



**Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un
unico soggetto
Introduzione di un sistema di finanziamento monistico
Rapporto sui risultati della procedura di consultazione**

Indice

1	Situazione iniziale.....	3
2	Pareri	4
3	Panoramica	5
4	Riepilogo dei pareri espressi	7
4.1	Pareri sull'avamprogetto in generale	7
4.1.1	Cantoni	7
4.1.2	Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale.....	14
4.1.3	Associazioni mantello nazionali dell'economia	15
4.1.4	Associazioni di consumatori	16
4.1.5	Fornitori di prestazioni	17
4.1.6	Associazioni mediche cantonali	23
4.1.7	Assicuratori.....	24
4.1.8	Pazienti e utenti.....	25
4.1.9	Altri.....	26
4.2	Pareri sull'articolo 16 capoverso 3^{bis}.....	28
4.3	Pareri sull'articolo 18	28
4.4	Pareri sull'articolo 25a capoverso 2 primo periodo.....	30
4.5	Pareri sull'articolo 41	30
4.6	Pareri sull'articolo 42	32
4.7	Pareri sull'articolo 49a.....	33
4.8	Pareri sull'articolo 51 capoverso 1 secondo periodo.....	34
4.9	Pareri sull'articolo 60	34
4.10	Pareri sull'articolo 60a.....	37
4.11	Pareri sull'articolo 79a.....	38
4.12	Pareri sull'articolo II	38
4.13	Altre proposte	39
5	Allegato: elenco dei partecipanti alla consultazione.....	40

1 Situazione iniziale

L'11 dicembre 2009 la consigliera nazionale Ruth Humbel (PPD, AG) ha presentato l'iniziativa parlamentare 09.528 n in cui si chiedeva di modificare la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) al fine di introdurre un sistema di finanziamento monistico. Nella sua motivazione l'autrice dell'iniziativa rileva che determinati effetti perversi del sistema sanitario sono inequivocabilmente riconducibili al finanziamento differenziato dei settori ambulatoriale e ospedaliero. Per permettere ai Cantoni di mantenere un influsso e un controllo sui fondi pubblici, si propone di sviluppare un sistema monistico che consenta loro di impiegare le risorse in modo mirato e controllato.

L'attuale normativa prevede un finanziamento differenziato per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali: le prestazioni ambulatoriali sono finanziate esclusivamente dagli assicuratori attraverso i premi, quelle ospedaliere sono coperte per il 55 per cento dai Cantoni e per il restante 45 per cento dagli assicuratori. Questa differenza genera effetti perversi – segnatamente a livello di tariffe – che sono in contrasto con l'obiettivo di un'assistenza sanitaria economica e di qualità. Incoraggia infatti gli assicuratori a trasferire le prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale unicamente se le prestazioni ambulatoriali sono almeno il 55 per cento più convenienti di quelle ospedaliere, creando distorsioni nella scelta della terapia da parte dei fornitori di prestazioni.

L'iniziativa in esame non è il primo tentativo di introdurre un finanziamento unitario dei due settori. Con la seconda revisione della LAMal, respinta dal Consiglio nazionale nel 2003, il Parlamento intendeva già incaricare il Consiglio federale di elaborare un sistema di finanziamento uniforme. Un anno dopo il Consiglio federale, nel suo messaggio concernente la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero, aveva rinunciato al passaggio immediato a un sistema di finanziamento monistico. Nel 2005, tuttavia, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) aveva sviluppato un modello in tal senso che però, vista la massiccia resistenza dei Cantoni, è stato abbandonato.

L'avamprogetto di modifica della LAMal per il finanziamento unitario delle prestazioni elaborato dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) persegue tre obiettivi: promuovere il trasferimento di prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, stabilizzare le quote rispettive del finanziamento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per mezzo dei premi e delle imposte e favorire una tariffazione adeguata per le prestazioni fornite in regime ambulatoriale e ospedaliero. In futuro gli assicuratori dovranno rimborsare tutti i trattamenti ambulatoriali e ospedalieri. La partecipazione dei Cantoni ammonterà ad almeno il 25,5 per cento dei costi a carico degli assicuratori dopo deduzione della franchigia e della partecipazione ai costi degli assicurati. Questa percentuale, che per il periodo 2012–2015 avrebbe raggiunto in media circa 7,5 miliardi di franchi all'anno, viene fissata in modo tale che il passaggio al finanziamento unitario non abbia ripercussioni sul budget dei Cantoni e degli assicuratori.

Una minoranza propone di non entrare in materia poiché ritiene che il progetto potrebbe generare ulteriori falsi incentivi e obbligare i Cantoni a cofinanziare prestazioni ambulatoriali senza dare loro la possibilità di gestire il settore e controllare le fatture. Un'altra minoranza vuole invece assegnare i fondi cantonali agli assicuratori sotto forma di importo forfettario per assicurato (compensazione dei rischi) anziché in base ai costi generati.

Alla consultazione, che si è tenuta dal 15 maggio al 15 settembre 2018, sono stati invitati a partecipare i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le organizzazioni mantello dell'economia, le associazioni dei consumatori, dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e altri ambienti interessati.

2 Pareri

In totale sono stati invitati a partecipare 122 destinatari. La documentazione relativa alla consultazione è stata pubblicata anche sul sito Internet della Confederazione¹. Sono pervenuti 111 pareri dalle seguenti organizzazioni:

- tutti i Cantoni, così come CDS e CLASS;
- 7 partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale (PBD, PPD, PLR.I, PLR VD, PVL, PSS, UDC);
- 4 associazioni mantello nazionali dell'economia (economiesuisse, usam, USS, SSP), un'associazione regionale di categoria (CP);
- 3 associazioni dei consumatori (FRC, SKS e ACSI) e il Forum dei consumatori (kf);
- 37 associazioni di fornitori di prestazioni (Argomed, CURAVIVA, FMCH, FMH, FSP, H+, Interpharma, K3, KSBL, Medswiss.net, mfe, pharmaSuisse, Physioswiss, Physioswiss RVBB, CPS, sa'ges, SBAP, ASI, SSC, scienceindustries, Senesuisse, SSMIG, SSDV, SSP, SGS, FSL, SNL, Spitex, FSAS, Swiss Ortopedics, SWISS REHA, unimedsuisse, USB, vips, AMDOS, VNS e ASMAC);
- CMC e 6 associazioni mediche cantonali (AGBE, GAeSO, OMCT, SMCF, VSÄG, SVM);
- 3 associazioni di assicuratori (santésuisse, curafutura, ASA), 6 assicuratori (Assura, CSS Assurance, Groupe Mutuel, Helsana, SWICA, Visana), CSS Institut, SSMC, CTM;
- 7 organizzazioni di pazienti (AGILE.CH, DVSP, Forum Gesundheit Schweiz, IGPZ, OSP, VAPP, VASK);
- BFG, GRAAP, GELIKO e PH CH.

¹ <http://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/pendent.html#PK>

3 Panoramica

Pur accogliendo con favore il finanziamento unitario, molti partecipanti menzionano una serie di condizioni quadro che devono essere soddisfatte prima di poterlo introdurre. Numerosi partecipanti ritengono l'attuale progetto insufficiente e lo respingono per vari motivi.

PBD, PPD, PLR.I, PVL, UDC, economiesuisse e kf sostengono chiaramente il progetto, così come molti fornitori di prestazioni (Argomed, FMH, FMCH, interPharma, H+, KSBL, Pharma-Suisse, scienceindustries, SSMIG, SSDV, SGS, swiss orthopedics, USB, vips, AMDOS, VNS nonché, con alcune riserve, Curaviva e Spitex) e praticamente tutti gli assicuratori (ad eccezione di Assura) e due associazioni di pazienti (OSP, FGS).

La maggioranza dei membri dell'usam e del BFG si dichiarano in linea di principio favorevoli, ma sono scettici sull'eventualità di concedere ai Cantoni possibilità di controllo supplementari. Altri fornitori di prestazioni (FSP, mfe, medswiss.net, SSP, SNL e unimedsuisse), due associazioni di medici (AGBE, GAeSO), due Cantoni (GL, TG con riserve), GELIKO e IGPZ approvano in linea di massima il progetto.

Quasi tutti i Cantoni (ad eccezione di GL e in misura limitata TG) chiedono che il progetto venga completamente rielaborato, mentre PSS, i sindacati USS e SSP, il fornitore di prestazioni K3 e Assura lo respingono.

CP e CPS si dichiarano contrari al progetto perché comporta troppi interventi da parte dei Cantoni, mentre alcune associazioni di medici (CMC, OMCT, SVM, VSÄG) chiedono un rimangiamento profondo oppure lo bocciano.

Tre associazioni di consumatori (ACSI, FRC e SKS) e quattro associazioni di pazienti (AGILE.CH, DVSP, VAPP, VASK) esprimono scetticismo o addirittura respingono il progetto, così come diversi fornitori di prestazioni (Physioswiss, Physioswiss RVBB, ASI, FSAS, FSL, SBAP, ASMAC), GRAAP e PH CH.

I sostenitori si aspettano che il progetto crei tra l'altro migliori presupposti per ottenere una tariffazione adeguata nel settore ambulatoriale, accelerando così il trasferimento a condizioni socialmente sostenibili dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, con conseguente riduzione dei costi e rafforzamento delle cure coordinate. I risparmi ottenuti nel settore ospedaliero si ripercuoterebbero integralmente sui premi, aumentando l'attrattiva dei modelli di cure integrate.

La maggior parte dei Cantoni e altri partecipanti che si dichiarano scettici o contrari al progetto ritengono che, da solo, il finanziamento unitario non abbia un effetto significativo sul contenimento dei costi e che i falsi incentivi vadano ricercati in primo luogo nella tariffazione delle prestazioni. Il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale può essere realizzato più rapidamente con l'ausilio di elenchi degli interventi. Rafforzando il ruolo degli assicuratori si riducono invece le possibilità di controllo dei costi da parte dei Cantoni poiché l'importanza della pianificazione ospedaliera verrebbe relativizzata. Alcuni dei partecipanti che si oppongono al progetto criticano anche l'indebolimento del controllo democratico.

Quasi tutti i Cantoni e la maggior parte dei partecipanti scettici o contrari ritengono indispensabile che il cofinanziamento delle prestazioni ambulatoriali sia accompagnato da adeguate possibilità di gestione dell'offerta in questo settore.

Diversi fornitori di prestazioni (Curaviva, Interpharma, K3, mfe, SSMIG, Spitex, SNL, USB, vips, AMDOS) e due partiti (PLR.I, UDC) sono favorevoli alla gestione delle autorizzazioni, a condizione che venga introdotto un finanziamento unitario e che l'implementazione sia snella. Altri fornitori di prestazioni (FMH, FMCH, CPS, SSDV, SGS, SW!SS REHA), invece, sono scettici o addirittura ostili ad ulteriori possibilità di gestione.

Dal canto loro, CP, economiesuisse e usam, si oppongono a ulteriori elementi di gestione ma sono favorevoli a un allentamento dell'obbligo di contrarre.

La maggior parte dei Cantoni nonché ASMAC e DVSP chiedono che nel settore ospedaliero le fatture vengano controllate e gestite come finora e che nel settore ambulatoriale venga introdotta una possibilità di controllo delle fatture, ad esempio da parte di un organismo comune.

Diversi fornitori di prestazioni (FMH, H+, mfe, medswiss.net, PharmaSuisse, SSDV, USB) e PPD accolgono con favore la proposta di affidare la gestione delle fatture agli assicuratori. Anche gli assicuratori che si esprimono in merito (Curafutura, Assura, CSS, SWICA, Visana) respingono il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa. Singoli assicuratori (Groupe Mutuel, SWICA) sono aperti a possibilità di controllo da parte dei Cantoni, ad esempio sotto forma di controlli a campione.

Mentre alcuni assicuratori (Curafutura, Helsana, kpt, sanitas, Visana, SWICA) e la minoranza dei membri della Commissione auspicano una ripartizione dei contributi cantonali attraverso il meccanismo di compensazione dei rischi, altri (la maggioranza dei membri di santésuisse, tra cui Assura, Groupe Mutuel) e la maggioranza dei membri della Commissione preferiscono una ripartizione basata sui costi effettivamente sostenuti.

La maggior parte degli assicuratori è propensa a conferire all'istituzione comune degli assicuratori la competenza di distribuire i contributi cantonali. Singoli assicuratori (Assura, Groupe Mutuel) vorrebbero conteggiare i contributi direttamente ai Cantoni. Questo faciliterebbe anche la verifica del domicilio da parte del Cantone.

L'usam e diversi assicuratori (Santésuisse, Assura, Groupe Mutuel, SSMC) auspicano che il contributo cantonale venga calcolato sulla base dei costi lordi anziché netti, come avviene oggi nel settore ospedaliero, al fine di evitare penalizzazioni nei confronti dei pazienti con franchigie più elevate. Curafutura, CSS, SWICA e Visana preferiscono il calcolo basato sui costi netti, come d'altronde previsto dalla CSSS-N.

Vari partecipanti (PSS, SKS, FMCH, mfe, SBAP, ASI, SGS, FSAS, FSL, SNL, DVSP, GELIKO) non approvano il leggero aumento della partecipazione ai costi previsto dal progetto. Secondo diversi assicuratori (Santésuisse, Assura, Groupe Mutuel, SSMC), fornitori di prestazioni (FMCH, SGS), associazioni di medici (CMC, SMCF) e GELIKO, la partecipazione ai costi dovrebbe applicarsi, come peraltro già ora, solo alla quota finanziata dai premi.

Quasi tutti i Cantoni, vari fornitori di prestazioni (Mfe, SBAP, ASI, FSL, FSAS, SWISS REHA e SNL) e organizzazioni di pazienti (DVSP, AGILE.CH, VAPP) e GRAAP chiedono che il finanziamento unitario includa anche le cure di lunga durata. Alcuni Cantoni (BL, GL, TG) sono aperti all'eventualità di una futura inclusione delle cure di lunga durata, a condizione che il progetto contempli una dichiarazione d'intenti vincolante in tal senso. Diversi fornitori di prestazioni (Curaviva, H+, Spitex, USB) trovano più sensato includerle in una fase successiva, dopo aver chiarito le questioni ancora in sospeso. kf, Santésuisse, Assura, CTM e BFG approvano esplicitamente l'esclusione delle cure di lunga durata.

Un'ampia maggioranza dei Cantoni come pure PSS, Curaviva e senesuisse chiedono la creazione di un'organizzazione nazionale paritetica per le tariffe ambulatoriali, simile alla SwissDRG SA.

La maggior parte dei Cantoni auspica un passaggio neutrale sotto il profilo dei costi per ogni singolo Cantone. Anche a causa dell'aumento o della riduzione degli oneri finanziari per i singoli Cantoni, diversi partecipanti ritengono necessario accordare periodi transitori come previsto dalla revisione della LAMal per il settore del finanziamento ospedaliero.

La metà dei Cantoni chiede esplicitamente di eliminare sistematicamente i falsi incentivi che risultano dal legame tra l'assicurazione di base e l'assicurazione complementare. Anche PVL, GELIKO, GRAAP e PH CH formulano richieste in questo ambito.

La maggioranza dei Cantoni come pure PSS, diversi fornitori di prestazioni (K3, KSBL, mfe, SBAP, ASI, SSMIG, FSL, Spitex, FSAS, SNL, SWISS REHA, unimedsuisse, USB, GAeSO) e altre organizzazioni (DVSP, AGILE.CH, IGPZ, GRAAP) respingono l'aumento della quota di finanziamento delle prestazioni fornite nel regime dell'AOMS per gli ospedali convenzionati, mentre alcuni Cantoni e K3 esigono l'abolizione di questa categoria di ospedali. CP e usam chiedono invece di non penalizzare gli assicurati all'assicurazione complementare; anche PVL, FMCH, CPS, PharmaSuisse e SGS concordano con la proposta della CSSS-N.

