

Camera medica straordinaria del 12 aprile 2001 a Berna

Promemoria e verbale delle decisioni

F.-X. Deschenaux, segretario generale della FMH

1. Apertura e costituzione dell'ufficio

La seduta viene aperta verso le 9.40 dopo che il presidente, il dott. Hans Heinrich Brunner ha potuto constatare che il quorum richiesto della metà dei delegati aventi diritto di voto era stato largamente superato.

Il presidente saluta l'opportunità che è offerta ai delegati, grazie alla convocazione di questa Camera straordinaria, di occuparsi della questione relativa alla TARMED tre settimane prima della sessione della Camera ordinaria del 4 e 5 maggio, che dedicherà un'intera giornata a questo oggetto. La seduta di quella giornata dovrebbe permettere ai delegati di discutere a piacere e senza nessuna pressione causata dal tempo; dovrebbe anche essere l'occasione per i delegati di colmare un certo deficit di informazioni, sia sui risultati della negoziazione sia sulle implicazioni delle decisioni, vincolanti per la FMH, che dovranno essere prese in occasione della Camera medica ordinaria che si terrà a Locarno.

La Camera accetta in seguito tacitamente la designazione dei due scrutatori della seduta del giorno, i dott. Fritz Hasler (GR) e Bruno Kissling (SSMG). La Camera accetta, anche in questo caso senza discussione, una modifica dell'ordine del giorno che corrisponde anche ad una proposta formulata dalla Società vodese di medicina. Questa modifica dell'ordine del giorno iniziale mira a inserire, prima che si passi alla votazione delle proposte presentate, una serie di informazioni concernenti la TARMED, la sua topologia, la posta in gioco e il suo contesto generale. Sono in molti a prendere la parola e a presentarsi sulla tribuna prima che si passi alla discussione generale e a trattare le proposte.

2. Informazioni e relazioni

2.1 Negoziazioni TARMED in generale

Il presidente H. H. Brunner, con l'aiuto di fogli proiettati sullo schermo, in una relazione preliminare posiziona e definisce la portata della versione 1.0 della struttura tariffaria TARMED, ricordando che questa struttura 1.0 è essenzialmente una nomenclatura accompagnata da alcuni dati interpretativi e dal numero dei punti per le prestazioni mediche e tecniche. Non

si può ancora parlare qui di una tariffa, in quanto questa esisterà solo a partire dal momento in cui il numero di punti viene moltiplicato per il valore del punto (VdP). Questa struttura è quindi destinata ad essere applicata in due settori, quello della tariffa blu delle assicurazioni federali centralizzate, quindi nel settore della tariffa medica AINF/AM/AI, negoziata dalla FMH e dalla Commissione delle tariffe mediche (CTM) con un solo VdP per tutta la Svizzera, da una parte, e il settore dell'assicurazione malattia (LAMal) che, sulla base della struttura tariffaria unica, prevede 26 tariffe cantonali diverse e quindi 26 VdP diversi da negoziare da parte delle società cantonali di medicina con le federazioni cantonali degli assicuratori malattia, dall'altra. Si potrebbe addirittura immaginare che si crei una moltitudine di altre tariffe, per lo meno in teoria, che vedrebbero dei gruppi di medici negoziare una tariffa con un gruppo di assicuratori malattia al di fuori della tariffa cantonale. Nel settore delle tariffe LAMal, il ruolo della FMH si limita ad accordarsi con il Concordato su una convenzione quadro e sulle sue modalità d'introduzione nei cantoni. I compiti legati a questa parte della negoziazione sono presi a carico, da parte della FMH, dal gruppo di lavoro «G7» posto sotto la direzione del dott. Andreas Haefeli. Questo contratto quadro sarà sottoposto all'approvazione della Camera medica del 4 maggio prossimo. Si noti che la Lista delle analisi costituisce uno degli elementi di questo contratto quadro. Le convenzioni cantonali contengono già in parte la Lista delle analisi ed è previsto che ciò si generalizzi in favore dell'introduzione nei cantoni del contratto quadro. *Il presidente* segnala anche l'esistenza della «Tariffa arancione» o del Catalogo delle prestazioni ospedaliere che serve a remunerare le prestazioni ambulatoriali effettuate dai medici in ambito ospedaliero. In questo contesto generale si deve ricordare anche che la tariffa di fisioterapia negoziata negli anni 90 sarà applicabile alle prestazioni di fisioterapia effettuate negli studi medici in modo che le tariffe mediche non conterranno più nessun capitolo dedicato alla fisioterapia. Per quel che concerne la tariffa SSO (dentisti), deve essere applicata ai medici che praticano la chirurgia mascellare-facciale come anche, per determinate prestazioni, ai medici ORL.

Poiché si tratta della struttura tariffaria uniforme, *il presidente* ricorda che contiene tutte le prestazioni mediche immaginabili, indipendentemente dal fatto che esse appartengano o no a delle prestazioni obbligatoriamente a carico delle assicurazioni sociali o del luogo (ospedale, studio medico) in cui sono effettuate. Tra i problemi supplementari da segnalare, si devono citare i capitoli concernenti le prestazioni fornite da non medici, in particolare per quel che concerne la psicoterapia, che riservano ancora molte difficoltà ai nostri confratelli e consorelle psichiatri. Si potrebbe venire a creare anche un problema se si modificasse la LAMal per introdurre un settore semiospedaliero, perché in questo caso la struttura tariffaria uniforme attuale non sarebbe più compatibile con la LAMal e dovrebbe essere profondamente rimaneggiata.

Si fa infine notare che la TARMED è una tariffa a tempo, modulata dal fattore «valore intrinseco». Per l'applicazione della tariffa, il valore intrinseco quantitativo, fatta eccezione per alcuni settori marginali, non è determinante. Determinante è il valore intrinseco qualitativo, attestato da un titolo di specialista che indica, al di fuori delle prestazioni aperte a tutti (per esempio consultazione, visita), chi ha il diritto di fare che cosa. Nel far ciò è stato cercato, grazie a delle discussioni consensuali tra le diverse specializzazioni, di creare un *modus vivendi* che tenga conto al massimo di quanto si pratica attualmente.

