

ad 07.483, 07.484, 07.485

Iniziative parlamentari **Pari trattamento per i medici generici**

**Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del
Consiglio nazionale del 21 gennaio 2011**

Parere del Consiglio federale

del 4 marzo 2011

Onorevoli presidente e consiglieri,

conformemente all'articolo 112 capoverso 3 della legge sul Parlamento (LParl), vi presentiamo il nostro parere in merito al rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale del 21 gennaio 2011 concernente il pari trattamento per i medici generici.

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

4 marzo 2011

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Micheline Calmy-Rey
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

Parere

1 Situazione iniziale

Nel fornire le loro prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), i fornitori di prestazioni devono limitarsi a ciò che esige l'interesse dell'assicurato e allo scopo della cura. Gli assicuratori sono competenti per il controllo dell'economicità. I medici non contestano l'utilità dell'esame dell'economicità, ma ritengono che l'attuale metodo di analisi sviluppato dagli assicuratori non sia né trasparente né corretto. Secondo loro non si tratta di una vera e propria procedura di controllo dell'economicità ma solamente di una procedura volta a comparare i costi medi che non tiene conto della morbilità della struttura dei pazienti. I medici generici che hanno in cura pazienti affetti da malattie gravi, croniche e complesse ne risultano penalizzati. Tre iniziative parlamentari (07.483 Bea Heim, 07.484 Thérèse Meyer, 07.485 Cassis) chiedono, ai fini del pari trattamento per i medici generici, l'ottimizzazione della procedura di esame dell'economicità.

Il 17 ottobre 2008 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha esaminato queste tre iniziative parlamentari e ha dato loro seguito. Il 27 gennaio 2009 la decisione è stata avallata dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) e il 4 maggio 2009 sono state presentate due proposte alla CSSS-N: una intendeva potenziare la medicina di famiglia con la promozione della «Managed Care» e l'altra mediante la revisione dell'articolo 56 LAMal. Come prima priorità è stata elaborata una proposta volta a promuovere reti di assistenza integrata (oggetto 04.062 Managed Care), poi approvata il 16 giugno 2010. Il 19 febbraio 2010 è stato ripreso il dibattito sulle tre iniziative parlamentari che si è concluso l'11 maggio 2010. Congiuntamente all'Amministrazione, la segreteria della Commissione ha elaborato un progetto di atto normativo con il relativo rapporto, che è stato sottoposto di nuovo alla Sottocommissione LAMal della CSSS-N e approvato a destinazione della CSSS-N. Il 21 gennaio 2011, la CSSS-N ha trasmesso il progetto di atto e il relativo rapporto a destinazione del suo Consiglio e del Consiglio federale per parere.

L'articolo 56 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) va completato con un capoverso 6 che incarica i fornitori di prestazioni e gli assicuratori di elaborare congiuntamente un metodo per il controllo dell'economicità. Il metodo elaborato dagli assicuratori va dunque sostituito con un metodo trasparente, concordato in partenariato. L'obiettivo è di attuare un controllo qualitativo dell'economicità delle prestazioni tenendo conto della morbilità dell'insieme dei pazienti in cura da un medico. Le disposizioni transitorie prevedono che sia il Consiglio federale a determinare il metodo per il controllo dell'economicità, qualora i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non trovino entro 12 mesi un accordo sul metodo da adottare.

2 Parere del Consiglio federale

Il Consiglio federale riconosce la necessità di garantire la trasparenza del metodo utilizzato per il controllo dell'economicità delle prestazioni. Vede pertanto di buon occhio la proposta di obbligare assicuratori e fornitori di prestazioni a elaborare

congiuntamente un metodo per il controllo dell'economicità. Tale procedura partenariale presuppone da un lato che gli assicuratori discutano sul loro modello di calcolo e rendano trasparente la procedura e, dall'altro, che i fornitori di prestazioni mettano a disposizione i dati necessari ad un affinamento del metodo di controllo.

Il Consiglio federale è in linea di massima d'accordo con la proposta della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale. Il Consiglio federale esprime invece dubbi sul fatto che il termine di 12 mesi fissato nella disposizione transitoria sia sufficiente e ritiene che il termine per elaborare una soluzione partenariale debba essere più lungo. Il Consiglio federale ritiene adeguato un termine di 24 mesi.

3 Proposta del Consiglio federale

Il Consiglio federale è in linea di massima d'accordo con il progetto di legge. Propone però di prolungare da 12 a 24 mesi il termine per un accordo su un metodo comune tra assicuratori e fornitori di prestazioni.

