



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Unità di direzione Assicurazione malattia e infortuni

Commento alle modifiche dell'ordinanza sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie (OCoR)

Commento e tenore delle modifiche

Entrata in vigore prevista per il 1° gennaio 2024 e il 1° gennaio 2025

Berna, agosto 2023

Indice

1	Situazione iniziale.....	3
2	Panoramica delle modifiche proposte	3
2.1	Eliminazione di incongruenze e ulteriori adeguamenti	3
2.2	Garanzia di una corretta fornitura di dati	3
2.3	Statistica del mercato totale più significativa.....	4
2.4	Pubblicazione di dati sui casi di assicurazione multipla.....	4
3	Consultazione informale	4
4	Commento alle singole disposizioni.....	4
4.1	Articolo 4 Elenco dei PCG.....	4
4.2	Articolo 6 Fornitura di dati.....	5
4.3	Articolo 10 Aggregazione degli insiemi di dati e raggruppamento dei dati	6
4.4	Articolo 22.....	6
5	Ripercussioni finanziarie	11
5.1	Ripercussioni per la Confederazione e i Cantoni	11
5.2	Ripercussioni sull'assicurazione malattie	11
5.3	Ripercussioni sull'economia	11
6	Disposizione transitoria relativa alla modifica del.....	11
7	Modifica di un altro atto normativo	11
8	Entrata in vigore	11

1 Situazione iniziale

Nella primavera del 2021 le due associazioni di assicuratori santésuisse e curafutura si sono rivolte congiuntamente all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) sostenendo che, con le informazioni allora disponibili, non erano ancora in grado di garantire che la compensazione dei rischi fosse adeguatamente inclusa nel calcolo dei premi. Per poter stimare gli importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi, nonché i supplementi per i gruppi di costo farmaceutico (PCG; supplementi PCG), esse hanno chiesto che alla statistica dell'istituzione comune (istituzione comune LAMal, statistica del mercato totale) venissero aggiunte alcune informazioni. L'UFSP ha risposto alla richiesta con una presa di posizione scritta, alla quale è seguito un colloquio congiunto presso l'UFSP. I rappresentanti dell'UFSP si sono dichiarati disposti ad ampliare la statistica, a condizione che si continuasse a garantire la protezione dei dati. È stato pertanto elaborato un progetto di modifica dell'articolo 22 capoverso 2 dell'ordinanza sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie (OCoR; RS 832.112.1) contenente le informazioni supplementari richieste, successivamente trasmesso all'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT) per l'esame preliminare. A seguito della sua valutazione positiva a condizione che l'estensione della statistica non consentisse di reidentificare gli assicurati, sono stati ripresi i lavori di revisione dell'OCoR e il progetto è stato integrato con ulteriori proposte di modifica da parte dell'istituzione comune LAMal e di alcuni Cantoni.

2 Panoramica delle modifiche proposte

2.1 Eliminazione di incongruenze e ulteriori adeguamenti

L'elenco dei PCG contiene medicinali (codici GTIN), ma non principi attivi (codici ATC). I medicinali sono assegnati a un PCG in base alla loro indicazione autorizzata e non in base al principio attivo contenuto. Pertanto, il termine «principi attivi» può essere eliminato dall'articolo 4. Ciò consente di attribuire al relativo PCG pertinente i medicinali con lo stesso principio attivo che sono omologati per malattie diverse, cosa che finora non era possibile.

Nell'articolo 4 capoverso 1^{bis} il termine «quadro clinico», inavvertitamente non modificato in occasione della revisione dell'OCoR dell'11 settembre 2021, è sostituito dal termine «malattia», che già ricorre più volte nel capoverso 1^{ter}.

Per garantire l'uniformità terminologica, nell'articolo 6 i termini «periodo di copertura» e «rilevamento dei dati» sono sostituiti rispettivamente da «anno civile» e «insieme di dati», che hanno lo stesso significato e ricorrono in diverse disposizioni dell'OCoR. Inoltre, la formulazione «fino a un mese prima della scadenza del termine di cui al capoverso 3» è sostituita da «fino a fine febbraio». Ciò non modifica il contenuto dei capoversi 1 e 4.

