



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica

Ordinanza concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie

Rapporto sui risultati dell'indagine conoscitiva

Berna, novembre 2015

Indice

1	Situazione iniziale	5
2	Pareri	5
3	Panoramica.....	5
3.1	Favorevoli al progetto, in parte con riserve.....	5
3.2	Contrari al progetto	5
3.3	Astenuti.....	6
4	Sintesi dei pareri	6
4.1	Pareri generali	6
	Sostenitori del progetto.....	6
	Oppositori del progetto	6
4.2	Osservazioni sui singoli articoli del progetto.....	7
	Articolo 1 Altri rami d'assicurazione	7
	Articolo 2 Gruppo assicurativo	7
	Articolo 3 Domanda di autorizzazione	8
	Articolo 4 Esenzione dall'obbligo di cui articolo 5 lettera g LVAMal.....	8
	Articolo 5 Inizio della validità dell'autorizzazione	8
	Articolo 6 Ritiro dell'autorizzazione alla cessazione dell'attività assicurativa.....	8
	Articolo 7 Termini in caso di modifiche del piano d'esercizio.....	9
	Articolo 8 Modifiche della struttura giuridica, trasferimento di patrimonio e trasferimento dell'effettivo degli assicurati	10
	Articolo 9 Procedura di finanziamento	10
	Articolo 10 Riserve iniziali.....	11
	Articolo 11 Calcolo delle riserve	11
	Articolo 12 Ammontare minimo delle riserve	11
	Articolo 13 Frequenza e momento della determinazione delle riserve	12
	Articolo 14 Resoconti.....	12
	Articolo 15 Accantonamenti tecnici.....	12
	Articolo 16 Importo legale	13
	Articolo 17 Termine per la determinazione dell'importo legale	13
	Articolo 18 Rapporto	13
	Articolo 19 Copertura e Articolo 20 Costituzione	13
	Articolo 21 Collocamenti adeguati	13
	Articolo 22 Limitazioni.....	14
	Articolo 23 Limitazioni per i collocamenti collettivi	14
	Articolo 24 Custodia degli elementi	14
	Articolo 25 Verifica da parte dell'autorità di vigilanza	14
	Articolo 26 Utilizzo del ricavato del patrimonio vincolato	14
	Articolo 27 Fissazione dei premi.....	15

Articolo 28 Riduzione delle riserve eccessive.....	16
Articolo 29 Approvazione delle tariffe dei premi	17
Articolo 30 Pubblicazione dei premi.....	18
Articolo 31 Premi dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.....	18
Articolo 32 Costi cumulati	18
Articolo 33 Valutazione della situazione economica dell'assicuratore	18
Articolo 34 Procedura	18
Articolo 35 Importo della restituzione.....	18
Articolo 36 Attuazione della compensazione	18
Articolo 37 Attribuzione dei costi amministrativi.....	18
Articolo 38 Valutazione dei costi amministrativi.....	19
Articolo 39 Attività d'intermediario e costi per la pubblicità	19
Disposizioni concernenti la gestione aziendale e la revisione	20
Articolo 40 Direttive interne concernenti la gestione aziendale	20
Articolo 41 Composizione dell'organo d'amministrazione	21
Articolo 42 Composizione dell'organo di direzione	21
Articolo 43 Doppie funzioni	22
Articolo 44 Prova della buona reputazione	22
Articolo 45 Pubblicazione delle relazioni d'interesse	22
Articolo 46 Prevenzione dei conflitti d'interessi.....	23
Articolo 47 Sistema retributivo	23
Articolo 48 Obiettivo e contenuto della gestione dei rischi e del sistema di controllo interno.....	23
Articolo 49 Documentazione della gestione dei rischi e al sistema di controllo interno.....	23
Articolo 50 Requisiti in materia di liquidità	24
Articolo 51 Ufficio di revisione interno.....	24
Articolo 52 Principi di collocamento	24
Articolo 53 Requisiti in materia di gestione del patrimonio	24
Articolo 54 Regolamento di collocamento	24
Articolo 55 Ponderazione del rischio di collocamento	25
Articolo 56 Gestione dei rischi e Articolo 57 Esclusione del prestito di valori mobiliari e delle operazioni pensionistiche	25
Articolo 58 Principi	25
Articolo 59 Relazione sulla gestione.....	25
Articolo 60 Conto annuale conforme al diritto in materia di vigilanza	25
Articolo 61 Ufficio di revisione esterno.....	26
Articolo 62 Compiti dell'ufficio di revisione esterno.....	26
Articolo 63 Rapporti dell'ufficio di revisione esterno	26
Articolo 64 Casse malati attive come riassicuratori	27
Articolo 65 Domanda di autorizzazione e Articolo 66 Inizio della validità dell'autorizzazione	27
Articolo 67 Ritiro dell'autorizzazione.....	27
Articolo 68 Contratti di riassicurazione	27
Articolo 69 Obblighi del riassicuratore	27

Articolo 70 Parità di trattamento degli assicurati e protezione contro gli abusi.....	28
Articolo 71 Coordinamento tra autorità di vigilanza	28
Articolo 72 Notifica di eventi di grande importanza.....	29
Articolo 73 Situazione finanziaria a rischio	29
Articolo 74 Trasferimento dell'effettivo degli assicurati	29
Articolo 75 Verifica delle transazioni tra assicuratore e altre imprese	30
Articolo 76 Disposizioni applicabili alle società holding	30
Articoli da 77 a 80 Istituzione comune	31
Articolo 81 Informazione del pubblico	31
Articolo 82 Dati degli assicuratori	31
Articolo 83 Genere ed entità dei dati trasmessi dagli assicuratori	33
Articolo 84 Dati dell'istituzione comune	35
Articolo 85 Dati di terzi incaricati dagli assicuratori.....	35
Articolo 86 Pubblicazione dei dati degli assicuratori.....	36
Articoli da 87 a 90	36
Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).....	37
Articolo 91 OAMal.....	37
Articolo 91b OAMal.....	37
Articolo 99 OAMal.....	37
Modifica dell'ordinanza del 7 novembre 2007 concernente il sussidio della Confederazione per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie (ORPM)	37
<i>Allegato: Elenco dei partecipanti all'indagine conoscitiva.....</i>	<i>39</i>

1 Situazione iniziale

Il 26 settembre 2014 il Parlamento ha approvato la legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (LVAMal). Il termine di referendum è decorso infruttuosamente.

Con una lettera datata 1° aprile 2015, il consigliere federale Alain Berset, capo del Dipartimento federale dell'interno, ha invitato i Cantoni, i partiti rappresentati nell'Assemblea federale, le associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città, delle regioni di montagna e dell'economia nonché le cerchie interessate a esprimere un proprio parere sul progetto di ordinanza concernente la vigilanza sull'assicurazione contro le malattie (OVAMal)¹. Tale invito è stato inviato a 80 destinatari. L'indagine conoscitiva si è conclusa l'8 luglio 2015.

2 Pareri

Complessivamente sono pervenuti 77 pareri: 57 da destinatari ufficiali e 20 da organizzazioni non interpellate ufficialmente. Dei primi, un Cantone e 5 organizzazioni hanno comunicato di rinunciare a esprimersi sul contenuto.

Tutti i Cantoni ad eccezione di Appenzello Interno hanno partecipato all'indagine conoscitiva. Anche la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha presentato un proprio parere. Dei 12 partiti interpellati, quattro (PPD, PLR, PS, UDC) si sono pronunciati. Delle associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, si è espresso sul contenuto solo il Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB), mentre dalle associazioni mantello dell'economia interpellato sono giunte sette risposte. Tra le cerchie interessate hanno preso posizione cinque organizzazioni dei consumatori e dei pazienti, nove associazioni dei fornitori di prestazioni, 18 assicuratori e associazioni di assicuratori. Ulteriori pareri sono inoltre pervenuti da altre cinque associazioni interessate. L'elenco dei partecipanti all'indagine conoscitiva (con le relative abbreviazioni utilizzate nel presente rapporto) è disponibile in allegato.

3 Panoramica

3.1 Favorevoli al progetto, in parte con riserve

Cantoni (22 + 1): AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR («nessuna osservazione»), JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZH e CDS

Partiti (1): PS

Associazioni mantello dell'economia (2): Centre patronal, USS

Associazioni dei consumatori e dei pazienti (4): ACSI, DVSP-FSP, FRC, SKS-FPC

Fornitori di prestazioni (3): FSP, pharmaSuisse, ASMAC

3.2 Contrari al progetto

Diversi partecipanti respingono il progetto così come presentato e chiedono che venga ampiamente rivisto. Soprattutto gli assicuratori propongono di sottoporre il progetto rielaborato a una nuova indagine conoscitiva.

¹ La relativa documentazione è pubblicata su Internet all'indirizzo <https://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2015.html>

Questi stessi partecipanti asseriscono di accogliere con favore un miglioramento della vigilanza e non mettono in linea di principio in discussione l'emanazione di una OVAMal. Le proposte che contestano sono in parte le stesse criticate dai partecipanti favorevoli al progetto con riserve.

Cantoni (2): GL, ZG

Partiti (3): PPD, PLR, UDC

Associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (1): SAB

Associazioni mantello dell'economia (4): economiesuisse, USC, USAM, FER

Fornitori di prestazioni (5): SSO, MFE, medswiss.net, FMH, OMCT

Assicuratori e loro associazioni (17): Assura, Concordia, curafutura, CSS, Groupe Mutuel, Helsana, ÖKK, RVK, RVK Rück, santésuisse, SVK, SVV-ASA, SASIS, Sympany, tarifsuisse, Turbenthal, Visana

Assicurati/Consumatori (1): kf

Altre cerchie interessate (4): BFG, comparis, EXPERTsuisse, SAV-ASA

3.3 Astenuti

Hanno esplicitamente rinunciato a esprimere un parere: SH, ACS, UCS, SSIC, H+, COMCO

4 Sintesi dei pareri

4.1 Pareri generali

Sostenitori del progetto

La CDS, la maggioranza dei Cantoni, il PS, l'USS e l'ASMAC accolgono favorevolmente il progetto di OVAMal. Nondimeno, la maggior parte di loro esprime anche alcune riserve.

Riserva per vigilanza insufficiente

L'USS critica la minore portata della vigilanza sull'AOMS rispetto a quella sulle assicurazioni private e ritiene l'OVAMal il minimo assoluto.

Secondo ACSI, FRC e SKS-FPC, le disposizioni dell'OVAMal sono in parte insufficienti, soprattutto quelle riguardanti le attività di pubblicità e intermediazione nonché l'entità e la riduzione delle riserve eccessive.

Riserve su disposizioni specifiche

La CDS e la maggior parte dei Cantoni propongono modifiche alle disposizioni sull'approvazione dei premi, volte in particolare a garantire che i premi in un determinato Cantone seguano i costi generati in tale Cantone.

Questa e altre riserve sono esposte nelle singole disposizioni.

Oppositori del progetto

PPD, PLR e UDC, diverse associazioni dell'economia e soprattutto gli assicuratori respingono il progetto adducendo in particolare i motivi seguenti:

Contrasto con la LVAMal

Secondo PPD, PLR e UDC, diverse associazioni dell'economia e gli assicuratori, in alcune sue parti il progetto va oltre la LVAMal o è in contrasto con essa. In particolare, criticano l'obbligo di riduzione delle riserve eccessive e la vigilanza sulle transazioni.

Densità normativa eccessiva e norme sproporzionate

Specialmente l'USAM chiede che venga disciplinato solo l'indispensabile. PPD, PLR e UDC, diverse associazioni dell'economia e gli assicuratori ritengono che le norme proposte siano sproporzionate. Contestano soprattutto le prescrizioni relative alla gestione aziendale, alla vigilanza sulle transazioni e alla rilevazione dei dati.

Oneri supplementari con conseguente aumento dei premi

PPD, PLR e UDC, diverse associazioni dell'economia e gli assicuratori fanno presente che gli ulteriori requisiti posti comporteranno oneri supplementari per l'Amministrazione federale e gli assicuratori e, di conseguenza, aumenti dei premi che penalizzeranno soprattutto i piccoli e medi assicuratori. curafutura teme inoltre che l'autorità di vigilanza esternalizzi alcuni suoi compiti a spese degli assicuratori.

Instabilità dei premi

Gli assicuratori temono che l'obbligo di copertura annuale del bisogno e quello di riduzione delle riserve eccessive causeranno un'instabilità dei premi.

Nessuna distinzione tra grandi e piccoli assicuratori

Gli assicuratori contestano il fatto che le norme più severe introdotte dal progetto saranno applicate senza fare alcuna distinzione tra grandi e piccoli assicuratori.

Ingerenza nella gestione aziendale e ostacolo alla concorrenza

Gli assicuratori criticano il fatto che l'OVAMal ingerisca eccessivamente nella loro gestione aziendale e ostacoli la concorrenza.

4.2 Osservazioni sui singoli articoli del progetto

Articolo 1 Altri rami d'assicurazione

L'OMCT si dichiara d'accordo con il disciplinamento di cui all'articolo 7a OAMal, ma ritiene che sarebbe interessante conoscere quanto sia applicato nella realtà.

Articolo 2 Gruppo assicurativo

VD fa notare che questa disposizione introduce il concetto di «gruppo assicurativo» mediante i due criteri esposti nelle lettere a e b, ma che nell'OVAMal proposta le disposizioni in materia di controllo da parte dell'autorità di vigilanza per questa forma organizzativa non sono sufficientemente esplicite. In particolare, ritiene che nell'ordinanza sottoposta all'indagine conoscitiva l'obbligo di allestire il «conto di gruppo» per consentire una valutazione della situazione finanziaria o dei rischi finanziari di un gruppo assicurativo o di una holding non sia indicato in modo chiaro.

Secondo l'USC, l'articolo 2 in combinato disposto con gli articoli 75 e 76 introduce di fatto una vigilanza sui gruppi nettamente respinta dal Parlamento.

pharmaSuisse accoglie favorevolmente il fatto che si consideri il gruppo assicurativo come un'entità economica, ma si dice contraria a conglomerati non trasparenti composti da assicuratori che praticano il dumping e altri che praticano premi più elevati.

SKS-FPC, FRC e ACSI auspicano una separazione più netta tra l'assicurazione sociale che persegue la copertura dei costi senza ricavarne alcun profitto e le assicurazioni complementari che devono essere economicamente redditizie. L'articolo 2 consente invece molte combinazioni e forme miste, rese ancora più complesse dalle possibilità di riassicurazione.

Articolo 3 Domanda di autorizzazione

SKS-FPC, FRC e ACSI accolgono positivamente le disposizioni che obbligheranno gli assicuratori a presentare per l'approvazione i loro statuti e le nuove disposizioni sulle forme particolari di assicurazione.

