



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica

Revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Autorizzazione dei fornitori di prestazioni)

Rapporto sui risultati della procedura di consultazione

Berna, 9 maggio 2018

Indice

1	SITUAZIONE INIZIALE	3
2	PARERI PERVENUTI.....	3
3	PANORAMICA	3
4	RIEPILOGO DEI PARERI	4
4.1	Pareri sul progetto in generale	4
4.2	Pareri sull'articolo 36.....	12
4.2.1	In generale.....	12
4.2.2	Pareri sull'articolo 36 capoversi 1 e 2.....	16
4.2.3	Pareri sull'articolo 36 capoverso 3	18
4.2.4	Pareri sull'articolo 36 capoverso 3 ^{bis}	21
4.2.5	Pareri sull'articolo 36 capoverso 4	22
4.2.6	Pareri sull'articolo 36 capoversi 5 e 6.....	25
4.2.7	Pareri sull'articolo 36 capoverso 7	28
4.3	Pareri sull'articolo 36a	29
4.4	Pareri sull'articolo 37	29
4.5	Pareri sull'articolo 55a	29
4.5.1	In generale.....	29
4.5.2	Pareri sull'articolo 55a, capoverso 1	33
4.5.3	Pareri sull'articolo 55a, capoverso 2	34
4.5.4	Pareri sull'articolo 55a, capoverso 3	37
4.5.5	Pareri sull'articolo 55a, capoverso 4	38
4.5.6	Pareri sull'articolo 55a capoverso 5	39
4.5.7	Pareri sull'articolo 55a capoverso 6	40
4.6	Pareri sull'articolo 59	41
4.7	Pareri sulle disposizioni transitorie.....	42
4.7.1	Pareri sulle disposizioni transitorie, in generale	42
4.7.2	Pareri sulle disposizioni transitorie, capoverso 1	42
4.7.3	Pareri sulle disposizioni transitorie, capoverso 2	43
4.8	Altre proposte	43
	ALLEGATO: ELENCO DEI PARTECIPANTI ALLA CONSULTAZIONE	45

1 Situazione iniziale

Il 5 luglio 2017 il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di svolgere una consultazione presso i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle Città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello dell'economia e altre cerchie interessate in merito alla revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie concernente il disciplinamento delle autorizzazioni dei fornitori di prestazioni.

L'avamprogetto posto in consultazione poggia su un dispositivo a tre livelli, rafforza i requisiti di qualità ed economicità ai fini dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e nel contempo fornisce ai Cantoni uno strumento efficace per il contenimento dei costi nel settore ambulatoriale. L'avamprogetto stabilisce in primo luogo un legame con le leggi pertinenti relativamente alle condizioni necessarie all'esercizio della professione per tutte le persone che esercitano una professione medica o sanitaria. In secondo luogo, al fine di migliorare la qualità e l'economicità della fornitura di prestazioni, attribuisce al Consiglio federale una competenza estesa per disciplinare nell'ambito della LAMal l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale, in particolare per stabilire condizioni e oneri relativi alla qualità e all'economicità. Infine, pone l'accento su un nuovo disciplinamento dell'articolo 55a LAMal, che consente ai Cantoni di limitare l'autorizzazione dei medici a fornire prestazioni in una o più specializzazioni mediche del settore ambulatoriale una volta raggiunto un determinato numero massimo di fornitori. Per la definizione di questo tetto, i Cantoni dovranno prendere in considerazione il tasso di occupazione dei medici interessati.

2 Pareri pervenuti

Nell'ambito della consultazione sono pervenuti 91 pareri presentati da:

- tutti i Cantoni, nonché da CDS e CLASS;
- 7 partiti politici rappresentati all'Assemblea federale (CSPO, PPD, PES, PLR, PSS, pvl, UDC);
- il Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB);
- 3 associazioni di assicuratori (santésuisse, curafutura, SVV) e un assicuratore (Groupe mutuel);
- 3 associazioni mantello nazionali dell'economia (economiesuisse, USAM, USS) e un'associazione regionale dell'economia (CP);
- 2 associazioni di consumatori (FRC e SKS);
- 3 associazioni di pazienti (SPO, DVSP, Inclusion Handicap);
- 26 associazioni di fornitori di prestazioni (ChiroSuisse, CURAVIVA, FMH, H+, mfe, OPS, physioswiss, pharmaSuisse, PKS, RVBB, SBK, SBV, senesuisse, SGH, SHV, SOS Médecins, Spitex, SSO, SVBG, SVDE, Swiss Medi Kids AG, SVPL, SW!SS REHA, VAKA, VLSS, VSAO);
- KKA e 13 società mediche cantonali (AGZ, AMGe, BEKAG, AeG BL, GAeSO, VZK, MedGes BS, OMCT, SMSR, SMVS, SMCJU, SVM, VHBB);
- BFG e GUMEK.

3 Panoramica

La consultazione ha mostrato che, sebbene la maggior parte dei partecipanti non contesti la necessità di gestire strategicamente le autorizzazioni, i pareri sull'avamprogetto divergono.

CSPO e PSS, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e CLASS e i Cantoni (tranne AG, GR, JU, LU, TG) appoggiano chiaramente l'avamprogetto, così come il Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB), le associazioni dei consumatori, alcune associazioni dei fornitori di prestazioni (mfe, OPS, senesuisse e VZK) e l'associazione dei pazienti DVSP.

L'avamprogetto è invece nettamente respinto dai partiti PLR e UDC, dalle associazioni nazionali dell'economia (ad eccezione dell'USS), dalle associazioni degli assicuratori, da numerose associazioni di fornitori di prestazioni (ChiroSuisse, FMH, H+, PKS, RVBB, SBK, SBV, SOS Médecins, SVBG, SVDE, SVPL, SWISS REHA, VAKA, VLSS), dalla KKA e dalla maggior parte delle società mediche cantonali o regionali (ad eccezione di AMGe, SMSR, SMCJU e SVM).

I partiti PPD, pvl e PES non appoggiano né respingono chiaramente l'avamprogetto di revisione ma muovono critiche importanti. Lo stesso dicasi di alcune associazioni di fornitori di prestazioni (CURAVIVA, pharmaSuisse, physioswiss, SGH, SHV, Spitex, SSO, Swiss Medi Kids AG, VSAO), Groupe mutuel, le associazioni di pazienti Inclusion Handicap e SPO e GUMEK.

La formalizzazione del processo di autorizzazione gode di un sostegno relativamente ampio tra i partecipanti alla consultazione, mentre la proposta di affidarne la gestione strategica agli assicuratori è vista come un primo passo verso l'abbandono dell'obbligo di contrarre ed è osteggiata da alcuni partecipanti – segnatamente i Cantoni, i fornitori di prestazioni e i partiti PSS e UDC – secondo cui l'autorizzazione dev'essere gestita strategicamente dai Cantoni, che hanno già la competenza in materia di sanità pubblica e rilasciano le autorizzazioni per l'esercizio della professione secondo la LPMed. Affidare la gestione strategica delle autorizzazioni ai Cantoni sarebbe anche coerente con l'eventuale finanziamento uniforme delle prestazioni stazionarie e ambulatoriali, la cui introduzione a medio termine è caldeggiata da tutti i partiti (ad eccezione di PES e CSPO), gli assicuratori e gli ambienti economici. Raggruppare le due procedure di autorizzazione (all'esercizio della professione e all'esercizio a carico dell'AOMS) sotto la responsabilità di una sola autorità consentirebbe di ridurre la burocrazia, come peraltro auspicato da numerosi attori.

Per quanto attiene ai criteri di autorizzazione, numerosi partecipanti, tra cui FMH, sono del parere che, per poter esercitare a carico dell'AOMS, i medici dovrebbero aver lavorato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto e fornire la prova di possedere competenze linguistiche sufficienti. La proposta del Consiglio federale di esigere una prova delle conoscenze del sistema sanitario svizzero è relativamente ben accolta, mentre l'introduzione di un periodo di attesa è respinta dalla maggioranza dei partecipanti. Secondo le associazioni dei fornitori di prestazioni, sarebbe opportuno anche verificare che i fornitori di prestazioni autorizzati adempiano i propri obblighi professionali, in particolare che seguano una formazione professionale continua conformemente alle direttive professionali.

PPD, PLR e UDC chiedono che a medio termine la limitazione delle autorizzazioni sia vincolata al finanziamento uniforme delle prestazioni. Nel frattempo, tuttavia, non escludono una proroga della limitazione né alcuni miglioramenti del sistema. Dal canto loro, i Cantoni vogliono poter continuare a limitare le autorizzazioni senza interruzioni poiché una situazione senza possibilità di gestione strategica provocherebbe un nuovo, massiccio afflusso di medici europei, in particolare nei Cantoni di frontiera, facendo lievitare i costi a carico dell'AOMS come d'altronde già successo tra il 1° gennaio 2012 e il 30 giugno 2013. Chiedono di semplificare l'avamprogetto, soprattutto per quanto riguarda il coordinamento con gli altri Cantoni e il tasso di occupazione dei medici. Mentre i Cantoni (eccetto SG) e gli assicuratori (santésuisse) appoggiano l'idea di un meccanismo di intervento rapido in caso di aumento massiccio dei costi, due partiti (PES e PSS), USS, alcuni fornitori di prestazioni (FMH, SWISS REHA, VLSS, mfe e SBV) e numerose società mediche cantonali sono contrari.

4 Riepilogo dei pareri

4.1 Pareri sul progetto in generale

Cantoni

AR, BE, BL, GL, NW, SG, TG, VD, VS e ZH sostengono esplicitamente la posizione di CDS.

CDS, come pure AI, BE, BS, GE, GL, LU, NE, OW, SH, SZ, TG, TI, UR, VD e ZH, sostengono l'avamprogetto del Consiglio federale che mira a sostituire l'attuale limitazione delle autorizzazioni valida fino al 30 giugno 2019 (art. 55a LAMal) con una soluzione più pratica e illimitata nel tempo e considerano pertinenti i tre livelli di intervento.

CDS, BE e LU accolgono con favore la scelta di rinunciare all'introduzione di tariffe differenziate e all'allentamento dell'obbligo di contrarre.

AI, GL, LU, OW e TG auspicano l'adozione di un dispositivo facile da implementare e tecnicamente poco vincolante che permetta loro, se necessario, di gestire l'offerta di cure. Ritengono tuttavia – come d'altronde CDS, BE e VD – che lo strumento proposto vada semplificato in alcuni aspetti fondamentali. Inoltre, andrebbero evitate disposizioni legali troppo complesse da attuare o che presuppongono una disponibilità di dati attualmente non garantita.

AG reputa che l'attuazione del progetto richiederà un aumento eccessivo delle risorse necessarie nei Cantoni. Dubita dell'efficacia della limitazione delle autorizzazioni e pensa che il Consiglio federale mandi segnali contraddittori ai giovani medici, visto che parallelamente investe per aumentare le capacità formative. Infine, ritiene che non sia possibile gestire strategicamente il settore ambulatoriale degli ospedali.

BS teme che, se non si troverà una soluzione, una volta scaduta la limitazione delle autorizzazioni l'offerta crescerà in modo incontrollato, in particolare tra gli specialisti, innescando un aumento dei costi.

CLASS e GE ritengono che sarà possibile contenere i costi sanitari e migliorare la qualità dell'assistenza medica solo limitando il numero di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale. Vigileranno tuttavia affinché gli assicuratori non approfittino del secondo livello di intervento (autorizzazione dei fornitori di prestazioni da parte degli assicuratori) per rifiutare determinati fornitori per motivi puramente economici o amministrativi.

FR si allinea alla posizione di CDS. In via sussidiaria, considera le proposte di CLASS un'alternativa alla quale potrebbe aderire, in particolare quelle relative all'articolo 55a capoversi 2 e 3 LAMal.

GR respinge l'idea di affidare la gestione strategica delle autorizzazioni a un'organizzazione designata dagli assicuratori ritenendo che i Cantoni debbano restare competenti in materia.

JU reputa che, sebbene abbia dato buone prove in passato (per lo meno nei Cantoni a forte densità di medici), la clausola del bisogno non ha potuto essere applicata in modo semplice a causa del grosso ostacolo costituito dalla legge federale sul mercato interno (LMI), secondo cui a un professionista titolare di un'autorizzazione in un Cantone non si può rifiutare l'autorizzazione di esercitare in un altro. Un'ulteriore difficoltà risiede nella stima del bisogno per una o più specializzazioni. JU valuta positivamente il fatto che la revisione consideri alcuni di questi aspetti; tuttavia, teme che la convalida dei fornitori di prestazioni da parte degli assicuratori nasconda il rischio di un'abrogazione dissimulata dell'obbligo di contrarre e, pertanto, spiani la strada alla possibilità per gli assicuratori di rifiutare determinati fornitori per motivi puramente economici o amministrativi.

NW accoglie positivamente l'orientamento generale del progetto e concorda in parte con le modifiche proposte. Chiede che le disposizioni attuative consentano un'applicazione semplice e tecnicamente poco impegnativa per i Cantoni.

SG apprezza gli sforzi del Consiglio federale per una soluzione a lungo termine della gestione strategica delle autorizzazioni. In particolare sostiene l'introduzione di criteri di qualità.

SH ritiene che i Cantoni debbano avere un ruolo preponderante nella valutazione del bisogno e lo strumento debba permettere una gestione strategica efficace oltre che una facile attuabilità in tempi rapidi. Si rammarica che l'avamprogetto non tenga conto della relazione esistente tra il livello delle tariffe e la densità dei fornitori di prestazioni, rilevando che questa relazione andrebbe considerata in una prospettiva a medio termine in sede di fissazione delle tariffe, in modo tale da eliminare gli incentivi che ne risultano.

SO sostiene in particolare le misure previste per inasprire i requisiti che i fornitori di prestazioni devono soddisfare per esercitare a carico dell'AOMS. Una procedura di autorizzazione formale

e un esame delle conoscenze del sistema sanitario svizzero sarebbero inoltre strumenti adatti per migliorare la qualità nel settore ambulatoriale.

SZ vede di buon occhio sia le misure volte a garantire e migliorare la qualità delle prestazioni sia quelle che permettono la gestione strategica dell'offerta da parte dei Cantoni.

TI sottolinea l'importanza di garantire continuità alla gestione strategica delle autorizzazioni. Pur sostenendo l'avamprogetto, ritiene che i temi ivi trattati siano troppi per riuscire a raccogliere il consenso necessario ad assicurare la continuazione dell'attuale moratoria senza soluzione di continuità. Propone quindi di scindere la proposta del Consiglio federale in due parti: la prima prevede la limitazione del numero di fornitori di prestazioni da parte dei Cantoni mentre la seconda contempla l'eventuale introduzione di un'autorizzazione formale a esercitare a carico dell'AOMS rilasciata dagli assicuratori malattie dopo la verifica di un certo numero di criteri qualitativi. Per quanto riguarda l'autorizzazione da parte degli assicuratori, chiede di vegliare affinché non venga conferita agli assicuratori una competenza assimilabile alla libertà di contrarre. I criteri applicati dagli assicuratori-malattie dovrebbero rispondere a un interesse generale e limitarsi a una verifica di tipo amministrativo. TI auspica inoltre che i Cantoni siano coinvolti nella definizione dei criteri di qualità e abbiano la possibilità di stabilire criteri per differenziare le autorizzazioni in funzione dei bisogni locali. Sottolinea infine la mancanza di dati statistici necessari per garantire una gestione strategica efficace dell'offerta nel settore ambulatoriale.

VS accoglie globalmente con favore le nuove disposizioni proposte. Ritiene che per contenere i costi sanitari e migliorare la qualità delle cure sia imperativo mantenere a lungo termine la clausola del bisogno come pure controllare l'economicità e la qualità delle prestazioni. Pur allineandosi alle posizioni espresse da CDS e CLASS, invita a relativizzare alcuni punti del progetto.

ZG sostiene la proposta del Consiglio federale di sostituire direttamente la limitazione delle autorizzazioni che giungerà a scadenza il 30 giugno 2019 (art. 55a LAMal) allo scopo di evitare un aumento incontrollato del numero dei fornitori di prestazioni. Ritiene tuttavia che si tratti solo di una misura transitoria in attesa che le discussioni sull'allentamento dell'obbligo di contrarre portino a una soluzione duratura. Auspica una semplificazione dell'avamprogetto e chiede precisazioni sul nesso tra l'articolo 55a LAMal, la LMI e la legge sui lavoratori distaccati (regola dei 90 giorni). Infine, invita a puntualizzare che l'articolo 55a si applica anche ai dentisti.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

Per PPD la gestione strategica delle autorizzazioni è indispensabile. La definizione di criteri per l'apertura di nuovi studi medici permetterebbe di migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità e impedirebbe un aumento ancora più importante dei costi sanitari e dei premi. Inoltre, la proposta in consultazione relativa alla gestione strategica delle autorizzazioni conterrebbe miglioramenti rispetto al regime precedente.

PLR respinge il mantenimento a tempo indeterminato della limitazione delle autorizzazioni. Si dice infatti convinto che la libertà di contrarre per i medici e gli assicuratori o quantomeno l'allentamento dell'obbligo di contrarre sarebbero in linea di massima un'alternativa preferibile per rafforzare la qualità e frenare l'evoluzione quantitativa e il consumo eccessivo di prestazioni mediche. Una migliore qualità a prezzi più bassi permetterebbe di rallentare anche l'aumento dei premi. Concretamente, il legislatore potrebbe dare ai Cantoni la possibilità di eliminare l'obbligo di contrarre in caso di alta densità di medici.

Glp approva il progetto posto in consultazione, in particolare l'importanza riservata ai requisiti di qualità e ai titoli di formazione. La qualità non può limitarsi alla formazione di base e al perfezionamento: servono indicazioni sulla qualità della diagnosi e della terapia dei fornitori di prestazioni che attualmente mancano soprattutto nel settore ambulatoriale.

PES manifesta scetticismo sull'introduzione di una procedura formale di autorizzazione ma concorda nell'attribuire ai Cantoni la competenza di limitare il numero di fornitori di prestazioni.

PSS ritiene valido l'orientamento generale dell'avamprogetto, che offre una base interessante per le discussioni future. Considera inoltre che soluzioni estreme quali la soppressione dell'ob-

bligio di contrarre o il rilascio di autorizzazioni in funzione dell'applicazione di tariffe differenziate farebbero immancabilmente naufragare la revisione. Per questo motivo non è in alcun modo disposto a entrare in materia di tali misure e insiste affinché la promozione della formazione in medicina umana resti importante anche in futuro.

UDC respinge chiaramente la revisione proposta. Nel postulato 16.3000, nel frattempo adottato, il Consiglio federale è stato incaricato di studiare alternative all'attuale gestione strategica delle autorizzazioni per i fornitori di prestazioni. Purtroppo, nel rapporto allestito in adempimento al postulato avrebbe ignorato le richieste formulate e, di riflesso, non avrebbe soddisfatto il mandato conferitogli dal Parlamento, cosa che peraltro non farebbe nemmeno con l'avamprogetto di revisione della LAMal in oggetto. UDC chiede quindi al Consiglio federale di presentare un progetto di revisione che preveda un allentamento dell'obbligo di contrarre nel caso di offerta eccedentaria e la possibilità di differenziare le tariffe in funzione dell'offerta regionale.

CSPO rileva che in molte regioni di montagna la situazione sul fronte della densità di medici è fondamentalmente diversa da quella delle regioni urbane e che in queste regioni l'assistenza sanitaria di base è a grave rischio. In questo senso, considera particolarmente importanti l'abolizione del *numerus clausus*, la riforma del tariffario TARMED volta a creare incentivi finanziari all'apertura di studi medici nelle regioni rurali, la promozione dell'apertura di studi medici associati e il rafforzamento della medicina di base nel programma di formazione dei medici di famiglia.

