

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

832.112.1

del 19 ottobre 2016 (Stato 1° gennaio 2020)

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 1994¹ sull'assicurazione malattie (LAMal),

ordina:

Sezione 1: Indicatori di morbilità

Art. 1 Indicatori

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

- a. età;
- b. sesso;
- c. degenza in un ospedale o in una casa di cura;
- d. gruppi di costo farmaceutico (PCG).

Art. 2 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. 3 Degenza in un ospedale o in una casa di cura

¹ Si presume un rischio di malattia elevato se nel corso dell'anno precedente un assicurato è stato ricoverato in un ospedale o in una casa di cura per almeno tre notti consecutive.

² Per determinare la degenza nel corso dell'anno precedente secondo il capoverso 1 si considerano le degenze nel corso dell'anno precedente 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;

RU 2016 4059

¹ RS 832.10

b. ospedali che hanno stipulato una convenzione secondo dell'articolo 49a capoverso 4 LAMal.

³ Le degenze per maternità di cui all'articolo 29 capoverso 2 lettera b LAMal non sono prese in considerazione.

⁴ 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. la notte tra il 31 dicembre e il 1° gennaio è attribuita all'anno dell'ammissione;
- b. 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;
- c. 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.

Art. 4 Elenco dei PCG

¹ Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) emana un elenco dei PCG.²

^{1bis} Un PCG comprende i medicinali contenenti determinati principi attivi utilizzati per il trattamento di un quadro clinico specifico particolarmente costoso.³

^{1ter} Un PCG non autonomo comprende medicinali contenenti determinati principi attivi utilizzati per il trattamento di un quadro clinico che di per sé non è particolarmente costoso, ma che combinato con un quadro clinico specifico particolarmente costoso non simile può rendere quest'ultimo quadro clinico ancora più costoso o il primo particolarmente costoso. Il PCG non autonomo costituisce insieme al PCG per un quadro clinico particolarmente costoso non simile un PCG combinato.⁴

² L'elenco dei PCG riporta per ogni PCG i medicinali contenenti i principi attivi attribuiti a tale PCG. Per ciascuno di questi medicinali è indicato il numero commerciale internazionale (Global Trade Item Number, codice GTIN) e il numero di dosi giornalieri standard per forma galenica e per confezione.

³ Un principio attivo può essere attribuito a un solo PCG. Se un medicamento contiene più principi attivi, è attribuito al PCG il principio attivo principale.⁵

⁴ Il DFI può prevedere gerarchizzazioni tra i PCG, se più PCG riguardano lo stesso problema di salute o uno simile.

⁵ La Commissione federale dei medicinali consiglia il DFI in merito all'attribuzione di principi attivi e medicinali a un PCG e alla determinazione delle dosi giornaliere standard ogni qualvolta un medicamento viene ammesso nell'elenco delle specialità per la prima volta o per un'indicazione supplementare.

² Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2018** 1847).

³ Introdotto dal n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2018** 1847).

⁴ Introdotto dal n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2018** 1847).

⁵ Introdotto dal n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2018** 1847).

Art. 5 PCG

¹ Si presume un rischio di malattia elevato se, sulla base dei medicinali che gli sono stati dispensati nel corso dell'anno precedente, un assicurato soddisfa le condizioni per l'attribuzione a un PCG.

² Un assicurato soddisfa le condizioni per l'attribuzione a un PCG se nel corso dell'anno precedente gli è stato dispensato un determinato numero minimo di dosi giornaliere standard di medicinali:

- a. attribuiti a tale PCG nell'elenco dei PCG;
- b. figuranti nell'elenco delle specialità al momento della dispensazione;
- c. i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; e
- d. non computati in un importo forfettario secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal.

³ È determinante l'elenco dei PCG valido al momento del calcolo della compensazione dei rischi.

⁴ Per l'attribuzione di un medicamento a un anno civile è determinante la data della sua dispensazione.

⁵ Il DFI stabilisce il numero minimo di dosi giornaliere standard di cui al capoverso 2.

