskanzlei des Kantons Neuenburg</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel</p>
NW	<p>Chancellerie d'État du canton de Nidwald</p> <p>Staatskanzlei des Kantons Nidwalden</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo</p>
OW	<p>Chancellerie d'État du canton d'Obwald</p> <p>Staatskanzlei des Kantons Obwalden</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo</p>
SG	<p>Chancellerie d'État du canton de St-Gall</p> <p>Staatskanzlei des Kantons St. Gallen</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo</p>
SH	<p>Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse</p> <p>Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa</p>
SO	<p>Chancellerie d'État du canton de Soleure</p> <p>Staatskanzlei des Kantons Solothurn</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta</p>
SZ	<p>Chancellerie d'État du canton de Schwyz</p> <p>Staatskanzlei des Kantons Schwyz</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto</p>

TG	Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Staatskanzlei des Kantons Thurgau Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Chancellerie d'État du canton du Tessin Staatskanzlei des Kantons Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Chancellerie d'État du canton d'Uri Standeskanzlei des Kantons Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Chancellerie d'État du canton de Vaud Staatskanzlei des Kantons Waadt Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Chancellerie d'État du canton du Valais Staatskanzlei des Kantons Wallis Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Chancellerie d'État du canton de Zoug Staatskanzlei des Kantons Zug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Chancellerie d'État du canton de Zurich Staatskanzlei des Kantons Zürich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

**Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / in der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partiti rappresentati nell'Assemblea federale**

<b>Abrév.</b>	<b>Destinataires / Adressaten / Destinatari</b>
<b>Abk.</b>	

<b>Abbrev.</b>	
	Le Centre Die Mitte Alleanza del Centro
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. I Liberali Radicali
	Les VERT-E-S suisses GRÜNE Schweiz I VERDI svizzera
PSS	Parti socialiste suisse
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Partito socialista svizzero
UDC	Union démocratique du Centre
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Unione democratica di Centro

**Associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national / Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associazioni mantello nazionali dell'economia**

<b>Abrév.</b> <b>Abk.</b> <b>Abbrev.</b>	<b>Destinataires / Adressaten / Destinatari</b>
economiesuisse	Fédération des entreprises suisses Verband der Schweizer Unternehmen Federazione delle imprese svizzere
USAM	Union suisse des arts et métiers
SGV	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri
USS	Union syndicale suisse

SGP	Schweizer Gewerkschaftsverband
USS	Unione sindacale svizzera

**Liste des destinataires supplémentaires / Liste der zusätzlichen Vernehmlassungsadressaten / Elenco di ulteriori destinatari**

<b>Abrév.</b> <b>Abk.</b> <b>Abbrev.</b>	<b>Destinataires / Adressaten / Destinatari</b>
<b>Millieux intéressés / Interessierte Kreise / Ambienti interessati</b>	
<b>Organisations du domaine de la santé / Organisationen des Gesundheitswesens / Organizzazioni del settore sanitario</b>	
<b>Fournisseurs de prestations / Leistungserbringer / Fornitori di prestazioni</b>	
AGZ	Société des médecins du canton de Zurich Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
Aide et soins à domicile Suisse Spitex Schweiz Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Spitex Verband Schweiz Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
AMDHS VLSS AMOS	Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Associazione dei Medici Dirigenti Ospedalieri Svizzeri
ARTISET	Fédération des associations de branche CURAVIVA, INSOS et YOVITA Föderation der Branchenverbände CURAVIVA, INSOS und YOVITA Federazione delle associazioni di settore CURAVIVA, INSOS e YOVITA
ASDD SVDE ASDD	Association suisse des diététicien-ne-s Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
ASPI	Association suisse des physiothérapeutes indépendants

SVFP	Schweizerischer Verband der freiberuflichen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
ASPI	Associazione Svizzera dei Fisioterapisti Indipendenti
ASE	Association Suisse d'Ergothérapie
EVS	Ergotherapie-Verband Schweiz
ASE	Associazione svizzera di Ergoterapia
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
ASI	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
ASMAC	Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
ASMAC	Assoziiazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
ASPS	Association Spitex privée Suisse Verband der privaten Spitex-Organisationen Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
ÄTG	Société des médecins de Thurgovie Ärztegesellschaft Thurgau
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
FMH	Fédération des médecins suisses Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Federazione dei medici svizzeri
FSLO	Fédération Suisse des Logopédistes Föderation der Schweizer Logopädinnen und Logopäden Federazione Svizzera delle Logopediste e dei Logopedisti
FSP	Fédération suisse des psychologues Föderation der Schweizer Psycholog:innen Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
FSSF	Fédération suisse des sages-femmes

SHV	Schweizerischer Hebammenverband
FSL	Federazione svizzera delle levatrici
H+	H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Gli Ospedali Svizzeri
IGGH-CH	Association suisse des maisons de naissance Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz Comunità d'interesse delle case nascita della svizzera
Intergenerika	Association suisse des fabricants de génériques et de biosimilaires Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller
Interpharma	Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz
KAeG SG	Société des médecins du canton de St-Gall Ärztegesellschaft des Kantons St.Gallen
mfe	Médecins de famille et de l'enfance Suisse Haus- und Kinderärzte Schweiz Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
OPS	Organisation Podologie Suisse Organisation Podologie Schweiz Organizzazione Podologia Svizzera
ospita	Les entreprises suisses de santé Die Schweizer Gesundheitsunternehmen Le aziende sanitarie svizzere
PAP	Politique Groupe de travail Psychiatrie (SSPP et SMHC) Politik Arbeitsgruppe Psychiatrie (SGPP und SMHC)
	Pédiatrie Suisse Pädiatrie Schweiz Pediatria svizzera
pharmaSuisse	Société suisse des pharmaciens

	Schweizerischer Apothekerverband Società svizzera dei farmacisti
physioswiss	Association suisse de physiothérapie Schweizerischer Physiotherapie-Verband Associazione svizzera di Fisioterapia
senesuisse	Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
SNL	Swiss nurse leaders
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SSMIG	Société Suisse de Médecine Interne Générale
SMCB	Société des Médecins du Canton de Berne
BEKAG	Aerztegesellschaft des Kantons Bern
SMVS	Société médicale du Valais
VSÄG	Walliser Ärztegesellschaft
SSDV	Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
SSDV	Società Svizzera di Dermatologia e Venereologia
SSO	Société suisse des médecins-dentistes Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft Società svizzera odontoiatri
unimedsuisse	Médecine universitaire suisse Universitäre Medizin Schweiz Medicina universitaria svizzera
UNION	UNION des sociétés suisses de médecine complémentaire UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare
vaka	Association des hôpitaux, cliniques, institutions de soins et organisations Spitex du canton d'Argovie

	Verband der Spitäler, Kliniken, Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen im Kanton Aargau
vips	Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
VSVA	Association suisse des pharmacies de vente par correspondance Verband der Schweizerischen Versandapotheken
<b>Assureurs / Versicherer/ Assicuratori</b>	
CSS	CSS Assurance-maladie SA CSS Kranken-Versicherung AG CSS Assicurazione malattie SA
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
CTM	Commissione delle tariffe mediche LAINF
HSK	Communauté d'achat HSK (Helsana, sanitas, kpt) Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana, sanitas, kpt) Comunità di acquisti HSK (Helsana, sanitas, kpt)
prio.swiss	L'Association des assureurs-maladie suisses Der Verband Schweizer Krankenversicherer L'Associazione degli assicuratori-malattia svizzeri
Suva	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
	tarifsuisse sa tarifsuisse ag
<b>Associations de consommateurs / Konsumentenverbände / Associazioni dei consumatori</b>	
kf	Forum des consommateurs Konsumentenforum Forum dei consumatori
<b>Autres / Andere / Altri</b>	

	Alliance pour une santé publique libre Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen
FARES	Fédération des associations des retraité-e-s et de l'entraide en Suisse
VASOS	Vereinigung aktiver Senior:innen und Selbsthilfeorganisation der Schweiz
FAPAS	Federazione associazioni pensionate:ti e d'autoaiuto in Svizzera
OTMA SA	Organisation tarifs médicaux ambulatoires
OAAT AG	Organisation ambulanter Arzttarife
	pro-salute.ch
scienceindustries	Association des Industries Chimie Pharma Life Science Wirtschaftsverband Chemie Pharma Life Sciences