2.2 Garanzia di una corretta fornitura di dati

Nei Paesi europei, e sempre più spesso anche in Svizzera, i prezzi dei medicinali sono fissati in base a «modelli di prezzo», ovvero, in alcuni casi, come prezzi pagati sotto forma di accordi non accessibili al pubblico, per i quali sconti, limitazioni di volume o modelli con pagamento in caso di efficacia (Pay for Performance) sono stabiliti in modo confidenziale. Il titolare dell'omologazione versa quindi restituzioni per i medicinali all'assicuratore in favore dell'assicurato in questione oppure all'istituzione comune LAMal in favore del collettivo di assicurati. In considerazione dell'atteso aumento dei modelli di prezzo e al fine di rafforzare la certezza del diritto, nell'articolo 6 capoverso 1 lettera h si specifica che i dati forniti devono comprendere le prestazioni lorde, detratte le restituzioni per i medicinali versate agli assicuratori dai titolari dell'omologazione.

2.3 Statistica del mercato totale più significativa

Su richiesta di santésuisse e curafutura, si propone di includere ulteriori informazioni nella statistica sulla compensazione dei rischi (art. 22 cpv. 2 OCoR). La statistica, che sarà più significativa perché includerà anche dati con una durata di conteggio di 26 mesi, consentirà agli assicuratori di stimare meglio la compensazione dei rischi e di calcolare adeguatamente i premi.

2.4 Pubblicazione di dati sui casi di assicurazione multipla

A livello nazionale non esistono finora dati ufficiali sul numero delle persone assicurate per 13 o più mesi nello stesso anno civile (i cosiddetti casi di assicurazione multipla) né sulla sua evoluzione. La situazione è insoddisfacente e migliorerà con l'inserimento nella statistica, da parte dell'istituzione comune LAMal, di informazioni sugli assicurati. In questo modo si rende pubblico il numero delle persone assicurate in maniera multipla per Cantone nell'anno di compensazione (anno T) da un lato e nell'anno civile prima dell'anno di compensazione (anno T-1) dall'altro e quali sono gli assicuratori interessati. Infine, le statistiche mostreranno il numero delle persone assicurate in maniera multipla in due anni consecutivi insieme ai nomi degli assicuratori interessati.

3 Consultazione informale

La revisione concerne l'attuazione della compensazione dei rischi, e quindi l'istituzione comune LAMal e gli assicuratori. Riguarda anche i Cantoni, i quali d'ora in poi nella statistica sulla compensazione dei rischi pubblicata sul sito Internet dell'istituzione comune LAMal potranno trovare informazioni sulle persone assicurate in maniera multipla. Essa non ha un'ampia portata politica, finanziaria, economica, ecologica, sociale o culturale (art. 3 cpv. 1 lett. d legge sulla consultazione [LCo]) né riguarda in misura considerevole i Cantoni (art. 3 cpv. 1 lett. e LCo). Pertanto, non vi era l'obbligo di indire una procedura di consultazione. Tuttavia, l'UFSP ha svolto dal 21 settembre al 2 novembre 2022 una consultazione informale, interpellando l'istituzione comune LAMal, le associazioni di assicuratori nonché la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS).

4 Commento alle singole disposizioni

4.1 Articolo 4 Elenco dei PCG

Capoverso 1^{bis}

Il termine «quadro clinico» utilizzato in precedenza è sostituito dal termine «malattia», già utilizzato nell'articolo 4. La disposizione non subisce quindi alcuna modifica materiale.

Capoversi 1^{ter}, 2 e 5

Grazie alla modifica apportata al capoverso 3, non è più necessario menzionare esplicitamente i principi attivi contenuti in un medicamento. Le disposizioni non subiscono quindi alcuna modifica materiale.

Capoverso 3

L'elenco dei PCG contiene i medicinali pronti per l'uso (codici GTIN), ma non i principi attivi (codici ATC). I medicinali sono assegnati a un PCG in base alla loro indicazione autorizzata e non in base al principio attivo contenuto. Il termine «principio attivo» viene quindi eliminato in tutto l'articolo. Secondo la disposizione del diritto anteriore, un principio attivo può essere attribuito a un solo PCG. Di conseguenza, i medicinali con lo stesso principio attivo che sulla base delle rispettive indicazioni potrebbero essere attribuiti a PCG diversi possono essere inclusi solo in parte nell'elenco dei PCG oppure non possono esservi inclusi affatto. La nuova disposizione consente ora di attribuire al relativo PCG pertinente i medicinali con lo stesso principio attivo che sono omologati per malattie diverse. Tuttavia, il singolo medicamento può essere attribuito a un solo PCG.

4.2 Articolo 6 Fornitura di dati

Capoverso 1, frase introduttiva e lettera h

Il termine «periodo di copertura» riportato nella frase introduttiva ricorre solo in questo punto dell'OCoR. Ne manca una definizione e non è immediatamente chiaro cosa significhi. Il termine è quindi sostituito da «anno civile», che ricorre di frequente nell'OCoR. Dal punto di vista materiale, la disposizione non subisce alcuna modifica.

Nella maggior parte dei Paesi europei, le autorità stabiliscono i prezzi dei medicinali basandosi principalmente sul confronto con i prezzi praticati all'estero e li pubblicano. Raramente, tuttavia, i prezzi pubblicati all'estero sono quelli pagati effettivamente, soprattutto per i medicinali molto costosi. In altre parole, «dietro» i prezzi ufficiali esistono a volte cosiddetti modelli di prezzo sotto forma di accordi non accessibili al pubblico, poiché gli sconti, le limitazioni del volume o i modelli con pagamento in caso di efficacia (Pay for Performance) sono stabiliti in modo confidenziale. Per garantire un accesso il più rapido possibile al rimborso di terapie costose tramite l'elenco delle specialità, anche in Svizzera per la fissazione dei prezzi si ricorre sempre più spesso a modelli di prezzo.

Nell'ambito di queste ammissioni nell'elenco delle specialità (art. 52 cpv. 1 lett. b in combinato disposto con l'art. 33 cpv. 3 della legge federale sull'assicurazione malattie [LAMal; RS 832.10]), il titolare dell'omologazione del medicamento (azienda farmaceutica) è quindi obbligato, tramite condizioni e oneri (art. 65 cpv. 5 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie [OAMal; RS 832.102]), a effettuare restituzioni agli assicuratori. Nell'attuazione dei modelli di prezzo di questa forma, in prima battuta l'assicuratore rimborsa al fornitore di prestazioni il prezzo per il pubblico (prestazione anticipata) e in un secondo momento il titolare dell'omologazione effettua la restituzione all'assicuratore su richiesta di quest'ultimo. Nel caso di un'altra forma di modello di prezzo (limitazione del volume), la restituzione viene effettuata all'istituzione comune LAMal in favore del collettivo di assicurati. Le restituzioni agli assicuratori sono solitamente comprese tra il 25 e il 50 per cento del prezzo pubblicato e possono ammontare a diverse migliaia di franchi, spesso persino decine di migliaia, per trattamento o terapia.

I primi modelli di prezzo con restituzioni sono stati introdotti in Svizzera nel 2009. Secondo questa forma di fissazione dei prezzi, spetta agli assicuratori richiedere la restituzione ai titolari dell'omologazione. La maggior parte degli assicuratori, se non tutti, dovrebbe ormai aver fatto esperienza in questo senso. La restituzione viene effettuata all'assicuratore a beneficio dell'assicurato a cui è stato dispensato il medicamento. Essa va detratta dalle prestazioni lorde dell'assicurato interessato. In questo modo si garantisce che nella fornitura dei dati all'istituzione comune LAMal siano incluse le prestazioni lorde effettive per l'assicurato in questione. In considerazione dell'atteso aumento dei modelli di prezzo e al fine di rafforzare la certezza del diritto, alla lettera h viene aggiunta una precisazione in questo senso. Durante la consultazione in merito alla presente revisione, le associazioni di assicuratori hanno richiamato l'attenzione sul fatto che l'inserimento completo delle restituzioni nell'insieme di dati comporta un onere amministrativo elevato per gli assicuratori e chiedono pertanto un termine transitorio sufficientemente lungo. Tenendo conto di questa situazione, il capoverso 1 lettera h sarà posto in vigore un anno dopo le altre disposizioni della presente revisione, vale a dire il 1° gennaio 2025. Poiché gli assicuratori hanno già familiarità con i modelli di prezzo con restituzioni e la presente revisione della lettera h si limita a precisare l'attuale situazione giuridica, gli assicuratori dovrebbero essere in grado di applicare correttamente la lettera h entro la fornitura dei dati di marzo 2025.

