



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

Ufficio federale della sanità pubblica
Unità di direzione assicurazione malattia e infortunio

Ordinanza sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie (OCoR)

Rapporto sui risultati della procedura di consultazione

Berna, agosto 2016

Indice

1	Situazione iniziale	4
2	Pareri pervenuti	4
3	Sintesi	5
3.1	Approvazione dell'avamprogetto.....	5
3.2	Pareri sostanzialmente favorevoli a un affinamento della compensazione dei rischi attraverso l'indicatore PCG, ma con suggerimenti, richieste di modifica o proposte normative alternative	5
3.3	Pareri favorevoli agli obiettivi della revisione, ma con richiesta di rielaborazione dell'avamprogetto.....	5
3.4	Pareri contrari all'avamprogetto	5
3.5	Pareri né favorevoli né contrari all'avamprogetto.....	5
3.6	Rinuncia all'espressione di un parere	5
4	Risultati della procedura di consultazione riguardanti l'avamprogetto di revisione nel suo insieme	6
5	Risultati della procedura di consultazione riguardanti singoli articoli o sezioni	13
5.1	Sezione 1: Indicatori di morbilità	13
	Art. 1 Indicatori	13
	Art. 3 Indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura»	14
	Art. 4 Elenco dei PCG	14
	Articolo 5 Indicatore PCG.....	16
	Articolo 6 Indicatore relativo ai costi dei medicinali	17
5.2	Sezione 2: Fornitura e controllo dei dati	18
	Articolo 7 Fornitura dei dati	19
	Articolo 8 Dati di assicuratori non più attivi	22
	Articolo 9 Controllo dei dati	23
5.3	Sezione 3: calcolo della compensazione dei rischi.....	23
	Articolo 10 Effettivo di assicurati	24
	Articolo 11 Aggregazione dei record e raggruppamento dei dati	24
	Articolo 12 Ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio.....	25
	Articolo 13 Ripartizione in relazione ai PCG e ai costi dei medicinali	25
	Articolo 14 Calcolo delle medie di gruppo.....	25
	Articolo 16 Supplementi per PCG e costi dei medicinali.....	27
	Articolo 17 Determinazione dei supplementi per PCG e costi dei medicinali ...	28
	Articolo 20 Considerazione degli assicuratori non più attivi	28
5.4	Sezione 4: Pagamenti a titolo di compensazione dei rischi	28

	Articolo 21.....	28
5.5	Sezione 5: Saldo e correzioni	29
	Articolo 23 Correzioni dopo la fornitura di dati errati	29
5.6	Sezione 6: Rendicontazione	29
	Articolo 24.....	29
5.7	Sezione 7: Finanziamento e attuazione.....	31
	Articolo 25 Costi amministrativi.....	31
	Articolo 26 Fondi	31
5.8	Sezione 8: Protezione dei dati, procedura e misure di vigilanza	31
	Articolo 28 Protezione dei dati	32
	Articolo 30 Fatturazione dei costi supplementari e misure disciplinari.....	32
5.9	Sezione 9: Analisi degli effetti.....	32
	Articolo 31.....	32
5.10	Sezione 10: Disposizioni finali	33
	Articolo 34 Disposizione transitoria	33
	Articolo 35 Entrata in vigore.....	33
5.11	Disposizioni ancora da definire	34
5.12	Altre proposte	34

Allegato

36

Elenco dei partecipanti alla procedura di consultazione e abbreviazioni

1 Situazione iniziale

Il 28 dicembre 2015 il capo del Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha invitato i Cantoni, i partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale, le associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città, delle regioni di montagna e dell'economia nonché le autorità, le associazioni dei consumatori e le organizzazioni della sanità pubblica a esprimere un parere sulla revisione totale dell'ordinanza sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie (OCoR)¹. La revisione prevede un ulteriore affinamento della compensazione dei rischi. Nell'ordinanza viene fissato l'indicatore di morbilità relativo ai gruppi di costo farmaceutico (PCG) formato in base ai dati del settore ambulatoriale e viene adeguato il calcolo della compensazione dei rischi. Sono previsti adattamenti linguistici e alcune modifiche di contenuto. L'ordinanza rivestita si presenta con una nuova struttura e numerazione delle disposizioni. Sono state interpellate complessivamente 108 autorità e organizzazioni interessate. La documentazione della procedura di consultazione è stata pubblicata anche sul sito Internet dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). La procedura si è conclusa il 1° aprile 2016.

2 Pareri pervenuti

Sono pervenuti complessivamente 56 pareri, di cui 50 da parte di organizzazioni interpellate formalmente e 6 da parte di organizzazioni non interpellate formalmente. I Cantoni UR e SZ e altre quattro organizzazioni interpellate hanno rinunciato espressamente a esprimere un parere sul contenuto della revisione. Tre Cantoni (BL, JU e SH) non hanno partecipato. Dei dodici partiti politici consultati, tre hanno risposto (PLR, PSS e UDC).

	Destinatari	Invitati	Pareri pervenuti	Pareri pervenuti spontaneamente	Totale
1	Cantoni	27	21	---	21
2	Partiti politici	12	3		3
3	Autorità	3	1		1
4	Associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna	3	-		-
5	Associazioni mantello dell'economia	8	3		3
6	Associazioni dei consumatori	3	3		3
7	Fornitori di prestazioni	37	11	2	13
8	Pazienti, utenti	5	1		1
9	Assicuratori	6	4	3	7
10	Altri	4	3	1	4
	Totale	108	50	6	56

Il presente rapporto illustra i risultati della procedura di consultazione. L'elenco dei partecipanti (con le relative abbreviazioni usate nel presente rapporto) è riportato nell'allegato.

¹ La documentazione può essere scaricata dal seguente link:

<https://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2015.html#EDI>, Procedure di consultazione ed indagini conoscitive concluse, 2015, DFI

3 Sintesi

3.1 Approvazione dell'avamprogetto

Cantoni (17): AR, BE, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, VD, VS, ZG e ZH

Autorità (1): GDK

Associazioni mantello dell'economia (1): SGB

Fornitori di prestazioni (2): ChiroSuisse e FAMH

Altri (1): WEKO

3.2 Pareri sostanzialmente favorevoli a un affinamento della compensazione dei rischi attraverso l'indicatore PCG, ma con suggerimenti, richieste di modifica o proposte normative alternative

Cantoni (4): AI, AG, BS e TG

Partiti (3): PLR, UDC e PSS

Associazioni mantello dell'economia (2): economiesuisse e sgv

Associazioni dei consumatori (1): SKS

Fornitori di prestazioni (7): Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, FMH, K3, pharmaSuisse, VLSS, VSAO e VSÄG

Pazienti (1): SPO

Assicuratori (4): curafutura, Groupe Mutuel, RVK e santésuisse

Altri (3): BFG, CP e FER

3.3 Pareri favorevoli agli obiettivi della revisione, ma con richiesta di rielaborazione dell'avamprogetto

Fornitori di prestazioni (2): GSASA e H+

Assicuratori (1): Assura

3.4 Pareri contrari all'avamprogetto

Associazioni dei consumatori (2): ACSI e FRC

3.5 Pareri né favorevoli né contrari all'avamprogetto

Fornitori di prestazioni (1): PULSUS

Assicuratori (1): GE KVG

3.6 Rinuncia all'espressione di un parere

Cantoni (2): SZ e UR

Associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (1): SSV

Associazioni mantello dell'economia (1): Schweizerischer Arbeitgeberverband

Fornitori di prestazioni (2): CURAVIVA e VKZS

4 Risultati della procedura di consultazione riguardanti l'avamprogetto di revisione nel suo insieme²

Cantoni

A eccezione di **SZ** e **UR**, che hanno rinunciato a esprimere un parere sul contenuto, tutti i Cantoni partecipanti (**AI, AG, AR, BE, BS, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, TG, VD, VS, ZG** e **ZH**) sono favorevoli alla revisione totale dell'ordinanza, in particolare all'ulteriore affinamento della compensazione dei rischi tra gli assicuratori dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). I Cantoni appoggiano in modo compatto l'inclusione dell'indicatore di morbilità relativo ai gruppi di costo farmaceutico (PCG) nel calcolo della compensazione dei rischi. **AG** sostiene che si debba rafforzare la solidarietà tra gli assicurati e che si debbano elaborare opportune regolamentazioni poiché gli strumenti di mercato non sono sufficienti a tal fine. **AG** e **BE** ritengono che l'attuale sistema di compensazione dei rischi abbia consentito di raggiungere solo in parte gli obiettivi prefissati e che non funzioni ancora in modo soddisfacente nonostante gli interventi di affinamento già messi in atto. Puntualizzano che le differenze di premio continuano a essere molto marcate e che la selezione dei rischi degli assicurati non è diminuita. **BE** è pertanto favorevole a qualsiasi modifica intesa a migliorare la compensazione dei rischi. **TI** ribadisce il proprio sostegno all'affinamento della compensazione dei rischi, che a suo avviso contribuisce a ridurre la selezione dei rischi tra gli assicuratori-malattie. **GE** ritiene che questo perfezionamento dovrebbe rendere meno interessanti le strategie di selezione dei rischi e di conseguenza scongiurare aumenti di premi compensatori da parte degli assicuratori che non attuano strategie di selezione. Precisa che si tratta di una misura necessaria per garantire l'equilibrio e la durabilità del sistema dell'assicurazione sociale malattie. **FR** è convinto che il presente avamprogetto di revisione vada nella direzione giusta. Puntualizza che i PCG costituiscono un indicatore molto più complesso degli altri utilizzati per la compensazione dei rischi. Invita il DFI a prestare attenzione affinché la complessità gestionale di questo nuovo indicatore non pregiudichi in nessun momento il funzionamento del sistema di compensazione dei rischi. **FR** sottolinea inoltre che l'introduzione del nuovo indicatore permetterà di perfezionare la compensazione dei rischi e rendere ancora meno attrattiva la caccia ai buoni rischi per gli assicuratori-malattie, concludendo che tale evoluzione va quindi accolta favorevolmente e sostenuta. **BS** considera positivo che tutti i dati sugli indicatori della morbilità di chi cambia assicuratore confluiscono nel calcolo della compensazione dei rischi, poiché ciò renderebbe i malati cronici più interessanti per il nuovo assicuratore. **VD** è favorevole al metodo della doppia regressione dei minimi quadrati. Rileva che, trattandosi di dati forniti dagli assicuratori all'istituzione comune LAMal (art. 7 e segg. AP-OCOR), ciò consentirà di creare – ex novo – una banca dati individuale ed esaustiva a livello svizzero. Sarebbe a suo avviso opportuno prevedere una base legale formale in virtù della quale questi dati, opportunamente anonimizzati (per l'individuo e l'assicuratore), siano messi a disposizione delle autorità competenti incaricate di disciplinare il settore dell'AOMS (dunque la Confederazione e i Cantoni) e per scopi di ricerca. **AI** e **TG** si dicono favorevoli all'inclusione dell'indicatore PCG e dell'indicatore riveduto relativo ai costi dei medicinali, poiché consentono di identificare gli assicurati che generano costi elevati e non sono stati ricoverati in ospedale l'anno precedente, sgravando di conseguenza gli assicuratori. In questo modo si ridurrebbe l'incentivo a selezionare i rischi. **ZH** approva senza riserve la revisione totale dell'ordinanza.

Da parte dei Cantoni vengono però espressi anche timori e obiezioni. **VD** fa notare che l'acronimo «PCG» può creare confusione con altre assicurazioni sociali, per esempio le prestazioni complementari all'AVS e all'AI, e auspica dunque che venga mantenuta l'abbreviazione

² Sono elencati prima i pareri dei Cantoni, poi quelli dei partiti politici e a seguire quelli di tutti gli altri gruppi in ordine alfabetico.

«GCP». Osserva inoltre che mancano ancora, plausibilmente, alcuni criteri evidenti concernenti nello specifico i DRG o altri raggruppatori. Secondo **BS**, nel rapporto esplicativo non è precisato in che misura il nuovo indicatore PCG migliorerebbe il grado esplicativo della formula di compensazione dei rischi e quale onere amministrativo supplementare comporterebbero i nuovi requisiti riguardanti la fornitura dei dati da parte degli assicuratori. Il passaggio a un sistema di dati individuali pseudonimizzati di tutti gli assicurati soggetti alla compensazione dei rischi potrebbe avere notevoli implicazioni e fare aumentare i costi amministrativi degli assicuratori. Per **AG** è fondamentale contenere entro certi limiti l'onere amministrativo aggiuntivo legato all'introduzione di ulteriori criteri di compensazione dei rischi: non deve risultare sproporzionato rispetto ai benefici. **TG** è del parere che, nell'ottica di futuri adeguamenti della compensazione dei rischi, andrebbe verificata l'efficacia degli indicatori già utilizzati. Gli indicatori – precisa – sono incentivi che possono mirare all'obiettivo auspicato ma anche produrre «effetti secondari», come nel caso dell'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura» che, se mantenuto, potrebbe essere controproducente e tradursi in un aumento dei ricoveri. **AI** non si spinge fino a questo punto. Ritiene però opportuno esaminare se l'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura» non favorisca indirettamente un aumento dei ricoveri, dato che per gli stessi pazienti gli assicuratori incassano di più in caso di ricovero nell'anno precedente. Per gli adeguamenti futuri **AI** e **TG** propongono di elaborare o mantenere indicatori che tengano conto anche dell'evoluzione dinamica di un calo dei ricoveri. In generale andrebbero considerati gli indicatori che creano incentivi per gli assicuratori che rinunciano a selezionare i rischi e s'impegnano a offrire agli assicurati un trattamento ottimale e quindi efficiente in termini di costi.

Tutti i Cantoni si sono astenuti dall'esprimere un parere in merito alle singole disposizioni dell'ordinanza, spiegando che l'attuazione tecnica della compensazione dei rischi esula dalla loro competenza (**GL, GR, LU, OW, SG e ZG**).

Partiti politici

Tre partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale hanno partecipato alla consultazione, formulando pareri diversi in merito all'avamprogetto. Per il **PLR**, configurare una compensazione dei rischi moderna ed efficiente nella LAMal è un presupposto fondamentale del sistema sanitario, poiché renderebbe inutile il modello commerciale della «caccia ai buoni rischi». Con il progressivo affinamento della compensazione dei rischi, la concorrenza agirebbe laddove può apportare benefici agli assicurati, vale a dire nella prevenzione e nella fornitura di prestazioni migliori a prezzi più bassi. Ciò andrebbe a beneficio in particolare dei malati cronici. Il **PLR** loda espressamente la gestione attiva del dossier «compensazione dei rischi» da parte dell'UFSP. Gli studi e le esperienze maturate in altri Paesi mostrerebbero chiaramente che l'indicatore PCG contribuisce ad affinare la compensazione dei rischi. Il **PLR** è invece contrario alla trasmissione dei dati individuali di cui all'articolo 7 dell'avamprogetto da parte dell'istituzione comune all'UFSP, poiché la considera inutile, eccessivamente complicata e non conforme alle disposizioni in materia di protezione dei dati. Ritiene superflua, e quindi da cancellare, anche la deroga in materia di protezione dei dati a favore dell'UFSP sancita nell'articolo 28 capoverso 1 dell'avamprogetto. Il **PLR** raccomanda inoltre di prevedere una fase di sperimentazione delle nuove regolamentazioni allo scopo di testarne gli effetti e l'attuabilità. Il **PSS** è fermamente convinto, anche dopo la bocciatura della sua iniziativa popolare per una cassa malati pubblica il 28 settembre 2014, che un simile modello sarebbe l'unica via per evitare una serie di interventi legislativi tesi a correggere i molteplici danni causati dalla concorrenza tra casse malati. Riconosce tuttavia la necessità di dotare la Confederazione di meccanismi quanto più efficaci possibile per prevenire gli effetti negativi della concorrenza, tra cui la caccia ai buoni rischi. Il **PSS** condivide le nuove disposizioni dell'OCOR, tra cui l'introduzione dell'indicatore di morbilità PCG. Aggiunge di essere favorevole alla disposizione in base alla quale il DFI redigerà l'elenco dei PCG nel quadro di un'ordinanza dipartimentale. Al riguardo, insiste

sull'importanza di una rappresentanza equilibrata delle parti interessate in seno alla Commissione federale dei medicinali (CFM), in particolare dei rappresentanti dei pazienti, nell'ambito della sua funzione consultiva. Secondo il PSS è fondamentale che la compensazione dei rischi non tenga conto solo delle malattie croniche, ma anche delle altre patologie guaribili o rare che generano costi elevati per l'AOMS. È per questo motivo che il PSS si dice favorevole a mantenere l'indicatore relativo ai costi dei medicinali per chi non è attribuito a un PCG. Respinge invece con fermezza la fissazione di una soglia nettamente superiore ai 5000 franchi, importo che attualmente prevale sul mercato, spiegando che ciò indebolirebbe inutilmente gli effetti della compensazione dei rischi. L'**UDC** approva l'orientamento generale dell'avamprogettodi ordinanza, ma sostiene che l'introduzione dell'indicatore di morbilità PCG è un progetto complesso che comporta varie difficoltà attuative. Per testarne la fattibilità e gli effetti, ritiene quindi opportuno prevedere una fase di sperimentazione articolata su due anni. Ciò significa che l'introduzione dei PCG slitterebbe al 2021 per garantire la completezza dei dati necessari all'analisi degli effetti. Nell'ordinanza andrebbe inoltre disciplinato il ritorno dei dati agli assicuratori, visto che i risultati della compensazione dei rischi confluiscono nel calcolo dei premi.

Autorità

Il comitato direttivo della **GDK** sostiene l'avamprogetto del Consiglio federale che prevede l'introduzione, nel calcolo della compensazione dei rischi, dell'indicatore di morbilità relativo ai gruppi di costo farmaceutico, e rinuncia a esprimere un parere sui singoli aspetti dell'attuazione tecnica.

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

SSV riconosce l'indiscutibile importanza dell'avamprogetto e si rammarica di non disporre delle capacità sufficienti per elaborare un parere.

Associazioni mantello dell'economia

L'economia approva sostanzialmente l'avamprogetto, ma con alcune riserve. **Economiesuisse** è favorevole alla revisione totale e condivide l'affinamento della compensazione dei rischi attraverso l'indicatore «costi dei medicinali» come soluzione transitoria e l'indicatore PCG come soluzione definitiva. Considera invece inutile il riveduto indicatore relativo ai farmaci. Afferma che la compensazione dei rischi non deve essere portata all'estremo e che alcuni rischi e disparità devono rimanere parte del sistema attuale, riferito alle assicurazioni malattie e non a una cassa malattia unica. Le associazioni dell'economia rilevano che nell'avamprogetto non sono menzionati né gli obiettivi fondamentali della compensazione dei rischi né il relativo processo di perfezionamento. Integrando questi due elementi, la compensazione dei rischi sarebbe più comprensibile e dunque più facilmente calcolabile per tutti gli interessati. Lo **Schweizerischer Arbeitgeberverband** si è diviso il lavoro con economiesuisse e ha pertanto rinunciato a esprimere un parere proprio. **SGB** appoggia la proposta di affinamento della compensazione dei rischi, spiegando che l'indicatore PCG consente di ridurre l'incentivo alla selezione dei rischi. **Sgv** approva in linea di massima l'avamprogetto di revisione totale, ma respinge fermamente l'introduzione dell'obbligo per l'istituzione comune di fornire dati individuali all'UFSP: la trasmissione dei dati non è necessaria ai fini della compensazione dei rischi e non è conforme alla legge. Per il calcolo dei pagamenti finali, chiede di utilizzare sempre i dati completi relativi ai costi. Condivide infine la proposta di definire un periodo di prova per sperimentare il sistema di compensazione dei rischi prima della sua introduzione definitiva, a condizione però di non doverne rinviare l'entrata in vigore.

Associazioni dei consumatori

Le associazioni dei consumatori apprezzano la volontà di contrastare la pratica della selezione dei rischi. L'avamprogetto di perfezionamento della compensazione dei rischi del DFI riscuote pareri sia favorevoli sia contrari. **FRC** e **ACSI** apprezzano la volontà di contrastare i meccanismi di selezione dei rischi, ma ritengono che le proposte messe in consultazione non forniranno soluzioni concrete né garantiranno progressi effettivi nel sistema dell'AOMS. Secondo le due associazioni, il problema di fondo rimane legato al fatto che il sistema dell'assicurazione malattie non funziona in modo efficace e la concorrenza tra casse malati non agisce sulle leve giuste. FRC spiega di aver posto in consultazione pubblica, il 29 febbraio 2016, un progetto di casse di compensazione cantonali o regionali, elaborato insieme ai principali attori del settore sanitario nella Svizzera romanda, che consentirebbe di abolire i meccanismi di selezione dei rischi. Dal canto suo **SKS**, che da anni chiedeva un intervento in questo senso, loda l'avamprogetto del DFI volto ad affinare la compensazione dei rischi nell'AOMS. Perfezionando la compensazione si ridurrebbe ulteriormente la selezione dei rischi da parte degli assicuratori-malattie. Secondo la SKS, integrare l'indicatore dei PCG è una soluzione efficace per sgravare le casse malati i cui assicurati hanno un elevato fabbisogno di prestazioni. Una volta adottata la modifica, invita però a verificare che produca gli effetti auspicati e limiti effettivamente la selezione dei rischi. In caso contrario si dovrebbero vagliare ulteriori provvedimenti. Spiega poi che, trattandosi di informazioni personali altamente sensibili, si dovrebbe sempre garantire il massimo livello di protezione dei dati da rilevare. Per le istituzioni coinvolte (DFI, UFSP, CFM e GE KVG) l'affinamento della compensazione dei rischi comporta un notevole onere supplementare: per poter espletare i compiti aggiuntivi dovrebbero dunque disporre delle risorse necessarie.

Fornitori di prestazioni

L'avamprogetto ha suscitato reazioni miste tra i fornitori di prestazioni. **ChiroSuisse** approva il perfezionamento della compensazione dei rischi attraverso nuovi, adeguati indicatori di mortalità. **CURAVIVA**, per la quale l'avamprogetto non è di centrale rilevanza, rinuncia a esprimere un parere anche in ragione delle risorse limitate di cui dispone.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern, **FMH** e **VLSS** continuano ad appoggiare gli sforzi tesi ad affinare in modo sensato la compensazione dei rischi e in grado di limitare in ampia misura eventuali incentivi a selezionare i rischi. Per **FMH** è fondamentale che gli interventi migliorino effettivamente questo sistema compensatorio. A suo avviso, la documentazione non spiega perché si riprenda il modello olandese e se siano stati esaminati anche altri modelli. FMH ritiene assolutamente necessario che prima dell'entrata in vigore dell'ordinanza e dell'elenco PCG si svolgano test pilota e si divulgino i relativi risultati. **Tutte e tre le associazioni dei medici** sottolineano che l'onere amministrativo per il perfezionamento della compensazione dei rischi deve rimanere entro limiti ragionevoli sia per gli assicuratori-malattie sia per l'UFSP. A loro avviso, questo limite è stato ora raggiunto. Mettono in guardia dal rischio che nell'ambito dell'attuazione ci si lasci andare a un perfezionismo scientifico perdendo di vista il ragionevole rapporto costi/benefici. **SBV** non è contraria a un affinamento della compensazione dei rischi e prende atto delle esperienze positive maturate nei Paesi Bassi con l'indicatore PCG. Raccomanda di non dimenticare, sull'onda delle buone intenzioni, che un affinamento della compensazione dei rischi implica anche una limitazione della libertà imprenditoriale delle casse malati e ricorda che la volontà espressa dall'elettorato, di non istituire una cassa unica, non può essere calpestata con un'ordinanza. Anche per l'SBV il perfezionamento della compensazione dei rischi non deve comportare un aumento del carico amministrativo per le casse malati (spese) né un ulteriore allargamento dell'Amministrazione federale, incaricata di sorvegliarle. Del resto, auspica garanzie sul fatto che i dati raccolti dall'UFSP non siano utilizzati per scopi

diversi da quelli previsti e si chiede se la trasmissione di dati individuali sia effettivamente necessaria, considerato che il numero AVS consente di risalire in vari modi alla persona assicurata. Trattandosi di dati clinici – e quindi di informazioni estremamente confidenziali – raccomanda una certa cautela. L'anno di nascita permette, ad esempio, di determinare la fascia d'età. Anche **PULSUS** sottolinea che nel trattare i dati sensibili dei pazienti si debbano adottare le misure di sicurezza più severe per garantire il rispetto della protezione dei dati e prevenire usi non conformi. Si rallegra del fatto che i malati cronici con ricoveri, PCG ed elevati costi farmacologici che decidono di cambiare cassa diventino ora più attrattivi per il nuovo assicuratore. **VSÄG** è d'accordo con il principio dell'avamprogetto d'ordinanza, ma ritiene che esso implichi un rischio innegabile e inutile sul piano della protezione dei dati della sfera privata.

H+ e **GSASA** condividono gli obiettivi della revisione della OCoR, affermando tuttavia che è necessaria una rielaborazione dell'avamprogetto da parte di specialisti delle organizzazioni direttamente e indirettamente interessate. Criticano in particolare l'utilizzo del GTIN. Entrambe richiamano l'attenzione sul fatto che l'allestimento e la tenuta dell'elenco PCG comporteranno molto lavoro, richiederanno risorse tecniche e di personale e genereranno elevati costi supplementari a carico dell'assicurazione sociale malattie. **K3** apprezza che nell'ambito della compensazione dei rischi gli assicuratori-malattie cerchino soluzioni per ridurre gli incentivi a selezionare i buoni rischi. Tuttavia, in virtù dei principi di efficacia, appropriatezza ed economicità ci si dovrebbe altresì chiedere in che misura i miglioramenti effettivamente conseguibili giustifichino l'onere amministrativo supplementare e l'aumento dei costi. **K3** richiama l'attenzione sul fatto che i nuovi indicatori comporterebbero costi amministrativi molto elevati sia in termini generali sia all'interno delle amministrazioni degli assicuratori-malattie, e dubita fortemente che la compensazione dei rischi migliorerebbe in modo significativo. Propone quindi di valutare i nuovi indicatori, ad esempio dopo due anni, e all'occorrenza di revocarli in assenza di chiari miglioramenti rispetto al sistema precedente. **VSAO** è in linea di massima favorevole all'affinamento della compensazione dei rischi attraverso l'integrazione dell'indicatore di morbilità PCG, ma precisa che nell'indicatore relativo ai costi dei medicinali il tetto andrebbe mantenuto a 5000 franchi (prestazioni lorde).

PharmaSuisse sostiene ogni sforzo volto a correggere gli incentivi sbagliati nel sistema sanitario e respinge la pratica della selezione dei rischi adottate oggi dalle casse malati più economiche che ostacolano una concorrenza sostenibile improntata alla qualità. Approva quindi ogni affinamento sensato della compensazione dei rischi, nella speranza che la selezione perda tutto il suo interesse, e precisa che in quest'ottica sono necessari incentivi adeguati per favorire una concorrenza leale attenta alla qualità. L'obiettivo, spiega, è garantire agli assicurati un'assistenza sanitaria di qualità. PharmaSuisse è disposta ad aiutare l'UFSP con i dati di fatturazione disponibili delle farmacie a carico dell'AOMS. Solleva tuttavia la questione generale della qualità dei dati reperibili al di fuori delle farmacie, precisando di considerare inefficace l'uso del numero GLN/GTIN, che andrebbe pertanto sostituito con il codice ATC.

FAMH riferisce di non avere osservazioni o obiezioni in merito all'avamprogetto. **VKZS** si astiene dall'esprimere un parere, spiegando che l'avamprogetto non interessa i medici dentisti e il personale odontoiatrico nell'esercizio della loro professione, e nemmeno i pazienti sottoposti a cure odontoiatriche, o li riguarda solo marginalmente.

Pazienti

SPO, l'unica organizzazione dei pazienti ad aver partecipato alla procedura di consultazione, approva in linea di massima l'affinamento della compensazione dei rischi attraverso l'integrazione dell'indicatore PCG e riconosce l'importanza dell'indicatore riveduto relativo ai costi dei medicinali, che impedirebbe la selezione dei rischi. Anche SPO si dice contraria alla trasmissione del numero AVS, spiegando che la compensazione dei rischi può essere calcolata sulla base dei dati pseudonimizzati richiesti.

Assicuratori

Assura ritiene che l'avamprogetto debba essere rivisto, in quanto incompleto e contenente gravi lacune. Spiega che la compensazione dei rischi non va esaminata isolatamente, ma deve iscriversi in una riflessione globale sul problema cruciale dei costi del sistema sanitario svizzero. Senza strumenti che consentano agli assicuratori di intervenire in parallelo sui costi, il sistema si limiterà a una compensazione dei costi a discapito della compensazione dei rischi, e gli assicuratori non potranno adempiere in maniera ottimale il mandato di economicità dei costi sanitari che la LAMal attribuisce loro. Assura teme che il sistema proposto, implicante la creazione di una macchina amministrativa gigantesca, non apporti in definitiva un perfezionamento effettivo della compensazione dei rischi. Il sistema proposto suscita le seguenti critiche: incompatibilità del sistema del terzo garante con l'indicatore PCG; svolgimento di una fase sperimentale prima di attuare l'avamprogetto; necessità di definire chiaramente il processo per allestire l'elenco dei PCG e di istituire un'istanza neutra che ne esamini le motivazioni; mantenimento inaccettabile dell'indicatore relativo ai costi dei medicinali. Per i motivi elencati, converrebbe ripensare il sistema proposto nel senso peraltro già configurato nel rapporto esplicativo (tenere conto dei DRG), combinandolo con altre misure che favoriscano effettivamente il controllo dei costi. In altre parole: converrebbe elaborare un pacchetto legislativo per intervenire contemporaneamente a diversi livelli del sistema sanitario svizzero allo scopo di controllare i costi della sanità.

Curafutura appoggia la revisione totale a condizione che si apportino le seguenti modifiche.

- Completezza dei dati: per il calcolo dei pagamenti finali andrebbero sempre utilizzati i dati completi relativi ai costi.
- Nessuna trasmissione di dati individuali all'UFSP: non vi sono motivi palesi né basi legali formali che giustifichino la trasmissione di dati individuali all'UFSP. La disposizione contenuta nell'avamprogetto andrebbe pertanto modificata per garantire il rispetto delle prescrizioni pertinenti della legislazione in materia di protezione dei dati, segnatamente del principio di proporzionalità.
- Fase sperimentale prima dell'introduzione dell'ordinanza nel 2019: per garantire la corretta esecuzione della compensazione dei rischi, occorre prevedere un periodo di prova senza tuttavia rinviare la data di entrata in vigore dell'ordinanza.

Groupe Mutuel accoglie favorevolmente l'introduzione dell'indicatore di morbilità PCG, che consente di tenere meglio conto delle malattie croniche nel calcolo della compensazione dei rischi. Tuttavia, segnala che tale indicatore non permette – nell'ambito del sistema del terzo garante – di considerare la totalità dei costi, in particolare quando le fatture degli assicurati non vengono trasmesse all'assicuratore perché non è stata raggiunta la franchigia. Inoltre, ritiene che la soglia di attribuzione dovrebbe essere fissata sulla base di un'analisi dettagliata. A suo avviso, la soglia proposta attualmente (50 000 franchi) non è sufficientemente circostanziata. Respinge per contro l'introduzione dell'indicatore di morbilità relativo ai costi dei medicinali, adducendo che non concerne la compensazione dei rischi bensì la compensazione dei costi.

RVK è d'accordo con l'introduzione dei PCG come nuovo indicatore di morbilità per la compensazione dei rischi, ma critica il mantenimento dell'indicatore relativo ai costi dei medicinali a titolo di soluzione transitoria. Spiega che elaborare informazioni attendibili sull'acquisto dei farmaci è un compito molto difficile per gli assicuratori e sottolinea che sia indispensabile prevedere una fase sperimentale adeguata per effettuare i test necessari. Solo così si eviterebbero distorsioni nell'attribuzione ai gruppi di rischio. Questo obbligo dovrebbe però valere anche per i fornitori di prestazioni. Aggiunge che occorrerebbe definire in una sede opportuna le informazioni da annotare obbligatoriamente su prescrizioni mediche, fatture e giustificativi sia nel sistema del terzo garante sia in quello del terzo pagante. RVK non comprende le ragioni di quella che definisce «sete attualmente insaziabile» di dati personali dell'Amministrazione

federale e non individua motivi plausibili né basi legali che giustificano la trasmissione sistematica all'UFSP dei dati individuali rilevati in forma pseudonimizzata dall'istituzione comune.

Gli assicuratori di **santésuisse** approvano in linea di massima la rappresentazione delle malattie croniche attraverso l'indicatore PCG nella compensazione dei rischi, ma ritengono che gli sviluppi del sistema compensatorio non possano essere valutati separatamente, bensì debbano inquadrarsi in una riflessione globale sul problema cruciale del sistema sanitario svizzero, vale a dire l'evoluzione dei costi. Spiegano che attualmente non dispongono degli strumenti necessari per garantire l'economicità del sistema, a maggior ragione visto che la sanità e i costi sono trainati dall'offerta. Dal loro punto di vista, l'avamprogetto d'ordinanza in esame va precisato in alcuni punti, garantendo per esempio che le fatture emesse dai fornitori di prestazioni contengano tutti i dati necessari. Allo stato attuale (dati di fatturazione) gli assicuratori non potrebbero garantire la completezza delle informazioni. Ritengono inoltre che sia necessario stabilire nell'ordinanza quali dati debbano essere ritrasmessi agli assicuratori per il calcolo dei premi. Anche **santésuisse** sottolinea il problema delle fatture non inviate dai pazienti (terzo garante), precisando che l'avamprogetto d'ordinanza non vi pone rimedio. E nemmeno gli assicuratori di **santésuisse** capiscono quale sia lo scopo di trasmettere i dati individuali di cui all'articolo 7 AP-OCOR all'UFSP tramite GE KVG. Infine, tutti gli assicuratori chiedono che il cambiamento radicale ed essenziale della compensazione dei rischi venga imperativamente testato prima di essere introdotto, adducendo che è urgente definire tutti gli elementi rilevanti da sperimentare nel periodo di prova.

Altri

BFG accoglie in linea di principio l'affinamento della compensazione dei rischi, che rafforzerà la concorrenza orientata all'efficienza tra assicuratori e fornitori di prestazioni, ma ammonisce che non dovrà ridursi a una mera compensazione dei costi. Secondo BFG, la nuova ordinanza dovrà entrare in vigore come previsto il 1° gennaio 2019. Nel frattempo, nel biennio 2017-2018 si dovranno simulare in un conto testimone le conseguenze della nuova compensazione dei rischi. Chiede inoltre che dopo l'introduzione del nuovo sistema, il 1° gennaio 2019, la gestione effettiva venga sottoposta a continue verifiche indipendenti. Anche **WEKO** accoglie favorevolmente il perfezionamento della compensazione dei rischi e ricorda che l'introduzione dei PCG è in linea con l'orientamento da essa auspicato.

CP approva la prevista estensione della compensazione che tiene conto degli sviluppi nel settore ambulatoriale e dei costi delle cure farmaceutiche. È inoltre favorevole al nuovo metodo di calcolo che garantisce un sistema a somma zero per ogni Cantone, evitando così travasi di pagamenti da un Cantone all'altro. Per motivi di protezione dei dati, si oppone invece all'utilizzo del numero AVS per la trasmissione d'informazioni da parte dell'assicuratore all'istituzione comune.

Anche **FER** sostiene l'introduzione di questo nuovo indicatore PCG, che dovrebbe consentire di affinare la compensazione dei rischi in maniera opportuna. Si dichiara inoltre favorevole all'integrazione della Commissione federale dei medicinali (CFM) nel processo di allestimento dell'elenco dei PCG e al mantenimento dell'indicatore relativo ai costi dei medicinali. Per motivi di coerenza, ritiene che la soglia dei costi che sarà definita dal DFI dovrebbe corrispondere ai costi medi generati dal consumo di farmaci secondo l'elenco dei PCG. La FER è favorevole al nuovo metodo di calcolo proposto che tiene conto dell'introduzione dei nuovi indicatori di morbilità garantendo al contempo una somma zero per i Cantoni.

5 Risultati della procedura di consultazione riguardanti singoli articoli o sezioni³

5.1 Sezione 1: Indicatori di morbilità

Secondo **ACSI** e **FRC**, questo nuovo affinamento della compensazione dei rischi rende ancora più complesso il sistema e non consente di eliminare i meccanismi di selezione dei rischi. Quanto più numerosi e complessi saranno gli indicatori, tanto più difficile sarà verificarne l'osservanza e l'efficacia. Inoltre, gli assicuratori che dispongono di mezzi e capacità maggiori riusciranno sempre a individuare e sfruttare le debolezze del sistema. **FRC** e **ACSI** citano poi l'esempio di alcuni gruppi di farmaci destinati normalmente a soggetti ad alto rischio che danno diritto a sovvenzioni a titolo di compensazione ma che potrebbero anche essere prescritti a persone che presentano rischi ridotti.

Art. 1 Indicatori

Economiesuisse è favorevole all'integrazione, come soluzione definitiva, dell'indicatore **PCG** formato in base ai dati del settore ambulatoriale, ma considera inutile il riveduto indicatore relativo ai costi dei medicinali.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern e **VLSS** ritengono che gli indicatori menzionati nell'articolo 1 del progetto di ordinanza siano sufficienti.

FMH è favorevole all'integrazione di altri indicatori – come quello dei **PCG** – che consentono di perfezionare in modo utile la compensazione dei rischi. Per **FMH** è tuttavia fondamentale che l'inclusione di nuovi indicatori garantisca un miglioramento effettivo della compensazione dei rischi.

Secondo **Assura** l'introduzione dell'indicatore **PCG** come misura isolata, senza che gli assicuratori siano dotati in parallelo di mezzi adeguati per agire sui costi della sanità, non fa altro che rendere inutilmente più complessa la compensazione dei rischi. **Assura** sottolinea la mancanza di prevedibilità che l'indicatore **PCG** comporta per gli assicuratori che, come lei, applicano il sistema del terzo garante e il cui portafoglio è formato da una quota significativa di franchigie elevate. Invita quindi a condurre uno studio sull'impatto per cercare una soluzione. Ritiene che il mantenimento dell'indicatore «costi dei medicinali» rappresenti un incentivo potenzialmente controproducente (p. es. in caso di negoziazione dei prezzi dei medicinali) e non pertinente (p. es. alla luce delle nuove terapie per la cura dell'epatite C che garantiscono una rapida guarigione). La presenza combinata dei criteri «**PCG**» e «costi dei medicinali» induce a concentrarsi sui farmaci del settore ambulatoriale, a scapito di altri tipi di cure. Infine, **Assura** precisa che in ragione della possibile interferenza tra l'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura» e l'indicatore «**PCG**», le dosi di farmaci somministrate nel quadro di degenze ospedaliere devono necessariamente essere attribuite ai **PCG**.

Groupe Mutuel accoglie favorevolmente l'introduzione dell'indicatore di morbilità **PCG**, che consente di tenere meglio conto delle malattie croniche nel calcolo della compensazione dei rischi. Tuttavia, segnala che tale indicatore non permette – nell'ambito del sistema del terzo garante – di tenere conto della totalità dei costi, in particolare quando le fatture degli assicurati non vengono trasmesse all'assicuratore dal momento che non viene raggiunta la franchigia. È invece contrario all'introduzione dell'indicatore di morbilità relativo ai costi dei medicinali

³ **RVK** si è espressa sull'introduzione dell'indicatore **PCG** e sul mantenimento dell'indicatore relativo ai costi dei medicinali in generale. Riguardo alle singole disposizioni dell'ordinanza, si associa senza riserve alle osservazioni e alle proposte di modifica formulate da **santésuisse**: in questo capitolo il suo parere è quindi integrato in quello di **santésuisse** e solo in pochi casi è esposto separatamente.

poiché – spiega – non concerne la compensazione dei rischi, bensì la compensazione dei costi. Groupe Mutuel auspica l'abrogazione della lettera e.

RVK è favorevole all'introduzione dei PCG, ma critica il mantenimento dell'indicatore relativo ai costi dei medicinali.

La maggioranza degli assicuratori di **santésuisse** accoglie in linea di massima positivamente la rappresentazione delle malattie croniche attraverso l'indicatore PCG nella compensazione dei rischi. Per una minoranza degli assicuratori, i PCG non sono una soluzione efficace per migliorare la compensazione dei rischi. Soprattutto nel settore del terzo garante, le informazioni degli assicurati che non raggiungono la franchigia, e che quindi non trasmettono le fatture all'assicuratore, non confluirebbero nella compensazione dei rischi, con una conseguente distorsione dei risultati. Questo problema rimarrebbe a loro avviso irrisolto nell'avamprogetto OCoR. Una minoranza degli assicuratori chiede che la lettera e venga soppressa, poiché una compensazione dei costi dei medicinali non equivarrebbe a una compensazione dei rischi bensì solo dei costi.

Art. 3 Indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura»

AI e **TG** osservano che l'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura» potrebbe avere effetti disincentivanti o collaterali, facendo aumentare il numero di ricoveri, poiché per questi assicurati l'assicuratore verrebbe indennizzato tramite la compensazione dei rischi.

GE KVG ritiene che l'OCoR debba prescrivere come bisogna computare un ricovero nella notte dell'ultimo giorno dell'anno, vale a dire se vada attribuito al nuovo o al vecchio anno. Finora GE KVG ha disciplinato questo aspetto nella sua guida. Propone di inserire una nuova lettera (c) nel capoverso 4, così formulata:

c. una degenza nella notte tra il 31 dicembre e il 1° gennaio è sempre attribuita all'anno precedente.

Art. 4 Elenco dei PCG

Secondo **ACSI** e **FRC**, in ragione della complessità del compito, dell'ampiezza e della rapida evoluzione del mercato farmacologico e dei progressi della medicina, è illusorio credere che l'elenco dei PCG sia e continui a essere efficiente ed efficace. Inoltre, affidare l'aggiornamento dell'elenco a esperti esterni genererà costi che FRC e ACSI avrebbero preferito vedere investiti nella promozione della salute.

Per **FMH** è assolutamente necessario poter esprimere un parere sull'ordinanza prevista dal DFI e sull'elenco dei PCG nel quadro di una procedura di consultazione. Gli studi su cui ci si è basati per allestire l'elenco dei PCG e i relativi risultati andrebbero dunque messi a disposizione dei partecipanti alla procedura di consultazione.

Secondo **SPO** è fondamentale che l'elenco dei PCG venga aggiornato annualmente.

Assura ritiene che la disposizione debba essere rivista e precisata. In particolare invita a indicare le basi sulle quali il DFI allestisce l'elenco dei PCG, la procedura adottata e le modalità di revisione. Auspica inoltre che venga definito un organismo neutrale incaricato di sorvegliare l'attività del DFI in questo ambito. Le casse malati dovrebbero potersi esprimere in merito a tale organismo.

Cpv. 1

Groupe mutuel è contrario alla competenza esclusiva del DFI nell'allestimento dell'elenco dei PCG e suggerisce di affidare questo compito a un organo neutrale al quale gli assicuratori possano presentare domande di aggiornamento.

Santésuisse invita a rivedere la base giuridica del capoverso in esame. L'avamprogetto d'ordinanza non conterrebbe a suo avviso criteri oggettivi per affidare al DFI l'allestimento e la revisione dell'elenco dei PCG. In particolare la formulazione «...un quadro clinico che genera costi particolarmente elevati...» lascia al DFI un margine di discrezionale troppo ampio e va quindi precisata. Inoltre, gli assicuratori dovrebbero avere la possibilità di presentare nuove proposte e richieste di modifica.

Cpv. 2

H+ esprime riserve nei confronti del previsto utilizzo del numero GTIN per la codificazione dei farmaci. Queste riserve riguardano anche la struttura dell'elenco dei PCG (cfr. commenti all'art. 7).

PharmaSuisse considera inefficace l'uso del codice GTIN, basato sul singolo prodotto, che implica un flusso di dati inutilmente elevato. Consiglia di utilizzare piuttosto il codice ATC.

Secondo **curafutura**, basarsi unicamente sul codice GTIN potrebbe creare problemi nella fase iniziale. Aggiunge che l'introduzione del codice GTIN è sì prevista, ma non ancora definita. Come soluzione transitoria suggerisce l'alternativa del pharmacode.

Groupe Mutuel approva l'utilizzo del codice GTIN, ma auspica l'elaborazione e la messa a disposizione di un elenco di conversione «pharmacode-GTIN» per garantire il passaggio da un codice all'altro.

Santésuisse considera l'uso del codice GTIN attuabile e sensato, ma precisa che non tutti gli assicuratori ne fanno attualmente uso. La maggioranza degli assicuratori chiede che gli assicuratori che conteggiano prevalentemente in base al pharmacode ricevano un elenco di conversione pharmacode-GTIN affinché sia garantito un uso uniforme. Sottolineano poi la necessità di garantire che le fatture emesse dai fornitori di prestazioni contengano tutti i dati richiesti. Santésuisse propone di inserire nel capoverso 2 una disposizione specifica riguardante l'acquisto di compresse sfuse.

Cpv. 3

GSASA fa notare che l'attribuzione di un principio attivo a un solo PCG non è attuabile nella pratica, perché una stessa sostanza attiva può essere usata per curare diverse malattie. Propone dunque di regolamentare, già prima dell'entrata in vigore della nuova ordinanza, i processi per la definizione del numero di dosi definite giornaliere.

Santésuisse osserva che, in caso di dubbio, la determinazione del principio attivo principale andrebbe discussa con la CFM (cfr. anche cpv. 5).

VSÄG si domanda inoltre come si possa determinare il medicamento principale nelle combinazioni fisse, in particolare quando il prezzo del medicamento combinato risulta elevato per l'associazione di farmaci già in uso da tempo.

Cpv. 4

FRC e **ACSI** ritengono che la gerarchizzazione dei PCG da parte del DFI nei casi in cui diversi PCG rimandano al medesimo problema di salute offra all'assicuratore la possibilità di raccogliere dati sulla patologia dell'assicurato, circostanza cui si oppongono fermamente.

L'attribuzione gerarchica dei pazienti affetti da malattie multiple è invece appoggiata da **SPO**, che invita tuttavia a monitorare il problema della compensazione insufficiente dei notevoli costi aggiuntivi per i pazienti.

Santésuisse osserva che, in caso di dubbio, la gerarchizzazione dei PCG andrebbe discussa con la CFM (cfr. anche cpv. 5).

Cpv. 5:

ACSI e **FRC** temono che il mansionario già notevole gravante sulla Commissione federale dei medicinali (CFM) non le consenta di svolgere questa nuova funzione in maniera soddisfacente.

FMH si chiede come la CFM possa gestire questo compito supplementare, visto il carico di lavoro già importante che le incombe.

Assura e **santésuisse** propongono di precisare, nella disposizione, che la Commissione federale dei medicinali consiglia il DFI anche in merito alla gerarchizzazione dei PCG e alla determinazione dei principi attivi.

Articolo 5 Indicatore PCG

VD invita a mantenere l'acronimo «GCP» poiché in francese l'acronimo «PCG» potrebbe creare confusione con altre assicurazioni sociali, segnatamente con le prestazioni complementari di AVS e AI.

Economiesuisse accoglie positivamente l'introduzione dell'indicatore PCG.

ACSI e **FRC** ritengono che non sia realisticamente possibile controllare i criteri complessi elencati in questo articolo e dubitano che l'organo di controllo abbia i mezzi per farlo.

Assura e **santésuisse** sottolineano che gli assicuratori che hanno adottato il sistema del terzo garante, in particolare quelli con un portafoglio assicurati che presenta una quota importante di franchigie elevate, sono strutturalmente svantaggiati dall'approccio scelto per assegnare gli assicurati ai PCG. La prescrizione di alcuni PCG non può infatti essere individuata se la franchigia non è raggiunta. Assura e santésuisse ritengono quindi opportuno condurre uno studio d'impatto e cercare alternative. Secondo Assura, la migliore soluzione è quella di sistematizzare l'invio elettronico da parte dei farmacisti delle informazioni sull'acquisto dei farmaci rilevanti per i PCG.

Groupe Mutuel è convinto che l'uso dell'indicatore PCG sia problematico nell'ambito del sistema del terzo garante, in particolare nei casi in cui le fatture degli assicurati non sono trasmesse all'assicuratore poiché la franchigia non è raggiunta.

Cpv. 2

FMH deplora che non vengano rilevati dai PCG gli assicurati che a causa di una relativa controindicazione o intolleranza a un farmaco ricevono sul lungo periodo una dose più bassa rispetto alla dose definita giornaliera. È quindi difficile fissare le DDD. Inoltre, non si sa qual è il numero minimo né si conoscono i criteri sui quali si fonda il DFI.

Assura suggerisce di definire le DDD (Defined Daily Dose) in modo tale che non risultino meno costose rispetto alla franchigia più alta. Ciò sarebbe contrario all'obiettivo della riduzione dei costi nella sanità.

Curafutura segnala la problematica seguente: il criterio «Defined Daily Dose» implica che bisogna rilevare correttamente la quantità (numero di confezioni) sulla base dei dati di fatturazione ma, stando alle dichiarazioni di alcuni assicuratori-malattie, ciò non è attualmente possibile. Spesso il numero di confezioni non è indicato o è indicato il numero di pastiglie. Per curafutura è quindi impossibile distinguere chiaramente il consumo di farmaci dell'elenco PCG

da quello di altri farmaci. Sarebbe più semplice dividere gli assicurati in due gruppi prima di assegnarli ai gruppi PCG. I costi dei farmaci per assicurato verrebbero controllati in base al criterio del superamento del limite di costo. Successivamente si controllerebbe se rientrano in un gruppo PCG solo gli assicurati che non hanno superato questo limite. Curafutura propone quindi di modificare come segue l'articolo 5 capoverso 2:

² *Una persona assicurata viene attribuita a un PCG se non ha superato il limite di costo di cui all'articolo 6 capoverso 1 lettera c e se nell'anno precedente ha acquistato una quantità minima di dosi definite giornaliere di medicinali contemplati dall'elenco delle specialità: [...]*

A titolo di semplificazione, diversi assicuratori di **santésuisse** propongono di creare un pre-PCG al livello gerarchico più alto che includa tutti gli assicurati con costi molto elevati per il consumo di farmaci (oltre 50 000 franchi).

Cpv. 3

GE KVG osserva che, se l'elenco PCG entra in vigore il 1° maggio dell'anno di compensazione, le rimane pochissimo tempo per integrare l'elenco nel proprio sistema e svolgere i test necessari. Inoltre, deve mettere a disposizione degli assicuratori-malattie i calcoli per la compensazione dei rischi già nella seconda metà del mese di giugno. Raccomanda quindi di anticipare al 1° marzo l'entrata in vigore dell'elenco (modifica cpv. 3).

Articolo 6 Indicatore relativo ai costi dei medicinali

Economiesuisse è contraria alla modifica dell'indicatore relativo ai costi dei medicinali. Le lacune inferiori a un anno fanno parte del normale rischio a carico degli assicuratori-malattie. Non favoriscono la selezione dei rischi poiché la normale durata di un contratto è di un anno e i PCG possono già essere adeguati l'anno successivo. Economiesuisse reputa superfluo introdurre un indicatore di morbilità specifico per i casi di malattie rare non assegnati ai PCG. La compensazione dei rischi non deve essere portata all'estremo. Determinati rischi e disparità sono intrinseci al sistema dato che, di fatto, non si tratta di un sistema a cassa unica.

SPO sottolinea la grande importanza per le persone affette da malattie rare di questo indicatore, che permette di evitare la selezione dei rischi di determinate casse malati. Parte dal presupposto che l'*off-label-use* di cui all'articolo 6 venga disciplinato alla stregua di un bacino di raccolta. L'obiettivo deve essere quello di ripartire i pazienti più costosi in gruppi di costo sufficientemente omogenei.

Assura e Groupe Mutuel auspicano lo stralcio di questo articolo se l'indicatore relativo ai costi dei medicinali dovesse essere abbandonato (cfr. commento all'art. 1).

RVK esprime scetticismo nei confronti di questo indicatore.

Una minoranza degli assicuratori di **santésuisse** è favorevole allo stralcio dell'articolo. La compensazione dei costi dei farmaci non compensa i rischi ma esclusivamente i costi. Il fatto di tenere conto dei costi dei medicinali non riguarda necessariamente le malattie croniche e le persone che si sottopongono a terapie di lunga durata.

Per gli assicuratori di **santésuisse** il calcolo della compensazione dei rischi deve includere anche i seguenti medicinali:

- preparati magistrali secondo l'elenco dei medicinali con tariffa;
- medicinali assunti dall'AOMS per motivi economici (p. es. «grand frère»);
- medicinali *off-label-use*;
- medicinali e emoderivati secondo il sistema SwissDRG (rimborsi supplementari);
- vaccini e emoderivati impiegati nel settore ambulatoriale.

Cpv. 1

Secondo **GE KVG** la data di cui all'articolo 6 capoverso 1 lettera a deve essere anticipata al 1° marzo, come proposto per l'articolo 5 capoverso 3.

Curafutura dubita che il limite di costo nell'ambito della compensazione dei rischi (cpv. 1 lett. d) favorisca l'incentivo di perseguire l'economicità dei costi prescritto dal Consiglio federale nel quadro della LAMal. La scelta di mantenere il limite di costo per i medicinali porrebbe un problema pratico nella definizione dei gruppi a rischio: è di fatto impossibile attribuire chiaramente a un determinato farmaco i costi accumulati da una persona. Proposta di modifica per l'articolo 6 capoversi 1 e 2:

¹ *Si presume che vi sia un rischio di malattia più elevato quando una persona assicurata ha acquistato nell'anno precedente medicinali contemplati dall'elenco delle specialità*

a. che non figurano nell'elenco PCG in vigore il 1° maggio dell'anno di compensazione;

a. i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;

b. che non rientrano in un forfait ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal; e

c. se la parte dei costi del medicamento pagata dall'assicuratore, incluse le partecipazioni ai costi (prestazioni lorde), oltrepassa un determinato limite.

² *Il DFI fissa il limite di costo. A tal fine si basa sull'articolo 17a capoverso 2 LAMal badando a non compromettere gli sforzi tesi a economizzare i costi.*

Nota: questa proposta implica che l'ordine dei due articoli venga invertito (l'articolo 5 diventa il 6 e viceversa).

Cpv. 2

FMH ritiene fuori luogo fare riferimento ai Paesi bassi per fissare il limite di costo, tanto più che questo Stato ha introdotto gruppi di costo farmaceutici oltre che diagnostici. La FMH auspica pertanto che il limite venga definito già nell'ordinanza.

PharmaSuisse non capisce lo scopo di un secondo indicatore per i medicinali e invita a analizzare accuratamente le conseguenze prima di fissare il limite di costo.

Per **VSAO** è incomprensibile che in futuro il limite di costo aumenti rispetto a quello odierno. Suggestisce di fissarlo concretamente nell'articolo 6 capoverso 2 e di mantenere l'importo di 5000 franchi per le prestazioni lorde per i medicinali.

Groupe Mutuel ritiene che i criteri per definire i costi non siano sufficientemente chiari e propone di fissare il limite secondo un metodo attuariale anziché empirico.

Secondo **santésuisse** i criteri in base ai quali viene fissato il limite di costo e l'identità dell'organismo che dovrebbe fornire consulenza in merito non sono esposti in modo trasparente. Auspica l'introduzione di principi attuariali e respinge l'idea di fissare il limite in base a dati soggettivi o un'analisi dettagliata [minoranza].

5.2 Sezione 2: Fornitura e controllo dei dati

VD osserva che, trattandosi di dati trasmessi dagli assicuratori all'istituzione comune LAMal (art. 7 e segg. AP-OCOR), ciò consentirà di creare – ex novo – una banca dati individuale ed esaustiva a livello svizzero. Sarebbe quindi opportuno prevedere una base legale formale in virtù della quale questi dati, opportunamente anonimizzati (per l'individuo e l'assicuratore), siano messi a disposizione delle autorità competenti incaricate di disciplinare il settore dell'AOMS (dunque la Confederazione e i Cantoni) e per scopi di ricerca.

ACSI e FRC sottolineano che, sebbene i dati trasmessi siano pseudonimizzati, l'introduzione del nuovo indicatore PCG legittima gli assicuratori a raccogliere dati sulla patologia degli assicurati, una pratica alla quale le due organizzazioni si oppongono fermamente. I dati sarebbero effettivamente utili nel quadro di misure di prevenzione e promozione della salute ma, poiché *santésuisse* ritiene che tali misure non debbano andare a carico dell'assicurazione di base, gli assicuratori non dovrebbero essere autorizzati a trattare questi dati.

Assura fa notare di avere molti assicurati con franchigie alte (circa il 47 % degli adulti hanno scelto una franchigia di 2500 franchi) e di praticare il sistema del terzo garante. Gli assicurati che non raggiungono la franchigia non invierebbero mai le proprie fatture. Assura teme quindi di non avere diritto alla compensazione, legata come noto al criterio PCG, per una parte degli assicurati poiché non dispone dei dati necessari. Crede che questo aspetto costituisca una lacuna importante e inammissibile del sistema e chiede all'UFSP di condurre uno studio sull'interazione tra criteri PCG, franchigie alte e terzo garante – elementi espressamente contemplati dalla LAMal – e di trovare soluzioni eque in funzione dei risultati.

Groupe Mutuel evidenzia l'impossibilità di fornire dati esaustivi visto che molte fatture sono incomplete. La raccolta dei dati ne risulterebbe compromessa dal punto di vista qualitativo. Il risultato finanziario sarebbe distorto poiché le compensazioni in eccesso/difetto verrebbero corrette solo in parte e ciò si ripercuoterebbe anche sul calcolo dei premi assicurativi.

RVK fa valere che l'elaborazione accurata di alcune informazioni, che in precedenza non erano rilevate con lo stesso grado di dettaglio, rappresenta una sfida di non poco conto.

Santésuisse obietta che sulla base dei dati di fatturazione attuali gli assicuratori non possono garantire l'eshaustività delle informazioni. L'assenza di un grado di dettaglio sufficiente nelle fatture fornite elettronicamente, fatture incomplete o giustificativi redatti a mano ostacolano il raggruppamento dei dati/l'attribuzione dei medicinali. Per evitare eventuali distorsioni, al momento dell'introduzione dei PCG bisognerà provvedere affinché i dati vengano forniti con un grado di dettaglio tale che permetta di calcolare la compensazione dei rischi su una base statisticamente solida.

Articolo 7 Fornitura dei dati

Assura fa notare di avere molti assicurati con franchigie alte e di praticare il sistema del terzo garante. Gli assicurati che non raggiungono la franchigia, non le invierebbero mai le loro fatture. Assura teme quindi di non avere diritto alla compensazione, legata come noto al criterio PCG, per una parte degli assicurati poiché non dispone dei dati necessari. Reputa che questa sia una lacuna importante e inammissibile del sistema.

Cpv. 1

FMH non reputa necessario fornire i dati individuali di cui all'articolo 7 capoverso 1. Basterebbe che gli assicuratori forniscano dati aggregati (ad es. x assicurati con medicinali per il diabete di tipo 2 nella fascia d'età 50 – 55 anni e costi complessivi per i farmaci tra 10 000 e 20 000 franchi). In particolare giudica superfluo aggregare diversi record individuali per una persona. La trasmissione di dati individuali tra cui il numero AVS, per quanto in forma codificata, è sproporzionata e va respinta. FMH sostiene inoltre che possono essere forniti solo i dati sui farmaci più costosi poiché sono gli unici a essere considerati dai PCG. Fornire dati per tutti i medicinali conteggiati per un paziente è una misura che non serve per calcolare la compensazione dei rischi, è sproporzionata e incompatibile con la protezione dei dati del paziente.

GSASA individua alcuni problemi che andrebbero risolti prima dell'entrata in vigore dell'ordinanza.

- Uso del numero GTIN: l'OCOR prevede l'utilizzo del codice identificatore GTIN, che il fabbricante deve richiedere a pagamento alla fondazione RefData.
- Prodotti senza GTIN: non tutti i fornitori chiederebbero un numero GTIN a pagamento per i loro prodotti. Esempi di prodotti che non hanno un numero GTIN: preparati ospedalieri, medicinali per bambini, ricette (EMT), importazioni dirette.
- Prodotti senza GTIN: molti ospedali dovrebbero importare dall'estero medicinali non disponibili in Svizzera in generale o a causa di difficoltà di fornitura. Nemmeno i preparati individuali degli ospedali dispongono di un GTIN.
- Elaborazione e gestione di una lista PCG: queste attività sono molto onerose. Il processo di mutazione necessita di risorse di personale e specializzate e genera ulteriori notevoli costi a carico dell'assicurazione sociale malattie.
- Numero delle dosi definite giornaliere per forma farmaceutica e confezione: questa soluzione genererebbe casi non attribuibili e richiederebbe ulteriori risorse di personale e specializzate.
- Affidabilità delle casse: diversi medicinali (cfr. prodotti senza GTIN) non figurerebbero sull'elenco di quelli che gli assicuratori devono rimborsare.
- Implementazione nei sistemi ICT degli ospedali: per questa operazione occorre prevedere un tempo di introduzione sufficiente (> 18 mesi) e un coordinamento reciproco.

Una soluzione potrebbe essere offerta dalle misure seguenti:

- GTIN: coinvolgimento delle organizzazioni interessate quali Swissmedic, HCI Solutions (fornitore di dati base per quasi tutti i sistemi), farmacie e OFAC, FMH, H+ (in particolare ospedali pediatrici per le difficoltà di confezionamento e dosaggio dei farmaci), GSASA, fornitori di software (SAP, OPALE, IG e-Health ecc.), assicuratori LAMal e centri di calcolo collegati, istituti di cura.
- Assoggettare tutti i fornitori all'obbligo di contrassegnare i loro prodotti con un GS1 GTIN e di tenere sempre a disposizione delle banche dati in uso nel settore i dati aggiornati.
- Regolamentare i processi per i prodotti senza GTIN come i preparati speciali (importazioni dirette, preparati ospedalieri, preparati per bambini, ricette)

H+ individua alcuni problemi che andrebbero risolti prima dell'entrata in vigore dell'ordinanza.

- Uso del numero GTIN: oggi alcuni fornitori mettono sul mercato prodotti sprovvisti di un numero GTIN ufficiale poiché il codice non può essere ottenuto gratuitamente. La sua diffusione in Svizzera non è quindi sistematica.
- Gestione dei prodotti sprovvisti di GTIN e conformi all'articolo 5 dell'ordinanza: importazioni dirette, medicinali per bambini, preparati ospedalieri speciali, ricette (EMT).
- Implementazione del numero GTIN nei sistemi ICT degli intermediari (fornitori dei codici), ospedali, farmacie, medici, assicuratori ecc.: per questa operazione bisogna prevedere un tempo di introduzione sufficiente (> 18 mesi) e un coordinamento reciproco.
- Elaborazione e gestione di una lista PCG: queste attività sono molto onerose. Il processo di mutazione necessita di risorse di personale e specializzate e genera un ulteriore notevole onere amministrativo a carico dell'assicurazione sociale malattie.

Una soluzione potrebbe essere offerta dalle misure seguenti:

- Coinvolgimento delle organizzazioni interessate quali Swissmedic, HCI Solutions (fornitore di dati base per quasi tutti i sistemi), farmacie e OFAC, FMH, H+ e ospedali (in particolare ospedali pediatrici per le difficoltà di confezionamento dei farmaci), GSASA, fornitori di software (SAP, OPALE, IG e-Health ecc.), assicuratori LAMal e centri di calcolo collegati (p. es. Centris AG), eventualmente istituti di cura.
- Assoggettare tutti i fornitori all'obbligo di contrassegnare i loro prodotti con un GS1 GTIN e di tenere sempre a disposizione delle banche dati in uso nel settore i dati aggiornati.
- Verificare a priori e in modo approfondito le conseguenze per i processi di fatturazione secondo l'articolo 59 OAMal.

- Regolamentare i processi per i prodotti importati e i prodotti speciali senza GTIN.

Sebbene i dati siano ora molto più dettagliati, **K3** non si oppone a un loro uso conforme allo scopo poiché gli assicuratori-malattie hanno già ultimato la costosa fase di preparazione in vista della fornitura.

PharmaSuisse raccomanda di usare il numero GTIN anziché il codice ATC.

SBV si interroga sull'effettiva necessità di fornire dati individuali tanto più che il numero AVS consente di risalire in vari modi alla persona assicurata. Trattandosi di dati clinici – e quindi di dati degni di particolare protezione– raccomanda una certa cautela. L'anno di nascita permette, ad esempio, di determinare la fascia d'età.

SPO boccia la proposta di fornire il numero AVS e sollecita l'abrogazione della lettera b.

VSÄG ritiene che l'articolo 7 sia ingiustificato e inammissibile dal punto di vista della protezione dei dati dei pazienti e della garanzia del segreto medico. Il nuovo metodo obbliga gli assicuratori, che attualmente trasmettono dati raggruppati, a fornire i dati individuali dei loro assicurati in forma pseudonimizzata all'istituzione comune che, a sua volta, le trasmette almeno in parte a dei revisori e forse anche all'UFSP. Questi dati individuali sono custoditi dagli assicuratori che possono trasmetterli in forma assolutamente anonimizzata poiché sono gli unici ad avere la chiave di decodificazione. VSÄG sottolinea l'inutilità del numero AVS visto che l'articolo 11 menziona un codice di collegamento e ribadisce che l'istituzione comune dovrebbe accontentarsi dell'età globale, del sesso (dati forniti dall'assicuratore) e di un codice senza chiedere la data di nascita né il numero AVS che permette di risalire al nome dell'assicurato troppo facilmente. Inoltre, il metodo che dovrebbe garantire l'anonimato non è precisato. Infine, raccomanda che FMH esiga almeno delle garanzie solide qualora non fosse possibile imporre l'anonimizzazione completa.

Assura, curafutura e santésuisse rilevano che il sesso non figura tra i criteri per l'attribuzione della persona alla giusta classe di rischio e invitano a inserirlo nell'elenco di cui al capoverso 1.

In merito alla lettera e, Assura si dice attualmente incapace di fornire i dati richiesti per tutte le fatture di cui si fa carico, in particolare per due ragioni:

- Uno dei suoi flussi di gestione amministrativa non consente di usare il codice GTIN né il numero di confezioni anche perché finora non era necessario. Ciò significa che mancherebbe circa il 20 per cento delle informazioni. Assura potrebbe adeguare i flussi di gestione e il sistema IT ma, a causa del termine molto breve e della mole di fatture, dubita di poterlo fare entro la fine del 2016.
- Anche se il cambiamento previsto fosse implementato entro i termini previsti, rimane la questione dei numerosi assicurati con una franchigia alta nel sistema del terzo garante che non inoltrano le fatture se non hanno raggiunto la franchigia. A prescindere dai workflow, una parte dei costi dei farmaci e quindi dei codici GTIN e del numero di confezioni le sfuggono. Visto quanto precede, chiede che venga condotta un'analisi dell'interazione tra PCG, franchigie alte e terzo garante.

Secondo **curafutura** fondarsi unicamente sul numero GTIN nella fase iniziale potrebbe generare problemi. Considerato che l'introduzione del GTIN è prevista ma non ancora definita, si potrebbe usare, in alternativa, il pharmacode a titolo di soluzione transitoria. Curafutura ritiene inoltre che, nonostante la pseudonimizzazione, fornire il numero AVS potrebbe essere problematico nell'ottica della protezione dei dati. Il numero AVS andrebbe quindi fornito solo nei casi in cui risulti strettamente necessario, ossia per gli assicurati che intendono cambiare assicu-

ratore. In tutti gli altri casi, basta il numero interno d'assicurazione. Per gli assicurati che cambiano Cantone di domicilio durante l'anno bisogna inoltre distinguere il numero di mesi per ogni Cantone. Curafutura propone di modificare il capoverso 1 come segue:

¹ Per il raggruppamento dei dati e il calcolo della compensazione dei rischi, l'assicuratore deve fornire all'istituzione comune conformemente alle istruzioni di quest'ultima e in forma pseudonimizzata i seguenti dati per ogni persona assicurata:

- a. Cantone di domicilio;
- b. numero di assicurato;
- c. numero di assicurato AVS per coloro che cambiano assicuratore;
- d. anno di nascita;
- e. sesto;
- f. degenza in un ospedale o una casa di cura;
- g. codice GTIN, numero di confezioni e prestazioni lorde per medicamento;
- h. numero di mesi per Cantone di domicilio durante i quali la persona era assicurata in questo Cantone;
- i. prestazioni lorde;
- j. partecipazioni ai costi.

Groupe Mutuel osserva che attualmente diversi fattori (p. es. fatture lacunose o non trasmesse) non permettono di garantire una fornitura di dati esaustivi. Ciò comprometterebbe la qualità del raggruppamento.

RVK fa notare che elaborare in modo affidabile i dati conformemente al capoverso 1 lettera e costituisce una sfida considerevole per gli assicuratori-malattie.

Questo parere è condiviso anche da **santésuisse**. L'assenza di un grado di dettaglio per le fatture fornite elettronicamente, l'incompletezza di alcune fatture o il fatto che alcuni giustificativi sono redatti a mano rendono in parte impossibile il raggruppamento dei dati/l'attribuzione dei medicinali. In questo senso andrebbe istituito un obbligo per i fornitori di prestazioni sia nel sistema del terzo pagante (fatture) sia in quello del terzo garante (giustificativi e ricevute). A tenore dell'articolo 42 capoverso 3 LAMal il Dipartimento dovrebbe emanare i regolamenti necessari. Santésuisse individua infine un'incoerenza rispetto alla legge sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP) che prevede l'uso di un altro numero d'identificazione.

Per motivi attinenti alla protezione dei dati, **CP** si oppone a che l'assicuratore invii all'istituzione comune anche il numero AVS.

Cpv. 2

FMH è del parere che l'articolo 7 capoverso 2, secondo cui bisogna fornire un secondo record per il penultimo anno prima della fornitura dei dati, contraddice l'articolo 17 capoverso 2 LAMal (modifica del 21.03.2014) in cui sono menzionate le condizioni nell'anno civile precedente l'anno di compensazione.

Cpv. 3

Assura rievoca ancora una volta lo svantaggio strutturale per il terzo garante e le franchigie alte e ribadisce la necessità di condurre uno studio d'impatto in merito.

Articolo 8 Dati di assicuratori non più attivi

In merito agli articoli 8 e segg., **VSÄG** è convinta che il valore scientifico di un calcolo sulla base di due anni debba essere giustificato o abbandonato. Non vede lo scopo di seguire un paziente per più di un anno se vi è la possibilità di cambiare assicuratore ogni anno. Ritiene inoltre una garanzia supplementare per la protezione dell'individuo e del segreto medico il fatto che gli assicuratori, il personale amministrativo o gli operatori statistici non possano seguire una persona per più di un anno. La compensazione dei rischi si calcola su un anno, due al

massimo se il paziente segue cure ospedaliere che si estendono sia sul secondo sia sul primo anno.

In merito all'articolo 8 capoverso 1 **GE KVG** invita a riflettere sul seguente aspetto: se un assicuratore al quale nei due anni precedenti l'anno di compensazione è stata revocata l'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie non deve più fornire dati, non si potrebbe più sapere se gli assicurati che hanno dovuto cambiare assicuratore nell'anno precedente soddisfano i criteri di uno o più indicatori di morbilità (degenza, PCG, costi dei medicinali).

Articolo 9 Controllo dei dati

GE KVG deplora che, diversamente da quanto previsto per i dati trasmessi dagli assicuratori-malattie, l'articolo 9 capoverso 1 non indichi alcun termine entro il quale l'ufficio di revisione deve presentare il proprio rapporto alla GE KVG. Per esperienza sa che gli uffici di revisione spesso consegnano i rapporti con grande ritardo. Raccomanda quindi di fissare al 30 aprile il termine di presentazione e propone la formulazione seguente:

¹ *Gli uffici di revisione degli assicuratori presentano all'istituzione comune entro il 30 aprile un rapporto sulla correttezza e la completezza dei dati forniti.*

5.3 Sezione 3: calcolo della compensazione dei rischi

Economiesuisse accoglie favorevolmente l'adeguamento del calcolo della compensazione dei rischi.

ACSI e **FRC** obiettano che la mutualizzazione dei rischi per regione come proposta da loro e da altri attori attivi nel settore della sanità soprattutto nella Svizzera romanda sarebbe molto più semplice rispetto a questa complessa compensazione dei rischi.

Assura, **curafutura** e **Sanitas**, che ha presentato esclusivamente una proposta di modifica per il calcolo (cfr. osservazioni di curafutura all'articolo 14), si dicono favorevoli a che per il calcolo della compensazione dei rischi si preveda una procedura più completa (tutti i costi) e si utilizzi il secondo record.

Inoltre, **curafutura** e **Sanitas** caldeggiavano l'introduzione di un fattore di rincaro calcolato a livello cantonale sulla base delle forniture di dati 1 nell'anno di compensazione e nell'anno successivo. Visto che per calcolare le tasse di rischio e i contributi compensativi si usa già l'effettivo dell'anno di compensazione (art. 15 OCoR 2019), bisognerebbe tenere conto solo della variazione del livello di prestazioni. Le prestazioni medie dell'anno che precede l'anno di compensazione servono a neutralizzare gli effetti dell'evoluzione demografica. Pertanto, si dovrebbe moltiplicare la media delle prestazioni nette dei gruppi a rischio di entrambi gli anni con l'effettivo dell'anno di compensazione, altrimenti gli effetti demografici verrebbero considerati due volte.

Secondo **Groupe Mutuel** è necessario che l'OCoR precisi il termine entro il quale l'istituzione comune deve fornire i propri risultati agli assicuratori affinché questi ultimi possano calcolare i premi con piena cognizione di causa. Reputa inoltre opportuno informare già ora gli assicuratori sui risultati del calcolo dei supplementi da trasmettere. In particolare, auspica che vengano trasmessi i dati della prevalenza svizzera e l'importo del supplemento per ogni PCG.

La maggior parte degli assicuratori di **santésuisse** invita a includere un fattore di aumento dei costi (rincaro).

Santésuisse si chiede quali siano i dati che ritornano agli assicuratori. L'OCOR deve disciplinare anche il ritorno delle informazioni visto che i calcoli e i risultati della compensazione dei rischi servono a fissare i premi.

CP condivide il nuovo metodo di calcolo che assicura una somma zero per Cantone evitando che i pagamenti passino da un Cantone all'altro.

Articolo 10 Effettivo di assicurati

Cpv. 1

Assura, Groupe Mutuel e santésuisse ricordano che la durata dell'assicurazione, espressa in mesi, deve allinearsi alla decisione del Tribunale federale del 3 dicembre 2015 (9C_268/2015) secondo la quale la durata deve essere calcolata in giorni. Assura propone di adeguare il capoverso 1 come segue:

¹ *Per calcolare gli effettivi di assicurati di un assicuratore fa stato la durata di assicurazione dei suoi assicurati espressa in giorni.*

Cpv. 2

GE KVG fa notare che in pratica gli assicuratori-malattie non possono distinguere tra richiedenti l'asilo con o senza aiuti sociali poiché non dispongono dei dati necessari.

Articolo 11 Aggregazione dei record e raggruppamento dei dati

BS e PULSUS accolgono favorevolmente le disposizioni che permettono di raccogliere i dati degli indicatori di morbilità dell'anno precedente anche per gli assicurati che cambiano cassa e di considerarli integralmente nel calcolo della compensazione dei rischi. Ciò incrementa inoltre l'attrattiva agli occhi del nuovo assicuratore degli ammalati cronici con degenze in ospedale, PCG e costi elevati per i farmaci.

ACSI e FRC apprezzano che gli assicuratori dovranno fornire all'istituzione comune dati individuali e pseudonimizzati per tutti i loro assicurati e che il cambiamento di assicuratore non interrompa la raccolta dei dati. Ritengono tuttavia che questi dati dovrebbero essere trattati unicamente dall'istituzione comune a fini di promozione della salute e prevenzione. Come già menzionato nel commento al capoverso 1, **FRC** sottolinea che nel rapporto si riconosce che si va creando un incentivo alla caccia ai «cattivi rischi» per gli assicuratori. Un aspetto leggermente curioso ma significativo dell'assurdità del sistema attuale.

FMH chiede di rinunciare alla prevista aggregazione dei dati e di stralciare la disposizione poiché sarebbe contraria all'articolo 17 capoverso 2 LAMal. L'assicuratore dovrebbe essere rimborsato o chiamato a versare la differenza per l'effettivo di rischio in base all'anno precedente.

VSÄG osserva che il codice di collegamento viene menzionato nel rapporto esplicativo e che, a suo avviso, dovrebbe figurare anche nell'OCOR corredato da spiegazioni più ampie. L'uso di questo codice deve essere sicuro. In particolare bisogna garantire l'assoluto rispetto del segreto medico.

Groupe Mutuel deplora l'assenza di disposizioni sui termini, in particolare sul termine ultimo entro il quale i risultati vanno trasmessi agli assicuratori. Aggiunge che i dati dovrebbero essere inviati prima del 10 giugno.

Santésuisse attira l'attenzione sulla necessità, a suo parere, di fornire agli assicuratori un backflow dei risultati descritti al capoverso 2 del presente articolo come pure all'articolo 24 capoverso 2.

Per ulteriori commenti sul backflow dei dati agli assicuratori si veda l'articolo 24 capoverso 2.

Articolo 12 Ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio

ACSI e **FRC** sollevano la questione degli assicurati ricoverati in case di cura che danno diritto a un sussidio di compensazione più alto rispetto agli assicurati che restano al domicilio e fanno osservare che questo aspetto potrebbe trasformarsi in un incentivo a chiedere il ricovero.

FMH è favorevole alla ripartizione per Cantone a condizione che i dati vengano forniti in forma aggregata per tenere conto dei diversi valori dei punti tariffari.

PharmaSuisse critica che questa disposizione non menziona gli indicatori PCG né i costi dei medicinali.

Per **VSÄG**, la ripartizione delle categorie di rischio in «gruppi di rischio per Cantone» ha senso, visto che le forti disparità del valore del punto creano grandi differenze tra i costi dei Cantoni. Tuttavia, sembra che la ponderazione per il costo dei medicinali non segua questa regola poiché i costi dei medicinali non sono influenzati dal valore del punto tariffario cantonale. Questo può però ritorcersi contro alcuni Cantoni (più parsimoniosi).

VSÄG aggiunge che il metodo di calcolo in caso di cambiamento di Cantone durante il periodo di calcolo non è chiaro e individua un rischio di distorsione nella ripartizione a scapito dei Cantoni per i quali il costo globale per paziente è più basso. VSÄG raccomanda di elaborare una proiezione (costo per assicurato) con il nuovo metodo prima di applicarlo e di sottoporla alle autorità competenti (Cantoni e società cantonali). In sostanza, propone di analizzare l'equità del metodo di calcolo prima di attuarlo.

Articolo 13 Ripartizione in relazione ai PCG e ai costi dei medicinali

FMH deplora che la ripartizione in relazione ai PCG e ai costi dei medicinali non preveda una differenziazione per Cantone. Teme che gli assicurati dei Cantoni più restii nel prendere decisioni terapeutiche dovranno compensare i rischi dei Cantoni con un atteggiamento più aggressivo. Ciò non sarebbe corretto.

Articolo 14 Calcolo delle medie di gruppo

Sgv auspica che per il calcolo dei pagamenti finali si faccia capo a record di costo completi.

FMH osserva che secondo l'articolo 17 capoverso 2 LAMal (modifica del 21.03.2014) le differenze medie di rischio in riferimento all'età, al sesso e altri indicatori di morbilità definiti dal Consiglio federale sono calcolate sulla base della situazione nell'anno civile che precede l'anno di compensazione. Non si capiscono quindi le ragioni per le quali, secondo la lettera a, dovrebbero essere determinanti i dati del penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione.

PharmaSuisse si chiede se le disposizioni di cui alla lettera c non implicano che i costi dei medicinali contino doppio, visto che sono già considerati nelle prestazioni nette degli assicuratori.

Assura fa notare che ha poco senso calcolare la compensazione dei rischi sulla base di un anno di elaborazione molto incompleto di soli 14 mesi: per essere valida, la compensazione dei rischi deve fondarsi su una base di dati completa. I dati forniti in conformità con l'articolo 7

dovrebbero includere quelli del penultimo anno e contare quindi 26 mesi. Assura è quindi contraria, come invece proposto da alcuni, ad aggiungere un fattore di rincaro: sarebbe una soluzione semplicistica. A suo parere, un meccanismo che prevede di fatto un rincaro introduce un incentivo negativo. Propone di adeguare l'articolo 14 come segue:

Durante l'anno di compensazione, la media delle prestazioni nette nei diversi gruppi di rischio è calcolata per tutti gli assicuratori per il penultimo anno civile che precede l'anno di compensazione (media di gruppo). Per il calcolo sono determinanti:

- a. *le degenze in un ospedale o una casa di cura durante l'anno che precede il penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione, per definire il gruppo di rischio;*
- b. *gli effettivi degli assicurati nei diversi gruppi di rischio durante il penultimo anno civile che precede l'anno di compensazione;*
- c. *le prestazioni nette di ogni assicuratore per ogni gruppo di rischio durante il penultimo anno civile che precede l'anno di compensazione.*

Per **Curafutura** è imprescindibile che la compensazione dei rischi sia calcolata sulla base di dati completi. Visto che i pagamenti finali definitivi sono effettuati solo nell'anno che segue l'anno di compensazione, è possibile calcolare le medie dei gruppi secondo un record completo disponibile in quel momento grazie al sistema di fornitura continua dei dati: il periodo del record dell'anno precedente (t-1) è uguale al periodo del record dell'anno precedente (t-2) che serve per calcolare la compensazione dei rischi nell'anno seguente. I dati previsti nell'ordinanza per il calcolo della media dei gruppi si fonderebbero su dati delle prestazioni incompleti e questo sebbene dati completi siano disponibili anche prima dei pagamenti finali. Curafutura suggerisce quindi di adeguare il testo dell'ordinanza in modo tale che le medie dei gruppi vengano calcolate solo nell'anno seguente sulla base di dati completi anziché nell'anno di compensazione. Bisognerebbe inoltre tenere conto di un fattore di rincaro: la compensazione dei rischi si fonda sulle prestazioni nette per assicurato dell'anno precedente. Non è previsto di considerare il rincaro tra l'anno precedente (t-1) e l'anno di compensazione (t) sebbene ciò sia possibile grazie al sistema di fornitura continua dei dati nell'anno successivo, prima che vengano effettuati i pagamenti finali dell'anno di compensazione. I fattori di rincaro per Cantone potrebbero essere stimati come segue: le prestazioni nette effettive per assicurato dell'anno precedente (i dati sono disponibili nell'anno di compensazione) e dell'anno di compensazione (i dati sono disponibili nell'anno successivo) vengono moltiplicati ognuno per l'effettivo di assicurati dell'anno di compensazione. Il quoziente di questi due prodotti equivarrebbe al rincaro. Questo metodo permetterebbe di stimare un rincaro «esogeno», senza tenere conto dell'evoluzione demografica (già considerata con la moltiplicazione delle prestazioni nette dell'anno precedente con l'effettivo di assicurati dell'anno di compensazione). Siccome i due record hanno un periodo di rilevazione di 14 mesi, è implicito che il grado di rilevamento sia uguale per entrambi. Una descrizione dettagliata del metodo con un esempio è stata inviata all'UFSP (mail J.S., Sanitas, 3 febbraio 2016). Curafutura propone la formulazione seguente:

Nell'anno che segue l'anno di compensazione la media delle prestazioni nette per i singoli gruppi di rischio per tutti gli assicuratori è calcolata per l'anno civile che precede l'anno di compensazione e viene moltiplicata con il fattore cantonale di rincaro, che tiene conto della crescita dei costi a prescindere dalla struttura degli assicurati tra l'anno civile precedente l'anno di compensazione e l'anno di compensazione (medie dei gruppi). Per il calcolo sono determinanti:

a. – c. [...]

d. l'aumento medio dei costi senza considerare la struttura degli assicurati tra l'anno civile precedente l'anno di compensazione e l'anno di compensazione, calcolato sulla differenza dei primi record conformemente all'articolo 7 capoverso 2 delle due forniture di dati nell'anno di compensazione e nell'anno seguente l'anno di compensazione.

Santésuisse fornisce un parere di maggioranza e uno di minoranza.

- La maggioranza degli assicuratori chiede di includere una specie di fattore di rincaro (fattore di incremento dei costi). Ha poco senso calcolare la compensazione dei rischi su un anno di elaborazione molto incompleto di soli 14 mesi: una compensazione dei rischi valida non può fondarsi su una base di dati incompleta. Secondo l'articolo 7 i dati

del penultimo anno civile vengono forniti nuovamente nell'anno di compensazione e includono 26 mesi di elaborazione, pari a un anno di elaborazione praticamente completo. Il rincaro tra l'anno prima dell'anno precedente e l'anno precedente (fattore di incremento dei costi) può essere calcolato molto facilmente in base ai dati (anno precedente e anno che precede l'anno precedente). Le medie e le aliquote calcolate in base ai dati dell'anno che precede l'anno precedente possono essere aumentati del rincaro fino a raggiungere il livello delle prestazioni nette dell'anno precedente. Con questo metodo, la compensazione dei rischi si fonderebbe sulle prestazioni nette corrette dell'anno precedente, garantendo una certa prevedibilità. D'altro canto, per le prestazioni nette nei singoli gruppi di rischio non è necessaria una distinzione tra assicuratori, che va quindi abrogata.

- La minoranza degli assicuratori preferirebbe non considerare il rincaro tra l'anno che precede l'anno precedente e l'anno precedente (fattore di incremento dei costi). Un meccanismo di fatto inflazionistico creerebbe ulteriori incentivi negativi. Questa inflazione predefinita non si fonderebbe su una base oggettiva e potrebbe indurre gli assicuratori a trascurare il controllo dei costi, cosa che invece rientra nei loro compiti principali.

Santésuisse presenta quindi due possibili formulazioni.

- Proposta della *maggioranza*:

Nell'anno di compensazione la media delle prestazioni nette dei singoli gruppi di rischio per tutti gli assicuratori vengono calcolate per il penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione (media di gruppo) e in seguito aumentate del rincaro calcolato sulla base dei dati fino al livello delle prestazioni nette dell'anno civile che precede l'anno di compensazione. Per il calcolo sono determinanti:

- a. le degenze in un ospedale o una casa di cura durante l'anno civile che precede il penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione per suddividere gli assicurati in gruppi di rischio;*
- b. gli effettivi di assicurati nei singoli gruppi di rischio nel penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione;*
- c. le prestazioni nette ~~dei singoli assicuratori~~ nei vari gruppi di rischio del penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione;*
- d. la media delle prestazioni nette del penultimo e dell'ultimo anno civile prima dell'anno di compensazione per il calcolo del rincaro.*

- Proposta della *minoranza*:

Nell'anno di compensazione la media delle prestazioni nette dei singoli gruppi di rischio per tutti gli assicuratori vengono calcolate per il penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione (media di gruppo). Per il calcolo sono determinanti:

- a. le degenze in un ospedale o una casa di cura nel penultimo anno civile che precede l'anno di compensazione per la ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio;*
- b. gli effettivi di assicurati nei singoli gruppi di rischio nel penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione;*
- c. le prestazioni nette ~~dei singoli assicuratori~~ nei singoli gruppi di rischio del penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione.*

Articolo 16 Supplementi per PCG e costi dei medicinali

PharmaSuisse si chiede se con il supplemento per i costi dei medicinali non si considerano due volte i costi dei medicinali, già inclusi nelle prestazioni nette degli assicuratori.

Cpv. 2

Secondo **Assura** e **santésuisse** sarebbe opportuno menzionare chiaramente nell'OCOR il procedimento da applicare per i casi non gerarchizzati poiché una semplice descrizione nel commento non è sufficiente. Sugeriscono di completare il capoverso 2 come segue:

² *Se l'assicurato è attribuito a diversi PCG sottoposti a gerarchizzazione, l'assicuratore percepisce il supplemento solo per il PCG classificato al livello più alto della gerarchia. Se l'assicurato soggiace a diversi PCG non gerarchizzati, l'assicuratore percepisce il supplemento per tutti i PCG assegnati.*

Groupe Mutuel condivide il parere di Assura e santésuisse. Chiede regole precise sul diritto al supplemento dell'assicuratore nei casi in cui un assicurato è attribuito a diversi PCG non gerarchizzati.

Articolo 17 Determinazione dei supplementi per PCG e costi dei medicinali

VD si dice favorevole al metodo della doppia regressione per minimo quadrato.

Curafutura rinvia al commento all'articolo 14 sulla completezza dei dati e propone la formulazione seguente per il capoverso 1:

¹ *Nell'anno che segue l'anno di compensazione i supplementi per PCG e per i costi dei medicinali vengono fissati con un metodo di regressione. [...]*

Articolo 20 Considerazione degli assicuratori non più attivi

GE KVG rinvia al commento relativo all'articolo 8 capoverso 1 nel quale spiega che, se un assicuratore al quale nei due anni precedenti l'anno di compensazione è stata revocata l'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie non deve più fornire dati, non si potrebbe più sapere se gli assicurati che hanno dovuto cambiare assicuratore nell'anno precedente adempiono gli indicatori di morbilità.

5.4 Sezione 4: Pagamenti a titolo di compensazione dei rischi

Secondo **ACSI** e **FRC**, se il DFI ha un mandato di controllo, bisogna prevedere anche sanzioni per le compagnie d'assicurazione che non rispettano l'ordinanza.

Diversi assicuratori di **santésuisse** pagherebbero volentieri gli acconti a rate.

Articolo 21

GE KVG ricorda che calcola gli interessi remuneratori per la compensazione dei rischi in base al rendimento delle obbligazioni della Confederazione con una scadenza di due anni, mentre la BNS calcola e pubblica il rendimento delle obbligazioni della Confederazione con scadenze diverse. Visto che negli scorsi anni la BNS ha già adeguato una volta le scadenze indicate nella pertinente pubblicazione, **GE KVG** raccomanda di specificare nell'OCOR che la scadenza delle obbligazioni della Confederazione determinante per il calcolo degli interessi remuneratori è stabilita da **GE KVG**. Propone quindi di completare come segue il capoverso 6:

⁶ *L'istituzione comune fissa la scadenza delle obbligazioni della Confederazione determinante per il calcolo degli interessi.*

Assura spera di poter versare gli acconti prima del 15 febbraio. In caso contrario, invita a considerare gli interessi negativi oltre a quelli positivi e suggerisce due varianti per questa norma:

² *L'acconto deve essere pagato:*

- a. *per le tasse di rischio versate dagli assicuratori all'istituzione comune: dal ricevimento della fattura per l'acconto fino al 15 febbraio dell'anno di compensazione al più tardi.*

⁶ *[...] Il tasso di interesse corrisponde al rendimento delle obbligazioni della Confederazione sempre che sia positivo. [...]*

5.5 Sezione 5: Saldo e correzioni

ACSI e **FRC** ribadiscono che se il DFI ha un mandato di controllo bisogna prevedere anche delle sanzioni per le compagnie d'assicurazione che non rispettano l'ordinanza.

Articolo 23 Correzioni dopo la fornitura di dati errati

Curafutura attira l'attenzione su una formulazione che, a suo parere, può dare adito a malintesi. Il vantaggio o lo svantaggio per l'assicuratore in errore può essere accertato solo sulla base di un nuovo calcolo della compensazione dei rischi, che deve quindi essere concesso a priori. La formulazione si riferisce però sia al calcolo delle aliquote che al calcolo o all'allestimento dei conteggi (art. 23 cpv. 3). Pertanto, nella sua forma attuale potrebbe generare confusione. Curafutura suggerisce quindi di riformulare il capoverso 3 nei termini seguenti, a suo giudizio più chiari:

³ *Dopo aver rifiutato il nuovo calcolo delle aliquote della compensazione dei rischi secondo i capoversi 1 e 2, l'istituzione comune può fatturare agli assicuratori che hanno fornito dati errati il vantaggio che ne hanno tratto. Questo vantaggio risulta dal nuovo calcolo del saldo effettuato sulla base delle aliquote di compensazione del rischio invariate e dei nuovi dati degli assicurati.*

5.6 Sezione 6: Rendicontazione

Articolo 24

Cpv. 1

Il **PLR** e **FMH** richiamano l'articolo 28 capoverso 2 sulla protezione dei dati secondo cui i dati forniti dagli assicuratori possono essere usati solo per la compensazione dei rischi e per le statistiche. Entrambe le organizzazioni non capiscono la necessità di trasmettere dati individuali all'UFSP, visto che questi due compiti sono svolti da GE KVG. In particolare, il **PLR** sollecita l'abrogazione dell'articolo 24 capoverso 1 lettera a adducendo che l'obbligo di fornire i dati sia superfluo, sproporzionato e soprattutto non conforme alla protezione dei dati: l'UFSP non ha bisogno di questi dati sensibili per adempiere il proprio mandato di vigilanza sulla compensazione dei rischi.

Sgv si oppone chiaramente a che l'istituzione comune trasmetta dati individuali all'UFSP argomentando che ciò non è necessario ai fini della compensazione dei rischi e non è conforme alla legge.

SBV invita a garantire che i dati raccolti dall'UFSP con questa prassi non vengano usati per altri scopi.

Curafutura respinge fermamente l'ipotesi di fornire all'UFSP dati degli assicurati senza alcuna restrizione. L'istituzione comune deve essere autorizzata a trasmettere unicamente dati raggruppati per Cantone, assicuratori e gruppi di rischio e i supplementi PCG calcolati sulla base dei dati individuali. Propone di modificare il capoverso 1 come segue:

¹ *L'istituzione comune fornisce all'UFSP ogni anno:*

- a. *i dati raggruppati per Cantone, assicuratore e gruppo di rischio come pure i supplementi PCG e i costi dei medicinali;*
- b. *le tasse di rischio e i contributi compensativi degli assicuratori per i Cantoni e per tutta la Svizzera.*

RVK non individua motivi comprensibili né una base giuridica in grado di supportare la trasmissione sistematica all'UFSP dei dati individuali rilevati in forma pseudonimizzata dall'istituzione comune secondo l'articolo 7 OCoR, tanto più che nel contempo gli assicuratori-malattie trasmettono all'UFSP i dati relativi alla vigilanza conformemente alle pertinenti disposizioni.

Reputando inutile e sproporzionata questa fornitura di dati in parallelo, RVK caldeggia l'abrogazione dell'articolo 24 capoverso 1 lettera a.

Santésuisse non capisce perché la fornitura dei dati individuali debba passare dall'istituzione comune. Prima di fornire dati EFIND1 e EFIND2, bisogna garantire il rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati.

Cpv. 2

L'**UDC** propone di disciplinare a livello di ordinanza anche il backflow agli assicuratori visto che i risultati della compensazione dei rischi sono utilizzati per il calcolo dei premi.

Per **Assura** è fondamentale che gli assicuratori ricevano dall'istituzione comune i dati aggregati e le analisi (compresi l'attribuzione dell'assicurato al gruppo di morbilità e i supplementi per gruppo di morbilità) prima del 10 giugno, ma anche che abbiano i mezzi per assegnare gli assicurati ai vari PCG. Questi due elementi fanno parte dei sistemi di compensazione dei rischi adottati da altri Paesi europei in cui le istituzioni incaricate di gestire la compensazione dei rischi forniscono prima della tariffazione le analisi e le indicazioni necessarie agli assicuratori come pure gli algoritmi/software che permettono di assegnare gli assicurati ai vari PCG. In ogni caso, bisognerebbe garantire agli assicuratori i mezzi per ottenere il software necessario a tal fine.

Assura e santésuisse propongono di completare come segue il capoverso 2:

² [...] La statistica è messa a disposizione degli assicuratori entro il 10 giugno dell'anno di compensazione. Gli assicuratori ricevono inoltre informazioni sull'attribuzione dei propri clienti ai vari PCG e i mezzi necessari per provvedere direttamente all'attribuzione dei propri assicurati.

Curafutura sostiene che l'OCOR 2019 non disciplini la trasmissione agli assicuratori dei dati elaborati per la compensazione dei rischi. Con il nuovo sistema di calcolo, gli assicuratori non possono calcolare le aliquote individuali sulla base dell'effettivo di assicurati e delle tasse/contributi. Questi dati sono tuttavia necessari sia per garantire la tracciabilità sia per calcolare i premi (prova del risparmio di costi, modelli assicurativi alternativi, calcolo della redditività, proiezioni ecc.). Curafutura suggerisce di completare la disposizione come segue:

^{1bis} Immediatamente dopo il calcolo delle aliquote per la compensazione dei rischi l'istituzione comune fornisce agli assicuratori per ogni persona assicurata:

- a. il numero di assicurato;
- b. l'aliquota per la compensazione dei rischi;
- c. il supplemento per PCG o i costi elevanti dei medicinali.

Per **Groupe Mutuel** è necessario che l'OCOR precisi il termine entro il quale l'istituzione comune deve fornire i risultati agli assicuratori per permettere loro di calcolare i premi con piena cognizione di causa. Inoltre, invita a informare da subito gli assicuratori sui risultati del calcolo dei supplementi che verranno trasmessi, in particolare sulla trasmissione della prevalenza svizzera e dell'importo del supplemento per ogni PCG.

Santésuisse fa notare che i risultati sono una componente non sottovalutabile del calcolo dei premi e che, pertanto, bisogna rinviare agli assicuratori i risultati descritti agli articoli 11 capoverso 2 e 24 capoverso 2. Il backflow delle informazioni deve assolutamente essere disciplinato dall'OCOR e GE KVG deve fornire i dati agli assicuratori prima del 10 giugno (inclusa l'attribuzione degli assicurati ai gruppi di morbilità e i supplementi per ogni gruppo). Il raggruppamento deve essere effettuato per ogni persona assicurata. Santésuisse consiglia di completare il capoverso 2 come proposto da Assura (cfr. sopra).

Cpv. 4

Diversi assicuratori segnalano un errore nel rinvio ai capoversi e suggeriscono la modifica seguente:

⁴ La statistica secondo il capoverso 2 e il rapporto secondo il capoverso 3 sono pubblicati ogni anno.

Cpv. 5

Diversi assicuratori attirano l'attenzione sull'importanza centrale che la statistica riguardante la compensazione dei rischi, con le sue evidenze sul mercato svizzero dell'AOMS, riveste per l'attività quotidiana degli assicuratori. **Assura** e **santésuisse** sostengono che gli assicuratori debbano essere coinvolti nel *design* della statistica e nella definizione dei contenuti. **Curafutura** ritiene opportuno che gli assicuratori vengano interpellati in merito all'impostazione tecnica della statistica.

Modifica proposta da Assura, RVK e santésuisse:

⁵ *L'istituzione comune e l'UFSP definiscono congiuntamente il contenuto della statistica e del rapporto dopo aver sentito gli assicuratori.*

Modifica proposta da curafutura:

⁵ *L'istituzione comune, l'UFSP e gli assicuratori definiscono congiuntamente il contenuto della statistica e del rapporto.*

5.7 Sezione 7: Finanziamento e attuazione

Articolo 25 Costi amministrativi

BS deplora che il commento non contenga indicazioni sull'onere amministrativo supplementare che deriva dalle nuove esigenze riguardanti l'invio dei dati agli assicuratori. Il passaggio dalla fornitura di dati raggruppati alla fornitura di dati individuali pseudonimizzati per tutti gli assicurati che rientrano nella compensazione dei rischi avrà probabilmente una vasta portata con ripercussioni anche sui costi amministrativi degli assicuratori.

Articolo 26 Fondi

GE KVG fa notare che gli interessi maturati negli ultimi anni sono stati comparativamente esigui (nel 2015 circa 41 000 franchi). Bisogna partire dal presupposto che l'interesse sui fondi della compensazione dei rischi sarà basso anche nei prossimi anni. D'altro canto, il fatto di dover calcolare le percentuali delle entrate a titolo di interesse da corrispondere ai singoli assicuratori comporterà costi amministrativi per la stessa GE KVG, tra cui i costi di revisione. GE KVG raccomanda quindi di utilizzare gli interessi superiori a 500 000 franchi per coprire i costi amministrativi secondo l'articolo 25 OCoR. Ciò permetterebbe di ridurre l'onere amministrativo e di garantire che gli assicuratori non subiscano svantaggi né traggano benefici visto che i costi verrebbero ripartiti proporzionalmente sulla base del portafoglio assicurativo. Il capoverso 2 andrebbe modificato come segue:

² *Gli interessi maturati che superano l'importo di 500 000 franchi sono utilizzati per coprire i costi amministrativi di cui all'articolo 25.*

5.8 Sezione 8: Protezione dei dati, procedura e misure di vigilanza

ACSI e **FRC** sono fermamente contrarie al fatto che non si possa risalire all'identità degli assicuratori e auspicano l'adozione di un sistema trasparente. Senza trasparenza, infatti, si impedisce ad altri attori di svolgere un controllo complementare a quello del DFI. Inoltre, è importante che tutti gli oneri indotti dal mancato invio dei dati o dall'inosservanza di altri obblighi previsti dall'ordinanza vengano addossati all'assicuratore inadempiente.

Articolo 28 Protezione dei dati

Il **PLR** argomenta che secondo l'articolo 28 capoverso 2 (avamprogetto) i dati possono essere usati solo per la compensazione dei rischi e la statistica, due compiti che competono all'istituzione comune. L'UFSP ha bisogno di questi dati sensibili per adempiere il proprio mandato di vigilanza sulla compensazione dei rischi. Il PLR è convinto che l'obbligo di fornire dati individuali all'UFSP sia superfluo, sproporzionato e soprattutto non conforme alla protezione dei dati. Suggerisce di stralciare il passaggio «dell'UFSP e» nell'articolo 28 capoverso 1.

Nell'interesse della trasparenza, **ACSI** e **FRC** chiedono che i dati che permettono di risalire all'identità dell'assicuratore siano pubblici.

Secondo **FMH** e **VSÄG**, la natura del terzo incaricato di elaborare i dati che figura nella seconda frase del capoverso deve essere precisata in quanto la protezione dei dati esige trasparenza.

PULSUS invita a rispettare le più rigorose misure di sicurezza in materia di protezione dei dati poiché si tratta di memorizzare dati sensibili dei pazienti che potrebbero risultare interessanti per molte persone – autorizzate e non – già solo per la loro quantità. Le misure di sicurezza devono essere tali da evitare qualsiasi abuso.

Articolo 30 Fatturazione dei costi supplementari e misure disciplinari

ACSI e **FRC** ricordano che l'ordinanza deve contemplare i mezzi atti a garantire la sua osservanza (cfr. commento all'articolo 23).

5.9 Sezione 9: Analisi degli effetti

Articolo 31

In vista dei futuri adeguamenti della compensazione dei rischi, **TG** considera importante verificare l'efficacia degli indicatori già definiti.

ACSI e **FRC** apprezzano la volontà di svolgere in parallelo uno studio scientifico indipendente sugli effetti, a condizione di avere poi il coraggio di cambiare rapidamente il sistema se dovesse risultare inefficace e troppo costoso.

Per **FMH** è molto importante svolgere un'analisi dell'efficacia. Si chiede chi, oltre al DFI, avrà accesso ai risultati dello studio parallelo e se è prevista la pubblicazione degli studi e ritiene che l'ordinanza dovrebbe rispondere a queste due domande.

PharmaSuisse accoglie positivamente la scelta di verificare mediante analisi l'efficacia dell'affinamento della compensazione dei rischi.

SPO ritiene che l'analisi sia importante per poter apportare tempestivamente gli adeguamenti.

Assura e **santésuisse** si battono affinché gli assicuratori abbiano accesso allo studio scientifico e propongono l'aggiunta di un terzo capoverso che permetta la consegna del documento a titolo informativo agli assicuratori.

Secondo **BFG** sarebbe invece più opportuno che l'analisi degli effetti, previa pubblicazione, venga delegata a un'organizzazione o a un ufficio con buone conoscenze del sistema esterno all'Amministrazione.

5.10 Sezione 10: Disposizioni finali

Per **Groupe Mutuel** è necessario prevedere una fase di prova sull'arco di almeno due esercizi per verificare l'impatto del nuovo sistema di calcolo della compensazione dei rischi sui premi assicurativi e per garantire il buon funzionamento della raccolta dei dati e del calcolo. L'entrata in vigore non dovrebbe avvenire prima del 1° gennaio 2021.

Articolo 34 Disposizione transitoria

Assura spiega che le importanti modifiche previste dall'avamprogetto faranno aumentare l'imprevedibilità dei costi generati dalla compensazione dei rischi. Deplora l'assenza di una fase di prova che permetta agli assicuratori-malattie di anticipare i costi e di tenerne conto al momento di fissare i premi. Assura insiste vivamente sulla necessità di condurre dei test su due anni e di adeguare l'articolo in tal senso, posticipando di due anni tutte le date previste.

Curafutura suggerisce di inserire nelle disposizioni transitorie un articolo che ammetta l'uso del pharmacode in alternativa al numero GTIN nei primi anni in cui sarà in vigore l'OCOR 2019 (cfr. commento all'art. 7).

Groupe Mutuel propone di adeguare le scadenze e di rinviare di almeno due anni l'entrata in vigore dell'OCOR.

Articolo 35 Entrata in vigore

Il **PLR** chiede di vincolare l'entrata in vigore delle nuove disposizioni a una fase di prova e/o di test.

Per l'**UDC** sarebbe opportuno condurre una fase di prova prima di applicare i PCG e testarne la fattibilità e le ripercussioni sull'arco di due anni. Pertanto, l'entrata in vigore andrebbe posticipata al 2021 per garantire la completezza dei dati necessari a valutare le conseguenze.

Anche **sgv** si dice favorevole allo svolgimento di test prima di introdurre definitivamente la compensazione dei rischi ma preferirebbe non posticipare l'entrata in vigore.

H+ e **GSASA** sottolineano che l'implementazione del GTIN nei sistemi ICT degli intermediari, di ospedali, farmacie, medici e assicuratori richiede un tempo di introduzione sufficiente (> 18 mesi) e un coordinamento reciproco.

GE KVG invita a riflettere sull'impossibilità di svolgere delle prove se l'entrata in vigore della revisione rimane fissata al 1° gennaio 2019. Finora ogni modifica rilevante dell'OCOR è stata preparata con due test ai quali hanno partecipato anche buona parte degli assicuratori-malattie. Ciò ha permesso di individuare e eliminare tempestivamente eventuali problemi (p. es. errori sistematici nella trasmissione dei dati) come pure di acquisire informazioni che si sono rivelate molto utili in sede esecutiva. L'avamprogetto in consultazione contiene le modifiche finora più importanti dell'OCOR sia dal punto di vista dei dati da rilevare (nuovi dati individuali) sia per quanto riguarda il calcolo della compensazione dei rischi (regressione a due livelli). Inoltre, GE KVG dovrà raggruppare anche i dati degli assicurati che cambiano assicuratore. I test rivestono quindi fondamentale importanza anche nell'ambito di questa revisione.

Assura, tenuto conto del commento all'articolo 34, invita a rinviare l'entrata in vigore dell'ordinanza al 1° gennaio 2021. Se fosse mantenuto il termine del 2019, gli assicuratori sarebbero

costretti a fissare i premi senza conoscere i costi e questo sarebbe inammissibile. Se l'ordinanza entrasse in vigore nel 2020, si potrebbe svolgere un solo test. Non si potrebbero armonizzare i dati del primo anno di test con quelli del secondo e tanto meno controllare i risultati. L'entrata in vigore prima del 2021 senza due test non è sostenibile. Assura, quale maggiore contribuente, sarebbe esposta a grossi rischi così come l'intero sistema.

Curafutura condivide lo scadenziario proposto (entrata in vigore per il 2019) e boccia il rinvio al 2020. È favorevole a una fase di prova ma invita a testare i processi già nel 2018 visto che non vengono effettuati pagamenti di compensazione e che, quindi, non è necessario disporre di dati esatti o completi. Poiché i pagamenti finali della compensazione dei rischi per il 2019 saranno effettuati solo a metà 2020, eventuali errori potranno essere individuati e corretti tempestivamente.

Groupe Mutuel propone di rinviare di almeno due anni l'entrata in vigore.

RVK esige che venga prevista una fase di prova con test adeguati.

Per **Santésuisse** non si può assolutamente prescindere dai test di prova prima di introdurre una modifica così incisiva e radicale della compensazione dei rischi. Questi test presuppongono tuttavia che si definiscano tempestivamente i PCG e tutti gli elementi che determinano il rilevamento e l'elaborazione dei dati. I PCG e tutti gli elementi rilevanti per la compensazione dei rischi devono essere definiti urgentemente e testati. La maggioranza degli assicuratori auspica che la fase di prova venga pianificata in modo tale da mantenere il termine previsto per l'entrata in vigore, ossia il 2019. Tenuto conto dell'onere non indifferente che i test comportano, la minoranza è invece favorevole a un rinvio al 2021.

Anche **BFG** chiede che venga mantenuto il termine previsto e suggerisce di simulare gli effetti della nuova compensazione dei rischi negli anni 2017 e 2018 con un conto testimone.

5.11 Disposizioni ancora da definire

FMH critica l'assenza di una disposizione sull'eliminazione dei dati e suggerisce il testo seguente: i dati devono essere cancellati non appena la compensazione dei rischi è stata eseguita e il termine di ricorso è scaduto infruttuosamente.

K3 propone la disposizione seguente (art. 31a Valutazione dei nuovi indicatori):
Due anni dopo l'entrata in vigore della legge, l'UFSP svolge un'analisi scientifica sull'efficacia degli indicatori di cui agli articoli 5 (PCG) e 6 (costi dei medicinali). Si dovranno in particolare confrontare gli effetti della compensazione dei rischi con gli indicatori secondo gli articoli 1–3 e con tutti gli indicatori.

Per **BFG** dopo l'introduzione (1° gennaio 2019) si dovrebbe predisporre un controllo permanente e indipendente dell'esercizio in corso.

5.12 Altre proposte

VD osserva che mancano ancora alcuni criteri evidenti, in particolare quelli riguardanti i DRG o altri raggruppatori.

H+ e **GSASA** invitano ad assoggettare tutti i fornitori all'obbligo di contrassegnare i loro prodotti con un GS1 GTIN e di mettere a disposizione in qualsiasi momento i dati aggiornati alle banche dati in uso nel settore.

Per **H+** bisognerebbe inoltre verificare in modo approfondito le conseguenze dell'introduzione del GTIN per i processi di fatturazione secondo l'articolo 59 OAMal e disciplinare la gestione di prodotti importati e prodotti speciali.

GSASA suggerisce di disciplinare i processi per i prodotti senza numero GTIN come preparati speciali (importazioni dirette, preparati ospedalieri, medicinali per bambini, ricette). Altre disposizioni sono necessarie per definire il numero di dosi definite giornaliere.

PharmaSuisse sosterebbe anche altre misure volte a incentivare gli assicuratori a investire nella prevenzione e in cure di alta qualità a favore dei loro assicurati. Ipotizza inoltre l'eventualità che un assicurato si leghi contrattualmente a un assicuratore a titolo facoltativo per un periodo più lungo.

PharmaSuisse rinvia inoltre all'iniziativa parlamentare 13.411 Kessler, secondo cui è ampiamente assodato che il sistema del terzo garante può favorire la selezione mirata dei rischi. Suggerisce quindi di inserire questo sistema tra i parametri della compensazione dei rischi o di fissare agli assicuratori un termine legale molto breve per il rimborso. L'assenza di questo termine potrebbe essere sfruttata illecitamente per operare una selezione dei rischi.

RVK auspica che vengano assoggettati all'obbligo anche i fornitori di prestazioni che hanno un ruolo centrale nell'ambito del rilevamento delle informazioni sull'acquisto di medicinali necessarie per la compensazione dei rischi. Nella sede più opportuna si dovranno definire le informazioni che dovranno imperativamente figurare sulle prescrizioni mediche, sulle fatture e sui giustificativi nel sistema del terzo garante e in quello del terzo pagante.

Santésuisse attira l'attenzione sull'assenza di un grado di dettaglio sufficiente per le fatture fornite elettronicamente, l'incompletezza di alcune fatture o il fatto che alcuni giustificativi siano redatti a mano – elementi che rendono in parte impossibile il raggruppamento dei dati/l'attribuzione dei medicinali. In questo senso andrebbe istituito un obbligo per i fornitori di prestazioni sia nel sistema del terzo pagante (fatture) sia in quello del terzo garante (giustificativi e ricevute). Secondo l'articolo 42 capoverso 3 LAMal il Dipartimento dovrebbe emanare le disposizioni necessarie.

Allegato

Liste der Anhörungsteilnehmenden⁴ und Abkürzungen

Liste des participants à la consultation et abréviations

Elenco dei partecipanti alla procedura di consultazione e abbreviazioni

Abk. Abrév. Abbrev.	Anhörungsteilnehmer / participants à la consultation / parteci- panti alla consultazione
Kantone / Cantons / Cantoni	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'Etat du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'Etat du canton de St-Gall

⁴ In ordine alfabetico secondo l'abbreviazione

	Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale	
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna	
SSV	Schweizerischer Städteverband (SSV) Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dell'economia	
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV)

	Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
Andere Interessierte / autres milieux intéressés / altri interessati - Behörden / Autorités / Autorità	
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI) Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de la Suisse italienne
FRC	Fédération romande des consommateurs (frc)
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisation des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica - Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni	
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri

K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände
pharma-Suisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
PULSUS	PULSUS
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)
VKZS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de Suisse (AMDCS) Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera (AMDOS)
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)
VSÄG	Walliser Ärztgesellschaft (VSÄG) Société médicale du Valais (SMVS)
- Patientinnen / Patients / Pazienti	
SPO	Stiftung SPO Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
- Versicherer / Assureurs / Assicuratori	
Assura	Assura
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal
Groupe Mutuel	Groupe Mutuel
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia
Sanitas	Sanitas
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses
Diverse / Divers / Vari	
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
CP	Centre Patronal (FSD/VSS, c/o Centre Patronal, Bern)
FER	Fédération des entreprises romandes
WEKO	Wettbewerbskommission Commission de la concurrence Commissione della concorrenza