

Ispezione

«Designazione e verifica delle prestazioni mediche nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie»

Rapporto della Commissione della gestione del Consiglio nazionale

del 26 gennaio 2009

Onorevole Presidente della Confederazione,
onorevoli Consiglieri federali,

considerate le diverse questioni sollevate dalla designazione e dalla verifica delle prestazioni mediche a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), la Commissione della gestione del Consiglio nazionale (CdG-N) ha previsto nel suo programma annuale 2007 un'ispezione in proposito. Ha pertanto incaricato il Controllo parlamentare dell'amministrazione (CPA), servizio dell'Assemblea federale specializzato nella valutazione delle politiche pubbliche, di esaminare questa problematica in maniera approfondita.

Il mandato di ricerca del CPA si limitava alle prestazioni mediche fornite in caso di malattia, escluse le cure dentarie, che costituiscono un caso a parte. Si trattava da un lato di analizzare la designazione e la verifica delle prestazioni e dall'altro di valutare le strutture e i processi, al fine di determinare se il sistema attuale presenta le condizioni necessarie per una valutazione adeguata, trasparente e rapida del carattere di rimborsabilità delle prestazioni mediche.

Il CPA ha nel frattempo concluso il suo esame e steso un rapporto con i risultati (cfr. documento allegato). La CdG-N ne ha preso atto in occasione della sua sessione del 23 gennaio 2009 giungendo alle conclusioni seguenti.

La CdG-N prende atto con soddisfazione del fatto che dall'entrata in vigore della nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal) lo sviluppo della designazione e della verifica delle prestazioni mediche nell'AOMS sia costante. Il sistema tiene globalmente conto del carattere dinamico della medicina permettendo agli assicurati di beneficiare rapidamente delle innovazioni non contestate. La CdG-N ritiene che le principali parti coinvolte siano rappresentate nella procedura e abbiano la possibilità di far valere il proprio punto di vista. Le istanze responsabili, ossia la Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (CFPF) e l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), sebbene siano sottoposti in parte a forti pressioni da parte di vari gruppi d'interesse, prendono generalmente le loro decisioni sulla scorta dei fatti che emergono nella procedura.

Nonostante questi punti positivi, la CdG-N constata che l'attuale sistema dev'essere ampiamente ottimizzato nei settori che seguono:

Individuazione degli oggetti da valutare e avvio di procedure di valutazione

Secondo la CdG-N il principio della fiducia (art. 33 cpv. 1 LAMal¹), in base al quale l'obbligo di rimborsare una prestazione fornita da un medico è considerato acquisito fino a prova del contrario, è appropriato per le prestazioni mediche ma presenta alcuni punti deboli nella sua applicazione. In base al principio della fiducia viene esaminata soltanto una percentuale molto ridotta delle innovazioni mediche e delle estensioni delle indicazioni terapeutiche. Nonostante alcuni miglioramenti apportati recentemente per quanto concerne l'*input* della procedura, miglioramenti che la CdG-N valuta positivamente, la Commissione non ritiene ancora garantito che le innovazioni contestate o le estensioni delle indicazioni terapeutiche siano valutate sistematicamente, per tempo e in funzione di determinate priorità. Questa lacuna è anzitutto conseguenza della mancanza di una visione d'insieme delle prestazioni fornite nella medicina clinica, sia nel settore stazionario sia in quello ambulatoriale, e perché i produttori e i fornitori di prestazioni, come anche gli assicuratori, non sono affatto incitati ad avviare essi stessi procedure di valutazione. Inoltre, le autorità svizzere hanno una funzione relativamente rudimentale nell'individuazione precoce e nella gerarchizzazione degli oggetti da valutare, contrariamente ai loro omologhi australiani, tedeschi o britannici. Il sistema svizzero dipende in ampia misura dalle richieste presentate dai fornitori e dai produttori di prestazioni e non fissa alcuna priorità. Di conseguenza la scelta degli oggetti sottoposti alla valutazione della CFPF ha in parte carattere arbitrario.

Raccomandazione 1: Individuazione precoce delle prestazioni contestate e avvio di procedure di valutazione

Il Consiglio federale rafforza i presupposti del principio della fiducia (art. 33 cpv. 1 LAMal), provvedendo all'individuazione precoce sistematica delle nuove prestazioni contestate e delle estensioni delle indicazioni terapeutiche nel settore ambulatoriale e in quello stazionario e provvedendo a che esse siano sottoposte a valutazione in funzione di determinate priorità.

Chiarimento del carattere controverso delle prestazioni

Visto il numero elevato di prestazioni che potrebbero essere oggetto di una valutazione, è necessario selezionare i casi da sottoporre alla CFPF; in questo modo le scarse risorse della Commissione possono essere destinate agli oggetti prioritari. Tuttavia la preselezione effettuata presso l'UFSP, competente in questo ambito, non è sufficientemente formalizzata e troppo poco documentata. Troppo poco trasparente, non consente di sapere su quale base né in funzione di quali criteri i casi contestati vengono sottoposti a chiarimento o sottoposti direttamente alla CFPF. Inoltre anche l'esito di detto chiarimento, ossia la distinzione tra i casi non controversi e quelli sottoposti alla CFPF, non è sempre trasparente, soprattutto quando si tratta di casi limite.

¹ Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; **RS 832.10**).

Raccomandazione 2: Criteri e basi del chiarimento

Il Consiglio federale provvede affinché le basi e i criteri utilizzati per chiarire il carattere controverso delle prestazioni siano documentati in modo adeguato e il processo di preselezione effettuato dall'UFSP si svolga in modo trasparente.

Deposito della domanda

La CdG-N apprezza il fatto che il nuovo modulo di domanda chieda informazioni più mirate rispetto al manuale precedente, concentrandosi su quelle necessarie ai fini della valutazione. Il nuovo modulo è tuttavia concepito fortemente su singole prestazioni e indicazioni terapeutiche specifiche, il che non facilita le domande di valutazione concernenti prestazioni senza indicazioni specifiche e sistemi terapeutici complessi, comprendenti più settori di prestazioni, che sono sempre più frequenti, soprattutto nella medicina riabilitativa.

Raccomandazione 3: Domanda concernente le prestazioni senza indicazione precisa

Il Consiglio federale provvede a definire condizioni chiare e affidabili anche per il deposito di domande di valutazione per i metodi di trattamento senza indicazione terapeutica precisa.

Raccomandazione 4: Domanda concernente i sistemi terapeutici complessi

Il Consiglio federale provvede affinché, oltre alle prestazioni individuali, anche le prestazioni complesse, che possono comprendere prestazioni mediche, analisi, mezzi ausiliari, apparecchiature e medicinali, possano essere oggetto di una domanda di valutazione ed essere sottoposte a una valutazione in maniera adeguata.

Ruoli e risorse dell'UFSP e della CFPF nella procedura di valutazione

La CdG-N prende atto con soddisfazione della relativa semplicità, nel confronto internazionale, delle strutture organizzative dell'autorità incaricata della valutazione delle prestazioni mediche. Ritiene tuttavia necessaria una certa differenziazione dei ruoli istituzionali al fine di garantire l'indipendenza, l'obiettività e la trasparenza della procedura. In questo contesto ritiene problematica la moltiplicazione dei ruoli assunti dall'UFSP nel processo esaminato. L'Ufficio assicura la segreteria della CFPF, presiede detta Commissione nella persona del capo del Settore Assicurazioni malattie e infortuni e il suo parere è decisivo in ciascuna operazione: il suo ruolo è centrale nell'individuazione precoce delle prestazioni contestate e nella preselezione degli oggetti da valutare; dirige le domande di valutazione e le valutazioni stesse, chiede il parere di un perito in caso di bisogno; completa i documenti del richiedente fornendo i risultati dei suoi propri esami e prepara questa documentazione per le

deliberazioni della CFPF. L'UFSP affianca il Dipartimento federale dell'interno (DFI) al momento della decisione e della redazione del testo che figurerà nell'allegato I dell'ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie² (OPre). Svolge un ruolo determinante anche nell'ambito del riesame delle prestazioni a carico dell'AOMS.

Al contrario, la CFPF ha una posizione piuttosto debole nella procedura. Si riunisce al massimo tre volte all'anno con un ordine del giorno definito dall'UFSP e dispone di risorse alquanto modeste fornite dall'Ufficio stesso. In queste condizioni c'è da chiedersi se la CFPF sia in grado di prendere decisioni adeguate e soprattutto in modo indipendente, visto che la documentazione di valutazione conta spesso varie centinaia di pagine. È chiaro che il sistema di milizia tocca qui i suoi limiti e ci si può domandare se non sia opportuno professionalizzare questa Commissione.