Capoverso 4

Per garantire l'uniformità terminologica, nel capoverso 4 vengono adattate due formulazioni che non comportano alcuna modifica materiale della disposizione. La formulazione «fino a un mese prima della scadenza del termine di cui al capoverso 3» è sostituita dall'indicazione diretta «fino a fine febbraio». Inoltre, l'espressione «rilevamento dei dati», che non compare in nessun'altra disposizione dell'OCoR, è sostituita dal termine «insieme di dati» che ricorre in diverse disposizioni.

4.3 Articolo 10 Aggregazione degli insiemi di dati e raggruppamento dei dati

Capoverso 3, frase introduttiva

Per la fornitura di dati, gli assicuratori suddividono i dati in due insiemi di dati. Il primo insieme contiene i dati riguardanti l'anno precedente la fornitura, il secondo quelli riguardanti il penultimo anno precedente la fornitura. L'aggiunta «del primo insieme di dati secondo l'articolo 6 capoverso 2» chiarisce su quale base di dati si fonda la comunicazione dell'istituzione comune LAMal agli assicuratori interessati. Vista la formulazione dell'articolo 6 capoverso 4, l'espressione «nello stesso anno civile» non è necessaria. Dal punto di vista materiale, la disposizione non subisce alcuna modifica.

4.4 Articolo 22

Capoverso 1 lettera a

L'aggiunta «e l'allestimento di statistiche» all'articolo 22 capoverso 1 lettera a mira a garantire che l'UFSP possa utilizzare i dati individuali ottenuti dall'istituzione comune LAMal anche per la preparazione della «Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria» (cfr. a tale proposito il capitolo 10 Compensazione dei rischi su [Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria](#), disponibile in tedesco e francese). La nuova disposizione non amplia i dati forniti all'UFSP. I requisiti dell'articolo 22 della legge federale sulla protezione dei dati (LPD; RS 235.1) sono soddisfatti.

Capoverso 2 lettere a e b

Per ogni anno di compensazione, gli assicuratori forniscono i dati in due insiemi. Il primo insieme contiene i dati riguardanti l'anno precedente la fornitura, il secondo quelli riguardanti il penultimo anno precedente la fornitura. La fornitura di dati prende in considerazione le prestazioni fatturate e i cambiamenti registrati nell'effettivo degli assicurati fino alla fine di febbraio dell'anno civile precedente a quello di compensazione. Per il primo insieme di dati la durata di conteggio è quindi di 14 mesi, per il secondo insieme di dati è di 26 mesi. Nel diritto vigente, la frase introduttiva del capoverso 2 non contiene indicazioni sulla base di dati per l'allestimento della statistica. La revisione crea maggiore trasparenza su questo punto. Il capoverso 2 viene suddiviso nella lettera a, per i dati della statistica calcolati dall'istituzione comune LAMal solo una volta sulla base dei dati del primo insieme di dati (durata di conteggio 14 mesi), e nella lettera b, per i dati della statistica calcolati dall'istituzione comune LAMal due volte sulla base dei dati di entrambi gli insiemi di dati (durata di conteggio 14 mesi e 26 mesi). Finora, alcuni dati della statistica erano già calcolati sulla base dei dati con durata di conteggio di 14 mesi e sulla base di dati con una durata di conteggio di 26 mesi.

Capoverso 2 lettera a numeri 1–5

Come finora, sulla base dei dati del primo insieme di dati deve essere allestita una statistica concernente:

- gli importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per i gruppi di rischio (precedentemente cpv. 2 lett. c, ora lett. a n. 1);
- i supplementi per PCG (precedentemente cpv. 2 lett. d, ora lett. a n. 2);
- lo sgravio degli assicuratori per singolo giovane adulto (precedentemente cpv. 2 lett. e, ora lett. a n. 4);
- l'aggravio degli assicuratori per singolo assicurato che ha già compiuto 26 anni (precedentemente cpv. 2 lett. f, ora lett. a n. 5).

A causa della diversa evoluzione dei costi nei gruppi di rischio, nel calcolo della compensazione dei rischi viene incluso un fattore di rincaro cantonale. È l'istituzione comune LAMal a calcolare i fattori di rincaro. Quelli applicati per la compensazione dei rischi 2020 e 2021 sono stati pubblicati sul sito Internet dell'UFSP. In futuro, l'istituzione comune LAMal li pubblicherà sul proprio sito Internet per ogni calcolo della compensazione dei rischi. Nel capoverso 2 lettera a essi sono indicati al numero 3.

Capoverso 2 lettera b numeri 1 e 2

Come finora, sulla base dei dati di entrambi gli insiemi di dati deve essere allestita una statistica concernente:

- i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde e le partecipazioni ai costi: per gruppi di rischio, per Cantone e per tutta la Svizzera (precedentemente cpv. 2 lett. a, ora lett. b n. 1);
- i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde e le partecipazioni ai costi per PCG: per tutta la Svizzera (precedentemente cpv. 2 lett. b, ora lett. b n. 2).

Capoverso 2 lettera b numero 3

Affinché gli assicuratori possano stimare meglio la compensazione dei rischi, la statistica deve ora includere anche le seguenti informazioni:

- i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde e le partecipazioni ai costi degli assicurati attribuiti a PCG, per gruppi di rischio e per PCG, per tutta la Svizzera («Tabella incrociata gruppo di rischio/PCG a livello svizzero»).

Visto che non esiste un riferimento ai Cantoni e che i gruppi di rischio costituiti da assicurati che insieme raggiungono meno di 120 mesi d'assicurazione non sono riportati nella statistica (cfr. cpv 2^{bis}), non è possibile risalire alle persone interessate e la protezione delle stesse è quindi garantita.

Capoverso 2 lettera b numero 4

La statistica del mercato totale deve contenere anche le seguenti informazioni:

- i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde e le partecipazioni ai costi degli assicurati non attribuiti a PCG, per gruppi di rischio, per tutta la Svizzera.

Anche tali informazioni, utili per la stima della compensazione dei rischi, non presentano rischi in termini di protezione dei dati. Non vi è alcun riferimento ai Cantoni e i gruppi di rischio costituiti da assicurati che insieme raggiungono meno di 120 mesi d'assicurazione non sono riportati nella statistica.

Capoverso 2 lettera b numero 5

Per poter stimare i supplementi per PCG per l'anno successivo, ora la statistica deve riportare anche i PCG attribuiti ad almeno un altro PCG per gli assicurati in tutta la Svizzera («matrice di comorbidità dei PCG a livello svizzero»). Il mercato totale è necessario perché alcune combinazioni di singoli PCG possono essere rare e sono difficili da estrapolare in base all'effettivo di assicurati per gli assicuratori più piccoli. Sono riportati solo i mesi d'assicurazione; altre informazioni come il Cantone di residenza, l'età o i costi non sono visibili né possono essere dedotte. È pertanto opportuno, e ai fini della stima dei supplementi per PCG dell'anno successivo imprescindibile, indicare anche le comorbidità che si verificano solo in casi rari (meno di dieci assicurati). Anche nel caso di questa statistica è impossibile trarre conclusioni sui singoli assicurati. La protezione delle persone interessate è quindi garantita.

Capoverso 2 lettera b numeri 6 e 7

Nel mese di agosto 2021 l'istituzione comune LAMal ha informato per la prima volta gli assicuratori interessati riguardo a casi di assicurazione multipla. Sulla base dell'articolo 10 capoverso 3 OCoR ha inviato una comunicazione agli assicuratori che presentavano nel loro effettivo di assicurati persone che erano state assicurate contemporaneamente presso due o più assicuratori-malattie, e quindi in maniera multipla, per almeno una parte del 2020. In seguito a questa comunicazione, gli assicuratori interessati sono tenuti ad analizzare i casi in questione con gli altri assicuratori coinvolti e, dopo aver sentito la persona interessata, a porre fine ai rapporti assicurativi non conformi alle disposizioni della LAMal (art. 9 cpv. 2 OAMal). Nel mese di giugno 2022 l'istituzione comune LAMal ha informato gli assicuratori sui casi del 2021. Non è noto quanti dei rapporti assicurativi non conformi alla LAMal siano stati sciolti e quanti siano ancora in essere, e tale situazione è insoddisfacente. La presente revisione offre l'opportunità di integrare la statistica con informazioni sulle persone assicurate in maniera multipla. La statistica comprenderà ora quanto segue:

- il numero di persone assicurate per 13 o più mesi, così come i nomi e i numeri d'identificazione dei loro assicuratori, per Cantone (cfr. cpv. 2 lett. b n. 6 del progetto);

- il numero di persone assicurate per 13 o più mesi in due anni consecutivi, così come i nomi e i numeri d'identificazione dei loro assicuratori, per Cantone (cfr. cpv. 2 lett. b n. 7 del progetto).

L'istituzione comune LAMal prevede quanto segue nella statistica.

Tabella 1

Cantone	Numero di persone assicurate in maniera multipla in T 14M (1)	Numero di persone assicurate in maniera multipla in T-1 26M (2)	Numero di persone assicurate in maniera multipla di T-1 26M che in T 14M presentavano ancora gli stessi assicuratori (3)	Numero di persone assicurate in maniera multipla di T-2 26M che in T-1 14M presentavano ancora gli stessi assicuratori (4)	Numero di persone assicurate in maniera multipla di T-2 26M che in T-1 26M presentavano ancora gli stessi assicuratori (5)
..
...
...
ZH	450	400	300	350	325
Esempio di lettura	450 persone nel Cantone di Zurigo che nell'anno [T] erano assicurate in maniera multipla.	400 persone nel Cantone di Zurigo che nell'anno [T-1] erano assicurate in maniera multipla.	300 persone nel Cantone di Zurigo che negli anni [T-1] e [T] erano assicurate in maniera multipla presso gli stessi assicuratori.	350 persone nel Cantone di Zurigo che negli anni [T-2] e [T-1] (durata di conteggio di 14 mesi) erano assicurate in maniera multipla presso gli stessi assicuratori.	325 persone nel Cantone di Zurigo che negli anni [T-2] e [T-1] (durata di conteggio di 26 mesi) erano assicurate in maniera multipla presso gli stessi assicuratori.
			I dati per T con durata di conteggio di 26 mesi non sono ancora disponibili al momento della pubblicazione della statistica, per cui non è possibile effettuare un confronto come tra (4) e (5).	Gli assicuratori forniscono innanzitutto i dati per [T-1] con una durata di conteggio di 14M. In seguito vengono informati sull'esistenza di persone assicurate in maniera multipla (art. 10 cpv. 3 OCoR) e sono tenuti a correggere i rapporti assicurativi (art. 9 OAMal). Nell'anno successivo, forniscono i dati per [T-1] con una durata di conteggio di 26M. Il confronto mostra quanti rapporti assicurativi multipli sono stati corretti tra le due forniture di dati; nell'esempio del Cantone di Zurigo si tratta di 25 persone.	

In questo modo si rende pubblico per ciascun Cantone il numero delle persone che erano assicurate in maniera multipla nell'anno di compensazione (anno T) da un lato (1) e nell'anno civile prima dell'anno di compensazione (anno T-1) dall'altro (2). Le altre colonne [(3), (4) e (5)] forniscono informazioni sulle persone assicurate in maniera multipla il cui rapporto assicurativo non è stato corretto nell'arco di due anni. La colonna (4) è ripresa dalla statistica dell'anno precedente [vecchia colonna (3)].

Tabella 2

Can- tone	N. UFSP (1)	Nome assi- cura- tore (1)	N. UFSP (2)	Nome assi- cura- tore (2)	N. UFSP (3)	Nome assi- cura- tore (3)	N. UFSP (4)	Nome assi- cura- tore (4)	N. UFSP (5)	Nome assi- cura- tore (5)
AG	1;2;...	Assi- cura- tore A; assicu- ra- tore B; ...	1;2;...	Assi- cura- tore A; assicu- ra- tore B; ...	1;2;...	Assicu- ra- tore A; assicu- ra- tore B; ...	1;2;...	Assi- cura- tore A; assi- cura- tore B; ...	1;2;...	Assicu- ra- tore A; assicu- ra- tore B; ...
AI	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
AR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
BE	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

I Cantoni si occupano già da tempo della questione delle assicurazioni multiple, anche in relazione allo scambio di dati rispetto all'articolo 64a LAMal (assunzione di crediti relativi ad attestati di carenza di beni). Le informazioni di cui sopra faciliteranno il loro lavoro in tal senso.

La pubblicazione dei dati aggiuntivi di cui sopra è conforme alle disposizioni in materia di protezione dei dati. I nomi e i numeri di identificazione degli assicuratori non permettono di risalire alle persone in questione. Le informazioni sul numero di casi con 13 o più mesi di assicurazione per Cantone sono dati aggregati che non permettono di risalire alle persone in questione.

Capoverso 2^{bis}

Sulla base di un gruppo di rischio è possibile vedere l'età dell'assicurato (sono riportati cinque anni di nascita), il sesso e se nell'anno civile in questione la persona è stata ricoverata in ospedale o in una casa di cura. Nei casi in cui è indicato anche il Cantone di residenza, non si può escludere che si riesca a risalire al singolo assicurato, per esempio in un Cantone particolarmente piccolo. Per evitare situazioni di questo tipo, finora l'istituzione comune LAMal non ha riportato nella statistica i gruppi di rischio costituiti da assicurati che insieme raggiungono meno di 120 mesi d'assicurazione. Questa prassi viene ora sancita in modo vincolante nell'ordinanza.

Capoverso 5

Su suggerimento dell'istituzione comune LAMal, il capoverso 5 può essere abrogato, visto che il contenuto della statistica è definito in modo esaustivo nei capoversi 2 e 2^{bis}. Il contenuto del rapporto annuale veniva già stabilito solo dall'istituzione comune. Non è necessario sancirlo nell'OCOR.

5 Ripercussioni finanziarie

5.1 Ripercussioni per la Confederazione e i Cantoni

La presente revisione non causa costi supplementari alla Confederazione e ai Cantoni.

5.2 Ripercussioni sull'assicurazione malattie

In presenza di un numero considerevole di modelli di prezzo, inserire in modo corretto nelle prestazioni lorde dell'assicurato in questione le restituzioni effettuate, su richiesta degli assicuratori, dai titolari dell'omologazione per i medicinali con cosiddetti modelli di prezzo comporta per gli assicuratori un onere supplementare.

L'istituzione comune LAMal dovrà riprogrammare parzialmente il software di compensazione dei rischi (SORA), e ciò comporterà dei costi una tantum. I costi sostenuti dall'istituzione comune LAMal sono assunti dagli assicuratori.

5.3 Ripercussioni sull'economia

Non sono previste ripercussioni sull'economia.

6 Disposizione transitoria relativa alla modifica del...

La disposizione transitoria stabilisce che per gli anni di compensazione 2020–2022, in aggiunta alla statistica di cui all'articolo 22 del diritto anteriore, sarà allestita anche una statistica secondo l'articolo 22 capoverso 2 lettera b numeri 3–7e capoverso 2^{bis} del nuovo diritto. In questo modo si crea una serie temporale utile agli assicuratori per calcolare il budget di compensazione dei rischi.

7 Modifica di un altro atto normativo

Nell'OAMal è modificato il terzo periodo dell'articolo 37e capoverso 1. A seguito delle modifiche apportate all'articolo 4 capoversi 1^{bis}, 1^{ter}, 2, 3 e 5 OCoR, la formulazione «principi attivi e» deve essere eliminata anche nel terzo periodo dell'articolo 37e capoverso 1 OAMal.

8 Entrata in vigore

Le disposizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2024 con la seguente eccezione: l'articolo 6 capoverso 1 lettera h e capoverso 4 entra in vigore il 1° gennaio 2025.