

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

Entrata in vigore prevista per il 1° gennaio 2020.

Commento e tenore delle disposizioni

Berna, settembre 2016

Indice

1	Situazione iniziale	4
2	Punti salienti dell'ordinanza	5
3	Commento alle singole disposizioni	7
Articolo 1	Indicatori	7
Articolo 2	Età	7
Articolo 3	Degenza in un ospedale o in una casa di cura	7
Articolo 4	Elenco dei PCG	7
Articolo 5	PCG	9
Articolo 6	Fornitura di dati	10
Articolo 7	Dati di assicuratori non più attivi	11
Articolo 8	Controllo dei dati	11
Articolo 9	Effettivo degli assicurati	12
Articolo 10	Aggregazione dei set di dati e raggruppamento dei dati	12
Articolo 11	Ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio	13
Articolo 12	Ripartizione degli assicurati in PCG	13
Articolo 13	Calcolo delle medie di gruppo	13
Articolo 14	Calcolo del totale delle prestazioni nette attese e della media generale	13
Articolo 15	Supplementi per PCG	14
Articolo 16	Determinazione dei supplementi per PCG	14
Articolo 17	Finanziamento dei supplementi per PCG	15
Articolo 18	Importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per i gruppi di rischio	15
Articolo 19		15
Articolo 20	Saldo e informazione	16
Articolo 21	Correzioni dopo la fornitura di dati erranei	16
Articolo 22		16
Articolo 23	Spese di amministrazione	17

Articolo 24	Fondo	17
Articolo 25	Ratei e risconti per la compensazione dei rischi	18
Articolo 26	Protezione dei dati	18
Articolo 27	Procedura e contenzioso	18
Articolo 28	Fatturazione delle spese supplementari e misure disciplinari	18
Articolo 29		19
Articolo 30	Abrogazione di un altro atto normativo	19
Articolo 31	Modifica di un altro atto normativo	19
Articolo 32	Disposizioni transitorie	20
Articolo 33	Entrata in vigore	20
Allegato		22

1 Situazione iniziale

Il 21 marzo 2014, basandosi su due iniziative parlamentari (11.473 e 12.446), l'Assemblea federale ha approvato una modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (RU 2014 3345) che iscrive la compensazione dei rischi nella legge senza porre limitazioni di tempo e assegna al Consiglio federale le competenze per affinarla con ulteriori indicatori di morbilità adeguati. Tale modifica entrerà in vigore il 1° gennaio 2017 (art. 16 segg.).

Il Consiglio federale mette in atto l'affinamento della compensazione dei rischi secondo una procedura a tappe.

Con la modifica del 15 ottobre 2014 della OCoR (RU 2014 3481), ha approvato una soluzione transitoria che integra nell'ordinanza l'indicatore «costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente». In aggiunta a età, sesso e degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente, per stabilire se esiste un rischio di malattia elevato, saranno prese in considerazione le prestazioni lorde per i medicinali nel corso dell'anno precedente che superano i 5000 franchi. La soluzione transitoria sarà applicata la prima volta per la compensazione dei rischi 2017, ma gli assicuratori stanno raccogliendo i dati necessari già dal 1° gennaio 2015 conformemente alla modifica del 15 ottobre 2014.

Come più volte annunciato dal Consiglio federale, la presente revisione integra nell'ordinanza l'indicatore di morbilità «gruppi di costo farmaceutico (PCG)» calcolato sulla base di dati del settore ambulatoriale, che va ad aggiungersi a «età, «sesso» e «degenza in un ospedale o in una casa di cura». Tale modifica implica anche un adeguamento del calcolo della compensazione dei rischi. Affinché l'indicatore «costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente» superiori a 5000 franchi possa essere sostituito il più rapidamente possibile con l'indicatore «PCG», questo miglioramento viene avviato già con la presente revisione dell'ordinanza.

Il prossimo passo da compiere nel quadro di un'ulteriore revisione sarà migliorare l'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura» affinché in futuro vengano presi in considerazione anche determinati gruppi diagnostici (*diagnoses related groups*, DRG) o si differenzi tra diverse durate di degenza.

Un PCG comprende i medicinali contenenti determinati principi attivi utilizzati per il trattamento di un quadro clinico specifico particolarmente costoso. Lo scopo dell'introduzione dei PCG come indicatore di morbilità nella compensazione dei rischi è quello di individuare gli assicurati con un elevato bisogno di prestazioni sulla base del loro consumo di medicinali e di sgravare in modo più differenziato gli assicuratori che hanno questo tipo di assicurati nel loro effettivo. Ciò consente di correggere le sovracompenzioni e le sottocompenzioni per determinati gruppi di assicurati e, di conseguenza, di ridurre l'incentivo a praticare la selezione dei rischi. Rispetto alla soluzione transitoria, il nuovo indicatore non crea incentivi economici negativi; controllare i costi è nell'interesse degli assicuratori. Il nuovo indicatore permette di rilevare gli assicurati "giusti", ossia le persone il cui bisogno di medicinali è indice di malattie croniche costose, e non può essere manipolato. Descritti nella letteratura specialistica come un indicatore ragionevole per la compensazione dei rischi, i PCG sono utilizzati per questo scopo anche in altri Paesi. In Olanda, per esempio, dalla loro introduzione nel 2002, hanno migliorato sensibilmente il sistema compensativo e anche dopo l'inclusione di ulteriori indicatori basati per esempio sulle diagnosi, il Paese ha voluto mantenerli. L'introduzione dell'indicatore «PCG» risponde alle raccomandazioni di esperti svizzeri e stranieri, e alla strategia comunicata dal Consiglio federale.

Dato che le modifiche apportate riguardano ben oltre la metà degli articoli della OCoR valida dal 1° gennaio 2017, secondo le direttive di tecnica legislativa della Confederazione occorre procedere a una revisione totale. L'OCoR che entrerà in vigore il 1° gennaio 2017 dovrà essere abrogata e sostituita dalla presente ordinanza, la quale sarà applicata la prima volta per la compensazione dei rischi

2020. Gli assicuratori dovranno pertanto raccogliere i dati secondo la nuova ordinanza a partire dal 1° gennaio 2018.

2 Punti salienti dell'ordinanza

L'ordinanza è suddivisa in 10 sezioni: la sezione 1 comprende cinque disposizioni sugli indicatori di morbilità; la sezione 2 disciplina la fornitura di dati e il loro controllo; la sezione 3 contiene varie disposizioni concernenti il calcolo della compensazione dei rischi; la sezione 4 si concentra sui pagamenti a titolo di compensazione dei rischi; la sezione 5 comprende due disposizioni sul saldo, l'informazione e le correzioni; la sezione 6 contiene una disposizione sul rendiconto; la sezione 7 è composta da tre disposizioni sul finanziamento; la sezione 8 consiste in disposizioni sulla protezione dei dati, la procedura e le misure di vigilanza; la sezione 9 è dedicata all'analisi degli effetti e la sezione 10 contiene le disposizioni finali. Molti articoli sono ripresi dalla OCoR valida dal 1° gennaio 2017 e le modifiche apportate sono di natura redazionale e in parte anche materiale. Inoltre, la nuova ordinanza è strutturata in modo diverso e tutte le disposizioni sono state rinumerate.

Le principali novità sono:

- l'indicatore di morbilità supplementare «PCG» descritto nell'articolo 5, che sostituisce quello dei costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente introdotto per la soluzione transitoria. Questo indicatore di morbilità permette di individuare, sulla scorta del loro consumo di medicinali, gli assicurati trattati ambulatorialmente che generano costi elevati e di sgravare in maniera più differenziata gli assicuratori che hanno questo tipo di assicurati nel loro effettivo. Già oggi, gli assicuratori rilevano, per tutti i loro assicurati, la dispensazione di medicinali iscritti nell'elenco delle specialità (ES) nell'ambito di trattamenti ambulatoriali, ma lo fanno in modo diverso. In futuro, tali medicinali dovranno essere rilevati in modo chiaro con l'ausilio di un codice prodotto. Gli assicurati cui, nel corso dell'anno precedente, è stato dispensato un determinato numero minimo di dosi giornaliere standard di medicinali, iscritti al momento della dispensazione nell'elenco delle specialità e attribuiti a un PCG nell'elenco dei PCG determinante, soddisfano le condizioni per essere attribuite a tale PCG (p. es. PCG reumatismi, PCG Parkinson, PCG nefropatie). Gli assicuratori che hanno questo tipo di assicurati nel loro effettivo vengono sgravati mediante supplementi per PCG che variano da un PCG all'altro. Il numero minimo di dosi giornaliere standard (*defined daily dose*, DDD) dei medicinali di un PCG è fissato dal DFI in una sua ordinanza (p.es. 180 DDD di medicinali del PCG in questione per anno civile). Un sondaggio rappresentativo condotto tra gli assicuratori ha evidenziato che, considerando un numero minimo di 180 DDD, il 18 per cento degli assicurati sarebbe attribuito ad almeno un PCG.
- l'elenco dei PCG di cui all'articolo 4 dell'avamprogetto. Secondo la nuova ordinanza, il DFI emana un elenco di tutti i PCG (elenco dei PCG), che riporta per ogni PCG i medicinali contenenti i principi attivi attribuiti a tale PCG. Tale elenco sarà emanato dal DFI come allegato all'ordinanza dipartimentale citata e sarà pubblicato sul sito web dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Dato che ogni medicamento iscritto per la prima volta nell'ES dovrà essere esaminato ai fini di una sua attribuzione a un PCG, la nuova OCoR prevede il coinvolgimento della Commissione federale dei medicinali (CFM) in questi processi. La CFM possiede le conoscenze specialistiche necessarie per adempiere questo compito. Al momento dell'ammissione di un nuovo medicamento nell'ES dovrà proporre se attribuirlo a un PCG e iscriverlo quindi nell'elenco dei PCG esistente. La CFM avrà una funzione consultiva; le decisioni saranno prese dal DFI.
- un calcolo in parte nuovo della compensazione dei rischi descritto negli articoli 9–18 e la fornitura di dati individuali all'Istituzione comune LAMal (art. 6). L'integrazione del nuovo indicatore «PCG» implica l'adozione di un nuovo metodo di calcolo della compensazione dei rischi. L'approccio a celle impiegato attualmente sarà sostituito da un calcolo di regressione a due fasi che garantirà come sinora una somma nulla per ciascun Can-

tone ed eviterà un flusso di pagamenti tra Cantoni. Il nuovo metodo di calcolo porrà agli assicuratori esigenze maggiori in materia di fornitura di dati all'Istituzione comune LAMal. Mentre oggi forniscono dati raggruppati, in futuro gli assicuratori dovranno fornire i numeri d'assicurato AVS in forma pseudonimizzata e altri dati individuali dei loro assicurati. In aggiunta alle indicazioni riguardanti il Cantone di domicilio, l'età, il sesso, i mesi d'assicurazione, le degenze in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente e le prestazioni nette, essi dovranno fornire anche indicazioni sui medicinali iscritti nell'ES dispensati ai loro assicurati nel corso dell'anno precedente, in particolare il codice GTIN (*Global Trade Item Number*) e il numero di confezioni per medicamento. Il raggruppamento dei dati relativi ai medicinali attribuiti a PCG sarà effettuato presso l'Istituzione comune LAMAL, che effettuerà anche il calcolo della compensazione dei rischi.

3 Commento alle singole disposizioni

La presente revisione totale non abroga l'OCoR vigente. Il 1° gennaio 2017, infatti, entrerà in vigore la modifica decisa dal Consiglio federale il 15 ottobre 2014 (RU 2014 3481). Ai fini di una migliore comprensione, nel seguente commento la versione dell'OCoR che sarà valida dal 1° gennaio 2017 come soluzione transitoria e che dovrà essere abrogata il 1° gennaio 2020 è denominata «OCoR 2017». Dato che l'OCoR 2017 potrà essere consultata nella Raccolta sistematica del diritto federale (RS) solo a partire dal 1° gennaio 2017, essa è pubblicata sotto forma di documento ausiliare per la presente revisione (cfr. allegato al presente commento).

Sezione 1: Indicatori di morbilità

Articolo 1 Indicatori

Nell'OCoR 2017 gli indicatori sono elencati nell'articolo 2.

Questa disposizione elenca come sinora gli indicatori di morbilità. L'elenco inizia con gli indicatori già vigenti, ossia l'età (lett. a), il sesso (lett. b) e la degenza in un ospedale o in una casa di cura (lett. c). Segue, alla lettera d, il nuovo indicatore «gruppi di costo farmaceutico (PCG)» in sostituzione dell'indicatore «costi dei medicinali nel corso dell'anno precedente» introdotto per la soluzione transitoria.

Nella denominazione dell'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura» il complemento «nel corso dell'anno precedente» è stato stralciato senza comportare modifiche materiali. L'unico scopo di tale intervento è rendere meno farraginoso il nome di questo indicatore e di quello nuovo (PCG). I dati presi in considerazione sono sempre quelli dell'anno precedente, come esplicitamente indicato nelle disposizioni (cfr. art. 3 e 5).

Articolo 2 Età

Questo articolo riprende l'articolo 2a dell'OCoR 2017.

La disposizione è ripresa senza modifiche.

Articolo 3 Degenza in un ospedale o in una casa di cura

L'articolo 3 corrisponde materialmente all'articolo 2c dell'OCoR 2017.

L'indicatore è definito in apertura mediante il concetto di rischio di malattia elevato. Il contenuto normativo della disposizione è ripreso senza modifiche. Nella denominazione dell'indicatore il complemento «nel corso dell'anno precedente» è stato stralciato senza comportare modifiche materiali. I dati presi in considerazione sono sempre quelli dell'anno precedente. Il capoverso 4 stabilisce che la notte tra il 31 dicembre e il 1° gennaio è attribuita all'anno dell'ammissione, ciò che peraltro è già prassi attuale (cfr. il «Guide pour le relevé des données» dell'Istituzione comune LAMal).

Articolo 4 Elenco dei PCG

Questa disposizione è nuova.

L'elenco dei PCG è emanato dal DFI. Dato che l'unica forma giuridica che entra in considerazione è quella dell'ordinanza, il DFI lo emana come allegato a una sua ordinanza e intende pubblicarlo in for-

ma elettronica sul sito web dell'UFSP. Non è per contro prevista una sua pubblicazione nella Raccolta ufficiale delle leggi federali o nella Raccolta sistematica del diritto federale.

