

12.092

**Messaggio
concernente la modifica della legge federale
sull'assicurazione malattie
(Reintroduzione temporanea dell'autorizzazione secondo il bisogno)**

del 21 novembre 2012

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) concernente la reintroduzione temporanea dell'autorizzazione secondo il bisogno.

Gradite, onorevoli presidenti e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

21 novembre 2012 In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Eveline Widmer-Schlumpf
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

Compendio

L'articolo 55a della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), che è entrato in vigore nel 2001 e ha istituito la limitazione dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel settore ambulatoriale, è scaduto, dopo più proroghe, il 31 dicembre 2011. La riforma concernente le reti di cure integrate (Managed care) è stata respinta dal Popolo nel giugno 2012. I Cantoni non dispongono quindi più di alcun mezzo di gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale. Dall'inizio del 2012 è stato constatato un aumento importante del numero di domande di numeri del registro dei codici creditori. Il Consiglio federale e il Parlamento hanno considerato necessario agire, visto che uno degli obiettivi principali della LAMal è il contenimento dei costi e che la nuova apertura di studi medici porta a importanti costi supplementari.

Il presente disegno del Consiglio federale prevede di reintrodurre la limitazione delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie come era definita fino alla scadenza dell'articolo 55a LAMal il 31 dicembre 2011. La misura sarà limitata a tre anni: tale periodo è sufficiente per permettere di valutare gli effetti della revoca della limitazione dell'autorizzazione tra il 1° gennaio 2012 e l'entrata in vigore della presente modifica e per preparare parallelamente le disposizioni successive con cui si intende assicurare il contenimento dei costi a lungo termine. Considerato il recente allestimento di un piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base» e l'inoltro dell'iniziativa popolare 11.062 «Sì alla medicina di famiglia», il Consiglio federale propone di ripristinare l'articolo 55a nella versione in vigore alla sua scadenza, tenendo conto quindi in particolare dell'ultima modifica apportata a tale articolo che escludeva dalla limitazione i fornitori di prestazioni di medicina di base. È inoltre prevista una disposizione transitoria secondo cui l'articolo 55a non si applicherà alle persone che già esercitano a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie all'entrata in vigore della modifica. Quest'ultima dovrà entrare in vigore rapidamente affinché i Cantoni che ne hanno bisogno possano avere gli strumenti legali necessari. La disposizione permetterà di contenere più efficacemente i costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e avrà quindi effetti positivi pure sulle finanze della Confederazione e dei Cantoni. Nella misura in cui subordineranno l'autorizzazione a condizioni, i Cantoni potranno inoltre favorire lo sviluppo di reti di cure e l'apertura di studi di medicina di base nelle regioni e nei comuni periferici.

Messaggio

1 Punti essenziali del progetto

1.1 Situazione iniziale

Nell'ambito delle discussioni sul progetto di revisione della legge federale del 18 marzo 1994¹ sull'assicurazione malattie (LAMal) 98.058 «Sussidi federali e revisione parziale», il Parlamento aveva espresso preoccupazione per il potenziale afflusso di medici provenienti dall'Unione europea in seguito all'attuazione degli accordi bilaterali. Temeva che l'aumento del numero di fornitori di prestazioni avrebbe comportato costi supplementari per l'assicurazione malattie. Le stime dell'epoca indicavano segnatamente che ogni nuovo studio medico aperto avrebbe generato costi pari a circa 500 000 franchi l'anno.

Il 1° gennaio 2001 è quindi entrato in vigore l'articolo 55a LAMal² che attribuiva al Consiglio federale la competenza, per un periodo limitato a tre anni al massimo, di far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi degli articoli 36–38 LAMal. L'ordinanza di applicazione dell'articolo 55a LAMal, entrata in vigore il 4 luglio 2002³, stabiliva nell'allegato 1 il numero di fornitori di prestazioni ammessi a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria per ogni Cantone e categoria di fornitori di prestazioni. L'ordinanza attribuiva inoltre ai Cantoni due competenze: innanzitutto quella di escludere una o più categorie di fornitori di prestazioni dal limite massimo secondo l'allegato 1 e in secondo luogo quella di non autorizzare nuove ammissioni a esercitare in una o più categorie fintanto che sul territorio del Cantone la densità della copertura sanitaria superasse quella esistente nella regione cui il Cantone era attribuito un virtù dell'ordinanza medesima o quella esistente sull'intero territorio svizzero. L'ordinanza imponeva inoltre ai Cantoni di tener conto della copertura sanitaria nei Cantoni limitrofi, nella regione di appartenenza e sull'intero territorio svizzero e permetteva quindi ai Cantoni di ammettere un numero di fornitori di prestazioni superiore a quello fissato nell'ordinanza nelle categorie di fornitori di prestazioni in cui vi era una copertura sanitaria insufficiente.

L'8 ottobre 2004, il Parlamento ha deciso di prorogare l'articolo 55a LAMal per altri tre anni, con una modifica⁴ secondo cui l'autorizzazione decadeva se non era utilizzata entro un dato termine. La limitazione delle autorizzazioni è stata prorogata una seconda volta⁵, con un'ulteriore modifica che precisava che la misura si applicava all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni dipendenti e indipendenti. Con questa precisazione veniva stabilito inequivocabilmente che la limitazione interessava anche i fornitori di prestazioni assunti dagli istituti di cui all'articolo 36a LAMal. L'ultima proroga dell'articolo 55a LAMal, nel 2009, ha introdotto altre modifiche importanti⁶: la nuova disposizione attribuiva la competenza di limitare l'autorizza-

1 RS **832.10**

2 RU **2000** 2305

3 RU **2002** 2549

4 RU **2005** 1071

5 RU **2008** 2917

6 RU **2009** 5265

zione di certi fornitori di prestazioni, e cioè i medici, i farmacisti nonché l'attività dei medici che esercitavano in istituti di cui all'articolo 36a o nel settore ambulatoriale degli ospedali ai sensi dell'articolo 39 LAMal. Venivano per contro escluse dalla limitazione le persone con un titolo di medicina generale, medico generico, medicina interna e pediatria. La limitazione delle autorizzazioni è giunta a scadenza il 31 dicembre 2011.

Con le successive proroghe dell'articolo 55a LAMal ci si è voluti dare il tempo di adottare una regolamentazione applicabile ed efficace a lungo termine, obiettivo perseguito dai disegni di revisione della LAMal 04.032 «Libertà di contrarre», 04.034 «Partecipazione ai costi» e 04.062 «Managed Care». Il Parlamento non è entrato in materia sulla libertà di contrarre e ha parimenti rifiutato di entrare in materia sulla partecipazione ai costi, poiché quest'ultima era nel frattempo stata integrata nel progetto «Managed Care». Al momento della scadenza della limitazione delle autorizzazioni, quest'ultima riforma era già stata approvata dal Parlamento e, siccome offriva buone prospettive per quanto riguarda il controllo dell'offerta di prestazioni, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati non ha ritenuto necessario prorogare nuovamente la limitazione delle autorizzazioni, strumento, quest'ultimo, volto a contenere l'offerta di prestazioni mediante una riduzione del numero di fornitori di prestazioni. La riforma concernente le reti di cure integrate è stata però respinta in votazione popolare il 17 giugno 2012.

Tra la scadenza della limitazione delle autorizzazioni e la votazione popolare è stato registrato un forte incremento della quantità di domande di rilascio di un numero inviate al registro dei codici creditori. Questa constatazione ha spinto il Parlamento e il Consiglio federale ad agire. Tra gennaio e giugno 2012 il registro dei codici creditori ha ricevuto 1151 domande contro le 513 domande nello stesso periodo del 2011. La crescita del numero di domande è stata particolarmente marcata nei Cantoni di Zurigo (da 84 a 239, +185 %), Ginevra (da 42 a 159, +279 %), Berna (da 56 a 111, +98 %) e Ticino (da 26 a 111, +327 %). Siccome la LAMal persegue tre obiettivi principali, e cioè garantire a tutta la popolazione l'accesso a un'offerta di cure di alta qualità, rafforzare la solidarietà tra gli assicurati e contenere i costi, non è possibile trascurare i potenziali effetti finanziari causati dalla revoca della limitazione delle autorizzazioni senza una regolamentazione sostitutiva. Il Consiglio federale ritiene quindi urgente proporre una modifica della legge che consenta ai Cantoni che constatano un aumento dei costi legato all'aumento dell'offerta di adottare rapidamente i provvedimenti necessari.

1.2 La nuova normativa proposta

Il disegno prevede di reintrodurre la limitazione delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie conformemente alla disposizione in vigore fino al 31 dicembre 2011. Questa misura urgente è limitata a tre anni, periodo entro il quale il Consiglio federale s'impegna a proporre disposizioni volte a contenere i costi a lungo termine.

L'articolo 55a LAMal è stato modificato a ogni proroga. Il Consiglio federale ritiene che ciascuna di tali modifiche fosse giustificata e non intende quindi metterle in questione. In particolare propone di mantenere la soluzione introdotta con l'ultima modifica, secondo cui talune categorie di fornitori di prestazioni sono escluse dalla

limitazione delle autorizzazioni: il mantenimento di questa soluzione si giustifica considerato il recente varo di un piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base» e il deposito dell'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» (11.062). È prevista inoltre una disposizione transitoria secondo cui l'articolo 55a LAMal non si applicherà ai fornitori di prestazioni che esercitano già a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prima dell'entrata in vigore di tale articolo. L'obiettivo è evitare che vengano presentate al registro dei codici creditori domande «preventive» di attribuzione di un numero senza che vi sia poi un effettivo esercizio della professione da parte dei beneficiari. Occorre infatti evitare che ad altri fornitori di prestazioni sia impedito di esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dopo l'entrata in vigore dell'articolo 55a LAMal. La misura deve entrare in vigore rapidamente, affinché i Cantoni che ne hanno bisogno dispongano di strumenti giuridici con cui limitare l'autorizzazione di determinati fornitori di prestazioni in attesa di una regolamentazione definitiva.

1.3 Coordinamento della presente misura con una disposizione applicabile a lungo termine

L'articolo 55a LAMal qui proposto è una soluzione temporanea destinata a essere sostituita, alla sua scadenza, da una regolamentazione a lungo termine che permetta di affrontare meglio le cause della crescita incontrollata dei costi. Il settore ambulatoriale registra una crescita particolare che bisognerà gestire non in un'ottica di razionamento bensì in quella di soddisfare le esigenze reali e giustificate. A tal fine:

- è ipotizzabile una disposizione che definisca possibilità d'intervento distinte in caso di offerta eccedentaria o insufficiente. Sarà così possibile ottimizzare l'impiego delle risorse, segnatamente grazie a una miglior distribuzione dei fornitori di prestazioni sul territorio e alla promozione della medicina di base;
- considerando l'autonomia tariffale prevista nella legge, i partner tariffali dovranno inoltre migliorare le tariffe o cambiare il modello di remunerazione se l'esperienza mostra che i modelli adottati creano incentivi che provocano costi supplementari o una perdita di attrattiva di certe pratiche;
- il Consiglio federale, che già oggi ha una competenza sussidiaria in materia tariffale, proporrà modifiche, d'intesa con i Cantoni, se i partner tariffali non intervengono tempestivamente quando una struttura non è più adeguata. Il Consiglio federale auspica inoltre che gli sia attribuita la competenza di abbassare le tariffe nel caso di un aumento dei costi superiore alla media: in tal modo disporrebbe di uno strumento di gestione efficace e di rapida attuazione.

Il Consiglio federale s'impegna a presentare rapidamente un pacchetto di misure concrete che sarà sottoposto al Parlamento affinché possa deciderne l'entrata in vigore in concomitanza con la scadenza dei tre anni di validità previsti per la presente legge federale urgente. Se la nuova regolamentazione potrà entrare in vigore già prima, la nuova legge disciplinerà l'abrogazione anticipata della presente modifica.

1.4 Valutazione della soluzione proposta

Il Consiglio federale ritiene che la reintroduzione della limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie offrirà ai Cantoni che ne hanno bisogno uno strumento di gestione efficace a breve termine. La possibilità di ripristinare rapidamente le vecchie regolamentazioni cantonali di attuazione è un argomento supplementare a favore di questa misura. Inoltre, con questa misura i Cantoni possono vincolare le autorizzazioni a determinate condizioni. Non è escluso che alcuni Cantoni si avvarranno di questa competenza per chiedere ai fornitori di prestazioni di insediarsi in regioni periferiche, in modo da distribuire meglio le risorse sul territorio. Il lavoro in reti sanitarie potrebbe essere un altro requisito posto dai Cantoni.

Il Consiglio federale resta tuttavia convinto che occorra trovare una regolamentazione atta a contenere i costi a lungo termine e in modo mirato. Una limitazione delle autorizzazioni non risponde a queste condizioni. Rappresenta tuttavia una soluzione accettabile che può essere reintrodotta rapidamente e produrre effetti a breve termine, segnatamente per i Cantoni che non possono aspettare una riforma senza una soluzione transitoria per evitare il rischio di un'esplosione incontrollata dei costi.

1.5 Adeguatezza dei mezzi richiesti

L'attuazione della proposta permetterà di rispondere a brevissimo termine e in modo mirato ai problemi riscontrati da alcuni Cantoni che constatano un aumento importante del numero di fornitori di prestazioni e ritengono che esso generi una crescita a dismisura dei costi. Grazie alla competenza di designare i fornitori di prestazioni interessati dalla limitazione delle autorizzazioni, i Cantoni che devono intervenire potranno farlo, mentre quelli che non sono confrontati con la stessa problematica o che sono confrontati con un'offerta insufficiente non saranno costretti a intervenire. Grazie alla prevista revoca delle autorizzazioni che non sono state utilizzate entro un certo termine si potrà evitare che i fornitori di prestazioni aggirino la limitazione chiedendo un'autorizzazione già prima dell'entrata in vigore della presente modifica.

1.6 Attuazione

Con la reintroduzione dell'articolo 55a LAMal sarà necessario ripristinare le disposizioni definite nell'ordinanza del 3 luglio 2002⁷ che limita il numero di fornitori di prestazioni ammessi a esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Il Consiglio federale preparerà la nuova ordinanza in modo tale che possa entrare in vigore contemporaneamente alle disposizioni della legge.

⁷ RU 2002 2549

1.7 Procedura di consultazione

La procedura di consultazione relativa al presente disegno di revisione della LAMal è stata aperta il 24 ottobre 2012. Il 5 novembre 2012 ha avuto luogo una consultazione sotto forma di conferenza sotto la direzione del capo del Dipartimento federale dell'interno, cui ha partecipato una ventina di rappresentanti del settore. Gli interessati hanno pure avuto la possibilità di pronunciarsi per scritto entro il 5 novembre 2012.

La modifica di legge proposta dal Consiglio federale non ha incontrato un'adesione totale: vi è infatti un disaccordo di fondo sull'opportunità di gestire l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Per quanto concerne il presente disegno, i partecipanti alla consultazione hanno formulato riserve in particolare sulle modalità con cui sono stabiliti i fornitori di prestazioni toccati dalla misura e sulle possibilità di prendere in considerazione il loro tempo di lavoro effettivo; inoltre ci si chiede se il numero del registro dei codici creditori sia un criterio sufficiente per decidere quali fornitori di prestazioni sono toccati dalla misura. Alcune osservazioni espresse dai partecipanti alla consultazione hanno potuto essere prese in considerazione nel presente messaggio: si tratta di questioni legate alla possibile discriminazione dei cittadini svizzeri in relazione ai titoli di perfezionamento, alla definizione del termine «esercitare» nella disposizione transitoria e al modo in cui i Cantoni designano i fornitori di prestazioni. Infine, i partecipanti si sono pure espressi sulle possibili misure a lungo termine.

1.8 Interventi parlamentari

Mozione Gutzwiller 12.3638 «LAMal. Introdurre la libertà di contrarre»

L'autore della mozione propone l'introduzione della libertà di contrarre tra medici specialisti e casse malati nel settore ambulatoriale, precisando che prescrizioni minime devono assicurare la quantità e la qualità dei medici e, di riflesso, un'assistenza sanitaria ambulatoriale di qualità elevata ed efficiente a tutti i cittadini. Il progetto dovrebbe prevedere che i medici possano esercitare privatamente senza contratto con una cassa malati. Il 5 settembre 2012 il Consiglio federale ha proposto di respingere la mozione, in particolare poiché il Parlamento ha già bocciato in passato l'entrata in materia su un oggetto simile. Il 26 settembre 2012, il Consiglio degli Stati ha respinto il testo a larga maggioranza, segnatamente a causa delle numerose riserve espresse in occasione della campagna referendaria sul progetto Managed Care per quanto riguarda la possibilità di limitare la scelta del fornitore di prestazioni. È quindi poco probabile che l'introduzione della libertà di contrarre possa ottenere una maggioranza, parlamentare o popolare.

Mozione Humbel 12.3600 «Urge ripristinare la gestione strategica del numero di autorizzazioni ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie»

L'autrice della mozione chiede, in caso di rifiuto del progetto Managed Care, di reintrodurre uno strumento che permetta ai Cantoni di gestire il numero delle autorizzazioni a esercitare, sia per gli specialisti con studio medico privato, sia per quelli attivi negli ambulatori ospedalieri. La motivazione della mozione precisa che considerata l'attuale acuta carenza in Svizzera di medici di base, questa categoria dovrebbe

be essere esclusa dal provvedimento. Chiede inoltre che nella reintroduzione della gestione strategica delle autorizzazioni si dovrà badare a impedire il commercio dei numeri di autorizzazione. Il 5 settembre 2012, il Consiglio federale ha proposto di accogliere la mozione. Il Consiglio nazionale l'ha accolta il 28 settembre 2012; l'intervento non è ancora stato trattato dal Consiglio degli Stati.

2 **Commento ai singoli articoli**

Art. 55a cpv. 1

Come nella regolamentazione già in vigore, questo capoverso attribuisce al Consiglio federale la competenza di subordinare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni all'esistenza di un bisogno. I vari elementi aggiunti a ogni proroga sono stati mantenuti. Va sottolineato in particolare che la misura concerne non soltanto i medici che esercitano un'attività dipendente ma anche quelli che esercitano in istituti ai sensi dell'articolo 36a LAMal o nel settore ambulatoriale degli ospedali ai sensi dell'articolo 39 LAMal. L'attività nel settore ambulatoriale degli ospedali deve restare limitata dal momento che questo settore registra un incremento dei costi particolarmente marcato.

Art. 55a cpv. 2

Come già in precedenza, anche secondo il presente disegno i medici non considerati specialisti nonché i fornitori di prestazioni ai sensi dell'articolo 38 LAMal sono esclusi dalla limitazione. In tal modo si vuole in particolare evitare di vanificare gli sforzi per rafforzare e rivalutare la medicina di base, soprattutto tra i giovani medici. I titoli di perfezionamento menzionati in questo capoverso sono stati adeguati tenendo conto della modifica del 17 novembre 2010 dell'ordinanza del 27 giugno 2007⁸ sulle professioni mediche (OPMed). In virtù dell'articolo 18a capoverso 2 OPMed sono escluse dalla limitazione delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie anche le persone che hanno conseguito un titolo federale di perfezionamento in medicina generale o interna prima dell'entrata in vigore della modifica del 17 novembre 2010 dell'OPMed. Per titoli federali di perfezionamento si intendono anche i titoli di perfezionamento stranieri riconosciuti conformemente al diritto in vigore. Nell'ambito dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni stranieri, sarà compito dei Cantoni verificare che il titolare di un titolo in medicina interna generale o di medico generico non abbia anche uno o più altri titoli di perfezionamento. Un fornitore di prestazioni estero con più titoli che ne abbia fatto riconoscere in Svizzera soltanto uno potrebbe essere considerato non degno di fiducia ai sensi dell'articolo 36 della legge del 23 giugno 2006⁹ sulle professioni mediche e per questa ragione l'autorizzazione a esercitare potrebbe essergli rifiutata.

⁸ RS 811.112.0

⁹ RS 811.11

Art. 55a cpv. 3

Prima di far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni conformemente al capoverso 1 e di fissarne i criteri, il Consiglio federale deve consultare i Cantoni nonché le federazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori.

Art. 55a cpv. 4

Spetta ai Cantoni designare i fornitori di prestazioni interessati dal capoverso 1. I Cantoni possono segnatamente avvalersi di questa competenza, nel rispetto dell'articolo 36 della Costituzione federale (Cost.)¹⁰, per garantire la copertura delle cure sull'intero territorio, in particolare nelle regioni periferiche, condizionando ad esempio l'autorizzazione all'obbligo di esercitare in un determinato luogo. Alla stessa stregua possono decidere di promuovere un miglior coordinamento delle cure ponendo come condizione il fatto che il fornitore di prestazioni faccia parte di una rete di cure integrate. I Cantoni sono meglio in grado di designare i fornitori di prestazioni in questione, come pure i medici che esercitano in istituti o nel settore ambulatoriale degli ospedali, conformemente alle loro rispettive competenze e conoscenze.

Art. 55a cpv. 5

L'autorizzazione decade se non è utilizzata entro un dato termine. Questa disposizione è necessaria per evitare una paralisi del sistema. I fornitori di prestazioni che chiedono un'autorizzazione ma non la utilizzano dopo averla ottenuta impediscono infatti ad altri fornitori di accedere al mercato, mettendo potenzialmente in pericolo l'offerta di cure. Nel presente disegno la disposizione viene precisata rispetto al diritto previgente con l'indicazione delle possibili deroghe direttamente nella legge. Nel vecchio regime di limitazione delle autorizzazioni tale precisazione era stabilita nell'ordinanza.

Disposizione transitoria

Dal 1° gennaio 2012 non vi è più alcuna limitazione delle autorizzazioni in nessuna categoria di fornitori di prestazioni e relativi titoli di perfezionamento: da allora il registro dei codici creditori ha registrato una forte incremento delle domande di rilascio di un numero. È ipotizzabile che una parte delle domande sia una reazione alla revoca della limitazione delle autorizzazioni, ma che non tutti i richiedenti abbiano l'intenzione di aprire uno studio medico prossimamente. I numeri sono infatti uno strumento che facilita la fatturazione tra gli assicuratori malattie e i fornitori di prestazioni ma non sono un indicatore diretto dell'apertura di uno studio medico. Quando inizieranno le discussioni sulla reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni è prevedibile un'ondata di domande ancora più grande da parte di medici che desiderano ottenere a titolo preventivo un numero ma che intendono aprire lo studio medico soltanto in un secondo tempo. Per ovviare a questa eventualità, la disposizione transitoria esclude dalla limitazione di cui all'articolo 55a capoverso 1 LAMal i fornitori di prestazioni che hanno già fatturato a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prima dell'entrata in vigore della

presente modifica: in altre parole, la limitazione non si applicherà a quei fornitori di prestazioni detentori di un numero nel registro dei codici creditori che hanno intrapreso le pratiche per l'apertura di uno studio medico e hanno fatturato a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prima dell'entrata in vigore della nuova normativa.

3 Ripercussioni

3.1 Ripercussioni per la Confederazione

Un miglior controllo dei costi avrà un impatto favorevole sulle finanze federali, visto che i sussidi concessi dalla Confederazione in virtù dell'articolo 66 capoverso 2 LAMal equivalgono al 7,5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La misura esatta in cui la proposta normativa permetterà di diminuire i sussidi federali per la riduzione dei premi non può tuttavia essere quantificata a causa dell'autonomia dei Cantoni in questo ambito.

3.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni nonché per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna

Le ripercussioni per i Cantoni sono già state evocate sopra. Se decidono di subordinare l'autorizzazione a condizioni come l'appartenenza del fornitore di prestazioni a una rete di cure integrate o il suo insediamento in una determinata regione, i Cantoni potranno favorire lo sviluppo delle reti di cure o l'insediamento di medici di base in regioni o Comuni periferici. La proposta avrà pure un'influenza positiva sulla riduzione dei premi da parte dei Cantoni.

3.3 Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie

Nel 2012, le cure ambulatoriali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresentavano il 37 per cento delle spese complessive, mentre il settore ambulatoriale degli ospedali ne rappresentava il 14 per cento. Il miglioramento del controllo dei costi grazie alla reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni dei fornitori di prestazioni influenzerà dal punto di vista finanziario in modo positivo il settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

4 Rapporto con il programma di legislatura

Il progetto non è annunciato né nel messaggio del 25 gennaio 2012¹¹ sul programma di legislatura 2011–2015 né nel decreto federale del 15 giugno 2012¹² sul programma di legislatura 2011–2015. Dall'inizio del 2012, il numero di domande di numeri al registro dei codici creditori è aumentato in modo massiccio in alcuni Cantoni. Questi Cantoni temono che, in seguito all'annuncio della misura proposta

¹¹ FF 2012 305

¹² FF 2012 6413

dal Consiglio federale, il numero di medici che decidono di stabilirsi in uno studio privato prima dell'entrata in vigore della misura esplosa, provocando un aumento incontrollato dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per evitare una tale evoluzione, è necessario che il progetto sia sottoposto al Parlamento in tempi brevi, in modo che la limitazione delle autorizzazioni possa entrare in vigore al più presto.

5 Relazione con il diritto internazionale

5.1 Il diritto dell'Unione europea

Ai sensi dell'articolo 3 del Trattato sull'Unione europea (TUE)¹³, l'Unione si prefigge di promuovere la giustizia e la protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione è sancita all'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE)¹⁴. L'Accordo del 21 giugno 1999¹⁵ tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC) è entrato in vigore il 1° giugno 2002. Il suo obiettivo è segnatamente quello di conferire ai cittadini degli Stati membri della Comunità europea e della Svizzera il diritto d'ingresso, di soggiorno, di accesso a un'attività economica dipendente, di stabilimento quale lavoratore autonomo e il diritto di rimanere sul territorio delle parti contraenti (art. 1 lett. a ALC). L'articolo 1 lettera d dell'Accordo fissa come obiettivo che le stesse condizioni di vita, di occupazione e di lavoro di cui godono i cittadini nazionali siano garantite ai cittadini degli Stati membri della Comunità europea e della Svizzera. In conformità all'allegato I dell'Accordo, è previsto che i cittadini di una parte contraente che soggiornano legalmente sul territorio di un'altra parte contraente non sono oggetto di alcuna discriminazione fondata sulla nazionalità (art. 2 ALC) e che il diritto di soggiorno e di accesso a un'attività economica è garantito (art. 4 ALC). L'Accordo prevede dunque all'articolo 7 lettera a che le parti contraenti disciplinano in particolare il diritto alla parità di trattamento con i cittadini nazionali per quanto riguarda l'accesso a un'attività economica e il suo esercizio, nonché le condizioni di vita, di occupazione e di lavoro.

La libera circolazione delle persone richiede un coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, come previsto all'articolo 48 TFUE. Il diritto europeo non prevede l'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, poiché gli Stati membri conservano la facoltà di determinare l'impostazione, il campo di applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza sociale. Il coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale è attuato dal regolamento (CE) n. 883/2004¹⁶ nonché dal relativo regolamento di applicazione n. 987/2009¹⁷. Dall'entrata in vigore dell'ALC, la Svizzera partecipa a

¹³ GU C 191 del 29.7.1992, pag. 1

¹⁴ GU C 306 del 17.12.2007, pag. 1

¹⁵ RS **0.142.112.681**

¹⁶ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 apr. 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1; rettificato in GU L 200 del 7.6.2004, pag. 1.

¹⁷ Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 sett. 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1.

questo sistema sulla base del previgente regolamento n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori dipendenti e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità nonché del relativo regolamento di applicazione n. 574/72¹⁸.

5.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961¹⁹ è l'equivalente della Convenzione europea sui diritti dell'uomo per i diritti economici e sociali²⁰. Il diritto alla sicurezza sociale vi è sancito all'articolo 12. La Svizzera ha firmato la Carta il 6 maggio 1976, ma non è vincolata da questo trattato, perché il Parlamento ha rifiutato di ratificarlo nel 1987.

La Carta sociale europea (riveduta) del 3 maggio 1996 aggiorna e adegua il contenuto materiale della Carta del 1961²¹ senza abrogarla. Costituisce un trattato distinto in cui il diritto alla sicurezza sociale è sancito all'articolo 12. La Svizzera non ha ratificato questo strumento.

Il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964 è stato ratificato dalla Svizzera il 16 settembre 1977²². Il nostro Paese non ha tuttavia accettato la parte II relativa alle cure mediche, in cui è garantita in particolare l'attribuzione delle prestazioni mediche alle persone protette in caso di stato morboso per qualunque causa e in caso di gravidanza. Il beneficiario può essere obbligato a contribuire alle spese delle cure mediche ricevute in caso di stato morboso e la durata delle prestazioni può essere limitata a 26 settimane per ciascun caso.

Il Codice europeo di sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 costituisce un trattato distinto al Codice europeo di sicurezza sociale che non abroga. Il Codice (riveduto) non è ancora entrato in vigore.

5.3 Compatibilità del disegno con il diritto europeo

Il diritto europeo (UE e Consiglio d'Europa) stabilisce norme in materia di libera circolazione delle persone, non però in materia di armonizzazione dei regimi nazionali di sicurezza sociale. Gli Stati sono liberi di determinare questi aspetti a loro discrezione. La compatibilità della precedente versione dell'articolo 55a LAMal con l'ALC è peraltro stata oggetto di una decisione del Tribunale federale (DTF 130 I 26). Esso conclude che le regolamentazioni emanate dal Consiglio federale sulla base dell'articolo 55a LAMal e dal Consiglio di Stato del Canton Zurigo per limitare concretamente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie – per quanto possano essere esaminate rispetto all'articolo 191 della Costituzione federale (consid. 2) – non violano né l'ALC (consid. 3), né la libertà economica (consid. 4–6) e non sono

¹⁸ RS **0.831.109.268.1** e **0.831.109.268.11**

¹⁹ <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/035.htm>

²⁰ RS **0.101**

²¹ <http://conventions.coe.int/Treaty/ITA/Treaties/Html/163.htm>

²² RU **1978** 1491

nemmeno contrarie all'obbligo di riconoscimento reciproco dei diplomi (consid. 7), al principio della buona fede (consid. 8) o al diritto della protezione della vita privata e familiare (consid. 9).

6 Aspetti giuridici

6.1 Costituzionalità e legalità

Il presente disegno di legge si basa sull'articolo 117 Cost., che attribuisce alla Confederazione ampie competenze in materia di assicurazione malattie.

6.2 Forma dell'atto

La disposizione proposta deve essere emanata sotto forma di legge federale urgente di durata limitata nel tempo. Conformemente all'articolo 165 capoverso 1 Cost., una legge federale può essere dichiarata urgente se la sua entrata in vigore non può essere ritardata. In questo caso, l'urgenza è motivata da un incremento incontrollabile delle autorizzazioni a praticare. Un aumento dell'offerta dei fornitori di prestazioni nell'ambito ambulatoriale di un Cantone genera un aumento dei costi. Se l'offerta non è controllata, ci sono importanti ripercussioni sui costi globali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Non bisogna trascurare gli effetti in termini di aumento dei premi per gli assicurati, di aumento delle riduzioni dei premi a carico dei Cantoni e di aumento dei sussidi della Confederazione. Inoltre, se non si prendono misure immediate, la crescita del numero di fornitori di prestazioni proseguirà. Senza clausola d'urgenza, bisognerebbe accettare un aumento dei costi duraturo, perché non si potrebbero escludere persone che esercitano già a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie senza prendere misure che lederebbero in modo sproporzionato i loro diritti. Una legge federale urgente potrà entrare in vigore prima che la situazione si aggravi e offrirà la possibilità di limitare l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie senza minacciare la salute degli assicurati e i diritti dei fornitori di prestazioni.

6.3 Delega di competenze legislative

Il presente disegno autorizza il Consiglio federale ad emanare disposizioni negli ambiti seguenti:

- far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione di certi fornitori di prestazioni (art. 55a cpv. 1 LAMal),
- fissare il termine relativo alla scadenza di un'autorizzazione.

