

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

del 12 aprile 1995 (Stato 1° gennaio 2012)

Il Consiglio federale svizzero,

visti gli articoli 18 e 105 della legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie (legge);

vista la disposizione transitoria della modifica del 21 dicembre 2007³ della legge federale sull'assicurazione malattie (Compensazione dei rischi) (cifra II/1.),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 della legge.⁵

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 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.

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.

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 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

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

Art. 2a⁷ 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 un ospedale o in una casa di cura in Svizzera ai sensi dell'articolo 39 della legge è preso in considerazione nella misura in cui durante tale degenza sono fornite prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ La degenza per maternità ai sensi dell'articolo 29 capoverso 2 lettera b della legge 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. 3 Costi medi

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

a. costi medi per assicurato di 18 anni o più (media generale);

b.⁸ costi medi per assicurato di ogni gruppo di rischio (media del gruppo).

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

³ Per impedire divergenze sensibili tra i costi medi determinanti nel confronto temporale o regionale, il Dipartimento federale dell'interno (Dipartimento) può stabilire una procedura di livellamento fondata su principi statistici riconosciuti.⁹

Art. 4 Effettivo degli assicurati

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

² Gli assicurati residenti all'estero il cui luogo di lavoro è in Svizzera (frontalieri) sono attribuiti al Cantone dove lavorano. I loro familiari senza attività lucrativa sono attribuiti allo stesso Cantone. Gli assicurati di cui agli articoli 4 e 5 dell'ordinanza del 27 giugno 1995¹⁰ sull'assicurazione malattie (OAMal) sono attribuiti al Cantone

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

⁸ Nuovo testo giusta il 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 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

¹⁰ RS **832.102**

della loro ultima residenza oppure a quello della sede dell'assicuratore. Gli assicurati soggetti all'assicurazione malattie svizzera in virtù dell'Accordo del 30 novembre 1979¹¹ relativo alla sicurezza sociale dei battellieri del Reno sono attribuiti al Cantone della sede dell'assicuratore.¹²

^{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.¹³ gli assicurati di cui all'articolo 1 capoverso 2 lettera d ed e OAMal, ad eccezione dei frontalieri con attività lucrativa in Svizzera e dei loro familiari;
- 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.¹⁵

³ Per i nuovi assicuratori sono determinanti gli effettivi degli assicurati registrati all'inizio dell'esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie finché non siano noti i dati di cui ai capoversi 1 e 2. Gli assicuratori che cambiano la loro forma giuridica non sono considerati nuovi assicuratori nell'ambito della compensazione del rischio.¹⁶

Art. 5¹⁷ Differenze di rischio medie

¹ Gli assicuratori pagano, per tutti gli assicurati di un gruppo di rischio la cui media determinata conformemente all'articolo 3 è inferiore alla media generale, una tassa di rischio corrispondente alla differenza tra la media del gruppo e la media generale.

² Gli assicuratori ricevono, per tutti gli assicurati di un gruppo di rischio la cui media determinata conformemente all'articolo 3 è superiore alla media generale, un contributo compensativo corrispondente alla differenza tra la media del gruppo e la media generale.

¹¹ RS **0.831.107**

¹² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 925).

¹³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1640).

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 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).

¹⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2004 (RU **2004** 5079).

¹⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

Art. 6 Calcolo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi¹⁸

¹ Le tasse di rischio e i contributi compensativi sono stabiliti provvisoriamente nell'anno di compensazione. Determinanti sono:

- 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 differenze di rischio medie nell'anno civile precedente l'anno di compensazione.¹⁹

^{1bis} I costi determinanti sono stabiliti sulla base della data del trattamento.²⁰

² Le tasse di rischio e i contributi compensativi definitivi sono stabiliti nel corso dell'anno successivo a quello di compensazione. Per il calcolo delle tasse e dei contributi 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 differenze di rischio medie determinate per la compensazione dei rischi provvisoria nell'anno civile precedente l'anno di compensazione.²¹

^{2bis} 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 affiliati 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.²²

^{2ter} L'assicuratore precedente ha l'obbligo di comunicare all'assicuratore successivo le degenze in ospedale o casa di cura dell'anno precedente.²³

^{2quater} 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.²⁴

³ L'istituzione comune provvede affinché nel calcolo delle tasse e dei contributi secondo il capoverso 2 sia ottenuto un equilibrio (gioco a somma zero). Gli assicura-

¹⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

¹⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

²⁰ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

²¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

²² Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

²³ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

²⁴ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

tori che devono versare tasse di rischio e quelli che ricevono contributi compensativi devono assumere in parti uguali la differenza. L'assunzione da parte dei singoli assicuratori avviene in ragione proporzionale alle proprie tasse o ai propri contributi.²⁵

⁴ I dati degli assicuratori ai quali è stata revocata l'autorizzazione d'esercizio dell'assicurazione sociale contro le malattie nell'anno precedente quello di compensazione non sono presi in considerazione nel calcolo della compensazione provvisoria dei rischi. Sono fatti salvi i dati degli assicuratori sciolti i cui patrimonio ed effettivo di assicurati sono stati trasferiti contrattualmente a un altro assicuratore giusta l'articolo 11 della legge.²⁶

Art. 6a²⁷ 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 secondo l'articolo 5;
- b. le modifiche dei costi medi secondo l'articolo 3.

Art. 7 Saldo, statistica e rapporto sulla compensazione dei rischi²⁸

1 ...²⁹

² L'istituzione comune determina l'ammontare delle tasse di rischio e dei contributi compensativi e trasmette ad ogni assicuratore il corrispettivo saldo e all'UFSP i documenti relativi ai calcoli e al saldo per ogni assicuratore, stabiliti per Cantone e per tutta la Svizzera.³⁰

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

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

²⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

²⁶ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2004 (RU **2004** 5079).

²⁷ Introdotta dal n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

²⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

²⁹ Abrogato dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, con effetto dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

³⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

⁵ Il contenuto del rapporto e della statistica è determinato congiuntamente dall'istituzione comune e dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)³¹. 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. 9³² 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 2.³³

Art. 10 Fornitura di dati³⁴

¹ Gli assicuratori forniscono i loro dati, suddivisi per Cantone, per gruppi di rischio e per anno civile, riguardanti gli effettivi degli assicurati, i costi e le partecipazioni ai costi secondo le direttive dell'istituzione comune. Trasmettono all'istituzione comune i dati con una copia del modulo ufficiale concernente l'effettivo degli assicurati.³⁵

² Questi dati devono essere forniti all'istituzione comune entro fine aprile dell'anno di compensazione e di quello che lo esegue.³⁶

³¹ 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.

³² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2004 (RU **2004** 5079).

³³ Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

³⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

³⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

³⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

^{2bis} Nella fornitura di dati vanno considerate le prestazioni fatturate, le degenze in ospedale o in casa di cura noti all'assicuratore e le modifiche degli effettivi degli assicurati avvenuti fino a due mesi prima della scadenza del termine di fornitura dei dati e che concernono l'anno civile determinante per il rilevamento dei dati.³⁷

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.³⁸

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 3.³⁹

Art. 11⁴⁰ Controllo dei dati

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

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 10.⁴¹

³ Gli assicuratori si assumono le spese risultanti dai controlli effettuati con prove a saggio.⁴²

Art. 12⁴³ Termini di pagamento

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

- a. un acconto;
- b. un pagamento risultante dal calcolo provvisorio secondo l'articolo 6 capoverso 2;
- c. un pagamento risultante dal calcolo definitivo secondo l'articolo 6 capoverso 3.

² L'acconto ammonta a un terzo della tassa di rischio o del contributo compensativo della compensazione provvisoria dei rischi dell'anno 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;

³⁷ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

³⁸ Introdotto dal n. I dell'O del 11 dic. 2000 (RU **2001** 140).

³⁹ Introdotto dal n. I dell'O del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2005** 5643).

⁴⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

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

⁴² Introdotto dal n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2010** 6163).

⁴³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

- b. per i contributi compensativi pagati con la compensazione dei rischi agli assicuratori: entro il 15 marzo dell'anno di compensazione.⁴⁴

³ I pagamenti risultanti dal calcolo provvisorio della compensazione dei rischi devono essere effettuati:

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

⁴ I pagamenti risultanti dal calcolo definitivo della compensazione dei rischi devono essere effettuati:

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

⁵ 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 8.⁴⁵

⁶ È vietata la compensazione di crediti e debiti degli assicuratori tra diverse compensazioni di rischi (provvisorie, definitive o relative a differenti anni). 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.

⁷ Nell'ambito del calcolo provvisorio, è riscosso un interesse, sugli importi pagati in eccesso o per difetto rispetto al calcolo definitivo. Gli interessi sono calcolati in funzione dei termini di versamento e di pagamento per la compensazione provvisoria e definitiva dei rischi, 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 alla compensazione del rischio.

⁸ Gli assicuratori che non effettuano i pagamenti tempestivamente devono versare all'istituzione comune un interesse di mora del 6 per cento l'anno.⁴⁶

⁴⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2004 (RU **2004** 5079).

⁴⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 dic. 2000 (RU **2001** 140).

⁴⁶ Introdotta dal n. I dell'O dell'11 dic. 2000 (RU **2001** 140).

Art. 12a⁴⁷ Fornitura di dati erronei⁴⁸

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.⁴⁹

Art. 13⁵⁰ Fondi

¹ Con gli interessi accumulati presso l'istituzione comune in ragione del divario dei termini previsti per la riscossione e l'effettuazione dei pagamenti della compensazione dei rischi provvisoria (compreso l'acconto) e definitiva 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.

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. 13a⁵¹ 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.⁵²

⁴⁷ Introdotto dal n. I dell'O del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2005** 5643).

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

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

⁵⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

⁵¹ Introdotto dal n. I dell'O del 5 giu. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 1841).

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

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 1968⁵³ sulla procedura amministrativa.

² ...⁵⁴

Art. 16 Fatturazione delle spese supplementari e misure disciplinari⁵⁵

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.⁵⁶

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 1992⁵⁷ sull'assicurazione contro le malattie concernente la compensazione dei rischi tra le casse malati (ordinanza IX) è abrogata.

² e ³ ...⁵⁸

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 4.⁵⁹

⁵³ RS 172.021

⁵⁴ 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).

⁵⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU 2010 6163).

⁵⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 dic. 2010, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU 2010 6163).

⁵⁷ [RU 1992 1738, 1993 2013]

⁵⁸ 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).

⁵⁹ Introdotto dal n. I dell'O del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU 2005 5643).

⁶ La durata di validità della presente ordinanza è prorogata sino al 31 dicembre 2011.⁶⁰

⁷ La validità della presente ordinanza è prorogata fino al 31 dicembre 2017.⁶¹

Disposizione finale della modifica del 15 giugno 1998⁶²

Disposizione finale della modifica del 3 dicembre 2004⁶³

Disposizione finale della modifica del 9 novembre 2005⁶⁴

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

Disposizioni transitorie della modifica del 26 agosto 2009⁶⁵

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.

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

⁶¹ Introdotto dal n. I dell'O del 26 ago. 2009, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4761).

⁶² 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).

⁶³ 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).

⁶⁴ RU **2005** 5643

⁶⁵ RU **2009** 4761. Il cpv. 1 entra in vigore il 1° gen. 2012, il cpv. 2 il 1° gen. 2010.