L'elenco dei PCG deve essere aggiornato ogni anno, dato che nell'ES vengono regolarmente iscritti nuovi medicinali con nuovi principi attivi. Questo compito così come quello di adeguare l'elenco dei PCG in questione con l'inserimento di nuovi PCG e lo stralcio di PCG esistenti competono al DFI. A tale scopo il DFI conferisce periodicamente mandati all'UFSP o commissiona studi a consulenti esterni. Queste modifiche consentono di coprire meglio i gruppi sottocompensati e di tenere conto dei progressi della medicina.

Capoverso 1

Il capoverso 1 sancisce innanzitutto che l'elenco dei PCG è emanato dal DFI (cfr. anche le considerazioni esposte sopra). Per elaborare la versione iniziale, il DFI si basa su studi scientifici specifici. Il primo di essi è stato commissionato dall'UFSP nel 2014. Prima di procedere all'emanazione del primo elenco dei PCG, occorrerà tuttavia aggiornare ancora una volta i risultati, in quanto nel frattempo saranno stati ammessi nell'ES diversi nuovi medicinali. Da gennaio 2018, gli assicuratori dovranno rilevare i dati per la compensazione dei rischi conformemente alla nuova OCoR. Il fatto che un medicamento sia attribuito o no a un PCG non avrà alcun influsso sul rilevamento dei dati. Gli assicuratori riceveranno le istruzioni del caso a tempo debito.

Il capoverso 1 contiene inoltre una definizione del concetto di PCG di cui il DFI deve tenere conto per stabilire i PCG. Concretamente, un PCG comprende i medicinali contenenti determinati principi attivi utilizzati per il trattamento di un quadro clinico specifico particolarmente costoso. Questo capoverso precisa inoltre che un principio attivo può essere attribuito a un solo PCG. In altre parole, se un principio attivo è utilizzato per trattare diverse malattie, occorre scegliere un PCG al quale attribuirlo oppure, se in generale è troppo poco specifico per essere inserito in un PCG, non viene affatto attribuito.

Capoverso 2

Il capoverso 2 stabilisce le indicazioni che l'elenco dei PCG deve contenere: per ogni PCG si deve riportare i medicinali contenenti i principi attivi attribuiti a tale PCG, provvisti del codice GTIN e del numero di dosi giornaliere standard (*defined daily dose*, DDD) per forma galenica e per confezione. Il codice GTIN offre i seguenti vantaggi: è riportato nell'ES per forma galenica e per confezione, è già esistente al momento dell'ammissione di un prodotto nell'ES, è in linea di principio accessibile agli assicuratori e, al contrario del pharmacode, non è un'offerta privata. Nella fase iniziale, tuttavia, affidarsi esclusivamente al codice GTIN potrebbe creare problemi. Tale codice, infatti, è sì già noto, ma non ancora affermato. Per questo motivo, negli elenchi dei PCG determinanti per il calcolo della compensazione dei rischi 2020-2022, per ogni medicamento dovrà essere indicato il pharmacode in alternativa al codice GTIN (cfr. art. 32 Disposizioni transitorie). Il numero di DDD per forma galenica e per confezione risulta dalla DDD fissata per il principio attivo.

Capoverso 3

Per i preparati combinati, come alcuni medicinali per uso oftalmico, antidiabetici orali e farmaci antiipertensivi, occorre scegliere uno dei principi attivi come principio attivo principale sulla base del quale il medicamento in questione viene attribuito a un PCG.

Capoverso 4

Alcuni assicurati soddisfano le condizioni per l'inserimento in più PCG che riguardano lo stesso problema di salute o uno simile. Dato che non tutte le malattie possono essere chiaramente distinte le une dalle altre o, in altre parole, dato che il sistema di classificazione presenta alcuni punti nebulosi, è possibile che una stessa malattia di base rientri in più gruppi. Questo problema può essere risolto con una gerarchizzazione dei gruppi di malattia. Concretamente, se un assicurato soddisfa le condizioni per essere attribuito a due PCG riguardanti lo stesso problema di salute o uno simile, viene attribuito solo al PCG del problema di salute più grave. Per esempio, se assume sia medicinali per abbassare il colesterolo sia medicinali per il trattamento di una cardiopatia, viene attribuito solo al gruppo delle cardiopatie. In tal caso, l'assicuratore riceve solo il supplemento per il PCG gerarchicamente su-

periore, malgrado l'assicurato soddisfi anche le condizioni per essere attribuito al PCG gerarchicamente inferiore.

Il fatto che due malattie possano influire sensibilmente l'una sull'altra e che le spese sostenute dagli assicurati affetti da entrambe le malattie differiscano notevolmente da quelle degli assicurati affetti da una sola malattia costituisce un altro problema, che può essere risolto creando un «gruppo di sovrapposizione» in cui vengono classificati gli assicurati affetti da entrambe le malattie, ossia cui sono stati dispensati medicinali attribuiti a due PCG. Per esempio, nel caso del diabete di tipo 2 e dell'ipertensione, ci sarà un PCG denominato «Diabete di tipo 2 con ipertensione» e un PCG denominato «Diabete di tipo 2 senza ipertensione».

La gerarchizzazione dei PCG compete al DFI, che inizierà a svolgere tale compito non appena la compensazione dei rischi terrà conto dei PCG.

Capoverso 5

La CFM consiglia il DFI in merito all'attribuzione di principi attivi e medicinali a un PCG e alla determinazione delle dosi giornaliere standard nel momento in cui un medicamento viene ammesso nell'ES per la prima volta o per un'indicazione supplementare. Si è optato per questa procedura perché nella Commissione in questione sono già disponibili le conoscenze specialistiche necessarie per adempiere tale compito. La CFM ha una funzione consultiva; le decisioni sono prese dal DFI. Dato che i compiti della CFM sono definiti nell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), la disposizione OAMal interessata è integrata con questo nuovo compito (cfr. al riguardo l'art. 31).

Articolo 5 PCG

Questa disposizione è nuova e succede all'articolo 2b dell'OCOR 2017 relativo all'indicatore «costi dei medicinali» introdotto come soluzione transitoria.

L'introduzione dell'indicatore PCG permette di individuare, sulla scorta del loro consumo di medicinali, gli assicurati trattati ambulatorialmente che generano costi elevati e di sgravare in modo più differenziato gli assicuratori che hanno questo tipo di assicurati nel loro effettivo. Ciò consente di ridurre le sovracompensazioni e le sottocompensazioni per determinati gruppi di assicurati. Per esempio, attualmente, per le donne di 81-85 anni, in buona salute, che non sono state degenti in un ospedale o in una casa di cura e per le quali l'indicatore «costi dei medicinali» non viene rilevato, gli assicuratori ricevono una compensazione eccessiva, mentre per gli uomini di 26-30 anni, che non sono stati degenti in un ospedale ma che sono affetti da diabete, ricevono una compensazione insufficiente. Il DFI elaborerà la versione iniziale dell'elenco dei PCG sulla base di studi scientifici specifici. Tale elenco conterrà diversi PCG denominati, per esempio, «Cardiopatie», «Depressione» e «Asma».

Capoverso 1

L'indicatore è definito in apertura mediante il concetto di rischio di malattia elevato.

Capoverso 2

Il capoverso 2 elenca le condizioni che devono essere soddisfatte affinché, nel quadro del raggruppamento dei dati effettuato dall'Istituzione comune LAMal, un assicurato venga attribuito a un PCG. Ciò si verifica se:

- nel corso dell'anno precedente all'assicurato è stato dispensato un determinato numero minimo di dosi giornaliere standard di medicinali che al momento della dispensazione erano iscritti nell'elenco delle specialità,
- tali medicinali sono attribuiti al PCG in questione nell'elenco dei PCG,
- i costi di tali medicinali sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), e
- non sono computati in un importo forfettario giusta l'articolo 49 capoverso 1 LAMal.

Il numero minimo di DDD è fissato dal DFI (cfr. cpv. 5). Un assicurato cui sono stati dispensati diversi medicinali senza tuttavia raggiungere il numero minimo di DDD in nessun PCG non viene attribuito ad alcun PCG. L'attribuzione di un assicurato a più PCG e il versamento di più supplementi per PCG è possibile; tuttavia, nel caso di PCG organizzati secondo un ordine gerarchico, l'assicuratore riceve unicamente il supplemento per il PCG gerarchicamente superiore (cfr. art. 15 cpv. 2).

Capoverso 3

Per il calcolo di una compensazione dei rischi, l'Istituzione comune LAMal utilizza sempre un solo elenco dei PCG, quello vigente al momento del calcolo nell'anno successivo all'anno di compensazione. Eventuali modifiche nell'elenco ES possono così essere integrate in tempi brevi nell'elenco dei PCG. Come già esposto nell'articolo 4, l'elenco dei PCG deve essere aggiornato ogni anno, dato che nell'ES vengono regolarmente ammessi nuovi medicinali con nuovi principi attivi. È possibile che l'elenco dei PCG debba essere rivisto la prima volta già prima del calcolo della compensazione dei rischi 2020.

Capoverso 4

La data di prescrizione dei medicinali non sempre coincide con quella di dispensazione. In particolare ai malati cronici vengono spesso rilasciate ricette ripetibili che li autorizzano a ritirare medicinali nell'arco di parecchi mesi. Questo capoverso stabilisce che per l'attribuzione di un medicamento a un anno civile è determinante la data della sua dispensazione.

Capoverso 5

Il numero di DDD riveste un'importanza fondamentale per l'attribuzione di un assicurato a un PCG. Il DFI stabilisce il numero minimo di DDD in una sua ordinanza. Il fatto di tenere conto del numero minimo di DDD fa sì che siano solo gli assicurati che seguono una terapia a lungo termine a soddisfare le condizioni per l'attribuzione a un PCG.

Sezione 2: Fornitura e controllo dei dati

Articolo 6 Fornitura di dati

Nell'OCOR 2017 la fornitura da parte degli assicuratori di dati per la compensazione dei rischi è disciplinata nell'articolo 10.

Capoverso 1

Con l'inclusione del nuovo indicatore di morbilità «PCG» e il conseguente passaggio a un calcolo di regressione con il metodo dei minimi quadrati (cfr. al riguardo art. 9–18 nella Sezione 3 «Calcolo della compensazione dei rischi»), gli assicuratori devono fornire all'Istituzione comune LAMal dati individuali per ciascuno dei loro assicurati. Per evitare che questi ultimi possano essere identificati e per rispettare la protezione dei dati, il numero d'assicurato AVS è fornito in forma pseudonimizzata. L'assicuratore fornisce, per assicurato, le seguenti indicazioni:

- Cantone di domicilio;
- numero d'assicurato AVS in forma pseudonimizzata;
- anno di nascita;
- sesso;
- degenza in un ospedale o in una casa di cura;
- codice GTIN e numero di confezioni per medicamento iscritto nell'elenco delle specialità;
- numero di mesi d'assicurazione,
- prestazioni nette;
- partecipazioni ai costi.

Per ogni assicurato deve essere fornita almeno una riga di dati per set di dati. Per gli assicurati che hanno cambiato domicilio e Cantone nel corso dell'anno, gli assicuratori sono tenuti a fornire una seconda riga di dati. Essi devono inoltre comunicare per ogni assicurato tramite il codice GTIN i dati lordi

dei medicinali iscritti nell'ES dispensati, i cui costi sono assunti dall'AOMS e non sono computati in un importo forfettario giusta l'articolo 49 capoverso 1 LAMal. L'Istituzione comune LAMal attribuisce gli assicurati a PCG se, sulla base dei dati relativi ai medicinali dispensati nel corso dell'anno precedente, le condizioni di cui all'articolo 5 capoverso 2 sono soddisfatte (cfr. art. 12).

Come sinora, l'Istituzione comune LAMal precisa il set di dati e le relative modalità di fornitura nella sua guida. Il capoverso 1 stabilisce che gli assicuratori forniscono i dati all'Istituzione comune LAMal a proprie spese.

Capoverso 2

Gli assicuratori consegnano due set di dati a fornitura. Il primo set contiene le indicazioni menzionate sopra relative all'anno precedente la fornitura di dati, mentre il secondo quelle relative al penultimo anno precedente la fornitura. Nella nuova OCoR, un set di dati comprende indicazioni relative a un solo anno civile.

Capoverso 3

Il capoverso 3 fissa il termine per la fornitura dei dati, che rimane quello applicato attualmente, ossia il 30 aprile di ogni anno.

Capoverso 4

L'estrazione di dati secondo l'articolo 4 viene effettuata come sinora due mesi prima della scadenza del termine per la fornitura dei dati. Eventuali modifiche successive non possono essere considerate.

Articolo 7 Dati di assicuratori non più attivi

Questa disposizione è nuova.

I dati degli assicuratori non più attivi sono ancora necessari ai fini del calcolo della compensazione dei rischi.

I capoversi 1 e 2 indicano a chi spetta fornire i dati.

Capoverso 1

Gli assicuratori il cui patrimonio e il cui effettivo degli assicurati sono stati trasferiti per contratto a un altro assicuratore secondo gli articoli 2 e 3 della legge del 26 settembre 2014¹ sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal), non sono tenuti a fornire dati per la compensazione dei rischi. Tale compito spetta invece al nuovo assicuratore.

Capoverso 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 secondo gli articoli 2 e 3 LVAMal, spetta ai terzi incaricati della loro liquidazione fornire i dati per la compensazione dei rischi.

Articolo 8 Controllo dei dati

Questo articolo riprende ampiamente l'articolo 11 dell'OCoR 2017.

Nella nuova OCoR, il capoverso 1 fissa a livello di ordinanza un termine per la presentazione del rapporto degli organi di revisione sull'esattezza e la completezza dei dati forniti. L'attuale capoverso 1^{bis} diventa il capoverso 4.

¹ **RS 832.12**

Sezione 3: Calcolo della compensazione dei rischi

Nell'OCOR 2017 il calcolo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi è disciplinato nell'articolo 6.

Nella nuova OCOR, il calcolo della compensazione dei rischi è disciplinato in vari articoli. L'affinamento della compensazione dei rischi mediante l'introduzione dell'indicatore «PCG», infatti, implica anche un adeguamento del relativo calcolo. Il puro approccio a celle – un caso particolare di calcolo di regressione con interazione tra tutte le variabili – impiegato attualmente è abbandonato a favore del metodo dei minimi quadrati che consiste nel determinare i parametri minimizzando la somma dei quadrati delle distanze tra la curva e i valori osservati.

L'ammontare dei supplementi per PCG viene stabilito con un calcolo di regressione secondo il metodo dei minimi quadrati. Tali supplementi si applicano indipendentemente dal gruppo di rischio al quale appartiene l'assicurato, purché quest'ultimo sia stato attribuito al PCG corrispondente. Per esempio, l'ammontare del supplemento per il PCG «Cardiopatie» per un giovane uomo e per una donna anziana è uguale. Inoltre, per ogni gruppo di rischio, definito per Cantone, in funzione dell'età, del sesso e della degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente, ma senza considerare il PCG, viene calcolata con una procedura molto simile all'approccio a celle impiegato attualmente l'importo della tassa o del contributo.

