

Ordinanza
sulla compensazione dei rischi
nell'assicurazione malattie
(OCoR)¹

del 12 aprile 1995 (Stato 1° gennaio 2019)

Il Consiglio federale svizzero,

visti gli articoli 16 capoverso 4, 17 capoverso 3 e 17a capoversi 2 e 3 della legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie (LAMal),³

ordina:

Art. 1 Campo d'applicazione della compensazione dei rischi

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

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

Art. 2⁶ Rischio di malattia elevato

Il rischio di malattia elevato è definito dai seguenti indicatori di morbilità:

- a. età;
- b. sesso;
- c. costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente;
- d. degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente.

RU 1995 1371

¹ Introdotta dal n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1998 1841).

² RS 832.10

³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

⁴ Nuova espr. giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU 2013 789). Di detta mod. è tenuto conto in tutto il presente testo.

⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU 2009 4761).

⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

Art. 2a⁷ Età

Gli assicurati sono attribuiti ai gruppi di età in base al loro anno di nascita. I gruppi di età sono i seguenti:

- a. assicurati di età compresa tra 19 e 25 anni;
- b. assicurati di età compresa tra 26 e 90 anni, ripartiti in gruppi di cinque anni;
- c. assicurati di età a partire da 91 anni.

Art. 2b⁸ Costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente

¹ Per determinare l'indicatore relativo ai costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente si considerano le prestazioni lorde (prestazioni nette più partecipazioni ai costi) nel corso dell'anno precedente per i medicinali i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, a condizione che le prestazioni lorde superino i 5000 franchi e i medicinali non siano compresi in un importo forfettario di cui all'articolo 49 capoverso 1 LAMal.

² La data di consegna dei medicinali è determinante per l'attribuzione delle prestazioni lorde all'anno civile.

Art. 2c⁹ Degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente

¹ Per determinare l'indicatore relativo alla degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente si considerano le degenze protrattesi per almeno tre notti consecutive in uno dei seguenti ospedali o delle seguenti case di cura, a condizione che per la degenza siano state fornite prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

- a. ospedali o case di cura figuranti nell'elenco di cui all'articolo 39 LAMal;
- b. ospedali che hanno stipulato una convenzione ai sensi dell'articolo 49a capoverso 4 LAMal.

² Le degenze per maternità conformemente all'articolo 29 capoverso 2 lettera b LAMal non sono prese in considerazione.

³ Il periodo della degenza è determinante per l'attribuzione all'anno civile. Se la degenza si protrae oltre la fine dell'anno civile, vale quanto segue:

- a. una degenza con una durata compresa fra tre e cinque notti è attribuita all'anno civile nel quale è trascorso il maggior numero di notti; in caso di due notti ciascuno, la degenza è attribuita all'anno dell'ammissione;
- b. in caso di degenza con una durata superiore a cinque notti, la durata della degenza è computata fino al termine dell'anno civile. La parte della degenza che prosegue nel nuovo anno civile è attribuita a quest'ultimo.

⁷ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009 (RU 2009 4761). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

⁸ Introdotto dal n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

⁹ Introdotto dal n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

Art. 2^{d10} Ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio

¹ Gli assicurati che presentano un rischio di malattia elevato in base all'indicatore relativo ai costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente vengono suddivisi in due gruppi di rischio in base alle seguenti modalità:

- a. primo gruppo di rischio: assicurati con un rischio di malattia elevato in base all'indicatore relativo alla degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente;
- b. secondo gruppo di rischio: assicurati senza un rischio di malattia elevato in base all'indicatore relativo alla degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente.

² Gli assicurati che non presentano un rischio di malattia elevato in base all'indicatore relativo ai costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente sono suddivisi in altri gruppi di rischio in base agli indicatori relativi all'età, al sesso e alla degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente.

Art. 3¹¹ Prestazioni nette

¹ Per il calcolo della compensazione dei rischi, la quota dei costi delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie pagata dagli assicuratori è stabilita per Cantone per tutti gli assicurati del Cantone in questione (prestazioni nette).

