



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Alternative all'attuale gestione strategica delle autorizzazioni per i medici

Rapporto del Consiglio federale in adempimento del
postulato 16.3000 CSS-CS del 12 gennaio 2016

del 03.03.2017

Sintesi

Situazione iniziale

Poco tempo dopo l'entrata in vigore della LAMal nel 1996, il forte aumento dei costi nel settore ambulatoriale ha portato il Parlamento a cercare una soluzione per gestire l'offerta in questo ambito. Con la prospettiva dell'entrata in vigore dell'Accordo tra la Confederazione Svizzera e la Comunità europea sulla libera circolazione delle persone (ALC) nel 2002, già per il 1° gennaio 2001 la competenza del Consiglio federale di stabilire una clausola del bisogno limitata a tre anni è stata definita. Concretizzata poi dalla relativa ordinanza il 2 luglio 2002. Da allora, il Consiglio federale e il Parlamento non hanno smesso di cercare una nuova soluzione per gestire l'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale, tuttavia senza successo. Prorogata a tre riprese con forme in parte diverse, la limitazione delle autorizzazioni è scaduta il 31 dicembre 2011. È stata reintrodotta d'urgenza il 1° luglio 2013, ancora una volta per un periodo di tre anni, in seguito al forte incremento del numero di medici che esercitano la professione in uno studio medico in alcune regioni. Nel 2015, un progetto del Consiglio federale di gestione strategica del settore ambulatoriale è stato respinto dal Parlamento al momento del voto finale, nonostante fosse basato su un modello della Federazione dei medici svizzeri (FMH) e della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e fosse stato elaborato coinvolgendo gli attori del settore.

Mandato

Il 21 gennaio 2016, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha depositato l'iniziativa parlamentare 16.401 «Proroga dell'articolo 55a LAMal», che consente di prorogare nuovamente la validità dell'articolo 55a LAMal per una durata di tre anni, con scadenza il 30 giugno 2019. Il Consiglio federale ha altresì prorogato l'ordinanza di applicazione, anche in questo caso con una durata limitata fino al 30 giugno 2019. Nel corso delle discussioni, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha depositato il postulato 16.3000, che incarica il Consiglio federale di studiare, in collaborazione con le principali parti interessate, diversi scenari o varianti per la futura gestione strategica secondo il bisogno delle autorizzazioni dei medici a praticare a carico dell'AOMS e di presentare un rapporto in merito. La CSSS-N ha completato il mandato conferito dal postulato depositando la mozione 16.3001, che chiede al Consiglio federale di sottoporre al Parlamento proposte di modifica della LAMal in base ai risultati del rapporto relativo al postulato. Il testo approvato dalle Camere in seguito all'iniziativa parlamentare 16.401 incarica altresì il Consiglio federale di porre in consultazione, entro il 30 giugno 2017, un avamprogetto di legge nel senso del postulato 16.3000 e della mozione 16.3001.

Problematica

Già al momento dell'introduzione della limitazione delle autorizzazioni, si erano riscontrate differenze notevoli tra i Cantoni in termini di densità della copertura sanitaria e di costi a carico dell'assicurazione malattie. Da allora queste differenze si sono ulteriormente accentuate, segnatamente nel corso dei 18 mesi che hanno preceduto la reintroduzione della misura il 1° luglio 2013. Mentre spesso si riscontra una penuria di medici di base nelle regioni periurbane e rurali, i Cantoni sono perlopiù chiamati a gestire un eccesso di specialisti nelle regioni urbane. Uno studio condotto su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) mostra che la maggior parte dei Cantoni valuta positivamente la limitazione delle autorizzazioni come strumento di gestione strategica dell'offerta di prestazioni ambulatoriali. Tuttavia, la clausola che dispensa dall'autorizzazione secondo il bisogno i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto, aggiunta nel 2013,

ne limita l'efficacia, provocando altresì tensioni con l'Unione europea, che la ritiene indirettamente discriminatoria nei confronti dei cittadini degli stati membri dell'UE e dunque contraria all'ALC. Benché non contribuisca a migliorare la qualità delle prestazioni, la limitazione delle autorizzazioni permette di arginare l'aumento dei costi nel settore ambulatoriale. Peraltro, la Svizzera non è il solo Paese intenzionato a gestire l'offerta di prestazioni ambulatoriali. Numerosi Paesi membri dell'OCSE, vicini alla Svizzera, hanno a loro volta introdotto vari meccanismi di regolamentazione dell'offerta. Tuttavia, la riproduzione in Svizzera dei modelli più interessanti, come quelli della Germania o dei Paesi Bassi, renderebbe necessaria una revisione profonda del nostro sistema di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Processo partecipativo

Al fine di pervenire a un risultato condiviso dalla maggioranza, l'Amministrazione ha integrato fin dall'inizio dei lavori gli attori chiave del settore ambulatoriale ed degli esperti riconosciuti nell'ambito della sanità. Un questionario esplorativo è stato così trasmesso nella primavera del 2016 ai principali attori del settore ambulatoriale. Dopo l'analisi delle risposte ricevute e la redazione di una prima versione di un progetto del rapporto, a settembre 2016 le organizzazioni interpellate sono state invitate dall'UFSP a partecipare a tre workshop tematici di mezza giornata ciascuno e moderati dagli esperti Markus Moser, Willy Oggier e Thomas Zeltner. Nell'ambito di questi workshop, sono stati analizzati in dettaglio tre possibili percorsi di soluzione: il miglioramento della gestione strategica delle autorizzazioni, la flessibilizzazione della libertà di contrarre e l'introduzione di tariffe differenziate. Inoltre, prima di tutto sono state definite alcune basi tecniche, valide per qualsiasi soluzione adottata.

Risultati delle discussioni

Dalle discussioni emerge chiaramente l'impossibilità di gestire l'offerta di prestazioni ambulatoriali mediante una differenziazione delle tariffe, a meno di introdurre una differenziazione considerevole che creerebbe nuovi incentivi indesiderati. Tuttavia, le disposizioni legali in materia di tariffe lasciano già un certo margine di manovra agli attori. Un rafforzamento di tali disposizioni sarebbe possibile con l'aggiunta di un obbligo di prevedere meccanismi di controllo dei costi e delle prestazioni nelle convenzioni.

Favorire le tariffe forfettarie limiterebbe inoltre alcuni incentivi negativi legati alle tariffe per singola prestazione. Altri adattamenti delle disposizioni in materia di tariffe permetterebbero in particolare di sbloccare le trattative inerenti alle necessarie revisioni delle tariffe.

Non vi è, invece, consenso su un modello di flessibilizzazione della libertà di contrarre, anche in un quadro rigoroso. Per pervenire a un accordo su un modello a lungo termine, sono ancora necessarie numerose discussioni tra gli attori. In ogni caso, una flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre non potrà sostituire la limitazione delle autorizzazioni dal 1° luglio 2019.

La limitazione delle autorizzazioni, per quanto controversa, ha comunque dato prova di una certa efficacia nell'arginare l'aumento dei costi delle prestazioni del settore ambulatoriale e nell'influire sulla scelta dei medici del luogo in cui stabilirsi. Sulla base di tale constatazione, il Consiglio federale è disposto a sottoporre una nuova proposta di gestione dell'offerta di prestazioni tenendo conto dei risultati delle discussioni. Il meccanismo proposto dovrà permettere di valutare quantitativamente l'offerta di prestazioni considerando il tasso di attività dei fornitori di prestazioni e la mobilità dei pazienti. Dovrà consentire di contenere i costi dovuti a un'offerta eccedentaria, nonché di migliorare la qualità delle prestazioni.

Indice

1	Introduzione	4
1.1	Situazione iniziale	4
1.2	Mandato	5
1.3	Procedura adottata	6
1.4	Struttura del rapporto	7
2	Basi legali.....	8
2.1	Fornitori di prestazioni.....	8
2.2	Assicuratori	8
2.3	Cantoni.....	10
2.4	Prestazioni	10
2.5	Tariffe.....	11
2.6	Finanziamento e rimborso delle prestazioni.....	12
2.7	Qualità ed economicità delle prestazioni.....	13
2.8	Strumenti di contenimento dei costi	14
3	Punto della situazione.....	15
3.1	Problematica dell'offerta di prestazioni	15
3.2	Articolo 55a LAMal.....	16
3.3	Altri problemi nel settore ambulatoriale.....	24
3.4	Confronto internazionale.....	28
4	Percorsi di soluzione.....	31
4.1	Basi tecniche.....	32
4.2	Limitazione delle autorizzazioni	41
4.3	Libertà di contrarre.....	44
4.4	Tariffe differenziate	50
5	Sintesi	56
5.1	Introduzione	56
5.2	Limitazione delle autorizzazioni	56
5.3	Libertà di contrarre.....	57
5.4	Tariffe differenziate	57
5.5	Bilancio dei percorsi di soluzione trattati	58
5.6	Elementi di una soluzione a medio termine per rilevare e gestire l'offerta.....	58
5.7	Altri lavori	62
6	Seguito dei lavori	63

1 Introduzione

1.1 Situazione iniziale

La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) è entrata in vigore il 1° gennaio 1996. Essa ha consentito di rendere l'assicurazione obbligatoria, eliminando le differenze di premi dovute all'età d'entrata o al sesso degli assicurati ha permesso di rafforzare la solidarietà tra gli assicurati. Per di più, la LAMal ha permesso di sviluppare misure volte a ridurre la domanda (come una partecipazione ai costi più elevata o la possibilità di scegliere altre forme di assicurazione) e altre intese a gestire l'offerta (p. es. la pianificazione ospedaliera). Evoluzioni che hanno permesso di modernizzare l'assicurazione malattie, iscrivendola in una logica sociale solidale ma anche di mercato concorrenziale. Quest'ultimo, preesistente, è stato mantenuto sia per gli assicuratori sia per i fornitori di prestazione. Poco tempo dopo l'entrata in vigore della legge, la necessità di gestire l'offerta nel settore ambulatoriale è tornata di attualità nei dibattiti, in seguito al forte aumento dei costi in tale ambito. Il dibattito ha preso ulteriore vigore negli ultimi anni. Le serie temporali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, integrate dall'utilizzazione dei dati del Datenpool di SASIS SA mostrano tuttavia evoluzioni diverse nei vari ambiti. I costi delle prestazioni dei medici in uno studio medico sono aumentati quasi del 20 per cento tra il 2009 e il 2015¹. Mentre il numero di consultazioni per abitante è rimasto praticamente stabile (+3%), nello stesso periodo le prestazioni lorde per singola consultazione sono aumentate del 24 per cento. Questo aumento è più marcato per gli specialisti che per i generalisti. Al contrario, nel settore ambulatoriale degli ospedali, i costi sono aumentati del 36 per cento principalmente a causa del numero di consultazioni per abitante (+33%), a fronte di costi stabili per singola consultazione. Nel settore stazionario degli ospedali è stato rilevato un aumento del 15 per cento dei costi per assicurato. L'incremento del 12 per cento del numero dei casi di ospedalizzazione concerne in gran parte le persone di 70 anni e oltre. È stato riscontrato anche un aumento dei casi d'urgenza. La recente riforma del finanziamento ospedaliero e l'introduzione di importi forfettari per singolo caso SwissDRG nel 2012 rendono tuttavia difficile un'analisi approfondita in questo ambito.

Il 24 marzo 2000 il Parlamento ha deciso di introdurre una prima clausola del bisogno, limitata a tre anni, in vista dell'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC; RS 0.142.112.681), accettato dal Popolo il 21 maggio 2000 ed entrato in vigore il 1° giugno 2002. La possibilità di limitare le autorizzazioni è quindi entrata in vigore il 1° gennaio 2001. Il Consiglio federale ne ha fatto uso a partire dal 3 luglio 2002, data dell'entrata in vigore dell'ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OLNF; RS 832.103). Da allora, il Consiglio federale e il Parlamento non hanno smesso di cercare una nuova soluzione per gestire l'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale, tuttavia senza successo. Prorogata a tre riprese con forme parzialmente differenti, la limitazione delle autorizzazioni è scaduta il 31 dicembre 2011, ma è stata reintrodotta d'urgenza il 1° luglio 2013, ancora una volta per una durata di tre anni, per dare al Consiglio federale il tempo di proporre una nuova soluzione a lungo termine. Questo strumento è stato reintrodotta per tale periodo da 18 Cantoni, mentre era stato applicato da tutti i Cantoni fino al 2011. Il Consiglio federale ha condotto rapidamente i lavori di preparazione del proprio messaggio del 18 febbraio 2015 concernente la modifica

¹Fonti: Datenpool SASIS SA e statistica dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie 1996-2015: www.bag.admin.ch/kvstat (Il contenuto completo è disponibile unicamente sulle pagine in tedesco e francese).

della LAMal (Gestione strategica del settore ambulatoriale)² (in appresso messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale), al fine di garantire che una soluzione a lungo termine potesse finalmente sostituire la clausola del bisogno introdotta quasi 15 anni prima. Due tavole rotonde hanno permesso di discutere in linea di principio le proposte esistenti e di accordarsi su un percorso da seguire. Il Parlamento avrebbe pertanto avuto a disposizione un progetto già ampiamente consolidato con gli attori del sistema. Al momento della consultazione, tuttavia, è emerso che le conclusioni delle tavole rotonde non avevano sopportato la trasposizione in un testo di legge. Gli attori consultati, ad eccezione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e della maggioranza dei Cantoni, si sono espressi nettamente contro il progetto del Consiglio federale, trovandolo troppo lontano dal loro rispettivo modello ideale. Il progetto di gestione strategica del settore ambulatoriale, benché elaborato con il coinvolgimento degli attori interessati, è stato rapidamente modificato dal Parlamento, in modo tale da prevedere solamente la proroga della limitazione delle autorizzazioni già in vigore, questa volta senza scadenza temporale. Il 18 dicembre 2015, il Consiglio nazionale ha respinto questo progetto in sede di voto finale. Questo episodio ha lasciato libero il campo legislativo in materia di gestione dell'offerta e di contenimento dei costi nel settore ambulatoriale dal 30 giugno 2016. Esso evidenzia soprattutto un ulteriore fallimento nella ricerca di una soluzione applicabile a lungo termine per gestire il settore ambulatoriale.

Il 21 gennaio 2016, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha depositato l'iniziativa parlamentare 16.401 «Proroga dell'articolo 55a LAMal». Il rapporto della Commissione e il progetto di revisione del 24 febbraio 2016 hanno ricevuto il sostegno del Consiglio federale il 6 aprile 2016. Il progetto è stato approvato al voto finale il 17 giugno 2016. Il 1° luglio 2016, l'articolo 55a LAMal è così nuovamente entrato in vigore, sotto forma di legge federale urgente, con scadenza al 30 giugno 2019. Il Consiglio federale ha altresì prorogato l'ordinanza di applicazione, anche in questo caso con una durata limitata fino al 30 giugno 2019. Il testo approvato dalle Camere incarica altresì il Consiglio federale di porre in consultazione, entro il 30 giugno 2017, un avamprogetto di legge nel senso del postulato 16.3000 e della mozione 16.3001.

1.2 Mandato

Il postulato 16.3000 «Alternative all'attuale gestione strategica delle autorizzazioni per i medici» è stato depositato il 12 gennaio 2016 dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S). Il testo incarica il Consiglio federale "di studiare, in collaborazione con le principali parti interessate, diversi scenari o varianti per la futura gestione strategica secondo il bisogno delle autorizzazioni dei medici a fatturare a carico dell'AOMS e di presentare un rapporto in merito. La valutazione dell'approvvigionamento sanitario dovrà essere fondata su criteri quali la "densità dei medici" e la "qualità dell'assistenza" applicati alle singole categorie di medici, al livello dei costi, ecc. Nel rapporto, il Consiglio federale dovrà fissare un limite massimo e un limite minimo per ogni categoria che aggiornerà e pubblicherà in seguito periodicamente. I Cantoni gestiranno le autorizzazioni nella loro sfera di competenza nel quadro dei limiti prescritti. Il rapporto dovrà inoltre mostrare come le autorizzazioni possano essere gestite anche mediante le tariffe e studiare la possibilità di consentire agli assicuratori di non concludere contratti con singoli fornitori di prestazioni appartenenti a categorie in cui il numero di fornitori autorizzati sia superiore al limite stabilito dal Consiglio federale. La limitazione non deve essere riferita soltanto agli studi medici, ma anche al settore ambulatoriale degli ospedali. I medici generici non sono soggetti ad alcuna

² FF 2015 2109, 15.020

restrizione." Il 27 gennaio 2016 il Consiglio federale ha proposto di accogliere il postulato, che è stato poi adottato dal Consiglio degli Stati il 2 marzo 2016.

Il 22 gennaio 2016, la CSSS-N ha depositato la mozione 16.3001 «Sistema sanitario. Equilibrare l'offerta differenziando il valore del punto», che completa il mandato del postulato 16.3000. La mozione incarica il Consiglio federale di «sottoporre al Parlamento proposte di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) – sulla base dei risultati... [del rapporto summenzionato] – che permettano in particolare di differenziare il valore del punto in funzione della regione, della gamma di prestazioni o di criteri di qualità. I partner tariffali potranno così assumere le loro responsabilità e provvedere ad una distribuzione territoriale equilibrata dell'offerta». Il testo della motivazione invita inoltre il Consiglio federale a prendere posizione entro la fine del 2016 permettendo così al Parlamento di pronunciarsi prima della scadenza del disciplinamento vigente. Il 4 marzo 2016 il Consiglio federale ha proposto di accogliere la mozione, che è stata poi adottata dal Consiglio nazionale il 15 marzo 2016 e dal Consiglio degli Stati il 7 giugno 2016.

1.3 Procedura adottata

Vista la richiesta del postulato 16.3000 di presentare il rapporto in collaborazione con le principali parti interessate, una prima tappa dei lavori è stata dedicata a definire le modalità di coinvolgimento degli attori nella procedura. Tenuto conto dell'esperienza delle tavole rotonde organizzate in vista della redazione del messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale³, l'Amministrazione ha deciso di predisporre un questionario, il cui approccio si allontanava dai modelli delineati nelle precedenti discussioni, fondandosi sul quadro definito dal Parlamento e segnatamente sui seguenti presupposti:

- la gestione strategica delle autorizzazioni da attuare dovrà risolvere il problema dell'offerta eccedentaria, quando favorisce l'incremento delle prestazioni utilizzate e provoca l'aumento dei costi;
- la questione dei medici di base è marginale dal momento che il postulato prevede esplicitamente che non debbano sottostare ad alcuna restrizione.

Il questionario conteneva dieci domande, concernenti il contenimento dell'aumento delle quantità, il mantenimento della qualità dell'offerta di prestazioni e la riduzione dell'offerta inadeguata nonché la soppressione degli incentivi sfavorevoli del sistema.

L'11 aprile 2016 il questionario è stato trasmesso a otto attori principali che hanno avuto modo di trasmettere le proprie risposte all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) entro il 6 maggio 2016. Quattro attori hanno risposto: le associazioni degli assicuratori-malattie santésuisse e curafutura, la Federazione dei medici svizzeri (FMH) e H+ Gli ospedali svizzeri. La CDS ha comunicato che il termine per la risposta non era sufficiente. Tre organizzazioni non hanno contattato l'UFSP: la Federazione svizzera dei pazienti (DVSP), la fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP) e la Federazione dei piccoli e medi assicuratori-malattie (RVK).

L'UFSP ha inoltre chiesto a tre esperti riconosciuti nell'ambito assicurazione malattie e già consultati nel quadro della strategia globale Sanità2020 del Consiglio federale (Markus Moser, Willy Oggier e Thomas Zeltner) di prendere posizione in merito al questionario. La gestione delle autorizzazioni ha in effetti un legame con l'area d'intervento 4 «Creare trasparenza, migliorare la direzione strategica e il coordinamento» di Sanità2020, vista la mancanza di

³ Cfr n. 2

trasparenza constatata nel sistema sanitario svizzero in merito alle prestazioni fornite, la loro utilità e il loro costo. L'obiettivo 4.2 «Migliorare la direzione strategica della politica sanitaria» dovrebbe poter essere raggiunto con misure volte a migliorare la collaborazione tra i Cantoni e la Confederazione, a mettere in atto nuove soluzioni di gestione strategica, a sbloccare le trattative tariffali o a ottimizzare il finanziamento ospedaliero. Uno dei progetti presentati nell'ambito di questo obiettivo riguarda la «gestione strategica delle autorizzazioni», oltre al «finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali» o ancora all'«attuazione della competenza sussidiaria [in materia tariffale]».

Dopo aver analizzato le risposte ricevute, una prima versione dei capitoli 1-4 del progetto di rapporto è stata trasmessa alle organizzazioni interpellate, che sono state invitate all'UFSP per tre workshop tematici di mezza giornata ciascuno, moderati dagli esperti. Questi workshop hanno permesso di approfondire e precisare le posizioni degli attori in merito ad alcune domande. Il primo workshop, dedicato ai dati di base generali e alla limitazione delle autorizzazioni, moderato da Thomas Zeltner, si è tenuto il 15 settembre 2016. Il secondo workshop, moderato da Markus Moser, si è tenuto il 22 settembre 2016 e si è occupato della libertà di contrarre e dell'individuazione di criteri di qualità relativi alle prestazioni. L'ultimo workshop, moderato da Willy Oggier e tenutosi il 27 settembre 2016, verteva sulla tematica delle tariffe differenziate. Ai partecipanti sono poi stati trasmessi i verbali dei workshop e una sintesi delle discussioni. Le posizioni espresse dagli attori e dagli esperti durante questa procedura hanno consentito di completare il rapporto.

1.4 Struttura del rapporto

Il capitolo 2 del rapporto presenta una panoramica delle basi legali applicabili alla presa in carico e alla tariffazione delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, dei ruoli dei vari attori e degli strumenti di contenimento dei costi previsti. Il capitolo 3 fa il punto della problematica e della gestione dell'offerta di prestazioni in Svizzera. Il capitolo contiene inoltre la storicizzazione e il bilancio della limitazione delle autorizzazioni. Completa questo capitolo l'analisi di altre problematiche, come gli incentivi legati al sistema e il conflitto di ruoli dei Cantoni, spesso citate insieme a quella concernente l'offerta di prestazioni, e la descrizione di alcune soluzioni realizzate nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). I diversi percorsi di soluzione sono discussi al capitolo 4. Il n. 4.1 discute alcune questioni di base, valide per qualsiasi percorso di soluzione scelto: Come definire il bisogno? Come identificare un'offerta eccedentaria e un'offerta insufficiente? Quali sono i ruoli dei vari attori e come devono coordinarsi? È necessario fissare un'eccezione per i medici di base? Come considerare il settore ambulatoriale degli ospedali? Secondo quali criteri è possibile selezionare i fornitori di prestazioni? La limitazione delle autorizzazioni, la libertà di contrarre e la differenziazione delle tariffe sono trattate ai n. 4.2-4.4, i quali contengono i vari concetti teorici, le discussioni precedenti su tali temi, le posizioni generali degli attori in merito a questi modelli e le loro risposte ad alcuni punti trattati in modo più approfondito. Il capitolo 5 contiene una sintesi delle discussioni, comprendente le conclusioni del Consiglio federale. Il capitolo 6, infine, delinea il possibile seguito dei lavori.

2 Basi legali

2.1 Fornitori di prestazioni

La pratica a carico dell'assicurazione obbligatoria sottostà al rispetto delle esigenze giuste gli articoli 36-40 LAMal (art. 35 cpv. 1 LAMal), che disciplinano le condizioni per l'autorizzazione. Le disposizioni di questi articoli fanno dipendere l'autorizzazione per i medici e i farmacisti dal solo possesso di un diploma federale e di un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale (art. 36 cpv. 1 LAMal per i medici e art. 37 cpv. 1 LAMal per i farmacisti). Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione dei professionisti titolari di un attestato scientifico equivalente (art. 36 cpv. 2 e 37 cpv. 2 LAMal). Per gli altri fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere c-g, i e m LAMal, è il Consiglio federale a disciplinare l'autorizzazione (art. 38 LAMal). Pertanto, i chiropratici devono aver seguito sia la formazione richiesta sia un perfezionamento (art. 44 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie [OAMal; RS 832.102]), ma le levatrici devono attestare, oltre al diploma, anche un'attività pratica di due anni effettuata presso una levatrice autorizzata o nel reparto d'ostetricia di un ospedale sotto la direzione di una levatrice (art. 45 OAMal). Dispensando cure previa prescrizione medica, fisioterapisti (art. 47 OAMal), ergoterapisti (art. 48 OAMal), infermieri (art. 49 OAMal), logopedisti (art. 50 OAMal) e dietisti (art. 50a OAMal) devono essere titolari di diplomi riconosciuti e aver effettuato un'attività pratica di due anni presso un professionista autorizzato della propria branca. Gli stessi requisiti in materia di formazione e perfezionamento valgono per i fornitori di prestazioni attivi nell'ambito di organizzazioni. Una volta autorizzato a esercitare la professione e fuori dal campo d'applicazione dell'articolo 55a LAMal, il fornitore di prestazioni è, dopo aver riempito le condizioni di ammissione, autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

L'ALC, ratificato nel quadro degli accordi bilaterali I, ha segnatamente come obiettivo di conferire un diritto di ingresso, di soggiorno e di accesso a un'attività economica dipendente, un diritto di stabilimento quale lavoratore autonomo e il diritto di rimanere sul territorio delle parti contraenti (art. 1 lett. a). Secondo l'articolo 9, le parti contraenti adottano le misure necessarie per quanto riguarda il riconoscimento reciproco dei diplomi, descritti ed elencati all'allegato III dell'accordo. Secondo l'articolo 55 della direttiva 2005/36/CE, cui fa riferimento l'allegato III ALC, gli Stati membri che, alle persone che hanno acquisito le qualifiche professionali sul loro territorio, chiedono un tirocinio preparatorio e/o un periodo d'esperienza professionale per essere affiliati ad un regime di assicurazione contro le malattie, dispensano da quest'obbligo i titolari di qualifiche professionali di medico e di dentista acquisite in un altro Stato membro. Questa regolamentazione non esclude tuttavia di fissare altre condizioni per esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, fintanto che i cittadini europei debbano sottostare alle stesse condizioni di quelli svizzeri e non possano essere constatate discriminazioni indirette, vale a dire che le condizioni richieste ai fornitori di prestazioni non possano essere soddisfatte più facilmente dagli svizzeri che dagli europei.

2.2 Assicuratori

Il 1° gennaio 2016 è entrata in vigore la legge federale del 26 settembre 2014 concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie [LVAMal; RS 832.12]), che si pone l'obiettivo di disciplinare la vigilanza esercitata dalla Confederazione nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie sulle casse malati, sulle imprese di assicurazione private sottoposte alla legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), sui riassicuratori e sull'istituzione comune di cui all'articolo 18 LAMal. Questa legge si prefigge segnatamente di tutelare gli interessi degli assicurati conformemente alla LAMal, in particolare garantendo la trasparenza nell'assicurazione sociale malattie e la solvibilità delle casse malati.

La nuova legge permette altresì una vigilanza maggiore da parte delle autorità di vigilanza, che dispongono anche di maggiori possibilità sanzionatorie in caso di mancato rispetto della legge da parte degli assicuratori.

Gli assicurati sottostanno a un regime di autorizzazione (art. 4 LVAMal) e la domanda deve essere corredata del piano d'esercizio (art. 7 LVAMal), le cui modifiche devono essere comunicate e autorizzate (art. 8 LVAMal).

La LVAMal disciplina segnatamente il finanziamento delle assicurazioni malattie (art. 12-19 LVAMal). In questo senso, l'articolo 16 LVAMal stabilisce che le tariffe dei premi per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera individuale necessitano dell'approvazione dell'autorità di vigilanza. Non possono essere rese pubbliche né applicate prima della loro approvazione. L'autorità di vigilanza verifica se le tariffe dei premi presentate garantiscono la solvibilità dell'assicuratore e gli interessi degli assicurati ai sensi della LAMal. I premi dell'assicuratore coprono i costi specifici dei Cantoni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. L'assicuratore tiene conto in particolare della compensazione dei rischi, delle variazioni degli accantonamenti nonché dell'effettivo degli assicurati nel Cantone interessato e delle variazioni correnti di tale effettivo.

Gli assicuratori hanno un ruolo di «vigilanza» dei fornitori di prestazioni e delle prestazioni in particolare mediante il controllo delle fatture e il carattere economico delle prestazioni. L'articolo 59 capoverso 3 LAMal fornisce un elenco non esaustivo delle violazioni delle condizioni legali o delle clausole contrattuali che possono essere segnatamente rilevate dagli assicuratori:

- a. l'inosservanza dell'imperativo di economicità secondo l'articolo 56 capoverso 1;
- b. l'inadempimento o il non corretto adempimento dell'obbligo d'informazione secondo l'articolo 57 capoverso 6;
- c. il rifiuto di partecipare a misure di garanzia della qualità secondo l'articolo 58;
- d. l'inosservanza della protezione tariffale secondo l'articolo 44;
- e. il fatto di non aver traslato sconti secondo l'articolo 56 capoverso 3;
- f. la manipolazione fraudolenta di conteggi o il rilascio di attestati inveritieri.

L'articolo 56 capoversi 1 e 2 permette all'assicurato, o all'assicuratore nel sistema del terzo pagante, di rifiutare a fornitori di prestazioni la remunerazione delle prestazioni eccedenti quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Il 23 dicembre 2011, il Parlamento ha introdotto all'articolo 56 capoverso 6 LAMal⁴ l'obbligo per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori di stabilire mediante contratto un metodo di controllo dell'economicità delle prestazioni. Ciò al fine di migliorare il metodo (analisi della varianza) applicato dagli assicuratori.

Dal momento che le tariffe e i prezzi sono stabiliti per convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (art. 43 cpv. 4 LAMal), anche in questo caso gli assicuratori hanno un ruolo da svolgere, insieme ai fornitori di prestazioni, per quanto concerne l'economicità delle

⁴ RU 2012 4087

prestazioni. Infatti, l'autonomia contrattuale è limitata segnatamente dalle disposizioni contenute nella LAMal come il rispetto delle regole dell'economia e di una struttura adeguata (art. 43 cpv. 4 LAMal) o la conformità alla legge e ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal).

2.3 Cantoni

L'articolo 117a capoverso 1 della Costituzione federale stabilisce che, nell'ambito delle loro competenze, la Confederazione e i Cantoni provvedono affinché tutti abbiano accesso a cure mediche di base sufficienti e di qualità. Entrambi riconoscono e promuovono la medicina di famiglia come componente fondamentale di tali cure. La LAMal definisce diversi compiti di responsabilità dei Cantoni che vanno, in particolare, dalla pianificazione ospedaliera (art. 39 LAMal) all'approvazione delle tariffe (art. 46 cpv. 4 LAMal) o eventualmente alla loro fissazione (art. 47 LAMal).

Nell'ambito della gestione del settore ambulatoriale, i Cantoni dispongono della possibilità di far dipendere dalla prova del bisogno l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie (art. 55a LAMal). La genesi di questa disposizione nonché la sua applicazione da parte dei Cantoni saranno approfondite più avanti nel presente rapporto.

Per quanto concerne le tariffe, i Cantoni non sono, in linea di principio, parti alla convenzione tariffale (art. 46 cpv. 1 LAMal) - se si esclude l'eccezione prevista all'articolo 46 capoverso 1bis LAMal concernente le misure preventive - ma possono avere un'influenza sulle tariffe attraverso il loro ruolo di autorità che le approva o le stabilisce. La facoltà accordata ai Cantoni di dare la propria approvazione è in ogni caso connessa a quella di indicare a quali condizioni la medesima verrà concessa o no (DTF 138 II 398, consid. 9.4). I partner tariffali o le autorità competenti devono, al momento della negoziazione o della fissazione, vegliare affinché le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate (art. 43 cpv. 4, secondo periodo, LAMal). Inoltre, l'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4, secondo periodo, LAMal). Le autorità cantonali hanno altresì la possibilità di congelare le tariffe approvate, a patto che siano soddisfatte le condizioni enunciate all'articolo 55 capoverso 1 LAMal (cfr. gli strumenti di contenimento dei costi di seguito).

2.4 Prestazioni

Nella LAMal sono fissate le condizioni per la presa a carico delle prestazioni da parte dell'AOMS: le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche (criteri EAE). L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici (art. 32 cpv. 1 LAMal). Il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni (art. 33 cpv. 1 LAMal). Esso determina in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi d'una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o economicità sono ancora in fase di valutazione (art. 33 cpv. 3 LAMal). Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) designa altresì analisi, mezzi e apparecchi coperti dall'AOMS, nonché preparati e sostanze attive e ausiliarie impiegati per la prescrizione magistrale (art. 52 cpv. 1 LAMal). In tale contesto il DFI nomina commissioni che consulta ai fini della designazione delle prestazioni (art. 33 cpv. 4 LAMal).

La definizione dell'obbligo di prestazione ai sensi dell'articolo 33 capoverso 1 LAMal significa che, in linea di massima, i costi delle prestazioni vengono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, salvo disposizione contraria. Per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche l'obbligo di presa a carico è quindi implicito (principio della fiducia). L'autorità che ha emesso l'ordinanza può escludere dalle prestazioni obbligatorie le cure

nuove o contestate fino a quando non avranno superato un esame metodico relativo alla loro efficacia, idoneità o economicità (art. 33 cpv. 3 LAMal). Ha anche la possibilità di autorizzare nuove tecniche o metodi solo per determinate indicazioni, qualora l'articolo 32 capoverso 1 LAMal venga soddisfatto solo per una precisa indicazione, o di fare dipendere la loro autorizzazione da una precisa competenza professionale del fornitore della prestazione (art. 58 cpv. 3 lett. b LAMal). Infine, può autorizzare la prestazione in corso di chiarimento previo esame e a condizione di un accertamento definitivo delle condizioni previste dall'articolo 32 LAMal. Le prestazioni nuove o contestate possono essere efficaci, appropriate ed economiche anche se non vi è ancora una prova sufficiente che dimostri tali caratteristiche.

Le prestazioni mediche relative ai trattamenti terapeutici sono riportate in un elenco non esaustivo, ovvero in un ristretto catalogo «negativo» o «condizionale». Quest'elenco è integrato nell'allegato 1 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31). Esso definisce per molte prestazioni le condizioni per l'assunzione dei costi quali la restrizione a determinate indicazioni terapeutiche, le condizioni che i fornitori di prestazioni devono soddisfare, oppure (per prestazioni giusta l'art. 33 cpv. 3 LAMal) le limitazioni temporali dell'obbligo di presa a carico con la condizione di una valutazione da parte dei fornitori di prestazioni. Per i medicinali, le analisi, i mezzi e apparecchi, le prestazioni mediche di prevenzione, le prestazioni in caso di maternità nonché le prestazioni non effettuate da un medico vengono invece redatti elenchi esaustivi (cosiddetti elenchi positivi, art. 33 cpv. 2 LAMal).

2.5 Tariffe

L'articolo 24 LAMal stabilisce che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31 LAMal, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34 LAMal. Ai sensi dell'articolo 43 capoversi 1 e 4 LAMal, i fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe o prezzi stabiliti per convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni oppure dalle autorità competenti nei casi previsti dalla legge. In tale contesto occorre vegliare affinché le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate. Si dovrà inoltre vigilare affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal).

La tariffa è una base di calcolo della remunerazione. In particolare essa può attribuire punti per prestazione e fissare il valore del punto (tariffa per singola prestazione; art. 43 cpv. 2 lett. b LAMal). L'ammontare della remunerazione da parte dell'AOMS è pertanto, a livello di calcolo, il prodotto tra punto e valore del punto.

La tariffa deve essere conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal). Il principio dell'economicità nell'AOMS è cruciale, perché solo se questo principio è rispettato per tutti gli aspetti dell'assicurazione (prestazioni, fornitori di prestazioni o tariffe), i costi dell'assicurazione possono essere giustificati alla comunità degli assicurati.

Sulla base dell'articolo 43 capoverso 7 LAMal, il Consiglio federale ha la competenza di stabilire principi affinché le tariffe siano calcolate secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate. Il Consiglio federale si è avvalso di questa competenza, prevedendo nell'OAMal che la tariffa possa coprire al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente (art. 59c cpv. 1 lett. a OAMal). Inoltre, per stabilire se una tariffa è economica, l'autorità preposta alla sua approvazione deve verificare se copre al massimo i costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni (art. 59c cpv. 1 lett. b OAMal). Infine, in ossequio al principio dell'economicità, i costi del sistema devono restare sostenibili per gli assicurati.

2.6 Finanziamento e rimborso delle prestazioni

Ai sensi dell'articolo 12 LVAMal, gli assicuratori finanziano l'assicurazione sociale malattie secondo il sistema di copertura dei bisogni. A tale scopo devono segnatamente disporre di un capitale di partenza sufficiente, essere sempre in grado di soddisfare gli obblighi finanziari e, in particolare, disporre delle riserve necessarie (art. 5 lett. d LVAMal).

I premi degli assicurati restano la principale fonte di finanziamento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie (art. 61 LAMal e 89-91 b OAMal), oltre alla partecipazione degli assicurati (art. 64 LAMal e 103-105 OAMal) e ai sussidi dell'ente pubblico per la riduzione dei premi (art. 65-66a LAMal e 106 OAMal).

Questi diversi elementi permettono di comprendere che per premio va inteso il contributo per assicurato al finanziamento delle spese degli assicuratori per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (TAF 124 V 333). I premi sono stabiliti dagli assicuratori. L'UFSP esamina i preventivi presentati per calcolare i premi degli assicurati e verifica che rispettino le prescrizioni legali.

Secondo l'articolo 64 LAMal, gli assicurati adulti partecipano ai costi delle prestazioni di cui beneficiano con un importo fisso per anno (franchigia) e una percentuale (10%) dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale). Il Consiglio federale ha la competenza di stabilire la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale.

Nell'ambito del sistema dell'assicurazione-malattie svizzera, gli assicuratori rimborsano i costi delle cure in caso di malattia una volta che sono state fornite. Si tratta del principio di assunzione dei costi, o principio di rimborso. I fornitori di prestazioni possono essere remunerati per le prestazioni fornite con due modalità diverse:

1. dagli assicurati, ai quali l'assicuratore rimborsa successivamente i costi generati (sistema del **terzo garante**);
2. dagli assicuratori, se questi si sono accordati con i fornitori di prestazioni sulla remunerazione diretta delle loro prestazioni (sistema del **terzo pagante**).

La legge (art. 42 cpv. 1 LAMal) prescrive l'applicazione prioritaria del sistema del terzo garante. Questo modello consente infatti di incrementare la responsabilità degli assicurati e di renderli più coscienti dei costi generati. Tuttavia, se gli assicuratori e i fornitori di prestazioni si accordano su questo aspetto, è possibile applicare il principio del terzo pagante.

- *Terzo garante*: ai sensi dell'articolo 42 capoverso 1 LAMal, il sistema del terzo garante si applica se assicuratori e fornitori di prestazioni non hanno convenuto altrimenti. L'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. Quest'ultimo pertanto invia la fattura all'assicurato, che la trasmette poi al proprio assicuratore. Questo controlla la fattura e rimborsa all'assicurato l'importo che prende a carico, deducendo la partecipazione ai costi. Se il pagamento della fattura da parte dell'assicurato debba avvenire prima che questa sia rimborsata dall'assicuratore dipende dal termine di pagamento stabilito dal fornitore di prestazioni e dal termine di rimborso osservato dall'assicuratore. Questa forma di fatturazione è prevalente per le cure ambulatoriali. Gran parte dei medici che gestisce un proprio studio fattura le prestazioni secondo il sistema del terzo garante.
- *Terzo pagante*: secondo l'articolo 42 capoverso 2 LAMal, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore sia il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante). La fattura del fornitore di prestazioni è inviata all'assicuratore, che la paga e successivamente fattura all'assicurato la partecipazione ai costi. Il principio

del terzo pagante si applica sempre in caso di cura ospedaliera stazionaria (art. 42 cpv. 2, secondo periodo, LAMal). Questo sistema è applicato soprattutto dagli ospedali anche per le prestazioni ambulatoriali e dagli stabilimenti medico-sociali, nonché nel settore delle cure dispensate in ambulatorio. Questa pratica è utilizzata comunemente anche dalle farmacie per la fornitura dei medicinali. Nel sistema del terzo pagante l'assicurato riceve una copia della fattura che è stata inviata all'assicuratore (art. 42 cpv. 3 LAMal). In linea generale, il fornitore di prestazioni deve far pervenire all'assicurato la copia della fattura, ma può convenire con l'assicuratore che sia quest'ultimo a trasmetterla (art. 59 cpv. 4 OAMal).

- «*Terzo saldante*»: questo sistema di remunerazione è applicato nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. La fattura del fornitore di prestazioni è inviata direttamente all'assicuratore. Dal momento che questo tipo di assicurazione non prevede né aliquota percentuale, né franchigia, l'assicuratore paga direttamente al fornitore di prestazioni l'intero importo della fattura. Si parla di terzo saldante anche quando, nel sistema del terzo garante, l'assicurato cede al fornitore di prestazioni il diritto al rimborso da parte dell'assicuratore (come concesso dall'art. 42 cpv. 1 LAMal), benché non si tratti di un terzo saldante propriamente detto, dal momento che l'assicurato resta debitore dell'aliquota percentuale e della franchigia.

Al contrario del finanziamento ambulatoriale - compreso il settore ambulatoriale degli ospedali finanziato unicamente dagli assicuratori, con il concorso degli assicurati mediante la partecipazione ai costi e le franchigie (cfr. sopra), il finanziamento ospedaliero è assicurato da due fonti, i Cantoni e gli assicuratori. Infatti, l'articolo 49a capoverso 1 LAMal stabilisce che le remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 1 (cura ospedaliera, compresa la degenza e le cure in ospedale o in una casa per partorienti) sono assunte dal Cantone e dagli assicuratori secondo la loro quotaparte rispettiva. L'articolo 49a capoverso 2 LAMal stabilisce inoltre che la quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento. Questa differenza in termini di finanziamento tra cure stazionarie e ambulatoriali può essere causa di incentivi sfavorevoli o di un conflitto di ruoli dei Cantoni. Il capitolo n. 3.3.2 di seguito si occupa in dettaglio di queste problematiche.

2.7 Qualità ed economicità delle prestazioni

Secondo l'articolo 58 capoversi 1 e 2 LAMal, il Consiglio federale può prevedere controlli scientifici e sistematici al fine di garantire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni, affidandone l'esecuzione ad associazioni professionali o altre istituzioni.

Secondo il vigente articolo 58 capoverso 3 LAMal, il Consiglio federale ha il compito di stabilire le norme intese a garantire e a ristabilire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni. Questo compito è inoltre connesso all'articolo 32 LAMal, secondo il quale le prestazioni assunte dall'assicurazione malattie devono essere efficaci, appropriate ed economiche (EAE). Il Consiglio federale ha delegato al DFI la competenza di designare le prestazioni (art. 33 cpv. 5 LAMal) e di emanare le misure di cui all'articolo 58 capoverso 3 LAMal (art. 77 cpv. 4 OAMal). Al fine di garantire l'adempimento dei requisiti EAE, il Consiglio federale può vincolare l'obbligo di prestazione al rispetto di determinate condizioni, tra le quali figurano esplicitamente il consenso del medico di fiducia prima dell'esecuzione di determinate misure diagnostiche o terapeutiche e la determinazione dei fornitori di prestazioni qualificati. Inoltre, il Consiglio federale può emanare altre opportune misure volte a garantire la qualità.

In virtù dell'articolo 58 LAMal, con l'articolo 77 capoversi da 1 a 3 della OAMal il Consiglio federale ha incaricato i fornitori di prestazioni e gli assicuratori di elaborare concetti e programmi inerenti ai requisiti di qualità delle prestazioni e all'incentivazione della qualità nonché di attuare tali iniziative. I contraenti sono tenuti a informare l'UFSP sulle vigenti

condizioni contrattuali e presentare un rendiconto su richiesta dell'UFSP. Questo anche al cospetto degli articoli 56 e 59 LAMal, dove gli strumenti di attuazione vengono assegnati agli assicuratori. In caso di mancanza o di insufficienza di accordi con i contraenti, il Consiglio federale dispone di competenze sussidiarie, ai sensi dell'articolo 77 capoverso 3 OAMal, per emanare le necessarie disposizioni.

Secondo l'articolo 59a LAMal, i fornitori di prestazioni sono tenuti a comunicare alle competenti autorità federali i dati di cui necessitano per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni. Le disposizioni dell'OAMal relative alla trasmissione dei dati (art. 30 e seguenti) sono state precisate il 1° agosto 2016.

Il n. 4.1.9.1 di seguito approfondisce la questione dei criteri relativi alla qualità delle prestazioni.

2.8 Strumenti di contenimento dei costi

Al fine di permettere di correggere eventuali malfunzionamenti del sistema sanitario legati alle specificità del settore che implicano diversi incentivi all'aumento dei costi (cfr. n. 3.3), il legislatore ha previsto varie possibilità d'intervento come lo stanziamento globale di bilancio da parte dell'autorità che approva (art. 54 LAMal), la fissazione delle tariffe da parte dell'autorità che approva (art. 55 LAMal) o ancora la limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie (art. 55a LAMal).

Gli assicuratori possono chiedere al Cantone di stabilire un importo complessivo (stanziamento globale di bilancio), per finanziare gli ospedali o le case di cura, quale provvedimento straordinario e temporaneo per limitare un aumento dei costi al di sopra della media (art. 54 cpv. 1 LAMal).

Se, per le cure ambulatoriali o in ospedale, i costi medi per assicurato e per anno nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie aumentano almeno del doppio rispetto alla media dei prezzi e dei salari, l'autorità competente può ordinare che le tariffe o i prezzi di tutte o di una parte delle prestazioni non possano essere aumentati, fino a che la differenza relativa del tasso di crescita annuo è di oltre il 50 per cento rispetto all'evoluzione generale dei prezzi e dei salari (art. 55 cpv. 1 LAMal).

L'articolo 55 LAMal è applicabile a tutti i prezzi e le tariffe concernenti prestazioni, medicinali, mezzi e apparecchi. Finora le autorità cantonali non hanno mai applicato questo articolo, segnatamente perché dispongono già di strumenti di controllo delle tariffe nell'ambito delle procedure di approvazione di queste ultime.

La terza misura straordinaria di contenimento dei costi è rappresentata dall'articolo 55a LAMal, che permette la limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie. È previsto che il Consiglio federale possa far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei medici di cui all'articolo 36 LAMal che esercitano un'attività dipendente o indipendente nonché dei medici che esercitano in istituti di cui all'articolo 36a LAMal o nel settore ambulatoriale degli ospedali di cui all'articolo 39 LAMal. I Cantoni designano quali tra le persone di cui sopra dovranno essere sottoposte alla limitazione. Possono subordinare la loro autorizzazione a condizioni. La genesi di questa disposizione nonché la sua applicazione da parte dei Cantoni saranno approfondite più avanti nel presente rapporto.

3 Punto della situazione

3.1 Problematica dell'offerta di prestazioni

La problematica della copertura dei bisogni della popolazione svizzera in termini di prestazioni mediche è complessa. Benché nel suo complesso la densità di medici in Svizzera sia tra le maggiori al mondo, la ripartizione geografica non è uniforme sul territorio. A giugno 2001, i professori Gianfranco Domenighetti e Luca Crivelli⁵, su incarico di santésuisse, avevano rilevato che alla fine del 2000 la Svizzera contava poco più di 19 medici con studio privato per 10 000 abitanti; per il Cantone di Basilea Città questa cifra era vicina a 36, per il Cantone di Ginevra era pari a 32, mentre in diversi Cantoni della Svizzera orientale e della Svizzera centrale se ne contavano meno di 13. Gli autori dello studio constatano tuttavia che il grado di soddisfazione della popolazione nei confronti delle cure ricevute, come pure il grado di percezione di segni di razionamento e i risultati sanitari misurati in termini di mortalità evitabile grazie agli interventi sanitari, sono praticamente identici nonostante le importanti differenze in termini di densità medica. Tali differenze hanno al contrario un'influenza chiara e netta sull'attività (visite e consultazioni) e sui costi per assicurato a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Una densità medica minore permette dunque di garantire una copertura sanitaria adeguata e di raggiungere il medesimo tasso di soddisfazione della popolazione, esplicando nel contempo un effetto di riduzione dei costi.

Si rileva in particolare una forte concentrazione di medici specialisti nei centri urbani. Quando la limitazione delle autorizzazioni è scaduta il 31 dicembre 2011 dopo tre proroghe successive, alcuni Cantoni, in particolare quelli frontalieri e urbani, si sono trovati ad affrontare un enorme aumento del numero di domande di numeri del registro dei codici creditori (RCC). La quantità di numeri RCC rilasciati è quasi triplicato nel Cantone di Ginevra e quasi quadruplicato nel Cantone Ticino. A livello nazionale, la quantità di numeri RCC rilasciati è raddoppiata. Nel settore dell'oftalmologia, la quantità di numeri RCC rilasciati è passata da 35 numeri RCC rilasciati nel 2011 a 131 nel 2012, corrispondente a un aumento del 274 per cento. In quello della radiologia, questa quantità è passata da 15 numeri rilasciati nel 2011 a 99 nel 2012, pari a un incremento in termini percentuali del 560 per cento. Alla fine del 2014, in Svizzera erano presenti 17 804 medici liberi professionisti, tra cui 10 757 specialisti e 7 047 generalisti. Questo dato rappresenta un incremento complessivo di quasi 10 punti percentuali rispetto al 2011 (16 232 liberi professionisti), con una percentuale che raggiunge il 14 per cento per gli specialisti (9422 a fine 2011), ma si ferma al 3,5 per cento per i generalisti (6810 a fine 2011). Un'evoluzione analoga è stata registrata anche nelle prestazioni fatturate dai medici liberi professionisti a carico dell'AOMS, i cui costi per assicurato erano aumentati solo del 2,4 per cento nel 2010 e del 2,5 per cento nel 2011 per raggiungere, dopo la revoca della limitazione delle autorizzazioni, il 3,5 per cento nel 2012 e addirittura il 6,4 per cento nel 2013. Gli effetti sull'AOMS dovuti all'aumento del volume delle prestazioni fornite in seguito alla revoca della limitazione delle autorizzazioni non sono quindi limitati nel tempo, ma anzi si protraggono sul lungo periodo. Il Cantone di Ginevra, constatando l'aumento vertiginoso del numero di domande di nuovi numeri RCC, ha depositato un'iniziativa cantonale (12.308) chiedendo che i Cantoni interessati potessero scegliere di attuare una pianificazione relativa all'apertura di nuovi studi medici. La limitazione delle autorizzazioni è stata reintrodotta d'urgenza il 1° luglio 2013, ancora una volta per una durata di tre anni, per dare al Consiglio federale il tempo di proporre una nuova soluzione a lungo termine.

⁵ Domenighetti, Gianfranco et Crivelli, Luca (2001). Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Lugano: Università della Svizzera italiana.

D'altro canto, l'evoluzione demografica, e in particolare l'invecchiamento costante della popolazione, comporta un aumento del numero di pazienti affetti da malattie croniche e multiple. In particolare, i medici di base, tra cui i medici di famiglia, dovrebbero svolgere un ruolo di primaria importanza per le persone e i pazienti in questione, che devono ricevere cure di qualità ovunque si trovino in Svizzera. Ciononostante nei prossimi anni, in alcune regioni periurbane e rurali, questi medici, e in particolare i medici di famiglia, non saranno probabilmente presenti in numero sufficiente. Questa penuria annunciata si spiega soprattutto con la diversa concezione che i giovani medici hanno della loro professione rispetto alla generazione precedente e che li porta a preferire nuovi modelli di lavoro, come quelli offerti dagli studi medici associati o dai centri della salute all'esercizio indipendente in studi medici individuali. Per questa ragione nel 2012 il DFI, di concerto con il comitato promotore dell'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia», ha creato il piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base». Con l'obiettivo di rafforzare a lungo termine la medicina di famiglia e le cure mediche di base in modo da garantire su tutto il territorio cure di base di qualità e accessibili a tutti. La Confederazione e i Cantoni hanno adottato numerose misure in questo contesto. Visti i passi avanti già compiuti per promuovere le cure mediche di base, e quelli ancora attesi, il comitato dell'iniziativa «Sì alla medicina di famiglia» ha deciso all'unanimità, il 27 settembre 2013, di ritirare l'iniziativa popolare a favore del piano direttore e del controprogetto diretto. Il 18 maggio 2014, il Popolo ha accettato, con una maggioranza dell'88 per cento, il decreto federale concernente le cure mediche di base (controprogetto diretto) e quindi l'iscrizione dell'articolo 117a nella Costituzione federale. Avendo assolto il proprio compito, il piano direttore ha potuto essere concluso il 4 settembre 2004 in accordo con tutte le parti coinvolte. Da allora, è stato creato un forum sulla medicina di base per consentire ai vari attori del settore di discutere, con la codirezione della Confederazione e dei Cantoni, le sfide presenti e future della medicina di famiglia e di base e di definire un elenco di priorità in questo ambito.

Il sistema sanitario svizzero si trova quindi ad affrontare contemporaneamente una penuria di medici di base in alcune regioni e un eccesso di specialisti in altre. In seguito alla reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni nel 2013, il 18 febbraio 2015 il Consiglio federale ha sottoposto al Parlamento il messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale⁶ che prevedeva di dare ai Cantoni la possibilità di gestire il settore ambulatoriale in caso di offerta eccedentaria o insufficiente, dovendo a tal fine definire un'assistenza adeguata coinvolgendo gli attori interessati in seno a una commissione consultiva. Il progetto fu rapidamente rielaborato dal Parlamento e prevede solamente la proroga della limitazione delle autorizzazioni già in vigore, questa volta senza limiti temporali. Come sopra menzionato, il 18 dicembre 2015, il Consiglio nazionale ha respinto questo progetto in sede di voto finale.

3.2 Articolo 55a LAMal

Una prima versione dell'articolo 55a LAMal, limitata a tre anni, è stata decisa dal Parlamento il 24 marzo 2000. La possibilità di limitare le autorizzazioni è entrata in vigore il 1° gennaio 2002. Il Consiglio federale ne ha fatto uso a partire dal 3 luglio 2002, data dell'entrata in vigore dell'OLNF. Prorogata a tre riprese con forme differenti, la limitazione delle autorizzazioni è scaduta il 31 dicembre 2011, ma è stata reintrodotta d'urgenza il 1° luglio 2013, ancora una volta per una durata di tre anni. In seguito al fallimento del progetto di gestione strategica del settore ambulatoriale il 18 dicembre 2015, il Parlamento ha approvato una nuova proroga di tre anni il 17 giugno 2016.

⁶ Cfr n. 2

Una prima valutazione della misura è stata realizzata dallo studio Vatter Politikforschung & -beratung⁷ su incarico dell'allora competente Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). Nel contesto delle discussioni sulla gestione strategica del settore ambulatoriale del 2015, l'UFSP ha nuovamente incaricato lo studio Vatter di analizzare l'utilizzo finora fatto dai Cantoni della limitazione delle autorizzazioni e le modalità di applicazioni sul campo nonché la loro valutazione dello strumento di gestione strategica e le difficoltà incontrate nella sua applicazione⁸. La risposta a queste domande si fonda su tre fonti di dati e metodi di rilevamento combinati e in successione. In una prima fase, sono state raccolte e analizzate le disposizioni legali emanate da tutti i Cantoni in materia di limitazione delle autorizzazioni tra il 2002 e il 2015. La seconda tappa è consistita in un'indagine scritta presso i servizi cantonali responsabili dell'attuazione (dipartimenti della sanità). Per completare le informazioni, sono stati condotti colloqui telefonici complementari con un rappresentante delle autorità competenti di ciascun Cantone. La sintesi dei risultati dello studio è riportata di seguito.

3.2.1 Sviluppo del contenuto

Nel corso del tempo l'articolo 55a LAMal è stato soprattutto adeguato alla cerchia dei fornitori di prestazioni che vi sono soggetti. Originariamente (versione I) l'articolo 55a capoverso 1 LAMal si riferiva ai fornitori di prestazioni secondo gli articoli 36-38 LAMal (medici, istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici, farmacisti nonché altri fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere c-g, i e m LAMal). A giugno 2008 (versione III) è stata aggiunta la precisazione che la disposizione concerne «fornitori di prestazioni dipendenti e indipendenti». Con questa precisazione il Parlamento puntava a evitare che la limitazione delle autorizzazioni fosse aggirata con l'attività indipendente in istituti di cui all'articolo 36a LAMal, che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici. A partire dal 1° febbraio 2009 (versione IIIb), l'OLNF subordina esplicitamente gli istituti di cui all'articolo 36a LAMal alla limitazione delle autorizzazioni (art. 1a nonché disposizioni transitorie all'art. 5 cpv. 3). I Cantoni stabilivano il numero di medici autorizzati e la loro categoria.