PPD, PLR e UDC sono disposti ad accettare le nuove competenze conferite ai Cantoni, come proposto tra l'altro nell'avamprogetto, solo se gli incentivi sbagliati risultanti dal diverso sistema di finanziamento delle cure ambulatoriali e di quelle ospedaliere verranno eliminati definitivamente. A questo proposito rinviano ai lavori della sottocommissione CSSS-N in merito al sistema monistico di finanziamento: i Cantoni parteciperebbero ai costi delle cure ambulatoriali e in compenso beneficerebbero di una riduzione del loro contributo ai costi delle cure ospedaliere. Secondo i tre partiti, i Cantoni non intendono cofinanziare il settore ambulatoriale se non dispongono di strumenti per gestire e contenere i costi. L'ampliamento delle competenze dei Cantoni previsto dall'avamprogetto in materia di gestione strategica delle autorizzazioni potrebbe essere una misura in questo senso. PPD, PLR e UDC ritengono giusto inserire tali competenze nel progetto della sottocommissione «sistema monistico» in modo tale da spianare la strada al finanziamento uniforme del settore stazionario e di quello ambulatoriale. L'eliminazione degli incentivi sbagliati e il rafforzamento degli incentivi per l'assistenza sanitaria integrata potrebbero comportare per l'AOMS risparmi fino a 3 miliardi di franchi. Con queste premesse, i tre partiti sarebbero disposti ad accettare la proroga a tempo determinato dell'attuale blocco delle autorizzazioni (con i miglioramenti menzionati) per permettere alla sottocommissione di portare avanti il suo lavoro. L'obiettivo è di raggruppare in un unico progetto e porre in vigore i due elementi «finanziamento uniforme» e «gestione strategica delle autorizzazioni». Anche glp chiede un finanziamento uniforme dei settori stazionario e ambulatoriale affinché i Cantoni, grazie alle competenze più estese, possano raggiungere gli obiettivi di contenimento dei costi nel settore ambulatoriale. Dal canto suo, PSS esige che venga instaurato quanto prima un sistema di finanziamento uniforme, che consoliderebbe anche la legittimità dei Cantoni ad assumere la responsabilità di regolatore.

Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

SAB rileva in generale che in molte regioni di montagna la situazione di partenza è fondamentalmente diversa rispetto a quella delle regioni urbane. Nelle regioni di montagna l'assistenza medica di base è fortemente minacciata ed è sempre più difficile trovare medici di famiglia per garantire cure mediche generiche. In ogni modo, la medicina specialistica si concentra nei grandi centri urbani. La penuria di medici di famiglia genera tra l'altro una richiesta crescente di prestazioni specialistiche, con conseguente aumento dei costi. Secondo SAB bisogna concentrarsi sulle priorità seguenti: abolizione del *numerus clausus*, riforma del tariffario TARMED per creare incentivi finanziari all'apertura di studi medici nelle aree rurali, incentivo all'apertura di studi medici associati e rafforzamento della medicina di base nel programma di formazione dei medici.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

CP bocchia le modifiche proposte in quanto l'avamprogetto rischia di mettere rapidamente in pericolo un ricambio generazionale qualificato e la qualità del sistema sanitario.

Economiesuisse respinge l'avamprogetto del Consiglio federale e deplora che non si sia proposta un'alternativa concorrenziale all'attuale gestione strategica delle autorizzazioni.

USS sostiene a priori la gestione strategica delle autorizzazioni da parte dei Cantoni, come d'altronde proposto dal Consiglio federale, ma bocchia la proposta di conferire loro la competenza di bloccare immediatamente le autorizzazioni in caso di aumento dei costi.

USAM respinge *in toto* l'avamprogetto. Non può accettare la limitazione delle autorizzazioni per determinate categorie di fornitori di prestazioni perché ritiene che sarebbe uno strumento di economia pianificata e pertanto rappresenterebbe una minaccia alla libertà economica. Dubita della sua efficacia sul piano economico tanto più che non è mai stata dimostrata. È del parere che la revisione comprometterebbe la certezza del diritto e renderebbe sempre più difficile per i fornitori di prestazioni una pianificazione affidabile della carriera. Osserva infine che l'avamprogetto genererà una burocrazia eccessiva.

Associazioni dei consumatori

FRC sostiene il dispositivo a tre livelli proposto dal Consiglio federale che inasprisce i requisiti posti ai fornitori di prestazioni diventando al contempo un nuovo strumento di contenimento dell'offerta capace di frenare l'aumento dei costi nel settore ambulatoriale.

SKS approva esplicitamente la possibilità che la revisione parziale permetta di regolare l'offerta di prestazioni e che vengano resi più severi i requisiti di qualità ed economicità per i fornitori di prestazioni. Queste misure sono indispensabili alla luce dell'evoluzione dei costi nel settore ambulatoriale e del conseguente aumento dei premi dell'AOMS.

Fornitori di prestazioni

ChiroSuisse respinge l'introduzione di una limitazione delle autorizzazioni e dubita che le misure previste possano ridurre i costi. Una volta concluso il loro percorso formativo pluriennale, i medici e/o gli altri fornitori di prestazioni dovrebbero poter trovare un impiego. Aniché limitare le autorizzazioni, bisognerebbe gestire in via prioritaria i posti di formazione di base e di perfezionamento.

Secondo FMH l'orientamento e le misure dell'avamprogetto non contribuiscono a contenere i costi né tantomeno a migliorare l'assistenza sanitaria. La gestione strategica delle autorizzazioni dovrebbe piuttosto tener conto del fatto che la Svizzera ha bisogno di medici stranieri e deve garantire cure di qualità senza creare ulteriore burocrazia. FMH, ma anche VSAO, chiedono quindi di introdurre tre efficaci criteri qualitativi da soddisfare in via cumulativa, facilmente applicabili e documentabili, per autorizzare i medici ad esercitare sotto la propria responsabilità professionale (attività in proprio o dipendente):

- aver esercitato la medicina per almeno tre anni nel campo di specializzazione oggetto della richiesta di autorizzazione
- documentare l'aggiornamento permanente
- verificare le proprie conoscenze linguistiche.

Anche SGH chiede che i medici, una volta ottenuto il titolo di perfezionamento (medico specialista), abbiano l'obbligo di perfezionare le proprie conoscenze durante tutta la loro vita professionale. La prova dell'aggiornamento andrebbe richiesta periodicamente in tutti e 46 i campi di specializzazione. Per quanto riguarda le conoscenze linguistiche, i medici devono provare le competenze richieste per esercitare nella regione prescelta superando un esame linguistico in Svizzera.

H+ e PKS accettano il primo livello di intervento, ma respingono il secondo (art. 35 – 38 e 59 avamprogetto LAMal) perché introdurrebbe de facto un terzo livello di autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Ritengono inoltre che le misure e le strutture previste creino burocrazia e

costi supplementari senza portare alcun beneficio. Per quanto attiene al terzo livello di intervento (art. 55a) H+ reputa che non sia necessario, pur tollerandolo in un'ottica di compromesso, per chiudere una volta per tutte le discussioni sul tema e creare certezza del diritto a lungo termine per gli ospedali, le cliniche e gli istituti di cura. PKS respinge la limitazione delle autorizzazioni in quanto non necessaria.

H+ aggiunge che è giusto che il Consiglio federale abbia rinunciato alla flessibilizzazione della libertà di contrarre e all'introduzione di tariffe differenziate. L'introduzione della libertà di contrarre, politicamente controversa, rischierebbe di venir bocciata alle urne, mentre le tariffe differenziate artificialmente produrrebbero effetti indesiderati e un'eccessiva regolamentazione.

Mfe approva fundamentalmente il fatto che con la revisione parziale si cerchi una soluzione a lungo termine per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni che garantisca la certezza del diritto. Il nuovo disciplinamento aumenta la sicurezza a livello di pianificazione e può attenuare altri effetti indesiderati insiti nel sistema.

OPS condivide l'orientamento generale dell'avamprogetto. Sottolinea tuttavia che, nell'interesse di una revisione sostenibile e orientata al futuro, è necessario tener conto dei dossier presentati e trattati in Parlamento anche in vista della futura revisione dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal). In questo senso appare opportuno, in previsione della revisione della LAMal e dell'OAMal, creare già ora i presupposti affinché i futuri podologi diplomati SSS siano considerati fornitori di prestazioni a carico dell'AOMS.

Secondo pharmaSuisse la revisione offre l'opportunità di favorire, con misure che promuovono la concorrenza basata sulla qualità, i fornitori di prestazioni che si impegnano attivamente contro gli incentivi sbagliati e mostrano la loro disponibilità a sviluppare – nell'interesse dell'efficienza delle cure e della sicurezza dei pazienti – approcci interprofessionali e strutturati per la fornitura di prestazioni, in particolare a sviluppare e applicare gli strumenti necessari alla condivisione della responsabilità (ad es. cartella informatizzata del paziente).

Physioswiss rileva che, sebbene nell'avamprogetto venga fatto valere l'argomento del rafforzamento della qualità, l'aspetto centrale sia in realtà un altro, e cioè il ridimensionamento dell'assistenza sanitaria attraverso procedure più restrittive di autorizzazione in modo da risparmiare sui costi. Questo sarebbe allarmante, a maggior ragione in un periodo di penuria di personale specializzato che genera carenze nell'assistenza sanitaria e lunghe liste d'attesa. L'associazione critica anche il fatto che l'avamprogetto non sia il frutto di un coordinamento evidente con la legge sulle professioni sanitarie (LPSan).

SOS Médecins approva particolarmente la volontà di applicare senza eccezioni l'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ACLP) e i suoi allegati nell'ambito dell'articolo 36 LAMal. Basandosi su varie fonti, rileva tuttavia che finora nessuna ricerca ha dimostrato l'esistenza di un nesso tra il numero di medici che hanno aperto uno studio e l'aumento dei costi della salute. Ritiene inoltre che l'articolo 55a proposto sia contrario alla Costituzione federale.

Per quanto attiene alla medicina umana, SSO sostiene in molti punti il parere inoltrato da FMH il 20 ottobre 2017.

Secondo Swiss Medi Kids AG il blocco delle autorizzazioni riduce le possibilità di reclutare pediatri nelle aree periferiche con un piccolo bacino di utenza al fine da garantire l'assistenza sanitaria ai più piccoli. Chiede quindi che la revisione parziale precisi che i pediatri sono esclusi dalla regolamentazione delle autorizzazioni o che eventuali formazioni offerte da ospedali equivalenti in Germania e Austria siano equiparate a quelle svizzere.

SW!SS REHA e VAKA respingono le misure volte a limitare le autorizzazioni di fornitori di prestazioni. Con il pretesto di ridurre i costi e di aumentare la qualità, la revisione parziale genera costi amministrativi sensibilmente più alti e un maggiore controllo da parte della Confederazione, dei Cantoni e degli assicuratori. Le misure proposte porterebbero di fatto a un sistema «a tre ostacoli» ai tre livelli di intervento, che a loro volta comporterebbero molte altre condizioni secondarie sul piano legislativo, che almeno in parte sarebbero ampliabili quasi a piacimento.

VLSS è del parere che, sebbene introduca miglioramenti rispetto alla normativa vigente, l'avamprogetto si spinge molto oltre l'obiettivo prefissato in quanto introduce un eccesso di regolamentazione, e pertanto lo respinge.

Società mediche cantonali

KKA e AeG BL si dichiarano contrarie all'avamprogetto. Questo non significa che rifiutano qualsivoglia regolamentazione, ma solo che non possono accettare la revisione nella forma proposta. Ritengono infatti che generi più burocrazia per tutti. Le nuove disposizioni sulle autorizzazioni intensificano e aumentano in misura massiccia la pianificazione e il controllo dello Stato sull'offerta di prestazioni ambulatoriali e sull'autorizzazione dei medici a fornire prestazioni. Inoltre, l'avamprogetto poggia in misura univoca sulla tesi della domanda dettata dall'offerta. Tuttavia, la densità di medici non è uno strumento quantitativo e di gestione strategica adeguato. Non esiste infatti una correlazione chiara tra densità di medici e prestazioni mediche ai pazienti. In realtà, la domanda è determinata da molteplici fattori, in particolare dal comportamento della popolazione. Per motivi politici, però, l'avamprogetto non tematizza questo aspetto.

Secondo AGZ, MedGes BS e VHBB, oltre alla limitazione complessiva del numero di medici che esercitano nel settore ambulatoriale, l'avamprogetto creerà maggiori ostacoli amministrativi all'apertura e alla gestione di studi medici. Il pacchetto di misure, associato al peggioramento previsto delle tariffe calcolate e al valore dei punti tariffali troppo basso, accentuerà in modo massiccio una tendenza già osservabile: da un lato l'esercizio indipendente della professione di medico perde attrattiva e sempre più medici con una buona formazione preferiscono continuare a lavorare in ambito ospedaliero piuttosto che aprire uno studio proprio; dall'altro vi sono medici che decidono di chiudere il proprio studio per ritornare a farsi assumere in strutture ambulatoriali.

Secondo KKA, MedGes BS, VHBB, GAeSO, AGZ e AeG BL per quanto riguarda l'attività medica nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione occorre esigere che i medici abbiano esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto. Per quanto attiene alla prova del perfezionamento permanente, invece, auspicano che una volta ottenuto il titolo di perfezionamento (medico specialista) i medici siano tenuti a aggiornare le loro conoscenze durante tutta la loro carriera professionale e che la prova del perfezionamento debba essere richiesta periodicamente in tutti e 46 i campi di specializzazione. Si tratta di un criterio di qualità chiaramente documentabile e facilmente verificabile. Per quanto riguarda la competenza linguistica, infine, esigono che i medici documentino di possedere le competenze necessarie nella regione in cui esercitano sulla base di un esame effettuato in Svizzera.

AMGe e SMSR constatano che i medici di alcuni Cantoni romandi, in particolare Ginevra, hanno aderito al principio del disciplinamento delle autorizzazioni. Hanno riconosciuto la necessità della limitazione davanti all'arrivo di medici privi di esperienza del sistema sanitario svizzero, con una formazione a volte lacunosa, impiegati da aziende attive in nicchie redditizie senza alcun obbligo di soddisfare a lungo termine i bisogni della popolazione. A titolo di esempio citano il modello consultativo introdotto nel Cantone di Ginevra. Le due associazioni ritengono che i medici non siano responsabili dell'aumento dei costi e che misure burocratiche arbitrarie non faranno che accelerare il degrado delle condizioni di lavoro, generando una perdita di efficacia e scoraggiando i fornitori di prestazioni.

AGZ è del parere che si stiano traendo le conclusioni sbagliate e che per quanto riguarda la gestione strategica del settore ambulatoriale vengano prese misure inadeguate. Teme che l'obiettivo del contenimento dei costi non potrà essere raggiunto e che, anzi, si assisterà a un nuovo aumento.

GAeSO ritiene che anche questa revisione sia nuovamente condizionata e motivata da questioni meramente pecuniarie. L'avamprogetto contempla sì alcuni miglioramenti, ma introduce anche una regolamentazione eccessiva andando ben oltre l'obiettivo prefissato. Prima di cercare di contenere i costi nel settore della sanità, occorrerebbe procedere a un'analisi della situazione per individuare i punti – sempre che ve ne siano – nei quali intervenire. La base attuale non è sufficiente per un confronto oggettivo.

Secondo MCJU è coerente approntare un sistema di ripartizione geografica delle autorizzazioni conforme ai bisogni effettivi, così come è importante che ciò possa farsi a livello cantonale. Chiede invece di rivedere il secondo livello d'intervento abolendo la libertà di contrarre

che il Consiglio federale intende trasferire agli assicuratori e affidando il compito di controllo a un organismo indipendente separato dagli assicuratori per evitare conflitti di interessi.

SMVS appoggia pienamente i pareri di FMH, KKA e BEKAG. Ritiene che tra l'aumento dei premi e il numero di medici autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS non vi sia un nesso diretto, a maggior ragione nel settore ambulatoriale. Considera che i costi lievitino a causa dell'incremento effettivo del bisogno di risorse mediche imputabile, a sua volta, al fatto che l'invecchiamento della popolazione, i progressi della medicina e una migliore presa in carico delle malattie croniche e rare fa aumentare il numero di casi. È del parere che ogni modifica sostanziale del sistema sanitario attuale rappresenti un grosso rischio per l'intero sistema. Individua inoltre un accanimento nei confronti dei medici, in particolare di quelli che esercitano in regime ambulatoriale, mentre è evidente che si sta profilando una penuria di medici più o meno pronunciata a seconda delle regioni. Auspica infine che in Vallese siano portati avanti gli sforzi volti a riequilibrare l'offerta per garantire tempi d'attesa ragionevoli per le visite specialistiche non vitali.

SVM avverte che l'introduzione di una qualsiasi forma di libertà di contrarre e le relative implicazioni per le professioni mediche e i pazienti sfoceranno inevitabilmente nel lancio di un referendum da parte della FMH, in conformità con le decisioni prese dalla sua federazione.

VZK aderisce pienamente al parere di mfe.

Assicuratori

Curafutura respinge l'avamprogetto nella sua forma attuale in quanto ritiene che la responsabilità dei risultati e quella del finanziamento non coincidano. Per eliminare il conflitto di interessi occorre introdurre al contempo un finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere (stazionarie) a carico dell'AOMS. Secondo curafutura l'avamprogetto limita la libertà dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori, rafforza le disparità di trattamento tra fornitori di prestazioni e comporta un aumento della burocrazia.

Pur osservando che il mandato definito dalla CSSS-S nel postulato 16.3001 non è stato adempiuto, Groupe mutuel apprezza – seppur con qualche riserva – la volontà del Consiglio federale di influenzare l'evoluzione dei costi della sanità introducendo la limitazione delle autorizzazioni quale strumento di gestione strategica del settore ambulatoriale. Alla stregua di santésuisse e curafutura, considera necessario finanziare in modo uniforme le prestazioni ambulatoriali e stazionarie e ritiene che i dati, i metodi e i criteri per definire il numero massimo di medici autorizzati debbano essere uniformi e quindi definiti dalla Confederazione al fine di garantire un quadro coerente per la fornitura delle cure. Groupe mutuel preferirebbe che venga introdotta la libertà di contrarre.

Pur valutando positivamente alcuni elementi, santésuisse respinge *in toto* l'avamprogetto e invita ad avviare una discussione su opzioni più liberali. Reputa inoltre controproducente conferire ai Cantoni la competenza di gestire autonomamente il numero di fornitori di prestazione in quanto ciò acuirebbe i conflitti di interesse già esistenti. Per eliminare questi conflitti occorre introdurre parallelamente un finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali a carico dell'AOMS. Inoltre, dovrebbero essere i Cantoni a pianificare l'offerta in entrambi i settori su base intercantonale. In caso di mancato coordinamento, i Cantoni dovrebbero essere chiamati a finanziare i costi eccedenti. Per quanto concerne la pianificazione intercantonale rimanda a uno studio dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM).

SVV respinge l'avamprogetto in quanto teme che sfoci in 26 varianti diverse di gestione delle autorizzazioni. Lascia inoltre intendere che, proprio per effetto del finanziamento non uniforme delle prestazioni, i Cantoni avranno poco interesse a pianificare in modo accurato e corretto il settore ambulatoriale. Secondo l'associazione, l'intervento dello Stato si giustifica solo nel caso in cui l'offerta sanitaria fosse insufficiente. Pur approvando la volontà del Consiglio federale di agire per contenere l'evoluzione dei costi della sanità, si dichiara favorevole alla separazione dei compiti dei Cantoni e all'allentamento dell'obbligo di contrarre. Pensa inoltre che il Governo non abbia vagliato a sufficienza le opzioni alternative alla gestione strategica dell'offerta.

Pazienti e utenti

DVSP si dichiara globalmente soddisfatta del contenuto dell'avamprogetto. Apprezza in particolare la scelta di vincolare la gestione strategica delle autorizzazioni a criteri di qualità per contenere i costi e migliorare in generale la presa a carico dei pazienti. Osserva con soddisfazione che l'avamprogetto interessa tutti i fornitori di prestazioni, permettendo un approccio globale della gestione dei costi e della qualità. Tuttavia, respinge categoricamente la proposta di delegare agli assicuratori la competenza di designare un'organizzazione incaricata di statuire sulle domande di autorizzazione ed esige che le proposte di introdurre la libertà di contrarre o di differenziare le tariffe in funzione delle regioni siano abbandonate e venga presa in considerazione solo la soluzione presentata dal Consiglio federale.