A differenza di quanto avviene in altri Paesi, la valutazione scientifica di una domanda sulla scorta dei criteri legali di ammissione (*assessment*) non è distinta in modo chiaro dall'apprezzamento dell'adeguatezza della presa a carico della prestazione da parte dell'AOMS in rapporto alle esigenze della sanità pubblica (*appraisal*). A causa della sua posizione dominante al momento della valutazione, che sarebbe normalmente di competenza della CFPF, l'UFSP esercita un'influenza considerevole sulla decisione mentre la CFPF si occupa soltanto di dettagli piuttosto tecnici relativi alla valutazione scientifica. Vista la scarsità delle sue risorse, la CFPF non è attualmente in grado di definire le sue priorità e di investire i mezzi in modo mirato.

Raccomandazione 5: Separazione istituzionale tra *assessment* e *appraisal*

Il Consiglio federale provvede a definire chiaramente il ruolo dell'UFSP nella designazione e nella verifica delle prestazioni mediche a carico dell'AOMS. Definisce in particolare il modo in cui la valutazione (*assessment*) e l'apprezzamento (*appraisal*) della presa a carico delle prestazioni mediche da parte dell'AOMS saranno in futuro separate in modo chiaro sul piano istituzionale.

Raccomandazione 6: Rivalorizzazione e adeguata dotazione di risorse della CFPF

Il Consiglio federale provvede affinché la posizione e l'indipendenza della CFPF nella procedura di valutazione siano rafforzate e la Commissione sia dotata delle risorse indispensabili per adempiere il suo mandato.

La CdG-N constata nella Sezione Prestazioni mediche dell'UFSP uno squilibrio tra i diversi compiti da un lato e le risorse di personale e i mezzi finanziari dall'altro. Questo squilibrio determina un sovraccarico permanente del personale e ritardi negli affari correnti di tipo operativo³ ma porta soprattutto a trascurare i compiti strategici,

² Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31).

³ P. es. ritardi ripetuti, di diversi mesi, nella stesura dei verbali della CFPF.

segnatamente nell'ambito del riesame delle prestazioni esistenti (cfr. anche raccomandazione 19).

Raccomandazione 7: Dotazione di risorse della sezione responsabile presso l'UFSP

L'UFSP e il DFI garantiscono un equilibrio tra i compiti e i mezzi attribuiti alla Sezione Prestazioni mediche dell'UFSP, tenendo conto del ruolo che essa avrà in futuro nell'ambito del processo.

Fondamenti e criteri della valutazione della presa a carico da parte dell'AOMS

Secondo l'articolo 32 capoverso 1 LAMal la presa a carico della prestazione deve essere valutata sulla scorta dei tre criteri efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE). È vero che la valutazione del rispetto di questi criteri nel singolo caso non può seguire un algoritmo definito in modo troppo rigido, data la complessità degli oggetti e del progresso scientifico, e deve lasciare alle istanze di valutazione un certo margine di apprezzamento. La CdG-N ritiene tuttavia che nelle considerazioni che accompagnano la procedura di domanda di valutazione i criteri EAE non siano resi sufficientemente concreti e operativi (in assenza di ordini di grandezza che renderebbero questi criteri misurabili).

La CdG-N critica segnatamente il fatto che l'economicità, criterio d'ammissione non trascurabile per quanto concerne l'evoluzione dei costi a carico dell'AOMS, non sia resa sufficientemente operativa. La Commissione constata inoltre che la valutazione dell'economicità delle prestazioni svolge un ruolo meno importante di quello dell'efficacia nell'ambito della valutazione della presa a carico da parte dell'AOMS. I costi e i benefici non vengono sistematicamente rapportati l'uno all'altro nell'ottica di un'analisi costo-efficacia. Nessun meccanismo esplicito permette di affrontare i conflitti che possono sorgere tra i due obiettivi dell'efficacia e dell'economicità.

Raccomandazione 8: Concretizzazione e operativizzazione dei criteri EAE

Il Consiglio federale provvede alla concretizzazione e all'operativizzazione adeguate dei criteri EAE sui quali si fonda la procedura di ammissione e di verifica.

Raccomandazione 9: Ponderazione maggiore del criterio dell'economicità

Il Consiglio federale provvede affinché nell'ambito della valutazione della presa a carico delle prestazioni mediche il criterio dell'economicità abbia il peso che deve avere conformemente alla legge.

Mentre la valutazione scientifica delle prestazioni mediche può riferirsi sempre più agli standard internazionali, l'apprezzamento, ossia la valutazione dell'opportunità e dell'adeguatezza della presa a carico di una prestazione da parte dell'AOMS, dipen-

de dalle condizioni specifiche del sistema sanitario svizzero. Qui entrano in gioco, per esempio, il rapporto costo-efficacia di una prestazione a livello dell'intera popolazione, l'analisi costi-benefici nell'ottica di un aumento dei premi o considerazioni in termini di giustizia sociale, per esempio quando si tratta di offrire un ampio accesso a una prestazione importante dal punto di vista medico, ma molto costosa. Per quanto concerne l'*appraisal*, nel modello svizzero mancano chiari criteri e parametri di riferimento. Manca in particolare una politica sanitaria definita da parametri di riferimento sanitari e budgetari che possano servire alla CFP per orientarsi nel valutare l'adeguatezza delle prestazioni a carico dell'AOMS.

Raccomandazione 10: Parametri e criteri utilizzati per l'*appraisal*

Il Consiglio federale provvede a formulare criteri e parametri sanitari e budgetari che fungano da quadro di riferimento per l'*appraisal*.

Collaborazione con periti esterni

Nel sistema svizzero, spetta essenzialmente al produttore o al fornitore della prestazione che richiede la valutazione fornire la prova che la prestazione soddisfa i criteri EAE. Le informazioni che servono da base per la decisione delle autorità sono dunque fortemente influenzate dal modo di vedere del richiedente. In queste circostanze, una perizia esterna indipendente della qualità della domanda potrebbe rendere oggettivi i fondamenti per la decisione e garantire loro un ampio sostegno. Nella prassi il ricorso dell'UFSP a periti esterni è tuttavia stato gestito in modo non uniforme ed è piuttosto limitato. Le condizioni poco vantaggiose previste per l'impiego di periti non facilitano il loro reclutamento, limitato finora a poche persone, tutte provenienti esclusivamente dalla Svizzera. Inoltre le perizie esaminate dal CPA nell'ambito della sua inchiesta non corrispondevano agli standard qualitativi internazionali, a causa delle limitate risorse finanziarie destinate a queste perizie e al mansionario dei periti, alquanto rudimentale.

Raccomandazione 11: Ricorso a periti esterni

Il Consiglio federale provvede affinché il ruolo dei periti esterni nel processo esaminato sia chiaramente distinto da quello dell'UFSP. Provvede parimenti ad ampliare la base di reclutamento dei periti al di là delle frontiere nazionali, a rendere più specifico il loro mansionario e a ottimizzare le condizioni del loro impiego.

Collaborazione internazionale

Viste la complessità dei dossier e la mole di lavoro richiesta dalla valutazione della presa a carico delle prestazioni mediche, la CdG-N valuta positivamente il fatto che l'UFSP abbia migliorato recentemente la sua collaborazione con altri Paesi, partecipando in particolare a diverse reti internazionali. La Commissione ritiene tuttavia che vi siano ancora possibilità di rafforzare queste cooperazioni, in particolare nel settore dell'individuazione precoce e dell'identificazione delle prestazioni contesta-

te, nonché in quello della valutazione scientifica e del riesame di prestazioni esistenti o nuove.

Raccomandazione 12: Collaborazione internazionale

Il Consiglio federale provvede affinché le potenzialità offerte dalla collaborazione internazionale, segnatamente nel settore dell'individuazione precoce e dell'identificazione delle prestazioni contestate, nonché in quello della valutazione scientifica e del riesame di prestazioni esistenti o nuove siano sfruttate in modo più conseguente. Identifica eventuali ostacoli giuridici che si oppongono a una rafforzata cooperazione internazionale e propone soluzioni concrete per superarli.

Regolamento interno della CFPF

L'articolo 37b capoverso 2 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie⁴ (OAMal) esige che la CFPF si doti di un regolamento che deve essere approvato dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) e che deve segnatamente concernere l'organizzazione e il metodo di lavoro della Commissione, le direttive e la procedura per la designazione delle prestazioni nonché la partecipazione di periti esterni. La CdG-N constata che la nuova CFPF, costituita all'inizio del 2008, non disponeva ancora di un regolamento interno nel momento in cui il CPA concludeva il suo rapporto, nell'agosto del 2008.

Raccomandazione 13: Regolamento interno della CFPF

La CdG-N chiede alla CFPF di dotarsi senza indugio, conformemente all'articolo 37b capoverso 2 OAMal, di un regolamento interno che precisi l'organizzazione e il metodo di lavoro della Commissione, le direttive e la procedura per la designazione delle prestazioni nonché la partecipazione di periti esterni.

