

12.027

**Messaggio
concernente la legge federale sulla vigilanza
sull'assicurazione sociale malattie**

del 15 febbraio 2012

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di legge sulla vigilanza sull'assicurazione sociale malattie.

Vi proponiamo nel contempo di togliere di ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| 2010 | P | 09.3976 | Migliorare la vigilanza e irrigidire i controlli sulle casse malati (N 14.6.10, Commissione della sicurezza sociale e della sanità CN) |
| 2010 | P | 09.4327 | Affidare a un organo neutrale la vigilanza di diritto finanziario sulle assicurazioni sociali (N 19.3.10, Humbel) |
| 2011 | M | 10.3745 | Ridurre le riserve in esubero nell'assicurazione malattie obbligatoria (S 15.12.10, Maury Pasquier; N 12.9.11) |
| 2011 | M | 10.3799 | Trasparenza sugli onorari versati dalle casse malati (N 17.12.10, Giezendanner; S 30.5.11) |
| 2011 | M | 10.3887 | Riserve nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (N 16.12.10, Commissione della sicurezza sociale e della sanità CN; S 9.3.11) |

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

15 febbraio 2012 In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Eveline Widmer-Schlumpf
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

Compendio

La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) mira principalmente a garantire il finanziamento dell'assicurazione sociale malattie. Al momento dell'elaborazione della LAMal la vigilanza dell'assicurazione malattie aveva ancora un'importanza limitata. Il presente disegno di legge colma questa lacuna apportando miglioramenti soprattutto nell'ambito della sicurezza finanziaria, della gestione aziendale delle casse malati, dei poteri e delle competenze dell'autorità di vigilanza nonché delle disposizioni penali. Oltre a essere adeguata alle circostanze attuali, la vigilanza si trova così rafforzata allo scopo di proteggere l'assicurazione sociale malattie e gli assicurati. Le casse malati godono inoltre di maggiore trasparenza.

A. Gestione aziendale

La LAMal non prevede requisiti in materia di gestione aziendale per le casse malati che propongono l'assicurazione sociale malattie. Per esempio non prescrive esami di onorabilità e idoneità per i membri della direzione o degli organi di controllo. Le casse malati sono inoltre libere di organizzarsi e di condurre i loro controlli interni come meglio credono. L'attuale disciplina non corrisponde più a una moderna gestione degli affari come esigono le associazioni di categoria o le autorità di vigilanza.

La legge deve quindi comprendere disposizioni basate sui principi di gestione aziendale, applicabili anche alle piccole casse malati, che saranno concretizzati a livello di ordinanza.

B. Vigilanza dei gruppi

Talvolta l'assicurazione sociale malattie e l'assicurazione malattie complementare sono proposte dalla stessa persona giuridica. In alcuni casi entrambi i rami assicurativi si riallacciano a persone giuridiche diverse ma appartenenti allo stesso gruppo. In entrambi i casi per l'autorità di vigilanza è utile, se non addirittura indispensabile, poter beneficiare di uno scambio di informazioni. È quindi necessario istituire una base giuridica che consenta lo scambio di informazioni con altre autorità di vigilanza, segnatamente con l'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA).

Spesso in seno ai gruppi assicurativi alcune attività, come l'investimento patrimoniale, sono svolte in modo centralizzato da un'unità giuridica. La legge consentirà alla vigilanza di emanare norme nell'ambito della delega dei compiti (outsourcing), affinché l'obiettivo della vigilanza stessa, ossia il rispetto dei principi di base dell'assicurazione sociale malattie, possa continuare ad essere raggiunto.

C. Riserve e solvibilità

L'autorità di vigilanza può revocare l'autorizzazione di esercitare a una cassa malati che non è più in grado di onorare i suoi impegni finanziari e se non esistono prospettive di risanare la situazione. Ciò avviene per lo più solo al momento in cui non vi è più sufficiente denaro a disposizione per coprire tutte le fatture in sospeso. In tal caso interviene il fondo per i casi di insolvenza, una misura che sarebbe meglio evitare. Per poter agire in modo rapido e appropriato in caso di insolvenza di una cassa malati sono necessarie nuove basi legali.

Le casse malati, in concorrenza le une con le altre, non possono perseguire uno scopo di lucro. Per principio non hanno quindi nessun interesse a disporre di riserve maggiori del dovuto. La determinazione delle riserve in funzione dei rischi incorsi consente di fissare le riserve necessarie per ogni cassa malati.

D. Determinazione e approvazione dei premi

Le tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie richiedono l'approvazione dell'autorità di vigilanza.

Nella presente legge è precisata la procedura e sono istituiti nuovi mezzi che consentono di negare l'approvazione delle tariffe dei premi in talune situazioni, segnatamente quando i premi non coprono i costi o se sono troppo elevati. L'autorità di vigilanza deve inoltre poter decidere la restituzione dei premi incassati in eccesso se a posteriori risulta che i premi erano troppo elevati. I premi troppo bassi devono essere compensati mediante riserve, che saranno ricostituite l'anno successivo mediante un aumento dei premi.

E. Provvedimenti conservativi

Le esperienze maturate dall'autorità di vigilanza sulle casse malati hanno dimostrato la necessità di introdurre nuovi e ampi provvedimenti normativi per continuare a garantire una vigilanza funzionale nel settore della LAMal. La situazione economica di alcuni assicuratori ha già spinto l'autorità di vigilanza ad adottare, pur senza un'esplicita base legale, provvedimenti per sollecitare le casse malati al risanamento o a salvare la loro impresa. Per questo motivo la legge è completata con disposizioni relative a provvedimenti conservativi. Ciò consentirà di prendere i provvedimenti necessari nei confronti dell'organo di controllo (consiglio d'amministrazione, consiglio di fondazione e comitato) e della direzione.

F. Revoca dell'autorizzazione

L'esperienza ha mostrato che le competenze dell'autorità di vigilanza relative alla revoca dell'autorizzazione sono insufficienti. La legge prevede pertanto che il fallimento di una cassa malati può essere aperto solo previa autorizzazione dell'autorità di vigilanza. Questa è una condizione importante per garantire la copertura assicurativa per tutti gli assicurati in qualsiasi momento.

G. Sanzioni

Attualmente l'autorità di vigilanza può, a seconda della natura e della gravità delle mancanze, ripristinare uno stato conforme all'ordine legale a spese dell'assicuratore, infliggere multe fino a un importo massimo di 5000 franchi o proporre la revoca dell'autorizzazione. Visto l'attuale volume dei premi della maggior parte degli assicuratori, una multa di 5000 franchi non è dissuasiva. D'altro canto in molti casi la revoca dell'autorizzazione non è appropriata. All'autorità di vigilanza manca la possibilità di comminare multe più elevate e obbligare gli organi dirigenti delle casse malati a rendere conto.

Indice

Compendio	1624
1 Punti essenziali del progetto	1628
1.1 Normativa vigente	1628
1.2 Problemi attuali	1628
1.3 Mandato	1629
1.4 Nuovo disciplinamento proposto	1630
1.4.1 Obiettivi	1630
1.4.2 Competenza in materia di vigilanza	1630
1.4.3 Novità essenziali in materia di vigilanza	1630
1.5 Rapporto con il diritto europeo	1631
1.5.1 Prescrizioni dell'Unione europea	1631
1.5.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa	1631
1.6 Interventi parlamentari	1632
1.7 Risultati della consultazione	1633
1.8 Rapporto tra il disegno e altre modifiche di legge in discussione	1635
2 Commenti ai singoli articoli	1635
3 Ripercussioni	1674
3.1 Per la Confederazione	1674
3.2 Per i Cantoni e i Comuni	1675
3.3 Per l'economia	1675
3.4 Ripercussioni finanziarie sull'assicurazione malattie	1675
4 Programma di legislatura	1675
5 Aspetti giuridici	1675
5.1 Costituzionalità	1675
5.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera	1676
5.3 Forma dell'atto	1676
5.4 Subordinazione al freno alle spese	1676
5.5 Delega di competenze legislative	1677
Legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (Legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie, LVAMal) (Disegno)	1679

Messaggio

1 Puntii essenziali del progetto

1.1 Normativa vigente

Secondo l'articolo 21 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) il nostro Consiglio controlla l'esercizio dell'assicurazione malattie. La vigilanza sull'assicurazione malattie è disciplinata in particolare negli articoli 11–23, 60–66a, 80–91, 92–94, 95a e in diverse ordinanze d'esecuzione relative alla LAMal, segnatamente nell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102). Il nostro Consiglio ha delegato all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) la vigilanza sull'assicurazione malattie ai sensi della LAMal, mentre la vigilanza sull'assicurazione malattie complementare secondo la legge del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1) è assunta dall'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA). Le relative basi legali figurano nella legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA; RS 961.01).

Secondo l'articolo 21 LAMal, l'UFSP può impartire alle casse malati istruzioni per un'applicazione uniforme del diritto federale, chiedere loro tutte le informazioni e tutti i documenti necessari ed effettuare ispezioni (audit). In caso di audit, le casse malati sono tenute a concedere all'UFSP libero accesso a tutte le informazioni pertinenti. Devono altresì presentare all'UFSP i rapporti e i conti annuali.

In virtù dell'articolo 24 OAMal, l'UFSP vigila l'esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. L'UFSP deve provvedere, in virtù dell'articolo 25 OAMal, affinché le casse malati siano costantemente in grado di adempiere le condizioni del riconoscimento e dell'autorizzazione a esercitare (vigilanza istituzionale).

Se una cassa malati disattende le prescrizioni legali o le istruzioni (art. 21 LAMal), l'UFSP può, a seconda della natura e della gravità dell'infrazione, adottare i seguenti provvedimenti: 1) ripristinare la situazione legale, addebitandone le spese all'assicuratore; 2) ammonire quest'ultimo e comminargli una multa disciplinare (max. CHF 5000); 3) richiedere al Dipartimento federale dell'interno (DFI) la revoca dell'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie. L'UFSP può altresì rendere pubblici i provvedimenti menzionati. Le casse malati possono impugnare le decisioni dell'UFSP dinnanzi al Tribunale amministrativo federale e presso il Tribunale federale.

1.2 Problemi attuali

All'entrata in vigore della LAMal, il 1° gennaio 1996, erano previste solo in parte disposizioni sulla vigilanza sulle assicurazioni. In quel momento la vigilanza sulle casse malati era ancora considerata di scarsa importanza, tanto più che le casse malati si attevano alle prescrizioni della Confederazione anche senza le relative basi legali. La prassi ha tuttavia dimostrato che senza le opportune misure coercitive le casse malati non erano sempre disposte a osservare le disposizioni di legge. Il

1° gennaio 2001 il legislatore ha quindi introdotto ulteriori possibilità sanzionatorie (multe disciplinari con pubblicazione).

Da allora il mercato delle casse malati ha continuato a evolversi. Le casse malati si sono così trasformate in imprese commerciali e praticano una concorrenza sempre più agguerrita. Alcune si sono addirittura associate in gruppi, il che richiede una vigilanza ancora maggiore di questi organismi, in particolare delle transazioni tra le unità giuridiche di questi gruppi, e un'accresciuta collaborazione con altre autorità di vigilanza.

La situazione finanziaria tesa delle casse malati ha inoltre evidenziato che alla vigilanza mancano le basi legali per adottare provvedimenti che scongiurino di dover ricorrere al fondo per i casi d'insolvenza. Mancano inoltre adeguate sanzioni per i casi in cui le casse malati o i loro organi non si attengano alle disposizioni dell'autorità di vigilanza.

I casi di insolvenza occorsi presso alcune casse malati (KK Zurzach, KBV, Accorda) erano dovuti anche a norme lacunose sul governo d'impresa (corporate governance).

I tassi di riserva minima richiesti sono stabiliti in percentuale dei premi e ripartiti in base al numero degli assicurati. Le riserve sono finalizzate a mantenere la solvibilità a lungo termine e a coprire i rischi. Le riserve minime stabilite in percentuale dei premi conformemente al diritto vigente non tengono più sufficientemente conto dei rischi. Le difficoltà finanziarie in cui versano attualmente le casse malati evidenziano la necessità di mantenere delle riserve minime adeguate. Affinché le casse malati non incorrano in rischi troppo elevati, sono necessarie disposizioni di vigilanza nel settore della determinazione dei premi e degli investimenti di capitali.

1.3 Mandato

Per i suddetti motivi, avendo riconosciuto la necessità di intervenire, abbiamo incaricato il DFI di potenziare sostanzialmente la vigilanza sull'assicurazione sociale malattie.

Per adempiere il suo scopo l'autorità di vigilanza necessita di sufficienti basi legali. A tal fine sono necessarie condizioni quadro normative più chiare, che esprimano completamente e in modo chiaro una codifica normativa propria. Una codifica emanata in un atto legislativo separato consente la trasparenza delle casse malati sottoposte a vigilanza. Le casse malati possono così orientarsi ampiamente a tale atto, che si ispira alla LSA. In questo modo diverrebbero chiare le condizioni in cui l'autorità di vigilanza sarebbe autorizzata o tenuta a intervenire. Una codifica separata fornirebbe anche alle autorità di vigilanza operative uno strumento chiaro su cui basare i loro provvedimenti. Le passate esperienze di revisione della LAMal hanno dimostrato che la sistematica della legislazione LAMal non consente un'integrazione di un capitolo autonomo «Provvedimenti di vigilanza», poiché da un lato le disposizioni di vigilanza non sono state integrate nella codifica attuale come unità nella sistematica della legge e, dall'altro, con questo tipo di legislazione nell'ambito delle revisioni LAMal sono scaturiti i cosiddetti «articoli misti», che sono qualificabili solo in parte come disposizioni del diritto di vigilanza e che devono adempiere anche altre funzioni nella LAMal.

Una vigilanza efficace può essere ottenuta in modo ottimale mediante un tessuto normativo sufficiente e ben strutturato. Inoltre, una legge specifica consente una migliore leggibilità della LAMal, poiché ne sarebbero soppresse tutte le disposizioni relative alla specifica attività di vigilanza.

Per tutti questi motivi il nostro Consiglio ha deciso che il rafforzamento della vigilanza sulle assicurazioni sociali malattie sia disciplinato in una legge separata sulla vigilanza sull'assicurazione malattie.

1.4 Nuovo disciplinamento proposto

1.4.1 Obiettivi

Le precedenti esperienze maturate dall'autorità preposta alla vigilanza sulle casse malati hanno dimostrato la necessità di introdurre nuovi provvedimenti normativi completi per poter garantire una vigilanza funzionale nel settore della LAMal. Per garantire il funzionamento e, in particolare, la sicurezza finanziaria del sistema dell'assicurazione sociale sono assolutamente necessari strumenti moderni. La presente legge deve garantire una vigilanza potenziata sull'assicurazione sociale malattie. La nuova legge persegue l'obiettivo politico secondo cui i principi base dell'assicurazione sociale malattie dovranno essere garantiti anche in futuro. Le proposte formulate qui di seguito, finalizzate a rafforzare la vigilanza, non intaccano i dibattiti parlamentari relativi ad altre revisioni in corso della LAMal.

1.4.2 Competenza in materia di vigilanza

Ottenendo maggiori competenze l'autorità di vigilanza potrà ricorrere a nuovi strumenti che ne rafforzino l'azione. Grazie al rafforzamento della vigilanza la questione di sapere se la competenza esecutiva debba rimanere all'UFSP, essere integrata alla FINMA o essere addirittura delegata a un'organizzazione indipendente è relegata in secondo piano. Il presente disegno prevede esplicitamente che la competenza di vigilare sull'assicurazione sociale malattie spetti all'UFSP.

1.4.3 Novità essenziali in materia di vigilanza

Sono previsti soprattutto nuovi requisiti per quanto riguarda le disposizioni di finanziamento, in particolare in merito alla solvibilità delle casse malati. Il calcolo delle riserve necessarie, che dal 1° gennaio 2012 avviene in base ai rischi e non più, come finora, in base al numero degli assicurati, è ora sancito a livello di legge. Sono inoltre stabilite disposizioni in virtù di una gestione generale del rischio per quanto riguarda la rilevazione, la delimitazione e il controllo dei rischi, e definiti i criteri di approvazione o di non approvazione delle tariffe dei premi. La vigilanza può anche esigere il rimborso successivo dei premi, se si rivela a posteriori che i premi superavano in modo inadeguato le spese di un Cantone. È inoltre istituita la base legale per disciplinare l'indennizzo dell'attività degli intermediari. Inoltre, con l'introduzione di direttive in materia di governo d'impresa, saranno posti particolari requisiti anche agli organi direttivi. Sarà inoltre possibile vigilare anche sui rapporti interni al gruppo. La legge sulla sorveglianza degli assicuratori malattie contiene inoltre

provvedimenti conservativi che l'autorità di vigilanza può ordinare alle casse malati o adottare in caso di difficoltà finanziarie. Vengono infine integrate le disposizioni penali che prevedono la possibilità di comminare sanzioni adeguate qualora una cassa malati non si attenga alle disposizioni.

1.5 Rapporto con il diritto europeo

1.5.1 Prescrizioni dell'Unione europea

Nell'ottica della garanzia della libera circolazione delle persone, il diritto delle assicurazioni sociali dell'Unione europea non prevede un'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale. Gli Stati membri possono determinare liberamente, in ampia misura, la struttura concreta, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza sociale. Devono tuttavia osservare i principi di coordinamento, come per esempio il divieto della discriminazione, il calcolo dei periodi d'assicurazione e la fornitura delle prestazioni al di là delle frontiere, definiti nel Regolamento (CEE) n. 1408/71¹ e nel Regolamento (CEE) n. 574/72². Dall'entrata in vigore, il 1° giugno 2002, dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea e i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC; RS 0.142.112.681), questi principi di coordinamento sono determinanti anche per la Svizzera.

1.5.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961³ garantisce il rispetto dei diritti economici e sociali fondamentali negli Stati Parte all'Accordo. Il diritto alla sicurezza sociale è sancito nell'articolo 12: le Parti contraenti si impegnano a stabilire o a mantenere un regime di sicurezza sociale, a mantenere quest'ultimo a un livello soddisfacente, ad adoperarsi per elevarlo progressivamente a un livello superiore e a prendere provvedimenti per garantire la parità di trattamento tra i cittadini del proprio Paese e quelli delle altre parti. La Svizzera ha firmato la Carta sociale europea il 6 maggio 1976, ma nel 1987 il Parlamento ha rifiutato di ratificarla.

La Carta sociale europea (riveduta) del 3 maggio 1996⁴ ha aggiornato e adeguato il contenuto materiale della Carta del 1961. Si tratta al riguardo di un trattato separato che non abroga la Carta del 1961. Il diritto alla sicurezza sociale è sempre sancito nell'articolo 12. La Carta sociale riveduta è entrata in vigore il 1° luglio 1999. La Svizzera non ha ratificato questo strumento.

¹ Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS **0.831.109.268.1**).

² Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS **0.831.109.268.11**).

³ Il testo francese della Carta sociale può essere consultato sul sito del Consiglio d'Europa all'indirizzo: <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/035.htm>

⁴ Il testo francese della Carta sociale riveduta può essere consultato sul sito del Consiglio d'Europa all'indirizzo: <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/163.htm>

In compenso ha ratificato, il 16 settembre 1977, il Codice Europeo di Sicurezza sociale del 16 aprile 1964 (RS 0.831.104). La Svizzera ha tuttavia escluso l'applicazione della parte II relativa alle cure mediche. Per quanto concerne l'organizzazione dei sistemi di assicurazioni sociali, il Codice Europeo di Sicurezza sociale prevede che i rappresentanti delle persone assistite devono partecipare all'amministrazione o farne parte, con potere consultivo, alle condizioni prescritte, quando l'amministrazione non è assicurata da un ufficio governativo responsabile di fronte al Parlamento. Le legislazioni nazionali possono anche prevedere la partecipazione di rappresentanti dei datori di lavoro e delle autorità (art. 71). Il Codice Europeo di Sicurezza sociale è completato con un Protocollo che fissa norme superiori. La Svizzera non ha ratificato tale Protocollo.

Il Codice Europeo di Sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990⁵ è anch'esso un trattato separato dal Codice Europeo del 1964, che non sostituisce. Il Codice riveduto estende le norme del Codice Europeo di Sicurezza sociale segnatamente mediante l'estensione del campo d'applicazione personale, mediante la concessione di nuove prestazioni e l'aumento dell'importo delle prestazioni in natura. Introduce parallelamente una maggiore flessibilità semplificando le condizioni di ratifica e formulando le norme in modo tale da tener conto per quanto possibile dalle normative dei vari Stati. Il Codice riveduto è stato finora ratificato da un solo Stato e pertanto non è ancora entrato in vigore, visto che per farlo sono necessarie almeno due ratifiche (art. 84 cpv. 2 del Codice Europeo di Sicurezza sociale).

1.6 Interventi parlamentari

Proponiamo di togliere di ruolo i seguenti interventi parlamentari:

09.3976 – Postulato CSSS-N – Migliorare la vigilanza e irrigidire i controlli sulle casse malati e 09.4327 – Postulato Humbel – Affidare a un organo neutrale la vigilanza di diritto finanziario sulle assicurazioni sociali

Entrambi i postulati chiedono di esaminare il rafforzamento della vigilanza sull'assicurazione sociale malattie e di presentare vantaggi e svantaggi di un eventuale trasferimento di tale vigilanza alla FINMA. Il presente disegno di legge risponde a questi due postulati cosicché possono essere tolti di ruolo.

10.3745 – Mozione Maury Pasquier – Ridurre le riserve in esubero nell'assicurazione malattie obbligatoria

La mozione chiede di fissare nella legge tassi di riserve minimi e massimi in funzione dei rischi incorsi dagli assicuratori malattie. Questo calcolo basato sui rischi è già contemplato nell'OAMal modificata, entrata in vigore il 1° gennaio 2012 (RU 2011 3449). Una disposizione corrispondente è prevista anche nel presente disegno di legge. Per quanto riguarda il tasso massimo delle riserve, il principio secondo cui sono approvati soltanto i premi che coprono i costi nonché il meccanismo di correzione previsto nel presente disegno impediranno che siano riscossi

⁵ Il testo francese del Codice europeo della sicurezza sociale riveduto può essere consultato sul sito del Consiglio d'Europa all'indirizzo:
<http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/139.htm>

premi troppo elevati e che, di conseguenza, le riserve siano eccessivamente elevate. La mozione può pertanto essere tolta di ruolo.

10.3799 – Mozione Giezendanner – Trasparenza sugli onorari versati dalle casse malati

La mozione chiede una modifica di legge affinché le casse malati siano tenute a rendere pubblico annualmente nel rapporto di gestione l'importo totale delle indennità versate a tutti i membri del consiglio d'amministrazione, al presidente di tale consiglio e al direttore generale. Tale obbligo è previsto nel presente disegno, cosicché la mozione può essere tolta di ruolo.

10.3887 – Mozione CSSS-N – Riserve nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

La mozione chiede al Consiglio federale di introdurre nella legge un meccanismo di correzione che consenta di ridurre le riserve troppo elevate in un Cantone e di compensare la differenza tra i premi troppo elevati e i costi delle prestazioni. La mozione ci incarica inoltre di determinare come e quando saranno ripartite le riserve cantonali calcolatorie e di migliorare la trasparenza nella contabilità delle casse. Il principio secondo cui sono approvati soltanto i premi che coprono i costi e il meccanismo di correzione previsto nel presente disegno permetteranno di evitare che i premi siano troppo elevati e che, di conseguenza, lo siano anche le riserve. Il presente disegno di legge si prefigge in particolare di migliorare la trasparenza nel settore dell'assicurazione sociale malattie. La mozione 10.3887 può quindi essere tolta di ruolo.

1.7 Risultati della consultazione

Il 4 febbraio 2011 abbiamo avviato la consultazione sul disegno di legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal), durata fino al 10 maggio 2011.

I governi cantonali, le conferenze dei direttori cantonali della sanità, delle finanze e degli affari sociali, nonché la Conferenza dei governi cantonali sono stati invitati a esprimere il loro parere nell'ambito della procedura di consultazione. Sono inoltre stati invitati a pronunciarsi sull'avamprogetto in consultazione i partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale, le associazioni mantello dei Comuni, delle Città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello e le organizzazioni nazionali dell'economia, nonché le varie organizzazioni del settore della salute, che rappresentano anche i fornitori di prestazioni, gli assicurati e i pazienti, per un totale di 86 tra autorità e organizzazioni interessate.

Complessivamente sono state formulati 88 pareri. Tutti i Cantoni hanno partecipato alla consultazione. Sui tredici partiti a cui è stato chiesto di pronunciarsi hanno risposto 7, tra cui tutti i partiti governativi eccetto il PBD. Da parte di assicuratori e associazioni di assicuratori, fornitori di prestazioni e organizzazioni del settore della sanità sono pervenute 27 risposte, 10 delle quali da casse malati, e 23 da altre associazioni.

Principio del rafforzamento della vigilanza

La maggior parte dei partecipanti, in particolare i Cantoni hanno accolto positivamente il rafforzamento della vigilanza esercitata sull'assicurazione sociale malattie. Mentre soprattutto i Cantoni e la maggioranza delle associazioni hanno approvato il fatto che la vigilanza sia disciplinata in una legge speciale, le casse malati, le loro associazioni e alcuni partiti erano del parere che il rafforzamento della vigilanza dovrebbe completare, sotto una forma più compatta, le disposizioni esistenti della LAMal. Ciò nondimeno, la maggior parte dei partecipanti ha approvato l'obiettivo principale della legge, ossia il rafforzamento del governo d'impresa degli assicuratori malattie, il miglioramento della gestione dei rischi e l'istituzione di un sistema di controllo interno nonché l'introduzione di disposizioni relative alla trasparenza.

Forma giuridica delle casse malati

La maggioranza delle casse malati e le loro associazioni, ma anche altre associazioni professionali e il PDC, si oppongono a una restrizione delle forme giuridiche delle casse malati. Ritengono infatti che la coesistenza di diverse forme giuridiche abbia dato buona prova di sé o che in ogni caso non ne siano risultati effetti negativi. Inoltre alcuni partecipanti hanno rilevato che l'assimilazione delle forme giuridiche si farà anche senza l'intervento dello Stato, sotto l'effetto della concorrenza.

Meccanismo di correzione

I Cantoni, il PS e le organizzazioni di difesa dei consumatori approvano il meccanismo di correzione in relazione al rimborso dei premi eccessivi in un Cantone, quando i premi superano in modo inadeguato le spese destinate alle prestazioni corrispondenti nello stesso Cantone. Alcuni Cantoni auspicano tuttavia che questa compensazione sia disciplinata in modo ancora più dettagliato o di adeguare la situazione per meglio garantire che i rimborsi non beneficino agli assicuratori sbagliati. Da parte loro, le casse malati e le loro associazioni respingono completamente questo meccanismo, poiché ritengono che una corretta applicazione della procedura di approvazione dei premi renda del tutto superflua la correzione a posteriori delle entrate dei premi. Sottolineano inoltre la portata delle spese amministrative che questi rimborsi potrebbero comportare. Altri partecipanti reputano che il meccanismo di correzione sia una misura troppo restrittiva in un sistema di concorrenza controllata.

Provvedimenti in caso di pericolo per il sistema di assicurazione malattia

La Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità e vari Cantoni reputano problematico il provvedimento proposto, secondo cui il Consiglio federale potrebbe limitare o sopprimere le prestazioni legali per via d'ordinanza e auspicano lo stralcio di tale disposizione. Varie associazioni di fornitori di prestazioni e organizzazioni di difesa dei consumatori ritengono inutile questa possibilità di restrizione, poiché i casi di crisi non sono oggetto di disposizioni più precise e in questi casi il Consiglio federale avrebbe comunque via libera. Il PS, i Verdi, il PCS e i sindacati ritengono che in caso di crisi il Parlamento dovrebbe partecipare alle decisioni del Consiglio federale. La maggioranza delle casse malati giudica in modo critico questi provvedimenti.

Autorità di vigilanza indipendente e relativo finanziamento

Il disegno propone una vigilanza indipendente sugli assicuratori malattie, questione su cui i pareri dei partecipanti sono discordi. Sono unanimi soltanto a proposito del finanziamento di una vigilanza indipendente: tutti ritengono che quest'ultima dev'essere finanziata dalle imposte poiché la vigilanza delle casse malati è chiaramente percepita come un compito dello Stato. Se la grande maggioranza dei Cantoni è favorevole a una vigilanza indipendente, le casse malati, senza opporsi per principio a questa indipendenza, rifiutano che una nuova autorità sia istituita a tal fine. I pareri dei partiti politici sono divergenti. I partiti del centro si sono mostrati favorevoli all'istituzione di un'autorità di vigilanza indipendente, mentre il PS e l'UDC si sono opposti a questa soluzione, il primo in modo esplicito, il secondo in modo implicito.

1.8 Rapporto tra il disegno e altre modifiche di legge in discussione

Nel 2004 il nostro Consiglio aveva proposto di suddividere la revisione della LAMal in diverse parti. Tuttavia finora nessuna delle revisioni concluse verteva su misure legali estese per una vigilanza efficace nel settore della LAMal. Nemmeno le proposte avanzate nel presente disegno, finalizzate a un rafforzamento mirato e alla professionalizzazione dell'attività di vigilanza, riguardano i dibattiti parlamentari sulle revisioni della LAMal in corso. In compenso, l'orientamento delle proposte induce a riprendere dal disegno, peraltro respinto, concernente le misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi (FF 2009 5025) una disposizione che vieta l'intermediazione assicurativa e la pubblicità telefonica per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2 Commenti ai singoli articoli

Art. 1 **Oggetto e scopo**

L'articolo 1 disciplina la vigilanza che la Confederazione esercita sulle istituzioni enumerate. Oggetto e scopo della legge è garantire la corretta applicazione della LAMal e dei suoi principi di base. Mediante ulteriori elementi di vigilanza, come le disposizioni sul governo d'impresa e la trasparenza, la sicurezza finanziaria, la gestione del rischio e il controllo delle casse malati, da una parte si garantisce una vigilanza efficace e dall'altra si aumenta la trasparenza nelle attività delle persone che si occupano dell'esecuzione dell'assicurazione sociale malattie. In questo modo è possibile rafforzare la concorrenza regolamentata. Con l'introduzione di provvedimenti conservativi vengono potenziate le competenze della vigilanza in caso di difficoltà finanziarie di una cassa malati o di messa in pericolo dell'esecuzione dell'assicurazione sociale malattie. Le competenze della vigilanza nell'ambito dell'attività assicurativa di una cassa malati vengono migliorate ai fini di una migliore protezione degli assicurati. Obiettivo della legge è anche quello di aumentare la sicurezza finanziaria dell'assicurazione sociale malattie mediante la vigilanza sui gruppi assicurativi, a cui sempre più casse malati aderiscono.

Cpv. 1

Il primo capoverso contempla la vigilanza della Confederazione sulle istituzioni elencate. Rispetto al settore di vigilanza previsto dalla LAMal il campo di applicazione si estende ad altre persone giuridiche che sono coinvolte nell'esercizio dell'assicurazione sociale malattie o la cui attività può avere un influsso decisivo sull'assicurazione sociale malattie. Inoltre l'attività di vigilanza per l'istituzione comune, già in parte assunta dall'autorità di vigilanza, è stata sancita per legge.

Questo articolo delimita il settore della vigilanza alle istituzioni interessate dalla vigilanza. Le disposizioni seguenti precisano in che misura le attività di queste istituzioni sono sottoposte a vigilanza.

Let. a

Le casse malati praticano già principalmente l'assicurazione sociale malattie conformemente alla LAMal. Finora erano riconosciute dal DFI: d'ora in poi lo saranno dall'autorità di vigilanza. La presente legge disciplina la vigilanza sull'assicurazione sociale malattie senza intaccare la ripartizione dei compiti con la FINMA, la quale vigila sulle attività delle assicurazioni complementari.

Con l'assoggettamento delle casse malati alla vigilanza secondo la presente legge, viene abrogato l'articolo 11 LAMal. Questo comporta che l'assicurazione malattie obbligatoria può essere esercitata solo in virtù dell'articolo 2 della presente legge. In questo modo decade la possibilità che le imprese di assicurazione private che sottostanno alla LSA possano ottenere l'autorizzazione di esercitare l'attività di assicurazione malattie. Per questo motivo nell'articolo 3 di questa legge, che è stato preso in prestito dall'articolo 13 LAMal, i termini «assicuratori» e «istituti d'assicurazione» sono stati modificati e ora sono sostituiti dall'espressione «cassa malati». Questa modifica tuttavia non ha ripercussioni pratiche, poiché finora le imprese di assicurazione private non avevano mai sfruttato la possibilità di offrire assicurazioni sociali malattie.

Let. b

Sono ora soggetti a vigilanza anche i gruppi assicurativi descritti nel capitolo 6 della legge. Questo ampliamento della vigilanza tiene conto della crescente tendenza delle casse malati esistenti ad unirsi in gruppi. Questa evoluzione richiede un'accresciuta vigilanza su questi gruppi, per individuare per tempo ed eventualmente ridurre al minimo i rischi che possono derivare da questa appartenenza e dalla relativa integrazione in un gruppo o dalle transazioni interne ai gruppi stessi. Le misure di vigilanza consentono all'autorità di vigilanza di farsi un'idea migliore della situazione del gruppo al quale la cassa malati è affiliata. L'ampliamento del campo di applicazione in combinato disposto con le disposizioni del capitolo 6 (vigilanza sui gruppi assicurativi) agevola inoltre la collaborazione tra l'autorità di vigilanza secondo la presente legge e la FINMA.

Let. c

I riassicuratori dell'assicurazione sociale malattie necessitano già di un'autorizzazione del DFI. Poiché la riassicurazione è soggetta a un nuovo disciplinamento nel capitolo 4 della presente legge, l'articolo 14 LAMal può essere abrogato. Sono ammesse a esercitare la riassicurazione dell'assicurazione sociale malattie le casse malati che dispongono di un effettivo minimo di assicurati e i riassicuratori ai sensi della LSA. I riassicuratori secondo la LSA continuano invece a essere soggetti alla

vigilanza istituzionale della FINMA e saranno sottoposti alla presente legge solo per quanto attiene alla loro attività di riassicurazione nel settore dell'assicurazione sociale malattie.

Let. d

La lettera d conferisce una base legale alla vigilanza sull'istituzione comune, che finora era disciplinata solo a livello di ordinanza (art. 26 OAMal).

Cpv. 2

L'attività di vigilanza è finalizzata a garantire la corretta applicazione dell'assicurazione sociale malattie secondo la LAMal e le relative ordinanze di esecuzione. La garanzia della protezione degli assicurati si riferisce in particolare ai rischi di malattia, infortunio, quando non compete ad un'altra assicurazione contro gli infortuni, maternità e perdita di guadagno in caso di malattia, assicurati secondo l'articolo 1a LAMal, ma anche alle altre disposizioni di detta legge. I principi assicurativi dell'assicurazione sociale malattie, già sanciti nella LAMal, sono garantiti da corrispondenti strumenti di vigilanza e in parte ripresi direttamente nella legge. La vigilanza in base alla presente legge si applica principalmente alle casse malati che esercitano l'assicurazione sociale malattie. Se i rischi d'assicurazione sono trasferiti ai riassicuratori o la cassa malati è influenzata per la sua appartenenza a un gruppo, il campo di applicazione si estende anche a questi attori, sempreché non vi siano limitazioni dovute all'articolo 2 della legge o alla restrizione degli strumenti di vigilanza. In questo modo è possibile individuare e limitare per tempo eventuali rischi al di fuori delle casse malati. Queste nuove disposizioni vertono sulla protezione dei rischi attuariali degli assicurati secondo la LAMal e figurano nella presente legge come disposizioni di vigilanza.

La protezione comprende inoltre, benché indirettamente, i fornitori di prestazioni che beneficeranno di un'accresciuta vigilanza sull'esercizio dell'assicurazione sociale malattie e sulla maggiore integrità, affidabilità e solvibilità delle casse malati.

Art. 2 Casse malati

L'articolo 12 della LAMal è ripreso completamente nell'articolo 2 della presente legge. In linea di principio quindi la precedente disciplina non subisce alcuna modifica. La definizione legale di assicurazione sociale malattie rimane invariata. Il termine di assicurazione sociale malattie è identico a quello descritto nel campo di applicazione di cui all'articolo 1a LAMal, che oltre all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie contempla anche l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. La vigilanza comprende quindi l'attività d'assicurazione dei rischi assicurativi in caso di malattia, infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione contro gli infortuni, maternità e perdita di guadagno nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. La vigilanza comprende pertanto anche le «casse malati» che esercitano ancora soltanto l'assicurazione d'indennità giornaliera (cfr. commento all'art. 4 cpv. 1 lett. h e al vigente art. 68 cpv. 2 LAMal). Le imprese che possono esercitare l'attività di assicurazione malattie obbligatoria sono soltanto le casse malati ai sensi dell'articolo 2 capoverso 1.

Cpv. 1

Le casse malati possono essere persone giuridiche di diritto privato o pubblico. Indipendentemente dalla loro forma giuridica, non possono perseguire scopi lucrativi nel settore delle assicurazioni complementari qualora esercitino sia l'assicurazione sociale malattie sia l'assicurazione complementare in un'unica persona giuridica. Fondamentalmente sono istituzioni dell'assicurazione sociale che devono esercitare l'assicurazione sociale malattie. Il riconoscimento della cassa malati da parte dell'autorità di vigilanza rimane una condizione indispensabile. Le casse malati possono continuare a esistere o a essere istituite nelle suddette forme giuridiche sulla base del diritto pubblico (casse «pubbliche»), come nel diritto vigente. Sarà quindi ancora possibile istituire casse malati a livello cantonale o addirittura comunale. Queste casse malati di diritto pubblico sarebbero tuttavia in concorrenza con le altre casse malati fondate sul diritto privato.

Cpv. 2

Come nella legislazione in vigore, le casse malati hanno il diritto di proporre assicurazioni complementari; possono altresì esercitare altri rami assicurativi, alle condizioni ed entro i limiti stabiliti dal Consiglio federale. Queste assicurazioni devono sottostare alle condizioni della LCA e sono vigilate dalla FINMA. Il rinvio alla competenza della FINMA in materia di vigilanza è sottolineato nell'articolo 33 capoverso 5 che disciplina la ripartizione dei compiti con l'autorità di vigilanza secondo la presente legge. I capoversi 2 e 3 dell'articolo 12 LAMal sono ripresi nell'articolo 2 capoverso 2 della presente legge.

Cpv. 3

Per motivi di completezza il capoverso 3 specifica che le casse malati possono esercitare l'assicurazione delle prestazioni di breve durata secondo la legge del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20). L'articolo 70 capoverso 2 LAINF stabilisce che le casse malati possono esercitare l'assicurazione per la cura medica, ivi compresi i danni materiali, le spese di viaggio, di trasporto e di salvataggio, come pure l'assicurazione per l'indennità giornaliera.

Art. 3 Autorizzazione

Per l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie secondo la LAMal è necessaria un'autorizzazione da parte dell'autorità di vigilanza. L'obbligo di autorizzazione è già previsto nella LAMal e quindi non è una novità, anche se finora il rilascio della stessa secondo la LAMal era compito del Dipartimento. Ora tale compito sarà trasferito all'autorità di vigilanza (cfr. art. 58). L'obbligo di autorizzazione garantisce che l'assicurazione sociale malattie possa essere offerta soltanto a coloro che soddisfano determinati requisiti. I requisiti da adempiere sono enumerati in un articolo separato (art. 4).

Il capoverso 1 corrisponde sostanzialmente all'articolo 13 capoverso 1 LAMal che sancisce l'obbligo di autorizzazione per esercitare l'assicurazione sociale malattie. La garanzia degli interessi degli assicurati è una condizione esplicita per il rilascio dell'autorizzazione. Va osservato che, in virtù del campo di applicazione di cui all'articolo 1, l'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie sarà ora concessa soltanto alle casse malati, e non alle imprese di assicurazione private, come prevede ancora l'articolo 11 lettera b LAMal. L'esclusione di tali imprese è tuttavia

puramente formale, poiché nella pratica finora nessuna compagnia di assicurazione privata ha mai proposto l'assicurazione sociale malattie (cfr. commento all'art. 1).

Il capoverso 2 prescrive che l'autorità di vigilanza deve pubblicare l'elenco delle casse malati autorizzate.

Art. 4 Condizioni di autorizzazione

Questa norma precisa le condizioni che una cassa malati deve soddisfare per ottenere l'autorizzazione all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie. Esse corrispondono per lo più ai requisiti di cui all'articolo 12 LAMal. I criteri sono stati in parte rielaborati a fronte delle esperienze maturate, altri sono stati introdotti ex novo. Le «nuove» condizioni sono in parte riprese dall'articolo 12 OAMal, che definisce i requisiti per il riconoscimento delle casse malati. Va osservato che la presente legge pone fine alla distinzione tra le condizioni per il riconoscimento e le condizioni per l'autorizzazione e che, per semplificare, tutte le condizioni fondamentali che una cassa malati deve soddisfare per esercitare l'assicurazione sociale malattie sono riunite in un unico articolo. Visto che soltanto le casse malati ai sensi dell'articolo 2 capoverso 1 possono ancora chiedere un'autorizzazione, le condizioni di autorizzazione possono essere uniformate.

Affinché l'autorità di vigilanza conceda l'autorizzazione, devono essere soddisfatti tutti i criteri.

Let. a

Anche finora le casse malati potevano assumere forme giuridiche diverse, per cui non vi è alcun motivo per cambiare una disciplina che funziona.

Let. b

L'articolo 13 capoverso 2 lettera e LAMal esige già di avere una sede in Svizzera. Questa condizione è mantenuta in considerazione del carattere di diritto pubblico dell'assicurazione malattie.

Let. c

Anche questa disposizione è ripresa dall'articolo 13 capoverso 2 lettera b LAMal. Gli organi responsabili devono in particolare avere le competenze e le conoscenze necessarie per l'esercizio di un'assicurazione sociale. A tal proposito, la presente legge introduce le direttive del governo d'impresa.

Let. d

Questa disposizione è ripresa dall'articolo 13 capoverso 2 lettera c LAMal e completata. Già oggi nell'articolo 12 capoverso 3 OAMal è stabilito che l'assicuratore deve disporre di una riserva come capitale iniziale. Ora viene precisato già a livello di legge che deve essere disponibile un capitale iniziale sotto forma di riserve. L'ammontare di riserve sufficienti e le modalità di calcolo del necessario capitale iniziale sono specificati nell'ordinanza.

Let. e

L'esigenza di disporre di un ufficio di revisione esterno abilitato deriva dal Codice delle obbligazioni (CO; RS 220) ed è inoltre ripreso dall'articolo 86 OAMal. I requisiti per l'abilitazione dell'ufficio di revisione esterno si basano sulla legge del 16 dicembre 2005 sui revisori (LRS; RS 221.302; cfr. in part. l'art. 6).

Let. f

Questa condizione contiene i principi fondamentali dell'assicurazione sociale malattie (mutualità, parità di trattamento, destinazione dei fondi della LAMal ai soli scopi previsti) ed è quindi ripresa dall'articolo 13 capoverso 2 lettera a LAMal.

Let. g

L'obbligo di offrire l'assicurazione anche a persone tenute ad assicurarsi residenti in uno Stato membro dell'Unione Europea, in Norvegia e Islanda, nonché la possibilità di essere esentati da tale obbligo su domanda sono ripresi dall'articolo 13 capoverso 2 lettera f LAMal.

Let. h

Anche l'obbligo di esercitare l'assicurazione d'indennità giornaliera individuale è già previsto nell'articolo 13 capoverso 2 lettera d della LAMal e viene ripreso nella nuova legge.

Let. i

L'obbligo di ammettere qualsiasi persona tenuta ad assicurarsi nei limiti del corrispettivo raggio d'attività territoriale, ripreso dall'articolo 4 capoverso 1 LAMal, rientra fra i principi fondamentali dell'assicurazione sociale malattie. Questa disposizione riprende anche, dall'articolo 68 capoverso 1 LAMal, l'obbligo delle casse malati di ammettere, nei limiti del loro raggio d'attività territoriale, qualsiasi persona che intenda concludere un'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.

Let. j

Oltre alle condizioni fondamentali elencate nelle lettere a – i, le casse malati devono essere in grado di soddisfare in generale tutti i requisiti della presente legge e della LAMal.

Art. 5 **Delega di compiti**

La delega di compiti da parte delle casse malati (outsourcing) è ormai diventata una prassi corrente. Soprattutto nei grandi gruppi vengono fondate specifiche imprese di servizi che svolgono principalmente attività amministrative per le altre società. L'articolo 5 autorizza per principio la delega di compiti su riserva delle eccezioni menzionate. La cassa malati deve tuttavia garantire che le persone con potere decisionale che assumono responsabilità siano sottoposte alla vigilanza diretta dell'autorità e al suo diritto di impartire istruzioni.

Cpv. 1

Il capoverso 1 stabilisce che le casse malati possono per principio delegare i loro compiti, su riserva del capoverso 2. È inoltre precisato a quali istituzioni questi compiti possono essere delegati: un'altra impresa all'interno del medesimo gruppo assicurativo, una federazione di casse malati o terzi. Per quanto concerne la delega dei compiti a una federazione si possono in particolare ammettere i compiti che sono attualmente assunti dall'associazione santésuisse, quale la gestione di un registro dei codici creditori o l'esame dell'economicità delle prestazioni.

Cpv. 2

Il capoverso 2 elenca i compiti che, in deroga al capoverso 1, non possono essere delegati. Per esempio i compiti centrali di direzione fra cui rientrano in particolare il controllo esercitato da parte del consiglio d'amministrazione e la competenza di emanare decisioni, devono essere svolti dalle casse malati stesse o dai loro organi.

Cpv. 3

Le competenze di vigilanza su una cassa malati non devono essere limitate o ostacolate dall'esternalizzazione delle attività a terzi che non sottostanno alla vigilanza. La cassa malati provvede affinché l'autorità di vigilanza riceva tutte le informazioni e i documenti necessari per l'esercizio della sua attività.

Art. 6 Domanda di autorizzazione

Il presente articolo elenca i documenti che una cassa malati deve presentare con la domanda per ottenere il rilascio dell'autorizzazione a esercitare. I documenti corrispondono a quelli menzionati nell'articolo 12 capoverso 2 OAMal. Inoltre alcune disposizioni che risultano importanti anche per l'assicurazione sociale malattie sono state riprese dall'articolo 4 LSA.

Cpv. 1

La domanda e i documenti necessari devono essere, come finora, presentati all'autorità di vigilanza, la quale verifica la documentazione e rilascia l'autorizzazione, sempre che non vi siano contestazioni.

Cpv. 2

Questo capoverso elenca i singoli documenti che il piano d'esercizio deve contenere, affinché il rilascio dell'autorizzazione a una nuova cassa malati possa essere esaminato correttamente.

I documenti ufficiali, quali l'atto costitutivo e l'estratto del registro di commercio (lett. a), devono essere autenticati.

I dati completi concernenti l'organizzazione, il personale e le finanze (lett. b–h) forniscono all'autorità di vigilanza un quadro complessivo sulla nuova cassa malati e consentono di individuare e rimuovere per tempo eventuali lacune dal punto di vista finanziario o del personale.

In seguito al sistema di riserve in funzione dei rischi, le casse malati non sono più obbligate a riassicurarsi, anche se sono ancora incentivate a farlo. Di conseguenza soltanto le casse malati che dispongono di una riassicurazione o che esercitano la riassicurazione (cfr. art. 29) sono tenute a presentare il loro piano di riassicurazione e i loro contratti di riassicurazione. Il piano di riassicurazione di cui alla lettera i deve recare in particolare il nome del riassicuratore e il relativo contratto.

La lettera l relativa all'outsourcing specifica che la delega dei compiti più importanti non deve concernere i compiti della direzione generale, la vigilanza, il controllo da parte del consiglio di amministrazione oppure i compiti centrali di direzione; tali compiti devono essere esercitati dalla cassa malati stessa in virtù dell'articolo 5 capoverso 2.

Cpv. 3

L'autorità di vigilanza può esigere documenti diversi da quelli elencati nel capoverso 2 se sono necessarie altre informazioni per valutare la domanda. Non può tuttavia approfittarne per imporre condizioni di autorizzazione supplementari: le condizioni di cui all'articolo 4 sono esaurienti.

Art. 7 Modifica del piano d'esercizio

Gli elementi contenuti nel piano d'esercizio sono essenziali per la vigilanza sulle casse malati. Le modifiche di tale piano devono pertanto essere sempre comunicate all'autorità di vigilanza, alcune devono addirittura essere sottoposte alla sua approvazione. Come nella LSA (art. 5) qui si opera una distinzione tra obbligo di approvazione e obbligo di notifica, anche se in caso di modifica di uno degli elementi sottoposti solo alla notifica, l'autorità di vigilanza può esercitare una sorta di diritto di veto, avendo la possibilità di avviare una procedura d'esame entro un termine di otto settimane. In questo caso vanno per esempio considerate le modifiche che non tengono sufficientemente conto dei diritti degli assicurati o quelle che potrebbero porre la cassa malati in una situazione finanziaria difficile o mettere addirittura in pericolo il sistema.

Occorre sottolineare in particolare che, a tutela dei diritti degli assicurati, d'ora in poi necessitano dell'autorizzazione anche le modifiche delle condizioni di assicurazione o le disposizioni su particolari forme assicurative (art. 6 cpv. 2 lett. n).

Art. 8 Modifica della struttura giuridica, trasferimento di patrimonio e trasferimento dell'effettivo degli assicurati

La cassa malati che intenda modificare la propria struttura giuridica procedendo a una fusione o a una scissione o effettuare un trasferimento di patrimonio a un'altra cassa malati deve informarne l'autorità di vigilanza (cpv. 1). In caso di trasferimento completo o parziale dell'effettivo degli assicurati è necessaria l'autorizzazione dell'autorità di vigilanza (cpv. 3). Questa condizione serve a tutelare gli assicurati. Questi ultimi devono in particolare essere informati sui loro diritti e doveri e deve essere garantito il proseguimento dell'assicurazione di tutti gli assicurati interessati senza interruzione. L'obbligo di autorizzazione permette all'autorità di vigilanza di verificare se la cassa malati rispetta questi provvedimenti e, se del caso, di richiamare la sua attenzione.

Le fusioni e le scissioni non richiedono l'autorizzazione dell'autorità di vigilanza, poiché in questo caso gli interessi degli assicurati sono meno colpiti. Infatti la cassa malati in questione in linea di massima continua a esistere, benché in un'altra struttura. L'autorità di vigilanza ha tuttavia il diritto di avere voce in capitolo: può proibire la fusione o la scissione o subordinarla a condizioni se sono adempite le motivazioni di cui al capoverso 2. L'autorità di vigilanza deve presentare le sue considerazioni entro otto settimane dalla comunicazione da parte della cassa malati.

Art. 9 Partecipazioni

La disposizione relativa alla vigilanza sulle partecipazioni è ripresa dalla LSA (art. 21), dato che anche il settore dell'assicurazione sociale malattie non vi sfugge più. Corrisponde alle prescrizioni dell'Unione europea in materia di partecipazione delle imprese di assicurazione e di partecipazione nelle imprese di assicurazione.

Questa disposizione mira a rendere trasparenti le partecipazioni qualificate nelle casse malati, nonché le loro modifiche. Le persone giuridiche e fisiche che acquisiscono queste partecipazioni qualificate sono soggette all'obbligo di notifica. Le partecipazioni non solo hanno un influsso importante sulle aziende interessate, ma possono anche avere un impatto sull'intero sistema dell'assicurazione malattie. L'autorità di vigilanza deve pertanto avere la possibilità di proibire le partecipazioni pregiudizievoli o di subordinarle a condizioni (cpv. 3).

Art. 10 Altre disposizioni

Le modifiche della struttura giuridica di una cassa malati devono avvenire conformemente alla legge del 3 ottobre 2003 sulla fusione (LFus; RS 221.301). Inoltre l'acquisto di partecipazioni può richiedere non solo l'accordo dell'autorità di vigilanza, ma anche quello della Commissione della concorrenza (COMCO) per esempio. In virtù dell'articolo 10 della legge del 6 ottobre 1995 sui cartelli (LCart; RS 251) le concentrazioni sottoposte all'obbligo di notifica sono sottoposte a un esame da parte della COMCO, quando da un esame preliminare appaiono indizi che esse creano o rafforzano una posizione dominante. In tal caso la concentrazione può essere vietata.

Art. 11 Procedura di finanziamento

Il principio del finanziamento delle casse malati figura in un articolo separato, il che permette una maggiore trasparenza. L'assicurazione sociale malattie è finanziata secondo il sistema di copertura dei bisogni. I bisogni comprendono tutte le spese legate all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie, fra cui rientrano in particolare le prestazioni mediche, le spese amministrative, le imposte relative alla compensazione dei rischi e i mezzi necessari alla costituzione delle riserve e degli accantonamenti tecnici. Il sistema di copertura dei bisogni significa che gli introiti dei premi di un anno devono permettere di finanziare tutti i bisogni dell'anno in questione. Le spese e i ricavi di un anno devono equilibrarsi mediante un effettivo di assicurati. Nell'assicurazione sociale malattie i premi devono essere determinati in modo tale da coprire le prestazioni nello stesso periodo. Per le prestazioni mediche la data determinante è quella del trattamento e non quella della fattura. Il conto annuale permette di stabilire se è rispettato il principio della copertura dei bisogni. Gli accantonamenti e le riserve devono tuttavia essere costituiti a partire dalle entrate.

Il sistema di copertura dei bisogni si applica anche ai riassicuratori e all'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa (cfr. art. 75 cpv. 1 LAMal). Il periodo dell'incapacità lavorativa dell'assicurato è determinante per le prestazioni fornite dall'assicuratore nell'ambito dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera. Questa disposizione figura ora nell'articolo 72 capoverso 1^{bis} LAMal.

La LAMal (art. 60 cpv. 1) contempla il sistema di ripartizione delle spese. Nel presente disegno è stato introdotto il concetto attuariale esatto. Questo non cambia tuttavia nulla all'attuale sistema di finanziamento.

Art. 12 Accantonamenti tecnici

La base legale per gli accantonamenti delle casse malati figurava finora nell'articolo 60 capoverso 1 LAMal, in cui si parla tuttavia di «riserve per sopperire ai costi delle malattie già insorte», anziché di «accantonamenti». Solo a livello di ordinanza

(art. 83 OAMal) ritroviamo ora il termine più appropriato «accantonamenti». Con il presente disegno il termine «accantonamenti» viene introdotto già a livello di legge in un articolo separato relativo agli accantonamenti. Gli accantonamenti tecnici sono composti degli accantonamenti per i casi di assicurazione non ancora liquidati per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e degli accantonamenti di senescenza per l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera se i premi sono graduati secondo l'età di entrata. La dotazione degli accantonamenti di senescenza deve essere tale da garantire a lungo termine la ripartizione del rischio di vecchiaia. Dato che l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera prevede una ripartizione del rischio di vecchiaia, quest'ultimo dev'essere valutato attuarialmente tenendo conto della dinamica dell'effettivo degli assicurati e del profilo della tariffa.

Le casse malati devono costituire accantonamenti tecnici adeguati. Ciò significa che gli accantonamenti devono essere valutati in maniera ottimale («best estimate») e che non devono essere né troppo elevati né troppo esigui.

Art. 13 Riserve

La base legale delle riserve figura ora nell'articolo 60 capoverso 1 LAMal, il quale prescrive che gli assicuratori devono costituire «riserve sufficienti per sopperire ai costi delle malattie già insorte e garantire la solvibilità a lungo termine». È ora creato un articolo separato per le disposizioni inerenti alle riserve. Il calcolo delle riserve minime in funzione dei rischi è già stato introdotto nella modifica dell'OAMal del 22 giugno 2011, entrata in vigore il 1° gennaio 2012 (RU 2011 3449). Il presente disegno sancisce questa nuova procedura a livello di legge. L'obiettivo del calcolo delle riserve in funzione dei rischi è di aumentare la trasparenza e la sicurezza. Applicandosi soltanto all'assicurazione sociale malattie, tutti gli attivi e i passivi devono essere imputati all'assicurazione sociale malattie o a un altro ramo assicurativo.

Le prescrizioni attuali, secondo cui le riserve sono determinate in funzione di una percentuale dei premi dipendente dall'effettivo degli assicurati, sono inadeguate e non rispondono più alla complessità dell'attività assicurativa. Le tre diverse percentuali del 10, 15 e 20 per cento a seconda dell'effettivo degli assicurati tengono conto soltanto del fatto che il rischio attuariale è maggiore quando l'effettivo degli assicurati è contenuto. Altri fattori, quali i diversi rischi legati agli investimenti di capitali o all'insolvenza di una controparte, non sono presi in considerazione. Le variazioni dell'effettivo degli assicurati possono altresì costringere l'assicuratore ad aumentare le riserve se entra in una categoria inferiore conformemente all'ordinanza.

Cpv. 1

Questa disposizione si fonda sostanzialmente sull'articolo 60 capoverso 1 LAMal. Gli accantonamenti e il principio finanziario, anch'essi disciplinati nell'articolo 60 cpv. 1 LAMal, lo sono ora in articoli separati. Gli assicuratori devono costituire riserve attingendo alle proprie entrate. Le riserve non sottostanno a veri e propri vincoli, ma devono garantire la solvibilità a lungo termine dell'assicuratore, coprendo i rischi incorsi dalle casse malati che gestiscono questo tipo di attività e tutelando gli interessi degli assicurati e dei fornitori di prestazioni.

Cpv. 2

Il nostro Consiglio è competente per fissare il tasso minimo delle riserve. Queste disposizioni concordano con la revisione degli articoli 78–78c OAMal, entrati in vigore il 1° gennaio 2012, che introducono il calcolo delle riserve in funzione dei rischi. Nel secondo periodo precisa i rischi di cui gli assicuratori devono tener conto per determinare le loro riserve, avvalendosi di concetti giuridici aperti (rischi assicurativi, di mercato e rischi di credito). I rischi assicurativi concernono le operazioni assicurative vere e proprie: casi isolati di prestazioni eccezionalmente elevate, rischio di un evento straordinario (p. es. pandemia) e rischio di una valutazione erronea delle tasse e dei contributi della compensazione dei rischi. I rischi di mercato concernono il patrimonio dell'assicuratore, il cui valore può variare a seconda dell'evoluzione del mercato. Qualsiasi variazione dei corsi o dei tassi d'interesse deve pertanto essere presa in considerazione. I rischi di credito, da parte loro, sono inerenti al rischio di insolvenza di una controparte contrattuale.

Art. 14 Patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie

Per le casse malati è ora previsto un patrimonio vincolato. Poiché il «patrimonio vincolato» è un termine specifico proveniente dalla LSA e, di conseguenza, è utilizzato anche per le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie, ai fini di una migliore distinzione il presente disegno utilizza esclusivamente il termine «patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie». Il patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie serve a garantire i diritti degli assicurati. Le seguenti disposizioni sono state riprese dalla LSA e solo leggermente adeguate al settore delle casse malati.

Cpv. 1

Questa disposizione è ripresa dall'articolo 17 capoverso 1 LSA, con qualche modifica. La LAMal non contiene disposizioni atte a garantire i diritti degli assicurati mediante un patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie. Finora era soltanto il fondo per i casi d'insolvenza gestito dall'istituzione comune LAMal, che assume i costi delle prestazioni legali (art. 18 cpv. 2 LAMal), ad assumere questo ruolo.

La costituzione del patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie per le casse malati e i riassicuratori sociali è intesa ad aumentare la sicurezza delle casse malati e dei riassicuratori e, pertanto, la protezione degli assicurati.

Le casse malati devono dimostrare annualmente all'autorità di vigilanza che dispongono di un patrimonio vincolato sufficiente, fornendole la documentazione necessaria. Questo obbligo va oltre l'obbligo di notifica di cui all'articolo 34 capoverso 1. Secondo l'articolo 14 capoverso 1, le casse malati sono tenute a consegnare i documenti all'autorità di vigilanza, senza che essa debba farne richiesta. L'autorità di vigilanza può esigere che la prova di disponibilità del patrimonio vincolato sia fornita con una frequenza maggiore.

Cpv. 2

La modalità di calcolo dell'importo dovuto si basa sulla disposizione di cui all'articolo 18 LSA. Il patrimonio vincolante deve coprire gli accantonamenti per i casi di assicurazione non liquidati. Il supplemento previsto nell'articolo 18 LSA concernente le riserve tecniche, destinato a coprire l'aumento degli obblighi derivan-

ti dai contratti di assicurazione, non è tuttavia ancora concretizzato nella presente legge. Tale supplemento mira a un'accresciuta sicurezza e alla protezione contro qualsiasi evento imprevisto. Nelle casse malati tale copertura è garantita dalle riserve.

Cpv. 3

I valori del patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie servono a garantire e ad adempiere gli obblighi derivanti dai contratti d'assicurazione e di riassicurazione. I valori assegnati al patrimonio vincolato richiedono un deposito separato. In tal modo gli attivi che coprono gli accantonamenti nel settore dell'assicurazione sociale malattie sono separati dagli altri attivi. Ciò comporta che i valori patrimoniali di questo settore devono essere inequivocabilmente assegnati all'assicurazione sociale malattie. Se per esempio una cassa malati non si conforma alle disposizioni legali, l'autorità di vigilanza ha inoltre la possibilità di utilizzare il patrimonio vincolato per proteggere gli assicurati (cfr. art. 37 cpv. 2 lett. e).

Art. 15 Approvazione delle tariffe dei premi

I principi alla base della determinazione dei premi e le prescrizioni sulle riduzioni per le franchigie annuali continuano a essere retti dalla LAMal e dall'OAMal, pertanto non figurano nella presente legge. Lo stesso vale per le disposizioni rilevanti concernenti la riduzione dei premi, i premi degli assicurati residenti nell'UE e la riduzione dei premi a loro favore (art. 61 cpv. 4, 61a e 65–66a LAMal e le relative disposizioni dell'ordinanza). Ai fini di una migliore trasparenza, nella legge viene introdotto un articolo specifico sull'approvazione delle tariffe dei premi. In virtù dell'articolo 61 capoverso 5 LAMal l'approvazione dei premi è trasferita al nostro Consiglio, che a sua volta ha delegato tale competenza all'autorità di vigilanza. Per questo motivo l'autorità di vigilanza approva i premi nell'ambito della vigilanza (cfr. art. 92 OAMal). Nel diritto vigente la legge e l'ordinanza non sono armonizzate. L'introduzione di una chiara norma di delega consente di cambiare questa situazione. Come previsto dal diritto vigente, il presente articolo costituisce la base legale per tutte le disposizioni d'esecuzione relative alla procedura di approvazione dei premi.

Cpv. 1

Le tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera individuale possono essere applicate e rese pubbliche solo previa autorizzazione dell'autorità di vigilanza. Le tariffe dei premi delle casse malati non hanno alcuna validità prima dell'approvazione. L'approvazione dei premi da parte dell'autorità di vigilanza ha effetto costitutivo. Per evitare che circolino informazioni errate sui futuri premi dell'assicurazione sociale malattie, le tariffe dei premi non devono essere rese pubbliche prima di essere state approvate. Questo provvedimento impedisce annunci fallaci che potrebbero suscitare inutili timori e confusione in seno alla popolazione. Gli assicurati non saranno così tentati di disdire prematuramente la loro assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie perché sono stati allettati da premi più vantaggiosi presso un'altra cassa malati. Questo provvedimento permette quindi di evitare che un assicurato, fidandosi di informazioni non ufficiali, concluda un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso una cassa i cui premi si rivelano a posteriori più elevati di quanto non fosse annunciato.

Cpv. 2

Il capoverso 2 descrive i principi in base ai quali vengono verificati i premi. I premi devono rispettare le condizioni quadro giuridiche e garantire la solvibilità delle casse malati. D'altro canto non devono essere abusivi. Per «abusivi» si intendono i premi che non coprono i costi attesi dello stesso anno e i premi che contribuiscono alla costituzione di riserve eccessive. Se i premi sono fissati in modo tale da coprire i costi, il sovvenzionamento trasversale mediante capitali provenienti da altri rami assicurativi o dalla holding risulta superfluo. La costituzione di riserve eccessive è problematica per i seguenti motivi: innanzitutto perché l'assicurazione sociale malattie è finanziata secondo il sistema della copertura dei bisogni e in secondo luogo perché l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è un'assicurazione sociale obbligatoria.

Cpv. 3

Attualmente la mancata approvazione delle tariffe dei premi da parte dell'autorità di vigilanza non è disciplinata esplicitamente nella LAMal e nelle sue disposizioni d'esecuzione: è stabilito soltanto che le tariffe dei premi necessitano dell'approvazione e che le tariffe dei premi non autorizzate non possono essere applicate. La nuova disposizione definisce le condizioni alle quali l'autorità di vigilanza non approva le tariffe dei premi.

Let. a

L'autorità di vigilanza ha ora la possibilità di negare l'approvazione, se i premi indicati dalle casse malati non rispettano le prescrizioni legali.

Let. b

Questa disposizione verte in particolare sulla necessità di fissare premi che coprano i costi, essendo questo uno dei principi fondamentali della procedura di approvazione dei premi. Il campo d'applicazione si riferisce all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e all'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera individuale.

Let. c

Secondo l'articolo 61 capoverso 2 LAMal l'assicuratore può scaglionare gli importi dei premi se è stabilito che i costi sono diversi a seconda dei Cantoni e delle regioni. Per mantenere un equilibrio tra i premi e i costi, i premi devono coprire i costi, ma non devono superarli in modo inappropriato. Questa restrizione verso l'alto si applica tuttavia soltanto se la cassa malati dispone delle riserve richieste dalla legge: se tali riserve devono essere aumentate, i premi possono, e addirittura devono, superare i costi che sono chiamati a coprire.

Let. d

Se i premi sono troppo elevati o si situano al di sopra dei costi, ciò comporta un accumulo delle riserve. Dato il sistema vigente della copertura dei bisogni, secondo cui le spese correnti devono essere in linea di massima coperte dalle entrate correnti (cfr. art. 11 e art. 12), un'accumulazione di riserve non rispetta lo spirito e lo scopo dell'assicurazione sociale malattie.

Cpv. 4

Dato che i premi sono di volta in volta fissati e approvati per un anno, non si può dedurre dalla mancata approvazione dei premi che le tariffe dell'anno precedente continuano a essere applicate. L'autorità di vigilanza deve quindi precisare nella sua decisione le regole da applicare per l'anno successivo, prescrivendo per esempio provvedimenti riguardo alle riserve.

Cpv. 5

Nelle grandi linee, questo capoverso si basa sull'attuale articolo 61 capoverso 5 LAMal. Tuttavia i Cantoni non potranno più pronunciarsi essi stessi sulle tariffe dei premi, ma su un elemento essenziale della loro determinazione che li concerne principalmente, ossia la stima dei costi. Comuniceranno il loro parere all'autorità di vigilanza e alle casse malati che stimano i costi. In virtù all'articolo 21a LAMal, i Cantoni potranno ottenere direttamente dalle casse malati i documenti di cui necessitano per formulare il loro parere. Tuttavia non possono pubblicare queste informazioni, né trasmetterle e terzi, prima dell'approvazione dei premi. Il segreto professionale delle casse malati dovrà essere rispettato anche dopo l'approvazione dei premi.

Art. 16 Restituzione dei premi incassati in eccesso

L'articolo 15 disciplina la previa approvazione dei premi che si basa sulle stime delle casse malati, calcolate segnatamente in base all'evoluzione dei costi e al comportamento degli assicurati (passaggi ad altri modelli o a un altro assicuratore). Poiché i dati effettivi si discostano sempre più o meno dalle stime, è possibile constatare se i premi erano troppo bassi o troppo elevati solo a posteriori. I premi troppo bassi devono essere compensati mediante le riserve. Se si rivela tuttavia a posteriori che i premi erano eccessivi, l'autorità di vigilanza dispone la restituzione dei premi pagati in eccesso, per quanto siano adempite determinate condizioni.

Cpv. 1

Il capoverso 1 sancisce i principi del meccanismo di correzione: non appena sono disponibili i valori effettivi dell'esercizio precedente, l'autorità di vigilanza verifica se i premi incassati da una cassa malati hanno superato in forte misura le spese per le prestazioni in un Cantone. In questo caso l'autorità di vigilanza ordina la restituzione dei premi incassati in eccesso. La cassa malati è obbligata a restituire i premi. Tale procedura è tuttavia prevista solo qualora la situazione economica della cassa malati lo consenta: il criterio determinante è la sua solvibilità. Onde mantenere l'onere amministrativo di tale restituzione a un livello ragionevole rispetto alla correzione del premio, questo meccanismo si applica soltanto se la restituzione supera un determinato importo. Quest'ultimo sarà fissato in funzione della definizione più precisa di «premi inadeguati».

Cpv. 2

Per valutare l'adeguatezza dei premi, l'autorità di vigilanza si basa su un indice che misura il rapporto tra i costi (compresi la costituzione e lo scioglimento degli accantonamenti) e i premi (compresi i pagamenti e le variazioni degli accantonamenti per la compensazione dei rischi). Tiene inoltre conto dell'effettivo degli assicurati.

Art. 17 Modalità della restituzione

La restituzione avviene sotto forma di rimborso del premio da parte della cassa malati. Il presente articolo precisa la cerchia dei beneficiari che hanno diritto alla restituzione: vi ha diritto qualsiasi persona che al 31 dicembre dell'anno per il quale i premi sono corretti era assicurata presso la cassa malati in questione per il rischio corrispondente, segnatamente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera. Il pagamento avviene in parti uguali, ovvero tutti gli assicurati ricevono lo stesso importo, indipendentemente dall'età, dalla durata assicurativa, dal premio, dal modello assicurativo o da altri criteri analoghi.

Art. 18 Costi amministrativi

Il capoverso 1 corrisponde per la maggior parte all'articolo 22 capoverso 1 LAMal. Le disposizioni relative ai costi amministrativi devono essere mantenute a livello legislativo, poiché i costi amministrativi di un'assicurazione sociale non devono essere eccessivi. Per la gestione corrente di un'assicurazione malattie possono essere utilizzate soltanto le risorse degli assicurati che sono strettamente necessarie. Gli assicurati non dovrebbero essere costretti a pagare inutili spese pubblicitarie, salariali o di altro genere con i premi obbligatori.

Cpv. 1

I costi amministrativi devono essere contenuti entro i limiti propri a una gestione economica. In considerazione dell'obbligo assicurativo gli assicurati hanno diritto a una gestione per quanto possibile economica. Peraltro i costi amministrativi influenzano anche i premi, il cui importo determina a sua volta i sussidi pubblici a favore degli assicurati. Per questi motivi la legge impone alle casse malati di contenere i costi amministrativi entro i limiti propri a una gestione economica.

Cpv. 2

Le spese per l'attività di mediazione e la pubblicità sostenute dall'assicuratore per acquisire nuovi assicurati sono contabilizzate nei costi amministrativi degli assicuratori. L'esperienza dimostra che le persone che praticano questa acquisizione si affidano a metodi sempre più aggressivi, motivo per cui il nostro Consiglio è autorizzato, in virtù dell'articolo 19 capoverso 2, a emanare prescrizioni in questo settore. L'obiettivo è di proteggere gli assicurati contro una selezione dei rischi operata dagli intermediari incaricati dagli assicuratori, ma anche di risparmiare nel settore dell'assicurazione sociale malattie. Al nostro Consiglio è quindi conferita la competenza di limitare in particolare gli emolumenti percepiti dagli intermediari. Il nostro Consiglio può inoltre emanare prescrizioni concernenti le spese pubblicitarie.

Art. 19 Garanzia di un'attività irreprensibile

La LAMal in vigore non fornisce alcuna possibilità di controllare l'attitudine professionale e l'integrità morale dei massimi organi direttivi delle casse malati. La richiesta di una maggiore professionalità del settore delle casse malati e di maggiore considerazione dei principi di etica economica richiede l'adozione di una disposizione specifica sui requisiti che devono soddisfare i decisori e i responsabili di una cassa malati. L'autorità di vigilanza non deve tener conto solo della competenza di definire le necessarie qualifiche professionali delle singole persone ma, sulla base di

questa disposizione, deve anche fissare le esigenze relative alla qualifica degli organi interessati. Per esempio, la maggioranza del consiglio d'amministrazione, del consiglio di fondazione o del comitato dovrebbe disporre di provate conoscenze del ramo assicurativo.

Questo articolo si ispira in linea generale all'articolo 14 LSA. Il capoverso 3 è ripreso dall'articolo 13 dell'ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza (RS 961.011), mentre il capoverso 4 si ispira all'articolo 53a della legge federale del 25 giugno 1982 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP; RS 831.40), sebbene non senza importanti modifiche. Questa disposizione costituisce la base formale a livello legislativo per tutte le disposizioni d'esecuzione relative al governo d'impresa.

Cpv. 1

In base al capoverso 1 la direzione di un'assicurazione sociale deve disporre di conoscenze specifiche e di qualifiche personali e professionali che garantiscano lo svolgimento di un'attività irreprensibile. Queste esigenze sono ora sancite nella legge.

Cpv. 2

Al nostro Consiglio è conferita la facoltà di stabilire le qualifiche professionali delle persone incaricate della direzione ai massimi livelli di una cassa malati. Siamo inoltre abilitati a fissare i termini di adeguamento per soddisfare tali esigenze.

Cpv. 3

Sono vietati i doppi mandati, ovvero il fatto che una persona presieda simultaneamente il consiglio d'amministrazione, il consiglio di fondazione o il comitato e la direzione. In base ai principi di governo d'impresa oggi ampiamente ammessi, i doppi mandati non costituiscono più metodi gestionali ideali, poiché richiedono meccanismi di controllo supplementari e non rispettano il principio dell'equilibrio tra il livello strategico e il livello operativo (checks and balances).

Cpv. 4

Essendo l'assicurazione malattie un'assicurazione sociale, è particolarmente importante evitare i conflitti d'interesse. Per questo motivo il capoverso 4 ci conferisce la facoltà di emanare ulteriori disposizioni sulla pubblicazione delle relazioni d'interesse e sulla prevenzione dei conflitti d'interesse.

Art. 20 Pubblicazione del sistema di indennità e delle indennità

Cpv. 1

Il rafforzamento della trasparenza implica che alcune informazioni siano rese pubbliche. Pertanto le casse malati devono esporre in modo comprensibile la composizione e il funzionamento del sistema di remunerazione dei membri degli organi dirigenti.

Cpv. 2

La pubblicazione dell'importo e dei tipi di indennità versate a membri del consiglio d'amministrazione, del consiglio di fondazione o del comitato e ai membri della direzione di una cassa malati è un principio di governo d'impresa ormai accettato. Le informazioni relative ai salari degli organi decisionali superiori sono pubblicate a

titolo volontario nel rapporto di gestione già da numerose casse malati. Ai fini della trasparenza occorre anzitutto indicare l'importo globale delle indennità. Sulla base di queste indicazioni è possibile stabilire quanto è costata la gestione della cassa malati durante l'esercizio. Per prevenire gli abusi, la legge prevede inoltre la pubblicazione delle indennità versate ai singoli membri del consiglio d'amministrazione, del consiglio di fondazione o del comitato. Dato che generalmente questi organi fissano essi stessi le indennità dei loro membri, contrariamente alla direzione, è giustificato prescrivere l'indicazione per ciascun membro. Per motivi di trasparenza, la legge esige tuttavia la pubblicazione delle indennità dei membri della direzione a cui è versato l'importo più elevato. Contro la pubblicazione degli importi individuali non può essere invocata la protezione della personalità, poiché secondo la legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati (LPD; RS 235.1), le indicazioni relative al reddito o alla sostanza non rientrano nei dati personali degni di particolare protezione. La pubblicazione delle indennità è stata caldeggiata anche dal mondo politico (cfr. postulato Teuscher 08.3318 e mozione Giezendanner 10.3799).

Cpv. 3

La legge prevede che le casse malati spieghino nella relazione sulla gestione il motivo per cui le remunerazioni sono diminuite o aumentate rispetto all'esercizio precedente. Le modifiche possono risultare dall'aumento del costo della vita o da un cambiamento del sistema di remunerazione.

Cpv. 4

L'elenco delle indennità contenuto nel presente capoverso non è esauriente. Entrano altresì in considerazione per esempio le prestazioni in natura e le indennità versate agli ex membri degli organi direttivi se sono in relazione con la loro precedente attività in seno agli organi della cassa malati.

Art. 21 Gestione dei rischi

Cpv. 1

Analogamente al messaggio del 9 maggio 2003 concernente la LSA (FF 2003 3233), anche per questa legge vale il principio secondo cui le esigenze organizzative specifiche poste dall'autorità di vigilanza alle casse malati non vengano definiti astrattamente. Si richiede piuttosto un'organizzazione che consenta una gestione dei rischi in grado di individuare i principali rischi dell'azienda. Al primo posto vengono i criteri qualitativi. Per gestione dei rischi si intende l'individuazione, la valutazione e la presa in considerazione dei rischi. Ciò significa che una cassa malati deve essere anche in grado di limitare all'occorrenza i rischi finanziari. La quantificazione dei rischi avviene nell'ambito del calcolo delle riserve in funzione dei rischi.

La gestione dei rischi nel senso definito contempla i metodi e i processi che servono all'identificazione, alla valutazione, al controllo e al reporting dei rischi.

Cpv. 2

Al nostro Consiglio è conferita la competenza di emanare prescrizioni sull'obiettivo, sul contenuto e sulla necessaria documentazione della gestione dei rischi ai sensi del capoverso 1 nonché sulla verifica dei rischi da parte delle casse malati.

Art. 22 Controllo interno

Il presente articolo corrisponde essenzialmente all'articolo 27 LSA. Il sistema di controllo interno (SCI) comprende le procedure, i metodi e i provvedimenti adottati internamente all'azienda e finalizzati a garantire una sicurezza adeguata ai rischi della gestione. Si fa riferimento in particolare all'efficacia dei processi aziendali, all'affidabilità delle relazioni finanziarie e al rispetto di leggi e disposizioni. A integrazione, le casse malati devono disporre di un ufficio di revisione interno indipendente dalla direzione. Il rapporto allestito dall'ufficio di revisione interno deve essere presentato all'ufficio di revisione esterno. Questa procedura è volta a garantire che l'ufficio di revisione esterno disponga dei risultati della revisione interna (cpv. 2).

Art. 23 Rapporti

Le casse malati sono tenute, come finora, a stilare alla fine di ogni anno una relazione sulla gestione, in base alle disposizioni vigenti, per dar conto della loro attività. La relazione sulla gestione era finora disciplinata nell'articolo 60 capoverso 5 LAMal e nell'articolo 85 OAMal. Il presente articolo riprende la struttura dell'articolo 25 LSA. La terminologia relativa alla stesura delle relazioni delle casse malati dovrà essere adeguata a quella della revisione del CO, adottata dalle Camere federali il 23 dicembre 2011 (FF 2012 59).

Cpv. 1

Conformemente alle nuove esigenze contenute nella raccomandazione 41 della Fondazione per le raccomandazioni concernenti la presentazione dei conti (Swiss GAAP RAC 41), la relazione sulla gestione consta del bilancio, del conto economico, del conto dei flussi monetari, dello stato del capitale proprio e dell'allegato.

L'obbligo di allestimento di un conto di gruppo risulta, per i gruppi con sede in Svizzera, dall'articolo 963 del CO riveduto. La centrale del gruppo è tenuta a presentare questa relazione all'autorità di vigilanza.

Cpv. 2

Le casse malati devono presentare all'autorità di vigilanza ogni anno entro il 30 aprile una relazione sull'esercizio trascorso. La conferma dell'approvazione dei conti può essere trasmessa al più tardi entro il 30 giugno. Per quanto riguarda i termini relativi alla presentazione della relazione sulla gestione non cambiano rispetto alla prassi finora adottata.

Cpv. 3

I cambiamenti che avvengono nel corso dell'anno possono incidere in forte misura sulla situazione finanziaria di una cassa malati. Il capoverso 3 conferisce all'autorità di vigilanza la possibilità di seguire più dettagliatamente lo sviluppo di una cassa malati durante l'anno, per esempio chiedendole relazioni intermedie. L'autorità di vigilanza potrà così seguire più da vicino le casse malati in cattive situazioni finanziarie e intervenire per tempo in caso di andamento sfavorevole. In questo modo è possibile prevenire eventuali insolvenze.

Cpv. 4

La vigilanza sulle casse malati richiede un controllo delle relazioni sulla gestione. Per garantirne la comparabilità, la trasparenza e la continuità, le relazioni devono essere allestite in base alle disposizioni vigenti in materia di presentazione dei conti e avvalendosi di moduli uniformi.

Nel sistema vigente, l'articolo 60 LAMal conferisce al nostro Consiglio la competenza di emanare prescrizioni. Contrariamente al diritto in vigore, il nostro Collegio deve anche poter delegare questa competenza direttamente all'autorità di vigilanza. Quest'ultima ottiene pertanto, mediante questa doppia delega, la possibilità di fissare essa stessa le prescrizioni in materia presentazione dei conti e di dichiararle vincolanti. In virtù dell'articolo 82 OAMal, è compito delle casse malati elaborare insieme un piano contabile uniforme e norme unitarie per la gestione contabile e sottoporli all'approvazione dell'autorità di vigilanza. Le esperienze hanno tuttavia evidenziato che questa procedura non è applicabile nella pratica e che il piano contabile necessario non può essere adattato agli sviluppi del settore in tempi ragionevoli. Nell'ordinanza relativa alla presente legge saranno stabilite e concretizzate disposizioni relative al piano contabile e alle direttive in materia di contabilizzazione.

L'autorità di vigilanza conserva la competenza di definire le esigenze concernenti le relazioni da presentare all'autorità di vigilanza. Quest'ultima può in particolare emanare istruzioni sulla forma e sul grado di dettaglio dei conti annuali. Può pertanto portare ancora più trasparenza all'assicurazione sociale malattie e, in particolare, rendere visibile l'attribuzione di taluni valori all'assicurazione sociale malattie o all'assicurazione complementare.

Art. 24 Ufficio di revisione esterno

Cpv. 1

La LAMal non contempla norme relative al ruolo e ai compiti dell'ufficio di revisione esterno. D'ora in poi le casse malati e i riassicuratori sono tenuti, in base all'articolo 2 e all'articolo 28, a designare un ufficio di revisione esterno abilitato che ha il compito di procedere alla revisione ordinaria conformemente all'articolo 727 segg. CO. Ne risulterà quindi una maggiore trasparenza nella gestione delle casse malati, un maggior rispetto delle regole di condotta e un miglior controllo degli affari.

Cpv. 2 e 3

L'articolo 24 capoverso 2 riprende l'attuale articolo 86 capoverso 3 lettera a OAMal. Visto che le casse malati devono sottoporsi alla revisione ordinaria conformemente alla LSR, questo capoverso rinvia a tale legge. La LSR disciplina in particolare le esigenze concernenti la formazione e la prassi professionale degli esperti revisori (persone fisiche), nonché le condizioni che le imprese di revisione devono soddisfare per essere autorizzate.

Art. 25 Compiti dell'ufficio di revisione esterno

In questa disposizione sono precisati i compiti dell'ufficio di revisione esterno, in particolare per quanto attiene al conto annuale. Secondo il capoverso 2 l'autorità di vigilanza può incaricare l'ufficio di revisione esterno di effettuare particolari verifi-

che; i costi di tali verifiche sono a carico delle casse malati interessate. Si tratta di mandati circoscritti. L'autorità di vigilanza in talune situazioni, per esempio quando dispone di informazioni che devono essere confermate o confutate, deve poter affidare mandati specifici agli uffici di revisione esterni. Il capoverso 3 sancisce l'obbligo per questi ultimi di redigere una relazione sulla loro verifica e le loro eventuali osservazioni.

Il termine di consegna del rapporto dell'ufficio di revisione è fissato al 30 aprile al fine di migliorare la vigilanza finanziaria sulle casse malati e di assicurare la qualità della revisione. Questo termine corrisponde a quello fissato nella LSA. Le esigenze fissate a suo tempo nell'articolo 87 OAMal sono quindi riprese nella legge per analogia.

Art. 26 Obbligo d'informare dell'ufficio di revisione esterno

Le informazioni di cui dispone l'ufficio di revisione esterno sono di primaria importanza non solo ai fini della vera e propria vigilanza, bensì anche per garantire una protezione efficace degli assicurati. Per questo motivo tale ufficio deve notificare immediatamente all'autorità di vigilanza non solo i reati (p. es. frode, gestione sleale, falsità in documenti), le gravi irregolarità (p. es un'applicazione erronea delle tariffe dei premi o delle prestazioni), le violazioni dei principi di un'attività irreprensibile (p. es. comportamento contrario alla dichiarazione di onorabilità nell'ambito del governo d'impresa) o i fatti di natura tale da compromettere la solvibilità della cassa malati, ma anche eventi tali da ledere gli interessi degli assicurati (p. es. richiesta di un premio più elevato rispetto a quello approvato dall'autorità di vigilanza). Una verifica da parte dell'ufficio di revisione esterno può riferirsi anche alla violazione di disposizioni sulla protezione dei dati o all'osservanza insufficiente della protezione dei dati da parte dell'assicuratore.

Art. 27 Autorizzazione

Anche chi intende proporre la riassicurazione dell'assicurazione sociale malattie deve disporre dell'autorizzazione da parte dell'autorità di vigilanza. Tale autorizzazione consente solo l'esercizio della riassicurazione dei rischi ai sensi della LAMal.

L'autorità di vigilanza pubblica un elenco dei riassicuratori autorizzati.

Art. 28 Condizioni di autorizzazione

Cpv. 1

Le persone giuridiche autorizzate a esercitare la riassicurazione dei rischi assicurativi delle casse malati sono specificate in modo esaustivo nella legge. Le casse malati secondo l'articolo 2 con un numero minimo di assicurati stabilito dal nostro Consiglio possono, come finora, chiedere un'autorizzazione. Inoltre anche gli assicuratori privati che sono autorizzati a esercitare la riassicurazione conformemente alla LSA possono chiedere un'autorizzazione. Questi riassicuratori devono disporre sia di un'autorizzazione per esercitare l'attività di riassicurazione conformemente alla LSA, sia di un'autorizzazione per esercitare la riassicurazione sociale. Sono designati come riassicuratori privati e istituzionalmente sottostanno alla FINMA.

Cpv. 2

Come le casse malati, i riassicuratori devono adempiere determinate condizioni affinché l'autorità di vigilanza rilasci loro l'autorizzazione per l'esercizio della riassicurazione. Si tratta di esigenze che riguardano la forma giuridica, la sede, l'organizzazione, la dotazione finanziaria e la società di audit.

Art. 29 Domanda di autorizzazione

La società che intenda riassicurare rischi assicurativi dell'assicurazione sociale malattie deve presentare una domanda all'autorità di vigilanza, allegando il piano d'esercizio. Quest'ultimo deve fornire informazioni vincolanti sull'organizzazione, la gestione, la situazione finanziaria, il controllo dei rischi da assicurare e le retrocessioni.

Il capoverso 2 enumera gli elementi che i riassicuratori devono indicare nei loro piani d'esercizio; il capoverso 3 enumera quelli che devono essere indicati soltanto dai riassicuratori privati. Le casse malati non sono tenute a fornire queste informazioni e questi documenti, poiché essi sono già contenuti nel piano d'esercizio che hanno allegato alla domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie.

Art. 30 Modifica del piano d'esercizio

In virtù della LSA, articolo 7 capoverso 2 per le casse malati e articolo 5 capoverso 2 per gli altri riassicuratori, le modifiche che concernono gli elementi del piano d'esercizio devono essere comunicate all'autorità di vigilanza. Esse non richiedono la sua approvazione poiché le modifiche del piano d'esercizio delle casse malati che esercitano la riassicurazione sottostanno alle disposizioni di cui all'articolo 7, mentre per gli altri riassicuratori si applicano quelle della LSA.

Art. 31 Quota minima delle casse malati ai rischi di assicurazione

Il nostro Consiglio stabilisce, analogamente alla disciplina dell'OAMal, la parte minima dei rischi di assicurazione che le casse malati stesse devono assumersi. Si vuole così evitare che una cassa malati trasferisca completamente a un riassicuratore il suo rischio d'assicurazione per sottrarsi a quanto stabilito dalla presente legge. Attualmente i premi di riassicurazione non possono superare il 50 per cento del totale dei premi dovuti dagli assicurati (art. 18 cpv. 1 OAMal).

Art. 32 Contratti di riassicurazione

Cpv. 1

I premi dei contratti di riassicurazione devono corrispondere ai rischi assunti. Necessitano dell'approvazione dell'autorità di vigilanza, affinché quest'ultima possa garantire che i riassicuratori non conseguano utili sproporzionati a discapito dell'assicurazione sociale malattie.

I contratti di riassicurazione sono parte integrante del piano d'esercizio delle casse malati. Le modifiche del piano d'esercizio devono essere autorizzate dall'autorità di vigilanza, cosicché anche i contratti di riassicurazione sottostanno all'obbligo di approvazione da parte di detta autorità. Dato che quest'ultima approva non solo i

premi, ma anche tutti i contratti, può garantire che le casse malati non assumano impegni inappropriati a scapito dell'assicurazione sociale malattie e che i riassicuratori ricevano solo un'indennità adeguata per la ripresa dei rischi.

Cpv. 2

I riassicuratori devono presentare annualmente all'autorità di vigilanza i piani economici per l'esercizio della riassicurazione dell'assicurazione sociale malattie che concernono l'anno in corso e l'anno successivo. Devono inoltre consegnare ogni anno all'autorità di vigilanza un conteggio per ogni contratto di riassicurazione. L'autorità di vigilanza disporrà pertanto delle necessarie informazioni concernenti i risultati del passato e le previsioni per il futuro ai fini dell'approvazione dei premi e dei contratti.

Art. 33 *Compiti, poteri e competenze dell'autorità di vigilanza*

I compiti, i poteri e le competenze dell'autorità di vigilanza riguardano, da un lato, la protezione degli assicurati e, dall'altro, la solvibilità delle casse malati. Anche con questo capitolo della legge deve essere garantita la protezione degli assicurati, poiché la situazione finanziaria di un assicuratore esercita un influsso su quella dei suoi assicurati.

Cpv. 1

L'elenco dei compiti di cui al capoverso 1 non è esaustivo. Per verifica dell'attività irreprensibile delle casse malati si intende che le entità sottoposte a vigilanza devono fornire tutte le informazioni e i documenti di cui l'autorità necessita. Su sua richiesta l'autorità di vigilanza deve quindi poter ricevere in particolare un estratto del casellario giudiziario dei membri del consiglio di amministrazione e della direzione, onde verificare se queste persone soddisfano i criteri stabiliti dal nostro Consiglio. Se una cassa malati si rifiuta di fornire le informazioni o i documenti richiesti o se l'autorità di vigilanza ha il sospetto, in base ad altri motivi oggettivi, che le condizioni legali per un esercizio irreprensibile dell'attività non siano adempite, questa può esigere, quale provvedimento conservativo, la revoca della persona in questione (art. 37 cpv. 2 lett. f).

La protezione degli assicurati contro gli abusi (cpv. 1 lett. e) è rivolta a comportamenti che pur non costituendo una violazione delle disposizioni legali, rappresentino un comportamento sleale delle casse malati. Ciò riguarda soprattutto i settori nei quali gli assicuratori dispongono di un certo margine di manovra. Un singolo caso non può tuttavia essere considerato un comportamento abusivo da parte dell'assicuratore. L'autorità di vigilanza potrà concludere che si tratta di abuso solo qualora accerti che la situazione sleale si ripete.

Cpv. 2

Le condizioni da adempiere affinché sia rilasciata l'autorizzazione a esercitare devono naturalmente essere soddisfatte anche dopo la concessione. Se l'autorità di vigilanza constata che la situazione legale non è rispettata, può pretenderne il ripristino e, se del caso, ordinare le opportune misure, anche contro la volontà dell'assicuratore.

Cpv. 3

Il capoverso 3 riprende l'attuale articolo 21 capoverso 3 LAMal. Poiché lo scopo della legge consiste nel rafforzare la vigilanza sull'assicurazione malattie è logico che vengano mantenuti gli strumenti che hanno dato buona prova di sé. Per esempio l'autorità di vigilanza può impartire istruzioni alle imprese sottoposte a vigilanza. Può altresì procedere a ispezioni senza preavviso nelle imprese sottoposte a vigilanza. L'obbligo dei soggetti sottoposti a vigilanza di fornire all'autorità di vigilanza tutte le informazioni necessarie è di per sé contemplato nell'obbligo di informazione di cui all'articolo 34. Data la sua importanza, tale obbligo viene tuttavia ribadito nel presente capoverso. Se un'impresa sottoposta a vigilanza ostacola un controllo, rifiutandosi per esempio di consegnare le informazioni, è passibile della pena prevista nell'articolo 56 capoverso 1 lettera f.

Cpv. 4

Il capoverso 4 autorizza l'autorità di vigilanza a rivolgersi a terzi per verificare il rispetto delle norme sulla vigilanza. Si tratta di esperti con conoscenze specifiche che l'autorità di vigilanza non possiede. L'articolo 25 capoverso 2 consente all'autorità di vigilanza di conferire mandati speciali all'ufficio di revisione. Il capoverso 4 estende questa possibilità ad altri terzi, quali studi legali privati o aziende di audit. Le spese d'intervento di terzi possono essere fatturate all'impresa sottoposta a vigilanza. Ciò sarebbe per esempio il caso se si rivelasse che quest'ultima ha commesso atti illegali o irregolarità.

Cpv. 5

Il capoverso 5 riprende l'articolo 21 capoverso 2 LAMal e obbliga l'autorità di vigilanza e la FINMA a coordinare le loro attività. Questo obbligo di coordinamento va oltre l'assistenza amministrativa e lo scambio di informazioni di cui all'articolo 35, in quanto richiede da parte dell'autorità di vigilanza secondo la presente legge e dalla FINMA un comportamento attivo – su riserva dell'articolo 40 della legge del 22 giugno 2007 concernente l'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (LFINMA; RS 956.1) – mentre la FINMA risponde, nel quadro dell'articolo 35 capoverso 2, alla richiesta da parte dell'autorità di vigilanza. Possono manifestarsi situazioni in cui la FINMA dovrà prendere l'iniziativa di coordinamento, per esempio perché è stata informata, prima dell'autorità di vigilanza, su un caso specifico che rientra nella competenza di entrambe le autorità. Inoltre entrambe le autorità di vigilanza sono tenute a informarsi reciprocamente non appena vengono a conoscenza di eventi importanti per l'altra autorità.

Art. 34 Obbligo d'informare e di notificare

Questa disposizione è ispirata ampiamente all'articolo 21 capoversi 3 e 4 LAMal e disciplina il flusso di informazioni dalle imprese sottoposte all'autorità di vigilanza. Completa altresì l'articolo 23, che disciplina la presentazione dei rapporti delle casse malati.

Le conseguenze della violazione dell'obbligo di informare sono disciplinate nell'articolo 56.

Cpv. 1

L'obbligo di informare costituisce la pietra angolare dell'attività di vigilanza. Le imprese sottoposte a vigilanza sono tenute a mettere a disposizione dell'autorità di vigilanza, della persona da essa incaricata (cfr. art. 38) o dell'ufficio di revisione esterno la documentazione necessaria alla vigilanza sull'assicurazione sociale malattie. Poiché già l'articolo 23 dispone che le casse malati devono presentare all'autorità di vigilanza competente la relazione sulla gestione entro un termine prestabilito, per «informazioni necessarie» si intendono in particolare le informazioni complementari a favore dell'autorità di vigilanza (p.es. ulteriori informazioni sui conti annuali).

Cpv. 2

La disposizione prevede l'obbligo da parte delle imprese sottoposte a vigilanza di fornire all'autorità di vigilanza tutti i dati risultanti dall'attività assicurativa. Non si tratta di dati nel quadro del controllo delle attività dell'autorità di vigilanza ai sensi del mandato, come al capoverso 1. Il capoverso 2 obbliga piuttosto le imprese sottoposte a vigilanza a fornire all'autorità i dati necessari a concretizzare le disposizioni della LAMal e della presente legge. Ogni anno le casse malati devono fornire spontaneamente e automaticamente le informazioni necessarie all'autorità di vigilanza. Quest'ultima, da parte sua, è autorizzata a chiedere dati diverse volte all'anno.

Cpv. 3

La LFINMA prevede che gli assoggettati alla vigilanza notifichino senza indugio alla FINMA tutti gli eventi di grande importanza ai fini della vigilanza (art. 29 cpv. 2 LFINMA). Tale disposizione è ripresa anche nella presente legge. Le casse malati sono infatti tenute a comunicare immediatamente all'autorità di vigilanza tutti gli eventi significativi ai fini della vigilanza. Particolarmente significativi sono gli eventi che possono mettere in pericolo l'esistenza della cassa malati o del riassicuratore sociale, quali le perdite di capitali (in borsa o per cattiva gestione), atti criminali (appropriazione indebita, frode) o riorganizzazioni (nomina o revoca del direttore, dimissioni o nomina di membri del consiglio d'amministrazione ecc.). In caso di dubbio la direzione è tenuta a informare l'autorità di vigilanza affinché, se del caso, possa prendere i provvedimenti necessari.

Art. 35 Scambio di informazioni e assistenza amministrativa

Questa disposizione comprende sia lo scambio di informazioni tra le autorità di vigilanza, in particolare lo scambio di dati, sia il segreto d'affari e l'assistenza amministrativa. In questo modo le disposizioni fondamentali in materia di protezione delle informazioni sono riunite in un'unica norma.

La disposizione concernente lo scambio di dati è strettamente collegata all'assistenza amministrativa, che obbliga gli uffici sollecitati a collaborare e a mettere a disposizione la documentazione necessaria.

Cpv. 1

Le persone che partecipano all'esecuzione e al controllo o alla sorveglianza dell'esecuzione delle leggi d'assicurazione sociale devono mantenere il segreto nei confronti di terzi (art. 33 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, LPGA; RS 830.1). Poiché la LPGA è applica-

bile in linea di principio all'assicurazione malattie (art. 1 LAMal), anche le autorità di vigilanza sono sottoposte a tale obbligo.

Il presente articolo fornisce all'autorità competente nell'ambito della vigilanza sull'assicurazione sociale malattie una base legale per trasmettere, in deroga all'articolo 33 LPGA, informazioni ad altre autorità di vigilanza svizzere e ai Cantoni.

Con l'articolo 80 LSA, la FINMA dispone già di una base legale che costituisce la piattaforma per uno scambio di informazioni inteso come trasmissione di dati ad altre autorità di vigilanza svizzere.

L'attuale situazione del mercato ha evidenziato in particolare la necessità di uno scambio tra l'autorità di vigilanza competente per l'assicurazione sociale malattie e la FINMA, in quanto autorità di vigilanza competente per le assicurazioni complementari, per poter valutare per tempo la situazione finanziaria degli assicuratori.

Cpv. 2

L'esperienza ha mostrato che, per gestire in misura soddisfacente la sua attività di vigilanza nel settore dell'assicurazione sociale malattie, l'autorità di vigilanza deve ottimizzare le possibilità dell'assistenza amministrativa, sia dal punto di vista temporale sia da quello qualitativo. Lo scambio di informazioni deve essere fluido, preciso e possibilmente dettagliato.

Fatte salve le disposizioni di leggi speciali, l'obbligo di assistenza amministrativa nei confronti dell'autorità di vigilanza vale per principio per tutte le autorità e i servizi della Confederazione e dei Cantoni, indipendentemente da eventuali obblighi di mantenere il segreto. Ciò vale segnatamente anche in riferimento ad atti di procedure civili, penali e amministrative, qualora risultino oggettivamente necessari per l'esercizio dell'attività dell'autorità di vigilanza. È sufficiente che le informazioni richieste siano necessarie ai fini della corretta applicazione della legge in vista di una determinata situazione o di un'operazione precisa. Non è di competenza dell'autorità o del servizio a cui è stata chiesta l'assistenza amministrativa decidere quali fatti possono essere importanti per l'esercizio della vigilanza nel settore dell'assicurazione sociale malattie. La decisione sulla necessità, sull'opportunità e sulla portata oggettiva dell'assistenza amministrativa spetta esclusivamente all'autorità di vigilanza che ne fa la richiesta. L'articolo 35 capoverso 2 va oltre l'articolo 32 LPGA, il quale limita l'assistenza giudiziaria e amministrativa alla comunicazione di dati necessari per raggiungere quattro obiettivi circoscritti. All'autorità di vigilanza non possono essere addossati i costi per l'assistenza amministrativa.

Art. 36 Pubblicazione delle decisioni

La disposizione è principalmente finalizzata alla trasparenza. È stata ripresa dall'articolo 21 capoverso 5^{bis} LAMal, con lievi adeguamenti dal profilo linguistico.

A livello di contenuto la norma adempie due scopi: da un lato, serve da elemento informativo nei confronti del pubblico, tenendo conto dell'interesse pubblico a conoscere il funzionamento del sistema di assicurazione sociale malattie, qualora fossero adottate sanzioni penali e amministrative nei confronti delle casse malati.

Dall'altro, la norma funge anche da strumento preventivo per incitare le casse malati ad adottare un comportamento conforme al diritto, ossia un comportamento che non comporti alcuna sanzione penale.

I provvedimenti possono essere pubblicati soltanto quando le sanzioni penali non possono più essere impugnate mediante un qualsiasi rimedio giuridico o quando la cassa malati ha espressamente accettato la sanzione penale. Le pubblicazioni garantiscono trasparenza nell'operato dell'autorità di vigilanza: mostrano che i provvedimenti di vigilanza sono efficaci.

Art. 37 Provvedimenti conservativi

Secondo l'articolo 21 LAMal, l'autorità di vigilanza può impartire istruzioni agli assicuratori e chiedere loro tutte le informazioni e le documentazioni necessarie, nonché effettuare ispezioni. Se un assicuratore viola le disposizioni di legge, l'autorità di vigilanza può ripristinare la situazione legale, ammonire o sanzionare l'assicuratore o chiedere al DFI la revoca dell'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie. La LSA prevede a questo proposito una serie di provvedimenti conservativi volti a tutelare gli interessi degli assicurati (art. 51–54 LSA). Questi provvedimenti sono ampiamente ripresi nella presente legge e in parte completati. Poiché l'autorità di vigilanza può avvalersi di diversi provvedimenti nei confronti delle singole casse malati, ne risulta un potenziamento della vigilanza e quindi della protezione degli assicurati.

Questa disposizione costituisce la base per la competenza dell'autorità di vigilanza di adottare provvedimenti conservativi che possono concernere anche terzi, per esempio le banche presso cui è depositato il patrimonio vincolato.

Cpv. 1

Questo capoverso corrisponde ampiamente all'articolo 51 capoverso 1 LSA. Descrive le condizioni che devono essere adempite affinché l'autorità di vigilanza possa adottare provvedimenti conservativi: una cassa malati deve violare le disposizioni della presente legge e della LAMal o una decisione dell'autorità di vigilanza oppure gli interessi degli assicurati devono sembrare minacciati in altro modo. Questa circostanza di pericolo consente all'autorità di vigilanza di adottare per tempo provvedimenti conservativi.

Cpv. 2

Questo capoverso contiene un elenco non esaustivo delle possibilità di intervento:

i provvedimenti di cui alle lettere a, b, c, e ed f corrispondono per lo più all'articolo 51 capoverso 2 lettere a, b, c, e ed f LSA. In tal modo l'autorità di vigilanza può sostituire le persone che non garantiscono un'attività irreprensibile o l'ufficio di revisione scelto dalla cassa malati.

L'articolo 51 capoverso 2 lettera d LSA consente alla FINMA di trasferire a un'altra impresa di assicurazione, previo il suo consenso, il portafoglio assicurativo e il pertinente patrimonio vincolato. La presente legge prevede, nella lettera d, il trasferimento dell'effettivo degli assicurati, precisando tuttavia questa disposizione nell'articolo 39.

D'ora in poi l'autorità di vigilanza potrà anche ordinare aumenti dei premi al di fuori dell'approvazione delle tariffe dei premi (lett. g). Questo provvedimento conservativo le consente di obbligare la cassa malati a riscuotere premi più elevati nel corso dell'anno al fine di migliorare la sua situazione finanziaria.

L'autorità può inoltre ordinare a una cassa malati di attuare un piano di finanziamento o di risanamento (lett. h).

Inoltre l'autorità di vigilanza può nominare uno specialista a cui affidare compiti e attribuzioni speciali conformemente all'articolo 38 (lett. i).

Con la modifica del 18 marzo 2011 (Garanzia dei depositi; RU 2011 3919) della legge dell'8 novembre 1934 sulle banche (RS 952.0), il Parlamento ha completato l'articolo 51 capoverso 2 LSA con due ulteriori provvedimenti conservativi. Questi provvedimenti sono entrati in vigore il 1° settembre 2011 e sono ripresi nella presente legge.

Il primo provvedimento consente all'autorità di vigilanza di attribuire elementi patrimoniali della cassa malati al patrimonio vincolato (lett. j). Con la sua decisione l'autorità di vigilanza istituisce un privilegio che esplica effetti materiali su tali valori patrimoniali.

Il secondo provvedimento consente all'autorità di vigilanza di ordinare una moratoria concordataria in caso di rischio d'insolubilità (lett. k). Durante la moratoria non si può promuovere alcuna esecuzione contro il debitore (cfr. art. 297 della legge federale dell'11 aprile 1889 sull'esecuzione e sul fallimento, LEF; RS 281.1). Questo provvedimento può rivelarsi necessario quando l'autorità di vigilanza rinvia il fallimento, rifiutandone l'apertura.

Infine, l'autorità di vigilanza può esigere da una cassa malati la conclusione di un contratto di riassicurazione affinché i suoi rischi siano parzialmente assunti da un riassicuratore (lett. l).

Cpv. 3

Il capoverso 3 consente all'autorità di vigilanza di adottare determinati provvedimenti qualora la situazione finanziaria della cassa malati, pur soddisfacendo le disposizioni legali, sia in pericolo. In tal caso, si parte dal presupposto che gli organi statutari non abbiano preso provvedimenti adeguati per migliorare la situazione. L'autorità di vigilanza può segnatamente ordinare aumenti di premi o l'attuazione di un piano di finanziamento o di risanamento (cpv. 2 lett. g ed h).

Queste misure possono rivelarsi opportune per esempio quando le casse malati presentano le tariffe dei premi dell'anno successivo per approvazione all'autorità di vigilanza alla fine di luglio. Le tariffe si basano su estrapolazioni dell'anno in corso e sul budget dell'anno successivo. Per allestire questo budget vanno stimate in particolare le previsioni relative al numero di persone che saranno assicurate e alle prestazioni che saranno erogate. Queste proiezioni sono tuttavia difficili da formulare, poiché alla fine dell'anno civile gli assicurati potrebbero cambiare cassa malati. Per questo motivo un bilancio può rivelarsi impreciso già all'inizio dell'anno. In questo caso, la situazione finanziaria di una cassa malati può essere compromessa, anche se alla fine dell'anno precedente erano adempite le disposizioni legali, in particolare per quanto riguarda le riserve e gli accantonamenti.

Con questi provvedimenti si intende garantire il rispetto delle disposizioni legali per i due anni successivi.

Art. 38 Persona incaricata dall'autorità di vigilanza

Il presente articolo precisa la funzione della persona incaricata dall'autorità di vigilanza secondo l'articolo 37 capoverso 2 lettera i.

Cpv. 1

Il presente capoverso precisa che i terzi specialisti devono essere indipendenti, ossia devono adempiere il loro mandato in modo del tutto imparziale e non devono avere opinioni preconcette a favore o sfavore di una parte. I terzi specialisti sono incaricati dall'autorità di vigilanza e agiscono in base alle istruzioni di quest'ultima. Il capoverso 1 concerne l'attuazione di un provvedimento in materia di vigilanza da parte di un terzo specialista incaricato di ripristinare la situazione legale.

Cpv. 2

Questo capoverso disciplina l'esecuzione dei compiti da parte della persona incaricata. Nel diritto vigente spetta all'autorità di vigilanza stessa, addebitando le spese all'assicuratore, ripristinare la situazione legale (art. 21 cpv. 5 LAMal). L'esperienza ha tuttavia mostrato che questa possibilità è meramente teorica, poiché l'autorità di vigilanza nella maggior parte dei casi non dispone né delle conoscenze né degli strumenti per agire al posto delle casse malati morose. Il disegno pone rimedio a questa situazione consentendo all'autorità di vigilanza di incaricare una persona terza di agire al posto degli organi dell'impresa sottoposta a vigilanza (esecuzione sostitutiva).

Cpv. 3

Nell'adempimento dei loro compiti, i terzi specialisti devono avere gli stessi diritti dell'autorità di vigilanza, segnatamente l'accesso a tutte le informazioni e alla documentazione necessaria. Le casse malati devono inoltre comunicare senza indugio alla persona incaricata eventuali eventi importanti (art. 34).

Cpv. 4

I costi derivanti dall'intervento dei terzi specialisti sono a carico dell'impresa sottoposta a vigilanza. Su richiesta dell'autorità di vigilanza, l'impresa deve versare un anticipo delle spese. Se le condizioni lo giustificano, può eccezionalmente essere esonerata dal pagamento delle spese: in tal caso le assume l'autorità di vigilanza. Questa situazione può presentarsi quando il pagamento di queste spese potrebbe comportare il fallimento della cassa malati o del riassicuratore oppure se l'autorità di vigilanza non concede loro un termine sufficiente per il ripristino di una situazione legale prima che un terzo sia incaricato di farlo.

Art. 39 Procedura in caso di trasferimento dell'effettivo degli assicurati

Il trasferimento obbligatorio dell'effettivo degli assicurati previsto nell'articolo 37 capoverso 2 lettera d è disciplinato più dettagliatamente nel presente articolo.

Cpv. 1

L'autorità di vigilanza può trasferire a un'altra cassa malati l'effettivo degli assicurati di una cassa malati che si trovi in difficoltà finanziarie. Se gli organi dirigenti della cassa malati in difficoltà rifiutano o ritardano tale trasferimento, l'autorità di vigilanza deve poter contattare altre casse malati o federazioni di casse malati. A tal fine

deve rendere note le informazioni sulla cassa malati in difficoltà. In questo caso viene a cadere l'obbligo di mantenere il segreto di cui all'articolo 33 LPGa.

Cpv. 2

La FINMA può trasmettere l'effettivo degli assicurati e il relativo patrimonio vincolato a un'altra impresa di assicurazione previa la sua approvazione (art. 51 cpv. 2 lett. d LSA). In analogia a questa disposizione, l'autorità di vigilanza può trasferire l'effettivo degli assicurati da una cassa malati all'altra. Oltre a quanto previsto nella LSA, può altresì trasferire non solo il patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie ma anche le riserve, con i diritti e gli obblighi che essi comportano. Ciò significa che la cassa malati che riprende l'effettivo può riscuotere i premi dovuti anche prima ed è tenuta ad assumersi i costi delle prestazioni erogate in precedenza. Se la cassa malati ripresa è oberata di debiti, il trasferimento delle sue riserve deve privilegiare gli assicurati rispetto agli altri creditori. L'autorità di vigilanza dispone le condizioni del trasferimento. A tal fine può rinunciare al consenso della cassa malati che viene ripresa.

Art. 40 Dichiarazione di fallimento

La LAMal non prevede disposizioni particolari per la dichiarazione e la procedura di fallimento. Queste ultime sono quindi rette dalle disposizioni della LEF.

La legge sulle banche prevede, per le banche e le casse di risparmio, una procedura di fallimento indipendente dalla LEF e controllata dall'autorità di vigilanza. Con la modifica del 18 marzo 2011 della legge sulle banche (Garanzia dei depositi, RU 2011 3919), il Parlamento ha deciso che questa procedura di fallimento sia applicata, mediante una corrispondente modifica della LSA, anche agli assicuratori privati.

Cpv. 1

La dichiarazione di fallimento di una cassa malati tocca fortemente i suoi assicurati, motivo per cui richiede una previa autorizzazione da parte dell'autorità di vigilanza. Se ritiene che non sia più possibile un risanamento o il trasferimento dell'effettivo degli assicurati, l'autorità di vigilanza autorizza la dichiarazione di fallimento.

Cpv. 2

Questa disposizione consente all'autorità di vigilanza di chiedere essa stessa la dichiarazione di fallimento al giudice del fallimento, qualora non sia riuscita a convincere la cassa malati a farlo.

Art. 41 Mutuo per superare una penuria di liquidità

Dall'introduzione della LAMal nel 1996 le casse malati insolventi sono state tre. Il fondo per i casi d'insolvenza dell'istituzione comune ha assunto i costi delle prestazioni legali in loro vece. Il sistema dell'assicurazione sociale malattie ha finora dimostrato la sua solidità.

L'istituzione comune continua pertanto a gestire un fondo in caso d'insolvenza, che assume i costi delle prestazioni legali in vece delle casse malati insolventi (art. 49). Questo fondo è finanziato in particolare con i contributi delle casse malati (art. 50 lett. a). L'istituzione comune fissa l'importo del fondo basandosi sui rischi che questo è chiamato a coprire. Per tutelare il sistema dell'assicurazione sociale malat-

tie l'autorità di vigilanza può ordinare l'aumento del fondo per i casi di insolvenza (art. 51 cpv. 1 e 3).

La LPP prevede che per superare una penuria di liquidità la Confederazione può concedere un mutuo al fondo di sicurezza a condizioni di mercato per finanziare prestazioni insolventi. La concessione di tali mutui può essere legata a condizioni (art. 59 cpv. 4 LPP).

Cpv. 1

Questa disposizione autorizza la Confederazione a concedere all'istituzione comune un mutuo alle condizioni di mercato per superare una penuria di liquidità. Visto che si tratta di un mutuo, si parte dal presupposto che il rimborso sia verosimile. Dato che il mutuo è concesso alle usuali condizioni di mercato, l'istituzione comune deve pagare un interesse corrispondente a quello che le banche private riscuoterebbero per un'operazione corrispondente. La Confederazione deve poter vincolare a condizioni la concessione di tale mutuo di tesoreria.

Il fondo in caso d'insolvenza presenta quindi tre livelli di garanzia: al primo livello, l'istituzione comune fissa l'importo del fondo in funzione dei rischi che deve coprire; al secondo, l'autorità di vigilanza può ordinare l'aumento del fondo per garantire la stabilità del sistema dell'assicurazione malattie; solo se questo provvedimento si rivela insufficiente, la Confederazione può – quale terzo livello – concedere all'istituzione comune un mutuo di tesoreria per coprire una penuria momentanea di liquidità.

Cpv. 2

Allo scopo di garantire il rimborso, il nostro Consiglio può fissare, al più tardi entro cinque anni, un supplemento di premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'1 per cento al massimo. Questo denaro sarà riscosso a favore del fondo in caso di insolvenza e servirà a rimborsare il mutuo di tesoreria della Confederazione.

Art. 42 Cessazione dell'attività assicurativa

Cpv. 1

La revoca dell'autorizzazione è attualmente disciplinata nell'articolo 13 capoverso 3 LAMal. D'ora in poi la revoca dell'autorizzazione – come del resto il rilascio (cfr. art. 3 e art. 27) – spetta all'autorità di vigilanza. L'autorizzazione a esercitare è revocata se la cassa malati o il riassicuratore intende cessare l'attività assicurativa; l'organo responsabile della cassa malati o del riassicuratore in questo caso deve decidere in buona e dovuta forma la rinuncia all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie o della riassicurazione dell'assicurazione sociale malattie. L'autorizzazione a esercitare va altresì revocata quando la cassa malati o il riassicuratore devono concludere l'attività assicurativa in quanto l'autorità di vigilanza ha accertato la mancata ottemperanza alle condizioni previste dalla legge. Queste condizioni corrispondono ai requisiti per l'autorizzazione di cui agli articoli 4 e 28. Non si considerano più soddisfatte le condizioni di autorizzazione, quando le casse malati o i riassicuratori, per esempio, non sono in grado di ripristinare entro i termini prestabiliti condizioni finanziarie sane, quando violano pesantemente gli obblighi previsti dalla legislazione sulla vigilanza oppure se non offrono più alcuna garanzia di svolgere un'attività irreprensibile.

La revoca dell'autorizzazione ordinata dall'autorità costituisce la misura più pesante prevista dal diritto in materia di vigilanza. È tuttavia indispensabile per proteggere gli assicurati. Prima di ricorrere a questa misura, l'autorità di vigilanza prenderà tuttavia in considerazione misure meno radicali, esigendo in particolare il ripristino della situazione legale (cfr. art. 33 cpv. 2).

Cpv. 2

Questo capoverso corrisponde ampiamente all'articolo 13 capoverso 4 LAMal. Disciplina il caso in cui a una cassa malati è revocata completamente l'autorizzazione a esercitare, ma il patrimonio e l'effettivo degli assicurati non sono trasferiti per fusione o un'altra concentrazione economica a un'altra cassa malati. Un'eventuale eccedenza del patrimonio nel settore dell'assicurazione sociale malattie deve rimanere in tale settore. Questa disposizione garantisce che i fondi dell'assicurazione sociale malattie non siano utilizzati per altri scopi. Contrariamente ai capoversi 1 e 4, il capoverso 2 è applicabile solo alle casse malati e non ai riassicuratori privati.

Cpv. 3

Il presente capoverso corrisponde all'articolo 13 capoverso 5 LAMal e prevede che una cassa malati debba cedere parte delle sue riserve se l'autorità di vigilanza revoca l'autorizzazione di esercitare solo per parti del suo raggio di attività territoriale. Questa disposizione permette di garantire che le casse malati non trasferiscano una parte sfavorevole dell'effettivo di assicurati ad altre casse e che nel contempo migliorino sensibilmente la situazione delle loro riserve concentrandosi su un ambito di attività più ristretto. L'importo da cedere va ripartito fra le casse malati che riprendono gli assicurati toccati dalla limitazione del raggio di attività. Il DFI può affidare la ripartizione di tale importo all'istituzione comune (art. 19a OAMal). In futuro l'autorità di vigilanza sarà competente per la delega di questo compito. L'istituzione comune ha disciplinato in un regolamento la ripartizione delle riserve tra le casse malati. Non appena la relativa decisione assume valore legale e l'istituzione comune sarà stata informata in merito dall'autorità di vigilanza, quest'ultima calcola l'importo da cedere e provvede alla sua ripartizione tra le casse che riprendono gli assicurati interessati dalla limitazione del raggio di attività territoriale. Con i fondi ricevuti devono ricostituire le loro riserve. Il capoverso 3 si applica solo in caso di ritiro parziale delle casse malati, ma non in caso di cambiamenti di cassa individuali.

Cpv. 4

Affinché le casse malati o i riassicuratori ottemperino a determinati obblighi imposti dalla legislazione sull'assicurazione malattie e dalle relative disposizioni d'esecuzione anche dopo che è stata loro revocata l'autorizzazione, le decisioni relative alla revoca dell'autorizzazione saranno di volta in volta vincolate a oneri. Il capoverso 4 prevede che l'autorità di vigilanza decida, in un secondo tempo, di liberare la cassa malati o il riassicuratore dalla vigilanza, ovvero quando la cassa malati avrà ottemperato a tutti gli obblighi derivanti dal diritto della vigilanza. Questa disposizione permette di garantire che l'autorità di vigilanza possa imporre il rispetto degli oneri alle casse malati o ai riassicuratori, anche dopo la revoca dell'autorizzazione di esercitare.

Cpv. 5

Ai fini della radiazione della cassa malati dal registro di commercio, l'autorità di vigilanza comunica la sua decisione passata in giudicato all'ufficio del registro di commercio e la pubblica a spese dell'impresa.

Art. 43 Gruppi assicurativi

Per gruppo assicurativo si intendono due o più imprese che costituiscono un'unità economica o sono altrimenti collegate tra di loro sulla base di fattori d'influenza o di controllo. Di queste imprese almeno una deve essere una cassa malati e l'intero gruppo è attivo principalmente nel settore assicurativo. Ciò significa che di solito le altre imprese del gruppo sono parimenti casse malati, imprese assicurative o aziende che prestano attività assicurative. È tuttavia sufficiente l'unione di un'unica cassa malati con altre imprese estranee al settore, a condizione che l'attività principale sia esercitata nel settore assicurativo.

Art. 44 Relazioni con la vigilanza individuale

La riorganizzazione della vigilanza sulle assicurazioni malattie avviene in un periodo di cambiamenti strutturali sempre più frequenti nelle casse malati.

Negli ultimi anni un numero crescente di casse malati si sono affiliate a un gruppo. Questi gruppi sono sempre più grandi e complessi sul piano organizzativo, e cercano di unire un'offerta importante, il know-how, le strutture, le finanze e l'organizzazione, sfruttando le sinergie per realizzare rendimenti di scala.

Vi sono assicurazioni malattie che si sono riunite in gruppi o strutture simili, o gruppi che collaborano sul piano finanziario o organizzativo. Spesso i gruppi di assicurazione malattie non sono costituiti esclusivamente da casse malati, ma gestiscono anche altre assicurazioni (p. es. assicurazioni contro i danni o assicurazioni sulla vita). Tutte queste unità organizzative hanno rapporti più o meno stretti sul piano delle risorse umane, delle finanze e dell'organizzazione. Per mettere in evidenza queste dipendenze, interdipendenze e interconnessioni conformemente alle esigenze minime di una vigilanza moderna in termini di trasparenza, good governance, precisione e chiarezza, non è sufficiente una vigilanza individuale.

Esistono diverse possibilità di configurazione e implementazione della vigilanza. La cosiddetta vigilanza sui gruppi Solo-Plus, così come prevista nella presente legge, mira a individuare le interrelazioni e le influenze reciproche delle singole compagnie, onde poter eventualmente intervenire nelle specifiche situazioni. La vigilanza Solo-Plus sui gruppi è esercitata a complemento della vigilanza individuale. Contrariamente alla vigilanza globale sui gruppi prevista nella LSA, la vigilanza Solo-Plus rinuncia a calcolare la solvibilità del gruppo; in altre parole, al centro della vigilanza permane la solvibilità delle casse malati.

Cpv. 1

Il capoverso 1 enuncia espressamente che la vigilanza sui gruppi assicurativi è esercitata quale complemento alla vigilanza individuale e fissa pertanto il principio della vigilanza Solo-Plus.

Con la vigilanza sui gruppi assicurativi vengono individuati gli influssi esercitati sulla cassa malati dovuti alla sua appartenenza al gruppo. Le informazioni supplementari sui rapporti organizzativi e finanziari in seno al gruppo completano le com-

petenze relative alla raccolta di informazioni derivanti dagli altri articoli della presente legge.

Cpv. 2

Questo capoverso consente al nostro Consiglio di emanare prescrizioni concernenti la vigilanza sui processi interni ai gruppi, sulla gestione dei rischi, sul sistema di controllo interno e sulla concentrazione dei rischi a livello di gruppo. Possiamo inoltre delegare tale competenza all'autorità di vigilanza. Il contenuto del disciplinamento dei processi interni può concernere mutui, garanzie, attività extrabilancio, attività di riassicurazione, accordi sulla ripartizione dei costi e altro ancora. Non si tratta di individuare tutti i processi interni al gruppo; sia lo scopo della vigilanza sui gruppi sia il principio di proporzionalità dell'attività amministrativa chiedono che l'autorità di vigilanza si limiti all'analisi delle principali procedure.

Spesso in seno al gruppo la gestione del rischio e i controlli interni non sono effettuati all'interno di ogni singola azienda, bensì a livello di gruppo. Per questo motivo è importante che l'autorità di vigilanza possa emanare disposizioni per l'intero gruppo in questo settore.

Poiché è possibile che diverse aziende di un gruppo esercitino la stessa attività, la concentrazione dei rischi può compromettere la situazione finanziaria di una cassa malati. È quindi necessario poter emanare, oltre ai requisiti concernenti la gestione del rischio e il sistema di controllo interno, anche disposizioni relative alla concentrazione dei rischi.

Art. 45 Garanzia di un'attività irreprensibile e ufficio di revisione esterno

Cpv. 1

Le esigenze di garanzia poste agli organi della cassa malati devono valere anche per gli organi della società holding dirigente alla quale la cassa malati è affiliata. Le condizioni applicabili alle persone della società holding dirigente sono come quelle poste alla cassa malati, motivo per cui le prescrizioni di garanzia rinviano per analogia all'articolo 19.

Cpv. 2

Analogamente alla vigilanza individuale occorre garantire che anche il gruppo assicurativo disponga di un ufficio di revisione esterno che presenti le medesime condizioni che il nostro Consiglio ha stabilito nell'articolo 25 OAMal. Di norma deve essere la stessa impresa di revisione che controlla anche la cassa malati. L'obbligo di informare di cui all'articolo 46 e l'applicazione delle disposizioni dell'articolo 44 capoverso 2 possono essere eseguiti anche dall'ufficio di revisione della società holding dirigente.

Art. 46 Obbligo d'informare

Analogamente alla LSA occorre precisare che la vigilanza su un gruppo assicurativo può essere esercitata in modo opportuno e adeguato solo se l'autorità di vigilanza ha accesso senza restrizioni alle informazioni e ai documenti rilevanti ai fini della vigilanza che influiscono sulla cassa malati. Il presente articolo obbliga pertanto la società holding dirigente a informare l'autorità di vigilanza. Le pertinenti informa-

zioni possono essere procurate presso la società holding dirigente, o tramite quest'ultima, oppure mediante assistenza amministrativa (cfr. art. 35).

Art. 47 Ufficio di revisione esterno

Questa disposizione riprende l'articolo 20 OAMal. Come attualmente gli articoli 86–88 OAMal (Sezione 4: Revisione) gli articoli 24–26 relativi all'ufficio di revisione esterna si applicano per analogia all'istituzione comune. Data la grande importanza di quest'ultima per l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie si giustifica che il controllo dell'istituzione comune da parte dell'ufficio di revisione assuma un'importanza maggiore rispetto a quello che aveva finora.

Art. 48 Rapporti

Questa disposizione riprende l'articolo 21 OAMal. Nella pratica, un bilancio e un conto globale d'esercizio erano trasmessi all'UFSP per esame. La disposizione è quindi completata di conseguenza. Ora il rapporto annuale dovrà essere consegnato all'autorità di vigilanza.

Art. 49 Gestione del fondo in caso d'insolvenza

L'assunzione dei costi delle prestazioni legali in vece delle casse malati insolventi (art. 18 cpv. 2 LAMal) è un compito essenziale dell'istituzione comune. L'introduzione nel disegno di diverse disposizioni relative al fondo in caso d'insolvenza e all'assunzione dei costi delle prestazioni legali in vece delle casse malati insolventi conferma l'importanza di far fronte all'insolvenza di una cassa malati.

Art. 50 Finanziamento del fondo in caso d'insolvenza

I nuovi mezzi che il disegno di legge mette a disposizione dell'autorità di vigilanza dovrebbero permettere di impedire la maggior parte dei casi di insolvenza, senza tuttavia poterli escludere completamente. In caso di insolvenza di una cassa malati l'istituzione comune assume i costi relativi alle prestazioni legali in vece della cassa malati insolvente. Il presente articolo istituisce pertanto le basi legali per i casi di insolvenza di una cassa malati.

Il finanziamento del fondo in caso d'insolvenza è ora disciplinato in modo chiaro in una disposizione legale.

Il fondo sarà alimentato da quattro fonti. Anzitutto dai contributi delle casse malati (cfr. art. 18 cpv. 5 LAMal) di cui il consiglio di fondazione dell'istituzione comune continuerà a fissare l'importo (lett. a). In secondo luogo, dagli eccedenti patrimoniali delle casse malati dissolte, il cui patrimonio ed effettivo degli assicurati non sono trasferiti a un'altra cassa malati. Grazie a questo versamento nel fondo per i casi d'insolvenza dell'istituzione comune, questo patrimonio rimane in seno all'assicurazione sociale malattie (lett. b). In terzo luogo dal rimborso delle eccedenze risultanti dal superamento delle tariffe e dei prezzi stabiliti. In questo modo viene introdotta una norma generale per le eccedenze da versare. L'impiego delle eccedenze da versare secondo l'articolo 67 capoverso 2^{ter} OAMal viene quindi disciplinato in modo preciso. In virtù di questa disposizione d'esecuzione occorre verificare l'economicità di un preparato inserito nella lista delle specialità. Se risulta che il prezzo deciso in sede di omologazione è troppo elevato, l'impresa che distribuisce il

medicamento è tenuta a versare le eccedenze al fondo per i casi d'insolvenza dell'istituzione comune (lett. c). Infine anche le pretese dell'istituzione comune derivanti dal regresso (lett. d; art. 54 cpv. 4) devono confluire nel fondo d'insolvenza. Solo quest'ultima fonte di finanziamento è nuova rispetto alla prassi attuale.

Art. 51 Ammontare del fondo in caso d'insolvenza

Cpv. 1

Come nel diritto vigente il consiglio di fondazione dell'istituzione comune è competente per stabilire l'ammontare del fondo in caso d'insolvenza. I mezzi necessari al fondo sono determinati in funzione del rischio di insolvenza della cassa malati. Attualmente il fondo per i casi d'insolvenza dispone di mezzi pari a circa 70 milioni di franchi. I mezzi a disposizione del fondo devono essere costituiti in un rapporto adeguato al rischio di un caso di insolvenza.

Cpv. 2

In linea generale è compito dell'istituzione comune stabilire gli importi dei contributi di cui all'articolo 53 capoverso lettera a, in base a un piano di valutazione dei rischi e agli indicatori relativi alla situazione finanziaria delle casse malati. Tali indicatori sono forniti dall'autorità di vigilanza.

Cpv. 3

Il capoverso 3 consente all'autorità di vigilanza di annullare la decisione dell'istituzione comune se ritiene che i mezzi finanziari del fondo per i casi d'insolvenza siano insufficienti per garantire la stabilità dell'assicurazione sociale malattie. L'autorità di vigilanza può avvalersi di questa competenza anche quando ritiene che il piano di valutazione dei rischi presentato non sia sufficiente.

Art. 52 Insolvenza

Cpv. 1

La dichiarazione formale di fallimento consente all'autorità di vigilanza di stabilire oggettivamente l'insolvenza della cassa malati. Può tuttavia presentarsi il caso in cui l'autorità di vigilanza, sulla base dell'analisi degli attivi e passivi della cassa malati e del volume degli accantonamenti, giunga alla conclusione che entro un dato termine la cassa malati sarà insolvente. Se una cassa malati si trova in difficoltà, per gli assicurati e per il sistema può essere salutare far intervenire quanto prima il fondo in caso d'insolvenza, anziché aspettare l'inevitabile dichiarazione di fallimento. Si evitano così ritardi nel pagamento delle prestazioni, l'avvio di esecuzioni e, non da ultimo, l'insorgere di debiti. Inoltre l'autorità di vigilanza ha il tempo necessario per trovare una soluzione in merito al risanamento o alla sospensione dell'attività in condizioni ottimali.

Cpv. 2

In alcune circostanze, l'autorità di vigilanza può determinare essa stessa l'insolvenza di una cassa malati, poiché il trasferimento dell'effettivo degli assicurati e l'assunzione dei costi delle prestazioni da parte del fondo in caso d'insolvenza sono tanto più agevolati se i provvedimenti necessari sono presi senza indugio.

Cpv. 1

Questa disposizione si riallaccia all'articolo 18 capoverso 2 LAMal e riprende dal profilo materiale il vigente articolo 19b OAMal. Fa quindi riferimento ai costi delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (lett. a) e ai costi per le prestazioni dell'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa ai sensi della LAMal (lett. b). Con la lettera c vengono imputati al fondo per i casi d'insolvenza anche gli importi che le casse malati incapaci di pagare dovrebbero versare per la compensazione dei rischi. Infine la lettera d prevede che anche le spese amministrative necessarie per la gestione dell'assicurazione malattie siano coperte dal fondo per i casi d'insolvenza. Il fondo per i casi d'insolvenza deve quindi sostenere anche i costi del personale o informatici durante l'espletamento delle spese per le prestazioni. Soprattutto per gli assicurati è fondamentale che la struttura della cassa malati insolvente continui a esistere per il periodo necessario al trasferimento di tutti gli assicurati ad altre casse malati. Pertanto deve essere garantito che le retribuzioni dei dipendenti della cassa malati siano versate per evitare che il personale abbandoni anzitempo la cassa malati.

Cpv. 2

L'istituzione comune deve decidere chi si occupa dell'espletamento delle spese per le prestazioni durante il periodo di liquidazione e ristrutturazione. Nei casi precedenti l'istituzione comune ha deciso autonomamente di regolare i costi mediante la cassa illiquida, una cassa che ha acquisito l'effettivo degli assicurati, oppure mediante l'istituzione comune. È altresì possibile che l'istituzione comune assuma il regolamento dei costi solo fino alla conclusione di un programma di risanamento. In ogni caso essa verifica anche il corretto espletamento delle spese per le prestazioni fino al momento in cui si ricorre al fondo per i casi d'insolvenza. L'istituzione comune sorveglia anche l'andamento dei costi onde effettuare un'ottimale pianificazione del fabbisogno finanziario ai sensi dell'articolo 53 capoverso 1 lettera a.

Cpv. 3

Il capoverso 3 prevede che tutte le spese assunte dal fondo in caso di insolvenza siano comunicate di volta in volta all'amministrazione del fallimento. Questi costi rappresentano la passività della massa fallimentare. L'amministrazione del fallimento deve fare il possibile per utilizzare i crediti in fase di liquidazione. Come già ribadito, il fondo per i casi d'insolvenza viene finanziato principalmente dai contributi della comunità degli assicurati. È quindi nell'interesse di quest'ultima limitare il più possibile i danni.

In caso di avvio di insolvenza di una cassa malati (art. 56), l'istituzione comune deve assumersi, a spese del fondo in caso d'insolvenza, l'importo che manca alla cassa malati insolvente per coprire i costi. La disposizione sul regresso e sulla richiesta di rimborso permette all'istituzione comune di garantire le pretese della cassa malati insolvente fino all'ammontare dei costi assunti dal fondo per i casi d'insolvenza.

Occorre tuttavia rilevare che per il regresso non è applicabile la procedura della LPGA. La procedura e le vie legali dipendono dal tipo di credito per il quale l'istituzione comune si sostituisce alla cassa malati (surrogazione).

Cpv. 1

Gli organi interessati da un eventuale regresso sono soprattutto quelli della persona giuridica. Tra questi figurano il consiglio di amministrazione, il consiglio di fondazione, il comitato e la direzione, l'ufficio di revisione e, se del caso, anche l'amministrazione commissariale o il liquidatore. Si aggiungono terzi eventualmente responsabili dell'insolvenza di una cassa malati, per esempio i responsabili del riassicuratore.

L'entità dei costi assunti dall'istituzione comune per le prestazioni legali sono identiche ai costi per le prestazioni previste dalla legge. La surrogazione avviene quindi al massimo per l'entità dei costi delle prestazioni derivanti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, dell'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa, delle imposte relative alla compensazione dei rischi e dei costi di amministrazione collegati alla concessione delle prestazioni che comprendono anche eventuali costi procedurali. La surrogazione avviene come privilegio nei confronti degli altri creditori della massa fallimentare, poiché le prestazioni erogate dall'istituzione comune non provocano loro alcun danno. I creditori che vantano altri crediti oltre a quelli della massa fallimentare per la quale è prevista per legge l'assunzione dei costi per le prestazioni di cui all'articolo 53, sono sgravati nella misura dei costi assunti per legge dal fondo per i casi d'insolvenza, ragion per cui il privilegio è giustificato nei confronti di questi creditori. Le pretese non assunte dall'istituzione comune sono gestite ai sensi dell'articolo 260 capoverso 1 LEF.

Il diritto alla pretesa può essere esercitato dal momento della garanzia delle prestazioni. Questo momento può essere identico a quello dell'obbligo alla prestazione del fondo per i casi d'insolvenza stabilito dall'autorità di vigilanza. L'istituzione comune può tuttavia decidere di avvalersi del diritto di surrogazione anche successivamente.

Cpv. 2

In linea di principio non ha importanza che la pretesa derivi da basi legali, da contratti o da colpe. Con la responsabilità solidale, la posizione dell'istituzione comune viene rafforzata. La solidarietà dipende tuttavia dal tipo di pretesa rivendicata dall'istituzione comune.

Cpv. 3

Il capoverso 3 dichiara validi in linea di principio gli stessi termini di prescrizione applicabili anche alla legittima pretesa prima della surrogazione. La durata dei termini dipende dal tipo di credito. Il termine relativo inizia tuttavia a decorrere solo quando l'istituzione comune viene a conoscenza dell'entità delle prestazioni e della persona contro la quale può esercitare il ricorso. In questo modo è possibile che l'istituzione comune possa far valere le pretese della cassa malati che sostituisce nonostante i termini brevi.

Cpv. 4

Le pretese che possono essere avanzate dall'istituzione comune confluiscono nel fondo per i casi d'insolvenza, che deve essere per quanto possibile mantenuto indenne. Se lo sarà completamente, l'eventuale eccedenza confluirà nella massa fallimentare e verrà distribuita in misura proporzionale agli altri creditori. Se anche nella massa fallimentare dovesse generarsi un'eccedenza, dopo la liquidazione della cassa questa confluirà nuovamente nel fondo per i casi di insolvenza (art. 50 lett. b).

Art. 55 Delitti

I delitti, di cui alla presente disposizione, commessi intenzionalmente possono essere puniti con una pena detentiva fino a tre anni o con una pena pecuniaria. Chi agisce per negligenza è punito con una pena pecuniaria fino a 180 aliquote giornaliera. Spetta al giudice fissare l'ammontare dell'aliquota giornaliera in base alla situazione personale ed economica dell'autore al momento della sentenza. L'importo massimo è di 3000 franchi (art. 34 del Codice penale, CP; RS 311.0).

Le fattispecie previste nell'articolo 55 capoverso 1 lettere b e c sono identiche a quelle che figurano nell'articolo 87 capoverso 1 lettere c e d LSA. Rendono punibile qualsiasi violazione ingiustificata degli impegni nei confronti degli assicurati. L'esercizio senza autorizzazione dell'attività assicurativa di cui all'articolo 55 capoverso 1 lettera si rifà all'infrazione di cui all'articolo 44 capoverso 1 LFINMA. I nuovi delitti sono così adeguati ai nuovi obblighi derivanti dalla presente legge.

Art. 56 Contravvenzioni

La norma sulle contravvenzioni riprende in parte il diritto in vigore, ma prende in considerazione anche nuove fattispecie rilevanti a livello di diritto di vigilanza. La norma penale si articola in due parti che prevedono pene massime diverse. Le contravvenzioni di cui al capoverso 1 possono essere punite in caso di atto intenzionale con multe sino a 500 000 franchi. Sono altrettanto punibili i delitti compiuti per negligenza, per i quali la legge prevede una pena massima di 150 000 franchi.

Il capoverso 1 riprende nelle lettere b, f, g ed h le fattispecie contravvenzionali dell'articolo 93 LAMal. Queste sono integrate con le violazioni contro i nuovi obblighi previsti dalla presente legge (art. 56 cpv. 1 lett. a, c e d). Questo complemento ha luogo per analogia alle fattispecie contravvenzionali di cui all'articolo 86 LSA.

Il delitto citato nell'articolo 92 lettera c LAMal è integrato nell'articolo 56 capoverso 1 (come lett. e) e costituisce quindi una delle nuove fattispecie contravvenzionali.

Ciò significa che le fattispecie contravvenzionali menzionate nell'articolo 56 sono ispirate alla LAMal e alla LSA e sono state adattate alle peculiarità derivanti dalla presente legge. La pena massima, il limite intercorrente tra intenzione e negligenza sono adeguati per analogia alla nuova LSA. Secondo il capoverso 3 è punito con la multa fino a 100 000 franchi chi intenzionalmente adempie una fattispecie di cui alle lettere a-f. Le fattispecie del diritto vigente (art. 93a cpv. 1 lett. a-f LAMal) sono per lo più riprese. Queste fattispecie derivanti dal vigente articolo 93a LAMal sono state in parte leggermente adeguate e ampliate mediante un'altra fattispecie che risponde alle esigenze della prassi (art. 56 cpv. 3 lett. a). Per quanto riguarda la nuova fattispecie di cui al capoverso 3 è possibile affermare quanto segue: nella prassi si è rivelato che l'autorità di vigilanza responsabile non ha la possibilità di

emettere sanzioni qualora l'assicuratore non dia seguito a una decisione passata in giudicato o la contravvenga. Questa lacuna viene colmata dal progetto di revisione nel capoverso 3 lettera a.

Per i delitti compiuti per negligenza secondo il capoverso 3 lettere b-f la legge prevede una multa massima di 20 000 franchi.

Secondo l'articolo 79 capoverso 1 LPGa si applicano le disposizioni generali del CP e l'articolo 6 della legge federale del 22 marzo 1974 sul diritto penale amministrativo (DPA; RS 313.0). Il perseguimento penale spetta ai Cantoni.

Se, nel quadro di un'inchiesta penale, sono state ottenute informazioni grazie alla collaborazione di una persona, queste possono essere utilizzate contro la medesima solo con il suo consenso o nel caso in cui si fossero potute ottenere anche senza che tale persona fosse stata interrogata.

Art. 57 Infrazioni commesse in un'impresa

Per le fattispecie secondo gli articoli 55 e 56, l'autorità di istruzione penale competente deve perseguire in primo luogo le persone fisiche (art. 79 LPGa in combinato disposto con l'art. 6 DPA). Sono per principio punibili prioritariamente le persone che esercitano funzioni di responsabilità presso le casse malati. Alcune di queste imprese occupano tuttavia numerosi altri collaboratori che adempiono i loro compiti nel quadro dei processi fissati. In queste circostanze è spesso molto difficile, se non impossibile, identificare l'autore di un atto repressibile. Affinché un atto punibile non resti comunque impunito, l'articolo 57 abilita l'autorità penale competente a perseguire e a condannare l'impresa in vece della persona fisica. Tuttavia, dato che questa responsabilità penale dell'azienda è sussidiaria, può entrare in considerazione soltanto alle condizioni limitative di cui all'articolo 57, vale a dire se l'inchiesta nei confronti delle persone fisiche esige provvedimenti d'inchiesta sproporzionati all'entità della pena. Sarà per esempio il caso se, per motivi tecnici, l'identificazione dell'autore risulta impossibile senza impegnare risorse eccessive (p. es. per distinguere i flussi d'informazione in seno all'impresa). Il diritto di non dover deporre contro se stessi (art. 56 cpv. 5) può inoltre rendere difficile lo svolgimento della procedura penale. Peraltro l'articolo 57 è applicabile soltanto se la pena incorsa comporta una multa di 20 000 franchi al massimo. È ovvio che la responsabilità penale sussidiaria dell'impresa non entra in considerazione per le pene privative della libertà.

Art. 58 Autorità di vigilanza competente

Come in precedenza, questo articolo conferisce la competenza della vigilanza all'UFSP.

Art. 59 Esecuzione

Il nostro Consiglio è incaricato dell'esecuzione della presente legge. Essa contiene numerose norme che necessitano di una concretizzazione da parte del nostro Collegio a livello di ordinanza (cfr. n. 5.5). L'articolo 59 ci conferisce la competenza generale di emanare le disposizioni esecutive necessarie.

Art. 61 Disposizioni transitorie

Alle casse malati occorre concedere determinati termini affinché possano adempiere le nuove esigenze della legge. I termini sono fissati a due o tre anni a seconda del tempo necessario per un eventuale adeguamento. Le casse malati devono adempiere le nuove esigenze nell'ambito della loro normale attività integrandole nei processi lavorativi.

Alle casse malati viene concesso un termine di due anni per introdurre quattro novità normative fondamentali, ossia il piano d'esercizio, il patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie, la gestione del rischio e l'ufficio di revisione interno.

Gli adeguamenti necessari in materia di delega dei compiti e di garanzia di una gestione irreprensibile delle attività richiede più tempo, motivo per cui per le questioni relative a questo settore le casse malati beneficiano di un termine di cinque anni.

Allegato: Modifica del diritto vigente

Modifica della LSR

Per evitare doppioni e flussi di informazione unilaterali, in questa disposizione l'espressione «autorità di vigilanza istituite da una legge speciale» viene sostituita con l'espressione «autorità svizzere di vigilanza». In tal modo, nell'espletamento dei compiti di vigilanza, tutte le autorità di vigilanza svizzere sono autorizzate a fornire alle altre autorità di vigilanza svizzere le informazioni e la documentazione di cui hanno bisogno per svolgere la loro attività.

Modifica della LAMal

Diverse disposizioni della LAMal devono essere abrogate, poiché tutte le disposizioni relative al rapporto tra le casse malati e le autorità di vigilanza nonché talune disposizioni sull'istituzione comune sono riprese nella nuova legge. Al contrario, le disposizioni che disciplinano i rapporti tra assicurati e casse malati continuano a far parte della LAMal.

Inoltre diverse disposizioni richiedono modifiche formali.

Modifica della LSA

Con l'ampliamento delle disposizioni sullo scambio nazionale delle informazioni la FINMA e l'autorità di vigilanza di cui all'articolo 58 possono coordinare le loro attività di vigilanza e quindi scambiare le necessarie informazioni concernenti le casse malati e i riassicuratori.

3 Ripercussioni

3.1 Per la Confederazione

I nuovi strumenti di vigilanza, l'ampliamento dei settori di vigilanza (vigilanza sui gruppi, delega di compiti, riassicuratori), il controllo del rispetto delle esigenze supplementari richieste alle casse malati e ai riassicuratori nonché i diversi provvedimenti conservativi implicano per la Confederazione un fabbisogno di risorse per il personale che, in base a stime approssimative, dovrebbe essere equivalente a tre o

quattro posti a tempo pieno. Le modifiche previste non comportano altre ripercussioni finanziarie per la Confederazione.

3.2 Per i Cantoni e i Comuni

Il disegno si prefigge di rafforzare la vigilanza sulle casse malati e sui riassicuratori malattie con nuovi mezzi. I Cantoni e i Comuni non sono toccati dal disegno. Ciò vale anche per quanto riguarda il meccanismo di correzione dei premi che – contrariamente a quello previsto nel messaggio del 15 febbraio 2012 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Correzione dei premi pagati tra il 1996 e il 2011; FF 2012 1605) – non prevede correzioni delle differenze tra il volume dei premi e dei costi di un Cantone o di una regione mediante sussidi federali per la riduzione dei premi. Per questo motivo il disegno non ha conseguenze finanziarie dirette sui Cantoni e i Comuni.

3.3 Per l'economia

Il disegno contribuisce a un finanziamento sano e privo di ostacoli dell'assicurazione sociale malattie, che corrisponde al 4–5 per cento del prodotto interno lordo.

3.4 Ripercussioni finanziarie sull'assicurazione malattie

Il rispetto delle esigenze supplementari per l'avvio e l'esercizio dell'attività assicurativa, segnatamente per quanto concerne il finanziamento, il governo d'impresa, la gestione dei rischi e il sistema di controllo interno comporterà delle spese per le casse malati. Queste ultime non devono tuttavia aspettarsi conseguenze finanziarie importanti, poiché le prescrizioni determinanti (p. es. per le riserve in funzione dei rischi) devono già essere introdotte prima dell'entrata in vigore del disegno mediante modifiche a livello di ordinanza.

4 Programma di legislatura

Il disegno non è annunciato né nel messaggio del del 23 gennaio 2008 sul programma di legislatura 2007–2011 (FF 2008 597) né nel decreto federale del 18 settembre 2008 sul programma di legislatura 2007–2011 (FF 2008 7469).

5 Aspetti giuridici

5.1 Costituzionalità

Il disegno si fonda sull'articolo 117 della Costituzione federale (Cost.). In virtù di questa disposizione la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. L'articolo costituzionale è formulato in modo così aperto da includere anche il controllo dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni.

5.5

Delega di competenze legislative

La competenza di regolamentazione (emissione di disposizioni esecutive) necessaria all'esecuzione della presente legge è delegata nell'articolo 59 al nostro Consiglio. Nell'ambito di questo progetto siamo autorizzati a emanare in un'ordinanza tutte le disposizioni esecutive relative alla presente legge.

Le norme di delega che incaricano esplicitamente il nostro Consiglio o conferiscono la competenza di emanare le disposizioni esecutive sono ancora presenti nelle seguenti norme:

determinazione di un modello di calcolo dell'ammontare minimo delle riserve delle casse malati (art. 13 cpv. 2); disposizioni relative all'indennizzo dell'attività degli intermediari e ai costi di pubblicità (art. 18 cpv. 2); disposizioni relative ai requisiti sulle competenze professionali dei membri del consiglio d'amministrazione, del consiglio di fondazione o del comitato e della direzione di una cassa malati (art. 19 cpv. 2); disposizioni sulla pubblicazione di relazioni di interesse e sulla prevenzione dei conflitti di interesse (art. 19 cpv. 4); disposizioni sull'obiettivo, sul contenuto e sulla documentazione della gestione del rischio e sulla sorveglianza dei rischi da parte delle casse malati (art. 21 cpv. 2); fissazione dell'effettivo minimo di assicurati per l'autorizzazione a esercitare la riassicurazione (art. 28 cpv. 1 lett. a); determinazione della quota minima dei rischi di assicurazione che le casse malati devono assumersi (art. 31); concessione all'istituzione comune di un mutuo di tesoreria per superare una penuria di liquidità alle usuali condizioni di mercato (art. 41 cpv. 1); determinazione di un aumento di premio per garantire tale mutuo (art. 41 cpv. 2).

D'altro canto la legge ci abilita direttamente a stabilire prescrizioni in materia contabile (art. 23 cpv. 4) e a emanare disposizioni sulla vigilanza dei processi interni dei gruppi, sulla gestione dei rischi, sul sistema di controllo interno e sulla concentrazione dei rischi in seno ai gruppi (art. 44 cpv. 2). Abbiamo tuttavia la possibilità di delegare le nostre competenze all'autorità di vigilanza.