² Per l'attribuzione delle prestazioni nette a un anno civile è determinante la data del trattamento.

³ Per impedire divergenze sensibili tra prestazioni nette medie nel confronto temporale o regionale, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) può stabilire una procedura di livellamento fondata su principi statistici riconosciuti.¹²

Art. 4 Effettivo degli assicurati

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

² ...¹³

^{2bis} Non sono considerati negli effettivi degli assicurati di cui al capoverso 1:

- a. le persone residenti all'estero assicurate su base contrattuale conformemente agli articoli 7a e 132 capoverso 3 OAMal;

¹⁰ Introdotto dal n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

¹¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

¹² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

¹³ Abrogato dal n. I dell'O del 2 nov. 2011, con effetto dal 1° gen. 2013 (RU **2011** 5291).

- b.¹⁴ gli assicurati di cui all'articolo 1 capoverso 2 lettera d ed e dell'ordinanza del 27 giugno 1995¹⁵ sull'assicurazione malattie (OAMal);
 - c.¹⁶ i richiedenti l'asilo, le persone ammesse a titolo provvisorio e le persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora che soggiornano in Svizzera e beneficiano dell'aiuto sociale;
 - d.¹⁷ gli assicurati di cui agli articoli 4 e 5 OAMal, sempre che per loro non sia riscosso un premio per assicurati con domicilio in Svizzera;
 - e.¹⁸ gli assicurati soggetti all'assicurazione malattie svizzera in virtù dell'Accordo del 30 novembre 1979¹⁹ relativo alla sicurezza sociale dei battellieri del Reno;
 - f.²⁰ gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni.²¹
- 3 ...²²

Art. 5²³**Art. 6²⁴** Calcolo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi

¹ Durante l'anno di compensazione, la media delle prestazioni nette in ogni gruppo di rischio (media di gruppo) è calcolata per tutti gli assicuratori per l'anno civile precedente l'anno di compensazione. Per il calcolo sono determinanti:

- a.²⁵ le prestazioni lorde per i medicinali e le degenze in un ospedale o in una casa di cura nel corso del penultimo anno civile precedente l'anno di compensazione per la ripartizione degli assicurati nei gruppi di rischio;
- b. gli effettivi degli assicurati nei singoli gruppi di rischio nell'anno civile precedente l'anno di compensazione;

¹⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 nov. 2011, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2011** 5291).

¹⁵ RS **832.102**

¹⁶ Introdotta dal n. I 6 dell'O dell'8 nov. 2006 concernente la modifica di O nel contesto della messa in vigore parziale delle modifiche del 16 dic. 2005 della L sull'asilo, della L sull'assicurazione malattie e della L sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 4739).

¹⁷ Introdotta dal n. I dell'O del 2 nov. 2011 (RU **2011** 5291). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

¹⁸ Introdotta dal n. I dell'O del 2 nov. 2011, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2011** 5291).

¹⁹ RS **0.831.107**

²⁰ Introdotta dal n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

²¹ Introdotta dal n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 925).

²² Abrogato dal n. I dell'O del 27 feb. 2013, con effetto dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

²³ Abrogato dal n. I dell'O del 27 feb. 2013, con effetto dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

²⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

²⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

- c. le prestazioni nette dei singoli assicuratori in ogni gruppo di rischio nell'anno civile precedente l'anno di compensazione.

² Il totale delle prestazioni nette attese in ogni gruppo di rischio per l'anno di compensazione è calcolato nel corso dell'anno successivo all'anno di compensazione. Per il calcolo sono determinanti:

- a.²⁶ le prestazioni lorde per i medicinali e le degenze in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno civile precedente l'anno di compensazione per la ripartizione degli assicurati nei gruppi di rischio;
- b. gli effettivi degli assicurati nei singoli gruppi di rischio nell'anno di compensazione;
- c. le medie di gruppo dell'anno civile precedente l'anno di compensazione calcolate conformemente al capoverso 1.