Infine, per determinare l'importo che l'assicuratore deve pagare alla compensazione dei rischi o ricevere da quest'ultima per ogni assicurato si sommano l'importo della tassa o del contributo del gruppo di rischio ed eventuali supplementi per PCG e si moltiplica il risultato ottenuto per il numero di mesi d'assicurazione. La tassa dovuta o il contributo versato all'assicuratore corrisponde alla somma dei valori così ottenuti per tutti i suoi assicurati.

Articolo 9 Effettivo degli assicurati

Questo articolo corrisponde materialmente all'articolo 4 dell'OCOR 2017.

Capoverso 1

Come sinora, per calcolare l'effettivo degli assicurati di un assicuratore è determinante il numero di mesi d'assicurazione. Occorre tuttavia tenere conto della giurisprudenza del Tribunale federale in materia di divisibilità del premio mensile dell'AOMS (DTF 142 V 87). In altre parole, le frazioni di mese, per esempio in caso di cambio di domicilio in Svizzera, trasferimento all'estero o decesso, devono essere indicate su base giornaliera (p. es. 8,26 mesi o 10,13 mesi) conformemente alla guida per il rilevamento dei dati («Guide pour le relevé des données») dell'Istituzione comune LAMal.

Capoverso 2

Come sinora, ai fini del calcolo dell'effettivo degli assicurati non sono considerate sei categorie di persone elencate alle lettere a–f. La lettera f sancisce la prassi applicata da molti anni.

Articolo 10 Aggregazione dei set di dati e raggruppamento dei dati

Secondo la nuova OCOR, gli assicuratori devono fornire all'Istituzione comune LAMal il numero d'assicurato AVS in forma pseudonimizzata e altri dati individuali di tutti i loro assicurati. Un codice di collegamento garantisce la possibilità di osservare ogni assicurato su più consegne di dati anche se cambia assicuratore.

Capoverso 1

Il capoverso 1 stabilisce che l'Istituzione comune LAMal aggrega i set di dati forniti dagli assicuratori e lo fa in modo che i dati relativi agli indicatori di morbilità degli assicurati, compresi quelli che hanno cambiato assicuratore, nel corso dell'anno precedente, non vadano persi e vengano integralmente inclusi nel calcolo della compensazione dei rischi. Affinché le informazioni dell'anno precedente relati-

ve agli assicurati che hanno cambiato assicuratore siano considerate non è quindi necessario uno scambio di dati tra gli assicuratori coinvolti: tutti i dati necessari sono infatti in possesso dell'Istituzione comune LAMal cui compete il calcolo della compensazione dei rischi. Il fatto di considerare integralmente le informazioni relative all'anno precedente fa sì che gli assicurati con malattie croniche che hanno cambiato assicuratore, che sono stati degenti in un ospedale o in una casa di cura, o che sono stati attribuiti a un PCG, siano più interessanti per il nuovo assicuratore.

Capoverso 2

Il capoverso 2 stabilisce che l'Istituzione comune LAMal riunisce le indicazioni per assicurato necessarie per il calcolo della compensazione dei rischi, che riguardano due anni diversi e per questo motivo figurano in set di dati diversi.

Articolo 11 Ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio

Secondo questa disposizione, gli assicurati sono suddivisi in gruppi di rischio per Cantone, età, sesso e degenza in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente. Tale ripartizione non tiene conto della presenza di un rischio di malattia elevato sulla base di PCG.

Articolo 12 Ripartizione degli assicurati in PCG

Gli assicuratori forniscono all'Istituzione comune LAMal, per assicurato, indicazioni relative ai medicinali iscritti nell'ES dispensati. Tutti i medicinali dispensati sono esposti separatamente per assicurato e provvisti del relativo codice GTIN. L'Istituzione comune LAMal attribuisce a un PCG gli assicurati che soddisfano le condizioni di cui all'articolo 5 capoverso 2 sulla base dei dati forniti dagli assicuratori. In quest'ottica, verifica 1) se agli assicurati sono stati dispensati medicinali che al momento della dispensazione figuravano nell'ES, 2) se tali medicinali sono attribuiti al PCG in questione nell'elenco dei PCG determinante, e 3) se il numero minimo di DDD fissato nell'ordinanza del DFI è stato raggiunto in uno o eventualmente in più PCG. Se sulla base di questa verifica un assicurato viene attribuito a più PCG, l'Istituzione comune LAMal controlla se tali PCG sono organizzati secondo un ordine gerarchico e, in tal caso, solo il PCG gerarchicamente superiore è determinante per il calcolo.

Articolo 13 Calcolo delle medie di gruppo

Capoverso 1

Questa disposizione descrive il calcolo della media delle prestazioni nette in ogni gruppo di rischio, in altre parole il calcolo delle medie di gruppo. A tale scopo, si ripartiscono gli assicurati in gruppi di rischio, si rilevano gli effettivi degli assicurati e delle prestazioni nette nei gruppi di rischio e si calcola la media delle prestazioni nette per gruppo di rischio. Il calcolo è eseguito l'anno successivo all'anno di compensazione sulla base degli effettivi degli assicurati, delle prestazioni nette nell'anno civile precedente l'anno di compensazione e delle degenze in un ospedale o in una casa di cura nel corso del penultimo anno civile precedente l'anno di compensazione. Il calcolo posticipato rispetto all'OCOR 2017 permette di basarsi su dati relativi alle prestazioni più completi (su 26 mesi). Inoltre, il calcolo delle medie di gruppo tiene conto per la prima volta di un fattore di rincaro.

Capoverso 2

Il fattore di rincaro deve riflettere l'evoluzione dei costi nell'AOMS. L'evoluzione dei costi nei singoli gruppi di rischio tra l'anno precedente l'anno di compensazione e l'anno di compensazione può essere indicativamente determinata confrontando le prestazioni rimborsate nei primi 14 mesi dei due periodi. Il fattore di rincaro tiene conto del fatto che l'evoluzione dei costi non è identica in tutti i gruppi di rischio. I dettagli su come si calcola il fattore di rincaro sono disciplinati nell'ordinanza del DFI.

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

Capoverso 1

Il capoverso 1 definisce il primo passo per il calcolo della media generale, ossia il calcolo delle prestazioni nette attese in ogni gruppo di rischio. Tale calcolo viene effettuato nell'anno successivo all'anno di compensazione e si basa sulle medie di gruppo dell'anno precedente calcolate anch'esse l'anno successivo all'anno di compensazione e sugli effettivi dei gruppi di rischio nell'anno di compensazione. Per la ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio sono determinanti le degenze in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno civile precedente l'anno di compensazione. Le medie di gruppo già calcolate vengono quindi moltiplicate per gli effettivi indicati nella seconda fornitura di dati.

Capoverso 2

Il capoverso 2 definisce il calcolo della media generale attesa per Cantone basato sul totale delle prestazioni nette ai sensi del capoverso 1. A tale scopo, si sommano le prestazioni nette attese in tutti i gruppi di rischio di un Cantone e si divide il risultato ottenuto per l'effettivo di tutti i gruppi di rischio nel Cantone in questione.

Articolo 15 Supplementi per PCG

Capoverso 1

Il capoverso 1 sancisce il principio secondo cui gli assicuratori ricevono supplementi speciali per i loro assicurati attribuiti a un PCG. In altre parole, i contributi compensativi che gli assicuratori percepiscono per questi assicurati sono maggiori rispetto a quelli che percepiscono per gli assicurati dello stesso gruppo di rischio ma non attribuiti a un PCG. Gli assicuratori ricevono quindi un'indennità speciale per il rischio supplementare che questi assicurati rappresentano.

Capoverso 2

Il capoverso 2 indica come procedere con gli assicurati attribuiti a più PCG organizzati secondo un ordine gerarchico. Per i PCG gerarchicamente inferiori, gli assicuratori non ricevono alcun supplemento giusta il capoverso 1. In caso di PCG che seguono un ordine gerarchico, vengono versati solo i supplementi per i PCG gerarchicamente superiori.

Capoverso 3

Il capoverso 3 stabilisce esplicitamente che se un assicurato è presente in più PCG organizzati secondo un ordine non gerarchico, l'assicuratore riceve supplementi per tutti i PCG cui è attribuito l'assicurato. In questo modo si garantisce che gli assicuratori ricevano un'indennità equa per i loro assicurati affetti da malattie multiple.

Articolo 16 Determinazione dei supplementi per PCG

Capoverso 1

Il capoverso 1 descrive come vengono determinati i supplementi per PCG ai sensi dell'articolo 15, ossia con un calcolo di regressione secondo il metodo dei minimi quadrati, che consiste nel minimizzare 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 ai sensi dell'articolo 13, tenuto conto degli scarti dalla media di gruppo attesi sulla base dei suoi dati relativi ai medicinali dispensati. Il calcolo dei supplementi viene effettuato l'anno successivo all'anno di compensazione sulla scorta delle prestazioni nette nell'anno civile precedente l'anno di compensazione e dell'indicatore PCG nel penultimo anno civile precedente l'anno di compensazione.

Capoverso 2

Il capoverso 2 stabilisce quali indicazioni sono determinanti per la determinazione dei supplementi, ossia:

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

Capoverso 3

Il capoverso 3 precisa che i supplementi per PCG sono considerati nel calcolo solo se i valori sono positivi. Se sono negativi, il relativo supplemento è pari a zero. Ciò permette di evitare che gli importi pagati dalla compensazione dei rischi per gli assicurati attribuiti a PCG siano sempre inferiori a quelli pagati per gli assicurati del medesimo gruppo di rischio non attribuiti a PCG.

Articolo 17 Finanziamento dei supplementi per PCG

L'articolo 17 disciplina il finanziamento dei supplementi di cui all'articolo 16. Tale finanziamento è calcolato separatamente per ogni gruppo di rischio sulla base del relativo numero di assicurati per i quali vengono pagati supplementi e dell'ammontare di questi ultimi.

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

Capoverso 1

Il capoverso 1 definisce il calcolo della cosiddetta media di gruppo modificata, necessaria per calcolare gli importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per i gruppi di rischio. La media di gruppo modificata si ottiene sottraendo dalla media di gruppo di cui all'articolo 13 l'importo medio per il finanziamento dei supplementi ai sensi dell'articolo 17 per il corrispettivo gruppo di rischio.

Capoverso 2

Per i gruppi di rischio la cui media di gruppo modificata è inferiore alla media generale, l'assicuratore deve pagare alla compensazione dei rischi una tassa di rischio per ogni assicurato di tali gruppi.

Capoverso 3

Per i gruppi di rischio la cui media di gruppo modificata è superiore alla media generale, l'assicuratore riceve dalla compensazione dei rischi un contributo compensativo per ogni assicurato di tali gruppi.

Sezione 4: Pagamenti a titolo di compensazione dei rischi

Articolo 19

Questo articolo riprende l'articolo 12 dell'OCOR 2017 con alcune piccole modifiche.

Capoversi 1–3

Parzialmente ristrutturati e migliorati dal punto di vista linguistico, i capoversi 1–3 contengono le norme vigenti riguardanti il versamento dell'acconto e il pagamento finale.

Capoverso 4

Nella nuova OCOR, il capoverso 4 stabilisce chiaramente che, se alla data di scadenza sono ancora pendenti pagamenti degli assicuratori, l'Istituzione comune LAMal può ridurre proporzionalmente i pagamenti dei contributi compensativi che deve agli assicuratori in base alle tasse di rischio incassate.

Capoverso 5

Le norme attuali che regolano la compensazione di crediti e debiti rimangono valide, ma sono strutturate meglio e adattate dal punto di vista linguistico.

Capoverso 6

Il capoverso 6 disciplina come sinora gli interessi dovuti sugli importi pagati in eccesso o in difetto nell'ambito dell'acconto. La nuova OCOR stabilisce chiaramente che il tasso d'interesse corrisponde al rendimento delle obbligazioni della Confederazione se è di segno positivo. Se è negativo, non viene né addebitato né accreditato alcun interesse.

Capoverso 7

Il tasso per l'interesse di mora è fissato al 5 per cento all'anno. Ciò equivale al tasso per l'interesse di mora sulle prestazioni degli assicuratori sociali secondo l'articolo 7 dell'ordinanza sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali.

Sezione 5: Saldo, informazione e correzioni

Articolo 20 Saldo e informazione

Questo articolo corrisponde a una delle due disposizioni in cui è stato diviso l'articolo 7 dell'OCoR.

L'Istituzione comune LAMal deve trasmettere come sinora a ogni assicuratore il corrispettivo saldo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi, ma affinché i risultati del calcolo della compensazione dei rischi possano essere considerati nel calcolo dei premi, la nuova OCoR statuisce che l'Istituzione comune LAMal deve trasmettere a ogni assicuratore, per Cantone e gruppo di rischio, i seguenti dati supplementari:

1. l'ammontare della tassa di rischio o del contributo compensativo,
2. il numero di assicurati,
3. il numero di assicurati per PCG,
4. la somma di tutti i supplementi per PCG.

La nuova OCoR stabilisce anche che l'Istituzione comune LAMal trasmette a ogni assicuratore entro il 30 giugno per la compensazione dei rischi dell'anno precedente il saldo e le altre informazioni citate che lo riguardano.

Articolo 21 Correzioni dopo la fornitura di dati erronei

Dal punto di vista materiale, l'articolo 21 riprende ampiamente gli articoli 10 capoversi 3 e 4, e 12a dell'OCoR 2017.

Capoversi 1 e 2

I capoversi 1 e 2 disciplinano in quali casi l'Istituzione comune LAMal può rifiutare di ricalcolare la compensazione dei rischi e quando un nuovo calcolo è escluso. Le relative disposizioni dell'OCoR 2017 (art. 10 cpv. 3 e 4) sono state solo adeguate per quanto riguarda i rimandi ad altre disposizioni dell'ordinanza. Dal punto di vista materiale le norme non sono state modificate.

Capoversi 3 e 4

Il contenuto normativo dei capoversi 3 e 4 corrisponde all'articolo 12a dell'OCoR 2017. Le uniche modifiche apportate consistono in un adeguamento dei rimandi a disposizioni dell'ordinanza e in un miglioramento redazionale.

Capoverso 5

Nella nuova OCoR, questo capoverso stabilisce che l'Istituzione comune LAMal deve detrarre gli importi esigui nel conteggio delle spese di amministrazione. Anche gli interessi accumulati giusta l'articolo 24 capoverso 2 devono essere detratti nello stesso conteggio.

Sezione 6: Rendiconto

Articolo 22

Questo articolo corrisponde, con alcune modifiche di contenuto e redazionali, a una delle due disposizioni in cui è stato diviso l'articolo 7 dell'OCoR 2017.

Capoverso 1

La nuova OCoR definisce chiaramente quali sono i dati che l'Istituzione comune LAMal fornisce ogni anno all'UFSP. Affinché gli assicurati non possano essere identificati e per rispettare la protezione dei dati, i dati vengono forniti all'UFSP in forma pseudonimizzata. L'Ufficio federale della sanità pubblica può utilizzare i dati ricevuti esclusivamente per migliorare la compensazione dei rischi o per effettuare l'analisi degli effetti (art. 17a cpv. 2 LAMal). La nuova base legale obbliga il Consiglio federale a esaminare gli effetti di ogni ulteriore indicatore (cfr. anche art. 29 e relativo commento).

Com'è già prassi attualmente, l'Istituzione comune LAMal fornisce all'UFSP i dati relativi alle tasse di rischio e ai contributi compensativi degli assicuratori calcolati per Cantone e per tutta la Svizzera.

Capoverso 2

Visto il nuovo calcolo della compensazione dei rischi, questo capoverso stabilisce che occorre allestire una statistica anche degli importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per i gruppi di rischio, e dei supplementi per PCG.

Capoversi 3–5

I capoversi 3–5 riprendono altre disposizioni dell'articolo 7 dell'OCoR 2017 migliorandone la struttura e modificandone la formulazione.

Sezione 7: Finanziamento

Articolo 23 Spese di amministrazione

Questo articolo riprende con alcune modifiche l'articolo 9 dell'OCoR 2017.

Capoverso 1

Attualmente, la ripartizione delle spese di amministrazione si basa sul numero di persone affiliate all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il capoverso 1 della nuova OCoR sancisce che nella compensazione dei rischi è determinante l'effettivo degli assicurati. Questa modifica è motivata dal fatto che i dati in questione sono direttamente disponibili presso l'Istituzione comune LAMal. Inoltre, tale modifica è materialmente corretta.

Capoverso 2

Nel capoverso 2 l'unica modifica apportata riguarda un rimando a una disposizione dell'ordinanza.

Articolo 24 Fondo

Questo articolo riprende con varie modifiche l'articolo 13 dell'OCoR 2017 e integra l'articolo 13a dell'OCoR 2017.

Capoverso 1

Il capoverso 1 prescrive che i costi generati quando le banche prelevano interessi negativi possono essere coperti con mezzi del fondo. Per il resto la disposizione è ripresa senza modifiche.

Capoverso 2

La nuova OCoR stabilisce che l'Istituzione comune LAMal deve detrarre nel conteggio delle spese di amministrazione gli interessi accumulati dal fondo superiori a 500 000 franchi in base all'entità della partecipazione degli assicuratori alla compensazione dei rischi nell'anno precedente. Questa modifica consente di ridurre il carico amministrativo.

Capoverso 3

L'Istituzione comune LAMal è tenuta come sinora a emanare un regolamento del fondo.

Articolo 25 Ratei e risconti per la compensazione dei rischi

Questo articolo modifica e integra l'articolo 6b dell'OCoR 2017.

La lettera a è modificata sulla base della nuova definizione del concetto di «gruppo di rischio». La lettera b è nuova e obbliga gli assicuratori a tenere conto, ai fini della costituzione dei ratei e dei risconti, dei cambiamenti riguardanti la morbilità del loro effettivo di assicurati. Le riformulazioni si sono rese necessarie in seguito a diverse modifiche apportate all'OCoR. L'assicuratore deve comunque tenere conto come sinora, oltre che delle modifiche delle prestazioni nette e degli acconti già versati o ricevuti, anche dell'evoluzione del suo effettivo di assicurati dal punto di vista delle dimensioni e della morbilità.

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

Articolo 26 Protezione dei dati

Questo articolo amplia l'articolo 14 capoverso 2 dell'OCoR 2017.

Capoverso 1

La modifica terminologica apportata concerne soltanto il testo tedesco.

Capoverso 2

L'Istituzione comune LAMal utilizza i dati raccolti oltre che per il calcolo della compensazione dei rischi e l'allestimento della statistica, anche per il controllo dei dati. Il capoverso 2 è integrato di conseguenza.

Capoverso 3

La nuova OCoR obbliga gli assicuratori a fornire dati individuali all'Istituzione comune LAMal (cfr. art. 6). Affinché non sia possibile desumere informazioni su assicurati reali, gli assicuratori forniscono il numero AVS dei loro assicurati in forma pseudonimizzata. Nel loro settore di competenza, gli assicuratori sono tenuti a rispettare le norme in materia di protezione dei dati. Dato che le istanze responsabili dell'ulteriore utilizzazione dei dati sono l'Istituzione comune LAMal e l'UFSP, il capoverso 3 supplementare statuisce una responsabilità condivisa per la protezione dei dati: nel momento in cui utilizzano dati, l'Istituzione comune LAMal e l'UFSP sono entrambi responsabili per proprio conto di garantire l'anonimato degli assicurati. Entrambi possono utilizzare i dati solo per gli scopi fissati nella LAMal e nell'OCoR (art. 17a LAMal, art. 22 cpv. 1 lett. a e art. 26 cpv. 2 avamprogetto OCoR). Dato che non è ancora stata stabilita, la soluzione tecnica concreta per il processo di trasmissione dei dati all'Istituzione comune LAMal non può ancora essere descritta. L'Istituzione comune LAMal commissionerà la realizzazione della relativa applicazione e ne definirà i requisiti in modo che, adottando misure tecniche e organizzative adeguate, tanto lei, quanto l'UFSP non possano desumere informazioni su assicurati reali.

Articolo 27 Procedura e contenzioso

Questo articolo riprende senza modifiche l'articolo 15 dell'OCoR 2017.

Articolo 28 Fatturazione delle spese supplementari e misure disciplinari

La fatturazione delle spese supplementari e le misure disciplinari sono attualmente disciplinate nell'articolo 16 dell'OCoR 2017.

Come sinora, l'Istituzione comune LAMal 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 supple-

mentari che ne risultano. Se malgrado diffida scritta dell'Istituzione comune LAMal l'assicuratore disattende ripetutamente tale obbligo, l'UFSP può ritirargli l'autorizzazione d'esercizio dell'assicurazione sociale contro le malattie. L'unico cambiamento materiale apportato a questa disposizione consiste nel fatto che attualmente l'UFSP può solo proporre questa misura, mentre la nuova OCoR gli attribuisce la facoltà di ordinarla (art. 43 LVAMal). Rispetto all'OCoR vigente, il capoverso 2 è abbreviato.

Sezione 9: Analisi degli effetti

Articolo 29

Questo articolo modifica l'articolo 8 dell'OCoR 2017 e lo divide in due capoversi.

