

11.473 / 12.446

**Iniziative parlamentari**  
**Compensazione dei rischi /**  
**Introdurre rapidamente una compensazione dei rischi**  
**efficace**

**Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del**  
**Consiglio nazionale**

del 6 settembre 2013

---

Onorevoli colleghi,

con il presente rapporto vi sottoponiamo un progetto di modifica della legge federale del 18 marzo 1994<sup>1</sup> sull'assicurazione malattie (LAMal), che trasmettiamo nel contempo per parere al Consiglio federale.

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

6 settembre 2013

In nome della Commissione:

Il presidente, Stéphane Rossini

<sup>1</sup> RS 832.10

---

## Compendio

*La compensazione dei rischi oggi in vigore considera i fattori età, sesso e, dalla compensazione dei rischi del 2012, il rischio elevato di malattia che si suppone essere presente dopo un periodo di degenza di oltre tre giorni in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente; gli assicurati che generano elevati costi per le prestazioni e sono sottoposti unicamente a un trattamento ambulatoriale non vengono invece rilevati dal modello di compensazione dei rischi in vigore. Una situazione insoddisfacente che va corretta.*

*Dopo che, il 17 giugno 2012, è stata respinta in votazione popolare la revisione parziale della LAMal «Managed Care», comprendente un perfezionamento incontestato della compensazione dei rischi, il Parlamento ha proseguito i suoi sforzi per migliorare quest'ultima con rapidità ed efficacia nell'ambito delle iniziative parlamentari 11.473 e 12.446.*

*Il presente progetto conferisce al Consiglio federale la competenza di stabilire nell'ordinanza indicatori di morbilità appropriati per determinare il rischio elevato di malattia. Il tenore della disposizione proposta gli lascia un margine d'apprezzamento per stabilirli. Nel suo rapporto del 9 dicembre 2011 «Introduzione di un fattore di morbilità supplementare nella compensazione dei rischi», il Consiglio federale ha mostrato come svilupperebbe ulteriormente la compensazione dei rischi ed esaminato varie opzioni per perfezionarla, giungendo alla conclusione che l'inclusione di gruppi di costo farmaceutico riduce nettamente gli incentivi alla selezione dei rischi e va ad aggiungersi in maniera ideale alla compensazione dei rischi in vigore. La Commissione parte dall'idea che, a medio termine, il Consiglio federale si avvarrà di informazioni farmaceutiche per perfezionare la compensazione dei rischi. Ma in attesa che i dati necessari a formare gruppi di costo farmaceutico siano disponibili presso tutti gli assicuratori, con la completezza e la qualità sufficienti, esso proporrà probabilmente, quale soluzione transitoria, di tenere conto delle spese per i medicinali sostenute durante l'anno precedente.*

*Considerate le esperienze fatte finora, la compensazione dei rischi va mantenuta per una durata illimitata.*

# Rapporto

## 1 Genesi del progetto

Il perfezionamento della compensazione dei rischi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie (AOMS), proposto con il presente progetto, corrisponde materialmente a uno degli elementi della revisione parziale della LAMal «Managed Care»<sup>2</sup>, accettata il 30 settembre 2011 in votazione finale dalle Camere federali. Già alcuni giorni prima, il 21 settembre 2011, il Gruppo socialista aveva depositato l'iniziativa parlamentare «Compensazione dei rischi» (11.473 n), motivandola con il probabile referendum sul progetto «Managed Care». A suo avviso, a prescindere dall'esito della votazione, deve essere introdotta rapidamente la precisazione della compensazione dei rischi, ossia della parte incontestata del progetto. Perciò, la decisione in merito a questa parte, da porre in vigore, va presa indipendentemente dal resto del progetto.

Il 14 giugno 2012, il Gruppo liberale radicale ha depositato l'iniziativa parlamentare «Introdurre rapidamente una compensazione dei rischi efficace» (12.446 n), aspettandosi che il progetto «Managed Care» sarebbe stato bocciato alle urne. Essendo un elemento chiave incontestato del progetto, il perfezionamento della compensazione dei rischi va introdotto rapidamente onde porre fine alla «caccia ai buoni rischi». Il 17 giugno 2012, il popolo ha in effetti respinto con il 76 per cento dei voti il progetto e dunque anche la base legale per perfezionare la compensazione dei rischi.

Il 12 ottobre 2012, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha proceduto all'esame preliminare delle iniziative e ha dato loro seguito rispettivamente con 18 voti favorevoli e 7 contrari (Iv. Pa. 11.473) e 18 voti favorevoli, 6 contrari e 1 astensione (Iv. Pa. 12.446). Il 21 gennaio 2013, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha aderito a tale decisione con 9 voti favorevoli, 2 contrari e 2 astensioni.

Il 15 febbraio 2013, la CSSS-N ha incaricato la sua Sottocommissione «LAMal»<sup>3</sup> di elaborare un progetto di atto normativo sulle due iniziative. Riunitasi il 27 febbraio, il 9 aprile e il 21 agosto 2013, la Sottocommissione ha deliberato sul perfezionamento della compensazione dei rischi, formulando la sua proposta all'attenzione della CSSS-N. Su suo mandato, la segreteria della Commissione e gli esperti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), di cui ci si è avvalsi in virtù dell'articolo 112 capoverso 1 della legge sul Parlamento, hanno elaborato in dettaglio il progetto di atto normativo e il progetto del rapporto di Commissione. Riunitasi il 6 settembre 2013, la CSSS-N ha approvato il progetto presentato con 14 voti favorevoli, 8 contrari e 1 astensione.

<sup>2</sup> Oggetto 04.062; FF 2011 6615

<sup>3</sup> *Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Frehner, Gilli, Fehr Jacqueline, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert*

L'AOMS si fonda sul principio della solidarietà ed è finanziata con un premio unico. Ciò significa che ogni assicurato paga alla stessa cassa malati nello stesso Cantone (o nella stessa regione determinante) e per lo stesso modello assicurativo lo stesso premio, a prescindere dall'età, dal sesso o dallo stato di salute. Questo premio non corrisponde tuttavia al rischio effettivo, ossia al rischio che una persona assicurata rappresenta per l'assicuratore di ammalarsi e causare costi a carico dell'AOMS. Alcune analisi hanno evidenziato che il 10 per cento circa degli assicurati genera quasi il 70 per cento dei costi<sup>4</sup>, mentre il 40 per cento della popolazione non genera costi imputabili all'AOMS.

Di conseguenza, gli assicuratori sono incentivati a selezionare i rischi. Da un lato, cercano miratamente di mettere sotto contratto persone sane, i cosiddetti rischi «buoni», e di rendere l'affiliazione più difficile a quelle ammalate, i cosiddetti rischi «cattivi», o di interrompere il rapporto assicurativo nonostante l'obbligo di cui all'articolo 4 LAMal.

La selezione dei rischi può assumere forme diverse. Attualmente mancano dati accessibili al pubblico sulla portata e sul genere di tale selezione e qualsiasi affermazione al riguardo rischia di trasformarsi in mera speculazione. Uno studio di Baumgartner/Busato<sup>5</sup> mostra tuttavia chiaramente differenze in parte significative nel comportamento degli assicuratori riguardo alla richiesta di offerte per rischi «buoni» e per rischi «cattivi». Per la seconda, ad esempio, la risposta si fa attendere più a lungo. Più il tempo di attesa è lungo, maggiore è infatti la probabilità che l'interessato stipuli l'assicurazione con un'altra cassa malati. Sempre secondo lo studio, le richieste per rischi «buoni» vengono più spesso trasferite a un assicuratore più vantaggioso nello stesso gruppo (allo scopo di offrire premi più vantaggiosi per i rischi «buoni»). Ai rischi «buoni» vengono anche proposti più spesso spontaneamente modelli con una scelta limitata del fornitore e assicurazioni complementari su misura.

## **2.1 Disciplina a livello legislativo della compensazione dei rischi**

La compensazione dei rischi è stata introdotta con il decreto federale del 13 dicembre 1991 concernente provvedimenti temporanei contro la desolidarizzazione nell'assicurazione malattie, è entrata in vigore il 1° gennaio 1993 ed è stata recepita nel diritto ordinario all'inizio del 1996 con l'introduzione della LAMal, che inizialmente la prevedeva per un primo periodo di dieci anni e limitatamente ai fattori «età» e «sesso».

Il Parlamento aveva deciso la limitazione temporale soprattutto in previsione della progressiva riduzione delle differenze nella struttura dei rischi grazie al libero passaggio. Tale ipotesi non ha tuttavia trovato conferma nei fatti, tant'è che nell'ottobre del 2004 il Parlamento ha approvato la proroga di cinque anni della

<sup>4</sup> Inchiesta dell'UFSP del maggio 2012; la copertura si aggira sull'87 %

<sup>5</sup> Baumgartner Christian / Busato André, *Risikoselektion in der Grundversicherung – eine empirische Untersuchung*, in *Schweizerische Ärztezeitung* 2012; 93: 13, pagg. 510-513

compensazione dei rischi (sino a fine 2010)<sup>6</sup>, nell'ottica di un suo perfezionamento nel quadro del progetto di finanziamento ospedaliero<sup>7</sup>. Con la modifica della LAMal del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi)<sup>8</sup>, da una parte la compensazione dei rischi nella sua forma attuale è stata prorogata di un ulteriore anno sino alla fine del 2011 e, dall'altra, è stata decisa una nuova compensazione dei rischi che, limitata a cinque anni dall'entrata in vigore della modifica, è stata integrata nella LAMal quale disposizione transitoria della suddetta modifica.

La nuova compensazione dei rischi è in vigore dal 1° gennaio 2012. Ora, per il calcolo della compensazione dei rischi, oltre che dei fattori «età» e «sesso», si tiene anche conto del rischio elevato di malattia; il criterio determinante è la degenza di oltre tre giorni in un ospedale o in una casa di cura nell'anno precedente.

## **2.2 Attuazione della compensazione dei rischi**

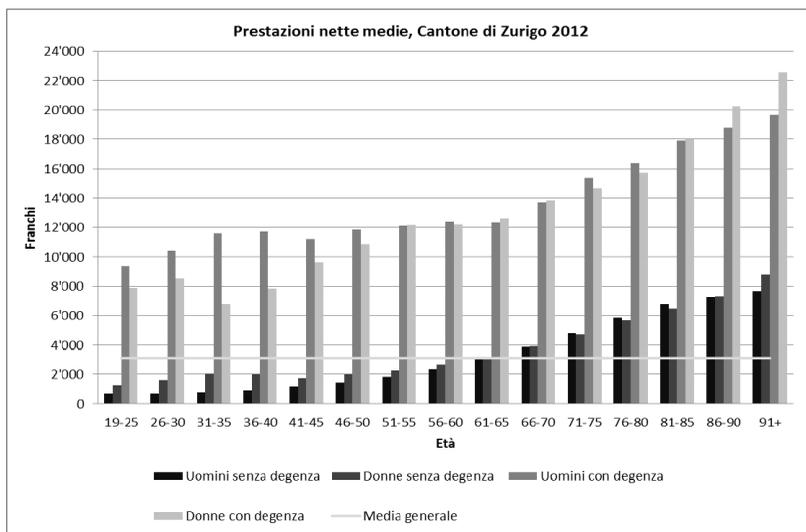
Gli assicurati adulti sono dapprima ripartiti in 15 gruppi d'età (18-25 anni, 26-30 anni, 31-35 anni, 36-40 anni ecc., 81-85 anni, 86-90 anni, 91 anni e più). Quelli di età inferiore a 18 anni non vengono considerati per la compensazione dei rischi.

Ogni gruppo d'età è a sua volta suddiviso in funzione del sesso e del criterio della degenza di almeno tre notti in un ospedale o in una casa di cura durante l'anno precedente (fattore «degenza»), per un totale di 60 gruppi di rischio.

L'istituzione comune LAMal attua la compensazione dei rischi in ogni singolo Cantone. Rileva le prestazioni lorde, la partecipazione alle spese e i mesi d'assicurazione per gruppo di rischio e calcola la media delle prestazioni nette per tutti gli assicuratori in ogni gruppo di rischio (media di gruppo) e la media delle prestazioni nette per tutti gli assicuratori di ogni gruppo di rischio (media generale).

La figura seguente mostra la media delle prestazioni nette annuali 2012 per tutti gli assicuratori in ogni gruppo di rischio e quella generale sull'esempio del Cantone di Zurigo:

6 RU 2005 1071  
7 FF 2004 4903  
8 RU 2009 4755

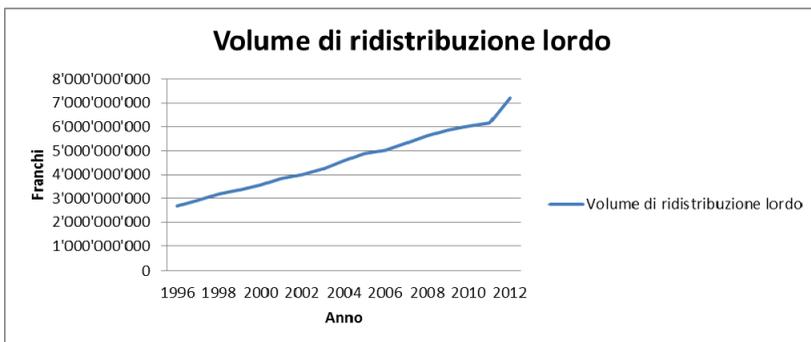


Sulla base di questi dati l'istituzione comune LAMal calcola le tasse di rischio e i contributi compensativi: da un lato, gli assicuratori pagano una tassa di rischio per i propri assicurati in ogni gruppo di rischio la cui media di gruppo è inferiore alla media generale; dall'altro, ricevono un contributo compensativo per i propri assicurati in ogni gruppo di rischio la cui media è superiore alla media generale. La tassa di rischio e il contributo compensativo corrispondono ogni volta alla differenza tra la media del gruppo e la media generale<sup>9</sup>. Per calcolare l'importo che il singolo assicuratore riceve o paga nell'ambito della compensazione dei rischi vengono sommati le tasse di rischio e i contributi compensativi di tutti i suoi assicurati.

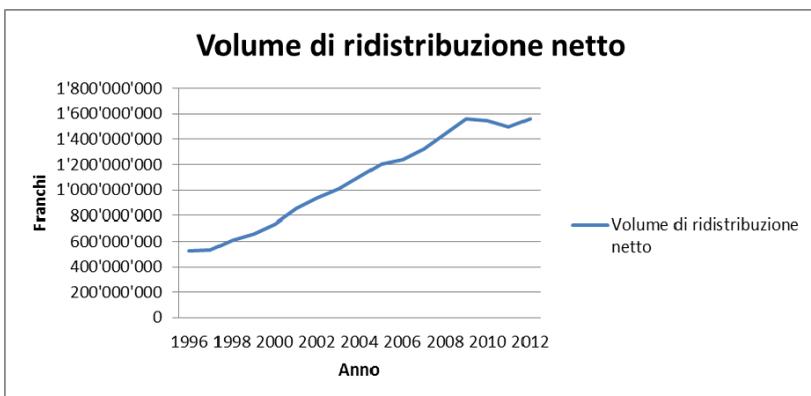
Gran parte della redistribuzione nell'ambito della compensazione dei rischi ha luogo in seno ai singoli assicuratori, poiché i loro assicurati appartengono a gruppi di rischio differenti. L'assicuratore deve in effetti pagare soltanto il saldo fatturatogli dall'istituzione comune LAMal, per cui si distingue tra redistribuzione lorda e redistribuzione netta.

La figura seguente mostra l'evoluzione del volume di redistribuzione lordo nella compensazione dei rischi definitiva. Nel 2012 si registra un netto aumento in seguito all'aggiunta del criterio del rischio elevato di malattia nella formula della compensazione dei rischi:

<sup>9</sup> Allegato I: Evoluzione delle tasse e dei contributi degli assicuratori



Anche il volume di redistribuzione netto è aumentato in passato, come mostra la figura seguente. Tuttavia, le fusioni tra assicuratori-malattie hanno frenato la crescita.



Così com'è applicata dal 2012, la compensazione dei rischi è impostata sulle prospettive. Ciò significa che per stabilire il rischio dell'anno successivo vengono utilizzati i dati relativi ai costi dell'anno precedente. Non si tratta quindi di compensare i costi effettivamente insorti nell'anno di compensazione. Con il passaggio all'impostazione basata sulle prospettive sono stati rafforzati gli incentivi di risparmio.

## 2.3 Valutazione della compensazione dei rischi in vigore

Nel rapporto del Consiglio federale sull'introduzione di un fattore di morbilità supplementare nella compensazione dei rischi<sup>10</sup> (di seguito: rapporto del Consiglio federale del 9 dicembre 2011) si valuta, in funzione di vari criteri, il disciplinamento

<sup>10</sup> Rapporto del Consiglio federale in adempimento del postulato 07.3769 del 9 novembre 2007 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati

della compensazione dei rischi in vigore dal 2012. I risultati si possono riassumere come segue:

- *incentivo alla selezione dei rischi*: l'obiettivo della compensazione dei rischi è quello di mitigare l'incentivo alla selezione dei rischi. Poiché essa compensa le prestazioni unicamente fino alla media dei rispettivi gruppi di rischio, per l'assicuratore risultano particolarmente interessanti gli assicurati le cui prestazioni nette sono inferiori a tale media. Una compensazione dei rischi risulta tanto più efficace nel mitigare l'incentivo alla selezione dei rischi, quanto maggiore è la capacità dei criteri di compensazione adottati di prevedere i costi per le prestazioni degli assicurati. Anche se con l'introduzione del criterio «degenza» è stato possibile aumentare la precisione dei valori pronosticati rispetto all'insieme della popolazione, sarà possibile migliorarla ancora più nettamente introducendo ulteriori fattori di morbilità<sup>11</sup>. Un secondo parametro di valutazione dei rimanenti incentivi alla selezione dei rischi risulta dall'analisi dei costi pronosticati per gruppi di assicurati che presentano costi più elevati, per esempio sulla base di determinati quadri clinici. I costi per le prestazioni di questi assicurati vengono sottovalutati anche nella concezione della compensazione dei rischi in vigore dal 2012<sup>12</sup>. Il modello di compensazione dei rischi in vigore oggi presenta una stima leggermente migliore di quella precedente, che considerava unicamente l'età e il sesso degli assicurati. Gli assicurati che generano elevati costi per le prestazioni e sono sottoposti unicamente a un trattamento ambulatoriale non vengono però rilevati dal modello di compensazione dei rischi in vigore. Qui permane dunque un incentivo per gli assicuratori a praticare la selezione dei rischi;
- *trasparenza*: alla luce della crescente complessità, l'UFSP ha provveduto a informare con opportuno anticipo gli assicuratori in merito ai cambiamenti e ai previsti effetti del nuovo modello di compensazione dei rischi, la cui trasparenza può dunque essere valutata come media;
- *predisposizione alla manipolazione*: lo sfruttamento dei margini discrezionali si verifica soprattutto quando, sulla base di criteri oggettivi, non si può stabilire inequivocabilmente come classificare gli assicurati ai fini della compensazione dei rischi. Esistono quindi possibilità di assegnare tutti gli assicurati ai gruppi più «redditizi» in termini di contributi (cosiddetto «upcoding»). Il modello di compensazione dei rischi oggi in vigore appare difficilmente manipolabile. L'ordinanza e la guida dell'istituzione comune LAMal definiscono chiaramente se un assicurato adempie o meno al criterio di degenza in una struttura ospedaliera ai sensi dell'articolo 2a dell'ordinanza sulla compensazione dei rischi (OCOR);
- *incentivo all'economicità dei costi*: per essere incentivati all'economicità dei costi, gli assicuratori devono essere nella condizione di ottenere vantaggi

<sup>11</sup> Occorre considerare che è pronosticabile solamente una parte dei costi, poiché essi possono verificarsi anche casualmente. Tali costi non devono e non possono essere compensati mediante la compensazione dei rischi.

<sup>12</sup> Cfr. rapporto del Consiglio federale del 9 dicembre 2011, pag. 16. Per esempio, nel 2008 le persone con diabete di tipo 1 hanno generato in media costi per le prestazioni di 6249 euro, il modello di compensazione in vigore dal 2012 li stima a 2904 euro.

concorrenziali attraverso un impiego efficiente dei mezzi. Nel caso di una scarsa compensazione dei rischi la competitività di un assicuratore sarebbe legata alla salute del proprio collettivo di assicurati. Nell'attuale modello di compensazione dei rischi l'incentivo all'impiego efficiente dei mezzi è considerato piuttosto basso, poiché solamente le degenze in ospedale o in casa di cura, ma non trattamenti ambulatoriali più efficienti, portano a contributi compensativi più elevati.

La Commissione riconosce un potenziale di miglioramento nella compensazione dei rischi oggi in vigore, in particolare riguardo alla riduzione degli incentivi alla selezione dei rischi e all'aumento degli incentivi all'economicità dei costi.

## 2.4 Opzioni per il perfezionamento della compensazione dei rischi

Nel suo rapporto del 9 dicembre 2011, il Consiglio federale ha descritto varie opzioni per l'ulteriore perfezionamento del modello di compensazione dei rischi, esaminandone l'idoneità a integrare nel modo migliore quello attualmente in vigore e valutandole in base ai summenzionati criteri, con particolare attenzione alla disponibilità dei dati presso gli assicuratori.

1. *utilizzo di informazioni diagnostiche*: le informazioni diagnostiche sono l'indicatore più diretto dello stato di salute. Nell'attività medica, per la registrazione di diagnosi si ricorre perlopiù alla codificazione ICD-9 o ICD-10, un sistema assai dettagliato comprendente oltre 14 000 posizioni che devono essere raggruppate per consentire l'utilizzo di tali informazioni ai fini della compensazione dei rischi. Ne consegue che i modelli di compensazione dei rischi fondati su informazioni diagnostiche si differenziano soprattutto in base al metodo di raggruppamento delle diagnosi, all'interpretabilità clinica dei gruppi diagnostici, al loro numero e alla gestione di comorbidità. I modelli di compensazione dei rischi che utilizzano informazioni diagnostiche evidenziano un'elevata precisione prognostica. Questi modelli hanno il grande pregio di non essere legati a una determinata tipologia di trattamento. In molti Paesi, tra cui la Svizzera, tale vantaggio è tuttavia vanificato dal fatto che le informazioni diagnostiche sono a disposizione soltanto di una parte della catena di trattamento. Inoltre, esse presentano una predisposizione a essere manipolate e la trasparenza cala includendo tale fattore;
2. *impiego di informazioni farmaceutiche*: per la cura di malattie croniche si fa spesso ricorso a medicinali specifici. I dati farmaceutici possono quindi essere utilizzati come indicatori per tali malattie e, proprio per questa ragione, i gruppi farmaceutici di costo trovano sempre posto nei modelli di compensazione dei rischi. Un vantaggio delle informazioni farmaceutiche è la loro elevata disponibilità anche in mancanza di dati diagnostici. A ciò si aggiunge il fatto che esse sono difficilmente manipolabili: mentre l'indicazione errata di un codice diagnostico non ha ripercussioni per il paziente, una medicazione inappropriata può rappresentare un notevole rischio per la salute;
3. *impiego di dati relativi alla limitazione della capacità di guadagno*: un importante gruppo di indicatori di morbilità è formato da fattori che dimostrano

l'inabilità individuale a svolgere normali attività nella vita professionale e privata. L'integrazione di questo fattore di inabilità relativamente generico conduce a un migliore grado esplicativo della compensazione dei costi. È invece problematico il rilevamento dei rispettivi dati;

4. *impiego di informazioni sul cambio di assicuratore e sulla scelta del livello di franchigia*: il cambio di assicuratore-malattie e la scelta del livello di franchigia sono caratteristiche indirette di morbilità che veicolano informazioni importanti sullo stato di salute dell'assicurato e sui relativi costi sanitari. Tutti questi indicatori migliorano il grado esplicativo della formula di compensazione per l'insieme della popolazione, e i dati sono oggi disponibili presso gli assicuratori. Considerare tali informazioni nella compensazione dei rischi risulta tuttavia problematico: se si considera il cambio di assicuratore quale fattore di compensazione si diminuisce l'incentivo per l'assicuratore a essere interessante per nuovi assicurati, a tutto svantaggio della concorrenza. Inoltre, un cambio di assicuratore non è in relazione diretta con la morbilità di un assicurato e i comportamenti possono cambiare rapidamente, così che l'influenza del cambio di cassa sul ricorso alle prestazioni potrebbe rivelarsi instabile. Prima di considerare i livelli di franchigia quale fattore di compensazione, occorre pensare che le prestazioni nette tra una persona con un livello di franchigia elevato e una con un livello di franchigia basso non si differenziano soltanto in virtù della loro morbilità. A diminuire i costi delle persone che scelgono una franchigia elevata concorrono anche la maggiore partecipazione ai costi e il minore «moral hazard». Tuttavia, la compensazione dei rischi deve bilanciare solamente le differenze basate sulla morbilità. Se il livello di franchigia venisse utilizzato come fattore di compensazione, sarebbe necessario correggere il tradizionale metodo di calcolo della compensazione dei rischi;
5. *pubblicazione di dati personali sulla morbilità*: un gruppo relativamente disomogeneo di caratteristiche indirette di morbilità risiede concettualmente nell'ambito della pubblicazione di «dati personali sulla morbilità». Vi appartengono, ad esempio, lo stato socioeconomico, l'uso di Internet, l'uso di metodi terapeutici alternativi e lo stile di vita. Nel rapporto ci si occupa più nel dettaglio soltanto del possibile fattore di compensazione «stato socioeconomico». Guardando ai numerosi studi internazionali che avvalorano l'esistenza di un nesso tra morbilità e stato socioeconomico, appare opportuno che tale fattore venga incluso nella compensazione della struttura dei rischi il che, di sicuro, ne aumenterebbe leggermente il grado esplicativo. Inoltre, lo stato socioeconomico non lascia aperto alcun margine discrezionale e quindi non è esposto a manipolazioni. Non essendo vincolato a un determinato metodo terapeutico, esso non influisce nemmeno sull'efficienza nell'impiego dei mezzi. È invece problematica l'acquisizione dei dati;
6. *utilizzo dei costi per medicinali dell'anno precedente*: in generale, i costi dell'anno precedente rappresentano un buon indicatore della morbilità degli assicurati e quindi, in via teorica, potrebbero anche essere utilizzati come criterio di compensazione. Tuttavia, a causa dell'importante problematica degli incentivi, nella pratica non si adotta questo indicatore. Nella compensazione dei rischi si potrebbero però prendere in considerazione le spese di un determinato tipo (p. es. i medicinali) sostenute nell'anno precedente. In



co) e di numerosi assicuratori e associazioni<sup>13</sup>, il perfezionamento della compensazione dei rischi va portato avanti il più rapidamente possibile. Da anni, H+ auspica che la compensazione dei rischi venga perfezionata con caratteristiche inerenti alla malattia. Anche i Cantoni SH e TG sono, in linea di massima, favorevoli a un perfezionamento della compensazione dei rischi, ma non lo reputano urgente, ovvero vorrebbero che prima si raccogliessero dati sulle esperienze fatte con i fattori attualmente in vigore.

#### 4 Aspetti essenziali del progetto

Il progetto si prefigge di compensare, per quanto possibile, le differenze di rischio spiegabili con l'età, il sesso e altri indicatori di morbilità appropriati<sup>14</sup> degli assicurati e di modificare così le condizioni che disciplinano la concorrenza tra assicuratori, per i quali non deve più valere la pena selezionare innanzitutto i rischi; per loro deve invece diventare più interessante sviluppare, assieme ai fornitori di prestazioni, modelli d'assistenza più efficienti per i rischi «cattivi», per esempio i malati cronici, assicurati presso di loro.

Per calcolare la compensazione dei rischi, occorre continuare a considerare i classici indicatori di morbilità indiretti (età e sesso); gli indicatori di morbilità diretti vanno però completati. Il Consiglio federale deve stabilire a livello di ordinanza con quali altri indicatori appropriati si può definire la morbilità. Nel farlo, deve badare che per gli assicuratori vi siano incentivi all'economicità dei costi. La compensazione dei rischi non deve portare a una compensazione dei costi.

Per ragioni di coerenza, la Commissione rinuncia a continuare a menzionare esplicitamente nella legge l'indicatore «degenza in un ospedale o una casa di cura», che è soltanto uno tra i vari indicatori possibili che definiscono la morbilità. Il tenore della disposizione proposta lascia così un ampio margine d'apprezzamento al Consiglio federale per stabilire gli ulteriori indicatori appropriati che definiscono la morbilità. La genesi del progetto mostra tuttavia in che direzione va ulteriormente sviluppata la compensazione dei rischi. Sia il progetto «Managed Care» (v. n. 1), sia il rapporto del Consiglio federale del 9 dicembre 2011 partivano e partono dal presupposto che la morbilità, sia in ambito ospedaliero sia in quello ambulatoriale, va rilevata mediante indicatori appropriati. Nell'ambito ospedaliero, l'indicatore «degenza in un ospedale o una casa di cura», applicato dal 1° gennaio 2012, verrà applicato fino a

<sup>13</sup> Allianz Schweizer Krankenversicherer (ASK), CSS, Groupe Mutuel, Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK), santésuisse, Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA), alliance santé, Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche, ChiroSuisse, interpharma, Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3, Conferenza delle società mediche cantonali, Cliniche private svizzere, Schweizerische Belegärzte-Vereinigung, Schweizerischer Drogistenverband, Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte, senesuisse, Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti, Schweizerischer Verband für Orthopädie-Techniker, Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz, Aktion Freiheit und Verantwortung, Centre patronal, curaviva, economiesuisse, Fédération des Entreprises Romandes, Unione svizzera degli imprenditori, Consiglio svizzero degli anziani, Schweizerischer Verband für Seniorenfragen.

<sup>14</sup> La morbilità designa la frequenza di una malattia in relazione a un determinato gruppo della popolazione. L'età e il sesso vanno designati come indicatori di morbilità indiretti. Indicatori di morbilità diretti sono ad esempio la degenza in un ospedale o in una casa di cura l'anno precedente, diagnosi o informazioni farmaceutiche.

quando non sarà eventualmente possibile, basandosi su dati affidabili, stabilirne uno più pertinente. La formula della compensazione dei rischi va integrata con un indicatore che consideri anche i trattamenti ambulatoriali e compensi così la tendenza a preferire i trattamenti ospedalieri. La Commissione parte dal presupposto che a tale scopo il Consiglio federale si avvarrà di informazioni farmaceutiche. L'inclusione di gruppi di costo farmaceutico riduce nettamente gli incentivi alla selezione dei rischi e integra in maniera ideale la compensazione dei rischi in vigore, come esposto dal Consiglio federale nel suo rapporto del 9 dicembre 2011. In attesa che i dati necessari a formare gruppi di costo farmaceutico siano disponibili, con la completezza e la qualità sufficienti, presso gli assicuratori, il Consiglio federale proporrà probabilmente, quale soluzione transitoria, di tenere conto delle spese per medicinali sostenute durante l'anno precedente.

Considerate le esperienze fatte finora (v. n. 2.1.), la compensazione dei rischi va mantenuta per una durata illimitata. Poiché quella in vigore è limitata al 31 dicembre 2016, le nuove disposizioni devono entrare in vigore al più tardi il 1° gennaio 2017.

#### **4.1 Proposte di minoranza**

Una minoranza della Commissione (*Bortoluzzi*, Borer, de Courten, Frehner, Germanier, Mörgeli, Pezzatti, Stahl) propone di non entrare in materia sul progetto di atto normativo. Prima di poter prendere in considerazione un ulteriore sviluppo della compensazione dei rischi, si deve valutare in che modo si è ripercossa l'integrazione dell'indicatore «degenza in un ospedale o una casa di cura». Ma non esiste ancora alcuna valutazione significativa della compensazione dei rischi in vigore dal 1° gennaio 2012. Inoltre, l'inclusione di gruppi di costo farmaceutico complica seriamente la compensazione dei rischi, il che fa aumentare considerevolmente le spese amministrative sia per gli assicuratori, sia per l'istituzione comune LAMal. Non è chiaro se a questo onere supplementare fa da contraltare un beneficio adeguato sotto forma di una minore selezione dei rischi.

Una minoranza (*Bortoluzzi*, Borer, de Courten, Frehner, Germanier, Mörgeli, Parmelin, Pezzatti, Stahl) propone inoltre, nell'ottica delle disposizioni di esecuzione, di precisare le indicazioni per il Consiglio federale nell'articolo 17b capoverso 2. Il Consiglio federale deve tenere conto degli sforzi per economizzare i costi e impedire una crescente compensazione dei costi. Oltre a ciò, dopo avere sentito gli assicuratori-malattie, esso deve stabilire gli indicatori che definiscono la morbilità e sottoporre a un'analisi dell'efficacia ogni indicatore supplementare. Per evitare ripetizioni, occorre stralciare il secondo periodo nell'articolo 17 capoverso 4.

## 5 **Commento alle singole disposizioni**

### 5.1 **Legge federale sull'assicurazione malattie**

#### *Titolo prima dell'art. 17*

La compensazione dei rischi, disciplinata in una disposizione transitoria dal momento della modifica della LAMal del 21 dicembre 2007 e finora valida solamente per una durata limitata, viene mantenuta per una durata illimitata e trasposta perciò nel diritto ordinario. In una nuova sezione 1a intitolata «Compensazione dei rischi» il relativo concetto è sancito per legge negli articoli 17-17b, subito prima della disposizione sull'istituzione comune LAMal.

#### *Art. 17 cpv. 1-3*

L'articolo 17 fissa i principi. Dal profilo materiale, i capoversi 1-3 corrispondono al capoverso 1 del numero 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi) [di seguito «disposizioni transitorie»]. Di difficile comprensione, il capoverso 1 delle disposizioni transitorie viene semplificato sotto il profilo linguistico, costituendo, suddiviso in tre frasi, i capoversi 1, 2 e 3 dell'articolo 17. Poiché anche l'età e il sesso vanno considerati quali indicatori di morbilità (indiretti) [cfr. capoverso 4], la nuova formulazione comporta ancora soltanto la nozione globale di «persone con un rischio elevato di malattia». L'età e il sesso continueranno a essere considerati accanto ad altri indicatori di morbilità appropriati che il Consiglio federale stabilisce. Anche le nuove nozioni utilizzate «tasse di rischio» e «contributi compensativi» non costituiscono alcun cambiamento materiale rispetto al diritto in vigore.

Le differenze di rischio medie tra i gruppi di rischio determinanti devono, come finora, essere compensate integralmente. Non sono le prestazioni nette degli assicurati (insorte agli assicuratori stessi) a essere compensate, bensì le differenze delle prestazioni nette medie nei singoli gruppi di rischio (media di gruppo) rispetto alle prestazioni nette medie di tutti gli assicuratori di ogni gruppo di rischio (media generale). Rimane l'incentivo all'economicità dei costi e al controllo delle fatture, poiché l'assicuratore che, nei singoli gruppi di rischio che danno diritto a contributi compensativi, ha prestazioni nette più basse della media (di tutti gli assicuratori), riceve comunque detti contributi in ragione della media di gruppo più elevata. Ha dunque tutto l'interesse a mantenere, nei singoli gruppi di rischio, le prestazioni nette a un livello più basso della media di gruppo.

Nella versione francese, si coglie l'occasione per correggere un errore di traduzione: nel capoverso 3, la locuzione «les différences moyennes de frais» è stata sostituita dalla locuzione «les différences moyennes de risque » (cfr. cpv. 1 delle disposizioni transitorie).

#### *Art. 17 capoverso 4*

Nella compensazione dei rischi, i fattori determinanti sono l'età, il sesso e, dal 1° gennaio 2012, il rischio elevato di malattia. Come già menzionato, anche l'età e il sesso vanno considerati quali indicatori di morbilità (indiretti), poiché definiscono anch'essi la morbilità. Ora perciò non saranno più considerati fattori di compensa-

zione «indipendenti», bensì faranno parte di indicatori che definiscono la morbilità e costituiranno con essi il «rischio elevato di malattia». Da ciò non risulta alcun cambiamento di ordine materiale per il calcolo della compensazione dei rischi.

Per ragioni di coerenza, la Commissione rinuncia a continuare a menzionare esplicitamente nella legge l'indicatore «degenza in un ospedale o una casa di cura», che è solamente uno tra i vari indicatori possibili che definiscono la morbilità. In futuro il Consiglio federale deve poter stabilire gli indicatori che definiscono la morbilità. Il tenore della disposizione proposta lascia così un ampio margine d'apprezzamento al Consiglio federale per stabilire gli ulteriori indicatori appropriati che definiscono la morbilità. La genesi del progetto mostra tuttavia in che direzione va ulteriormente sviluppata la compensazione dei rischi. Sia il progetto «Managed Care» (v. n. 1) sia il rapporto del Consiglio federale del 9 dicembre 2011 partivano e partono dal presupposto che la morbilità, sia in ambito ospedaliero sia in quello ambulatoriale, va rilevata mediante indicatori appropriati. Nell'ambito ospedaliero, l'indicatore «degenza in un ospedale o una casa di cura», applicato dal 1° gennaio 2012, verrà applicato fino a quando non sarà eventualmente possibile, basandosi su dati affidabili, stabilirne uno più pertinente. La formula della compensazione dei rischi va integrata con un indicatore che consideri anche i trattamenti ambulatoriali e compensi così la tendenza a preferire i trattamenti ospedalieri.

#### *Art. 17a*

In questo nuovo articolo viene descritto il calcolo della compensazione dei rischi, che, di massima, rimane invariato. Il presente progetto non cambia nulla all'impostazione basata sulle prospettive della compensazione dei rischi. Dal profilo materiale, il capoverso 1 corrisponde al primo periodo del capoverso 3 delle disposizioni transitorie, mentre il capoverso 2 corrisponde al secondo periodo di questo stesso capoverso 3 e viene integrato con il perfezionamento della compensazione dei rischi, al quale si procede con il presente progetto, mediante ulteriori indicatori di morbilità appropriati stabiliti dal Consiglio federale.

Qui occorre segnalare che il capoverso 3 delle disposizioni transitorie prevede altre norme concernenti il rilevamento delle degenze in un ospedale o una casa di cura. Ora l'indicatore «degenza in un ospedale o una casa di cura» non verrà più disciplinato a livello di legge, per cui anche le relative disposizioni speciali non figureranno più nella legge. In futuro il Consiglio federale stabilirà gli ulteriori indicatori di morbilità appropriati, designandoli nell'OCOR e, per quanto necessario, disciplinandoli nel dettaglio. Nel suo rapporto del 9 dicembre 2011, il Consiglio federale ha già segnalato che, in caso di perfezionamento della compensazione dei rischi, non andrebbero più presi in considerazione i dati riguardanti la loro morbilità di coloro che hanno cambiato assicuratore. Essi costituiscono solamente una modesta quota di tutti gli assicurati e soltanto raramente adempiono al criterio di degenza in ospedale o in casa di cura nell'anno precedente. L'onere per rilevare gli ulteriori indicatori di morbilità è sproporzionatamente elevato per gli assicurati che hanno cambiato assicuratore a causa delle esigenze elevate in materia di protezione dei dati e non si giustifica più anche considerando il ridotto effetto nella compensazione dei rischi.

### *Art. 17b*

In questo nuovo articolo viene descritta l'attuazione della compensazione dei rischi alla quale, come finora, l'istituzione comune LAMal procede tra gli assicuratori per ogni Cantone. Nel capoverso 1 si riprende, invariato, il primo periodo del capoverso 4 delle disposizioni transitorie. Il capoverso 2 corrisponde al primo periodo del capoverso 5 delle disposizioni transitorie. Nell'emanare le disposizioni d'esecuzione per la compensazione dei rischi, il Consiglio federale deve continuare a badare che per gli assicuratori vi siano incentivi all'economicità dei costi. La compensazione dei rischi non deve portare a una compensazione dei costi. Il Consiglio federale deve stabilire solamente indicatori diretti che definiscono la morbilità, ma non può integrare la formula della compensazione dei costi con un indicatore che consideri, ad esempio, l'importo dei premi, le franchigie opzionali o i modelli con scelta limitata dei fornitori di prestazioni (cfr. in proposito la risposta del Consiglio federale all'interpellanza 12.4153 «Compensazione dei rischi nella LAMal. Abolire i sovvenzionamenti trasversali»). Il capoverso 3 riprende il capoverso 6 delle disposizioni transitorie.

### *Art. 62 capoverso 3*

Poiché la compensazione dei rischi è disciplinata in un nuovo punto nella legge, il capoverso 3 deve essere adeguato di conseguenza; questo adeguamento non contiene alcuna novità.

### *Disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi)*

La presente modifica sostituisce la compensazione dei rischi disciplinata con la designazione «Nuova compensazione dei rischi» nelle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007. La compensazione dei rischi è recepita nel diritto ordinario e sancita definitivamente, ossia senza limitazione temporale, negli articoli 17-17b. Il numero 2 delle summenzionate disposizioni transitorie va dunque abrogato.

## **6 Ripercussioni**

### **6.1 Per la Confederazione**

A causa della diminuzione della selezione dei rischi, meno assicurati cambieranno assicuratore, il che porterà a un'attenuazione del rialzo del volume dei premi e con ciò anche a una minore crescita del sussidio della Confederazione alla riduzione dei premi individuale dei Cantoni ai sensi dell'articolo 66 LAMal. Il progetto non richiede risorse umane supplementari presso la Confederazione.

## **6.2 Per i Cantoni e i Comuni**

Il progetto non richiede risorse umane supplementari presso i Cantoni e i Comuni. Poiché spetta ai Cantoni stabilire il loro sussidio alla riduzione dei premi, sono anche liberi di decidere se vogliono ridurlo in ragione della crescita più debole dei premi.

## **6.3 Per l'economia**

Il volume finanziario dell'AOMS corrisponde al 4-5 per cento del prodotto interno lordo. Non si attendono ripercussioni per l'economia. Tuttavia, impedendo la selezione dei rischi è possibile utilizzare le risorse in modo più efficiente nel settore interessato. Le modifiche contribuiscono a migliorare la chiarezza e l'efficacia dei processi di finanziamento dell'assicurazione sociale malattie. Inoltre, la concorrenza tra gli assicuratori potrà continuare a espletare i suoi effetti soprattutto laddove il legislatore lo auspicava originariamente, ossia sulla qualità delle offerte assicurative. Il testo di legge proposto contribuisce quindi all'ottimizzazione del sistema anche da questo punto di vista.

## **6.4 Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie**

Nel 2012, i dati di 640 064 assicurati che dal 1° gennaio 2011 al 30 settembre 2012 hanno cambiato assicuratore sono stati scambiati per il tramite dell'Organo centrale di comunicazione per la compensazione dei rischi (ZEMRA) istituito dall'istituzione comune LAMal. Di tali assicurati, nel 2011 22 223 persone avevano avuto una degenza in un ospedale o una casa di cura ai sensi dell'articolo 2a OCoR. La quota di assicurati con questo tipo di degenza tra quelli che hanno cambiato assicuratore è nettamente inferiore rispetto all'insieme degli assicurati. Nel suo rapporto del 9 dicembre 2011, il Consiglio federale ha segnalato che, in caso di ulteriore perfezionamento della compensazione dei rischi, non andrebbero più presi in considerazione coloro che hanno cambiato assicuratore. Ciò comporta due effetti contrari:

- un ulteriore perfezionamento della compensazione dei rischi implica un leggero aumento dei costi amministrativi nell'istituzione comune LAMal per la plausibilità degli invii dei dati e per le revisioni a campione presso gli assicuratori;
- la compensazione dei rischi attualmente in vigore prevede che nella comunicazione dei dati da parte degli assicuratori si tenga conto delle degenze in un ospedale o in una casa di cura degli assicurati che hanno cambiato assicuratore. A tale scopo ha luogo uno scambio di dati tra gli assicuratori per il tramite dello ZEMRA. La rinuncia a rilevare gli ulteriori indicatori di morbilità di coloro che hanno cambiato assicuratore rende superfluo lo ZEMRA, i cui costi di esercizio spariscono quindi, il che riduce di circa 100 000 franchi i costi amministrativi dell'istituzione comune LAMal per l'attuazione della compensazione dei rischi.

I costi amministrativi dell'istituzione comune LAMal per l'attuazione della compensazione dei rischi sono sostenuti dagli assicuratori-malattie. Anche per gli assicuratori vi sono due effetti contrari a causa del progetto:

- con il perfezionamento della compensazione dei rischi si riduce l'incentivo per gli assicuratori a praticare la selezione dei rischi. Se si riduce la selezione dei rischi, diminuiscono da una parte le spese pubblicitarie e di acquisizione della clientela e, dall'altra, i cambiamenti di assicuratore, anche se la concorrenza continuerà ad espletare i propri effetti sulle offerte e sul controllo dei costi. Attualmente la percentuale degli assicurati che cambiano cassa malati oscilla annualmente tra il 6 e il 12 per cento. Ogni cambiamento comporta costi tra 150 e 200 franchi;
- in caso di un ulteriore perfezionamento della compensazione dei rischi si prevede un aumento minimo dei costi amministrativi per il rilevamento e l'invio di dati. Inoltre, mantenendo lo stesso grado di approfondimento, anche la verifica dell'invio di dati degli assicuratori-malattie da parte degli organi di revisione diventa un po' più impegnativa e quindi leggermente più costosa. L'ulteriore perfezionamento della compensazione dei rischi porta di conseguenza a costi amministrativi appena leggermente più elevati per gli assicuratori-malattie;
- per contro, si azzerà l'onere per il rilevamento e lo scambio dei dati riguardanti la morbilità degli assicurati che hanno cambiato assicuratore, finora messi in atto per il tramite dello ZEMRA, il che porta, a sua volta, a uno sgravio degli assicuratori in termini finanziari e di personale.

## 6.5 Ripercussioni sull'applicabilità

In caso di ulteriore perfezionamento della compensazione dei rischi mediante l'inclusione di fattori di morbilità supplementari, come i gruppi di costo farmaceutico, non sarebbe possibile proseguire mantenendo invariato l'odierno approccio a celle<sup>15</sup>, poiché tali nuovi fattori comporterebbero una moltiplicazione dei gruppi di rischio e risulterebbero troppi (in particolare nei piccoli Cantoni) i gruppi con un numero di assicurati troppo esiguo per consentire il calcolo di valori statisticamente attendibili. È quindi consigliabile passare al calcolo mediante analisi regressiva, permettendo così di determinare un costo ponderato per ogni indicatore di morbilità. Sulla scorta dei costi ponderati sarebbe possibile calcolare per ogni assicurato un valore indicante l'entità del suo rischio di costo individuale rispetto a un assicurato medio. Ai fini del calcolo dei contributi compensativi, tali valori di rischio potranno poi essere moltiplicati per la media dei costi cantonali. Inoltre, l'adozione di valori di rischio invece di costi ponderati consentirebbe di attuare la compensazione dei

<sup>15</sup> Nell'approccio a celle, così come applicato nell'odierno sistema svizzero di compensazione dei rischi, tutti gli assicurati vengono suddivisi secondo i relativi criteri compensativi (oggi: età e sesso) in gruppi che si escludono a vicenda. Il contributo compensativo del rischio rappresenta la differenza tra la media dei costi nei gruppi e la media generale.

rischi in ambito cantonale anche se per la determinazione dei costi ponderati verrebbero utilizzati dati provenienti da tutta la Svizzera.

Il calcolo mediante analisi regressiva impone che all'istituzione comune LAMal debba essere messo a disposizione un insieme di dati anonimo per ogni assicurato. La classificazione degli assicurati nei rispettivi gruppi di compensazione dovrebbe essere effettuata dall'assicuratore stesso. L'istituzione comune LAMal riceve unicamente le informazioni relative all'appartenenza ai gruppi.

Implementando un'integrazione transitoria della compensazione dei rischi con l'indicatore «costi per medicinali» dell'anno precedente è possibile aumentare il grado esplicativo della formula di compensazione dei rischi e mitigare l'incentivo alla selezione dei rischi per gli assicurati che vi sono particolarmente esposti. Contrariamente ai dati necessari per la formazione di gruppi di costo farmaceutico, gli assicuratori dispongono già oggi della totalità dei costi per medicinali che un assicurato ha generato nel contesto ambulatoriale. L'approccio a celle per calcolare la compensazione dei rischi e dunque l'invio di dati aggregati esclusivo da parte degli assicurati potrebbero essere mantenuti provvisoriamente.

## **6.6 Altre ripercussioni**

Non si presumono altre ripercussioni.

## **7 Rapporto con il diritto europeo**

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

## **8 Basi legali**

### **8.1 Costituzionalità e legalità**

Il progetto si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale<sup>16</sup>, il quale conferisce alla Confederazione ampie competenze per emanare prescrizioni atte a istituire l'assicurazione contro le malattie. Questa disposizione contiene anche la competenza di emanare prescrizioni per ridurre gli incentivi indesiderati nell'AOMS quale, in particolare, la selezione dei rischi.

<sup>16</sup> RS 101

## **8.2 Delega di competenze legislative**

Al Consiglio federale è assegnato – così come nella legislazione in vigore – il compito di attuare la presente legge. Il presente progetto autorizza inoltre il Consiglio federale a stabilire indicatori che definiscono la morbilità degli assicurati (art. 17 cpv. 4).

## **8.3 Forma dell'atto**

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

## Evoluzione delle tasse e dei contributi degli assicuratori

(+ = contributi; - = tasse)

N. UFSP	Nome assicuratore	Compensazione dei rischi def. 2010	Compensazione dei rischi def. 2011	Compensazione dei rischi def. 2012
8	CSS	195438141	200512793	227846410
32	Aquilana	1590746	1691550	537318
57	Moove Sympany	-3046844	-2116932	116195
62	Supra	49104171	50668095	42433518
97	KK Luchsingen-Hätzingen	-183089		
134	Einsiedeln	122703	296437	120975
160	Fonction Publique	-23388616		
182	Prontia	-3798191	1858167	341688
194	Sumiswalden	-10501992	-8945441	-7970654
216	Caisse-Maladie E.O.S	28555		
246	Steffisburg	-1253231	29393	342000
261	carena schweiz	-6514886		
263	CMBB	-5140675		
290	Concordia	107666650	100566823	106258078
294	Agilia	-838561	-4333969	-2728102
312	Atutti	1879471	12603617	-24384746
343	Avenir	-8382516	-32228570	-49654609
360	KKLNH	-3213593	-4150980	-4712327
376	KPT	26569679	7639314	-5746667
411	Xundheit	-2436459		
445	Caisse-maladie Hermes	-40876983		
455	OKK Landquart	-27700380	-26461354	-24302705
484	Panorama	1791100		
509	Vivao Sympany	3658569	5211932	24991365
556	St. Moritz	-574689		
558	Flaachthal	-273349	-407635	-1547090
749	La Caisse Vaudoise	-29115310		
762	Kolping	3570669	4590227	5777549
774	Easy Sana	-11574078	-88424340	-105721896
780	Glärner Krankenversicherung	-2006876	-1912112	-2177587
790	innova Wallis AG	-3107998	-2644921	
820	LUMNEZIANA	112495	129680	265085
829	KLUJ	684345	1170591	-13884
881	EGK	-14851402	-82864031	-32764903
901	Sanavals	-84516	-138221	-335890
923	SLKK	3392221	4544166	4729571
941	Sodalis	-9219780	-7840306	-5409335
966	Vita Surselva	-1727512	-1936618	276787
994	Progrès	-94389871	-88171501	-68573827
1003	Zeheggen	87161	99252	25604
1040	Visperterminen	-1560201	-1848033	-2510261
1058	Gondo-Zwischbergen	-	-	-
1060	Wincare	154659142	163219276	182077910
1097	AVANTIS-Assureur maladie	-6536438		
1113	CMVEO	-2598951	-2975324	-3282412
1142	Ingenbohl	4124211	4008254	4677422
1147	Turbenthal	202732	211028	275857
1159	Auxilia Assurance-maladie	-5071982	-3162750	
1215	Caisse-maladie de	-3579625		
1318	Wädenswil	1839061	1072560	-1590369
1322	Birchmeier	534470	218600	-257407
1328	kmu	2047120	2480143	2520652
1331	Stoffel	-168457	-343577	-237623
1362	Simplon	-134393	-182608	-131067
1384	Swica	-44571204	-61133877	-60317338
1386	Galenos	11753397	10373939	10377248
1395	Vivao Sympany Schweiz AG	-12100961		
1401	Rhensana	434986	-348241	-709250
1423	Publiana	-627865	-364443	-980
1442	Fondation Natura	-1636445		
1479	Mutuel	-61211801	-97074601	-105996370
1507	AMB	-2549233	-2916501	-3599825
1509	Sanitas	-104258804	-58394951	-41423402
1520	Hotela	1479713		
1529	Intras	-13886555	8607692	21714111
1535	Phinos	16090938	-82742318	-7083059
1542	Assura	-419074374	-403176164	-467291377
1551	Uniersa	6366472		
1552	aerosana Versicherungen	-33259551		
1555	Visana	325233980	303720385	303100203
1560	Agrisano	-36034083	-38435506	-43822308
1562	Helsana	626487981	617489001	613939008
1563	innova Krankenversicherung	5230909	7012721	6054368
1565	Avenex	-126245110	-112997709	-125680375
1566	Sanaan	-63738581	-76306966	-97186448
1568	Sana24	-123146101	-54729561	-49465628
1569	Arcosana	-71215899	-61505748	-54496596
1570	Vivacare	-26720166	-10108857	-9074953
1571	SanaTop Versicherungen	-2814566		
1574	maxi.ch	-1047282	-1576366	-1663590
1575	Compact	-46632404	-54398270	-38724054
1577	Sanagate AG	-19738500	-27089340	-44373649

