

Il Consiglio federale fissa l'entrata in vigore della legge sull'assicurazione malattie e adotta tre ordinanze d'applicazione

Il Consiglio federale ha fissato al 1° gennaio 1996 l'entrata in vigore della nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal), accettata dal popolo il 4 dicembre 1994. Ha inoltre adottato tre ordinanze che regolano i dettagli relativi alla messa in vigore della legge, alla ripartizione dei sussidi federali e alla compensazione dei rischi tra gli assicuratori.

Queste tre ordinanze relativamente brevi sono state sottoposte in via preliminare alla consultazione dei Cantoni, dei partiti politici e delle organizzazioni interessate. Esse contengono norme assolutamente necessarie agli assicuratori e ai Cantoni affinché possano predisporre l'applicazione del nuovo ordinamento legale. La maggior parte delle disposizioni d'esecuzione della legge saranno oggetto di un'ordinanza principale più ampia, il cui disegno è attualmente in procedura di consultazione; questa ordinanza sarà approvata dal Consiglio federale nel giugno 1995.

Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della legge

Questa ordinanza fissa l'entrata in vigore della LAMal al 1° gennaio 1996. Questa data non ha sollevato alcuna obiezione nell'ambito della procedura di consultazione. L'ordinanza regola anche una serie di questioni che devono essere chiarite prima dell'entrata in vigore della legge (p. es. l'iscrizione degli assicuratori) e garantisce, in alcuni campi, la transizione dal previgente al nuovo diritto. Di conseguenza, gli assicuratori, i medici, gli ospedali, ecc. avranno tempo sino alla fine del 1997 per adeguare di comune accordo alla nuova legge le convenzioni tariffarie. Sempre entro la fine del 1997, i Cantoni dovranno aver eseguito la loro pianificazione ospedaliera.

Nella procedura di consultazione, le casse malati hanno chiesto un termine di tre anni per adeguare i loro contratti d'assicurazione collettiva al nuovo diritto. Non è stato possibile prendere in considerazione questa proposta poiché la LAMal non permette un tale periodo transitorio. I contratti collettivi, per quanto concernano prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, decadono alla fine del 1995 e il premio unico per assicuratore e per regione entrerà in vigore per tutti gli assicurati a partire dal 1° gennaio 1996.

Quanto alle assicurazioni complementari (p. es. per le camere private o semiprivato all'ospedale), occorre ricordare che, conformemente alla nuova legge, esse saranno rette da contratti di diritto privato, ma che tuttavia le casse malati potranno continuare a praticarle secondo il previgente diritto sino alla fine del 1996.

Ordinanza concernente i sussidi per la riduzione dei premi

La LAMal prevede che la Confederazione versi sussidi ai Cantoni, i quali dovranno integrarli con contributi propri e utilizzarli per ridurre i premi dell'assicurazione malattie di persone e famiglie economicamente meno abbienti. Ogni Cantone ha il compito di determinare la cerchia dei beneficiari nonché l'importo e le modalità della riduzione dei premi. L'ordinanza sui sussidi federali regola dettagliatamente la ripartizione dei sussidi federali tra i Cantoni e l'obbligo di quest'ultimi di integrarli.

L'ordinanza prevede che i sussidi federali devono essere ripartiti in funzione della capacità finanziaria dei Cantoni. Durante la procedura di consultazione, la maggior parte dei Cantoni si è opposta alla presa in considerazione dei premi.

Ordinanza sulla compensazione dei rischi

La nuova legge prevede, per i primi dieci anni d'applicazione, un sistema di compensazione dei rischi tra gli assicuratori. Gli assicuratori con effettivo d'assicurati relativamente giovani (quindi meno sovente malati) devono versare un contributo a favore degli assicuratori con effettivo di assicurati piuttosto anziani (quindi più sovente malati). L'ordinanza, appena approvata, regola le modalità tecniche di questo sistema. Essa è stata segnatamente concepita in modo tale da non svantaggiare gli assicuratori che lavorano in modo economico.

DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
Servizio stampa e informazione

Informazioni

tel. 031 322 91 44
Claude Voegeli, capodivisione
Divisione assicurazione malattia
Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Allegati:

- 3 ordinanza
- Rapporto concernente i risultati della procedura di consultazione sui disegni di ordinanza seguenti

**Ordinanza
concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della legge federale
del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie**

del 12 aprile 1995

Il Consiglio federale svizzero,

visto l'articolo 107 capoverso 2 della legge federale del 18 marzo 1994¹⁾ sull'assicurazione malattie (LAMal; legge),

ordina:

Sezione 1: Entrata in vigore

Art. 1

¹Riservato il capoverso 2, la legge entra in vigore il 1° gennaio 1996.

²Gli articoli 11-14, 18, 61 capoverso 4, 76 capoverso 4, 97-104 e 107 capoverso 2 entrano in vigore il 1° giugno 1995.

Sezione 2: Disposizioni d'introduzione

Art. 2 Disposizioni cantonali
(art. 97 LAMal)

¹Entro il 1° gennaio 1996, i Cantoni emanano le disposizioni d'esecuzione degli articoli 6 e 44 capoverso 2 della legge e dell'articolo 47 capoversi 2 e 3 della legge del 23 giugno 1978²⁾ sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA).

¹RS ...; RU ... (FF 1994 II 231)

²RS 961.01

⁵Le casse non ancora iscritte al registro di commercio devono provvedere in merito entro il 1° gennaio 1997.

⁶I contratti d'assicurazione collettiva stipulati ai sensi dell'articolo 5^{bis} LAMI decadono dal 31 dicembre 1995 per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Dal 1° gennaio 1996 le casse continuano secondo il nuovo diritto l'assicurazione delle cure medico-sanitarie dei loro assicurati affiliati a un contratto da allora decaduto.

Art. 4 Ripartizione del patrimonio
 (art. 98 cpv. 3 LAMa)

¹Per il 1° gennaio 1996, le casse devono ripartire nei singoli campi assicurativi le riserve giusta gli articoli 9-11 dell'Ordinanza V sull'assicurazione contro le malattie del 2 febbraio 1965¹⁾ concernente il riconoscimento delle casse malati e delle federazioni di riassicurazione come pure la loro sicurezza finanziaria, le altre riserve costituite a scopi assicurativi, gli accantonamenti per casi di assicurazione non liquidati e le riserve provenienti da fusioni, nonché esporre i corrispettivi importi nel bilancio di apertura del 1996. La ripartizione è effettuata sulla base del patrimonio al 31 dicembre 1995.

²Sono ritenuti campi assicurativi:

- a. l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- b. l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo gli articoli 67-77 della legge;
- c. le assicurazioni complementari e gli altri rami d'assicurazione.

³La ripartizione è effettuata sulla base delle uscite della cassa per i singoli campi assicurativi negli anni 1990-1994. L'UFAS determina le rubriche dei moduli d'inchiesta ufficiali di cui va tenuto conto ed emana le necessarie istruzioni.

⁴Fondi esistenti e altri impegni a fini assicurativi determinati rimangono ripartiti secondo i corrispettivi scopi.

¹RS 832.121; RU 1965 93, 1969 81 1241, 1970 1648, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 40 370

Art. 5 Riassicurazione
(art. 14 LAMaI)

¹Le casse malati e le federazioni di riassicurazione riconosciute ai sensi della LAMI che intendono continuare la riassicurazione secondo la nuova legge devono inoltrare all'UFAS una domanda scritta d'autorizzazione entro il 31 luglio 1995.

²I contratti di riassicurazione o di garanzia e gli altri contratti esistenti stipulati tra casse e riassicuratori devono essere adeguati al nuovo diritto entro il 31 dicembre 1996.

Art. 6 Istituzione comune
(art. 18 LAMaI)

Entro il 30 settembre 1995, gli assicuratori devono presentare per approvazione al Dipartimento federale dell'interno (dipartimento) l'atto di fondazione dell'istituzione comune prevista nell'articolo 18 della legge e i regolamenti concernenti la sua gestione.

Art. 7 Promozione della salute
(art. 19 e 20 LAMaI)

¹L'istituzione prevista nell'articolo 19 capoverso 2 della legge deve iniziare la propria attività al più tardi il 1° gennaio 1998. Gli assicuratori e i Cantoni comunicano al dipartimento, entro il 31 dicembre 1996, se l'istituzione è stata creata. Sottopongono al contempo al dipartimento lo statuto dell'istituzione.

²L'istituzione deve comunicare per iscritto all'UFAS, entro il 30 giugno 1997, la proposta concernente il contributo di cui all'articolo 20 capoverso 1 della legge. Se intende iniziare la propria attività già nel 1997, la proposta va inoltrata entro il 30 giugno 1996. Alla proposta devono essere allegati un programma di attività e un preventivo che riveli la necessità di questo contributo.

Art. 8 Tariffe e convenzioni tariffali
(art. 101 cpv. 2 e 104 LAMaI)

¹Le convenzioni tariffali stipulate secondo il diritto previgente devono essere adeguate al nuovo diritto entro il 31 dicembre 1997.

²Riguardo gli stabilimenti o loro reparti ritenuti stabilimenti di cura secondo il diritto previgente, l'obbligo degli assicuratori di fornire prestazioni e l'ammontare della remunerazione allo stabilimento di cura sono determinati, fino all'adeguamento al nuovo diritto, dalle previgenti convenzioni o tariffe.

³Riguardo le convenzioni tariffali stipulate secondo il diritto previgente, sono possibili aumenti tariffali anche senza adeguamento delle altre disposizioni al nuovo diritto, a condizione che l'articolo 49 capoverso 1 della legge non sia disatteso.

Art. 9 Contabilità analitica
(art. 49 cpv. 6 LAMaI)

Entro il 31 dicembre 1996, gli ospedali devono sottoporre al Consiglio federale una proposta comune in merito alla contabilità analitica e alla statistica delle prestazioni giusta l'articolo 49 capoverso 6 della legge nonché una proposta relativa al termine per la loro introduzione negli ospedali e nelle case di cura. Il Consiglio federale, sentiti i Cantoni, gli assicuratori, gli ospedali e le case di cura, emana le disposizioni necessarie per l'introduzione della contabilità analitica e della statistica delle prestazioni.

Sezione 3: Entrata in vigore

Art. 10

La presente ordinanza entra in vigore il 1° giugno 1995.

12 aprile 1995

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione,
Il cancelliere della Confederazione,

**Ordinanza
concernente i sussidi della Confederazione per la riduzione dei
premi nell'assicurazione malattie**

del 12 aprile 1995

Il Consiglio federale svizzero,

visti gli articoli 66 e 96 della legge federale del 18 marzo 1994¹⁾ sull'assicurazione malattie (legge),

ordina:

Art. 1 **Scopo**

La presente ordinanza regola la ripartizione dei sussidi della Confederazione ai Cantoni, prevista nell'articolo 66 della legge, e l'obbligo dei Cantoni d'integrare questi sussidi con sussidi propri.

Art. 2 **Sussidi della Confederazione e dei Cantoni**

¹L'importo massimo della quota di ogni Cantone risulta dalla ripartizione dell'intero sussidio della Confederazione secondo la chiave di ripartizione prevista nell'articolo 3.

²I sussidi integrativi dei Cantoni sono determinati in base agli importi massimi di cui al capoverso 1.

¹RS ...; RU ... (FF 1994 II 231)

Art. 3 Chiave di ripartizione

1I sussidi federali e cantonali ai sensi dell'articolo 66 della legge sono ripartiti tra i Cantoni secondo i seguenti coefficienti:

- a. indice della capacità finanziaria del Cantone [icf];
- b. popolazione residente media del Cantone in migliaia [pop];
- c. intero sussidio federale in milioni di franchi [s];
- d. intero sussidio cantonale in milioni di franchi [sc];
- e. fattore di correzione [a] destinato a tener conto del rapporto mutevole tra gli interi sussidi federali e cantonali da ripartire secondo la capacità finanziaria [a = $2 * sc / s(cf)$];
- f. sussidio medio svizzero pro capite della Confederazione e dei Cantoni secondo la capacità finanziaria [m];
- g. costante stabilita ogni volta per il calcolo delle quote in modo tale che la somma delle quote di tutti i Cantoni corrisponda esattamente al sussidio federale da ripartire [c].

2L'intero sussidio federale [s] è ripartito tra i Cantoni secondo la seguente chiave:
Quota di ogni Cantone a s in fr. = $2,71828 (a * icf - 0.00503) * s * pop * c$

3I Cantoni integrano i sussidi federali mediante sussidi propri cosicché i sussidi federali e cantonali pro capite dipendenti dalla capacità finanziaria (m) siano almeno equivalenti in ogni Cantone giusta la seguente formula:

Prestazione complementare del Cantone = $(m * pop * 1000) - \text{quota del Cantone a s.}$

Art. 4 Basi di calcolo

¹Il numero della popolazione residente dei Cantoni è quello dell'ultimo censimento della popolazione residente media.

²La capacità finanziaria dei Cantoni è determinata secondo gli indici dei corrispettivi anni, stabiliti giusta gli articoli 2-4 della legge federale del 19 giugno 1959¹⁾ concernente la perequazione finanziaria tra i Cantoni.

³L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), in collaborazione con l'Amministrazione federale delle finanze, pubblica ogni volta nel mese di aprile gli importi massimi e minimi dei sussidi federali e cantonali per l'anno successivo.

Art. 5 Richiesta dei sussidi federali

¹I Cantoni devono inoltrare all'UFAS entro il 31 gennaio, mediante l'apposito formulario, la distinta dei sussidi di riduzione previsti per l'anno corrente. Indicano all'UFAS le disposizioni di diritto cantonale sulle quali si basa il versamento di questi sussidi.

²I Cantoni che riducono il loro sussidio secondo l'articolo 66 capoverso 5 della legge devono comunicare all'UFAS la percentuale della riduzione contemporaneamente all'inoltro della distinta di cui al capoverso 1. L'UFAS tiene conto di questa riduzione al momento del versamento dei sussidi federali.

Art. 6 Versamento

I sussidi federali sono versati come segue:

- a. 80% sulla base della distinta prevista all'articolo 5 capoverso 1, in tre rate durante l'anno corrente;
- b. i rimanenti sussidi nell'anno successivo, di regola al più tardi 3 mesi dopo il ricevimento del conteggio finale.

¹RS 613.1

Art. 7 Conteggio

¹Il conteggio relativo ai sussidi federali e cantonali si riferisce ogni volta a un anno civile e va inoltrato all'UFAS al più tardi entro il 30 giugno dell'anno successivo.

²Il conteggio viene effettuato su un formulario, redatto dall'UFAS dopo aver consultato i Cantoni, nel quale figurano in particolare indicazioni riguardanti il numero, il sesso, l'età, il reddito e la composizione delle economie domestiche dei beneficiari.

³I Cantoni che delegano ai Comuni il compito di stabilire e di versare i sussidi di riduzione devono controllare i conteggi comunali e redigerne la ricapitolazione per l'UFAS conformemente alle sue istruzioni.

Art. 8 Controllo

¹Con il conteggio deve essere inoltrato un rapporto di revisione nel quale siano indicati la data e la portata della revisione, gli accertamenti effettuati e le relative conclusioni. L'UFAS può richiedere agli uffici di revisione rapporti supplementari.

²L'UFAS esamina, giusta l'articolo 25 della legge sui sussidi del 5 ottobre 1990¹⁾ se i sussidi federali sono impiegati conformemente alla legge.

³I Cantoni devono comunicare all'UFAS ai sensi dell'articolo 11 della legge sui sussidi tutte le informazioni necessarie e permettergli di consultare i documenti e di accedere ai luoghi.

¹RS 616.1

Art. 9 Rimborso, riduzione e dilazione dei versamenti dei sussidi

¹I sussidi indebiti devono essere restituiti ai sensi degli articoli 28 e 30 della legge sui sussidi.

²Se un conteggio è incompleto o inesatto, oppure se le disposizioni della legge, della presente ordinanza o le relative istruzioni sono disattese, i sussidi possono essere bloccati finché non vi sia posto rimedio oppure ridotti ai sensi dell'articolo 28 capoverso 2 della legge sui sussidi.

Art. 10 Competenza

Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio da un Cantone ad un altro, il diritto alla riduzione dei premi sussiste per tutta la durata dell'anno civile secondo il diritto del Cantone nel quale l'assicurato era domiciliato al 1° gennaio.

Art. 11 Disposizione finale ed entrata in vigore

¹L'ordinanza del 31 agosto 1992¹⁾ sui sussidi ai Cantoni per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattia è abrogata.

²La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996.

12 aprile 1995

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione,
Il cancelliere della Confederazione,

¹RS 832.112.4

Ordinanza
sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie

del 12 aprile 1995

Il Consiglio federale svizzero,

Visti gli articoli 18 e 105 della legge federale del 18 marzo 1994¹⁾ sull'assicurazione malattie (legge),

ordina:

Art. 1 Campo d'applicazione della compensazione dei rischi

¹La compensazione dei rischi ai sensi dell'articolo 105 della legge si applica all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, comprese le forme particolari d'assicurazione ai sensi degli articoli 41 capoverso 4 e 62 della legge.

²Tutti gli assicuratori che esercitano l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono fornire le indicazioni necessarie per l'attuazione della compensazione dei rischi.

Art. 2 Gruppi di rischio

¹Per l'attuazione della compensazione dei rischi, gli assicurati sono ripartiti in gruppi di rischio. Il primo gruppo comprende gli assicurati dai 18 ai 25 anni. Gli assicurati dai 26 ai 90 anni sono ripartiti per gruppi di 5 anni cadauno. L'ultimo gruppo di rischio comprende gli assicurati di 91 anni e più.

²L'attribuzione ai gruppi di rischio è effettuata in base all'anno di nascita degli assicurati.

¹RS ...; RU ... (FF 1994 II 231)

Art. 3 Costi medi

¹Per l'attuazione della compensazione dei rischi sono stabiliti per Cantone i seguenti costi medi:

- a. costi medi per assicurato di 18 anni o più (media generale);
- b. costi medi per assicurato di ogni gruppo di rischio, secondo il sesso (media del gruppo).

²Per il calcolo dei costi medi sono determinanti i costi assunti per tutti gli assicurati del Cantone nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, dedotta la partecipazione ai costi.

³Se in un Cantone si verificano sensibili divergenze riguardo all'evoluzione dei costi medi a causa di effettivi ridotti d'assicurati o di determinati casi di malattia onerosi, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), a domanda dell'organo competente della gestione della compensazione dei rischi (art. 7), stabilisce i costi medi determinanti per la compensazione dei rischi conformemente ai principi attuariali.

Art. 4 Effettivo degli assicurati

¹Per calcolare l'effettivo degli assicurati di un assicuratore è determinante il numero dei mesi d'assicurazione.

²Gli assicurati domiciliati all'estero e il cui luogo di lavoro è in Svizzera sono attribuiti al Cantone ove lavorano. Gli altri assicurati provenienti dall'estero sono attribuiti al Cantone del loro ultimo domicilio o della sede dell'assicuratore.

³Per i nuovi assicuratori sono determinanti gli effettivi degli assicurati registrati all'inizio dell'esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie finché non siano noti i dati di cui ai capoversi 1 e 2.

Art. 5 **Compensazione dei rischi**

¹Gli assicuratori pagano per tutti gli assicurati di un gruppo di rischio, i cui costi medi determinati conformemente all'articolo 3 e secondo il sesso sono inferiori alla media generale, una tassa di rischio corrispondente alla differenza tra la media del gruppo e la media generale.

²Gli assicuratori ricevono per tutti gli assicurati di un gruppo di rischio, i cui costi medi determinati conformemente all'articolo 3 e secondo il sesso sono superiori alla media generale, un contributo compensativo corrispondente alla differenza tra la media del gruppo e la media generale.

Art. 6 **Calcolo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi**

¹Per il calcolo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi sono determinanti gli effettivi degli assicurati e i costi da essi ingenerati nell'anno civile in cui è effettuata la compensazione dei rischi (anno di compensazione).

²Le tasse di rischio e i contributi compensativi sono stabiliti provvisoriamente nell'anno che precede quello di compensazione. Il calcolo provvisorio è effettuato in base agli effettivi degli assicurati e dei costi dell'anno civile precedente di due anni quello di compensazione. Per la valutazione dei rischi, il competente organo di gestione della compensazione dei rischi (art. 7) può computare un congruo supplemento al fine di tener conto di un probabile aumento dei costi fino all'anno di compensazione.

³Le tasse di rischio e i contributi compensativi definitivi sono stabiliti nel corso dell'anno successivo a quello di compensazione.

Art. 7 Organo di gestione

¹La gestione della compensazione dei rischi è affidata all'istituzione comune prevista nell'articolo 18 della legge.

²L'istituzione comune determina l'ammontare delle tasse di rischio e dei contributi compensativi e comunica ad ogni assicuratore il corrispettivo saldo e all'UFAS i documenti relativi ai calcoli e al saldo per ogni assicuratore, stabiliti per Cantone e per tutta la Svizzera.

³Allestisce una statistica degli assicurati e dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nei Cantoni e la mette a disposizione della Confederazione, dei Cantoni, degli assicuratori e delle loro federazioni. I costi relativi all'allestimento delle statistiche sono a carico dell'istituzione comune. La statistica può pure essere messa a disposizione di altre cerchie interessate.

⁴Redige annualmente un rapporto sulla gestione della compensazione dei rischi.

⁵Il contenuto del rapporto e della statistica è determinato congiuntamente dall'istituzione comune e dall'UFAS. L'istituzione comune pubblica ogni anno questi due documenti.

Art. 8 Analisi degli effetti

L'UFAS effettua, con le cerchie specializzate dell'assicurazione malattie, un'analisi scientifica parallela. Vanno in particolare analizzati gli effetti della compensazione dei rischi sull'evoluzione dei costi riguardo ogni assicuratore e sul diritto degli assicurati di cambiare assicuratore. L'UFAS stabilisce le modalità tecniche dell'analisi. Per i lavori di ricerca e per la valutazione dei risultati può rivolgersi a un istituto scientifico.

Art. 9 Spese d'amministrazione

Gli assicuratori partecipano alla copertura delle spese d'amministrazione della compensazione dei rischi mediante un contributo uniforme per ogni assicurato. L'ammontare del contributo è determinato in base agli effettivi degli assicurati ai sensi dell'articolo 4.

Art. 10 Fornitura dei dati all'organo di gestione

¹Gli assicuratori forniscono i loro dati, strutturati per Cantone, per gruppi di rischio, per sesso e per anno civile, riguardanti gli effettivi degli assicurati, i costi e le partecipazioni ai costi secondo le direttive dell'istituzione comune. Trasmettono all'istituzione comune i dati con una copia del modulo ufficiale concernente l'effettivo medio degli assicurati.

²Questi dati devono essere forniti all'istituzione comune entro fine aprile dell'anno che precede l'anno di compensazione e di quello che lo segue.

Art. 11 Controllo dei dati

¹L'istituzione comune può chiedere agli organi di revisione degli assicuratori un rapporto circa l'esattezza e la completezza dei dati forniti.

²L'istituzione comune, in collaborazione con gli organi di revisione degli assicuratori, può verificare mediante prove a saggio l'esattezza e la completezza dei dati forniti ai sensi dell'articolo 10.

Art. 12 Termini di pagamento

¹I pagamenti degli assicuratori in favore della compensazione dei rischi, risultanti dal calcolo provvisorio secondo l'articolo 6 capoverso 2, devono essere effettuati per metà entro il 15 febbraio e per metà entro il 15 agosto dell'anno di compen-

sazione. I pagamenti compensativi in favore degli assicuratori devono essere effettuati per metà entro il 28 o 29 febbraio e per metà entro il 31 agosto dell'anno di compensazione.

²I pagamenti degli assicuratori in base al calcolo definitivo ai sensi dell'articolo 6 capoverso 3 devono essere effettuati entro il 15 novembre dell'anno che segue quello di compensazione. I pagamenti compensativi in favore degli assicuratori devono essere effettuati entro il 30 novembre dell'anno che segue quello di compensazione.

³I pagamenti compensativi dovuti agli assicuratori devono essere effettuati dall'istituzione comune anche se non tutti gli assicuratori hanno eseguito i pagamenti per la compensazione dei rischi. Se alla data di scadenza sono ancora pendenti pagamenti degli assicuratori, l'istituzione comune può procedere ai pagamenti compensativi in base agli importi delle tasse di rischio già versate. I contributi compensativi dovuti vanno pagati dopo il loro incasso e maggiorati in base alle entrate provenienti dagli interessi di mora ai sensi del capoverso 4. Se gli importi dovuti sono esigui, l'istituzione comune può contrarre un credito per poter pagare i contributi compensativi senza riduzione e entro i termini previsti.

⁴Gli assicuratori che non s'attengono ai termini di pagamento conformemente ai capoversi 1 e 2 devono, scaduti i termini, versare all'istituzione comune un interesse di mora pari allo 0,5 per cento. Questa norma si applica sia alle due rate della compensazione dei rischi provvisoria, sia al pagamento finale della compensazione dei rischi definitiva.

⁵Per le differenze registrate tra il calcolo definitivo e il calcolo provvisorio è riscosso un interesse sugli importi pagati in troppo o in meno. Gli interessi sono calcolati in funzione dei termini di pagamento e di riscossione degli importi per la compensazione dei rischi provvisoria e definitiva tenendo conto degli importi effettivamente pagati o riscossi. L'istituzione comune stabilisce il tasso d'interesse in base ai tassi in vigore sul mercato monetario. Versa o esige gli interessi entro il 31 dicembre dell'anno che segue quello di compensazione.

Art. 13 Provento degli interessi

¹L'istituzione comune rimborsa agli assicuratori gli interessi accumulatisi dato il divario dei termini tra il versamento e la riscossione dei pagamenti della compensazione dei rischi provvisoria e definitiva.

²L'ammontare del rimborso degli interessi è determinato in base all'entità della partecipazione dell'assicuratore a ogni compensazione dei rischi. L'istituzione comune versa gli interessi entro il 31 dicembre dell'anno che segue quello di compensazione.

Art. 14 Protezione dei dati

¹L'istituzione comune, salvo riguardo l'UFAS e il proprio organo di revisione, è tenuta a mantenere il segreto sui dati che permettono d'identificare l'assicuratore. Anche i terzi incaricati di elaborare i dati devono mantenere il segreto in merito.

²I dati raccolti devono essere utilizzati solo ai fini della gestione della compensazione dei rischi e dell'allestimento della statistica.

Art. 15 Procedura e contenzioso

¹In caso di contestazione tra un assicuratore e l'istituzione comune riguardo la gestione della compensazione dei rischi, l'istituzione comune rende una decisione ai sensi dell'articolo 5 della legge sulla procedura amministrativa (PA)¹.

²L'assicuratore può interporre ricorso contro questa decisione presso il Dipartimento federale dell'interno (Dipartimento) ai sensi degli articoli 44segg. PA.

¹RS 172.021

Art. 16 Riparazione del danno e misure d'ordine

¹Se gli assicuratori disattendono l'obbligo di fornire i dati e di effettuare i pagamenti, l'istituzione comune può conteggiare loro i danni che ne risultano.

²L'UFAS può proporre al Dipartimento di ritirare l'autorizzazione all'esercizio dell'assicurazione sociale contro le malattie agli assicuratori che, malgrado il proprio previo avvertimento, non partecipano alla compensazione dei rischi. Analogo provvedimento vale riguardo gli assicuratori che, malgrado diffida scritta dell'istituzione comune, disattendono ripetutamente l'obbligo di fornire il dati e di effettuare i pagamenti.

Art. 17 Disposizioni finali e transitorie, entrata in vigore

¹L'ordinanza IX del 31 agosto 1992¹⁾ sull'assicurazione contro le malattie concernente la compensazione dei rischi tra le casse malati (ordinanza IX) è abrogata.

²La compensazione dei rischi 1994 e 1995 soggiace al diritto previgente. Se la gestione della compensazione dei rischi è trasferita dal Concordato degli assicuratori malattie svizzeri all'istituzione comune, l'articolo 15 della presente ordinanza è applicabile anche alla compensazione dei rischi secondo il previgente diritto, per quanto l'UFAS non abbia ancora notificato alcuna decisione.

³Per gli anni civili 1995 e 1996, gli assicuratori trasmettono i dati all'organo di gestione della compensazione dei rischi ai sensi degli articoli 3 e 12 dell'ordinanza IX e degli articoli 2 e 10 della presente ordinanza.

¹RU 1992 1738, 1993 2013

⁴La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996 ed è valedole fino al 31 dicembre 2005.

12 aprile 1995

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione:

Il cancelliere della Confederazione:

Rapporto concernente i risultati della procedura di consultazione sui disegni di ordinanze seguenti:

**Ordinanza
concernente l'entrata in vigore e l'introduzione
della legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie**

**Ordinanza
concernente i sussidi della Confederazione per la riduzione dei
premi nell'assicurazione malattie**

**Ordinanza
sulla compensazione dei rischi
nell'assicurazione malattie**

CONTENUTO

| | Pagina |
|---|--------|
| Elenco delle abbreviazioni | 5 |
| A. ORDINANZA CONCERNENTE L'ENTRATA IN VIGORE E L'INTRODUZIONE DELLA LEGGE FEDERALE DEL 18 MARZO 1994 SULL'ASSICURAZIONE MALATTIE | |
| 1 Procedura di consultazione | 7 |
| 2 Approvazione di massima del disegno di ordinanza | 7 |
| 3 Osservazioni | 7 |
| 4 Risultati puntuali | 8 |
| Art. 1 Entrata in vigore della legge e di singole disposizioni della legge | 8 |
| Art. 2 Disposizioni cantonali | 8 |
| Art. 3 Continuazione dell'assicurazione da parte delle casse malati riconosciute | 9 |
| Art. 4 Ripartizione del patrimonio | 9 |
| Art. 5 Riassicurazione | 10 |
| Art. 6 Assicurazioni complementari | 10 |
| Art. 7 Istituzione comune | 11 |
| Art. 8 Promozione della salute | 11 |
| Art. 9 Tariffe e convenzioni tariffali | 12 |
| Art. 10 Valori indicizzati | 13 |
| Art. 11 Entrata in vigore dell'ordinanza | 14 |

Pagina

**B. ORDINANZA CONCERNENTE I SUSSIDI DELLA CONFEDERAZIONE PER
LA RIDUZIONE DEI PREMI NELL'ASSICURAZIONE MALATTIE**

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Procedura di consultazione | 15 |
| 2 | Approvazione di massima del disegno di ordinanza | 15 |
| 3 | Osservazioni | 15 |
| 4 | Risultati puntuali | 16 |
| | Art. 1 Scopo | 16 |
| | Art. 2 Sussidi della Confederazione e dei Cantoni | 16 |
| | Art. 3 Chiave di ripartizione | 16 |
| | Art. 4 Basi di calcolo | 17 |
| | Art. 5 Impiego dei sussidi | 17 |
| | Art. 6 Domanda dei sussidi federali | 18 |
| | Art. 7 Conteggio | 18 |
| | Art. 8 Versamento | 19 |
| | Art. 9 Controllo | 19 |
| | Art. 10 Restituzione, riduzione e dilazione dei versamenti dei sussidi | 20 |
| | Art. 11 Situazione degli assicurati | 20 |
| | Art. 12 Disposizione finale ed entrata in vigore | 21 |
| | Indicazioni del Tribunale federale delle assicurazioni relative alle questioni di procedura | 21 |

Pagina

**C. ORDINANZA SULLA COMPENSAZIONE DEI RISCHI NELL'ASSICURAZIONE
MALATTIE**

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Procedura di consultazione | 22 |
| 2 | Approvazione di massima del disegno di ordinanza | 22 |
| 3 | Osservazioni | 22 |
| 4 | Risultati puntuali | 23 |
| Art. 1 | Campo d'applicazione della compensazione dei rischi | 23 |
| Art. 2 | Gruppi di rischio | 24 |
| Art. 3 | Costi medi | 24 |
| Art. 4 | Effettivo degli assicurati | 25 |
| Art. 5 | Compensazione dei rischi | 25 |
| Art. 6 | Calcolo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi | 25 |
| Art. 7 | Organo di gestione | 26 |
| Art. 8 | Spese d'amministrazione | 26 |
| Art. 9 | Fornitura dei dati all'organo di gestione | 27 |
| Art. 10 | Controllo dei dati | 27 |
| Art. 11 | Termini di pagamento | 27 |
| Art. 12 | Protezione dei dati | 29 |
| Art. 13 | Contestazioni | 29 |
| Art. 14 | Misure d'ordine | 29 |
| Art. 15 | Disposizione finale ed entrata in vigore | 30 |

Elenco delle abbreviazioni

| | |
|------------|---|
| ACSI | Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana |
| AMI | Associazione svizzera degli assicuratori privati malattia e infortuni |
| ASCP | Associazione svizzera delle cliniche private |
| ASI | Associazione svizzera infermiere e infermieri |
| CDF | Conferenza dei direttori cantonali delle finanze |
| CDS | Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità |
| Concordato | Concordato degli assicuratori malattia svizzeri |
| CRS | Croce Rossa Svizzera |
| DFI | Dipartimento federale dell'interno |
| FASI | Federazione delle associazioni svizzere degli impiegati |
| FMH | Federazione dei medici svizzeri |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| KF | Konsumentinnenforum Schweiz |
| LAMal | Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie |
| MPF | Mouvement populaire des familles |
| OSP | Organizzazione svizzera dei pazienti |
| PDC | Partito democratico cristiano svizzero |
| PLS | Partito liberale svizzero |
| PRD | Partito radicale democratico svizzero |
| PSL | Partito svizzero della libertà |
| PSS | Partito socialista svizzero |
| SSO | Società svizzera di odontologia e stomatologia |
| TFA | Tribunale federale delle assicurazioni |
| UDC | Unione democratica di centro |
| UFAS | Ufficio federale delle assicurazioni sociali |

| | |
|--------|--|
| USAM | Unione svizzera delle arti e mestieri |
| USS | Unione sindacale svizzera |
| USSL | Unione svizzera dei sindacati liberi |
| VESKA | Associazione svizzera degli istituti ospedalieri |
| Vorort | Unione svizzera di commercio e dell'industria |

A. ORDINANZA CONCERNENTE L'ENTRATA IN VIGORE E L'INTRODUZIONE DELLA LEGGE FEDERALE DEL 18 MARZO 1994 SULL'ASSICURAZIONE MALATTIE

1 Procedura di consultazione

Con lettera del 4 novembre 1994 il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha invitato i governi cantonali, i partiti politici, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) e le organizzazioni interessate a prendere posizione, entro il 13 gennaio 1995, sul disegno dell'Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie. Dopo l'approvazione della legge nella votazione popolare del 4 dicembre 1994, l'8 dicembre 1994, su richiesta di vari partecipanti alla consultazione, il DFI ha prolungato fino al 31 gennaio 1995 il termine impartito alle cerchie consultate per far pervenire le loro osservazioni.

La documentazione sulla procedura di consultazione è stata inviata a 112 destinatari e rimessa anche a un gran numero di altre persone interessate, a loro espressa domanda. 23 Cantoni, 6 partiti e 28 altre organizzazioni interessate si sono espressi in modo particolareggiato sul disegno di ordinanza.

2 Approvazione di massima del disegno di ordinanza

Il disegno di ordinanza è stato di principio valutato in modo positivo nella procedura di consultazione. In particolare, non è stata mossa nessuna obiezione sull'entrata in vigore della legge per il 1° gennaio 1996.

3 Osservazioni

Al centro delle osservazioni figurano le disposizioni concernenti i premi e le provvigioni per le assicurazioni complementari (art. 6), la creazione di un'istituzione per il promovimento della salute e la prevenzione delle malattie (art. 8), l'ulteriore validità e l'adeguamento delle tariffe e delle convenzioni tariffali (art. 9) nonché la compensa-

zione degli indici nelle convenzioni tariffali esistenti (art. 10). Tali punti sono approfonditi nel numero 4.

4 Risultati puntuali

Di seguito sono esposti i risultati della consultazione nell'ordine degli articoli quali appaiono nel progetto d'ordinanza inviato per la consultazione. Il presente esposto non esprime quindi giudizi e valutazioni circa le opinioni e le esigenze espresse dai partecipanti alla consultazione.

Articolo 1 Entrata in vigore della legge e di singole disposizioni della legge

Non è stata sollevata nessuna obiezione circa l'entrata in vigore della legge per il 1° gennaio 1996. Per l'entrata in vigore dell'art. 41 cpv. 3 LAMal (assunzione della differenza dei costi in caso di degenza in un ospedale situato fuori dal Cantone), i Cantoni AI, AR, UR, TG, GR, SH, ZH, SG e GL chiedono un termine transitorio di almeno tre anni in quanto tale disposizione cagiona ai Cantoni costi supplementari elevati e un ulteriore lavoro amministrativo.

Articolo 2 Disposizioni cantonali

Nell'interesse dell'uniformità e applicazione delle regolamentazioni, il *Concordato degli assicuratori malattia svizzeri (Concordato)* chiede che gli assicuratori dovrebbero avere sin dall'inizio l'opportunità di partecipare all'elaborazione delle disposizioni cantonali di esecuzione. Inoltre, il diritto d'essere sentito va ancorato nell'ordinanza.

L'*Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI)* osserva che la legge non prevede di conferire ai Cantoni la competenza di emanare le disposizioni di esecuzione dell'art. 39 cpv. 1 lett. a-c LAMal.

Il *Partito svizzero della libertà (PSL)* fa notare che i termini transitori per i Cantoni sono troppo brevi.

Articolo 3 Continuazione dell'assicurazione da parte delle casse malati riconosciute

Il *Concordato*, i Cantoni BS e VD, il *PDC*, il *PSL* e il *PLS* ritengono che il termine menzionato nel cpv. 1 riguardo all'inoltro delle tariffe dei premi e dei preventivi sia troppo corto. Il *Concordato* propone di prolungarlo fino al 30 settembre 1995, ma al più presto fino a tre mesi dopo l'approvazione dell'ordinanza principale della LAMal (OAMal).

Circa la decadenza dei contratti di assicurazione collettiva per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie stipulati ai sensi della LAMI, decadenza prevista nel cpv. 5, il *PSL*, il *PLS*, l'*Unione svizzera dei sindacati liberi (USSL)*, l'*ASI*, l'*Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)*, il *Concordato* e il Canton VD obiettano che i contratti collettivi esistenti non dovrebbero semplicemente decadere. Si propone un termine transitorio di 3 anni per adeguare i premi verso l'alto affinché questi raggiungano il livello dei premi dell'assicurazione individuale della cassa.

La *Federazione dei medici svizzeri (FMH)* auspica sia precisato che, all'entrata in vigore della legge, vi sia un passaggio automatico nell'assicurazione individuale.

Articolo 4 Ripartizione del patrimonio

Il Canton LU, la *FMH* e la *Società svizzera di odontologia e stomatologia (SSO)* chiedono una garanzia giuridica riguardo a una redistribuzione dei costi tra le singole forme di assicurazioni. Per gli HMO e per i centri della salute con una cassa propria non si dovrebbe addossare all'assicurazione di base normale nessun costo relativo alla fondazione, alla gestione o alla pubblicità.

Il *PDC* osserva che la ripartizione di fondi e di altre risorse legate a un determinato scopo, prevista nel cpv. 4, non deve causare un'esclusione dei patrimoni speciali.

Articolo 5 Riassicurazione

Il *Concordato* fa notare che il termine per l'inoltro della domanda menzionato nel cpv. 1 può essere determinante solo se il Consiglio federale ha approvato nel frattempo l'OAMal.

Articolo 6 Assicurazioni complementari

Osservazione: questa disposizione è stata ripresa nell'Ordinanza principale della LAMal e soppressa nell'Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della LAMal.

Il *Concordato*, il PLS, il PRD, il PDC, l'UDC, l'Unione centrale delle associazioni padronali (UCAP), il Vorort, la Fédération romande des consommatrices, l'USSL, la CDS, i Cantoni BL, UR e ZH, l'Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP) e l'USAM ritengono che il termine di tre anni sia troppo corto. Si teme che i premi delle assicurazioni complementari subiscano un aumento troppo forte. Le proposte avanzate vanno da 5 a 20 anni. Il PSL ritiene adeguato il termine di tre anni.

Il *Concordato* e l'USSL propongono di mantenere il sistema attuale di finanziamento e delle riserve (ossia il sistema di ripartizione). Qualora si dovesse imporre il sistema di capitalizzazione, il termine transitorio dovrebbe essere portato a 10 anni.

L'Associazione svizzera degli assicuratori privati malattia a infortuni (AMI) propone di sopprimere l'art. 6 cpv. 1. L'Ufficio federale delle assicurazioni private (UFAP) deve fissare il termine contemporaneamente alla definizione dei requisiti posti per il finanziamento.

L'OSP e la Fédération romande des consommatrices propongono di aggiungere una disposizione che introduca gradualmente i premi conformemente al rischio nelle assicurazioni complementari e preveda di prendere in considerazione, per la fissazione

dei premi, il numero di anni in cui gli assicurati hanno beneficiato di un'assicurazione complementare.

La Schweizerische Vereinigung der AHV/IV und Frührentner nonché il *Mouvement populaire des familles* si chiedono cosa accadrà agli assicurati delle casse che disporranno di riserve insufficienti per le assicurazioni complementari.

Articolo 7 Istituzione comune
(nuovo 6)

Non è stata fatta nessuna osservazione in merito.

Articolo 8 Promozione della salute
(nuovo 7)

I Cantoni AI, AR, BE, BS, GL, GR, LU, OW, TG, TI, SH, SG, SZ, UR e ZH, la CDF, la CDS, il PRD, la Società svizzera di medicina sociale e preventiva e l'ACSI propongono di affidare i compiti previsti nell'art. 19 LAMal alla Fondazione svizzera per la promozione della salute, a Losanna.

La Fondazione svizzera per la promozione della salute sostiene un'assunzione dei compiti giusta l'art. 19 LAMal. La comunicazione prevista nell'art. 8 cpv. 2 potrebbe già essere fatta entro il 30 giugno 1996. Il contributo versato dagli assicurati per la prevenzione generale delle malattie potrebbe essere riscosso già nel 1997.

I Cantoni VS e BS propongono di creare istituzioni regionali e di coordinare a livello nazionale solo le loro attività e la riscossione del contributo.

La Società svizzera di farmacia, la FMH e la SSO auspicano che, per la fondazione dell'istituzione, siano consultate le organizzazioni e le associazioni menzionate nell'art. 19 cpv. 3 LAMal.

Il *PDC*, l'*OSP*, il *Konsumentinnenforum Schweiz (KF)* e la *Fédération romande des consommatrices* chiedono che l'istituzione deve presentare i suoi obiettivi, un elenco degli obblighi, un programma di lavoro e un preventivo.

Articolo 9 Tariffe e convenzioni tariffali (nuovo 8)

Riguardo alle regolamentazioni figuranti nei cpv. 1 e 2 i Cantoni FR, ZG, UR, SO, OW, BE, BL, AI, TG, GR, SH, ZH, LU, SG, AR, SZ, GL, BS e AG fanno valere che la soluzione menzionata causerebbe una proroga delle misure previste nei decreti federali per limitare le tariffe. Tale proroga è respinta. Dal testo deve chiaramente risultare che l'obbligo di fornire prestazioni deve essere garantito dalle convenzioni esistenti fino all'entrata in vigore dell'elenco degli ospedali di un cantone, che si potrebbe procedere agli adeguamenti tariffali previsti nelle convenzioni in modo illimitato e che, per gli ospedali pubblici, si può aumentare il grado di copertura dei costi delle tariffe a partire dal 1° gennaio 1996 fino ai limiti ammessi conformemente alla LAMal. Anche la *CDF*, la *CDS* e il *PRD* si sono espressi in tal senso.

L'*Associazione svizzera degli istituti ospedalieri (VESKA)* osserva che le tariffe dovrebbero essere adeguate al rincaro nel 1996 e nel 1997. Inoltre, il termine per l'adeguamento delle convenzioni esistenti non deve essere ridotto al 31.12.1997.

La *FMH* e la *SSO* affermano che dovrebbe essere possibile procedere a un adeguamento delle convenzioni tra medici e assicuratori entro la fine del 1997.

L'*Associazione svizzera delle cliniche private (ASCP)* richiama l'attenzione sul fatto che, nonostante il termine stabilito per la fine del 1997, le nuove convenzioni e i nuovi prezzi il cui rimborso sia uguale o inferiore a quello precedente dovrebbero poter essere applicati già prima dell'1.1.1998.

Per quanto concerne il termine per l'adeguamento del grado di copertura dei costi per gli ospedali, il Canton VS chiede di portarlo da 2 a 4 anni, mentre il *PDC* ritiene che tale termine debba essere *al massimo* di 2 anni.

Riguardo a quanto previsto nei cpv. 3 e 4 (nella versione definitiva art. 10 nuovo), la CDS e i Cantoni UR, BE, ZH, SG, AR, AI, TG, GR, SH, GL, BS e SZ ritengono che la competenza debba essere attribuita ai Cantoni e di conseguenza, per la maggior parte dei Cantoni citati, ai direttori cantonali della sanità. Essi si chiedono se gli ospedali e le case di cura siano in grado di avanzare una proposta. Inoltre, non è compito degli ospedali pubblici prendere una decisione da soli.

La VESKA si ritiene competente per assumere i compiti di cui ai cpv. 3 e 4. Al riguardo, essa sta costituendo un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle case di cura.

Secondo il *Concordato*, la FMH, il Canton BS e il KF, i termini stabiliti sono troppo lunghi.

L'OSP sottolinea quanto sia importante avere un'assicurazione di base di qualità a *livello nazionale*. Essa propone di aggiungere un nuovo capoverso in cui si chiede agli ospedali di sottoporre al Consiglio federale, entro la fine del 1995, una proposta comune sul modo in cui essi intendono garantire la qualità e la sua evoluzione e, a tale scopo, sono pronti a svolgere rilevazioni statistiche sulla sanità secondo criteri uniformi.

Per quanto attiene agli articoli 9 e 10, la *Croce Rossa Svizzera (CRS)* e l'*Associazione svizzera degli ergoterapisti* chiedono di modificare la formulazione delle regolamentazioni per permettere di creare senza indugio la condizione atta a sostituire le tariffe per l'ergoterapia ambulatoriale prescritta da un medico tuttora inadeguate a causa dei decreti federali (l'insufficienza di copertura è attualmente del 35%).

Articolo 10 Valori indicizzati (soppresso)

I Cantoni BL, AI, UR, TG, GR, ZG, SH, ZH, LU, SG, AR, AG, SZ, GL e OW, la CDF, la CDS, il PRD, l'UDC, la VESKA, l'AMI, la FMH, la SSO, la CRS, l'*Associazione svizzera dei chiropratici* e l'*Associazione svizzera degli ergoterapisti* chiedono di sopprimere questa disposizione in quanto essa non ha nessuna base giuridica e contraddice l'art. 104 cpv. 1 LAMal. Inoltre, tale disposizione crea una disparità di diritto tra

i Cantoni e anche tra i fornitori di prestazioni e sottrae la necessità di ricupero, creata mediante i decreti federali. Anche il Canton BE respinge la disposizione proposta.

Il Canton BS fa notare che la regolamentazione è formulata in modo impreciso poiché non risulta chiaramente il modo in cui deve avvenire il passaggio dal diritto d'urgenza alla LAMal senza, alla fine, venir meno retroattivamente allo scopo di limitare i costi perseguito dai decreti federali. Se, tuttavia, un adeguamento dei valori indicizzati sembra necessario, si deve anche tenere conto delle sue ripercussioni sull'importo dei premi.

**Articolo 11 Entrata in vigore dell'ordinanza
(nuovo 10)**

Non sono state fatte osservazioni in merito.

B. ORDINANZA CONCERNENTE I SUSSIDI DELLA CONFEDERAZIONE PER LA RIDUZIONE DEI PREMI NELL'ASSICURAZIONE MALATTIE

1 Procedura di consultazione

Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha invitato, con scritto del 4 novembre 1994, i governi cantonali, i partiti politici, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) e le organizzazioni interessate a prendere posizione entro il 13 gennaio 1995 sul progetto d'ordinanza concernente i sussidi della Confederazione per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie. Dopo che il popolo ha approvato la legge il 4 dicembre 1994, l'8 dicembre 1994 il DFI, su richiesta di vari destinatari, ha prorogato il termine per la presa di posizione fino al 31 gennaio 1995.

La documentazione relativa alla consultazione è stata inviata a 112 destinatari e, a loro richiesta, ad un gran numero di ulteriori interessati. Si sono espressi più dettagliatamente sul progetto d'ordinanza 25 Cantoni, il TFA, 6 partiti e 21 altre organizzazioni interessate.

2 Approvazione di massima del disegno di ordinanza

Nella consultazione, il progetto d'ordinanza ha riscontrato fundamentalmente consenso, nonostante la maggioranza dei Cantoni si sia espressa contro il computo dei premi medi cantonali nell'ambito della ripartizione dei sussidi federali.

3 Osservazioni

Al centro delle osservazioni vi sono state le disposizioni sulla chiave di ripartizione (art. 3), le basi di calcolo (art. 4), l'impiego (art. 5), il termine previsto per la presentazione della domanda (art. 6), il conteggio (art. 7) e il versamento (art. 8) dei sussidi. Inoltre, sono state fatte varie osservazioni relative alle disposizioni di controllo

(art. 9) e alla competenza cantonale per quanto riguarda le disposizioni per il diritto ai sussidi (art. 11).

4 Risultati puntuali

Di seguito sono esposti i risultati della consultazione nell'ordine degli articoli quali appaiono nel progetto d'ordinanza inviato per la consultazione. Il presente esposto non esprime quindi giudizi e valutazioni circa le opinioni e le esigenze espresse dai partecipanti alla consultazione.

Articolo 1 Scopo

Non vi è stata nessuna osservazione relativa all'articolo.

Articolo 2 Sussidi della Confederazione e dei Cantoni

Anche sulle definizioni esposte in questo articolo non è stata presa alcuna posizione.

Articolo 3 Chiave di ripartizione (in relazione con l'art. 4 cpv. 3)

I Cantoni UR, SO, TG, GR, ZG, SH, AI, VS, ZH, SZ, AR, GL, OW, LU, AG, la CDS, la CDF, il PRD, il PDC e l'UDC, l'Unione centrale delle associazioni padronali, il "Vorort", l'ACSI e l'USAM sostengono l'opinione che l'indice del premio non debba essere preso in considerazione in quanto, così facendo, i Cantoni con costi della salute più elevati sarebbero favoriti e mancherebbe perciò l'incentivo al risparmio. E' quindi richiesta l'abrogazione dell'art. 3 cpv. 1 lett. b.

I Cantoni BS, BE, GE, VD, FR, l'USS, il PSS e la Fédération romande des consommatrices ritengono - in parte - che la presa in considerazione dell'indice del premio sia di estrema importanza.

I Cantoni BL, SG e la *Federazione delle associazioni svizzere degli impiegati (FASI)* non sono per principio contro il fatto di prendere in considerazione l'indice del premio, tuttavia non nella misura prevista e soltanto dopo l'anno 2000, se il grado di copertura dei costi raggiungerà il 50% per le tasse ospedaliere.

Articolo 4 Basi di calcolo

(Osservazione: art. 4 cpv. 3 cfr. anche art. 3)

I Cantoni NE e BE richiedono, a proposito del cpv. 3, che per il calcolo del premio medio sia previsto, accanto al numero minimo di assicurati, anche un numero minimo di assicuratori considerati.

A proposito del cpv. 4, i Cantoni GE, UR, SO, BL, BE, TG, GR, ZG, SH, AI, VS, ZH, VD, SG, AR, GL, OW, BS, AG, TI, JU, la CDS, la CDF, il PRD, il PDC e l'ACSI sono del parere che il momento della pubblicazione dei sussidi federali e cantonali sia stato fissato relativamente troppo tardi. Ciò impedisce ai Cantoni di poter effettuare una razionale valutazione finanziaria. Le proposte relative al termine da fissare per la pubblicazione dei sussidi federali e cantonali vanno da marzo dell'anno precedente fino al più tardi a dicembre dell'anno precedente; a tale proposito la maggioranza dei Cantoni propugna il mese di marzo.

Articolo 5 Impiego dei sussidi (soppresso)

La maggioranza dei partecipanti alla consultazione sostiene che sia sufficiente una regolamentazione ai sensi del cpv. 1.

I cpv. 2 e 3 sono qualificati poco chiari e viene criticato il fatto che l'autonomia dei Cantoni risulterebbe limitata. I Cantoni UR, BL, ZG, VD, SG, SZ, AR, GL, OW, LU, AG, TG, SO, AI, ZH, la CDS, la CDF, il PRD, il PDC e l'UDC richiedono perciò l'abrogazione di entrambi i capoversi; il Canton BE solamente del capoverso 3.

I Cantoni NE, JU, VS e AG richiedono che i Cantoni possano far valere quali sussidi cantonali destinati alla riduzione dei premi le spese d'esecuzione causate loro dalla riduzione dei premi. A tale proposito, il Canton BE propone una regolamentazione esplicita nella quale i costi per i premi e le partecipazioni alle spese irrecuperabili possano essere completamente finanziati dai mezzi per la riduzione dei premi.

Articolo 6 Domanda dei sussidi federali (nuovo 5)

I *Cantoni*, la *CDS* e la *CDF* convengono sul fatto che il 30 giugno sia un termine troppo corto per l'inoltro della domanda dei sussidi federali. Essi sostengono che per poter effettuare una regolare valutazione finanziaria, i Cantoni necessitano per prima cosa delle basi della Confederazione secondo l'art. 4 ed in seguito devono far accettare il budget dai loro Parlamenti. Essi potrebbero comunicare i sussidi previsti per la riduzione dei premi soltanto per la fine di dicembre. Inoltre molti Cantoni, per il conteggio dei sussidi per la riduzione di premi, si baserebbero sulle tariffe dei premi che non sarebbero ancora note per il 30 giugno.

La *Pro Senectute* teme che siccome i Cantoni hanno la possibilità di ridurre i sussidi fino al 50%, vi è il pericolo di una disparità di trattamento fra i Cantoni. Il Consiglio federale dovrebbe dunque, nel caso di iniquità, fare immediatamente uso delle sue competenze emanando prescrizioni più precise per la ripartizione dei sussidi.

Articolo 7 Conteggio

Anche per quanto riguarda il termine per l'inoltro del conteggio dei sussidi della Confederazione e dei Cantoni, quasi tutti i *Cantoni*, la *CDS* e il *PD* concordano nel sostenere che tale termine, fissato per il 30 aprile, debba essere anticipato. L'anticipazione del termine di inoltro deve permettere un pagamento finale più rapido da parte della Confederazione. Il Canton BE fa notare che è possibile eseguire già in gennaio il conteggio dei sussidi di riduzione, analogamente alle prestazioni complementari.

Articolo 8 Versamento
(nuovo 6)

I *Cantoni*, unitamente alla *CDF*, sono del parere che non bisognerebbe pretendere da loro di anticipare durante un anno il 20% dei sussidi federali. In tal modo risulterebbe per loro un aggravio di interessi troppo elevato. Essi propongono pertanto il versamento dei sussidi federali in ragione del 100% in 4 rate. Eventuali differenze secondo il conteggio (art. 7) dovranno essere bonificate o dedotte, entro 60 giorni dall'inoltro del conteggio finale. Anche il *PRD* è favorevole ad un versamento anticipato dei restanti sussidi federali.

Articolo 9 Controllo
(nuovo 8)

Quasi tutti i *Cantoni*, la *CDF* e la *CDS*, ma anche il *PRD*, l'*UDC*, il *PDC* e il *PSL*, criticano il fatto che il disegno causerebbe ai *Cantoni*, ai Comuni e all'*UFAS* spese amministrative troppo elevate. In particolare, le indicazioni relative al sesso e all'età (spesso anche al reddito) per scopo di controllo sono considerate superflue. L'*OSP* e il *KF* sono del parere che l'*UFAS* debba eseguire controlli solamente in forma di sondaggi. La *Fédération romande des consommatrices* non ha fondamentalmente niente da obiettare su un'ampia informazione dell'*UFAS*, tuttavia deve essere garantito l'anonimato dei dati.

Riguardo ad un'eventuale conferimento dell'esecuzione della riduzione dei premi alle casse di compensazione cantonali, i *Cantoni* UR, TG, GR, ZG, SH, AI, ZH, SG, AR, GL, OW e LU nonché la *CDS* e la *CDF* propugnano una disposizione secondo la quale i controlli sull'impiego giusta la legge dei sussidi federali nell'ambito della revisione delle casse vengano eseguiti secondo l'art. 68 LAVS.

**Articolo 10 Restituzione, riduzione e dilazione dei versamenti dei sussidi
(nuovo 9)**

Il *KF* desidera venga precisato chi deve essere incolpato del versamento indebito dei sussidi poiché altrimenti si potrebbero ingenerare situazioni di rigore per l'assicurato.

**Articolo 11 Situazione degli assicurati
(nuovo 10)**

I *Cantoni* e la *CDS* si esprimono favorevolmente sul fatto che possano essere determinanti le condizioni personali e familiari dell'assicurato al 1° gennaio, ma non quelle economiche, in quanto occorre qui basarsi sull'ultima tassazione fiscale. Siccome, secondo l'art. 65 della legge, i *Cantoni* determinano quali sono gli assicurati di condizione economica modesta, la Confederazione deve regolare in tale ambito solamente i problemi intercantonali, vale a dire in particolare il fatto del cambiamento di domicilio da un *Cantone* all'altro.

I *Cantoni* *NE*, *AI*, *ZH*, *JU* e *BS*, ma anche la *CDF*, il *PSS* e il *MPF* denunciano la mancanza di regolamentazioni più precise concernenti il cambiamento di domicilio, l'aumento dei membri della famiglia, la modifica della condizione economica, ecc. Per quanto riguarda le modifiche sopracitate, questi partecipanti alla consultazione considerano la soluzione proposta troppo poco flessibile e vorrebbero evitare di recare pregiudizi ai gruppi di persone coinvolte.

I *Cantoni* *VD* e *GE* e l'*UDC* considerano di competenza dei *Cantoni* la fissazione delle modalità per la concessione del diritto.

Il *KF*, l'*OSP* e la *Fédération romande des consommatrices* considerano necessario il completamento di questa disposizione nel senso che i *Cantoni* devono comunicare alla popolazione e all'*UFAS* il criterio seguito per la riduzione dei premi, il modo con cui gli assicurati vengono informati su eventuali loro diritti a riduzioni dei premi e quale sia l'ufficio cantonale competente per domande o ricorsi.

Articolo 12 **Disposizione finale ed entrata in vigore**
(nuovo 11)

Per quanto riguarda la data d'entrata in vigore dell'art. 6 (Domanda dei sussidi federali), i *Cantoni*, il *CDF* e il *CDS* concordano nel ritenere che il 1° giugno 1995 sia un termine impossibile da rispettare e che l'entrata in vigore dovrebbe essere fissata per il 1° gennaio 1996.

Indicazioni del Tribunale federale delle assicurazioni relative alle questioni di procedura

Il *TFA* fa notare che in base alla legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) in caso di eventuali procedimenti di ricorso, esso deve esaminare anche la questione dell'accertamento esatto e completo di fatti giuridicamente rilevanti (art. 132, art. 104 lett. b OG). Ritiene necessario, a causa della materia di diritto molto tecnica, l'istituzione di una commissione di ricorso indipendente dall'amministrazione che preceda il *TFA*, permettendogli di limitarsi al controllo del diritto (art. 105 cpv. 2). Ciò dovrebbe però essere esplicitamente previsto dal legislatore.

C. ORDINANZA SULLA COMPENSAZIONE DEI RISCHI NELL'ASSICURAZIONE MALATTIE

1 Procedura di consultazione

Con lettera del 4 novembre 1994, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha invitato i governi cantonali, i partiti politici, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) e le organizzazioni interessate a prendere posizione entro il 13 gennaio 1995 sul disegno di ordinanza sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie. L'8 dicembre 1994, in seguito all'approvazione della legge da parte del popolo il 4 dicembre 1994, il DFI ha prolungato fino al 31 gennaio 1995, su richiesta di diversi partecipanti alla procedura di consultazione, il termine entro il quale le cerchie interessate devono esprimere le loro osservazioni.

La documentazione relativa alla procedura di consultazione è stata inviata a 112 destinatari ed è stata trasmessa, su richiesta, anche a un numero importante di altre cerchie interessate. 6 Cantoni, il TFA, 5 partiti e 23 organizzazioni interessate si sono espressi sul disegno d'ordinanza.

2 Approvazione di principio del disegno di ordinanza

Nella procedura di consultazione, il disegno di ordinanza ha a maggioranza riscontrato approvazione.

3 Osservazioni

La *Commissione dei cartelli*, l'*AMI*, l'*USAM*, l'*UCAP*, il *Vorort* nonché il *PDC* e il *PSL* hanno espresso obiezioni di principio contro la prevista elaborazione del sistema della compensazione dei rischi e formulato proposte. Anche la cassa malati *Artisana* e l'esperto da lei incaricato, Prof. Dr. B. *Schips*, direttore dell'ufficio per la ricerca congiunturale del Politecnico di Zurigo, hanno espresso il loro parere in proposito. La cassa malati ha contestato la compensazione dei rischi come tale nonché solle-

vato obiezioni dettagliate contro il sistema previsto, in particolare riguardo al calcolo dei costi medi.

D'altro canto, i Cantoni BS e TI, l'*UDC*, il *PSS*, l'*USSL*, la *FASI*, l'*ACSI*, il *KF* e lo *Schweizerische Verein homöopathischer Aerzte* hanno accolto favorevolmente la prosecuzione della compensazione dei rischi nella forma proposta dal disegno d'ordinanza.

4 Risultati puntuali

Di seguito sono esposti i risultati della consultazione nell'ordine degli articoli quali appaiono nel progetto d'ordinanza inviato per la consultazione. Il presente esposto non esprime quindi giudizi e valutazioni circa le opinioni e le esigenze espresse dai partecipanti alla consultazione.

Articolo 1 Campo d'applicazione della compensazione dei rischi

Quanto al cpv. 1, la *Commissione dei cartelli*, l'*AMI*, l'*UCAP*, il *Vorort*, l'*USAM*, il *PSL* e il *PDC* ritengono che il campo d'applicazione della compensazione dei rischi non sia conforme alla legge. Essi sostengono che non devono essere presi in considerazione tutti gli assicuratori, bensì solo quelli che presentano, riguardo all'età e al sesso, una struttura di rischio divergente dalla media di tutti gli altri assicuratori. Il *PRD* è invece del parere che sia corretto includere tutti gli assicuratori nella compensazione dei rischi.

Riguardo al cpv. 2, il Canton LU (per il corpo dei medici cantonale), la *SSO* e la *FMH* rilevano che oltre alla compensazione dei rischi tra gli assicuratori dovrebbe esserci anche una "compensazione dei rischi" tra le diverse forme d'assicurazione all'interno degli assicuratori. In tal modo si vorrebbe impedire un sovvenzionamento tra diversi modelli.

Articolo 2 Gruppi di rischio

I Cantoni TI e BE, la *FASI* e il *Zentralverband des Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz* accolgono favorevolmente la ripartizione dei gruppi di rischio più precisa rispetto al modello in vigore del decreto federale. Anche l'*AMI* sostiene i gruppi di rischio di 5 anni. Essa richiede che, a partire dall'85esimo anno di età, gli assicurati siano compresi in un unico gruppo di rischio.

Articolo 3 Costi medi

Riguardo ai cpv. 1 e 2, tutti i partecipanti alla consultazione hanno accettato che i bambini fino ai 18 anni compiuti non siano compresi nella compensazione dei rischi. Il Canton TI accoglie favorevolmente la sistematica del nuovo modello di calcolo.

L'*Artisana* e il Prof. *Schips* propongono un nuovo modello con costi medi rettificati verso il basso.

Riguardo al cpv. 3, la *FASI* sostiene che le ripercussioni dovute alla deduzione della partecipazione ai costi dai costi medi debbano essere esaminate. Il Prof. *Schips* richiede che i costi medi siano diminuiti. L'*Artisana* esige un "calcolo trimestrale" in base a un precedente modello del Prof. *Schips*.