Articolo 4 Esenzione dall'obbligo di cui articolo 5 lettera g LVAMal

La FER approva il previsto innalzamento del numero limite di assicurati (da meno di 100 000 a meno di 500 000) che consente agli assicuratori di essere esentati dall'obbligo di offrire l'assicurazione sociale malattie anche alle persone tenute ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea. Tale obbligo comporta infatti un notevole onere amministrativo che può rivelarsi sproporzionato per gli assicuratori di medie dimensioni.

curafutura, SVV-ASA, Helsana e CSS propongono di riformulare il capoverso 1 come segue: «Un assicuratore con meno di 500 000 assicurati può essere esentato completamente o in parte dall'obbligo di offrire l'assicurazione sociale malattie anche alle persone tenute ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia (art. 5 lett. g LVAMal), se: a. (stralciare); b. intende offrire prestazioni in nessuno di questi Stati o intende offrirle solo in uno o più di essi; oppure c. (invariato)».

santésuisse chiede che nel capoverso 1 lettera a il limite di 100 000 assicurati rimanga invariato.

Secondo l'OMCT, in caso di cessazione dell'attività assicurativa o di ritiro dell'autorizzazione a esercitarla in Stati membri dell'Unione europea o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), occorre disciplinare anche il mantenimento della copertura dei contratti ai sensi della LCA in accordo con l'autorità di vigilanza specifica. Questo principio dovrebbe valere anche nel caso in cui l'assicurato abbia sottoscritto solo le coperture complementari presso l'assicuratore che cessa l'attività. L'OMCT propone quindi l'aggiunta ai sensi dei considerandi.

Articolo 5 Inizio della validità dell'autorizzazione

santésuisse fa notare che questa disposizione non deve ostacolare l'acquisizione di potenziali assicurati prima dell'inizio dell'anno civile, che deve essere possibile già dal momento in cui viene presentata la domanda l'anno precedente. Occorre che l'articolo e i relativi commenti vengano integrati di conseguenza.

Articolo 6 Ritiro dell'autorizzazione alla cessazione dell'attività assicurativa

Commentando l'articolo 76, VD segnala di non aver trovato nell'ordinanza alcuna disposizione che vieti esplicitamente la selezione dei rischi da parte di un assicuratore o di un gruppo assicurativo, o le forme organizzative che portano a una selezione dei rischi nelle holding. Propone quindi di inserire nell'articolo 6 un capoverso che menzioni ulteriori motivi per il ritiro dell'auto-

rizzazione, segnatamente in caso di comprovata selezione dei rischi da parte di un assicuratore, o in alternativa di aggiungere nell'articolo 3 un capoverso in base al quale l'autorizzazione può essere rifiutata se la holding non dimostra che la creazione di una nuova società all'interno del gruppo non comporta una selezione dei rischi da parte dell'assicuratore.

L'USAM ritiene che manchi una base legale sufficiente per poter ritirare l'autorizzazione a un assicuratore dopo due anni di «inattività» e chiede lo stralcio di questa disposizione.

curafutura, SVV-ASA, Helsana e CSS sottolineano la mancanza di una base legale per questa disposizione. A loro parere, il rimando all'articolo 43 LVAMal nei commenti non fornisce alcuna legittimazione, per cui chiedono che questo articolo venga stralciato oppure integrato con un capoverso 2 che specifichi da quando sarà applicabile, soprattutto per gli assicuratori che possiedono un'autorizzazione ma non ancora un effettivo di assicurati. Per un eventuale capoverso 2, propongono la formulazione seguente: *«Agli assicuratori che all'entrata in vigore della LVAMal non hanno nessun assicurato, l'autorità di vigilanza ritira l'autorizzazione conformemente al capoverso 1 dopo cinque anni, se fino ad allora non hanno iniziato a esercitare un'attività assicurativa.»*

L'OMCT ritiene che, in caso di ritiro dell'autorizzazione a praticare l'attività assicurativa, occorra disciplinare anche il mantenimento della copertura dei contratti ai sensi della LCA in accordo con l'autorità di vigilanza competente. Questo principio dovrebbe valere anche nel caso in cui l'assicurato abbia sottoscritto solo le coperture complementari presso l'assicuratore che cessa l'attività. L'OMCT propone quindi l'aggiunta ai sensi dei considerandi.

Articolo 7 Termini in caso di modifiche del piano d'esercizio

curafutura, SVV-ASA, USAM, Helsana e CSS fanno notare che il capoverso 1 è privo di una base legale. L'articolo 8 LVAMal definisce gli elementi del piano d'esercizio di cui all'articolo 7 capoverso 2 LVAMal che, se modificati, devono essere preventivamente presentati all'autorità di vigilanza e tra questi non figurano gli statuti. I partecipanti all'indagine conoscitiva menzionati propongono pertanto di modificare il capoverso 1 come segue: *«L'assicuratore presenta i nuovi statuti all'autorità di vigilanza entro quattordici giorni dall'iscrizione nel registro di commercio. L'autorità di vigilanza esamina e approva le disposizioni di sua competenza.»* Il CSS chiede inoltre che il testo del capoverso 2 sia riformulato come segue: *«Le domande di modifica del raggio d'attività territoriale e le nuove disposizioni sulle forme particolari dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono essere presentate all'autorità di vigilanza cinque mesi prima dell'inizio della loro validità, le nuove disposizioni sull'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera e le condizioni generali di assicurazione, un mese prima. L'autorità di vigilanza può abbreviare tale termine.»*

Riguardo al capoverso 1, Groupe Mutuel fa notare che l'articolo 8 LVAMal definisce quali elementi del piano d'esercizio di cui all'articolo 7 capoverso 2 LVAMal devono essere presentati per l'approvazione all'autorità di vigilanza in caso di modifiche. Poiché tra questi non figurano gli statuti, la disposizione in questione è priva di una base legale. Chiede pertanto che il relativo testo sia modificato come segue: *«L'assicuratore presenta il progetto di nuovi statuti all'autorità di vigilanza prima dell'iscrizione nel registro di commercio. L'autorità di vigilanza esamina e approva le disposizioni di sua competenza. L'assicuratore deve comunicare i nuovi statuti all'autorità di vigilanza entro quattordici giorni dall'approvazione da parte dell'organo competente.»*

Secondo Assura è fondamentale stralciare dal capoverso 3 l'obbligo di presentare i contratti di assicurazione prima della loro stipulazione. In qualità di autorità di vigilanza, per l'UFSP (analogamente alla FINMA) dovrebbe essere sufficiente ricevere tali contratti dopo la loro stipulazione. Inoltre, occorrerebbe precisare nell'ordinanza che cosa si intende per «compiti essenziali», facendo eventualmente riferimento alle definizioni vigenti nel settore delle assicurazioni private.

In merito al capoverso 2, santésuisse ritiene appropriato il termine di cinque mesi, poiché per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera si tratta di informazioni suscettibili di influenzare i premi. Per quanto riguarda invece le modifiche delle condizioni generali di assicurazione, cinque mesi prima dell'inizio della loro validità sono un termine di presentazione troppo anticipato, impossibile da rispettare, per cui santésuisse chiede che sia ridotto a un mese. Riguardo al capoverso 3, santésuisse rileva che i contratti di esternalizzazione necessitano spesso di molte modifiche a breve termine irrilevanti per gli assicurati, ma che devono essere apportate anche a meno di due mesi prima dell'inizio della loro validità. In linea con la prassi nel settore delle assicurazioni private, sarebbe opportuno abolire sia il termine per la presentazione di tali contratti prima dell'inizio della loro validità sia l'obbligo di farlo. santésuisse chiede inoltre di inserire nell'articolo 7 un capoverso 4 (nuovo) del tenore seguente: «*L'autorizzazione di cui all'articolo 8 capoverso 1 LVAMal deve essere rilasciata entro quattro settimane. In mancanza di un riscontro entro tale termine, le modifiche dei contratti o degli altri accordi sono considerate autorizzate.*»

CSS e SVV-ASA propongono di modificare il capoverso 3 come segue: «*I contratti o altri accordi per delegare a terzi compiti essenziali devono essere presentati all'autorità di vigilanza ~~due mesi~~ un mese prima dell'inizio della loro validità.*» Anche il CSS propone l'aggiunta di un capoverso 4 del tenore seguente: «*L'autorizzazione ai sensi dell'articolo 8 capoverso 1 LVA-Mal deve essere rilasciata entro un mese.*»

Secondo l'assicuratore Turbenthal, il capoverso 3 costituisce un grande intralcio allo svolgimento degli affari, per cui ne chiede lo stralcio.

Articolo 8 Modifiche della struttura giuridica, trasferimento di patrimonio e trasferimento dell'effettivo degli assicurati

Secondo SKS-FPC, FRC e ACSI, in caso di modifiche della struttura giuridica e del conseguente trasferimento dell'effettivo degli assicurati, è indispensabile che l'assicurato sia libero di cambiare assicuratore se lo desidera.

Nel capoverso 3, santésuisse chiede che «in casi urgenti» sia sostituito con «in casi *motivati*». Anche SVV-ASA propone una modifica in tal senso del capoverso in questione.

Articolo 9 Procedura di finanziamento

Capoverso 1

economiesuisse, USAM, USC, medswiss.net, curafutura, RVK, RVK Rück, santésuisse, SVK, diversi assicuratori, BFG e comparis chiedono che questo articolo o perlomeno il suo capoverso 2 venga stralciato adducendo in particolare che l'obbligo di copertura annuale del bisogno implica premi più elevati e non ha una base legale.

Inoltre, l'utilizzo del termine «redditi» è restrittivo rispetto all'articolo 12 LVAMal, che parla di «finanziamento».

SAV-ASA propone di riformulare il capoverso 1 come segue: «*L'assicuratore determina il bisogno finanziario. Indica come intende finanziarlo per mezzo di premi, redditi da capitale e riserve, e bada che per l'esercizio in questione non venga calcolata alcuna perdita pianificata per l'impresa nel suo insieme. L'assicuratore si adopera affinché a medio termine le uscite siano coperte dalle entrate. L'impiego delle riserve è reso trasparente.*»

Capoverso 2

I partecipanti all'indagine conoscitiva menzionati al capoverso 1 rilevano che manca una base legale anche per il divieto di donazioni e osservano che le riserve iniziali secondo l'articolo 10 presuppongono una donazione.

pharmaSuisse, dal canto suo, accoglie favorevolmente tale divieto, in quanto le donazioni possono distorcere la concorrenza o creare incentivi sbagliati.

Articolo 10 Riserve iniziali

ASMAC giudica positivamente le prescrizioni dettagliate relative alle riserve (artt. 10-14) e invita ad attuarle così come proposte.

USAM, Centre patronal e diversi assicuratori chiedono una riduzione delle riserve minime necessarie. USAM vuole che l'ammontare minimo non superi i 4 milioni di franchi, Turben-thal, 1 milione di franchi.

Articolo 11 Calcolo delle riserve

VD propone di estendere l'applicazione degli articoli 11 e 12 al perimetro di consolidamento del gruppo o della holding, dato che è possibile effettuare transazioni interne al gruppo e che, conformemente all'articolo 15, gli accantonamenti tecnici possono essere costituiti senza tenere conto delle pretese derivanti dai contratti di riassicurazione.

Capoverso 1

economiesuisse, CSS, SAV-ASA e SVV-ASA chiedono che si parli di «riserve disponibili» per conformare la terminologia a quella dell'ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (OS).

Capoverso 2

USS e OMCT sostengono la prevista contabilizzazione degli attivi al valore di mercato.

VD propone di precisare questo capoverso aggiungendo l'espressione «*in base a un modello riconosciuto*».

Capoverso 5

economiesuisse, santésuisse, SVV-ASA e diversi assicuratori chiedono che questo capoverso venga stralciato. Il DFI deve far rispettare i principi di cui ai capoversi 1-4, ma non fissarne lui stesso, in quanto le raccomandazioni Swiss GAAP RPC 41 contengono prescrizioni chiare. santésuisse e Groupe Mutuel propongono eventualmente che il DFI stabilisca sulla base di criteri riconosciuti come devono essere valutati gli attivi e gli impegni.

Articolo 12 Ammontare minimo delle riserve

Capoverso 1

VD chiede di riformulare questo capoverso.

SAV-ASA, SVV-ASA e CSS propongono di riformularlo come segue: «Le riserve (ammontare minimo) devono essere sufficienti a coprire la perdita attesa (expected shortfall) in caso di evento estremo secolare (la cui probabilità di accadimento è pari all'1%) secondo il test di solvibilità LAMal.»

Capoverso 2

VD fa notare che questo capoverso non indica l'ammontare minimo delle riserve in termini di volatilità del portafoglio o di grado di copertura del patrimonio vincolato, per cui è difficile pronunciarsi sulle «riserve eccessive» di cui all'articolo 27 capoverso 4.

Capoverso 3

santésuisse, RVK Rück e SVV-ASA chiedono di modificare questo capoverso in modo che i contratti di riassicurazione esistenti siano presi in considerazione e che il DFI stabilisca le modalità.

Articolo 13 Frequenza e momento della determinazione delle riserve

Capoverso 3

Secondo USC, curafutura, santésuisse, SVV-ASA, diversi assicuratori e SAV-ASA occorre stralciare l'ultimo periodo in base al quale la stima deve comprendere più varianti. A loro modo di vedere, infatti, il calcolo di varianti è troppo dispendioso e, dall'introduzione del test di solvibilità, l'UFSP non lo ha nemmeno più richiesto. Questo obbligo risale al periodo in cui il capitale proprio doveva essere proporzionale ai premi. Rispetto al test di solvibilità LAMal, il calcolo di varianti comporta oneri senza alcuna contropartita.

Articolo 14 Resoconti

Capoverso 3

santésuisse auspica che l'UFSP fissi termini per la presentazione dei documenti uguali per tutti gli assicuratori-malattie e si ponga un termine entro il quale rispondere agli assicuratori.

L'OMCT chiede che questo capoverso stabilisca anche che il rapporto deve indicare i flussi cantonali, per singolo Cantone, positivi o negativi, che hanno determinato mutazioni nello stato nazionale delle riserve.

Articolo 15 Accantonamenti tecnici

La CDS e circa metà dei Cantoni propongono di integrare questo articolo come segue: «*Gli accantonamenti per casi d'assicurazione non liquidati nei singoli Cantoni sono costituiti in base all'evoluzione effettivamente attesa in ciascuno di essi.*» In alternativa, questa aggiunta può essere inserita in una direttiva del DFI conformemente all'articolo 15 capoverso 4.

VD chiede di fare riferimento agli accantonamenti tecnici cantonali in tutti e quattro i capoversi.

santésuisse e ÖKK sostengono che solo lo standard ufficiale Swiss GAAP RPC 41 deve essere riconosciuto come determinante, per cui vanno ammessi accantonamenti o riserve di fluttuazione sui collocamenti di capitale.