ACSI, FRC e SVM considerano il finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere la soluzione più efficace.

4 Riepilogo dei pareri espressi

4.1 Pareri sull'avamprogetto in generale

4.1.1 Cantoni

Valutazione generale

La CDS chiede di rielaborare completamente il progetto e definisce una serie di esigenze per un modello di finanziamento unitario per l'insieme delle prestazioni mediche e infermieristico-terapeutiche. Anche CLASS considera il progetto non ancora maturo, oltre che inadeguato e insufficiente per raggiungere gli obiettivi prefissati. Potrebbe infatti comportare effetti collaterali gravi e imprevisi e non è accettabile nella sua impostazione attuale.

AI, AG, GL e SG sostengono espressamente gli obiettivi formulati dalla CSSS-N. TI ritiene che una riforma del finanziamento sia fundamentalmente auspicabile dato che l'attuale sistema di finanziamento comporta falsi incentivi.

Tuttavia, secondo AI, AG, NE, SG, TI e VS il progetto proposto non è lo strumento adatto per raggiungere gli obiettivi prefissati, in particolare per contenere i costi. Pertanto, AI, AG, NE, NW, OW, SG, UR, TI, VD, VS e ZG lo respingono.

AG, BE, BS, GR, OW, SH, SZ e ZH fanno esplicito riferimento al parere della CDS – che sostengono – e invitano a rimaneggiare completamente il progetto. In linea con la posizione della CDS, anche LU, GR, UR, TI, VD e VS chiedono una rielaborazione totale del progetto.

SO e ZH propongono di non entrare in materia, GE e JU di rinunciare del tutto al progetto.

VD esige un nuovo progetto di riforma che tenga conto delle richieste cantonali; in caso contrario si dice pronto a lanciare un'iniziativa o un referendum.

GL sostiene l'introduzione di un sistema di finanziamento unitario, in quanto ritiene che permetta di aumentare l'efficienza e la qualità ed eviti falsi incentivi all'interfaccia tra il settore ospedaliero e quello ambulatoriale che portano a un'offerta inadeguata o eccedentaria di prestazioni. Un finanziamento unitario renderebbe il trasferimento al settore ambulatoriale socialmente sostenibile e aumenterebbe l'attrattiva delle cure integrate.

Anche TG approva il finanziamento unitario, ma auspica una rielaborazione completa dell'avamprogetto.

NE rileva che il progetto prevede un finanziamento monistico, il cui vero obiettivo è quello di conferire agli assicuratori tutte (o quasi) le competenze in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Il principale problema non è il finanziamento ma l'evoluzione dei costi sanitari

Secondo CDS e AG, BE, BL, BS, LU, NW, SO, UR, VD e ZH il problema principale non è tanto la composizione dei costi sanitari e la loro ripartizione tra le singole fonti di finanziamento – anche se la quota a carico dei Cantoni aumenta costantemente dal 1996 – quanto piuttosto l'evoluzione nel tempo dei costi totali del sistema sanitario.

Pertanto, l'obiettivo principale dev'essere quello di rallentare la crescita dei costi e, a lungo termine, di ridurre i costi complessivi del sistema. A tal fine, occorre che le prestazioni siano fornite in modo più efficiente rinunciando a prestazioni inutili. L'imputazione dei costi ai singoli finanziatori è una questione di ripartizione e di politica sociale e va affrontata in altra sede. In questo contesto, il progetto presentato dalla CSSS-N è da considerarsi insufficiente, perché riduce la complessità dei fattori che influiscono sull'evoluzione dei costi ad un unico fattore, ossia la struttura del finanziamento.

Il finanziamento unitario, da solo, non ha effetti significativi sul contenimento dei costi

CDS e AG, AI, BE, BL, GE, FR, JU, NE, NW, SO, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG e ZH rilevano che, da solo, un finanziamento unitario delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere in cui l'assicuratore funge da monista non contribuisce in misura significativa al contenimento dei costi. La riforma proposta non influisce su due importanti fattori di costo del sistema sanitario svizzero, ossia i falsi incentivi legati alla struttura tariffaria e quelli che risultano dalla situazione assicurativa dei pazienti.

Secondo CDS come pure AG, BE, FR, LU, NW, SG, TG, TI, UR, VD, ZG e ZH, gli incentivi nei settori delle tariffe e della situazione assicurativa devono essere introdotti laddove viene presa la decisione di trattamento, ovvero in primo luogo dal fornitore di prestazioni. Per quest'ultimo è irrilevante che le prestazioni siano remunerate da uno o due soggetti finanziatori. Un semplice trasferimento dei flussi finanziari dai Cantoni verso gli assicuratori non introduce nuovi incentivi per il fornitore di prestazioni e non contribuisce quindi a contenere i costi.

Ospedali convenzionati

CDS, CLASS e AG, BE, BL, GE, FR, LU, NW, SG, SZ, TG, TI, UR, VS e VD rilevano che il progetto permette di migliorare la situazione degli ospedali convenzionati, poiché le prestazioni che forniscono sarebbero cofinanziate dall'AOMS in ragione del 74,5 per cento contro l'attuale 45 per cento. Secondo loro, è molto probabile che la maggiore attrattiva degli ospedali convenzionati comporti un aumento del volume delle prestazioni e delle capacità. Il rafforzamento degli ospedali convenzionati comprometterebbe però l'efficacia della pianificazione ospedaliera cantonale e indebolirebbe gli strumenti di controllo nel settore ospedaliero, con conseguenti costi aggiuntivi e un innalzamento dei premi. Il progetto pecca di leggerezza perché non tematizza questi effetti.

Secondo SG, il miglioramento della situazione degli ospedali convenzionati ostacola il passaggio a un finanziamento unitario neutrale sotto il profilo dei costi, che va invece tassativamente garantito. GE si rammarica che il rapporto esplicativo non contenga alcuna spiegazione sul previsto miglioramento della situazione degli ospedali convenzionati.

Per CDS, TG, VD e ZH è coerente abolire il concetto di «ospedale convenzionato». Secondo TG e ZH, in mancanza di una maggioranza e per mantenere lo status quo, occorrerebbe almeno fissare il contributo degli assicuratori nell'ambito del finanziamento unitario al 45 per cento dell'importo dovuto a un ospedale figurante nell'elenco.

Trasferimento dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale

CDS come pure AG, AI, BE, FR, NW, SG, UR, ZG e ZH sono del parere che un finanziamento unitario non sia indispensabile per promuovere il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale. Lo dimostrano i risultati ottenuti con gli elenchi delle prestazioni da erogare in regime ambulatoriale, ad esempio a LU, dove i costi totali sono stati ridotti senza costi aggiuntivi per gli assicuratori. Le eventuali difficoltà dei fornitori di prestazioni con tariffe basse nel settore ambulatoriale dovrebbero essere attenuate dallo sviluppo delle tariffe.

Anche CLASS e GE, JU e NE sottolineano che il principale ostacolo al passaggio al settore ambulatoriale è rappresentato dalla differenza di remunerazione tra il settore ospedaliero e quello ambulatoriale e dalla possibilità per i fornitori di prestazioni di fatturare importi addizionali agli assicurati che hanno un'assicurazione complementare. I fornitori di prestazioni non sono toccati dal finanziamento unitario, motivo per cui il trasferimento delle prestazioni non viene promosso direttamente.

TG considera gli elenchi ambulatoriali una misura supplementare per promuovere il trasferimento in aggiunta al finanziamento uniforme. Ritiene che grazie ad esso gli effetti finanziari non differiranno più tra Cantoni e assicuratori. Gli elenchi cantonali delle prestazioni ambulatoriali non hanno finora comportato costi aggiuntivi per gli assicuratori.

Neutralità sotto il profilo dei costi per i Cantoni

Secondo CDS, AG, BE, LU, NW, TI e UR la revisione proposta comporterà per i Cantoni un notevole onere finanziario supplementare a medio termine, anche se per l'insieme dei Cantoni l'introduzione del finanziamento unitario fosse neutrale sotto il profilo dei costi. Questo aggraverebbe la tendenza attuale, soprattutto perché il contributo dei Cantoni al finanziamento del sistema sanitario (che consiste principalmente in contributi alle cure mediche, alle cure, alla prevenzione e alla riduzione dei premi individuali) è già aumentato notevolmente negli ultimi 20 anni.

LU aggiunge che le maggiori spese dei Cantoni non hanno potuto essere finanziate con un aumento delle imposte. I costi supplementari hanno indubbiamente portato all'adozione di misure di risparmio nel settore sanitario o in altri settori della spesa pubblica. Dato che i costi ambulatoriali aumentano più di quelli ospedalieri, TG propone di ridurre la quota di finanziamento cantonale in base a un fattore di correzione pari ad esempio a 0,995 all'anno, in modo da proteggere i Cantoni da costi aggiuntivi sproporzionati.

CDS, AG, BE, NE, NW, TI, TG, UR, VS, VD e ZH sottolineano che i Cantoni che devono in parte sostenere costi aggiuntivi elevati – in particolare quelli già oggi molto impegnati nella lotta contro le ospedalizzazioni inutili – dovrebbero sostenere questi oneri aggiuntivi senza poter usufruire di un periodo transitorio. Al contrario, nei Cantoni che risulterebbero sgravati bisognerebbe attendersi a un forte aumento dei premi dell'AOMS per gli assicurati. Questi due effetti sono inaccettabili.

CDS, AG, AR, BE, BS, GE, NW, SG, TG, UR e ZH criticano la mancanza di chiarezza sulle modalità di estrapolazione dei contributi cantonali per gli anni dal 2012 al 2015 e osservano che la quota di cofinanziamento cantonale del 25,5 non è verificabile. Per il campo d'applicazione del progetto manca un calcolo verificabile del volume totale delle prestazioni al quale i Cantoni dovrebbero partecipare in ragione del 25,5 per cento. Non è quindi possibile esaminare in modo approfondito le implicazioni finanziarie del progetto.

Secondo CDS, AG, BE, BL, GR, NW, LU, TI, UR e VD, la richiesta della CSSS-N di un'attuazione neutrale sotto il profilo dei costi è presumibilmente soddisfatta per l'insieme dei Cantoni. Tuttavia, il calcolo dev'essere ancora plausibilizzato. A questo proposito il rapporto esplicativo non fornisce elementi sufficienti. La neutralità dei costi nel passaggio al finanziamento unitario implica che la partecipazione di tutti i Cantoni o assicuratori al finanziamento delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non può essere superiore a quella dell'attuale sistema con ripartizione percentuale fissa. In questo modo il nuovo sistema non comporterebbe per i finanziatori un peggioramento al momento dell'entrata in vigore della modifica della LAMal. Il contributo minimo cantonale stabilito per legge va mantenuto costante anche in futuro. Un eventuale aumento puntuale potrebbe poggiare unicamente su una decisione volontaria dei Cantoni interessati.

CDS, CLASS e AG, AI, BE, BL, GR, LU, NW, TI, UR, VS, VD, ZG e ZH chiedono la garanzia della neutralità dei costi non solo per l'insieme dei Cantoni, ma anche per ogni singolo Cantone.

In caso contrario, secondo CDS, CLASS e AG, BE, BS, GR, LU, NW, SZ, UR, VD, VS e ZG il passaggio al finanziamento unitario comporterebbe un onere maggiore per quei Cantoni in cui la struttura delle cure e quella dei pazienti sono orientate più della media al settore ambulatoriale con l'obiettivo di migliorare l'efficienza dell'assistenza sanitaria. Questo effetto potrebbe compromettere, fino all'entrata in vigore della revisione della LAMal, gli sforzi dei Cantoni volti a trasferire ulteriori prestazioni al settore ambulatoriale, ostacolando in ultima analisi un'efficace misura di contenimento dei costi. Nei Cantoni con strutture prevalentemente ospedaliere, per i quali il progetto comporterà sgravi, ci si dovrà attendere a un ulteriore aumento dei premi come conseguenza dell'innalzamento della quota di finanziamento delle prestazioni dell'AOMS.

Per CDS come pure per AG, BE, LU, NW, UR e ZG è indispensabile che tutti i dati e i metodi su cui si basa la determinazione del contributo minimo legale cantonale siano presentati in modo trasparente. Solo così i Cantoni saranno in grado di esaminare e di quantificare le conseguenze finanziarie del passaggio a un finanziamento unitario e il Parlamento potrà rendere conto all'opinione pubblica dell'impatto che il progetto avrà per i contribuenti e gli assicurati.

Inoltre, CDS, AG, BE, LU, NW, UR e VD segnalano che il progetto della CSSS-N garantisce un trasferimento neutrale sotto il profilo dei costi solo per un ambito parziale della responsabilità finanziaria dei Cantoni, ossia per il finanziamento delle prestazioni. Oltre al loro ruolo di finanziatori delle prestazioni e delle cure mediche, i Cantoni contribuiscono ogni anno per svariati miliardi di franchi al finanziamento dei costi sanitari complessivi – segnatamente nell'ambito della riduzione individuale dei premi, del finanziamento delle prestazioni d'interesse generale degli ospedali e della prevenzione – e finanziano i costi amministrativi legati ai compiti di politica sanitaria e di polizia sanitaria di loro competenza.

VD rileva che le precedenti revisioni della LAMal hanno già comportato un notevole onere aggiuntivo per i Cantoni a favore delle assicurazioni complementari (finanziamento ospedaliero) e dell'AOMS (finanziamento delle cure).

Possibilità di gestire l'offerta nel settore ambulatoriale

CDS come pure AG, BE, FR, LU, NW, SO, TI, UR e VS osservano che, stando alla proposta della CSSS-N e prendendo per buona la stima di 7,7 miliardi, i Cantoni dovrebbero trasferire circa il 10 per cento del loro gettito fiscale agli assicuratori malattia senza poter determinare o controllare l'impiego adeguato ed efficiente delle risorse finanziarie. L'attuazione del progetto posto in consultazione violerebbe quindi il principio di equivalenza fiscale e sarebbe in conflitto con la Costituzione federale.

CDS, CLASS e AG, AI, BE, BL, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG e ZH chiedono che ai Cantoni vengano forniti gli strumenti per influenzare in modo mirato l'offerta di cure nel settore ambulatoriale (prestazioni, quantità e qualità). In caso di eccesso di offerta, i Cantoni dovrebbero poter intervenire sul numero di autorizzazioni in una determinata area di specializzazione o sulla distribuzione dell'offerta a livello regionale. Pertanto, il progetto di revisione parziale della LAMal presentato dal Consiglio federale il 9 maggio 2018 è necessario per le nuove autorizzazioni, ma non è sufficiente proprio perché riguarda in primo luogo solo queste ultime. Per quanto attiene alle cure ambulatoriali esistenti, il progetto consente di definire i criteri (perfezionamento, qualità) che i medici autorizzati devono soddisfare per continuare ad esercitare a carico dell'AOMS e la cui inosservanza può se del caso comportare la revoca dell'autorizzazione. Non è però prevista alcuna possibilità per i Cantoni di revocare un'autorizzazione per motivi legati all'assenza di un bisogno. Nel settore ospedaliero la pianificazione e la gestione conformi ai bisogni sono già state introdotte e hanno reso necessaria una serie di adeguamenti strutturali.

Occorre creare una base giuridica federale e garantire l'accesso ai dati necessari affinché i Cantoni possano co-gestire l'offerta di prestazioni ambulatoriali analogamente a quanto avviene nel settore ospedaliero. In questo modo è possibile arrestare efficacemente la tendenza attuale che vede l'offerta di prestazioni – e con essa il volume di prestazioni – superare i bisogni di cure mediche della popolazione e spostarsi sempre più verso il settore ambulatoriale.

CLASS come pure JU e VS sottolineano la necessità di introdurre gli strumenti di gestione richiesti non solo per i medici, ma anche per tutti i fornitori di prestazioni e chiedono che le possibilità di gestione di cui i Cantoni dispongono attualmente nel settore ospedaliero non vengano limitate.

