

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

Onorevoli colleghi,

con il presente rapporto vi sottoponiamo il progetto di modifica della legge federale del 18 marzo 1994¹ sull'assicurazione malattie (LAMal), che trasmettiamo nel contempo per parere al Consiglio federale.

La Commissione vi propone di approvare il progetto di legge allegato.

21 gennaio 2011

In nome della Commissione:

La presidente, Thérèse Meyer

¹ RS 832.10

Compendio

Nelle prestazioni che fornisce a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Spetta agli assicuratori-malattie controllare l'economicità delle prestazioni fornite.

Riguardo alla richiesta politica di migliorare la situazione dei medici di base, il corpo medico contesta che il metodo utilizzato dagli assicuratori per controllare l'economicità, che peraltro ritiene non trasparente, causi uno svantaggio ai medici che curano molti pazienti con malattie gravi, croniche e complesse.

Occorre tenere conto di questa critica. Il metodo sviluppato e applicato attualmente dagli assicuratori verrà sostituito da un metodo concordato con i medici e vincolante su scala nazionale. Ciò presuppone che gli assicuratori pongano in discussione il loro modello di calcolo e spieghino il modo di procedere nelle singole fasi della procedura. Da parte loro, i fornitori di prestazioni comunicheranno i dati necessari per affinare il metodo di controllo. L'obiettivo è una valutazione dell'economicità di tipo qualitativo, considerata la morbilità dell'insieme dei pazienti del rispettivo medico.

Rapporto

1 Genesi del progetto

Nell'ambito della mobilitazione a favore del rafforzamento della medicina generale, tre iniziative parlamentari (07.483 Bea Heim, 07.484 Thérèse Meyer, 07.485 Cassis) chiedono che la procedura di controllo dell'economicità delle prestazioni mediche venga ottimizzata. Il 17 ottobre 2008 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha proceduto all'esame preliminare delle iniziative e con 14 voti favorevoli, 5 contrari e 3 astensioni ha deciso di dare loro seguito. Il 27 gennaio 2009 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati ha pure deciso, con 8 voti contro 5, di dare seguito alle iniziative. Il 4 maggio 2009 la CSSS-N ha discusso due proposte di rafforzamento: l'una mediante incentivazione del sistema *Managed Care* e l'altra attraverso la revisione dell'articolo 56 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10 – Esame dell'economicità). La Commissione ha quindi incaricato la sottocommissione «LAMal»² di approfondire l'argomento. Quest'ultima ha innanzitutto elaborato una proposta per incentivare reti di assistenza integrate (oggetto 04.062 «*Managed-Care*»), che il 16 giugno 2010 il Consiglio nazionale ha esaminato e approvato in qualità di seconda Camera. L'esame delle tre iniziative parlamentari è ripreso il 19 febbraio 2010 e si è concluso l'11 maggio 2010. In seguito, la segreteria della Commissione e l'Amministrazione hanno elaborato un progetto di atto normativo e il rapporto accompagnatorio, che il 16 settembre 2010 sono stati sottoposti ancora una volta alla sottocommissione «LAMal» della CSSS-N, che li ha approvati all'attenzione di quest'ultima. Nel contempo, *santé-suisses* e la FMH sono stati invitati a esprimere per scritto il loro parere. Il 21 gennaio 2011, la CSSS-N ha adottato il progetto di atto normativo con 15 voti contro 6 e 3 astensioni e il rapporto senza opposizioni; essi saranno sottoposti al Consiglio nazionale per esame e al Consiglio federale per parere.

2 Grandi linee del progetto

2.1 Situazione iniziale

I capoversi 1 e 2 dell'articolo 56 LAMal sanciscono che il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. La remunerazione può essere rifiutata per le prestazioni eccedenti questo limite. Al fornitore di prestazioni può essere richiesta la restituzione all'assicuratore di remunerazioni ottenute indebitamente. Il controllo del rispetto dell'economicità costituisce uno dei compiti centrali degli assicuratori-malattie ed è un compito di diritto pubblico.

In passato, il controllo dell'economicità effettuata dagli assicuratori ha dato spesso adito a critiche e azioni da parte del corpo medico. Molti medici criticano il metodo di controllo utilizzato dagli assicuratori, definito «non trasparente». È stato anche

² *Humbel Näf (presidente)*, Baettig, Borer, Bortoluzzi, Cassis, Gilli, Fehr Jacqueline, Rossini, Ruey, Stahl, Weibel

contestato l'atteggiamento degli assicuratori verso i fornitori di prestazioni; questi ultimi, comunque, non confutano la necessità di un controllo dell'economicità.

A causa della pressione esercitata dal controllo e dell'onere di dovere giustificare costi ben al di sopra della media, vi sono medici che per finire rinunciano ad accettare e a curare pazienti con malattie gravi, croniche e complesse, mandandoli quindi da specialisti o negli ospedali. Dal punto di vista dei pazienti, ne sono negativamente colpite soprattutto le persone anziane, le persone con malattie croniche, i polimorbili, le persone gravemente malate o con malattie psichiche.

2.2 Controllo dell'economicità oggi

Per la preselezione statistica dei cosiddetti «fornitori di prestazioni fuori dalla norma», dal 2004 l'associazione mantello degli assicuratori (santésuisse) controlla, sulla base del metodo «anova» (*analysis of variance*) le fatture dei medici attivi nel settore ambulatoriale. Il controllo dell'economicità dei fornitori di prestazioni è un processo in varie fasi.

Nella prima si tiene conto di fattori quali il gruppo di medici specialisti, l'età e il sesso dei pazienti e l'ubicazione (Cantone). Si garantisce così una procedura trasparente e standardizzata. La standardizzazione ha il vantaggio che i gruppi di medici specialisti con struttura di pazienti sfavorevole non vengono sistematicamente svantaggiati. Nella sua perizia del settembre 2005, il Seminario di statistica del PF di Zurigo è giunto alla conclusione che il metodo «anova» utilizzato da santésuisse poggia su metodi statistici riconosciuti.

Se i costi di un fornitore di prestazioni supera del 30 per cento e oltre i costi medi comparabili, ciò è considerato un indizio di polipragmasia e un motivo per avviare ulteriori passi. In una seconda fase, i fornitori di prestazioni «fuori dalla norma» estrapolati con il cosiddetto metodo «anova» vengono analizzati da santésuisse in collaborazione con gli assicuratori-malattie. Qualora non si accerti alcuna motivazione per i costi elevati, si rende attento il fornitore di prestazioni con una lettera di avviso, oppure si cerca il dialogo. Se il fornitore di prestazioni non è in grado di motivare in modo credibile i costi eccessivi e se non si trova una soluzione consensuale, si avvia un procedimento giudiziario.

Santésuisse dispone di un centro di competenze nazionale per le procedure in materia di economicità; il modo di procedere è uniforme a livello nazionale. Per il periodo 2004–2008 le cifre si presentano così (fonte: santésuisse):

	2004	2005	2006	2007	2008
Numero di medici statisticamente fuori dalla norma	2335 <i>11,87 %</i>	2655 <i>13,50 %</i>	2599 <i>13,21 %</i>	2524 <i>12,83 %</i>	2515 <i>12,79 %</i>
Lettera informativa d'avviso	884 <i>4,49 %</i>	717 <i>3,65 %</i>	596 <i>3,03 %</i>	475 <i>2,42 %</i>	341 <i>1,73 %</i>
<i>di cui medici di base (1)</i>			339	248	227
Dialogo	63 <i>0,32 %</i>	130 <i>0,66 %</i>	113 <i>0,57 %</i>	124 <i>0,63 %</i>	113 <i>0,57 %</i>
<i>di cui medici di base</i>			74	66	37
Istanza (raffronto/CPA/tribunale)	52 <i>0,26 %</i>	163 <i>0,83 %</i>	130 <i>0,66 %</i>	62 <i>0,32 %</i>	64 <i>0,33 %</i>
<i>di cui medici di base</i>			76	38	47
(1) sono considerati medici di base: medici generalisti, medici generici, internisti, pediatri					

2.3 Critiche relative al controllo di economicità

Da parte dei medici si critica soprattutto il fatto che quella di santésuisse non è una vera e propria procedura di valutazione dell'economicità, bensì semplicemente una procedura di raffronto dei costi medi. Inoltre, il metodo «anova» utilizzato da santésuisse non è verificabile in tutti i suoi aspetti. In particolare, gli algoritmi applicati alle singole fasi procedurali non sono trasparenti e quindi i calcoli non sono comprensibili per i fornitori di prestazioni.

Il metodo «anova» poggia sui dati di cui oggi dispongono gli assicuratori. Poiché le informazioni sullo stato di salute dei pazienti non sono trasmesse sistematicamente dal fornitore di prestazioni all'assicuratore, non è possibile designare un esatto profilo di rischio dell'insieme dei pazienti dei singoli medici. Sarebbero necessarie a tal proposito maggiori informazioni sulla morbilità e in particolare occorrerebbe includere le diagnosi nel metodo di controllo. La trasmissione delle diagnosi contestualmente alla fatturazione è disciplinata nell'articolo 59 capoverso 1 lettera c e nell'articolo 59 capoverso 2 OAMal ed è soggetta a severi requisiti quanto alla protezione dei dati.

Oltre agli aspetti metodologici, i fornitori di prestazioni contestano il grande onere amministrativo che l'attuale controllo di economicità causa loro. La critica si riferisce ai casi nei quali l'assicuratore si presenta dal fornitore di prestazioni che deve quindi subire un onere anche se non è provata la sua colpa.

La pressione esercitata sui fornitori di prestazioni può portare a un peggioramento della qualità dell'assistenza, ad esempio nei casi in cui i medici non accettano più tutti i malati, ma mandano da specialisti o negli ospedali i pazienti che necessitano di

cure complesse. Ciò avviene a prescindere dal fatto che la standardizzazione della struttura dei costi in seno al gruppo di medici specialisti, cui si è proceduto nell'ambito del metodo «anova», compensi gli svantaggi per i medici con struttura di pazienti sfavorevole.

2.4 Una nuova soluzione: il modo di procedere partecipativo

A causa della critica formulata dal corpo medico nei confronti della procedura di controllo, il modo di procedere per determinare il controllo dell'economicità sarà ridisciplinato. In futuro, il metodo di controllo dell'economicità verrà elaborato congiuntamente da santésuisse e dai fornitori di prestazioni e sarà vincolante su scala nazionale. Ciò presuppone che santésuisse metta in discussione il suo modello di calcolo, spieghi il modo di procedere nelle singole fasi della procedura e riveli completamente gli algoritmi applicati alle singole fasi procedurali. Da parte loro, i fornitori di prestazioni garantiscono che vengano messe a disposizione le informazioni necessarie e che, in particolare, i dati relativi alla morbilità confluiscono nel processo. Si vuole così rendere possibile una valutazione dell'economicità di tipo qualitativo che raffiguri la morbilità dell'insieme dei pazienti del rispettivo medico. L'inclusione dei dati che risultano nel quadro della fatturazione fa diminuire o addirittura elimina l'onere amministrativo per il singolo fornitore di prestazioni. In alcuni Cantoni sono già state prese misure per migliorare la cooperazione fra santésuisse e i fornitori di prestazioni.

3 Commento alle singole disposizioni

Art. 56 cpv. 6

Il nuovo capoverso 6 dell'articolo 56 obbliga i fornitori di prestazioni e l'assicuratore a determinare insieme un metodo per il controllo dell'economicità delle prestazioni. Si garantisce così la trasparenza chiesta dai fornitori di prestazioni riguardo al metodo di controllo e alle singole fasi della procedura. Il nuovo capoverso 6 non contiene una specificazione o un elenco esemplificativo di criteri da rispettare nello svolgimento del controllo. Spetta quindi unicamente ai fornitori di prestazioni e all'assicuratore determinare i criteri. Va ricordato che tutte le categorie di fornitori di prestazioni (ossia non soltanto i medici, bensì anche gli ospedali, i fisioterapisti, i chiropratici ecc.) devono adempiere questo compito.

Il controllo dell'economicità continua invece a essere di completa competenza dell'assicuratore, cosa che d'altronde non è mai stata contestata finora.

Disposizione transitoria

Qualora, entro 12 mesi dalla modifica della legge, i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettera a (medici) e gli assicuratori non si mettano d'accordo su un metodo per il controllo dell'economicità, sarà il Consiglio federale a stabilirlo. Fintanto che non ci sarà il nuovo metodo, verrà applicato quello vecchio. La disposizione transitoria tiene conto del fatto che nel controllo dell'economicità sorgono problemi soprattutto nella relazione fra assicuratori e medici.

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

La normativa proposta consente di mantenere invariata la situazione attuale, così che non vi sono ripercussioni sulle finanze e sull'effettivo del personale.

4.2 Idoneità all'attuazione

Per garantire la trasparenza riguardo al metodo per il controllo dell'economicità, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori sono tenuti a stabilire congiuntamente un metodo di controllo. Se i negoziati dovessero fallire, trascorsi 12 mesi dall'entrata in vigore della disposizione il Consiglio federale stabilisce un metodo.

4.3 Altre ripercussioni

Non si prevedono altre ripercussioni.

5 Rapporto con il diritto europeo

Il diritto europeo (diritto della Comunità europea e diritto del Consiglio d'Europa) non contiene alcuna norma concernente la presente proposta. Gli Stati sono pertanto liberi di disciplinare le questioni secondo il loro apprezzamento.

6 Basi legali

6.1 Costituzionalità e legalità

Il progetto si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale, il quale conferisce alla Confederazione ampie competenze per emanare prescrizioni atte a istituire l'assicurazione contro le malattie.

6.2 Delega di competenze legislative

Nel caso in cui i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettera a (medici) e gli assicuratori non si mettano d'accordo su un metodo per il controllo dell'economicità, una disposizione transitoria prevede che, 12 mesi dopo l'entrata in vigore della presente modifica, al Consiglio federale venga conferita la competenza di stabilire un metodo per il controllo dell'economicità.

6.3 Forma dell'atto

La presente legge è emanata secondo l'articolo 164 della Costituzione federale.