Il presidente conclude la sua relazione preliminare apportando qualche spiegazione sulla *meccanica della tariffa*. Fa notare che la TARMED non è un'opera tariffaria, ma una banca dati relazionali gestita da dei logaritmi che si basano su dei dati di base e degli elementi di pilotaggio. TARMED è ad uso molteplice, si può servirsene per altre cose diverse che per una tariffa all'atto, per esempio per introdurre un sistema DRG (Diagnosis Related Groups). Attualmente, e da ormai già un certo tempo, le negoziazioni consistono nel sottoporre i dati di pilotaggio e gli algoritmi ad un riesame costante e quindi ad affinare continuamente il sistema, a ridefinire certi elementi, ecc. È importante sapere che coloro che effettuano questi adattamenti possono avere una nozione vaga delle conseguenze che possono avere queste azioni di rimessa a punto, ma ciò non potrà mai andare sino nei dettagli. Per far ciò si devono effettuare dei calcoli e soltanto in un secondo tempo si potrà far apparire quello che ciò significa per questa o quella prestazione. Le società mediche specialistiche (SMS) non riescono sempre a comprendere che noi possiamo intrattenerci prima con loro solamente sui dati di pilotaggio, ma non immediatamente sulle conseguenze della loro applicazione ad una prestazione o ad un'altra, perché prima deve essere fatta un'analisi. Nonostante ciò e con la pressione del tempo la versione 1.0 è stata resa ufficiale ed è stata messa a vostra disposizione. Le analisi che sono state effettuate hanno fatto apparire alcune conseguenze del tutto inattese che esigono delle correzioni immediate (per esempio nel settore della pediatria o in quello della gastroenterologia). Questa precisazione è destinata a tutti coloro che credono in una politica deliberata di «black box» da parte dei negoziatori.

2.2 Rimunerazione per la consegna dei medicinali basata sulla prestazione (RBP)

La RBP cela un problema che concerne naturalmente prima di tutto i medici profarmacisti, ma che a causa del suo impatto, merita l'attenzione dei delegati alla Camera medica di tutte le regioni del paese; la RBP è in effetti diventata un questione che si trovano a dover affrontare numerose società cantonali di medicina (SCM) nel conteso dell'introduzione della TARMED. Nessuno dovrebbe quindi disinteressarsene.

Il dott. Walter Häuptli (LU) si occupa della presentazione. Senza entrare nei dettagli della sua vasta relazione, ricorderemo qui che la RBP, la cui entrata

in vigore originariamente prevista per il 1 luglio 2001 sarà ritardata (a causa del fatto che la nuova Lista delle specialità LS non sarà pronta entro questo termine), fisserà i prezzi massimi per i medicinali distribuiti dalle farmacie, dagli studi medici, dagli ospedali e dalle case di riposo per anziani. Per i medicinali della LS delle categorie A e B, la diminuzione dovrebbe essere in media del 9,5%, con delle modulazioni a seconda che si tratti di medicinali ha prezzo basso oppure elevato; a ciò si aggiunge ancora uno sconto del 4%. Le implicazioni finanziarie per i medici sarebbero anche molto diverse in Svizzera, compreso tra medici generici e specialisti di uno stesso cantone che ammetta la profarmacia, perché le tariffe convenzionali per le assicurazioni malattia, ormai da più decenni, hanno tenuto sempre conto dell'appoggio della profarmacia. Le entrate provenienti dalla profarmacia, più importanti per i medici di famiglia sono quindi attualmente della compensazione che costituiscono parte integrante del reddito di referenza di questi medici e che non devono essere considerate come introiti supplementari a questo reddito di riferimento. Se si ammette una diminuzione media dei prezzi dei medicinali secondo la RBP del 9,5%, con un margine di beneficio del 19%, la relazione della remunerazione tra medici di famiglia e gli specialisti sarebbe modificata in modo ingiusto. E in più il reddito annuo medico dei medici di famiglia sarebbe riportato a CHF. 150 000 circa.

Il Concordato prevede dunque per i medici profarmacisti un sistema analogo a quello che i farmacisti hanno negoziato con lui nell'ambito dell'applicazione della RBP, attendendosi da parte nostra lo stesso sconto del 4%. Qualsiasi siano gli accomodamenti che devono essere ancora trovati per fare in modo che il reddito professionale dei medici provenga prima di tutto dalla tariffa per le loro prestazioni specifiche e non dalla profarmacia, gli effetti della RBP saranno certamente importanti sul reddito dei medici profarmacisti (93 milioni circa di franchi a livello nazionale), se questa introduzione dovesse aver luogo secondo le tariffe applicate attualmente. Si tratta, d'altra parte, di una questione cruciale nel dibattito relativo alla neutralità dei costi. Per questa ragione il VEDAG ha appena deciso che si chieda che la RBP sia introdotta solo simultaneamente alla TARMED; in questo modo si eviterebbero dei costi inutili per l'adattamento alle tariffe attuali. Il VEDAG postula anche la compensazione per la perdita di reddito che ne deriva. La compensazione nell'ambito della TARMED richiede soluzioni diverse da quelle che sarebbero richieste dalle tariffe attuali. In effetti queste ultime si sono sviluppate sotto l'egida della LS, mentre sotto quella della TARMED sarà solamente il valore intrinseco che deciderà sul livello del reddito. Per questo motivo è stato deciso di integrare nel VdP l'utile proveniente dalla vendita di medicinali.

Il dott. Walter Häuptli conclude la sua relazione facendo capire che la FMH riceverà ben presto una richiesta nella quale gli si chiederà di occuparsi essa stessa della negoziazione legata all'introduzione della RBP.

Il presidente H. H. Brunner si accontenta di precisare per il momento che il Comitato centrale dovrà ricevere un mandato chiaro e che le SCM interessate si assumano le loro responsabilità e partecipino alle negoziazioni, comprese le SCM della Svizzera romana.