FR è sorpreso dalla mancanza di possibilità di gestione che caratterizza il progetto, tanto più che i Cantoni avevano già respinto una proposta analoga nel 2005.

AG, BE, GL, GL, NW, UR e ZG esigono che anche gli assicuratori dispongano di strumenti efficaci per poter influenzare in modo mirato l'offerta di cure ambulatoriali (prestazioni, quantità e qualità).

Settore ospedaliero: gestione delle fatture come finora

CDS, CLASS e AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG, VS, VD e ZH chiedono che nel settore ospedaliero le fatture vengano gestite come finora, con una chiave di finanziamento adattata di conseguenza. Nel settore ambulatoriale la fatturazione deve basarsi sulle prestazioni effettivamente erogate alla popolazione del Cantone, come previsto dall'articolo 60a LAMal. La fatturazione ad un solo attore comporterebbe solo risparmi marginali, mentre implicherebbe una sensibile perdita di informazioni e possibilità di controllo per i Cantoni. Visto l'elevato numero di fatture, nel settore ambulatoriale potrebbe invece essere utile definire un unico soggetto per la fatturazione e il pagamento e dare ai finanziatori la possibilità di controllare l'importo delle fatture di loro competenza.

CLASS, SG e VS sono del parere che i Cantoni devono poter controllare le fatture, soprattutto perché gli assicuratori non verificano il rispetto del mandato dei fornitori di prestazioni nell'ambito della pianificazione ospedaliera. Quest'ultima risulterebbe peraltro ostacolata dalla mancanza di informazioni. L'attuale sistema di fatturazione diretta ai Cantoni nel settore ospedaliero va quindi mantenuto in quanto non impedisce un finanziamento unitario.

Sebbene ravvisi la necessità di intervento di fronte ai discutibili doppioni nei controlli delle fatture, OW dubita che gli assicuratori controllerebbero in misura sufficiente anche gli aspetti importanti per i Cantoni (ad es. domicilio, competenza, pianificazione ospedaliera ecc.).

GL è favorevole all'abolizione dell'attuale sistema di fatturazione duale per introdurre un sistema in cui le fatture sono indirizzate agli assicuratori (generalmente) competenti per il controllo e il disbrigo e quantifica lo sgravio sul piano amministrativo a circa 80 000–100 000 franchi all'anno. Il Cantone propone una modifica della LAMal in modo da obbligare gli assicuratori a verificare il domicilio civile del paziente prima di fornire la prestazione. A tal fine, gli assicuratori devono poter accedere ai registri cantonali o comunali degli abitanti. I Cantoni devono poter effettuare in ogni momento controlli a campione e pretendere dall'ufficio di revisione dei conti degli assicuratori la correttezza degli importi richiesti ai Cantoni.

Possibilità di controllo delle fatture ambulatoriali

CDS come pure AG, AI, BE, BL, LU, NW, OW, SO, TG, UR, VD, ZG e ZH chiedono che ai Cantoni venga data una possibilità di verificare la corretta contabilizzazione delle prestazioni ambulatoriali fornite alla rispettiva popolazione, ad esempio attraverso la creazione di un organo comune (assicuratori malattia / Cantoni). In questo modo potrebbero onorare la propria responsabilità finanziaria e garantire l'impiego efficiente del denaro dei contribuenti. Se gli assicuratori malattie e i Cantoni finanziano le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere su base duale, il controllo delle fatture non può più essere considerato un compito esclusivo degli assicuratori. A tal fine, occorre da un lato la piena trasparenza sui dati relativi ai costi e alle prestazioni, dall'altro la possibilità di consultare le fatture emesse, se possibile subito dopo il loro inoltro all'assicuratore. A titolo di esempio vengono citati i servizi medici dell'assicurazione sanitaria tedesca (*Medizinische Dienste der Krankenversicherung*, MDK), che controllano le fatture contestate dai finanziatori in base a criteri definiti congiuntamente. Secondo CDS, BL e VD, potrebbe essere opportuno introdurre un modello analogo in Svizzera anche con un sistema di finanziamento unitario.

Organizzazione nazionale per le tariffe ambulatoriali

CDS, CLASS, AG, AI, BE, GE, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG, VD e ZH suggeriscono di istituire un'organizzazione nazionale per le tariffe ambulatoriali a cui parteciperanno su base paritetica i Cantoni e i partner tariffali. Le strutture tariffarie hanno un influsso

significativo sull'evoluzione del volume delle prestazioni nel settore ambulatoriale. Pertanto, la loro attualità e la professionalità con cui vengono gestite sono fondamentali. L'organizzazione nazionale dovrà sottoporre al Consiglio federale per approvazione le strutture tariffarie elaborate e i loro adeguamenti. Questa richiesta corrisponde del resto alla misura M34 proposta dal gruppo di esperti «Misure di contenimento dei costi». Per effetto del cofinanziamento auspicato nel settore ambulatoriale, i Cantoni sono tenuti a partecipare all'organizzazione nazionale secondo un modello tripartito.

Secondo FR, il progetto non mostra in concreto come un finanziamento unitario rafforzerebbe gli incentivi per gli assicuratori e i Cantoni a una tariffazione più adeguata. Il progetto non contempla modifiche di legge che definiscono i compiti dei vari attori nei negoziati tariffali, ad esempio conferendo ai Cantoni un ruolo più forte in questo ambito.

GL auspica che grazie a tariffe adeguate, che riflettano tutti i costi della fornitura efficiente di prestazioni a carico dell'AOMS, si eviterà la piena assunzione dei costi non coperti da parte del settore pubblico, come invece avviene in parte attualmente.

Falsi incentivi tra assicurazione di base e assicurazione complementare

CDS come pure AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, UR, VD, ZG e ZH chiedono che vengano eliminati sistematicamente i falsi incentivi risultanti dalla connessione tra le convenzioni contrattuali dei partner tariffali nel settore dell'assicurazione di base e dell'assicurazione complementare.

Occorre impedire che i partner tariffali colleghino in sede negoziale il settore dell'assicurazione di base con quello dell'assicurazione complementare e ottengano condizioni che migliorano globalmente il loro risultato economico ma che sono contrarie a un'allocazione ottimale delle prestazioni nell'AOMS e a una remunerazione corretta (a copertura dei costi) delle prestazioni dell'AOMS. Una maggiore separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare potrebbe comprendere quattro elementi.

Primo, l'acquisto di prestazioni nei settori dell'AOMS e dell'assicurazione complementare dovrebbe essere effettuato da organi indipendenti. Secondo, un'eventuale copertura assicurativa complementare non dovrebbe avere alcuna rilevanza nella valutazione della presa a carico di una prestazione da parte dell'AOMS. Terzo, gli organi responsabili dell'acquisto delle prestazioni e i servizi medici fiduciari dell'AOMS o dell'assicurazione complementare non possono scambiarsi informazioni rilevanti per l'acquisto delle prestazioni. Quarto, aumentando la trasparenza in merito ai costi e ai proventi delle attività di assicurazione complementare tra i fornitori di prestazioni, sarebbe più facile identificare ed evitare collegamenti illeciti tra il settore AOMS e quello dell'assicurazione complementare.

ZG aggiunge che lo scambio di informazioni tra gli organi responsabili dell'acquisto di prestazioni delle assicurazioni di base e di quelle complementari nonché tra i rispettivi servizi medici di fiducia dev'essere bloccato.

Inclusione delle cure di lunga durata

CDS, AG, AI, BE, BL, GE, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG e ZH sono del parere che un finanziamento unitario nel settore ambulatoriale e ospedaliero possa portare a un vero miglioramento dell'organizzazione delle cure e degli incentivi al coordinamento solo se anche le cure di lunga durata (case di cura e Spitex) sono integrate nel modello di finanziamento.

Anche nel settore delle cure di lunga durata e alle interfacce tra trattamenti medici acuti e cure si osservano falsi incentivi che, a differenza di quelli riscontrabili nel finanziamento ospedaliero, sono legati anche al finanziamento e non solo alla tariffazione. La decisione di fornire una prestazione in regime ambulatoriale o ospedaliero non dovrebbe dipendere né dal finanziamento né dalle tariffe, ma piuttosto dal setting di cura più efficiente. E anche quando, prima o poi, un paziente è trasferito dal regime ospedaliero a quello delle cure, la questione del

finanziamento diverso nei due regimi non dovrebbe avere un'incidenza. Poiché i contributi al finanziamento dell'AOMS sono invariati da anni mentre i costi per il finanziamento residuo continuano ad aumentare, i costi delle cure gravano sempre più sulle finanze dei Cantoni e dei Comuni. La direzione degli spostamenti di oneri è esattamente inversa a quella del finanziamento ospedaliero. Pertanto, appare coerente estendere il finanziamento unitario alle prestazioni delle case di cura e all'assistenza a domicilio (Spitex). Si tratta di un elemento essenziale della riforma anche nell'ottica del rafforzamento del coordinamento. I costi dell'AOMS per le prestazioni di cura ai sensi dell'articolo 25a capoverso 1 LAMal e dell'articolo 7 OPre e i contributi dei Cantoni e dei Comuni nell'ambito del finanziamento residuo LAMal (ossia senza spese alberghiere e di assistenza) devono pertanto essere inclusi nei costi da finanziare con il sistema duale e la chiave di finanziamento globale dev'essere adeguata di conseguenza.

Per BL è comprensibile che il settore delle cure non sia ancora incluso nel progetto visto che restano ancora molti lavori preparatori da completare (costi, trasparenza). Tuttavia, il progetto dovrebbe almeno prevedere l'inclusione in modo vincolante e bisognerebbe avviare immediatamente le misure necessarie.

GL e TG sono aperti a un'attuazione a tappe di un finanziamento unitario nel settore delle cure di lunga durata. Secondo GL, tuttavia, l'inclusione di queste ultime andrebbe sancita già nelle disposizioni transitorie e occorrerebbe prevedere un adeguamento della ripartizione dei costi. TG ritiene che un'estensione del finanziamento unitario alle cure di lunga durata abbia senso solo se nella prima fase è dimostrato che gli obiettivi sono stati raggiunti.

Cure coordinate

Secondo CDS, AG, BE, FR, NW e UR, il finanziamento unitario può creare i presupposti per migliorare l'allocazione delle prestazioni, il percorso assistenziale, la catena di trattamento e, di rimando, la qualità delle cure. Tuttavia, questo implica anche che vi siano modelli assicurativi corrispondenti. Nella migliore delle ipotesi, si può solo sperare che gli assicuratori malattia sfruttino le loro possibilità meglio di quanto non facciano oggi. I Cantoni non hanno alcuna possibilità di influenzare direttamente l'ottimizzazione futura della catena terapeutica.

ZH aggiunge che un finanziamento unitario delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali migliora solo molto indirettamente le cure coordinate poiché i falsi incentivi sono principalmente dovuti a strutture tariffarie inadeguate. Anziché sperare nell'effetto indiretto del finanziamento unitario, sarebbe più onesto ed efficiente affrontare direttamente i falsi incentivi. Il finanziamento unitario nei settori ospedaliero e ambulatoriale non crea nuovi incentivi per i fornitori di prestazioni in grado di aumentare l'attrattiva dei modelli di cure coordinate. Per loro, infatti, non è l'origine ad essere rilevante, bensì il livello di remunerazione.

BL e TG vedono i vantaggi offerti dal finanziamento unitario per i modelli di cure coordinate, dato che i contributi cantonali verrebbero distribuiti uniformemente tra i diversi modelli assicurativi e non verrebbero utilizzati solo per i ricoveri ospedalieri. La conseguente riduzione dei premi renderebbe ancora più attrattivi i modelli di cure integrate. In ultima analisi, rafforzando le cure integrate si potrebbero ottenere maggiori risparmi e nel contempo un'assistenza sanitaria tendenzialmente migliore.

Altri pareri e commenti

CDS, AG, FR e NW fanno osservare che il progetto non definisce le modalità di estensione della responsabilità di vigilanza della Confederazione. Tale estensione è indispensabile visto il significativo aumento del volume dei fondi LAMal nelle mani degli assicuratori.

CLASS, GE e NE fanno notare che il previsto lieve aumento dei premi per gli adulti si aggiunge agli aumenti già subentrati dopo le modifiche apportate alla LAMal per ridurre l'onere finanziario per i bambini e i giovani. Se l'obiettivo del progetto è quello di ridurre i costi della sanità, i premi non dovrebbero aumentare.

BE sottolinea che a seguito delle modifiche della LAMal già introdotte deve ridurre sensibilmente i premi per i bambini. Non potrà utilizzare le risorse liberate grazie alla diminuzione dell'onere per la riduzione dei premi, derivante dal finanziamento unitario, per ridurre i premi per gli adulti perché rimarrebbero comunque costi aggiuntivi a seguito della modifica della LAMal già effettiva.

GR rileva che finora anche i Comuni hanno dovuto contribuire alle spese ospedaliere dei loro cittadini. Affinché questa disposizione possa continuare ad essere applicata, gli assicuratori devono essere tenuti per legge a fornire ai Cantoni, oltre ai dati relativi ai costi e alle prestazioni, anche l'attuale domicilio della persona assicurata o trattata nonché il suo numero AVS. Questo è necessario per poter individuare i Comuni non correttamente assegnati ai singoli Cantoni e per verificare se sussiste tuttora un diritto alla riduzione dei premi. In questo senso, si tratta di una questione generale, non specifica del Cantone.

Per VD l'avamprogetto sembra suggerire che i medicinali, i mezzi e gli apparecchi (EMAp) sono inclusi nel sistema di finanziamento unitario, tuttavia il rapporto esplicativo non ne fa menzione. Il Cantone deplora questa ambiguità tanto più che le implicazioni finanziarie sono notevoli.

VD lamenta inoltre il fatto che il rapporto esplicativo non precisi le conseguenze per il personale che potrebbe essere licenziato se le fatture non venissero più controllate dal Cantone. Non vi sono nemmeno riferimenti al fatto che i costi dell'istituzione comune responsabile del controllo delle fatture, a carico degli assicuratori, comporterebbero un aumento dei premi.

4.1.2 Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PBD, PPD, PLR.I, PLR VD, PVL e UDC approvano il progetto. PLR VD rileva tuttavia che alcuni punti vanno ulteriormente precisati per evitare un aumento del volume di prestazioni o un'ulteriore statalizzazione della medicina. Dal canto suo, PVL sottolinea i vantaggi offerti dalle cure coordinate.

PSS è sostanzialmente favorevole al finanziamento unitario delle prestazioni sanitarie ma ritiene inaccettabile la proposta della maggioranza della Commissione, in quanto prevede unicamente un trasferimento di risorse dai Cantoni agli assicuratori. Sostiene pertanto la proposta di minoranza di non entrata in materia.

In linea di principio PLR.I è contrario alla gestione da parte dei Cantoni dell'offerta nel settore ambulatoriale ma è disposto a fare una concessione a patto che il finanziamento unitario venga effettivamente introdotto. Propone di combinare l'entrata in vigore del finanziamento unitario con quella dell'oggetto 18.047 «LAMal. Autorizzazione dei fornitori di prestazioni», che prevede di mettere a disposizione dei Cantoni strumenti di gestione dell'offerta ambulatoriale. Ritiene infine che occorrerebbe mettere a punto un modello di governance per risolvere la questione della sovrapposizione dei ruoli e ridurre i conflitti di interessi dei Cantoni. Il PPD approva il progetto concernente l'«ammissione dei fornitori di prestazioni» e sostiene un'introduzione contemporanea a quella del finanziamento uniforme.

Secondo PSS, il progetto costringerebbe i Cantoni ad «affidare» i loro contributi agli assicuratori senza possibilità di controllo. Parallelamente, le possibilità di controllo di cui attualmente dispongono, come lo stanziamento globale di bilancio e la pianificazione ospedaliera, risulterebbero indebolite. I Cantoni devono poter gestire le autorizzazioni rilasciate ai fornitori di prestazioni.