Controllo di gestione

La designazione e la verifica delle prestazioni mediche non sono accompagnate da un controllo di gestione adeguato, né all'UFSP, né al DFI. I dati fondamentali relativi al numero di domande depositate, al tempo necessario per il loro trattamento, ai costi del trattamento nonché ai tassi di approvazione e di rifiuto delle domande non erano disponibili automaticamente presso l'UFSP ma hanno dovuto essere raccolti appositamente nell'ambito dello studio del CPA. Oltre a nuocere alla trasparenza del processo verso l'esterno, questa situazione rende più difficili anche la visione delle operazioni in corso e il controllo da parte dell'Ufficio e del Dipartimento.

⁴ Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102)

Raccomandazione 14: Controllo di gestione

Il DFI o l'UFSP provvede affinché la designazione e la verifica delle prestazioni mediche a carico dell'AOMS siano accompagnate da un controllo di gestione moderno. Questo controllo deve garantire una gestione efficace del flusso dei lavori e un controllo appropriato da parte dell'Ufficio e del Dipartimento; deve parimenti permettere una valutazione statistica dell'evoluzione degli affari in corso su periodi relativamente lunghi.

Ammissione provvisoria di prestazioni

Contrariamente ad altri sistemi, per esempio quello tedesco, nel modello svizzero le prestazioni sono prese a carico dall'AOMS abbastanza rapidamente. Non è tuttavia raro che la decisione di ammissione si fondi su una base piuttosto scarna di dati, poiché nello stadio iniziale di un ciclo tecnologico i dati necessari per una valutazione fondata del carattere EAE delle nuove prestazioni spesso mancano. In queste condizioni la CdG-N apprende con soddisfazione che la CFPF raccomanda, in oltre un terzo dei casi, un'ammissione soltanto provvisoria delle prestazioni a essa sottoposte ed esiga dai richiedenti una valutazione successiva del carattere EAE delle stesse. La maggior parte delle prestazioni ammesse a titolo provvisorio vengono in seguito ammesse definitivamente, risultato dovuto, secondo l'UFSP, alla preselezione relativamente mirata di dette prestazioni. L'inchiesta del CPA mostra tuttavia che è difficile, se i risultati di una valutazione risultano negativi, escludere una prestazione che è già stata ammessa, anche perché le valutazioni possono durare diversi anni. La CdG-N ritiene che l'assenza di una statistica ufficiale relativa alla percentuale di approvazione delle prestazioni ammesse a titolo provvisorio porti a una mancanza di trasparenza.

Raccomandazione 15: Trasparenza per quanto concerne le prestazioni ammesse a titolo provvisorio

Il Consiglio federale provvede affinché le prestazioni ammesse a titolo provvisorio che, una volta avvenuta la valutazione, non soddisfano i criteri legali EAE, siano escluse dalla presa a carico da parte dell'AOMS. Allestisce una statistica che indichi la percentuale di successo delle prestazioni ammesse a titolo provvisorio.

Gestione e controllo da parte del Dipartimento

Vista la complessità obiettiva della designazione e della verifica delle prestazioni, la CdG-N ritiene fundamentalmente opportuna l'ampia delega di compiti accordata dal Consiglio federale e dal DFI alla CFPF e all'UFSP in questo ambito. Tuttavia, non deve essere tanto estesa da non permettere al DFI di esercitare una gestione strategica vera e propria su questi organi e un controllo che vada oltre il semplice aspetto finanziario. Manifestamente, i responsabili del Dipartimento e quelli dell'Ufficio discutono, nell'ambito delle loro sedute regolari, soprattutto di singole prestazioni mediche contestate ma raramente di questioni di ordine generale relative alla strategia, alle strutture e allo svolgimento della designazione e della verifica delle prestazioni.

Raccomandazione 16: Gestione e controllo da parte del DFI

Il DFI si impegna maggiormente nella sua funzione di direzione e sorveglianza delle autorità a esso subordinate responsabili della designazione e della verifica delle prestazioni mediche.

Trasparenza delle tappe della procedura e dei loro risultati intermedi

Contrariamente a quanto avviene all'estero, le tappe della procedura e i loro risultati intermedi relativi alla determinazione del carattere rimborsabile delle prestazioni non sono accessibili ai richiedenti e al pubblico interessato. È il caso in particolare della raccomandazione della CFPF a destinazione del DFI e dei pareri dell'UFSP e dei periti esterni sulle singole richieste. I richiedenti ricevono soltanto una motivazione sommaria della decisione del DFI alla fine della procedura. Secondo la CdG-N questo modo di procedere nuoce alla trasparenza della procedura.

Raccomandazione 17: Pubblicazione dei risultati intermedi

Il Consiglio federale esamina in che misura ai richiedenti e alle cerchie interessate può essere garantito un migliore accesso ai risultati intermedi della procedura, segnatamente al contenuto dei pareri dell'UFSP e dei periti esterni nonché alla raccomandazione della CFPF all'attenzione del DFI. Identifica gli eventuali ostacoli giuridici che si oppongono a una maggiore trasparenza della procedura e traccia soluzioni corrispondenti.

Basi di decisione supplementari utilizzate a livello del DFI

Per pronunciare la decisione di cui all'allegato 1 OPre il DFI si basa generalmente sui lavori preparatori del richiedente, dell'UFSP e della CFPF. Per i casi controversi può tuttavia ricorrere ad altri periti. La CdG-N ritiene importante, per ragioni di trasparenza, che in questo caso il DFI renda note le informazioni supplementari di cui si è servito e la loro fonte.

Raccomandazione 18: Pubblicazione delle basi di decisione supplementari utilizzate a livello del DFI

Quando per pronunciare le sue decisioni sulle prestazioni mediche si fonda su perizie supplementari, oltre che sugli elementi forniti ai livelli preparatori, il DFI rende noto di quali informazioni si tratta.

Riesame periodico delle prestazioni esistenti

L'articolo 32 capoverso 2 LAMal esige che l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni siano riesaminate periodicamente. Il messaggio del Consiglio federale sulla LAMal presentava questo controllo periodico delle tecnologie esistenti come una delle principali valvole di sicurezza volte a impedire un aumento eccessivo dei costi a carico dell'AOMS⁵.

La CdG-N apprezza il fatto che il nuovo modulo di domanda di presa a carico da parte dell'AOMS esiga dai richiedenti un confronto sistematico della prestazione proposta con le prestazioni esistenti. Nonostante questo passo nella giusta direzione, la Commissione ritiene che il mandato prescritto dalla legge di riesaminare le prestazioni mediche non sia ancora stato attuato o sia attuato soltanto in parte. L'abbandono delle tecnologie superate sotto il profilo medico non funziona sempre secondo il modo previsto dal legislatore. L'argomento, spesso avanzato nell'ambito dell'inchiesta del CPA, secondo il quale le istanze responsabili non avrebbero le risorse necessarie per adempiere i loro compiti, vale per la sezione competente dell'UFSP, vista la sua dotazione attuale, ma non è applicabile a livello generale.

Raccomandazione 19: Riesame delle prestazioni esistenti

La CDG-N chiede al Consiglio federale di presentare il modo in cui intende in futuro esaminare sistematicamente e rigorosamente le prestazioni esistenti nel settore delle prestazioni mediche, conformemente al mandato legale dell'articolo 32 capoverso 2 LAMal.

⁵ Messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 104)

Riassumendo, la CdG-N constata che il sistema di designazione e verifica delle prestazioni medico-sanitarie a carico dell'AOMS reagisce in modo flessibile e differenziato alle innovazioni; che le autorità di ammissione si dimostrano in genere obiettive; e che le valutazioni sono relativamente rapide. La CdG-N ritiene tuttavia anche che miglioramenti siano possibili, segnatamente per quanto concerne l'individuazione precoce delle prestazioni contestate, la documentazione e l'operativizzazione delle basi e dei criteri di valutazione, la separazione netta tra la valutazione scientifica e l'apprezzamento generale, la professionalizzazione della CFPPF e il riesame sistematico delle prestazioni esistenti.

Gradite, onorevole Presidente della Confederazione, onorevoli Consiglieri federali, l'espressione della nostra alta considerazione.

26 gennaio 2009

Per la
Commissione della gestione del Consiglio nazionale:

Il presidente, Pierre-François Veillon
La segretaria, Beatrice Meli Andres

Abbreviazioni

AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
CdG-N	Commissione della gestione del Consiglio nazionale
CFPF	Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali
CPA	Controllo parlamentare dell'amministrazione
DFI	Dipartimento federale dell'interno
EAE	Efficacia, adeguatezza ed economicità
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, RS 832.10
OAMal	Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie, RS 832.102
OPre	Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, RS 832.112.31
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica