

## **Ordinanza concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (OVAMal)**

Entrata in vigore prevista per il 1° gennaio 2016

Commento e contenuto delle disposizioni

Berna, novembre 2015

## Indice

1	Situazione iniziale e caratteristiche fondamentali della legge	4
2	Disposizioni	6
Articolo 1	Altri rami d'assicurazione	6
Articolo 2	Gruppo assicurativo	6
Articolo 3	Domanda di autorizzazione	6
Articolo 4	Esenzione dall'obbligo di offrire un'assicurazione di cui all'articolo 5 lettera g della legge	7
Articolo 5	Inizio della validità dell'autorizzazione	8
Articolo 6	Ritiro dell'autorizzazione alla cessazione dell'attività assicurativa	8
Articolo 7	Termini in caso di modifiche del piano d'esercizio	8
Articolo 8	Modifiche della struttura giuridica, trasferimento di patrimonio e trasferimento dell'effettivo degli assicurati	9
Articolo 9	Riserve iniziali	11
Articolo 10	Calcolo delle riserve	11
Articolo 11	Ammontare minimo delle riserve	11
Articolo 12	Frequenza e momento della determinazione	12
Articolo 13	Rapporto	12
Articolo 14		12
Articolo 15	Termine per la determinazione dell'importo legale	13
Articolo 16	Obbligo di comunicazione	13
Articolo 17	Copertura	14
Articolo 18	Costituzione	14
Articolo 19	Collocamenti adeguati	15
Articolo 20	Limiti	16
Articolo 21	Limiti per i collocamenti collettivi	16
Articolo 22	Custodia degli elementi	17
Articolo 23	Verifica da parte dell'autorità di vigilanza	17
Articolo 24	Utilizzo del ricavato del patrimonio vincolato	17
Articolo 25	Ammontare dei premi	18
Articolo 26	Riduzione volontaria delle riserve eccessive	19
Articolo 27	Approvazione delle tariffe dei premi	19
Articolo 28	Pubblicazione dei premi	20
Articolo 29		20
Articolo 30	Costi cumulati	20
Articolo 31	Valutazione della situazione economica dell'assicuratore	21
Articolo 32	Procedura	21
Articolo 33	Modalità della restituzione	21
Articolo 34	Ripartizione dei costi amministrativi	23
Articolo 35	Attività d'intermediario e costi per la pubblicità	23
Articolo 36	Composizione dell'organo d'amministrazione	24
Articolo 37	Composizione dell'organo di direzione	24
Articolo 38	Dichiarazione delle relazioni d'interesse	24
Articolo 39	Prevenzione dei conflitti d'interessi	25
Articolo 40	Obiettivo e contenuto della gestione dei rischi e del sistema di controllo interno	25
Articolo 41	Documentazione della gestione dei rischi e del sistema di controllo interno	25
Articolo 42	Ufficio di revisione interno	25
Articolo 43	Principi di collocamento	26
Articolo 44	Requisiti in materia di gestione del patrimonio	26
Articolo 45	Regolamento di collocamento	27
Articolo 46	Ponderazione del rischio di collocamento	27
Articolo 47	Gestione dei rischi degli strumenti finanziari derivati	27
Articolo 48	Esclusione del prestito di valori mobiliari e delle operazioni pensionistiche	27
Articolo 49	Principi	28
Articolo 50	Relazione sulla gestione	28
Articolo 51	Conto annuale secondo il diritto in materia di vigilanza	28
Articolo 52	Ufficio di revisione esterno	29
Articolo 53	Compiti e competenze dell'ufficio di revisione esterno	29
Articolo 54	Rapporti dell'ufficio di revisione esterno	29
Articolo 55	Effettivo minimo di assicurati	30
Articolo 56	Domanda di autorizzazione	30
Articolo 57	Inizio della validità dell'autorizzazione	30

Articolo 58	Ritiro dell'autorizzazione	30
Articolo 59	Contratti di riassicurazione	30
Articolo 60	Obblighi del riassicuratore	31
Articolo 61	Parità di trattamento degli assicurati e protezione contro gli abusi	31
Articolo 62	Coordinamento tra le autorità di vigilanza	32
Articolo 63	Notifica di eventi di grande importanza	33
Articolo 64	Situazione finanziaria a rischio	34
Articolo 65	Trasferimento dell'effettivo degli assicurati	34
Articolo 66	Verifica delle transazioni tra assicuratore e altre imprese	35
Articolo 67	Gestione aziendale e ufficio di revisione esterno	36
Articolo 68	Ammontare del fondo per i casi d'insolvenza	36
Articolo 69	Collocamento dei mezzi del fondo per i casi d'insolvenza	36
Articolo 70	Vigilanza sull'istituzione comune	37
Articolo 71	Informazione del pubblico	37
Articolo 72	Modifica di altri atti normativi	37
Articolo 73	Disposizioni transitorie	38
Articolo 74	Entrata in vigore	39
Modifica di altri atti normativi		40
1.	Ordinanza sull'abilitazione e la sorveglianza dei revisori (Ordinanza sui revisori, OSRev; RS 221.302.3) e ordinanza dell'Autorità federale di sorveglianza dei revisori concernente l'accesso ai dati non accessibili al pubblico (Ordinanza sui dati ASR, OD-ASR; RS 221.302.32)	40
2.	Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102)	40
3.	Ordinanza del 12 settembre 2014 sulla correzione dei premi	42
4.	Ordinanza del 7 novembre 2007 concernente il sussidio della Confederazione per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie (ORPM; RS 832.112.4)	42
5.	Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (ordinanza sulla sorveglianza; OS, RS 961.011)	43

## 1 Situazione iniziale e caratteristiche fondamentali della legge

Nel diritto vigente il capitolo 2 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) disciplina l'organizzazione (assicuratori, istituzione comune, vigilanza e statistica) dell'assicurazione sociale malattie. La LAMal è dedicata tuttavia in via prioritaria al finanziamento dell'assicurazione sociale malattie e in particolare delle sue prestazioni. Nella LAMal la vigilanza sull'assicurazione sociale malattie ha ancora un ruolo poco importante. Su richiesta del Dipartimento federale dell'interno (DFI), il 26 maggio 2010 il Consiglio federale ha deciso di rafforzare la vigilanza sugli assicuratori che offrono l'assicurazione sociale malattie.

Il 26 settembre 2014 le Camere federali hanno approvato la revisione della vigilanza sull'assicurazione sociale malattie. Il Consiglio federale ha fissato al 1° gennaio 2016 la data di entrata in vigore della nuova legge concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale malattie (legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie, LVAMal). La LVAMal colma le lacune nel diritto in materia di vigilanza e introduce miglioramenti per quanto concerne, tra l'altro, la sicurezza finanziaria e la gestione aziendale degli assicuratori nonché i poteri e le competenze delle autorità di vigilanza. In questo modo viene rafforzata la vigilanza a tutela dell'assicurazione sociale malattie e dei suoi assicurati e aumentata la trasparenza degli assicuratori.

La legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie ha esteso le disposizioni in materia di vigilanza in particolare nei seguenti settori:

**Gestione aziendale e revisione:** la LAMal non stabilisce alcun requisito in materia di gestione aziendale. Non sono previsti controlli di integrità morale e competenza per i membri della direzione e dei relativi organi di controllo. Inoltre gli assicuratori stabiliscono liberamente la loro organizzazione e le modalità dei controlli in seno all'impresa. Questa normativa della LAMal non soddisfa più i requisiti di gestione moderna richiesti dalle associazioni di categoria o dalle autorità di vigilanza. Pertanto la LVAMal sancisce disposizioni di principio sulla garanzia di una gestione ineccepibile, sulla gestione dei rischi, sui controlli interni e sull'ufficio di revisione esterno che devono essere ulteriormente precisate anche nell'ordinanza.

**Finanziamento:** il 1° gennaio 2012 il Consiglio federale ha modificato le disposizioni concernenti le riserve (art. 78-78c OAMal), che pertanto possono essere ampiamente riprese. Per il patrimonio vincolato previsto ora dalla LVAMal vengono emanate disposizioni concernenti il calcolo e la costituzione. In particolare, gli assicuratori possono destinare solo alcune quote del proprio patrimonio vincolato a determinate categorie di collocamento.

Le disposizioni in materia di collocamento valgono ora per l'intero patrimonio dell'assicuratore. In tale contesto possono essere ampiamente riprese le relative disposizioni in vigore (art. 80-80i OAMal), ad eccezione delle limitazioni che si riferiscono solamente al patrimonio vincolato. In linea di principio, il prestito di valori mobiliari continua ad essere escluso, ma per ragioni pratiche può essere concesso a determinate condizioni nei collocamenti collettivi.

**Determinazione e approvazione dei premi:** la procedura di approvazione delle tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è precisata nella LVAMal. Analogamente a quanto disposto nella LAMal, le tariffe dei premi devono essere approvate dall'autorità di vigilanza. Sono creati nuovi strumenti che consentono all'autorità di non approvare le tariffe dei premi in determinate situazioni, ad esempio quando i premi sono troppo elevati oppure non coprono i costi diversi a seconda del Cantone. È inoltre prevista una regolamentazione volta a disciplinare la compensazione dei premi incassati in eccesso. I premi dell'assicuratore non possono altresì comportare la costituzione di riserve eccessive. Queste nuove disposizioni legali sono concretizzate in dettaglio nell'ordinanza.

**Riassicurazione:** i contratti di riassicurazione prevedono nuovi requisiti. In particolare possono essere stipulati solo alle condizioni alle quali potrebbero essere conclusi anche con terzi indipendenti. Inoltre i riassicuratori sono tenuti a costituire accantonamenti tecnici e a fornire all'autorità di vigilanza le informazioni essenziali in merito ai loro contratti.

**Vigilanza e provvedimenti conservativi:** i compiti, i poteri e le competenze secondo la LAMal sono ripresi e al tempo stesso ampliati. Essi riguardano due ambiti: da una parte la protezione degli assicurati e dall'altra la solvibilità degli assicuratori. Le disposizioni in materia di vigilanza devono garantire la protezione degli assicurati, in quanto la situazione finanziaria di un assicuratore può avere conseguenze per l'assicurato. Le esperienze finora fatte dall'autorità di vigilanza con la LAMal hanno mostrato la necessità di ricorrere a misure di risanamento in presenza di una situazione economica critica degli assicuratori, evidenziando tuttavia anche che tale autorità non disponeva di una base legale esplicita. Per tale ragione nella LVAMal sono state inserite disposizioni concernenti i provvedimenti conservativi da adottare in tali situazioni. Anche queste nuove disposizioni devono essere concretizzate in dettaglio nell'ordinanza.

**Autorizzazione, delega di compiti e ritiro dell'autorizzazione:** già per l'esecuzione secondo la LAMal è necessaria un'autorizzazione del Dipartimento. L'organo responsabile è ora l'autorità di vigilanza. Le condizioni di autorizzazione sono state rielaborate e si è provveduto a integrare alcuni nuovi criteri. Nel contesto del ritiro dell'autorizzazione la LAMal non attribuiva all'autorità di vigilanza competenze sufficienti. La LVAMal amplia tali competenze e prevede ad esempio che il fallimento di una cassa malati possa essere dichiarato solo se l'autorità di vigilanza ha dato il proprio consenso. Il nuovo disciplinamento prevede altresì che la facoltà di ritirare l'autorizzazione spetti all'autorità di vigilanza e non al Dipartimento. L'autorizzazione deve essere ritirata ad esempio quando le condizioni legali non sono più soddisfatte. Anche la delega di compiti da parte degli assicuratori (*outsourcing*) è diventata una pratica comune. In linea di principio la LVAMal consente la delega di compiti, fatta eccezione per le situazioni menzionate, ma garantisce anche che la vigilanza sia esercitata in ogni caso. Anche in questo ambito l'ordinanza dovrà precisare le nuove disposizioni.

**Disposizioni penali:** la LVAMal adegua le disposizioni penali alla pratica odierna e introduce altresì un articolo sui delitti, un articolo sulle contravvenzioni e un articolo sulle infrazioni commesse nell'azienda. Nella nuova legge il perseguimento penale spetta esclusivamente ai Cantoni. Secondo il principio «nulla poena sine lege», in ambito penale non possono essere emanate disposizioni a livello di ordinanza e si applica invece un principio di legalità proprio del diritto materiale.

Secondo l'articolo 57 LVAMal il Consiglio federale esegue la legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie ed emana le relative disposizioni d'esecuzione. Il rafforzamento della vigilanza sopra delineato e previsto dalla nuova LVAMal necessita in alcuni ambiti di precisazioni più concrete a livello di ordinanza e quindi nella nuova ordinanza sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (OVAMal).

## **2 Disposizioni**

### **Capitolo 1: Definizioni**

#### **Articolo 1 Altri rami d'assicurazione**

L'articolo 1 OVAMal si rifà all'articolo 14 OAMal, ma è modificato a livello materiale. Le lettere *a* e *b* dell'articolo 14 OAMal sono qui sintetizzate in una sola lettera, la *a*. Le lettere *c* e *d* dell'articolo 14 OAMal non sono riprese, in quanto la pratica non prevede più questi rami d'assicurazione. Vista l'incertezza finora presente in merito all'organo cui spetta la vigilanza sulla continuazione dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo l'articolo 7a OAMal e in virtù di un chiarimento con l'Ufficio federale di giustizia (UFG) che aveva stabilito che la vigilanza in questo ambito spetta alla FINMA, la lettera *b* dell'ordinanza precisa che la continuazione dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo l'articolo 7a OAMal vale come altro ramo d'assicurazione ai sensi dell'articolo 2 capoverso 2 LVAMal. In virtù dell'articolo 34 capoverso 5 LVAMal, la vigilanza su questi rami d'assicurazione spetta alla FINMA. Sono considerati ora altri rami d'assicurazione ai sensi dell'articolo 2 capoverso 2 LVAMal: a. un'indennità in caso di morte in seguito a malattia o a infortunio di 6000 franchi al massimo; b. la continuazione dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo l'articolo 7a OAMal.

#### **Articolo 2 Gruppo assicurativo**

L'articolo 2 OVAMal definisce il gruppo assicurativo secondo l'articolo 6 capoverso 1 LVAMal. La definizione si orienta alla definizione dell'articolo 64 della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA; RS 961.01). Secondo tale definizione sono determinanti le seguenti caratteristiche: 1. un gruppo assicurativo si compone di due o più imprese che costituiscono un'unità economica o sono altrimenti collegate tra di loro per influenza o controllo e 2. le imprese nel loro insieme operano prevalentemente nel settore assicurativo.

### **Capitolo 2: Autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie**

#### **Articolo 3 Domanda di autorizzazione**

Per esercitare l'assicurazione sociale malattie secondo la LAMal è necessaria un'autorizzazione dell'autorità di vigilanza (articolo 4 LVAMal). L'obbligo di autorizzazione è volto a garantire che l'assicurazione sociale malattie possa essere offerta solo dagli assicuratori che soddisfano determinate condizioni. Tali condizioni sono elencate all'articolo 5 LVAMal. Affinché l'autorità di vigilanza conceda l'autorizzazione, è necessario che tutti i criteri siano soddisfatti. L'articolo 7 LVAMal (Domanda di autorizzazione) elenca i documenti che un assicuratore deve presentare insieme alla domanda per ottenere l'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie. Secondo l'articolo 7 capoverso 1 LVAMal la domanda e i documenti necessari devono essere presentati all'autorità di vigilanza. Questa esamina i documenti e, se non vi sono reclami, rilascia l'autorizzazione. L'articolo 7 capoverso 2 LVAMal elenca i singoli documenti che il piano d'esercizio deve contenere affinché il rilascio dell'autorizzazione a un nuovo assicuratore possa essere esaminato su basi fondate.

##### *Capoverso 1*

Analogamente all'articolo 15 LAMal (secondo periodo), l'articolo 3 capoverso 1 OVAMal stabilisce che la domanda di autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie di cui all'articolo 7 LVAMal deve essere presentata all'autorità di vigilanza entro il 30 giugno dell'anno precedente in cui l'assicuratore intende esercitare per la prima volta tale assicurazione. La scadenza del 30 giugno resta giustificata in quanto permette di esaminare per tempo i documenti del piano d'esercizio prima dell'inizio dell'attività

operativa. L'esercizio dell'attività operativa all'inizio dell'anno civile (cfr. art. 5 OVAMal di seguito) continua a garantire inoltre un avvio migliore dell'attività rispetto alla metà dell'anno, quando solo pochi assicurati cambiano assicuratore.

#### *Capoverso 2*

L'articolo 3 capoverso 2 OVAMal corrisponde essenzialmente all'articolo 15 capoverso 1 lettera b OAMal.

### **Articolo 4    Esenzione dall'obbligo di offrire un'assicurazione di cui all'articolo 5 lettera g della legge**

Secondo l'articolo 5 lettera g LVAMal, gli assicuratori devono offrire l'assicurazione sociale malattie anche alle persone tenute ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia; in casi particolari, l'autorità di vigilanza può esentare, su richiesta, taluni assicuratori da questo obbligo. L'obbligo di offrire l'assicurazione sociale malattie anche alle persone tenute ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia nonché la possibilità di esenzione, su richiesta, da questo obbligo (nella LAMal da parte del Consiglio federale) sono ripresi dalla LAMal (art. 13 cpv. 2 lett. f LAMal).

#### *Capoversi 1 e 2*

I capoversi 1 e 2 dell'articolo 4 OVAMal, seppur oggetto di revisione, si rifanno in linea di principio all'articolo 15a OAMal. Inoltre la terminologia e i rinvii sono stati adeguati alla nuova legge. Le modifiche principali sono le seguenti:

1. Secondo l'articolo 15a OAMal sono esentati dall'obbligo solo gli assicuratori con meno di 100 000 assicurati. L'OVAMal porta questo numero a 500 000. Un aumento del numero degli assicurati è reso necessario da una parte dal fatto che l'esercizio dell'assicurazione per persone residenti in uno Stato UE/AELS (assicurati UE) è una questione complessa e onerosa a livello amministrativo, che rappresenta una sfida anche per alcuni assicuratori di medie dimensioni. Dall'altra per ciascun Paese il numero degli assicurati UE è in parte molto esiguo. Se un assicuratore con meno di 500 000 assicurati ha un effettivo di assicurati molto limitato nello Stato in questione dovrebbe essere esentato in via eccezionale del tutto o in parte dall'obbligo di offrire l'assicurazione sociale malattie anche alle persone tenute ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia. La nuova disposizione consentirà di esentare del tutto o in parte, in via eccezionale, gli assicuratori dall'obbligo dell'esercizio dell'assicurazione negli Stati UE/AELS. In questo modo i piccoli effettivi di assicurati possono essere distribuiti su un numero limitato di assicuratori, con evidenti benefici per tutte le parti. Ad oggi vi sono cinque assicuratori con più di 500 000 assicurati che dovranno pertanto offrire anche in futuro la possibilità di stipulare un'assicurazione in tutti gli Stati UE/AELS. Gli assicuratori di dimensioni inferiori potranno continuare a offrire la possibilità di assicurarsi negli Stati UE/AELS. Diversi assicuratori si sono infatti specializzati in questo ambito e continueranno sicuramente a offrire questa prestazione. Pertanto anche in futuro vi sarà un numero sufficiente di assicuratori che eserciteranno l'assicurazione in questi Stati.

2. Secondo l'articolo 15a OAMal gli assicuratori «sono» esonerati dall'obbligo se soddisfano le condizioni definite nella disposizione. Nell'OVAMal il termine «sono» è sostituito da «possono essere». Ciò significa che l'assicuratore non deve più essere esonerato in tutti i casi dall'obbligo, ma che la decisione rientra nel potere discrezionale dell'autorità di vigilanza. L'autorità di vigilanza può, in via eccezionale, esonerare del tutto o in parte l'assicuratore secondo l'articolo 4 capoverso 1 OVAMal se sono soddisfatte in modo cumulativo le condizioni di cui alle lettere a, b e c. Nella sua decisione in merito all'esenzione l'autorità di vigilanza considera pertanto a. se le persone assicurate sono meno di 500 000; b. se l'assicuratore intende esercitare l'assicurazione sociale malattie in nessuno di questi Stati o solo in alcuni di essi e c. se l'assicuratore ha assicurato solo effettivi molto piccoli negli Stati in questione. Il termine «in via eccezionale» sottolinea espressamente che l'esenzione rappresenta l'eccezione.

3. L'articolo 4 capoverso 1 lettera b OVAMal impiega una formulazione più comprensibile rispetto all'articolo 15a capoverso 1 lettera b OAMal, ma non subisce modifiche a livello materiale. Pertanto, anche in virtù dell'articolo 4 OVAMal, un assicuratore può ottenere l'esenzione per tutti i Paesi o può chiedere di esercitare l'assicurazione solo in uno o in diversi Paesi. La formulazione dell'articolo 15a capoverso 1 lettera b seconda parte del periodo non viene ripresa perché non applicata nella pratica.

4. Il capoverso 2 specifica che la decisione in merito all'esenzione non spetta più al Dipartimento (DFI), bensì all'autorità di vigilanza. Questo spostamento di competenza non è significativo, in quanto già oggi le eventuali domande vengono trattate dall'autorità di vigilanza.

## **Articolo 5 Inizio della validità dell'autorizzazione**

L'articolo 5 OVAMal (analogamente all'art. 15 OAMal) mantiene invariato l'inizio dell'esercizio dell'assicurazione sociale malattie all'inizio dell'anno civile. L'esercizio dell'attività operativa all'inizio dell'anno civile continua a garantire un avvio migliore dell'attività rispetto alla metà dell'anno, quando solo pochi assicurati cambiano assicuratore (cfr. art. 3 cpv. 1 OVAMal sopra menzionato). La possibilità di acquisire potenziali nuovi assicurati già prima dell'inizio dell'anno civile non deve tuttavia essere toccata da questa disposizione. Al contrario, l'acquisizione di potenziali nuovi assicurati sarà possibile già l'anno precedente, al momento della presentazione della domanda di autorizzazione.

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

La nuova disposizione di cui all'articolo 6 OVAMal afferma che l'autorità di vigilanza può ritirare l'autorizzazione a un assicuratore che non ha alcun assicurato per un periodo di due anni. L'autorità di vigilanza dispone la revoca della vigilanza con una decisione. Esempi passati mostrano ad esempio che gruppi assicurativi fondano nuovi assicuratori, che tuttavia non raggiungono mai lo stadio di esercizio. Ciò significa che tali assicuratori non eserciteranno mai l'attività assicurativa.

Secondo l'articolo 2 capoverso 1 LVAMal, le casse malati sono persone giuridiche di diritto privato o pubblico senza scopo lucrativo che esercitano l'assicurazione sociale malattie conformemente alla LA-Mal. L'esercizio dell'assicurazione rappresenta pertanto una condizione per concedere l'autorizzazione. Secondo l'articolo 43 capoverso 1 LVAMal, l'autorità di vigilanza ritira a un assicuratore l'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie o a un riassicuratore l'autorizzazione di esercitare la riassicurazione dell'assicurazione sociale malattie se questi ne fa richiesta o non adempie più alle condizioni legali. Secondo l'articolo 43 capoverso 4 LVAMal, l'autorità di vigilanza dispone la revoca della vigilanza con una decisione se un assicuratore o un riassicuratore cessa l'attività assicurativa.

Alla luce di questa situazione giuridica, in un caso simile l'articolo 6 OVAMal (in combinato disposto con l'art. 2 cpv. 1 e l'art. 43 cpv. 1 e 4 LVAMal) prevede che l'autorità di vigilanza ritiri all'assicuratore l'autorizzazione all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie e ne disponga la revoca della vigilanza con una decisione. L'articolo 6 OVAMal concretizza le disposizioni citate della LVAMal: l'assicuratore che non esercita alcuna attività per un periodo di due anni non soddisfa più le condizioni previste dalla legge.

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

Gli elementi contenuti nel piano d'esercizio sono essenziali per la vigilanza sugli assicuratori. Per tale ragione, le modifiche del piano d'esercizio devono essere in ogni caso comunicate preventivamente all'autorità di vigilanza; per alcune vige inoltre l'obbligo di approvazione. L'articolo 8 LVAMal disciplina queste modifiche del piano d'esercizio. Tale articolo distingue tra obbligo di comunicazione e obbligo di approvazione. Tuttavia, anche in caso di modifica di un elemento soggetto solamente all'obbligo di comunicazione, l'autorità di vigilanza può esercitare una forma di diritto di veto, intervenendo entro otto settimane dalla comunicazione della modifica. Se l'autorità di vigilanza non avvia una verifica entro otto

settimane dalla comunicazione, le modifiche sono considerate autorizzate. Va rilevato in particolare che, al fine di tutelare i diritti degli assicurati, la nuova normativa prevede l'obbligo di approvazione anche per le modifiche delle condizioni di assicurazione o delle disposizioni sulle forme particolari di assicurazione (art. 8 cpv. 2 in combinato disposto con l'art. 7 cpv. 2 lett. n LVAMal).

#### *Capoverso 1*

L'articolo 7 capoverso 1 OVAMal stabilisce che le domande di modifica del raggio d'attività territoriale nonché le nuove disposizioni sulle forme particolari dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e sull'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera devono essere presentate all'autorità di vigilanza cinque mesi prima dell'inizio della loro validità. L'autorità di vigilanza può abbreviare tale termine. Ciò significa che gli assicuratori hanno più tempo a disposizione per presentare domande o nuove disposizioni.

#### *Capoverso 2*

Secondo l'articolo 6 capoverso 1 LVAMal, gli assicuratori possono delegare compiti a un'altra impresa del gruppo assicurativo, a una federazione di assicuratori o a terzi. L'articolo 6 capoverso 2 LVAMal prescrive che non possono essere delegati i compiti dirigenziali fondamentali, tra cui rientrano in particolare la direzione generale e il controllo da parte del consiglio di amministrazione. Anche l'emanazione di decisioni ai sensi dell'articolo 49 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) deve essere esercitata direttamente dall'assicuratore o dai suoi organi. Per quanto concerne la delega di compiti a una federazione, si pensi ad esempio ai compiti attualmente svolti da *santésuisse*, come la gestione di un registro del codice creditori o la verifica dell'economicità delle prestazioni. Secondo l'articolo 6 capoverso 3 LVAMal, gli assicuratori devono garantire che la vigilanza sui compiti delegati possa essere esercitata senza restrizioni. La delega di compiti da parte degli assicuratori (*outsourcing*) è diventata una pratica comune. Soprattutto in seno ai grandi gruppi vengono fondate a tale scopo società di servizi che si occupano principalmente di svolgere attività amministrative per le altre società. In linea di principio, l'articolo 6 LVAMal consente la delega di compiti, fatta eccezione per i casi menzionati. Secondo l'articolo 7 LVAMal gli assicuratori devono presentare la domanda di autorizzazione all'autorità di vigilanza. La domanda deve essere corredata del piano d'esercizio. Ai sensi dell'articolo 7 capoverso 2 lettera I, quest'ultimo deve contenere (se del caso) i contratti e altri accordi mediante i quali si intende delegare a terzi compiti essenziali dell'assicuratore. Dall'articolo 7 capoverso 2 lettera I LVAMal si evince pertanto che l'autorizzazione dell'autorità di vigilanza per contratti e altri accordi di delega è limitata ai compiti «essenziali» dell'assicuratore, nei quali non rientrano le attività amministrative ausiliarie.

Secondo l'articolo 7 capoverso 2 OVAMal, i contratti e gli altri accordi per delegare compiti essenziali (art. 6 LVAMal in combinato disposto con l'art. 7 cpv. 2 lett. I LVAMal), segnatamente l'esame delle prestazioni, la riscossione, la contabilità e l'amministrazione delle polizze, devono essere presentati all'autorità di vigilanza due mesi prima dell'inizio della loro validità. Gli esempi non sono esaustivi e trovano il proprio limite nelle disposizioni della LVAMal summenzionate (art. 6 e 7 LVAMal). Esempi classici di attività amministrative ausiliarie sono le attività di gestione delle necessità a livello aziendale, come ad esempio l'acquisto di graffette, di strumenti informatici e simili. In questi casi non è necessario presentare contratti e altri accordi all'autorità di vigilanza.

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

L'assicuratore che intende modificare la propria struttura giuridica o effettuare un trasferimento di patrimonio secondo la legge del 3 ottobre 2003 sulla fusione (RS 221.301) deve comunicarlo all'autorità di vigilanza secondo l'articolo 9 capoverso 1 LVAMal. Entro otto settimane dalla comunicazione, l'autorità di vigilanza può proibire o subordinare a condizioni una modifica che può pregiudicare, per il suo genere e la sua entità, l'assicuratore o gli interessi degli assicurati (art. 9 cpv. 2 LVAMal). Le fusioni e le scissioni non necessitano dell'autorizzazione dell'autorità di vigilanza in quanto gli interessi degli assicurati sono

meno a rischio; l'assicuratore infatti continua a esistere, sebbene con un'altra struttura. L'autorità di vigilanza ha tuttavia il diritto di partecipare alle decisioni, proibendo o subordinando a condizioni la fusione o la scissione in presenza delle motivazioni di cui al capoverso 2. L'autorità di vigilanza deve esporre le proprie riserve entro otto settimane dalla comunicazione da parte dell'assicuratore.

L'assicuratore che intende trasferire del tutto o in parte il proprio effettivo di assicurati a un altro assicuratore in virtù di un accordo contrattuale necessita di un'autorizzazione dell'autorità di vigilanza. Quest'ultima autorizza il trasferimento se gli interessi degli assicurati sono tutelati nel loro insieme (art. 9 cpv. 3 LVAMal). Secondo tale capoverso, infatti, il trasferimento totale o parziale dell'effettivo degli assicurati a un altro assicuratore richiede l'autorizzazione dell'autorità di vigilanza. Questa condizione è formulata a tutela degli assicurati. In particolare, gli assicurati devono essere informati in merito ai loro diritti e doveri nel contesto del trasferimento e la continuazione dell'assicurazione dei soggetti interessati deve essere garantita senza interruzioni. Con l'obbligo di autorizzazione l'autorità di vigilanza può verificare se l'assicuratore compie effettivamente tali azioni a tutela degli assicurati e può eventualmente richiamare la sua attenzione su questo aspetto.

#### *Capoverso 1*

L'articolo 8 capoverso 1 OVAMal stabilisce che la comunicazione ai sensi dell'articolo 9 capoverso 1 LVAMal deve di norma avvenire entro il 30 giugno. Il capoverso 1 prescrive altresì che la comunicazione e i relativi documenti debbano essere presentati all'autorità di vigilanza al più tardi entro il 30 agosto. I dettagli e i documenti necessari sono precisati nella circolare dell'autorità di vigilanza relativa a fusioni, scissioni, trasformazioni e trasferimenti di patrimonio nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie (circolare 2.1, non disponibile in italiano).

In analogia alle disposizioni vigenti secondo la circolare 2.1, il terzo periodo dell'articolo 8 capoverso 1 OVAMal stabilisce che le modifiche secondo l'articolo 9 capoverso 1 LVAMal hanno effetto a partire dal 1° gennaio. Dal momento che il periodo di assicurazione è di norma legato all'anno civile tramite limitazioni nella scelta di forme particolari di assicurazione (cfr. p. es. art. 94 OAMal; Adesione e uscita, cambiamento di franchigia) e anche le nuove tariffe dei premi hanno effetto a partire dall'inizio dell'anno civile, è opportuno limitare all'inizio dell'anno civile anche l'entrata in vigore dei processi previsti secondo la legge sulla fusione. Tuttavia l'articolo 8 capoverso 3 OVAMal stabilisce che in casi motivati l'autorità di vigilanza può autorizzare che le modifiche di cui all'articolo 8 capoverso 1 OVAMal abbiano effetto a partire da una data diversa dal 1° gennaio.

#### *Capoverso 2*

L'articolo 8 capoverso 2 OVAMal integra l'articolo 9 capoverso 3 LVAMal con un termine ordinario di quattro mesi. L'assicuratore che intende effettuare un trasferimento dell'effettivo degli assicurati secondo l'articolo 9 capoverso 3 LVAMal deve comunicarlo all'autorità di vigilanza almeno quattro mesi prima della data di trasferimento prevista secondo quanto prescritto dall'articolo 8 capoverso 2 OVAMal. L'autorità di vigilanza non è tenuta ad approvare un trasferimento dell'effettivo degli assicurati entro un termine più breve, se l'assicuratore ha presentato la relativa domanda. Se la domanda contiene un termine più breve, in casi motivati l'autorità di vigilanza può, nell'interesse degli assicurati e nel rispetto dei loro diritti, autorizzare il trasferimento in un termine più breve (art. 8 cpv. 3 OVAMal).

#### *Capoverso 3*

L'articolo 8 capoverso 3 lettera a OVAMal fa riferimento al termine di cui all'articolo 9 capoverso 2 LVAMal e ai termini di comunicazione di cui all'articolo 8 capoversi 1 e 2 OVAMal. Tale disposizione afferma che, in casi motivati, è possibile abbreviare il termine di cui all'articolo 9 capoverso 2 LVAMal e i termini di comunicazione degli assicuratori di cui all'articolo 8 capoversi 1 e 2 OVAMal, a condizione che ciò sia nell'interesse degli assicurati e che i loro diritti siano garantiti. Per le stesse ragioni l'autorità di vigilanza può autorizzare che le modifiche secondo l'articolo 9 capoverso 1 LVAMal (vale a dire le modifiche secondo l'articolo 8 capoverso 1 OVAMal) abbiano effetto a partire da una data diversa dal 1° gennaio.

## **Capitolo 3: Finanziamento dell'attività assicurativa**

### **Sezione 1: Riserve**

#### **Articolo 9 Riserve iniziali**

Secondo il diritto vigente le riserve minime di una cassa malati che domanda il riconoscimento devono ammontare almeno a 8 milioni di franchi (art. 12 cpv. 3 OAMal). Tale importo corrisponde al capitale minimo di cui deve disporre un'impresa di assicurazione (art. 7 lett. b OS) per esercitare l'assicurazione malattie secondo la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1). Le riserve e l'ammontare minimo delle riserve possono essere stabiliti secondo gli articoli 10-12 (test di solvibilità) se l'assicuratore possiede un effettivo.

La modifica rispetto alla normativa vigente riguarda solo il fatto che finora le norme erano valide solo per le casse malati, mentre il nuovo disciplinamento ne prevede l'applicabilità anche per le imprese di assicurazione private secondo l'articolo 3 LVAMal. Queste possono esercitare l'assicurazione sociale malattie e/o la riassicurazione dell'assicurazione sociale malattie. Dall'entrata in vigore della LAMal, tuttavia, nessuna impresa di assicurazione privata ha offerto l'assicurazione sociale malattie. Se le imprese di assicurazione private si limitano alla riassicurazione dell'assicurazione sociale malattie, il presente articolo non si applica e le loro riserve sono definite secondo la LSA.

#### **Articolo 10 Calcolo delle riserve**

Secondo il diritto vigente gli assicuratori sono tenuti a costituire riserve sufficienti per sopperire ai costi delle malattie già insorte e garantire la solvibilità a lungo termine (art. 60 cpv. 1 LAMal). Anche la LVAMal obbliga gli assicuratori a costituire riserve sufficienti per garantire la solvibilità nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie (art. 14 cpv. 1 LVAMal). Per le casse malati che gestiscono sia l'assicurazione sociale malattie sia le assicurazioni complementari nell'ambito della medesima unità giuridica, la FINMA deve verificare che le riserve ai sensi della LCA siano sufficienti a coprire i rischi nel settore delle assicurazioni complementari. Anche per le prestazioni di breve durata secondo la LAINF, assicurate da alcune casse malati, devono essere accantonate riserve specifiche. Vi è così la garanzia che l'insieme delle riserve copra i rischi di tutti gli ambiti di attività. Eventuali effetti di diversificazione non sono presi in considerazione.

Nel diritto vigente le riserve sono disciplinate agli articoli 78-78c OAMal. Dal momento che sono in vigore dal 1° gennaio 2012 e finora hanno dato prova di efficacia, tali disposizioni sono riprese nell'OVAMal senza modifiche sostanziali.

Nel testo tedesco il titolo «Bestimmung der Reserven» (art. 78 OAMal vigente) è sostituito da «Ermittlung der Reserven» allo scopo di utilizzare lo stesso termine presente nel titolo «Häufigkeit und Zeitpunkt der Reserven» (art. 78b OAMal vigente, nuovo articolo 11).

I *capoversi 1, 2 e 5* sono modificati a livello linguistico. Al *capoverso 2* si aggiunge inoltre che, se non è disponibile un valore di mercato, come valore conforme al mercato degli attivi vale il valore di mercato di attivi equivalenti o un valore determinato mediante un metodo riconosciuto dalla matematica finanziaria.

Il *capoverso 4* è ripreso senza modifiche.

Il *capoverso 3* è integrato dall'affermazione secondo cui il valore degli impegni deve essere stimato con la massima precisione possibile *mediante metodi attuariali riconosciuti*.

#### **Articolo 11 Ammontare minimo delle riserve**

I *capoversi 1 e 2* sono ripresi senza modifiche dall'articolo 78a OAMal.

Il *capoverso 3* conferisce al DFI la competenza di stabilire come si deve tenere conto dei contratti di riassicurazione nel modello.

## **Articolo 12 Frequenza e momento della determinazione**

I capoversi 1 e 2 sono ripresi dall'articolo 78b OAMal. Il contenuto del capoverso 3 corrisponde a quello del capoverso 3 dell'articolo menzionato, ma è semplificato a livello linguistico.

## **Articolo 13 Rapporto**

I *capoversi 1-3* sono ripresi dall'articolo 78c OAMal con lievi modifiche a livello linguistico.

## **Sezione 3: Accantonamenti tecnici**

### **Articolo 14**

Secondo il diritto vigente, nel loro bilancio gli assicuratori devono esporre separatamente gli accantonamenti e le riserve per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 60 cpv. 2 LAMal). In virtù di questa disposizione, il Consiglio federale obbliga ogni assicuratore a costituire accantonamenti per casi di assicurazione non liquidati, concernenti l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera. Inoltre gli assicuratori devono rettificare nel conto d'esercizio corrente gli accantonamenti esposti a bilancio se non corrispondono ai bisogni effettivi calcolati secondo i costi dell'anno precedente (art. 83 cpv. 1 e 2 OAMal).

Secondo il nuovo disciplinamento gli assicuratori sono esplicitamente tenuti a costituire accantonamenti tecnici adeguati. Questi comprendono

- gli accantonamenti destinati a coprire i costi di cure già effettuate ma non ancora fatturate,
- gli accantonamenti per i casi di assicurazione non ancora fatturati nell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera e,
- se i premi sono graduati secondo l'età di entrata, gli accantonamenti di senescenza dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera (art. 13 cpv. 1 e 2 LVAMal).

Il *capoverso 1* obbliga l'assicuratore a costituire i propri accantonamenti tecnici, che di norma rappresentano la voce di maggiore portata nei passivi, mediante metodi attuariali riconosciuti. A tale scopo l'assicuratore non può tenere conto di eventuali pretese nei confronti di un riassicuratore. Ciò significa che una riassicurazione (passiva) non consente di ridurre gli accantonamenti. Gli accantonamenti tecnici corrisponderanno a tutti i rischi assunti. Essi comprendono segnatamente gli accantonamenti destinati a coprire i costi di cure già effettuate ma non ancora fatturate (art. 13 cpv. 2 LVAMal). Se la quota di riassicurazione fosse dedotta dal totale, gli accantonamenti tecnici non sarebbero più completi e non comprenderebbero più tutte le cure già effettuate ma non ancora fatturate. Pertanto non sarebbe più chiaro a quanto ammontano gli accantonamenti effettivamente necessari.

Il *capoverso 2* obbliga l'assicuratore a sciogliere gli accantonamenti tecnici non più necessari. L'assicuratore può graduare i premi secondo l'età di entrata (art. 76 cpv. 3 LAMal) e costituire accantonamenti di senescenza. Se le disdette superano nettamente le aspettative, possono pertanto generarsi accantonamenti non più necessari.

Il *capoverso 3* fa riferimento all'articolo 54 capoverso 3 dell'ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (OS; RS 961.011), che obbliga l'assicuratore a indicare nel piano d'esercizio le condizioni per la costituzione e lo scioglimento delle riserve tecniche.

L'articolo 7 capoverso 2 lettera f LVAMal obbliga l'assicuratore a corredare la domanda di autorizzazione del piano d'esercizio contenente indicazioni sulla dotazione finanziaria dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal. Il termine «dotazione finanziaria» fa riferimento in particolare ad accantonamenti e riserve. In virtù di questa base legale all'assicuratore è imposto un obbligo corrispondente all'articolo 54 capoverso 3 OS.

L'assicuratore è altresì tenuto a documentare i presupposti su cui si fonda, in particolare le basi di calcolo e i metodi di accantonamento. Le indicazioni relative alle basi di calcolo utilizzate sono necessarie soprattutto per il calcolo degli accantonamenti collettivi di senescenza dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera, fissati secondo l'età di entrata.

Sulla base delle prescrizioni contabili secondo Swiss GAAP RPC 41, gli accantonamenti tecnici devono servire esclusivamente a coprire le pretese derivanti dai contratti di assicurazione. Si tratta di una stima di tutti i pagamenti e i costi futuri ancora dovuti entro il giorno di riferimento sulla base delle informazioni disponibili al momento della stima. La stima è considerata appropriata se tali valori corrispondono agli obblighi effettivamente attesi, vale a dire che nella media di vari anni non fanno registrare risultati né positivi né negativi.

Il *capoverso 4*, riferendosi all'articolo 54 capoverso 4 OS, conferisce al DFI la competenza di stabilire come devono essere costituiti e sciolti gli accantonamenti. Va tuttavia notato che l'OS dà alla FINMA la facoltà di disciplinare i *dettagli* concernenti genere e modalità delle riserve tecniche, mentre il DFI dovrebbe limitarsi a definire i *principi* con cui queste vanno costituite e sciolte.

#### **Sezione 4: Patrimonio vincolato**

Secondo il diritto vigente l'istituzione comune assume i costi delle prestazioni legali in vece degli assicuratori insolubili (art. 18 cpv. 2 LAMal). A tutela dell'istituzione comune, la nuova legge prevede che le pretese derivanti da rapporti di assicurazione e da contratti di riassicurazione siano garantite mediante un patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie (art. 15 cpv. 1 LVAMal).

Dal momento che la LSA obbliga l'assicuratore a costituire un patrimonio vincolato destinato a garantire le pretese derivanti dai contratti d'assicurazione secondo la LCA (art. 17 LSA), possono essere utilizzate le disposizioni d'esecuzione a tale proposito contenute nell'OS (Capitolo 2: art. 70-95 OS).

#### **Articolo 15 Termine per la determinazione dell'importo legale**

Questo articolo corrisponde in gran parte all'articolo 71 OS, con la differenza che gli assicuratori costituiscono *un solo* patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie.

Il *capoverso 1* obbliga l'assicuratore a calcolare l'importo legale al momento della chiusura dei conti.

Il *capoverso 2* dà all'autorità di vigilanza la possibilità di ammettere che l'assicuratore calcoli l'importo legale in un momento diverso da quello della chiusura dei conti.

Il *capoverso 3* consente all'autorità di vigilanza di esigere, in casi motivati, un ricalcolo o una stima dell'importo legale.

#### **Articolo 16 Obbligo di comunicazione**

L'articolo 72 capoverso 1 OS prevede che entro tre mesi dalla chiusura dei conti l'impresa di assicurazione comunichi alla società di audit l'importo legale calcolato per la fine dell'anno contabile separatamente per ciascun patrimonio vincolato, unitamente al registro dei valori di copertura. Entro quattro mesi dalla chiusura dei conti l'impresa di assicurazione presenta un rapporto alla FINMA.

Con riferimento a questa disposizione, l'assicuratore è tenuto a fornire all'autorità di vigilanza l'importo legale calcolato per la fine dell'esercizio nonché il registro degli elementi di copertura entro il 31 marzo dell'anno successivo.

## Articolo 17 Copertura

Il *capoverso 1* fa riferimento all'articolo 74 capoverso 1 OS, che prescrive che l'importo legale deve essere coperto in qualsiasi momento dagli attivi. La valutazione si basa sulle disposizioni di Swiss GAAP RPC.

Il *capoverso 2* fa riferimento all'articolo 74 capoverso 2 OS, secondo cui l'impresa di assicurazione deve integrare senza indugio il patrimonio vincolato se accerta una copertura insufficiente. L'assicuratore è altresì tenuto a comunicare l'insufficienza della copertura all'autorità di vigilanza. Quest'ultima può, con riferimento all'OS, concedere in casi particolari un termine per l'integrazione.

Il *capoverso 3* fa riferimento all'articolo 84 capoverso 2 OS, secondo cui gli elementi del patrimonio vincolato non devono essere gravati e i debiti dell'impresa di assicurazione non possono essere compensati con i crediti appartenenti al patrimonio vincolato. Come nell'OS è fatto salvo l'articolo relativo agli strumenti finanziari derivati.

Le disposizioni attualmente in vigore non ammettono i collocamenti per l'intero patrimonio dell'assicuratore conformemente all'articolo 80 OAMal sui quali il debitore ha un diritto di pegno, di ritenzione, di compensazione o un diritto comparabile (art. 80d cpv. 2 OAMal). Nel nuovo disciplinamento tali limitazioni valgono solo per gli elementi attribuiti al patrimonio vincolato. Questi devono essere in ogni momento a disposizione, non gravati, a copertura delle pretese degli assicurati, e i creditori non dovrebbero compensare i propri crediti con tali elementi.

## Articolo 18 Costituzione

I *capoversi 1-3* corrispondono, con alcune modifiche a livello linguistico, all'articolo 76 OS.

Il capoverso 4 consente all'autorità di vigilanza di ammettere, su domanda dell'assicuratore, totalmente o parzialmente le pretese derivanti dai contratti di riassicurazione alla costituzione del patrimonio vincolato. In tale contesto terrà conto della possibile perdita del riassicuratore. Questo capoverso si rifà all'articolo 68 capoverso 2 OS, secondo cui le riserve tecniche sono costituite senza tenere conto della riassicurazione. Su domanda, la FINMA può ammettere totalmente o parzialmente le quote riassicurate delle riserve tecniche alla costituzione del patrimonio vincolato.

L'articolo 15 capoverso 1 LVAMal obbliga gli assicuratori a garantire le pretese derivanti da rapporti di assicurazione e da contratti di riassicurazione mediante un patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie.

In virtù di questa disposizione, per quanto concerne l'ammissione delle pretese derivanti dai contratti di riassicurazione, si presuppone che il riassicuratore garantisca tale pretesa con il proprio patrimonio vincolato. Le casse malati e gli assicuratori privati che esercitano l'assicurazione contro i danni e la riassicurazione devono disporre di un patrimonio vincolato (art. 15 LVAMal e art. 17 LSA). Gli assicuratori privati che esercitano esclusivamente la riassicurazione non devono invece prevedere un patrimonio vincolato (art. 35 LSA). Pertanto le pretese nei loro confronti non possono essere ammesse per la costituzione del patrimonio vincolato.

Il fatto che il riassicuratore garantisca la pretesa con il proprio patrimonio vincolato assicura il rispetto dell'articolo 15 capoverso 1 LVAMal. Infatti, se una parte degli accantonamenti non fosse più garantita con un patrimonio vincolato perché ripresa da un riassicuratore e quest'ultimo non disponesse di un patrimonio vincolato, come nel caso degli assicuratori privati che esercitano esclusivamente la riassicurazione, questa parte non sarebbe coperta da un patrimonio vincolato. Tutti gli accantonamenti saranno coperti in caso di fallimento da un patrimonio vincolato, sia esso quello dell'assicuratore o quello del riassicuratore.

L'importo legale del patrimonio vincolato non è ridotto dall'ammissione delle pretese derivanti dai contratti di assicurazione. Come attualmente prescritto dall'articolo 15 capoverso 2 LVAMal, tale importo deve corrispondere all'insieme degli accantonamenti. Questi non devono tuttavia essere completi, ma

possono anche essere coperti solo in misura ridotta da elementi patrimoniali, in quanto in parte coperti dal riassicuratore con il proprio patrimonio vincolato.

Il *capoverso 5* obbliga gli assicuratori che offrono sia l'assicurazione sociale malattie sia assicurazioni secondo la LCA e devono quindi disporre di due patrimoni vincolati a definire come tale il patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie. Ciò dovrebbe consentire di distinguere senza esitazione questi patrimoni separati nella loro contabilità e presso la propria banca. Oggi molti assicuratori sono organizzati in gruppi, in seno ai quali l'assicurazione sociale malattie e le assicurazioni secondo la LCA sono offerte da persone giuridiche diverse. In questi casi i patrimoni vincolati sono comunque attribuiti alla relativa persona giuridica.

## **Articolo 19 Collocamenti adeguati**

Il *capoverso 1* elenca i collocamenti considerati adeguati alla costituzione del patrimonio vincolato. L'elenco si basa sui collocamenti ammessi nel diritto vigente.

Le lettere a-d riprendono i collocamenti ammessi (art. 80d OAMal).

La *lettera a* è modificata a livello linguistico e stabilisce inoltre che rientrano in questa categoria solo i depositi a termine e altri collocamenti sul mercato monetario con scadenza fino a 12 mesi. La Posta non deve più essere menzionata separatamente, in quanto dal 2013 Postfinance SA dispone di un'autorizzazione di operare come banca e gli averi postali valgono quindi come averi bancari.

Le *lettere b e c* corrispondono alle lettere b e c dell'articolo 80d capoverso 1 OAMal.

La *lettera d* ammette, analogamente alla lettera d dell'articolo 80d, i collocamenti in immobili. Mentre finora la concessione di crediti ipotecari rappresentava un'eccezione, il nuovo articolo 46 capoverso 2 definisce i crediti ipotecari come rischiosi. L'eccezione sinora applicata dovrà essere pertanto mantenuta.

La *lettera e numeri 1-3* disciplinano i collocamenti collettivi, sinora regolati all'articolo 80g capoversi 1 e 2 OAMal.

La *lettera f* disciplina gli strumenti finanziari derivati, sinora regolati all'articolo 80h OAMal. I numeri 1-3 riprendono senza modifiche le *lettere a-c* del capoverso 1.

Il nuovo numero 4 prescrive inoltre che siano coperti tutti gli impegni degli assicuratori derivanti da tali strumenti o che possono risultare dall'esercizio del diritto di conversione di tali strumenti nell'investimento di base. In tale contesto sono determinanti gli impegni che potrebbero emergere nel caso estremo. Ciò significa che un assicuratore che detiene uno strumento finanziario derivato che lo obbliga alla vendita di titoli o divise, deve già avere in deposito una quantità di titoli o divise pari alla quantità massima che deve essere venduta. Se il derivato obbliga a un acquisto, l'assicuratore deve disporre delle relative liquidità.

Il *capoverso 2* dichiara inadeguati alla costituzione del patrimonio vincolato gli altri collocamenti, segnatamente i collocamenti in istituzioni che servono all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie. Ciò in ragione del fatto che tali collocamenti non sono di norma trattati su un mercato aperto al pubblico e non possono pertanto essere venduti a breve termine a un prezzo adeguato. Sinora queste istituzioni non sono state definite in modo più dettagliato. In linea di principio l'UFSP ammette collocamenti in istituzioni che forniscono prestazioni secondo la LAMal (in particolare in studi medici, HMO e ospedali), ma ha approvato anche collocamenti in aziende informatiche che sviluppano software particolari per l'assicurazione malattie o sistemi per lo scambio elettronico dei dati tra assicuratori e fornitori di prestazioni o Cantoni, come collocamenti in istituti che servono all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie. L'assicuratore ha la possibilità di confutare la supposizione di inadeguatezza di un determinato collocamento.

*Capoverso 3*: gli assicuratori devono, a cadenza annuale o su domanda, dimostrare all'autorità di vigilanza che le pretese derivanti da rapporti di assicurazione e da contratti di riassicurazione siano garantite mediante un patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie (art. 15 cpv. 1 LVAMal). Ciò consente all'autorità di vigilanza di verificare se gli elementi assegnati al patrimonio vincolato rappresentino una prova adeguata. In caso contrario, l'autorità di vigilanza dovrà esigere dall'assicuratore il

ripristino della situazione legale (art. 34 cpv. 2 LVAMal). Diversamente dall'articolo 20 LSA, l'articolo 15 LVAMal non consente al Consiglio federale di demandare all'autorità di vigilanza la competenza di disciplinare l'autorizzazione degli elementi. L'autorità di vigilanza ha facoltà di giudicare la prova secondo cui gli elementi del patrimonio vincolato coprirebbero gli impegni, ma non può decidere in merito ai singoli elementi. Ciò significa in particolare che l'autorità di vigilanza non può opporsi all'assegnazione di elementi inadeguati se i restanti elementi del patrimonio vincolato superano il valore necessario a coprire gli impegni.

## **Articolo 20 Limiti**

Secondo il diritto vigente l'assicuratore può collocare in singole categorie solo una determinata quota massima del proprio patrimonio. I collocamenti ad esempio in azioni e titoli simili nonché in immobili sono limitati per ciascuna categoria al 25 per cento del patrimonio definito secondo l'articolo 80 OAMal. Inoltre l'assicuratore può collocare in valute estere al massimo il 20 per cento del proprio patrimonio. L'assicuratore può superare questi limiti a condizione che i collocamenti siano effettivamente coperti da strumenti finanziari derivati. I limiti menzionati valgono in linea di principio anche per i collocamenti collettivi (art. 80e-80g OAMal).

Nel nuovo disciplinamento i collocamenti che superano determinati limiti sono considerati inadeguati per il patrimonio vincolato. In tale contesto è preso in considerazione l'intero importo legale del patrimonio vincolato (100 %). Il rilevamento esauriente a livello quantitativo e qualitativo dell'insieme dei rischi previsto dalla LVAMal rende superflue le rigide limitazioni sinora in vigore, che comprendono i collocamenti di capitale ad eccezione della liquidità operativa. I limiti attuali, che devono essere rispettati in ogni momento, possono risultare svantaggiosi per l'assicuratore a seconda della situazione del mercato. In presenza di una variazione dei valori di mercato tali limiti possono pertanto costringere a una vendita immediata dei collocamenti di capitale al fine di rispettare le disposizioni. Nel nuovo disciplinamento i limiti dei collocamenti di capitale si riferiranno solamente al patrimonio vincolato. Gli assicuratori avranno così la possibilità, tenendo conto dei principi di gestione dei rischi riguardanti i collocamenti di capitale, come sicurezza, sostenibilità, ripartizione del rischio o liquidità, di procedere a una redistribuzione tra patrimonio vincolato e riserve.

I limiti previsti al *capoverso 1* corrispondono a quelli stabiliti agli articoli 80e capoversi 2-4 e 80f OAMal. Essi sembrano adeguati anche in riferimento al patrimonio vincolato. Dal momento che i collocamenti in istituzioni che servono all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie sono considerati inadeguati per il patrimonio vincolato (cfr. art. 19 cpv. 2), la loro limitazione in questa sezione risulta superflua. Il limite attualmente in vigore (art. 80e cpv. 5 OAMal) è tuttavia ripreso nell'articolo 46 capoverso 3. Il capoverso 2 stabilisce che, come finora, il limite per i debitori non vale per i collocamenti nei confronti della Confederazione, dei Cantoni e degli istituti svizzeri di emissione di obbligazioni fondiarie. Anche senza menzione esplicita, i limiti valgono in senso cumulativo e in ogni momento. Come previsto dagli attuali articoli 80e capoverso 6 e 80f OAMal, i limiti possono essere superati nel caso di collocamenti coperti effettivamente da strumenti finanziari derivati. Inoltre l'assicuratore ha la possibilità di confutare la supposizione di inadeguatezza di un determinato collocamento che supera il limite indicato.

Il *capoverso 3* conferisce al DFI la facoltà di emanare direttive sul calcolo dei limiti.

## **Articolo 21 Limiti per i collocamenti collettivi**

I collocamenti collettivi che superano determinati limiti sono considerati inadeguati per il patrimonio vincolato. I limiti sono ripresi dall'attuale articolo 80g capoversi 3 e 4 OAMal. Anche in questo caso l'assicuratore ha la possibilità di confutare la supposizione di inadeguatezza di collocamenti collettivi che superano i limiti indicati.

## **Articolo 22 Custodia degli elementi**

Questo articolo si rifà agli articoli 86 e 87 OS.

Il *capoverso 1* obbliga l'assicuratore a consegnare a terzi gli elementi patrimoniali mobili attribuiti al patrimonio vincolato. Per ragioni di sicurezza la custodia in proprio, oggi comunque poco frequente, non è ammessa.

Il *capoverso 2* riprende l'articolo 87 capoverso 1 OS, secondo cui l'assicuratore comunica all'autorità di vigilanza il luogo di custodia, il depositario e il genere di custodia nonché le relative modifiche.

I *capoversi 3 e 5* corrispondono in gran parte all'articolo 86 capoversi 3 e 4 OS.

Il *capoverso 4* obbliga l'assicuratore a prevedere nel contratto di custodia che il depositario risponda verso l'assicuratore per l'adempimento degli obblighi di custodia.

## **Articolo 23 Verifica da parte dell'autorità di vigilanza**

Questo articolo si rifà all'articolo 85 OS.

Il *capoverso 1* obbliga l'autorità di vigilanza a effettuare verifiche almeno una volta l'anno.

Il *capoverso 3* consente all'autorità di tenere conto nella sua verifica dei risultati di una verifica effettuata da organismi interni dell'assicuratore o dall'ufficio di revisione esterno (cfr. art. 53 cpv. 1) nonché del registro tenuto dal depositario (cfr. art. 22).

I costi possono essere addebitati all'impresa sottoposta a vigilanza se al momento del controllo sono constatate irregolarità o atti illeciti (cfr. art. 34 cpv. 4 LVAMal).

## **Articolo 24 Utilizzo del ricavato del patrimonio vincolato**

Questo articolo riprende l'articolo 54a capoverso 2 LSA, secondo cui il ricavato della realizzazione del patrimonio vincolato serve in primo luogo a coprire i crediti derivanti dai contratti d'assicurazione garantiti. Oltre alle pretese derivanti dai contratti d'assicurazione, in questo caso sono coperte anche le pretese derivanti dai contratti di riassicurazione. Nella procedura di fallimento queste pretese sono considerate equivalenti. Diversamente da quanto previsto nella LSA, un'eventuale eccedenza non è versata alla massa fallimentare, ma copre i costi amministrativi legati al soddisfacimento di tali pretese. Peter Ch. Hsu e Eric Stupp (*Basler Kommentar zum Versicherungsaufsichtsgesetz*, Basilea 2013) affermano che gli assicurati hanno un privilegio sul ricavato della realizzazione del patrimonio vincolato. Secondo gli autori, il patrimonio vincolato è un patrimonio separato che non viene reso giuridicamente indipendente e che, in caso di fallimento, serve in primo luogo come substrato di responsabilità per soddisfare le pretese degli assicurati. In qualità di patrimonio separato, il patrimonio vincolato costituisce una massa fallimentare separata che deve anche essere inventariata separatamente. I crediti degli assicurati derivanti dai contratti di assicurazione sarebbero coperti in via prioritaria con il ricavato della realizzazione. A questi crediti si applica il principio della parità di trattamento, ragione per cui tutti sarebbero ridotti in proporzione in caso di sottocopertura. In caso di realizzazione del restante patrimonio, la parte scoperta dei crediti andrà trattata come normale credito di terza classe secondo l'articolo 219 capoverso 4 LEF (n. marginali 9, 10, 17 e 20 dell'art. 54a).

La presente disposizione deve esercitare i propri effetti di conseguenza. Coprendo spese amministrative legate alla concessione delle prestazioni, il fondo per i casi d'insolvenza, che deve coprire queste spese secondo l'articolo 51 capoverso 1 lettera d LVAMal, sarà sgravato.

## **Sezione 4: Premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie**

### **Articolo 25 Ammontare dei premi**

#### *Capoverso 1*

Il diritto vigente prevede che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia finanziata secondo il sistema della ripartizione delle spese (art. 60 cpv. 1 LAMal). Questo principio non è precisato nel dettaglio a livello di ordinanza. Secondo la nuova legge gli assicuratori saranno tenuti a finanziare l'assicurazione sociale malattie secondo il sistema di copertura dei bisogni (art. 12 LVAMal). Il messaggio del 15 febbraio 2012 concernente la legge federale sulla vigilanza sull'assicurazione sociale malattie (FF 2012 1623) afferma che i bisogni comprendono tutte le spese legate all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie. 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. La LVAMal introduce pertanto un nuovo termine senza tuttavia modificare la procedura di finanziamento.

Al momento della verifica delle tariffe dei premi, l'autorità di vigilanza controlla se le entrate stimate per l'esercizio in questione coprono le uscite stimate. Secondo gli articoli 26 e 30-33 OVAMal l'assicuratore può ridurre le sue riserve quando queste rischiano di diventare eccessive o compensare i premi incassati in eccesso. Nella stima delle entrate l'autorità di vigilanza tiene conto di questi importi di compensazione versati a favore degli assicurati. Ciò significa che questi importi di compensazione sono compresi nella stima delle entrate dell'assicuratore.

#### *Capoverso 2*

Le spese dell'assicuratore comprendono i rimborsi delle prestazioni, le tasse di rischio, gli importi di compensazione, i mezzi necessari per la costituzione di accantonamenti e riserve nonché le spese amministrative. L'assicuratore può dedurre una parte dei redditi da capitale.

#### *Capoverso 3*

Secondo l'articolo 61 capoverso 4 LAMal i premi per gli assicurati residenti in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia sono calcolati in funzione dello Stato di residenza. In molti casi, tuttavia, gli assicuratori non hanno nei singoli Paesi un effettivo di assicurati sufficiente a calcolare i premi. Per tale ragione, gli assicurati di un assicuratore negli Stati dell'Unione europea, in Islanda e Norvegia sono considerati come un effettivo unico. L'assicuratore dispone così di un effettivo sufficiente per calcolare i premi. Calcola un premio medio e fissa poi i premi per i diversi Stati in funzione dei loro costi. Ai fini della copertura dei costi può detrarre anche una parte dei redditi da capitale secondo il capoverso 4.

#### *Capoverso 4*

L'assicuratore può detrarre i redditi da capitale che non superano la percentuale da lui conseguita in media negli ultimi dieci anni. L'assicuratore che esercita l'assicurazione sociale malattie da meno di dieci anni considera il numero di anni massimo, vale a dire gli anni nei quali è stato attivo in questo ambito. L'autorità di vigilanza sarà così in grado di valutare l'evoluzione dei redditi da capitale dell'assicuratore. Essa terrà conto anche di eventi straordinari, come ad esempio una crisi finanziaria.

I redditi da capitale valgono per l'insieme dell'attività territoriale dell'assicuratore. L'assicuratore deve tuttavia distribuire le quote sui singoli Cantoni o sui singoli Stati (per gli assicurati UE). A tale scopo si basa sulle entrate dei premi stimate per ciascun Cantone (per ciascuno Stato per i relativi assicurati).

#### *Capoverso 5*

Le riserve di un assicuratore sono eccessive quando superano l'ammontare minimo necessario a garantire la solvibilità a lungo termine. In tale contesto si rinuncia a definire una percentuale fissa applicabile a tutti gli assicuratori. Al fine di valutare se le riserve di un assicuratore sono eccessive, l'autorità di

vigilanza si basa sugli elementi del piano d'esercizio nonché sulla stima delle riserve alla fine dell'anno in corso e dell'ammontare minimo delle riserve per l'anno civile successivo.

## **Articolo 26 Riduzione volontaria delle riserve eccessive**

### *Capoversi 1 e 2*

L'OVAMal prevede una riduzione volontaria delle riserve. L'assicuratore può ridurre le proprie riserve se queste rischiano di diventare eccessive ai sensi dell'articolo 25 capoverso 5. Egli elabora un piano di riduzione, che è parte integrante della tariffa dei premi, e lo presenta per approvazione all'autorità di vigilanza congiuntamente alla tariffa dei premi. La riduzione avviene nell'arco di uno o più anni. L'autorità di vigilanza deve garantire che gli assicuratori dispongano in ogni momento delle riserve necessarie a soddisfare i loro obblighi finanziari (art. 5 lett. d LVAMal). Se l'assicuratore ha previsto di ridurre le proprie riserve nell'arco di più anni, l'autorità di vigilanza verifica annualmente se la sua situazione finanziaria consente un'ulteriore riduzione. In caso contrario, l'autorità di vigilanza lo fa presente senza indugio all'assicuratore. Se del caso, l'assicuratore dovrà sospendere la riduzione delle riserve.

### *Capoverso 3*

L'assicuratore presenta per approvazione all'autorità di vigilanza tutti i documenti relativi alla riduzione delle riserve e in particolare tutti i documenti utili come base di calcolo per l'importo di compensazione congiuntamente alla tariffa dei premi.

Le riserve servono a garantire la solvibilità dell'assicuratore (art. 14 cpv. 1 LVAMal) e valgono dunque per tutto il suo raggio di attività. Affinché gli assicurati nei singoli Cantoni possano beneficiare della riduzione, l'assicuratore deve definire una chiave di ripartizione adeguata secondo le disposizioni legali. La parità di trattamento (art. 5 lettera f LVAMal) è così garantita e l'assicuratore non può così utilizzare la riduzione delle riserve per favorire singole categorie di assicurati come ad esempio quelle con franchigie più elevate o con forme particolari d'assicurazione. Se ritiene che la chiave di ripartizione proposta dall'assicuratore non sia conforme alle disposizioni legali, l'autorità di vigilanza può rifiutarsi di approvare la tariffa dei premi dell'assicuratore.

### *Capoverso 4*

L'assicuratore deduce l'importo di compensazione dal premio approvato dall'autorità di vigilanza. Per garantire la trasparenza e consentire agli assicurati di distinguere chiaramente la compensazione dal premio, l'assicuratore segnala l'importo di compensazione separatamente nella fattura.

## **Articolo 27 Approvazione delle tariffe dei premi**

### *Capoverso 1*

Questa disposizione riprende il diritto vigente (art. 92 cpv. 1 OAMal). Come finora, le tariffe dei premi devono essere presentate cinque mesi prima della loro applicazione. L'esperienza dimostra che questo termine è necessario affinché l'autorità di vigilanza possa svolgere il proprio compito di verifica prima che i nuovi premi siano comunicati agli assicurati almeno due mesi prima della loro applicabilità (art. 7 cpv. 2 LAMal).

### *Capoverso 2*

Il diritto vigente (art. 92 cpv. 2 OAMal) stabilisce quali documenti devono essere allegati dall'assicuratore alle tariffe dei premi. Se lo ritiene necessario, l'autorità di vigilanza può tuttavia esigere altri documenti. Con l'articolo 27 capoverso 2 OVAMal, l'autorità di vigilanza ottiene pertanto la competenza di fissare in un'istruzione quali documenti e informazioni devono essere allegati alle tariffe dei premi.

### *Capoverso 3*

I Cantoni possono esigere dagli assicuratori o dall'autorità di vigilanza le informazioni necessarie a esporre il loro parere in merito ai costi stimati per il loro territorio (art. 16 cpv. 6 LVAMal). L'autorità di vigilanza fornirà questi dati solo su loro richiesta. L'autorità di vigilanza fissa un termine per tale parere

tenendo conto del tempo ad essa necessario per la verifica nonché del termine di due mesi che deve intercorrere tra la comunicazione dei nuovi premi agli assicurati e la loro applicabilità (art. 7 cpv. 2 LAMal).

#### *Capoverso 4*

Questa disposizione concretizza la prassi attuale secondo cui i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono in linea di principio approvati per un anno. È tuttavia possibile che al momento di verificare i premi di un assicuratore l'autorità di vigilanza sia in dubbio e non consideri sufficientemente probanti i documenti presentati. In determinate situazioni, però, la mancata approvazione può rappresentare una misura troppo radicale in quanto le cifre definitive che l'assicuratore presenta all'autorità di vigilanza all'inizio dell'anno seguente possono fugare i dubbi di quest'ultima. Per tale ragione l'autorità di vigilanza può approvare i premi anche per una durata inferiore a un anno. Una volta in possesso di documenti e informazioni che le permettono di verificare i propri dubbi, l'autorità di vigilanza potrà confermare i premi approvati per una durata inferiore a un anno oppure ordinare una misura di risanamento come l'aumento dei premi.

Per gli assicurati la durata di validità dei premi è un criterio determinante nella scelta dell'assicuratore. Per tale ragione, in futuro, gli assicuratori dovranno informare gli assicurati, unitamente alla comunicazione dei premi, se questi ultimi non sono approvati per un intero anno.

### **Articolo 28 Pubblicazione dei premi**

Al fine di garantire agli assicurati un'informazione completa che permetta loro di scegliere un assicuratore e un modello di assicurazione con piena cognizione di causa, gli assicuratori che decidono di pubblicare la tariffa dei premi approvata devono pubblicare tutti i modelli di assicurazione, le franchigie e i premi offerti. Ciò garantisce agli assicurati l'accesso a tutti i premi applicabili ed evita che vengano attirati solo assicurati perlopiù sani che desiderano una franchigia alta. Gli assicurati che decidono per una franchigia bassa possono così consultare anche i premi dei modelli ai quali sono interessati. Le informazioni possono essere pubblicate sulla pagina Internet o in un'altra forma accessibile agli assicurati.

### **Sezione 5: Premi dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera**

#### **Articolo 29**

Le disposizioni relative ai premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si applicano per analogia ai premi dell'assicurazione d'indennità giornaliera. Fa eccezione l'articolo 27 capoverso 3, in quanto gli assicuratori possono in gran parte stabilire liberamente l'ammontare dell'indennità giornaliera concessa. Diversamente dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, per la quale i Cantoni approvano le convenzioni tariffali (art. 46 cpv. 4 LAMal) o in alcuni casi addirittura stabiliscono le tariffe (art. 47 cpv. 1 LAMal), in questo ambito non è prevista la possibilità di un intervento diretto dei Cantoni. I Cantoni non possono quindi esprimere il proprio parere in merito ai costi dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera nel loro territorio.

### **Sezione 6: Compensazione dei premi incassati in eccesso**

#### **Articolo 30 Costi cumulati**

I costi cumulati di un assicuratore corrispondono al totale dei suoi costi in un anno.

## **Articolo 31 Valutazione della situazione economica dell'assicuratore**

Prima di approvare una restituzione dei premi incassati in eccesso nei Cantoni, l'autorità di sorveglianza si assicura che dopo la compensazione l'assicuratore disponga ancora dei mezzi necessari a soddisfare i propri obblighi finanziari (remunerazione delle prestazioni). Dopo la compensazione, le riserve dell'assicuratore devono essere superiori al 150 per cento dell'ammontare minimo di cui all'articolo 11 capoverso 1. L'assicuratore dovrà darne prova secondo l'articolo 12 capoverso 3.

## **Articolo 32 Procedura**

Conformemente all'articolo 17 capoverso 1 LVAMal, la domanda di approvazione della compensazione deve essere presentata entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello per cui viene richiesta la restituzione dei premi. L'autorità di vigilanza approva la restituzione nel quadro della procedura ordinaria di approvazione dei premi, vale a dire tra la fine di settembre e l'inizio di ottobre. Il rimborso deve avvenire entro il 31 dicembre dell'anno in cui è stata presentata la domanda (art. 18 LVAMal).

### *Capoverso 1*

Come per le tariffe dei premi (art. 27 cpv. 2), l'autorità di vigilanza stabilisce in un'istruzione quali documenti e informazioni devono essere presentati con la domanda di approvazione.

### *Capoverso 2*

Il rimborso di una parte del premio è di interesse per i Cantoni, in quanto sono questi ultimi a concedere le riduzioni dei premi. L'autorità di vigilanza dovrà pertanto informare i Cantoni in merito alle decisioni della restituzione nel loro territorio.

## **Articolo 33 Modalità della restituzione**

Secondo l'articolo 18 LVAMal ottiene il rimborso chi risulta assicurato presso l'assicuratore interessato al 31 dicembre dell'anno per il quale è effettuata la restituzione. In tale contesto vanno menzionati i seguenti casi particolari:

### 1. Fine dell'obbligo d'assicurazione prima del 31 dicembre

#### 1.1. Morte della persona assicurata

L'articolo 18 LVAMal presuppone che al 31 dicembre la persona sia ancora soggetta all'obbligo d'assicurazione. In tal senso la disposizione è una deroga all'articolo 457 segg. del codice civile svizzero (CC; RS 210). La pretesa di restituzione dell'assicurato deceduto prima del 31 dicembre non è trasmessa ai loro eredi. La pretesa insorge tuttavia se l'assicurato decede in una data compresa tra il 31 dicembre e la data della restituzione.

#### 1.2. Trasferimento dalla Svizzera prima del 31 dicembre

Chi si trasferisce all'estero prima della fine dell'anno e al 31 dicembre non è più soggetto all'obbligo d'assicurazione in Svizzera non ha diritto alla restituzione.

### 2. Durata dell'assicurazione inferiore a un anno per l'assicuratore che effettua la compensazione

La durata dell'assicurazione presso l'assicuratore che effettua una compensazione dei premi non influisce sul diritto alla restituzione. Determinante è solo il fatto di essere assicurati presso l'assicuratore il 31 dicembre dell'anno in cui questo effettua la compensazione. Gli assicurati che hanno aderito all'assicurazione nel corso dell'anno in questione (nascita, trasferimento dall'estero, cambio di assicuratore durante l'anno) hanno pertanto diritto alla restituzione. Chi era assicurato presso questo assicuratore ma nel corso dell'anno ha cambiato assicuratore non ha invece diritto alla restituzione.

### 3. Richiedenti l'asilo

I richiedenti l'asilo hanno il proprio domicilio nel Cantone che è loro attribuito dalla Segreteria di Stato della migrazione SEM (art. 27 cpv. 3 della legge sull'asilo, LAsi; RS 142.31). Se sono assicurati presso un assicuratore che effettua una compensazione dei premi incassati in eccesso in questo Cantone, hanno diritto alla restituzione.

### 4. Persone senza permesso di dimora valido (sans-papiers)

Anche le persone senza permesso di dimora valido sottostanno all'obbligo d'assicurazione in Svizzera. Se sono assicurate presso un assicuratore nel Cantone in cui questo compensa i premi incassati in eccesso, hanno diritto alla restituzione.

### 5. Persone partite senza lasciare un indirizzo (persone che non possono essere contattate)

Gli assicuratori non possono semplicemente escludere dal proprio effettivo le persone partite senza lasciare un indirizzo. La cessazione dell'obbligo d'assicurazione è di competenza dei Cantoni. Queste persone hanno pertanto diritto alla restituzione. Dal momento che queste persone non pagano più i premi, l'assicuratore può compensare l'importo del rimborso con i premi o le partecipazioni ai costi a lui dovuti (art. 33 cpv. 4).

### 6. Persone che effettuano un servizio di lunga durata secondo la legge federale sull'assicurazione militare (LAM; RS 833.1)

Secondo l'articolo 3 capoverso 4 LAMal l'obbligo d'assicurazione per le persone soggette per più di 60 giorni alla LAM è sospeso, ma non cessa in via definitiva. Pertanto queste persone continuano a far parte dell'effettivo dell'assicuratore ma sono esonerate dal pagamento dei premi (art. 10a cpv. 2 OAMal). Dal momento che l'assoggettamento alla LAM non comporta la cessazione dell'obbligo d'assicurazione, hanno diritto alla restituzione anche gli assicurati che al 31 dicembre prestano servizio e sono dunque esentati dal pagamento dei premi.

### 7. Persone che pagano il premio cantonale senza avere il domicilio nel Cantone interessato

Chi paga i premi cantonali senza avere il proprio domicilio nel Cantone interessato (p. es. le persone di cui all'art. 91 cpv. 2 OAMal che non pagano né il premio di uno Stato dell'UE, dell'Islanda o della Norvegia né un premio speciale previsto dall'assicuratore, ma che pagano il premio cantonale del loro ultimo domicilio in Svizzera o del luogo dove ha sede l'assicuratore) ha diritto alla restituzione.

### 8. Persone che non pagano integralmente i loro premi in prima persona

Secondo l'articolo 18 LVAMal l'importo è corrisposto agli assicurati anche se questi non pagano integralmente i loro premi in prima persona. Il Cantone che ha pagato del tutto o in parte i loro premi può tuttavia tenere conto del rimborso nel calcolo della riduzione dei premi. In tale contesto va sottolineato che i beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI ai sensi della legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC; RS 831.30) hanno pieno diritto di ricevere il premio medio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie calcolato dal DFI.

#### *Capoverso 1*

Per stabilire l'importo della restituzione dovuto agli assicurati nei singoli Cantoni, l'assicuratore deve stabilire una chiave di ripartizione adeguata secondo le disposizioni legali. La parità di trattamento è così garantita e nella restituzione dei premi incassati in eccesso l'assicuratore non può favorire singole categorie di assicurati come ad esempio quelle con franchigie più elevate o con forme particolari d'assicurazione.

#### *Capoverso 2*

La comunicazione agli assicurati in merito all'importo del rimborso di cui all'articolo 18 LVAMal deve essere effettuata in una forma adatta a garantire che tutti gli assicurati interessati la ricevano. In linea di principio è necessario informare individualmente gli assicurati. La pubblicazione nella rivista periodica dell'assicuratore non è sufficiente perché questa non viene più ricevuta dalle persone che nel frattempo hanno cambiato assicuratore.

### *Capoverso 3*

L'assicuratore può dedurre l'importo del rimborso dal premio oppure versarlo separatamente all'assicurato. Se l'assicuratore deduce l'importo dal premio, lo segnala separatamente sulla relativa fattura in modo chiaramente visibile per l'assicurato. Agli ex assicurati che nel frattempo hanno cambiato assicuratore, l'assicuratore deve pagare l'intero importo.

### *Capoverso 4*

Diversamente da quanto previsto all'articolo 105c OAMal per le prestazioni assicurative, l'assicuratore può compensare il rimborso per i premi incassati in eccesso con i premi o le partecipazioni ai costi dovuti dall'assicurato. Questa disposizione è rilevante soprattutto per gli assicurati che hanno cambiato assicuratore, in quanto per queste persone l'assicuratore non può dedurre il rimborso da una fattura corrente.

## **Sezione 7: Costi amministrativi**

### **Articolo 34 Ripartizione dei costi amministrativi**

Questa disposizione corrisponde al diritto vigente (art. 84 OAMal). Dal momento che i costi amministrativi sono finanziati dai premi degli assicurati e che la LVAMal mira a incrementare la trasparenza nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie, la ripartizione dei costi amministrativi tra i diversi settori dell'assicurazione secondo gli oneri effettivi è mantenuta.

### **Articolo 35 Attività d'intermediario e costi per la pubblicità**

#### *Capoverso 1*

Esercitano un'attività d'intermediario ai sensi dell'articolo 19 LVAMal le persone che senza essere legate all'assicuratore da un contratto di lavoro sono contrattualmente incaricate da quest'ultimo di acquisire nuovi assicurati nonché le persone legate all'assicuratore da un contratto di lavoro e la cui attività consiste nell'acquisire nuovi assicurati come pure le altre persone che mettono a disposizione dell'assicuratore dietro compenso le proprie competenze o i propri servizi per facilitare o permettere l'affiliazione degli assicurati. Rientrano in questa categoria tra l'altro le persone che gestiscono strumenti con cui gli assicurati confrontano i premi dell'assicurazione sociale malattie e possono affidarsi a un assicuratore.

Gli assicuratori di piccole dimensioni che non dispongono di un settore vendite non sono svantaggiati in quanto nella definizione di attività d'intermediario rientra anche il personale impiegato dall'assicuratore nelle attività di acquisizione di nuovi assicurati.

#### *Capoverso 2*

Tutti i costi della pubblicità devono essere presi in considerazione indipendentemente dal mezzo utilizzato, ad esempio spot pubblicitari in televisione o cartelloni pubblicitari.

## **Capitolo 4: Gestione aziendale e revisione**

### **Sezione 1: Gestione dei rischi e sistema di controllo interno**

Diverse disposizioni della prima sezione corrispondono alle norme in vigore nel settore dell'assicurazione privata. Dal momento che le esigenze per i due settori sono le medesime, l'applicazione delle norme per l'assicurazione sociale malattie non rappresenta un onere supplementare significativo per quegli assicuratori che fanno parte di un gruppo assicurativo in seno al quale uno o più membri esercitano assicurazioni secondo la LCA e possono pertanto sfruttare la propria esperienza in questo settore.

## **Articolo 36 Composizione dell'organo d'amministrazione**

Questa disposizione corrisponde all'articolo 12 capoversi 1 e 2 dell'ordinanza sulla sorveglianza (OS) e non dovrebbe pertanto presentare problematiche particolari per gli assicuratori. La disposizione definisce i requisiti in materia di competenze per i membri dell'organo d'amministrazione.

### *Capoverso 1*

L'organo d'amministrazione deve essere composto in modo equilibrato per quanto concerne le competenze dei propri membri. L'autorità di vigilanza verifica se l'organo d'amministrazione dispone delle necessarie conoscenze in materia di assicurazioni. Dal momento che è competente per la direzione generale e l'organizzazione dell'impresa di assicurazione, l'organo d'amministrazione deve dedicare tempo sufficiente all'adempimento dei propri compiti. Oltre alle conoscenze tecniche in materia di assicurazioni esso deve disporre anche di competenze strategiche.

### *Capoverso 2*

Ogni membro dell'organo d'amministrazione deve possedere le conoscenze tecniche necessarie per svolgere il proprio compito. I membri possono dimostrare le proprie competenze tecniche soprattutto facendo riferimento alla propria esperienza professionale.

## **Articolo 37 Composizione dell'organo di direzione**

Questa disposizione è equiparabile all'articolo 14 capoverso 1 OS. Essa definisce i requisiti in materia di competenze per i membri dell'organo di direzione.

### *Capoverso 1*

Analogamente all'organo d'amministrazione anche l'organo di direzione deve disporre delle qualifiche necessarie allo svolgimento dei propri compiti. L'autorità di vigilanza verifica pertanto se l'organo possiede le capacità necessarie.

### *Capoverso 2*

Senza menzionare concretamente una formazione specifica, la disposizione esige che i membri dell'organo di direzione possiedano le conoscenze necessarie per dirigere i settori loro sottoposti come pure un'esperienza adeguata nel settore. Queste sono valutate soprattutto sulla base dei risultati ottenuti nelle attività svolte in precedenza.

## **Articolo 38 Dichiarazione delle relazioni d'interesse**

In vista della maggiore trasparenza nell'assicurazione sociale malattie perseguita nella LVAMal, i candidati ai seggi in seno all'organo d'amministrazione e all'organo di direzione dell'assicuratore devono comunicare le proprie relazioni d'interesse, ma non sono tenuti a farlo prima di iniziare a esercitare la propria attività.

Una funzione in un'azienda anch'essa attiva nel settore sanitario (p. es. industria farmaceutica) potrebbe rivelarsi incompatibile con l'attività in seno a un organo direttivo di un assicuratore. Dal momento che anche i Cantoni svolgono compiti nell'ambito dell'assicurazione malattie, ciò può accadere anche per una funzione pubblica, ad esempio nei seguenti settori: vigilanza sulle persone che esercitano liberamente una professione medica universitaria (art. 41 della legge sulle professioni mediche, LPMed; RS 811.11), pianificazione ospedaliera (art. 39 cpv. 2 LAMal), approvazione delle convenzioni tariffali (art. 46 cpv. 4 LAMal), fissazione della tariffa (art. 47 cpv. 1 LAMal), autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie nel quadro dell'articolo 55a LAMal, definizione degli assicurati di condizioni economiche modeste che hanno diritto alla riduzione dei premi (art. 65 LAMal) e controllo dell'obbligo d'assicurazione (art. 6 LAMal). Questa competenza può essere delegata ai Comuni.

## **Articolo 39    Prevenzione dei conflitti d'interessi**

L'assicuratore deve emanare direttive interne per la prevenzione dei conflitti d'interessi e trasmettere un esemplare all'autorità di vigilanza.

## **Articolo 40    Obiettivo e contenuto della gestione dei rischi e del sistema di controllo interno**

Questa disposizione corrisponde all'articolo 96 OS. Per gli assicuratori che fanno parte di un gruppo assicurativo l'applicazione di questa disposizione non rappresenta un onere supplementare significativo, in quanto possono sfruttare l'esperienza dei membri del gruppo che esercitano assicurazioni secondo la LCA.

### *Capoversi 1 e 2*

I diversi rapporti tra gli assicuratori hanno un influsso considerevole sui rischi d'impresa. Al fine di poter reagire in modo adeguato ai rischi, gli assicuratori devono definire le proprie strutture interne, i processi, le responsabilità, i metodi di identificazione e di gestione dei rischi nonché le attività di controllo. Essi istituiscono un ufficio di revisione interno che effettua i controlli secondo lo standard COSO. Definiscono un piano d'azione che garantisca la continuazione delle attività nelle situazioni di crisi come catastrofi naturali, pandemie, assenze massicce del personale o guasto del sistema informatico (*business continuity management*, art. 40 cpv. 2 lett. e). Questo piano è proporzionato alle dimensioni dell'assicuratore e al suo volume d'affari.

### *Capoverso 3*

Gli assicuratori devono istituire funzioni e processi volti a garantire il rispetto delle norme giuridiche e delle prescrizioni interne.

### *Capoverso 4*

L'assicuratore prevede uno spazio adeguato per le funzioni inerenti alla gestione dei rischi e ai meccanismi di controllo interni, dedicandovi le risorse e le competenze necessarie.

## **Articolo 41    Documentazione della gestione dei rischi e del sistema di controllo interno**

Questa disposizione corrisponde all'articolo 97 OS. La documentazione della gestione dei rischi e del sistema di controllo interno illustra l'insieme dei metodi e degli strumenti intesi a misurare, sorvegliare e gestire i rischi. L'assicuratore deve aggiornare regolarmente tale documentazione.

## **Articolo 42    Ufficio di revisione interno**

### *Capoverso 1*

Per operare in modo indipendente, l'ufficio di revisione interno non deve sottostare ad alcuna istruzione dell'organo di direzione. L'ufficio di revisione interno esegue i compiti che gli vengono assegnati dall'organo d'amministrazione. Esso deve poter accedere senza limitazioni a tutte le informazioni in seno all'azienda. Affinché l'autorità di vigilanza entri in possesso di tutti i documenti necessari a svolgere il proprio compito, l'ufficio di revisione interno le trasmette un esemplare del rapporto redatto all'attenzione dell'ufficio di revisione esterno.

### *Capoverso 2*

Secondo l'articolo 6 capoverso 1 LVAMal i compiti di revisione interna possono essere del tutto o in parte delegati a terzi. Questi devono tuttavia adempiere agli stessi requisiti d'indipendenza validi per l'ufficio di revisione interno: i suoi membri non devono far parte dell'organo di direzione dell'assicuratore

e non devono sottostare ad alcuna istruzione di quest'ultimo. La revisione interna può quindi essere delegata ad esempio a una società di audit abilitata ai sensi della legge sui revisori (LSR; RS 221.302) o a un'altra impresa del gruppo cui appartiene l'assicuratore, a condizione che nessun membro faccia parte dell'organo di direzione dell'assicuratore. Per contro, la revisione interna non può essere delegata all'ufficio di revisione esterno, dal momento che quest'ultimo è incaricato di controllare se il sistema di controllo interno è efficace e adeguato alle dimensioni e alla complessità dell'impresa (art. 53 cpv. 2).

## **Sezione 2: Gestione dei rischi del patrimonio**

### **Articolo 43 Principi di collocamento**

Secondo il diritto in vigore, il Consiglio federale emana le disposizioni necessarie, in particolare sui collocamenti di capitale (art. 60 cpv. 6 LAMal). In virtù di questa disposizione, il Consiglio federale ha disciplinato i collocamenti di capitali, con l'ultima modifica risalente al 1° gennaio 2011 (art. 80-80i OAMal).

La LVAMal obbliga ora gli assicuratori a organizzarsi in modo tale da essere in grado di individuare, limitare e controllare tutti i rischi essenziali. Il Consiglio federale emana prescrizioni sull'obiettivo, sul contenuto e sulla documentazione della gestione dei rischi nonché sul controllo dei rischi (art. 22 LVA-Mal).

In virtù di questa disposizione il Consiglio federale disciplina in modo più preciso i collocamenti di capitale al fine di limitare i rischi per gli investimenti patrimoniali. A tale scopo riprende le disposizioni in materia che si siano rivelate efficaci.

Il diritto in vigore prevede che le disposizioni concernenti gli investimenti patrimoniali siano applicate al patrimonio degli assicuratori. Sono considerati patrimonio degli assicuratori i loro collocamenti di capitali inclusi i beni immobiliari e le liquidità assegnate ai collocamenti di capitali (art. 80 cpv. 2 OAMal). Le liquidità operative non rientrano pertanto nel patrimonio. Questa disposizione è stata adottata in vista del calcolo dei limiti del patrimonio. Il patrimonio così definito è sottoposto a variazioni di minore entità rispetto a quelle che verrebbero rilevate se fossero considerate anche le liquidità operative. Queste possono infatti subire fluttuazioni notevoli a causa dei versamenti o dei pagamenti per la compensazione dei rischi.

I *capoversi 1 e 3-7* corrispondono a quelli dell'articolo 80a OAMal.

Secondo il capoverso 2, rientrano nel patrimonio tutti gli elementi tranne quelli delle assicurazioni retti dalla LCA.

### **Articolo 44 Requisiti in materia di gestione del patrimonio**

Questo articolo corrisponde in gran parte all'articolo 80b OAMal. Il suo capoverso 2 prevede che la gestione del patrimonio e il controllo siano effettuati da persone diverse indipendenti l'una dall'altra. Dal momento che la nozione di indipendenza è difficile da formulare ed è di difficile applicazione presso gli assicuratori-malattie di piccole dimensioni, il presente testo rinuncia a questo requisito.

L'articolo 80b capoverso 3 OAMal obbliga l'assicuratore a disciplinare gli eventuali mandati di collocamento o di gestione del patrimonio affidati a terzi in un contratto scritto che trasmette all'UFSP per informazione. Dopo che in sede di consultazione alcuni assicuratori hanno definito sproporzionato l'obbligo di trasmettere questi contratti all'autorità di vigilanza per informazione, è stato deciso di rinunciare a questo requisito.

## **Articolo 45 Regolamento di collocamento**

Questo articolo corrisponde all'articolo 80c OAMal, con l'aggiunta di una lettera che specifica che tale regolamento deve disciplinare la sorveglianza della gestione del patrimonio. L'articolo chiarisce altresì che il regolamento di collocamento deve regolamentare gli obblighi di pubblicazione delle relazioni d'interesse delle persone incaricate di collocare il patrimonio.

## **Articolo 46 Ponderazione del rischio di collocamento**

L'articolo 22 capoverso 2 LVAMal consente al Consiglio federale di ponderare i rischi legati ad alcuni collocamenti. Esso obbliga altresì a rafforzare la copertura di tali collocamenti o a rinunciarvi. In linea di principio il Consiglio federale può anche definire rischiosi determinati collocamenti, identificandoli pertanto come inadeguati.

Il *capoverso 1* precisa pertanto quali collocamenti sono considerati non rischiosi. La lettera a fa riferimento ai collocamenti adeguati per il patrimonio vincolato (art. 19), mentre la lettera b riporta i collocamenti in istituzioni che servono all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie.

Il *capoverso 2* considera tutti gli altri collocamenti e la concessione di crediti ipotecari come rischiosi, riprendendo a livello di contenuto la seconda parte dell'articolo 80d capoverso 1 lettera d OAMal. L'assicuratore può confutare questa supposizione esibendo la prova che un determinato collocamento non è rischioso.

Il capoverso 3 definisce rischiosi i collocamenti in istituzioni che servono all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie e che costituiscono oltre il due per cento del patrimonio. Questa disposizione si rifà al limite del due per cento in vigore (art 80e cpv. 5 OAMal). Dal momento che il patrimonio comprenderà ora tutta la liquidità (cfr. art. 43 cpv. 1), esso potrà essere, almeno in alcuni periodi, più elevato rispetto ai valori attuali. Dal momento che, come accade già oggi, questi collocamenti dovranno essere sottoposti per approvazione all'autorità di vigilanza, la soglia del due per cento viene mantenuta.

## **Articolo 47 Gestione dei rischi degli strumenti finanziari derivati**

Il *capoverso 1* corrisponde all'articolo 80h capoverso 2 OAMal. La nozione di negoziabilità mira a rendere gli strumenti finanziari derivati rapidamente vendibili a prezzo di mercato.

Il *capoverso 2* riprende l'articolo 109 OS, secondo cui l'assicuratore è tenuto a fornire ogni anno all'autorità di vigilanza un rapporto sugli affari con strumenti finanziari derivati.

## **Articolo 48 Esclusione del prestito di valori mobiliari e delle operazioni pensionistiche**

A livello di contenuto il *capoverso 1* corrisponde all'articolo 80i OAMal. La vendita di titoli con l'impegno di riacquistare successivamente la stessa quantità di titoli dello stesso genere rientra ora nella nozione di operazione pensionistica.

Il nuovo *capoverso 2* ammette il prestito di valori mobiliari in un collocamento collettivo se il diritto alla restituzione dei valori patrimoniali in prestito è effettivamente garantito. Questa disposizione è introdotta in quanto numerosi collocamenti collettivi prevedono la possibilità del prestito di valori mobiliari e una diversificazione degli investimenti in diversi collocamenti collettivi è auspicata per ragioni di sicurezza.

In virtù del capoverso 3, il DFI può emanare disposizioni di dettaglio e segnatamente stabilire quando si è in presenza di un prestito di valori mobiliari o di un'operazione pensionistica e quando un diritto alla restituzione dei valori patrimoniali in prestito è effettivamente garantito.

### **Sezione 3: Presentazione dei conti e revisione esterna**

#### **Articolo 49 Principi**

Questa disposizione riprende il principio secondo cui gli assicuratori devono tenere una contabilità separata per l'assicurazione sociale malattie. La distinzione tra specifici rami assicurativi specifici del diritto vigente non viene ripresa. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha ora la facoltà di fissare requisiti in materia di presentazione dei conti.

#### **Articolo 50 Relazione sulla gestione**

##### *Capoversi 1 e 2*

Fino al 2011 tutti gli assicuratori-malattie allestivano il proprio conto annuale secondo il codice delle obbligazioni (CO). Nella presentazione dei conti secondo il CO, gli attivi erano stimati secondo il principio della prudenza, vale a dire al loro valore d'acquisto storico. Ne risultavano riserve latenti che potevano indurre l'osservatore a una falsa immagine dell'impresa. È opinione comune che l'allestimento del conto annuale secondo il CO non risponde più alle esigenze odierne per quanto concerne la presentazione della situazione finanziaria effettiva dell'impresa nonché la trasparenza e la possibilità di effettuare comparazioni. Negli ultimi anni vari interventi parlamentari hanno richiesto una maggiore trasparenza nella presentazione del conto annuale degli assicuratori malattie e, di conseguenza, nella stima degli attivi ai valori di mercato. Il 1° gennaio 2012 le prescrizioni contabili per gli assicuratori-malattie sono state adeguate alle norme Swiss GAAP FER. Queste norme riconosciute in materia contabile dovranno pertanto essere dichiarate vincolanti per la relazione sulla gestione. Swiss GAAP FER esige come principio guida la presentazione di un quadro della situazione in materia di patrimonio, finanze e ricavi corrispondente alle condizioni effettive (*true and fair view*) nonché un commento esaustivo in allegato. Il singolo conto statutario deve essere allestito secondo le norme Swiss GAAP FER. L'UFSP può fissare ulteriori requisiti specifici. In tal caso l'assicuratore può decidere se applicare le norme Swiss GAAP FER oppure le norme Swiss GAAP FER integrate con i requisiti specifici in questione.

##### *Capoversi 3 e 4*

I capoversi 3 e 4 corrispondono al diritto vigente (art. 85a cpv. 1 e 2 OAMal). Gli assicuratori possono pubblicare la relazione sulla gestione sulla propria pagina Internet. Se non hanno questa possibilità, pubblicano la relazione sulla gestione in un'altra forma accessibile a terzi. Il termine del 30 giugno dell'anno successivo all'anno in esame per la pubblicazione della relazione sulla gestione è mantenuto.

#### **Articolo 51 Conto annuale secondo il diritto in materia di vigilanza**

Anche per il conto annuale secondo il diritto in materia di vigilanza valgono le norme Swiss GAAP FER. L'UFSP fissa ulteriori requisiti specifici per porre l'accento sul principio *true and fair view* e migliorare ulteriormente la trasparenza e la comparabilità dei conti annuali. Nel conto annuale secondo il diritto in materia di vigilanza è vietato in particolare costituire accantonamenti per i rischi legati ai collocamenti di capitale nonché per costituire riserve tecniche di sicurezza e di compensazione per l'assicurazione sociale malattie. Tali rischi sono invece coperti dalle riserve, il cui ammontare minimo è definito dal test di solvibilità LAMal tenendo esplicitamente conto di questi rischi.

## **Articolo 52 Ufficio di revisione esterno**

Questa disposizione riprende in gran parte il diritto vigente (art. 86 cpv. 2, 4, 5 e 6 OAMal). Essa sottolinea che l'ufficio di revisione esterno sottostà alle disposizioni della LVAMal e dell'OVAMal nonché alle istruzioni dell'autorità di vigilanza. Se tali normative non contengono disposizioni applicabili a una particolare questione, il codice delle obbligazioni è applicato a titolo sussidiario.

Se l'assicuratore designa un nuovo ufficio di revisione esterno, deve informarne l'autorità di vigilanza.

## **Articolo 53 Compiti e competenze dell'ufficio di revisione esterno**

### *Capoverso 1*

L'ufficio di revisione esterno svolge ogni anno una revisione ordinaria secondo le disposizioni della LVAMal e dell'OAMal nonché secondo le istruzioni dell'autorità di vigilanza e, a titolo sussidiario, secondo le disposizioni del CO. La verifica comprende tutti i conti annuali dell'assicuratore, vale a dire sia il conto statutario (art. 50) sia il conto secondo il diritto in materia di vigilanza (art. 51). L'ufficio di revisione esterno controlla anche il patrimonio vincolato dell'assicurazione sociale malattie.

### *Capoverso 2*

L'autorità di vigilanza incarica l'ufficio di revisione esterno di controllare ogni anno se l'assicuratore dispone di un sistema di controllo interno e se questo è adeguato alle dimensioni e alla complessità dell'impresa. Anche i compiti delegati sottostanno alla verifica dell'ufficio di revisione esterno. Secondo l'articolo 6 capoverso 3 LVAMal, gli assicuratori devono garantire che la vigilanza sui compiti delegati possa essere esercitata senza restrizioni.

### *Capoverso 3*

Questa disposizione consente all'ufficio di revisione esterno di svolgere revisioni intermedie. Diversamente da quanto previsto nel diritto vigente (art. 87 cpv. 2 OAMal), l'ufficio di revisione esterno secondo l'articolo 53 capoverso 3 OVAMal non può più effettuare revisioni senza preavviso. Le verifiche devono essere comunicate in anticipo. Questo adeguamento appare giustificato in quanto nella pratica non esistono revisioni intermedie effettuate senza preavviso e la possibilità per l'autorità di vigilanza di svolgere ispezioni senza preavviso (art. 34 cpv. 3 LVAMal) è considerata sufficiente.

Grazie alla competenza attribuitagli da questo capoverso, l'ufficio di revisione esterno può chiarire singoli punti e fugare o confermare eventuali dubbi.

## **Articolo 54 Rapporti dell'ufficio di revisione esterno**

### *Capoverso 1*

Nell'ambito della revisione ordinaria l'ufficio di revisione esterno allestisce tre rapporti. Il rapporto dettagliato di cui alla lettera b riguarda anche il patrimonio vincolato. L'ufficio di revisione esterno redige inoltre un rapporto ogni qualvolta viene effettuata una revisione intermedia secondo l'articolo 53 capoverso 3. Se affida all'ufficio di revisione esterno mandati supplementari ai sensi dell'articolo 26 capoverso 2 LVAMal, l'autorità di vigilanza stabilisce nel mandato il termine per la presentazione del relativo rapporto.

### *Capoverso 2*

L'ufficio di revisione esterno e quello interno devono informarsi reciprocamente in merito ai risultati della loro attività di verifica. L'articolo 23 capoverso 2 LVAMal afferma che l'ufficio di revisione interno presenta il suo rapporto all'ufficio di revisione esterno. Questo capoverso sancisce la reciprocità delle informazioni. L'ufficio di revisione esterno trasmette i suoi rapporti all'autorità di vigilanza e all'ufficio di revisione interno.

## **Capitolo 5: Riassicurazione**

Secondo il diritto vigente gli assicuratori possono riassicurare mediante contratto determinate prestazioni che versano secondo la LAMal. I riassicuratori necessitano di un'autorizzazione del DFI (art. 14 cpv. 1 e 2 LAMal). Per i dettagli delle norme riguardanti i riassicuratori si rimanda agli articoli 16-18 OAMal.

Nella nuova legge la riassicurazione è disciplinata negli articoli 28-33 LVAMal. Possono operare in qualità di riassicuratori le casse malati o i riassicuratori privati (art. 29 cpv. 1 LVAMal). Per l'esercizio della riassicurazione le casse malati sottostanno in linea di principio alle stesse disposizioni applicabili all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie. I riassicuratori privati sottostanno soprattutto alle disposizioni della LSA. Per tale ragione, diversamente dall'OAMal, non è previsto un articolo secondo cui le disposizioni concernenti gli assicuratori sono applicabili per analogia ai riassicuratori per quanto ne siano toccati (art. 16 cpv. 3 OAMal).

### **Articolo 55 Effettivo minimo di assicurati**

Secondo il diritto vigente solo le casse malati con almeno 250 000 assicurati possono essere autorizzate a esercitare la riassicurazione. Nella nuova ordinanza l'effettivo minimo di assicurati passa ad almeno 300 000. Questo requisito è innalzato al fine di migliorare la sicurezza.

### **Articolo 56 Domanda di autorizzazione**

La domanda di autorizzazione a esercitare la riassicurazione deve essere presentata entro il 30 giugno dell'anno precedente quello in cui l'assicuratore intende esercitare per la prima volta questa attività. Questo articolo, come i due seguenti, corrispondono a quelli relativi all'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie (art. 3, 5 e 6).

### **Articolo 57 Inizio della validità dell'autorizzazione**

Analogamente all'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie, l'autorizzazione a esercitare la riassicurazione ha effetto a partire dall'inizio di un anno civile.

### **Articolo 58 Ritiro dell'autorizzazione**

Il *capoverso 1* disciplina il ritiro dell'autorizzazione a esercitare la riassicurazione se l'effettivo di assicurati scende sotto l'effettivo minimo menzionato. Questo capoverso interessa solo le casse malati e corrisponde all'articolo 17 capoverso 2 OAMal.

Il *capoverso 2* riguarda sia le casse malati sia gli assicuratori privati. Affinché l'autorità di vigilanza possa monitorare la situazione e l'evoluzione dei riassicuratori, questi devono essere effettivamente attivi. Per tale ragione l'autorità di vigilanza procede al ritiro dell'autorizzazione, analogamente a quanto accade per l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie (art. 6), se questa non viene utilizzata per più di due anni.

### **Articolo 59 Contratti di riassicurazione**

Il *capoverso 1* consente all'assicuratore di stipulare contratti di riassicurazione solo a condizioni che pattuirebbe anche con terzi indipendenti (principio di piena concorrenza). Questa disposizione mira in particolare a evitare che fondi dell'assicurazione sociale malattie siano trasferiti ad altre casse o a terzi

senza una controprestazione corrispondente e che gli assicuratori concedano fondi ad altre società dello stesso gruppo.

Il *capoverso 2* consente all'assicuratore di impegnarsi a pagare premi di riassicurazione per un ammontare massimo pari al 50 per cento del totale dei premi dovuti dai suoi assicurati. Questa disposizione corrisponde all'articolo 18 *capoverso 1* OAMal.

Secondo il *capoverso 3* l'assicuratore deve sottoporre per approvazione il contratto di riassicurazione all'autorità di vigilanza al più tardi un mese prima che diventi valido. Deve inoltre allegarvi i conti economici di previsione per l'intera durata del contratto. L'autorità di vigilanza può così controllare più facilmente se i premi corrispondono ai rischi assunti (art. 33 cpv. 1 LVAMal).

Il *capoverso 4* disciplina la disdetta rifacendosi all'articolo 18 *capoverso 2* OAMal. La nuova ordinanza prevede che i contratti di riassicurazione debbano poter essere disdetti per la fine di ogni anno civile. La disdetta di un contratto di riassicurazione modifica il piano d'esercizio e ciò richiede secondo l'articolo 7 *capoverso 2* lettera i in combinato disposto con l'articolo 8 *capoverso 1* LVAMal un'autorizzazione dell'autorità di vigilanza e quindi una comunicazione da parte dell'assicuratore. L'obbligo del riassicuratore di comunicare la disdetta di cui all'articolo 18 *capoverso 2* OAMal è previsto all'articolo 63 *capoverso 3*.

Il *capoverso 5* consente all'autorità di vigilanza di esigere che l'assicuratore e il riassicuratore le forniscano dati per valutare se le condizioni di cui al *capoverso 1* sono rispettate. Essa può in particolare richiedere dati relativi a contratti e conteggi con terzi.

## **Articolo 60 Obblighi del riassicuratore**

Secondo il *capoverso 1* il riassicuratore è tenuto a costituire accantonamenti tecnici secondo metodi attuariali riconosciuti. Questa disposizione si rifà agli analoghi obblighi dell'assicuratore (art. 13 cpv. 1 LVAMal e art. 15 cpv. 1).

Secondo il diritto vigente l'UFSP può emanare direttive in materia di costituzione delle riserve per la riassicurazione (art. 17 cpv. 1 OAMal). Dal momento che le riserve delle casse malati che esercitano la riassicurazione sono disciplinate dall'articolo 14 LVAMal e le riserve dei riassicuratori privati dalla LSA e dalla OS, una disposizione a tale proposito non è prevista.

Secondo il *capoverso 2* il riassicuratore è tenuto a trasmettere all'autorità di vigilanza su sua richiesta le informazioni attuariali determinanti relative ai contratti di riassicurazione in corso e scaduti. L'autorità di vigilanza può così verificare se il contratto tiene conto delle disposizioni legali, in particolare dell'articolo 62 *capoverso 1*.

## **Capitolo 6: Vigilanza**

### **Articolo 61 Parità di trattamento degli assicurati e protezione contro gli abusi**

Secondo l'articolo 34 *capoverso 1* LVAMal, l'autorità di vigilanza sorveglia l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie. Nell'elenco dei compiti che l'autorità di vigilanza ha in particolare, l'articolo 34 *capoverso 1* lettera e LVAMal menziona anche la protezione degli assicurati contro gli abusi.

L'articolo 61 OVAMal concretizza l'«abuso» menzionato all'articolo 34 LVAMal nel senso della parità di trattamento degli assicurati e della protezione contro gli abusi. Mentre l'articolo 61 *capoverso 2* si rifà all'articolo 117 *capoversi 1 e 2* OS, l'articolo 61 *capoverso 1* OVAMal è formulato ex novo in base a necessità pratiche. L'articolo 61 OVAMal non si riferisce però ai fornitori di prestazioni, bensì alla parità di trattamento e alla protezione contro gli abusi nel rapporto dell'assicurato con l'assicuratore.

### *Capoverso 1*

Secondo l'articolo 61 capoverso 1 LVAMal, l'assicuratore deve trattare tutti gli assicurati allo stesso modo, senza distinzione di stato di salute o di un altro indicatore di esso, in particolare per quanto riguarda l'ammissione nell'assicurazione, la scelta della forma di assicurazione, le comunicazioni agli assicurati nonché il termine per il rimborso delle prestazioni.

### *Capoverso 2*

Secondo l'articolo 61 capoverso 2 OVAMal, è ritenuto abuso ai sensi dell'articolo 34 capoverso 1 lettera e LVAMal il pregiudizio: a. arrecato ripetutamente a un assicurato; b. arrecato a un assicurato attraverso una notevole disparità di trattamento non giustificabile dal punto di vista giuridico o attuariale; c. arrecato sistematicamente a un gruppo di assicurati. Ad esempio, con riferimento alle lettere a e c dell'articolo 61 capoverso 2 OVAMal, è possibile che un assicuratore ritardi in modo sistematico il rimborso delle prestazioni alle persone più anziane o renda difficile l'affiliazione di tali persone. Questa concretizzazione dell'abuso si rifà all'articolo 117 capoverso 1 OS. Questa formulazione è volta a precisare il criterio di una certa sistematicità nel comportamento d'abuso dell'impresa di assicurazione. Anche i pregiudizi che si sono già ripetuti più volte, ma che non sono più stati praticati in seguito a un cambiamento del comportamento dell'impresa di assicurazione intervenuto nel frattempo, devono poter rientrare nella nozione di abuso secondo le norme del diritto in materia di sorveglianza delle assicurazioni.

Secondo l'articolo 61 capoverso 2 lettera b OVAMal è ritenuto abuso anche il pregiudizio arrecato a un assicurato attraverso una notevole disparità di trattamento non giustificabile dal punto di vista giuridico o attuariale. Questa ulteriore fattispecie di abuso si rifà all'articolo 117 capoverso 2 OS e dovrebbe permettere di sanzionare le disparità di trattamento più evidenti. In linea di principio le disparità di trattamento devono pertanto essere giustificabili da un punto di vista giuridico o attuariale.

## **Articolo 62 Coordinamento tra le autorità di vigilanza**

Secondo l'articolo 34 capoverso 5 LVAMal, l'esercizio delle assicurazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 LVAMal soggiace alla vigilanza della FINMA. L'autorità di vigilanza e la FINMA coordinano le loro attività di vigilanza quando l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie ha o può avere un influsso su un'assicurazione di cui all'articolo 2 capoverso 2 LVAMal (cfr. art. 160a OS). Esse si informano reciprocamente non appena abbiano notizia di eventi importanti per l'altra autorità di vigilanza. Quest'obbligo di coordinamento va oltre l'assistenza amministrativa e lo scambio di informazioni previsti all'articolo 36 LVAMal, dal momento che esige un comportamento attivo per il coordinamento delle attività di vigilanza da parte dell'autorità di vigilanza e della FINMA.

Al fine di pervenire a una vigilanza efficace dell'assicurazione sociale malattie, le autorità di vigilanza coinvolte devono disporre di tutte le informazioni necessarie e coordinare la propria attività di vigilanza. In tale contesto è possibile che un'autorità di vigilanza disponga di informazioni importanti anche per l'altra. Dal momento che l'autorità di vigilanza sottostà all'obbligo del segreto di cui all'articolo 33 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) e che la FINMA deve attenersi al segreto d'ufficio secondo l'articolo 14 della legge federale concernente l'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (LFINMA; RS 956.1), l'articolo 34 capoverso 5 LVAMal crea una base legale affinché le autorità di vigilanza possano scambiarsi le informazioni e coordinare così la propria attività. Secondo l'articolo 80 LSA, la FINMA è già autorizzata a trasmettere ad altre autorità svizzere di sorveglianza nonché alla Banca nazionale svizzera le informazioni e i documenti non accessibili al pubblico di cui esse necessitano per svolgere i propri compiti. Nell'ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (OS; RS 961.011), il nuovo articolo 160a crea una norma di coordinamento analoga (cfr. allegato OVAMal, Modifica di altri atti normativi, 6. Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza, articolo 160a, Coordinamento tra le autorità di sorveglianza).

### *Capoverso 1*

Secondo l'articolo 62 capoverso 1 OVAMal, l'autorità di vigilanza e la FINMA coordinano le loro attività di vigilanza quando l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie ha o può avere un influsso su un'assicurazione di cui all'articolo 2 capoverso 2 LVAMal. Alle lettere a – j vengono menzionati alcuni esempi. L'elenco non è esaustivo. Se ad esempio un assicuratore possiede riserve inferiori all'ammontare minimo o accantonamenti inferiori al fabbisogno (lettere a e b), non dispone di un patrimonio vincolato o questo è insufficiente (lettera c), trasferisce un effettivo di assicurati secondo gli articoli 9 capoverso 3 e 40 LVAMal (lettera d), effettua una modifica della struttura giuridica, un trasferimento di patrimonio o una partecipazione secondo gli articoli 9 e 10 LVAMal (lettera e), commette qualsiasi reato che può avere un influsso sull'esercizio di un'assicurazione di cui all'articolo 2 capoverso 2 LVAMal (lettera f), viola le disposizioni sulla garanzia di un'attività irreprensibile, sulla gestione dei rischi e sulla revisione (lettera g), si trova in una situazione finanziaria a rischio (lettera h), necessita di provvedimenti conservativi di cui all'articolo 38 LVAMal (lettera i) oppure commette una violazione delle disposizioni in materia di vigilanza (lettera j), si tratta senz'altro di fattispecie che possono avere un influsso su un'assicurazione di cui all'articolo 2 capoverso 2 LVAMal. Ciò in particolare quando l'assicuratore fa parte di un gruppo assicurativo, in quanto una crisi importante di un assicuratore (come membro di un gruppo assicurativo) ha sempre un influsso sulle assicurazioni secondo l'articolo 2 capoverso 2 LVAMal ad esso collegate. Pertanto tali fattispecie sono d'interesse anche per la FINMA e in tal senso sussiste la necessità di uno scambio d'informazioni.

### *Capoverso 2*

L'articolo 62 capoverso 2 OVAMal precisa che l'autorità di vigilanza e la FINMA possono coordinare le loro attività di vigilanza anche nel quadro di un regolare scambio di informazioni sui soggetti giuridici sottoposti alla loro vigilanza. Questo scambio regolare di informazioni può comprendere uno o più incontri in cui ciascuna autorità di vigilanza può informare l'altra in merito a fatti rilevanti per essa.

## **Articolo 63 Notifica di eventi di grande importanza**

Secondo l'articolo 24 LVAMal (Resoconti) gli assicuratori devono, come finora, allestire una relazione sulla gestione alla fine di ogni anno per rendere conto in merito alla loro attività. Secondo gli articoli 25 segg. LVAMal (Ufficio di revisione esterno), gli assicuratori sono tenuti a designare un ufficio di revisione esterno abilitato che effettui una revisione ordinaria ai sensi degli articoli 727 segg. CO. I resoconti secondo l'articolo 24 LVAMal e la presentazione del rapporto dell'ufficio di revisione esterno di cui agli articoli 25 segg. LVAMal consentono all'autorità di vigilanza di essere informata in linea di principio una volta all'anno in merito alla situazione dell'assicuratore, e quindi di valutare se l'assicuratore continua a soddisfare le condizioni necessarie all'autorizzazione.

Dal momento che per l'autorità di vigilanza è importante essere informata non solo una volta l'anno ma anche in modo tempestivo in caso di eventi di grande importanza, l'articolo 35 capoverso 3 LVAMal introduce il relativo obbligo di notifica. Secondo l'articolo 35 capoverso 3 LVAMal gli assicuratori devono notificare senza indugio all'autorità di vigilanza gli eventi di grande importanza ai fini della vigilanza. L'articolo 35 capoverso 1 LVAMal riprende l'articolo 29 capoverso 1 LFINMA, mentre l'articolo 35 capoverso 3 LVAMal si rifà all'articolo 29 capoverso 2 LFINMA. Di grande importanza sono in particolare gli eventi che potrebbero mettere a rischio la prosecuzione dell'attività d'impresa dell'assicuratore o del riassicuratore. In caso di dubbio, la direzione ha il dovere di informare l'autorità di vigilanza, consentendole in tal modo di avviare per tempo eventuali misure necessarie. Si pensi ad esempio a perdite di capitale (in borsa o a causa di cattiva gestione), atti criminali (malversazioni o truffe) o riorganizzazioni (nomina o revoca del direttore, dimissioni o elezioni di membri del consiglio di amministrazione ecc.).

Come esempi di eventi di grande importanza ai sensi dell'articolo 35 capoverso 3 LVAMal, l'articolo 63 OVAMal indica problemi finanziari (come ad esempio riserve e accantonamenti insufficienti, atti criminali) o il venir meno delle condizioni di autorizzazione (cfr. art. 5 LVAMal; ad esempio lacune nell'organizzazione della società [cfr. art. 731b CO] o anche l'assenza di un ufficio di revisione esterno). L'elenco

non è esaustivo. Ad esempio, potrebbe accadere anche che un assicuratore perda molti assicurati o che, viceversa, ne acquisti un gran numero. Anche l'affiliazione di un assicuratore a un determinato gruppo assicurativo o simili può rappresentare un ulteriore esempio. In questi casi l'autorità di vigilanza deve essere informata per tempo, in modo da poter mettere in atto un piano di finanziamento o di risanamento o avviare provvedimenti conservativi.

#### **Articolo 64 Situazione finanziaria a rischio**

L'articolo 38 capoverso 3 LVAMal afferma quanto segue: «se la situazione finanziaria di un assicuratore è a rischio e gli organi statuari non prendono provvedimenti adeguati, l'autorità di vigilanza può prendere i provvedimenti di cui al capoverso 2 lettere g e h LVAMal, in modo da garantire il rispetto delle disposizioni legali per i due anni successivi». Il capoverso 3 consente così all'autorità di vigilanza di adottare determinati provvedimenti se l'assicuratore continua a soddisfare le disposizioni legali, ma la sua situazione finanziaria è a rischio. Si presume altresì che gli organi statuari non prendano provvedimenti adeguati per migliorare la situazione finanziaria. A titolo di provvedimenti conservativi l'autorità di vigilanza può ordinare un aumento dei premi o l'attuazione di un piano di finanziamento o di risanamento (cfr. art. 38 cpv. 2 lett. g e h). Tali provvedimenti dovrebbero garantire il rispetto delle disposizioni legali negli anni successivi.

Al fine di garantire il funzionamento del sistema dell'assicurazione sociale malattie e gli interessi degli assicurati, gli assicuratori devono disporre dei mezzi finanziari necessari. Se la situazione finanziaria di un assicuratore è a rischio, tale garanzia non può essere più soddisfatta in tutti i casi.

##### *Capoverso 1*

L'articolo 64 capoverso 1 OVAMal precisa in dettaglio quando la situazione finanziaria di un assicuratore è da considerarsi a rischio. La situazione finanziaria di un assicuratore è a rischio quando si deve presumere che senza l'adozione di provvedimenti di cui all'articolo 38 capoverso 2 lettere g e h LVAMal, l'assicuratore non riuscirebbe a rispettare le esigenze di legge per più di due anni. Contrariamente all'articolo 38 capoversi 1 e 2 LVAMal, in cui le esigenze di legge non sono più rispettate, l'articolo 38 capoverso 3 LVAMal insiste sulla presunzione che l'assicuratore non riuscirebbe a rispettarle per più di due anni, nonostante queste siano al momento adempiute.

##### *Capoverso 2*

Secondo l'articolo 64 capoverso 2 LVAMal, l'autorità di vigilanza deve verificare se esiste un rischio che l'assicuratore non riesca a rispettare le esigenze di legge oltre il termine di due anni. Per valutare se la situazione finanziaria di un assicuratore è a rischio, l'autorità di vigilanza verifica in particolare se: a. l'assicuratore registra una perdita finanziaria importante; b. i termini per la realizzazione dei collocamenti non consentono un apporto di liquidità sufficiente; c. l'assicuratore registra un massiccio aumento di nuovi assicurati; d. la struttura dell'effettivo degli assicurati è peggiorata. Questo elenco non è esaustivo. Piuttosto, nello stabilire se la situazione finanziaria dell'assicuratore è a rischio, l'autorità di vigilanza può verificare anche altri elementi.

#### **Articolo 65 Trasferimento dell'effettivo degli assicurati**

Il trasferimento dell'effettivo degli assicurati può avvenire secondo l'articolo 9 capoverso 3 LVAMal in modo volontario, vale a dire in virtù di un accordo contrattuale oppure secondo l'articolo 38 capoverso 2 lettera d e 40 LVAMal in modo forzato, vale a dire su ordine dell'autorità di vigilanza. Il trasferimento volontario dell'effettivo degli assicurati necessita dell'autorizzazione da parte dell'autorità di vigilanza. Quest'ultima autorizza il trasferimento se gli interessi degli assicurati sono tutelati nel loro insieme.

L'articolo 40 LVAMal disciplina in dettaglio il trasferimento forzato dell'effettivo degli assicurati previsto all'articolo 38 capoverso 2 lettera d LVAMal. Esso afferma che l'autorità di vigilanza può trasferire a un altro assicuratore l'effettivo degli assicurati di un assicuratore che si trova in difficoltà finanziarie. Se gli

organi dirigenti dell'assicuratore a rischio negano o ritardano tale trasferimento, l'autorità di vigilanza deve avere la facoltà di contattare altri assicuratori o federazioni di assicuratori. In tale contesto dovrà rendere note le informazioni in merito all'assicuratore a rischio. A tale scopo è esonerata dall'obbligo del segreto sancito all'articolo 33 LPGA. Al momento del trasferimento di un effettivo di assicurati da un assicuratore a un altro, l'autorità di vigilanza può trasferire il patrimonio vincolato e le riserve nonché i diritti e gli obblighi ad essi connessi. In altri termini, l'assicuratore che riprende l'effettivo degli assicurati può riscuotere i premi dovuti prima del trasferimento ed è tenuto a farsi carico dei costi delle prestazioni fornite prima del trasferimento. L'autorità di vigilanza definisce le condizioni del trasferimento con una decisione, senza necessità di ottenere il consenso dell'assicuratore il cui effettivo viene trasferito.

#### *Capoverso 1*

L'articolo 65 capoverso 1 OVAMal precisa questa situazione nella misura in cui l'autorità di vigilanza può adottare tutte i provvedimenti necessari per garantire il trasferimento dell'effettivo degli assicurati di un assicuratore a un altro. L'autorità di vigilanza può, mediante decisione, definire con maggiore precisione le modalità del trasferimento. In questa decisione può segnatamente stabilire gli attivi e i passivi da trasferire e la data del trasferimento. Essa sorveglia che l'assicuratore che riprende l'effettivo offra agli assicurati le medesime condizioni praticate dall'altro assicuratore prima del trasferimento. È evidente tuttavia che le condizioni non sono sempre identiche, in quanto può succedere che l'assicuratore che riprende l'effettivo degli assicurati preveda altri importi dei premi o altri modelli di assicurazione.

#### *Capoverso 2*

L'articolo 65 capoverso 2 OVAMal indica che, al momento di scegliere l'assicuratore che riprenderà interamente o parzialmente l'effettivo degli assicurati di un altro assicuratore, l'autorità di vigilanza deve prestare attenzione affinché il trasferimento sia finanziariamente e istituzionalmente sostenibile per il nuovo assicuratore. L'autorità di vigilanza non è obbligata a tenere conto della situazione concorrenziale degli assicuratori. Al momento del trasferimento di un effettivo degli assicurati essa deve condurre colloqui con uno o più assicuratori in quanto deve disporre del consenso dell'assicuratore che riprende l'effettivo per poter procedere al trasferimento. La LVAMal non menziona i criteri che l'autorità di vigilanza deve adottare nella scelta dell'assicuratore che riprende l'effettivo degli assicurati. Per tale ragione l'articolo 65 capoverso 2 OVAMal precisa questa situazione e specifica che il trasferimento deve essere finanziariamente e istituzionalmente sostenibile per il nuovo assicuratore. Per l'assicuratore che riprende l'effettivo il trasferimento deve quindi essere sostenibile a livello di volume rispetto alle sue dimensioni e alla sua situazione finanziaria. Infatti anche l'articolo 5 lettera c LVAMal presuppone che gli assicuratori debbano disporre di un'organizzazione e di una gestione garanti dell'osservanza delle prescrizioni legali. Inoltre, nella scelta dell'assicuratore che riprende l'effettivo degli assicurati, l'autorità di vigilanza presta attenzione affinché, per quanto possibile, l'ammontare dei premi, il prodotto offerto e le condizioni di assicurazione siano simili al prodotto assicurativo del primo assicuratore, al fine di ridurre al minimo gli inconvenienti per gli assicurati. In linea di principio l'autorità deve evitare il coinvolgimento nei meccanismi di concorrenza tra gli assicuratori. Se tuttavia l'autorità di vigilanza trasferisce in modo forzato l'effettivo degli assicurati di un assicuratore a un altro, tale azione ha un influsso anche sul mercato degli assicuratori, in quanto l'assicuratore che riprende l'effettivo accresce le proprie dimensioni e acquista maggiore importanza. Se l'autorità di vigilanza fosse tenuta a considerare la situazione concorrenziale degli assicuratori, il trasferimento dell'effettivo degli assicurati nel senso sopra indicato non sarebbe possibile. Pertanto l'articolo 65 capoverso 2 OVAMal afferma esplicitamente che l'autorità di vigilanza non è obbligata a tenere conto della situazione concorrenziale degli assicuratori.

### **Articolo 66 Verifica delle transazioni tra assicuratore e altre imprese**

Per evitare che la situazione finanziaria di un assicuratore sia messa a rischio dalla conclusione di una transazione evidentemente svantaggiosa con un'altra impresa (indipendentemente dal fatto che questa appartenga o meno allo stesso gruppo) o al fine di impedire che le transazioni facciano confluire denaro nell'assicurazione sociale malattie distorcendo la concorrenza, l'autorità di vigilanza può verificare se le transazioni sono effettuate alle condizioni di mercato (*at arm's length*). Questo significa che tra la prestazione e il compenso deve sussistere un rapporto di equivalenza. In questo modo si impedisce per esempio che un assicuratore si assuma obblighi nei confronti di un'impresa dello stesso gruppo senza

che sia concordato un compenso equivalente per la prestazione fornita o che a un assicuratore siano attribuiti fondi per mezzo di una transazione. L'accettazione di versamenti è pertanto una transazione vietata, in quanto non è effettuata alle condizioni di mercato. Una tale transazione comporterebbe una disparità di trattamento e avvantaggerebbe soprattutto gli assicuratori che fanno parte di un gruppo. Le condizioni della transazione devono corrispondere a quelle che sarebbero concordate con terzi con cui l'assicuratore non intrattiene alcun legame.

## **Capitolo 7: Istituzione comune**

### **Articolo 67 Gestione aziendale e ufficio di revisione esterno**

Secondo l'articolo 20 LVAMal, i membri degli organi d'amministrazione e di direzione di un assicuratore o dell'istituzione comune devono godere di buona reputazione e offrire la garanzia di un'attività irreprensibile. Di conseguenza gli articoli 36-39 OVAMal si applicano per analogia all'istituzione comune.

Secondo l'articolo 45 della legge (ufficio di revisione esterno) gli articoli 25-27 si applicano per analogia. Di conseguenza gli articoli 52-54 OVAMal si applicano per analogia all'istituzione comune. Queste disposizioni corrispondono alla normativa vigente (cfr. articolo 20 secondo periodo OAMal).

### **Articolo 68 Ammontare del fondo per i casi d'insolvenza**

Finora il consiglio di fondazione dell'istituzione comune ha stabilito l'ammontare del fondo per i casi d'insolvenza d'intesa con l'UFSP. Secondo l'articolo 49 LVAMal l'istituzione comune dovrà definire anche in futuro l'ammontare di tale fondo. L'ordinanza afferma che il consiglio di fondazione dell'istituzione comune fissa l'ammontare del fondo per i casi d'insolvenza in funzione dei rischi che devono essere interamente coperti con tale fondo. La grande importanza che il fondo per i casi d'insolvenza riveste per il sistema dell'assicurazione sociale malattie giustifica l'invito all'autorità di vigilanza a esprimere il proprio parere prima della decisione del consiglio di fondazione.

### **Articolo 69 Collocamento dei mezzi del fondo per i casi d'insolvenza**

#### *Capoverso 1*

L'ammontare del fondo per i casi d'insolvenza corrisponde oggi a circa 79 milioni di franchi. Il collocamento di questi mezzi è retto dal regolamento di collocamento emanato dal consiglio di fondazione dell'istituzione comune. In base alla destinazione del fondo per i casi d'insolvenza, la disponibilità (liquidità) degli elementi del patrimonio e la sicurezza hanno la precedenza rispetto al rendimento. In virtù dell'articolo 18 capoverso 1 LAMal, il 31 ottobre 2012 il DFI ha approvato il regolamento di collocamento relativo al fondo per i casi d'insolvenza modificato dal consiglio di fondazione dell'istituzione comune con effetto a partire dal 1° aprile 2012. Esso può rimanere valido anche con la LVAMal.

#### *Capoverso 2*

Il reddito da capitale va a beneficio del fondo per i casi d'insolvenza. Ciò corrisponde alla prassi attuale dell'istituzione comune.

#### *Capoverso 3*

In virtù dell'articolo 18 LAMal, i regolamenti dell'istituzione comune necessitano dell'approvazione del Dipartimento. È altresì opportuno che le modifiche del regolamento di collocamento siano, come finora, sottoposte preventivamente all'autorità di vigilanza.

## **Capitolo 8: Autorità di vigilanza**

### **Articolo 70 Vigilanza sull'istituzione comune**

#### *Capoverso 1*

La vigilanza sull'istituzione comune, che finora era disciplinata solo a livello di ordinanza (art. 26 OAMal), ha ora una base legale nell'articolo 1 capoverso 1 lettera d della LVAMal. Secondo questa disposizione la LVAMal disciplina la vigilanza esercitata dalla Confederazione nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie sull'istituzione comune di cui all'articolo 18 LAMal. Nella pratica, all'Ufficio federale compete già ora la vigilanza tecnica sull'istituzione comune sul piano del diritto dell'assicurazione malattie, esaminando in particolare i rapporti finanziari dell'istituzione comune e facendo regolarmente rapporto al Dipartimento. Dal momento che l'istituzione comune ha la forma giuridica di una fondazione, per la vigilanza in materia di diritto delle fondazioni ai sensi dell'articolo 84 capoverso 2 CC resta competente l'Autorità federale di vigilanza sulle fondazioni (VFF). Per la verifica e l'approvazione dei rendiconti annuali, l'autorità di vigilanza continuerà a comunicare, su domanda, all'Autorità federale di vigilanza sulle fondazioni in un breve rapporto se vi sono stati reclami o se si sono resi necessari particolari provvedimenti.

#### *Capoverso 2*

Secondo l'articolo 1 capoverso 1 lettera d LVAMal tale legge disciplina la vigilanza esercitata dalla Confederazione nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie sull'istituzione comune di cui all'articolo 18 LAMal. L'OVAMal stabilisce che l'articolo 34 (Compiti, poteri e competenze dell'autorità di vigilanza) e l'articolo 35 capoverso 3 LVAMal, secondo cui l'autorità di vigilanza deve essere informata senza indugio sugli eventi di grande importanza ai fini della vigilanza, si applicano per analogia anche all'istituzione comune.

### **Articolo 71 Informazione del pubblico**

Secondo l'articolo 71 OVAMal, l'autorità di vigilanza mette a disposizione del pubblico una serie di informazioni, elencate in dettaglio alle lettere a-d. Già oggi l'autorità di vigilanza pubblica un gran numero di informazioni. Secondo l'articolo 71 lettera a OVAMal l'autorità di vigilanza è tenuta a pubblicare un elenco degli assicuratori e dei riassicuratori autorizzati a esercitare l'assicurazione sociale malattie, indicandone la forma giuridica, la sede, il raggio d'attività territoriale, l'effettivo degli assicurati e il gruppo assicurativo al quale appartengono. L'articolo 71 lettera b OVAMal obbliga l'autorità di vigilanza a pubblicare un elenco dei riassicuratori autorizzati a esercitare la riassicurazione nell'assicurazione sociale malattie, indicandone la forma giuridica, la sede e il gruppo assicurativo al quale appartengono. Secondo l'articolo 71 lettera c OVAMal l'autorità di vigilanza è tenuta a pubblicare le tariffe dei premi da essa approvati e la durata di validità dell'approvazione. Già oggi l'autorità di vigilanza pubblica un elenco degli assicuratori autorizzati come pure le tariffe dei premi approvate dall'autorità di vigilanza. Il presente articolo precisa questa pratica a livello di ordinanza. Secondo la nuova disposizione di cui all'articolo 71 lettera d OVAMal, l'autorità di vigilanza è tenuta ora a pubblicare, in caso di premi incassati in eccesso, l'importo della compensazione approvata secondo l'articolo 17 LVAMal. Questa disposizione è intesa a favorire la trasparenza in materia di restituzione dei premi.

## **Capitolo 9: Disposizioni finali**

### **Articolo 72 Modifica di altri atti normativi**

Cfr. allegato.

## Articolo 73 Disposizioni transitorie

### Capoverso 1

La nuova disposizione di cui all'articolo 6 OVAMal ha il seguente tenore: se un assicuratore non ha alcun assicurato per più di due anni, l'attività assicurativa è considerata cessata. L'autorità di vigilanza gli ritira l'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie e dispone per lui la revoca della vigilanza con una decisione (cfr. commento all'art. 6 OVAMal). Dal momento che anche il diritto transitorio necessita per determinati casi di una norma propria, nelle disposizioni transitorie viene ripresa la regola illustrata di seguito. Secondo la disposizione transitoria di cui all'articolo 73 capoverso 1 OVAMal, agli assicuratori che non hanno alcun assicurato per un periodo di due anni dall'entrata in vigore della presente ordinanza viene ritirata l'autorizzazione a esercitare l'assicurazione sociale malattie. L'autorità di vigilanza dispone per loro la revoca della vigilanza con una decisione.

### Capoverso 2

Le disposizioni sulla gestione dei rischi e sul sistema di controllo interno sono nuove rispetto al diritto vigente. Gli assicuratori necessitano di un certo tempo per la loro attuazione. Secondo l'articolo 59 capoverso 1 lettere c e d LVAMal gli assicuratori sono tenuti ad attuare le nuove disposizioni entro due anni dall'entrata in vigore della legge. La documentazione elencata all'articolo 41 capoverso 2 OVAMal deve essere presentata all'autorità di vigilanza per la prima volta al più tardi due mesi prima del termine fissato all'articolo 59 capoverso 1 LVAMal, affinché questa possa verificare per tempo se gli assicuratori soddisfano le nuove disposizioni in materia di gestione dei rischi e sistema di controllo interno.

### Capoverso 3

Le disposizioni sulla garanzia di un'attività irreprensibile sono nuove. Secondo l'articolo 59 capoverso 2 lettera b LVAMal gli assicuratori sono tenuti ad attuare le nuove disposizioni entro cinque anni dall'entrata in vigore della legge. I relativi dati devono essere presentati all'autorità di vigilanza per la prima volta al più tardi due mesi prima del termine fissato all'articolo 59 capoverso 2 LVAMal, affinché questa possa verificare per tempo se gli assicuratori soddisfano le nuove disposizioni.

Secondo il *capoverso 4* gli assicuratori sono tenuti a provvedere affinché, entro un anno dall'entrata in vigore della presente ordinanza, le sue riserve raggiungano l'ammontare minimo necessario di cui all'articolo 11. Il 22 giugno 2011 il Consiglio federale ha rivisto le disposizioni relative al calcolo delle riserve (art. 78-78c OAMal). Questa regolamentazione è entrata in vigore il 1° gennaio 2012, anche se le disposizioni transitorie hanno accordato agli assicuratori un termine di cinque anni per raggiungere il nuovo ammontare minimo necessario. Questo termine scadrà alla fine del 2016. Dal momento che l'OVAMal entrerà in vigore il 1° gennaio 2016, questo termine è mantenuto nella presente disposizione.

Il *capoverso 5* indica, analogamente alle disposizioni transitorie menzionate, le condizioni che gli assicuratori devono soddisfare se non dispongono ancora entro il termine menzionato delle riserve minime di cui agli articoli 10 e 11.

Il *capoverso 6* obbliga gli assicuratori a trasmettere il regolamento di collocamento all'autorità di vigilanza entro due anni dall'entrata in vigore della presente ordinanza. Gli assicuratori devono infatti disporre di una gestione dei rischi di cui all'articolo 22 LVAMal entro due anni dall'entrata in vigore della legge (art. 59 LVAMal: Disposizioni transitorie).

Il *capoverso 7* obbliga gli assicuratori a collocare il loro patrimonio conformemente alle nuove disposizioni entro la chiusura del secondo esercizio dall'entrata in vigore della presente ordinanza.

Secondo il *capoverso 8* gli assicuratori sono tenuti a comunicare all'autorità di vigilanza entro due anni dall'entrata in vigore della presente ordinanza i collocamenti in istituzioni che servono all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie (art. 46 cpv. 3).

#### **Articolo 74    Entrata in vigore**

Affinché il rafforzamento della vigilanza disposto dal Parlamento sia applicato il prima possibile, la presente ordinanza dovrà entrare in vigore il 1° gennaio 2016 contemporaneamente alla LVAMal.

## Modifica di altri atti normativi

1. **Ordinanza sull'abilitazione e la sorveglianza dei revisori (Ordinanza sui revisori, OSRev; RS 221.302.3) e ordinanza dell'Autorità federale di sorveglianza dei revisori concernente l'accesso ai dati non accessibili al pubblico (Ordinanza sui dati ASR, OD-ASR; RS 221.302.32)**

Sulla base della modifica dell'articolo 22 della legge sui revisori (LSR; RS 221.302) l'espressione «autorità di sorveglianza istituite da una legge speciale» è sostituita da «altre autorità di sorveglianza svizzere».

2. **Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102)**

Le disposizioni dell'OVAMal riprese del tutto o in parte dall'OAMal sono abrogate nell'OAMal. Si tratta in particolare degli articoli 12 – 18, 19a – 21, 24 – 26, 78 – 88, 92, 92b – 92c, 107 e 108 OAMal.

### *Articolo 28* Dati degli assicuratori

L'OAMal disciplina i dati relativi alla vigilanza nella sezione 3 (Dati relativi alla vigilanza) del capitolo 5 (Vigilanza) negli articoli 28 – 32 OAMal. La base legale per questa sezione era finora costituita dall'articolo 21 capoverso 4 LAMal. Con l'entrata in vigore della nuova LVAMal la base legale è modificata e sarà costituita dall'articolo 35 capoverso 2 LVAMal. Secondo l'articolo 21 capoverso 4 LAMal, nell'ambito della vigilanza sull'esecuzione della presente legge, gli assicuratori sono tenuti a fornire annualmente all'Ufficio federale i dati risultanti dalla fatturazione delle prestazioni e dall'attività assicurativa. Secondo l'articolo 35 capoverso 2 LVAMal le imprese sottoposte a vigilanza sono tenute a fornire annualmente indicazioni sui dati relativi alla loro attività nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie. L'autorità di vigilanza può esigere queste indicazioni anche con maggiore frequenza. Nell'ambito della modifica di altri atti normativi la LVAMal prevede l'abrogazione dell'articolo 21 LAMal. I rinvii all'articolo 21 capoverso 4 LAMal negli articoli 28 – 32 OAMal devono pertanto essere adeguati. Invece che all'articolo 21 capoverso 4 LAMal, l'OAMal dovrà rinviare all'articolo 35 capoverso 2 LVAMal. Nell'ambito della modifica di altri atti normativi la LVAMal prevede altresì l'abrogazione dell'articolo 22a LAMal (Dati dei fornitori di prestazioni). Il vecchio articolo 22a LAMal diventa il nuovo articolo 59a LAMal, conservando il titolo «Dati dei fornitori di prestazioni». Anche questa modifica rende necessario un adeguamento del rinvio nell'articolo 31 OAMal (dall'art. 22a LAMal all'articolo 59a LAMal). Inoltre l'articolo 31 OAMal è costituito da un solo capoverso. Nel solo testo tedesco dell'ordinanza vigente è quindi necessario depennare da questo articolo il numero del capoverso, che vi compare erroneamente. L'errore non concerne il testo francese e italiano. Dovrà essere altresì corretta la citazione della legge del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche.

Agli articoli 28 – 32 OAMal è apportata una sola modifica a livello di contenuto. All'articolo 28 capoverso 2 OAMal viene aggiunto che l'UFSP per ridurre l'aggravio di lavoro può, previa anonimizzazione dei dati, collegare questi ultimi con altre fonti di dati.

### *Capoversi 1 e 2*

Nei capoversi 1 e 2 (e nelle lettere interessate) i rinvii alle leggi sono adeguati come sopra illustrato. Inoltre, il secondo periodo del capoverso 2 sopra citato viene aggiunto ex novo. Dal momento che la fornitura dei dati deve provocare il minore aggravio di lavoro possibile (cfr. art. 28 cpv. 2 OAMal riferito agli assicuratori), l'articolo 28 capoverso 2 OAMal è integrato da un nuovo periodo, secondo cui l'UFSP per ridurre l'aggravio di lavoro può, previa anonimizzazione dei dati, collegare questi ultimi con altre fonti di dati. La protezione dei dati è garantita da un regolamento per il trattamento dei dati.

Articolo 28a Dati di terzi incaricati dagli assicuratori

L'articolo 28a OAMal è abrogato.

*Articolo 31* Pubblicazione dei dati dei fornitori di prestazioni

Il rinvio alla legge (art. 22a LAMal / art. 59a LAMal) è adeguato come sopra illustrato per l'articolo 28 OAMal. Non sono previste altre modifiche.

*Articoli 37d-37f* Commissioni federali (adeguamento dei rinvii)

Con il nuovo disciplinamento della partecipazione ai costi in caso di maternità dal 1° marzo 2014, l'ex articolo 105 «Aumento, riduzione e soppressione della partecipazione ai costi» era stato rinumerato come articolo 104a (cfr. RU 2013 4523), omettendo però di adeguare i rinvii all'articolo 105 presenti negli articoli 37d-37f. Per tale ragione l'adeguamento di questi rinvii è effettuato ora.

*Articolo 91* Graduazione dei premi

*Capoverso 1*

L'articolo 61 capoverso 2 LAMal riveduto prevede, in caso di effettivi di assicurati assai modesti, la possibilità di una deroga alla copertura dei costi. Un effettivo di assicurati è considerato assai modesto ai sensi dell'articolo 91 capoverso 1 OAMal se i costi di un singolo assicurato hanno un influsso notevole sui premi applicabili all'intero effettivo. Ciò significa che l'effettivo non presenta un numero di assicurati sufficiente ad «assorbire» i costi delle prestazioni di un singolo assicurato. In altri termini, i costi di un singolo assicurato non possono essere ripartiti tra tutti i membri dell'effettivo senza provocare un aumento significativo dei premi. Un effettivo inferiore a 300 assicurati è considerato in ogni caso assai modesto ai sensi dell'articolo 61 capoverso 2 LAMal riveduto.

*Capoverso 1<sup>bis</sup>*

Se un assicuratore inizia la sua attività o estende il suo raggio d'attività territoriale, è possibile che il suo effettivo non sia abbastanza ampio per poter fissare un premio a copertura dei costi. Per gli effettivi assai modesti l'assicuratore deve fissare un premio non inferiore a un importo minimo. Questa disposizione ha lo scopo di impedire che sia praticato un dumping dei premi da parte di un assicuratore che inizia a operare in un nuovo raggio d'attività territoriale.

*Capoverso 1<sup>ter</sup>*

L'importo minimo corrisponde alla media di tutti i premi dell'anno in corso per la regione di premio e il gruppo di età interessati. L'UFSP lo calcola ogni anno e lo comunica agli assicuratori al fine di permettere loro di fissare i premi per le situazioni menzionate al capoverso 1<sup>bis</sup>.

*Articolo 91b* Procedura per la definizione delle regioni di premio

*Capoverso 1*

In virtù dell'articolo 61 capoverso 2<sup>bis</sup> LAMal riveduto, è il DFI e non più l'UFSP a definire le regioni di premio. L'articolo 91b OAMal definisce la procedura: la validità delle regioni di premio è verificata periodicamente, cosa che sinora avveniva ogni cinque anni circa. I Cantoni possono proporre una modifica delle loro regioni di premio. Il DFI esamina quindi l'appropriatezza della modifica richiesta sulla base delle differenze di costi esistenti tra le regioni.

### *Capoverso 2*

Questa disposizione garantisce ai Cantoni la possibilità di pronunciarsi in merito alla modifica delle regioni di premio che li concernono, anche se questa è stata decisa dal Dipartimento e non su proposta di un Cantone.

### *Capoverso 3*

L'aggregazione dei comuni (fusione) può avere ripercussioni sulle regioni di premio se i comuni interessati non fanno parte della stessa regione. Al fine di attribuire il nuovo comune alla regione appropriata il Cantone, avendo maggiore conoscenza delle particolarità locali, presenta una proposta al DFI.

## **3. Ordinanza del 12 settembre 2014 sulla correzione dei premi**

In seguito all'abrogazione dell'articolo 78a OAMal il rinvio nell'articolo 5 capoverso 4 dell'ordinanza sulla correzione dei premi deve essere adeguato.

## **4. Ordinanza del 7 novembre 2007 concernente il sussidio della Confederazione per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie (ORPM; RS 832.112.4)**

### *Articolo 3 capoverso 4bis (nuovo)*

La Confederazione accorda annualmente ai Cantoni un sussidio per la riduzione dei premi. Tale sussidio corrisponde al 7,5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 66 LAMal). Le spese lorde per l'anno successivo sono stimate in particolare sulla base del premio medio per l'anno successivo e dell'evoluzione dei premi dovuti nel corso degli anni precedenti. La Confederazione può così comunicare ai Cantoni nel mese di ottobre la ripartizione del sussidio federale per l'anno successivo.

La LVAMal prevede che, se in un anno determinato i premi incassati da un assicuratore in un Cantone sono nettamente superiori ai costi cumulati di tale Cantone, l'anno successivo l'assicuratore possa operare una compensazione dei premi (art. 17 LVAMal). Questi importi di compensazione devono essere tenuti in considerazione nel calcolo dei sussidi federali. Se fossero considerati nella stima delle spese lorde, tutti i Cantoni riceverebbero un sussidio federale corrispondentemente inferiore. I contributi di compensazione si riferiscono tuttavia a un determinato Cantone e per tale ragione dovrebbero essere considerati nella ripartizione dei sussidi federali. Il Cantone in cui i premi sono stati compensati riceverà di conseguenza un sussidio inferiore da parte della Confederazione. A tal fine, l'UFSP dovrà dedurre il 7,5 per cento dei contributi di compensazione versati dagli assicuratori dalla quota del Cantone interessato. Sulla base dello scambio di dati nel quadro della riduzione dei premi, in linea di principio il Cantone è al corrente di quali persone erano assicurate presso l'assicuratore che ha compensato i premi. Esso può decidere se e come intende tenere conto di tali contributi di compensazione nell'ambito della riduzione dei premi per queste persone. In caso di contributi di compensazione modesti potrebbe essere opportuno rinunciare ad attribuirli a singoli assicurati. All'articolo 3 ORPM viene pertanto aggiunto un nuovo capoverso, in virtù del quale l'UFSP deduce il 7,5 per cento di una compensazione per premi incassati in eccesso secondo l'articolo 17 LVAMal dalla quota parte cantonale calcolata secondo il capoverso 4. Il DFI può stabilire come calcolare la deduzione.

A titolo d'esempio, l'assicuratore X può chiedere all'autorità di vigilanza entro giugno 2017 di compensare i premi 2016 nel cantone Y, rimborsando la compensazione nel 2017 (art. 18 LVAMal). La Confederazione deduce allora il 7,5 per cento dell'importo che l'assicuratore X rimborserà per il 2017 nel Cantone Y dal sussidio che essa corrisponderà nel 2018 a quello stesso Cantone.

**5. Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (ordinanza sulla sorveglianza; OS, RS 961.011)**

*Articolo 5a* Assicurazioni complementari delle casse malati

Questa disposizione ricorda che le casse malati che intendono offrire assicurazioni complementari devono disporre della relativa autorizzazione della FINMA.

*Articolo 160a* Coordinamento tra le autorità di sorveglianza

Questa disposizione concretizza l'articolo 80 capoverso 2 LSA e corrisponde all'articolo 62 OVAMal. Quest'ultimo disciplina gli aspetti dell'assicurazione sociale malattie che possono avere un influsso su un'assicurazione ai sensi dell'articolo 2 capoverso 2 LVAMal. L'elenco di cui all'articolo 160a OS corrisponde a quello dell'articolo 62 OVAMal, garantendo la reciprocità del coordinamento tra le due autorità di vigilanza.