Capoverso 1

Nel corso del dibattito alle Camere sulle iniziative parlamentari 11.472 e 12.446 «Compensazione dei rischi / Introdurre rapidamente una compensazione dei rischi efficace», il Consiglio federale è stato incaricato di analizzare gli effetti dei nuovi indicatori. La modifica della LAMal approvata il 21 marzo 2014 (RU 2014 3345) stabilisce, nell'articolo 17a capoverso 2, che «... Ogni indicatore supplementare va sottoposto a un'analisi dell'efficacia.» Di conseguenza, anche nell'OCoR la disposizione sinora immutata riguardante l'analisi degli effetti è modificata e divisa in due capoversi. Il capoverso 1 statuisce come sinora che l'UFSP effettua un'analisi scientifica parallela ma, diversamente dall'OCoR 2017, stabilisce che vanno analizzati in particolare gli effetti della compensazione dei rischi sugli incentivi alla selezione dei rischi, sulla sottocompensazione o sovracompensazione di determinati gruppi e sui premi degli assicuratori.

Capoverso 2

Il terzo e il quarto periodo della disposizione vigente sono ripresi senza modifiche e ora formano il capoverso 2.

La prassi attuale di pubblicare – di norma sul sito web dell'UFSP – i rapporti scientifici e i risultati delle analisi degli effetti è in ogni caso mantenuta.

Sezione 10: Disposizioni finali

Articolo 30 Abrogazione di un altro atto normativo

La presente ordinanza sostituisce l'ordinanza del 12 aprile 1995 sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie (OCoR; RS 832.112.1). L'ordinanza precedente può così essere abrogata.

Articolo 31 Modifica di un altro atto normativo

La OAMal deve essere modificata come segue:

Articolo 22 Contenzioso

Capoverso 1

L'articolo 15 dell'OCoR 2017 contiene una disposizione sulla procedura e il contenzioso ripresa nell'articolo 27 della nuova OCoR. Nell'articolo 22 capoverso 1 OAMal occorre pertanto adeguare il rimando a tale disposizione.

Capoverso 3

Nell'articolo 22 capoverso 3 OAMal tutte le tre lettere dell'elenco devono essere adeguate. Nella lettera a occorre modificare il rimando, in quanto la ripartizione delle riserve è ora disciplinata nell'articolo 43 capoverso 3 LVAMal. Nella lettera b, occorre menzionare ancora i contribuiti degli as-

sicuratori per il finanziamento del fondo per i casi di insolvenza attualmente disciplinati nell'articolo 48 lettera a LVAMal. Nella lettera c occorre menzionare i pagamenti effettuati attingendo dal fondo per i casi d'insolvenza secondo l'articolo 51 capoverso 1 LVAMal (attuale lett. b). Le eccedenze risultanti dalla verifica dell'economicità dei medicinali iscritti nell'elenco delle specialità e che le aziende farmaceutiche restituiscono all'Istituzione comune LAMal non sono più versate agli assicuratori, ma servono a finanziare il fondo per i casi d'insolvenza conformemente all'articolo 48 lettera c LVAMal. Per questo motivo, questa disposizione dell'attuale lettera c viene meno.

Articolo 28 Dati degli assicuratori

Capoverso 1 Frase introduttiva

L'abbreviazione per la legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie è già stata introdotta nell'articolo 22.

Articolo 37e Commissione federale dei medicinali

Capoverso 1

In futuro, la CFM dovrà consigliare il DFI ogni qualvolta l'iscrizione di un medicamento nell'ES per la prima volta o per un'indicazione supplementare renderà necessario un adeguamento dell'elenco dei PCG. Ciò consentirà al DFI di sfruttare le sinergie e, all'occorrenza, di attribuire a un PCG i medicinali iscritti nell'ES per la prima volta o per un'indicazione supplementare già al successivo aggiornamento dell'elenco dei PCG. Inoltre, la composizione paritetica della CFM garantirà un ampio consenso alle sue raccomandazioni, il che tornerà utile alle decisioni del DFI. L'articolo 37e capoverso 1 deve pertanto essere integrato con il nuovo compito attribuito alla CFM.

Articolo 32 Disposizioni transitorie

Capoverso 1

Il capoverso 1 delle disposizioni transitorie della revisione stabilisce che la fornitura di dati degli assicuratori all'Istituzione comune LAMal nel 2020 per la compensazione dei rischi 2019 e il calcolo della compensazione dei rischi 2019 saranno effettuati secondo il diritto anteriore, mentre la fornitura dei dati degli assicuratori nel 2020 per la compensazione dei rischi 2020 sarà effettuata secondo il nuovo diritto.

Capoversi 2 e 3

Nella fase iniziale, il fatto di fare affidamento esclusivamente sul codice GTIN potrebbe creare problemi. Tale codice, infatti, è sì già noto, ma non ancora affermato. Per questo motivo, fino al 2023, nelle consegne di dati all'Istituzione comune LAMal giusta l'articolo 6, gli assicuratori potranno fornire il pharmacode in alternativa al codice GTIN.

Negli elenchi dei PCG determinanti per il calcolo della compensazione dei rischi 2020-2022, oltre al codice GTIN dovrà essere indicato il pharmacode.

Articolo 33 Entrata in vigore

Quella commentata in questa sede è la modifica dell'OCOR più importante sinora intrapresa, sia per quanto riguarda i dati da rilevare (dati individuali) sia per quanto riguarda il calcolo della compensazione dei rischi (calcolo di regressione a due fasi). L'Istituzione comune LAMal dovrà per la prima volta unificare i dati degli assicurati che hanno cambiato assicuratore e gli assicuratori dovranno fissare i premi tenendo conto degli effetti della nuova compensazione dei rischi. Una fase di test con una prova pilota è pertanto fondamentale. La presente ordinanza entrerà quindi in vigore il 1° gennaio 2020.

Ciò nonostante, è indispensabile che gli assicuratori raccolgano già nel 2018 e nel 2019 i dati che dovranno fornire nel 2020 per la compensazione dei rischi 2020. Le relative istruzioni saranno fornite loro a tempo debito. Nel corso della procedura di consultazione svoltasi all'inizio del 2016, essi hanno preso per la prima volta conoscenza delle disposizioni proposte dal Consiglio federale. Dopo l'approvazione da parte di quest'ultimo la nuova ordinanza sarà pubblicata sul sito web dell'UFSP. Gli

assicuratori avranno così tempo sufficiente per avviare i preparativi necessari in vista del rilevamento dei dati secondo la presente ordinanza.

Allegato

“OCOR 2017”

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.

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. 2 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.

Art. 2a 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. 2b 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. 2c 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.

Art. 2d 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. 3 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.

Art. 4 Effettivo degli assicurati

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

² ...

^{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. gli assicurati di cui all'articolo 1 capoverso 2 lettere d ed e dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (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 1979 relativo alla sicurezza sociale dei battellieri del Reno.
- f. gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni.

³ ...

Art. 5

Art. 6 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. 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;
- 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 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 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 generali) 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.

Art. 6a 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. 6b 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.

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

¹ ...

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.

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 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.

⁵ Il contenuto del rapporto e della statistica è determinato congiuntamente dall'istituzione comune e dall'UFSP. 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. 9 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.

Art. 10 Fornitura di dati

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.

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

^{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.

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.

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.

Art. 11 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.

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.

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

Art. 12 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 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. 12a Fornitura di dati erronei

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.

Art. 13 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 riduzioni 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.

Art. 13a 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.

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 1968 sulla procedura amministrativa.

² ...

Art. 16 Fatturazione delle spese supplementari e misure disciplinari

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

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 agli 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 1992 sull'assicurazione contro le malattie concernente la compensazione dei rischi tra le casse malati (ordinanza IX) è abrogata.

² e ³...

⁴ La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996.

⁵⁻⁷ ...

....

Disposizione transitoria della modifica del 15 ottobre 2014

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.