Secondo SPO le autorizzazioni andrebbero controllate principalmente sulla base di criteri di qualità. Potrebbe però entrare in linea di conto anche un allentamento dell'obbligo di contrarre previa definizione di criteri di qualità quali buone conoscenze linguistiche, una formazione specialistica adeguata, tre anni di pratica nel campo di specializzazione prescelto in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto.

Altri

Secondo BFG l'avamprogetto mescola misure di polizia sanitaria e misure di politica sanitaria, cioè interventi di vario tipo nella libertà economica. È fondamentalmente sbagliato vincolare prescrizioni di polizia sanitaria che tutelano la sicurezza dei pazienti all'aleatorietà della fonte di finanziamento di un settore di cure. Le misure di polizia sanitaria competono ai Cantoni, che hanno la competenza di rilasciare autorizzazioni ai fornitori di prestazioni e che possono coordinare le loro attività in questo campo stipulando convenzioni. BFG respinge anche le misure di politica sanitaria proposte.

4.2 Pareri sull'articolo 36

4.2.1 In generale

Cantoni

CDS nonché AI, BE e LU propongono di riesaminare la procedura e l'organismo incaricato di controllare l'adempimento delle condizioni di autorizzazione e di apportare semplificazioni sulla base delle riflessioni formulate nei loro pareri. Se le disposizioni dei capoversi 5-7 dovessero rappresentare un ostacolo per l'intero avamprogetto, bisognerebbe rinunciare al nuovo articolo proposto.

Secondo CLASS i criteri che gli assicuratori potranno convalidare devono rispecchiare un interesse collettivo, ragion per cui auspica che i Cantoni partecipino alla loro definizione. I criteri non dovranno essere ridondanti con le prerogative costituzionali dei Cantoni in materia di polizia sanitaria.

JU formula riserve riguardo alla tipologia di offerte ambulatoriali. Sottoporre altre professioni del settore ambulatoriale (ad es. farmacisti) ai controlli delle casse malati rischia di appesantire il sistema e al momento non è necessario.

NE auspica che la verifica delle condizioni di autorizzazione sia affidata ai Cantoni piuttosto che agli assicuratori-malattie o quantomeno che i Cantoni partecipino alle decisioni dell'organismo preposto. Qualora la disposizione proposta venga introdotta, occorrerà precisare esplicitamente che la verifica da parte degli assicuratori non implica la fine dell'obbligo di contrarre. A questo proposito giudica importante coinvolgere i Cantoni nella definizione delle condizioni di autorizzazione e vigilare affinché queste siano oggettive e non ridondanti rispetto a quelle già applicate nei Cantoni per l'autorizzazione all'esercizio della professione.

NW ritiene che la separazione delle procedure di autorizzazione cantonale e di autorizzazione ai fini della LAMal complichino il rilevamento degli studi medici, in un contesto in cui il ricambio generazionale è già problematico nelle regioni periferiche. È inoltre del parere che gli emolumenti applicati dalle autorità preposte al rilascio delle autorizzazioni andrebbero riscossi solo se la decisione è positiva.

OW chiede che la competenza decisionale sia chiaramente attribuita ai Cantoni e che il controllo amministrativo da parte degli assicuratori – tuttora da precisare – abbia unicamente carattere di raccomandazione.

SG è del parere che, sulla base della Costituzione, l'organizzazione dell'offerta sanitaria compete ai Cantoni. Reputa che la designazione di un'organizzazione da parte degli assicuratori sia inutile e potrebbe in definitiva dare a questi ultimi la competenza di gestire autonomamente il settore ambulatoriale. Chiede quindi di stralciare le disposizioni corrispondenti.

SH approva in linea di massima il cambiamento di paradigma proposto, ossia l'introduzione di una nuova procedura di autorizzazione basata sul diritto delle assicurazioni, accanto all'autorizzazione di polizia sanitaria a livello cantonale.

SZ è favorevole alla competenza attribuita al Consiglio federale di prevedere misure supplementari per garantire la qualità delle prestazioni fornite nel settore ambulatoriale. Rileva tuttavia che la LPMed e la LPSan, che entreranno in vigore a breve, fissano regole uniformi a livello svizzero in materia tra l'altro di formazione, condizioni di autorizzazione, obblighi professionali e sanzioni e osserva che le disposizioni dell'avamprogetto volte a migliorare la qualità riguardano solo le persone che esercitano a carico dell'AOMS. Fa inoltre notare che la scelta di attribuire competenze in materia di garanzia della qualità all'organizzazione designata dagli assicuratori, mantenendo le competenze attuali dei Cantoni, genererà un importante carico supplementare sul piano organizzativo e finanziario.

TG respinge i doppietti introdotti nella procedura di autorizzazione all'articolo 36.

Secondo VS spetta esclusivamente ai Cantoni verificare le esigenze qualitative per l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS (conoscenze del sistema sanitario, requisiti formativi, conoscenze linguistiche). Non ritiene opportuno attribuire agli assicuratori un ruolo di primo piano nell'esame delle domande di autorizzazione poiché c'è il rischio che alcune di esse vengano respinte per motivi estranei alla LAMal (ad es. motivi prettamente economici o amministrativi). Inoltre, ne potrebbero conseguire ulteriori lungaggini amministrative in una procedura già di per sé lunga.

ZH esprime scetticismo circa l'introduzione di una procedura formale di autorizzazione a cura di un organismo designato dagli assicuratori o, in via sussidiaria, dal Consiglio federale. Teme che l'articolo 36 non possa essere applicato in tempo utile a causa della regolamentazione d'attuazione necessaria e generi doppietti con la procedura cantonale di autorizzazione in materia di polizia sanitaria.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

Glp approva il fatto che l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS non sia più rilasciata automaticamente ma venga sostituita da una procedura formale di autorizzazione focalizzata su criteri di qualità. Tuttavia, la nuova procedura non dovrebbe creare lungaggini amministrative ai richiedenti. Occorre quindi provvedere affinché vengano chieste solo le informazioni che non sono già state fornite ai fini dell'autorizzazione all'esercizio della professione secondo la LPMed e secondo altre leggi riferite all'attività professionale.

PSS è favorevole alla correlazione tra l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale e le condizioni stabilite nella LPMed e nella LPSan. A questo proposito, chiede che i medici esteri siano tenuti a superare un esame linguistico e vantino conoscenze linguistiche del livello B2 del Quadro comune europeo di riferimento per la conoscenza delle lingue. Per una migliore garanzia di qualità, è favorevole all'obbligo di aggiornamento permanente per le persone che esercitano una professione medica universitaria a titolo di attività economica privata sotto la propria responsabilità.

Associazioni nazionali mantello dell'economia

CP è del parere che l'articolo 58 LAMal permetta già al Consiglio federale di prevedere controlli di qualità e che quindi non sia necessario ampliare ulteriormente le sue competenze con nuove disposizioni della LAMal.

Economiesuisse ritiene che la competenza per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni debba restare ai Cantoni e che il Consiglio federale dovrebbe dapprima applicare meglio le disposizioni vigenti relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni. È inoltre del parere che i partner tariffali debbano definire criteri di qualità e prevedere eventualmente incentivi finanziari.

USS esprime scetticismo riguardo alla procedura di autorizzazione proposta, in particolare perché ha l'impressione che creerà un «mostro burocratico». Se verrà introdotta, questa misura dovrà prevedere l'obbligo per i fornitori di prestazioni di documentare l'assolvimento di un aggiornamento permanente e l'accreditamento delle formazioni da parte di un'autorità creata dai Cantoni. USS respinge la proposta di introdurre una procedura di autorizzazione affidata a un organismo designato dagli assicuratori anche solo per ragioni di buon governo.

Associazioni di consumatori

FRC apprezza il fatto che il rafforzamento delle condizioni di autorizzazione permetterà di disciplinare il numero di medici liberi professionisti che lavorano in uno studio medico. Esprime invece perplessità circa la proposta di introdurre un organismo designato dagli assicuratori. Propone piuttosto di affidarne la nomina a un organismo multidisciplinare o pubblico, nel quale sia rappresentato anche la CDS.

SKS ritiene che l'organo incaricato di esaminare le domande di autorizzazione debba essere composto dai principali portatori di interessi (assicuratori, fornitori di prestazioni e organizzazioni di pazienti) per garantire un maggiore consenso. Accoglie con favore il fatto che l'autorizzazione sia vincolata a esigenze di qualità ed economicità e che i fornitori di prestazioni siano tenuti a fornire i dati necessari alla verifica dell'adempimento di tali esigenze. Ritiene tuttavia che la partecipazione a programmi di miglioramento della qualità non basti a centrare l'obiettivo. Auspica che vengano stabilite esigenze relative alla qualità effettiva delle prestazioni e che vengano richiesti i relativi dati. Affinché gli adeguamenti previsti nell'ambito della revisione parziale producano l'effetto sperato, SKS ritiene fondamentale che i fornitori di prestazioni attuali e futuri che esercitano a carico dell'AOMS siano trattati su base paritaria.

Fornitori di prestazioni

Secondo FMH la gestione strategica delle autorizzazioni compete ai Cantoni e non agli assicuratori o a un'organizzazione designata da questi ultimi.

Mfe critica l'introduzione nella legge di una procedura formale di autorizzazione e chiede di mantenere l'attuale prassi che prevede, dopo il rilascio da parte del Cantone dell'autorizzazione all'esercizio della professione, l'assegnazione di un numero RCC (registro codici creditori) ai fornitori di prestazioni che intendono esercitare a carico dell'AOMS. Sottolinea inoltre che l'avamprogetto va distinto dal progetto di revisione della LAMal concernente il rafforzamento della qualità e dell'economicità.

Secondo SVPL lo sviluppo della qualità e della sua trasparenza necessita di nuovi spunti e stimoli e non può continuare a essere regolato dall'esterno o per mezzo di criteri di autorizzazione. Menziona la promozione attiva di programmi, ad esempio i «peer reviews interprofessionali», che promuovono il dialogo e la cultura dell'apprendimento nelle aziende.

SVBG, SBK, SHV, ChiroSuisse e SVDE sono favorevoli al conferimento al Consiglio federale della competenza di stabilire le condizioni di autorizzazione per i fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale e apprezzano gli sforzi per garantire che le prestazioni siano adeguate e di alta qualità. SHV auspica che la Confederazione sostenga finanziariamente le misure volte ad assicurare la qualità (ad es. con un finanziamento iniziale).

VSAO esprime scetticismo in merito agli sforzi che generano un carico amministrativo supplementare ed è contrario in particolare a concessioni dettate da motivi politici che rafforzano ulteriormente il potere degli assicuratori come auspicato dalla maggioranza borghese in Parlamento.

Fornitori di prestazioni, società mediche (cantionali o regionali)

KKA constata un rafforzamento massiccio del potere degli assicuratori e dei Cantoni a scapito dei medici, in particolare dei liberi professionisti, e ritiene che la procedura di autorizzazione vada affidata a un'organizzazione indipendente oppure ai medici. Lo stesso vale per la verifica delle conoscenze del sistema sanitario svizzero e della procedura d'esame prevista nell'avamprogetto. KKA è del parere che, per quanto riguarda l'attività medica nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione, occorra esigere che i medici abbiano lavorato almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto e attestino di possedere le competenze linguistiche necessarie superando un esame di lingua in Svizzera. L'attestato di perfezionamento dev'essere richiesto periodicamente nei 46 campi di specializzazione.

AMGe e SMSR respingono *in toto* il nuovo articolo 36. Ritengono infatti che i criteri attuali sono semplici e hanno dato buone prove. Raccomandano di aggiungere unicamente il criterio della pratica triennale nel campo di specializzazione oggetto della domanda presso un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto.

Per SMCJU il primo livello d'intervento previsto dall'avamprogetto è fondamentale, mentre il secondo non sembra idoneo a migliorare la qualità delle cure. Ritiene inoltre che delegare agli assicuratori il rilascio delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'AOMS non sia corretto e ravvisa un forte rischio di deriva. Considera inaccettabile che le assicurazioni possano controllare e persino sanzionare i medici sulla base di criteri di qualità soggettivi ed è dell'opinione che gli attori della sanità dovrebbero definire i criteri di qualità e un sistema di monitoraggio collaborando attivamente con i medici.

SVM è assolutamente contraria alla procedura di autorizzazione proposta nell'avamprogetto, equivalente alla libertà di contrarre. Non vede come il Tribunale amministrativo federale potrà statuire entro tempi accettabili sui ricorsi presentati contro le decisioni negative pronunciate dall'organizzazione designata dagli assicuratori. Non capisce nemmeno il motivo per cui alle società mediche sia stata negata qualsiasi competenza nel processo proposto dal Consiglio federale.

Secondo BEKAG e AGZ è inaccettabile che gli assicuratori possano decidere formalmente in merito alle autorizzazioni. Poiché il Cantone è competente per la gestione strategica delle autorizzazioni, BEKAG ritiene indispensabile che anche l'autorizzazione ordinaria a esercitare a carico dell'AOMS competa al Cantone. AeG BL, BEKAG, KKA, MedGes BS e VHBB propongono le stesse modifiche avanzate dalla FMH.

Secondo AGZ, se gli assicuratori dovranno definire ulteriori condizioni di autorizzazione e requisiti qualitativi per l'esercizio della medicina – con costi amministrativi crescenti e effetti incerti – e dovranno verificarne l'adempimento, la burocrazia aumenterà a dismisura. Già oggi troppi medici gettano la spugna davanti alla crescente burocrazia imposta dalle autorità e dalle casse malati.

Assicuratori

Groupe mutuel considera che il primo livello d'intervento dell'avamprogetto sia un mero rimando alla legge, visto che tutti i criteri menzionati figurano già nella LPMed. Ritiene che a questo stadio lo sviluppo dei criteri di qualità e di economicità sia difficilmente valutabile poiché si basa su lavori in corso di cui non si conoscono né i tempi né i risultati. Inoltre, considera che lo sviluppo di questi criteri competa ai partner tariffali, visto che il Consiglio federale può intervenire solo in via sussidiaria. Vede invece di buon occhio la verifica del rispetto dei criteri da parte dei partner tariffali per il tramite di un'organizzazione designata da questi ultimi.

Pazienti e utenti

In generale, DVSP sostiene il coordinamento tra le varie leggi in quanto garantisce coerenza e permette di fondare il sistema di autorizzazioni su criteri di qualità. In particolare, accoglie favorevolmente la volontà di fissare requisiti minimi per le competenze linguistiche. Secondo

l'associazione anche le esigenze in materia di perfezionamento professionale sono indispensabili per garantire un'assistenza medica di qualità. DVSP sostiene l'istituzione di autorità cantonali di sorveglianza e auspica che le associazioni di tutela dei pazienti ne facciano parte.

Altri

Secondo BFG il secondo livello d'intervento rappresenta una «forma mista»: il periodo di attesa di due anni è una misura di politica sanitaria, mentre il periodo di tre anni previsto dall'articolo 55a capoverso 2 LAMal rappresenta una misura di polizia sanitaria.

4.2.2 Pareri sull'articolo 36 capoversi 1 e 2

Cantoni

CDS, AI, BE, GE e OW accolgono con favore la base normativa che permette di vincolare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere a–g, m e n alle condizioni poste alla formazione di base e al perfezionamento da un lato e alle strutture necessarie per garantire la qualità delle prestazioni dall'altro.

CLASS, GE, NE e VD formulano dubbi circa la necessità di fissare per i fornitori di prestazioni diversi dai medici (e, per VD, dai centri di consegna dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici), come ad esempio i farmacisti, requisiti supplementari verificati dagli assicuratori per ottenere la remunerazione dei costi. Ritengono che la limitazione del numero di fornitori di prestazioni rischi di rendere difficoltoso il compito delle autorità incaricate dei controlli e che occorra evitare il rischio che gli assicuratori impongano cavilli amministrativi a determinati fornitori di prestazioni.

GR accoglie con favore l'intenzione di vincolare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni all'adempimento di determinati criteri ma ritiene che tali criteri debbano essere stabiliti nella legge. Pertanto, è contrario alla delega di questo compito al Consiglio federale.

JU ritiene che la limitazione dei fornitori di prestazioni (tranne i medici e i centri di consegna dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici) rischia di ostacolare il compito delle autorità incaricate dei controlli.

NE valuta positivamente la disposizione secondo cui i fornitori di prestazioni possono fatturare a carico dell'AOMS solo se autorizzati. Chiede che il Consiglio federale consulti i Cantoni quando definisce le condizioni.

Secondo SO le condizioni che i fornitori di prestazioni devono soddisfare vanno precisate nella legge e non nell'ordinanza.

TG e ZH ritengono che le condizioni relative alla qualità e alla struttura della fornitura delle prestazioni debbano essere definite chiaramente per evitare di essere percepite come un allentamento dell'obbligo di contrarre. Ciò comprometterebbe l'intero avamprogetto. Per evitare doppioni non bisogna includere nei criteri di autorizzazione quelli già previsti dalla LPMed e verificati dai Cantoni ma solo i criteri supplementari che riguardano la fornitura di prestazioni di qualità ed economicamente vantaggiose. Inoltre, non vanno previsti criteri supplementari per i farmacisti, visto che le condizioni sono già disciplinate nella LATer.

TI accoglie positivamente l'introduzione di un'autorizzazione formale a esercitare a carico dell'AOMS.

Fornitori di prestazioni

FMH e VLSS propongono di riformulare il capoverso 1 affinché i fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale siano subordinati all'obbligo di disporre di un'autorizzazione cantonale.

FMH e VLSS respingono la delega legislativa di cui al capoverso 2 e chiedono lo stralcio del capoverso. Mfe segnala che esiste già un progetto di legge con il quale il Consiglio federale intende migliorare la qualità del settore sanitario: si tratta del progetto di modifica della LAMal riguardante il rafforzamento della qualità e dell'economicità che non deve essere confuso con l'avamprogetto oggetto della presente consultazione.

Un criterio qualitativo importante è rappresentato dalle competenze linguistiche del personale sanitario. Per SVBG, SVPL, SBK, SHV e SVDE la prova di disporre delle competenze richieste per esercitare è imprescindibile. Il livello B2 è obbligatorio.

La prova delle conoscenze di una lingua nazionale riveste un'importanza centrale e, sebbene figurati tra le condizioni di cui all'articolo 15 capoverso 1 LPMed, secondo mfe dovrebbe essere citata anche nell'ambito della gestione del settore ambulatoriale.

In merito al capoverso 2, H+ osserva che la competenza professionale dei medici e degli altri professionisti del settore, sia svizzeri sia stranieri, è garantita dalla loro formazione ed è iscritta nel registro delle professioni mediche e in quello delle professioni sanitarie. Ulteriori requisiti, chiaramente definiti, potrebbero essere iscritti in questi registri. Per H+, senesuisse e Spitex la cartella informatizzata del paziente è un presupposto importante che il Consiglio federale potrebbe introdurre ai fini dell'autorizzazione di nuovi fornitori di prestazioni di cure ambulatoriali.

CURAVIVA e senesuisse non vedono alcun motivo oggettivo per il quale ospedali e istituti che forniscono cure stazionarie debbano gestire le cartelle informatizzate dei pazienti mentre una parte degli attori nella catena di cura è esonerata da tale obbligo. In merito CURAVIVA, senesuisse e Spitex chiedono che le nuove autorizzazioni per i medici del settore ambulatoriale che fatturano le loro prestazioni a carico dell'assicurazione di base siano espressamente vincolate alla condizione che il titolare aderisca a una comunità certificata o a una comunità di riferimento. Questa condizione dovrebbe essere inserita nell'articolo 36 capoverso 2 LAMal. La proposta di CURAVIVA e senesuisse riguarderebbe solo l'autorizzazione di «nuovi» richiedenti.

Secondo SSO non è chiaro quale dei regolamenti proposti sia applicabile ai dentisti.

physioswiss invita alla prudenza prima di ampliare la competenza che permette al Consiglio federale di completare i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione modificando un'ordinanza.

Per garantire la sicurezza del paziente, ChiroSuisse chiede di vincolare il rilascio dell'autorizzazione ai chiropratici all'obbligo di aver conseguito un diploma all'Università di Zurigo o in una scuola universitaria estera (conformemente all'ordinanza del DFI concernente i cicli di studio in chiropratica riconosciuti offerti da scuole universitarie estere), di aver superato almeno l'esame federale e di aver assolto un perfezionamento di due anni e mezzo presso la Schweizerische Akademie für Chiropraktik concluso con il rilascio del diploma di specializzazione in chiropratica.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantionali o regionali)

KKA e AeG BL fanno notare che, oltre ai regolamenti delle singole associazioni di categoria, anche il diritto federale e quello cantonale contemplano numerose prescrizioni sulla qualità, la formazione e il perfezionamento. Non è quindi necessario che il Consiglio federale definisca ulteriori requisiti a livello di ordinanza. Del resto, la scelta di delegare all'esecutivo competenze legislative suscita perplessità anche nell'ottica dello Stato di diritto. In linea di principio le disposizioni restrittive dovrebbero essere disciplinate per legge.

AMGe e SMSR ritengono che il problema della non equipollenza delle formazioni europee, riconosciute automaticamente in virtù degli accordi bilaterali, non possa essere risolto aggiungendo ulteriori condizioni applicabili a tutti i richiedenti.

Secondo SVM un esame linguistico del livello B2 è insufficiente. Bisognerebbe piuttosto puntare al livello C1.

GAeSO non ritiene giusto che le condizioni di cui al capoverso 2 non siano citate concretamente nella legge o almeno come principio.

Assicuratori

santésuisse caldeggia una separazione tra le due procedure di autorizzazione (all'esercizio della professione e all'esercizio a carico dell'AOMS). Auspica inoltre che i criteri per l'autorizzazione all'esercizio a carico dell'AOMS contemplino anche elementi qualitativi ma ritiene che le misure di garanzia della qualità, per quanto necessarie, non siano sufficienti per migliorare

i risultati – aspetto fondamentale sia per i pazienti sia per gli assicuratori. È convinta che i pazienti abbiano effettivamente scelta solo se conoscono la qualità delle prestazioni di un ospedale o di un medico.

Pazienti e utenti

In linea di massima DVSP si allinea alla proposta del Consiglio federale di introdurre esigenze supplementari per i fornitori di prestazioni interessati oltre a quelle indicate nella LPMed e la LPSan.

SPO sostiene che molti medici stranieri dispongano di una formazione inferiore a quella dei medici svizzeri, che non conoscano il sistema sociale e spesso non abbiano competenze linguistiche sufficienti. Se si esaminassero questi fattori, si creerebbe una situazione win-win.

Inclusion Handicap ribadisce la necessità di garantire la conformità delle esigenze di cui al capoverso 2 con il diritto sulle pari opportunità dei disabili.

Altri

GUMEK adduce che conoscenze linguistiche sufficienti siano altrettanto importanti dei fattori citati all'articolo 36 capoverso 2 per garantire il successo delle cure e deplora che non figurino tra i requisiti per l'ottenimento dell'autorizzazione. Conoscenze linguistiche adeguate non andrebbero richieste solo ai medici stranieri ma anche a quelli svizzeri che intendono lavorare in un'altra regione linguistica. GUMEK chiede pertanto di adeguare il testo in questo senso.

4.2.3 Pareri sull'articolo 36 capoverso 3

Cantoni

CDS nonché AI, BE, BS, GR, OW, SH, TG, TI, VD e ZH sono convinti che la normativa in vigore secondo l'articolo 55a LAMal, che pone quale condizione di aver lavorato per almeno tre mesi in una struttura di perfezionamento svizzera riconosciuta, sia più appropriata che non un periodo di attesa di due anni poiché assicurerebbe una qualifica supplementare, non costituirebbe un ostacolo all'accesso alla professione per i giovani medici e tanto meno li indurrebbe ad abbandonare la professione. Invitano pertanto a sostituire la norma proposta con quella in vigore.

AG, così come CDS, considera la normativa attuale più appropriata che non il tempo di attesa di due anni. Oltre che acuire la penuria di medici di famiglia, questo periodo nuocerebbe al ricambio generazionale tra i farmacisti. AG suggerisce di esigere un livello linguistico superiore al B2.

CLASS, GE, NE e VD trovano la soluzione attuale più chiara del periodo di attesa previsto ai capoversi 3 e 3^{bis} dopo la formazione di base e il perfezionamento poiché non precisa che la formazione deve essere fornita da un istituto di formazione svizzero riconosciuto. Propongono di aggiungere alle condizioni per l'autorizzazione un'esperienza di almeno tre anni in una struttura di perfezionamento svizzera riconosciuta.

JU invita a precisare se i fornitori di prestazioni in attesa dei due anni devono maturare anche un'esperienza di tre anni in un istituto di formazione riconosciuto o se dopo i due anni ciò non è più necessario.

LU boccia l'introduzione di un periodo di attesa alla fine della formazione di base e del perfezionamento poiché ritiene che non limiterebbe in alcun caso le prestazioni ma provocherebbe uno spostamento verso il settore ambulatoriale ospedaliero. Come CDS, preferirebbe porre quale condizione un'attività svolta per almeno tre anni in una struttura di perfezionamento svizzera riconosciuta.

NW teme che un periodo di due anni dopo la fine del perfezionamento possa compromettere l'attrattiva della Svizzera agli occhi dei giovani medici formati in Svizzera.

Secondo SG il periodo di attesa di due anni non apporta vantaggio alcuno rispetto alla situazione attuale. Rileva in particolare che un medico non sarebbe obbligato a praticare la medicina in questo periodo e che ciò sarebbe controproducente per le sue competenze mediche. Invita quindi a mantenere il criterio attuale.

SO critica il fatto che il testo proposto non precisa quali fornitori di prestazioni dovranno osservare il tempo di attesa di due anni.

ZG dubita che un periodo di attesa di due anni possa migliorare la qualità delle prestazioni visto che anche una persona che ha terminato il perfezionamento da due anni ma non ha mai esercitato in quell'ambito in quel periodo soddisfa l'esigenza. Chiede di mantenere il criterio attuale dei tre anni per tutti i medici. Considera superfluo introdurre un periodo di attesa per gli altri fornitori di prestazioni ma vedrebbe di buon occhio un'esperienza professionale nei casi in cui ciò sia opportuno.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

Invece della disposizione sul tempo di attesa, PPD invita a mantenere la normativa attuale che prevede un'attività di almeno tre anni svolta presso un istituto di perfezionamento svizzero riconosciuto quale presupposto a garanzia della qualità e per l'ottenimento dell'autorizzazione.

Glp è contrario al capoverso 3 poiché la formulazione potestativa è arbitraria e non funzionale allo scopo di regolamentare l'afflusso di fornitori di prestazioni sul mercato dell'assicurazione malattie e migliorare la loro qualifica e le loro conoscenze. Secondo glp un richiedente può occupare il tempo di attesa svolgendo un'altra attività senza quindi migliorare le proprie competenze. Se, invece, il candidato lavorasse presso un ospedale o un altro ambito ambulatoriale, non si centrerebbe l'obiettivo regolatorio. Se l'obiettivo del Consiglio federale fosse di garantire che i candidati dispongano delle necessarie conoscenze del sistema sanitario svizzero, la formulazione imprecisa di tempo di attesa non lo permetterebbe.

Invece di un tempo d'attesa di due anni, PSS privilegia la proposta di FMH secondo cui i medici dovrebbero aver esercitato un'attività medica per almeno tre anni a un tasso d'occupazione minimo dell'80 per cento presso un centro di perfezionamento riconosciuto nella disciplina richiesta.

Fornitori di prestazioni

FMH e VSAO riconoscono nell'introduzione di un tempo di attesa di due anni dopo la formazione di base e il perfezionamento un controsenso rispetto alla strategia Sanità2020 che prevede un finanziamento di 100 milioni di franchi sull'arco di quattro anni per far fronte alla penuria di medici e ridurre la progressiva dipendenza dall'estero. Il tempo di attesa non solo non è logico ma non può nemmeno essere imposto. Pertanto, il capoverso 3 va stralciato. FMH e VLSS sottolineano che un tempo di attesa sarebbe discriminatorio nei confronti dei medici svizzeri e limiterebbe l'accesso al mercato per i giovani medici. FMH argomenta inoltre che questa normativa promuoverebbe unilateralmente il perfezionamento degli specialisti visto che il tempo di attesa di due anni dopo la formazione di base o il perfezionamento spingerebbe a un'ulteriore specializzazione. Anche mfe boccia il periodo di attesa.

FMH evidenzia l'efficacia della normativa vigente secondo cui i medici che hanno lavorato per almeno tre anni presso un istituto svizzero di perfezionamento riconosciuto non devono fornire la prova di un bisogno. FMH e mfe sostengono che la soluzione giusta per imparare a conoscere il sistema sanitario e garantire la qualità delle prestazioni fornite sia quella di provare di aver esercitato per tre anni nel settore richiesto. Rinuncerebbero tuttavia a introdurre un esame. Dato che si tratta di garantire la qualità elevata delle prestazioni mediche e la conoscenza del sistema sanitario svizzero, questa limitazione trova giustificazioni oggettive e, pertanto, mfe ritiene che non vi siano violazioni agli obblighi della Svizzera relativi alla libera circolazione delle persone nell'UE/AELS. Anche SGH auspica che prima dell'autorizzazione i medici abbiano esercitato la disciplina richiesta conformemente ai programmi di perfezionamento dell'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM).

VLSS chiede di adeguare il capoverso 3 in modo tale che sancisca l'obbligo di aver esercitato per diversi anni presso un centro svizzero di perfezionamento e di padroneggiare una lingua

nazionale a livello di maturità. Inoltre, i Cantoni dovrebbero poter rilasciare autorizzazioni straordinarie per motivi preminenti.

Physioswiss e RVBB partono dal presupposto che il tempo di attesa equivalga all'attività pratica di cui all'articolo 47 capoverso 1 OAMal. Bisognerebbe però anche attestare il conseguimento di un diploma (o il riconoscimento di un diploma estero equivalente sulla base di un esame o di una procedura di qualificazione) per ottemperare all'articolo 47 capoverso 1 lettera a OAMal. L'articolo 47 capoverso 1 lettera b OAMal andrebbe mantenuto.

SHV e OPS sono invece favorevoli all'introduzione di un tempo di attesa di due anni prima di esercitare la professione a titolo indipendente. SHV respinge tuttavia categoricamente l'eventualità di prolungare il tempo di attesa per il rilascio dell'autorizzazione alle persone che esercitano una professione medico-sanitaria a titolo indipendente poiché questa disposizione non permetterebbe di fornire prestazioni conformemente al fabbisogno.

Il periodo di attesa di due anni non piace a pharmasuisse, SSO, svbg, SVPL, SBK, ChiroSuisse e SVDE. SBK fa osservare che il fatto di imporre al personale di cura un tempo di attesa di due anni costituisce una discriminante rispetto alle organizzazioni di Spitex che dispongono già di un'autorizzazione e il cui personale non ne deve quindi richiedere una propria. Ciò significa che le organizzazioni Spitex potrebbero semplicemente incrementare i propri effettivi, qualificati e no.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantonali o regionali)

KKA caldeggia lo stralcio del capoverso. Ritiene infatti che questa misura toccherebbe soprattutto i giovani medici e si chiede cosa potrebbero fare in questi due anni. KKA, BEKAG, Med-Ges BS, VHBB e AeG BL sono contrari all'introduzione di un tempo di attesa dopo il perfezionamento. BEKAG si allinea a VLSS e propone una nuova disposizione per il capoverso 3.

AMGe e SMSR ritengono che un periodo di attesa di due anni prima dell'autorizzazione non migliorerebbe la formazione e potrebbe implicare un divieto di esercitare nel settore delle cure ambulatoriali per coloro che terminano un impegno in ospedale. Sarebbe più opportuno imporre un periodo di perfezionamento di tre anni nella disciplina richiesta presso un istituto svizzero riconosciuto come auspicato anche da FMH.

SVM osserva che, se tale misura dovesse essere adottata, il settore delle cure stazionarie sarebbe accessibile solo ai medici con un titolo di specializzazione. Pertanto, il Consiglio federale dovrebbe assolutamente esercitare questa competenza con la massima prudenza.

Assicuratori

Per Curafutura il tempo di attesa di due anni è inutile e non permetterà di impostare l'autorizzazione secondo criteri di qualità.

Santésuisse crede che il tempo di attesa non faccia altro che differire l'autorizzazione e non rappresenti quindi una soluzione efficace. Considerato poi che i medici non dovrebbero restare inattivi in questo periodo, bisognerebbe dare loro la possibilità di fatturare le prestazioni con un codice creditori esistente, senza incidere quindi sull'evoluzione dei costi a carico dell'AOMS.

Pazienti e utenti

DVSP non ritiene opportuno introdurre un periodo di due anni come proposto e aderisce alla soluzione di FMH che prevede l'obbligo per i medici di esercitare l'attività per almeno tre anni a un tasso di occupazione minimo dell'80 per cento presso un istituto di perfezionamento riconosciuto.

SPO è del parere che l'autorizzazione debba essere rilasciata dopo che i medici hanno esercitato la loro disciplina per almeno tre anni in un istituto di perfezionamento svizzero riconosciuto. Il periodo d'attesa di due anni potrebbe entrare in linea di conto immediatamente dopo la formazione di base ma non dopo il conseguimento di un titolo di specializzazione.

4.2.4 Pareri sull'articolo 36 capoverso 3^{bis}

Cantoni

Per JU la prova di conoscere il sistema sanitario svizzero è imprescindibile ma rimane da stabilire come valutare queste conoscenze e entro quali termini.

NE è favorevole all'esame a livello svizzero poiché permetterà di garantire l'applicazione uniforme su scala nazionale delle condizioni.

VD propone di dispensare dall'esame i fornitori di prestazioni che documentano di aver maturato almeno tre anni di esperienza pratica in un istituto di perfezionamento svizzero riconosciuto.

ZH è del parere che, se si predilige l'esigenza della pratica in un centro di perfezionamento svizzero a scapito del tempo di attesa (capoverso 3), non sarà necessario presentare la prova di conoscere il sistema sanitario svizzero. Il capoverso 3^{bis} è quindi superfluo.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

In linea di principio glp accoglie positivamente un esame delle conoscenze del sistema sanitario svizzero, sebbene manchi ancora una definizione precisa.

GPS esprime scetticismo sulla procedura d'esame. Appoggia invece la proposta di FMH per quanto riguarda le esigenze sulle competenze linguistiche e la formazione.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

CP non vede come un fornitore di prestazioni straniero possa sottrarsi all'esame visto che dovrebbe esercitare per almeno due anni in Svizzera per ottenere l'autorizzazione. Si interroga inoltre sulla compatibilità di questa misura con la libera circolazione dei lavoratori.

USS esprime scetticismo sulla procedura d'esame. Condivide per contro la proposta di FMH secondo cui i medici titolari di un diploma estero devono aver esercitato un'attività medica per almeno tre anni con un tasso di occupazione minimo dell'80 per cento presso un istituto di perfezionamento riconosciuto nella disciplina richiesta per ottenere l'autorizzazione a fatturare le prestazioni a carico dell'AOMS.

Fornitori di prestazioni

Secondo FMH la possibilità prevista dall'avamprogetto di documentare con un esame le conoscenze del sistema sanitario svizzero è poco efficace oltre che onerosa sul piano amministrativo. Un esame non può infatti sostituire anni di esperienza pratica nella sanità. In particolare, non ha senso che al termine della formazione di base e del perfezionamento i medici che si sono perfezionati in Svizzera e quindi ne conoscono il sistema sanitario debbano documentare di aver maturato altri due anni di attività pratica o superare un esame su un sistema sanitario che conoscono bene grazie alla loro formazione di base o al perfezionamento seguiti in Svizzera. È inoltre molto poco probabile che i medici stranieri che hanno assolto la loro formazione di base e il perfezionamento all'estero e non hanno esercitato in Svizzera possano effettivamente imparare a conoscere il sistema sanitario svizzero sulla base di un esame teorico. Sarebbe pertanto opportuno rinunciare alla procedura d'esame. Anche mfe e VLSS chiedono lo stralcio del capoverso 3^{bis}.

SBV sottolinea che i requisiti riguardanti le conoscenze della lingua e del sistema sanitario svizzero sono in linea di massima funzionali allo scopo. Nel principio sarebbe anche opportuno che un medico maturi due anni di esperienza in Svizzera. Tuttavia, queste misure non devono comportare un aumento inutile della burocrazia con logiche conseguenze sui costi della salute.

H+ osserva che l'avamprogetto in consultazione non precisa quali qualità, prestazioni adeguate e di elevata qualità o conoscenze del sistema sanitario svizzero potrebbero ancora essere richieste. Un esame non precisato delle conoscenze non apporterebbe alcun valore aggiunto.

Per pharmaSuisse il Consiglio federale dovrebbe esigere che i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale documentino le conoscenze del sistema sanitario svizzero necessarie a garantire la qualità delle prestazioni. A tal fine dovrebbero presentare la prova di aver svolto una pratica di due anni in Svizzera nella disciplina oggetto della domanda dopo la formazione di base e del perfezionamento come pure superare un esame.

Secondo svbg, SBK, SHV e SVDE, nell'interesse della buona qualità delle prestazioni, sarebbe opportuno sottoporre i titolari di un diploma estero che hanno maturato un'esperienza pratica di due anni in Svizzera a un esame sulle conoscenze del sistema sanitario svizzero. Questa disposizione non avrebbe tuttavia senso per i titolari di un'autorizzazione a tenore della OAMal poiché dispongono già delle conoscenze richieste.

Diversamente da SVPL, ChiroSuisse e OPS condividono l'esigenza di disporre delle conoscenze necessarie del sistema sanitario svizzero.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantonali o regionali)

KKA, BEKAG, MedGes BS, VHBB e AeG BL auspicano lo stralcio del capoverso 3^{bis}. KKA e AeG BL invitano a mantenere la soluzione attuale, ossia tre anni di pratica nella disciplina richiesta.

AMGe e SMSR ritengono illusorio compensare la mancanza di esperienza pratica con un esame teorico: la misura è insufficiente e come tale va respinta.

Assicuratori

Curafutura pensa che l'esame delle conoscenze del sistema sanitario svizzero sia inutile e non permetterà di impostare l'autorizzazione secondo criteri di qualità.

Santésuisse crede che questo articolo serva solo a intimorire i medici stranieri e a posticipare la loro autorizzazione, non a impedirla.

Pazienti e utenti

In riferimento alle disposizioni previste, Inclusion Handicap rinvia a Markus Schefer/Caroline Hess-Klein, Behindertengleichstellungsrecht, Berna 2014, pag. 390 segg. e invita a tenere conto delle esigenze delle persone con disabilità.

Altri

GUMEK approva con riserva la normativa proposta dal Consiglio federale argomentando che la condizione secondo cui l'attività professionale svolta in Svizzera può essere considerata ai fini del computo della pratica di due anni solo dopo il perfezionamento costituisce un inutile ostacolo. Fa inoltre valere che i fornitori di prestazioni che hanno assolto la loro formazione di base all'estero e il perfezionamento (o una parte di esso) in Svizzera acquisiscono in quei 5-6 anni le conoscenze necessarie del sistema sanitario come i colleghi che hanno seguito gli studi di base in Svizzera.

4.2.5 Pareri sull'articolo 36 capoverso 4

Cantoni

AG ritiene che le competenze affidate al Consiglio federale vadano troppo oltre e chiede di stralciare o almeno ridurre il capoverso. Invita inoltre a precisare le disposizioni sui dati da fornire affinché non si raccolgano dati superflui.

GL si augura che il Consiglio federale provveda affinché le misure sulla qualità e l'economicità non incrementino l'onere amministrativo già elevato a carico dei fornitori di prestazioni e che i dati siano effettivamente messi a disposizione.

Per CLASS e per i Cantoni di GE, JU e VD, attualmente non è possibile capire quali compiti dovrà svolgere l'organismo interessato e sembra difficile imporre un esame della qualità e dell'economicità delle prestazioni a monte di un'autorizzazione all'esercizio della professione.

Secondo CLASS, GE e JU sarebbe più opportuno limitare il potere di verifica dell'autorità designata dagli assicuratori a un controllo amministrativo, ad esempio la partecipazione del fornitore di prestazioni a un programma sulla qualità o la definizione di indicatori. Ciò permetterebbe inoltre di evitare che l'organismo designato dagli assicuratori possa gestire strategicamente aspetti che dovrebbero restare di competenza cantonale. Il progetto non dovrebbe essere una manovra mascherata per abrogare l'obbligo di contrarre o per introdurre un doppio con il rilascio delle autorizzazioni di polizia sanitaria che rientrano nelle competenze costituzionali dei Cantoni. CLASS, GE e JU auspicano che i Cantoni vengano esplicitamente coinvolti nell'elaborazione delle esigenze e dei criteri.

NE approva la disposizione.

TG e ZH condividono la proposta ma mettono in guardia da eventuali doppi con gli articoli 32 e 58 segg. LAMal sull'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni fornite. Ritengono che gli oneri debbano essere definiti chiaramente affinché i Cantoni non abbiano un margine di manovra eccessivo.

TI crede che la proposta di cui ai capoversi 4 e 5 dovrebbe essere oggetto di un avamprogetto separato per evitare di ritrovarsi in una situazione senza possibilità di gestione strategica delle autorizzazioni se il presente avamprogetto progetto venisse bocciato *in toto*. La proposta attuale presenta troppi interrogativi senza risposta.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

Secondo glp è nell'interesse dei pazienti assoggettare l'attività dei fornitori di prestazioni a oneri relativi all'economicità e la qualità delle prestazioni. A tal fine è imprescindibile che i fornitori comunichino i dati necessari (capoverso 4). Senza questo sforzo di trasparenza nel settore ambulatoriale, l'autorizzazione non sarebbe vincolata all'adempimento dei requisiti qualitativi come invece imperativamente necessario. Chi non fornisce i dati dovrebbe inoltre essere sanzionato con l'esclusione dall'esercizio dell'attività a carico dell'AOMS. Solo dando prova di questa coerenza a garanzia della trasparenza è possibile creare i giusti incentivi per prestazioni di qualità elevata. Glp chiede inoltre di completare l'avamprogetto in modo tale che la qualità delle prestazioni possa essere valutata in futuro anche tenendo conto della qualità della diagnosi e della terapia del fornitore.

PSS appoggia la possibilità concessa al Consiglio federale di fissare oneri supplementari relativi all'economicità e alla qualità delle prestazioni. Dato il caso, invita ad approfondire l'idea di associare questa disposizione con la futura legge riguardante il rafforzamento della qualità e dell'economicità.

Associazioni dei consumatori

SKS è favorevole a che l'esercizio a carico dell'AOMS sia assoggettato a oneri relativi all'economicità e alla qualità. Bisogna obbligare i fornitori di prestazioni a comunicare i dati necessari ma per verificare in modo efficace e migliorare la qualità e l'economicità delle prestazioni ambulatoriali non basta prescrivere programmi di promozione della qualità ed esigere dati sulla loro attuazione. È fondamentale definire requisiti concreti per la qualità delle prestazioni e mettere a disposizione i dati utili per soddisfarli.

Fornitori di prestazioni

FMH e SBV non contestano in linea di principio la verifica della qualità ma non accettano che i medici debbano confrontarsi con pratiche amministrative di ogni genere a scapito della loro attività principale. Se si dovesse comunque formalizzare un obbligo, quest'ultimo dovrebbe essere inteso come un'attività d'interesse pubblico ed essere indennizzato dallo Stato. Secondo FMH le misure per lo sviluppo della qualità e la comunicazione dei dati necessari che possono essere definite come oneri andrebbero formulate apertamente nell'avamprogetto di legge. Non sarebbe inoltre chiaro quali dati vanno forniti a chi e in quale forma. VLSS caldeggia lo stralcio del capoverso 4.

Physioswiss è in linea di massima favorevole alla precisazione degli obblighi in materia di qualità ed economicità delle prestazioni a carico dell'AOMS. A un consenso incondizionato contrappone tuttavia il timore che eventuali maggiori costi imputabili al controllo delle prove vengano addebitati unilateralmente e unicamente ai fornitori di prestazioni.

PharmaSuisse non ha nulla da obiettare contro requisiti di qualità adeguati per i fornitori di prestazioni, a condizione che vengano definiti in modo tale da permettere ai farmacisti di approvvisionare le regioni periferiche. Durante i negoziati tariffali sono stati fissati criteri di qualità condivisi e pharmaSuisse ha potuto far valere le richieste giustificate dei farmacisti. pharmaSuisse si oppone a che gli assicuratori definiscano unilateralmente criteri di qualità e invita a mantenere il primato della negoziazione tra i partner tariffali.

Svbg, SBK, SHV e SVDE guardano con favore al fatto che i fornitori di prestazioni debbano presentare una prova della formazione e che le autorità competenti per l'autorizzazione possano richiedere periodicamente tale prova.

Per quanto riguarda la prova regolare dell'aggiornamento e del perfezionamento, RVBB osserva che a tenore della legge sulle professioni sanitarie nel registro nazionale delle professioni sanitarie (NAREG) sono indicate la formazione di base (competenze) e le formazioni complementari (competenze necessarie) dei fisioterapisti. Se per l'esercizio della professione a titolo indipendente è necessario un aggiornamento e un perfezionamento, bisognerà indicarlo nell'ordinanza d'esecuzione della legge sulle professioni sanitarie e non nella LAMal.

H+ respinge in generale l'introduzione di un nuovo criterio di qualità. La LAMal e altre leggi contemplano già molti criteri di questo tipo per i fornitori di prestazioni e non è necessario aggiungerne altri. H+ osserva inoltre che le misure presentate nell'avamprogetto sono già state approvate. In medicina si osserva attualmente una spinta alla standardizzazione (ad es. Choosing Wisely e HTA). CIRS e registri hanno preso piede nel settore stazionario mentre i cicli di qualità si sono imposti in quello ambulatoriale. H+ in collaborazione con altri ha promosso e diffuso le peer review.

SWISS REHA e VAKA argomentano che gli oneri previsti in materia di qualità ed economicità come pure la comunicazione alla Confederazione dei dati per lo sviluppo della qualità comportano per i fornitori di prestazioni un aggravio amministrativo considerevole e altrettanti costi.

SSO giudica questa disposizione troppo restrittiva. Per i dentisti, l'onere supplementare che ne deriverebbe per il rilevamento e la comunicazione dei dati sarebbe sproporzionato.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantionali o regionali)

KKA, AeG BL, MedGes BS, VHBB, GAESO, AGZ e BEKAG non apprezzano che il Consiglio federale abbia un margine d'azione così ampio a livello di ordinanza, segnatamente di OAMal, per stabilire a piacimento oneri relativi alla qualità e all'economicità delle prestazioni. Invitano quindi a stralciare il capoverso 4.

AMGe e SMSR considerano le misure adottate dal Consiglio federale un onere amministrativo supplementare che non contribuisce efficacemente agli sforzi finalizzati al miglioramento della qualità.

SVM ritiene che questa disposizione farà lievitare gli oneri amministrativi dei medici: questi ultimi sono sempre più occupati ad adempiere compiti amministrativi tanto che ben presto passeranno più tempo a compilare documenti che non a esercitare la propria disciplina.

Assicuratori

Per curafutura gli oneri a carico dei fornitori di prestazioni autorizzati non sono formulati in modo sufficientemente concreto. Sostiene che per garantire la qualità, i fornitori debbano prima di tutto dimostrare di avere competenze sufficienti nella lingua parlata nella regione in cui esercitano. Secondariamente è necessario controllare regolarmente l'aggiornamento professionale e i medici devono aver maturato almeno tre anni di esperienza in un istituto di perfezionamento svizzero riconosciuto conformemente al programma di formazione dell'Istituto

svizzero per la formazione medica (ISFM) nella disciplina oggetto della domanda di autorizzazione. Ai fini dell'autorizzazione curafutura suggerisce di controllare e di verificare periodicamente indicatori relativi ai processi e ai risultati, oltre che indicatori di qualità strutturale.

Santésuisse propone di introdurre indicatori per la qualità dei risultati poiché il controllo dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (criteri EAE) implica che si verifichi anche la qualità dei risultati. La qualità strutturale è una condizione legata alla pratica professionale il cui controllo incombe ai Cantoni nell'ambito dei loro compiti di polizia sanitaria.

Pazienti e utenti

In linea di massima DVSP riconosce la competenza affidata al Consiglio federale di imporre degli oneri per la qualità e l'economicità dei fornitori che esercitano a carico dell'AOMS. Auspica tuttavia che questi oneri vengano precisati magari da parte della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale nell'ambito del progetto di legge che mira a rafforzare la qualità e l'economicità. DVSP sottolinea inoltre che questi oneri non dovrebbero introdurre una libertà di contrarre «light» a vantaggio degli assicuratori.

Pur esprimendo pieno appoggio agli sforzi volti a garantire la qualità e l'economicità, Inclusion Handicap rileva espressamente che gli oneri relativi all'economicità delle prestazioni mediche non devono andare a svantaggio dei disabili.

4.2.6 Pareri sull'articolo 36 capoversi 5 e 6

Cantoni

CDS, AI, BE, BS, GR, LU, SH, OW e TG reputano che costituire un'organizzazione di assicuratori che si pronuncia sul rispetto dei requisiti implichi un cambiamento di paradigma nella procedura di autorizzazione. Alcuni (CDS, AI, BE, BS, OW) temono che questo articolo non possa essere applicato nei tempi voluti dato che presuppone un disciplinamento e dato che nelle discussioni finora condotte gli assicuratori (le loro associazioni) non hanno brillato per unità. Tutti deplorano che il rapporto esplicativo non indichi che tipo di valutazione sia chiamata a svolgere l'organizzazione e che le competenze previste, formulate in modo poco preciso, possano essere facilmente intese come un abbandono dell'obbligo di contrarre se l'esame delle direttive sull'economicità e la qualità andrà oltre un controllo puramente amministrativo. Le condizioni devono limitarsi alle direttive che la Confederazione emana in virtù dell'articolo 36 capoversi 2-4. Affidare competenze più ampie a questa «organizzazione» comporterebbe di fatto una gestione strategica delle cure mediche di base che, secondo la Costituzione, spetta ai Cantoni. Esistono soluzioni più semplici e anche più adatte per permettere all'autorità che rilascia l'autorizzazione a esercitare a titolo indipendente (Cantone) di effettuare il controllo. Si potrebbe prevedere un'unica procedura d'esame.

Secondo AG è indispensabile integrare i fornitori di prestazioni in un'organizzazione incaricata di gestire strategicamente le autorizzazioni. L'istituzione di una nuova autorità di vigilanza, oltre ai Cantoni, crea tuttavia un eccesso di burocrazia. AG invita quindi a stralciare il capoverso 6.

CLASS, GE, NE e VD auspicano che i Cantoni vengano coinvolti nella nomina dell'organizzazione eventualmente incaricata dal Consiglio federale di verificare le conoscenze dei candidati del sistema sanitario sulla base di un esame.

GL è contrario al cambiamento di paradigma che, di fatto, implica l'abrogazione dell'obbligo di contrarre. Concederebbe eventualmente agli assicuratori la possibilità di fornire un giudizio su aspetti finanziari ma non sulla qualità: dispongono già degli strumenti necessari a controllare i costi ma non sono responsabili della fornitura del servizio. Questa responsabilità compete ai Cantoni. GL sottoscrive quindi la proposta della CDS di rivedere e semplificare la procedura prevista.

GR chiede che la competenza di verificare le condizioni per l'autorizzazione sia affidata all'autorità incaricata di rilasciare le autorizzazioni all'esercizio della professione e che le procedure di autorizzazione e di ricorso siano semplici e veloci. Suggerisce di precisare nella legge la procedura di ricorso. Teme che affidando i controlli a due organismi diversi si creino doppioni.

NE respinge la disposizione adducendo che dovrebbe spettare ai Cantoni decidere in merito alle domande di autorizzazione dei medici, non agli assicuratori malattia. Quanto meno, se si opta per l'istituzione di un organismo, i Cantoni dovrebbero farvi parte. Bisogna inoltre evitare espressamente che le competenze eventualmente affidategli ammettano l'allentamento se pur minimo dell'obbligo di contrarre.

OW auspica che la competenza decisionale sia chiaramente attribuita ai Cantoni e che il controllo amministrativo degli assicuratori (ancora da precisare) abbia unicamente valore di raccomandazione.

TG caldeggia la soppressione dei capoversi da 5 a 7.

TI propone un'organizzazione paritetica nella quale non sono rappresentati solo gli assicuratori. Invita ad adeguare il titolo 5 della LAMal affinché sia possibile ricorrere al Tribunale amministrativo federale.

UR appoggia l'introduzione di una procedura formale di autorizzazione gestita da un'organizzazione designata dagli assicuratori. Teme tuttavia che questo cambiamento di paradigma permetterà agli assicuratori di gestire strategicamente le cure mediche di base, che a tenore della Costituzione spetta invece ai Cantoni.

VD giudica inopportuno assegnare un ruolo preponderante agli assicuratori poiché rischierebbero di negare l'autorizzazione per motivi estranei alla LAMal, nello specifico per motivi puramente amministrativi. Sempre che venga istituita come previsto dall'avamprogetto, l'organizzazione incaricata di decidere in merito alle domande di autorizzazione dovrebbe dunque essere subordinata alla responsabilità cantonale e limitarsi puramente a controllare che le esigenze poste dalla LAMal siano rispettate. Il legislatore deve precisare la composizione di questa organizzazione, nella quale i Cantoni devono essere rappresentati con lo stesso peso degli altri membri. VD ricorda che il dispositivo multilaterale adottato da numerosi Cantoni ha dato buone prove e riscuote i favori delle parti interessate.

ZG osserva che il progetto prevede una procedura di autorizzazione in tre fasi condotta da due attori diversi. La prima (autorizzazione all'esercizio della professione) e la terza (limitazione delle autorizzazioni, solo nei Cantoni che decidono di applicarla) sarebbero di competenza cantonale, mentre la seconda (autorizzazione) sarebbe gestita da un'organizzazione designata dagli assicuratori. Inoltre, la decisione pronunciata dall'organizzazione degli assicuratori avrebbe una portata nazionale mentre quella dei Cantoni una portata cantonale. Bisognerebbe preferire una soluzione in base alla quale l'autorità cantonale già competente per l'autorizzazione all'esercizio della professione lo sia anche per le autorizzazioni. ZG suggerisce quindi di rinunciare a istituire un'organizzazione da parte degli assicuratori.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

PPD è scettico in merito alla creazione di un'organizzazione di assicuratori incaricata di decidere sull'adempimento dei requisiti poiché farebbe aumentare burocrazia e costi. La verifica potrebbe essere garantita dai Cantoni con modalità più semplici e adeguate raggruppate in un'unica procedura.

In generale PSS è favorevole all'introduzione di una procedura formale per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. È tuttavia contrario all'idea che gli assicuratori possano decidere da soli in merito alle domande di autorizzazione e bocciare qualsiasi iniziativa, per quanto moderata, volta a istituire una libertà di contrarre – anche sulla base di criteri fissati dal Consiglio federale. Suggerisce di assegnare la procedura formale ai Cantoni o, in alternativa, a delle commissioni multilaterali.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

CP deplora che il rapporto esplicativo non menzioni la composizione o l'attuazione di garanzie di imparzialità e di procedura alle quali l'organismo designato dagli assicuratori dovrà sottostare pur sapendo che tale organismo potrà adottare decisioni passibili di ricorso. Del resto, la legge non definisce il concetto di assicuratori.

USS non condivide l'idea di affidare a un organismo proposto dagli assicuratori l'esame volto a stabilire se i fornitori di prestazioni dispongono delle conoscenze necessarie del sistema sanitario svizzero. Questo esame dovrebbe spettare a un organismo non legato agli assicuratori o quanto meno designato dai Cantoni.

Associazioni dei consumatori

Secondo SKS, per garantirsi l'accettazione necessaria, l'organizzazione incaricata di verificare che i criteri per l'ottenimento dell'autorizzazione siano soddisfatti dovrà disporre di una base più ampia.

Fornitori di prestazioni

FMH e VLSS stralcerebbero il capoverso 5. FMH, VLSS, SWISS REHA e VAKA sono del parere che la LAMal imponga una chiara separazione tra casse malati e fornitori di prestazioni e pertanto gli assicuratori-malattie o un'organizzazione da loro designata non possono decidere sull'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS. Se il Consiglio federale dovesse effettivamente introdurre una procedura d'esame, per FMH l'organizzazione competente a tenore del capoverso 6 dovrebbe essere composta in modo paritetico da rappresentanti degli assicuratori e dei medici. VLSS e mfe chiedono lo stralcio del capoverso 6.

Anche H+ boccia la creazione di un nuovo organismo poiché non disporrebbe della legittimità e delle conoscenze tecniche necessarie. H+ e physioswiss menzionano i codici creditori che secondo H+ non saranno più necessari.

SSO considera problematica l'istituzione di un'organizzazione da parte degli assicuratori. SVPL, svbg, SBK, physioswiss, RVBB, SHV e SVDE respingono la proposta in base alla quale gli assicuratori possano istituire o designare un organismo competente per la procedura di autorizzazione. physioswiss suggerisce invece che l'organismo incaricato di controllare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni sia nominato dal Consiglio federale e subordinato alla vigilanza di un ente indipendente, nello specifico l'UFAS. SHV vorrebbe affidare ai Cantoni il controllo delle autorizzazioni.

OPS vede di buon occhio che gli assicuratori possano designare un'organizzazione che controlli i criteri fissati dal Consiglio federale.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantionali o regionali)

KKA e AeG BL invitano a stralciare il capoverso 5 poiché i medici quali fornitori di prestazioni si ritroverebbero in un forte rapporto di dipendenza dagli assicuratori. Se si dovesse comunque introdurre una procedura di controllo, l'organizzazione competente dovrà essere istituita su base paritetica.

AMGe e SMSR ritengono che la gestione strategica delle autorizzazioni sia una responsabilità politica fondata su criteri accademici e conoscenze professionali che non rientra nel campo di competenza degli assicuratori. Un disciplinamento adeguato può essere garantito solo dai Cantoni come del resto prevede l'articolo 55a.

GAeSO propone di stralciare il capoverso 5 e di affidare tale competenza ai Cantoni. BEKAG, MedGes BS e VHBB eliminerebbero i capoversi 5 e 6.

Per SVM l'avamprogetto permetterebbe un'introduzione in sordina della libertà di contrarre. Affinché la decisione di autorizzare o no un candidato a esercitare a carico della LAMal abbia carattere paritario e si fondi su basi più solide rispetto alla valutazione esclusiva degli assicuratori-malattie, bisognerebbe dar voce anche alle società mediche. SVM deplora che l'autorizzazione a esercitare sia centralizzata a livello nazionale tanto più che la clausola del bisogno attualmente in vigore permette un'applicazione decentralizzata per i fornitori di prestazioni.

Assicuratori

Santésuisse accoglie positivamente la separazione tra l'autorizzazione all'esercizio della professione e l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS. Ritiene che SASIS AG sia prede-

stinata al ruolo di organizzazione designata dagli assicuratori poiché gestisce già i codici creditori. Respinge per contro un aumento della burocrazia per gli assicuratori se dovranno controllare il rispetto dei criteri di qualità strutturale mentre questo compito dovrebbe essere svolto dai Cantoni nell'ambito dell'autorizzazione all'esercizio della professione. A suo parere, gli assicuratori vogliono solo poter scegliere i fornitori di prestazioni da rimborsare sulla base di criteri di qualità fondati sui risultati.