Capoverso 1

USAM, santésuisse, diversi assicuratori, SVV-ASA e SAV-ASA chiedono lo stralcio del secondo periodo del capoverso 1. Alla stipulazione di contratti di riassicurazione, le pretese che ne derivano devono poter essere prese in considerazione per la costituzione di accantonamenti tecnici.

Capoverso 2

economiesuisse, SVV-ASA e CSS chiedono lo stralcio di questo capoverso.

Capoverso 3

economiesuisse, USAM, diversi assicuratori, SVV-ASA e SAV-ASA chiedono lo stralcio di questo capoverso. SVV-ASA e SAV-ASA motivano questa loro richiesta adducendo che, siccome tra i contenuti del piano d'esercizio elencati nell'articolo 7 capoverso 2 LVAMal non figura la gestione degli accantonamenti tecnici, il capoverso 3 non ha una base legale: la LVAMal, infatti, non indica da nessuna parte che il Consiglio federale può emanare prescrizioni separate, fatta eccezione per l'articolo sulle riserve e ciò limitatamente al modello di test di solvibilità.

Capoverso 4

economiesuisse, USAM, santésuisse, diversi assicuratori, SVV-ASA, BFG e SAV-ASA chiedono lo stralcio di questo capoverso. Secondo santésuisse, le aziende devono essere libere di decidere come vogliono costituire e sciogliere gli accantonamenti, mentre il DFI può al massimo stabilire i principi.

Capoverso 5 (nuovo)

L'OMCT propone di aggiungere un capoverso 5 in base al quale i dati relativi agli accantonamenti devono essere pubblicati per ogni singolo Cantone, pro capite e con indicata l'evoluzione negli anni precedenti.

Articolo 16 Importo legale

Capoverso 2

USC, santésuisse, RVK Rück, Groupe Mutuel e SAV-ASA propongono di riformulare questo capoverso come segue «*L'autorità di vigilanza considera come patrimonio vincolato anche le pretese derivanti da contratti di riassicurazione*» adducendo che anche i riassicuratori privati sono coperti (FINMA), seppur non mediante patrimonio vincolato.

A loro parere, la condizione «A tale scopo, il riassicuratore deve garantire tali pretese con il suo patrimonio vincolato» non ha ragione d'essere. I riassicuratori privati, infatti, non devono disporre di un patrimonio vincolato né secondo la legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) né secondo la LVAMal, per cui ai fini della costituzione del patrimonio vincolato sarebbero ammesse unicamente le pretese nei confronti di un assicuratore malattie che opera come riassicuratore. Secondo i partecipanti all'indagine conoscitiva menzionati, una formulazione simile a quella presente nell'articolo 68 capoverso 2 OS (con disciplinamento dettagliato nella Comunicazione FINMA 32 [2011]) sarebbe più appropriata.

Articolo 17 Termine per la determinazione dell'importo legale

Capoverso 3

USC, santésuisse e SVV-ASA ritengono che la possibilità di esigere un ricalcolo o una stima dell'importo legale non deve essere data in qualsiasi momento, per cui chiedono di modificare il capoverso 3 come segue: «*In casi motivati, l'autorità di vigilanza può esigere*»

Articolo 18 Rapporto

Due assicuratori e SVV-ASA propongono di posticipare il termine al 30 aprile conformemente alla LVAMal (art. 24 cpv. 2).

Articolo 19 Copertura e Articolo 20 Costituzione

Turbenthal chiede che questi articoli, come del resto quasi tutti gli altri articoli dell'OVAMal, vengano stralciati.

Articolo 21 Collocamenti adeguati

curafutura e SVV-ASA chiedono che gli articoli 21-22 e 52-57 vengano discussi con gli specialisti in investimenti degli assicuratori.

USC e santésuisse fanno presente che per quanto riguarda i collocamenti di capitale è imperativo ammettere delle riserve di fluttuazione.

comparis, BFG e Turbenthal propongono di stralciare questo articolo. comparis puntualizza che questa restrizione non ha una base legale.

Capoverso 1

Groupe Mutuel chiede lo stralcio di questo capoverso.

USAM, curafutura e due suoi membri chiedono di consentire agli assicuratori un'ampia diversificazione dei collocamenti e, di conseguenza, di riformulare il capoverso 1 come segue:

«*Sono considerati collocamenti adeguati in particolare:*

lettere a-e: invariate

f. materie prime e metalli preziosi;

g. collocamenti alternativi come insurance linked securities, senior secured loans, hedge funds, private equity;

h. strumenti finanziari derivati: ...»

Capoverso 2

Centre patronal e USAM approvano il divieto di collocamenti in istituzioni che servono all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie, tra cui figurano in particolare i collocamenti in fornitori di prestazioni come studi medici, HMO e ospedali.

Articolo 22 Limitazioni

curafutura e CSS chiedono che le materie prime, i metalli preziosi e i collocamenti alternativi di cui propongono l'inserimento nell'articolo 21 siano limitati al 10 per cento del patrimonio vincolato.

Capoverso 5

Gli stessi propongono lo stralcio di questo capoverso.

RVK auspica che in questo capoverso venga inserito il diritto di codecisione degli assicuratori in materia di emanazione di direttive all'indirizzo dei servizi interessati.

Articolo 23 Limitazioni per i collocamenti collettivi

Turbenthal chiede lo stralcio di questo articolo e degli articoli da 17 a 26.

Articolo 24 Custodia degli elementi

Turbenthal chiede che in particolare che la custodia presso terzi non sia obbligatoria.

Articolo 25 Verifica da parte dell'autorità di vigilanza

Diversi partecipanti all'indagine conoscitiva fanno notare che i costi delle verifiche eseguite da terzi conformemente all'articolo 34 capoverso 4 LVAMal possono essere addebitati all'assicuratore solo se sono state constatate irregolarità o atti illeciti.

Capoverso 4

curafutura, SVV-ASA, alcuni assicuratori, medswiss.net ed EXPERTsuisse chiedono lo stralcio di questo capoverso. EXPERTsuisse motiva tale richiesta adducendo che il capoverso 4 contraddice l'articolo 62 capoverso 1 in base al quale è compito dell'ufficio di revisione esterno verificare il patrimonio vincolato.

Articolo 26 Utilizzo del ricavato del patrimonio vincolato

EXPERTsuisse raccomanda di stralciare il periodo «Eventuali eccedenze vengono utilizzate per coprire i costi di amministrazione legati al soddisfacimento di tali pretese». A suo modo di vedere, infatti, sia l'articolo 9 sia l'articolo 26 OVAMal danno per scontato che i collocamenti di capitale generino rendimenti positivi, ma esistono anche rischi di mercato negativi. Inoltre rammenta che, secondo l'articolo 92b capoverso 3 lettera c OAMal, nel calcolo dei premi l'assicuratore deve tenere conto della copertura dei costi di amministrazione.

Articolo 27 Fissazione dei premi

Secondo VD, viste le possibili forme organizzative degli assicuratori (holding e/o gruppo), è opportuno integrare o modificare la normativa relativa alla fissazione dei premi cantonali affinché tenga conto della situazione finanziaria consolidata delle holding. In questo modo il premio cantonale per assicuratore in seno a una holding risulterebbe unitario.

Il kf ritiene che le disposizioni in materia di fissazione, approvazione e compensazione dei premi siano troppo dettagliate e comportino costi inutili.

Secondo le organizzazioni per la protezione dei consumatori SKS-FPC, FRC e ACSI, per contro, le disposizioni relative alla fissazione dei premi assicurano maggiore precisione nel loro calcolo.

Capoverso 1

NE e USS approvano esplicitamente che i premi riscossi coprano i costi cantonali.

Secondo l'USC, i redditi da capitale devono essere presi in considerazione solo se l'assicuratore può costituire riserve di fluttuazione. Dal canto loro, santésuisse, CSS e SAV-ASA sono del parere che il disciplinamento della fissazione dei premi di cui al capoverso 1 li renda altamente volatili e causi oscillazioni importanti da un anno all'altro. SAV-ASA, richiamandosi all'articolo 16 LVAMal, propone di riformulare questo capoverso come segue: «I premi riscossi da un assicuratore *per un anno di trattamento garantiscono la sua solvibilità tenuto conto dei costi che deve sostenere per tale anno.*» Secondo comparis, questo calcolo a breve termine dei premi è in contrasto, oltre che con il principio della solvibilità a medio-lungo termine dell'assicuratore, anche con lo sforzo di utilizzare le riserve per non scaricare sui premi ogni variazione dei costi.

Capoverso 2

Secondo la CDS, i Cantoni AR, BE, BS, LU, SO, TG, UR e VD, l'USC e Groupe Mutuel, nell'ordinanza occorre precisare sia il numero di anni che deve essere preso in considerazione, sia la grandezza di riferimento alla quale si riferisce la percentuale.

Per santésuisse non è chiaro cosa si intenda per «ultimi anni». Inoltre, ritiene che la limitazione al doppio della media degli altri assicuratori negli ultimi dieci anni non abbia alcuna motivazione, ma serva unicamente a livellare le condizioni di mercato e sia di conseguenza illegale.

L'OMCT chiede che la disposizione del capoverso 2 sia resa imperativa in modo che gli assicuratori siano obbligati a dedurre dai rispettivi costi una parte dei loro redditi da capitale e che la quota parte cantonale sia fissata non in funzione della stima dei premi incassati nel Cantone in questione, bensì della popolazione residente al 31 dicembre dell'anno precedente. La disposizione deve inoltre essere integrata con l'obbligo di pubblicare il rendimento dei capitali in ogni Cantone dopo la ripartizione.

CSS e SAV-ASA chiedono lo stralcio di questo capoverso, in quanto ritengono che a essere determinante sia la solvibilità, che tiene già conto dei redditi da capitale.

Capoverso 3

Secondo NE, è appropriato che i premi degli assicurati residenti in un Paese membro dell'Unione europea (incl. Islanda e Norvegia) debbano coprire i costi generati da questi Paesi nel loro insieme.

Capoverso 4

La CDS, i Cantoni AG, AR, BS, JU, LU, NE, SO, TG e VD, il PS, l'USS, l'ASMAC, la FER e le organizzazioni per la protezione dei consumatori SKS-FPC, FRC e ACSI chiedono che il valore limite sia abbassato al 150 per cento.

BE propone di fissare tale valore al 120 per cento, GE al 130 per cento, TI al 125 per cento e l'OMCT al 100 per cento.

PLR, USAM, economiesuisse, USC, SVV-ASA, curafutura, RVK, gli assicuratori CSS, Helsana, Turbenthal e Groupe Mutuel, SAV-ASA e BFG chiedono lo stralcio di questa disposizione.

santésuisse chiede lo stralcio della disposizione o eventualmente la sua integrazione con l'espressione «*di norma*».

ÖKK chiede che l'eventuale presenza di riserve eccessive sia verificata singolarmente per ciascun assicuratore nel quadro della procedura ordinaria di approvazione dei premi, tenendo conto della sua situazione economica.

FMH chiede se non sia possibile abbassare la percentuale, mentre DVSP-FSP si limita a definirla troppo elevata senza formulare alcuna controproposta concreta.

Articolo 28 Riduzione delle riserve eccessive

PLR, USAM, economiesuisse, curafutura, SVV-ASA, gli assicuratori CSS, Helsana, Turbenthal e Groupe Mutuel, SAV-ASA e BFG chiedono lo stralcio di questa disposizione.

Secondo comparis, le regole sancite nell'articolo 28 comportano un'alta volatilità dei premi. Gli assicurati possono proteggersi da premi elevati e riserve eccessive modificando la propria franchigia e/o forma di assicurazione o cambiando assicuratore.

Capoverso 1

USC, santésuisse, RVK, SVK e gli assicuratori Visana e Sympany chiedono che l'obbligo di riduzione delle riserve sia trasformato in una disposizione facoltativa. RVK e USC sono del parere che le riserve esistenti all'entrata in vigore della LVAMal debbano essere escluse dal campo di applicazione di questa disposizione. santésuisse deplora la mancanza di un disciplinamento che indichi in quale proporzione le riserve devono essere ridotte, quando le riserve devono essere costituite per l'intero raggio d'attività degli assicuratori (AOMS e assicurazione d'indennità giornaliera).

Capoverso 2

Secondo la CDS e i Cantoni AR, BE, BS, JU, LU, SO, TI, TG e VD, il termine per ridurre le riserve eccessive deve essere limitato a cinque anni e a dieci per le situazioni eccezionali.

NE propone come termine massimo quattro anni, PS, USAM e ASMAC tre anni, e le organizzazioni per la protezione dei consumatori SKS-FPC, FRC e ACSI, due anni.

La FMH auspica un termine più breve senza tuttavia specificarne uno concreto.

Capoverso 3

La CDS e i Cantoni AG, AR, BE, BS, JU, LU, TI e TG sono contrari a lasciare che siano gli assicuratori a stabilire la chiave di ripartizione tra i Cantoni. In tal caso, gli assicuratori dovrebbero tenere conto in particolare della misura in cui ciascun Cantone ha contribuito alla costituzione delle riserve.

GE propone la formulazione seguente: «La riduzione delle riserve è operata sotto forma di un importo di compensazione *versato agli assicurati dei Cantoni che hanno contribuito alla costituzione di tali riserve*. L'importo fissato per la riduzione delle riserve è ripartito tra i Cantoni in base a una chiave di ripartizione ~~unitaria~~ *per Cantone tenendo conto del contributo di ciascun Cantone (utile di esercizio annuo dell'assicuratore) alla costituzione delle riserve eccessive. I Cantoni che non hanno contribuito alla costituzione delle riserve eccessive con i premi dei propri assicurati, non sono considerati ai fini della compensazione.*»

NE propone la formulazione seguente: «La riduzione delle riserve è operata sotto forma di un importo di compensazione *versato agli assicurati dei Cantoni che hanno contribuito alla costituzioni di tali riserve.*»

VD chiede di modificare la formulazione come segue: «La riduzione delle riserve è operata sotto forma di un importo di compensazione *versato agli assicurati*. L'importo fissato per la riduzione delle riserve è ripartito tra i Cantoni e gli assicurati nel raggio d'attività territoriale

dell'assicuratore in base a una chiave di ripartizione *unitaria proporzionale al contributo di ciascun Cantone alla costituzione delle riserve eccessive. La chiave di ripartizione deve essere approvata dall'autorità di vigilanza.*»

L'OMCT è contrario a lasciare che siano gli assicuratori a stabilire la chiave di ripartizione delle riserve eccessive e chiede che tali riserve siano distribuite mediante un adattamento progressivo dei premi nei Cantoni che hanno concorso alla loro formazione e in modo proporzionale al contributo di ciascuno di essi.

Secondo *santésuisse*, deve essere garantita la possibilità di fissare importi di compensazione diversi per ciascun Cantone, per cui il termine «unitaria» deve essere stralciato. Dato che a beneficiare della riduzione delle riserve eccessive sono gli assicurati e non i Cantoni, la disposizione deve essere riformulata come segue: «*L'importo della restituzione fissato per Cantone ...*».

Anche la FER chiede che solo gli assicurati dei Cantoni che hanno contribuito alla costituzione delle riserve possano beneficiare della compensazione dei premi.

Capoverso 4

L'OMCT ritiene che il meccanismo di compensazione sia eccessivamente complesso e amministrativamente oneroso. A suo parere, meglio sarebbe agire direttamente sul premio dell'anno successivo.

Articolo 29 Approvazione delle tariffe dei premi

Secondo le organizzazioni per la protezione dei consumatori SKS-FPC, FRC e ACSI, con la nuova procedura di approvazione delle tariffe dei premi i Cantoni saranno meglio informati sui futuri premi mentre gli assicurati sapranno se questi ultimi sono stati approvati per una durata inferiore a un anno e se c'è la possibilità che debbano cambiare assicuratore nel corso dell'anno.

Capoverso 2

curafutura, CSS ed *Helsana* chiedono lo stralcio di questo capoverso. *comparis* fa notare che questa disposizione spiana la strada all'arbitrio dell'autorità di vigilanza.

Capoverso 3

La CDS e i Cantoni AR, BE, LU e SO chiedono che da facoltativa questa disposizione diventi obbligatoria, cosicché gli assicuratori siano tassativamente tenuti a indicare i costi medi nelle diverse regioni di premio.

Capoverso 4

La CDS e i Cantoni AG, AR, BE, BS, JU, LU, TI, TG, UR, VD e VS chiedono che anche in futuro alla CDS e ai Cantoni vengano forniti gli stessi dati di oggi, ossia i dati di tutti i Cantoni e non solo quelli relativi al loro territorio.

L'OMCT critica la limitazione dei dati trasmessi ai Cantoni.

santésuisse, *curafutura*, SVV-ASA e gli assicuratori CSS, *Helsana* e *Groupe Mutuel* propongono di riformulare questa disposizione come segue: «*I Cantoni ricevono dall'autorità di vigilanza i dati ...*»

Capoverso 5

L'OMCT chiede lo stralcio di questo capoverso.

santésuisse chiede l'integrazione seguente: «*L'autorità di vigilanza ha tempo fino al 30 settembre dell'anno precedente per approvare le tariffe dei premi. Se entro tale termine l'autorità di vigilanza non ha preso una decisione in merito, per l'anno successivo valgono le tariffe dei premi presentate per l'approvazione.*» Anche RVK e SVV-ASA chiedono l'inserimento nell'O-VAMal del 30 settembre come termine per l'approvazione delle tariffe dei premi.

Articolo 30 Pubblicazione dei premi

santésuisse fa notare che questa disposizione è in contrasto con la LVAMal, in quanto secondo l'articolo 16 capoverso 1 LVAMal risulta, al contrario, che gli assicuratori non sono obbligati a pubblicare le loro tariffe dei premi. santésuisse e l'assicuratore Turbenthal chiedono lo stralcio di questa disposizione.

Articolo 31 Premi dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera

santésuisse chiede lo stralcio del rinvio all'articolo 28.

Articolo 32 Costi cumulati

SVV-ASA propone la modifica seguente: «I costi cumulati di un assicuratore corrispondono al totale dei suoi costi delle sue spese in un anno.» L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

Articolo 33 Valutazione della situazione economica dell'assicuratore

La CDS e i Cantoni AR, BE, BS, GE, NE, LU, SO, TG e TI auspicano un abbassamento della percentuale al 110 per cento, VD al 120 per cento e l'OMCT al 100 per cento. L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

Articolo 34 Procedura

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

Articolo 35 Importo della restituzione

L'OMCT ritiene che la procedura di restituzione sia troppo complicata. A suo parere, occorre precisare che l'importo della restituzione deve essere ripartito tra gli assicurati *nel Cantone interessato* in base a una chiave di ripartizione unitaria definita dall'assicuratore.

Secondo santésuisse è fondamentale precisare che gli importi possono variare da un Cantone all'altro. L'assicuratore Sympany auspica lo stralcio del termine «unitaria» e l'integrazione nella disposizione della possibilità di fissare l'importo della restituzione per Cantone.

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

Articolo 36 Attuazione della compensazione

santésuisse e SVV-ASA chiedono l'aggiunta di un capoverso 4 del tenore seguente: «Per le persone di cui non sono note le coordinate per il pagamento o partite all'estero o per gli eredi legittimi sconosciuti, il diritto alla compensazione decade dopo cinque anni. L'assicuratore tiene un elenco delle persone interessate.» Secondo l'assicuratore Sympany, gli assicurati partiti senza lasciare un recapito, senza un permesso di dimora valido o deceduti tra il 31 dicembre e il giorno del rimborso devono essere esclusi dalla compensazione.

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

Articolo 37 Attribuzione dei costi amministrativi

Capoverso 1

Groupe Mutuel chiede lo stralcio della lettera c.

Capoverso 2

BS propone di integrare nel capoverso 2 il periodo seguente: *«I costi amministrativi dell'assicuratore nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono ripartiti tra i Cantoni tenendo conto in uguale misura del numero di assicurati e dell'importo dei premi.»*

santésuisse, RVK, SVV-ASA e l'assicuratore ÖKK chiedono lo stralcio di questo capoverso.

Articolo 38 Valutazione dei costi amministrativi

USS e PS accolgono favorevolmente questa disposizione e in particolare la possibilità di effettuare confronti tra gli assicuratori.

USAM, curafutura, gli assicuratori CSS e Turbenthal, e SVV-ASA chiedono lo stralcio di questa disposizione.

Capoverso 2

santésuisse, RVK e Groupe Mutuel chiedono lo stralcio del capoverso 2.

Secondo FMH, è opportuno precisare che nell'esposizione dei costi amministrativi, i costi per la pubblicità devono essere indicati separatamente. L'ASMAC chiede inoltre che l'autorità di vigilanza pubblici tale esposizione dei costi amministrativi.

Articolo 39 Attività d'intermediario e costi per la pubblicità

L'USC è contraria a lasciare che l'UFSP sorvegli l'attività di marketing e d'intermediazione, in quanto ritiene che ciò sia in contrasto con il principio della concorrenza regolamentata. L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

L'OMCT, al contrario, la giudica opportuna.

Capoverso 1

Diversi partecipanti all'indagine conoscitiva propongono di ridefinire l'attività d'intermediario come segue:

CSS: *«È considerata un'attività d'intermediario ai sensi dell'articolo 19 LVAMal qualsiasi attività mediante la quale, dietro compenso, vengono messe a disposizione dell'assicuratore competenze in materia di consulenza oppure la conclusione di offerte d'assicurazione.»*

santésuisse: *«Esercitano un'attività d'intermediario ai sensi dell'articolo 19 LVAMal le persone che senza essere impiegate da un assicuratore mettono a disposizione di quest'ultimo, dietro compenso, le loro competenze o i loro servizi al fine di facilitare o permettere l'affiliazione di assicurati.»*

Groupe Mutuel: *«È considerata un'attività d'intermediario ai sensi dell'articolo 19 LVAMal qualsiasi attività mediante la quale, dietro compenso, una persona non legata da un contratto di lavoro all'assicuratore mette a disposizione di quest'ultimo competenze o servizi al fine di facilitare o permettere l'affiliazione di assicurati.»*

SVV-ASA: *«È considerata un'attività d'intermediario ai sensi dell'articolo 19 LVAMal qualsiasi attività mediante la quale, dietro compenso, vengono messe a disposizione dell'assicuratore competenze in materia di consulenza oppure la conclusione di offerte d'assicurazione. Sono esclusi i dipendenti degli assicuratori.»*

Capoverso 2

PS, USS, SKS-FPC e ACSI raccomandano una restrizione più severa mediante la fissazione di un tetto massimo vincolante per i costi di intermediazione e pubblicità. La FRC è contraria al pagamento di provvigioni agli intermediari.

curafutura, gli assicuratori CSS ed Helsana, e SVV-ASA chiedono che questo capoverso venga stralciato o, in alternativa, riformulato come segue: *«È considerato pubblicità ai fini della LVAMal l'utilizzo di strumenti pubblicitari il cui contenuto serve a commercializzare determinati*

prodotti assicurativi secondo la LAMal. Fornire a clienti informazioni per loro rilevanti relative a prodotti esistenti non è considerato pubblicità.»

Il Groupe Mutuel chiede di modificare la definizione come segue: «Sono considerati costi esterni per la pubblicità segnatamente tutte le spese per l'acquisizione di assicurati ~~indipendentemente dal veicolo e dallo strumento pubblicitario utilizzati.~~»

Capoverso 3

SKS-FPC e ACSI propongono di integrare nell'OVAMal una disposizione che conferisca all'UFSP il compito di vigilare sull'autoregolamentazione prevista dall'articolo 19 capoverso 3 LVAMal e di adottare misure appropriate qualora si riveli inefficace.

Disposizioni concernenti la gestione aziendale e la revisione

Numerosi partecipanti all'indagine conoscitiva criticano le disposizioni del capitolo 4 OVAMal, in quanto ritengono che ingeriscano in modo inammissibile nelle competenze degli organi degli assicuratori. Il rafforzamento della vigilanza non deve creare una commistione della competenza degli assicuratori per la gestione aziendale con i compiti dell'autorità di vigilanza. Per PPD e SAB, le disposizioni di questo capitolo sono per la maggior parte sproporzionate e vanno oltre l'obiettivo che si prefiggono. Inoltre, incidono fortemente sulla libertà imprenditoriale. Il PLR si oppone a una burocrazia eccessiva, al sovraccarico dei processi e ai costi amministrativi supplementari che questo progetto di ordinanza comporta. *economiesuisse* chiede l'adeguamento del capitolo 4 all'ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (OS), affinché le competenze dell'UFSP siano limitate alla funzione di vigilanza e l'autorità di vigilanza non abbia alcun influsso diretto nei settori operativi degli assicuratori. *curafutura* critica la possibilità dell'autorità di vigilanza di intervenire nella gestione aziendale degli assicuratori, in quanto contraddice il principio della concorrenza. Secondo *tarifsuisse*, il progetto di ordinanza lede pesantemente le regole di good governance e non rispetta il principio di proporzionalità che impone all'autorità di vigilanza di adottare la misura meno restrittiva per gli assicuratori. L'assicuratore ÖKK fa notare che i compiti dell'autorità di vigilanza devono limitarsi all'esecuzione di verifiche puntuali e all'imposizione di sanzioni in caso di infrazioni, e non possono includere interventi nella gestione aziendale. Per Groupe Mutuel, l'ordinanza non tiene sufficientemente conto del fatto che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è esercitata in un contesto di concorrenza e che la libertà imprenditoriale deve essere garantita. Il legislatore ha statuito che l'assicurazione sociale malattie è esercitata da soggetti autonomi, ma il progetto di ordinanza presentato mette in discussione questa organizzazione.

Le organizzazioni per la protezione dei consumatori SKS-FPC, FRC e ACSI accolgono alcune disposizioni, per esempio quelle in materia di controllo, come un miglioramento della governance suscettibile di ridurre i conflitti d'interesse e di garantire un sistema di controllo più indipendente anche all'interno. Secondo la FER, per quanto severi, i nuovi requisiti posti agli assicuratori corrispondono a quelli di un'attività irreprensibile che questi ultimi devono adempiere per garantire una gestione seria. Nella prassi è tuttavia importante che l'autorità di vigilanza si limiti a verificare che le prescrizioni legali siano rispettate e non intervenga senza motivo nella gestione dell'assicurazione.

medswiss.net esprime riserve riguardo a singole disposizioni di questo capitolo.

Articolo 40 Direttive interne concernenti la gestione aziendale

USAM, USC, *curafutura*, RVK, SVV-ASA e gli assicuratori Groupe Mutuel, CSS e Turbenthal chiedono lo stralcio di questa disposizione.

Capoverso 1

santésuisse propone la seguente formulazione: «L'assicuratore disciplina la gestione aziendale.»

Capoverso 2

santésuisse chiede lo stralcio di questo capoverso.

Articolo 41 Composizione dell'organo d'amministrazione

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

Capoverso 1

Secondo l'USC, i requisiti posti all'organo d'amministrazione sono sproporzionati e non consentono alcuna eccezione per i piccoli e medi assicuratori, per cui è necessario un adattamento di questo capoverso. RVK chiede di modificarne la formulazione conformandola a quella dell'articolo 12 OS: «L'organo d'amministrazione deve essere composto in modo da poter ottemperare in maniera ineccepibile ai compiti di sorveglianza e di direzione generale dell'impresa di assicurazione. L'organo d'amministrazione deve in particolare possedere le necessarie conoscenze in materia di assicurazioni.»

L'assicuratore Assura ritiene che questa disposizione vada troppo oltre creando un formalismo esagerato.

Capoverso 2

USC, curafutura, RVK, SVV-ASA, gli assicuratori CSS ed Helsana chiedono lo stralcio di questo capoverso.

santésuisse chiede di modificare questo capoverso come segue: «Ogni membro dell'organo d'amministrazione deve disporre di una formazione e un'esperienza professionale adeguate. Nel suo insieme, l'organo d'amministrazione deve essere composto di persone con *esperienza professionale adeguate conoscenze* nel settore finanziario, assicurativo e sanitario.»

Capoverso 3

L'USAM chiede lo stralcio di questo capoverso.

santésuisse chiede che questo capoverso venga stralciato o, in alternativa, riformulato come segue: «... *Dopo la nomina di un membro dell'organo d'amministrazione, l'assicuratore fornisce* all'autorità di vigilanza ~~al più tardi un mese prima~~ un estratto recente e autenticato del casellario giudiziario e del registro delle esecuzioni.» Anche l'assicuratore Assura critica l'obbligo di fornire la documentazione citata all'autorità di vigilanza prima della nomina e in ogni caso respinge il relativo termine di 30 giorni, in quanto concretamente impossibile da rispettare. L'RVK si oppone anch'esso al controllo preventivo previsto da questo capoverso.

curafutura, la SVV-ASA, gli assicuratori CSS ed Helsana chiedono di riformulare questo capoverso sulla falsariga dell'articolo 12 capoverso 3 OS come segue: «*Il curriculum vitae di ogni nuovo membro dell'organo d'amministrazione va inviato all'autorità di vigilanza entro quattordici giorni dalla nomina*».

Groupe Mutuel chiede di stralciare il capoverso 3 o di riformularlo come segue: «*Per ogni nuovo membro dell'organo d'amministrazione l'assicuratore fornisce all'autorità di vigilanza il curriculum vitae entro quattordici giorni dalla sua nomina.*»

Articolo 42 Composizione dell'organo di direzione

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

Capoverso 3

L'USAM chiede lo stralcio di questo capoverso.

santésuisse chiede che questo capoverso venga stralciato o, in alternativa, riformulato come segue: «... *Dopo la nomina di un membro dell'organo di direzione, l'assicuratore fornisce* all'autorità di vigilanza ~~al più tardi un mese prima~~ un estratto recente

e autenticato del casellario giudiziario e del registro delle esecuzioni.» Anche l'assicuratore Assura critica l'obbligo di fornire la documentazione citata all'autorità di vigilanza prima della nomina e in ogni caso respinge il relativo termine di 30 giorni, in quanto concretamente impossibile da rispettare. Anche RVK si oppone al controllo preventivo previsto da questo capoverso.

curafutura, SVV-ASA, gli assicuratori CSS ed Helsana chiedono di riformulare questo capoverso sulla falsariga dell'articolo 14 capoverso 2 OS come segue: «Il curriculum vitae di ogni nuovo membro dell'organo di direzione va inviato all'autorità di vigilanza entro quattordici giorni dalla nomina».

Groupe Mutuel chiede di stralciare il capoverso 3 o di riformularlo come segue: «*Per ogni nuovo membro dell'organo di direzione l'assicuratore fornisce all'autorità di vigilanza il curriculum vitae entro quattordici giorni dalla sua nomina.*»

Articolo 43 Doppie funzioni

Secondo la FMH, occorre precisare che il divieto delle doppie funzioni vale anche all'interno di un gruppo assicurativo.

Capoverso 1

santésuisse chiede di riformulare questo capoverso come segue: «*La persona che presiede l'organo d'amministrazione non può presiedere nel contempo anche l'organo di direzione.*»

curafutura, RVK, SVV-ASA e gli assicuratori Groupe Mutuel, CSS e Turbenthal chiedono lo stralcio di questa disposizione.

Capoverso 2

L'OMCT si oppone a qualsiasi deroga al divieto delle doppie funzioni e chiede lo stralcio del capoverso 2.

Articolo 44 Prova della buona reputazione

USAM, SVV-ASA e l'assicuratore Turbenthal chiedono lo stralcio di questa disposizione. Secondo santésuisse la lettera c costituisce un disciplinamento eccessivo e, in quanto tale, deve essere stralciata. curafutura e gli assicuratori Groupe Mutuel e CSS vogliono lo stralcio delle lettere b-d. RVK respinge il controllo preventivo previsto da questa disposizione.

Articolo 45 Pubblicazione delle relazioni d'interesse

Groupe Mutuel auspica lo stralcio di questa disposizione.

Capoverso 1

L'USAM, curafutura, l'RVK, la SVV-ASA e il CSS si oppongono all'informazione anticipata dell'autorità di vigilanza in merito alle relazioni d'interesse. Spetta infatti all'organo d'amministrazione e non all'autorità di vigilanza verificare se le relazioni d'interesse di un candidato possono costituire un problema. santésuisse chiede la riformulazione di questo capoverso in modo che siano rilevanti soltanto le relazioni d'interesse suscettibili di generare conflitti concreti. L'appartenenza a titolo privato ad associazioni e altri ambienti risulterebbe in tal caso irrilevante e non riguarderebbe l'autorità di vigilanza.

Capoverso 2

santésuisse, curafutura, la SVV-ASA e il CSS chiedono lo stralcio di questo capoverso.

Articolo 46 Prevenzione dei conflitti d'interessi

curafutura, SVV-ASA e gli assicuratori Groupe Mutuel e CSS chiedono di modificare la rubrica nel testo tedesco «Vermeidung von Interessenkonflikten» sostituendo il termine «Vermeidung» con «Verhinderung».

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio dell'intera disposizione

Capoverso 1

santésuisse, curafutura, SVV-ASA e gli assicuratori Groupe Mutuel e CSS chiedono lo stralcio di questo capoverso.

Capoverso 2

santésuisse, SVV-ASA e CSS chiedono lo stralcio del secondo periodo di questo capoverso.

Articolo 47 Sistema retributivo

curafutura, SVV-ASA e gli assicuratori Groupe Mutuel, CSS e Turbenthal chiedono lo stralcio di questa disposizione.

Articolo 48 Obiettivo e contenuto della gestione dei rischi e del sistema di controllo interno

USC, santésuisse e RVK deplorano che questa disposizione non operi alcuna distinzione tra gli assicuratori in funzione dell'effettivo dei dipendenti, dell'effettivo degli assicurati o del volume dei premi. A loro modo di vedere, essa dovrebbe prevedere facilitazioni per i piccoli e medi assicuratori (fino a 100 000 assicurati) ed essere riformulata in tal senso.

curafutura chiede di adeguare questa disposizione all'OS.

Capoverso 2

curafutura, SVV-ASA e gli assicuratori CSS ed Helsana propongono di adeguare la lettera c all'OS e di stralciare la lettera e. santésuisse e SVV-ASA chiedono lo stralcio della lettera e e della seconda parte della lettera f. Groupe Mutuel vuole lo stralcio della lettera e.

Capoverso 3

curafutura, SVV-ASA e gli assicuratori CSS ed Helsana chiedono lo stralcio del capoverso 3.

Articolo 49 Documentazione della gestione dei rischi e al sistema di controllo interno

USC e RVK fanno notare che questa disposizione non opera alcuna distinzione tra gli assicuratori in funzione dell'effettivo dei dipendenti, dell'effettivo degli assicurati o del volume dei premi. A loro modo di vedere, essa dovrebbe prevedere facilitazioni per i piccoli e medi assicuratori (fino a 100 000 assicurati) ed essere riformulata in tal senso.

curafutura chiede di adeguare questa disposizione all'OS. L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio di questa disposizione.

Capoverso 1

santésuisse e SVV-ASA chiedono lo stralcio del secondo periodo di questo capoverso. curafutura e l'assicuratore CSS propongono di stralciare solo la seconda parte del secondo periodo: «L'assicuratore espone la sua gestione dei rischi e il suo sistema di controllo interno in una documentazione. La aggiorna costantemente ~~tale documentazione e la presenta all'autorità di vigilanza.~~»

Groupe Mutuel chiede lo stralcio dell'intero capoverso 1.

Capoverso 2

curafutura, SVV-ASA e CSS chiedono che la lettera a venga riformulata come segue: «la descrizione dell'organizzazione della gestione dei rischi e del sistema di controllo interno ~~a livello dell'assicuratore nel suo insieme~~ nonché delle relative competenze e responsabilità;».

santésuisse e SVV-ASA chiedono lo stralcio delle lettere c e d; Groupe Mutuel, lo stralcio delle lettere b e c.

Articolo 50 Requisiti in materia di liquidità

USAM, curafutura, SVV-ASA e gli assicuratori CSS, Helsana e Turbenthal chiedono lo stralcio di questa disposizione.

USC e RVK fanno notare che questa disposizione non opera alcuna distinzione tra gli assicuratori in funzione dell'effettivo dei dipendenti, dell'effettivo degli assicurati o del volume dei premi. A loro modo di vedere, essa dovrebbe prevedere facilitazioni per i piccoli e medi assicuratori (fino a 100 000 assicurati) ed essere riformulata in tal senso. EXPERTsuisse rimanda alla vigente legislazione sulle assicurazioni private che prevede una deroga all'obbligo di nominare un ufficio di revisione interno.

Capoverso 2

santésuisse e Groupe Mutuel chiedono lo stralcio di questo capoverso.

Articolo 51 Ufficio di revisione interno

USC, santésuisse e RVK deplorano la mancata differenziazione degli assicuratori in funzione dell'effettivo dei dipendenti, dell'effettivo degli assicurati e del volume dei premi. A loro modo di vedere, i piccoli e medi assicuratori (fino a 100 000 assicurati) dovrebbero essere esclusi dal campo di applicazione di questa disposizione.

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio dell'intera disposizione.

Articolo 52 Principi di collocamento

santésuisse e Groupe Mutuel chiedono di riprendere la formulazione dell'articolo 80a capoverso 2 OAMal.

SVV-ASA chiede che gli articoli 52–57 vengano discussi con gli specialisti in investimenti degli assicuratori in modo da introdurre prescrizioni di collocamento moderne e adeguate.

Articolo 53 Requisiti in materia di gestione del patrimonio

Capoverso 2

santésuisse chiede di correggere nella versione francese l'espressione « différentes personnes » con « par des personnes différentes ».

Capoverso 3

USAM, curafutura, Helsana, CSS, e SVV-ASA chiedono di stralciare la parte del periodo che impone all'assicuratore portare il suo contratto a conoscenza dell'autorità di vigilanza.

Articolo 54 Regolamento di collocamento

Turbenthal chiede che questo articolo, come del resto quasi tutti gli altri articoli dell'OVAMal, venga stralciato.

Articolo 55 Ponderazione del rischio di collocamento

santésuisse ritiene inappropriato che il Consiglio federale si esprima in questa sede sui rischi di collocamento.

USAM e Centre patronal chiedono lo stralcio del capoverso 1 lettera b.

Articolo 56 Gestione dei rischi e Articolo 57 Esclusione del prestito di valori mobiliari e delle operazioni pensionistiche

Turbenthal chiede che questi articoli, come del resto quasi tutti gli altri articoli dell'OVAMal, vengano stralciati.

Articolo 58 Principi

Capoverso 2

La SVV-ASA e Groupe Mutuel chiedono lo stralcio di questo capoverso. Secondo santésuisse e 'RVK occorre specificare che si applicano invariate le prescrizioni Swiss GAAP RPC 41. Per l'OMCT è importante che ogni assicuratore malattia tenga una contabilità completa distinta per ogni Cantone. In questo senso, propone di inserire nell'articolo 58 un capoverso 2 (nuovo) che recita: «*Per l'assicurazione obbligatoria delle cure tiene una contabilità distinta per ogni Cantone*» e di rinumerare l'attuale capoverso 2 come capoverso 3.

Articolo 59 Relazione sulla gestione

Secondo economiesuisse e santésuisse, le norme Swiss GAAP RPC 41 contengono chiare prescrizioni contabili per gli assicuratori-malattie e l'OVAMal deve riprenderle senza modificarle. L'assicuratore Turbenthal propone lo stralcio di questa disposizione.

VD fa notare che questa disposizione non contempla l'obbligo per i gruppi assicurativi di allestire conti di gruppo e chiede un adeguamento in tal senso.

Capoverso 1

EXPERTsuisse chiede di rimandare alle norme Swiss GAAP RPC anziché Swiss GAAP RPC 41.

Capoverso 2

RVK e Groupe Mutuel chiedono lo stralcio del primo periodo di questo capoverso. SVV-ASA chiede lo stralcio dell'intero capoverso.

Capoverso 4

RVK chiede lo stralcio di questo capoverso.

Articolo 60 Conto annuale conforme al diritto in materia di vigilanza

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio dell'intera disposizione e di posticipare al 30 aprile il termine indicato nel capoverso 3.

VD fa notare che questa disposizione non indica se la vigilanza si estende ai conti di gruppo dei gruppi assicurativi e delle holding e chiede pertanto una sua integrazione in tal senso.

Capoverso 1

Groupe Mutuel chiede lo stralcio di questo capoverso. santésuisse e RVK vogliono che siano dichiarate determinanti esclusivamente le prescrizioni Swiss GAAP RPC 41.

Capoverso 3

USAM, santésuisse, curafutura, SVV-ASA e gli assicuratori Groupe Mutuel, CSS ed Helsana chiedono che il termine per la trasmissione del conto annuale secondo il diritto in materia di vigilanza sia fissato al 30 aprile analogamente a quello per la FINMA.

EXPERTsuisse propone di integrare questo capoverso come segue: «L'assicuratore presenta il conto annuale conforme al diritto in materia di vigilanza *non verificato* all'autorità di vigilanza entro il 30 marzo dell'anno successivo.»

Capoverso 4 (nuovo)

L'OMCT propone di aggiungere un capoverso 4 del tenore seguente: «*L'autorità di vigilanza approva i conti di esercizio degli assicuratori sulla scorta del rapporto dell'organo di revisione. Essa vigila in particolare sulla correttezza dei conti esportati in maniera separata per ogni Cantone.*»

Articolo 61 Ufficio di revisione esterno

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio dell'intera disposizione.

Capoverso 4

RVK chiede lo stralcio di questo capoverso. curafutura, SVV-ASA e gli assicuratori Groupe Mutuel, CSS ed Helsana chiedono di riformularlo come segue: «*L'assicuratore incarica un'impresa di revisione abilitata dall'autorità di vigilanza secondo l'articolo 9a della legge sui revisori di eseguire una verifica secondo l'articolo 62.*»

Articolo 62 Compiti dell'ufficio di revisione esterno

Capoverso 2

santésuisse e SVV-ASA propongono di modificare la formulazione di questo capoverso come segue: «L'ufficio di revisione esterno controlla ogni anno l'appropriatezza ~~e l'efficacia~~ del sistema di controllo interno conformemente alle istruzioni dell'autorità di vigilanza.» Dal canto suo, Groupe Mutuel propone la modifica seguente: «L'ufficio di revisione esterno controlla ~~ogni anno~~ *la presenza* e l'appropriatezza ~~e l'efficacia~~ del sistema di controllo interno conformemente alle istruzioni dell'autorità di vigilanza», ed EXPERTsuisse la modifica seguente: «L'ufficio di revisione esterno controlla ogni anno l'appropriatezza e l'efficacia del sistema di controllo interno ~~conformemente alle istruzioni dell'autorità di vigilanza.~~»

Capoverso 3

santésuisse e SVV-ASA chiedono di integrare questo capoverso come segue: «*Su mandato dell'autorità di vigilanza, l'ufficio di revisione esterno può effettuare verifiche intermedie in loco e senza preavviso, segnatamente in caso di dubbi riguardo alla regolarità della tenuta dei conti e dell'amministrazione.*» Groupe Mutuel approva la formulazione proposta da santésuisse e da CVV-ASA, ma chiede di stralciare l'espressione «e senza preavviso». RVK chiede lo stralcio di questo capoverso.

Articolo 63 Rapporti dell'ufficio di revisione esterno

Capoverso 1

Lettera c: santésuisse, la SVV-ASA e l'assicuratore Turbenthal chiedono di apportare la correzione seguente: «un rapporto sul conto annuale conforme al diritto in materia di vigilanza secondo ~~le istruzioni dell'autorità di vigilanza~~ prescrizioni Swiss GAAP RPC 41». Riguardo alle lettere b e c, l'assicuratore Turbenthal chiede di sottoporre i piccoli assicuratori a una revisione limitata.

Capoverso 2

EXPERTsuisse fa notare che, a dipendenza della portata del mandato, il termine di due mesi per l'approntamento del rapporto destinato all'autorità di vigilanza potrebbe rivelarsi difficile da rispettare. Tale termine andrebbe piuttosto concordato caso per caso dall'autorità di vigilanza e dall'ufficio di revisione esterno.