Sezione 2: Fornitura e controllo dei dati**Art. 6** Fornitura di dati

¹ Per il raggruppamento dei dati e il calcolo della compensazione dei rischi, l'assicuratore deve fornire a proprie spese all'istituzione comune, secondo le direttive di quest'ultima, per assicurato e per ogni periodo di copertura, i seguenti dati:

- a. Cantone di domicilio;
- b. numero d'assicurato AVS secondo l'articolo 83 LAMal in forma pseudonimizzata;
- c. anno di nascita;
- d. sesso;
- e. degenza in un ospedale o in una casa di cura;
- f. codice GTIN e numero di confezioni per medicamento iscritto nell'elenco delle specialità;
- g. durata in mesi dell'assicurazione;
- h. prestazioni lorde;
- i. partecipazioni ai costi.

² L'assicuratore suddivide i dati in due insiemi di dati. Il primo insieme contiene i dati riguardanti l'anno precedente la fornitura, mentre il secondo quelli riguardanti il penultimo anno precedente la fornitura.

³ Gli assicuratori devono fornire i dati entro il 30 aprile.

⁴ La fornitura di dati deve prendere in considerazione le prestazioni fatturate e i cambiamenti registrati nell'effettivo degli assicurati fino a due mesi prima della scadenza del termine di cui al capoverso 3 riguardanti l'anno civile determinante per il rilevamento dei dati.

Art. 7 Dati di assicuratori non più attivi

¹ Gli assicuratori il cui patrimonio e il cui effettivo degli assicurati sono stati trasferiti per contratto a un altro assicuratore conformemente agli articoli 2 e 3 della legge del 26 settembre 2014⁶ sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal) non sono tenuti a fornire dati per la compensazione dei rischi. Tale compito spetta invece al nuovo assicuratore.

² Per gli assicuratori ai quali nei due anni precedenti l'anno di compensazione è stata ritirata l'autorizzazione d'esercizio dell'assicurazione ma il cui patrimonio e il cui effettivo degli assicurati non sono stati trasferiti per contratto a un altro assicuratore conformemente agli articoli 2 e 3 LVAMal, spetta ai terzi incaricati della loro liquidazione fornire i dati per la compensazione dei rischi.

Art. 8 Controllo dei dati

¹ Gli organi di revisione degli assicuratori riferiscono all'istituzione comune entro il 30 aprile sull'esattezza e la completezza dei dati forniti secondo l'articolo 6.

² L'istituzione comune verifica con controlli a campione, mediante gli organi di revisione da essa designati per questo compito, l'esattezza e la completezza dei dati forniti.

³ Gli assicuratori assumono direttamente le spese risultanti dai controlli a campione.

⁴ L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) può emanare direttive concernenti le verifiche che gli organi di revisione devono effettuare.

Sezione 3: Calcolo della compensazione dei rischi

Art. 9 Effettivo degli assicurati

¹ Per calcolare l'effettivo degli assicurati di un assicuratore è determinante la durata in mesi dell'assicurazione dei suoi assicurati.

⁶ RS 832.12

² Nel calcolo dell'effettivo degli assicurati non sono presi in considerazione:

- a. le persone residenti all'estero assicurate su base contrattuale conformemente agli articoli 7a e 132 capoverso 3 dell'ordinanza del 27 giugno 1995⁷ sull'assicurazione malattie (OAMal);
- b. gli assicurati di cui all'articolo 1 capoverso 2 lettere d ed e OAMal;
- c. 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. 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. gli assicurati soggetti all'assicurazione malattie svizzera in virtù dell'Accordo del 30 novembre 1979⁸ relativo alla sicurezza sociale dei battellieri del Reno;
- f. gli assicurati che al 31 dicembre dell'anno in questione non hanno ancora compiuto i 19 anni.

Art. 10 Aggregazione degli insiemi di dati e raggruppamento dei dati

¹ L'istituzione comune aggrega gli insiemi di dati degli assicuratori. Essa provvede affinché, anche per gli assicurati che hanno cambiato assicuratore, i dati relativi agli indicatori di morbilità dell'anno precedente siano integralmente inclusi nel calcolo.

² Essa collega, per assicurato, i dati relativi a Cantone, età, sesso, prestazioni nette e mesi d'assicurazione con i dati relativi ad altri indicatori di morbilità dell'anno precedente.

Art. 11 Ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio

L'istituzione comune suddivide gli assicurati in gruppi di rischio, per Cantone, età e sesso, e secondo la presenza o meno di un rischio di malattia elevato sulla base dell'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura».

Art. 12 Ripartizione degli assicurati in PCG

¹ L'istituzione comune suddivide gli assicurati nei rispettivi PCG sulla base dei dati relativi ai medicinali dispensati, se soddisfano le condizioni di cui all'articolo 5 capoverso 2.

² Assegna gli assicurati a un PCG combinato qualora essi siano assegnati a entrambi i PCG di cui è costituito il PCG combinato.⁹

⁷ RS 832.102

⁸ RS 0.831.107

⁹ Introdotto dal n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2018 1847).

Art. 13 Calcolo delle medie di gruppo

¹ Nell'anno successivo all'anno di compensazione, la media delle prestazioni nette di ogni gruppo di rischio è calcolata per tutti gli assicuratori per l'anno civile precedente l'anno di compensazione e moltiplicata per un fattore di rincaro (media di gruppo). Per il calcolo sono determinanti:

- a. 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;
- c. le prestazioni nette dei singoli assicuratori in ogni gruppo di rischio nell'anno civile precedente l'anno di compensazione;
- d. il fattore di rincaro.

² Il DFI definisce il calcolo del fattore di rincaro tenendo conto dell'evoluzione dei costi nei gruppi di rischio.

Art. 14 Calcolo del totale delle prestazioni nette attese e della media generale

¹ Il totale delle prestazioni nette attese nei singoli gruppi di rischio per l'anno di compensazione è calcolato nel corso dell'anno successivo all'anno di compensazione. Per il calcolo sono determinanti:

- a. 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 in gruppi di rischio;
- b. gli effettivi degli assicurati nei singoli gruppi di rischio nell'anno di compensazione;
- c. le medie di gruppo nell'anno civile precedente l'anno di compensazione calcolate conformemente all'articolo 13.

² La media delle prestazioni nette attese di tutti gli assicuratori in tutti i gruppi di rischio per l'anno di compensazione viene calcolata, per assicurato di ciascun Cantone, sulla base del totale delle prestazioni nette attese nei singoli gruppi di rischio secondo il capoverso 1 (media generale).

Art. 15 Supplementi per PCG

¹ Gli assicuratori ricevono supplementi per PCG per i loro assicurati con un rischio di malattia elevato sulla base dell'indicatore «PCG». Per i PCG non autonomi non ricevono alcun supplemento.¹⁰

¹⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2018 1847).

² Se un assicurato è attribuito a diversi PCG organizzati secondo un ordine gerarchico, l'assicuratore riceve il supplemento unicamente per il PCG gerarchicamente superiore.

³ Se un assicurato è attribuito a diversi PCG organizzati secondo un ordine non gerarchico, l'assicuratore riceve il supplemento per tutti i PCG cui è attribuito l'assicurato.

⁴ Se un assicurato è attribuito a un PCG combinato, l'assicuratore riceve il supplemento unicamente per il PCG combinato, ma non per i singoli PCG dei quali è costituito il PCG combinato.¹¹

Art. 16 Determinazione dei supplementi per PCG

¹ Nell'anno successivo all'anno di compensazione, i supplementi per PCG sono determinati mediante un metodo di regressione. Tale metodo minimizza la somma dei quadrati dei costi residui di ogni assicurato. I costi residui di un assicurato corrispondono alla differenza tra le sue prestazioni nette e la media di gruppo del suo gruppo di rischio secondo l'articolo 13 tenuto conto degli scarti dalla media di gruppo attesi sulla base dei suoi dati relativi ai medicinali dispensati.

² Per il calcolo dei supplementi sono determinanti:

- a. i medicinali dispensati nel penultimo anno civile precedente l'anno di compensazione, per la ripartizione degli assicurati in PCG;
- b. gli effettivi degli assicurati e le prestazioni nette nell'anno civile precedente l'anno di compensazione.

