



Scheda informativa

Data: 9 maggio 2018

Limitazione delle autorizzazioni

Premessa

Inizialmente, la clausola del bisogno introdotta nel luglio 2002 aveva lo scopo di prevenire un afflusso eccessivo di medici indipendenti a seguito degli accordi bilaterali sulla libera circolazione delle persone. La misura (limitata a tre anni), che permetteva di frenare le autorizzazioni, è stata prorogata per tre volte fino al 2011. In seguito il progetto «Managed-care», che avrebbe dovuto permettere di gestire il settore ambulatoriale, è stato respinto nella votazione popolare del 17 giugno 2012.

Nel **luglio 2013** la misura è stata reintrodotta d'urgenza, di nuovo per tre anni, a causa del netto incremento del numero di nuovi studi medici in alcune regioni, che aveva provocato un forte aumento dei costi nei Cantoni interessati quali Basilea Città, Ginevra e Ticino.

Dopo aver rifiutato nel dicembre 2015 un modello di gestione strategica proposto dal Consiglio federale, nella primavera del 2016 il Parlamento ha votato una legge urgente che prevedeva la **proroga fino all'estate 2019** della possibilità di limitare il numero di medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS, assicurazione di base). Il Parlamento ha anche chiesto al Consiglio federale di studiare alternative possibili a questa limitazione e di presentargli un nuovo progetto che la sostituisse nel 2019.

Il 3 marzo 2017 il Consiglio federale ha trasmesso il suo rapporto al Parlamento, nel quale traeva un bilancio della limitazione delle autorizzazioni e forniva una valutazione delle alternative, ossia l'allentamento dell'obbligo di contrarre, l'introduzione di tariffe differenziate e il miglioramento della gestione delle autorizzazioni. Questi tre strumenti sono stati discussi in modo approfondito dagli esperti e dai principali attori del settore ambulatoriale nel quadro di tre workshop tenutisi nel settembre del 2016.

In conclusione, dalle discussioni è emerso che una soluzione applicabile a breve termine implica l'aprontamento di un nuovo modello basato sull'introduzione di criteri supplementari di qualità e sull'affinamento della gestione delle autorizzazioni. La soluzione delle tariffe differenziate non è applicabile, segnatamente a causa delle disparità che creerebbe tra i pazienti di regioni differenti. L'allentamento dell'obbligo di contrarre, che limita la scelta del medico per gli assicurati, necessiterebbe ancora di lunghe negoziazioni prima di ottenere un consenso.

Attualmente tutti i Cantoni, ad eccezione di **AI, AR, GR e ZH**, applicano la limitazione delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'AOMS secondo l'**articolo 55a** della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). La limitazione non si applica ai medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro

Per maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Divisione comunicazione e campagne, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

svizzero di perfezionamento riconosciuto.

Dispositivo proposto

Il nuovo dispositivo a 3 livelli inasprisce i requisiti richiesti ai fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS e consente ai Cantoni di gestire l'offerta in modo efficace.

Il 1° gennaio 2018 è entrata in vigore la seconda parte della revisione della legge sulle professioni mediche (LPMed) che, insieme alla futura legge federale sulle professioni sanitarie adottata dal Parlamento il 30 settembre 2016, costituisce una base solida a garanzia delle qualifiche professionali delle persone autorizzate all'esercizio della professione sotto la propria responsabilità professionale (v. Scheda informativa LPMed).

Questo primo livello del dispositivo è completato da requisiti supplementari obbligatori per potere esercitare a carico dell'AOMS. Il Consiglio federale fisserà delle condizioni per i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale che mirano a ottenere l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS. Inoltre, potrà imporre un esame delle conoscenze del sistema sanitario svizzero ai medici che intendono aprire un proprio studio medico o esercitare in studi di medici associati. Ne saranno dispensati i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto, periodo nel quale dovrebbero avere acquisito le conoscenze necessarie.

Il Consiglio federale fisserà degli oneri anche per tutti i fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS. Si tratterà, per esempio, di partecipare a misure che mirano a migliorare la qualità delle prestazioni o di trasmettere dati necessari per aumentare tale qualità. I Cantoni dovranno esaminare le nuove domande di autorizzazione nel loro territorio e designare un'autorità incaricata di vigilare affinché i fornitori di prestazioni rispettino le condizioni di autorizzazione e questi nuovi oneri. I fornitori di prestazioni che non li rispetteranno potranno subire sanzioni che vanno dal semplice avvertimento al ritiro definitivo dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS.

Il terzo livello del dispositivo concerne la regolamentazione dell'offerta da parte dei Cantoni, che ora potranno fissare il numero massimo di medici in funzione dei propri bisogni, delle regioni e dei campi di specializzazione. Stabiliranno questi tetti massimi per tutti i medici, compresi quelli del settore ambulatoriale ospedaliero, e tenendo conto dell'evoluzione generale del tasso occupazionale, dato che sempre più medici lavorano a tempo parziale. A tale scopo i Cantoni potranno utilizzare i dati dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. Dovranno inoltre coordinarsi tra loro per tenere conto della mobilità dei pazienti, che scelgono sempre più spesso un medico vicino al loro posto di lavoro o al luogo in cui trascorrono il tempo libero.

Il sistema attualmente in vigore conferisce al Consiglio federale la competenza di fissare il numero massimo dei medici autorizzati per campo di specializzazione (nell'ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie). I Cantoni avranno due anni di tempo dall'entrata in vigore del nuovo disciplinamento per fissare i tetti massimi, periodo durante il quale resterà applicabile la normativa attuale. Saranno chiamati a legiferare soltanto i Cantoni che intendono limitare il numero di medici autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS.

Un'altra novità di questo dispositivo è la possibilità dei Cantoni, in caso di aumento massiccio dei costi in una specialità, di bloccare le autorizzazioni per tutti i nuovi fornitori di prestazioni.

Per maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Divisione comunicazione e campagne, Sezione comunicazione, media@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch