

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

Diritto vigente	Avamprogetto posto in consultazione dal ... al
<p>Ingresso <i>Il Consiglio federale svizzero,</i> visti gli articoli 16 capoverso 4, 17 capoverso. 3 e 17a capoversi 2 e 3 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), ordina:</p>	<p><i>Ingresso</i> <i>Il Consiglio federale svizzero</i> ordina:</p>
<p>Art. 1 Indicatori Il rischio di malattia elevato è definito dai seguenti indicatori di morbilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. età; b. sesso; c. degenza in un ospedale o in una casa di cura; d. gruppi di costo farmaceutico (PCG). 	<p><i>Art. 1, rubrica</i> <i>Indicatori di morbilità</i></p>
<p>Art. 3 Degenza in un ospedale o in una casa di cura</p> <p>¹ Si presume un rischio di malattia elevato se nel corso dell'anno precedente un assicurato è stato ricoverato in un ospedale o in una casa di cura per almeno tre notti consecutive.</p> <p>² Per determinare la degenza nel corso dell'anno precedente secondo il capoverso 1 si considerano le degenze nel corso dell'anno precedente in uno dei seguenti ospedali o delle seguenti case di cura, a condizione che per la degenza siano state fornite prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ospedali o case di cura figuranti nell'elenco di cui all'articolo 39 LAMal; b. ospedali che hanno stipulato una convenzione secondo dell'articolo 49a capoverso 4 LAMal. <p>³ Le degenze per maternità di cui all'articolo 29 capoverso 2 lettera b LAMal non sono prese in considerazione.</p> <p>⁴ Il periodo della degenza è determinante per l'attribuzione all'anno civile. Se la degenza si protrae oltre la fine dell'anno civile, vale quanto segue:</p>	<p><i>Art. 3, rubrica e cpv. 2 lett. b</i> <i>Indicatore degenza</i></p> <p>² Per determinare la degenza nel corso dell'anno precedente secondo il capoverso 1 si considerano le degenze nel corso dell'anno precedente l'anno di compensazione (anno precedente) in uno dei seguenti ospedali o delle seguenti case di cura, a condizione che per la degenza siano state fornite prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> b. ospedali che hanno stipulato una convenzione secondo l'articolo 49a LAMal.

<p>a. la notte tra il 31 dicembre e il 1° gennaio è attribuita all'anno dell'ammissione;</p> <p>b. una degenza con una durata compresa fra tre e cinque notti è attribuita all'anno civile nel quale è trascorso il maggior numero di notti; in caso di due notti ciascuno, la degenza è attribuita all'anno dell'ammissione;</p> <p>c. in caso di degenza con una durata superiore a cinque notti, la durata della degenza è computata fino al termine dell'anno civile. La parte della degenza che prosegue nel nuovo anno civile è attribuita a quest'ultimo.</p>	
<p>Art. 5 PCG</p> <p>¹ Si presume un rischio di malattia elevato se, sulla base dei medicinali che gli sono stati dispensati nel corso dell'anno precedente, un assicurato soddisfa le condizioni per l'attribuzione a un PCG.</p> <p>² Un assicurato soddisfa le condizioni per l'attribuzione a un PCG se nel corso dell'anno precedente gli è stato dispensato un determinato numero minimo di dosi giornaliere standard o di confezioni di medicinali:</p> <p>a. attribuiti a tale PCG nell'elenco dei PCG;</p> <p>b. figuranti nell'elenco delle specialità al momento della dispensazione;</p> <p>c. i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; e</p> <p>d. non computati in un importo forfettario secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal.</p> <p>³ È determinante l'elenco dei PCG valido al momento del calcolo della compensazione dei rischi.</p> <p>⁴ Per l'attribuzione di un medicamento a un anno civile è determinante la data della sua dispensazione.</p> <p>⁵ Il DFI stabilisce il numero minimo di dosi giornaliere standard o di confezioni di medicinali per ogni PCG.</p>	<p><i>Art. 5 cpv. 2 lett. B</i></p> <p>² Un assicurato soddisfa le condizioni per l'attribuzione a un PCG se nel corso dell'anno precedente gli è stato dispensato un determinato numero minimo di dosi giornaliere standard o di confezioni di medicinali:</p> <p>b. figuranti nell'elenco delle specialità o nell'elenco delle specialità per le infermità congenite secondo l'articolo 3^{sexies} dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità al momento della dispensazione;</p>
	<p><i>Art. 5a</i> <i>Determinazione dell'effettivo degli assicurati</i></p> <p>Per determinare l'effettivo degli assicurati secondo l'articolo 16a LAMal sono determinanti i mesi d'assicurazione degli assicurati.</p>
<p>Art. 6 Fornitura di dati</p> <p>¹ Per il raggruppamento dei dati e il calcolo della compensazione dei rischi, l'assicuratore deve fornire a proprie spese all'istituzione comune, secondo le direttive di quest'ultima, per assicurato e per anno civile, i seguenti dati:</p> <p>a. Cantone di domicilio;</p> <p>b. numero AVS;</p>	<p><i>Art. 6, rubrica, cpv. 1, frase introduttiva e lett. e-j, nonché cpv. 2</i></p> <p><i>Fornitura dei dati degli assicurati residenti in Svizzera</i></p> <p>¹ Per il calcolo della compensazione dei rischi, l'assicuratore deve fornire a proprie spese all'istituzione comune, secondo le direttive di quest'ultima, per assicurato e per anno civile, i dati seguenti:</p>

<p>c. anno di nascita;</p> <p>d. sesso;</p> <p>e. degenza in un ospedale o in una casa di cura;</p> <p>f. codice GTIN e numero di confezioni per medicamento iscritto nell'elenco delle specialità;</p> <p>g. durata in mesi dell'assicurazione;</p> <p>h. prestazioni lorde, detratte le restituzioni versate dai titolari dell'omologazione all'assicuratore per i medicinali;</p> <p>i. partecipazioni ai costi.</p> <p>² L'assicuratore suddivide i dati in due insiemi di dati. Il primo insieme contiene i dati riguardanti l'anno precedente la fornitura, mentre il secondo quelli riguardanti il penultimo anno precedente la fornitura.</p> <p>³ Gli assicuratori devono fornire i dati entro il 31 marzo.</p> <p>⁴ La fornitura di dati deve prendere in considerazione le prestazioni fatturate fino a fine febbraio e i cambiamenti registrati nell'effettivo degli assicurati riguardanti l'anno civile determinante per l'insieme di dati.</p>	<p>e. presenza o meno di una degenza in un ospedale o in una casa di cura;</p> <p>f. codice GTIN e numero di confezioni per medicamento iscritto nell'elenco delle specialità o nell'elenco delle specialità per le infermità congenite;</p> <p>g. durata in mesi dell'assicurazione (mesi d'assicurazione);</p> <p>h. prestazioni lorde, detratte le restituzioni versate dai titolari dell'omologazione all'assicuratore per i medicinali (prestazioni lorde);</p> <p>i. partecipazioni ai costi;</p> <p>j. contributo cantonale secondo l'articolo 60 capoverso 1 LAMal (contributo cantonale).</p> <p>² L'assicuratore suddivide i dati in due insiemi di dati. Il primo insieme contiene i dati riguardanti l'anno di compensazione, mentre il secondo quelli riguardanti l'anno precedente l'anno di compensazione.</p>
	<p><i>Art. 6a Fornitura dei dati degli assicurati residenti all'estero</i></p> <p>¹ Per il calcolo della compensazione dei rischi, l'assicuratore deve fornire a proprie spese in forma aggregata all'istituzione comune, secondo le direttive di quest'ultima, per anno civile, i mesi d'assicurazione degli assicurati residenti all'estero, suddivisi per:</p> <p>a. gruppo di età ;</p> <p>b. sesso;</p> <p>c. assicurati residenti in Germania, assicurati residenti in Francia e assicurati residenti in tutti gli altri Stati di residenza;</p> <p>d. frontalieri assicurati in Svizzera e tutti gli altri assicurati;</p> <p>e. per i frontalieri assicurati in Svizzera: Cantone in cui si trova il luogo di lavoro.</p> <p>² L'assicuratore fornisce i dati per l'anno di compensazione in un insieme di dati.</p> <p>³ L'assicuratore deve fornire i dati entro il 31 marzo.</p> <p>⁴ La fornitura di dati deve prendere in considerazione i cambiamenti registrati fino a fine febbraio nell'effettivo degli assicurati riguardanti l'anno civile determinante per l'insieme di dati.</p> <p>⁵ Per determinare la quota di cui all'articolo 17 capoverso 5 LAMal l'assicuratore deve fornire periodicamente all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) i dati sulle prestazioni ottenute in Svizzera e all'estero, suddivisi per assicurati residenti in Germania, assicurati residenti in Francia e assicurati residenti in tutti gli altri Stati di residenza.</p>

<p>Art. 8 Controllo dei dati</p> <p>¹ Gli organi di revisione degli assicuratori riferiscono all'istituzione comune entro il 15 aprile sull'esattezza e la completezza dei dati forniti secondo l'articolo 6.</p> <p>² L'istituzione comune verifica con controlli a campione, mediante gli organi di revisione da essa designati per questo compito, l'esattezza e la completezza dei dati forniti.</p> <p>³ Gli assicuratori assumono direttamente le spese risultanti dai controlli a campione.</p> <p>⁴ L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) può emanare direttive concernenti le verifiche che gli organi di revisione devono effettuare.</p>	<p><i>Art. 8 cpv. 1 e 4</i></p> <p>¹ Gli organi di revisione degli assicuratori presentano all'istituzione comune entro il 15 aprile un rapporto sull'esattezza e la completezza dei dati forniti secondo gli articoli 6 e 6a.</p> <p>⁴ L'UFSP può emanare direttive concernenti le verifiche che gli organi di revisione devono effettuare.</p>
<p>Art. 9 Effettivo degli assicurati</p> <p>¹ Per calcolare l'effettivo degli assicurati di un assicuratore è determinante la durata in mesi dell'assicurazione dei suoi assicurati.</p> <p>² Nel calcolo dell'effettivo degli assicurati non sono presi in considerazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. le persone residenti all'estero assicurate su base contrattuale conformemente agli articoli 7a e 132 capoverso 3 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal); b. gli assicurati di cui all'articolo 1 capoverso 2 lettere d–e^{bis} 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 al 31 dicembre dell'anno in questione non hanno ancora compiuto i 19 anni. 	<p><i>Art. 9</i></p> <p><i>Abrogato</i></p>
<p>Art. 10 Aggregazione degli insiemi di dati e raggruppamento dei dati</p> <p>¹ L'istituzione comune aggrega gli insiemi di dati degli assicuratori. Essa provvede affinché, anche per gli assicurati che hanno cambiato assicuratore, i dati relativi agli indicatori di morbilità dell'anno precedente siano integralmente inclusi nel calcolo.</p> <p>² Essa collega, per assicurato, i dati relativi a Cantone, età, sesso, prestazioni nette e mesi d'assicurazione con i dati relativi ad altri indicatori di morbilità dell'anno precedente.</p> <p>³ Se, sulla base dei dati del primo insieme di dati secondo l'articolo 6 capoverso 2, riscontra che una persona è assicurata per 13 o più mesi, comunica a ciascun assicuratore interessato:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. il corrispondente numero di riga della fornitura di dati degli assicuratori interessati; 	<p><i>Art. 10 cpv. 1 e 2</i></p> <p>¹ L'istituzione comune aggrega gli insiemi di dati secondo l'articolo 6. Essa provvede affinché, anche per gli assicurati che hanno cambiato assicuratore, i dati relativi agli indicatori di morbilità dell'anno precedente siano integralmente inclusi nel calcolo.</p> <p>² Essa collega, per assicurato, i dati relativi a Cantone, età, sesso, prestazioni nette e mesi d'assicurazione con i dati relativi ad altri indicatori di morbilità dell'anno precedente. Le prestazioni nette corrispondono alle prestazioni lorde, detratti le partecipazioni ai costi e il contributo cantonale.</p>

<p>b. nome e numero d'identificazione dell'altro assicuratore o degli altri assicuratori</p>	
<p>Art. 11 Ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio L'istituzione comune suddivide gli assicurati in gruppi di rischio, per Cantone, età e sesso, e secondo la presenza o meno di un rischio di malattia elevato sulla base dell'indicatore «degenza in un ospedale o in una casa di cura».</p>	<p><i>Art. 11 Ripartizione degli assicurati in gruppi di rischio</i> L'istituzione comune suddivide gli assicurati in gruppi di rischio, per Cantone, età e sesso, e secondo la presenza o meno di un rischio di malattia elevato sulla base dell'indicatore degenza.</p>
<p>Art. 18a Calcolo dello sgravio per i giovani adulti ¹ Lo sgravio secondo l'articolo 16a LAMal ammonta, per Cantone, al 50 per cento della differenza tra la somma delle tasse di rischio versate dall'insieme degli assicuratori per i giovani adulti e la somma dei contributi compensativi e supplementi per PCG ricevuti dall'insieme degli assicuratori per i giovani adulti. ² È ripartito tra gli assicuratori in proporzione al numero dei giovani adulti assicurati presso di loro nel rispettivo Cantone. Per il calcolo è determinante l'effettivo degli assicurati degli assicuratori di cui all'articolo 9 nell'anno di compensazione. ³ Gli assicuratori assumono lo sgravio in proporzione al numero dei loro assicurati nel rispettivo Cantone che il 31 dicembre hanno già compiuto 26 anni. Per il calcolo è determinante l'effettivo degli assicurati degli assicuratori di cui all'articolo 9 nell'anno di compensazione. ⁴ L'istituzione comune calcola per ciascun Cantone: a. lo sgravio e la quota parte di ciascun assicuratore allo sgravio; b. la quota parte di ciascun assicuratore al finanziamento dello sgravio.</p>	<p><i>Art. 18a Calcolo dello sgravio per i giovani adulti</i> ¹ Lo sgravio secondo l'articolo 16b LAMal ammonta, per Cantone, al 50 per cento della differenza tra la somma delle tasse di rischio versate dall'insieme degli assicuratori per i giovani adulti e la somma dei contributi compensativi e supplementi per PCG ricevuti dall'insieme degli assicuratori per i giovani adulti. ² È ripartito tra gli assicuratori in proporzione al numero dei giovani adulti assicurati presso di loro nel rispettivo Cantone. Per il calcolo sono determinanti gli assicurati residenti nel Cantone nell'anno di compensazione. ³ Gli assicuratori assumono lo sgravio in proporzione al numero dei loro assicurati nel rispettivo Cantone che il 31 dicembre hanno già compiuto 26 anni. Per il calcolo sono determinanti gli assicurati residenti nel Cantone nell'anno di compensazione. ⁴ L'istituzione comune calcola per ciascun Cantone: a. lo sgravio e la quota parte di ciascun assicuratore allo sgravio; b. l'importo per il finanziamento dello sgravio e la quota parte di ciascun assicuratore al finanziamento dello sgravio.</p>
	<p><i>Art. 18b</i> <i>Attribuzione dei mesi d'assicurazione a un Cantone</i> ¹ L'istituzione comune attribuisce i mesi d'assicurazione dei frontalieri assicurati in Svizzera al Cantone in cui si trova il luogo di lavoro del frontaliere. ² Attribuisce i mesi d'assicurazione degli altri assicurati residenti all'estero in proporzione al numero di assicurati residenti nei singoli Cantoni.</p>
	<p><i>Art. 18c</i> <i>Composizione del gruppo di riferimento</i> ¹ Il gruppo di riferimento di cui all'articolo 17 capoverso 4 LAMal è determinato per Cantone. È composto dagli assicurati residenti nel Cantone, a cui sono attribuiti i mesi d'assicurazione, appartenenti allo stesso gruppo di età e allo stesso sesso della persona assicurata residente all'estero. ² Per il gruppo di riferimento, il rischio di malattia elevato medio è determinato in riferimento agli indicatori degenza e PCG.</p>

	<p><i>Art. 18d Assegnazione del rischio di malattia elevato in riferimento agli indicatori degenza e PCG</i></p> <p>L'istituzione comune assegna ai mesi d'assicurazione degli assicurati residenti all'estero il rischio di malattia elevato medio in riferimento agli indicatori degenza e PCG del gruppo di riferimento.</p>
	<p><i>Art. 18e Determinazione della quota di prestazioni ottenute in Svizzera</i></p> <p>¹ Il DFI determina la quota secondo l'articolo 17 capoverso 5 LAMal per gli assicurati residenti in Germania, per gli assicurati residenti in Francia e per gli assicurati residenti in tutti gli altri Stati di residenza. A tal fine utilizza i dati di cui all'articolo 6a capoverso 5.</p> <p>² Verifica periodicamente la quota e la adegua se necessario.</p>
	<p><i>Art. 18f Calcolo delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per gli assicurati residenti all'estero</i></p> <p>¹ Le tasse di rischio e i contributi compensativi per gli assicurati residenti all'estero sono calcolati nell'anno successivo all'anno di compensazione. A tal fine l'istituzione comune moltiplica la quota determinata secondo l'articolo 18e per:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. i supplementi per PCG secondo l'articolo 15; b. le tasse di rischio e i contributi compensativi per i gruppi di rischio secondo l'articolo 18; c. lo sgravio e l'importo per il finanziamento dello sgravio secondo l'articolo 18a capoverso 4. <p>² Gli assicuratori pagano o ricevono per i mesi d'assicurazione dei loro assicurati residenti all'estero gli importi calcolati secondo il capoverso 1 per:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. gruppo di età; b. sesso; c. gli indicatori degenza e PCG secondo l'articolo 18d; d. Stato di residenza, suddiviso per Stato di residenza Germania, Stato di residenza Francia e tutti gli altri Stati di residenza; e. Cantone secondo l'articolo 18b.
	<p><i>Art. 18g Aggregazione dei calcoli</i></p> <p>¹ L'istituzione comune somma gli importi calcolati per Cantone secondo l'articolo 18f capoverso 2.</p> <p>² Ripartisce l'importo complessivo di ogni Cantone in proporzione al numero degli assicurati residenti nel rispettivo Cantone tra i loro assicuratori.</p> <p>³ Se il valore dell'importo complessivo cantonale è positivo, gli assicuratori ricevono un contributo compensativo per i loro assicurati residenti nel Cantone.</p>

	<p>⁴ Se il valore dell'importo complessivo cantonale è negativo, gli assicuratori pagano una tassa di rischio a carico dei loro assicurati residenti nel Cantone.</p>
<p>Art. 19</p> <p>¹ Per la compensazione dei rischi di ogni anno di compensazione, ogni assicuratore versa o riceve:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. un acconto corrispondente alla metà della tassa di rischio o del contributo compensativo, versato o ricevuto per la compensazione dei rischi del penultimo anno civile precedente l'anno di compensazione; b. un pagamento finale risultante dal calcolo secondo gli articoli 9–18a, detratto l'acconto già versato. <p>² L'acconto va effettuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. per le tasse di rischio pagate dagli assicuratori all'istituzione comune: entro il 15 febbraio dell'anno di compensazione; b. per i contributi compensativi pagati dall'istituzione comune agli assicuratori: entro il 15 marzo dell'anno di compensazione. <p>³ Il pagamento finale va effettuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. per le tasse di rischio pagate dagli assicuratori all'istituzione comune: entro il 15 agosto dell'anno successivo all'anno di compensazione; b. per i contributi compensativi pagati dall'istituzione comune agli assicuratori: entro il 15 settembre dell'anno successivo all'anno di compensazione. <p>⁴ L'istituzione comune deve versare i contributi compensativi agli assicuratori anche se non tutti gli assicuratori hanno pagato le loro tasse di rischio. Se alla data di scadenza sono ancora pendenti pagamenti degli assicuratori, l'istituzione comune può ridurre proporzionalmente i pagamenti in base alle tasse di rischio incassate. L'istituzione comune deve pagare i contributi compensativi pendenti dopo l'incasso tardivo delle tasse di rischio e maggiorarli dell'interesse di mora di cui al capoverso 7.</p> <p>⁵ Sono vietate:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. la compensazione di crediti e debiti degli assicuratori tra le compensazioni dei rischi di diversi anni, nonché tra acconti e pagamenti finali; b. la compensazione di crediti e debiti tra diversi assicuratori, ad eccezione della compensazione di crediti e debiti tra diversi assicuratori in caso di successiva fusione. <p>⁶ Nell'ambito dell'acconto, è riscosso un interesse sugli importi pagati in eccesso o in difetto rispetto al calcolo di cui agli articoli 9–18a. Gli interessi sono calcolati in funzione dei termini di versamento e di pagamento per l'acconto e il pagamento finale, come pure in considerazione dei contributi effettivamente percepiti o pagati. Il tasso d'interesse corrisponde al rendimento delle obbligazioni della Confederazione, se è di segno positivo. L'istituzione comune accredita e richiede gli interessi entro il 31 dicembre dell'anno successivo all'anno di compensazione.</p> <p>⁷ Gli assicuratori che non effettuano i pagamenti tempestivamente devono versare all'istituzione comune un interesse di mora del 5 per cento all'anno.</p>	<p><i>Art. 19 cpv. 1 lett. b e cpv. 6</i></p> <p>¹ Per la compensazione dei rischi di ogni anno di compensazione, ogni assicuratore versa o riceve:</p> <ul style="list-style-type: none"> b. un pagamento finale risultante dai calcoli secondo gli articoli 10–18g, detratto l'acconto già versato. <p>⁶ Nell'ambito dell'acconto, è riscosso un interesse sugli importi pagati in eccesso o in difetto rispetto al calcolo di cui agli articoli 10–18g. Gli interessi sono calcolati in funzione dei termini di versamento e di pagamento per l'acconto e il pagamento finale, come pure in considerazione degli importi effettivamente percepiti o pagati. Il tasso d'interesse corrisponde al rendimento delle obbligazioni della Confederazione, se è di segno positivo. L'istituzione comune accredita e richiede gli interessi entro il 31 dicembre dell'anno successivo all'anno di compensazione.</p>

<p>Art. 20 Saldo e informazione</p> <p>¹ Per la compensazione dei rischi dell'anno precedente, l'istituzione comune comunica a ciascun assicuratore entro il 10 giugno:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. il corrispettivo saldo, per Cantone e gruppo di rischio, con i dati seguenti: <ol style="list-style-type: none"> 1. i mesi d'assicurazione, 2. la somma delle tasse di rischio e quella dei contributi compensativi, 3. la somma dei supplementi per PCG, 4. la somma degli sgravi e quella degli aggravii derivanti dalle ripercussioni della quota parte dell'assicuratore al finanziamento dello sgravio, 5. il totale delle somme di cui ai numeri 2, 3 e 4; b. i dati seguenti delle persone assicurate presso di lui nell'anno di compensazione: <ol style="list-style-type: none"> 1. i PCG dell'anno precedente, 2. l'indicazione se una persona è stata ricoverata in un ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente, 3. l'indicazione se la persona ha cambiato assicuratore nel corso dell'anno precedente. <p>² Trasmette i dati di cui al capoverso 1 lettera b unitamente al numero della riga corrispondente alla fornitura dei dati da parte dell'assicuratore.</p>	<p><i>Art. 20 cpv. 1 lett. a, frase introduttiva, lett. b, frase introduttiva e n. 3, nonché lett. c</i></p> <p>¹ Per la compensazione dei rischi dell'anno precedente, l'istituzione comune comunica a ciascun assicuratore entro il 10 giugno:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. il corrispettivo saldo, per Cantone e gruppo di rischio degli assicurati residenti in Svizzera, con i dati seguenti: b. i dati seguenti delle persone assicurate presso di lui nell'anno di compensazione e residenti in Svizzera: <ol style="list-style-type: none"> 3. l'indicazione se la persona ha cambiato assicuratore nel corso dell'anno precedente; c. il corrispettivo saldo, per Cantone, degli assicurati residenti in Germania, degli assicurati residenti in Francia e degli assicurati residenti in tutti gli altri Stati di residenza, con i dati seguenti: <ol style="list-style-type: none"> 1. i mesi d'assicurazione, 2. la somma degli importi di cui all'articolo 18f capoverso 2.
<p>Art. 21 Correzioni dopo la fornitura di dati erranei</p> <p>¹ Se la segnalazione di una fornitura di dati erranei viene effettuata dagli assicuratori solo dopo 30 giorni dalla comunicazione del saldo ai sensi dell'articolo 20, l'istituzione comune può rifiutare di ricalcolare la compensazione dei rischi.</p> <p>² Il nuovo calcolo della compensazione dei rischi è escluso se la segnalazione è effettuata oltre due anni dopo la scadenza del termine secondo l'articolo 6 capoverso 3.</p> <p>³ Anche dopo aver rifiutato il nuovo calcolo secondo i capoversi 1 e 2, l'istituzione comune può fatturare agli assicuratori che hanno fornito dati erranei, traendone profitto, il vantaggio che ne è loro risultato. L'importo risultante viene versato agli altri assicuratori conformemente alla loro partecipazione alle tasse di rischio e ai contributi compensativi degli anni civili corrispondenti.</p> <p>⁴ Le pretese degli assicuratori che hanno fornito dati erranei a proprio svantaggio decadono con il rifiuto del nuovo calcolo secondo i capoversi 1 e 2.</p>	<p><i>Art. 21 cpv. 2</i></p> <p>² Il nuovo calcolo della compensazione dei rischi è escluso se la segnalazione è effettuata oltre due anni dopo la scadenza del termine secondo l'articolo 6 capoverso 3 o secondo l'articolo 6a capoverso 3.</p>

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

Art. 22

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

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

² Dopo ogni calcolo della compensazione dei rischi, allestisce una statistica:

- a. sulla base dei dati del primo insieme di dati secondo l'articolo 6 capoverso 2 concernente:
 1. gli importi delle tasse di rischio e dei contributi compensativi per i gruppi di rischio, per Cantone,
 2. i supplementi per PCG,
 3. i fattori di rincaro, per Cantone,
 4. lo sgravio degli assicuratori per singolo giovane adulto, per Cantone,
 5. l'aggravio degli assicuratori per singolo assicurato che ha già compiuto 26 anni sulla base delle ripercussioni delle quote parte degli assicuratori al finanziamento dello sgravio, per Cantone;
- b. sulla base dei dati di entrambi gli insiemi di dati secondo l'articolo 6 capoverso 2 concernente:
 1. i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde e le partecipazioni ai costi, per gruppi di rischio e per Cantone, nonché per tutta la Svizzera,
 2. i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde e le partecipazioni ai costi per PCG, per tutta la Svizzera,
 3. i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde e le partecipazioni ai costi degli assicurati attribuiti a PCG, per gruppi di rischio e per PCG, per tutta la Svizzera,
 4. i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde e le partecipazioni ai costi degli assicurati non attribuiti a PCG, per gruppi di rischio, per tutta la Svizzera,
 5. i mesi d'assicurazione degli assicurati che sono attribuiti ad almeno un ulteriore PCG, per PCG, per tutta la Svizzera,
 6. il numero di assicurati per 13 o più mesi, indicando i nomi e i numeri d'identificazione dei loro assicuratori, per Cantone,

Art. 22 cpv. 1, 2 lett. b n. 1-4 e c, nonché cpv. 6 lett. c e d

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

- a. i dati forniti dagli assicuratori secondo gli articoli 6 e 6a capoversi 1-4 per l'ulteriore sviluppo della compensazione dei rischi e l'esecuzione dell'analisi dell'efficacia secondo l'articolo 17a capoverso 2 LAMal e l'allestimento di statistiche;
- b. i dati relativi alle tasse di rischio e ai contributi compensativi degli assicuratori calcolati per i loro assicurati residenti in Svizzera, per Cantone;
- c. gli importi calcolati secondo l'articolo 18f capoverso 2 degli assicuratori per i loro assicurati:
 1. residenti in Germania,
 2. residenti in Francia,
 3. residenti in tutti gli altri Stati di residenza.

² Dopo ogni calcolo della compensazione dei rischi, allestisce una statistica:

- b. sulla base dei dati di entrambi gli insiemi di dati secondo l'articolo 6 capoverso 2 concernente:
 1. i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde, le partecipazioni ai costi e il contributo cantonale, per gruppi di rischio e per Cantone, nonché per tutta la Svizzera,
 2. i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde, le partecipazioni ai costi e il contributo cantonale per PCG, per tutta la Svizzera,
 3. i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde, le partecipazioni ai costi e il contributo cantonale degli assicurati attribuiti a PCG, per gruppi di rischio e per PCG, per tutta la Svizzera,
 4. i mesi d'assicurazione, le prestazioni lorde, le partecipazioni ai costi e il contributo cantonale degli assicurati non attribuiti a PCG, per gruppi di rischio, per tutta la Svizzera,

<p>7. il numero di assicurati per 13 o più mesi in due anni consecutivi, indicando i nomi e i numeri d'identificazione dei loro assicuratori, per Cantone.</p> <p>^{2bis} I gruppi di rischio costituiti da assicurati che insieme raggiungono meno di 120 mesi d'assicurazione non sono riportati nella statistica.</p> <p>³ Essa redige ogni anno un rapporto sull'esecuzione della compensazione dei rischi.</p> <p>⁴ La statistica e il rapporto devono essere pubblicati ogni anno entro il 10 giugno.</p> <p>⁵ ...</p> <p>⁶ Ai fini del calcolo dei premi dei giovani adulti, l'istituzione comune pubblica ogni anno entro il 10 giugno i dati seguenti concernenti i minorenni, forniti in virtù dell'articolo 6 in forma aggregata, per sesso e in presenza di una degenza in un ospedale nel corso dell'anno precedente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mesi d'assicurazione: per Cantone e per tutta la Svizzera; b. prestazioni lorde: per Cantone e per tutta la Svizzera; c. partecipazioni ai costi: per Cantone e per tutta la Svizzera. 	<ul style="list-style-type: none"> c. sulla base dei dati secondo l'articolo 6a concernente: <ul style="list-style-type: none"> 1. i mesi d'assicurazione, per Cantone, per la Germania, per la Francia e per tutti gli altri Stati di residenza, 2. la somma degli importi di cui all'articolo 18f capoverso 2, per Cantone, per la Germania, per la Francia e per tutti gli altri Stati di residenza, 3. la somma dei contributi compensativi di cui all'articolo 18g capoverso 3 e la somma delle tasse di rischio di cui all'articolo 18g capoverso 4, per Cantone. <p>⁶ Ai fini del calcolo dei premi dei giovani adulti, l'istituzione comune pubblica ogni anno entro il 10 giugno i dati seguenti concernenti i minorenni, forniti in virtù dell'articolo 6 in forma aggregata, per sesso e in presenza di una degenza in un ospedale nel corso dell'anno precedente:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. partecipazioni ai costi: per Cantone e per tutta la Svizzera; d. contributo cantonale: per Cantone.
<p>Art. 23 Spese di amministrazione</p> <p>¹ Gli assicuratori partecipano alla copertura delle spese di amministrazione della compensazione dei rischi mediante un contributo proporzionale al numero degli assicurati nel loro effettivo secondo l'articolo 9.</p> <p>² Sono considerate spese di amministrazione della compensazione dei rischi segnatamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. le spese di amministrazione dell'istituzione comune per l'esecuzione della compensazione dei rischi; b. le spese per la revisione dei conteggi e del traffico dei pagamenti nella compensazione dei rischi; c. le spese per i controlli a campione secondo l'articolo 8 capoverso 3. 	<p><i>Art. 23 cpv. 1</i></p> <p>¹ Gli assicuratori partecipano alla copertura delle spese di amministrazione della compensazione dei rischi mediante un contributo proporzionale al numero degli assicurati nel loro effettivo.</p>

<p>Art. 24 Fondo</p> <p>¹ Con gli interessi accumulati presso l'istituzione comune per effetto del divario dei termini previsti tra il versamento e la riscossione degli acconti e i pagamenti finali viene alimentato un fondo per un importo massimo di 500 000 franchi. L'istituzione comune impiega i mezzi di questo fondo per poter versare i contributi compensativi tempestivamente e senza riduzione nei casi in cui gli importi dovuti siano esigui, o per pagare eventuali interessi negativi generati.</p> <p>² Se gli interessi accumulati eccedono 500 000 franchi, l'istituzione comune detrae l'eccedenza dal conteggio delle spese di amministrazione a carico degli assicuratori, basandosi sull'entità della loro partecipazione alla compensazione dei rischi nell'anno precedente.</p> <p>³ L'istituzione comune emana un regolamento del fondo.</p>	<p><i>Art. 24</i> <i>Abrogato</i></p>
<p>Art. 28 Fatturazione delle spese supplementari e misure disciplinari</p> <p>¹ L'istituzione comune può fatturare a un assicuratore che non ottempera in modo sufficiente all'obbligo di fornitura di dati e di pagamento o che fornisce dati erronei le spese supplementari che ne risultano.</p> <p>² L'UFSP può ritirare l'autorizzazione d'esercizio dell'assicurazione sociale malattie a un assicuratore che, malgrado diffida scritta dell'istituzione comune, disattende ripetutamente l'obbligo di fornire i dati e di effettuare i pagamenti.</p>	<p><i>Art. 28 cpv. 2</i></p> <p><i>Concerne soltanto il testo tedesco</i></p>
	<p><i>Art. 32b Disposizioni transitorie della modifica del ...</i></p> <p>¹ Per la fornitura di dati degli assicuratori nel 2028 per la compensazione dei rischi dell'anno di compensazione 2027 e per il calcolo della compensazione dei rischi dell'anno di compensazione 2027 si applica il diritto anteriore.</p> <p>² La statistica di cui all'articolo 22 capoverso 2 lettera c dovrà essere allestita per la prima volta nel 2029 per la compensazione dei rischi dell'anno di compensazione 2028.</p>