

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

del 12 aprile 1995 (Stato 1° gennaio 2015)

Il Consiglio federale svizzero,

visto l'articolo 18 capoversi 3 e 6 della legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie (LAMal);
vista la cifra II capoversi 5 e 6 delle disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007³ della legge federale sull'assicurazione malattie (Compensazione dei rischi),⁴

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^{5, 6}

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. 2⁷ Gruppi di rischio

¹ Per l'attuazione della compensazione dei rischi, gli assicurati sono ripartiti in gruppi di rischio secondo i criteri seguenti:

- a. età;
- b. sesso;
- c. presenza di un rischio elevato di malattia ai sensi dell'articolo 2a.

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 RU **2009** 4755

⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

⁵ 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.

⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

² L'attribuzione ai gruppi di rischio secondo il criterio dell'età è effettuata in base all'anno di nascita degli assicurati. Il primo gruppo comprende gli assicurati dai 18 ai 25 anni. Gli assicurati dai 26 ai 90 anni sono ripartiti per gruppi di cinque anni cadauno. L'ultimo gruppo di rischio comprende gli assicurati di 91 anni e più.

Art. 2a⁸ Considerazione del rischio elevato di malattia

¹ Quale criterio per il rischio elevato di malattia è determinante una degenza della durata minima di tre notti successive in un ospedale o in una casa di cura.

² Una degenza in uno dei seguenti ospedali o case di cura è presa in considerazione sempre che durante tale degenza siano fornite prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in:

- a. un ospedale o una casa di cura figurante nell'elenco di cui all'articolo 39 LAMal;
- b. un ospedale che ha concluso una convenzione secondo l'articolo 49a capoverso 4 LAMal.⁹

³ La degenza per maternità ai sensi dell'articolo 29 capoverso 2 lettera b LAMal non è preso in considerazione.

⁴ Per l'attribuzione della degenza a un anno civile è determinante la data del trattamento. Nel caso di una degenza che si protrae oltre la fine di un anno civile, la sua durata è calcolata fino al termine di tale anno. La parte della degenza che si situa nel nuovo anno civile è attribuita a quest'ultimo. Una degenza con una durata compresa tra tre e cinque notti che si protrae oltre la fine di un anno civile viene attribuita all'anno civile nel quale sono state trascorse il maggior numero di notti; se il numero di notti per anno è pari, il soggiorno è attribuito all'anno d'ammissione.

Art. 3¹⁰ 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 può stabilire una procedura di livellamento fondata su principi statistici riconosciuti.

⁸ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

¹⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

Art. 4 Effettivo degli assicurati

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

² ...¹¹

^{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;
- b.¹² gli assicurati di cui all'articolo 1 capoverso 2 lettera d ed e dell'ordinanza del 27 giugno 1995¹³ sull'assicurazione malattie (OAMal);
- c.¹⁴ 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.¹⁵ 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.¹⁶ gli assicurati soggetti all'assicurazione malattie svizzera in virtù dell'Accordo del 30 novembre 1979¹⁷ relativo alla sicurezza sociale dei battellieri del Reno.¹⁸

³ ...¹⁹

Art. 5²⁰**Art. 6**²¹ 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:

¹¹ Abrogato dal n. I dell'O del 2 nov. 2011, con effetto dal 1° gen. 2013 (RU **2011** 5291).

¹² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 nov. 2011, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2011** 5291).

¹³ RS **832.102**

¹⁴ Introdotto 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).

¹⁵ 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).

¹⁶ Introdotta dal n. I dell'O del 2 nov. 2011, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2011** 5291).

¹⁷ RS **0.831.107**

¹⁸ Introdotto 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).

¹⁹ Abrogato dal n. I dell'O del 27 feb. 2013, con effetto dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

²⁰ Abrogato dal n. I dell'O del 27 feb. 2013, con effetto dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

²¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

- 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 determinazione dei 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.

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. le degenze in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno civile precedente l'anno di compensazione per la determinazione dei 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 11 LAMal, sono tuttavia presi in considerazione nel calcolo di cui al capoverso 1.²²

²² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 ott. 2014, in vigore dal 1° gen. 2015 (RU 2014 3481).

Art. 6a²³ Procedura per gli assicurati che cambiano assicuratore

¹ Per determinare le degenze in un ospedale o in una casa di cura, l'assicuratore considera anche i suoi assicurati che durante l'anno in questione erano assicurati presso un altro assicuratore. Il rilevamento di informazioni relative a queste degenze presso l'assicuratore precedente non può tuttavia avvenire prima del rilascio dell'attestato di affiliazione all'assicuratore precedente.

² L'assicuratore precedente ha l'obbligo di comunicare all'assicuratore successivo le degenze in ospedale o casa di cura dell'anno precedente.

³ Se un assicurato ha cambiato assicuratore durante un anno civile, ogni assicuratore deve comunicare all'assicuratore successivo le degenze in ospedale o casa di cura avvenuti fino al cambio.

Art. 6b²⁴ Accantonamenti

Gli assicuratori sono tenuti a costituire annualmente gli accantonamenti necessari per il pagamento delle tasse di rischio. A tal fine considerano segnatamente:

- a. le modifiche dell'effettivo nei gruppi di rischio;
- b. le modifiche delle prestazioni nette.

Art. 7 Saldo, statistica e rapporto sulla compensazione dei rischi²⁵

¹ ...²⁶

² L'istituzione comune determina l'ammontare delle tasse di rischio e dei contributi compensativi e trasmette ad ogni assicuratore il corrispettivo saldo e dall'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.²⁷

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.²⁸

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

²³ Introdotto dal n. I dell'O del 15 giu. 1998 (RU **1998** 1841). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

²⁴ Introdotto dal 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 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

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

²⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

²⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

⁵ Il contenuto del rapporto e della statistica è determinato congiuntamente dall'istituzione comune e dall'UFSP²⁹. 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. 9³⁰ 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:

- 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 2.³¹

Art. 10 Fornitura di dati³²

¹ Gli assicuratori forniscono i loro dati, suddivisi per Cantone, gruppo di rischio e anno civile, circa gli effettivi degli assicurati, le prestazioni lorde (prestazioni nette più partecipazioni ai 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 degli assicurati.³³

²⁹ La designazione dell'unità amministrativa è stata adattata in applicazione dell'art. 16 cpv. 3 dell'O del 17 nov. 2004 sulle pubblicazioni (RS **170.512.1**). Di detta mod. è tenuto conto in tutto il presente testo.

³⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2004, in vigore dal 1° gen. 2005 (RU **2004** 5079).

³¹ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

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

³³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

² Questi dati devono essere forniti all'istituzione comune entro fine aprile dell'anno di compensazione e di quello che lo esegue.³⁴

^{2bis} La fornitura di dati deve prendere in considerazione le prestazioni fatturate fino a due mesi prima della scadenza del termine di consegna, nonché le degenze in ospedale o casa di cura fatturate dall'assicuratore o annunciate dall'assicuratore precedente conformemente all'articolo 6a capoversi 2 e 3 e le modifiche degli effettivi degli assicurati che concernono l'anno civile determinante per il rilevamento dei dati.³⁵

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.³⁶

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 3.³⁷

Art. 11³⁸ 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.³⁹

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 10.⁴⁰

³ Gli assicuratori si assumono le spese risultanti dai controlli effettuati con prove a saggio.⁴¹

Art. 12⁴² Termini di pagamento

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

- a. un acconto;

³⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

³⁵ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009 (RU **2009** 4761). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

³⁶ Introdotto dal n. I dell'O dell'11 dic. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2001** 140).

³⁷ Introdotto dal n. I dell'O del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2005** 5643).

³⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

³⁹ Introdotto dal n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

⁴⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁴¹ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁴² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

- b. un pagamento risultante dal calcolo secondo l'articolo 6, 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 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 all'articolo 6. 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.

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. 12a⁴³ Fornitura di dati erronei⁴⁴

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,

⁴³ Introdotta dal n. I dell'O del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU 2005 5643).

⁴⁴ Introdotta dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU 2010 6163).

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.⁴⁵

Art. 13⁴⁶ Fondi

¹ Con gli interessi accumulati presso l'istituzione comune in ragione 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 pagare i contributi compensativi tempestivamente e senza riduzione, se gli importi dovuti sono esigui. L'ammontare di questo fondo sarà rimborsato agli assicuratori dopo la soppressione della compensazione dei rischi.⁴⁷

² L'istituzione comune emana il regolamento del fondo. Esso deve segnatamente definire l'utilizzo dei mezzi finanziari e il corrispettivo rimborso agli assicuratori in caso di soppressione della compensazione dei rischi. Il regolamento dev'essere approvato dal Dipartimento.

Art. 13a⁴⁸ 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.⁴⁹

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

⁴⁵ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁴⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

⁴⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 27 feb. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 789).

⁴⁸ Introdotto dal n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

⁴⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

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 1968⁵⁰ sulla procedura amministrativa.

² ...⁵¹

Art. 16 Fatturazione delle spese supplementari e misure disciplinari⁵²

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 erranei.⁵³

² L'UFSP può proporre al Dipartimento 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.

Art. 17 Disposizioni finali

¹ L'ordinanza IX del 31 agosto 1992⁵⁴ sull'assicurazione contro le malattie concernente la compensazione dei rischi tra le casse malati (ordinanza IX) è abrogata.

² e ³ ...⁵⁵

⁴ La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996 con effetto sino al 31 dicembre 2005.

⁵ La durata di validità della presente ordinanza è prorogata di cinque anni alla scadenza del termine secondo il capoverso 4.⁵⁶

⁶ La durata di validità della presente ordinanza è prorogata sino al 31 dicembre 2011.⁵⁷

⁷ La validità della presente ordinanza è prorogata fino al 31 dicembre 2017.⁵⁸

⁵⁰ RS 172.021

⁵¹ 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).

⁵² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU 2010 6163).

⁵³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU 2010 6163).

⁵⁴ [RU 1992 1738, 1993 2013]

⁵⁵ 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).

⁵⁶ Introdotto dal n. I dell'O del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU 2005 5643).

⁵⁷ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU 2010 6163).

⁵⁸ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU 2009 4761).

Disposizione finale della modifica del 15 giugno 1998⁵⁹**Disposizione finale della modifica del 3 dicembre 2004⁶⁰****Disposizione finale della modifica del 9 novembre 2005⁶¹**

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

Disposizioni transitorie della modifica del 26 agosto 2009⁶²

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 calcolo 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 2011⁶³

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 2013⁶⁴

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.

⁵⁹ 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).

⁶⁰ 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).

⁶¹ RU **2005** 5643

⁶² RU **2009** 4761

⁶³ RU **2011** 5291

⁶⁴ RU **2013** 789

Disposizione transitoria della modifica del 15 ottobre 2014⁶⁵

1 ... 66

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.

⁶⁵ RU **2014** 3841

⁶⁶ In vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2014** 3841).