Nel 2010 (versione IV), l'articolo 55a capoverso 1 LAMal è stato modificato in modo sostanziale, riferendosi solamente a medici specializzati e farmacisti. Ne erano esplicitamente esclusi i medici di base, vale a dire i professionisti con titolo di perfezionamento in medicina generale o come medico generico quale unico titolo di perfezionamento, medicina interna quale unico titolo di perfezionamento nonché pediatria. Anche i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 38 LAMal non sottostavano più alla limitazione delle autorizzazioni. Con tale disposizione il Parlamento mirava a rafforzare l'assistenza medica di base e a contrastare l'incombente penuria in questi settori specialistici. Nel contempo, tuttavia, il campo d'applicazione della limitazione delle autorizzazioni è stato esteso ai medici attivi nel settore ambulatoriale degli ospedali di cui all'articolo 39 LAMal. Questa misura è stata adottata in seguito a un netto aumento dei costi in questo settore. In questo modo, a partire dal 2010, l'attività medica dipendente e indipendente di medici specializzati a carico dell'AOMS era limitata, indipendentemente dal contesto istituzionale in cui l'attività si svolgeva. Queste modifiche furono applicate anche nella versione IV dell'OLNF. Si stabiliva altresì che i Cantoni che applicavano la limitazione delle autorizzazioni a medici nel settore ambulatoriale degli

⁷ Rüefli, Christian e Monaco, Gianna (2004). Wirkungsanalyse: Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG). Berna: Büro Vatter. Il rapporto, disponibile unicamente in tedesco, può essere consultato sul sito Internet dell'UFAS: www.ufas.admin.ch > Pubblicazioni & Servizi > Ricerca e valutazione > Rapporti di ricerca

⁸ Rüefli, Christian; Huegli, Eveline e Berner, Delia (2016). Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone. Berna: Büro Vatter. Il rapporto, disponibile unicamente in tedesco, può essere consultato sul sito Internet dell'UFSP: www.ufsp.admin.ch > Servizi > Pubblicazioni > Rapporti di ricerca > Rapporti di ricerca sull'assicurazione malattie e infortuni

ospedali secondo l'articolo 39 LAMal dovessero aumentare in modo adeguato i valori massimi di cui all'allegato 1 (art. 1a vecchia OLNf). In tale contesto andava considerato il tasso di occupazione svolto nel settore ambulatoriale. Per attuare queste modifiche, gli istituti di cui all'articolo 36a LAMal e gli ospedali di cui all'articolo 39 LAMal sono stati esortati ad annunciare al Cantone diversi dati relativi ai medici che vi esercitavano (art. 4 cpv. 1-3 vecchia OLNf e disposizione transitoria di cui all'art. 5 cpv. 4 vecchia OLNf). I numeri massimi dell'OLNF sono invece rimasti invariati.

Con la reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni a partire dal 2013, la cerchia dei fornitori di prestazioni ad essa soggetti è stata nuovamente adeguata. Nella versione V, questa misura valeva solo per i medici di cui all'articolo 36 LAMal, indipendentemente dal fatto che esercitassero la propria attività in modo indipendente o dipendente, in istituti di cui all'articolo 36a LAMal o nel settore ambulatoriale degli ospedali di cui all'articolo 39 LAMal. In deroga alla proposta del Consiglio federale, che a livello contenutistico si rifaceva ampiamente alla versione IV dell'articolo 55a LAMal (FF 2012 8303), il Parlamento decise di sottoporre medici di tutte le specialità alla limitazione delle autorizzazioni, con l'eccezione delle persone che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto (art. 55a cpv. 2 LAMal). L'eccezione valeva anche per i farmacisti. Conformemente a queste modifiche è stato definito anche il campo d'applicazione dell'OLNF in vigore dal 5 luglio 2013. La disposizione inerente all'annuncio obbligatorio, contenuta nel diritto previgente nell'articolo 4 vecchia OLNf, è stata inserita con modifiche e precisazioni all'articolo 7 OLNf. Nel diritto vigente deve essere comunicata anche l'identità dei medici impiegati.

3.2.2 Applicazione della limitazione delle autorizzazioni

Tra il 2002 e il 2011, tutti i Cantoni hanno applicato una limitazione delle autorizzazioni. L'obiettivo era soprattutto di contenere l'aumento dei costi e di evitare il delinarsi di un'offerta eccedentaria. Tre Cantoni hanno visto in questa misura un potenziale per gestire i fornitori di prestazioni nelle regioni sprovviste di un accesso adeguato alle cure. Tra il 2013 e il 2016, 18 Cantoni hanno applicato una limitazione delle autorizzazioni. Quattordici di questi (BE, BS, GE, LU, NE, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS) hanno elaborato una base legale a tale scopo, mentre i restanti quattro (BL, GL, SG, TI) si sono fondati direttamente sul diritto federale. La maggior parte dei Cantoni desidera poter controllare l'insediamento dei medici sul proprio territorio e avere quindi un'influenza sul numero dei fornitori di prestazioni, sulla situazione regionale in materia di cure e sulla qualità dell'offerta. Otto Cantoni (AG, AI, AR, FR, GR, JU, ZG, ZH) hanno rinunciato a reintrodurre una limitazione delle autorizzazioni, adducendo come giustificazione per questa scelta dubbi concernenti l'efficacia dello strumento. In virtù della loro situazione in materia di cure, i Cantoni dell'Appenzello Interno e del Giura non hanno ritenuto necessario adottare alcuna misura.

3.2.3 Applicazione della limitazione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali

Nel 2010, il campo d'applicazione della limitazione delle autorizzazioni è stato esteso al settore ambulatoriale degli ospedali secondo l'articolo 39 LAMal. Dal 2010 al 2011 e dal 2013 al 2016, solo una minoranza di cinque Cantoni ha sottoposto questa attività a una limitazione delle autorizzazioni (2010-2011: AR, BL, BS, JU, TI; 2013-2016: BS, GE, LU, SH, VD). Nel 2011, il Cantone Ticino ha fissato per ogni ospedale un valore limite concernente l'attività ambulatoriale dei medici nei diversi campi di specializzazione. Basilea Campagna e Basilea Città hanno aggiunto in modo informale al numero massimo previsto dall'OLNF le persone che esercitano in ambulatorio negli ospedali a carico dell'AOMS.

3.2.4 Campi di specializzazione sottoposti alla limitazione delle autorizzazioni

Tra il 2002 e il 2011, ogni Cantone ha applicato in linea generale una limitazione delle autorizzazioni ai medici. Solo sei Cantoni della Svizzera centrale (LU, NW, UR, SZ, OW, ZG)

hanno sottoposto anche i fornitori di prestazioni non medici ai sensi degli articoli 37 e 38 LAMaI alla limitazione delle autorizzazioni fino al 2009 o al 2010. In tutti gli altri Cantoni, questi professionisti ne sono stati esentati fin dall'inizio. Solamente il Cantone di Friburgo e il Cantone Ticino hanno escluso alcuni campi di specializzazione (anestesiologia, patologia) da questa limitazione a partire dal 2010. Il Cantone di Zurigo è l'unico ad aver applicato una differenziazione regionale. Al di fuori della città di Zurigo, medicina generale, medicina interna, pediatria nonché psichiatria e psicoterapia per bambini e giovani adulti sono state escluse dalla limitazione delle autorizzazioni tra il 2009 e il 2011. Tra il 2013 e il 2016, sei Cantoni (BE, NW, SG, SZ, TG, UR) hanno dispensato dalla limitazione alcune specialità nell'ambito delle cure mediche di base, constatando una penuria o futuri problemi di avvicendamento.

3.2.5 Applicazione dei numeri massimi secondo l'allegato 1 OLNf

In generale, i Cantoni applicano la limitazione delle autorizzazioni in modo pragmatico. La maggior parte di essi non permette in linea di principio alcuna nuova autorizzazione dopo l'entrata in vigore della limitazione delle autorizzazioni ed esamina caso per caso se autorizzazioni eccezionali possono essere giustificate nell'ambito di un avvicendamento in uno studio medico o di una situazione di penuria. Per varie ragioni, nell'esame caso per caso, i numeri massimi secondo l'OLNF spesso non svolgono alcun ruolo o ne hanno tutt'al più uno marginale. La valutazione qualitativa nello scambio con i medici sembra avere un'importanza maggiore. I numeri massimi sono, segnatamente per ragioni giuridiche, il valore di riferimento per motivare il rifiuto delle domande di autorizzazione. Alcuni Cantoni (p. es. FR, SH, SZ) non hanno basato le proprie decisioni in merito sui numeri massimi, bensì sulla densità dei fornitori di prestazioni. I Cantoni dei Grigioni (fino al 2011), di Neuchâtel, di San Gallo e di Svitto (fino al 2011) hanno applicato una gestione delle autorizzazioni differenziata secondo le regioni, determinando le densità e i numeri massimi in relazione a diverse regioni del Cantone.

Solo il Cantone di Zugo ha rilevato formalmente i numeri massimi per la psichiatria, la psicoterapia nonché la psichiatria e la psicoterapia per bambini nelle proprie disposizioni esecutive. Dal 2010, le disposizioni esecutive dei Cantoni di Basilea Campagna, Basilea Città, Ginevra, Neuchâtel e Vaud precisano che i numeri massimi sono (o possono essere) adeguati secondo l'allegato 1 OLNf. Tuttavia, non sono state effettuate nel frattempo modifiche formali.

3.2.6 Regolamentazione delle autorizzazioni eccezionali

Tra il 2002 e il 2011, 24 Cantoni hanno definito una penuria o un bisogno comprovato in una regione e 22 Cantoni il rilevamento di uno studio medico esistente come ragioni per giustificare l'autorizzazione eccezionale di alcuni fornitori di prestazioni. Tali regolamentazioni sono state fissate in modo più o meno dettagliato. Quindici Cantoni hanno previsto eccezioni per l'attività medica privata in un ospedale, tre per l'attività in uno studio HMO.

Tra il 2013 e il 2016, tre Cantoni (BL, SG, TI) non hanno in principio previsto alcuna eccezione. Quattordici Cantoni hanno continuato a considerare la penuria come una possibilità per concedere autorizzazioni eccezionali, sei (GE, NW, SH, TG, VD, VS) il rilevamento di uno studio medico esistente e uno solo (VS) l'attività medica privata in un ospedale pubblico.

3.2.7 Applicazione dei criteri di valutazione (art. 5 OLNf)

Dal 2013, l'articolo 5 OLNf definisce i criteri che i Cantoni devono prendere in considerazione quando esaminano le domande di autorizzazione. Tra i 18 Cantoni che attualmente applicano una limitazione delle autorizzazioni, sette si fondano sulla densità della copertura sanitaria nei Cantoni vicini, nella regione cui appartengono e nella Svizzera intera, undici sull'accesso degli assicurati al trattamento entro un termine utile, undici sulle competenze particolari delle persone nel campo di specializzazione corrispondente e sette sul tasso di occupazione delle persone nel campo di specializzazione corrispondente. La valutazione è in generale situazionale, grazie alle indicazioni dei medici e alla dichiarazione dei richiedenti.

3.2.8 Condizioni di autorizzazione (art. 55a cpv. 4 LAMal)

Dal 2010, i Cantoni possono subordinare a condizioni l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Secondo le informazioni disponibili, la maggior parte dei Cantoni non ha applicato o non applica condizioni di autorizzazione diverse da quelle stabilite nel diritto federale. Nei Cantoni che le prevedono, le condizioni supplementari non sono sempre definite formalmente. Secondo l'indagine scritta, la limitazione locale o regionale dell'attività medica ha rappresentato la principale condizione preliminare per la concessione di autorizzazioni eccezionali (in dieci [fino al 2011] e sette Cantoni [dal 2013 al 2016]). Alcuni Cantoni hanno inoltre previsto, come condizioni di autorizzazione, la possibilità di introdurre limitazioni in funzione delle specialità, delle condizioni relative alle competenze professionali e linguistiche o la partecipazione al servizio d'emergenza. Secondo le informazioni ricevute oralmente, condizioni simili possono dissuadere i medici dalla richiesta di un'autorizzazione eccezionale.

3.2.9 Trattamento delle domande di autorizzazione

Secondo le indicazioni disponibili, 19 Cantoni consultano o hanno consultato sistematicamente o occasionalmente, se necessario, servizi esterni all'Amministrazione nel quadro della valutazione delle domande di autorizzazione – nella maggior parte dei casi si trattava di organizzazioni professionali di medici e di associazioni di specialisti o di medici attivi e in alcuni casi di ospedali. Nel 2005, il Cantone di Ginevra ha istituito una commissione quadripartita che si riunisce a cadenza mensile per valutare le domande di autorizzazione. Secondo le informazioni ottenute oralmente, un modello simile esiste anche nel Cantone di Vaud, ma non è definito in modo formale.

3.2.10 Analisi della situazione e dei bisogni

Praticamente nessun Cantone analizza sistematicamente la situazione dell'offerta e/o i bisogni in materia di cure nel senso delle basi della gestione strategica o della pianificazione. Più spesso, i Cantoni esaminano caso per caso, per domande di autorizzazione concrete, se sussiste il bisogno di nuovi fornitori di prestazioni, in parte avvalendosi di dati di registri interni o di statistiche relative alle autorizzazioni all'esercizio della professione. Alcuni valutano la situazione e i bisogni sulla base dei riscontri ottenuti dalle organizzazioni di prestatori di servizi e dalla popolazione, o ritengono di poterli rilevare in autonomia sulla base della previsione della situazione in materia di cure o perché conoscono personalmente i fornitori di prestazioni. Le indicazioni di quattro Cantoni (LU, SZ, VD, VS) possono essere interpretate come forme di analisi sistematica dei bisogni fondate su metodi scientifici e dati empirici.

3.2.11 Problemi di attuazione

Nell'ambito dell'indagine, dodici Cantoni (AG, AI, AR, BL, GE, JU, GL, NW, OW, SG, SO, UR) hanno dichiarato di non avere difficoltà nell'attuare l'articolo 55a LAMal. Quattro di essi (AG, AI, AR, JU) non applicano più la limitazione delle autorizzazioni dal 2013. Altri quattro (GL, NW, OW, UR) riferiscono di non avere il problema dell'offerta eccedentaria e applicano pertanto la limitazione delle autorizzazioni in modo pragmatico. I Cantoni di Ginevra e di San Gallo sono soddisfatti delle loro soluzioni pragmatiche di attuazione.

Gli altri Cantoni hanno menzionato le seguenti difficoltà legate alla limitazione delle autorizzazioni: la maggior parte fa riferimento alla concezione dello strumento in sé – una gestione delle autorizzazioni effettivamente orientata ai bisogni non è praticamente realizzabile per i Cantoni, in quanto non dispongono di basi normative riconosciute per determinare i bisogni, né di strumenti e dati precisi e aggiornati per valutare la situazione in materia di cure, né di risorse in termini di personale sufficienti a effettuare analisi approfondite. Per varie ragioni, i numeri massimi di fornitori di prestazioni autorizzati ai sensi dell'allegato 1 OLN è solo in parte adeguato come base quantitativa per una gestione delle autorizzazioni. Alcuni Cantoni hanno deplorato la mancanza di sicurezza nella pianificazione, dal momento che più

volte questa soluzione è stata limitata a qualche anno a livello federale. In tale cornice, hanno ritenuto sproporzionato l'onere richiesto per elaborare una base legale per l'attuazione a livello cantonale e istituire un dispositivo d'esecuzione.

Le difficoltà pratiche legate all'applicazione della limitazione dell'autorizzazione concernono l'onere legato all'attuazione operativa. Quattro Cantoni l'hanno ritenuto eccessivo a fronte del numero esiguo di domande di autorizzazione e del potenziale d'efficacia limitato. Due Cantoni hanno indicato che le condizioni legate a un'autorizzazione eccezionale possono difficilmente essere controllate.

3.2.12 Appropriatezza della limitazione delle autorizzazioni quale strumento di gestione strategica

Una piccola maggioranza di quattordici Cantoni valuta positivamente l'appropriatezza della limitazione delle autorizzazioni quale strumento volto a contenere l'aumento dei costi; undici invece sono di avviso negativo. Sette Cantoni motivano la propria valutazione positiva constatando che questa soluzione permette un certo contenimento dei costi rispetto a un'evoluzione senza gestione strategica. Secondo quattro Cantoni, l'effetto della gestione strategica è limitato, in quanto solo una piccola parte dei nuovi potenziali prestatori di servizi è interessata dalla limitazione delle autorizzazioni. Due Cantoni rilevano che i costi possono essere contenuti solo limitando il volume delle prestazioni.

Tredici Cantoni valutano positivamente l'appropriatezza di questo strumento in relazione alla gestione strategica professionale e regionale dell'offerta ambulatoriale, tredici hanno invece un'opinione negativa. Tre Cantoni adducono motivazioni di ordine generico per spiegare la propria valutazione positiva, quattro apprezzano la possibilità di influire sull'insediamento dei medici e di poter così attuare una certa gestione della qualità. Il Cantone di Lucerna ha affermato che, tra il 2002 e il 2011, la limitazione delle autorizzazioni aveva incentivato alcuni specialisti a stabilirsi in regioni sprovviste di un accesso adeguato alle cure. Le valutazioni negative dell'effetto della gestione strategica sono motivate dal fatto che, dal 2013, solo una piccola cerchia di medici è ancora potenzialmente interessata dalla limitazione delle autorizzazioni (due Cantoni) e che la limitazione regionale non è uno strumento sufficiente in caso di autorizzazioni eccezionali per favorire l'insediamento di fornitori di prestazioni nelle regioni periferiche non adeguatamente servite (due Cantoni).

3.2.13 Efficacia della misura

L'efficacia della limitazione delle autorizzazioni non era oggetto dello studio affidato allo studio Vatter. Inoltre, dalla sua introduzione, non è mai stata misurata in modo sistematico. La revoca della misura il 31 dicembre 2011 ha tuttavia avuto come conseguenza un netto aumento delle domande di numeri RCC, al punto che l'articolo 55a LAMal ha dovuto essere reintrodotta d'urgenza il 1° luglio 2013 su richiesta dei Cantoni. Il fatto che il 18 dicembre 2015 il Parlamento avesse respinto il progetto di revisione della LAMal concernente la gestione strategica del settore ambulatoriale ha portato tra l'altro, parallelamente all'iniziativa parlamentare (16.401) accolta il 17 giugno 2016, al deposito di un'iniziativa cantonale (16.304) del Cantone Ticino per una proroga della validità dell'articolo 55a LAMal. Il Cantone infatti temeva un forte aumento dei costi dovuto all'insediamento di massa di medici stranieri sul proprio territorio.

Tuttavia, nel frattempo sono emersi i limiti di questo strumento, soprattutto dalla sua reintroduzione nel 2013, che prevede che i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto siano dispensati dall'autorizzazione secondo il bisogno. Nel periodo in cui la limitazione si applicava a tutti i medici eccetto ai cosiddetti medici di base, il numero di medici attivi nel settore ambulatoriale è passato da 15

912 a 16 232 tra il 1° gennaio 2011 e il 31 dicembre 2011⁹, pari a un incremento medio dell'1 per cento annuo. Tra il 2012 e la fine del 2013, vale a dire nel periodo in cui non vi era la limitazione e nei sei mesi successivi, questo numero è passato a 17 554, pari a un incremento medio del 4 per cento all'anno. Nel 2014 e nel 2015, in seguito alla reintroduzione della limitazione il 5 luglio 2013, l'aumento del numero di medici attivi nel settore ambulatoriale si è ridotto dell'1,6 per cento in media all'anno, per raggiungere il numero di 18 128 per fine 2015. La limitazione delle autorizzazioni non contribuisce tra l'altro a migliorare la qualità delle prestazioni, perché non viene applicata per i medici già attivi.

3.2.14 Conformità con il diritto europeo

L'aggiunta da parte del Parlamento della clausola che dispensa dall'autorizzazione secondo il bisogno i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto ha richiesto un'analisi giuridica che ha permesso di mettere in evidenza in particolare i seguenti elementi:

l'articolo 55 della direttiva 2005/36/CE, al quale fanno riferimento l'allegato III ALC e l'allegato K della Convenzione istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AELS)¹⁰, esige che i medici titolari di qualifiche professionali di medico acquisite all'estero siano dispensati da eventuali condizioni nazionali fissate per essere affiliati ad un regime di assicurazione contro le malattie (condizioni che richiedono un tirocinio preparatorio e/o un periodo d'esperienza professionale), anche se queste condizioni preliminari sono applicate per le persone che hanno acquisito le proprie qualifiche professionali nel Paese stesso.

L'articolo 55a capoverso 2 LAMal non subordina espressamente l'autorizzazione a esercitare un tirocinio preparatorio o a un periodo di esperienza professionale, bensì all'esistenza di un bisogno. Si può pertanto concludere che non sussiste un'infrazione all'articolo 55 della direttiva 2005/36/CE. Va tuttavia considerato che, a parte qualche eccezione, tutti i medici che hanno svolto la propria formazione in Svizzera sono dispensati dalla prova del bisogno. Dallo spirito e dalla finalità dell'articolo 55 della direttiva, i medici formati in altri Stati membri dell'UE/AELS dovrebbero dunque essere a loro volta dispensati dall'obbligo di dimostrare la propria esperienza professionale come, di fatto, i medici formati in Svizzera che non sottostanno alla prova del bisogno.

Inoltre, indipendentemente dall'interpretazione che viene data all'articolo 55 della direttiva 2005/36/CE, l'articolo 55a capoverso 2 LAMal solleva questioni di compatibilità con altre disposizioni dell'ALC.

La Svizzera è infatti libera di regolamentare l'esercizio di una professione unicamente nei limiti degli impegni di diritto internazionale derivanti dall'ALC e dalla Convenzione AELS, ossia il divieto di discriminazione fondata sulla nazionalità (art. 2 ALC e art. 2, allegato K Convenzione AELS). Secondo la giurisprudenza costante, il principio di non discriminazione non vieta solamente le discriminazioni dirette, ma anche quelle indirette (misure applicabili indistintamente a prescindere dalla nazionalità, ma che nei fatti interessano nella grande maggioranza dei casi i cittadini di un altro Stato o che prevedono condizioni che possono essere soddisfatte più facilmente dai cittadini nazionali).

⁹ Fonte: Statistica medica della FMH 2009 – 2015; sito web della FMH: http://www.fmh.ch/it/servizi-statistica/statistica_medica.html (consultato il 17 novembre 2016)

¹⁰ RS 0.632.31

L'articolo 55a capoverso 1 LAMal fa dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure di tutti i medici, escludendo pertanto una discriminazione diretta e indiretta. L'articolo 55a capoverso 2 LAMal prevede un'esenzione dalla prova del bisogno facile da soddisfare per i cittadini svizzeri nella grande maggioranza dei casi in quanto questi, a differenza dei colleghi provenienti da un altro Stato membro dell'UE/AELS, hanno con probabilità molto maggiore frequentato una formazione universitaria o un perfezionamento e, se del caso, esercitato un'attività professionale in Svizzera. È tuttavia utile ricordare che un cittadino svizzero che abbia concluso la propria formazione in un altro Stato dell'UE/AELS e che desidera esercitare in Svizzera sarà sottoposto alle stesse condizioni di un cittadino di un altro Stato membro che non ha svolto la propria formazione sul territorio svizzero.

L'analisi giuridica mostra tuttavia che l'articolo 55a capoverso 2 LAMal può rappresentare una discriminazione indiretta. Tuttavia, una disposizione nazionale indirettamente discriminatoria può essere ammessa se obiettivamente giustificata (art. 5 dell'allegato I ALC). Nel diritto dell'UE, figurano come motivi che giustificano una tale disposizione l'ordine pubblico, la sicurezza pubblica e la sanità pubblica. La Corte di giustizia dell'UE ha ammesso che ragioni imperative di interesse generale (p. es. protezione di consumatori o lavoratori o rischio concreto di lesione grave dell'equilibrio finanziario di un sistema di sicurezza sociale) potevano anch'esse giustificare discriminazioni indirette. In ogni caso, una disposizione nazionale indirettamente discriminatoria deve essere ancora proporzionata all'obiettivo perseguito. Il principio di proporzionalità esige che una misura restrittiva sia adatta a produrre i risultati perseguiti (regola dell'attitudine) e che questi non possano essere raggiunti con una misura meno incisiva (regola della necessità); inoltre, vieta qualsiasi limitazione che supera l'obiettivo perseguito ed esige un rapporto ragionevole tra questo e gli interessi pubblici o privati compromessi (principio della proporzionalità in senso stretto) (DTF 133 I 110 consid. 7.1).

Durante la procedura parlamentare, sulla base di queste analisi e rifacendosi agli articoli di due professori che trattano la questione (pervenendo tuttavia a conclusioni in parte opposte), il consigliere federale Alain Berset ha raccomandato al Parlamento di rinunciare a questa disposizione (in particolare Boll. Uff. 2013 S 421 e Boll. Uff. 2013 N 965), per ritornare alla formulazione inizialmente proposta dal Consiglio federale. Il Parlamento ha tuttavia adottato la revisione con la clausola che dispensa dall'autorizzazione secondo il bisogno i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto.

Non bisogna però dimenticare che nell'OLNF il Consiglio federale ha previsto ampie possibilità per i Cantoni di adeguare i numeri minimi o addirittura di non applicarli. Questo margine di manovra è stato largamente utilizzato, dal momento che, tra il 2013 e il 2016, otto Cantoni non hanno applicato in alcun caso la limitazione delle autorizzazioni. Così, nella pratica, attualmente i medici possono sempre avvalersi della possibilità di ottenere in Svizzera un rimborso dall'AOMS delle prestazioni fornite, a patto di soddisfare le condizioni di formazione richieste.

Un'alternativa all'articolo 55a capoverso 2 LAMal sarebbe quella di imporre a tutti i medici un termine d'attesa, ad esempio di due anni, a partire dal conseguimento del perfezionamento, prima di ottenere l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS senza prova del bisogno. Il termine di attesa sarebbe applicabile per tutti i medici indipendentemente dalla nazionalità e dalla questione del Paese in cui hanno svolto il proprio perfezionamento oppure ottenuto il titolo di perfezionamento. Inoltre non sarebbe richiesta alcuna esperienza professionale (supplementare). L'introduzione di un tale termine d'attesa non è reso impossibile né dall'articolo 55 della direttiva 2005/36/CE né da altre disposizioni dell'ALC. In particolare, nulla indica una discriminazione diretta o indiretta. Questa disposizione permetterebbe di attenuare gli effetti della soppressione dell'attuale dispensa dall'autorizzazione secondo il bisogno i

medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto, evitando un massiccio afflusso sul mercato di medici recentemente diplomati.

3.3 Altri problemi nel settore ambulatoriale

3.3.1 Incentivi indesiderati

Il mercato delle prestazioni sanitarie a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è molto lontano da un mercato di concorrenza «perfetta» secondo la teoria economica. Ciascun attore di questo mercato è soggetto a incentivi indesiderati dal punto di vista del legislatore, per alcuni dei quali sono già state introdotte misure nella LAMal, con risultati variabili in termini di efficacia.

Nonostante l'accesso sempre crescente dei pazienti alle nuove tecnologie dell'informazione, il fornitore di prestazioni può sempre sfruttare una notevole asimmetria d'informazioni nei confronti dell'assicurato per quanto concerne il suo stato di salute e il trattamento adeguato. In ragione di questo differenziale in termini d'informazione, il paziente affida la gestione del suo ricorso alle prestazioni al fornitore di prestazioni. La domanda di prestazioni mediche non proviene pertanto direttamente dal «consumatore» finale di queste prestazioni, ma è fortemente influenzato dal fornitore di tali prestazioni. Si parla in questo caso di domanda indotta dall'offerta. Questa fu la ragione dell'introduzione della limitazione delle autorizzazioni nel 2001.

Inoltre, nel quadro di una tariffa per singola prestazione come il tariffario medico TARMED, il medico può essere tentato di massimizzare il proprio profitto moltiplicando prestazioni a volte evitabili. Anche in caso di scelta tra più trattamenti possibili, il medico può essere tentato di optare per la soluzione che genera il maggiore profitto. Attualmente, i soli limiti a questo fenomeno sono da una parte l'etica medica e dall'altra le «capacità di produzione» dei fornitori di prestazioni.

Oltre a far incrementare i costi in modo considerevole, i trattamenti e gli interventi inappropriati o controproducenti espongono i pazienti a rischi inutili e a sofferenze evitabili, soprattutto per quanto concerne le persone in fin di vita. In questo contesto, il consigliere federale Alain Berset e il consigliere agli Stati Philippe Perrenoud, allora presidente della CDS, hanno riunito all'inizio del 2016 quasi 300 attori del settore sanitario a Berna per assistere alla terza conferenza nazionale Sanità2020. Argomento centrale, all'insegna del motto «Less is more», è stata l'"offerta eccedentaria di prestazioni sanitarie". Si è trattato soprattutto di individuare i settori nei quali vengono effettuati interventi inutili, nonché le cause e le possibili soluzioni di questo problema.

Anche l'assicurato, sulla base della mutualizzazione dei costi, è a sua volta incentivato a massimizzare il ricorso alle prestazioni (alea morale), o perlomeno non è spinto a frenarlo. Per contrastare questo incentivo indesiderato, la legge prevede due strumenti: la franchigia e l'aliquota percentuale, che hanno lo scopo di responsabilizzare l'assicurato in merito ai costi che genera. Questi strumenti hanno tuttavia un effetto limitato, dal momento che la legge prevede un tetto massimo per la partecipazione ai costi dell'assicurato. Inoltre, diversi studi hanno dimostrato che, in particolare nell'ambito dei medicinali venduti su ricetta, l'importo restante a carico del consumatore ha un'influenza molto limitata sulla consumazione (debole

elasticità di prezzo della domanda), soprattutto nei Paesi sviluppati¹¹. Lo stesso discorso può essere probabilmente applicato al ricorso a prestazioni mediche.

Come sopra menzionato, la possibilità per i fornitori di prestazioni di massimizzare il proprio profitto moltiplicando le prestazioni deriva anche dal tipo di tariffa per singola prestazione. In teoria sarebbe dunque possibile limitare in modo considerevole l'aumento dei costi legato alla domanda indotta dall'offerta scegliendo un tipo di tariffa che non preveda questa possibilità. Ciò accadrebbe in particolare con una tariffa di tipo forfettario, ragione per cui il potenziamento delle indennità forfettarie a scapito delle tariffe per singola prestazione rientra nelle misure volte a mantenere accessibili i costi sanitari incrementando l'efficacia, nel quadro della strategia globale «Sanità2020» del Consiglio federale. Nell'attesa di una tale evoluzione nelle tariffe delle prestazioni mediche, gli incentivi che possono esistere all'interno della tariffa, derivanti dal fatto che questa non può più essere qualificata come economica e adeguata secondo l'articolo 43 capoverso 4 LAMal, devono assolutamente essere evitati e corretti. Per questa ragione il Parlamento aveva introdotto l'articolo 43 capoverso 5bis LAMal, entrato in vigore il 1° gennaio 2013, che permette al Consiglio federale di adeguare la struttura tariffale se quest'ultima si rivela inadeguata e se i partner tariffali non si accordano su una sua revisione. Tale disposizione è intesa innanzitutto a sbloccare le trattative tariffali tra i partner tariffali nell'ottica di vigilare, conformemente all'articolo 43 capoverso 6 LAMal, affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti. Il Consiglio federale ha sfruttato questa competenza il 20 giugno 2014 emanando l'ordinanza sull'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie (RS 832.102.5) e il suo allegato concernente gli adeguamenti in TARMED, entrati in vigore il 1° ottobre 2014. I punti di tariffa delle prestazioni tecniche per alcune posizioni tariffali essenzialmente fatturate dagli ospedali e dagli specialisti sono quindi stati ridotti per un importo complessivo di 200 milioni di franchi e, parallelamente, è stata introdotta una posizione supplementare per la consultazione di un medico di base per un importo complessivo identico. Il volume dei punti di tariffa e di conseguenza i costi degli specialisti liberi professionisti ha continuato la sua forte progressione, nonostante la riduzione dei punti di tariffa delle prestazioni tecniche. Ciò porta a pensare che una parte delle riduzioni abbia potuto essere compensata da un aumento della quantità delle prestazioni fornite. Questo dato conferma che sarà necessario rivolgere un'attenzione particolare al rischio di aumento dei volumi, nell'ambito di una revisione della struttura tariffale effettuata dai partner tariffali o nel contesto di un intervento del Consiglio federale fondato sulla propria competenza sussidiaria di adeguare le strutture tariffali o su quella di fissarle.

I partner tariffali avevano fatto intendere al Consiglio federale che gli avrebbero sottoposto per approvazione una revisione completa della struttura tariffale TARMED entro la metà del 2016. Purtroppo, i partner tariffali non hanno raggiunto un'intesa e non hanno quindi potuto trasmettere al Consiglio federale una struttura tariffale sottoscritta congiuntamente. Alla fine di giugno 2016, H+ ha disdetto per la fine del 2016 la convenzione quadro TARMED (compresi gli allegati), convenuta nel 2002 con santésuisse. Su richiesta del DFI, i partner tariffali (FMH, H+, curafutura e santésuisse) hanno convenuto e poi sottoposto al Consiglio federale, il 15 settembre 2015 un accordo per prorogare l'attuale struttura tariffale (comprese le modifiche ordinate dal Consiglio federale nel 2014) fino alla fine del 2017, al fine di garantire la sicurezza giuridica per i partner e la stabilità delle tariffe per gli assicurati. Questo accordo del 15 settembre 2016, approvato dal Consiglio federale il 23 novembre 2016, rappresenta una soluzione transitoria.

¹¹ Les prix des médicaments sur un marché global: politiques et enjeux. Etudes de l'OCDE sur les systèmes de santé, 2008.

I partner tariffali devono assumersi le proprie responsabilità e procedere a una revisione totale di TARMED. Dopo che i partner non erano riusciti a pervenire a un accordo concernente la revisione di TARMED entro la scadenza di fine giugno 2016 che avevano fissato, il DFI ha loro concesso una proroga fino alla fine di ottobre 2016, affinché potessero accordarsi su una revisione accettabile o almeno formulare proposte di adeguamento di alcune posizioni tariffali sopravvalutate nella struttura attuale. I partner tariffali non sono pervenuti a un accordo in merito alla revisione della struttura tariffale entro la scadenza concessa. Hanno tuttavia fornito separatamente varie proposte di adeguamento. Dal momento che i partner non sono giunti a un accordo alla fine del mese di ottobre, il Consiglio federale utilizzerà la propria competenza sussidiaria adeguando nuovamente la struttura tariffale TARMED. L'UFSP, in quanto ufficio competente, appronta adeguamenti dell'attuale struttura che potranno essere sottoposti al Consiglio federale e valuta in quale misura potranno essere prese in considerazione le proposte dei partner tariffali. Il tema di primo piano della revisione è rappresentato dalle prestazioni mediche attualmente ritenute sopravvalutate. L'entrata in vigore delle modifiche ordinate dal Consiglio federale potrà avvenire non prima dell'inizio del 2018.

3.3.2 Conflitto di ruoli dei Cantoni

I due grandi ambiti dell'assistenza sanitaria, vale a dire il settore ambulatoriale e il settore stazionario, sono finanziati con modalità diverse. Le prestazioni del settore stazionario sono assunte dal Cantone e dagli assicuratori secondo la loro quotaparte rispettiva. Secondo la revisione della LAMal relativa al nuovo finanziamento ospedaliero, dal 1° gennaio 2017 la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone ammonta almeno al 55 per cento. Per le prestazioni fornite nel settore ambulatoriale, l'assicurazione obbligatoria delle cure assume la totalità dei costi. I Cantoni stessi sono spesso proprietari degli ospedali pubblici. Il fatto che i Cantoni non partecipino direttamente al finanziamento delle prestazioni del settore ambulatoriale potrebbe in teoria incentivare gli ospedali pubblici a favorire questo tipo di presa a carico. Tuttavia, le prestazioni del settore stazionario sono più convenienti per gli ospedali, in particolare in caso di pazienti titolari di un'assicurazione complementare di ospedalizzazione in reparto privato. I Cantoni hanno altresì la competenza di approvare o fissare le tariffe, sia per il settore ospedaliero sia per quello ambulatoriale. Tale competenza permette loro di influire sulla scelta della modalità di trattamento. Infine, dal momento che i Cantoni sono incaricati anche di pianificare l'offerta stazionaria degli ospedali, alcuni di essi sono stati accusati di favorire i propri ospedali a scapito di quelli privati. Questo ruolo multiplo dei Cantoni è spesso citato come uno dei principali difetti del sistema. Due elementi permettono tuttavia di relativizzare l'effetto degli incentivi:

- Cantoni e assicuratori hanno un'influenza limitata sulla scelta di fornire il trattamento nell'ambito di uno o dell'altro settore, dal momento che la scelta spetta innanzitutto al medico e al paziente. I progressi in campo medico permettono di eseguire un numero sempre più importante di interventi nel settore ambulatoriale, opportunità spesso in linea con l'interesse del paziente;
- l'incremento dei costi del settore ambulatoriale ha effetti sia sugli assicurati (che pagano i premi) sia sui Cantoni (che finanziano i sussidi). Anch'essi sono quindi incentivati a contenere i costi. Inoltre, le autorità politiche hanno tutto l'interesse a evitare un aumento eccessivo dei premi degli assicurati.

Il Consiglio federale è consapevole dell'esistenza di questi incentivi teorici. Le discussioni in merito a un finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie, nel senso di un cofinanziamento da parte dei Cantoni della totalità delle prestazioni, rientra tra l'altro nella strategia Sanità2020, quale misura di direzione strategica della politica sanitaria. Già nel 2004,

l'UFSP aveva pubblicato un rapporto¹² su questo tema, nel quadro dei lavori preparatori a una terza revisione della LAMal. Nel 2006, una mozione (06.3009) della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati chiedeva un «finanziamento uniforme delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali». Altre due mozioni (09.3275, 09.3546), depositate nel 2009, incaricano il Consiglio federale di approfondire l'ipotesi di un finanziamento duale fisso dell'insieme delle prestazioni (ambulatoriali e stazionarie) da parte dell'AOMS e dei Cantoni. Anche un'altra mozione (09.3853) e un postulato (10.3137) chiedevano al Consiglio federale di analizzare l'ipotesi di un finanziamento duale fisso dell'insieme delle prestazioni fornite dagli ospedali (ambulatoriali e stazionarie). Il Consiglio federale ha esposto il proprio punto di vista nel rapporto del 13 dicembre 2010 «Financement uniforme des prestations à l'hôpital et des prestations ambulatoires par l'assurance obligatoire des soins» (in risposta alla mozione 06.3009 e in adempimento al postulato 10.3137)¹³. Questo si basa in particolare su un rapporto¹⁴ di Markus Moser.

A maggio 2011 il Consiglio federale ha incaricato un gruppo di lavoro di sondare possibili modelli di finanziamento nel quadro di un progetto del Dialogo sulla politica nazionale della sanità relativo alle tariffe e ai valori di riferimento di un futuro finanziamento. Il gruppo di lavoro ha nuovamente incaricato Markus Moser di realizzare un rapporto¹⁵ sugli aspetti teorici e giuridici delle proposte al vaglio. Il Consiglio federale è favorevole all'introduzione di un finanziamento uniforme, ma si è sempre schierato a favore di una soluzione che incontri il consenso dei Cantoni, che richiedono una soluzione finanziariamente neutra per quanto concerne il loro coinvolgimento in termini finanziari. Il Consiglio federale desidera altresì attendere i risultati della valutazione della revisione del finanziamento ospedaliero, entrato in vigore il 1° gennaio 2009, come ha affermato nella propria risposta alla mozione 13.3213 «Lo stesso sistema di finanziamento per le prestazioni ospedaliere ambulatoriali e per quelle stazionarie».

Parallelamente all'opera del Consiglio federale, la CSSS-N ha incaricato una sottocommissione di realizzare i lavori necessari in seguito alla presentazione dell'iniziativa parlamentare 09.528 della consigliera nazionale Ruth Humbel, dal titolo «Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico», che richiede il finanziamento di tutte le prestazioni a carico dell'AOMS da parte degli assicuratori-malattie. La sottocommissione ha condotto un'indagine conoscitiva presso esperti, partner tariffali e Cantoni. Al termine di tale indagine, la

¹² Leu, Robert E. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, febbraio 2004. Il rapporto, disponibile unicamente in tedesco, può essere consultato sul sito Internet dell'UFSP: www.ufsp.admin.ch > Servizi > Pubblicazioni > Rapporti di ricerca > Rapporti di ricerca sull'assicurazione malattie e infortuni

¹³ Il rapporto può essere consultato sul sito internet della biblioteca del Parlamento: <https://biblio.parlament.ch>

¹⁴ Moser, Markus. Zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung in der Krankenversicherung, 22 dicembre 2009. Il rapporto disponibile unicamente in tedesco, può essere consultato sul sito Internet dell'UFSP: www.ufsp.admin.ch > Servizi > Pubblicazioni > Rapporti di ricerca > Rapporti di ricerca sull'assicurazione malattie e infortuni

¹⁵ Moser, Markus. Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitsstrategie, 22 marzo 2012. Il rapporto disponibile unicamente in tedesco, può essere consultato sul sito Internet dell'UFSP: www.ufsp.admin.ch > Servizi > Pubblicazioni > Rapporti di ricerca > Rapporti di ricerca sull'assicurazione malattie e infortuni

sottocommissione ha discusso e definito i primi valori di riferimento in vista del progetto di una futura soluzione. Ulteriori consultazioni in merito alle modalità di realizzazione di una possibile soluzione futura sono in corso.

3.4 Confronto internazionale

Le problematiche sopra descritte non sono di attualità solo in Svizzera, ma anche in diversi Paesi membri dell'OCSE. Una notevole varietà di approcci è rilevata in particolare a livello di organizzazione, finanziamento e strutturazione dell'offerta medico-sanitaria, mentre per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio della professione si registrano importanti analogie¹⁶.

3.4.1 Autorizzazione all'esercizio della professione e autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie o del servizio sanitario

Per quanto concerne l'autorizzazione all'esercizio della professione, negli Stati esaminati tutti i medici devono disporre di un'autorizzazione o un riconoscimento all'esercizio della professione. Nei diversi Paesi, le condizioni per ottenere l'autorizzazione o il riconoscimento sono molto simili (aver concluso una formazione medica universitaria di almeno sei anni, aver conseguito un titolo di perfezionamento, essere degno di fiducia e presentare le garanzie sanitarie necessarie all'esercizio della professione) poiché si fondano sulla direttiva 2005/36/CE¹⁷ in cui sono definiti in modo unitario i requisiti minimi della formazione universitaria e del perfezionamento per gli Stati dell'UE e dell'Associazione europea di libero scambio. Negli Stati esaminati, i medici stranieri provenienti da Paesi che applicano la libera circolazione delle persone sulla base del diritto europeo o di un accordo non soggiacciono ad alcuna limitazione giuridica dell'accesso al mercato oppure devono padroneggiare la lingua nazionale o una delle lingue nazionali (come in Svizzera). Per i medici provenienti da Stati terzi (con cui non è stato concluso un accordo sulla libera circolazione), alcuni Paesi impongono restrizioni sotto forma di esami complementari o requisiti supplementari in materia di esperienza professionale.

Per quanto riguarda l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie o del servizio sanitario, nella metà circa dei Paesi oggetto dello studio vige un obbligo di contrarre come quello applicato in Svizzera, talvolta limitato a determinati settori. Interessante è il caso della Francia, dove viene fatta una distinzione tra i medici impiegati negli ospedali e i liberi professionisti. Le prestazioni dei medici che esercitano in ospedale sono remunerate automaticamente dalle casse malati, mentre i liberi professionisti possono affiliarsi a una cassa malati. Le casse malati definiscono nel quadro di contratti condizioni secondo cui i medici possono fatturare per tre anni a carico delle casse malati. In questo contesto sono interessanti anche le regolamentazioni vigenti nella Repubblica slovacca, secondo cui, con l'eccezione dell'assistenza medica di base ambulatoriale, il numero di contratti tra assicurazioni e medici

¹⁶ Rüttsche, Bernhard; Poledna, Tomas; Gigaud, Philippe; Flühler, Nadja. Studie: Angebotssteuerung im ambulanten Bereich – Insbesondere Rechtsvergleich der Zulassungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung, Lucerna, 2013. Lo studio, disponibile unicamente in tedesco, può essere consultato sul sito Internet dell'UFSP all'indirizzo seguente: www.ufsp.admin.ch > Servizi > Pubblicazioni > Rapporti di ricerca > Rapporti di ricerca sull'assicurazione malattie e infortuni

¹⁷ Direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, GU L 255 del 30.9.2005, pag. 22.

è limitato alla garanzia di un'assistenza minima. La scelta dei medici è effettuata dalle casse malati, che a tale scopo si rifanno a criteri qualitativi definiti per legge.

Nessuno dei Paesi esaminati pone restrizioni legali all'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie per i medici stranieri. Condizioni specifiche sono previste soltanto in Svezia, dove sono richieste una lunga esperienza medica e una qualifica come specialista. In Australia, i medici stranieri possono accedere al sistema Medicare solo dopo dieci anni di attività in un *District of Workforce Shortage*, vale a dire in una regione in cui vi è una penuria di medici. Solo dopo questo periodo è possibile accedere al sistema senza restrizioni.

3.4.2 Gestione dell'offerta

Mettendo a confronto i sistemi sanitari dei singoli Stati, si riscontra in diversi ambiti una gestione strategica dell'offerta. Il Belgio, ad esempio, applica una gestione strategica dell'offerta nell'ambito dell'autorizzazione all'esercizio della professione, limitando, su raccomandazione di una commissione, il numero di candidati autorizzati all'esercizio della professione in caso di offerta eccedentaria. In Spagna, la pianificazione del bisogno è realizzata con i cosiddetti piani sanitari, che sono emessi dalle regioni e definiscono il bisogno di medici impiegati nel settore pubblico.

L'ampia maggioranza dei Paesi esaminati agisce piuttosto sul numero di posti offerti per la formazione medica universitaria. Alcuni praticano il numero chiuso anche per le specializzazioni (p. es. Francia, Repubblica ceca, Lettonia).

Quanto alla gestione strategica dell'offerta nell'ambito del finanziamento statale, lo studio evidenzia un'ampia varietà di modelli. In diversi Paesi, il numero di contratti o di medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie o del servizio sanitario è limitato in base a un'analisi del bisogno (Germania, Austria, Italia, Danimarca, Islanda, Lettonia, Repubblica slovacca). In Germania, ad esempio, l'ammissione a praticare di medici convenzionati è disciplinata da un piano del fabbisogno, regolamentato nella *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)* del 28 maggio 1957. Le associazioni dei medici convenzionati elaborano, in collaborazione con le associazioni mantello delle casse malati a livello dei *Länder*, un piano del fabbisogno, da presentare alla più alta autorità del Land competente per le assicurazioni sociali. Questa ha a disposizione un termine di due mesi per eventuali contestazioni¹⁸. Questo piano determina l'offerta di cure mediche tenendo conto dei gruppi di medici, della densità e della struttura demografica, nonché del genere e dell'entità della domanda di prestazioni mediche convenzionate. Esso deve inoltre stabilire come i medici convenzionati intendano coprire questa domanda e secondo quale distribuzione territoriale¹⁹. I principi di base di questo meccanismo sono contenuti nella direttiva della Commissione federale congiunta in merito alla pianificazione del fabbisogno e ai valori di riferimento per la definizione di offerta eccedentaria e insufficiente nell'assistenza fornita da medici convenzionati (in tedesco: *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Massstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung festgehalten [Bedarfsplanungs-Richtlinie]*). Il piano del fabbisogno comprende inoltre i principi per l'assistenza regionale, fornisce un report in merito al grado di assistenza per campi di specializzazione per ciascuna regione di pianificazione e deve essere adeguato costantemente. In tale contesto sono definiti quattro livelli di assistenza (assistenza del medico di base; assistenza specialistica generica;

¹⁸ § 99 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

¹⁹ § 12 Ärzte-ZV

assistenza specialistica specializzata; assistenza specialistica particolare), che sono determinanti per la suddivisione dei medici in gruppi, per la definizione di settori di pianificazione e quindi per stabilire il grado di assistenza per mezzo di coefficienti²⁰. Qualora il piano del fabbisogno evidenzia in un determinato settore un fabbisogno di medici convenzionati e questo non possa essere coperto entro sei mesi, l'associazione dei medici convenzionati deve mettere a concorso il posto (*Vertragssitz*). In casi eccezionali, la commissione preposta può derogare a una limitazione delle autorizzazioni per risolvere una situazione di offerta insufficiente²¹. In caso di un'offerta eccessiva, che sussiste quando il livello di assistenza generale commisurato al fabbisogno viene superato del 10 per cento, la commissione preposta ordina limitazioni delle autorizzazioni, che saranno verificate al più tardi entro sei mesi ed eventualmente revocate. Non sono previste ulteriori misure (p. es. riduzioni delle tariffe)²².

Diversi Paesi gestiscono il volume dell'offerta attraverso il budget stanziato per finanziare le prestazioni mediche (tra questi Regno Unito e Polonia; in Germania viene stabilito un importo massimo). In Polonia, per essere rimborsato dal servizio sanitario statale, il primo trattamento medico ambulatoriale deve essere effettuato da un medico di fiducia del Fondo sanitario nazionale. Tutti i medici che soddisfano determinati criteri (come il rispetto di determinati standard epidemiologici ed igienici) possono candidarsi per stipulare un contratto con questo fondo, ma vengono selezionati mediante una speciale procedura di aggiudicazione. L'offerta è così gestita indirettamente attraverso la presa a carico delle prestazioni sanitarie da parte del Fondo sanitario nazionale.

Una gestione strategica dell'offerta fondata su incentivi finanziari ha luogo in Norvegia e Danimarca, dove le prestazioni oggetto di un'offerta insufficiente vengono indennizzate con importi superiori.

3.4.3 Concorrenza regolamentata

Una libertà di contrarre tra assicuratori malattie e fornitori di prestazioni, come descritta al n. 4.3, non esiste in linea di principio in nessuno dei Paesi OCSE. In questo contesto va invece ricordato il sistema sanitario olandese, che si rifà ai principi della concorrenza regolamentata e nel quale i negoziati tra assicuratori e fornitori di prestazione svolgono un ruolo molto importante.

In Olanda, i medici di famiglia sono indennizzati quasi sempre con tariffe forfettarie per paziente e per trattamento. La tariffa forfettaria per paziente è diversificata secondo tre gruppi di età (meno di 65, 65-75 e più di 75) e secondo un indicatore che rileva la residenza in una

²⁰ §§ 4, 5, 8 seg., 11 seg., 17 segg. e 27 segg. *Bedarfsplanungs-Richtlinie*; l'assistenza del medico di base è costituita dal gruppo dei medici di famiglia ed è organizzata in 883 regioni dette *Planungsregionen*; l'assistenza specialistica generica è costituita dai gruppi di medici oculisti, chirurghi, ginecologi, otorino-laringoiatri, dermatologi, pediatri, neurologi, ortopedici, psicoterapeuti e urologi ed è organizzata in 372 regioni dette *Kreisregionen*; l'assistenza specialistica specializzata è costituita dai gruppi di medici anestesisti, internisti specializzati, psichiatri infantili e radiologi ed è organizzata in 97 regioni dette *Raumordnungsregionen*; l'assistenza specialistica particolare è costituita da specialisti in medicina fisica e riabilitazione, specialisti in medicina nucleare, radioterapisti, neurochirurghi, genetisti, medici di laboratorio, patologi, specialisti in trasfusioni e chirurghi maxillo-facciali ed è organizzata in 17 regioni dette *KV-Regionen* (cfr. <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, visitato il 18 novembre 2016)

²¹ §§ 15 seg. *Ärzte-ZV*

²² § 16b *Ärzte-ZV*.

regione svantaggiata dal punto di vista socioeconomico. La tariffa forfettaria per trattamento è diversificata a seconda della durata della consultazione (meno di 20 minuti, più di 20 minuti). Importi maggiorati vengono corrisposti per visite a domicilio, importi ridotti per consultazioni via e-mail o telefono. Importi supplementari vengono versati per prestazioni svolte al di fuori dei normali orari di apertura²³. L'accesso alle prestazioni di specialisti avviene solo su prescrizione di un medico di famiglia (*gatekeeping*) e la fatturazione è effettuata per singola prestazione. La gran parte degli specialisti è impiegata negli ospedali e molte delle loro prestazioni sono fornite nell'ambito di importi forfettari per singolo caso. Inoltre esistono convenzioni nazionali in merito all'aumento massimo consentito delle spese.

3.4.4 Conclusioni

Numerosi Paesi dell'OCSE dispongono di una soluzione per la gestione strategica a lungo termine dell'assistenza sanitaria nel settore ambulatoriale. In particolare i Paesi limitrofi della Svizzera hanno già introdotto sistemi per limitare il numero di medici che possono esercitare a carico dell'assicurazione malattie o per contenere il volume di prestazioni fatturabili da questi medici.

Il diritto tedesco in materia di assicurazione malattie è interessante perché le associazioni dei medici convenzionati devono collaborare con le associazioni mantello delle casse malati nell'ambito della gestione strategica delle autorizzazioni dei medici convenzionati. Per garantire un coinvolgimento simile di queste organizzazioni in Svizzera, sarebbe tuttavia necessaria un'importante modifica della LAMal.

In Olanda la gestione strategica dell'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale si rifà ai principi della concorrenza regolamentata. I negoziati tra assicuratori e fornitori di prestazione possono svolgere un ruolo molto importante. L'introduzione del modello olandese in Svizzera richiederebbe una revisione di fondo della LAMal.

4 Percorsi di soluzione

La questione del contenimento dell'aumento dei costi dovuto all'incremento costante del numero di fornitori di prestazioni ha fatto la sua comparsa poco dopo l'introduzione della LAMal e da allora non ha cessato di generare discussioni. Da più di 15 anni le discussioni si concentrano sempre su due possibili percorsi di soluzione: alcuni ritengono che sia necessario far agire i meccanismi di mercato eliminando l'obbligo di contrarre, mentre altri vorrebbero dare ai Cantoni e alla Confederazione la possibilità di gestire attivamente l'offerta di prestazioni. Queste due visioni sono alquanto contrapposte. Un terzo percorso, che si colloca nel mezzo, è emerso più di recente, contestualmente alla problematica della crescente penuria di medici di base. Questo terzo percorso propone di introdurre elementi di concorrenza a livello tariffale mantenendo tuttavia l'obbligo di contrarre. Questi tre percorsi di soluzione sono discussi ai n. 4.2-4.4. Qualunque sia il percorso scelto, la realizzazione di uno strumento di gestione delle prestazioni mediche a carico dell'assicurazione malattie richiede un chiarimento preliminare di alcune basi «tecniche», per il quale si rimanda al n. 4.1. Le risposte degli esperti interpellati e degli attori del sistema al questionario dell'UFSP, completate dalle discussioni condotte nel quadro dei tre workshop tenutisi a settembre 2016, sono state integrate nelle diverse varianti illustrate.

²³ Oltre alle tariffe forfettarie per paziente e per trattamento, esistono anche altre forme di remunerazione, segnatamente nell'ambito del modello dell'assistenza integrata e del «*Pay for Performance*». Queste forme di remunerazione devono essere negoziate tra i gruppi dei medici di base e gli assicuratori.

4.1 Basi tecniche

4.1.1 Definizione del bisogno

La questione della definizione del bisogno è cruciale nell'ambito della gestione strategica dell'offerta di prestazioni. Benché alcuni attori ritengano che l'offerta corretta corrisponda alla domanda secondo le leggi del mercato, bisogna constatare che la domanda di prestazioni mediche è influenzata da numerosi fattori, che ne determinano il costante aumento se non si fa nulla per frenarla. Numerosi studi dimostrano che il progresso tecnico, l'invecchiamento della popolazione e le conseguenze sanitarie che lo accompagnano, o ancora l'aumento del benessere della popolazione e delle sue esigenze si traducono in un incremento della domanda e dunque dei costi. La mutualizzazione dei costi rinforza ulteriormente questa tendenza. Trattandosi di un settore finanziato solidalmente, il contenimento dei costi rappresenta un imperativo politico. La domanda deve pertanto essere riportata al livello del bisogno sanitario. Deve essere questo bisogno sanitario, e non la domanda economica, a definire l'offerta.

Secondo un documento programmatico dell'Accademia svizzera delle scienze mediche²⁴ (ASSM), un'analisi del bisogno deve fondarsi su dati e comprendere sia un'analisi della situazione esistente sia modelli prognostici. Nel suo documento, l'ASSM raccomanda un approccio orientato ai bisogni e fondato su quattro pilastri, per pervenire a una gestione strategica a livello nazionale che permetta di regolare l'offerta di prestazioni mediche dal punto di vista della ripartizione geografica e dei campi di specializzazione. In primo luogo, l'ASSM raccomanda di agire sugli incentivi legati al sistema, segnatamente sulle tariffe. L'elaborazione e la raccolta dei dati necessari costituiscono la seconda tappa, sulla base di un modello concettuale da definire. A questo proposito, un rapporto Obsan²⁵ ha scelto e adeguato per la Svizzera il modello NIVEL olandese. In terzo luogo, dovranno essere create a livello regionale le istanze per una gestione efficace. L'Accademia raccomanda una gestione a livello di sette regioni, ciascuna con almeno un milione di abitanti. Infine, i risultati delle tappe precedenti devono permettere una maggiore differenziazione a livello di formazione medica.

Il documento programmatico dell'ASSM mira a una gestione a lungo termine dell'offerta di prestazioni grazie a una programmazione a livello della formazione. Un tale approccio non corrisponde alle condizioni quadro definite dal postulato 16.3000 e dalla mozione 16.3001, che chiedevano una soluzione a brevissimo termine per sostituire la limitazione delle autorizzazioni che scadrà il 30 giugno 2019. La maggior parte degli attori interpellati ha inoltre stimato che è impossibile sapere quali saranno i bisogni tra più di cinque o dieci anni, data l'evoluzione rapida e imprevedibile di numerose variabili come la demografia, la tecnologia e i progressi medici o l'epidemiologia.

In mancanza di dati e modelli concettuali necessari per un approccio fondato sul bisogno, l'unico approccio praticabile in questo contesto è quello basato su una proiezione dell'offerta attuale. Un tale approccio, utilizzato dalla maggior parte dei Paesi che cercano di contenere i costi a carico del proprio sistema di sicurezza sociale, parte dal principio che l'attuale offerta di prestazioni non sia né insufficiente né eccedentaria, per quanto possa essere problematica. L'esperto Thomas Zeltner, nella propria risposta al questionario dell'UFSP, cita l'esempio del

²⁴ Accademia svizzera delle scienze mediche; *Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzte*, Swiss Academies Communications 11 (11); 2016

²⁵ Burla, Laila. Widmer, Marcel. *Détermination des besoins futurs en médecins par spécialité: modèle conceptuel*. Obsan, Neuchâtel: gennaio 2016.

Regno Unito, dove ci si basa sul numero esistente di medici per specialità tenendo conto del loro tasso di occupazione. A queste cifre si applicano diversi scenari di sanità pubblica, tenendo conto dell'evoluzione demografica e anche numero di consultazioni di specialisti nel corso degli ultimi cinque anni.

Dal momento che un tale metodo non consente di risolvere problemi di offerta insufficiente o eccedentaria eventualmente presenti prima della sua attuazione, la soluzione adottata dovrà permettere di adattare le cifre dell'offerta attuale tenendo conto di eventuali indicazioni di offerta insufficiente o eccedentaria.

4.1.2 Rilevamento dell'offerta esistente

Per determinare gli effettivi, tutti gli attori e gli esperti consultati nonché numerosi Cantoni concordano sul fatto che la quantità di numeri RCC attualmente considerata per la limitazione delle autorizzazioni non rispecchia in modo sufficientemente preciso l'offerta reale, in particolare in seguito all'incremento costante di persone che lavorano a tempo parziale. Questo difetto dell'attuale sistema è emerso molto chiaramente anche dai workshop di settembre 2016. Tra gli attori vi è un ampio consenso in merito alla necessità di tenere conto del tasso di occupazione dei medici e di effettuare il calcolo secondo ETP (equivalenti a tempo pieno), contrariamente all'OLNF attualmente in vigore che considera solamente il numero di medici attivi sulla base della quantità di numeri RCC. Nel rapporto Obsan, gli autori constatano che non esiste alcuna banca dati centrale che raccolga tutti i medici in attività e contenga tutte le informazioni richieste (ETP, specialità, settore di cura ecc.). Malgrado ciò, gli effettivi medici (numero di medici e ETP) possono essere determinati sulla base delle rilevazioni esistenti, tenendo conto delle seguenti restrizioni:

- a. il titolo di specialista e l'origine del diploma dei medici ospedalieri devono essere ricavati fondendo la statistica ospedaliera con il registro delle professioni mediche (MedReg)²⁶ e la statistica medica di FMH;
- b. gli ETP dei medici liberi professionisti devono essere estrapolati avvalendosi del campionamento myFMH. Questa estrapolazione implica alcune incertezze, tra l'altro per quanto concerne le possibilità di stratificazione;
- c. è difficile determinare quale parte dei medici ospedalieri lavori nel settore stazionario o ambulatoriale dell'ospedale.

Nel rapporto Obsan²⁷, gli autori osservano che le modifiche apportate ai rilevamenti (introduzione del GLN nella statistica ospedaliera, e-logbook di ISFM, registrazione completa di tutti i medici nel MedReg, nuovo rilevamento sui dati strutturali relativi agli studi medici e ai centri ambulatoriali) permetteranno di migliorare la qualità dei dati. Le nuove possibilità (p. es. possibili fusioni tra le banche dati) devono ancora essere vagliate.

In occasione dei workshop condotti con gli attori del settore a settembre 2016, santésuisse ha proposto di basarsi sui dati di fatturazione esistenti per ricavare il tasso di attività dei medici. Secondo santésuisse, indicatori basati sul numero di consultazioni, il numero di pazienti o eventualmente sull'importo delle prestazioni fatturate potranno essere sviluppati dalle

²⁶ Accessibile sul sito internet: www.medregom.admin.ch

²⁷ Cfr n. 25

associazioni mediche a livello regionale e per specialità. La CDS ha sostenuto questa proposta.

4.1.3 Costatazione di un'offerta eccedentaria o insufficiente

Nella propria risposta al questionario dell'UFSP, la FMH ha osservato che non è possibile quantificare un'offerta adeguata e che non può esistere per definizione, un'offerta eccedentaria in ambito medico. curafutura ha osservato che non è possibile definire un'offerta adeguata in modo scientificamente fondato: tale modellizzazione dipenderebbe da troppe variabili, rendendo troppo approssimativa una gestione strategica su questa base. santésuisse aggiunge che non è possibile determinare in modo fondato un'offerta adeguata sulla base della quale fissare limiti superiori e inferiori che definiscono un'offerta insufficiente o eccedentaria. La CDS ritiene invece che ciò sarebbe possibile coinvolgendo gli esperti dei partner interessati per ciascun settore. Nelle proprie risposte, gli attori interpellati non hanno pertanto proposto criteri che permettano di identificare un'offerta eccedentaria. L'evoluzione dei costi delle prestazioni a carico della LAMal in questi ultimi anni ha tuttavia dimostrato che una conseguenza di un'offerta eccedentaria, che si cerca di evitare con la limitazione delle autorizzazioni, è un incremento dei costi superiore alla norma. Un criterio per individuare un'offerta eccedentaria in un Cantone o in una regione può pertanto essere quello di rilevare un incremento dei costi superiore alla media nazionale per uno o più campi di specializzazione.

Per quantificare l'assenza di offerta insufficiente e per assicurare la presenza di un'offerta sufficiente, nella sua risposta al questionario curafutura ritiene determinante la risposta alle domande seguenti:

- È garantito un accesso rapido e immediato all'assistenza medica di base? (X% della popolazione raggiunge tra le 7.30 e le 18.30 entro Y minuti (auto) l'offerta di assistenza medica di base più vicina)
- L'assistenza di emergenza è garantita 24 ore su 24? (X% della popolazione residente in caso di emergenza medica riceve un'assistenza di primo soccorso entro Y minuti)
- Sono sottoposto agli interventi/alle terapie/ai trattamenti indicati entro un lasso di tempo ragionevole? (Il trattamento X viene effettuato entro un massimo di Y giorni dall'indicazione)

H+ cita anche il tempo di attesa per ottenere una consultazione e condivide l'opinione secondo cui dovrebbe essere rilevato principalmente l'accesso ai servizi d'emergenza. Il criterio dell'accesso dei pazienti al trattamento in tempo utile è tenuto in considerazione anche dai Cantoni per la pianificazione ospedaliera.

In occasione dei workshop di settembre 2016, un ampio consenso è tuttavia emerso in merito al fatto che i Cantoni abbiano già la possibilità d'intervenire in caso di offerta insufficiente e che non sia necessaria alcuna misura supplementare in questo caso.

4.1.4 Organo competente

Per ragioni di uniformità dell'attuazione, sembra logico che il Consiglio federale affidi il compito di raccogliere e verificare, e di aggiornare periodicamente, i dati relativi agli effettivi esistenti in modo centralizzato per l'Amministrazione federale (UFSP e UST), anche perché l'autorizzazione dell'Ufficio federale di statistica (UST) è richiesta per poter fondere le banche dati dell'UST (p. es. statistica ospedaliera, statistica medica) con altre banche dati. I Cantoni, invece, hanno la responsabilità di garantire l'accesso della popolazione alle cure mediche sul proprio territorio. Il Consiglio federale ritiene che questi siano nella posizione migliore per valutare se eventuali situazioni di offerta insufficiente o eccedentaria debbano essere corrette.

Di conseguenza, il Consiglio federale ritiene che spetti ai Cantoni fissare l'offerta necessaria sulla base dei dati relativi all'offerta esistente forniti dalla Confederazione.

In occasione dei workshop di settembre 2016, santésuisse ha osservato che i limiti dovrebbero essere fissati a livello cantonale, secondo criteri definiti a livello federale, in modo uniforme e trasparente. La CDS esprimeva tuttavia il desiderio che assicuratori, medici e pazienti fossero coinvolti nelle loro decisioni. Nel messaggio concernente la gestione strategica del settore ambulatoriale, il Consiglio federale aveva proposto di integrare gli attori nel quadro di commissioni consultive composte almeno da rappresentanti delle associazioni di assicurati, delle associazioni dei fornitori di prestazioni (in particolare dei fornitori di prestazioni interessati dalle misure) e delle associazioni di assicuratori. Il parere delle commissioni doveva essere preso in considerazione dai Cantoni in modo imperativo. Nel quadro della consultazione in merito a questo progetto, numerosi Cantoni si erano opposti a questo obbligo, ritenendo che i Cantoni debbano poter stabilire liberamente con quali modalità prendere in considerazione il parere delle parti interessate.

4.1.5 Definizione di un limite superiore

Il postulato 16.3000 chiede al Consiglio federale di fissare un limite superiore e un limite inferiore, che adeguerà periodicamente. Nel messaggio 04.032 del 26 maggio 2004 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Libertà di contrarre)²⁸ (in appresso messaggio relativo alla libertà di contrarre), il Consiglio federale prevedeva di fissare limiti minimi e massimi del numero di fornitori di prestazioni necessario per garantire, nei Cantoni, la copertura del fabbisogno di cure (margini per categoria di fornitori di prestazioni). Saranno poi i Cantoni a dover determinare all'interno di tali margini, in funzione delle condizioni locali, il numero di fornitori di prestazioni necessario. Il Consiglio federale intende inoltre evitare che si perpetuino sul territorio svizzero disparità troppo accentuate nella copertura sanitaria non giustificate da ragioni di salute pubblica, continuando a garantire nei Cantoni una copertura dei bisogni in materia di cure ambulatoriali sufficiente per ciascuna categoria di fornitori di prestazioni. Nel loro rapporto del 2001, Crivelli e Domenighetti²⁹ definivano sulla base dei dati del 1999 una densità di circa 15 medici a tempo pieno per 10 000 abitanti come riferimento pragmatico per il calcolo del numero di medici. Questo numero corrispondeva alla mediana dei valori cantonali e alla densità di una regione relativamente omogenea e autosufficiente per quanto concerne l'offerta di medici e l'import ed export di pazienti, vale a dire la regione che comprende i Cantoni di San Gallo, dell'Appenzello Interno e dell'Appenzello Esterno. Ad oggi, mentre il valore mediano (1,7 medici per 1000 abitanti) dei Cantoni è aumentato di poco dal 2000, anno di riferimento per il messaggio relativo alla libertà di contrarre del 2004 con 1,54 medici per 1000 abitanti, la disparità tra i Cantoni si è accentuata. Nel 2014, la densità della copertura sanitaria andava da 0,92 medici per 1000 abitanti nel Cantone di Uri (0,99 in Obvaldo nel 2000) a 4,92 medici per 1000 abitanti a Basilea Città (3,56 nel 2000), corrispondente a un fattore di 5 tra il valore più basso e quello più elevato. Ad oggi, la fissazione di limiti inferiori e superiori validi in modo uniforme a livello nazionale per campo di specializzazione non farebbe che constatare questa disparità. Eventuali margini dovrebbero pertanto essere fissati a livello singolo per ciascun Cantone. Nel quadro dei lavori preparatori di questo rapporto, FMH e curafutura si sono opposti alla fissazione di limiti superiori e inferiori, che secondo la loro opinione sono inutili per migliorare la qualità delle

²⁸ FF 2004 3837, 04.032

²⁹ Cfr n. 5

prestazioni. Dello stesso avviso H+, che si oppone a qualsiasi meccanismo di gestione dell'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale.

4.1.6 Coordinamento tra i Cantoni

Il postulato 16.3000 chiede che il Consiglio federale fissi limiti per Cantone e per specialità, all'interno dei quali i Cantoni o eventualmente gli assicuratori gestiranno le autorizzazioni. Gli attori consultati, oltre agli esperti, concordano in particolare sul fatto che la mobilità dei pazienti renda obsoleti i limiti cantonali in questo settore. Tutti hanno osservato che una valutazione dei bisogni dovrebbe avere luogo a livello regionale. Secondo la legge, già oggi i Cantoni devono coordinare le loro pianificazioni a livello ospedaliero e addirittura approntare insieme una pianificazione per tutta la Svizzera nel settore della medicina altamente specializzata (MAS). In questo contesto, un Organo decisionale MAS è costituito dai direttori della sanità di dieci Cantoni e consigliato da un Organo scientifico MAS. Secondo la CDS, un tale modello non sarebbe adatto al settore ambulatoriale, vista la moltitudine di fornitori di prestazioni. Nel quadro dei workshop, le associazioni degli assicuratori si sono espresse a favore di un coordinamento regionale, raccomandando tuttavia che la forma di tale coordinamento possa essere decisa liberamente dai Cantoni e dagli attori interessati. Ciò riprende quanto già proposto dal Consiglio federale nel messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale, che prevedeva che i Cantoni coordinassero la valutazione dell'offerta di cure ambulatoriali. In occasione della consultazione, la maggior parte degli attori si era espressa su questo punto dichiarandosi favorevole. Il Cantone di Zurigo aveva tuttavia avvertito il Consiglio federale di prevedere un termine sufficientemente lungo per mettere in pratica un tale coordinamento, mentre il Cantone di Vaud aveva evidenziato la necessità di criteri uniformi per rendere possibile un tale coordinamento.

Nel suo rapporto³⁰ del 2016, l'ASSM raccomanda di definire, in analogia con il settore delle scuole universitarie professionali, sette regioni di più di un milione di abitanti ciascuna. In occasione dei workshop, la CDS ha affermato di essere interessata ad approfondire come tali regioni potrebbero essere formate. Ha tuttavia ricordato l'organizzazione e la ripartizione del sistema svizzero, che implica che le decisioni siano prese al livello politico dei Cantoni. Il Consiglio federale ritiene che un tale studio, di natura esplorativa, dovrebbe fondarsi su dati relativi all'attività dei medici che non sono attualmente disponibili. I primi dati strutturali relativi agli studi medici e ai centri ambulatoriali raccolti dall'UST nel quadro del progetto MARS (Statistiche dell'assistenza sanitaria ambulatoriale) non saranno disponibili prima del 2019. Pertanto, un tale studio potrebbe essere avviato solo dopo l'entrata in vigore, il 1° luglio 2019, di una nuova misura di gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale.

4.1.7 Settore ambulatoriale degli ospedali

Il postulato 16.3000 indica che «la restrizione non può essere applicata unilateralmente al settore ambulatoriale degli studi medici, ma deve integrare il settore ambulatoriale degli ospedali». Dal 2010, i Cantoni possono applicare la limitazione delle autorizzazioni ai medici che esercitano nel settore ambulatoriale degli ospedali. Se lo fanno, adattano le cifre massime fissate dal Consiglio federale. Tra il 2010 e il 2011, solo cinque Cantoni si sono avvalsi di questa possibilità, ma senza adattare formalmente le cifre del Consiglio federale. Tra il 2013 e il 2016, ancora una volta cinque Cantoni hanno applicato la limitazione al settore ambulatoriale degli ospedali. In mancanza di dati per fissare nuove cifre, questi Cantoni valutano generalmente caso per caso la situazione nella specialità in questione.

³⁰ Cfr n. 24

Il messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale³¹ prevedeva che i Cantoni che avessero scelto di gestire il settore ambulatoriale tenessero conto dell'attività degli ospedali in questo ambito. Nel quadro della consultazione su questo progetto, la maggior parte delle organizzazioni di medici, oltre che gli ospedali, riteneva che il settore ambulatoriale degli ospedali dovesse essere considerato, al fine di garantire la parità di trattamento e in virtù della pluralità dei ruoli dei Cantoni in questo settore, per scongiurare il rischio di nuove distorsioni. *santésuisse* invece riteneva che i dati esistenti non lo permettessero. Anche dal rapporto Obsan³² emerge che non esiste per ora alcuna banca dati che permetta di distinguere, per i medici impiegati negli ospedali, tra il tasso di attività concernente il settore stazionario e quello riguardante il settore ambulatoriale. In seguito alla consultazione, il Consiglio federale aveva infine proposto che il settore ambulatoriale degli ospedali potesse essere considerato nel quadro dei mandati di prestazione.

In occasione dei workshop, tutti gli attori hanno rilevato la necessità di considerare l'insieme del settore ambulatoriale. Solo la CDS ha sostenuto il mantenimento del carattere facoltativo dell'intervento dei Cantoni, per quanto riguarda tutti i settori. Per rimediare all'attuale assenza dei dati necessari, *santésuisse* ha proposto di attribuire a tutti i medici, compresi quelli attivi negli ospedali, un numero RCC, che permetterebbe un'attribuzione precisa di ogni singolo atto al rispettivo medico e di determinare quindi il loro tasso di occupazione nei diversi settori. Un tale adeguamento del sistema non è tuttavia realizzabile entro il 2019. In ogni caso, per prendere in considerazione il settore ambulatoriale degli ospedali, è necessario che questi mettano a disposizione i dati necessari.

4.1.8 Situazione dei medici di base

Il postulato 16.3000 chiede che i medici generici non siano soggetti ad alcuna restrizione. Con l'accezione di «medico di base» s'intendono generalmente il medico generico (titolo che la Svizzera ha definito come quello di base per il riconoscimento automatico dei diplomi con l'UE) e gli specialisti in medicina interna generale e in pediatria. I titoli di medicina generale e medicina interna non vengono più attribuiti, ma chi li detiene è riconosciuto come medico di base. In occasione dei workshop di settembre 2016, FMH ha fatto presente che aggiungerebbe a questo elenco la ginecologia ed eventualmente anche la psichiatria, in quanto queste figure svolgono spesso il ruolo di medici di famiglia per i propri pazienti.

Nel quadro della preparazione di questo rapporto, l'UFSP ha interrogato attori ed esperti in merito all'esclusione di questa categoria di fornitori di prestazioni. Alla lettura delle risposte, il Consiglio federale ha constatato che questa suddivisione in categorie non sembra più corrispondere alla realtà. FMH ha risposto che già oggi i medici di base non possono essere considerati come categoria uniforme, in virtù delle differenze legate alla durata della formazione e della problematica dei titolari di un doppio titolo. Secondo H+, questa distinzione è retaggio di un'epoca passata in cui ciascuno aveva il proprio medico di famiglia, mentre oggi questo ruolo è svolto da specialisti ad esempio per i pazienti cronici, mentre i giovani si rivolgono alle cliniche *walk in* o al pronto soccorso in caso di bisogno. Anche curafutura non vede perché questa categoria di medici dovrebbe essere trattata a parte. Per *santésuisse*, un'offerta eccedentaria è possibile anche in questo settore. Una penuria di medici di base non dovrebbe pertanto essere contrastata attribuendo uno status particolare, ma piuttosto sostenendo forme di organizzazione innovative. Sono state sollevate altresì le problematiche degli studi medici associati che forniscono prestazioni di base e specialistiche e dei titolari di

³¹ Cfr n. 2

³² Cfr n. 25

un doppio titolo. Per curafutura, la soluzione consisterebbe nel non concentrarsi più sui fornitori di prestazioni, bensì sulle prestazioni stesse. La CDS ha rinnovato il proprio desiderio di pervenire a una situazione praticabile, anche se non perfetta, mettendo in rilievo i problemi generati dal fatto di concentrarsi sulle prestazioni stesse. In questo senso, il Consiglio federale non intende attuare la gestione delle prestazioni senza tenere conto di chi le fornisce. Entrata in vigore il 3 luglio 2002, la limitazione delle autorizzazioni interessava l'insieme dei fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale. A partire dal 1° gennaio 2010, i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 38 LAMal nonché i medici di base furono esplicitamente esclusi dal campo d'applicazione della limitazione. In questo modo il Parlamento intendeva contrastare il rischio di una penuria di medici di famiglia. La versione dell'articolo 55a LAMal entrata in vigore il 1° luglio 2013 e prorogata fino al 30 giugno 2019 non prevede invece eccezioni esplicite per una determinata categoria di medici, ma lascia ai Cantoni la libertà di designare i medici interessati. Concretamente, l'articolo 3 OLNf prevede che i Cantoni possano disporre che il numero massimo fissato all'allegato 1 non si applichi a uno o più campi di specializzazione che vi sono menzionati. Tra il 2013 e il 2016, conformemente a questa disposizione, sei Cantoni (BE, NW, SG, SZ, TG, UR) hanno escluso dalla limitazione alcuni campi della medicina di base, avendo constatato un'offerta insufficiente o almeno un rischio che tale circostanza si verificasse (Rüefli et al., 2016³³). Il Consiglio federale ritiene che questa disposizione permetta ai Cantoni di rispondere in modo più preciso alle loro situazioni specifiche rispetto a quella che prevaleva fino al 2011. In effetti, una situazione di offerta eccedentaria in determinato campo specialistico della medicina di base in un Cantone non può essere esclusa.

4.1.9 Criteri di selezione dei fornitori di prestazioni

Per valutare se le prestazioni garantiscono una copertura sufficiente, il postulato 16.3000 chiede che sia presa in considerazione anche la qualità dell'offerta. La mozione 16.3001 auspica una vera e propria concorrenza sulla qualità (e sui prezzi). L'assenza di criteri di selezione positivi dei fornitori di prestazioni da parte degli assicuratori è stata tra l'altro una delle principali critiche sollevate in sede di consultazione sul messaggio relativo alla libertà di contrarre³⁴. Inoltre, in occasione dei workshop di settembre 2016, è emerso chiaramente che per alcuni attori, in particolare le associazioni di assicuratori santésuisse e curafutura nonché per FMH e per le associazioni di pazienti, un meccanismo di gestione nel settore ambulatoriale deve avere come obiettivo principale un miglioramento della qualità delle prestazioni. La questione dei criteri è stata sollevata a due riprese nel corso di questi workshop: nel quadro delle discussioni concernenti la limitazione delle autorizzazioni e di quelle riguardanti la libertà di contrarre.

4.1.9.1 Criteri relativi alla qualità delle prestazioni

Ad oggi esistono pochissimi indicatori possibili per rilevare la qualità delle prestazioni (*outcome*) nel settore ambulatoriale. Come ha osservato curafutura, questo campo richiede ancora molte ricerche. H+ ha citato la soddisfazione dei pazienti, rilevata come criterio di qualità delle prestazioni in vari Paesi.

Un prerequisito per confrontare la qualità delle prestazioni è che questa sia rilevata e che i risultati siano comunicati in modo trasparente. In generale, santésuisse e H+ ritengono che la partecipazione a programmi di rilevamento e miglioramento della qualità dovrebbe essere resa obbligatoria per tutti i fornitori di prestazioni e che solo la trasparenza in merito ai risultati può

³³ Cfr n. 8

³⁴ Cfr n. 28

migliorare la qualità delle prestazioni. H+ stima che la pubblicazione di tali risultati serva solo come base per la discussione e il miglioramento, ad esempio mediante *peer review* come avviene nel settore ospedaliero stazionario, mentre gli assicuratori ritengono che questi risultati potrebbero in un secondo tempo servire come criterio per selezionare i fornitori di prestazioni, sia per quanto concerne l'autorizzazione, sia nel quadro della libertà di contrarre. Una mancata partecipazione o risultati negativi dovrebbero, secondo gli assicuratori, comportare sanzioni che possano arrivare fino all'esclusione dal sistema. Anche le associazioni dei pazienti si sono espresse a favore dei programmi di rilevamento della qualità. OSP ad esempio ha sostenuto la creazione di registri degli errori medici. Oltre alla difficoltà di rilevare la qualità delle prestazioni (*outcome*), FMH ha fatto presenti alcuni rischi legati agli indicatori di qualità, in particolare che questi ultimi diventino più importanti della qualità del trattamento nella sua globalità.

Il Consiglio federale ritiene che le condizioni legali esistenti (cfr. capitolo n. 2.7) possano essere rafforzate, ad esempio legando il mantenimento dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure alla trasmissione dei dati richiesti o alla partecipazione a programmi di miglioramento della qualità. Sarebbe inoltre opportuno iscrivere nella legge l'obbligo di prevedere, nelle convenzioni tariffali, programmi di rilevamento della qualità.

Il 4 dicembre 2015, il Consiglio federale ha trasmesso al Parlamento il messaggio 15.083 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Rafforzamento della qualità e dell'economicità)³⁵ (in appresso messaggio relativo al rafforzamento della qualità e dell'economicità). Questo progetto prevede segnatamente di sostenere finanziariamente programmi e progetti concreti, in particolare concernenti lo sviluppo di nuovi indicatori che permettano di rilevare e valutare la qualità delle prestazioni mediche, anche per il settore ambulatoriale. Nonostante il 16 giugno 2016 il Consiglio degli Stati abbia rifiutato di entrare in materia su questo progetto, la CSSS-N ha richiesto all'Amministrazione un progetto con proposte volte a integrare le organizzazioni che si occupano della qualità nel quadro di una piattaforma nazionale di coordinamento, con una chiara ripartizione dei ruoli tra la piattaforma e le autorità federali, un rafforzamento delle responsabilità dei partner tariffali accompagnato da un quadro legale efficace che consenta di imporre misure e requisiti in termini di qualità nonché la presenza delle basi legali necessarie. L'Amministrazione ha trasmesso il rapporto richiesto alla commissione e s'impegna per rafforzare la qualità e l'economicità nel quadro di questo progetto.

4.1.9.2 Criteri relativi alla formazione, competenze linguistiche

Dalle risposte al questionario e dalla partecipazione ai workshop, emerge che secondo FMH, la formazione è il solo criterio che può essere preso in considerazione per determinare sia la qualità del fornitore di prestazioni sia la qualità delle prestazioni. FMH ritiene che debbano essere applicati quattro criteri uniformi a livello nazionale:

- conoscenze minime di una delle lingue nazionali (livello B2 del quadro comune europeo di riferimento per la conoscenza delle lingue);
- durata minima della formazione di 5500 ore;
- aver esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto;

³⁵ FF 2016 201, 15.083

- monitoraggio dell'aggiornamento secondo criteri nazionali forniti dalle società di specializzazioni mediche.

Dal 2013, il criterio di aver esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto esonera chi lo soddisfa dalla limitazione delle autorizzazioni. Questo criterio è tuttavia problematico in relazione all'ALC, come detto al capitolo 3.2.14, e riduce in modo significativo l'efficacia della limitazione delle autorizzazioni. Per tali ragioni il Consiglio federale è critico in confronto al suo mantenimento nel quadro di una soluzione a lungo termine per la gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale.

La legge federale sulle professioni mediche universitarie (legge sulle professioni mediche, LPMed; RS 811.11) disciplina la formazione universitaria, il perfezionamento e l'aggiornamento delle professioni mediche universitarie e il loro esercizio. Essa disciplina segnatamente la formazione necessaria all'esercizio delle professioni mediche e stabilisce gli obblighi professionali che deve osservare chi esercita liberamente una professione medica. La legge regola inoltre le condizioni per il riconoscimento di diplomi e titoli di perfezionamento esteri. Una prima parte della revisione parziale della LPMed è entrata in vigore il 1° gennaio 2016, rafforzando soprattutto il ruolo della medicina di famiglia e delle cure mediche di base. La seconda parte della revisione della LPMed e le modifiche delle relative ordinanze entreranno in vigore più avanti. Vi saranno precisati i criteri concernenti le conoscenze linguistiche necessarie a esercitare la professione, nonché la durata minima della formazione richiesta per ottenere il diploma. Da quel momento, i diplomi e le conoscenze linguistiche di ciascuna persona che esercita una professione medica universitaria figureranno nel registro delle professioni mediche. Le richieste di FMH saranno pertanto in gran parte soddisfatte nel quadro di tali revisioni.

Nella propria risposta al questionario dell'UFSP, l'esperto Willy Oggier ha osservato che, come per la medicina altamente specializzata, alcune prestazioni dovrebbero essere fornite solo da medici con una formazione particolare e ponendo la condizione di un numero minimo di casi. Altri requisiti, come il rispetto di linee guida o direttive professionali, sono un principio di base dell'esercizio della professione medica che deriva dalla LPMed: il fatto che l'esercizio della professione avvenga o meno a carico della LAMal non ha importanza.

4.1.9.3 Cartella informatizzata del paziente

Nel quadro dei workshop, la CDS ha espresso l'idea di legare l'autorizzazione dei medici a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure con la loro partecipazione al sistema della cartella informatizzata del paziente. La legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP; RS 816.11) è stata adottata il 19 giugno 2015 e la sua entrata in vigore è prevista per il 2017. Essa prevede espressamente che i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale, contrariamente agli ospedali, siano liberi di affiliarsi a una comunità o a una comunità di riferimento certificata. Il Consiglio federale ritiene che l'iscrizione di un tale obbligo nella LAMal entrerebbe dunque in contraddizione con la volontà del Parlamento. Inoltre è previsto che la Confederazione possa sostenere l'introduzione della cartella informatizzata del paziente accordando aiuti finanziari alle comunità e alle comunità di riferimento ai fini della loro costituzione e della loro certificazione.

4.1.9.4 Adesione a una rete di assistenza

La CDS ha proposto altresì che la partecipazione del fornitore di prestazioni a una rete di assistenza possa rappresentare un criterio di selezione. La LAMal prevede la possibilità per gli assicuratori di proporre forme particolari d'assicurazione, che implicano segnatamente una scelta limitata di fornitori di prestazioni e offrono premi più bassi agli assicurati. Ciononostante nel 2012 la popolazione ha rifiutato che fosse maggiormente incoraggiata l'adesione a un modello di assicurazione che implica una rete di assistenza integrata. La promozione delle

cure coordinate resta comunque un pilastro centrale della strategia globale Sanità2020 del Consiglio federale. A maggio 2014, nel quadro del Dialogo sulla politica nazionale della sanità, ha avuto luogo una prima discussione con i Cantoni in merito alla procedura da seguire; la seconda conferenza nazionale Sanità2020, tenutasi a gennaio 2015, era dedicata alle cure coordinate. In una prima fase l'attenzione del progetto «Cure coordinate» della Confederazione dovrà concentrarsi sui pazienti molto anziani e affetti da patologie multiple croniche nel contesto ospedaliero. Il coordinamento delle prestazioni deve essere ottimizzato in particolare coinvolgendo maggiormente persone esperte in geriatria. In un secondo tempo, l'impegno potrà essere esteso a un secondo gruppo di pazienti colpiti da malattie mentali e somatiche. Il Consiglio federale sostiene i lavori condotti nel quadro di questo progetto. Tuttavia, considerando il risultato della votazione del 2012, il Consiglio federale è dell'avviso che sottomettere l'autorizzazione dei medici a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure alla partecipazione a una rete di assistenza sarebbe contrario alla volontà popolare. Ritiene dunque che un tale criterio non dovrebbe essere iscritto nella LAMal.

4.1.9.5 Partecipazione alle urgenze

La CDS ha proposto anche che la partecipazione ai servizi d'urgenza possa rappresentare un criterio di selezione. Ma la pianificazione e l'organizzazione delle urgenze sono della competenza dei Cantoni. Questi compiti sono d'altronde attuati in modi molto diversi nei vari Cantoni. Sulla base dell'articolo 55a capoverso 4 LAMal, i Cantoni hanno attualmente già la possibilità di definire la partecipazione ai servizi d'urgenza come condizione per l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS. Per questa ragione il Consiglio federale ritiene che non sia necessario indicare un tale criterio nella LAMal.

4.2 Limitazione delle autorizzazioni

4.2.1 Concetto teorico

Il modello di limitazione delle autorizzazioni mira innanzitutto a frenare l'aumento del ricorso a prestazioni a carico dell'AOMS, limitando il numero di fornitori di prestazioni, come fa l'attuale articolo 55a LAMal. Limitando l'accesso nelle zone in cui l'offerta è considerata eccedentaria, i medici sono indirettamente incentivati a insediarsi in zone che non applicano tali limitazioni, quindi dove l'offerta è ritenuta insufficiente. È possibile applicare anche incentivi diretti.

Con questo modello, le autorizzazioni all'esercizio e l'accesso al mercato a carico dell'assicurazione malattie vengono concessi in modo separato. Le disposizioni della LPMed, che stabilisce segnatamente le norme relative al libero esercizio delle professioni mediche universitarie, continuano ad essere applicate. Per contro, l'adempimento delle condizioni di cui agli articoli 36-40 LAMal non è più sufficiente per poter fatturare a carico dell'AOMS. Un organismo centralizzato è allora incaricato di concedere le autorizzazioni su un dato territorio, in funzione di determinati criteri. In caso di gestione delle autorizzazioni secondo il bisogno, i criteri applicati saranno in linea di principio legati alla situazione della popolazione in materia di assistenza sanitaria. Se si parte dall'assunto che le prestazioni a carico dell'assicurazione sociale contro le malattie siano un servizio pubblico, l'organismo preposto a gestire le autorizzazioni dovrebbe essere lo Stato o un organo indipendente da questo incaricato.

La gestione delle autorizzazioni secondo il bisogno si fonda in linea di principio su una valutazione scientifica dell'offerta che consiste nel misurare le prestazioni necessarie per la popolazione e confrontarle con l'offerta esistente. Un tale approccio implica l'applicazione di un metodo, fondato su dati esistenti o da rilevare.

In caso di gestione dell'offerta mediante autorizzazioni, tutti i fornitori di prestazioni, una volta autorizzati, sono rimborsati dall'insieme degli assicuratori (obbligo di contrarre). L'assicurato,

come nel sistema attuale, sceglie pertanto il proprio assicuratore essenzialmente secondo il criterio dell'importo del premio. Non vi è concorrenza sui prezzi o sulla qualità delle prestazioni.

4.2.2 Progetti di riforma

Il 18 febbraio 2015, il Consiglio federale ha trasmesso al Parlamento il messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale³⁶. Questo progetto mirava a offrire ai Cantoni una soluzione a lungo termine per gestire le prestazioni ambulatoriali, in modo da assicurare un'assistenza sanitaria di qualità e da limitare l'aumento dei costi. Secondo il progetto, i Cantoni avevano la possibilità, non l'obbligo, di regolamentare le autorizzazioni in caso di offerta eccedentaria constatata. Potevano esserne interessati tutti i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale (art. 36-38 LAMal), oltre agli ospedali (art. 39 LAMal) per la loro attività in questo settore. Per questi ultimi, la regolamentazione aveva luogo mediante mandati di prestazioni già esistenti per il settore stazionario. In caso di offerta insufficiente, i Cantoni potevano adottare misure di sostegno, subordinando a condizioni le loro decisioni. Erano previsti criteri di qualità compatibili con il diritto europeo, come la partecipazione a programmi di qualità, lo svolgimento di aggiornamenti nel settore della qualità, la partecipazione ai servizi d'urgenza o l'adesione a reti di assistenza. In una prima fase, l'autorità Cantonale doveva definire un'assistenza ottimale e in seguito determinare il bisogno sulla base di una procedura verificabile e di dati affidabili. Inoltre i Cantoni dovevano coordinarsi. Prima di agire, il Cantone era obbligato a chiedere il parere di una commissione di rappresentanti dei diversi ambiti interessati e di giustificare nella propria decisione un'eventuale divergenza dalla sua raccomandazione. Il progetto prevedeva anche una disposizione concernente la trasmissione al Cantone dei dati necessari per la sua analisi del bisogno. Nonostante la proposta del Consiglio federale fosse stata elaborata nel quadro di una procedura partecipativa con il coinvolgimento dell'insieme degli attori, la CSSS-N ha proposto di sostituirla con una proroga senza scadenza temporale della limitazione delle autorizzazioni.

Il progetto del Consiglio federale si basava su un modello elaborato congiuntamente da FMH e CDS, presentato dalla CDS nel quadro del Dialogo sulla politica nazionale della sanità nel 2012. Questo modello si differenziava tuttavia dal progetto principalmente per il fatto che permetteva solamente una gestione strategica di medici e farmacisti, nonché degli istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici (art. 36, 36a et 37 LAMal). Non teneva quindi conto del settore ambulatoriale degli ospedali e non prevedeva nemmeno il coordinamento tra i Cantoni.

4.2.3 Posizioni degli attori

In occasione della consultazione relativa al messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale³⁷, sia gli assicuratori sia le associazioni dei fornitori di prestazioni, con l'eccezione notevole di Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera, vi si erano opposti. Una maggioranza dei Cantoni l'aveva sostenuto, purché la sua attuazione fosse facoltativa, in particolare per quanto concerne il settore ambulatoriale degli ospedali. Per alcuni di essi, poteva essere applicato solo come regolamentazione temporanea. Gli assicuratori respingevano una gestione strategica e una pianificazione dell'offerta di cure da parte dei Cantoni, in quanto la valutazione dell'appropriatezza di quest'ultima risulterebbe, alla fine, in 26 regolamentazioni cantonali diverse. Inoltre, erano dell'avviso che i Cantoni non sarebbero stati credibili in quanto istanze di regolamentazione in ragione del loro doppio ruolo di

³⁶ Cfr n. 2

³⁷ Cfr n. 2

proprietari e gestori degli ospedali pubblici. Le associazioni di assicuratori hanno insistito su questa posizione nelle loro risposte al questionario e in occasione dei workshop di settembre 2016, ricordando che il Parlamento aveva respinto una gestione strategica delle autorizzazioni da parte dei Cantoni nel 2015. L'insieme degli attori, associazioni di medici e di ospedali, assicuratori e addirittura Cantoni, trovavano inoltre superflue le misure in caso di offerta insufficiente, dal momento che i Cantoni disponevano già delle competenze legali a tale scopo.

Secondo il parere degli ospedali, la legge dovrebbe definire per tutti i fornitori di prestazioni norme di qualità e obblighi uniformi per l'autorizzazione al libero esercizio, per ragioni di qualità e di parità di trattamento. Inoltre, al fine di evitare 26 interpretazioni diverse, i criteri di valutazione dell'assistenza dovevano essere standardizzati a livello nazionale. Gli assicuratori, dal canto loro, erano favorevoli al fatto che l'autorizzazione fosse legata a criteri di qualità, purché non dipendesse solamente da condizioni concernenti indicatori strutturali e di processo, ma anche dalla qualità dei risultati. Secondo gli assicuratori, le condizioni di autorizzazione non dovevano essere applicate solo ai nuovi fornitori di prestazioni, ma essere valide per tutti (nessuna garanzia dei diritti acquisiti). La CDS e numerosi Cantoni erano favorevoli alla determinazione di criteri di valutazione dell'appropriatezza dell'offerta di cure nel settore ambulatoriale uniformi per tutta la Svizzera. I Cantoni, tuttavia, dovevano ancora avere la possibilità di definire e applicare condizioni e criteri supplementari. Dovevano imperativamente essere coinvolti nei lavori di determinazione dei criteri.

4.2.4 Gestione obbligatoria o facoltativa

Fin dalla loro introduzione il 1° gennaio 2001, le disposizioni concernenti la limitazione delle autorizzazioni hanno sempre permesso ai Cantoni di adeguare le cifre massime fissate dal Consiglio federale alla propria situazione o di non applicarle per una o più categorie di fornitori di prestazioni. In questo senso, la limitazione delle autorizzazioni è sempre stata facoltativa per i Cantoni. Malgrado ciò, la maggior parte dei Cantoni l'ha applicata in modo relativamente rigoroso fino al 2011. Solo dalla sua reintroduzione nel 2013, otto Cantoni hanno rinunciato del tutto ad applicarla. Nelle risposte al questionario dell'UFSP e nel corso delle discussioni, è emerso chiaramente che un coordinamento tra Cantoni è necessario per valutare i bisogni, considerando la mobilità dei pazienti. È lecito tuttavia porsi la questione dell'efficacia di un tale coordinamento nel caso in cui alcuni Cantoni decidessero in seguito di non applicare la gestione strategica dell'offerta.

4.2.5 Considerazione dei medici già attivi prima dell'entrata in vigore della misura

In occasione dei workshop di settembre 2016, il fatto di rimettere in discussione l'autorizzazione dei medici già attivi aveva goduto di un consenso relativamente ampio. Ciò in virtù del fatto che l'obiettivo dell'attuazione di uno strumento di gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale sarebbe quello di migliorare la qualità delle prestazioni. In questo caso, l'autorizzazione dei medici dovrebbe sottostare a criteri qualitativi. Per contro se l'obiettivo di una tale misura è in primo luogo di contenere i costi generati principalmente da un'offerta eccedentaria in questo settore, non è necessario rimettere in causa l'autorizzazione dei medici già attivi. Il Consiglio federale, che non vuole tuttavia escludere una tale possibilità, ritiene che i Cantoni debbano essere liberi di applicare, se lo desiderano, gli stessi criteri anche ai medici già attivi. Per fare ciò sarebbe necessaria una modifica della LAMal.

In una decisione del 2003 (DTF 130 I 26), il Tribunale federale rilevava altresì che non sussisteva alcun diritto costituzionale a poter fornire prestazioni a carico della sicurezza sociale né a poter esercitare un'attività indipendente con il sostegno di una presa a carico dei costi da parte di un'assicurazione statale. La protezione costituzionale è limitata pertanto essenzialmente al diritto all'uguaglianza dei concorrenti e alla protezione da modifiche repentine della legislazione (consid. 6.3.4.5). Osservava altresì che anche in altri settori

economici, in seguito a un cambiamento inerente alla politica pubblica, accade non solo che l'apertura di una propria impresa da parte di giovani professionisti sia resa praticamente impossibile, ma anche che imprese esistenti siano ridimensionate o addirittura sopresse (p. es. imprese che riforniscono l'esercito, politica agricola).

4.3 Libertà di contrarre

4.3.1 Concetto teorico

La libertà di contrarre mira a introdurre una maggiore concorrenza nel mercato delle prestazioni mediche a carico dell'AOMS, al fine di lasciar agire i meccanismi di mercato per contrastare gli incentivi indesiderati che provocano un aumento dei costi e una riduzione della qualità. Nell'ambito di questo modello, assicuratori e medici scelgono i partner con i quali stipulare convenzioni di presa a carico delle prestazioni, in funzione di diversi criteri, in particolare del prezzo e della qualità. L'assicurato vede così restringersi la scelta del fornitore di prestazioni in funzione dell'assicurazione malattie scelta; la sua scelta dell'assicuratore non dipende più quasi unicamente dall'importo del premio, ma anche dai fornitori di prestazioni presi a carico dall'assicuratore.

In teoria, in caso di offerta eccedentaria, il numero di fornitori di prestazioni è eccessivo rispetto al bisogno. Alcuni di questi non possono pertanto ottenere convenzioni di finanziamento da parte di tutti gli assicuratori o non ne ottengono affatto, restando di fatto esclusi dal mercato. Così, alcuni fornitori di prestazioni sono disposti ad accettare un prezzo inferiore, abbassando i costi a carico dell'AOMS. La concorrenza agisce positivamente anche a livello della qualità delle prestazioni: per lo stesso prezzo, alcuni fornitori di prestazioni sono disposti a offrire prestazioni di una qualità superiore ai requisiti posti per l'autorizzazione all'esercizio della professione, ad esempio ottenendo certificazioni indipendenti, partecipando a circoli di qualità o a reti di assistenza integrata.

Per contro, in caso di offerta insufficiente, i fornitori di prestazioni potrebbero in teoria ottenere prezzi più elevati. Infatti, gli assicuratori potrebbero non avere altra scelta che contrarre con tutti i fornitori di prestazioni per garantire un'offerta sufficiente per i propri assicurati. In questo caso, non vi potrebbe essere una concorrenza positiva sulla qualità. I vantaggi della libertà di contrarre, nel senso di un miglioramento della qualità e di un contenimento dei costi a carico dell'AOMS, sarebbero dunque tangibili solo in una situazione di offerta eccedentaria.

4.3.2 Discussioni precedenti

Il 21 settembre 1998, il Consiglio federale pubblicava il proprio messaggio 98.058 concernente il decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie e la revisione parziale della LAMal³⁸. Una disposizione vi prevedeva la competenza per i Cantoni di definire budget globali per il settore ambulatoriale. Il Consiglio degli Stati e il Consiglio nazionale respinsero questa proposta all'inizio del 1999, ritenendo che lo strumento non fosse ancora sufficientemente evoluto. Il Consiglio nazionale aprì allora il dibattito sulla libertà di contrarre, ma il Consiglio degli Stati respinse l'idea. Il Parlamento decise allora di definire una clausola del bisogno, limitata a tre anni, il 24 marzo 2000: l'articolo 55a LAMal che prevede la limitazione delle autorizzazioni entrò così in vigore il 1° gennaio 2001. Nel contempo, il Parlamento chiedeva al Consiglio federale di introdurre la libertà di contrarre (mozione 00.3003, CSSS-N).

³⁸ FF 1999 687 , 98.058

Nel suo progetto concernente la seconda revisione parziale della LAMal, il Consiglio federale proponeva che gli assicurati potessero scegliere, nel settore ambulatoriale, solo tra i fornitori di prestazioni con cui il loro assicuratore aveva concluso una convenzione tariffale. Faceva parte del progetto anche un'ampia libertà di contrarre nel doppio rispetto della garanzia dell'offerta di cure e dei criteri concernenti il carattere economico e la garanzia della qualità delle prestazioni. In caso di penuria, i Cantoni dovevano avere un margine di manovra sufficiente ad adottare misure. La consultazione evidenziò che numerosi partecipanti erano in linea di principio favorevoli a un rafforzamento della nozione di concorrenza e all'idea di sopprimere l'obbligo di concludere una convenzione tariffale, ma che erano scettici riguardo al modello proposto, che ritenevano inadeguato o impossibile da mettere in pratica. Le critiche concernevano in particolare l'esagerato trasferimento delle competenze agli assicuratori, l'imprecisione dei criteri di selezione per la scelta dei fornitori di prestazioni, il ruolo della Confederazione nella garanzia dell'offerta delle cure, l'incremento degli oneri amministrativi e l'efficacia del modello dal punto di vista dei costi. Il Consiglio federale modificò allora il suo progetto e propose, nel messaggio 00.079 del 18 settembre 2000 relativo alla seconda modifica della legge federale sull'assicurazione malattie, concernente segnatamente il finanziamento ospedaliero³⁹, che fornitori di prestazioni operanti nel settore ambulatoriale di età superiore ai 65 anni siano tenuti a concludere una convenzione con uno o più assicuratori per poter essere autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Dopo lunghe discussioni, la conferenza di conciliazione si accordò su un modello in cui, per essere ammessi ad esercitare la propria attività a carico dell'AOMS, i fornitori di prestazioni dovevano concludere un contratto di autorizzazione con uno o più assicuratori, se attivi nel settore ambulatoriale, o fornire tutte le prestazioni nel quadro di una rete di cure coordinate. I fornitori di prestazioni e gli assicuratori erano liberi di scegliere i loro partner contrattuali. Questa libertà era subordinata al rispetto di una serie di condizioni (economicità e qualità delle prestazioni, garanzia di una copertura sanitaria sufficiente, rispetto della legge sui cartelli) ed era esclusa nei casi particolari di pazienti anziani che soffrono di malattie croniche e che hanno una relazione terapeutica durevole con i loro fornitori di prestazioni. I Cantoni erano tenuti a determinare nel settore ambulatoriale il numero di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura sanitaria e la libertà di scelta nel rapporto assicurativo. Gli assicuratori malattie erano tenuti a concludere un contratto di autorizzazione con un numero di fornitori di prestazioni almeno uguale a quello stabilito dal Cantone. Il Consiglio federale stabiliva la data entro la quale i Cantoni dovevano aver determinato questo numero. Fino ad allora, le cifre relative alla copertura in termini di cure, fissate sulla base dell'articolo 55a LAMal, avevano valore di numeri minimi. I fornitori di prestazioni e gli assicuratori potevano portare il rifiuto di concludere un contratto di autorizzazione davanti a una commissione arbitrale cantonale. I contratti di autorizzazione dovevano essere conclusi per una durata minima di quattro anni e gli assicuratori sarebbero stati tenuti a concludere un contratto di autorizzazione di una durata transitoria di quattro anni con tutti i fornitori di prestazioni già attivi nel settore ambulatoriale.

La revisione fu respinta in occasione della sessione invernale 2003, aprendo la strada alla strategia del Consiglio federale di presentare le revisioni della LAMal isolando le varie tematiche. Conformemente a questa nuova strategia, il 26 maggio 2004 il Consiglio federale sottopose al Parlamento il messaggio relativo alla libertà di contrarre⁴⁰. Esso prevedeva che fossero i Cantoni a dover determinare all'interno dei margini fissati dal Consiglio federale, la copertura dei bisogni di cure. Con questa riforma, il Consiglio federale perseguiva due obiettivi.

³⁹ FF **2001** 631, 00.079

⁴⁰ Cfr n. 28

Il primo obiettivo era il rafforzamento della concorrenza tra i fornitori di prestazioni, allo scopo di migliorare la qualità e l'esclusione delle «pecore nere», cioè i fornitori che dispensano prestazioni non economiche o che non sono di qualità. Il secondo obiettivo era la diminuzione della copertura eccedentaria, laddove esisteva, del fabbisogno di cure ambulatoriali nei Cantoni. Per raggiungerlo, il Consiglio federale intendeva responsabilizzare i Cantoni costringendoli a determinare un numero minimo di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura del fabbisogno di cure della loro popolazione per ciascuna categoria di fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale. Gli assicuratori avrebbero dovuto scegliere i fornitori di prestazioni da rimborsare, rispettando i numeri minimi fissati dai Cantoni. Il 18 dicembre 2008, il Consiglio degli Stati decise di non entrare in materia sul progetto del Consiglio federale, seguito dal Consiglio nazionale il 16 ottobre 2010, preferendogli il messaggio 04.062 del 15 settembre 2004 concernente la revisione parziale della LAMal (Managed Care)⁴¹ (in appresso messaggio relativo al Managed Care), che fu infine respinto dal Popolo il 17 giugno 2012.

Constatando il forte aumento della quantità di domande di un nuovo numero RCC nel 2012, il medico e consigliere agli Stati Felix Gutzwiler chiese l'introduzione della libertà di contrarre per i medici specialisti presentando la mozione 12.3638 «LAMal. Introdurre la libertà di contrarre». La sua richiesta fu respinta il 26 settembre 2012, a favore del dibattito sulle diverse possibilità di gestire il settore ambulatoriale che si stava svolgendo nel quadro dell'elaborazione del messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale.

Nel corso delle discussioni concernenti la reintroduzione d'urgenza della limitazione delle autorizzazioni nel 2012, il consigliere nazionale Jürg Stahl chiese con la mozione 13.3265 «Blocco delle autorizzazioni per medici. Controproposta» di introdurre la libertà di contrarre a partire da una determinata densità di medici. Dopo aver consultato medici e assicuratori, il Consiglio federale avrebbe dovuto fissare per ciascun gruppo di specialisti il numero di medici determinante (per 1000 abitanti), valido in tutta la Svizzera. Dopo essere stata accolta dal Consiglio nazionale, la mozione fu respinta nel 2016 dal Consiglio degli Stati a favore del postulato oggetto del presente rapporto.

Il Parlamento ha dunque discusso questo modello a più riprese. Qualunque sia la variante proposta, la libertà di contrarre non ha mai incontrato la maggioranza dei consensi: l'ultima volta, nel 2012, una proposta in questo senso è stata chiaramente respinta dal Consiglio degli Stati. In occasione della votazione sulla riforma Managed Care, il Popolo ha inoltre dimostrato chiaramente di desiderare una completa libertà di scelta del fornitore di prestazioni. Dal punto di vista dei pazienti, non spetta agli assicuratori, attraverso la libertà di contrarre, di scegliere al loro posto i professionisti ai quali rivolgersi.

4.3.3 Posizioni degli attori

Nelle risposte al questionario dell'UFSP e in occasione dei workshop, le associazioni dei fornitori di prestazioni si sono espresse chiaramente contro una revoca generalizzata dell'obbligo di contrarre. FMH si oppone inoltre al fatto che gli assicuratori svolgano un ruolo nella gestione dell'offerta, dubitando che questi dispongano delle conoscenze e dei dati necessari e sollevando la questione del conflitto d'interessi degli assicuratori. FMH, come H+, ritiene che questo modello sia già una realtà per i pazienti che scelgono espressamente modelli con una scelta limitata di fornitori di prestazioni. Le associazioni dei pazienti non si

⁴¹ FF 2004 4951, 04.062

oppongono tuttavia al mantenimento di questo tipo di offerta, che deve adattarsi continuamente ai bisogni degli assicurati.

Al contrario delle associazioni dei fornitori di prestazioni, le associazioni degli assicuratori consultate (santésuisse e curafutura) ritengono che solo i meccanismi del mercato possano portare a migliorare la qualità contenendo i costi. Secondo santésuisse, la libertà di contrarre dovrebbe tuttavia essere applicata solo in caso di offerta eccedentaria, al fine di evitare un aumento indesiderato dei costi. Concretamente, vi sarebbe un obbligo di contrattare fino al raggiungimento del livello di offerta ritenuto necessario. Oltre questo limite, i fornitori di prestazioni supplementari sarebbero ammessi secondo criteri qualitativi. Essa ritiene che un'offerta leggermente eccedentaria sarebbe comunque necessaria per ottenere un miglioramento della qualità e dell'innovazione, come sostenuto anche dall'esperto Willy Oggier. In relazione a questa proposta, FMH ha espresso il suo timore di una medicina a due velocità in termini di qualità, con medici che offrono una qualità «standard» sotto al limite e medici sottoposti a criteri di qualità più esigenti al di sopra di tale limite. Anche la CDS, condividendo questo parere, ha ritenuto un tale sistema troppo complesso.

curafutura ha approfittato dei workshop per presentare un modello che conferisce agli attori maggiori competenze. In questo modello, le prestazioni di base sarebbero sempre obbligatoriamente prese a carico dall'assicurazione malattie sulla base di una tariffa per prestazione. Le prestazioni designate come specialistiche rientrerebbero invece nel principio delle prestazioni in natura. Secondo questo principio, già applicato nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, l'assicuratore mette a disposizione le prestazioni a favore dell'assicurato. L'assicuratore ha dunque un maggiore controllo delle prestazioni fornite, ma anche una responsabilità più importante. Nel caso delle prestazioni specialistiche secondo il modello di curafutura, le tariffe non sarebbero più né definite né approvate dalle autorità cantonali o federali competenti, bensì determinate contrattualmente dagli attori del sistema. Questo punto incontra l'opposizione di OSP. Il postulato 14.3862 «Prevenzione e gestione strategica delle prestazioni nell'assicurazione malattie», depositato nel 2014 dalla consigliera nazionale Ruth Humbel, che incaricava il Consiglio federale di verificare se e in che misura elementi della LAINF potessero essere ripresi nella LAMal per dare agli assicuratori malattie maggior spazio di manovra nella prevenzione e gestione strategica delle prestazioni, è stato respinto il 29 settembre 2016. Nel suo parere, il Consiglio federale spiega che, in caso di malattia, non resta altra scelta che definire l'entità dei danni sulla base delle prestazioni rimosse. Ciò impedisce di applicare il principio delle prestazioni in natura al settore dell'assicurazione malattie.

In seguito ai workshops del mese di settembre, tutti gli attori e i tre esperti interpellati concordavano su un punto: non vi è ad oggi alcun progetto di flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre sufficientemente maturo da permettere di abbandonare la limitazione delle autorizzazioni il 1° luglio 2019, né vi è un consenso politico e popolare sufficiente per un tale cambiamento. Nella sua risposta al questionario, l'esperto Thomas Zeltner propone dunque di creare le condizioni quadro per realizzare progetti pilota che i poteri pubblici saranno incaricati di accompagnare e valutare.

4.3.4 Questioni in sospeso

4.3.4.1 Ruolo multiplo degli assicuratori e gestione dei rischi

In virtù del ruolo sociale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori malattie non possono trarre un profitto diretto da tale attività. L'importo dei premi deve coprire i costi delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, oltre agli oneri amministrativi legati a questa attività. Gli assicuratori malattie sono tuttavia autorizzati ad essere attivi e a ricavare un profitto nel settore delle assicurazioni

complementari. Nella pratica, per gli assicurati è spesso più semplice riunire l'assicurazione di base e quella complementare presso lo stesso assicuratore. Gli assicuratori possono pertanto attirare gli assicurati per il settore proficuo delle assicurazioni complementari attraverso l'assicurazione di base. Tuttavia, questi non hanno interesse ad attirare tutti i tipi di assicurati. Infatti, solo i «buoni rischi», vale a dire gli assicurati che probabilmente genereranno i costi minori, permettono di ottenere un profitto. L'assicuratore è dunque incentivato a praticare la selezione dei rischi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per attirare i «buoni rischi», l'assicuratore deve offrire i premi più bassi e quindi ridurre i costi delle prestazioni prese a carico. Può anche scoraggiare i «cattivi rischi» con un'offerta sanitaria molto ridotta. Indebolendo l'assicurazione di base, l'assicuratore rafforza anche l'attrattiva dei suoi prodotti di assicurazione complementare. Per contrastare questo fenomeno indesiderato da un punto di vista sociale, il legislatore ha introdotto un meccanismo di compensazione dei rischi tra gli assicuratori, che tiene conto dell'età e del sesso degli assicurati, della degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente e, dal 1° gennaio 2017, del costo dei medicinali nel corso dell'anno precedente. Si può temere che, con l'introduzione della libertà di contrarre, gli assicuratori possano praticare una selezione dei rischi scegliendo i medici autorizzati secondo lo stato di salute dei loro pazienti, sulla base dei dati relativi alla fatturazione di cui dispongono. Per evitare questo ostacolo, il Consiglio federale ritiene che criteri di selezione dei medici dovrebbero essere imposti agli assicuratori e che i pazienti anziani che soffrono di malattie croniche e che hanno una relazione terapeutica durevole con i loro fornitori di prestazioni dovrebbero poter passare a una diversa assicurazione malattie senza dover cambiare medico.

4.3.4.2 Garanzia di un'offerta sufficiente

Per contenere i costi delle prestazioni da prendere a carico, gli assicuratori sono incentivati a ridurre il numero di medici presi a carico al minimo necessario per garantire una copertura sufficiente dei bisogni. Secondo le loro risposte al questionario, gli assicuratori concordano sul fatto che spetti allo Stato stabilire i criteri di una copertura minima dei bisogni. Secondo santésuisse, questi criteri devono riferirsi esclusivamente ai settori in cui un tale approccio è strettamente necessario, come le urgenze e i servizi di soccorso. Secondo curafutura, possono essere prese in considerazione anche l'accessibilità (in termini di tempo/distanza) alla medicina di base e l'attesa (in giorni) per accedere alle prestazioni specialistiche. Nel modello che propone, i Cantoni resterebbero responsabili dell'offerta di prestazioni di base, mentre gli assicuratori sarebbero competenti per quelle specialistiche. Essa ritiene trascurabile il rischio di un'offerta insufficiente, in quanto l'assicuratore in questione non sarebbe interessante per gli assicurati.

Il Consiglio federale ritiene che, in caso di flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre, un'offerta minima debba essere definita dai Cantoni, secondo un approccio uniforme a livello svizzero, come quello illustrato al n. 4.1 e seguenti. Deve altresì essere definito un certo margine verso l'alto (p. es. dal 10 al 20%) per quanto concerne l'offerta minima, all'interno del quale potrà esserci spazio per la concorrenza. Fissando un limite superiore, si limita il rischio di una medicina a due velocità e si garantisce un certo contenimento dei costi.

4.3.4.3 Conseguenze in caso di offerta insufficiente

Secondo la Costituzione, la Confederazione e i Cantoni si adoperano affinché ognuno fruisca delle cure necessarie alla sua salute. Nel caso in cui l'offerta di prestazioni mediche ambulatoriali debba essere lasciata alla responsabilità degli assicuratori, bisognerà prevedere meccanismi intesi a garantire un accesso sufficiente alle cure per gli assicurati.

Secondo curafutura, in caso di offerta insufficiente dovuta a una mancanza di convenzioni con i fornitori di prestazioni, le prestazioni dovrebbero essere remunerate sulla base di una tariffa di riferimento.

Il Consiglio federale ritiene che sia molto complesso fissare una tariffa di riferimento che incentiva i partner tariffali a concludere convenzioni. Una tariffa di riferimento troppo bassa non incoraggerebbe infatti gli assicuratori a concludere convenzioni con un numero sufficiente di fornitori di prestazioni. Per contro, una tariffa troppo elevata non incentiverebbe i fornitori di prestazioni a concludere convenzioni con gli assicuratori. Pertanto, il Consiglio federale ritiene che gli assicuratori dovrebbero decidere quali fornitori di prestazioni sono presi a carico sulla base di criteri di selezione uniformi. L'uniformità dei criteri di selezione dei fornitori di prestazioni permetterebbe di poter contestare le decisioni degli assicuratori davanti alla giustizia.

4.3.4.4 Forme particolari d'assicurazione

La LAMal prevede già forme particolari d'assicurazione, segnatamente i modelli in cui la scelta del fornitore di prestazioni è limitata in cambio di un premio più vantaggioso. Questi modelli includono in particolare le reti di assistenza integrata. Per *santésuisse* come per CDS, i modelli con una scelta ridotta del fornitore di prestazioni diventerebbero di fatto la norma con la flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre. Ciò secondo loro non impedirebbe comunque lo sviluppo di nuovi modelli. Il Consiglio federale ritiene, conformemente alla sua strategia globale Sanità2020, che i modelli di forme particolari d'assicurazione debbano continuare a essere sviluppati e, malgrado il fallimento nel 2012 della riforma Managed care, sostiene lo sviluppo delle cure coordinate (cfr. n. 4.1.9.4). Con l'attuazione di un modello che prevede la libertà di contrarre, si dovrebbe quindi mantenere la distinzione tra un modello generale di assicurazione e i modelli con una scelta limitata di fornitori di prestazioni. Altrimenti, questi modelli sarebbero oggetto di un'insicurezza permanente che ne metterebbe fundamentalmente a rischio l'esistenza.

4.3.4.5 Tutela dei diritti acquisiti

La garanzia dei diritti acquisiti è una questione importante posta da questo modello: infatti i medici sono sottoposti a un'insicurezza economica che devono assumersi anche in quanto dirigenti d'azienda. L'introduzione di un modello che rimette in questione il diritto a esercitare metterebbe a rischio la sicurezza economica di molti medici in alcune regioni. Questa soluzione richiederebbe pertanto sicuramente un periodo transitorio. Per contro, tutelare i medici già attivi in modo illimitato nel tempo falserebbe in maniera eccessiva il meccanismo della concorrenza, rendendo inefficace la riforma. Nel corso delle discussioni sulla seconda revisione parziale della LAMal, le due Camere avevano chiesto di obbligare gli assicuratori a restare legati contrattualmente per un periodo transitorio di quattro anni a tutti i fornitori di prestazioni allora attivi nel settore ambulatoriale.

Nel suo messaggio relativo alla libertà di contrarre⁴², il Consiglio federale riteneva, nel 2004, opportuno mantenere unicamente per una durata di due anni l'obbligo per gli assicuratori malattie di contrarre con i fornitori di prestazioni che dispensano prestazioni sotto forma ambulatoriale che, al momento dell'entrata in vigore del disegno di modifica della legge, fossero autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Una durata più lunga avrebbe impedito al modello contrattuale proposto nel disegno di esplicitare i suoi effetti a breve e medio termine; in effetti essa avrebbe protetto ancora per

⁴² Cfr n. 28

lunghi anni i fornitori di prestazioni già esercitanti, i quali non sarebbero stati incitati a modificare i loro comportamenti, e ciò a scapito dei nuovi fornitori di prestazioni desiderosi di accedere al mercato dell'assicurazione malattie e suscettibili di fornire un lavoro più economico e di migliore qualità.

4.3.4.6 Organizzazione delle trattative

Nel 2003, in un rapporto all'attenzione dell'UFSP⁴³, l'esperto Willy Oggier riteneva che, affinché un tale modello di concorrenza fosse efficace, le convenzioni non dovevano essere concluse da associazioni mantello come era avvenuto fino a quel momento. In questo caso vi sarebbe stato in effetti un rischio di abuso di posizione dominante, che avrebbe annullato il vantaggio di un tale modello. Secondo curafutura, l'applicazione delle regole della concorrenza implica che le trattative dovrebbero svolgersi su un piano individuale. Essa ritiene che le disposizioni contro i cartelli dovrebbero essere applicabili sia agli assicuratori sia ai fornitori di prestazioni, per evitare esclusioni arbitrarie dal mercato. Per facilitare le trattative, curafutura chiede che le convenzioni non siano più sottoposte all'approvazione dei Cantoni, ma solamente al controllo della legalità. I fornitori di prestazioni sono tuttavia totalmente contrari a un modello in cui gli assicuratori sarebbero liberi di agire come vogliono e ognuno per sé.

Il Consiglio federale ritiene che una soluzione in cui ciascun fornitore di prestazioni debba concludere individualmente una convenzione con ciascun assicuratore sia troppo onerosa a livello amministrativo e troppo complessa per gli assicurati. Il Consiglio federale ritiene che solo una soluzione in cui gli assicuratori debbano decidere in modo comune e sulla base di criteri di qualità quali fornitori di prestazioni rimborsare sarebbe praticabile e sufficientemente trasparente. In questa ottica, sarebbe necessario integrare nelle discussioni le organizzazioni dei medici, come avviene in Germania.

4.4 Tariffe differenziate

4.4.1 Concetto teorico

Con la differenziazione delle tariffe per regione, offerta di prestazioni o criteri qualitativi, i partner tariffali hanno la possibilità di eliminare gli incentivi indesiderati nell'offerta di prestazioni del settore ambulatoriale. I partner tariffali disporrebbero di un margine di manovra fondato a livello economico, con cui contrastare in modo efficace un'offerta eccedentaria o insufficiente praticando una differenziazione di prezzo per ogni struttura tariffale a seconda della gamma di prestazioni.

Secondo i sostenitori di questo approccio, l'introduzione di tariffe differenziate rafforzerebbe la concorrenza nell'ambito del diritto in materia di tariffe per quanto concerne la qualità delle prestazioni e il fabbisogno regionale, ridurrebbe il problema di un'offerta insufficiente o eccedentaria, consoliderebbe in modo evidente la qualità dell'offerta di prestazioni e porterebbe a costi e premi inferiori.

In linea di principio, l'autonomia contrattuale nell'ambito della LAMal significa che i partner tariffali possono convenire diversi valori del punto nelle convenzioni tariffali. La concorrenza auspicata dal legislatore a livello di convenzioni tariffali consente in generale valori del punto

⁴³ Oggier, Willy. *Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Kontrahierungszwang, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt*, maggio 2003. Il rapporto, disponibile unicamente in tedesco, può essere consultato sul sito Internet dell'UFSP: www.ufsp.admin.ch > servizi > Pubblicazioni > Rapporti di ricerca > rapporti di ricerca sull'assicurazione malattie e infortuni

diversi per ogni convenzione. I criteri sviluppati dalla giurisprudenza e dalla pratica per la fissazione del valore del punto devono essere nondimeno considerati.

4.4.2 Progetti di riforma

Nel 2010, in seguito al lancio di un progetto pilota dell'assicurazione malattie Visana e dell'associazione dei medici del Cantone di Berna, nel quadro del quale il valore del punto tariffale era stato alzato di qualche centesimi per i medici di campagna dell'Oberland bernese, il consigliere nazionale Ricardo Lumengo (interpellanza 10.3584) chiedeva al Consiglio federale di analizzare, sostenere e estendere il progetto e di verificare se fossero necessarie modifiche del quadro legale. Un anno dopo, il gruppo PPD aveva chiesto al Consiglio federale con la mozione 11.3888 di sottoporre al Parlamento le basi legali che permettessero di creare un sistema tariffale favorevole ai medici di famiglia. Nelle sue risposte all'interpellanza 10.3584 e alla mozione 11.3888, il Consiglio federale ricordava che l'assistenza sanitaria è un compito pubblico spettante ai Cantoni. Dal canto suo la Confederazione ha la responsabilità di garantire che la popolazione possa assicurarsi a condizioni accettabili contro i rischi di malattia e infortunio. Ricordava altresì i principi tariffali secondo cui una prestazione può essere rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto se soddisfa i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità e le tariffe possono coprire al massimo i costi delle prestazioni fornite, comprovati in modo trasparente, e quelli necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni. Il Consiglio federale era quindi del parere che un aumento del punto tariffale in deroga ai principi di tariffazione summenzionati e deciso unicamente per ragioni di politica regionale violasse il principio dell'economicità sancito dalla LAMal. Una differenziazione in base alla specialità o all'ubicazione geografica del fornitore di prestazioni non doveva pertanto entrare in linea di conto.

Nel quadro delle discussioni relative alla reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni nel 2012, il consigliere nazionale Ignazio Cassis (postulato 12.3783) propose di disciplinare il rilascio di autorizzazioni per l'apertura di nuovi studi medici con un sistema di aste invece che con la limitazione delle autorizzazioni. Secondo questo modello, un regolatore proporrebbe al corpo medico una tariffa più bassa e l'aumenterebbe progressivamente fino a trovare un numero sufficiente di medici disposti a lavorare in una determinata regione applicando tale tariffa. Così, nei centri con una forte presenza di medici i costi diminuirebbero, mentre nelle regioni periferiche una tariffa più elevata potrebbe attirare un numero crescente di medici e contrastare così la minaccia di una loro penuria. Il Consiglio federale ha esaminato questo modello nel quadro dei lavori relativi alla gestione strategica del settore ambulatoriale. Poco dopo, una mozione della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (13.3371) che chiedeva una differenziazione delle tariffe per singola prestazione tra medici di base e specialisti, oltre che in funzione delle regioni, fu respinta dal Consiglio nazionale, che aveva preferito che il Consiglio federale continuasse a concentrarsi sui lavori già in corso.

4.4.3 Discussione

Come già accennato, la LAMal è concepita in modo che la tariffa rappresenti la base di calcolo per la remunerazione. Questa è fissata in linea di principio in convenzioni tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni e deve essere conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità. Nelle sue risposte al questionario, curafutura è dell'avviso che, per quanto concerne le tariffe differenziate, sia innanzitutto importante incrementare il grado di libertà nella definizione della tariffa, conferendo al partner tariffale la facoltà di convenire valori del punto diversi anche con strutture tariffali uniformi in tutta la Svizzera, se ciò non succede già. In tale contesto non è necessario definire criteri di differenziazione (orientati all'offerta). La necessità di una differenziazione dei prezzi emergerebbe dalla circostanza che i prezzi non dovrebbero e non potrebbero essere uniformi in presenza di strutture tariffali uniformi, perché ciò potrebbe

ripercuotersi negativamente sull'offerta. Se i lavori di revisione della struttura tariffale per le prestazioni ambulatoriali non dovessero concludersi con successo, sarebbe possibile considerare anche la definizione di diverse strutture tariffali per diversi campi di specializzazione, al fine di eliminare o ridurre eventuali blocchi nell'evoluzione delle tariffe.

Nelle sue risposte al questionario, santésuisse fa notare che una riduzione differenziata del valore del punto in una situazione di «non economicità» o di «offerta eccessiva» rappresenterebbe a breve termine uno strumento efficace per frenare l'incremento eccessivo dei costi di determinate prestazioni mediche, senza danneggiare sistematicamente i giovani medici. Secondo quanto affermato nel corso dei workshop, a medio e lungo termine santésuisse sarebbe invece a favore di un meccanismo di controllo dei costi simile a quello presente nella convenzione tra santésuisse da una parte e FMH e associazioni dei medici cantonali dall'altra per quanto concerne il controllo e la gestione strategica di prestazioni in ambito TARMED (CPP nazionale). Secondo santésuisse, tale meccanismo potrebbe essere ulteriormente sviluppato definendo a livello di partner tariffali una gestione comune dei costi con singole associazioni di specialisti per ciascun Cantone. La CDS dubita che i partner tariffali riuscirebbero a giungere a un accordo su questo punto e propone invece che i ribassi dei prezzi siano ordinati dalle autorità in modo differenziato secondo diversi campi di specializzazione e regioni, in presenza di determinate situazioni in termini di offerta. Per una simile gestione strategica delle tariffe a livello legislativo, possono inoltre fungere da orientamento i capoversi 2^{bis} e 2^{ter} delle disposizioni finali della modifica dell'OAMal del 22 ottobre 2008, che definiscono strumenti per la sorveglianza dell'evoluzione dei costi e del volume delle prestazioni (monitoraggio) e le misure correttive nell'ambito del finanziamento ospedaliero.

Oggier ritiene che i conflitti di obiettivi nella definizione di sistemi ottimali di remunerazione possono essere analizzati basandosi sui criteri generali descritti di seguito.

- *Power* (forza): un sistema di remunerazione ha poca forza se ogni franco di aumento dei costi porta a un incremento della remunerazione. Un tale sistema basato sui costi determina incentivi in direzione di un ampliamento dei costi. Maggiore è la forza, più forti sono gli incentivi in direzione di una maggiore efficienza in termini di costi.
- *Balance* (equilibrio): questo criterio confronta la forza della remunerazione di diverse prestazioni nel quadro di un sistema. L'equilibrio è massimo quando tutte le prestazioni sono remunerate secondo lo stesso principio. In presenza di diversi incentivi finanziari, determinate forme di trattamento possono invece essere privilegiate o tralasciate.
- *Fit* (adeguatezza): questa grandezza esprime in che misura le diverse necessità dei pazienti sono prese in considerazione nell'ambito del sistema di remunerazione. Di norma i sistemi di remunerazione per singola prestazione mostrano un livello elevato di adeguatezza, perché (quasi) tutte le prestazioni vengono remunerate, mentre i sistemi che prevedono importi forfettari per singolo caso hanno invece in genere un livello di adeguatezza inferiore. Più elevato è il valore dell'adeguatezza, inferiori saranno gli incentivi a praticare lo *skimming* (selezione dei rischi tra i pazienti).

I pareri delle principali associazioni di fornitori di prestazioni e di assicuratori evidenziano inoltre che una gestione strategica dell'offerta ambulatoriale attraverso criteri di qualità incontra un ampio consenso. FMH lo ritiene l'unico tipo possibile di gestione strategica. A tale proposito va tuttavia osservato che ad oggi le basi di dati necessarie a una tale gestione strategica nel settore ambulatoriale non sono disponibili, ragione per cui il Consiglio federale ha finora respinto questa soluzione (cfr. parere del Consiglio federale sulla mozione 14.4291). I relativi criteri dovrebbero essere elaborati, attuati e sorvegliati dai partner tariffali nell'ambito di speciali convenzioni tariffali, aperte solo ai fornitori di prestazioni che soddisfano tali requisiti

in materia di qualità⁴⁴. Ciò vale anche per l'idea menzionata da FMH nel corso dei workshop di introdurre un fattore medico individuale (IAF), che dovrebbe essere sviluppato dai partner tariffali.

4.4.4 Tariffe forfettarie

La LAMal non prescrive un determinato tipo di tariffa per la remunerazione di trattamenti ambulatoriali. L'articolo 43 capoverso 2 LAMal menziona tre tipi di tariffa (tariffa temporale, tariffa per singola prestazione e tariffa forfettaria), che potrebbero eventualmente essere combinate tra loro. Ciò consentirebbe di affiancare alla remunerazione per singola prestazione, che è stata finora il tipo di tariffa tradizionale per la remunerazione di prestazioni mediche ambulatoriali, anche altre forme tariffali. Per quanto concerne le tariffe forfettarie, l'articolo 43 capoverso 3 LAMal stabilisce che queste possono essere concepite come tariffe forfettarie per paziente (p. es. importo forfettario per singolo caso) o per gruppo d'assicurati indipendentemente dal trattamento. La LAMal consente inoltre espressamente convenzioni tariffali tra singoli fornitori di prestazioni e assicuratori. Non li obbliga a concludere convenzioni tariffali tra le federazioni di assicuratori e i fornitori di prestazioni e vieta espressamente convenzioni e regolamentazioni che limitano la libertà di contrarre dei membri della federazione (art. 46 cpv. 3 LAMal).

Secondo Moser, in questo frangente emerge chiaramente la volontà del legislatore di incentivare diverse convenzioni tariffali e di promuovere la concorrenza tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni. Decidendo per una tariffa forfettaria e considerando i principi della LAMal (in particolare per quanto concerne il rispetto delle regole dell'economia e di una struttura adeguata ai sensi dell'art. 43 cpv. 4 LAMal e a garanzia principi di equità e di economicità), i partner tariffali potrebbero concentrarsi su una tariffazione secondo campi di specializzazione, criteri di qualità oppure obiettivi di politica regionale. Il tema delle tariffe forfettarie è affrontato anche dal Consiglio federale nella sua strategia Sanità2020 e in particolare nell'area d'intervento «Pari opportunità» che prevede l'obiettivo e la misura di preservare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario aumentandone l'efficienza, rafforzando le tariffe forfettarie a discapito di quelle per singola prestazione.

Nelle risposte al questionario, santésuisse chiede a medio termine un maggiore utilizzo delle tariffe forfettarie. H+ ritiene che l'attuale LAMal, che consente tariffe per singola prestazione a livello nazionale, lasciando un ampio margine per le tariffe forfettarie, sia adeguata. Le reti integrate potrebbero ad esempio negoziare con gli assicuratori altri modelli di remunerazione. Gli assicuratori avrebbero inoltre la possibilità di negoziare modelli con una scelta limitata dei medici con reti integrate o gruppi di fornitori di prestazioni, a integrazione del modello di base con libera scelta del medico. A tale proposito Zeltner osserva in linea generale, che secondo l'attuale ripartizione dei compiti gli assicuratori hanno anche la responsabilità di condurre, in qualità di partner tariffali, le trattative contrattuali con i fornitori di prestazioni. Il margine di manovra dato agli assicuratori a livello giuridico, non viene ancora sfruttato appieno e a favore di soluzioni innovative, né nell'ambito del modello dell'assicurazione obbligatoria delle cure né soprattutto nel settore delle forme particolari d'assicurazione. La molteplicità di soluzioni

⁴⁴ Nel quadro del dibattito parlamentare relativo al progetto 09.053 «LAMal. Misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi», il Consiglio degli Stati propose di introdurre un nuovo articolo 43 capoverso 6^{bis} nella LAMal, secondo cui gli assicuratori potessero convenire un valore del punto più elevato o un premio di qualità nelle convenzioni con fornitori di prestazioni che avessero fatto verificare regolarmente la qualità del proprio lavoro da un organo di certificazione qualificato. La proposta fu accolta anche dal Consiglio nazionale, ma l'intero progetto fu poi respinto da quest'ultimo il 1° ottobre 2010, in sede di votazione finale. Cfr. Boll. Uff. 2009 S 1095; Boll. Uff. 2009 N 2083

possibili, la concorrenza delle idee e la concorrenza tra gli attori dovrebbero, secondo la sua opinione, essere mantenute e dove possibile rafforzate.

Inoltre, secondo Moser, in caso di remunerazioni troppo basse, vi è la possibilità di giungere a una remunerazione equa e adeguata con una combinazione di remunerazione per singola prestazione e remunerazione forfettaria. La libertà nella strutturazione delle tariffe, che la LAMal concede ai partner tariffali all'articolo 43, autorizza in linea di principio queste combinazioni.

Sulla base dell'articolo 43 capoverso 5 e 5bis LAMal, il Consiglio federale può stabilire una struttura tariffale uniforme per singola prestazione o – a determinate condizioni – adeguare la stessa. La regolamentazione vigente è pertanto limitata alle tariffe per singola prestazione. L'estensione della competenza del Consiglio federale di stabilire una struttura tariffale per tutti i tipi di tariffa di cui all'articolo 43 capoverso 2 LAMal potrebbe rafforzare la remunerazione forfettaria, limitando così l'incentivo ad ampliare l'offerta presso i fornitori di prestazioni e adempiendo anche ai principi della strategia Sanità2020.

4.4.5 Questioni in sospeso

4.4.5.1 TARMED

Nell'ambito dei contratti quadro per la definizione del sistema tariffale per singola prestazione TARMED, conclusi tra santésuisse e FMH da una parte e santésuisse e H+, si stabilisce, per quanto concerne la definizione dei valori del punto, che questi debbano essere in linea di principio convenuti a livello cantonale. Nel quadro dei contratti di affiliazione ai contratti quadro TARMED, va inoltre considerato che la definizione di un valore cantonale del punto può esprimere la propria efficacia solo se stabilita in relazione alla struttura tariffale valida a livello nazionale (cfr. DTAF 2014/18 consid. 5.5.1 pag. 265).

Nell'ambito dell'approvazione di questi contratti quadro, il Consiglio federale ha fornito raccomandazioni in merito alla definizione dei valori del punto. Secondo tali raccomandazioni, diversi valori del punto per singoli settori di specializzazione o per fornitori di prestazioni con una gamma di prestazioni limitata vanno respinti, perché altrimenti ne risulterebbe un valore del punto per specializzazione. A tale proposito il Tribunale amministrativo federale stabilisce che in linea di principio non è vietato fissare diversi valori del punto per singoli settori di fornitori di prestazioni in un Cantone. La condizione per un proprio valore del punto è tuttavia che questa non sia utilizzata per annullare l'adeguamento della struttura voluto dal TARMED, vale a dire che non deve essere creato un valore del punto per singoli settori di specializzazione. Di conseguenza, il calcolo del valore del punto dovrebbe essere legato a una gamma di prestazioni più ampia possibile e fondarsi su una quantità perlomeno media, affinché il valore del punto non porti a distorsioni indesiderate al momento della sua attuazione pratica (cfr. sentenza del TAF C-2380/2012 del 17 settembre 2015, consid. 5). Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, un ulteriore criterio è rappresentato dal fatto che la definizione di un valore del punto dovrebbe avvenire considerando le differenze di costi a livello regionale. Come esempi vengono citate segnatamente le differenze di salari e prezzi a livello regionale (cfr. sentenza del TAF C- 6229/2011 del 5 maggio 2014, consid. 9.2).

4.4.5.2 Efficacia delle tariffe differenziate

L'efficacia della regolamentazione dell'offerta attraverso tariffe per singola prestazione con differenziazione secondo diversi criteri (regione, qualità, settore specialistico ecc.) è incerta. È infatti difficile fissare il prezzo «giusto» per una prestazione ed esso va riveduto regolarmente in funzione dell'evoluzione dell'offerta, il che crea una grande insicurezza per i fornitori di prestazioni. Tra l'altro questi ultimi non tengono conto solo del criterio finanziario quando

decidono dove desiderano praticare la loro attività: il contesto sociale, l'obbligo di partecipare ai servizi di pronto soccorso, le condizioni di vita o la possibilità di lavorare a tempo parziale sono fattori importanti che entrano in gioco. L'aumento della tariffa deve quindi essere molto consistente per limitare l'influsso degli altri fattori e spingere i fornitori di prestazioni ad accettare di essere più mobili. Un aumento non significativo di una tariffa si rivela inefficace, come dimostrato dai rappresentanti di FMH durante i workshop, citando l'esempio delle tariffe ambulatoriali nella regione di Chablais nella quale - nonostante valori del punto più elevati nel Cantone di Vaud - un numero maggiore di medici esercita nel Cantone del Vallese (valore del punto nel Cantone del Vallese: 0,82 franchi; nel Cantone di Vaud: 0,96 franchi). FMH ritiene che una *price sensitivity* inferiore al 20 per cento sia inefficace. Il fatto che la mancanza di alcune specializzazioni mediche possa essere contrastata con incentivi finanziari è messo in dubbio anche da H+, in quanto non sarebbero solo le ragioni economiche ad essere determinanti (reperibilità 24 ore sul 24 nelle regioni periferiche, problemi durante fine settimana e vacanze, desiderio di associarsi in studi insieme ad altri colleghi ecc.).

Dagli esempi menzionati nel corso dei workshop emerge un certo consenso dei partecipanti rispetto al fatto che le tariffe differenziate non siano uno strumento efficace per la gestione strategica dell'offerta ambulatoriale. Anche il Consiglio federale è dell'avviso che questo strumento come alternativa alla gestione strategica dell'offerta ambulatoriale non dovrebbe essere approfondito.

4.4.5.3 Disparità di trattamento dei pazienti

Per i pazienti e i fornitori di prestazioni, la differenziazione di una tariffa per singola prestazione può condurre a incentivi economici indesiderati. Un'offerta più costosa nelle regioni periferiche che in città porta ad esempio i pazienti a farsi curare nelle città. Ciò comporterebbe uno squilibrio della situazione complessiva e andrebbe a svantaggio dei pazienti non mobili.

4.4.5.4 Principio di economicità

Secondo il Consiglio federale e la CDS, un aumento del valore del punto fondato unicamente sullo scopo generale di correggere degli squilibri nell'offerta regionale sarebbe, tra l'altro, in contraddizione con il principio di economicità della LAMal. Per introdurlo, i principi di definizione delle tariffe della LAMal dovrebbero essere verificati alla base. Ad esempio, i cittadini dovrebbero essere disposti a finanziare con i loro premi non la tariffa che copre i costi delle prestazioni, bensì la tariffa che consente ai medici di stabilirsi in una regione periferica o di conseguire una specializzazione meno diffusa. In tale contesto si rinvia altresì al nuovo finanziamento ospedaliero, secondo cui le remunerazioni del trattamento stazionario non possono comprendere le partecipazioni ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale. Così l'articolo 49 capoverso 3 lettera a LAMal vieta esplicitamente di finanziare con l'AOMS il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale.

Alla fine l'esperienza mostra che le tariffe per singola prestazione comportano incentivi alla fornitura di prestazioni e quindi all'aumento della quantità. È quindi lecito supporre che tali incentivi sussistano proprio in caso di riduzione del valore del punto (in una situazione di offerta eccedentaria) e che siano compensati con un ampliamento ingiustificato dell'offerta. Per quanto concerne l'aspetto del contenimento dei costi e dell'efficacia finanziaria di valori del punto differenziati, in questa circostanza sarebbe opportuno prevedere misure correttive (cfr. a questo proposito le proposte di *santésuisse* e CDS al n. 4.4.3.).

5 Sintesi

5.1 Introduzione

Il postulato 16.3000 incarica il Consiglio federale di studiare, in collaborazione con le principali parti interessate, diversi scenari o varianti per la futura gestione strategica secondo il bisogno delle autorizzazioni dei medici a fatturare a carico dell'AOMS e di presentare un rapporto in merito. Il rapporto deve inoltre mostrare come le autorizzazioni possano essere gestite anche mediante le tariffe e studiare la possibilità di consentire agli assicuratori di non concludere contratti con singoli fornitori di prestazioni appartenenti a categorie in cui il numero di fornitori autorizzati sia superiore al limite stabilito dal Consiglio federale. La restrizione deve integrare il settore ambulatoriale degli ospedali, ma non deve applicarsi ai medici di base. La mozione 16.3001 completa il mandato conferito nel postulato 16.3000. I lavori del Consiglio federale in risposta al mandato del Parlamento del 17 giugno 2016 devono consentire al Parlamento di pronunciarsi prima della scadenza della regolamentazione in corso. La sintesi che segue delinea un bilancio delle discussioni svolte riguardo ai diversi elementi evidenziati dal postulato ed espone le conclusioni del Consiglio federale.

5.2 Limitazione delle autorizzazioni

Il bilancio della limitazione delle autorizzazioni non è omogeneo. Una piccola maggioranza di quattordici Cantoni ha valutato positivamente questa misura come strumento volto a contenere l'aumento dei costi, mentre tredici Cantoni hanno valutato positivamente la sua conformità con la gestione strategica professionale e regionale dell'offerta ambulatoriale. Il Consiglio federale constata che la reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni ha comunque permesso di frenare l'afflusso di medici nel settore ambulatoriale, che era nettamente aumentato tra il 2011 e la metà del 2013, periodo durante il quale la misura non era in vigore. L'aggiunta da parte del Parlamento della clausola che dispensa dall'autorizzazione secondo il bisogno i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto è un tema di discussione con l'UE nel contesto del Comitato misto concernente l'accordo sulla libera circolazione delle persone. La limitazione delle autorizzazioni non contribuisce tra l'altro a migliorare la qualità delle prestazioni, perché non viene applicata per i medici già attivi. La limitazione delle autorizzazioni è sempre stata facoltativa per i Cantoni. Malgrado ciò, la maggior parte dei Cantoni l'ha applicata in modo relativamente rigoroso fino al 2011. Tra il 2013 e il 2016, 18 Cantoni hanno applicato una limitazione delle autorizzazioni.

Già in occasione della consultazione relativa al messaggio concernente la gestione strategica del settore ambulatoriale⁴⁵, sia gli assicuratori sia le associazioni dei fornitori di prestazioni, con l'eccezione di Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera, vi si erano opposti. Una maggioranza dei Cantoni l'aveva sostenuto, purché la sua attuazione fosse facoltativa, in particolare per quanto concerne il settore ambulatoriale degli ospedali. In occasione dei workshop di settembre 2016, il fatto di rimettere in discussione l'autorizzazione dei medici già attivi aveva goduto di un consenso relativamente ampio. Ciò in virtù del fatto che l'obiettivo dell'attuazione di uno strumento di gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale sarebbe quello di migliorare la qualità delle prestazioni. In questo caso, l'autorizzazione dei medici dovrebbe sottostare a criteri qualitativi.

⁴⁵ Cfr n. 2

Bilancio: il Consiglio federale constata che una maggioranza di attori, in particolare Cantoni e assicurati non obiettano sul fatto che la limitazione delle autorizzazioni abbia mostrato una certa efficacia nel frenare l'aumento dei costi malgrado numerose critiche. Esso ritiene che la possibilità per i Cantoni di legare il mantenimento dell'autorizzazione dei medici già attivi a criteri di qualità permetterebbe di migliorare la qualità delle prestazioni e la parità di trattamento per tutti gli assicurati.

5.3 Libertà di contrarre

Fin dal 1998, il Parlamento aveva discusso a più riprese progetti volti a flessibilizzare l'obbligo di contrarre, tuttavia senza successo. Le associazioni di fornitori di prestazioni si sono espresse chiaramente contro una revoca generalizzata dell'obbligo di contrarre. Queste associazioni, così come le associazioni dei pazienti, ritengono che questo modello sia già una realtà per i pazienti che scelgono espressamente modelli con una scelta limitata di fornitori di prestazioni. Al contrario delle associazioni dei fornitori di prestazioni, le associazioni degli assicuratori ritengono che solo i meccanismi del mercato possano portare a migliorare l'offerta contenendo i costi. Tutti gli attori e i tre esperti interpellati concordano su un punto: non vi è ad oggi alcun progetto di flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre sufficientemente maturo da permettere di abbandonare la limitazione delle autorizzazioni il 1° luglio 2019, né vi è un consenso politico e popolare sufficiente per un tale cambiamento.

Se il Parlamento deve decidere un modello di flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre, il Consiglio federale ritiene che i pazienti anziani che soffrono di malattie croniche e che hanno una relazione terapeutica durevole con i fornitori di prestazioni in questione dovrebbero poter passare a una diversa assicurazione malattie senza dover cambiare medico. Inoltre, i Cantoni dovrebbero garantire un'offerta sufficiente, secondo un approccio uniforme a livello svizzero. L'esistenza di reti non dovrebbe essere rimessa in questione dalla realizzazione di un modello che prevede la libertà di contrarre. Si dovrebbe quindi mantenere la distinzione tra un modello generale di assicurazione e i modelli con una scelta limitata di fornitori di prestazioni. Inoltre, solo una soluzione in cui gli assicuratori debbano decidere in modo comune e sulla base di criteri di qualità uniformi quali fornitori di prestazioni rimborsare sarebbe praticabile e sufficientemente trasparente. In questa ottica, sarebbe necessario integrare nelle discussioni le organizzazioni dei medici, come avviene in Germania.

Bilancio: il Consiglio federale constata che non vi è un consenso a favore di un modello di flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre che potrebbe entrare in vigore il 1° luglio 2019. Esso ritiene che un tale modello dovrebbe tenere conto del legame esistente tra alcuni pazienti e il loro medico e permettere lo sviluppo continuo di modelli con una scelta limitata di fornitori di prestazioni. È altresì dell'avviso che solo un modello fondato su una negoziazione collettiva sarebbe praticabile e sufficientemente trasparente per i pazienti.

5.4 Tariffe differenziate

Più recente è l'idea che i partner tariffali abbiano la possibilità di eliminare gli incentivi indesiderati nell'offerta di prestazioni del settore ambulatoriale con la differenziazione delle tariffe per regione, offerta di prestazioni o criteri qualitativi. Decidendo per una tariffa forfettaria e considerando i principi della LAMal, i partner tariffali potrebbero già oggi concentrarsi su una tale tariffazione. Sulla base degli esempi menzionati nei workshop, è emerso invece un certo consenso tra i partecipanti sul fatto che valori del punto differenziati non consentano di ottenere una gestione strategica efficace del settore ambulatoriale, che i pazienti non mobili risulterebbero svantaggiati e che un aumento del valore del punto fondato unicamente sullo scopo generale di correggere degli squilibri nell'offerta regionale sarebbe, tra l'altro, in contraddizione con il principio di economicità della LAMal. Anche il Consiglio federale è

dell'avviso che lo strumento costituito da valori del punto differenziati come alternativa alla gestione strategica dell'offerta ambulatoriale non dovrebbe essere approfondito.

Andrebbe tuttavia vagliata l'idea che in futuro fornitori di prestazioni e assicuratori debbano definire a livello contrattuale più tariffe forfettarie e misure per la gestione strategica di costi e prestazioni, che comprendano per ciascun settore almeno lo sviluppo delle posizioni di prestazione e i costi fatturati. Se i partner tariffali non riuscissero ad accordarsi in questo senso, l'autorità competente sarebbe incaricata a livello sussidiario di stabilire tali misure.

Bilancio: il Consiglio federale constata che gli attori del settore concordano sul fatto che una gestione dell'offerta mediante una differenziazione delle tariffe non è opportuna. Ritiene che le convenzioni tariffali del settore dovrebbero contenere più tariffe forfettarie e degli meccanismi di controllo dell'evoluzione dei costi e delle prestazioni e che l'autorità che approva dovrebbe poter fissare tali misure se i partner tariffali non giungono a un accordo.

5.5 Bilancio dei percorsi di soluzione trattati

L'evoluzione dei costi delle prestazioni mediche nel settore ambulatoriale degli ultimi anni ha fatto emergere la necessità di una soluzione che permetta di sostituire la limitazione delle autorizzazioni in vigore fino al 30 giugno 2019. Nel quadro delle discussioni condotte con gli attori, la CDS ha sostenuto una soluzione semplice ed efficace, in grado di raggiungere la maggioranza, al fine di evitare un nuovo periodo senza possibilità di gestione dell'offerta, e con la quale i Cantoni possano esercitare le proprie competenze. Dalle discussioni emerge chiaramente l'impossibilità di gestire l'offerta di prestazioni ambulatoriali mediante una differenziazione ragionevole delle tariffe, visti i numerosi altri fattori che influenzano le scelte dei medici. Per sperare di pervenire a un accordo tra gli attori su un modello di flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre, anche in un quadro ristretto, sarebbero necessarie ancora numerose discussioni. Un tale modello non potrà comunque sostituire la limitazione delle autorizzazioni il 1° luglio 2019. La limitazione delle autorizzazioni, per quanto controversa, ha comunque dato prova di una certa efficacia nell'arginare l'aumento dei costi delle prestazioni del settore ambulatoriale e nell'influire sulla scelta dei medici del luogo in cui stabilirsi. Dalle discussioni emerge tuttavia che questo strumento deve essere riformato per rispondere alle sfide attuali. Gli elementi seguenti emergono in particolare dalle discussioni per elaborare una soluzione di gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale.

5.6 Elementi di una soluzione a medio termine per rilevare e gestire l'offerta

5.6.1 Rilevamento dell'offerta

Dalla letteratura e dalle discussioni condotte con gli attori emerge che un approccio basato su una proiezione dell'offerta esistente sia l'unico attualmente applicabile per rilevare il bisogno. Tuttavia, tutti gli attori e gli esperti consultati nonché numerosi Cantoni concordano sul fatto che la quantità di numeri RCC attualmente considerata non rispecchia in modo sufficientemente preciso l'offerta reale, in particolare in seguito all'incremento costante del numero di persone che lavorano a tempo parziale. Gli attori concordano chiaramente sulla necessità di tenere conto del tasso di attività dei medici. A fronte della mancanza di dati dettagliati concernenti la demografia dei medici, santésuisse ha proposto di basarsi sui dati di fatturazione esistenti per ricavare il tasso di attività dei medici. Secondo santésuisse, indicatori basati sul numero di consultazioni, il numero di pazienti o eventualmente sull'importo delle prestazioni fatturate potranno essere sviluppati dalle associazioni mediche a livello regionale e per specialità. La CDS ha sostenuto questa proposta.

Considerando che il principale obiettivo di uno strumento di gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale è di contenere l'aumento dei costi, il Consiglio federale ritiene che per

identificare un'offerta eccedentaria in un Cantone o in una regione, la constatazione di un aumento dei costi superiore alla media nazionale per uno o più campi di specializzazione rappresenti un criterio pertinente. Per quantificare l'assenza di offerta insufficiente e per assicurare la presenza di un'offerta sufficiente, il criterio dell'accesso dei pazienti al trattamento in tempo utile, preso in considerazione anche dai Cantoni per la pianificazione ospedaliera, è determinante per gli attori del settore.

Bilancio: il Consiglio federale constata che, per rilevare l'offerta, il numero di medici deve essere ponderato per tenere conto del loro tasso di attività, sulla base di indicatori che potrebbero essere sviluppati e finanziati dagli attori (fornitori di prestazioni, assicuratori, Cantoni).

5.6.2 Consultazione degli attori per la fissazione dei limiti

Nel 2014, la densità della copertura sanitaria andava da 0,92 medici per 1000 abitanti nel Cantone di Uri (0,99 in Obvaldo nel 2000) a 4,92 medici per 1000 abitanti a Basilea Città (3,56 nel 2000), corrispondente a un fattore di 5 tra il valore più basso e quello più elevato. Ad oggi, la fissazione di limiti inferiori e superiori validi in modo uniforme a livello nazionale per campo di specializzazione non farebbe che confermare questa disparità. In occasione dei workshop di settembre 2016, santésuisse ha osservato che i limiti dovrebbero essere fissati a livello cantonale, secondo criteri definiti a livello federale, in modo uniforme e trasparente. La CDS esprime tuttavia il desiderio che assicuratori, medici e pazienti fossero coinvolti nelle loro decisioni. In occasione della consultazione sul messaggio relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale⁴⁶, un grande numero di Cantoni si era opposto all'obbligo per i Cantoni di integrare gli attori nel quadro di commissioni consultive il cui parere doveva essere preso in considerazione dai Cantoni in modo imperativo, ritenendo che i Cantoni debbano poter stabilire liberamente con quali modalità prendere in considerazione il parere delle parti interessate.

Bilancio: il Consiglio federale ritiene che la competenza di fissare margini per categoria di fornitori di prestazioni debba essere affidata ai Cantoni, sulla base di criteri uniformi e trasparenti stabiliti a livello federale. Osserva che i Cantoni devono consultare i principali attori del settore, ma afferma che la forma della consultazione deve restare libera.

5.6.3 Coordinamento tra i Cantoni

Gli attori consultati, oltre agli esperti, concordano in particolare sul fatto che la mobilità dei pazienti renda obsoleti i limiti cantonali in questo settore. Tutti hanno osservato che una valutazione dei bisogni dovrebbe idealmente avere luogo a livello regionale. Nel quadro dei workshop, le associazioni degli assicuratori si sono espresse a favore di un coordinamento regionale, raccomandando tuttavia che l'organizzazione di tale coordinamento possa essere decisa liberamente dai Cantoni e dagli attori interessati. La CDS ha affermato di essere interessata ad approfondire come tali regioni potrebbero essere formate, come è stato fatto in Germania. Dal momento che i primi dati strutturali relativi agli studi medici e ai centri ambulatoriali raccolti dall'UST nel quadro del progetto MARS non saranno disponibili prima del 2019, un tale studio potrebbe essere avviato solo dopo l'entrata in vigore, il 1° luglio 2019, di una nuova misura di gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale.

⁴⁶ Cfr n. 2

Bilancio: il Consiglio federale ritiene che i Cantoni debbano coordinarsi per tenere conto della mobilità dei pazienti, ma che la forma di questo coordinamento deve restare libera.

5.6.4 Settore ambulatoriale degli ospedali

Il postulato 16.3000 indica che la limitazione deve integrare il settore ambulatoriale degli ospedali. In occasione dei workshop, tutti gli attori hanno rilevato la necessità di considerare il settore ambulatoriale nel suo insieme, al fine di garantire la parità di trattamento e in ragione della pluralità dei ruoli dei Cantoni in questo ambito, per scongiurare il rischio di nuove distorsioni. Tra il 2013 e il 2016, solo cinque Cantoni hanno applicato la limitazione al settore ambulatoriale degli ospedali. Per rimediare all'assenza dei dati necessari, santésuisse ha proposto di attribuire a tutti i medici, compresi quelli attivi negli ospedali, un numero RCC, che permetterebbe un'attribuzione precisa degli atti ai medici e di determinare quindi il loro tasso di occupazione nei diversi settori. Un tale adeguamento del sistema non è tuttavia realizzabile entro il 2019. In ogni caso, per prendere in considerazione il settore ambulatoriale degli ospedali, è necessario che questi mettano a disposizione i dati necessari. La CDS ha quindi sostenuto il mantenimento del carattere facoltativo dell'intervento dei Cantoni, per quanto riguarda tutti i settori.

Bilancio: il Consiglio federale ritiene che il settore ambulatoriale degli ospedali debba essere preso in considerazione per evitare incentivi indesiderati dovuti a un trattamento impari delle diverse offerte ambulatoriali. Esso ritiene tuttavia che la decisione di prendere in considerazione il settore ambulatoriale degli ospedali spetti ai Cantoni.

5.6.5 Medici di base

Il postulato 16.3000 chiede che i medici generici non siano soggetti ad alcuna restrizione. Le discussioni svolte con gli attori indicano che questa categorizzazione sembra non corrispondere più alla realtà. Da un lato, molti medici specialisti svolgono già un ruolo di medici di famiglia per alcuni pazienti, in particolare per quelli affetti da malattie croniche. Dall'altro, una situazione di offerta eccedentaria in un determinato campo specialistico della medicina di base in un Cantone non può essere esclusa. La versione dell'articolo 55a LAMal entrata in vigore il 1° luglio 2013 e prorogata fino al 30 giugno 2019 non prevede eccezioni esplicite per una determinata categoria di medici, ma lascia ai Cantoni la libertà di designare i medici interessati. Tra il 2013 e il 2016, conformemente a questa disposizione, sei Cantoni hanno escluso dalla limitazione alcuni campi della medicina di base, avendo constatato un'offerta insufficiente o almeno un rischio che tale circostanza si verificasse. Il Consiglio federale ritiene che questa disposizione permetta ai Cantoni di rispondere in modo più preciso alle loro situazioni specifiche rispetto a quella che prevaleva fino al 2011, escludendo dal campo della limitazione i medici di base come richiesto dal postulato.

Bilancio: il Consiglio federale ritiene che lasciare la possibilità ai Cantoni di escludere alcuni campi di specializzazione dalla limitazione, permetta loro di agire in modo più differenziato, rispetto a un'esclusione a priori della limitazione per i medici di base.

5.6.6 Criteri di selezione dei fornitori di prestazioni

Per valutare se le prestazioni garantiscono una copertura sufficiente, il postulato 16.3000 chiede che sia presa in considerazione anche la qualità dell'offerta. La mozione 16.3001 mira a una vera e propria concorrenza sulla qualità. L'assenza di criteri di selezione positivi dei fornitori di prestazioni da parte degli assicuratori è stata tra l'altro una delle principali critiche sollevate in sede di consultazione sul messaggio relativo alla libertà di contrarre. Inoltre, in occasione dei workshop di settembre 2016, è emerso chiaramente che per alcuni attori, in particolare le associazioni di assicuratori santésuisse e curafutura nonché per FMH e per le

associazioni di pazienti, un meccanismo di gestione nel settore ambulatoriale deve avere come obiettivo principale un miglioramento della qualità delle prestazioni.

Un prerequisito per confrontare la qualità delle prestazioni è che questa sia rilevata e che i risultati siano comunicati in modo trasparente. In generale, santésuisse e H+ ritengono che la partecipazione a programmi di rilevamento e miglioramento della qualità dovrebbe essere resa obbligatoria per tutti i fornitori di prestazioni. I requisiti relativi alla trasmissione dei dati, necessari in particolare per monitorare l'applicazione delle disposizioni di legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni, potrebbero essere rafforzate, ad esempio legando il mantenimento dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure alla trasmissione dei dati richiesti o alla partecipazione a programmi cantonali di miglioramento della qualità. Sarebbe inoltre opportuno iscrivere nella legge l'obbligo di prevedere, nelle convenzioni tariffali, programmi di rilevamento della qualità.

Secondo FMH, solo la formazione può essere presa in considerazione per determinare sia la qualità del fornitore di prestazioni sia la qualità delle prestazioni. FMH ritiene che debbano essere applicati quattro criteri relativi alla formazione uniformi a livello nazionale (cfr. capitolo 4.1.9.2.). Visto il suo carattere problematico rispetto all'ALC, il Consiglio federale è contrario a mantenere il criterio dell'aver esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto, nel quadro di una soluzione a lungo termine per la gestione strategica del settore ambulatoriale. Come alternativa, un termine di attesa di una certa durata dopo aver ottenuto il titolo di perfezionamento per esercitare a carico della LAMal potrebbe essere imposto a tutti i medici.

La LPMed costituisce la base dei requisiti necessari all'esercizio delle professioni mediche. L'entrata in vigore della seconda parte della revisione della LPMed e delle modifiche delle relative ordinanze incrementerà i requisiti richiesti ai medici, in particolare a quelli provenienti dall'estero. Vi saranno precisati i criteri di FMH concernenti le conoscenze linguistiche necessarie nonché la durata minima della formazione richiesta per ottenere il diploma. Da quel momento, inoltre, i diplomi ottenuti dovranno figurare in modo trasparente nel MedReg.

Altri criteri proposti da vari attori, come la partecipazione a una rete di assistenza o ai servizi d'urgenza non dovrebbero, per varie ragioni, essere iscritti nella LAMal. Per contro, i Cantoni potrebbero legare tali criteri all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a praticare a carico dell'AOMS o al suo mantenimento.

Bilancio: il Consiglio federale ritiene che la partecipazione ai programmi nazionali di miglioramento della qualità debba essere rafforzata e che quelli volti a una maggiore trasparenza debbano essere avviati, in particolare per sviluppare indicatori di qualità nei settori in cui questi non sono disponibili in una forma utilizzabile a livello generale, come nel caso del settore ambulatoriale. S'impegna a fare ciò nel quadro dei lavori relativi al messaggio concernente il rafforzamento della qualità⁴⁷. È critico in confronto al mantenimento del criterio dell'aver esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto, ma ritiene che altri criteri che permettano di garantire la qualità delle prestazioni potrebbero essere fissati come condizioni per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a praticare a carico dell'AOMS e il suo mantenimento.

⁴⁷ Cfr n. 35

5.6.7 Grandi linee del progetto

La soluzione per una gestione dell'offerta, che prenderà il posto, nel 2019, dell'attuale misura, dovrà tenere conto dell'evoluzione dei modelli di attività, in un contesto in cui sempre più persone svolgono il proprio lavoro a tempo parziale, e della mobilità crescente dei pazienti. Un grande margine di manovra dovrà essere lasciato ai Cantoni, affinché possano coordinarsi e organizzare la propria collaborazione con gli attori del settore, i cui dati sono necessari. I Cantoni avranno inoltre facoltà di decidere se includere il settore ambulatoriale degli ospedali e se alcuni campi di specializzazione debbano essere esclusi dal meccanismo di gestione. Affinché la misura permetta un reale contenimento dei costi, la regola che dispensa dall'autorizzazione secondo il bisogno i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto dovrà essere sostituita e i Cantoni dovranno poter agire in caso di forte aumento dei costi delle prestazioni. Dovranno inoltre essere adottate misure a livello delle convenzioni tariffali, non solo per contenere i costi, ma anche per migliorare la qualità delle prestazioni. In questo senso, dovrà essere possibile fissare criteri che permettano di garantire la qualità delle prestazioni come condizioni per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Questi criteri dovranno essere imposti anche ai medici già attivi.

5.7 Altri lavori

Solo una soluzione che dà la competenza ai Cantoni può essere realizzata rapidamente. Tuttavia, una volta che i dati necessari saranno disponibili, attorno al 2019, sarebbe interessante valutare la possibilità di definire regioni di assistenza e i meccanismi possibili per una gestione dell'offerta a livello regionale, come raccomanda il recente rapporto dell'ASSM⁴⁸. Il Consiglio federale è disposto a partecipare a ricerche in questo senso, di concerto con i Cantoni e gli attori del settore.

Parallelamente alla realizzazione di una soluzione volta a sostituire la limitazione delle autorizzazioni, dovranno altresì essere implementate modifiche della LAMal nel settore delle tariffe. In particolare, si tratta di un rafforzamento del ruolo della Confederazione e delle sue competenze legislative in materia di tariffazione, segnatamente allo scopo di risolvere gli attuali blocchi in materia di revisione delle tariffe. L'estensione della competenza di stabilire la struttura tariffale del Consiglio federale a tutti i tipi di tariffa di cui all'articolo 43 capoverso 2 LAMal potrebbe rafforzare la remunerazione forfettaria, riducendo l'incentivo a moltiplicare le prestazioni, in linea con la strategia Sanità2020. Bisognerebbe altresì creare una base legale per poter esigere dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori i dati necessari all'evoluzione delle tariffe. È inoltre auspicabile creare un'istituzione competente per l'elaborazione, l'evoluzione, l'adeguamento e il mantenimento di strutture tariffarie uniformi nel settore ambulatoriale, come accade già nel settore ospedaliero. Infine, l'introduzione nella LAMal dell'obbligo per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori di prevedere un meccanismo di controllo dell'aumento dei costi e delle prestazioni, che possa se necessario essere stabilito dall'autorità che approva, permetterebbe di limitare il rischio che i fornitori di prestazioni compensino gli adeguamenti con un incremento dei volumi fatturati.

A medio termine, si deve mirare ad un modello atto ad ottimizzare gli incentivi in termine di diminuzione dei costi. Le discussioni finora condotte con gli attori nel quadro della preparazione del presente rapporto hanno mostrato con chiarezza che non vi è al momento un consenso su un modello basato sulla flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre, nemmeno tra le organizzazioni che sostengono questo approccio. Inoltre, i fornitori di prestazioni si oppongono

⁴⁸ Cfr n. 24

a questa soluzione. Per delineare un modello che possa ottenere un consenso sufficiente saranno dunque ancora necessarie numerose discussioni. Il Consiglio federale è disposto a sostenere questi lavori, ma ritiene che la priorità debba essere rappresentata dalla realizzazione di una soluzione adeguata a sostituire l'attuale limitazione delle autorizzazioni il 1° luglio 2019.

6 Seguito dei lavori

Il presente rapporto rappresenta una nuova tappa del Consiglio federale nella ricerca di una soluzione a lungo termine alla problematica della gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale, dopo che, il 12 dicembre 2015, il Parlamento aveva respinto la proposta di iscrivere nella legge la limitazione delle autorizzazioni dei fornitori di prestazioni, nei termini in cui era stata reintrodotta per una durata di tre anni il 1° luglio 2013 e poi prorogata fino al 30 giugno 2019 (iniziativa parlamentare 16.401). Insieme agli attori, il Consiglio federale ha esaminato i diversi percorsi di soluzione possibili basati sulla gestione delle autorizzazioni, la differenziazione delle tariffe e una flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre. Le discussioni condotte hanno permesso di delineare un meccanismo di gestione che permetterà in futuro ai Cantoni di contenere l'evoluzione dei costi dovuta a un'offerta eccedentaria, fissando criteri che consentano di migliorare la qualità delle prestazioni. In questo senso, il mandato conferito il 12 gennaio 2016 dal postulato 16.3000 della CSSS-S va considerato adempiuto. Parallelamente, le riflessioni in merito a una flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre dovranno essere portate avanti, e altri lavori saranno svolti per migliorare il sistema nel settore delle tariffe.

Le conclusioni del presente rapporto fungeranno da base per l'elaborazione di una proposta di modifica della LAMal, come richiesto dalla mozione 16.3001 del 22 gennaio 2016 della CSSS-N. Il Consiglio federale s'impegnerà per porre in consultazione questa proposta di modifica della LAMal entro il 30 giugno 2017, come richiede cifra III della decisione del Parlamento del 17 giugno 2016 concernente la proroga della limitazione delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.