UDC ritiene che, per rispettare il principio di equivalenza, si debba provvedere affinché anche con l'introduzione di un finanziamento unitario i Cantoni abbiano la possibilità di controllare i costi.

PVL e PSS sono favorevoli a una tariffazione adeguata nel settore ambulatoriale: PSS attraverso un'organizzazione tariffaria nazionale, PVL attraverso le misure previste dal Consiglio federale.

PSS è del parere che non si siano chiarite a sufficienza le conseguenze finanziarie del progetto. Un ulteriore aumento della partecipazione ai costi è inaccettabile e la quota di finanziamento mediante le imposte andrebbe aumentata.

PBD, PLR.I e UDC sono favorevoli al versamento del contributo cantonale sotto forma di importo forfettario per persona assicurata. Secondo PPD i due modelli incitano al trasferimento di prestazioni dal settore ospedaliero al settore ambulatoriale.

PLR VD ritiene che il contributo cantonale debba basarsi su cifre recenti e che sia necessario definire l'intervallo/il lasso di tempo che i Cantoni avranno a disposizione per versare il contributo.

PSS si rammarica che il rapporto esplicativo non metta a confronto i due modelli e non ne presenti i vantaggi e gli svantaggi. È del parere che allo stato attuale i due modelli presentino svantaggi e che la presa a carico integrata dei pazienti debba essere incoraggiata e implementata con strumenti diversi dai meri incentivi economici.

Il PPD è favorevole al rimborso delle prestazioni unicamente da parte degli assicuratori. Il controllo delle fatture è una competenza centrale degli assicuratori. PSS si chiede se il progetto sia conforme alla Costituzione (art. 117 Cost.). Sottolinea inoltre come non sia stato tematizzato il possibile impatto che il trasferimento del controllo delle fatture agli assicuratori avrà sul personale statale.

PVL chiede una separazione più netta tra assicurazione di base e assicurazione complementare e una maggiore trasparenza in questo settore. La CSSS-N dovrebbe esaminare nuovamente se i passi intrapresi finora dall'UFSP e dalla FINMA sono sufficienti o se è necessario un intervento legislativo.

PSS respinge il rafforzamento degli ospedali convenzionati attraverso l'aumento della quota di finanziamento dell'AOMS, in quanto ritiene che per le assicurazioni complementari questo rappresenterebbe il secondo sgravio dalla revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero. Teme inoltre un ulteriore aumento dei costi nell'AOMS.

4.1.3 Associazioni mantello nazionali dell'economia

USS e SSP respingono con fermezza l'avamprogetto.

Pur sostenendo il principio di un finanziamento unitario, CP e usam esprimono grande scetticismo su un eventuale rafforzamento delle possibilità dei Cantoni di gestire le autorizzazioni. CP respinge il progetto nella sua forma attuale, mentre la maggioranza delle associazioni affiliate all'usam è favorevole al finanziamento unitario.

Economiesuisse appoggia il finanziamento unitario.

Secondo USS l'assistenza medica fa parte del servizio pubblico. L'incentivo perverso principale risiede nel fatto che le attuali tariffe ospedaliere coprono i costi più di quelle ambulatoriali. Questo è dovuto al fatto che nel settore dell'assicurazione complementare gli assicuratori conseguono utili. Il progetto non cambia questa situazione. Per promuovere il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale sono più efficaci gli elenchi di interventi. Indipendentemente dal progetto, occorre aumentare la quota dei costi sanitari finanziata in funzione del reddito, ad esempio estendendo la riduzione dei premi.

USS e SSP criticano l'ulteriore perdita di possibilità di gestione per i Cantoni che il progetto comporta. Gli stanziamenti globali di bilancio non sarebbero più possibili e il trasferimento di risorse agli assicuratori senza possibilità di controllo appare problematico dal punto di vista del diritto finanziario. Il ruolo multiplo dei Cantoni rispecchia la responsabilità che questi hanno per il servizio pubblico. L'innalzamento della quota di finanziamento per gli ospedali convenzionati indebolisce la pianificazione ospedaliera e aumenta i costi a carico dell'AOMS. L'indebolimento degli ospedali inclusi nell'elenco porterebbe a un peggioramento delle condizioni di lavoro del personale, con conseguenze negative per la qualità. Inoltre, porterebbe a una crescita della domanda di assicurazioni complementari.

Secondo SSP questo rafforzerebbe la medicina a due velocità. Nel rapporto esplicativo la questione dell'attuabilità futura delle prestazioni d'interesse generale rimane aperta. Inoltre, il progetto non migliora la situazione degli assicurati con un reddito modesto.

USS sostiene la maggior parte delle misure richieste da CDS. Pur considerando ragionevole includere anche le cure di lunga durata, USS vi si oppone fintanto che verrà applicato l'attuale regime di finanziamento con premi pro capite. Poiché il finanziamento unitario combinato con la soppressione dell'obbligo di contrarre accresce il potere degli assicuratori, è indispensabile disciplinare la gestione delle autorizzazioni. La quota di finanziamento unitaria penalizza i Cantoni che hanno già una struttura delle cure prevalentemente ambulatoriale.

CP e usam rilevano che le possibilità supplementari di gestione delle autorizzazioni rafforzano la sovrapposizione di ruolo dei Cantoni. Queste possibilità andrebbero limitate in modo rigoroso. Gli assicurati in regime complementare non dovrebbero essere penalizzati. Una forte minoranza delle associazioni affiliate a usam esprime scetticismo in merito alle competenze supplementari che il progetto prevede di conferire ai Cantoni per la gestione delle autorizzazioni. usam sosterrrebbe il progetto a condizione che si rinunci al collegamento con la gestione delle autorizzazioni, si creino condizioni di concorrenza eque per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, si limiti la sovrapposizione di ruoli dei Cantoni e non si penalizzi ulteriormente gli assicurati all'assicurazione complementare.

Economiesuisse si oppone a ulteriori elementi di gestione per gli enti pubblici che intervengono nella fornitura delle prestazioni perché possono compromettere i guadagni di efficienza ottenuti. Ritiene che l'allentamento dell'obbligo di contrarre rappresenti una possibilità di gestione intelligente per i Cantoni e auspica una distribuzione dei contributi cantonali attraverso il meccanismo della compensazione dei rischi. L'organizzazione è contraria all'inclusione del finanziamento delle cure, poiché attualmente in questo settore il finanziamento non è assunto da agenti diversi a seconda che le cure siano fornite in regime ambulatoriale o ospedaliero.

4.1.4 Associazioni di consumatori

FRC considera il progetto insoddisfacente. Auspica un finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa del settore ambulatoriale e ospedaliero, mentre le prestazioni ambulatoriali fornite in uno studio medico dovrebbero continuare ad essere interamente a carico degli assicuratori. Una simile riforma andrebbe tra l'altro completata da elenchi degli interventi ambulatoriali, da una migliore pianificazione ospedaliera e da cartelle cliniche elettroniche.

ACSI ritiene che un finanziamento uniforme possa essere vantaggioso per ridurre i falsi incentivi, ma non è detto che possa raggiungere lo scopo che si prefigge. Gli elenchi degli interventi ambulatoriali e le cure coordinate, non contemplati nel progetto, possono rivelarsi più efficaci.

Secondo SKS, un finanziamento unitario potrebbe in linea di principio contribuire ad eliminare i falsi incentivi, ma l'attuale progetto non è né efficace né sostenibile.

Kf è favorevole a un finanziamento unitario. Vari esempi hanno dimostrato come la fornitura di prestazioni in regime ambulatoriale sia molto più economica.

FRC, ACSI e SKS sono del parere che il finanziamento differenziato possa generare falsi incentivi, tuttavia la sua importanza è secondaria. Contano molto di più una tariffazione adeguata, la riduzione del prezzo dei medicinali, una migliore pianificazione ospedaliera, una migliore gestione delle autorizzazioni nonché la limitazione delle prestazioni non opportune dal punto di vista medico. Non è certo che il controllo dei costi migliorerà se i Cantoni non verificheranno più le fatture per i trattamenti ospedalieri. In generale, FRC e ACSI concordano con CDS sul fatto che un trasferimento di entrate fiscali senza possibilità di controllo sia inaccettabile.

Secondo kf, il finanziamento unitario promuove il coordinamento delle cure e quest'effetto andrebbe sfruttato. Se i Cantoni intendono controllare le autorizzazioni ad esercitare nel settore ambulatoriale, devono anche contribuire finanziariamente. Le cure di lunga durata dovrebbero

essere escluse in modo da non ritardare il progetto. La discussione sul futuro del finanziamento delle cure andrebbe in ogni caso avviata rapidamente.

Secondo FRC e ACSI, gli effetti sui premi e sulla partecipazione ai costi degli assicurati sono difficili da valutare. SKS, invece, prevede un aumento della partecipazione ai costi, anche se la Svizzera è già ai primi posti in questo campo.

Secondo ACSI, FRC e SKS, il miglioramento della situazione degli assicurati con copertura complementare che risulta dalla riduzione della partecipazione ai costi negli ospedali convenzionati (e quindi anche dei premi delle assicurazioni complementari) non è nell'interesse della maggioranza dei consumatori che non ha un'assicurazione complementare.

Secondo ACSI e FRC, il miglioramento dell'efficienza dei modelli di cure coordinate non è garantito e la Confederazione dovrebbe controllare meglio questi modelli.

SKS chiede di migliorare e monitorare la qualità delle prestazioni ambulatoriali quale misura più urgente.

4.1.5 Fornitori di prestazioni

Valutazione generale

Argomed, FMH, FMCH, interPharma, KSBL, PharmaSuisse, scienceindustries, SSMIG, SSDV, SGS, swiss orthopedics, USB, vips, AMDOS e VNS sostengono il progetto di finanziamento unitario poiché rende socialmente sostenibile il trasferimento dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale, promuove l'efficienza, elimina i falsi incentivi e agevola l'introduzione di tariffe adeguate e di modelli di cure integrate. CPS, FMCH, SGS e swiss orthopedics chiedono lo stralcio definitivo degli elenchi di prestazioni da erogare in ambulatorio e l'inserimento di una disposizione transitoria in questo senso. Anche K3 considera onerosa l'implementazione degli elenchi e preferisce un finanziamento unitario e un avvicinamento del grado di copertura tariffaria dei costi. SGS e swiss orthopedics condividono il parere di FMCH.

H+ appoggia il finanziamento unitario. Ritiene opportuno un adeguamento della quota di finanziamento senza ripercussioni sui costi. La responsabilità del finanziamento dell'assistenza sanitaria deve continuare a incombere a un'organizzazione legittimata democraticamente; gli assicuratori non hanno la necessaria legittimità.

Spitex sostiene in linea di principio il finanziamento unitario e il progetto anche se con alcune riserve.

Curaviva appoggia il progetto, ma ritiene che siano necessarie misure di accompagnamento, in particolare l'introduzione di possibilità di controllo cantonali e un'organizzazione tariffaria nazionale per il settore ambulatoriale. Sebbene a lungo termine auspichi anche l'integrazione delle cure, è del parere che sia necessario procedere a una serie di lavori di base e che pertanto il finanziamento delle cure debba essere, in un primo tempo, escluso dal progetto.

Mfe e medswiss.net sostengono l'orientamento del progetto, anche perché punta a una soluzione a più lungo termine per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Le quote di finanziamento verrebbero stabilizzate e i Cantoni dovrebbero partecipare al finanziamento dei costi del settore ambulatoriale. Anche se, secondo medswiss.net, per il trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale conta di più la struttura delle tariffe che non il finanziamento unitario, il progetto è il primo passo per affrontare efficacemente questo problema.

SNL è favorevole al finanziamento unitario e auspica che anche la psichiatria e la riabilitazione vengano integrate.

CPS sostiene fondamentalmente il finanziamento unitario ma ritiene che gli svantaggi derivanti dall'associazione al controllo delle autorizzazioni sarebbero superiori ai vantaggi visto che la sovrapposizione dei ruoli dei Cantoni risulterebbe rafforzata. Respinge quindi il progetto nella sua forma attuale, mentre lo appoggierebbe se creasse condizioni concorrenziali eque per i

fornitori di prestazioni e gli assicuratori e separasse i vari ruoli dei Cantoni, ad esempio istituendo un organismo di vigilanza nazionale indipendente.

Sebbene K3 sia sostanzialmente a favore del finanziamento monistico, respinge il progetto nella sua forma attuale adducendo che il problema principale non risiede nel finanziamento duale, bensì nelle tariffe inadeguate dell'AOMS, che non coprono i costi. Ritiene che i Cantoni debbano partecipare anche alle prestazioni ambulatoriali e si aspetta che, per effetto del finanziamento unitario, l'amministrazione risulterà semplificata e vi saranno meno conflitti di interessi. È pertanto favorevole a un finanziamento unitario con regole fisse e chiare e rimanda al parere di H+.

Pur sostenendo in linea di principio il finanziamento unitario, unimeduisse non crede che eliminerà i falsi incentivi che caratterizzano il finanziamento delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. In questo senso, è fondamentale che le tariffe rispecchino i costi e non si crei una situazione di sotto- o sovrafinanziamento. Inoltre, il progetto non tematizza la qualità, anche se questa dovrebbe giocare un ruolo per il finanziamento.

SSP appoggia il finanziamento unitario a condizione che contribuisca a una tariffazione adeguata delle prestazioni ambulatoriali, in particolare in pediatria, e freni l'evoluzione dei premi per le famiglie con un reddito medio-basso. Teme tuttavia che la revisione non comporti una remunerazione adeguata di questi settori.

Physioswiss critica il progetto. Ritiene che gli assicuratori non siano molto interessati al finanziamento delle prestazioni coordinate e a una corretta tariffazione. Il progetto conferisce agli assicuratori un ruolo multiplo – peraltro problematico – mentre marginalizza i Cantoni. La fisioterapia e altre professioni sanitarie rischiano di essere dimenticate.

Physioswiss RVBB sostiene in linea di principio il finanziamento unitario, ma ritiene che il progetto lasci alcune questioni aperte. In particolare, le possibilità di gestione e di controllo dei Cantoni sono troppo limitate e gli assicuratori hanno maggior potere.

FSP sostiene le grandi linee del progetto.

Pur essendo favorevoli in linea di principio a un finanziamento unitario perché potrebbe contribuire ad eliminare falsi incentivi, ASI, FSAS, FSL, SBAP e ASMAC respingono il progetto proposto. FSAS sostiene espressamente il parere di ASI, mentre SBAP quello di FSAS. Secondo ASI e ASMAC il progetto consiste in un mero trasferimento di risorse. ASI non vede alcuna correzione dei falsi incentivi che risultano principalmente dalla tariffazione.

sa'ges sostiene espressamente la posizione di GELIKO.

Senesuisse non commenta espressamente il progetto in dettaglio, ma formula una serie di richieste per il settore delle cure di lunga durata nel caso in cui dovesse essere incluso nel finanziamento unitario.

Fatturazione e controllo delle fatture

H+ e Pharmasuisse accolgono con favore il fatto che gli assicuratori diventeranno gli unici debitori dell'importo delle fatture per il settore ospedaliero e quello ambulatoriale. Secondo Pharmasuisse, però, i Cantoni devono avere accesso ai dati dei conteggi ma non devono controllare le fatture. H+ chiede invece che gli assicuratori siano sottoposti a controlli più severi, che la procedura di controllo sia uniformata e che la sua qualità sia verificata.

Per FMH e SSDV il controllo delle fatture da parte dei Cantoni non è necessario perché è nell'interesse degli assicuratori garantire un controllo efficace. Inoltre, il doppio controllo è oneroso e i Cantoni non hanno potuto dimostrarne il valore aggiunto. L'istituzione comune dovrebbe ricevere anche i dati forniti dalla Confederazione, dai Cantoni e dagli assicuratori per il calcolo dei contributi cantonali e federali.