³ La media attesa delle prestazioni nette di tutti gli assicuratori di ogni gruppo di rischio (media generale) è stabilita per ogni assicurato nel Cantone per l'anno di compensazione sulla base del totale delle prestazioni nette attese nei singoli gruppi di rischio secondo il capoverso 2.

⁴ Gli assicuratori pagano, per tutti gli assicurati di un gruppo di rischio la cui media determinata conformemente al capoverso 1 è inferiore alla media generale secondo il capoverso 3, una tassa di rischio corrispondente alla differenza tra la media del gruppo e la media generale.

⁵ Gli assicuratori ricevono, per tutti gli assicurati di un gruppo di rischio la cui media determinata conformemente al capoverso 1 è superiore alla media generale secondo il capoverso 3, un contributo compensativo corrispondente alla differenza tra la media del gruppo e la media generale.

⁶ Non versano tasse di rischio e non ricevono contributi compensativi per l'anno di compensazione gli assicuratori ai quali negli ultimi due anni precedenti l'anno di compensazione è stata revocata l'autorizzazione d'esercizio dell'assicurazione sociale contro le malattie. I loro dati non sono presi in considerazione nel calcolo di cui al capoverso 1. I dati degli assicuratori sciolti, il cui patrimonio ed effettivo di assicurati sono stati trasferiti per contratto a un altro assicuratore secondo l'articolo 11²⁷ LAMal, sono tuttavia presi in considerazione nel calcolo di cui al capoverso 1.²⁸

Art. 6a²⁹ Calcolo dello sgravio per i giovani adulti

¹ Lo sgravio secondo l'articolo 16a LAMal ammonta, per Cantone, al 50 per cento della differenza tra la somma delle tasse di rischio, calcolate secondo l'articolo 6 capoverso 4, versate dall'insieme degli assicuratori per i giovani adulti e la somma

²⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

²⁷ Dal 1° gen. 2016: art. 2 e 3 della L del 16 set. 2014 sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (RS **832.12**).

²⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2015 (RU **2014** 3481).

²⁹ Introdotto dal n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2019 (RU **2018** 1845).

dei contributi compensativi, calcolati secondo l'articolo 6 capoverso 5, ricevuti dall'insieme degli assicuratori per i giovani adulti.

² È ripartito tra gli assicuratori in proporzione al numero di giovani adulti assicurati presso di loro nel rispettivo Cantone. Per il calcolo è determinante l'effettivo degli assicurati degli assicuratori di cui all'articolo 4 nell'anno di compensazione.

³ Gli assicuratori assumono lo sgravio in proporzione al numero dei loro assicurati nel rispettivo Cantone che il 31 dicembre hanno già compiuto 26 anni. Per il calcolo è determinante l'effettivo degli assicurati degli assicuratori di cui all'articolo 4 nell'anno di compensazione.

Art. 6b³⁰ Eccezioni per il calcolo

¹ Per gli assicurati che nell'anno civile determinante per il calcolo dei costi dei medicinali e delle degenze in un ospedale o in una casa di cura erano assicurati sino a fine anno presso un altro assicuratore, sono considerati solo gli indicatori relativi all'età e al sesso. Questi assicurati sono ripartiti nei gruppi di rischio degli assicurati che non presentano un rischio di malattia elevato in base alla degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente conformemente all'articolo 2d capoverso 2.

² Per gli assicurati che nell'anno civile determinante per il calcolo dei costi dei medicinali e delle degenze in un ospedale o in una casa di cura hanno cambiato assicuratore nel corso dell'anno, oltre agli indicatori relativi all'età e al sesso sono presi in considerazione anche i costi dei medicinali forniti tra il cambiamento dell'assicuratore e la fine dell'anno civile determinante, fatturati dal nuovo assicuratore, nonché le degenze in un ospedale o in una casa di cura avvenute nello stesso periodo, fatturate dal nuovo assicuratore. Questi assicurati sono ripartiti in uno dei gruppi di rischio conformemente all'articolo 2d. I costi dei medicinali e le degenze in un ospedale o in una casa di cura fatturati dal precedente assicuratore non sono comunicati al nuovo assicuratore.

Art. 6c³¹ Ratei e risconti per la compensazione dei rischi

Gli assicuratori sono tenuti a costituire annualmente i ratei e risconti necessari per il pagamento delle tasse di rischio e per i contributi compensativi attesi. A tal fine considerano segnatamente:

- a. le modifiche degli effettivi nei gruppi di rischio;
- b. le modifiche delle prestazioni nette;
- c. le tasse di rischio già versate e il contributo compensativo già ricevuto.

³⁰ Originario art. 6a. Introdotto dal n. I dell'O del 15 giu. 1998 (RU 1998 1841). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

³¹ Originario art. 6b. Introdotto dal n. I dell'O del 27 feb. 2013 (RU 2013 789). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

Art. 7 Saldo, statistica e rapporto sulla compensazione dei rischi³²

1 ...³³

² L'istituzione comune determina l'ammontare delle tasse di rischio e dei contributi compensativi e calcola lo sgravio secondo l'articolo 16a LAMal. Trasmette ad ogni assicuratore il corrispettivo saldo e all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) i documenti relativi ai calcoli e al saldo per ogni assicuratore, stabiliti per Cantone e per tutta la Svizzera.³⁴

³ Allestisce, per ogni consegna di dati degli assicuratori, una statistica degli assicurati e delle prestazioni nette dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nei gruppi di rischio per Cantone e la mette a disposizione della Confederazione, dei Cantoni, degli assicuratori e dello 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.³⁵

⁴ L'istituzione comune redige annualmente un rapporto sulla gestione della compensazione dei rischi.

⁵ Il contenuto del rapporto e della statistica è determinato congiuntamente dall'istituzione comune e dall'UFSP³⁶. L'istituzione comune pubblica ogni anno questi due documenti.

Art. 8 Analisi degli effetti

L'UFSP 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'UFSP stabilisce le modalità tecniche dell'analisi. Per i lavori di ricerca e per la valutazione dei risultati può rivolgersi a un istituto scientifico.

Art. 9³⁷ Spese di amministrazione

¹ Gli assicuratori partecipano alla copertura delle spese d'amministrazione della compensazione dei rischi mediante un contributo proporzionale al numero di persone assicurate all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² Sono considerate segnatamente spese di amministrazione della compensazione dei rischi:

³² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

³³ Abrogato dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, con effetto dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

³⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2019 (RU **2018** 1845).

³⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

³⁶ La designazione dell'unità amministrativa è stata adattata in applicazione dell'art. 16 cpv. 3 dell'O del 17 nov. 2004 sulle pubblicazioni (RU **2004** 4937). Di detta mod. è tenuto conto in tutto il presente testo.

³⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2004, in vigore dal 1° gen. 2005 (RU **2004** 5079).

- a. le spese di amministrazione dell'istituzione comune per l'esecuzione della compensazione dei rischi;
- b. le spese per la revisione dei conteggi e del traffico dei pagamenti nella compensazione dei rischi;
- c. le spese per i controlli effettuati con prove a saggio secondo l'articolo 11 capoverso 2.³⁸

Art. 10 Fornitura di dati³⁹

¹ Gli assicuratori forniscono i loro dati, suddivisi per Cantone, gruppo di rischio e anno civile, relativi agli effettivi degli assicurati, alle prestazioni lorde e alle partecipazioni ai costi secondo le direttive dell'istituzione comune.⁴⁰

² Questi dati devono essere forniti all'istituzione comune entro fine aprile dell'anno di compensazione e di quello che lo esegue.⁴¹

^{2bis} La fornitura dei dati deve prendere in considerazione le prestazioni nette fatturate fino a due mesi prima della scadenza del termine di consegna, i costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente, le degenze in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente nonché le modifiche degli effettivi degli assicurati che concernono l'anno civile determinante per il rilevamento dei dati.⁴²