Capoverso 3

EXPERTsuisse puntualizza che l'ufficio di revisione esterno presenta il proprio rapporto all'organo supremo dell'assicuratore che, a sua volta, lo inoltra all'ufficio di revisione interno. In alcune circostanze può capitare che l'ufficio di revisione esterno non abbia alcun contatto con l'ufficio di revisione interno.

Capoverso 4

EXPERTsuisse propone di modificare la formulazione di questo capoverso come segue: «L'autorità di vigilanza può definire mediante istruzioni la forma e il contenuto dei rapporti secondo il *capoverso 1 lettere b e c*, e ritornare all'ufficio di revisione esterno i rapporti che non soddisfano i requisiti richiesti.»

Articolo 64 Casse malati attive come riassicuratori

Groupe Mutuel chiede di mantenere a 250 000 il numero minimo di assicurati (art. 16 cpv. 1 lett. b OAMal) dato che un suo innalzamento non migliorerebbe in misura significativa la sicurezza.

Articolo 65 Domanda di autorizzazione e Articolo 66 Inizio della validità dell'autorizzazione

Nessuna osservazione.

Articolo 67 Ritiro dell'autorizzazione

Vedi proposta di Groupe Mutuel riguardo all'articolo 64.

Articolo 68 Contratti di riassicurazione

L'USC e santésuisse giudicano sproporzionato questo articolo.

USAM, curafutura, CSS e SVV-ASA chiedono lo stralcio dei capoversi 3, 4 e 7 adducendo che non rispettano il principio di proporzionalità e sono sprovvisti di una base legale.

SAV-ASA chiede lo stralcio del capoverso 7 visto che la stipulazione di una copertura di riassicurazione per periodi superiori a un anno potrebbe essere ragionevole dal punto di vista attuariale.

Articolo 69 Obblighi del riassicuratore

Capoverso 2

Santésuisse e Groupe Mutuel propongono di posticipare il termine al 30 aprile, RVK Rück al 30 giugno.

curafutura, CSS, Helsana, SVV-ASA e SAV-ASA chiedono di condensare questo capoverso come segue: «Il riassicuratore trasmette all'autorità di vigilanza su sua richiesta le informazioni attuariali determinanti relative ai contratti di riassicurazione in corso e scaduti.» Chiedono inoltre lo stralcio dei capoversi 3-6.

RVK Rück chiede lo stralcio dei capoversi 4 e 5 e dell'ultima parte del capoverso 6.

Capoverso 4

EXPERTsuisse ritiene che quanto previsto da questo capoverso non rientri nei compiti dell'ufficio di revisione di cui all'articolo 62. Inoltre la correttezza dei dati per quanto riguarda i resoconti non è disciplinata..

Capoverso 5

santésuisse fa notare che la segnalazione di dati su richiesta dell'autorità di vigilanza anche in altri momenti costituisce un problema, dato che soprattutto per i piccoli e medi assicuratori i primi mesi dell'anno non sono indicativi.

RVK Rück chiede l'aggiunta di un articolo 69a, in base al quale per i riassicuratori privati sottoposti alla LSA sono applicabili esclusivamente il capoverso 2 lettere a, c e d, e i capoversi 3 e 6 dell'articolo 69.

Articolo 70 Parità di trattamento degli assicurati e protezione contro gli abusi

SKS-FPC, FRC e ACSI approvano l'obbligo della parità di trattamento degli assicurati da parte dell'assicuratore, in particolare per quanto riguarda il termine per il rimborso delle prestazioni. Nondimeno, ritengono che occorra specificare tale termine e propongono di fissarlo a 30 giorni.

santésuisse e l'assicuratore Turbenthal ritengono questo articolo superfluo e ne chiedono quindi lo stralcio. La parità di trattamento degli assicurati, infatti, è già prescritta dalla LAMal e dalla LVAMal. A loro modo di vedere, inoltre, la parità di trattamento per quanto riguarda il termine per il rimborso delle prestazioni pone problemi in quanto la fatturazione varia notevolmente da un fornitore di prestazioni all'altro. Gli assicuratori-malattie hanno il mandato legale di verificare le fatture, che naturalmente vale soprattutto per quelle complesse e di importo elevato.

Secondo Groupe Mutuel, l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera deve essere tassativamente esclusa dal campo di applicazione dell'articolo 70 OVAMal, in quanto tale disposizione è incompatibile con il suo esercizio. Nel caso dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera individuale, già solo il fatto che l'assicurato sia tenuto a compilare un questionario sullo stato di salute e che l'assicuratore abbia la facoltà di esprimere riserve costituirebbe una disparità di trattamento ai sensi dell'articolo 70 OVAMal. Lo stesso vale per l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera collettiva, visto che prevede premi diversi in funzione dei contratti. Groupe Mutuel chiede pertanto l'aggiunta di un capoverso 4 (nuovo) del tenore seguente: *«I capoversi 1-3 non sono applicabili all'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.»*

L'OMCT ritiene che il disposto normativo sia opportuno nell'ottica di prevenire abusi in un'assicurazione sociale universale,. Stupisce semmai l'esigenza di dover esplicitare una norma di questo tenore dopo quasi vent'anni di LAMal, la cui *ratio* di solidarietà non consente di principio pratiche discriminatorie verso gli assicurati.

Articolo 71 Coordinamento tra autorità di vigilanza

Riguardo al capoverso 2, santésuisse chiede di modificare la formulazione come segue: *«L'autorità di vigilanza e la FINMA ~~persone~~ devono coordinare le loro attività di vigilanza anche nel quadro di ...»*. Gli elevati costi amministrativi sostenuti più volte in passato dagli assicuratori dimostrano che un coordinamento è indispensabile. santésuisse propone inoltre di completare il capoverso 2 come segue: *«... nel rispetto della protezione dei dati e conformemente al campo di applicazione della legge»*.

RVK Rück sottolinea che un bisogno di coordinamento tra autorità di vigilanza esiste necessariamente anche nel settore della riassicurazione esercitata da riassicuratori privati. Questi ultimi, infatti, calcolano i loro premi in base al piano d'esercizio presentato alla FINMA che dal canto suo vigila sulla politica dei premi dei riassicuratori sulla scorta del Test svizzero di solvi-

bilità (SST) e di altri strumenti. In questo contesto, il margine per interventi nella determinazione dei premi da parte dell'autorità di vigilanza in materia di assicurazioni sociali è pressoché nullo. RVK Rück invita a confrontare queste sue osservazioni con quelle esposte a proposito dell'introduzione nell'OVAMal di un articolo 69a.

SVV-ASA chiede un adeguamento del capoverso 2 e propone la formulazione seguente: «L'autorità di vigilanza e la FINMA possono coordinare le rispettive attività di vigilanza anche nel quadro di un regolare scambio d'informazioni sui soggetti giuridici soggetti alla loro vigilanza, *nel rispetto della protezione dei dati e conformemente al campo di applicazione della legge.*»

Groupe Mutuel fa notare che il capoverso 2 apre la strada a una vigilanza sulle holding e poiché non è volontà del legislatore sottoporre le holding al campo di applicazione della LVAMal, chiede lo stralcio di tale capoverso.

L'OMCT rinvia al suo commento riguardo all'articolo 71 e propone l'aggiunta al capoverso 1 di una lettera l (nuova) dal seguente tenore: *«l. il trasferimento di effettivi di assicurati.»*

Articolo 72 Notifica di eventi di grande importanza

santésuisse chiede di stralciare la seconda parte della lettera b («... e gli accantonamenti sono inferiori al bisogno di cui all'articolo 15») adducendo che è in contraddizione con il metodo «best estimate».

Groupe Mutuel chiede di indicare chiaramente quali sono gli eventi di grande importanza sia per motivi di certezza giuridica, sia per evitare che con il tempo questo concetto si estenda. A tale scopo, propone di modificare il testo come segue: «Sono considerati di grande importanza ai sensi dell'articolo 35 capoverso 3 LVAMal ~~sempre~~ *soprattutto* gli eventi seguenti: a. le condizioni di cui all'articolo 5 LVAMal non sono più soddisfatte; b. le riserve sono inferiori all'ammontare minimo di cui all'articolo 12 o gli accantonamenti sono inferiori al bisogno di cui all'articolo 15. c. è stato commesso un reato che può avere una notevole ripercussione sull'assicuratore.

Articolo 73 Situazione finanziaria a rischio

Secondo VD, questa disposizione permette di stabilire se la situazione finanziaria di un assicuratore è a rischio, ma non indica se l'autorità di vigilanza deve tenere conto della situazione finanziaria consolidata del gruppo. La situazione finanziaria di un assicuratore potrebbe infatti essere legata alla scelta della dirigenza, dell'organizzazione e dell'amministrazione della holding. In effetti, sarebbe interessante capire perché alcuni assicuratori di una holding (operanti nel medesimo Cantone) pur non praticando la selezione dei rischi hanno una buona situazione finanziaria rispetto ad altri. Nel caso non si riuscisse a individuarne i motivi, prima di ordinare un eventuale aumento dei premi, non spetta forse alla holding provvedere alla ricapitalizzazione degli assicuratori in questione? VD propone pertanto di completare questo articolo indicando in quale misura l'autorità di vigilanza, nel valutare la situazione finanziaria di un assicuratore facente parte di un gruppo, deve tenere conto della situazione finanziaria di quest'ultimo.

CSS e SAV-ASA fanno notare che la vigilanza esercitata dall'UFSP ha lo scopo di preservare la solvibilità e di proteggere dagli abusi, e che una strategia di intervento deve di conseguenza basarsi sul test di solvibilità LAMal. Per questo motivo, CSS chiede lo stralcio dell'articolo 73.

L'assicuratore Turbenthal propone di modificare il capoverso 1 come segue: «... per più di ~~due~~ *tre* anni ...».

Articolo 74 Trasferimento dell'effettivo degli assicurati

Secondo l'assicuratore Turbenthal il trasferimento dell'effettivo degli assicurati è già disciplinato nella LAMal, per cui questa disposizione è superflua e deve essere stralciata.

L'OMCT è del parere che, in caso di trasferimento di effettivi di assicurati, in collaborazione con la FINMA, devono essere tutelati i diritti soggettivi degli assicurati trasferiti anche per le assicurazioni complementari, con la garanzia di poter contare su una copertura equivalente a quella di cui disponevano in precedenza. La collaborazione tra autorità di vigilanza in questo senso deve essere formalmente codificata attraverso un capoverso 3 (nuovo) del tenore seguente: «D'intesa con l'autorità di vigilanza nelle assicurazioni complementari, agli assicurati oggetto di trasferimento deve essere garantita una copertura assicurativa complementare equivalente.»

Articolo 75 Verifica delle transazioni tra assicuratore e altre imprese

PPD, PLR, USC, santésuisse, gli assicuratori Assura, Visana e ÖKK, SVK, FER ed EXPERTsuisse criticano questa disposizione che, a loro modo di vedere, disattende la volontà del legislatore di non inserire nella LVAMal il principio della vigilanza sui gruppi. A loro modo di vedere, infatti, subordinando qualsiasi transazione interna ed esterna a un gruppo all'autorizzazione dell'autorità di vigilanza, l'OVAMal va ben oltre la LVAMal. L'esame preliminare delle transazioni da parte dell'autorità di vigilanza costituisce un'interferenza inammissibile nella libertà imprenditoriale e introduce la vigilanza sui gruppi espressamente rifiutata dal legislatore. Il SAB propone di riformulare le disposizioni sulle transazioni ridimensionandone la portata.

FMH, USAM e gli assicuratori Turbenthal e Groupe Mutuel chiedono lo stralcio dell'articolo 75.

MFE propone di stralciare la verifica da parte delle autorità o di limitarla ai casi in cui sussistano sospetti fondati.

Il PPD chiede di stralciare l'obbligo degli assicuratori di sottoporre le proprie transazioni all'autorità di vigilanza per verifica 15 giorni prima che esse esplicino i loro effetti giuridici.

Altri partecipanti all'indagine conoscitiva, segnatamente PS, USS, ASMAC e le organizzazioni per la protezione dei consumatori SKS-FPC, FRC e ACSI, approvano esplicitamente questa disposizione. Secondo il PS, l'articolo 75 costituisce la base minima assolutamente necessaria per poter controllare i flussi finanziari.

Capoverso 1

economiesuisse, medswiss.net, SVV-ASA, RVK, curafutura, gli assicuratori CSS e Helsana ritengono che questa disposizione vada oltre la base legale, ingerisca nelle competenze gestionali degli assicuratori, comporti una marea insensata di invii all'autorità di vigilanza e sia di difficile applicazione. Propongono pertanto di riformularla come segue: «*L'autorità di vigilanza verifica le transazioni tra un assicuratore attivo nell'assicurazione sociale malattie e un'altra impresa se sussistono sospetti fondati. Un sospetto fondato sussiste se l'ufficio di revisione esterno, nell'ambito della sua verifica ai sensi dell'articolo 25 capoverso 1 lettera b LVAMal, constata che una transazione non è stata effettuata alle normali condizioni di mercato oppure in caso di dubbi fondati riguardo al rispetto del principio della destinazione vincolata delle risorse.*»

Capoversi 2, 3 e 4

I fautori della riformulazione del capoverso 1 chiedono anche lo stralcio dei capoversi 2, 3 e 4.

Articolo 76 Disposizioni applicabili alle società holding

La SVK esprime un giudizio critico su questa disposizione.

Gli assicuratori Turbenthal, Visana e Groupe Mutuel ne chiedono lo stralcio.

Le organizzazioni per la protezione dei consumatori SKS-FPC e ACSI la accolgono favorevolmente.

Capoverso 1

VD e FMH chiedono un'aggiunta a questa disposizione affinché la holding sia tenuta a mostrare in quale misura la costituzione di una nuova società di assicurazione crei un valore aggiunto per gli assicurati ai sensi della LVAMal.

santésuisse chiede lo stralcio del rinvio all'articolo 7 capoverso 2 lettera j LVAMal.

Capoverso 3 (nuovo)

La FMH chiede l'aggiunta di un capoverso 3 del tenore seguente: «*La costituzione di un nuovo assicuratore o l'integrazione di un assicuratore in un gruppo non è autorizzata se persegue principalmente la selezione dei rischi.*»

Articoli da 77 a 80 Istituzione comune

Nessuna osservazione.

Articolo 81 Informazione del pubblico

CDS e i Cantoni BE, BS, JU, TG, TI e VD sottolineano che, oltre alle informazioni menzionate, deve essere pubblicato anche un quadro d'insieme delle riserve eccessive delle assicurazioni, che in caso di riduzione sarebbero a disposizione nei singoli Cantoni o per i singoli assicurati.

Anche AG osserva che, in aggiunta alle informazioni menzionate, occorre mettere a disposizione del pubblico anche indicazioni, per ciascun Cantone e assicurazione, sulle riserve, sugli accantonamenti e sui premi incassati in eccesso o in difetto, visto che potrebbero influenzare la scelta dell'assicurazione e non vi è alcun motivo per nasconderle al pubblico. Dopotutto, l'assicurazione malattie secondo la LAMal è un'assicurazione sociale obbligatoria senza scopo di lucro.

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio delle lettere c e d.

Articolo 82 Dati degli assicuratori

L'USAM fa notare che la quantità di dati che devono essere trasmessi è sproporzionata e chiede una sua sostanziale diminuzione.

Secondo MFE e FMH, gli articoli 82 e 83 OVAMal vanno oltre la prescrizione legale dell'articolo 35 capoverso 2 LVAMal e non sono quindi conformi alla legge. Infatti, mentre la disposizione della LVAMal cita le informazioni necessarie per vigilare sull'attività delle assicurazioni-malattie, le disposizioni dell'ordinanza menzionano diversi dati che servono ad altri scopi, per esempio al controllo dell'economicità e della qualità delle prestazioni (prestazioni che presumibilmente sono fornite da fornitori di prestazioni che esulano dal campo di applicazione dell'OVAMal). Se l'articolo 82 venisse adottato così come proposto, l'autorità di vigilanza si troverebbe a gestire una quantità di dati di gran lunga superiore a quella di cui necessita per esercitare la sua funzione di controllo.

La MFE è del parere che, così come presentati, gli articoli 82 e 83 violino le disposizioni legali sulla protezione dei dati, visto che la trasmissione non è limitata ai dati aggregati e che il suo scopo non è definito in modo sufficientemente chiaro. La raccolta ampliata di dati così come proposta non può essere codificata a livello di ordinanza.

Entrambi gli articoli necessitano pertanto di una completa rielaborazione. I dati sanitari della popolazione sono un bene troppo sensibile per poter giustificare un sistema basato sulla casualità soprattutto se, come proposto, prevede l'obbligo di trasmettere dati individuali («per assicurato»). La FMH adduce inoltre che solo l'Ufficio federale di statistica è autorizzato a collegare dati e che tali collegamenti possono essere fatti solo a fini statistici e non di vigilanza.

medswiss.net fa notare che una trasmissione di dati ampia come quella prevista dal progetto dell'OVAMal non può riflettere la volontà del legislatore e non è nemmeno necessaria per esercitare la funzione di vigilanza. medswiss.net chiede pertanto una profonda rielaborazione degli articoli 82 e 83 nel rispetto dello scopo legale. Affinché la proporzionalità sia garantita occorre che l'UFSP, per adempiere il suo compito di vigilanza, sia autorizzato a rilevare solo dati aggregati. Anche le vigenti disposizioni esecutive dell'OAMal devono essere riviste in tal senso. Questi articoli non devono porre l'accento su «tutte le informazioni e i documenti giustificativi necessari», bensì sui dati «necessari all'esercizio della vigilanza».

pharmaSuisse sottolinea che la quantità di dati da trasmettere deve essere appropriata e proporzionata. Dato che i costi amministrativi che ne risultano sono a carico degli assicurati, occorre prestare attenzione affinché il principio di proporzionalità rimanga preservato. Per motivi di costi e di efficienza, a una raccolta di dati sistematica e indifferenziata pharmaSuisse preferirebbe un'indagine mirata su denuncia o sulla base di un sospetto, anche se ciò richiederebbe una revisione completa dell'ordinanza.

curafutura fa notare che, in generale, non è chiaro per quale scopo i dati individuali degli assicurati vengano raccolti e utilizzati. Le rilevazioni in questione, infatti, oltre a cagionare enormi oneri amministrativi agli assicuratori (e all'autorità di vigilanza), contribuiscono in misura determinante a rendere il paziente trasparente. Mentre gli assicuratori-malattie sono sottoposti a un'ampia legislazione in materia di protezione dei dati nonché, a intervalli regolari, a controlli volti a verificare se rispettano le relative prescrizioni, con la trasmissione di dati prevista, l'autorità di vigilanza si ritroverà sommersa da una valanga gigantesca di dati non necessari ai fini della vigilanza.

Ad oggi l'autorità di vigilanza non può addurre alcuna motivazione plausibile riguardo all'uso dei dati conforme allo scopo. Tutto ciò che si può constatare è che i risultati sinora ottenuti dall'autorità di vigilanza non richiedevano la raccolta di dati individuali. A suo modo di vedere, le disposizioni degli articoli 82 e 83 OVAMal devono essere completamente rielaborate e, affinché il principio della proporzionalità sia rispettato, occorre che l'UFSP sia autorizzato a raccogliere ai fini della vigilanza solo dati aggregati. Al riguardo, curafutura è del parere che anche le vigenti disposizioni esecutive dell'OAMal debbano essere riviste in tal senso.

curafutura fa inoltre notare che l'articolo 85 OVAMal estende la vigilanza sugli assicuratori ai loro partner commerciali senza alcuna base legale per farlo. Ciò vale anche per il vigente articolo 28a OAMal.

santésuisse e SVK osservano che, in linea generale, la trasmissione di dati personali non aggregati più disparati (dati individuali a livello di posizioni tariffali) richiesta dall'ordinanza rende il paziente trasparente. Per esercitare la funzione di vigilanza prevista dalla legge, tali dati non sono necessari e pongono inoltre la questione della loro protezione. Una trasmissione di dati come quella prevista dall'OVAMal estende notevolmente la prassi attuale per cui, malgrado la base legale sancita nell'OAMal, deve essere considerata sproporzionata. Infine, non è chiaro a quale scopo l'autorità di vigilanza richieda una quantità di dati di gran lunga superiore a quella necessaria ai fini della vigilanza.

Gli assicuratori Visana e ÖKK ritengono che, in generale, la consegna anticipata di dati individuali sia sproporzionata, soprattutto in relazione all'esercizio della funzione di vigilanza da parte dell'UFSP, alla destinazione di tali dati e agli oneri burocratici che arreca agli assicuratori.

Il kf si dice perplesso riguardo l'impatto del progetto di ordinanza sulla protezione dei dati. La raccolta di dati per «farne scorta» va ben oltre i fini della vigilanza e non è nell'interesse dei consumatori.

curafutura, Helsana e CSS osservano che l'articolo 35 LVAMal non permette di dedurre una trasmissione sistematica e così ampia di dati all'autorità di vigilanza. A loro modo di vedere, le disposizioni in materia sono assolutamente sproporzionate in quanto consentono di rilevare tutti i dati esistenti incluse le singole posizioni tariffali a livello del singolo assicurato. Una rilevazione di dati così ampia non può essere giustificata né dallo scopo legale né da un interesse pubblico. Le disposizioni in questione generano invece un flusso gigantesco di dati. Anche

un'autorità di vigilanza può esigere solo i dati di cui necessita per adempiere i suoi compiti concreti, ma nel progetto di ordinanza manca una concretizzazione in tal senso. curafutura, Helsana e CSS propongono quindi di riformulare il capoverso 1 come segue: «L'autorità di vigilanza elabora i dati che gli assicuratori devono trasmetterle conformemente all'articolo 35 capoverso 2 LVAMal ai fini della vigilanza e nel rispetto della LVAMal» e di stralciare le lettere a-j.

Secondo santésuisse e SASIS, gli assicuratori-malattie, in base all'articolo 35 LVAMal, non trasmetterebbero dati personali e rifiuterebbero un'estensione dell'attuale prassi di trasmissione di dati all'UFSP come previsto per esempio dal progetto « Spezifikation Statistikerhebung der Aufsicht für das Berichtsjahr 2013 mit ISAK, versione 1.2.3 del 29.04.2014» (non disponibile in italiano) e in particolare dalla sua estensione « Spezifikation Statistikerhebung der Aufsicht für das Berichtsjahr 2014 mit ISAK, versione 0.9.8.9 del 27.04.2015». I due partecipanti all'indagine conoscitiva ritengono sproporzionata la richiesta di dati personali e che la trasmissione di dati per la vigilanza sia già disciplinata dalla LAMal o dall'OAMal. Non capiscono inoltre per quale motivo l'OVAMal debba contemplare le stesse disposizioni sulla trasmissione di dati da parte degli assicuratori-malattie. Una doppia rilevazione come quella prospettata è inutile, dispendiosa e antieconomica, e deve quindi essere respinta.

La SVV-ASA fa notare che l'articolo 35 LVAMal non prevede una trasmissione di dati all'autorità di vigilanza sistematica e ampia come quella proposta. La legge stabilisce che gli assicuratori sono tenuti «a fornire annualmente indicazioni sui dati relativi alla loro attività nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie». I dati «per assicurato» che secondo l'ordinanza devono essere forniti non costituiscono però «indicazioni sui dati», in altre parole a dover essere consegnati sono i dati veri e propri. Una trasmissione di dati di tale portata non può riflettere la volontà del legislatore né può essere necessaria per l'adempimento dei fini di vigilanza. Per questi motivi, l'articolo 82 deve essere considerato sproporzionato. La SVV-ASA propone pertanto di modificare il capoverso 1 come segue: «L'autorità di vigilanza elabora i dati che gli assicuratori devono trasmetterle conformemente all'articolo 35 capoverso 2 LVAMal ai fini della vigilanza e nel rispetto della LVAMal» e di stralciare le lettere a-j.

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio dell'articolo 82.

Riguardo l'articolo 82 capoverso 1 OVAMal, Groupe Mutuel sostiene che l'articolo 35 LVAMal non permette di dedurre una trasmissione di dati sistematica e ampia come quella prevista nel progetto di ordinanza. La raccolta proposta va oltre il necessario ai fini della vigilanza, è sproporzionata e non può essere giustificata da un interesse pubblico. A questo proposito anche le relative disposizioni dell'OAMal devono essere riviste. Groupe Mutuel chiede quindi di modificare la formulazione dell'articolo 82 capoverso 1 OVAMal come segue: «L'autorità di vigilanza elabora i dati che gli assicuratori devono trasmetterle conformemente all'articolo 35 capoverso 2 LVAMal ai fini della vigilanza sull'assicurazione sociale malattie ai sensi della LVAMal».

Riguardo agli articoli 82 e 83, SKS-FPC, FRC e ACSI sottolineano l'assoluta necessità di garantire l'anonimato degli assicurati e la protezione dei dati.

Articolo 83 Genere ed entità dei dati trasmessi dagli assicuratori

La FER osserva che, conformemente all'articolo 35 LVAMal, le imprese sottoposte a vigilanza sono tenute a fornire all'autorità di vigilanza tutte le informazioni e i documenti giustificativi necessari all'esercizio della vigilanza sull'assicurazione sociale malattie. L'articolo 83 OVAMal esige tuttavia che l'assicuratore trasmetta ogni anno all'autorità di vigilanza dati completi e precisi per ciascun assicurato. Una simile raccolta di dati va oltre il quadro e lo scopo della legge senza che ciò sia giustificato e genererà una valanga di informazioni difficilmente elaborabile dall'autorità di vigilanza. Inoltre, questi requisiti sono pressoché incompatibili con i principi generali della protezione dei dati (scopo, legalità, proporzionalità ecc.) e in particolare con

l'articolo 17 LPD secondo cui gli organi federali possono trattare i dati degni di particolare protezione soltanto se lo prevede esplicitamente una legge in senso formale, ciò che non è manifestamente il caso in questa sede.

economiesuisse osserva che questo articolo esige la trasmissione di una quantità eccessiva di dati troppo dettagliati. Il rischio di creare un cimitero di dati è quindi alto. Agli assicuratori-malattie si chiede inoltre di trasmettere indicazioni superflue, facendo aumentare inutilmente i costi amministrativi. economiesuisse chiede pertanto di ridimensionare sensibilmente la portata dell'articolo 83 capoverso 1, in particolare delle lettere b, c, e, f e h, nonché di stralciare i capoversi 5-7.

Riguardo alla compensazione dei rischi, curafutura, Helsana e CSS fanno notare che quelli richiesti non sono dati relativi alla vigilanza, bensì indicazioni necessarie per attuare la compensazione dei rischi. curafutura propone di disciplinare la raccolta di dati ai fini della compensazione dei rischi separatamente nella pertinente ordinanza (OCoR). I partecipanti all'indagine conoscitiva menzionati propongono quindi di riformulare l'articolo 83 capoverso 1 come segue: «L'assicuratore trasmette all'autorità di vigilanza in forma aggregata in particolare i dati seguenti: a. l'età, il sesso e il luogo di residenza degli assicurati» e di stralciare le lettere b, c, e, f e h del capoverso 1 nonché i capoversi 5-7.

Secondo SASIS e santésuisse, l'intero articolo 83 OVAMal deve essere messo in discussione. La trasmissione di dati individuali per «farne scorta» è sproporzionata. Inoltre, l'anonimato degli assicurati non è sempre garantito. In ogni caso, l'onere imposto agli assicuratori-malattie per la messa a disposizione dei dati deve essere ridotto al minimo (cfr. art. 82 cpv. 2 OVAMal).

Il capoverso 1 lettera e stabilisce che gli assicuratori devono trasmettere i dati relativi alle fatture ricevute. Concretamente, la trasmissione di tali dati comprendenti il numero di fattura, l'indicazione dell'assicurato, il numero RCC del fornitore di prestazioni e la posizione tariffale comporta di fatto l'invio elettronico a Berna di tutti i giustificativi contabili (ca. 80-100 milioni l'anno). Questa disposizione è pertanto sproporzionata e costituisce un classico caso di accumulo di dati, responsabile di un onere finanziario supplementare considerevole a carico sia degli assicuratori sia dell'UFSP.

SASIS e santésuisse non capiscono per quale motivo l'UFSP esiga dagli assicuratori questo livello di dettaglio per fornitore di prestazioni e posizione tariffale quando l'UST richiede già questi dati (dati variabili e anagrafici) direttamente ai fornitori di prestazioni mediche (progetto MARS, statistica degli ospedali DRG).

La SASIS riconosce in linea di principio la necessità di rilevare i dati per assicurato al posto di quelli non critici sui gruppi di assicurati raccolti sinora (p. es. in funzione della fascia di età, del sesso, del Cantone di residenza ecc.). L'approccio dell'ordinanza volto a raccogliere tutte le fatture per paziente è alquanto critico e incompatibile con il modo di procedere della SASIS. Inoltre, dal 2016, nel pool dei dati e delle tariffe i dati esistenti saranno dettagliati anche per assicurato anonimizzato e provvisti di un numero progressivo non significativo. La SASIP è disposta a mettere a disposizione dell'UFSP anche questi dati dettagliati relativi al settore ambulatoriale e stazionario, ma né la SASIS né l'UFSP potranno creare un collegamento tra questi dati e il numero AVS, critico dal punto di vista della protezione dei dati.