Mfe e medswiss.net lascerebbero il controllo delle fatture agli assicuratori e ai pazienti. L'amministrazione non andrebbe completata da un'altra istanza di controllo. Mfe propone invece di integrare nella LVAMa la possibilità per i Cantoni di effettuare controlli a campione nel settore ospedaliero.

Per USB è comprensibile che i Cantoni controllino la fatturazione delle prestazioni; tuttavia tale controllo non dev'essere obbligatorio visto che gli assicuratori continueranno a controllare le fatture.

ASMAC chiede una soluzione di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa e respinge un finanziamento monistico che fa capo agli assicuratori.

Possibilità di gestione per i Cantoni

FMH, FMCH, CPS, SSDV, SGS e SWISS REHA sono scettici o addirittura ostili verso la proposta di conferire ai Cantoni ulteriori possibilità di gestione nel settore ambulatoriale.

FMH e la SSDV non vedono la necessità di introdurre un controllo supplementare da parte dei Cantoni nel senso di una limitazione dei fornitori di prestazioni ambulatoriali, poiché la domanda in questo settore aumenterà per effetto del finanziamento unitario. Invitano inoltre a esaminare l'efficienza di un'eventuale agevolazione del regime ambulatoriale ospedaliero rispetto al regime ambulatoriale in uno studio medico. SWISS REHA è contraria al conferimento di ulteriori competenze di gestione ai Cantoni, in quanto sono solo finanziatori di minoranza e i loro conflitti di ruolo non dovrebbero essere intensificati. Anche dal punto di vista costituzionale FMCH e SGS non ravvedono la necessità di ulteriori possibilità di gestione per i Cantoni. Secondo l'articolo 117 Cost. la Confederazione può disciplinare a propria discrezione il finanziamento dell'assicurazione malattie. Questa competenza può avere un impatto anche sui Cantoni, che possono già approvare e fissare le tariffe, possibilità che di per sé genera un conflitto di ruoli. Attualmente, la popolazione di un Cantone influenza implicitamente l'offerta attraverso il proprio comportamento di consumo e ne paga anche il prezzo come contribuente. Dal canto loro, i Cantoni non rispettano l'equivalenza fiscale se negano agli assicuratori e alla Confederazione, in veste di soggetti corresponsabili del pagamento, la possibilità di partecipare alla pianificazione ospedaliera o alla riduzione dei premi. CPS bocchia la scelta di collegare il finanziamento unitario con il progetto relativo alla gestione delle autorizzazioni. La gestione delle autorizzazioni rafforzerebbe il controllo statale del sistema sanitario e consentirebbe di revocare le autorizzazioni sulla base di meri motivi di bisogno. Questo, a sua volta, minerebbe la libera scelta del medico. AMDOS mette in guardia contro una nazionalizzazione strisciante della professione medica.

Curaviva, Interpharma, K3, SSMIG, Spitex, SNL, USB e vips sostengono l'introduzione di possibilità di gestione per i Cantoni.

Interpharma e vips comprendono il desiderio dei Cantoni di poter disporre di possibilità di gestione e controllo. Secondo Interpharma, tuttavia, la gestione delle autorizzazioni presuppone un cofinanziamento del settore ambulatoriale. Spitex e Curaviva raccomandano di prendere sul serio le richieste dei Cantoni di disporre di sufficienti possibilità di gestione. K3 e AMDOS sostengono l'introduzione di misure per garantire la qualità nel settore ambulatoriale, ad esempio di requisiti per l'autorizzazione. Tuttavia, le misure dovrebbero restare snelle e andrebbero evitati obblighi amministrativi e pianificazioni dispendiose. USB ritiene che la partecipazione del Cantone nella definizione delle tariffe mediche e il controllo del numero di medici liberi professionisti siano questioni urgenti. SSMIG osserva che, in generale, i Cantoni dovrebbero disporre di possibilità di controllo e di gestione volte a ridurre le sovracapacità. SNL sostiene l'introduzione di strumenti di gestione incisivi per i Cantoni, come la definizione di una soglia minima e massima per il numero di fornitori di prestazioni.

Mfe approva la scelta di collegare il finanziamento unitario con il progetto di revisione della LAMal concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni ed è del parere che i due progetti dovrebbero entrare in vigore contemporaneamente. Inoltre, i Cantoni dovrebbero avere la possibilità di intervenire anche nel caso in cui l'offerta sanitaria fosse insufficiente. Tuttavia, Mfe e medswiss.net sottolineano che i Cantoni dispongono già di possibilità di gestione nell'ambito della limitazione delle autorizzazioni.

Argomed e ASMAC sono scettici sulla scelta di collegare il finanziamento unitario con la gestione delle autorizzazioni, anche se convengono che tra i due c'è un nesso.

SBAP, ASI, SSP, FSL, FSAS e ASMAC ritengono che le possibilità di gestione per i Cantoni siano tendenzialmente o chiaramente insufficienti.

SSP teme che i Cantoni non avranno possibilità di gestione sufficienti per compensare il deficit di finanziamento. Inoltre, la sorveglianza esercitata da Confederazione e Cantoni sugli assicuratori, principali finanziatori, è insufficiente. ASI, FSL, SBAP, FSAS e ASMAC criticano il fatto che i Cantoni non avrebbero praticamente alcuna possibilità di controllo sull'impiego dei contributi che versano. Questo rafforzerebbe eccessivamente il potere – peraltro già grande – degli assicuratori, in particolare nell'ambito dei negoziati sulle tariffe. ASI sottolinea inoltre che i Cantoni innovativi come VD perderebbero i propri strumenti di controllo e verrebbero penalizzati nonostante applichino già con successo il trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale.

Ospedali convenzionati

K3, SBAP, ASI, SSMIG, FSL, Spitex, FSAS, SNL, unimedsuisse e USB criticano l'aumento della quota di finanziamento dell'AOMS per gli ospedali convenzionati.

K3 caldeggia l'abolizione del concetto di «ospedale convenzionato». Unimedsuisse chiede di non finanziare gli ospedali convenzionati secondo la stessa chiave di riparto di quella degli ospedali che figurano nell'elenco. ASI, FSAS, SBAP, FSL, Spitex, SNL e SSMIG criticano il rafforzamento degli ospedali convenzionati per effetto dell'aumento della quota di finanziamento delle prestazioni dell'AOMS poiché indebolisce la pianificazione ospedaliera. Temono un aumento dei volumi, delle capacità e, di rimando, dei costi. Secondo USB bisogna appurare se attraverso l'AOMS gli assicuratori finanziano gli assicurati in regime complementare. Se fosse il caso, occorrerebbe evitarlo.

Secondo FMCH e SGS l'effetto positivo su alcuni ospedali convenzionati è trascurabile.

Tariffazione

H+, K3, VNS e USB ritengono fondamentale rivedere e gestire tutte le strutture tariffali ambulatoriali, ad esempio procedendo a una revisione totale del diritto in materia di tariffe e stralciando le possibilità di veto dei partner tariffali. K3 parte dal presupposto che il finanziamento unitario renderà superflui i dispendiosi elenchi degli interventi ambulatoriali, faciliterà l'aggiornamento e lo sviluppo delle tariffe e permetterà di avvicinare il grado di copertura dei costi.

KSBL chiede che le tariffe ambulatoriali coprano i costi e considera che il finanziamento unitario sia il primo passo in tal senso. Solo tariffe che coprono i costi garantiscono l'auspicato trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale ed evitano che il sistema cerchi scappatoie. Il trasferimento delle prestazioni libererà sufficienti mezzi per definire tali tariffe.

H+ auspica che venga modificata anche la remunerazione delle prestazioni extracantonali che, in certi casi, i Cantoni disciplinano in modo abusivo.

Medswiss.net sostiene l'obiettivo di promuovere una tariffazione adeguata. PhysioSwiss RVBB ritiene che promuovere tale obiettivo sia difficile fintanto che gli assicuratori avranno più potere dei fornitori di prestazioni.

Per evitare il blocco delle trattative, Curaviva e senesuisse auspicano un'organizzazione tariffale nazionale paritetica analoga a SwissDRG AG. Secondo Spitex il rapporto esplicativo non illustra a sufficienza i meccanismi della tariffazione.

SNL chiede un finanziamento unitario e un sistema di remunerazione integrato.

FMCH e SGS si aspettano che un finanziamento unitario promuova tariffe innovative e adeguate.

Inclusione delle cure di lunga durata

SWISS REHA, SNL e implicitamente anche mfe, SBAP, ASI, FSL e FSAS chiedono che le cure di lunga durata siano incluse nel finanziamento unitario.

Curaviva, H+, Spitex e USB ritengono che l'inclusione delle cure di lunga durata, per quanto possibile o sensata, debba intervenire in un secondo tempo.

H+, USB, SWISS REHA e SNL sono favorevoli all'inclusione delle cure di lunga durata nel finanziamento unitario. H+ e USB accetterebbero l'eventualità che l'inclusione si faccia in un secondo tempo. SWISS REHA rileva che l'inclusione delle cure di lunga durata riduce il rischio che i Cantoni conferiscano mandati di prestazioni nel settore della riabilitazione in modo da far partecipare gli assicuratori al finanziamento. Mfe auspica una soluzione dei problemi di finanziamento nel settore delle cure di lunga durata. Le cure integrate dovrebbero essere promosse lungo l'intera catena terapeutica. ASI, FSL, FSAS e SBAP fanno osservare che l'esclusione del finanziamento delle cure dal progetto non avrà ripercussioni positive sul coordinamento del percorso terapeutico.

Spitex è critica nei confronti dell'inclusione immediata delle cure di lunga durata. Ritiene che sia necessario disciplinare in modo chiaro il finanziamento residuo e la definizione delle tariffe, prevedere una migliore permeabilità tra le forme di assistenza, ridurre il dispendio amministrativo ed eliminare le altre lacune dell'attuale finanziamento delle cure.

Curaviva approva l'inclusione delle cure di lunga durata nel finanziamento unitario ma solo in un secondo tempo. I lavori di base necessari in relazione al finanziamento, alla tariffazione, alla trasparenza e alla verità dei costi, alla riduzione del dispendio amministrativo e al finanziamento orientato al paziente anziché all'offerta andrebbero tuttavia portati avanti in parallelo. In particolare, è necessaria una remunerazione armonizzata delle forme di cura ambulatoriali, ospedaliere e intermedie di lunga durata e l'eliminazione degli altri deficit dell'attuale finanziamento delle cure. Occorrerebbe inoltre esaminare in che misura è possibile eliminare la distinzione tra assistenza e cura nella remunerazione delle prestazioni. All'atto pratico tale distinzione non è sempre possibile e genera falsi incentivi.

Senesuisse appoggia un finanziamento delle cure di lunga durata orientato al paziente, che dovrebbe basarsi sul bisogno di sostegno e sull'infrastruttura necessari e non dipendere dall'offerta scelta. Il finanziamento dovrebbe rispecchiare tutti i costi e la ripartizione tra Cantoni e assicuratori dovrebbe essere stabilizzata. Un'istituzione comune dei Cantoni e degli assicuratori dovrebbe occuparsi da sola dei pagamenti e a lungo termine il finanziamento dovrebbe andare direttamente a coloro che hanno bisogno di cure.

Cure coordinate

Argomed, FMH, FMCH, interPharma, scienceindustries, SSDV, SGS, swiss orthopedics e vips si aspettano che il finanziamento unitario rafforzi gli incentivi per le cure coordinate.

Medswiss.net e SSMIG ritengono che siano necessarie ulteriori misure per promuovere le cure coordinate; il finanziamento unitario, da solo, non è sufficiente.

Physioswiss RVBB, ASI, FSL, FSAS e SBAP non prevedono un rafforzamento delle cure coordinate perché, secondo loro, il finanziamento unitario non avrà alcun impatto sulle tariffe. Con il progetto i Cantoni non avrebbero più possibilità di sviluppare modelli propri. Secondo ASI e FSL, le cure coordinate devono concentrarsi sulla sicurezza del paziente e sulla qualità delle cure. Se invece la responsabilità è degli assicuratori, ad essere in primo piano sono i costi.

Senesuisse considera opportuno promuovere le cure integrate anche nell'ambito delle cure di lunga durata.

Variazione dei premi e partecipazione ai costi

Secondo ASI, FSAS, FSL e SBAP, il rapporto esplicativo non affronta la questione del previsto aumento della partecipazione ai costi nel settore ospedaliero. Anche SNL menziona l'aumento della partecipazione ai costi rilevando che non è ancora dimostrato che sarà compensato dalla riduzione dei premi. ASMAC deplora il fatto che il rapporto esplicativo non contenga indicazioni sul potenziale di risparmio previsto e che non spieghi chiaramente gli effetti sui premi.

Secondo USB bisognerebbe evitare che il progetto generi un aumento dei premi per gli adulti. Mfe è critico in merito al previsto lieve aumento della partecipazione ai costi e dei premi per gli adulti. In considerazione della diminuzione delle riduzioni dei premi per i bambini e dell'eliminazione del dispendio legato al controllo delle fatture e al disbrigo dei pagamenti nel settore ospedaliero, il contributo cantonale dovrebbe risultare leggermente superiore.

FMCH e SGS chiedono di evitare un aumento della partecipazione ai costi, che deve applicarsi solo sulla quota finanziata dai premi. Il contributo cantonale nel settore ospedaliero deve essere escluso come finora.

Altri commenti

FMCH, Pharmasuisse, SGS e SNL ritengono necessari periodi di transizione simili a quelli previsti per la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero.

Secondo FMCH e SGS tutte le misure di contenimento dei costi implicano una certa pressione sul personale sanitario. È quindi importante che la pressione venga distribuita equamente tra tutte le parti interessate e non causi perdite di qualità. In questo senso, il finanziamento unitario è preferibile a uno stanziamento globale di bilancio. Inoltre, la rinuncia a strutture ospedaliere inefficienti libererà risorse per il personale.

PharmaSuisse ritiene tatticamente poco sensato definire già ora una chiave di riparto dei costi; occorrerebbe piuttosto porre in primo piano il principio dell'attuazione neutrale sotto il profilo dei costi.

KSBL deplora che il rapporto esplicativo non abbia considerato le ripercussioni finanziarie sui fornitori di prestazioni allo stesso modo di quelle sugli assicurati, i Cantoni e gli assicuratori.

Physioswiss RVBB osserva che, anche con un finanziamento unitario, gli assicurati che ottengono una riduzione dei premi continueranno ad essere incentivati a ricorrere in misura eccessiva a prestazioni di cura, poiché di fatto non saranno toccati da aumenti dei premi. Inoltre non è opportuno pronunciarsi sul finanziamento unitario prima che siano disponibili i risultati della valutazione del nuovo finanziamento ospedaliero basato sui DRG. Un finanziamento unitario non dovrebbe introdurre stanziamenti globali di bilancio nel settore ambulatoriale.

Secondo SSMIG, il finanziamento unitario non deve indurre i Cantoni a risparmiare sulle prestazioni d'interesse generale, sulla formazione continua e sulla ricerca, soprattutto nell'ottica della garanzia di qualità.

SSP chiede che, se venisse introdotto un tetto massimo di spesa (stanziamento globale di bilancio), la medicina pediatrica possa essere promossa a scapito della medicina per adulti. L'intero settore CTM (IV) dovrebbe essere incluso senza restrizioni nel finanziamento unitario al fine di ridurre il carico amministrativo. Non è chiaro come il progetto migliori la gestione da parte dei Cantoni dei trattamenti extracantonali. Anche i Cantoni senza ospedali pediatrici dovrebbero partecipare al finanziamento delle prestazioni d'interesse generale.

SNL ritiene che la mancanza di sforzi di regionalizzazione, la remunerazione troppo bassa degli operatori non medici come pure le discussioni sulle catene di creazione di valore dal punto di vista dei pazienti e le controversie sui modelli di buona prassi siano leve di controllo almeno altrettanto importanti per gli obiettivi perseguiti con il progetto.

Secondo SWISS REHA, le prestazioni d'interesse generale dovrebbero essere meglio definite e i mandati di prestazione dovrebbero essere messi a concorso per evitare distorsioni causate da sovvenzioni occulte. Inoltre, andrebbe reintrodotta il concetto di «regime semiospedaliero»

per garantire che anche le cure semiospedaliere siano soggette al finanziamento unitario. SWISS REHA osserva inoltre che nel contesto del finanziamento unitario occorre tematizzare non solo i conflitti di ruolo dei Cantoni, ma anche quelli degli assicuratori, che risulterebbero rafforzati da un finanziamento uniforme.

4.1.6 Associazioni mediche cantonali

CMC e SMCF criticano il progetto affermando che la dipendenza dai bilanci cantonali è uno svantaggio rispetto all'AOMS, il cui finanziamento è sempre garantito. Il progetto moltiplica i ruoli dei Cantoni anziché limitarli. Il miglioramento della situazione tariffale è prioritaria e dovrebbe eliminare in ampia misura i falsi incentivi esistenti a condizione che le tariffe ambulatoriali coprano i costi. CMC chiede che il progetto venga sostanzialmente rielaborato. Ritiene infatti che, sebbene preveda un sistema di finanziamento monistico, in realtà introdurrà un finanziamento duale con ripartizione fissa. Teme che i Cantoni gestiscano l'assistenza sanitaria sulla base non solo della LAMal, ma anche di una nuova legislazione cantonale. Non si capisce come il progetto possa creare incentivi per garantire una tariffazione adeguata, tanto più che già oggi la LAMal esige l'adeguatezza delle tariffe. Secondo CMC e SMCF, non è dato sapere se il progetto riuscirà effettivamente a promuovere il coordinamento delle cure. Sarebbe inoltre più facile versare i contributi cantonali direttamente ai singoli assicuratori anziché all'istituzione comune. La partecipazione ai costi dovrebbe essere applicata solo sulla parte finanziata attraverso i premi. Poiché le ripercussioni finanziarie variano da un Cantone all'altro, nel dibattito politico la questione della ripartizione dei costi verrà affrontata in modo più differenziato.

SVM teme che l'ampliamento delle possibilità di gestione per i Cantoni nel settore ambulatoriale favorisca gli ospedali a scapito degli studi medici e dei bisogni sanitari comprovati della popolazione. Manca un'istituzione che faccia da contrappeso al Cantone e alle sue possibilità di controllo. SVM auspica che tale istituzione sia composta pariteticamente da rappresentanti del settore privato e del Cantone. Ritiene inoltre che un finanziamento unitario debba coprire solo le prestazioni interessate dal trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, ossia quelle che figurano negli elenchi degli interventi da effettuare ambulatorialmente.

VSÄG respinge il progetto in quanto ritiene che comporti un ampliamento delle competenze di gestione e controllo dei Cantoni. Tale controllo non riduce i costi, ma mette in pericolo la libera scelta del medico. A causa dei conflitti di interesse dei Cantoni i medici che forniscono prestazioni ambulatoriali in uno studio medico risulterebbero ulteriormente svantaggiati rispetto a quelli che le forniscono in un ospedale. Sarebbero più efficaci una tariffazione adeguata, la trasparenza sul finanziamento statale degli ospedali e azioni congiunte di fornitori di prestazioni, assicuratori e Cantoni del tipo «*less is more together*» e «*smarter medicine*». Un finanziamento unitario sarebbe accettabile solo se venisse applicata la stessa remunerazione all'interno e all'esterno dell'ospedale e se fossero eliminate le distorsioni che risultano dalle sovvenzioni cantonali agli ospedali.

AGBE accoglie con favore il progetto. Invita tuttavia a dar prova di moderazione nel soddisfare la richiesta, peraltro legittima, dei Cantoni di poter gestire il settore ambulatoriale. È indubbio che ci voglia una pianificazione, ma essa deve limitarsi allo stretto necessario.

Benché sia favorevole alla riforma di questo sistema di finanziamento con i suoi falsi incentivi, OMCT esprime perplessità sul progetto perché dà troppo peso agli assicuratori. Suggestisce di esaminare soluzioni alternative che tengano conto del pesante onere che i premi rappresentano per molte famiglie e offrano ai Cantoni maggiori opportunità di controllo delle spese sanitarie.

GAESO sostiene l'idea che i Cantoni versino i loro contributi agli assicuratori e che questi trasferiscano l'intero importo, compresa la quota finanziata dalle imposte, ai fornitori di prestazione.

4.1.7 Assicuratori

Curafutura, la maggioranza dei membri di Santésuisse, CSS, CSS Institut, Helsana, CTM, Visana, SSMC, la maggioranza dei membri della ASA e SWICA sostengono l'introduzione del finanziamento unitario. Si aspettano che riduca i falsi incentivi e generi maggiori impulsi per migliorare l'efficienza e la qualità. Santésuisse e CTM sottolineano che un finanziamento unitario dovrebbe essere attuato in modo neutrale rispetto ai costi. Secondo SSMC, il finanziamento unitario fugge il timore dei singoli assicuratori di dover far fronte a un aumento dei costi per effetto del trasferimento delle prestazioni dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale.

Curafutura, Helsana e CTM ritengono che un finanziamento unitario indurrebbe tutte le parti interessate a scegliere l'assistenza sanitaria più efficiente senza sacrificare la qualità, con conseguente riduzione dei costi complessivi. Accolgono inoltre con favore il fatto che con il finanziamento unitario tutti gli attori avranno gli stessi incentivi.

Una minoranza dei membri di Santésuisse e Assura respingono il progetto perché pensano che complichino ulteriormente le cose e che il cambiamento del sistema di finanziamento non permetta di frenare l'incremento dei costi.

Assura teme un aumento degli interventi in regime ospedaliero ed è convinta che il trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale porterà a una riduzione delle entrate degli ospedali. Crede inoltre che gli ospedali potrebbero essere indotti ad aumentare le ospedalizzazioni per mantenere un livello di entrate sufficiente e non dover ricorrere a sovvenzioni.

Assura deplora altresì che la Commissione non abbia preso in considerazione la misura proposta dal Consiglio federale di aumentare la quota dei Cantoni nel finanziamento delle prestazioni ospedaliere non ambulatoriali (strategia Sanità2020). Aggiunge che avrebbe auspicato che il progetto posto in consultazione integrasse misure di accompagnamento vincolanti.

Santésuisse dichiara che finora i guadagni di efficienza risultanti dal trasferimento delle prestazioni al regime ambulatoriale hanno favorito esclusivamente i Cantoni, mentre gli assicurati non ne hanno tratto vantaggio o ne hanno tratto solo in misura limitata. Con un finanziamento unitario il rapporto resterebbe costante a lungo termine.

Curafutura, CSS, CTM, SWICA e Visana sono del parere che la promozione delle cure coordinate non comporterà solo una riduzione dei premi ma anche una migliore assistenza sanitaria. I risparmi potranno aggirarsi attorno al 6 per cento.

Curafutura, Assura, CSS, SWICA e Visana respingono un finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa perché la doppia fatturazione si applicherebbe a 126 milioni di fatture – contro gli attuali 1,5 milioni – e genererebbe un maggiore dispendio amministrativo. Secondo Assura le prestazioni dovrebbero essere fatturate agli assicuratori che fungono da monisti e finanziatori (terzo pagante) o agli assicurati (terzo garante); ad essi spetterà il compito di verificare l'economicità delle prestazioni fornite.

SWICA si dichiara tuttavia aperta a possibilità di controllo delle fatture per i Cantoni, analoghe ad esempio alla procedura applicata con successo per gli attestati di carenza di beni (articolo 64a LAMal).

I membri di curafutura (CSS, Helsana, kpt, sanitas) e una minoranza dei membri di santésuisse (tra cui Visana e SWICA) – che insieme rappresentano la maggioranza degli assicurati – sono favorevoli a una ripartizione dei contributi cantonali attraverso la compensazione dei rischi. CSS Institut stima il potenziale supplementare di efficienza a alcune decine o addirittura centinaia di milioni di franchi all'anno.

La maggioranza dei membri di Santésuisse, tra cui Assura e Groupe Mutuel, appoggia una ripartizione dei contributi cantonali proporzionale ai costi sostenuti e appoggia la proposta di affidare all'istituzione comune LAMal la competenza di ripartire i contributi cantonali agli assicuratori. Si dichiara contraria al conteggio diretto perché genererebbe oneri supplementari e maggiori costi amministrativi per i Cantoni e gli assicuratori e respinge la proposta di conferire

all'istituzione comune LAMal la competenza per il controllo dei dati che gli assicuratori devono trasmettere ai Cantoni secondo l'articolo 60 capoverso 6 LAMal.

Groupe Mutuel e Assura sono favorevoli al versamento diretto dei contributi cantonali agli assicuratori e si oppongono a qualsiasi intervento dell'istituzione comune LAMal in questo processo. Ritengono infatti che il versamento diretto ai singoli assicuratori possa facilitare anche la verifica del domicilio dell'assicurato da parte del Cantone. Groupe Mutuel accoglie positivamente l'attivazione di un processo di scambio di dati dettagliati delle fatture con i Cantoni e l'introduzione di una procedura di controllo a campione proporzionata.

Curafutura, CSS, Helsana, Santésuisse, SSMC, SWICA e Visana propongono che i dati vengano trasmessi all'istituzione comune anziché ai Cantoni e alla Confederazione. La trasmissione di grandi quantità di dati all'istituzione comune è ormai consolidata ed è regolamentata rigorosamente dalla legge e dall'ordinanza. Non è quindi necessario creare un ulteriore flusso di dati diretto verso i Cantoni.

Santésuisse, Assura, Groupe Mutuel e SSMC sono favorevoli a un calcolo del contributo cantonale sulla base dei costi lordi piuttosto che dei costi netti, vale a dire compresa la partecipazione ai costi. La quota di finanziamento cantonale dovrebbe quindi risultare leggermente ridotta. In questo modo si eviterebbe di discriminare gli assicurati che hanno scelto franchigie alte. Inoltre, la partecipazione ai costi dovrebbe essere applicata solo alla parte finanziata dai premi per evitare un aumento dei costi nel settore ospedaliero.

Accanto al finanziamento unitario, CSS vede di buon occhio ulteriori misure, quali l'introduzione di requisiti di qualità, l'attuazione delle misure previste dal rapporto d'esperti del Consiglio federale e, come ultima ratio, l'introduzione di un freno ai costi.

Assura auspica inoltre misure di accompagnamento come quelle formulate nel rapporto di esperti sul contenimento dei costi.

Anche ASA ritiene che occorra riformare, oltre al sistema di finanziamento, anche le tariffe.

4.1.8 Pazienti e utenti

Pur approvando il principio di un finanziamento unitario, DVSP respinge il progetto nella sua forma attuale. È del parere che ad essere determinanti siano una competenza di remunerazione e gestione democratica e l'entità del finanziamento delle prestazioni sanitarie. Con il progetto, i falsi incentivi che risultano dalla differenza di tariffe per il settore ambulatoriale e ospedaliero non verrebbero corretti. Le possibilità di gestione nel settore ospedaliero, ad esempio con stanziamenti globali di bilancio, risulterebbero indebolite e non verrebbero completate nel settore ambulatoriale. Boccia inoltre il rafforzamento degli ospedali convenzionati e delle assicurazioni complementari. In qualità di finanziatori di minoranza, i Cantoni trascurerebbero la pianificazione ospedaliera e questo porterebbe a un aumento dei costi e al peggioramento della qualità. I Cantoni dovrebbero poter controllare le fatture. Una maggiore partecipazione ai costi è inaccettabile. L'inclusione delle cure di lunga durata è fondamentale per il coordinamento delle cure, almeno in futuro. La quota di finanziamento riconducibile alle imposte dovrebbe essere aumentata. Nel complesso, l'attuale sistema assicurativo antidemocratico andrebbe sostituito. Per di più, il progetto rafforza ulteriormente gli assicuratori. Questo potrebbe far crescere le disparità di trattamento degli assicurati.

OSP e FGS appoggiano il progetto perché è una base per migliorare l'efficienza e la qualità e per evitare falsi incentivi, promuove le cure coordinate e rende socialmente più accettabili i costi sanitari in generale e il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale in particolare. Secondo OSP, tuttavia, per ottenere il successo auspicato il finanziamento unitario dev'essere sostenuto da ulteriori misure. In particolare, OSP chiede una pianificazione sovra-cantonale, la promozione delle cure coordinate, una riduzione dei prezzi dei farmaci, una verifica della qualità e la trasparenza dei costi.

AGILE.CH respinge il progetto. È del parere che gli attori più importanti, come gli assicurati e i Cantoni, dovrebbero continuare ad avere voce in capitolo e a partecipare al processo decisionale e che il controllo democratico andrebbe garantito. Rileva che il progetto rafforza soprattutto gli ospedali privati e le assicurazioni complementari indebolendo i processi democratici e trasparenti. Giudica inopportuno che gli ospedali privati ricevano più fondi pubblici e osserva che il sistema sanitario è troppo complesso perché il dirottamento di flussi finanziari possa invertire le tendenze negative in atto. Per di più, la tempistica del progetto è sbagliata, visto che i risultati della valutazione del finanziamento ospedaliero saranno disponibili solo verso la fine del primo semestre del 2019. AGILE.CH chiede una rielaborazione sostanziale del progetto, la partecipazione degli assicurati e dei Cantoni nella definizione delle prestazioni e nei negoziati tariffali e l'inclusione delle cure di lunga durata nel finanziamento unitario. Inoltre, l'AOMS dovrà continuare a remunerare al massimo il 45 per cento dei costi delle prestazioni fornite dagli ospedali privati e i costi del cambiamento di sistema vanno indicati in modo più specifico e concreto.

IGPZ condivide gli obiettivi del finanziamento unitario ma dubita che il progetto posto in consultazione permetta di raggiungerli. Appoggia l'introduzione del finanziamento unitario a condizione che sia completato con misure adeguate. È essenziale sostituire le tariffe differenziate con forfait complessi e allineare le tariffe ospedaliere a quelle ambulatoriali. Le modalità attuali con cui le prestazioni vengono conteggiate sono una causa fondamentale dell'aumento dei costi. I Cantoni devono poter essere consultati per quanto concerne il settore ambulatoriale: servono interventi urgenti in questo senso. Il rafforzamento degli ospedali convenzionati comporta un deterioramento della qualità. Inoltre, i premi dovrebbero tassativamente essere agganciati all'inflazione in modo che l'aumento dei costi non si ripercuota unicamente sui premi. Gli assicurati devono essere coinvolti nel controllo delle fatture e la prassi di rimborso dev'essere trasparente fino al livello degli assicurati.

VASK ritiene che una riforma tariffaria sia più funzionale agli obiettivi dato che il progetto non risolve nessuno dei problemi di finanziamento della psichiatria, in particolare nel settore ambulatoriale, ma potrebbe sgravare le assicurazioni complementari e far aumentare i premi dell'AOMS. Il sistema dei forfait per caso e la LAMal nel suo complesso hanno fallito nel loro intento.

VAPP chiede che le cure a lungo termine non siano escluse dal sistema sanitario e pensa che sia più semplice introdurre tariffe uniformi. È inoltre del parere che occorra evitare una desolidarizzazione e pertanto respinge l'eventualità di un aumento dei premi.

4.1.9 Altri

GELIKO accoglie sostanzialmente con favore un finanziamento unitario, ma auspica che l'attuazione concreta non comprometta la qualità. Sostiene inoltre che i falsi incentivi nel sistema attuale risiedono non solo nel finanziamento ma anche, in ugual misura, nelle differenze tra i diversi sistemi tariffali. I Cantoni dovrebbero avere possibilità di controllo anche per quanto riguarda le tariffe. La partecipazione ai costi dovrebbe essere applicata solo alla parte finanziata dai premi per evitare aumenti. I collegamenti contrattuali tra l'assicurazione di base e l'assicurazione complementare andrebbero evitati e occorre una maggiore trasparenza.

GRAAP respinge il progetto nella sua interezza e chiede che venga rielaborato completamente. Ritiene infatti che rafforzi eccessivamente gli assicuratori e non tenga conto delle richieste dei Cantoni, ad esempio di quelle relative alle possibilità di gestione. Anche gli interessi dei pazienti andrebbero rafforzati e le cure di lunga durata incluse nel progetto. L'assicurazione complementare dovrebbe essere separata dall'AOMS sul piano strutturale e finanziario, mentre il progetto prevede di aumentare la quota di finanziamento dell'AOMS per gli ospedali convenzionati, con conseguente aumento dei costi e dei premi. Per gli ospedali convenzionati andrebbe mantenuta almeno la quota di finanziamento attuale, pari al 45 per cento. Prima di

rielaborare il progetto bisognerà aspettare i risultati della valutazione del nuovo finanziamento ospedaliero.

PH CH respinge una riforma del finanziamento dell'AOMS, fintanto che non sarà accompagnata da un'effettiva limitazione dell'espansione del volume delle prestazioni. Una separazione completa tra assicurazione di base e assicurazione complementare è più urgente e più importante del finanziamento unitario. Nell'assicurazione di base, la soluzione più giusta è la creazione di una sola cassa, analogamente alla SUVA, mentre per promuovere il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale il mezzo più adatto sono gli elenchi degli interventi. L'espansione dei costi non è imputabile primariamente alle modalità con cui le cure sono fornite (regime ambulatoriale o ospedaliero), bensì all'aumento del loro volume. Per evitare ciò, sarebbero utili stanziamenti globali di bilancio, la prioritizzazione delle cure coordinate e l'obbligo di un secondo parere economicamente indipendente. PH CH teme che il progetto non abbia alcun impatto sui falsi incentivi e indebolisca ulteriormente le possibilità di gestione dei Cantoni.

BFG approva il progetto a condizione che si rinunci a collegare la gestione strategica delle autorizzazioni con il finanziamento delle cure. È del parere che il progetto non contribuisca a rafforzare il legame tra assicurazione di base e assicurazione complementare. In ogni modo, le autorità di vigilanza (UFSP e FINMA) devono impedire qualsiasi finanziamento incrociato illecito. BFG ritiene inoltre che i Cantoni abbiano già un influsso sulle tariffe ambulatoriali e che non si debba rafforzare la moltiplicazione dei loro ruoli. Respinge l'eventualità di introdurre un finanziamento duale con ripartizione fissa come quello applicato attualmente nel regime ospedaliero. È inoltre del parere che l'equivalenza fiscale per i Cantoni non sia in pericolo. Gli elenchi degli interventi da eseguire in regime ambulatoriale andrebbero aboliti dopo l'introduzione del finanziamento unitario. Infine, occorre prevedere periodi transitori, come per l'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero.

4.2 Pareri sull'articolo 16 capoverso 3^{bis}

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PVL sostiene la proposta della minoranza della Commissione di ripartire il contributo cantonale tra i singoli assicuratori sotto forma di importo forfettario per ogni assicurato.

PLR VD è del parere che l'articolo 16 capoverso 3^{bis} sia giustificato per evitare doppie remunerazioni.

Fornitori di prestazioni

PharmaSuisse sostiene la proposta della minoranza della Commissione. Ritiene che la compensazione dei rischi debba comprendere anche i fondi ricevuti dal Cantone.

RVBB sostiene la proposta di maggioranza. La compensazione dei rischi dovrebbe includere solo le prestazioni nette, ossia dopo deduzione del contributo cantonale.

Associazioni mediche cantonali

GAeSO ritiene che un importo forfettario per ogni assicurato non sia consigliabile e sostiene la proposta della maggioranza della Commissione.

Assicuratori

Santésuisse e Groupe mutuel appoggiano la proposta della maggioranza della Commissione, in quanto sono favorevoli a una ripartizione dei contributi cantonali basata sui costi (cfr. articolo 60a). Anche curafutura e CSS Institut sostengono la proposta di maggioranza. Se da un lato sono favorevoli – come la minoranza dei membri della Commissione – a una ripartizione dei contributi cantonali in base ai rischi (cfr. art. 60a), dall'altra ritengono che, conformemente alla loro proposta di modificare la formulazione dell'articolo 60a, anche i contributi cantonali dovrebbero essere esclusi dalla compensazione dei rischi, come previsto dalla variante di maggioranza.

Assura chiede lo stralcio dell'articolo 16 capoverso 3^{bis}. Ritiene che le disposizioni relative al finanziamento unitario delle prestazioni e al processo di redistribuzione dei contributi cantonali vadano piuttosto inserite agli articoli 60 e seguenti.

4.3 Pareri sull'articolo 18

Pareri sull'articolo 18 capoverso 2^{sexies}

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PLR VD chiede il rispetto del principio di «chi ordina paga».

Associazioni mantello nazionali dell'economia

usam sostiene la proposta di maggioranza. Chiede tuttavia alla Commissione di esaminare in modo più approfondito soluzioni alternative, come il trasferimento diretto dei contributi cantonali agli assicuratori.

Fornitori di prestazioni

CMC, SMCF e Physioswiss ritengono più appropriato il trasferimento diretto dei contributi cantonali ai singoli assicuratori. I fornitori di prestazioni dovrebbero conteggiare le loro prestazioni

con più assicuratori. Physioswiss RVBB propone di creare un'organizzazione paritetica neutrale e indipendente dagli assicuratori composta da rappresentanti dei Cantoni e degli assicuratori e incaricata di amministrare e ripartire i contributi cantonali.

Medswiss.net auspica che i Cantoni versino i loro contributi all'istituzione comune degli assicuratori.

Assicuratori

Santésuisse, Groupe mutuel e Assura chiedono di stralciare l'articolo 18 capoverso 2^{sexies}. Ritengono che eventuali questioni possono essere chiarite direttamente tra i singoli assicuratori e il Cantone.

Curafutura e la maggior parte dei membri di santésuisse sostengono la proposta della Commissione di affidare la ripartizione dei contributi cantonali all'istituzione comune.

Pareri sull'articolo 18 capoverso 2^{octies}

Cantoni

VS appoggia la proposta di minoranza e chiede che i Cantoni siano associati al controllo dei dati.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PVL appoggia la proposta della maggioranza della Commissione: la formulazione è aperta e può includere anche il controllo delle fatture.

PSS sostiene la proposta di minoranza ma privilegia la variante secondo cui il controllo può essere esercitato da un organo nel quale assicuratori e Cantoni sono rappresentati.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

USS appoggia la proposta di minoranza.

Associazioni di consumatori

SKS sostiene la proposta di minoranza.

Fornitori di prestazioni

pharmaSuisse appoggia la proposta di maggioranza, mentre SSP quella di minoranza.

Assicuratori

Santésuisse, curafutura e Assura sostengono la proposta di maggioranza. I dati trasmessi all'istituto comune LAMal vengono controllati dagli organi di revisione degli assicuratori malattia. Inoltre, per motivi di protezione dei dati, il controllo da parte dell'istituzione comune LAMal non è consentito.

Groupe Mutuel respinge la proposta di maggioranza in quanto ritiene che l'istituzione comune LAMal non debba assumere il compito di ridistribuire i contributi cantonali agli assicuratori. Non vi è quindi motivo per attribuirle compiti che le sarebbero affidate dai Cantoni.

Pazienti e utenti

OSP sostiene la proposta di minoranza che fornisce ai Cantoni uno strumento per la revisione dei conti.

Pareri sull'articolo 18 capoverso 5 primo periodo

Fornitori di prestazioni

pharmaSuisse accoglie con favore il finanziamento dell'istituzione comune con contributi versati dagli assicuratori e condivide il tenore del capoverso 5.

Physioswiss RVBB auspica invece lo stralcio del capoverso.

Assicuratori

Per Assura e Groupe Mutuel il capoverso 5 non va modificato poiché l'istituzione comune non dovrebbe occuparsi della ripartizione dei contributi cantonali.

4.4 Pareri sull'articolo 25a capoverso 2 primo periodo

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PLR VD fa valere che le cure di lunga durata dovrebbero essere oggetto di una normativa specifica.

Fornitori di prestazioni

H+ sostiene che le cure transitorie debbano essere integrate interamente nella medicina somatica acuta, della quale fanno parte anche nell'ottica medica, e propone quindi di stralciare l'articolo.

RVBB suggerisce di riformulare l'articolo.

Senesuisse chiede che le cure transitorie durino almeno 4 settimane anziché 14 giorni e che vengano coperti anche i costi per le spese alberghiere e di assistenza.

Assicuratori

Curafutura, Groupe Mutuel e Assura sostengono la proposta della CSSS-N.

4.5 Pareri sull'articolo 41

Pareri sull'articolo 41 capoverso 1^{bis}

Fornitori di prestazioni

Pharmasuisse propone la modifica seguente: «Bei stationärer Behandlung in einem Spital (anziché «Listenspital»), das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:». La modifica riguarda solo il testo tedesco e francese.

Assicuratori

Assura e Groupe Mutuel sono d'accordo con la modifica.

Pareri sull'articolo 41 capoverso 1^{ter}

Associazioni mediche cantonali

GAeSO auspica lo stralcio del concetto di Cantone di domicilio per garantire una vera concorrenza e propone la formulazione seguente: «In caso di cura ospedaliera l'assicurato può scegliere tra tutti gli ospedali che i Cantoni hanno indicato nell'elenco».

Assicuratori

Curafutura, Assura e Groupe Mutuel sostengono la proposta della CSSS-N.

Pareri sull'articolo 41 capoversi 2^{bis} –2^{quater}

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

Per PLR VD non è chiaro cosa si intenda per «con cui l'assicurato ha un nesso».

Fornitori di prestazioni

pharmaSuisse caldeggia lo stralcio dell'attuale capoverso 2 poiché altrimenti si creerebbe una contraddizione tra la libertà di scelta in merito agli ospedali figuranti nell'elenco e il nuovo capoverso 2^{bis}. Visto che il capoverso 1^{bis} non disciplina solo le cure negli ospedali figuranti nell'elenco, sarebbe più opportuno parlare semplicemente di ospedale.

Associazioni mediche cantonali

GAeSO chiede lo stralcio del capoverso 2^{quater}.

Assicuratori

Santésuisse e Assura propongono di citare, in relazione all'assunzione dei costi per gli assicurati all'estero senza un nesso con un Cantone, anche gli assicurati che lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera (art. 3 cpv. 3 lett. b). Il Cantone di riferimento designato dal Consiglio federale va sostituito con il Cantone nel quale l'assicuratore ha la sede principale.

Curafutura, Assura e Groupe Mutuel sostengono la proposta della CSSS-N.

Pareri sull'articolo 41 capoversi 3 e 3^{bis}

Assicuratori

Curafutura, Assura e Groupe Mutuel sostengono la proposta della CSSS-N.

Pareri sull'articolo 41 capoverso 4 secondo–quinto periodo

Fornitori di prestazioni

pharmaSuisse reputa superfluo il rinvio all'articolo 62 e ne chiede lo stralcio.

Associazioni mediche cantonali

GAeSO suggerisce di tenere solo i due primi periodi del capoverso: «Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate. L'assicuratore deve assumere solo i costi delle

prestazioni effettuate o ordinate dai fornitori di prestazioni ai quali la persona assicurata ha limitato il suo diritto di scelta». Il resto va stralciato.

Assicuratori

Curafutura, Assura e Groupe Mutuel sostengono la proposta della CSSS-N.

4.6 Pareri sull'articolo 42

Pareri sull'articolo 42 capoverso 1

Cantoni

NE propone di abrogare il sistema del terzo garante (cpv. 1) per offrire agli assicuratori malattia una visione globale di tutte le fatture che riguardano l'assicurazione obbligatoria. A meno che non venga convenuto diversamente tra assicuratori e fornitori di prestazioni, spetta all'assicuratore remunerare questi ultimi.

Pareri sull'articolo 42 capoverso 2 secondo periodo

Cantoni

NE ritiene incoerente prevedere eccezioni per il settore ospedaliero e suggerisce di stralciare il capoverso 2 sulla base del commento relativo all'articolo 41 capoverso 1.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PLR VD attira l'attenzione sulla responsabilità dei pazienti: è importante mantenere le soluzioni del terzo garante e privilegiarle nella maggior parte dei casi.

Assicuratori

Curafutura, Groupe Mutuel e Assura sostengono la proposta della CSSS-N.

Pareri sull'articolo 42 capoverso 3

Cantoni

Secondo VS, per uniformare il finanziamento delle prestazioni non è necessario introdurre un sistema monistico. Le fatture per le cure stazionarie possono essere gestite come finora. Ciò permetterà ai Cantoni di disporre dei dati necessari per controllare che i mandati di prestazioni siano rispettati (compito che gli assicuratori attualmente non svolgono) e per gestire le quantità.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PSS chiede che i Cantoni abbiano la possibilità di controllare le fatture, nel caso ideale attraverso un organo comune Cantoni-assicuratori.

Fornitori di prestazioni

KSBL auspica che, nel caso in cui una fattura venisse contestata, gli assicuratori paghino la parte non contestata. Nel sistema del terzo pagante la persona assicurata dovrebbe ricevere una copia della fattura solo su richiesta per evitare il doppio pagamento e malintesi.

Associazioni mediche cantonali

Secondo GAeSO bisognerebbe specificare che nel sistema del terzo pagante la persona assicurata riceve sempre una copia della fattura.

Assicuratori

Curafutura, Assura e Groupe Mutuel sostengono la proposta della CSSS-N.

4.7 Pareri sull'articolo 49a

Cantoni

CDS, CLASS, AG, BS, BE, BL, FR, GE, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, TI, UR e VD si dicono contrari a un aumento della quota di finanziamento delle prestazioni dell'AOMS per gli ospedali convenzionati. GL, VS, ZH sostengono esplicitamente la proposta di minoranza. ZH chiede inoltre la soppressione del concetto di ospedale convenzionato.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

Non sapendo quali conseguenze ne potrebbero derivare a livello finanziario, PLR VD invita a distinguere anche in futuro tra ospedali che figurano nell'elenco cantonale e ospedali convenzionati nel settore delle cure ospedaliere.

PSS appoggia la proposta di minoranza. PVL invece la bocchia. Si dovrebbe creare un incentivo per gli assicuratori a stipulare convenzioni in questo senso e bisognerebbe rafforzare la concorrenza.

Associazioni mantello dell'economia

Economiesuisse e usam condividono la proposta della maggioranza della commissione. usam non può tollerare una discriminazione nei confronti degli ospedali convenzionati.

USS appoggia la proposta di minoranza.

Fornitori di prestazioni

Diversi fornitori di prestazioni (mfe, K3, KSBL, SBAP, ASI, SSMIG, FSL, Spitex, FSAS, SNL, SWISS REHA, unimedsuisse, USB) esprimono pareri critici se non contrari in merito all'aumento della quota di finanziamento delle prestazioni dell'AOMS per gli ospedali convenzionati. mfe, ASI e SWISS REHA sostengono esplicitamente la proposta di minoranza. Non bisogna ridurre le possibilità di gestione di cui dispongono i Cantoni in questo settore né tanto meno diminuire l'effetto degli elenchi. KSBL deplora che, in sostanza, la pianificazione delle cure passi dai Cantoni agli assicuratori.

CPS e Pharmasuisse si allineano alla maggioranza della commissione. La parità di trattamento tra tutti gli assicurati può essere garantita solo con una partecipazione finanziaria delle casse malati pari prevedibilmente al 74,5 per cento.

Associazioni mediche cantonali

GAeSO si associa alla proposta di minoranza e chiede inoltre che la remunerazione prevista non superi il 30 per cento.

Assicuratori

Curafutura, Groupe Mutuel e Assura sostengono la proposta della maggioranza della commissione.

Pazienti, utenti

AGILE.CH, DVSP e IGPZ non condividono l'aumento della quota di finanziamento delle prestazioni fornite nel regime dell'AOMS per gli ospedali convenzionati.

Altri

GRAAP respinge l'aumento della quota di finanziamento AOMS per gli ospedali convenzionati.

4.8 Pareri sull'articolo 51 capoverso 1 secondo periodo

Cantoni

NE pensa che questo articolo perda tutta la sua utilità in un sistema di finanziamento monistico, quanto meno per il settore ospedaliero. Sottolinea che se i Cantoni non finanzieranno più direttamente gli ospedali per le prestazioni nel regime dell'AOMS, è difficile immaginare uno stanziamento globale di bilancio, sebbene questa opzione rimanga valida per le prestazioni di interesse generale.

Assicuratori

Curafutura e Assura sostengono la proposta della CSSS-N.

4.9 Pareri sull'articolo 60

Fornitori di prestazioni

Secondo CMC e SMCF la partecipazione ai costi andrebbe fatturata solo per la parte finanziata con i premi.

Altri

BFG auspica che la partecipazione ai costi venga chiesta anche in futuro solo per la parte finanziata con i premi e che la quota cantonale venga esclusa come finora per il finanziamento ospedaliero.

Pareri sull'articolo 60 capoverso 1

Cantoni

Per NE, siccome i Cantoni non avranno più voce in capitolo, bisognerà prevedere una disposizione che permetta loro di effettuare dei controlli e di contestare eventualmente le fatture trasmesse dagli assicuratori.

Assicuratori

Curafutura, Assura, CSS Assurance e Groupe Mutuel sostengono la proposta della CSSS-N.

Pareri sull'articolo 60 capoverso 2

Cantoni

CDS, AG, AI, BE, BL, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG e ZH caldeggiavano l'integrazione delle cure di lunga durata giudicandola importante per promuovere le cure coordinate.

Associazioni dei consumatori

ACSI e FRC invitano a utilizzare il contributo cantonale solo per le prestazioni ambulatoriali e stazionarie fornite da ospedali adeguando la chiave di riparto.

Fornitori di prestazioni

Mfe, SBAP, ASI, FSL, FSAS, SWISS REHA e SNL sono favorevoli all'inclusione delle cure di lunga durata.

Assicuratori

Santésuisse, Assura e CTM escluderebbero le cure di lunga durata di cui all'articolo 25a dal finanziamento unitario.

Santésuisse, Assura e Groupe Mutuel propongono di includere nel calcolo del contributo cantonale anche i costi per le prestazioni all'estero secondo l'articolo 34 capoverso 2.

Curafutura e CSS sostengono la proposta della CSSS-N.

Pazienti, utenti

AGILE.CH, DVSP e VAPP sono favorevoli all'inclusione delle cure di lunga durata.

Altri

BFG non ritiene necessario includere le cure di lunga durata; GRAAP invece sì.

Pareri sull'articolo 60 capoverso 3

Associazioni mantello dell'economia

usam chiede che il contributo cantonale sia calcolato in base ai costi lordi, ossia inclusa la partecipazione ai costi, per evitare una disparità di trattamento nei confronti degli assicurati con franchigie alte.

Associazioni dei consumatori

FRC segnala l'aumento della partecipazione ai costi in ambito stazionario. Limitando il finanziamento unitario agli ospedali (cure ambulatoriali e stazionarie), l'aumento si manterrebbe accettabile.

Assicuratori

La maggior parte dei membri di santésuisse, Assura, Groupe Mutuel e SSMC invitano a calcolare il contributo cantonale in base ai costi lordi, ossia inclusa la partecipazione ai costi, per evitare una disparità di trattamento nei confronti degli assicurati con franchigie alte. La minoranza dei membri di santésuisse, che all'articolo 60a chiedono un calcolo forfettario del contributo, approvano la proposta della CSSS-N per l'articolo 60 capoverso 3.

Curafutura, CSS, SWICA e Visana sostengono la proposta della CSSS-N.

Pareri sull'articolo 60 capoverso 4

Cantoni

GL invita a rivedere la quota cantonale del 25,5 per cento, dopo che gli elenchi per le cure ambulatoriali hanno conferito maggior peso ai criteri EAE. Rispetto a questi criteri la quota cantonale è oggi troppo elevata. NE attira l'attenzione sui maggiori costi che dovrà affrontare, in particolare in relazione alla parte residua di finanziamento delle cure di lunga durata (in forte crescita) e chiede l'introduzione di periodi transitori.

Associazioni mediche cantonali

GAeSO propone di aumentare ad almeno il 30 per cento la quota di finanziamento a carico dei Cantoni concedendo un periodo transitorio per costituire riserve.

Assicuratori

Santésuisse e Assura suggeriscono di inserire all'articolo 60 capoverso 3 un riferimento ai costi lordi e di adeguare di conseguenza l'aliquota percentuale al capoverso 4.

Curafutura, CSS, Groupe Mutuel, SWICA e Visana sostengono la proposta della CSSS-N.

Per Assura l'aliquota deve essere adeguata al fine di poter calcolare il contributo cantonale in base ai costi lordi.

Groupe Mutuel considera opportuno concedere ai Cantoni periodi transitori.

Altri

BFG pensa che un'aliquota percentuale del 25,5 per cento comporti un carico massiccio per i Cantoni e uno sgravio a livello di premi. Visto inoltre che il rapporto tra costi stazionari e ambulatoriali varia da un Cantone all'altro, sarebbe opportuno prevedere periodi transitori come per il nuovo finanziamento ospedaliero.

Pareri sull'articolo 60 capoverso 5

Assicuratori

Santésuisse e Assura chiedono che la Confederazione versi un contributo anche per gli assicurati che lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera (art. 3 cpv. 3 lett. b).

Curafutura, CSS e Groupe Mutuel sostengono la proposta della CSSS-N.

Pareri sull'articolo 60 capoverso 6

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PLR VD ammonisce dal concedere una discrezionalità eccessiva ai Cantoni per quanto riguarda il calcolo del contributo cantonale.

Fornitori di prestazioni

FMH e SSDV ritengono opportuno che i dati necessari per il calcolo dei contributi cantonali e federali vengano trasmessi all'istituzione comune.

Physioswiss RVBB interpreta questa disposizione nel senso di una prescrizione per il terzo pagante e suggerisce di ammettere anche in futuro la figura del terzo garante.

Assicuratori

Curafutura, Santésuisse, CSS, Helsana, SWICA, Visana e SSMC auspicano che i dati necessari per il calcolo del contributo cantonale e federale vengano trasmessi direttamente all'istituzione comune LAMal anziché alla Confederazione e ai Cantoni. La disposizione secondo cui i Cantoni e la Confederazione versano il loro contributo all'istituzione comune degli assicuratori va inserita in un nuovo capoverso (7).

Assura e Groupe Mutuel chiedono che i singoli assicuratori disciplinino direttamente con i Cantoni il versamento dei contributi senza coinvolgere l'istituzione comune.

4.10 Pareri sull'articolo 60a

Cantoni

CDS, CLASS, AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG e ZH si dicono favorevoli alla variante di maggioranza.

BL e GL sostengono la proposta di minoranza.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PBD, PVL, PLR.I e UDC condividono la proposta di versare il contributo cantonale sotto forma di importo forfettario per persona assicurata. PLR.I suggerisce una formulazione più semplice. PLR.VD è contrario ad alimentare i contributi cantonali con una riduzione dei premi o la remunerazione delle prestazioni di interesse generale.

Associazioni mantello dell'economia

usam appoggia la proposta della maggioranza della commissione poiché riduce gli incentivi a selezionare i rischi e non incrementa il fabbisogno di riserve, come conferma uno studio della società di consulenza Polynomics. La proposta di minoranza, invece, farebbe aumentare il rischio degli assicuratori e, di riflesso, il fabbisogno di riserve.

Fornitori di prestazioni

Argomed, FMH, pharmaSuisse, SSDV e SSP sostengono la proposta di minoranza ma invitano a semplificare la formulazione.

SW!SS REHA appoggia la proposta di maggioranza.

FMCH, Interpharma e SGS non prendono espressamente posizione sulla modalità di ripartizione dei contributi cantonali tra gli assicuratori (in base ai costi o in base ai rischi). Secondo Interpharma il progetto non deve però essere affossato per questo motivo.

Assicuratori

La maggioranza dei membri di Santésuisse, tra cui Assura e Groupe Mutuel, sostengono la proposta di maggioranza e, con essa, la ripartizione dei contributi cantonali in base ai costi generati.

Curafutura e i suoi membri (CSS, Helsana, kpt, sanitas) e una minoranza dei membri di Santésuisse, tra cui SWICA e Visana, appoggiano la proposta di minoranza e, quindi, anche la ripartizione dei contributi cantonali in base ai rischi, ma propongono una formulazione più semplice: «L'istituzione comune ripartisce il contributo cantonale e quello federale tra i singoli assicuratori applicando i principi della compensazione dei rischi di cui agli articoli 16-17a. Per gli assicurati esclusi dalla compensazione dei rischi, il contributo corrisponde alla media dei costi degli stessi assicurati. Il Consiglio federale disciplina i dettagli».

Pazienti e utenti

Trattandosi di una questione puramente tecnica, BFG invita gli assicuratori a trovare un accordo.

4.11 Pareri sull'articolo 79a

Cantoni

Per VD è inaccettabile che i Cantoni vengano privati di un diritto di ricorso diretto.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

Per PSS questa modifica è inaccettabile.

Assicuratori

Curafutura e Groupe Mutuel sostengono la proposta della CSSS-N.

4.12 Pareri sull'articolo II

Cantoni

VS sostiene la proposta di minoranza. Una responsabilità finanziaria senza possibilità di controllo è inaccettabile per i Cantoni. Per BL il controllo delle cure ambulatoriali dovrebbe agganciarsi al progetto riguardante il finanziamento unitario.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

PSS sostiene la proposta di minoranza. In nessun caso il progetto dovrebbe entrare in vigore senza una soluzione a lungo termine per il controllo delle autorizzazioni.

Associazioni mantello dell'economia

USS appoggia le disposizioni finali della proposta di minoranza.

Fornitori di prestazioni

Per FMH e SSDV il finanziamento unitario non permetterà di ampliare i volumi delle prestazioni ma farà aumentare il bisogno di capacità ambulatoriali e diminuire quello delle capacità stazionarie. Pertanto respingono la proposta di minoranza.

Anche PharmaSuisse boccia la proposta di minoranza.

Curaviva vede di buon occhio la proposta di minoranza. I Cantoni devono disporre di possibilità di controllo.

Assicuratori

Assura e Groupe Mutuel credono che le possibilità di controllo delle autorizzazioni presuppongano un finanziamento unitario. I due progetti dovrebbero quindi essere integrati con una relativa disposizione nel progetto sul controllo delle autorizzazioni.

Pazienti, utenti

BFG respinge la proposta di minoranza.

4.13 Altre proposte

Curaviva non mette in discussione il fatto che il finanziamento unitario concerna anche le cure acute e transitorie. Ricorda comunque di aver sollecitato già tempo fa una modifica delle condizioni in vigore per il diritto e l'accesso a questo tipo di cure.

Se il progetto andrà in porto, NE invita a cogliere l'occasione per istituire delle casse malati cantonali, meglio legittimate a usare i fondi raccolti attraverso le imposte. Inoltre, per gestire il sistema delle cure, propone di emanare una vera e propria legge federale sulla salute e di rinunciare alla LAMal che è prima di tutto una legge sul finanziamento.

Physioswiss deplora l'assenza di un capitolo sulle conseguenze per i fornitori di prestazioni. L'ottica del «chi» paga le prestazioni fa dimenticare che l'ottica del «cosa» viene pagato sia molto più importante nel contesto delle cure integrate.

5 Allegato: elenco dei partecipanti alla consultazione²

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

² in ordine alfabetico secondo le abbreviazioni

	Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales

GDK CDS CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale	
BDP PBD PBD	Bürgerlich-Demokratische Partei Parti bourgeois-démocratique Partito borghese democratico
CVP PDC PPD	Christlichdemokratische Volkspartei Parti démocrate-chrétien Partito popolare democratico
FPD PLR PLR.I	Die Liberalen Les Libéraux-Radicaux Liberali Radicali
PLR VD	Les Libéraux-Radicaux Vaudois
GLP PVL PVL	Grünliberale Partei Parti vert'libéral Partito verde-liberale
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union Démocratique du Centre Unione Democratica di Centro
Organizzazioni mantello dell'economia	
CP	Centre patronal (Paudex)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
sgv usam usam	Schweizerischer Gewerbeverband Union suisse des arts et métiers Unione svizzera delle arti e mestieri
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse Unione sindacale svizzera
VPOD SSP SSP	Verband des Personals Öffentlicher Dienste Syndicat Services publics Sindacato dei servizi pubblici
Ambienti interessati	

Associazioni dei consumatori	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne
FRC	Fédération romande des consommateurs
kf	Konsumentenforum Forum des consommateurs Forum dei consumatori
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organizzazioni mediche	
Fornitori di prestazioni	
Argomed	Argomed Ärzte AG
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FMCH	Laserkommission Commission de laserthérapie de la fmCh
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände K3
KSBL	Kantonsspital BL
Medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione svizzera delle reti di medici
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband

	Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia
physioswiss RVBB	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Regionalverband Beide Basel
PKS CPS CPS	Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere
sa'ges	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie Association professionnelle suisse de psychologie appliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata
SBK ASIASI	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse
SGAIM SSMIG SSMIG	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecines interne générale Società Svizzera di medicina interna generale
SGDV SSDV SSDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie Société suisse de dermatologie et vénéréologie Società svizzera di dermatologia e venereologia
SGP SSP SSP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Société suisse de pédiatrie Società svizzera di pediatria
SGS	Schweizerische Gesellschaft für Spinalchirurgie Société suisse de chirurgie du rachis Società svizzera di chirurgia spinale Swiss society of spinal surgery
SHV FSSF FSL	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici
SNL	Swiss Nurse Leaders
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SVBG FSAS FSAS	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari
	Swiss Orthopedics
SW!SS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz

	Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
USB	Unispital Basel
vips	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz
AMDHS	Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse
AMDOS	Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri
VNS	Verband Nordwestschweizerischer Spitäler
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
ASMAC	Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique
ASMAC	Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
Fornitori di prestazioni e associazioni di medici (cantionali o regionali)	
AGBE	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne
GAeSO	Ärztegesellschaft des Kantons Solothurn
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften
CCM	Conférence des sociétés cantonales de médecine
CMC	Conferenza delle società mediche cantonali
OMCT	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
SMCF	Société de médecine du canton de Fribourg
VSÄG	Walliser Ärztegesellschaft
SMVS	Société médicale du Valais
SVM	Waadtländer Medizingesellschaft Société vaudoise de médecine
Assicuratori	
	Assura
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
CSS Assurance	CSS Assurance
CSS Institut	CSS Institut
Groupe Mutuel	Groupe Mutuel
Helsana	Helsana
MTK	Medizinertarif-Kommission UVG
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA

CTM	Commissione delle tariffe mediche LAINF
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SGV SSMC	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances ()
SVV ASA ASA	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni
SWICA	SWICA
Visana	Visana
Pazienti, utenti	
AGILE.CH	Die Organisationen von Menschen mit Behinderung Les organisations de personnes avec handicap Le organizzazioni di persone con handicap
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients
Forum Gesundheit Schweiz	Forum Gesundheit Schweiz
IGPZ	Interessengemeinschaft Prämienzahler
SPO OSP OSP	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti
VAPP	Verein ambulante psychiatrische Pflege
VASK	Verein Angehörige Psychisch Kranker Schweiz
Altri	
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
GRAAP	Groupe action psychiatrie
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
PH CH	Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera