

## **Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)**

Modifiche previste al 1° agosto 2009 (altre modifiche) 1° luglio 2010 (finanziamento delle cure)

Testo delle modifiche e commento

Berna, 10 giugno 2009

## Indice

### Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)

#### I. Finanziamento delle cure

1	Introduzione	3
11	Situazione iniziale	3
12	Revisione dell'ordinanza	3
2	Disposizioni	3
21	Prestazioni generali (art. 33)	3
22	Tariffe limite (art. 59a)	4

#### II. Altre modifiche

1	Introduzione	5
2	Disposizioni	5
21	Progetti pilota per l'assunzione dei costi di prestazioni all'estero, proroga della durata del progetto (art. 36a)	6
211	Situazione iniziale	6
212	Disposizioni	6
22	Fisioterapisti (art. 47)	6
23	Organizzazioni di fisioterapia (art. 52a)	6
231	Situazione iniziale	6
232	Basi giuridiche	6
233	Disposizione	7
24	Ordine delle riduzioni di premi (art. 90b)	7

#### III. Allegato 1

## **I. Finanziamento delle cure**

### **1 Introduzione**

#### **11 Situazione iniziale**

Il 13 giugno 2008, le Camere federali hanno approvato la revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) per quanto attiene al finanziamento delle cure (FF 2008 4579). Tale revisione rende necessario anche l'adeguamento delle ordinanze interessate dalle modifiche e segnatamente dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31). Anche l'ordinanza del 31 ottobre 1947 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (OAVS; RS 831.101) deve essere adeguata, in particolare per quanto riguarda la definizione delle case di cura. La determinazione della data di entrata in vigore della legge concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure (in seguito denominata «la legge») è di competenza del Consiglio federale. L'entrata in vigore è prevista per il 1° luglio 2010.

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure prevede il versamento da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di un contributo in franchi che varia in funzione dei bisogni di cure. Gli importi sono fissati dal Consiglio federale e definiti uniformemente a livello nazionale. Tali contributi riguardano unicamente le prestazioni di cura ai sensi dell'articolo 25a capoverso 1 LAMal, in quanto i costi di degenza e di assistenza rimangono come oggi a carico delle persone bisognose di cure o, in via sussidiaria, delle prestazioni complementari (PC) erogate in funzione del bisogno. I costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati alle persone assicurate fino a un importo pari al massimo al 20 per cento del contributo massimo fissato dal Consiglio federale (art. 25a cpv. 5 LAMal). Nel concetto di "assicurazioni sociali" sono comprese essenzialmente le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Nel corso dei dibattiti parlamentari, concernenti questo tema, non è mai stata questione delle prestazioni complementari e queste non entrano nel concetto. Concernente l'assegno per grandi invalidi, che potrebbe potenzialmente essere incluso, non c'era, nei dibattiti parlamentari, un consenso in quanto alla sua presa in conto. Dal fatto che l'assegno per grandi invalidi non rappresenta una prestazione in denaro destinata a degli scopi specifici, si può dedurre che anche questo non entra nel concetto di "assicurazioni sociali". Inoltre, gli assicurati sono tenuti a corrispondere la partecipazione ai costi conformemente all'articolo 64 LAMal anche sul contributo previsto per le cure. Il finanziamento residuo è disciplinato dai Cantoni. Tenuto conto della data prevista per l'entrata in vigore, i Cantoni sono invitati a elaborare quanto prima le disposizioni esecutive cantonali necessarie.

#### **12 Revisione dell'ordinanza**

Secondo l'articolo 25a capoverso 1 della legge, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico.

Il Consiglio federale designa le cure, disciplina la procedura di accertamento del bisogno, fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico e stabilisce le modalità di controllo della qualità.

La legge federale urgente dell'8 ottobre 2004 (Tariffe delle cure, RU 2004 4375) introduce nella LAMal una disposizione transitoria che prevede un congelamento delle tariffe delle cure e quindi non permette più di superare le tariffe limite. La validità di questa legge era stata limitata all'entrata in vigore del previsto nuovo ordinamento sul finanziamento delle cure, ma al più tardi fino al 31 dicembre 2006; in seguito è stata prorogata fino al 31 dicembre 2008 (RU 2006 5767). Anche se il termine previsto per l'entrata in vigore del finanziamento delle cure non è direttamente connesso alla scadenza della legge federale urgente, una proroga del congelamento non è considerata assolutamente necessaria e quindi non è prevista. In effetti, le disposizioni in vigore della LAMal concernenti le tariffe limite continuano ad applicarsi anche una volta scaduta la legge federale

urgente. Le tariffe limite possono quindi essere superate solo alle condizioni stabilite dall'articolo 9a OPre.

Poiché l'entrata in vigore della legge rende caduco questo sistema delle tariffe limite, le relative disposizioni potranno essere abrogate.

## **2 Disposizioni**

### **21 Prestazioni generali (art. 33)**

L'articolo 33 OAMal elenca le competenze, relative alla designazione della prestazione, che il Consiglio federale delega al Dipartimento. Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure ha permesso di ristrutturare a livello di legge le disposizioni in merito. L'articolo 25 LAMal descrive le prestazioni generali in caso di malattia e secondo l'articolo 33 capoverso 2 LAMal il Consiglio federale definisce più in dettaglio le prestazioni non effettuate da un medico o chiropratico. Il nuovo articolo 25a della legge disciplina la questione della presa a carico delle cure medico-sanitarie in senso stretto e, quindi, delega le competenze esecutive supplementari al Consiglio federale. Di conseguenza, per delegare queste competenze al Dipartimento occorre adeguare l'articolo 33 OAMal.

Alla lettera b, il Consiglio federale delega al Dipartimento la competenza di designare le prestazioni non effettuate da un medico o chiropratico di cui all'articolo 25 capoverso LAMal. Nel settore delle cure il Dipartimento ha già fatto uso di questa competenza nell'articolo 7 OPre. Data l'aggiunta nell'articolo 25a capoverso 3 della legge, la lettera b deve essere precisata per definire esplicitamente che il Dipartimento possiede, in riferimento a questo articolo, anche la competenza di designare le prestazioni secondo l'articolo 25a capoversi 1 e 2.

Occorre inoltre aggiungere una lettera h secondo la quale la competenza di definire la procedura di accertamento del bisogno ai sensi dell'articolo 25a capoverso 3 della legge è esplicitamente delegata al Dipartimento. Gli articoli 8 e 9 OPre prevedono già disposizioni soprattutto per imporre una scala secondo i livelli di bisogno di cure.

In virtù della nuova lettera i, il Dipartimento riceve inoltre la competenza, giusta l'articolo 25a capoversi 1 e 4 della legge, di fissare gli importi, in franchi, dei contributi alle cure differenziandoli secondo il bisogno terapeutico. Può quindi procedere agli eventuali adeguamenti ai sensi del capoverso 1 delle disposizioni transitorie previste dalla legge.

### **22 Tariffe limite (art. 59a)**

Secondo l'articolo 59a OAMal, il Dipartimento ha finora la competenza di emanare tariffe limite per le cure. Con l'entrata in vigore della legge, con l'abrogazione dell'articolo 104a LAMal e con l'introduzione della soluzione dei contributi alle cure non è più necessario fissare tariffe limite. Il presente articolo può quindi essere abrogato.

La questione del finanziamento residuo, ossia della determinazione del contributo massimo alle cure (base: 100% dei costi delle cure) deve essere disciplinata a livello cantonale.

Il finanziamento residuo di soggiorni di un assicurato in una casa di cura situata fuori dal Cantone di domicilio deve essere disciplinato a livello cantonale, considerando le disposizioni concernenti il domicilio previste dal Codice civile svizzero del 10 dicembre 1907 (CC; RS 210) e dalla relativa giurisprudenza recente.

Il rimborso dei costi delle cure è quindi assunto dall'assicurazione malattie (conformemente all'articolo 7a OPre), dall'assicurato (a concorrenza del 20 per cento dell'importo massimo fissato dal Consiglio federale) e dal Cantone per l'importo residuo.

La partecipazione ai costi secondo l'articolo 64 LAMal viene rimborsata dai Cantoni ai beneficiari delle prestazioni complementari annue (art. 14 cpv. 1 lett. g della legge federale del 6 ottobre 2006 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, LPC; RS 831.30).

I costi a carico dell'assicurato, ossia il 20 per cento dell'importo massimo fissato dal Consiglio federale, non possono superare l'importo di 365 volte il 20 per cento dell'importo massimo (vedi allegato 1). Occorre inoltre considerare che la quota dell'assicurato è dovuta solo nei casi in cui i costi delle cure non sono completamente coperti dai contributi previsti nell'OPre.

## **II. Altre modifiche**

### **1 Introduzione**

Indipendentemente dalla revisione del finanziamento delle cure, il Dipartimento federale dell'interno DFI coglie l'occasione di proporre ulteriori modifiche dell'OAMal concernenti la proroga della durata dei progetti pilota per l'assunzione dei costi per le prestazioni all'estero (art. 36a), i fisioterapisti (art. 47), le organizzazioni di fisioterapia (art. 52a) nonché adeguamenti di tipo tecnico (art. 90b).

### **2 Disposizioni**

#### **21 Progetti pilota per l'assunzione dei costi di prestazioni all'estero, proroga della durata del progetto (art. 36a)**

##### **211 Situazione iniziale**

Il 26 aprile 2006, nell'ambito di un'altra revisione dell'OAMal, il Consiglio federale aveva deciso di allentare in modo controllato il principio di territorialità nell'assicurazione malattie. L'articolo 36a OAMal, entrato in vigore il 10 maggio 2006, permette così al Dipartimento federale dell'interno DFI di autorizzare progetti pilota che prevedano il rimborso di prestazioni fornite nelle zone di confine ad assicurati domiciliati in Svizzera. I progetti pilota sono presentati congiuntamente da uno o più Cantoni e da uno o più assicuratori. La durata di validità di questi progetti, che devono precedere un piano di accompagnamento scientifico, era stata limitata al 31 dicembre 2009.

Al momento dell'adozione dell'articolo 36a OAMal il Consiglio federale ha inoltre deciso quanto segue: «Le DFI est autorisé à proposer au Parlement, dans le cadre des délibérations en cours relatives aux révisions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'insertion d'une base légale prévoyant la possibilité de procéder à des projets pilotes concernant l'assouplissement du principe de la territorialité.» Sulla base di questa decisione, nel quadro di uno dei pacchetti di revisione LAMal (Progetto managed care) (04.062) è stato sottoposto al Parlamento un nuovo articolo 34 capoverso 3 LAMal, che permette al Consiglio federale di prevedere un'assunzione dei costi delle prestazioni fornite all'estero nell'ambito di progetti pilota limitati nel tempo. Il Consiglio degli Stati ha accolto questa proposta il 5 dicembre 2006; il dossier dovrà ora essere dibattuto in Consiglio nazionale.

Il primo progetto pilota, avviato il 1° gennaio 2007, concerne la zona di confine dei Cantoni di Basilea Città, Basilea Campagna e del distretto di Lörrach. Il progetto pilota è aperto agli assicurati residenti nel Cantone di Basilea Città o di Basilea Campagna che hanno concluso un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso un assicuratore che partecipa al progetto. Il progetto prevede un elenco dei fornitori di prestazioni esteri e delle prestazioni che possono essere fornite nel distretto di Lörrach. L'accompagnamento scientifico è garantito dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan). Dal rapporto intermediario relativo al primo anno del progetto risulta che finora solo poche persone si sono rivolte a una clinica tedesca. La maggior parte dei partecipanti al progetto lo giudica comunque in modo positivo. Esso permette anche agli assicurati tedeschi del distretto di Lörrach di farsi curare negli ospedali dei Cantoni di Basilea Città e di Basilea Campagna.

Un secondo progetto concernente il Cantone di San Gallo e il Principato del Liechtenstein è stato autorizzato dal 1° gennaio 2008. Gli assicurati che hanno concluso un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso un assicuratore che partecipa al progetto e che risiedono nel Cantone di San Gallo possono farsi curare presso l'ospedale di Vaduz. Viceversa, gli assicurati del Principato possono farsi curare negli ospedali del Cantone di San Gallo e questo avviene già da diversi anni.

Conformemente alla disposizione esecutiva in vigore, la durata di validità del progetto è limitata al 31 dicembre 2009 (art. 36a cpv. 3 lett. a OAMal). Ciò significherebbe che i progetti in corso dovrebbero concludersi entro fine 2009. Il progetto pilota di Basilea sarebbe durato solo tre anni in tutto e quello di San Gallo solo due. Di conseguenza, i progetti pilota esistenti avrebbero potuto essere svolti soltanto durante un lasso di tempo relativamente breve.

I progetti pilota intendono trovare basi decisionali che consentano di determinare definitivamente in quale misura il principio di territorialità dell'assicurazione malattie deve essere allentato e trasposto nel diritto ordinario. Per raggiungere questo obiettivo, le indagini scientifiche hanno bisogno di una quantità sufficiente di dati e, pertanto, di un certo tempo. I progetti pilota dovrebbero durare almeno quattro anni, prevedere la possibilità di un'interruzione anticipata, essere (per quanto possibile) almeno quattro o sei e ripartirsi tra le diverse regioni di confine della Svizzera. L'8 maggio 2008 l'Ufficio federale della sanità pubblica ha chiesto ai Cantoni di confine se fossero interessati a lanciare un progetto pilota di questo genere: molti si sono dichiarati disponibili, a condizione che il termine del 31 dicembre 2009 fosse prorogato.

## **212 Disposizioni**

*Articolo 36a capoverso 3 lettera a:* per tutti i motivi ricordati sopra, la revisione dell'ordinanza prevede di modificare la limitazione nel tempo sancita dall'articolo 36a capoverso 3 lettera a OAMal. Siccome i progetti pilota non sono tutti iniziati contemporaneamente e altri saranno ancora avviati, la disposizione proposta mira a fissare a quattro anni la durata di ognuno di essi, con una possibilità di proroga per un massimo di quattro anni. Per evitare che domande per nuovi progetti pilota siano depositate senza limiti, in modo che questi possano essere terminati e che se ne possano trarre esperienze, la disposizione prevede che le domande per nuovi progetti pilota possano essere depositate unicamente entro il 31 dicembre 2012.

*Disposizione transitoria:* siccome due progetti sono già in corso, è necessario emanare una disposizione transitoria secondo la quale il nuovo articolo 36a capoverso 3 lettera a OAMal si applica anche ai progetti pilota già esistenti. Ciò significa che due progetti potranno durare quattro anni con una possibilità di proroga per un massimo di quattro anni. Alla durata di quattro anni va sottratto il tempo già trascorso al momento dell'entrata in vigore della presente modifica.

## **23 Fisioterapisti (art. 47)**

Un fisioterapista deve, tra le altre cose, attestare un'attività pratica di due anni per poter fornire autonomamente e su propria fattura prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'attività può, ad esempio, essere effettuata presso un fisioterapista autorizzato secondo l'OAMal (cfr. art. 46 cpv. 1 in combinato disposto con l'art. 47 cpv. 1 lett. b OAMal). I fisioterapisti impiegati in organizzazioni di fisioterapia create con la presente revisione (cfr. in merito l'art. 52a) dispongono delle stesse condizioni specifiche dei loro colleghi indipendenti. In questo modo è giustificato autorizzare l'esecuzione dell'attività pratica alle stesse condizioni sia per i fisioterapisti indipendenti che per i fisioterapisti impiegati in organizzazioni di fisioterapia. L'articolo 47 capoverso 1 lettera b è pertanto completato di conseguenza.

## **24 Organizzazioni di fisioterapia (art. 52a)**

### **241 Situazione iniziale**

Da anni i fisioterapisti forniscono nella pratica prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non solo nell'ambito della professione libera, ma anche in quello di un'attività come impiegati presso fisioterapisti indipendenti. Nel diritto attuale questo è autorizzato solo se si tratta di un'attività pratica destinata a ottenere la possibilità di esercitare per conto proprio. In altre categorie di fornitori di prestazioni le relazioni di lavoro sono talvolta autorizzate al di fuori del perfezionamento, ad esempio nell'ergoterapia o nelle cure. In questa prospettiva è opportuno adattare le basi legali alla pratica corrente e allinearsi alla proposta dell'Associazione svizzera di fisioterapia (Fisio), oggi physioswiss.

### **242 Basi giuridiche**

L'articolo 35 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10) elenca i fornitori di prestazioni autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La fisioterapia non è esplicitamente menzionata nella LAMal. Secondo l'articolo 35

capoverso 2 lettera e LAMal sono autorizzate a praticare le persone che forniscono prestazioni su prescrizione o mandato di un medico e le organizzazioni che impiegano queste persone. L'articolo 38 LAMal conferisce al Consiglio federale la competenza di stabilire i requisiti che le persone e le organizzazioni devono soddisfare.

### **243 Disposizione**

Le organizzazioni di fisioterapia devono essere nuovamente autorizzate come fornitori di prestazioni. In tal modo la pratica attuale secondo la quale i fisioterapisti impiegati forniscono prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie potrà essere presa in conto senza provocare un'estensione quantitativa dell'offerta nella fisioterapia.

Analogamente alle organizzazioni di ergoterapia, le organizzazioni di fisioterapia di cui al nuovo articolo 52a OAMal devono 1) essere riconosciute (lett. a) giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano; 2) aver definito il loro campo d'attività quanto al territorio, all'epoca, al tipo di cure e di pazienti (lett. b); 3) disporre delle attrezzature corrispondenti al loro campo di attività (lett. d) e 4) partecipare alle misure di controllo di qualità di cui all'articolo 77 OAMal, intese a garantire, nell'ambito del loro campo di attività, l'effettuazione di cure di buona qualità e adeguate (lett. e). Per contro, le prestazioni delle organizzazioni di fisioterapia devono esplicitamente essere fornite da persone che adempiono le condizioni, di cui all'articolo 47, necessarie a esercitare liberamente la professione (lett. c). Ciò corrisponde, come menzionato all'inizio, a quanto avviene nella prassi attuale. Inoltre, la formulazione è posta di modo da evitare un'estensione quantitativa e da garantire la qualità.

### **25 Ordine delle riduzioni di premi (art. 90b)**

Vista la sentenza 9C\_599/2007 del 18 dicembre 2007<sup>1</sup> nella quale il Tribunale federale si è pronunciato soprattutto sulla questione dell'ordine delle riduzioni dei premi sancito nell'articolo 90b lettere c e d OAMal, applicate alle assicurazioni con franchigia opzionale e scelta limitata dei fornitori di prestazioni, la disposizione deve essere adeguata.

I premi sono dapprima graduati per la determinazione dei premi dell'assicurazione ordinaria. Si tratta concretamente delle riduzioni dei premi in base alle regioni (art 91 cpv. 1 e 2) e ai gruppi di età (art. 91 cpv. 3), disciplinate nelle lettere a e b. Nella sua sentenza, il Tribunale federale conferma anche che il premio ordinario è quello per il quale le riduzioni in funzione dell'età e della regione sono state calcolate.

Nelle lettere c e d di questo articolo, il Consiglio federale intendeva disciplinare l'ordine delle riduzioni dei premi per le franchigie opzionali (art. 95) e per la scelta limitata dei fornitori di prestazioni (art. 101). Il Tribunale federale ha tuttavia ritenuto che la procedura dell'Ufficio federale, che consiste nel calcolare la riduzione dei premi autorizzata per la scelta limitata dei fornitori di prestazioni in percentuale del premio già ridotto in base alla riduzione corrispondente della franchigia scelta e non in percentuale del premio per l'assicurazione ordinaria, costituisce una violazione dell'articolo 101 capoverso 3 OAMal.

Il Tribunale federale non si è pronunciato in merito alla riduzione dei premi corrispondente alla sospensione della copertura degli infortuni (art. 91a). La deduzione in percentuale si riferisce, conformemente al testo dell'ordinanza, al premio con copertura degli infortuni (e non sempre all'assicurazione ordinaria, come per le forme particolari di assicurazione secondo gli articoli 93-101).

Siccome l'ordine delle riduzioni per le *lettere a, b ed e* dell'articolo 90b è chiaro e che le *lettere c e d* non possono essere disciplinate a causa della sentenza del Tribunale federale e della situazione attuale, una norma sull'ordine delle riduzioni dei premi si dimostra superflua. L'articolo 90b può quindi essere abrogato.

---

<sup>1</sup> <http://www.bger.ch/de/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm>

### III. Allegato 1

#### **Esempi di partecipazione dei pazienti al nuovo finanziamento delle cure**

Secondo l'articolo 25a capoverso 5 LAMal (nuovo) i costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo corrispondente al 20 per cento dell'importo massimo fissato dal Consiglio federale.

#### **Paziente in casa di cura**

*Esempio 1: paziente con bisogno terapeutico di 45 minuti al giorno*

Tasse di cura dell'istituto (ipotesi):	Fr.	45.00
Contributo dell'AOMS per il livello 3 (lordo)	Fr.	27.00
Importo residuo (non coperto dall'AOMS)	Fr.	18.00
Partecipazione del paziente (max. 20 % di Fr. 108.-- = Fr. 21.60)	Fr.	18.00
Finanziamento residuo (Cantone)	Fr.	0.00

*Esempio 2: paziente con bisogno terapeutico di oltre 300 minuti al giorno*

Tasse di cura dell'istituto (ipotesi):	Fr.	200.00
Contributo dell'AOMS per il livello 12 (lordo)	Fr.	108.00
Importo residuo (non coperto dall'AOMS)	Fr.	92.00
Partecipazione del paziente (max. 20 % di Fr. 108.-- = Fr. 21.60)	Fr.	21.60
Finanziamento residuo (Cantone)	Fr.	70.40

#### **Paziente che necessita di cure a domicilio (Spitex)**

*Esempio 1: paziente con bisogno terapeutico di 20 minuti al giorno (10 minuti per il trattamento e 10 minuti per le cure di base) al giorno*

Tariffa Spitex (ipotesi):	Fr.	35.00
Contributo dell'AOMS per 10 minuti di trattamento (lordo)	Fr.	10.90
Contributo dell'AOMS per 10 minuti di cura di base (lordo)	Fr.	9.10
Importo residuo (non coperto dall'AOMS)	Fr.	15.00
Partecipazione del paziente (max. 20 % di Fr. 79.80 = Fr. 15.95)	Fr.	15.00
Finanziamento residuo (Cantone)	Fr.	0.00

*Esempio 2: paziente con bisogno terapeutico di 80 minuti al giorno (20 minuti per il trattamento e 60 minuti per le cure di base) al giorno*

Tariffa Spitex (ipotesi):	Fr.	140.00
Contributo dell'AOMS per 20 minuti di trattamento (lordo)	Fr.	21.80
Contributo dell'AOMS per 60 minuti di cura di base (lordo)	Fr.	54.60
Importo residuo (non coperto dall'AOMS)	Fr.	63.60
Partecipazione del paziente (max. 20 % di Fr. 79.80 = Fr. 15.95)	Fr.	15.95
Finanziamento residuo (Cantone)	Fr.	47.65