³ I supplementi per PCG sono considerati nel calcolo solo se i valori sono positivi.

Art. 17 Finanziamento dei supplementi per PCG

I supplementi per PCG sono finanziati mediante un adeguamento degli importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per i gruppi di rischio. I singoli importi sono calcolati separatamente per ogni gruppo di rischio. Determinanti per ogni gruppo di rischio sono il numero di assicurati per i quali vengono pagati supplementi per PCG e l'ammontare di tali supplementi.

Art. 18 Importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per i gruppi di rischio

¹ L'importo calcolato secondo l'articolo 17 per un gruppo di rischio è diviso per il numero di assicurati di tale gruppo e il risultato ottenuto è detratto dalla media di gruppo calcolata secondo l'articolo 13 (media di gruppo modificata).

² Gli assicuratori pagano, per tutti gli assicurati di un gruppo di rischio la cui media di gruppo modificata è inferiore alla media generale di cui all'articolo 14, una tassa di rischio corrispondente alla differenza tra la media di gruppo modificata e la media generale.

¹¹ Introdotto dal n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2018** 1847).

³ Gli assicuratori ricevono, per tutti gli assicurati di un gruppo di rischio la cui media di gruppo modificata è superiore alla media generale di cui all'articolo 14, un contributo compensativo corrispondente alla differenza tra la media di gruppo modificata e la media generale.

Art. 18a¹² 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 versate dall'insieme degli assicuratori per i giovani adulti e la somma dei contributi compensativi e supplementi per PCG ricevuti dall'insieme degli assicuratori per i giovani adulti.

² È ripartito tra gli assicuratori in proporzione al numero dei giovani adulti assicurati presso di loro nel rispettivo Cantone. Per il calcolo è determinante l'effettivo degli assicurati degli assicuratori di cui all'articolo 9 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 9 nell'anno di compensazione.

⁴ L'istituzione comune calcola lo sgravio e le quote parti degli assicuratori.

Sezione 4: Pagamenti a titolo di compensazione dei rischi

Art. 19

¹ Per la compensazione dei rischi di ogni anno di compensazione, ogni assicuratore versa o riceve:

- a. un acconto corrispondente alla metà della tassa di rischio o del contributo compensativo, versato o ricevuto per la compensazione dei rischi del penultimo anno civile precedente l'anno di compensazione;
- b.¹³ un pagamento finale risultante dal calcolo secondo gli articoli 9–18a, detratto l'acconto già versato.

² L'acconto va effettuato:

- a. per le tasse di rischio pagate dagli assicuratori all'istituzione comune: entro il 15 febbraio dell'anno di compensazione;
- b. per i contributi compensativi pagati dall'istituzione comune 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 all'istituzione comune: entro il 15 agosto dell'anno successivo all'anno di compensazione;

¹² Introdotta dal n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2018** 1847).

¹³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2018** 1847).

- b. per i contributi compensativi pagati dall'istituzione comune agli assicuratori: entro il 15 settembre dell'anno successivo all'anno di compensazione.

⁴ L'istituzione comune deve versare i contributi compensativi agli assicuratori anche se non tutti gli assicuratori hanno pagato le loro tasse di rischio. Se alla data di scadenza sono ancora pendenti pagamenti degli assicuratori, l'istituzione comune può ridurre proporzionalmente i pagamenti in base alle tasse di rischio incassate. L'istituzione comune deve pagare i contributi compensativi pendenti dopo l'incasso tardivo delle tasse di rischio e maggiorarli dell'interesse di mora di cui al capoverso 7.

⁵ Sono vietate:

- a. la compensazione di crediti e debiti degli assicuratori tra le compensazioni dei rischi di diversi anni, nonché tra acconti e pagamenti finali;
- b. la compensazione di crediti e debiti tra diversi assicuratori, ad eccezione della compensazione di crediti e debiti tra diversi assicuratori in caso di successiva fusione.

⁶ Nell'ambito dell'acconto, è riscosso un interesse sugli importi pagati in eccesso o in difetto rispetto al calcolo di cui agli articoli 9–18a. 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. Il tasso d'interesse corrisponde al rendimento delle obbligazioni della Confederazione, se è di segno positivo. L'istituzione comune accredita e richiede gli interessi entro il 31 dicembre dell'anno successivo all'anno di compensazione.¹⁴

⁷ Gli assicuratori che non effettuano i pagamenti tempestivamente devono versare all'istituzione comune un interesse di mora del 5 per cento all'anno.

Sezione 5: Saldo, informazione e correzioni

Art. 20¹⁵ Saldo e informazione

Per la compensazione dei rischi dell'anno precedente, l'istituzione comune trasmette a ogni assicuratore entro il 30 giugno:

- a. il corrispettivo saldo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi;
- b. i dati seguenti relativi al suo effettivo di assicurati, per Cantone e gruppo di rischio:
 - 1. l'ammontare della tassa di rischio o del contributo compensativo,
 - 2. il numero di assicurati,
 - 3. il numero di assicurati con un rischio di malattia elevato sulla base dell'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura» che sono passati a quell'assicuratore,

¹⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2018 1847).

¹⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 apr. 2018, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2018 1847).

4. il numero di assicurati per PCG,
 5. il numero di assicurati per PCG che sono passati a quell'assicuratore,
 6. la somma di tutti i supplementi per PCG;
- c. lo sgravio complessivo per Cantone e per singolo giovane adulto in questo Cantone;
 - d. l'aggravio complessivo per Cantone e per singolo assicurato in questo Cantone che ha già compiuto 26 anni.

Art. 21 Correzioni dopo la fornitura di dati erranei

¹ Se la segnalazione di una fornitura di dati erranei viene effettuata dagli assicuratori solo dopo 30 giorni dalla comunicazione del saldo ai sensi dell'articolo 20, l'istituzione comune può rifiutare di ricalcolare la compensazione dei rischi.

² Il nuovo calcolo della compensazione dei rischi è escluso se la segnalazione è effettuata oltre due anni dopo la scadenza del termine secondo l'articolo 6 capoverso 3.

³ Anche dopo aver rifiutato il nuovo calcolo secondo i capoversi 1 e 2, l'istituzione comune può fatturare agli assicuratori che hanno fornito dati erranei, traendone profitto, il vantaggio che ne è loro risultato. L'importo risultante viene versato agli altri assicuratori conformemente alla loro partecipazione alle tasse di rischio e ai contributi compensativi degli anni civili corrispondenti.

⁴ Le pretese degli assicuratori che hanno fornito dati erranei a proprio svantaggio decadono con il rifiuto del nuovo calcolo secondo i capoversi 1 e 2.

⁵ Se gli importi secondo il capoverso 3 sono esigui, l'istituzione comune li detrae dal conteggio delle spese di amministrazione.

Sezione 6: Rendiconto

Art. 22

¹ L'istituzione comune fornisce ogni anno all'UFSP:

- a. i dati forniti dagli assicuratori secondo l'articolo 6 per l'ulteriore sviluppo della compensazione dei rischi e l'esecuzione dell'analisi degli effetti secondo l'articolo 17a capoverso 2 LAMal;
- b. i dati relativi alle tasse di rischio e ai contributi compensativi degli assicuratori calcolati per Cantone e per tutta la Svizzera.

² Per ogni calcolo della compensazione dei rischi, l'istituzione comune allestisce una statistica degli assicurati, delle prestazioni nette dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, degli importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per i gruppi di rischio, e dei supplementi per PCG.

³ Essa redige ogni anno un rapporto sull'esecuzione della compensazione dei rischi.

⁴ La statistica e il rapporto devono essere pubblicati ogni anno.

⁵ L'istituzione comune e l'UFSP stabiliscono congiuntamente il contenuto della statistica e del rapporto.

Sezione 7: Finanziamento

Art. 23 Spese di amministrazione

¹ Gli assicuratori partecipano alla copertura delle spese di amministrazione della compensazione dei rischi mediante un contributo proporzionale al numero degli assicurati nel loro effettivo secondo l'articolo 9.

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

- 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 a campione secondo l'articolo 8 capoverso 3.

Art. 24 Fondo

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 poter versare i contributi compensativi tempestivamente e senza riduzione nei casi in cui gli importi dovuti siano esigui, o per pagare eventuali interessi negativi generati.

² Se gli interessi accumulati eccedono 500 000 franchi, l'istituzione comune detrae l'eccedenza dal conteggio delle spese di amministrazione a carico degli assicuratori, basandosi sull'entità della loro partecipazione alla compensazione dei rischi nell'anno precedente.

³ L'istituzione comune emana un regolamento del fondo.

Art. 25 Ratei e risconti per la compensazione dei rischi

Gli assicuratori sono tenuti a costituire annualmente i ratei e i 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;
- b. i cambiamenti riguardanti la morbilità nel loro effettivo degli assicurati;
- c. le modifiche delle prestazioni nette dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- d. gli acconti già versati o ricevuti.

Sezione 8: Protezione dei dati, procedura e misure di vigilanza

Art. 26 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.

² L'istituzione comune può utilizzare i dati forniti dagli assicuratori solo per l'esecuzione della compensazione dei rischi, l'allestimento della statistica e il controllo dei dati.

³ L'istituzione comune e l'UFSP sono responsabili affinché, nell'ambito dell'utilizzazione dei dati, l'anonimato degli assicurati sia salvaguardato.

Art. 27 Procedura e contenzioso

In caso di contestazione tra un assicuratore e l'istituzione comune riguardo all'esecuzione della compensazione dei rischi, l'istituzione comune emana una decisione ai sensi dell'articolo 5 della legge del 20 dicembre 1968¹⁶ sulla procedura amministrativa.

Art. 28 Fatturazione delle spese supplementari e misure disciplinari

¹ L'istituzione comune può fatturare a un assicuratore che non ottempera in modo sufficiente all'obbligo di fornitura di dati e di pagamento o che fornisce dati erronei le spese supplementari che ne risultano.

² L'UFSP può ritirare l'autorizzazione d'esercizio dell'assicurazione sociale malattie a un assicuratore che, malgrado diffida scritta dell'istituzione comune, disattende ripetutamente l'obbligo di fornire i dati e di effettuare i pagamenti.

Sezione 9: Analisi degli effetti

Art. 29

¹ L'UFSP effettua un'analisi scientifica parallela. Vanno segnatamente analizzati gli effetti della compensazione dei rischi su:

- a. gli incentivi alla selezione dei rischi;
- b. la sottocompensazione o la sovracompensazione di determinati gruppi;
- c. i premi degli assicuratori.

² 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.

¹⁶ RS 172.021

Sezione 10: Disposizioni finali

Art. 30 Abrogazione di un altro atto normativo

L'ordinanza del 12 aprile 1995¹⁷ sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie è abrogata.

Art. 31 Modifica di un altro atto normativo

...¹⁸

Art. 32 Disposizioni transitorie

¹ La fornitura di dati degli assicuratori all'istituzione comune nel 2020 per la compensazione dei rischi 2019 e il calcolo della compensazione dei rischi 2019 sono effettuati secondo il diritto anteriore.

² Negli elenchi dei PCG secondo l'articolo 4 capoverso 2 determinanti per il calcolo delle compensazioni dei rischi 2020–2022 secondo l'articolo 5 capoverso 3, oltre al codice GTIN va indicato il pharmacode.

³ Fino al 2023, nelle forniture di dati all'istituzione comune secondo l'articolo 6, gli assicuratori possono fornire il pharmacode al posto del codice GTIN.

Art. 33 Entrata in vigore

La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 2020.

¹⁷ [RU 1995 1371, 1998 1841, 2001 140, 2002 925, 2004 5079, 2005 5643, 2006 4705 n. II 96 4739 n. I 6, 2007 4477 n. IV 52, 2009 4761, 2010 6163, 2011 5291, 2013 789, 2014 3481]

¹⁸ La mod. può essere consultata alla RU 2016 4059.