Il capoverso 1 lettera f stabilisce che i dati per paziente devono indicare chi ha fornito o prescritto la prestazione, eppure attualmente non esiste alcun obbligo diretto per i fornitori di prestazioni di documentare o indicare sulla fattura le prestazioni prescritte.

Il capoverso 2 esige che i dati siano trasmessi in formato digitale. Secondo la SASIS, la sua attuazione a questo livello di dettaglio pone parecchi problemi vista la mancanza di requisiti qualitativi e di sanzioni pertinenti soprattutto per i fornitori di prestazioni. L'elaborazione completa dei dati secondo quanto prescritto si prospetta molto difficoltosa. In base all'esperienza del pool tariffale, la quota di giustificativi per posizione tariffale disponibili in formato elettronico si situa tra il 60 e l'80 per cento (fatture cartacee, fatturazioni forfettarie, settore delle cure, riabilitazione, psichiatria ecc.). Inoltre, questa disposizione costringe gli assicuratori a trasmettere le loro fatture per posizione tariffale, mentre i fornitori di prestazioni mediche non sono

obbligati a emettere fatture con questo livello di dettaglio, in formato elettronico e qualitativamente ineccepibili. Ciò comporta oneri supplementari per gli assicuratori e un risultato insoddisfacente da punto di vista della qualità per l'UFSP. Se l'assicuratore volesse trasmettere correttamente i dati secondo queste prescrizioni, dovrebbe rispedire agli assicurati i giustificativi per la richiesta di rimborso incompleti e non strutturati e rifiutare le fatture incomplete e non strutturate dei fornitori di prestazioni. A ciò si aggiunge l'enorme mole di lavoro manuale supplementare che l'assicuratore sarebbe chiamato a svolgere per registrare le fatture.

La SVV-ASA chiede di modificare il capoverso 1 come segue: «L'assicuratore trasmette all'autorità di vigilanza in forma aggregata in particolare i dati seguenti: a. l'età, il sesso e il luogo di residenza degli assicurati» e di stralciare le lettere b, c, d, e, f, g e h del capoverso 1 nonché i capoversi 5-7.

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio dell'articolo 83 OVAMal (troppo oneroso, protezione dei dati, affermazioni errate).

Groupe Mutuel chiede di stralciare le lettere b, c, e, f e h del capoverso 1, e i capoversi 5 e 6.

Articolo 84 Dati dell'istituzione comune

Nessuna osservazione.

Articolo 85 Dati di terzi incaricati dagli assicuratori

Secondo l'USC, la LVAMal regola in modo esaustivo l'accesso dell'UFSP alle informazioni. L'articolo 35 LVAMal menziona altresì in modo esaustivo tutti i soggetti tenuti a fornire informazioni in questo senso. La legge non prevede un accesso ai partner esterni per cui l'articolo 85 OVAMal è illegale. Un simile accesso, inoltre, viola la legislazione federale in materia di protezione dei dati.

La MFE fa notare che questa disposizione estende la vigilanza dell'UFSP a terzi che intrattengono relazioni d'affari con gli assicuratori-malattie, ma essendo priva di una base legale deve essere stralciata.

medswiss.net osserva che l'articolo 85 estende la vigilanza sugli assicuratori ai loro partner commerciali, per esempio alle reti di medici affiliate a medswiss.net. Analogamente all'articolo 28a OAMal, anche questa disposizione non ha una base legale per cui medswiss.net chiede che venga stralciata.

curafutura, Helsana e CSS evidenziano che l'articolo 85 non poggia su alcuna base legale e di conseguenza deve essere stralciato.

SASIS e santésuisse sottolineano che la legge non prevede alcun accesso ai dati né dei partner esterni e commerciali né delle organizzazioni di categoria degli assicuratori, per cui l'articolo 85 OVAMal è illegale. Mancano inoltre misure concrete che consentano a un terzo incaricato di difendersi da questi accessi che, tra l'altro, violano la legislazione federale in materia di protezione dei dati. La SASIS potrebbe essere considerata dall'UFSP un terzo incaricato, malgrado svolga funzioni operative su mandato degli assicuratori e dei loro affiliati e delle loro associazioni. Con questo articolo, l'autorità di vigilanza potrebbe costringere la SASIS a infrangere le prescrizioni in materia di protezione dei dati e i segreti d'affari sanciti nei contratti stipulati con i suoi clienti, agendo secondo modalità che alla SASIS sono note solo dalla procedura penale o dalla comunicazione di dati ai sensi dell'articolo 84a LAMal. Azioni di questo tipo comprometterebbero la sicurezza dei dati degli assicurati, degli assicuratori e dei partner commerciali coinvolti.

Gli assicuratori Visana e Turbenthal, SVV-ASA e Groupe Mutuel fanno anch'essi notare che un diritto d'accesso non è previsto, per cui l'articolo 85 contraddice la legge e, di conseguenza, deve essere stralciato.

comparis sottolinea che questa disposizione sproporzionata deve assolutamente indicare, nel rispetto della LPD, qual è lo scopo di questo tipo di raccolte di dati e qual è la loro utilità per la vigilanza e per gli assicurati.

Articolo 86 Pubblicazione dei dati degli assicuratori

La CDS e i Cantoni AR, BE, BS, JU, TG e UR ritengono che, oltre agli indicatori menzionati, occorra pubblicare anche una panoramica dei premi incassati in eccesso nei Cantoni.

Secondo GE e NE, l'articolo 86 del progetto di ordinanza non è del tutto coerente con gli articoli che lo precedono. Ciò li convince a esigere che i dettagli della contabilità, delle riserve e degli accantonamenti siano resi pubblici per ciascun Cantone. L'articolo in questione prevede la pubblicazione per regione di premio di dieci indicatori specifici, tra cui le riserve e gli accantonamenti. Alcuni Cantoni, tuttavia, sono suddivisi in due o addirittura tre regioni di premio. Per poter essere pubblicato questo livello di dettaglio deve essere disponibile. Perché allora non utilizzare sistematicamente i dati cantonali sulla costituzione e la riduzione degli accantonamenti e delle riserve, che altri articoli del progetto di ordinanza considerano soltanto a un livello nazionale aggregato? Questo livello di dettaglio è assolutamente necessario affinché l'UFSP e i Cantoni possano o meno approvare i premi dell'anno successivo, calcolati per Cantone o per regione di premio soprattutto sulla base dei risultati (utile e perdita) dell'esercizio precedente. Dato che i premi sono calcolati per Cantone, anche gli indicatori devono essere pubblicati separatamente per ciascun Cantone. GE e NE propongono pertanto di modificare il capoverso 2 come segue: «L'autorità di vigilanza pubblica per assicuratore e per Cantone i dati relativi all'assicurazione sociale malattie seguenti: a. entrate e uscite; b. risultato per assicurato; c. riserve; d. accantonamenti per casi d'assicurazione non liquidati; e. costi delle cure medico-sanitarie; f. compensazione dei rischi; g. costi amministrativi; h. effettivo degli assicurati.»

TI constata che l'articolo 86 indica quali dati degli assicuratori sono pubblicati dall'UFSP, ma che tra questi non figurano i premi incassati in eccesso nei singoli Cantoni. Chiede pertanto un completamento in tal senso dell'elenco.

curafutura, Helsana e CSS propongono di modificare la lettera a del capoverso 2 come segue: «a. ricavi e spese», di stralciare la lettera j e di introdurre un capoverso 3 (nuovo) del tenore seguente: «L'autorità di vigilanza pubblica il bilancio e il conto d'esercizio.»

Riguardo al capoverso 2 lettera g, SKS-FPC, FRC e ACSI osservano che gli stipendi dei manager devono figurare nelle spese amministrative.

La SVV-ASA chiede che, nel capoverso 2 lettera a i termini «entrate» e «uscite» siano sostituiti rispettivamente con «ricavi» e «spese». Precisa inoltre che il bilancio e il conto d'esercizio non sono indicatori in senso stretto e che la loro giusta collocazione è in un capoverso a sé stante. Propone pertanto di trasformare la lettera j del capoverso 2 in un capoverso 3 (nuovo).

L'assicuratore Turbenthal chiede lo stralcio nel capoverso 2 delle lettere c-f, i e j, poiché i relativi dati sono visibili nella relazione sulla gestione degli assicuratori.

Articoli da 87 a 90

Nessuna osservazione.

Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)

Articolo 91 OAMal

Capoverso 1

USAM, SVV-ASA, curafutura e gli assicuratori CSS ed Helsana chiedono lo stralcio di questo capoverso.

Capoverso 1bis

USAM, SVV-ASA, curafutura e gli assicuratori CSS, Helsana e Groupe Mutuel chiedono lo stralcio di questo capoverso.

Capoverso 1ter

USAM, SVV-ASA, curafutura e gli assicuratori CSS, Helsana e Groupe Mutuel chiedono lo stralcio di questo capoverso.

Articolo 91b OAMal

Capoverso 1

La CDS e i Cantoni AR e SO chiedono di precisare che le regioni di premio vengono controllate come sinora almeno ogni cinque anni.

Groupe Mutuel chiede lo stralcio del secondo periodo.

Capoverso 2

SVV-ASA, curafutura e gli assicuratori CSS e Groupe Mutuel chiedono di modificare il capoverso 2 come segue: «Il Dipartimento consulta i Cantoni e *sente gli assicuratori* prima di ridefinire le regioni di premio.»

Capoverso 3

La CDS auspica che, in caso di aggregazioni comunali, il Cantone venga consultato alla stessa stregua di quando il Dipartimento deve procedere a una ridefinizione delle regioni di premio di cui al capoverso 2.

Articolo 99 OAMal

Capoverso 1

USAM, SVV-ASA, curafutura e gli assicuratori CSS, Helsana e Groupe Mutuel chiedono lo stralcio del secondo periodo; santésuisse lo stralcio dell'intero capoverso.

Modifica dell'ordinanza del 7 novembre 2007 concernente il sussidio della Confederazione per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie (ORPM)

La CDS e circa la metà dei Cantoni chiedono lo stralcio del capoverso 4bis (nuovo) inserito nell'articolo 3, in quanto, a loro modo di vedere, l'erogazione retroattiva di sussidi per la riduzione dei premi comporta un onere sproporzionato. Gli assicurati potrebbero aver cambiato Cantone di residenza o assicuratore e occorrerebbe fare luce su periodi di più anni. L'effetto di un rimborso dei premi da parte di singoli assicuratori verrebbe inoltre eroso dalla presa in considerazione del premio medio dell'anno successivo e dall'evoluzione dei premi dovuti nel corso degli anni precedenti. VD osserva infine che la compensazione non si riferisce al premio pagato dall'assicurato bensì a una media cantonale.

ZG fa notare che, nel suo messaggio del 15 febbraio 2012 concernente la LVAMaI, il Consiglio federale sosteneva che il disegno di legge non avrebbe toccato i Cantoni e i Comuni né avrebbe avuto conseguenze finanziarie dirette su di loro (FF 2012, pag. 1623 segg., cap. 3.2). Sarebbe pertanto contrario al principio della buona fede se ora la Confederazione riducesse il proprio sussidio per la riduzione dei premi – di fatto a scapito dei Cantoni – quando un assicuratore opera una compensazione dei premi.

Allegato: Elenco dei partecipanti all'indagine conoscitiva²

Abbreviazione	Autore del parere
<i>Cantoni</i>	
AG	Consiglio di Stato del Cantone di Argovia
AR	Consiglio di Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Consiglio di Stato del Cantone di Berna
BL	Consiglio di Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Consiglio di Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Consiglio di Stato del Cantone di Friburgo
GE	Consiglio di Stato del Cantone di Ginevra
GL	Consiglio di Stato del Cantone di Glarona
GR	Consiglio di Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Consiglio di Stato del Cantone di Giura
LU	Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone di Lucerna
NE	Consiglio di Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Consiglio di Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Dipartimento delle finanze del Cantone di Obvaldo
SG	Consiglio di Stato del Cantone di San Gallo
SH	Consiglio di Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Consiglio di Stato del Cantone di Soletta
SZ	Consiglio di Stato del Cantone di Svitto
TG	Consiglio di Stato del Cantone di Turgovia
TI	Consiglio di Stato del Cantone del Ticino
UR	Landamano e Consiglio di Stato del Cantone di Uri
VD	Consiglio di Stato del Cantone di Vaud
VS	Consiglio di Stato del Cantone del Vallese
ZG	Direzione della sicurezza del Cantone di Zugo
ZH	Direzione della sanità del Cantone di Zurigo
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
<i>Partiti</i>	
PPD	Partito popolare democratico
PLR	PLR. I Liberali Radicali
PS	Partito socialista svizzero
UDC	Unione democratica di centro
<i>Associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna</i>	
ACS	Associazione dei Comuni svizzeri
UCS	Unione delle città svizzere
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna
<i>Associazioni mantello dell'economia</i>	
Centre Patronal	
economiesuisse	economiesuisse
FER	Fédération des entreprises romandes
SSIC	Società svizzera degli impiegati di commercio
USC	Unione svizzera dei contadini
USS	Unione sindacale svizzera
USAM	Unione svizzera delle arti e mestieri

² In ordine alfabetico in base alle abbreviazioni in tedesco.

Ambienti interessati	
Fornitori di prestazioni	
FMH	Federazione dei medici svizzeri
FSP	Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
MFE	Medici di famiglia Svizzera - Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
H+	Gli Ospedali Svizzeri
medswiss.net	Associazione svizzera delle reti di medici
OMCT	Ordine dei medici del Cantone Ticino
pharmaSuisse	Società svizzera dei farmacisti
SSO	Società svizzera odontoiatri
ASMAC	Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
Assicuratori	
Assura	
Concordia	
CSS	
curafutura	curafutura – Gli assicuratori-malattia innovativi
IC LAMal	Istituzione comune LAMal
Groupe Mutuel	
Helsana	Helsana Assicurazioni SA
ÖKK	
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
RVK Rück	RVK Rück AG
SASIS	SASIS SA – Gli assicuratori malattia svizzeri
santésuisse	santésuisse – Gli assicuratori malattia svizzeri
SVK	Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia
SVV-ASA	Associazione svizzera d'assicurazioni
Sympany	
tarifsuisse	tarifsuisse sa
Turbenthal	Krankenkasse Turbenthal
Visana	
Assicurate & assicurati / Consumatrici & consumatori / Pazienti	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana
DVSP-FSP	Dachverband schweizerischer Patientenstellen – Fédération suisse des patients
FRC	Fédération romande des consommateurs
kf	Konsumentenforum
SKS-FPC	Fondazione per la protezione dei consumatori
Diversi	
BFG	Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen
comparis	comparis.ch SA
EXPERTsuisse	EXPERTsuisse – Associazione svizzera di esperti in audit, fiscalisti e fiduciari
SAV-ASA	Associazione svizzera degli attuari
COMCO	Commissione della concorrenza