2.3 Relazioni relative alla situazione sulla negoziazione TARMED dal punto di vista dei rappresentanti della FMS

Il presidente H. H. Brunner dopo aver voluto ringraziare ancora una volta la FMS per averci fornito l'occasione di questa seduta molto utile, dà la parola ai suoi rappresentanti affinché ci presentino le loro tesi.

Spetta al presidente della FMS, il professor Reto Tscholl, prendere per primo la parola. Presenta la prima proposta della FMS che chiede che si proceda a quanto dovrebbe essere chiamato il «reengineering» della struttura tariffaria della TARMED prima dell'adozione della versione della TARMED che deve entrare in vigore. Ricorda anche la seconda proposta della FMS (la «sovranità tariffaria», rispettivamente il mandato di negoziazione corrispondente relativo alle società mediche specialistiche che riuniscono il corpo medico che pratica la medicina invasiva deve passare dalla FMH alla FMS, rispettivamente deve essere delegata a quest'ultima) indicando che la FMS è stata costretta a presentare queste due proposte, perché la TARMED nella sua versione attuale avrebbe delle conseguenze catastrofiche per molti di noi, a fortiori se il VdP dovesse essere inferiore a Fr. 1.-, da una parte e, dall'altra, perché la TARMED minaccia gravemente la coesione del corpo medico. Fa notare che la TARMED è quello che è attualmente perché non si è fatto altro, da anni, che presentare i medici come i capri espiatori dell'argomentazione dei costi della sanità, mentre la totalità delle remunerazioni dei medici privati, compresi i medici ospedalieri con attività privata, non rappresenta neanche il 10% della totalità dei costi della sanità. Vengono proiettate diverse tabelle che sostengono quanto affermato, che d'altra parte sono già state pubblicate, e che illustrano quando affermato dal prof. Reto Tscholl. Non si può quindi più tollerare che in modo ricorrente vengano presi di mira i medici, che occasionano il 7% di questi costi totali e che, inoltre, contribuiscono in modo determinante alla qualità delle cure prodigate. I medici si vengono così a trovare tra l'incudine e il martello, cioè tra la TARMED e la revisione della LAMal. Nella sua forma attuale la TARMED potrebbe solamente liquidare grandi gruppi del corpo medico, come spiega con originalità e talento l'oratore seguente, il dott. Beat Meister, proiettando sullo schermo l'illustrazione delle sue affermazioni. A questo scopo utilizza la metafora del «Titanic» che a testa bassa fila nel suo iceberg fatale. Se non si corregge la direzione presa, lo stesso pericolo di morte minaccia la TARMED e i suoi malcapitati passeggeri.

Ricorda che l'obiettivo iniziale della TARMED era quello di realizzare una tariffa all'atto completa che si basi su un'analisi d'economia aziendale, quindi non una tariffa «politica». Si mirava anche ad una rivalu-

tazione delle prestazioni intellettuali e una riduzione delle prestazioni tecniche. Per la TARMED, i segnali premonitori della catastrofe hanno fatto la loro apparizione nel 1998 e nel 1999 con la pubblicazione delle versioni Beta 2 e 3 che hanno inquietato seriamente tutti i medici che praticano la medicina invasiva (per esempio un'appendicectomia di Fr. 369.- nell'attuale catalogo delle prestazioni ospedaliere si ridurrebbe a Fr. 201.- nella TARMED, quando abbiamo appena discusso a lungo sulle perdite del 9,5%). La FMS ha informato immediatamente i responsabili delle negoziazioni, alle quali ha fatto seguito una prima riunione FMH-FMS. Non si era realizzato che gli interventi invasivi comprendono anche una componente intellettuale. Gli aspetti della produttività, in particolare per gli interventi brevi, erano pure stati trascurati, in particolare perché i tassi di produttività (il 72% nella sala operatoria I, piccoli interventi, e il 65% nelle sale operatorie II e III) sono stati fissati in modo normativo e queste stime sono state macchiate da errori gravi al livello dell'analisi. Ne risulta una rappresentazione falsata della medicina invasiva in tutta la TARMED ed è qui che si trova l'iceberg più grande. È anche la ragione per la quale una precedente Camera medica ha approvato il modello FMS e ha dato il suo accordo alla versione Alpha 2.2 con un «sì ma». Sfortunatamente la versione TARMED è stata sottoposta al Consiglio federale senza questa riserva. Perché noi possiamo approvare la versione TARMED definitiva, dobbiamo avere la garanzia che tutte le prestazioni invasive saranno corrette in modo appropriato. Senza avere prima questa garanzia, è inutile sperare che la Camera medica dei primi di maggio in Ticino possa accettare la TARMED.

Il dott. B. Meister presenta allora uno studio svolto in 363 ospedali e relativo a 63 000 interventi dal quale, dal punto di vista del risultato sul volume degli onorari, risulta una differenza di 32 milioni tra il Catalogo degli ospedali (51 milioni di franchi) e la TARMED (19 milioni di franchi). In altri termini, per rispettare la neutralità dei costi, si dovrà fissare il VdP iniziale a Fr. 2.66 in media, questa cifra non dovrebbe essere compresa come una rivendicazione corrispondente ... Il prof. R. Tscholl tiene a precisare che questi dati non sono destinati a motivare per i medici FMS dei VdP che si situano tra Fr. 2.40 e Fr. 3.14, ma solamente a illustrare l'assurdità dell'immagine che dà la TARMED delle prestazioni di medicina invasiva in vigore e per dimostrare che un reengineering (qui di seguito: RE) prima dell'entrata in vigore della TARMED è assolutamente necessario e giustifica la seconda posizione della FMS.

Viene quindi data la parola al dott. Walter Zimmerli, chirurgo di Aarau e membro della sezione cantonale argoviese FMS. Sulla base di uno studio da lui svolto e relativo a 3929 prestazioni mediche, fa notare tutte le modifiche che ha potuto costatare tra le versioni 2.2 e 1.0 per meravigliarsi che si sia potuto procedere ad un numero considerevole (2651) di modifiche di tutti i tipi senza che le SMS ne siano mai state informate.

Da quest'ultima dimostrazione il prof. Reto Tscholl trae la conclusione che gli interessati devono essere associati alla negoziazione delle posizioni che li interessano, mentre il contenuto formale della proposta n° 2 della FMS deve essere considerato come un massimo, nel senso che la FMS non pone come condizione sine qua no di essere la sola negoziatrice, ma ci tiene ad essere associata a tutte le negoziazioni che la concernono e a designare essa stessa i suoi rappresentanti. Ha voluto anche sottolineare che le proposte della FMS non mirano ad annientare la TARMED e neppure a ritardarla.

Il dott. B. Meister conferma quanto appena detto e sottolinea lo spirito costruttivo che anima la FMS. Riassume quindi quello che la FMS intende promuovere. Come prima cosa, (1) tener conto dei tempi «ante» e «post» interventi per gli operatori; (2) della correzione dei tassi di produttività in sala operatoria; (3) della remunerazione dell'assistenza operatoria secondo la prestazione medica fornita effettivamente; (4) dell'inserimento in una rubrica speciale della tariffa delle prestazioni tecniche strettamente connesse all'esecuzione del mandato medico (per esempio assicurazione RC professionale, perfezionamento, telecomunicazione; cfr. lo studio Prantl-Popp in cui si parla di un tasso tra il 14 e il 30% della prestazione tecnica). Il dott. Meister si dice convinto che l'inclusione di questi parametri corretti e/o nuovi, una volta convenuti, richiede solamente poco tempo per essere calcolata nella tariffa. Il prof. Tscholl dà il proprio sostegno a quanto appena detto e avverte che una TARMED che non integrasse queste correzioni avrebbe come conseguenza la scomparsa di tutta una serie di medici che praticano la medicina invasiva al di fuori delle istituzioni sovvenzionate.

2.4 Informazioni relative alla perizia del professor Günther Neubauer

Il dott. Martin Ganz rende noti i suoi dubbi come medico che era stato invitato a partecipare alle negoziazioni del GRATAL. Si chiede, infatti, se la TARMED rispondesse bene alle esigenze iniziali degli obiettivi che le erano stati assegnati, in particolare se i tassi di produttività ritenuti corrispondano al postulato dell'analisi dell'economia aziendale. Ciò lo porta a formulare la richiesta, approvata dalla Conferenza dei presidenti, che la TARMED sia sottoposta ad un esame da parte di un esperto esterno. Questo è stato scelto nella persona del prof. Neubauer, esperto tedesco indipendente e riconosciuto in materia di economia della sanità. In un mandato affidatogli in comune accordo dalla FMH e dalla Società svizzera dei medici che lavorano in cliniche private (ASMI), l'esperto è stato invitato a sottoporre la TARMED ad un esame critico, come prima cosa sugli aspetti generali del progetto e, in una seconda fase, su dei punti particolari. Si trattava di trovare una soluzione di ottimizzazione del sistema, che in definitiva ha portato a quello che si è convenuto di chiamare ora RE. La perizia si è occupata non solo della tariffa stessa, ma anche della metodologia e degli elementi di base della meccanica tariffaria, con l'handicap che il prof. Neubauer non

ha potuto entrare in possesso degli elementi appartenenti alla scatola nera, poiché la convenzione tra la FMH e i partner della TARMED ha impedito che questi elementi fossero comunicati. Nonostante questa restrizione vincolante e sulla base di quanto era accessibile all'esperto, si possono trarre diverse conclusioni tra le quali, nell'ambito di questa recensione, operiamo la selezione seguente: la valutazione delle prestazioni mediche deve essere differenziata dalla sua remunerazione espressa in franchi e centesimi; ma poiché si sa che tutti i calcoli sono stati fatti sulla base di un VdP a Fr. 1.-, per il settore dell'assicurazione malattia si deve partire da questo VdP a Fr. 1.- oppure riconoscere che il postulato dell'economia aziendale non è realizzabile. Per quel che concerne la nozione di neutralità dei costi, essa non ha niente a che vedere con una tariffa che si basa sull'economia aziendale ed è solo un artificio per introdurre il budget globale; non c'è nessuna giustificazione per esempio per ripercuotere sul VdP l'invecchiamento della popolazione, la realizzazione di nuovi metodi terapeutici, ecc. ecc. La discussione è di ordine politico e non d'ordine tariffario. Lo stesso varrà per i trasferimenti delle prestazioni dal settore privato (piccoli interventi chirurgici) al settore ospedaliero sovvenzionato se la TARMED non tiene conto delle differenze strutturali tra lo studio medico e l'ospedale pubblico; in un periodo in cui tutti i politici eliminano dei letti dagli ospedali pubblici per motivi d'ordine economico, non si può fare a meno di temere delle liste d'attesa stile NHS-GB (National Health Care System in Gran Bretagna).

Dopo aver ancora sviluppato alcune considerazioni sulle fonti dei diversi dati, sulla loro qualità e sulle loro lacune, il dott. Ganz scongiura tutti i delegati di avere bene in mente che le perdite di reddito sproporzionate concernenti gli uni non rimarranno senza incidenza a medio e a lungo termine sul livello dei redditi professionali di tutti. Un determinato minimo di remunerazione all'ora per le prestazioni di punta deve essere assolutamente garantito.

Il presidente si accontenta di fare tre osservazioni, ricordando che il reddito di riferimento stabilito a partire dagli ospedali zurighesi di riferimento è stato stabilito sulla base di un «mix» ponderato con cura tra i redditi dei primari (1/3), dei medici aggiunti (1/3) e dei medici capoclinica (1/3). D'altra parte alcuni approcci della realtà sarebbero stati notevolmente facilitati se si fosse potuto disporre dei dati forniti dai medici ospedalieri stessi, perché è difficile per un responsabile di delegazione difendere dei redditi per i quali non dispone di dati reali.

Oggi le condizioni per fornire le informazioni che mancano al prof. Neubauer e al suo collaboratore sono riunite, perché la pena convenzionale di 1 milione di franchi che sino ad ora ci tratteneva dal farlo è diventata di fatto caduca. Le lacune reali in materia di dati non hanno però impedito alla delegazione della FMH e il suo presidente di riconoscere ben presto le difficoltà del modello, cosa che non ha mancato di segnalare a più riprese dal 1997. È questo che ha condotto a domandare con insistenza il RE e a fi-

nito per vincere le resistenze iniziali degli assicuratori su questo soggetto.

2.5 Informazioni concernenti il «NewIndex»

Tocca quindi al *dott. Andreas Häfeli (AG)* fornire qualche spiegazione sul «NewIndex». Le fa precedere da una precisazione d'ordine statistico da non perdere di vista e che attenua un poco le proposte (pertinenti) del prof. R. Tscholl concernenti la parte occupata dalla remunerazione dei medici nella totalità dei costi della salute. Se si rimane nell'abito della sola LAMal, la parte dei costi relativi alle prestazioni mediche è del 30%, quella relativa agli ospedali, comprese le prestazioni ambulatoriali, del 30%, i medicinali occupano all'incirca il 20% e il 10% rimanente viene suddiviso tra le altre spese. Per la cassa malattia rappresentiamo quindi ben più del 9% circa di cui ha parlato il prof. R. Tscholl. Allo scopo di condurre le analisi per determinare quello che dovrebbe essere il livello eventuale da prendere in considerazione per determinare il valore iniziale che deve essere ritenuto per una neutralità dei costi all'introduzione della TARMED, tutte le SCM e la FMH hanno creato la società NewIndex nel cui capitale sono entrati anche alcune SMS e altri gruppi di medici.

Una parte delle attività della TARMED è stata di stabilire il volume delle prestazioni fornite dai medici con studio privato; sulla base degli onorari secondo le tariffe esistenti, abbiamo potuto stabilire il volume delle prestazioni e vedere come questi volumi si tradurrebbero applicando la struttura TARMED. In questo modo abbiamo potuto stabilire, come l'ha fatto il modello FMS, dove insorgerebbero dei problemi. Abbiamo provato che insorgerebbero là dove il modello FMS li ha identificati, cioè là dove degli interventi invasivi sono praticati nello studio medico. Sulla base delle sue analisi, NewIndex ha potuto anche puntare il dito su dei problemi che non si supponeva esistessero e identificare delle SMS che erano minacciate. È su questo problema che dovranno concentrarsi le SCM, mentre le questioni di squilibrio tariffario sono di competenza dei gruppi di specialisti e della delegazione FMH. NewIndex potrà, invece, fare dei suggerimenti sul modo di introdurre la tariffa (neutralità dei costi o stabilizzazione dei costi al momento della fase d'introduzione) e, sulla base delle sue analisi, dare delle indicazioni sul livello del VdP al momento dell'introduzione, mentre è chiaramente precisato che la fornitura dei dati spetta ad ogni società cantonale. NewIndex ha discusso la metodologia con il Concordato, affinché, qualora si dovesse passare per il tramite della neutralità dei costi, si adottino i dati cifrati ottenuti con NewIndex.

2.6 Dichiarazione della Società svizzera di radiologia

Prima di passare alla discussione generale, la parola è ancora data, su loro richiesta, ai radiologi. Il *prof. Pierre Schnyder*, primario del servizio di radiologia dell'Università di Losanna, incaricato dagli altri quattro titolari di cattedre universitarie svizzere di radiologia, presenta alla Camera le conseguenze calcolate

da una «task force» di economisti del CHUV e degli ospedali vodesi, che l'introduzione della TARMED (versione 2.2) avrebbe causato dal punto di vista economico sull'esercizio contabile 1999. Risultato: per ottenere un risultato equilibrato rispetto al 1999, il VdP TARMED dovrebbe essere fissato a Fr. 1.75, cioè una differenza del 55% rispetto al valore del punto enunciato dalla Consigliera federale Ruth Dreifuss davanti alle Camere federali. La versione 1.0 non ha cambiato niente a questo differenziale.

Sul piano accademico ciò significherebbe il fallimento quasi istantaneo di tutti gli istituti privati di radiologia del nostro paese. Corollario di quanto detto sopra, gli istituti ospedalieri universitari (o non universitari) dovrebbero essere immediatamente sovvenzionati dallo Stato. Sarebbe d'altra parte impossibile per gli istituti universitari reclutare dei candidati, perché nessuno ha voglia di formarsi in una professione sinistrata. Ci si troverebbe quindi di fronte alla scomparsa dei medici assistenti e dei capoclinici: evviva le liste d'attesa! La missione d'insegnamento dei nostri istituti sarebbe soppressa a breve scadenza in mancanza di giovani disposti a darci il cambio (cfr. l'esempio francese). Si noti che queste preoccupazioni molto serie sono state trasmesse per lettera, per riflessione, alla Consigliera federale Ruth Dreifuss come anche ai decani delle 5 facoltà svizzere di medicina (applausi).

Il *presidente* chiama la Camera medica come testimone del fatto che da tempo ha richiamato l'attenzione sui problemi dei radiologi e questi ultimi sanno che possono contare sul sostegno risoluto del Comitato centrale.

3. Interventi particolari e discussione generale

Sino a qui è stata fatta una notevole deroga al principio secondo il quale il verbale della Camera medica è essenzialmente un verbale di decisione, perché abbiamo considerato utile che la presentazione delle tesi degli uni e degli altri meritava più di una breve evocazione. A questo punto della recensione, ridiventiamo più concisi evocando solo a grandi linee le peripezie della discussione generale, prima di passare alla liquidazione delle proposte e alle decisioni.

A nome della SVM il suo presidente, il *dott. Charles A. Favrod-Coune*, sottolinea la volontà dei medici vodesi di portare a buon esito la TARMED, ma di non dare il proprio avallo ad una versione che corrisponde ad una scissione del corpo medico. Bisogna costatare che la versione 1.0 non è di natura a soddisfare tutte le specializzazioni (per esempio la remunerazione della cataratta, la pediatria, la geriatria praticata dai medici di famiglia), ragione che spinge la SVM a proporre il RE prima dell'entrata in vigore, ma opponendosi alla II° proposta della FMS che mira a ritirare alla FMH la responsabilità della negoziazione. La SVM proporrà quindi di creare un comitato di pilotaggio incaricato di condurre il RE della TARMED, comitato che sarà composto da medici operatori e da medici di famiglia messi sinora un po' da parte, dalle

SCM e da NewIndex. Le proposte di questo comitato dovranno essere sottoposte entro 6 mesi alla Camera medica; l'obiettivo rimane quello di avere una buona TARMED. Ciò costituirebbe un emendamento alla 2ª proposta della FMS.

È venuto il momento per il presidente H. H. Brunner di presentare la *posizione del Comitato centrale*. Il RE ne costituisce l'asse principale. Correggere mano a mano le inconsistenze e la mancanza di omogeneità dei valori cardine e dei fattori di pilotaggio del progetto è un compito permanente. Si deve assolutamente giungere ad una nuova concezione di questa meccanica, perché troppi modelli incompatibili sono stati introdotti in questa meccanica e l'hanno imbastardita: è diventata troppo complessa e comprende troppi fattori sovradeterminati, per cui si deve capire che i fattori introdotti dipendono a loro volta da fattori esterni, ecc. ecc.

I problemi principali più urgenti concernono i settori della radiologia, della gastroenterologia, della psichiatria, della dermatologia e della pediatria. Per tutti questi settori, si dovranno riprendere le analisi e le misure. Conviene, quindi, procedere a delle correzioni immediate e le relative proposte dovranno essere integrate ancora nel 2001 affinché possano essere applicate già a partire dal 2002. Inoltre non ci si potrà accontentare di semplici stime o estrapolazioni, ma si deve disporre di un certo volume di prestazioni fornite concretamente nell'ambito di una tariffa che già sta funzionando, volume senza il quale non si possono trarre delle conclusioni concrete. Le discussioni sono già in corso con gli assicuratori infortuni (CTM) e il Concordato è invitato ad associarsi ai lavori del RE, mentre la partecipazione di «H+» rimane ancora una questione aperta.

Il RE sarà inizialmente costituito da una consolidazione del modello attuale (fase I), integrandovi a breve termine le proposte del modello FMS. In una fase II che dovrebbe svolgersi l'anno prossimo, si effettuerà il RE propriamente detto nel senso di un riesame completo dell'insieme dei valori chiave e di pilotaggio e l'introduzione eventuale di elementi supplementari: il tutto dovrà basarsi su una nuova meccanica tariffaria. Importante da ricordare: si dovrà poter disporre degli insegnamenti tratti da una tariffa che viene già applicata, ciò che dovrebbe esserci fornito dalla tariffa AINF/AM/AI. Per quel che concerne l'asse temporale, questa fase dovrà essere conclusa nel dicembre 2002. Alcune modifiche potranno addirittura essere introdotte già prima se i partner possono accordarsi tra di loro. L'avvallo definitivo della FMH, soprattutto per quel che concerne il settore LAMal, è legato naturalmente al successo di quest'azione. I costi da prevedere per lo svolgimento di questi lavori dovrebbero ammontare in totale tra gli 800 000 e i 1 200 000 franchi, cioè una spesa per la FMH che si situa tra i 250 000 e i 400 000 franchi, secondo che vi siano associati 4 o 3 partner.

Questa negoziazione dovrà essere condotta dalla FMH, i nostri partner ci tengono, ma si potrà ancora discutere sulla composizione e sulla ponderazione della nostra delegazione. Sarà effettuata un'informa-

zione mensile regolare sull'avanzamento della negoziazione. Il presidente prosegue e termina la sua relazione riassumendo le misure ancora da prendere che saranno presentate in modo dettagliato a Locarno, in particolare le correzioni da effettuare nei tassi per i costi di materiale e canoni che hanno avuto un ruolo così importante nel calcolo delle componenti delle prestazioni tecniche e che hanno condotto ai risultati giustamente criticati.

Il prof. R. Tscholl insiste affinché la FMS possa designare almeno essa stessa i suoi rappresentanti nella delegazione alle negoziazioni. Relativizza, d'altra parte, le lacune rilevate a proposito del volume delle prestazioni da prendere in considerazione facendo valere che i dati analizzati e calcolati (più di 60 000) dalla FMS forniscono una base valida per i lavori futuri. Il RE è un processo permanente, e sia! Ma questo fatto non deve portare alla liquefazione delle proposte concrete della FMS. Infine il RE deve essere terminato prima dell'introduzione della TARMED; d'altra parte la lista delle SMS interessate non è ancora completa.

Il dott. H. H. Brunner precisa il piano del Comitato centrale, che proporrà un'introduzione della TARMED nel settore AINF/AM/AI per il 1.1.2002, a condizione che la questione del RE sia fissata chiaramente con un contratto. Per il settore LAMal, sarà proposto il rinvio, in particolare a causa della questione non ancora regolata della stabilizzazione dei costi (non si parla più di neutralità dei costi), inoltre la struttura finanziaria sarà proposta all'accettazione solamente nel contesto dei contratti quadro, una volta che questi saranno stati accettati. Non sarà presentata nessuna richiesta di ratifica della struttura tariffaria 1.0 al Consiglio federale, visto che le condizioni non lo esigono. Per quel che concerne la votazione generale, potrà essere organizzata solamente quando il contratto quadro per il settore LAMal sarà stato accettato dalla Camera medica.

Le spiegazioni fornite dal presidente ottengono difficilmente l'adesione di tutti. Alcuni (la dott.ssa Anne-Claude Froidevaux/GE e il dott. Reinhold Streit/BE) pensano che da più di un anno le cose non sono per niente avanzate: i difetti della meccanica tariffaria sono noti da un bel po' di tempo. La neutralità dei costi che si sta delineando sarà solamente un budget globale del peggior tipo e il sentimento che persiste è quello della delusione. Domandando che ciò figurasse espressamente nel processo verbale, il presidente risponde a queste critiche affermando che la cronistoria dei dibattiti sul GRAT/TARMED mostra che, salvo per il 10% dei casi che hanno una spiegazione, le decisioni della Camera medica sono state eseguite. Fa notare che una cosa è rappresentare le domande della Camera medica alle negoziazioni e un'altra farle passare. Per tanto da un anno a questa parte si sono avuti dei progressi: la necessità di un RE è stata riconosciuta, almeno da parte di un assicuratore importante. Per quel che concerne la questione della neutralità dei costi, viene posta oggi nei termini di una «stabilizzazione dei costi» sui 12 mesi nella quale sarebbe inopportuno discernere una bud-

get globale, tanto più che nel settore dell'assicurazione infortuni non si può adottare una definizione diversa da quella della stabilizzazione dei costi per caso. Per quel che concerne la meccanica tariffaria, non deve essere respinta come un tutto ma solamente in determinati settori di applicazione. Dal punto di vista di ingegnere responsabile di progetto (esempio in avionica) si procederebbe mettendo a punto delle tecniche e delle regolazioni, senza far intervenire delle emozioni soggettive. Ciò di cui abbiamo prima di tutto bisogno, è di poterci basare su dei fatti oggettivi; si potrebbe allora liquidare quello che ci attende ancora entro un periodo di tempo di 6 a 9 mesi. I lavori saranno naturalmente affidati non a dei robot ma a delle persone, mentre i medici o gli specialisti che lavorano per i medici avranno anche loro parte. Questo viene precisato per coloro (*dott. Jürg Pellaton/ZH, dott. R. Streit/BE*) che esprimono la preoccupazione che i partner della negoziazione si affrontino ad armi impari; il know-how da noi acquisito ci mette ormai ben in sella. Precipato quanto sopra, si deve ammettere – e inserirlo nel processo verbale – che questa lotta ad armi pari non è esistita sino nel 2000, data a partire dalla quale abbiamo potuto raddrizzare notevolmente la situazione.

4. Processo decisionale sulle proposte

4.1 Proposte della FMS

Il presidente osserva che il punto 1 della proposta della FMS «si deve procedere a quello che si è convenuto di chiamare il reengineering della struttura tariffaria della TARMED e, questo, prima dell'adozione della versione TARMED che deve entrare in vigore» non causa nessun problema. Poiché si tratta del punto 2 relativo alla «sovranità tariffaria» e al mandato di negoziazione, il prof. R. Tscholl può accontentarsi a nome della FMS delle spiegazioni e delle assicurazioni date in seduta dal presidente sulla composizione della delegazione alle negoziazioni, a condizione che la FMS possa designare essa stessa i suoi rappresentanti. Il presidente, a nome del Comitato centrale, fornisce espressamente quest'assicurazione.

Poiché si tratta del calendario, il presidente tiene a precisare che si deve abbandonare l'idea di un'entrata in vigore della TARMED nel settore della tariffa blu AINF/AM/AI per il 1° luglio 2001; il Comitato centrale propone questa entrata in vigore per il 1° gennaio 2002. Per quel che concerne il settore LAMal e considerando le negoziazioni che ancora ci aspettano, è escluso di pensare ad un'entrata in vigore per tutta la Svizzera prima del 1° gennaio 2003.

Questa dichiarazione incontra l'opposizione dei rappresentanti della FMS (*prof. R. Tscholl e B. Meister*) che non possono pensare ad un'introduzione, fosse anche solo nella tariffa blu, prima che il risultato finale del RE sia disponibile. Se da parte degli assicuratori esiste la volontà, si dovrebbe trattare di qualche mese. Un'esigenza del genere condannerebbe l'introduzione del TARMED nella tariffa blu, controbatte il *dott. H. H. Brunner*, perché sarebbe illusorio

pensare che tutto sarà terminato entro la fine del 2001.

Su mozione d'ordine si passa alla pausa alle ore 13 circa.

Alla ripresa della seduta la Camera si occupa della proposta rielaborata della FMS. Questa si dice cosciente che non può domandare il RE totale della tariffa, ma esige che alcuni punti debbano essere fissati prima di qualsiasi decisione. Ci si concentra, quindi, sulla fase I° di questo RE che comporta i punti seguenti:

- Introduzione del modello tariffario FMS, comprese le sue conseguenze quantitative.
- Le conseguenze in (+) e (-) in seguito all'introduzione della tariffa non devono superare il 10% (garanzie del reddito per le SMS).
- Il progetto completo deve essere terminato prima del 31 dicembre 2002.
- Delle misure speciali di salvaguardia devono essere prese rapidamente in favore delle SMS che si trovano particolarmente in pericolo a causa dell'introduzione della nuova tariffa.
- Le correzioni per il capitolo radiologia devono essere apportate prima del 31 dicembre 2001.

Alla domanda posta dal *dott. Jacques de Haller (SSMG)* concernente + o – il 10%, il presidente precisa che questo concerne tutte le SMS e che ciò si applica alle componenti mediche e tecniche; c'è un punto di partenza prima e dopo il RE, è il primo elemento di confronto; il secondo è la situazione attuale. Su quest'ultimo punto la tariffa blu si presta meglio al confronto, anche se il NewIndex potrebbe però, da parte sua, fornire qualche indicazione. Davanti alla controversia suscitata da queste affermazioni, il presidente sollecita un «opting out» sino alla seduta di Locarno in cui promette di fornire delle spiegazioni circostanziate. È sostenuto, in questo senso, dal *dott. Walter Grete/ZH* che invita i suoi confratelli a mettersi d'accordo sul piano interno e di apportare alla tavola dei negoziati un prodotto consensuale finito. È favorevole all'adozione della TARMED nel settore della tariffa blu per dimostrare la sua praticabilità. Si deve smettere di fissare dei limiti da tutte le parti, si deve avere fiducia nelle nostre negoziazioni e lasciare loro il margine di manovra.

Vengono date delle spiegazioni sulla portata del voto concernente la proposta N° 1 della FMS, e questo dopo degli scambi di punti di vista e messa a punto tra i presidenti della FMS e della FMH: la proposta iniziale della FMS è sottoposta alla votazione con le precisazioni qui sopra citate concernenti la fase I° del RE, queste precisazioni devono essere considerate come una spiegazione della proposta N° 1. Il presidente *H. H. Brunner* precisa ancora che la votazione generale avrà luogo solamente quando il contratto di base per il settore LAMal sarà stato accettato dalla Camera medica; ciò significa anche che votando oggi per questa proposta emendata, si rende possibile l'entrata in vigore del TARMED nel settore dell'AINF/AM/AI per il 1° gennaio 2002.

Decisione: la proposta N° 1 della FMS emendata viene accettata con 112 voti favorevoli, 17 voti contrari e 10 astensioni.

Si passa allora al *punto N° 2 della proposta della FMS* concernente la tenuta di negoziazioni nella fase del RE. Il *presidente* che non poteva accettare che la proposta N° 2 fosse presentata tale e quale, proponeva di presentare alla Camera medica di Locarno due varianti di composizione della delegazione dei 5 membri della FMH integrandovi dei rappresentanti della FMS, dei medici accreditati e dei medici di famiglia. Il *dott. B. Meister* insiste che si voti sulla proposta N° 2, accettando anticipatamente che se non raccoglie la maggioranza, la soluzione proposta dal *dott. H. H. Brunner* verrà applicata a titolo sussidiario.

Decisione: La proposta N° 2 della FMS è respinta con 120 contrari, 24 favorevoli e 5 astensioni. Di conseguenza delle proposte concrete saranno sottoposte dal presidente a Locarno. Nella scia di questa decisione il *dott. A. Favrod-Coune* ritira la sua proposta concernente la composizione del comitato di pilotaggio.

Per quel che concerne la *proposta N° 3 della FMS*, è stata soddisfatta dall'informazione fornita sullo stato e sul contenuto della perizia del *Prof. Neubauer*.

4.2 Proposta della SSMG

Si passa allora all'esame della *proposta in 3 punti presentata dal dott. J. de Haller a nome della SSMG* che ha l'onore di presiedere. Il *punto 1* viene ritirato, in considerazione delle spiegazioni sul calendario fornite nel corso della seduta. Il *punto 2*, invece, «*Il RE non deve essere fatto a scapito dei capitoli 00 (prestazioni di base), 01 (medicazioni e bendaggi), 02 (psichiatria), 03 (pediatria, neonatologia) o 30 (tecniche di diagnostica per immagini)*» e il *punto 3*, «*Le prestazioni effettuate essenzialmente in ambiente ospedaliero (a2 e s) non devono essere rivalutate a spese delle prestazioni effettuate in studio (a1), e reciprocamente*», mantengono la loro ragione d'essere. La TARMED con un VdP di Fr. 1.- permette di assicurare una costanza del reddito dei medici di famiglia, delle concessioni supplementari non sarebbero accettabili. Il *dott. de Haller* chiede quindi che la Camera medica sostenga chiaramente la sua proposta per garantire uno svolgimento dei lavori del RE in un ambiente costruttivo. Il *presidente H. H. Brunner* può accettare ciò solamente sotto forma di indicazione per le negoziazioni, ma fa notare che, se questa proposta dovesse essere accettata alla lettera, essa ostacolerebbe ipso facto il RE, perché non si può impedire che una modifica su uno dei fattori di pilotaggio non sviluppi degli effetti in tutti gli altri settori della tariffa. A nome della FMS, il suo segretario generale, *l'avv.*

François Bernath, tiene a precisare che la FMS non intende per niente difendere gli interessi dei suoi membri a detrimento dei medici delle altre specialità mediche.

La proposta della SSMG viene in seguito leggermente modificata mentre i dibattiti proseguono peraltro sulla proposta seguente. La proposta, leggermente attenuata nella forma («*non dovrebbe farsi a detrimento*» invece di «*non deve*») è sottoposta alla votazione.

Decisione: è accettata con 101 voti favorevoli, 15 contrari e 16 astensioni.

Il *presidente H. H. Brunner* insiste perché si iscriva nel verbale che si potrà considerare questa decisione unicamente come un'indicazione generale sul modo di negoziare.

4.3 Proposta delle due società di psichiatria

Si passa allora all'esame della proposta della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia e della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia dei bambini e degli adolescenti che chiede che «*la votazione generale sulla TARMED sia organizzata solamente quando i valori iniziali del punto di tutti i cantoni saranno note*».

Questa proposta è presentata dal *dott. Philipp Hauser/AG* che spiega che ha come obiettivo di permettere ai membri della FMH di pronunciarsi con cognizione di causa, da una parte, e di rinforzare la posizione dei negoziatori nei cantoni dall'altra. Nelle discussioni che precedono la votazione vengono sollevate diverse obiezioni, anche da parte di coloro che manifestano la loro comprensione per la preoccupazione alla base di questa proposta, in particolare per quel che concerne la sua conformità allo statuto della FMH, la sua applicazione pratica o il fatto che le procedure nei cantoni possono essere molto lunghe e che una «*panne*» in un solo cantone potrebbe bloccare tutte le altre. Infine si nota una certa incertezza e «*flou*» sul fattore che dovrebbe avviare la procedura. Viene anche espressa la preoccupazione di ritrovarsi nuovamente limitati da decisioni vincolanti di questo genere (*dott. W. Grete/ZH*). Si passa alla votazione dopo un'ultima modifica redazionale proposta dal *presidente* e accettata dal *dott. Hauser*.

Decisione: La proposta è respinta con 96 voti contrari, 21 favorevoli e 13 astensioni.

Il *presidente* costata che tutte le proposte presentate sono state liquidate o ritirate. Dopo aver dato la parola al *dott. Yves Guisan* che attira l'attenzione dei delegati su certi problemi ancora da risolvere nel settore del RE in campo ospedaliero, chiude la seduta dando appuntamento alla Camera del 4 e 5 maggio prossimi a Locarno.

Sono le ore 15.45.