Curafutura chiede precisazioni sulle basi e il contesto che permetteranno all'organizzazione di decidere circa l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni.

Pazienti e utenti

DVSP bocchia categoricamente la possibilità affidata agli assicuratori di designare un organismo incaricato di decidere circa le domande di autorizzazione. Propone piuttosto di istituire una commissione che riunisca, a livello cantonale o intercantonale, i diversi attori della sanità, in particolare i fornitori di prestazioni, i pazienti, gli assicuratori e le autorità cantonali.

In previsione della definizione dei presupposti atti a garantire la fornitura di prestazioni di qualità elevata e appropriata, Inclusion Handicap attira l'attenzione sull'importanza di garantire la conformità con il diritto in materia di pari opportunità per i disabili. In questo senso individua qualche criticità nel fatto che l'organizzazione che decide sull'autorizzazione dei fornitori di prestazioni sia designata dagli assicuratori.

SPO dubita che gli assicuratori-malattie siano gli attori più adatti per designare un'organizzazione legittimata a svolgere gli esami sulle conoscenze del sistema sanitario svizzero. Questa organizzazione dovrebbe essere paritetica e quindi includere anche rappresentanti dei pazienti.

Altri

GUMEK propone che l'avamprogetto non consideri il Consiglio federale solo come una soluzione d'emergenza per la designazione dell'organizzazione ma lo ritenga l'autorità competente a sottoscrivere una convenzione di prestazioni con l'organizzazione. Questa procedura ha infatti già dato buone prove in altri settori (ad es. Swisstransplant, SIWF/FMH). SIWF/ISFM sarebbe un'organizzazione adatta visto che conosce bene la procedura di riconoscimento dei titoli di perfezionamento dei medici.

4.2.7 Pareri sull'articolo 36 capoverso 7

Cantoni

NE è favorevole alla riscossione di un emolumento che dovrebbe coprire la totalità dei nuovi oneri derivanti dall'attuazione di questi compiti.

Fornitori di prestazioni

H+ fa notare che la modifica proposta non stabilisce chi dovrebbe pagare l'emolumento. Inoltre, gli emolumenti sarebbero solo una parte dei costi previsti in futuro. Ad esso si aggiungerebbero gli oneri e le risorse di personale necessari per presentare le candidature agli esami e ricorrere contro le decisioni errate. VLSS chiede di stralciare il capoverso 7.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantonali o regionali)

BEKAG, MedGes BS e VHBB chiedono lo stralcio del capoverso 7.

Assicuratori

Santésuisse ritiene che l'ammontare dell'emolumento debba coprire i costi e che il sovvenzionamento incrociato dell'organizzazione da parte degli assicurati sia inammissibile.

4.3 Pareri sull'articolo 36a

Fornitori di prestazioni

Secondo FMH questa disposizione non va stralciata visto che negli ultimi tempi ha acquisito importanza crescente. D'altro canto, per motivi di certezza del diritto, i criteri per l'ottenimento dell'autorizzazione devono essere disciplinati a livello di legge. FMH respinge a titolo generale la possibilità che il Consiglio federale disciplini tramite ordinanza le condizioni d'autorizzazione per tutti i fornitori di prestazioni.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantonali o regionali)

GAeSO non ritiene giustificata l'abrogazione dell'articolo 36a visto che nel recente passato questa disposizione ha acquisito importanza crescente. In particolare, i criteri di autorizzazione devono essere disciplinati a livello di legge per garantire la certezza del diritto. Le prescrizioni di legge possono essere concretizzate nelle ordinanze. GAeSO respinge pertanto la proposta in base alla quale il Consiglio federale possa definire a livello di ordinanza le condizioni per autorizzare tutti i fornitori di prestazioni.

4.4 Pareri sull'articolo 37

Fornitori di prestazioni

PharmaSuisse chiede che il servizio garantito dalle farmacie pubbliche nell'ambito dell'assicurazione di base rimanga prioritario e invita a respingere l'abrogazione dell'articolo 37 capoverso 3.

4.5 Pareri sull'articolo 55a

4.5.1 In generale

Cantoni

CDS, AI, BE, OW e SH constatano che l'articolo 55a riprende la richiesta fondamentale avanzata dai Cantoni di poter limitare il numero di medici. Rilevano inoltre che l'avamprogetto è più incisivo della normativa attuale, la quale esclude la limitazione per i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto.

CLASS, GE e NE sono favorevoli all'inserimento nella legge della possibilità per i Cantoni di limitare il numero di fornitori autorizzati e chiedono che i Cantoni possano fissare criteri per differenziare le autorizzazioni in funzione del bisogno delle realtà locali (ad es. favorire reti di medici di base).

GR approva la possibilità concessa ai Cantoni di gestire strategicamente in modo autonomo le autorizzazioni. Vista la sua situazione geografica periferica e la penuria di medici di base, non prevede di applicare restrizioni in questo settore.

JU sottolinea quanto sia complesso valutare il bisogno di prestazioni mediche della popolazione. Permettendo ai Cantoni di agire in qualità di attori indipendenti senza fornire loro gli strumenti per implementare il terzo livello di intervento, si rischia lo stallo e uno status quo poco produttivo. Inoltre, la valutazione del tasso di occupazione dei medici resta una sfida che andrà affrontata con precauzione, a maggior ragione perché questa variabile è destinata a mutare nel tempo.

LU pensa che il dispositivo sia così complicato da rischiare di indurre la maggior parte dei Cantoni a rinunciarvi. Ritiene inoltre che la normativa attuale sia migliore in quanto non impone un metodo. Finora LU ha valutato il bisogno caso per caso consultando i medici del campo di specializzazione e della regione interessati. Considera contrario alla prassi – come pure estremamente difficile – determinare a monte il bisogno in funzione della regione e del campo di specializzazione. Per tener conto della mobilità dei pazienti e del tasso di occupazione dei medici occorrono dati che andrebbero costantemente adeguati. Per di più, la consultazione

delle federazioni creerebbe un enorme carico amministrativo. LU chiede quindi che i Cantoni possano vincolare l'autorizzazione alla prova del bisogno, senza ulteriori obblighi.

Per NE è importante che i Cantoni abbiano un accesso facilitato ai dati degli assicuratori-malattie e dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

NW osserva che la fissazione del numero massimo di fornitori è una questione sensibile nei piccoli Cantoni, dove anche una lieve oscillazione a livello di personale può influenzare positivamente o negativamente l'autorizzazione. Questo implica che i Cantoni devono poter procedere a ammissioni parziali (ad es. 60%), eventualità che però non è chiaramente definita nell'avamprogetto.

SO chiede che la competenza dei Cantoni di disciplinare le autorizzazioni resti facoltativa.

SZ ritiene che la limitazione delle autorizzazioni, che riguarda soltanto i medici, è contraria alle misure a favore dei settori in cui si registra una sottodotazione (come la medicina di base, la pediatria e la psichiatria), qualora venga applicata in modo indifferenziato a tutti i fornitori di prestazioni. Consta peraltro che l'attuazione dell'articolo 55a secondo l'avamprogetto produrrebbe un aumento del carico amministrativo per i Cantoni.

TG e ZH sono del parere che l'uso del termine *autorizzazione* nel capoverso 1 e di *autorizzati* nel titolo possa creare confusione con l'autorizzazione all'esercizio della professione ai sensi della LPMed.

TI ritiene che il nuovo articolo 55a riprenda una delle richieste fondamentali avanzate dai Cantoni, ossia di poter limitare il numero dei medici. Teme però che l'attuazione sia troppo complessa fintanto che non vi saranno dati statistici affidabili sul settore ambulatoriale.

VD e VS accolgono con favore l'inserimento nella LAMal della possibilità per i Cantoni di stabilire il numero massimo di medici. VS è tuttavia convinto che ciò debba valere per tutti i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere a–g, m e n LAMal.

Pur essendo favorevole alla possibilità per i Cantoni di gestire autonomamente in modo strategico l'offerta di prestazioni mediche, ZH ritiene che lo strumento non debba essere né troppo complicato da attuare né troppo esigente sul piano tecnico.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

CSPO sottolinea che le regioni di montagna e le aree rurali non hanno interesse ad introdurre un contingentamento nazionale e caldeggiando quindi il terzo livello di intervento, che prevede di sostituire la limitazione delle autorizzazioni a livello nazionale con un sistema cantonale di gestione strategica. I Cantoni devono poter elaborare una strategia per la fornitura di servizi di base, che dev'essere intersettoriale e inglobare tutti gli ambiti del servizio sanitario.

GPS è fondamentalmente favorevole alla gestione strategica delle autorizzazioni e ritiene opportuno che la competenza di limitare il numero di fornitori sia conferita ai Cantoni tenendo conto dei criteri stabiliti dal Consiglio federale.

PSS è favorevole al principio di conferire ai Cantoni la competenza di regolare l'offerta di prestazioni mediche secondo il bisogno come pure l'estensione della limitazione a tutti i medici, compresi quelli che esercitano nel settore ospedaliero ambulatoriale.

Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Secondo SAB le regioni di montagna e le aree rurali non hanno interesse a un contingentamento nazionale e sostengono quindi il terzo livello di intervento, che prevede di sostituire la limitazione delle autorizzazioni a livello nazionale con un sistema cantonale di gestione strategica.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

CP ritiene che conferendo ai Cantoni competenze supplementari si rischiano restrizioni arbitrarie che possono portare a un razionamento dell'offerta e a un calo inaccettabile della qualità delle cure. Pone inoltre la questione del diritto all'esercizio della professione dal punto di vista della protezione della personalità. Teme infatti che si possano scoraggiare i giovani studenti e

che tra qualche anno si dovrà compensare la penuria di medici svizzeri con l'assunzione di medici stranieri. Trova che vi sia una forte contraddizione tra gli obiettivi della possibilità per i Cantoni di limitare le autorizzazioni, le conseguenze potenziali delle limitazioni e i programmi promossi dalla Confederazione per aumentare il numero di medici formati in Svizzera.

Economiesuisse si oppone alla definizione da parte dei Cantoni di numeri massimi, in quanto è del parere che non permettano di garantire un'offerta di prestazioni ottimale. Inoltre, ammesso che possa essere stimato, il numero ottimale di fornitori di prestazioni non migliora la qualità dell'offerta di cure. Dubita che vi sia un nesso diretto tra i costi e il numero di fornitori di prestazioni e teme gli effetti perversi della gestione strategica in particolare per i giovani medici, in quanto ritiene che possano portare a una «funzionarizzazione» delle giovani leve.

Secondo l'USAM, prima di affidare ai Cantoni ulteriori competenze, occorre separare i vari ruoli dei Cantoni e uniformare il finanziamento delle prestazioni.

Associazioni dei consumatori

FRC ritiene che la scelta di conferire ai Cantoni la competenza di fissare il numero massimo delle autorizzazioni sia un passo avanti, visto che i bisogni e le sfide variano da Cantone a Cantone. È inoltre del parere che l'applicazione di numeri massimi per tutti i medici che esercitano nel settore ambulatoriale permetterà di controllare l'afflusso globale. Grazie alla possibilità di bloccare immediatamente ogni nuova autorizzazione per un determinato campo di specializzazione medica, a prescindere dai numeri massimi fissati, i Cantoni disporranno di strumenti efficaci per controllare rapidamente l'evoluzione dei costi nel settore ambulatoriale.

Fornitori di prestazioni

FMH rileva in generale che la densità di medici non è adatta a fungere da strumento quantitativo e di gestione strategica. Ricorda inoltre che l'elevata densità di medici specialisti in Svizzera è la ragione principale per la quale i pazienti non devono aspettare per ottenere un appuntamento da uno specialista e vengono sottoposti a interventi chirurgici non vitali. Rileva inoltre che, affinché anche in futuro i tempi di attesa restino ragionevoli, occorre una riserva minima di fluttuazione.

VLSS non contesta il principio del tetto massimo e del calcolo in base al tasso di occupazione parziale. Fa tuttavia osservare che tutto dipenderà da come il principio verrà concretizzato. Ritiene che dando ai Cantoni la libertà di definire autonomamente la maggior parte dei criteri e di richiedere gratuitamente i dati necessari ai fornitori di prestazioni si vada troppo oltre.

Mfe è favorevole alla disposizione del capoverso 1 e sottolinea in particolare che l'avamprometto include esplicitamente anche il settore ambulatoriale degli ospedali al fine di garantire la parità di trattamento tra il settore ambulatoriale degli ospedali e quello degli studi medici.

Swiss Medi Kids AG propone in linea di massima di esonerare i pediatri dal blocco delle autorizzazioni.

Secondo VSAO le disposizioni dell'articolo 55a spianano la strada alla burocrazia e all'arbitrarietà in quanto c'è il rischio che ciascun Cantone adotti una prassi diversa. Quello che invece serve è un approccio sovragregionale.

H+ e PKS sono del parere che non sia necessario controllare le autorizzazioni e che l'efficacia delle misure finora adottate non sia stata valutata in modo sistematico ed accurato. Anzi, H+ parla di un bisogno «errato» di intervento: il progresso in campo medico e la richiesta da parte della politica di privilegiare il settore ambulatoriale rispetto a quello ospedaliero («ambulatoriale prima di stazionario») hanno portato negli scorsi anni e decenni a un aumento delle prestazioni ambulatoriali e, di riflesso, delle spese. Un'evoluzione che non sorprende tanto più che è auspicata dal punto di vista medico e politico. Il finanziamento non uniforme delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere ha però provocato un aumento eccessivo dei premi, che non può essere contrastato con il controllo delle prestazioni ambulatoriali. Occorre cambiare le modalità di finanziamento. Ciò detto, H+ sostiene che, a titolo di compromesso, potrebbe tollerare il controllo delle autorizzazioni per risolvere la questione una volta per tutte e garantire a lungo termine la certezza del diritto per gli ospedali, le cliniche e gli istituti di cura.

SBV dubita in generale che i costi sanitari in Svizzera dipendano soprattutto dai fornitori di prestazioni autorizzati.

Secondo SWISS REHA non serve limitare le autorizzazioni a esercitare a carico dell'AOMS dato che i Cantoni non contribuiscono al finanziamento dell'offerta di cure ambulatoriali.

PharmaSuisse ritiene in generale che il blocco delle autorizzazioni basato su un numero massimo di una categoria di fornitori di prestazioni o sull'aumento dei costi per un determinato tipo di prestazione non sia una soluzione a problemi quali la qualità delle prestazioni fornite.

VAKA respinge in generale l'articolo 55a in quanto considera che comporti un carico amministrativo considerevole per i fornitori di prestazioni. Il carico amministrativo supplementare per i fornitori e l'amministrazione compenserebbe di gran lunga i risparmi ottenuti.

Secondo ChiroSuisse, in caso di limitazione delle autorizzazioni, i principi metodologici fondamentali e i criteri per un gruppo di medici e/o per altri fornitori di prestazioni dovrebbero essere noti previamente. Il coordinamento tra i Cantoni dovrebbe essere illustrato e descritto prima di modificare le leggi. Occorrerebbe inoltre considerare il progetto di modifica della normativa per l'ammissione di manodopera estera sul mercato del lavoro (attuazione dell'iniziativa contro l'immigrazione di massa). Infine, i medici e gli altri fornitori di prestazioni dovrebbero disporre di uno strumento per influenzare la gestione strategica delle autorizzazioni o quanto meno dovrebbero poter formulare delle critiche.

Pur non essendo direttamente toccati dalla gestione strategica delle autorizzazioni, OPS e i suoi soci sostengono l'avamprogetto, considerando che i Cantoni devono poter disporre di strumenti propri per regolare l'offerta di prestazioni mediche di base. Anche RVBB concorda in linea di massima con la gestione strategica delle autorizzazioni.

SOS Médecins considera che, in assenza di studi che dimostrino l'esistenza di un nesso diretto tra densità di medici e aumento dei costi, l'articolo 55a proposto rappresenta una violazione della libertà economica, contraria ai principi della proporzionalità e della sussidiarietà sancite dalla Costituzione federale. Ritiene inoltre che occorra prevedere un mezzo di ricorso straordinario dinanzi a un'autorità federale dotata di piena cognizione. Questo sarebbe l'unico modo per garantire un'applicazione cantonale secondo il diritto federale e un'applicazione uniforme su tutto il territorio conformemente al principio di solidarietà.

Fornitori di prestazioni – Società mediche (cantionali o regionali)

SMCJU concorda con la proposta di permettere ai Cantoni di determinare autonomamente il numero di medici autorizzati ad esercitare a carico dell'AOMS, a condizione che il tasso di occupazione sia definito e integri anche il settore ambulatoriale degli ospedali.

Secondo KKA e AeG BL l'articolo 55a, nella forma proposta, non stabilisce un obbligo per i Cantoni di definire un numero massimo di fornitori. Per i Cantoni che finora non hanno fatto ricorso a questa possibilità, come Zurigo, sarà molto difficile mantenere questa posizione. Si verrebbe a creare un trasferimento programmato dallo Stato dell'offerta ambulatoriale dagli studi medici privati agli ambulatori degli ospedali.

AGZ si chiede perché il Consiglio federale abbia scelto la densità di medici come parametro di partenza o di arrivo per la pianificazione del bisogno e per la gestione strategica dell'offerta. Inoltre il rapporto esplicativo non analizza quali degli strumenti individuati nel confronto internazionale rappresentino meccanismi efficaci per la gestione della densità dei medici e quali invece siano quelli meno efficaci.

Assicuratori

Santésuisse e Groupe mutuel ritengono contraddittorio che siano i Cantoni a dover fissare singolarmente il numero massimo dei fornitori, mentre i flussi di pazienti sono intercantionali. Considerano che, in assenza di sanzioni, i Cantoni non saranno motivati a coordinarsi per formare ad esempio regioni di approvvigionamento ottimali e chiedono che la Confederazione definisca un tetto massimo per ciascun campo di specializzazione tenendo conto dei flussi effettivi di pazienti. Santésuisse auspica l'introduzione simultanea di un finanziamento uniforme delle

prestazioni stazionarie e ambulatoriali, visto che già oggi sono gli assicurati – e non i Cantoni – a pagare per le conseguenze della pianificazione ospedaliera cantonale.

Curafutura ritiene che i termini di «tasso di occupazione» e «mobilità dei pazienti», che i Cantoni devono considerare per fissare il numero massimo di fornitori di prestazioni, non sono formulati in modo sufficientemente chiaro.

Pazienti e utenti

DVSP aderisce pienamente all'avamprogetto. I Cantoni devono poter continuare ad essere competenti per limitare le autorizzazioni in modo da contenere l'aumento dei costi. Inoltre, DVSP constata con soddisfazione che i pazienti sono integrati nel processo di determinazione dei numeri massimi.

Inclusion Handicap cita alcuni studi in base ai quali vi sarebbero lacune nell'offerta di cure psichiatriche-psicoterapeutiche per pazienti adulti in determinate regioni e per determinate forme di offerta e gruppi destinatari come pure in relazione all'impiego delle risorse e alla collaborazione tra professionisti. Ritiene che le misure per contenere i costi sanitari non debbano in nessun caso acuire le lacune nell'offerta di cure. Questo rischio sembra però sussistere se i Cantoni, come proposto, devono tener conto del tasso di occupazione dei fornitori di prestazioni e della mobilità dei pazienti e coordinarsi con gli altri Cantoni per determinare il tetto massimo, mentre la legge non reca precisazioni in merito. La legge dovrebbe stabilire che per fissare eventuali numeri massimi i Cantoni devono documentare una copertura sufficiente della popolazione nel campo di specializzazione considerato.

4.5.2 Pareri sull'articolo 55a, capoverso 1

Cantoni

Pur sostenendo espressamente il principio su cui poggia la disposizione, CDS e i Cantoni AI, BE, BS, GR, OW, SO, SZ, TG, TI, UR e ZH propongono che la limitazione delle autorizzazioni possa riferirsi non solo a uno o più campi di specializzazione ma anche a determinate regioni di un Cantone (proposta formale di CDS: «in alcuni Comuni»). Può infatti succedere che in una regione l'offerta sia eccedentaria, mentre in un'altra sia lacunosa.

A titolo sussidiario, CDS e i Cantoni AI, BE, BS, OW e TI chiedono che il Cantone possa definire ulteriori criteri per il rilascio dell'autorizzazione (nuovo capoverso 1bis).

Secondo AG sarà praticamente impossibile prendere in considerazione i medici che esercitano nel settore ambulatoriale degli ospedali.

CLASS, GE e NE accolgono la disposizione ma auspicano che i Cantoni possano definire altri criteri generali di economicità e di qualità per il rilascio dell'autorizzazione.

NE constata che, per soddisfare i criteri di cui al capoverso 2, la definizione dei numeri massimi genererà un carico di lavoro considerevole per le autorità sanitarie cantonali, che dovranno far capo a risorse specializzate.

VD chiede che il tetto massimo possa essere fissato anche per singoli distretti per un dato campo di specializzazione.

CDS e i Cantoni di AI, BE, BS, OW, TG, ZG e ZH chiedono di allineare la terminologia («attività dipendente o indipendente») del capoverso 1 lettera a quella della LPMed rivista (sotto la propria responsabilità o no), o quantomeno di chiarire nel rapporto esplicativo se si tratta dell'indipendenza dal punto di vista delle assicurazioni sociali o della responsabilità professionale.

ZG chiede di introdurre una gestione strategica a livello regionale come pure la possibilità di imporre altre limitazioni (di natura professionale, temporale e geografica).

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

CVP chiede che la limitazione delle autorizzazioni possa riferirsi anche a determinate regioni di un Cantone e non solo a uno o più campi di specializzazione medica. Per FDP è giusto che

l'articolo 55a capoverso 1 LAMal contempra anche il settore ambulatoriale ospedaliero. A questo proposito ritiene importante che il blocco delle autorizzazioni non sia un modo per ampliare il settore ambulatoriale degli ospedali a scapito di quello degli studi medici.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

USS approva la normativa proposta.

Fornitori di prestazioni

Pur accogliendo con favore l'intenzione di eliminare le disparità di trattamento tra medici dipendenti e medici liberi professionisti, FMH ritiene che le misure previste dall'avamprogetto non siano efficaci. Segnala in particolare che la maggior parte dei medici che esercitano nel settore ospedaliero ambulatoriale sono assunti non tanto dall'ambulatorio quanto dall'ospedale. Secondo FMH un obbligo di autorizzazione delle percentuali lavorative effettuate in ambito ambulatoriale non rispecchia la realtà lavorativa quotidiana negli ospedali (ambulatori ospedalieri), contraddistinta da un'alta fluttuazione legata all'alternanza degli ambiti di impiego dei medici ospedalieri. Si potrebbe certo risolvere queste sfide predisponendo un dispendioso sistema di controllo; tuttavia, secondo FMH, si creerebbe un nuovo conflitto di interessi nei Cantoni. La competenza proposta nella disposizione potrebbe essere concessa ai Cantoni solo se al contempo venissero adottate misure di accompagnamento volte a prevenire gli abusi. Sempre secondo FMH, il finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie potrebbe contenere l'aumento dei premi.

SBV considera positivo il fatto che la disposizione intenda eliminare la disparità di trattamento tra medici impiegati e medici liberi professionisti. Secondo SBV, prima ancora che si proceda alla separazione dei ruoli dei Cantoni nel settore stazionario (o quantomeno si facciano i primi tentativi in tal senso), il capoverso 1 creerà un nuovo conflitto di interessi. Pertanto, ritiene che la nuova competenza potrebbe essere concessa ai Cantoni solo se al contempo venissero adottate misure di accompagnamento volte a prevenire gli abusi.

H+ e PKS rilevano che il passaggio tra cure stazionarie e cure ambulatoriali dev'essere fluido. Per i pazienti è importante che il trattamento si fondi esclusivamente su criteri medici. Sarebbe insensato impedire a medici specialisti ospedalieri di fornire prestazioni nel settore ambulatoriale e, a seconda del tipo di cura, obbligarli a trasferire i pazienti ad altri medici.

SWISS REHA respinge l'estensione della limitazione delle autorizzazioni per i medici che esercitano negli ambulatori degli ospedali. Questa misura non riconosce che gli ambulatori ospedalieri svolgono un ruolo molto diverso da quello degli studi dei medici liberi professionisti.

Fornitori di prestazioni – Società mediche (cantionali o regionali)

AMGe e SMSR considerano che la competenza cantonale di regolare le autorizzazioni sia giustificata. KKA e AeG BL accolgono con favore il fatto che la limitazione non si applichi solo ai medici liberi professionisti. Resta da vedere come regolarsi con i medici impiegati che esercitano negli ambulatori ospedalieri, visto che questi ultimi non sono manifestamente sottoposti alla normativa.

Pazienti e utenti

Per DVSP, la possibilità per i Cantoni di fissare il numero massimo di medici va assolutamente conservata nella legge così come il principio di coinvolgere i vari attori nel processo di determinazione del tetto massimo.

4.5.3 Pareri sull'articolo 55a, capoverso 2

Cantoni

Primo periodo

CDS, CLASS, AI, BE, GE, GR, OW, SO, TG, TI, VD, VS e ZH rilevano che attualmente i Cantoni non sono a conoscenza dei tassi di occupazione dei medici che esercitano un'attività

indipendente. Le basi in tal senso saranno disponibili tutt'al più con l'introduzione dei MARS (Moduli ambulatoriali dei rilevamenti sanitari dell'UST) e la raccolta dei dati strutturali corrispondenti. Ritengono inoltre sufficiente che per determinare il numero massimo i Cantoni tengano conto dell'evoluzione generale del tasso di occupazione dei medici in Svizzera.

AG ritiene che il rilevamento del tasso di occupazione dei medici richiederà un dispendio amministrativo sproporzionato.

BS è del parere che la considerazione del tasso di occupazione dei medici sia una novità importante del progetto, che permetterà una differenziazione migliore rispetto al numero di autorizzazioni per campo di specializzazione. Si chiede tuttavia in che modo i Cantoni potranno ottenere i dati corrispondenti e se le federazioni dispongono effettivamente di queste informazioni.

JU reputa quest'esigenza sproporzionata.

NE è contrario, in quanto la determinazione del tasso di occupazione dei medici liberi professionisti è per definizione impossibile, visto che si tratta di una libera professione.

SG propone di rilevare l'evoluzione del tasso di occupazione dei medici e di pubblicarla regolarmente a livello nazionale, tenendo conto dei vari campi di specializzazione.

SZ constata che i Cantoni non dispongono delle informazioni necessarie in merito al tasso di occupazione e osserva che i dati andrebbero aggiornati regolarmente. Trattandosi di una misura finalizzata al controllo dei costi, ritiene che questi ultimi dovrebbero essere considerati ai fini della determinazione dei numeri massimi e che, proprio per questo, dovrebbero essere messi a disposizione dei Cantoni.

UR non considera necessario sancire nella legge che i Cantoni debbano tener conto del tasso di occupazione dei medici perché ritiene che lo faranno comunque, nel loro proprio interesse. È peraltro del parere che i Cantoni dovrebbero essere liberi di applicare i criteri stabiliti da loro stessi. Pertanto, propone di stralciare il capoverso 2.

ZG non considera né praticabile né sensato tener conto dei tassi di occupazione dei medici. Propone di stralciare questo periodo ed eventualmente di prevedere che la Confederazione rilevi su base annua il tasso di occupazione dei medici per campo di specializzazione.

Secondo periodo

CDS e i Cantoni AI, BE, GR, OW, SG, TG e ZG sono contrari a che il Consiglio federale possa definire criteri supplementari per determinare i numeri massimi e chiedono lo stralcio del periodo. Secondo ZG, la definizione di criteri da parte del Consiglio federale è in contraddizione con l'idea di delegare ai Cantoni la competenza di determinare i numeri massimi.

NE si dichiara favorevole.

SO non reputa necessario prevedere criteri e principi metodologici supplementari per determinare i numeri massimi. Per rispetto dell'autonomia dei Cantoni, ritiene infatti che tali criteri e principi potrebbero essere adottati direttamente dai Cantoni e non dal Consiglio federale.

Secondo VS bisognerebbe anche prevedere la possibilità per i Cantoni di fissare altri criteri (ad es. il tempo di attesa per avere un appuntamento dal medico). È infatti importante che i Cantoni mantengano un margine di manovra per poter fissare criteri che tengano conto dei loro bisogni specifici così come delle loro particolarità geografiche e demografiche.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

Primo periodo

Secondo FDP l'avamprogetto concernente la gestione strategica delle autorizzazioni comporta alcuni miglioramenti rispetto alla soluzione precedente (limitazione delle autorizzazioni), che senza la bocciatura del progetto a fine 2015 non sarebbero entrati nell'agenda politica. È il caso in particolare del tasso di occupazione, come sottolineato anche da PSS.

Glp è del parere che la regolazione del numero massimo di medici è possibile solo se si conosce la densità di medici. È quindi necessario un collegamento con il tasso di occupazione dei fornitori di prestazioni.

Secondo periodo

Per quanto riguarda la fissazione di criteri e principi metodologici supplementari GPS propone di trasformare la formulazione da potestativa in vincolante, per garantire che in tutti i Cantoni i numeri massimi vengano determinati su una base uniforme.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

USS propone di trasformare la formulazione potestativa del secondo periodo in una formulazione imperativa per garantire che in tutti i Cantoni i numeri massimi vengano determinati sulla base di criteri e principi uniformi.

Fornitori di prestazioni

Primo periodo

FMH illustra con due esempi come la disposizione non possa essere attuata nella pratica.

SBV mette in dubbio l'efficacia del capoverso 2. Poiché la gestione strategica delle autorizzazioni concerne il settore ambulatoriale, si verrebbero a creare forme anomale di contratti di lavoro e di contratti per i medici convenzionati. Poiché non è sempre chiaro sin dall'inizio se un intervento vada effettuato in regime ambulatoriale o ospedaliero, potrebbe capitare che un medico che esercita in ambulatorio non possa eseguire l'intervento perché ha raggiunto o oltrepassato la percentuale lavorativa stabilita per contratto e, pertanto, non possa più fatturare a carico dell'AOMS. Inoltre, la promozione dell'occupazione femminile – obiettivo di per sé lodevole – risulta bloccata da questa disposizione.

Secondo mfe occorre tener conto del fatto che tra i medici sono sempre più frequenti modelli di lavoro alternativi e il lavoro a tempo parziale è sempre più diffuso.

Secondo periodo

FMH respinge la nuova competenza attribuita al Consiglio federale di fissare criteri supplementari e principi metodologici per determinare i numeri massimi. Se si considera l'obiettivo, che è quello di limitare il numero di fornitori di prestazioni, tali criteri rappresentano una pesante ingerenza nei diritti dei medici. Per essere legittimati democraticamente, andrebbero sanciti nella legge.

Mfe ritiene necessario stabilire nella legge indicazioni di massima sul tipo di criteri e principi che il Consiglio federale potrà fissare.

Fornitori di prestazioni – Società mediche (cantonali o regionali)

Primo periodo

AMGe e SMSR sono del parere che il tasso di occupazione dei medici è un fattore difficile da monitorare nel caso dei liberi professionisti e che bisogna tener conto in primo luogo della stima dei bisogni dei pazienti nei campi di specializzazione interessati, bisogni che possono variare rapidamente.

Secondo BEKAG è ormai assodato da tempo che per determinare il tetto massimo vadano considerate anche le percentuali di lavoro a tempo parziale. Tuttavia, trova che la libertà concessa ai Cantoni di definire in ampia misura i criteri e di raccogliere gratuitamente i dati necessari presso i fornitori di prestazioni si spinga troppo oltre.

Pur riconoscendo che la disposizione parte da buone intenzioni, KKA e AeG BL rilevano che pone considerevoli problemi a livello di attuazione pratica.

Secondo periodo

AMGe e SMSR temono che i criteri proposti dal Consiglio federale siano tecnocratici e poggino sull'evoluzione dei costi piuttosto che sulla realtà vissuta dai pazienti.

GAeSO chiede di stralciare il secondo periodo del capoverso 2.

Assicuratori

Secondo curafutura non è fattibile tener conto del tasso di occupazione dei medici.

Pazienti e utenti

La considerazione del tasso di occupazione dei medici è necessaria per ottenere cifre precise e adottare una politica coerente. DVSP auspica vivamente che le società mediche, gli assicuratori e i Cantoni collaborino in modo trasparente evitando posizioni intransigenti.

4.5.4 Pareri sull'articolo 55a, capoverso 3

Cantoni

CDS, CLASS, AI, BE, GE, GR, OW, SO, TG, TI e ZH ritengono che non vi sia una contraddizione tra la competenza sovrana dei Cantoni di applicare o meno l'articolo 55a LAMal e l'obbligo di coordinamento dei Cantoni. Sono inoltre del parere che le esigenze in materia di coordinamento con gli altri Cantoni debbano restare per quanto possibile semplici, altrimenti si rischia che in caso di ricorso la giurisprudenza fissi esigenze di coordinamento che nella pratica ostacolano ingiustamente la limitazione delle autorizzazioni in un Cantone o ritardano la procedura. Propongono che i Cantoni limitrofi vengano consultati e che la loro offerta venga presa in considerazione nella valutazione globale in vista di fissare i contingenti.

AG constata che anche per questo punto vi sarà un bisogno supplementare di risorse amministrative.

JU propone di cambiare la formulazione del capoverso in disposizione potestativa.

NE propone che si istituiscano commissioni intercantionali incaricate di determinare i tetti massimi per campo di specializzazione e per Cantone. I Cantoni determinerebbero la ripartizione regionale dei medici sul territorio cantonale in funzione dei contingenti attribuiti. La commissione intercantonale e i Cantoni dovrebbero poter consultare le associazioni mediche prima di fissare i contingenti (cantionali e intercantionali).

I Cantoni TG, UR e ZG propongono di stralciare il secondo periodo. ZG è del parere che i Cantoni devono essere liberi di considerare l'offerta nei Cantoni limitrofi ma considera molto complicato rilevare i flussi di pazienti. A suo avviso, questo tipo di rilevamenti può portare a decisioni che creano incentivi sbagliati. UR propone di aggiungere i Cantoni limitrofi alle istituzioni da sentire.

VD teme che la disposizione blocchi qualsiasi azione volta alla limitazione delle autorizzazioni. Propone che il Cantone consulti i Cantoni limitrofi prima di definire l'offerta di cure mediche.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

CVP accoglie con favore l'obbligo di coordinamento intercantonale in vista del rilascio delle autorizzazioni ai fornitori di prestazioni. PSS e PES approvano l'obbligo per i Cantoni di sentire le parti interessate e di coordinarsi per fissare i contingenti.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

Secondo USAM, se l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni va regolata, bisogna farlo almeno a livello sovraregionale.

USS ritiene che la considerazione del tasso di occupazione, la consultazione delle organizzazioni interessate e il coordinamento a livello intercantonale formino un tutto indivisibile e contribuiscano a garantire la sicurezza della fornitura di prestazioni mediche.

Fornitori di prestazioni

Secondo FMH, nel caso in cui un Cantone volesse avvalersi della possibilità di limitare il numero di medici fissando tetti massimi, una semplice consultazione non è sufficiente per una regolamentazione così complessa. FMH, VLSS e mfe chiedono di istituire una commissione consultiva permanente nella quale siederebbero i rappresentanti delle associazioni menzionate.

Svbg, SVPL, SBK, FMH, mfe, SHV e SVDE sono del parere che con la crescente mobilità degli assicurati i confini cantionali diventano sempre meno importanti. Per questo motivo le

autorizzazioni devono essere assegnate in base alle regioni di approvvigionamento sovracantonali. Questo vale, secondo FMH, soprattutto per le specializzazioni mediche.

Secondo SBV la disposizione non deve portare alla rinuncia da parte dei Cantoni a una parte della loro sovranità. Per tenere veramente conto della mobilità dei pazienti, occorre consultare altri Cantoni oltre a quelli limitrofi.

Per SWISS REHA queste soluzioni non sono praticabili in quanto in vari Cantoni un numero crescente di cliniche dispone di strutture ambulatoriali e ospedaliere e nel settore della riabilitazione si registrano flussi molto elevati di pazienti provenienti da altri Cantoni. Anche in questo caso per limitare le autorizzazioni occorrerebbero soluzioni affidabili a livello nazionale. Allo stesso tempo, tale limitazione andrebbe semmai applicata solo ai medici liberi professionisti, poiché nel settore ambulatoriale gli ambulatori ospedalieri assumerebbero il carattere di fornitori finali.

Fornitori di prestazioni – Società mediche (cantonali o regionali)

AMGe e SMSR approvano la menzione dei rappresentanti dei pazienti e dei fornitori di prestazioni. Rilevano peraltro che, per poter dare un parere competente, questi devono disporre di dati di qualità che spesso non sono in grado di produrre. Infine, l'esperienza mostra che l'obbligo di consultazione non significa che il Cantone debba necessariamente tener conto dei pareri ricevuti.

BEKAG ritiene che sia necessaria una commissione permanente prescritta per legge che si riunisca regolarmente. Chiede inoltre di adottare una formulazione analoga a quella proposta da FMH. GAeSO auspica invece lo stralcio del capoverso 3.

Pazienti e utenti

SPO constata con soddisfazione che i rappresentanti dei pazienti devono essere consultati per determinare i numeri massimi.

Altri

Poiché i pazienti che si avvalgono di una consulenza genetica e/o si sottopongono a test genetici sono molto spesso assistiti in regime ambulatoriale (anche se in setting ospedaliero), GUMEK chiede di tener conto delle particolarità della medicina genetica e di adeguare il capoverso 3 in tal senso.

4.5.5 Pareri sull'articolo 55a, capoverso 4

Cantoni

CDS approva il capoverso senza commenti.

AG dubita che le federazioni dispongano di dati affidabili sul tasso di occupazione dei medici, in particolare nel settore ambulatoriale degli ospedali e constata che un nuovo rilevamento richiederà considerevoli risorse amministrative.

JU chiede che venga precisato che la possibilità di comunicare i dati si applica anche ai medici che esercitavano la libera professione prima dell'entrata in vigore della presente modifica.

Secondo NE per poter determinare in modo obiettivo il tetto massimo i Cantoni devono poter ottenere almeno i dati relativi al fatturato e al numero di visite per ciascun fornitore di prestazioni.

SZ e VD approvano il fatto che i fornitori di prestazioni e gli assicuratori debbano fornire gratuitamente i dati necessari per l'implementazione della gestione strategica.

TG e ZH chiedono che i Cantoni possano determinare autonomamente i dati a loro necessari e che la fornitura di dati incompleti o di cattiva qualità possa essere sanzionata.

TI ritiene che i Cantoni debbano poter ricevere i dati dell'UST per allestire le analisi necessarie alla moratoria. In tal senso, bisognerebbe in particolare ampliare l'articolo 30b capoverso 1 OAMal.

Fornitori di prestazioni

Secondo FMH il capoverso 4 va stralciato o adeguato con l'aggiunta di un rimando all'attuale base di rilevamento dei dati, visto che i Cantoni, che svolgono compiti sovrani, dispongono già di tali dati.

SBV ritiene che non dovrebbero essere i fornitori di prestazioni bensì le casse malati a dover fornire i dati di cui al capoverso 4. Mfe respinge il capoverso perché considera che questi dati possano essere forniti solo dietro adeguato compenso.

VLSS chiede di modificare il capoverso 4 prevedendo che i fornitori di prestazioni e gli assicuratori e loro federazioni o associazioni partecipino ai costi legati alla fornitura dei dati.

Physioswiss propone di modificare il capoverso e di sostituire i fornitori di prestazioni con i medici, gli ospedali e gli assicuratori e le rispettive federazioni. ChiroSuisse avanza la stessa richiesta.

Fornitori di prestazioni – Società mediche (cantionali o regionali)

KKA e AeG BL rilevano che in linea di massima i Cantoni dispongono dei dati pertinenti, ossia dei dati rilevati dall'UST in virtù degli articoli 23 e 59a LAMal.

AMGe e SMSR considerano che i medici devono già fornire numerosi dati e ritengono che le inchieste o gli studi supplementari eventualmente necessari, che rappresentano un onere importante, non vadano accollati ai fornitori di prestazioni.

BEKAG propone di modificare la formulazione del capoverso 4 secondo la proposta di VLSS, in quanto la disposizione dell'avamprogetto non è né necessaria né ammissibile.

Secondo SVM, con il pretesto di voler introdurre un numero massimo di fornitori nei campi di specializzazione, le autorità cantionali potranno, su richiesta, ottenere dati raccolti nei centri di fiducia.

Assicuratori

Curafutura è del parere che la fornitura supplementare di dati ai 26 Cantoni non sia né proporzionata né appropriata e andrebbe evitata secondo la Carta della statistica pubblica svizzera. Qualora per determinare il tetto massimo fossero comunque necessari dati supplementari, chiede che un'organizzazione indipendente venga incaricata di rilevarli sull'intero territorio nazionale.

4.5.6 Pareri sull'articolo 55a capoverso 5

Cantoni

CDS approva il capoverso senza obiezioni.

TG e ZH chiedono di evitare il termine «autorizzazione» e di adeguare la terminologia «dipendente o indipendente» (cpv. 1 lett. a) alla LPMed rivista (cfr. commento al capoverso 1).

TI ritiene che la lettera b comporterà la sparizione degli istituti di cui all'articolo 36a LAMal e propone di fissare il numero massimo di medici in base al numero di medici attivi al momento dell'entrata in vigore della modifica.

ZG invita a garantire solo i diritti acquisiti e a precisare alla lettera a: «*i medici che sono stati autorizzati e hanno esercitato nello stesso Cantone...*».

Associazioni dei consumatori

Affinché gli adeguamenti previsti nell'ambito della revisione parziale possano produrre concretamente i loro effetti, per SKS è fondamentale garantire la parità di trattamento tra i fornitori di prestazioni a carico dell'AOMS già autorizzati e quelli che lo saranno in futuro.

Fornitori di prestazioni

Per mfe la disposizione del capoverso 5 è fondamentale. SBV ritiene giusto garantire i diritti acquisiti.

Assicuratori

Curafutura chiede che le disposizioni in materia di autorizzazione in virtù dell'articolo 36 capoverso 4 e la limitazione di cui all'articolo 55a vengano applicate anche ai fornitori di prestazioni già autorizzati come pure a quelli che esercitano nel settore ambulatoriale di un ospedale e in uno studio medico.

Santésuisse è contraria a che i medici già autorizzati, che hanno concorso in passato all'aumento dei costi, siano tutelati, mentre i giovani che dispongono di conoscenze più recenti ne siano esclusi. Propone che i Cantoni che applicano queste disposizioni introducano una procedura di appalto pubblica. Il principale criterio di aggiudicazione, dopo il controllo di qualità, dev'essere la disponibilità dei medici ad accettare di fissare con gli assicuratori un prezzo più basso rispetto a quello in vigore nella regione interessata.

4.5.7 Pareri sull'articolo 55a capoverso 6

Cantoni

CDS, CLASS e GE approvano il capoverso senza obiezioni.

NE ritiene che questa disposizione debba estendersi anche ai Cantoni senza numeri massimi a prescindere dai capoversi precedenti. Scegliendo di applicare solo questa norma, i Cantoni dispongono infatti di uno strumento efficace per individuare eventuali abusi.

SG auspica lo stralcio del capoverso. La decisione di limitare le autorizzazioni in un campo di specializzazione deve essere una conseguenza dell'introduzione di numeri massimi. Non dovrebbe fondarsi su criteri puramente economici ma considerare anche aspetti qualitativi e relativi alla fornitura di prestazioni.

TG e ZH sostengono la disposizione e chiedono di obbligare gli assicuratori a fornire i dati necessari.

Anche VD è favorevole ma invita a considerare il criterio della suddivisione per distretto.

Per ZG bisognerebbe precisare che i Cantoni possono fissare regole generali e astratte. Tramite ordinanza si dovrebbe indicare che la limitazione delle autorizzazioni entra automaticamente in vigore con le disposizioni.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

GPS non condivide la proposta di cui al capoverso 6 poiché comprometterebbe sensibilmente l'accesso a cure mediche di base di alta qualità per tutti i gruppi demografici.

Secondo PSS, l'evoluzione dei costi come unico criterio è insufficiente per permettere ai Cantoni di bloccare immediatamente qualsiasi nuova autorizzazione in un campo di specializzazione. Se dovesse essere introdotto, questo criterio dovrà essere accompagnato da ulteriori condizioni.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

USS boccia questa normativa poiché comprometterebbe sensibilmente l'accesso a cure mediche di base di alta qualità per tutti i gruppi demografici.

Fornitori di prestazioni

FMH giudica inadatto il capoverso 6. È molto probabile che in fase di attuazione distorca i risultati per i fornitori di prestazioni poiché troppo restrittivo. La normativa proposta non tiene conto né della demografia né delle regioni sovracantonali per la fornitura di prestazioni e, quindi, porterà per forza di cose a conclusioni sbagliate. Sarebbe importante considerare

l'aspetto regionale visto che i costi annui per assicurato possono anche aumentare in un Cantone, sebbene i costi siano causati in un altro.

Anche SWISS REHA auspica lo stralcio del capoverso 6 poiché il suo carattere forfettario potrebbe bloccare lo sviluppo di nuove offerte e quindi impedire di avviare a una penuria di servizi nelle regioni rurali.

VLSS e mfe respingono la normativa prevista al capoverso 6. Secondo mfe, per stabilire se le cure fornite in una regione sono adeguate, bisogna prima di tutto capire se i pazienti hanno accesso o no a un servizio di qualità elevata. SBV adduce ragioni analoghe contro la disposizione e aggiunge che una valutazione isolata porterà a un attivismo dannoso.

Fornitori di prestazioni – società mediche (cantionali o regionali)

KKA, AeG BL, MedGes BS, VHBB e BEKAG bocciano il capoverso 6. BEKAG fa osservare che potrebbe indirettamente penalizzare nuovi metodi terapeutici che, rispetto ad altre specializzazioni, incidono maggiormente sui costi. KKA e AeG BL non accettano che in contesti complessi nei quali entrano in gioco numerosi fattori ci si concentri su un unico criterio senza considerare i motivi di un incremento dei costi.

AMGe e SMSR ritengono che prima di concludere che un aumento dei costi in un campo di specializzazione sia dovuto a un eccesso di prestazioni, bisogna conoscere l'evoluzione dei bisogni imputabile sia all'evoluzione demografica sia a quella tecnologica delle cure mediche. SMVS sostiene che, senza prevedere nemmeno un'analisi corretta delle possibili cause (nuove tecnologie, evoluzione epidemiologica ecc.), la disposizione apra le porte a un arbitrio inaccettabile. Ciò non corrisponde in nessun modo a una regolamentazione razionale, fondata su bisogni ed evoluzioni accertati.

Assicuratori

Se la normativa dovesse entrare in vigore, *santésuisse*, contraria alla disposizione, reputa necessario permettere ai Cantoni di limitare le autorizzazioni nel caso di un aumento ingiustificato dei costi. Ritiene tuttavia che la formulazione potestativa sia insufficiente e che le proposte formulate non permettano di contenere l'aumento dei costi e instaurare una concorrenza tra i fornitori di prestazioni basata sulla qualità.

Pazienti e utenti

DVSP pensa che questo strumento debba essere allentato in modo da considerare meglio le esigenze della medicina di base (*primary care*). Per congelare le autorizzazioni servono criteri più precisi.

Inclusion Handicap rileva che in campi di specializzazione, in cui è comprovato che le prestazioni fornite sono insufficienti, un aumento dei costi potrebbe indicare un miglioramento dell'assistenza e quindi andrebbe accolto positivamente.

SPO fa notare che i costi medi in un determinato campo di specializzazione di un Cantone possono aumentare se i Cantoni limitrofi, più piccoli, non offrono questo tipo di prestazioni. Le decisioni più importanti andrebbero valutate e adottate anche a livello regionale, non solo cantonale.

4.6 Pareri sull'articolo 59

Cantoni

CDS approva l'articolo senza obiezioni.

NE osserva che gli assicuratori-malattie non fanno ricorso a questa disposizione nel quadro legale attuale. Suggerisce di aggiungere i Cantoni all'articolo 59 capoverso 2 dato che a volte individuano abusi e devono poterli denunciare al tribunale arbitrale.

TG e ZH sanzionerebbero anche la fornitura di dati incompleta o di cattiva qualità.

Fornitori di prestazioni

FMH giudica sproporzionata la proposta di sanzionare con l'esclusione temporanea o definitiva dall'esercizio dell'attività a carico dell'AOMS chi non fornisce i dati secondo l'articolo 36 capoverso 4 LAMal. VLSS caldeggia lo stralcio del capoverso 1.

Fornitori di prestazioni –società mediche (cantionali o regionali)

BEKAG auspica lo stralcio del capoverso 1.

Assicuratori

Santésuisse chiede di menzionare le sanzioni applicabili se la qualità dei dati è insufficiente o se si rileva una mancanza di trasparenza – o quanto meno di aggiungere un riferimento in tal senso. Ritiene che l'articolo 36 capoverso 4 non sia applicabile poiché gli assicuratori non dispongono degli strumenti necessari e devono rivolgersi a un tribunale arbitrale.

4.7 Pareri sulle disposizioni transitorie

4.7.1 Pareri sulle disposizioni transitorie, in generale

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

Glp è del parere che i criteri di qualità debbano valere per tutti i fornitori di prestazioni. In merito potrebbe entrare in linea di conto un termine transitorio adeguato.

Fornitori di prestazioni

Per FMH bisogna prevedere un termine transitorio adeguato per la nuova normativa, sempre che quest'ultima trovi applicazione anche per i fornitori già autorizzati.

4.7.2 Pareri sulle disposizioni transitorie, capoverso 1

Cantoni

NE è contrario poiché prevede che toccherà ai Cantoni e non agli assicuratori-malattie controllare che le condizioni per l'ottenimento dell'autorizzazione siano adempiute.

ZG preferirebbe che i medici e i dentisti siano dispensati dall'autorizzazione solo nel Cantone in cui l'avevano già ottenuta.

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

PLR e glp deplorano la scelta di garantire il diritto acquisito per i medici già autorizzati poiché andrebbe chiaramente a discapito dei fornitori di prestazioni più giovani che adempiono i requisiti.

Associazioni dei consumatori

Secondo SKS, per garantire che le nuove disposizioni risultino realmente efficaci, bisogna applicare le stesse regole ai fornitori di prestazioni già autorizzati e a quelli che verranno autorizzati in futuro.

Fornitori di prestazioni

VLSS auspica lo stralcio del capoverso 1.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantionali o regionali)

BEKAG auspica lo stralcio del capoverso 1.

Assicuratori

Curafutura chiede che le disposizioni in materia di autorizzazione in virtù dell'articolo 36 capoverso 4 e la limitazione di cui all'articolo 55a siano applicate anche ai fornitori di prestazioni già autorizzati come pure a quelli che esercitano nel settore ambulatoriale di un ospedale e in uno studio medico.

4.7.3 Pareri sulle disposizioni transitorie, capoverso 2

Cantoni

AG e NE ritengono che, vista la portata delle nuove disposizioni, un periodo di due anni per adeguare le legislazioni cantonali sia troppo breve se non si aumentano le risorse amministrative. NE propone un termine di tre anni.

CLASS, GE e VD vogliono essere certi che il progetto permetta a un Cantone che non esercita immediatamente il diritto di fissare numeri massimi di cambiare idea e di applicarlo una volta scaduto il termine di due anni. CLASS e GE invitano a precisare che i Cantoni che hanno introdotto la limitazione prima dell'entrata in vigore della modifica possano esercitare i diritti conferiti loro dall'articolo 55a anche una volta che questo è entrato in vigore.

TI chiede di indicare chiaramente che la soluzione attuale per la gestione strategica delle autorizzazioni possa essere applicata finché i Cantoni non avranno apportato tutti gli adeguamenti necessari e invita a fissare un termine di 5 anni. Auspica inoltre che i Cantoni possano applicare le nuove disposizioni dalla loro entrata in vigore (capoverso 3).

Fornitori di prestazioni

Secondo SOS Médecins la disposizione sancisce l'applicazione dell'attuale articolo 55a LAMal per un nuovo periodo di due anni, mentre l'articolo stesso è valido solo fino al 30 giugno 2019. Suggerisce pertanto di far coincidere le date di applicazione del diritto cantonale e di quello federale e di fissare la scadenza del termine transitorio al 30 giugno 2019.

4.8 Altre proposte

Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale

Secondo PSS, se la fornitura di cure mediche di base è insufficiente, le autorità dovrebbero essere tenute ad adottare le misure necessarie.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

Economiesuisse propone tre alternative per migliorare la procedura di autorizzazione dei fornitori di prestazioni: introduzione di valori del punto tariffale in base al bisogno, messa all'asta delle autorizzazioni per i nuovi studi in conformità con il postulato Cassis 12.3783 («Stop alle autorizzazioni per studi medici. Non si ripetano gli errori del passato») e abrogazione dell'obbligo di contrarre per alcuni gruppi di medici e in determinate regioni.

USAM preconizza la soppressione dell'obbligo di contrarre.

USS auspica che la Confederazione possa intervenire se in un Cantone o in una regione l'accesso per tutti i gruppi demografici a cure mediche di base di qualità elevata dovesse in futuro essere ostacolato dalla gestione strategica delle autorizzazioni.

Fornitori di prestazioni

Per FMH e mfe è incomprensibile che l'avamprogetto in consultazione non contempli la possibilità per i Cantoni di sostenere i fornitori di prestazioni con misure adeguate qualora le prestazioni fornite non fossero sufficienti.

VAKA chiede di verificare regolarmente e di adeguare alle condizioni quadro attuali e alle esigenze dei fornitori di prestazioni le limitazioni cantonali alle autorizzazioni. Pertanto, i fornitori

di prestazioni dovrebbero disporre di un diritto di proporre e di consultazione nell'ambito della verifica.

Secondo CURAVIVA, Senesuisse e Spitex le nuove autorizzazioni dovrebbero essere concesse solo se i medici interessati si impegnano ad offrire ai loro pazienti la cartella informatizzata del paziente. I medici dovrebbero inoltre aderire a una comunità o a una comunità di riferimento certificata secondo la legislazione sulla cartella informatizzata del paziente.

Fornitori di prestazioni - società mediche (cantonali o regionali)

KKA e AeG BL ritengono che a seguito degli incentivi finanziari sbagliati che ostacolano il rafforzamento del settore ambulatoriale, a medio termine occorre mirare a un finanziamento uniforme delle cure stazionarie e ambulatoriali. I lavori in questo ambito dovrebbero iniziare ora visto che bisognerà superare lo scoglio dell'opposizione politica dei Cantoni. Servono inoltre incentivi all'apertura di studi medici (medici di famiglia e specialisti) come pure modelli di regionalizzazione della medicina di base come i centri medici regionali di prossimità.

SMVS auspica che i professionisti della salute e i medici, in particolare la FMH, vengano coinvolti su base partenariale e proattiva in tutti i progetti politici di riforma che riguardano il sistema sanitario.

Visto che finora tutte le misure di gestione strategica del settore ambulatoriale non hanno permesso di raggiungere l'obiettivo del contenimento dei costi, per AGZ è tempo di pensare a delle alternative che migliorino la qualità senza incrementare la burocrazia, rafforzino il settore extraospedaliero e la fornitura di servizi a livello regionale, garantiscano le cure mediche di base e la concorrenza e inducano i pazienti a dar prova di maggiore responsabilità personale. In questo senso AGZ invita a prendere quale esempio il sistema austriaco di scelta del medico.

Pazienti e utenti

DVSP deplora che il progetto si limiti alla questione della limitazione delle autorizzazioni senza affrontare quella della penuria delle prestazioni. Incoraggia quindi il Consiglio federale a presentare prossimamente altre misure per far fronte alla scarsità dell'offerta, in particolare per quanto concerne la formazione e l'orientamento dei futuri medici.

Alla luce dell'articolo 25 della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CDPD), Inclusion Handicap si oppone decisamente a una partecipazione della Confederazione alle discussioni o alla promozione di un modello che conceda ai professionisti della salute maggiore libertà di concorrenza.

Assicuratori

Dal punto di vista di Groupe mutuel, si dovrebbe introdurre la libertà di contrarre. Gli assicuratori sarebbero tenuti a concludere un contratto con un numero massimo di fornitori di prestazioni allo scopo di garantire cure adeguate. La Confederazione dovrebbe definire i dati necessari, il metodo e la densità ottimale per ogni campo di specializzazione. In questo contesto, il Cantone definirebbe la densità massima del numero di fornitori autorizzati ad esercitare a carico dell'AOMS d'intesa con i fornitori di prestazioni e gli assicuratori-malattie. Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni avrebbero il diritto di ricorrere contro il limite fissato dal Cantone e stipulerebbero i contratti sulla base di criteri chiari e valutabili.

Santésuisse propone un modello alternativo al progetto del Consiglio federale fondato su una pianificazione intercantonale obbligatoria, che includa la fornitura di prestazioni in tutti i settori e tenga conto dei flussi di pazienti.

Allegato: elenco dei partecipanti alla consultazione¹

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 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

¹ In ordine alfabetico delle abbreviazioni

SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
CLASS	Conferenza latina degli affari sanitari e sociali
Partiti politici rappresentati all'Assemblea federale	
CSPO	Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
glp	Grünliberale Partei
pvl	Parti vert'libéral
pvl	Partito verde-liberale
GPS	Grüne Partei der Schweiz
PES	Parti écologiste suisse
PES	Partito ecologista svizzero
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero

SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di centro
Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle Città e delle regioni di montagna	
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna
Associazioni mantello nazionali dell'economia	
CP	Centre Patronal (CP)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USS	Union syndicale suisse
USS	Unione sindacale svizzera
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
USAM	Union suisse des arts et métiers
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri
Cerchie interessate	
Associazioni dei consumatori	
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organizzazioni attive in ambito sanitario	
Fornitori di prestazioni	
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG) Association suisse des chiropraticiens (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
OPS	Organisation Podologie Schweiz Organisation Podologie Suisse Organizzazione Podologia Svizzera

physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
RVBB	Regionalverband beider Basel physioswiss
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
SGH	Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie (SGH) Société suisse d'hématologie (SSH) Società Svizzera di Ematologia (SSH)
SHV	Schweizerischer Hebammenverband (SHV) Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) Federazione svizzera delle levatrici
SOS Médecins	SOS Médecins, Genève
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitarie (FSAS)
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD) Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i (ASDD)
SVPL	Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)
Swiss Medi Kids AG	Swiss Medi Kids AG, Zürich
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere
VAKA	Vereinigung der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)

VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
Fornitori di prestazioni –società mediche (cantionali o regionali)	
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantionali (CMC)
AGZ	Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich
AMGe	Association des médecins du Canton de Genève
AeG BL	Ärztesgesellschaft Baselland
BEKAG	Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
GAeSO	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn
MedGes BS	Medizinische Gesellschaft Basel
OMCT	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
SMSR	Société médicale de la Suisse romande
SMVS	Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG) Société médicale du Valais (SMVS)
SMCJU	Société médicale du Canton du Jura
SVM	Société Vaudoise de Médecine
VHBB	Vereinigung Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel
VZK	Vereinigung Zürcher Kinder- und Jugendärzte
Assicuratori	
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe mutuel	Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assicurazioni
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
Pazienti e utenti	
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Fédération suisse des patients (FSP)
Inclusion Handicap	Dachverband der Behindertenorganisationen Schweiz Association faïtière des organisations suisses de personnes handicapées Mantello svizzero delle organizzazioni di persone con disabilità
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
Altri	
BFG	Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral

GUMEK	Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (CEAGH) Commissione di esperti per gli esami genetici sull'essere umano (CEEGU)
-------	--