³ Se la segnalazione di una fornitura di dati inesatta viene effettuata dagli assicuratori solo dopo 30 giorni dalla comunicazione del saldo ai sensi dell'articolo 7 capoverso 2, l'istituzione comune può rifiutare di ricalcolare la compensazione dei rischi.⁴³

⁴ Il nuovo calcolo della compensazione dei rischi è escluso se la segnalazione è effettuata oltre due anni dopo la scadenza del termine giusta il capoverso 3.⁴⁴

Art. 11⁴⁵ Controllo dei dati

¹ Gli organi di revisione degli assicuratori riferiscono all'istituzione comune sull'esattezza e la completezza dei dati forniti.

^{1bis} L'UFSP può emanare direttive concernenti le verifiche che gli organi di revisione devono intraprendere.⁴⁶

³⁸ Introdotta dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

³⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

⁴⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

⁴¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

⁴² Introdotta dal n. I dell'O del 26 ago. 2009 (RU **2009** 4761). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

⁴³ Introdotta dal n. I dell'O del 11 dic. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2001** 140).

⁴⁴ Introdotta dal n. I dell'O del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2005** 5643).

⁴⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

⁴⁶ Introdotta dal n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

² L'istituzione comune verifica con prove a saggio, mediante gli organi di revisione da essa designati per questo compito, l'esattezza e la completezza dei dati forniti ai sensi dell'articolo 10.⁴⁷

³ Gli assicuratori si assumono le spese risultanti dai controlli effettuati con prove a saggio.⁴⁸

Art. 12⁴⁹ Termini di pagamento

¹ Per la compensazione dei rischi di ogni anno di compensazione va effettuato:

- a. un acconto;
- b.⁵⁰ un pagamento risultante dal calcolo secondo gli articoli 6 e 6a, detratto l'acconto già versato (pagamento finale).

² L'acconto ammonta alla metà della tassa di rischio o del contributo compensativo della compensazione dei rischi, calcolato per il penultimo anno civile precedente l'anno di compensazione. Esso va effettuato:

- a. per le tasse di rischio pagate dagli assicuratori in favore della compensazione dei rischi: entro il 15 febbraio dell'anno di compensazione;
- b. per i contributi compensativi pagati tramite la compensazione dei rischi agli assicuratori: entro il 15 marzo dell'anno di compensazione.

³ Il pagamento finale va effettuato:

- a. per le tasse di rischio pagate dagli assicuratori in favore della compensazione dei rischi: entro il 15 agosto dell'anno successivo all'anno di compensazione;
- b. per i contributi compensativi pagati tramite la compensazione dei rischi agli assicuratori: entro il 15 settembre dell'anno successivo all'anno di compensazione.

⁴ I pagamenti compensativi dovuti agli assicuratori devono essere effettuati dall'istituzione comune anche se non tutti gli assicuratori hanno eseguito i pagamenti in favore della 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 pendenti vanno pagati dopo il loro incasso e maggiorati dell'interesse di mora di cui al capoverso 6.

⁵ È vietata la compensazione di crediti e debiti degli assicuratori tra le compensazioni e i rischi di diversi anni, nonché tra acconti e pagamenti finali. È pure vietata la

⁴⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁴⁸ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁴⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

⁵⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2019 (RU **2018** 1845).

compensazione di crediti e debiti tra diversi assicuratori. È fatta salva la compensazione tra diversi assicuratori in caso di successiva fusione.

⁶ Nell'ambito dell'acconto, è riscosso un interesse sugli importi pagati in eccesso o per difetto rispetto al calcolo di cui agli articoli 6 e 6a. Gli interessi sono calcolati in funzione dei termini di versamento e di pagamento per l'acconto e il pagamento finale, come pure in considerazione dei contributi effettivamente percepiti o pagati. L'istituzione comune determina l'interesse di accredito sulla base degli interessi usuali di mercato. Accredita e richiede gli interessi entro il 31 dicembre dell'anno successivo all'anno di compensazione.⁵¹

⁷ Gli assicuratori che non effettuano i pagamenti tempestivamente devono versare all'istituzione comune un interesse di mora del 6 per cento all'anno.

Art. 12a⁵² Fornitura di dati erronei⁵³

¹ Anche dopo aver rifiutato il nuovo calcolo secondo l'articolo 10 capoversi 3 e 4, l'istituzione comune può fatturare agli assicurati che hanno fornito dati erronei, traendone profitto, il vantaggio che ne è loro risultato. L'importo risultante viene versato tra gli altri assicurati conformemente alla loro partecipazione (tasse e contributi) alla corrispondente compensazione dei rischi.

² Le pretese degli assicurati che hanno fornito dati erronei a proprio svantaggio decadono con il rifiuto del nuovo calcolo secondo l'articolo 10 capoversi 3 e 4.

³ Se gli importi secondo il capoverso 1 sono esigui, l'istituzione comune può versarli insieme agli interessi di cui all'articolo 13a.⁵⁴

Art. 13⁵⁵ Fondi

¹ Con gli interessi accumulati presso l'istituzione comune per effetto del divario dei termini previsti tra il versamento e la riscossione degli acconti e i pagamenti finali viene alimentato un fondo per un importo massimo di 500 000 franchi. L'istituzione comune impiega i mezzi di questo fondo per pagare i contributi compensativi tempestivamente e senza riduzione nei casi in cui gli importi dovuti siano esigui.

² L'istituzione comune emana il regolamento del fondo che deve segnatamente definire l'utilizzo dei mezzi finanziari. Il regolamento deve essere approvato dal DFI.

⁵¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2019 (RU **2018** 1845).

⁵² Introdotto dal n. I dell'O del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2005** 5643).

⁵³ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁵⁴ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁵⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

Art. 13a⁵⁶ Provento degli interessi

Gli interessi accumulati superiori a 500 000 franchi, sono rimborsati agli assicuratori. L'ammontare del rimborso degli interessi è determinato in base all'entità della partecipazione dell'assicuratore alla compensazione dei rischi nell'anno precedente. L'istituzione comune versa al più tardi entro fine settembre gli interessi dell'anno precedente.

Art. 14 Protezione dei dati

¹ L'istituzione comune, salvo nei confronti dell'UFSP e dei propri organi 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.⁵⁷

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

Art. 15 Procedura e contenzioso

¹ In caso di contestazione tra un assicuratore e l'istituzione comune riguardo la gestione della compensazione dei rischi, l'istituzione comune emana una decisione ai sensi dell'articolo 5 della legge del 20 dicembre 1968⁵⁸ sulla procedura amministrativa.

² ...⁵⁹

Art. 16 Fatturazione delle spese supplementari e misure disciplinari⁶⁰

¹ L'istituzione comune può fatturare le spese supplementari che ne risultano agli assicuratori che non ottemperano in modo sufficiente all'obbligo di fornitura di dati e di pagamento o che forniscono dati erronei.⁶¹

² L'UFSP può proporre al DFI⁶² di ritirare l'autorizzazione d'esercizio dell'assicurazione sociale contro le malattie agli assicuratori che, malgrado 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 i dati e di effettuare i pagamenti.

⁵⁶ Introdotto dal n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

⁵⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁵⁸ RS **172.021**

⁵⁹ Abrogato dal n. II 96 dell'O dell'8 nov. 2006 concernente l'adeguamento di ordinanze del Consiglio federale alla revisione totale dell'organizzazione giudiziaria federale, con effetto dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 4705).

⁶⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁶¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁶² Nuova epr. giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3481).

Art. 17 Disposizioni finali

¹ L'ordinanza IX del 31 agosto 1992⁶³ sull'assicurazione contro le malattie concernente la compensazione dei rischi tra le casse malati (ordinanza IX) è abrogata.

² e ³ ...⁶⁴

⁴ La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996^{65,66}

⁵ ...⁶⁷

⁶ ...⁶⁸

⁷ ...⁶⁹

Disposizione finale della modifica del 15 giugno 1998⁷⁰**Disposizione finale della modifica del 3 dicembre 2004⁷¹****Disposizione finale della modifica del 9 novembre 2005⁷²**

La presente modifica è valida per la compensazione definitiva dei rischi a partire dal 2004.

Disposizioni transitorie della modifica del 26 agosto 2009⁷³

¹ Nel 2012 la fornitura dei dati degli assicuratori all'istituzione comune è effettuata, per la compensazione definitiva dei rischi 2011, secondo il diritto anteriore. Il cal-

⁶³ [RU 1992 1738, 1993 2013]

⁶⁴ Abrogati dal n. IV 52 dell'O del 22 ago. 2007 concernente l'aggiornamento formale del diritto federale, con effetto dal 1° gen. 2008 (RU 2007 4477).

⁶⁵ La limitazione temporale dell'O (RU 1995 1371, 2005 5643, 2010 6163, 2009 4761) è stata abrogata con la modifica del 15 ott. 2014, con effetto dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

⁶⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

⁶⁷ Introdotto dal n. I dell'O del 9 nov. 2005 (RU 2005 5643). Abrogato dal n. I dell'O del 15 ott. 2014, con effetto dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

⁶⁸ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010 (RU 2010 6163). Abrogato dal n. I dell'O del 15 ott. 2014, con effetto dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

⁶⁹ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009 (RU 2009 4761). Abrogato dal n. I dell'O del 15 ott. 2014, con effetto dal 1° gen. 2017 (RU 2014 3481).

⁷⁰ RU 1998 1841. Abrogata dal n. IV 52 dell'O del 22 ago. 2007 concernente l'aggiornamento formale del diritto federale, con effetto dal 1° gen. 2008 (RU 2007 4477).

⁷¹ RU 2004 5079. Abrogata dal n. IV 52 dell'O del 22 ago. 2007 concernente l'aggiornamento formale del diritto federale, con effetto dal 1° gen. 2008 (RU 2007 4477).

⁷² RU 2005 5643

⁷³ RU 2009 4761

colo della compensazione definitiva dei rischi 2011 è effettuato secondo il diritto anteriore.

² A partire dal 2012, gli assicuratori devono essere in grado di fornire all'istituzione comune i dati per la nuova compensazione dei rischi relativi agli anni 2010 e 2011 conformemente alla modifica d'ordinanza del 26 agosto 2009.

Disposizione transitoria della modifica del 2 novembre 2011⁷⁴

Nel 2013 la fornitura dei dati degli assicuratori all'istituzione comune è effettuata, per la compensazione definitiva dei rischi 2012 e per il calcolo della compensazione definitiva dei rischi 2012, secondo il diritto anteriore.

Disposizione transitoria della modifica del 27 febbraio 2013⁷⁵

Il diritto vigente si applica alla compensazione definitiva dei rischi 2013. L'acconto da versare per la compensazione dei rischi 2014 rispettivamente 2015, ammonta, nel 2014 rispettivamente 2015, al 50 per cento della compensazione definitiva dei rischi 2012 rispettivamente 2013.

Disposizione transitoria della modifica del 15 ottobre 2014⁷⁶

¹ Nel 2017 la fornitura dei dati degli assicuratori all'istituzione comune è effettuata, per la compensazione dei rischi 2016 e per il calcolo della compensazione dei rischi 2016, secondo il diritto anteriore.

² Nel 2017, rispettivamente 2018, gli assicuratori devono essere in grado di fornire all'istituzione comune i dati per la compensazione dei rischi relativi agli anni 2015 e 2016, rispettivamente 2016 e 2017, conformemente alla modifica del 15 ottobre 2014 della presente ordinanza.

Disposizione transitoria della modifica dell'11 aprile 2018⁷⁷

Il calcolo della compensazione dei rischi per il 2018 è effettuato secondo il diritto anteriore.

74 RU **2011** 5291

75 RU **2013** 789

76 RU **2014** 3841

77 RU **2018** 1845