Riguardo al cpv. 4, il *Concordato* ritiene che il metodo attuariale per calcolare i costi medi da applicare (in caso di sensibili divergenze all'evoluzione dei costi medi a causa di effettivi ridotti d'assicurati) debba essere applicato in collaborazione con l'*UFAS* e dopo essersi consultati con esso. L'*AMI* è del parere che, in tale ambito, siano conferite competenze troppo estese all'organo d'esecuzione.

Articolo 4 Effettivo degli assicurati

L'*Artisana* propone un articolo supplementare 4a per regolare le disparità dell'effettivo di assicurati conformemente al nuovo metodo proposto dal Prof. Schips.

L'*ASCP* contesta il cpv. 2 sostenendo che l'attribuzione a un Cantone di assicurati domiciliati all'estero sia troppo poco differenziata.

Articolo 5 Compensazione dei rischi

I Cantoni VD e GE richiedono una tassa di rischio ridotta per gli assicurati dai 18 ai 25 anni che seguono una formazione professionale poiché quest'ultimi beneficiano di una diminuzione dei premi effettuata dagli assicuratori. Anche il Canton BE fa notare tale circostanza.

L'*USAM* e l'*AMI* ritengono che la regolamentazione prevista sia contraria alla legge. Il modello di calcolo interviene in modo troppo incisivo nella struttura dei costi degli assicuratori provocando un aumento inaccettabile della redistribuzione del volume della compensazione dei rischi. La disposizione deve essere rielaborata completamente. Unitamente all'*ASCP*, essi biasimano il fatto che l'incentivo alla riduzione dei costi non sia garantito.

L'*Artisana* propone un nuovo art. 5 (compensazione dei rischi relativa al sesso) e un nuovo art. 5a (compensazione dei rischi relativa all'età), secondo i quali sarebbero rimosse solo tasse di rischio parziali.

La *FASI* propone una modifica redazionale e l'*AIDS Hilfe Schweiz* richiede l'introduzione di "criteri qualitativi" affinché i costi non siano mantenuti a un livello basso attraverso una prestazione insufficiente delle casse.

Articolo 6 Calcolo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi

Al riguardo non sono state fatte osservazioni che debbano essere menzionate.

Articolo 7 Organo di gestione

Riguardo al cpv. 1, l'*AMI* propone di introdurre una disposizione sulla protezione dei dati ai sensi dell'art. 11 cpv. 1 della vigente O IX sull'assicurazione contro le malattie. Il *PLS* richiede una separazione tra l'ufficio di compensazione dei rischi e l'istituzione comune.

Riguardo al cpv. 2, la *SSO* desidera che i documenti forniti dall'ufficio di compensazione dei rischi siano messi a disposizione anche dei fornitori di prestazioni e delle loro associazioni.

Il Canton TI ritiene importante che le statistiche previste siano messe a disposizione dei Cantoni in modo dettagliato. La *FMH* richiede che le statistiche siano trasmesse anche alle associazioni cantonali dei medici. Anche la *Schweizerische Vereinigung der AHV/IV und Frührentner* e il *MPF* auspicano la consegna gratuita di tali statistiche alle cerchie interessate.

L'*AMI* desidera che si spieghi meglio al cpv. 4 a chi l'organo di gestione deve presentare un rapporto annuo e su quale preciso ambito.

Articolo 8 Spese d'amministrazione (nuovo 9)

L'*AMI* vorrebbe si precisasse che tutti gli assicuratori sottoposti alla compensazione dei rischi devono pagare un contributo per coprire i costi d'amministrazione dell'ufficio di compensazione.

Il *Concordato* propone un cpv. 2 nuovo nel quale sia stabilito che si devono rimborsare agli assicuratori gli interessi che si accumulano presso l'istituzione comune durante l'intervallo tra i termini di versamento e riscossione per i pagamenti della compensazione dei rischi provvisoria e definitiva. L'ammontare del rimborso degli interessi dovrebbe basarsi sulla partecipazione degli assicuratori alla rispettiva compen-

sazione dei rischi. L'istituzione comune dovrebbe versare gli interessi entro il 31 dicembre dell'anno che segue quello della compensazione dei rischi.

Il *KF* propone di prevedere un tasso fisso (0,..%) sul volume dei premi dei singoli assicuratori per i contributi che devono essere pagati dagli assicuratori per la copertura delle spese amministrative.

Articolo 9 Fornitura dei dati **(nuovo 10)**

Il *Concordato* chiede di esaminare la questione se, dopo l'abolizione della distinta di cassa da parte dell'UFAS, possano essere richiesti i dati degli assicuratori che possono essere messi a disposizione dell'organo di gestione per il controllo dei dati relativi alla compensazione dei rischi. Si deve inoltre prestare attenzione al fatto che il termine di consegna dei dati relativi alla compensazione dei rischi corrisponda al termine di consegna degli altri dati richiesti dall'UFAS.

Articolo 10 Controllo dei dati **(nuovo 11)**

Il *Concordato* propone l'aggiunta di un cpv. 2 in cui si dovrebbe stabilire che l'organo di controllo abbia il diritto, in collaborazione con gli organi di controllo degli assicurati, di eseguire controlli saltuari presso quest'ultimi sulla registrazione completa e corretta dei dati necessari per la compensazione dei rischi.

Articolo 11 Termini di pagamento **(nuovo 12)**

Cpv. 1 e 2: l'*AMI* propone di fissare un termine di pagamento unitario per le tasse di rischio e i contributi compensativi. Il *Concordato* accoglie favorevolmente la prevista riduzione del termine rispetto a quella del regolamento attuale.

Il *Concordato* e l'*AMI* richiedono una regolamentazione sull'impiego degli interessi che si accumulano tra il versamento e la riscossione dei pagamenti compensativi.

Il *Concordato* propone di rimborsare i proventi di interessi degli assicuratori che prendono parte alla compensazione dei rischi in base alla loro partecipazione. Parteciperebbero ai proventi di interessi coloro che pagano gli importi netti e coloro che ne beneficiano. D'altro canto, l'*Artisana* richiede che gli interessi siano rimborsati solo agli assicuratori che pagano tali importi.

Cpv.3: Il *Concordato* auspica che, in caso di importi esigui non pagati, l'organo d'esecuzione abbia la possibilità di prendere in prestito da una banca l'importo mancante.

Cpv. 4 e 5: l'*AMI* e il *PSL* richiedono che sia esaminata la legittimità degli interessi percepiti. Secondo l'*AMI*, la decorrenza degli interessi nel cpv. 5 dovrebbe iniziare solo a partire dal secondo termine di pagamento provvisorio.

L'*AMI* chiede inoltre una regolamentazione sulla prescrizione della tassazione e della percezione.

Il *Concordato* propone di applicare gli interessi di mora previsti al cpv. 4 alle due rate della compensazione dei rischi provvisoria e di quella definitiva per quanto concerne il pagamento finale. Riguardo al cpv. 5, dal testo dovrebbe risultare chiaro il periodo per il quale gli assicuratori devono pagare gli interessi.

Il *PLS* auspica che l'espressione "tassi in vigore sul mercato monetario" sia sostituita da "interessi nell'ambito bancario". L'*ASCP* propone di fissare un tasso d'interesse unitario per gli interessi di mora e compensativi.

Articolo 12 Protezione dei dati
(nuovo 14)

L'AMI sottolinea il fatto che le disposizioni sulla protezione dei dati debbano essere applicate anche nei confronti di terzi che hanno accesso ai dati della compensazione dei rischi. Il *Concordato* richiede una disposizione supplementare concernente l'organo di revisione dell'istituzione comune.

Articolo 13 Contestazioni
(nuovo 15)

L'AMI, il PLS e, dettagliatamente, il TFA rimettono in questione la regolamentazione contenuta nel disegno d'ordinanza e contestano in particolare la procedura d'opposizione prevista presso l'istituzione comune. Il fatto che il disegno d'ordinanza non contenga né disposizioni sulla procedura d'amministrazione interna, né su quella d'amministrazione giudiziaria è ritenuto dal TFA come una lacuna a cui si può rimediare. Si deve trovare una soluzione che permetta di instaurare una commissione di ricorso speciale che preceda il TFA (cfr. inoltre quanto summenzionato: spiegazioni Parte B alla fine, p. 19 in fondo).

Articolo 14 Misure d'ordine
(nuovo 16)

L'AMI vorrebbe che si preveda la possibilità di prendere altre misure d'ordine in caso di infrazioni minime. Il PSL auspica una verifica della regolamentazione prevista. Considerata l'importanza della compensazione dei rischi nell'ambito dell'intero assetto dell'assicurazione sociale contro le malattie. Il Cantone TI ritiene appropriate le possibilità di sanzione previste, nelle quali il ritiro dell'autorizzazione all'esercizio dell'assicurazione sociale contro le malattie è inteso solo come ultima ratio.

Articolo 15 **Disposizione finale e entrata in vigore**
(nuovo 17)

Il *Concordato* richiede sia introdotta una disposizione transitoria secondo cui la consegna dei dati per gli anni 1995 e 1996 debba avvenire in base alla vecchia e alla nuova struttura dei gruppi di rischio. L'AMI auspica disposizioni transitorie per la fornitura de dati e la competenza.